

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر

كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير

قسم علوم التسيير

أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة

لجنة المناقشة

أ.د/ كساب علي..... (رئيسا)

أ.د/ قدي عبد المجيد..... (مقررا)

أ.د/ شريط رابح..... (عضوا)

د/ الداوي الشيخ..... (عضوا)

أ.د/ سائي عبد الحق..... (عضوا)

د/ بنور عبد الحفيظ..... (عضوا)

إشراف الأستاذ:

أ.د/ قدي عبد المجيد

إعداد الطالب:

عدمان مريزق

السنة الجامعية 2008/2007

كلمة شكر

أشكر الله عز وجل الذي وفقني لإتمام هذا العمل، وأنار لي الطريق للعلم والمعرفة.
ثم أشكر أستاذي المشرف: الأستاذ الدكتور "عبد المجيد قدي" عرفانا بفضلته وتقديره
لجهوده لما أولاني من العون والتوجيه.
كما أتوجه بالشكر إلى الأساتذة الأفاضل:

- الأستاذ الدكتور: عدمان عزيز

- الأساتذة : بنور عبد الحفيظ، دادي عدون ناصر، فرحي محمد، براق محمد، حمادوش
عائشة، دحماني عبد الحفيظ، صبوعة عبد العزيز، عنابي بن عيسى، صدوقي عبد
الحفيظ، والقائمة طويلة.

- مدير المدرسة الوطنية للصحة العمومية الدكتور "سائحي عبد الحق": له مني كل
عبارات الشكر والعرفان والتقدير.

- مسئولة مكتب الدخول بالمركز الإستشفائي الجامعي الأخت "سياسي إشراق"، ومنسق
المركز السيد الفاضل "راشدي فريد، ومسئولة دائرة التكوين " بوطالب ".

- رئيسة مصلحة التكوين بالمركز الاستشفائي الجامعي بـ "باب الواد"، الأنسة حاريتي،
والدكتور " مخلوف فيصل ".

- مدير المؤسسة الاستشفائية المتخصصة "علي أيت ايدير"، ومدير مستشفى روية.

إهداء

أهدي ثمرة جهدي إلى:

- روح أبي الطاهرة، الشهيد " عدمان محمد بن أرزقي"، قدس الله روحه وطيب ثراه.
- أمي الغالية، حفظها الله وأطال في عمرها.
- زوجتي وقرّة عيني ابني " محمد أيوب" حفظهما الله.
- أحب الناس إلي وأعلى هدية وهبها الله عز وجل: أخواتي وإخوتي، وأخص بالذكر " نوال" و " زوبير" عوضه الله خيرا في الدنيا والآخرة.
- أبناء وبنات أخواتي وإخوتي، وأخص بالذكر: "محمد"، "أنفال"، "يوسف"، "عماد"، "سارة"، "ريان".
- كل أفراد عائلة "عدمان"، "ياسف"، "جمعاتن"، "خواص"، "بوجميلة".
- كل من أحب الإسلام والجزائر.

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
(1.1)	مؤشرات فعالية وظيفية العمليات والإنتاج بالمستشفيات	31
(1.2)	المؤشرات الاجتماعية - الاقتصادية والتكاليف المترتبة عنها	69
(2.2)	المعايير المبسطة لترصد الأمراض المرتبطة بخدمات الرعاية الصحية	83
(3.2)	أهم الإجراءات المتبعة لرعاية كافة المرضى بصرف النظر عما إذا كانوا مصابين بأمراض معدية أم لا: (الاحتياطات القياسية)	90
(4.2)	مخطط العمل لسنة 2006	92
(5.2)	آفاق 2006-2009 الأنشطة	95
(6.2)	التكاليف المرتبطة ببرنامج الوقاية	99
(7.2)	تكاليف برامج التكوين	99
(8.2)	التكاليف المتعلقة بالمعدات الأساسية من أجل الممارسة الحسنة للعلاج	100
(9.2)	تكاليف التجهيزات المخصصة لإعادة هيكلة فرع نفايات المستشفى	100
(1.3)	عدد الأسرة لكل ألف ساكن بالمغرب	114
(2.3)	عدد الأطباء لكل ألف ساكن في المغرب	115
(3.3)	تطور عدد السكان في المغرب	115
(4.3)	تطور معدل الوفاة الإجمالي، ومعدل وفاة الأطفال في المغرب خلال الفترة 1990-2005	116
(5.3)	تطور توقع الحياة عند الولادة في المغرب	117
(6.3)	تطور نفقات الصحة كنسبة من الناتج الداخلي الخام في المغرب خلال الفترة 2000-2004	117
(7.3)	نفقات الصحة (القطاع العام والقطاع الخاص) كنسبة من الناتج الداخلي الخام في المغرب	117
(8.3)	تطور الهياكل الصحية في تونس	121
(9.3)	تطور الموارد البشرية في تونس	122
(10.3)	تطور عدد السكان في تونس	123
(11.3)	تطور معدل الولادة والوفاة في تونس	123
(12.3)	تطور توقع الحياة عند الولادة في تونس	124
(13.3)	تطور نسبة نفقة الصحة العمومية من موازنة الدولة والناتج الداخلي الخام في تونس	124

124	تطور نفقات الصحة الخاصة كنسبة من إجمالي نفقات الصحة، وكنسبة من الناتج الداخلي الخام في تونس	(14.3)
132	أسرة المستشفيات بجمهورية مصر العربية في 1-7-2004	(15.3)
133	تطور عدد السكان في مصر	(16.3)
133	تطور معدلات المواليد والوفيات والزيادة الطبيعية لكل 1000 من السكان خلال الفترة من 2000-2005	(17.3)
134	تطور معدل وفيات حديثي الولادة (حضر- ريف) لكل 1000 مولود حي خلال الفترة من 2000 الى 2005	(18.3)
134	تطور معدلات وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات لكل 1000 مولود حي (حضر- ريف) خلال الفترة من عام 2000 الى عام 2005	(19.3)
135	تطور توقع الحياة عند الولادة في مصر	(20.3)
136	الميزانية المخصصة لوزارة الصحة من الميزانية العامة للدولة خلال الفترة الممتدة من 1993 الى 2004	(21.3)
137	الإففاق على الصحة كنسبة من الناتج الداخلي الخام في مصر	(22.3)
144	عدد الأسرة لكل 1000 ساكن في بريطانيا	(23.3)
144	عدد الأطباء لكل ألف ساكن في بريطانيا	(24.3)
144	تطور عدد السكان في بريطانيا	(25.3)
145	تطور معدل الولادة والوفاة في بريطانيا	(26.3)
145	تطور توقع الحياة عند الولادة في بريطانيا	(27.3)
146	تطور نفقات الصحة (القطاع العام)، ونفقات الصحة (القطاع الخاص) كنسبة من الناتج الداخلي الخام	(28.3)
147	حصة النفقة الوطنية للصحة من الناتج الداخلي الخام خلال الفترة 1990-2004	(29.3)
150	عدد الأسرة لكل 1000 ساكن في فرنسا	(30.3)
151	تطور عمالة المهن الصحية في فرنسا خلال الفترة 2000-2006	(31.3)
151	التطور الإجمالي للوضع الديموغرافية في فرنسا	(32.3)
152	تطور الأمل في الحياة عند الولادة خلال الفترة 1990-2006	(33.3)
152	تطور مصادر تمويل النفقة الحالية للعلاج والمواد الطبية في فرنسا خلال الفترة 1990-2005	(34.3)
153	حصة النفقة الوطنية للصحة من الناتج الداخلي الخام في فرنسا 1990-2004	(35.3)

153	تطور استهلاك العلاج والمواد الطبية في فرنسا	(36.3)
157	تطور عدد أسرة المستشفيات لكل 1000 ساكن في أمريكا	(37.3)
157	تطور عدد الأطباء لكل 1000 ساكن في أمريكا	(38.3)
157	تطور عدد السكان في أمريكا	(39.3)
158	تطور معدل الولادة ومعدل الوفاة في أمريكا	(40.3)
158	تطور توقع الحياة عند الولادة في أمريكا	(41.3)
160	حصة النفقة الوطنية للصحة من الناتج الداخلي الخام خلال الفترة 1990-2004	(42.3)
161	تطور نفقات الصحة (القطاع العام والقطاع الخاص) كنسبة من الناتج الداخلي الخام في أمريكا	(43.3)
172	تطور نسب التغطية الصحية بوحدات العلاج القاعدية في الجزائر	(1.4)
172	البنية الأساسية لهياكل القطاع الخاص في الجزائر سنتي 2003-2004	(2.4)
173	تطور عدد الممارسين حسب القطاع في الجزائر	(3.4)
174	نسب الممارسين إلى عدد السكان في الجزائر	(4.4)
175	تطور تشكيلة شبه الطبيين حسب التأهيل في الجزائر	(5.4)
175	تطور تشكيلة الإداريين، التقنيين وعمال الخدمات في قطاع الصحة بالجزائر	(6.4)
176	تطور تشكيلة عمال المؤسسات الصحية خلال الفترة 2002 - 2005	(7.4)
179	مصادر تمويل النفقة الوطنية للصحة في الجزائر خلال الفترة 1974-1988	(8.4)
180	مصادر تمويل النفقة الوطنية للصحة في الجزائر خلال الفترة 1989-2002	(9.4)
181	تطور الناتج الداخلي الخام وموازنة الصحة في الجزائر	(10.4)
182	تطور نفقات موظفين الصحة في الجزائر خلال الفترة 2002 - 2005	(11.4)
182	تطور نفقات الأدوية والمواد الأخرى ذات الاستعمال الطبي في الجزائر خلال الفترة 2002-2005	(12.4)
183	تطور نفقات التسيير الأخرى للمؤسسات الصحية في الجزائر خلال الفترة 2002-2005	(13.4)
197	حجم السكان، الولادة، الوفاة والتطور الطبيعي في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1994 الى 2005	(14.4)
198	تطور معدل وفاة الأطفال في الجزائر حسب الجنس في الفترة 1999-2005	(15.4)
198	تطور وفاة الأطفال أقل من 5 سنوات في الجزائر خلال الفترة 1995-2005	(16.4)
200	توزيع الوفاة حسب نوع المرض في الجزائر خلال الفترة 1995-2000	(17.4)
201	توقع الحياة عند الولادة حسب الجنس في الجزائر خلال الفترة 1970-2005	(18.4)

203	تطور حالات الأمراض المتنقلة عن طريق الحيوان في الجزائر خلال الفترة 1997-2004	(19.4)
212	البدائل المختلفة للشراكة بين القطاعين العام والخاص في نظم تقديم الخدمات الصحية	(20.4)
222	عدد الأسرة وعدد الأطباء وشبه الطبيين في المركز الإستشفائي الجامعي لـ "باب الواد" في أبريل 2006	(1.5)
223	تطور متوسط المكوث للاستشفاء حسب المصالح بالمركز الإستشفائي الجامعي لـ "باب الواد".	(2.5)
224	تطور متوسط شغل الأسرة حسب المصالح بالمركز الإستشفائي الجامعي لـ "باب الواد".	(3.5)
225	الخصائص الديموغرافية لعينة البحث (المرضى - المركز الإستشفائي الجامعي)	(4.5)
226	توزيع أفراد العينة (المرضى) حسب المصلحة (المركز الإستشفائي الجامعي)	(5.5)
238	الخصائص الديموغرافية لعينة البحث (الطاقم شبه الطبي - المركز الإستشفائي)	(6.5)
239	توزيع أفراد العينة (الطاقم شبه الطبي) حسب المصلحة (المركز الإستشفائي)	(7.5)
251	الخصائص الديموغرافية لعينة البحث (الأطباء - المركز الإستشفائي)	(8.5)
259	اكتشاف الالتهابات المكتسبة في المستشفى حسب المصالح الاستشفائية في المركز الإستشفائي الجامعي لـ "باب الوادي"	(9.5)
259	تطور مختلف أنواع الالتهابات المكتسبة في المستشفى	(10.5)
260	اكتشاف الالتهابات المكتسبة في المستشفى حسب السن في المركز الإستشفائي الجامعي لـ "باب الوادي"	(11.5)
260	اكتشاف الالتهابات المكتسبة في المستشفى حسب مدة الإقامة في المركز الإستشفائي الجامعي لـ "باب الوادي"	(12.5)
261	اكتشاف التهابات الجروح الموضعية حسب صنف العدوى في المركز الإستشفائي الجامعي لـ "باب الوادي"	(13.5)
261	اكتشاف الالتهابات المكتسبة في المستشفى حسب المرض المشترك في المركز الإستشفائي الجامعي لـ "باب الوادي"	(14.5)
267	تطور العمالة على مستوى مستشفى الرويبة في الفترة 2003-2005	(15.5)
267	عدد المرضى الداخليين على مستوى مستشفى الرويبة في الفترة 2003-2005	(16.5)
268	متوسط المكوث للاستشفاء على مستوى مستشفى الرويبة في الفترة 2003-2005	(17.5)
268	نسبة شغل الأسرة المتوسطة على مستوى مستشفى الرويبة في الفترة 2003-2005	(18.5)

269	الخصائص الديموغرافية لعينة البحث (المرضى - القطاع الصحي)	(19.5)
280	الخصائص الديموغرافية لعينة البحث (الطاقم شبه الطبي - القطاع الصحي)	(20.5)
288	الخصائص الديموغرافية لعينة البحث (الأطباء - القطاع الصحي)	(21.5)
298	عدد الأسرة بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة علي أيت ايدير	(22.5)
299	توزيع الموارد البشرية سنة 2006 بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة علي أيت ايدير	(23.5)
299	تطور متوسط المكوث للاستشفاء حسب المصالح بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة علي أيت ايدير	(24.5)
299	تطور متوسط شغل الأسرة حسب المصالح بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة علي أيت ايدير	(25.5)
300	تطور معدل الوفاة بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة علي أيت ايدير	(26.5)
301	الخصائص الديموغرافية لعينة البحث (المرضى - المؤسسة الاستشفائية)	(27.5)
308	عدد الأيام الضائعة في كل من مصلحة الأشعة، المخبر، طب الأعصاب وجراحة الأعصاب لسنة 2005	(28.5)
314	الخصائص الديموغرافية لعينة البحث (الطاقم شبه الطبي - المؤسسة الاستشفائية)	(29.5)
324	الخصائص الديموغرافية لعينة البحث (الطاقم الطبي - المؤسسة الاستشفائية)	(30.5)

قائمة الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
(1.1)	العلاقات بين المراحل المختلفة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة والفترة الزمنية اللازمة للتطبيق	16
(2.1)	نظام تقييم الأداء	24
(3.1)	الطرق التقليدية والحديثة لقياس جودة الخدمات الصحية	40
(1.2)	نموذج " جوران " juran للتكلفة المثلى للمطابقة	56
(2.2)	نموذج سيشينايدرمان (schneiderman)	57
(3.2)	دالة تاجوتشي	72
(4.2)	دورة انتقال (سراية) المرض	82
(1.3)	مكونات النظام الصحي	106
(2.3)	إصلاح نظام الخدمة الوطنية للصحة	149
(1.4)	التطور السنوي لحالات الحصبة خلال الفترة 1990-2004	202

الفهرس

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

- أ المقدمة العامة
- 2 **الفصل الأول: إشكالية جودة الخدمات الصحية**
- 3 المبحث الأول: الجودة وتطورها التاريخي
- 3 المطلب الأول: ماهية الجودة
- 5 المطلب الثاني: المدخل التقليدي للجودة
- 7 المطلب الثالث: المدخل الحديث للجودة
- 17 المبحث الثاني: الخدمات الصحية وتقويم الأداء في المؤسسات الصحية
- 17 المطلب الأول: مفهوم الخدمة وخصائصها
- 19 المطلب الثاني: مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها
- 23 المطلب الثالث: تقييم الأداء في المؤسسات الصحية
- 32 المبحث الثالث: الجودة في المؤسسات الصحية
- 32 المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمات الصحية
- 36 المطلب الثاني: أبعاد جودة الخدمات الصحية وطرق قياسها
- 40 المطلب الثالث: إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية
- 51 **الفصل الثاني: المدخل التكاليفي للجودة في المؤسسات الصحية**
- 52 المبحث الأول: نماذج قياس تكلفة الجودة وعناصرها
- 52 المطلب الأول: التطور التاريخي لتكلفة الجودة وأهمية حسابها
- 56 المطلب الثاني: نماذج تطوير القياس المحاسبي لتكاليف الجودة
- 61 المطلب الثالث: فئات وعناصر تكلفة الجودة
- 68 المبحث الثاني: تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية ومشاكل قياسها
- 68 المطلب الأول: طرق قياس التكاليف الخفية للجودة
- 74 المطلب الثاني: مشكلات القياس التكاليفي للخدمات الصحية
- 77 المطلب الثالث: تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية
- 80 المبحث الثالث: الالتهابات المكتسبة في المستشفى
- 80 المطلب الأول: طرق انتقال الالتهابات المكتسبة في المستشفى وخصائصها
- 84 المطلب الثاني: التقييم الاقتصادي للالتهابات المكتسبة في المستشفى
- 90 المطلب الثالث: الوقاية من الالتهابات المكتسبة في المستشفى ومكافحتها

104	.....الفصل الثالث : التجارب الدولية في تطوير الخدمات الصحية
105	.....المبحث الأول : النظم الصحية وأدائها
105	.....المطلب الأول : ماهية النظم الصحية
107	.....المطلب الثاني : محددات الأداء الصحي
110	.....المطلب الثالث : إصلاح النظم الصحية
112	.....المبحث الثاني : التجربة العربية في تطوير الخدمات الصحية
112	.....المطلب الأول : التجربة المغربية
120	.....المطلب الثاني : التجربة التونسية
131	.....المطلب الثالث : التجربة المصرية
143	.....المبحث الثالث : التجربة الغربية في إصلاح النظام الصحي
143	.....المطلب الأول : التجربة البريطانية
150	.....المطلب الثاني : التجربة الفرنسية
156	.....المطلب الثالث : تجربة الولايات المتحدة الأمريكية

167	.....الفصل الرابع : دراسة تحليلية للنظام الصحي في الجزائر
168	.....المبحث الأول : تقديم النظام الصحي في الجزائر
168	.....المطلب الأول : التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر
171	.....المطلب الثاني : عرض العلاج في الجزائر
176	.....المبحث الثاني : تمويل وتقييم أداء النظام الصحي الجزائري
176	.....المطلب الأول : تمويل النظام الصحي الجزائري
184	.....المطلب الثاني : النهج التعاقدية كنمط جديد للتمويل في الجزائر
196	.....المطلب الثالث : تقييم أداء النظام الصحي الجزائري
205	.....المبحث الثالث : إصلاح النظام الصحي في الجزائر
205	.....المطلب الأول : أهداف مشروع الإصلاح وملفاته
207	.....المطلب الثاني : أوجه قصور النظام الصحي في الجزائر وطرق معالجتها
211	.....المطلب الثالث : الدروس المستفادة من التجارب الدولية

218	.....الفصل الخامس : واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر العاصمة
	.....المبحث الأول : استجابات المرضى والطواقم شبه الطبي والأطباء في المركز الإستشفائي
221	.....الجامعي لـ "باب الواد"
224	.....المطلب الأول : إستجابات المرضى نحو حزمة الخدمات المقدمة

- المطلب الثاني: واقع الرضا الوظيفي لدى الطاقم شبه الطبي بالمركز الإستشفائي " باب الواد" ..238
- المطلب الثالث: واقع الرضا الوظيفي لدى الطاقم شبه الطبي بالمركز الإستشفائي باب الواد... 251
- المبحث الثاني: استجابات المرضى والطاقم شبه الطبي والأطباء في القطاع الصحي بـ "الروبية" ...266
- المطلب الأول : إستجابات المرضى نحو حزمة الخدمات المقدمة..... 268
- المطلب الثاني: واقع الرضا الوظيفي لدى الطاقم شبه الطبي في القطاع الصحي بـ "الروبية" ...280
- المطلب الثالث : واقع الرضا الوظيفي لدى الطاقم الطبي في القطاع الصحي بـ "الروبية" 288
- المبحث الثالث: استجابات المرضى والطاقم شبه الطبي والأطباء في المؤسسة الاستشفائية
- المتخصصة "علي أيت ادير..... 298
- المطلب الأول : إستجابات المرضى نحو حزمة الخدمات المقدمة.....300
- المطلب الثاني : واقع الرضا الوظيفي لدى الطاقم شبه الطبي في المؤسسة الاستشفائية
- المتخصصة "علي أيت ادير"..... 314
- المطلب الثالث: واقع الرضا الوظيفي لدى الطاقم الطبي في المؤسسة الاستشفائية
- المتخصصة "علي أيت ادير"..... 324
- 337الخاتمة:

الملاحق:

المراجع:

المقدمة العامة

المقدمة العامة:

لعقود عديدة خلت من القرن العشرين كان الاقتصاديون والسياسيون ومخططو التنمية يُعرّفون التنمية الاقتصادية بقدرة الاقتصاد الوطني على توليد واستدامة الزيادة السنوية في الناتج الداخلي الإجمالي، ويأخذونه بمعدل نمو نصيب الفرد من الدخل أو الناتج الداخلي الإجمالي، إضافة إلى قدرة الدولة على توسيع إنتاجها بمعدلات أسرع من معدل النمو السكاني كمؤشر على التنمية.

وخلال عقود الخمسينيات والستينيات والسبعينيات انغمرت معظم الدول النامية في تطبيق هذا المفهوم، واستطاعت - بعضها - أن تحقق هدف النمو الاقتصادي الكمي، ولكن ظلت هناك فروقاً كبيرة بين السكان في مستويات المعيشة من ناحية توفر الحاجات الضرورية ودرجة الرفاهية، وعكست الأرقام في العديد من الدول النامية خاصة في أفريقيا وأمريكا اللاتينية وآسيا الوسطى تدهوراً في مستويات الصحة العامة ودرجة التعليم والعمر المتوقع للأفراد، ممّا أثر سلباً على مستوى إنتاجية القوى العاملة، إضافة إلى النقص المتزايد في مستوى الإشباع من السلع والخدمات الضرورية.

هذا القصور في المفهوم التنموي، دفع الكثير من الاقتصاديين إلى انتقاد مدخل التنمية التقليدي - عملية اقتصادية مادية - وعدم كفاية المقارنات الإجمالية لنصيب الفرد من الدخل الوطني أو الناتج الداخلي لتحديد حالة النمو والتنمية من عدمها.

حتى البنك الدولي الذي كان يساند النمو الاقتصادي الكمي منذ الثمانينيات كهدف رئيس للتنمية الاقتصادية يُعلن في تقريره عن التنمية لعام 1991م عن تحسين جودة حياة البشر.

فالتنمية معادلة دقيقة أهم مدخلاتها الطاقات البشرية، لأنه إذا أحسن توظيفها، فإنها ستدفع التنمية نحو بلوغ غايتها وتحقيق التغيير، الذي ينقل المجتمع من العيش في أسر قيود المرض إلى رحاب المستقبل. وبين التنمية والصحة علاقة طردية ومركبة، فبينما الصحة من أهم القطاعات التي تستهدفها التنمية، فهي من جانب آخر من أهم ركائز التنمية ودعائمها، لأن الصحة مرتبطة بالحاجة الشخصية للإنسان، الذي هو منطلق التنمية وغايتها، ولذلك فالتنمية السليمة متعذرة بدون سكان أصحاء.

والصحة مطلوبة، ليس فقط في انتشارها وامتدادها الأفقي، بما يتيح سهولة وصولها، ولكن مطلوبة أيضاً في جودتها ونموها الرأسي. فالجودة بصفة عامة مفهوم نسبي يحمل معانٍ مختلفة ومتعددة تتغير بتغير الموضوع الذي تستخدم فيه. ففي بعض الأحيان تشير الجودة إلى التميز أو التفوق أو التفرد، وفي أحيان أخرى يقصد بها مجموعة من الخصائص أو المواصفات الفنية أو الشكلية، وفي كثير من الأحيان تكون الخدمة جيدة متى تم إشباع حاجات أو توقعات المستفيد منها، وفي أحيان أخرى يقصد بالجودة المطابقة للمواصفات القياسية أو المعايير المهنية.

وفي مجال الرعاية الصحية يمكن النظر إلى مفهوم الجودة من ثلاثة جوانب: الجانب الأول تقني وفني، وهو تعريف مطلق لجودة الرعاية الصحية. أما الجانب الثاني، فيتعلق بمدى تلبية احتياجات وتوقعات المرضى، وهو تعريف المستفيد من الخدمة. في حين يتعلق الجانب الثالث بتعريف المجتمع لجودة

الرعاية الصحية، من حيث توفير العدالة والكفاءة والفعالية في تقديم مختلف الخدمات، وقد يضاف في بعض الأحيان البعد التنظيمي في تقييم جودة الخدمات المقدمة. تنشط المؤسسات الصحية في محيط مثقل بالتحولات العميقة والمتداخلة، وفي ظل كل تلك التغيرات تزايد الاهتمام بسبل رفع كفاءة المؤسسات الصحية وتحسين جودة الخدمات التي تقدمها. وفي هذا الإطار يستمد هذا البحث أهميته من أهمية قطاع الصحة في المجتمع، كونه يهتم بأعلى عنصر من عناصر الإنتاج والتمثلة في الإنسان، بالإضافة أنه يتزامن مع جهود الدولة الجزائرية في تطوير جودة الخدمات المقدمة، والتمثلة في إصلاح النظام الصحي بكل ما يتضمن من ملفات.

أهداف البحث:

سنحاول من خلال هذا البحث تحقيق جملة من الأهداف نعرضها فيما يلي:

- إبراز مشاكل القياس التكاليفي في مجال جودة الخدمات الصحية.
- الوصول إلى الأولويات الخاصة بمشاكل جودة الخدمة بالمؤسسات الصحية حتى يمكن توفير سبل العلاج.
- عرض أوجه قصور النظام الصحي في الجزائر كخطوة أولى، من أجل اقتراح الحلول لمعالجتها.
- عرض واقع جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية الجزائرية.
- عرض أهم العراقيل التي تقف أمام الطاقم الطبي والطاقم شبه الطبي من أجل تقديم خدمات ذات جودة.

أسباب الاختيار:

تتمثل دوافع اختيار موضوع البحث، فيما يلي:

- أهمية المؤسسات الصحية بالنسبة للمجتمع، لما لها من تأثير على العنصر البشري، والذي يعتبر أساس التنمية الاقتصادية والمحرك الأساسي لعملية الإنتاج.
- اهتمام الحكومة الجزائرية بقطاع الصحة.
- المؤشرات الصحية في الجزائر، والتي تنذر بوجود مشاكل يجب الالتفات إليها.

الإشكالية:

جاء هذا البحث ليجيب على الإشكالية التالية:

ما هو واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر العاصمة؟

وتفرع عن هذا السؤال الجوهرى جملة من الأسئلة الفرعية نعرضها فيما يلي:

- ما هو مستوى رضا المرضى عن بعض جوانب الخدمة في المؤسسات الصحية ؟
- ما هي العقبات التي تواجه الطاقم شبه الطبي لتقديم خدمات ذات جودة ؟
- ما هي العراقيل التي تواجه الطاقم الطبي لتقديم خدمات ذات جودة ؟

وبعد القراءات الأولية للموضوع، نجد أن أكثر الإجابات ملائمة للأسئلة المطروحة هي الفرضيات التالية:

- المريض غير راض عن الخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية.
- تتمثل أهم العقبات التي تواجه الطاقم شبه الطبي في ظروف العمل.
- يشكل نقص الوسائل أهم عائق يواجه الأطباء من أجل تقديم خدمة ذات جودة.

منهج البحث وأسلوب الدراسة:

اعتمد الباحث في إعداد الدراسة على ما يلي:

1- تكوين الإطار النظري للبحث عن طريق تجميع المادة العلمية المتعلقة بموضوع البحث من

المصادر الثانوية التالية:

- الكتب والمراجع العربية والأجنبية.

- الدوريات.

- الرسائل والأطروحات الجامعية.

- الملتقيات والندوات وغيرها.

2- القيام بالدراسة الميدانية، وذلك لتوفير البيانات من المصادر الأولية من خلال:

- المقابلات الشخصية مع الأطباء وأفراد الطاقم شبه الطبي، والمرضى بالمؤسسات الصحية

موضع الدراسة.

- تصميم ثلاث أنواع من الاستمارات: الأولى موجهة للمرضى، الثانية موجهة للطاقم شبه الطبي،

والثالثة موجهة للطاقم الطبي.

3- استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي في الدراسة، بالإضافة لبعض الأساليب الإحصائية لتحليل

بيانات الدراسة الميدانية.

الدراسات السابقة:

يعرض الطالب بعض الدراسات السابقة، والتي لها علاقة بالبحث، كما يلي:

1- دراسة "ماجدة محمد عبد الحميد جبريل"، وكانت في إطار الحصول على شهادة دكتور الفلسفة

في إدارة الأعمال، سنة 2000 بجامعة عين شمس كلية التجارة، والموسومة بـ "إطار مقترح

لتطبيق إدارة الجودة الكلية على مستشفيات مشروع ضمان الجودة".

وانطلاقاً من مجموعة الملاحظات التي سجلتها الباحثة، بعد دراسة استطلاعية أجرتها على المستشفيات موضع الدراسة، والتي مكنتها من تحديد أوجه القصور؛ حاولت الدراسة اقتراح إطار منهجي لتطبيق إدارة الجودة الكلية على المستشفيات، لتحقيق التحسين المستمر وزيادة الإنتاجية والكفاءة والانتماء وخفض التكلفة والارتقاء بمستوى جودة الرعاية الطبية والعلاجية لتحقيق رضا المرضى والعاملين والمجتمع.

2- دراسة "مجدي عبد الفتاح عبد الرحمان"، وكانت في إطار الحصول على درجة دكتور الفلسفة في إدارة الأعمال، سنة 2001 بجامعة القاهرة كلية التجارة، والمعنونة بـ " دور إدارة الجودة الكلية في زيادة فعالية إدارة العمليات في صناعة الخدمات بالتطبيق على إدارة المستشفيات". سعت الدراسة للوقوف على مستوى فعالية إدارة العمليات بالمستشفى محل الدراسة قبل وبعد استخدام وسائل إدارة الجودة الكلية، حتى يمكن الوصول إلى منهج محدد لإدارة الجودة الكلية، والذي يمكن من زيادة فعالية إدارة العمليات بالمستشفيات، وبالتالي التغلب على أوجه القصور فيها. وما يعاب على هذه الدراسة أنها ركزت كثيراً على الجانب الفني للجودة، دون الجوانب السلوكية، والمتمثلة أساساً في الاتصال والتعامل بين أطراف تقديم الخدمات ومتلقيها.

3- دراسة "حنان عبد الرحيم الأحمدى"، والموسومة بـ " التحسين المستمر للجودة : المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية"، والتي نشرت في مجلة الإدارة العامة، دورية علمية متخصصة ومحكمة يصدرها كل ثلاثة أشهر معهد الإدارة العامة، الرياض-المملكة العربية السعودية، المجلد الأربعون، العدد الثالث، أكتوبر 2000.

نهجت هذه الدراسة نفس نهج الدراسة الأولى والثانية، حيث ركزت على كيفية تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

4- دراسة "فوزي مذكور"، والتي حملت عنوان "مدى إدراك وتطبيق مديري المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض"، والتي نشرت في المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، مجلة ربع سنوية تصدرها كلية التجارة، جامعة عين شمس، 1997.

انطلقت هذه الدراسة من التساؤل التالي: كيف تواجه المستشفيات المصرية المختلفة الموجات المتلاحقة من الطلبات العالمية والمحلية نحو تحسين جودة الرعاية الطبية ؟ وتوصلت الدراسة إلى إثبات اختلاف وجهات نظر المديرين في مفاهيمهم لجودة خدمات المستشفى وجودة رعاية المريض.

وبالتالي اقتصرَت الدراسة على منظور واحد لمفهوم جودة رعاية المريض، وهي وجهة نظر المديرين.

5- دراسة " Sandra Bertezene " وكانت في إطار الحصول على شهادة دكتوراه في علوم التسيير من جامعة2Lumière Lyon، والموسومة بـ "les démarches qualité dans les hôpitaux français"

انطلقت الدراسة من الإشكالية التالية: ما هي منهجيات تحسين الجودة التي تسمح بزيادة جودة العلاج والخدمات، وقادرة على إشباع حاجات المريض، في إطار عملية الاعتماد والقيود الموازناتي. ولقد ركز البحث على عيوب الجودة في المنشآت الصحية، والسعي نحو منهجية لتحسين الجودة. ونرى أن الدراسة تمكنت من تحديد جميع جيوب اللاجودة على مستوى المؤسسات محل الدراسة، إلا أن نتائجها تبقى محصورة في إطار المؤسسات الحاصلة على شهادة الاعتماد.

6- دراسة "عبد أمين محمود جماعة"، والمعنونة بـ "المتغيرات المؤثرة على إدراك المستهلكين لجودة الخدمات الصحية وأثارها التسويقية، دراسة ميدانية بالتطبيق على المستشفيات الخاصة بمدينة القاهرة، والتي نشرت في مجلة الدراسات والبحوث التجارية، جامعة بنها، كلية التجارة، جمهورية مصر العربية، العدد الأول، 1998.

طرحنا الدراسة الإشكالية التالية: ما هي المتغيرات الأساسية المؤثرة على إدراك العملاء لجودة الخدمة الطبية التي يحصلون عليها من المستشفيات ؟ وتمكنت هذه الدراسة من تحديد المتغيرات التي تؤثر على إدراك العملاء (المرضى) لجودة الخدمة الطبية، لكن دون إبراز الآثار التسويقية. كما اقتصرنا على الخدمات الطبية فقط، دون الإشارة إلى خدمات الطاقم شبه الطبي.

مساهمة البحث:

يتجلى من خلال العرض السابق، أن دراسة الطالب تتميز كونها ركزت على مفهوم الجودة من منظور المستفيد، كما وقفت عند معوقات تقديم خدمات ذات جودة من طرف كل من الطاقم شبه الطبي والطاقم الطبي، بهدف محاولة معرفة أسبابها وسبل علاجها. بالإضافة إلى ذلك تتميز الدراسة كونها تحاول لفت الانتباه إلى ضرورة قياس التكاليف المترتبة عن غياب الجودة، لأن أي مشروع تحسين، بما فيه إدارة الجودة الشاملة، ينطلق من اكتشاف مصادر الخلل، التي تحمل المؤسسة الصحية تكاليف يجب تلافيها.

حدود البحث:

تقتصر الدراسة على ثلاث مؤسسات صحية عمومية، متمثلة في المركز الإستشفائي الجامعي " مصطفى باشا"، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة "علي أيت ابيدير"، والقطاع الصحي بـ " الروبية ".

هيكل البحث:

ينقسم البحث إلى خمسة فصول، نتناول في الفصل الأول إشكالية جودة الخدمات الصحية، بالتعرض للخلفية التاريخية للجودة وجودة الخدمات الصحية، بالإضافة إلى عرض موضوع تقييم الأداء في المؤسسات الصحية. بينما يتضمن الفصل الثاني المدخل التكاليفي للجودة في المؤسسات الصحية، وذلك بعرض نماذج تطوير القياس المحاسبي لتكاليف الجودة، ثم التعرض لفئاتها وعناصرها؛ فيما يناقش المبحث الثاني من هذا الفصل تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية ومشاكل قياسها، لنختم هذا الفصل بالتطرق للالتهايات المكتسبة في المستشفى كمؤشر من مؤشرات الجودة.

ويتعرض الفصل الثالث للتجارب الدولية في تطوير الخدمات الصحية، وتمثلت هذه الأخيرة في التجربة العربية، ممثلة في تونس، المغرب، ومصر. في حين تمثلت التجربة الغربية في إنجلترا، فرنسا، والولايات المتحدة الأمريكية.

أما الفصل الرابع فاهتم بدراسة تحليلية للنظام الصحي في الجزائر، بنفس النهج الذي اتبع في عرض التجارب الدولية، لنختم هذا الفصل بالدروس المستفادة من التجارب الدولية السالفة الذكر. وقد عني الفصل الخامس بعرض إستجابات المرضى نحو حزمة الخدمات المقدمة، بالإضافة إلى عرض واقع الرضا الوظيفي لدى الطاقم الطبي والطاقم شبه الطبي بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.

صعوبات البحث:

تمثلت المشكلات التي واجهها الطالب في الدراسة الميدانية في كثرة الجهات الواجب زيارتها وطول الإجراءات الواجب إتباعها للحصول على الموافقة للقيام بالبحث في المؤسسات محل الدراسة، بحيث يتطلب الولوج لأي مصلحة تابعة لنفس المؤسسة الصحية أخذ موافقة رئيسها، رغم وجود تسريح من طرف المدير العام .

الفصل الأول

إشكالية جودة الخدمات الصحية

الفصل الأول: إشكالية جودة الخدمات الصحية

مقدمة:

تواجه الكثير من المؤسسات العديد من التحديات، والتي تتمثل في انخفاض مستوى الإنتاجية، وزيادة تكاليف التشغيل، ونقص في الموارد المالية، وتبنى أساليب غير فعالة لتحقيق الأهداف المنشودة الى جانب تدني مستوى الرضا لدى المستفيدين ومستوى الرضا الوظيفي والولاء لدى العاملين. وتحمل الجودة إدارة وأهدافا موقعا مهما في توجهات ونشاطات المؤسسات المختلفة، ويرجع تزايد الاهتمام بالجودة الى التغيرات السريعة والمتنوعة في البيئة الاقتصادية العالمية، والتغير في استجابات المستفيدين، والتحول التكنولوجية المتلاحقة وغيرها من العوامل. وتعتبر المؤسسات الصحية من أكثر المؤسسات حساسية للجودة، لأنها تهتم بتقديم خدمات لأعلى ما تملكه المجتمعات، وهو الإنسان، وهي تؤمن أن هذا الأخير (الإنسان) هو الوسيلة الأولى لعمليات التنمية، وهو الذي يعتمد عليه في نجاح هذه العمليات واستقرارها، حيث أن الإنسان المريض لا يمكن أن يعمل أو يخطط أو حتى يفكر في خدمة مجتمعه حتى يشفى وتحل مشكلاته الصحية. وفي هذا الإطار جاء هذا الفصل ليستعرض مفهوم جودة الخدمة الصحية وخصوصية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، لكن قبل الخوض فيما سبق ذكره، أراد الباحث أن يقدم إطلالة على مفهوم الجودة والخدمة وخصائصها.

المبحث الأول: الجودة و مداخلها

يعتبر موضوع الجودة وإدارتها من الموضوعات التي حظيت بدرجة كبيرة من الاهتمام، إذ يمكن أن نلاحظ أنه أصبح بمثابة القاسم المشترك في كافة الكتابات الاقتصادية والإدارية، والشغل الشاغل لجميع الهيئات والمؤسسات في كافة أنحاء العالم النامي منه والمتقدم، والتي تسابقت نحو تطبيق المستحدث في مجال الجودة، وذلك بعد أن تبين لها أن الجودة أصبحت تؤثر بقوة في تقرير حاضر ومستقبل المؤسسات، ولما لها من دور فعال وهام تلعبه في تحسين الإنتاجية وتخفيض التكلفة، إضافة إلى دورها الفعال في تحقيق موقع تنافسي متميز في السوق، حيث أيقنت المؤسسات في الوقت الحاضر، وكننتيجة مباشرة لمتغيرات البيئية التي تعمل في ظلها، عدم إمكانية الاستمرار في السوق دون تبني إستراتيجية فعالة تجاه جودة منتجاتها (سلعا وخدمات).

المطلب الأول: ماهية الجودة

لقد تعددت وتباينت التعاريف الخاصة بالجودة، ولهذا من الصعب أن نجد تعريفاً بسيطاً يصفها ويعرفها تعريفاً شاملاً بسبب تعدد جوانبها، وسيظهر ذلك جلياً من خلال مجموعة التعاريف التي سنعرضها فيما يلي:

- لقد عرفها "جوران" JURAN « بأنها الملائمة للاستخدام، أي كلما كانت الخدمة أو السلعة المصنعة ملائمة للاستخدام كلما كانت جيدة »¹ .
- « الجودة مجموع مميزات وخصائص وحدة التي تؤهلها لتلبية حاجات معلنة أو غير معلنة»² . وهذه الوحدة قد تكون منتجاً أو نشاطاً أو مسار إنتاج أو تنظيم شركة، هيئة، شخص...إلخ.
- كما عرفها كروسبي على أنها: « المطابقة للمواصفات المحددة »³ .
- عرفت المواصفة القياسية لعام 2000 الجودة بأنها « مجموعة الصفات المميزة للمنتج (أو النشاط أو العملية أو المؤسسة أو الشخص) والتي تجعله ملبياً للحاجات المعلنة والمتوقعة أو قادراً على تلبيةها»⁴ .
- وعرفها جارفين David Garvin « أنها درجة الأداء التي يقدمها المنتج طبقاً لما يتوقعه المستهلك، أي مدى المناسبة للاستخدام عملياً »⁵ .

¹ محمد بن علي الغامدي، مفاهيم الجودة أساس لتوحيد الجهود

www.Saaid.net/aldawah/151.htm

² Daniel Duret , Maurice Pillet, qualité en production, éditions d'organisation, Paris, 1998,p19

³ Bertrand Louapre, La qualité s'il vous plaît !, les éditions d'organisations, Paris, 1992, P23.

⁴ غسان طيارة وأكرم ناصر، جرجس الغضبان ، الجودة ودورها في التنمية الاقتصادية

<http://www.mafhoum.com/sgn/articles/tayara/tayara.htm>

⁵ محمد عبد الغني حسن هلال، مهارات إدارة الجودة الشاملة في التدريب، الطبعة الأولى، مركز تطوير الأداء والتنمية،

والجدير بالإشارة أن هذه التعاريف تتفق فيما بينها في الآتي¹:

- أن الجودة لا تنشأ من عدم بل من العلاقة بين المنتج المموم والعمل المشتري للمنتج.
- الفكرة الثانية مكملة للأولى وتركز أساساً على التبادل التجاري، حيث أن هذه التعاريف مبنية على آلية التبادل المبني على أساس الجودة بمجرد وجود الطلب والموم القادر على تلبية.
- أما الفكرة الثالثة فتشير إلى تفوق المستهلك باعتباره الحكم الأساسي للجودة، بحيث يتم التبادل على أساس الحكم على جودة المنتج.
- أما النقطة الرابعة فهي غياب أي إشارة إلى الجانب المالي، إذ أن عنصر التكاليف والسعر لم يدرجا ضمن تعريف جودة المنتج. وبالتالي هل نستنتج من هذا أن السعر ثابت أو ليس له علاقة بجودة المنتج، وهذا ما ينفيه كل الملاحظين على مستوى المؤسسة الصناعية.

وبالإضافة إلى أوجه الاتفاق بين تلك التعاريف، نلاحظ أن هناك اختلافاً واضحاً وكبيراً في تعريف الجودة، وإزاء هذا التعدد والتنوع في تعريف الجودة، فقد قام "ديفيد جارفين" بحصر التعاريف المختلفة للجودة في خمسة مداخل تضم داخلها هذه التعاريف، وتتمثل المداخل الخمسة لتعريف الجودة فيما يلي:²

- مدخل المثالية: ويرى أصحاب هذا المدخل أن الجودة مفهوم مطلق يعبر عن أعلى مستويات التفوق والكمال، وبالتالي فالجودة لا يمكن تعريفها ولكن يمكن الإحساس بها والتعرف عليها.
- مدخل المنتج: ويرى أصحاب هذا المدخل أن الجودة يمكن قياسها وتحديدًا بدقة، فهي تمثل بالنسبة للمنتج مستوى احتوائه على خاصية أو عنصر ما من العناصر والخواص المكونة له.
- مدخل المستخدم: وفقاً لهذا المدخل، فالجودة هي ما يراه ويريد المستهلك في المنتج، ويميل إلى الأخذ بهذا المدخل رجال التسويق. ولما كانت رغبات واحتياجات المستهلك تختلف من شخص لآخر، فإن الشيء الجيد هو ما يحقق الأفضليات التي يراها هذا المستهلك*، وهي نظرية ذهنية شخصية للغاية.

وترتكز جودة المنتج من وجهة نظر المستهلك على ما يلي:

¹ فئات فوزي، داني الكبير أمعاشو، الجودة عامل أساسي لتعزيز القدرة التنافسية للمؤسسة، مجلة "إدارة" تصدر عن

مركز التوثيق والبحوث الإدارية، المجلد 11، العدد 21، الجزائر، 2001، ص 105.

² جمال طاهر أبو الفتوح حجازي، إدارة الإنتاج والعمليات: مدخل إدارة الجودة الشاملة، مكتب القاهرة للطباعة والتصوير، مصر، 2002، ص ص 282-283

* لمزيد من التفصيل في أبعاد الجودة من وجهة نظر المستهلك، والمتمثلة في: التشغيل أو مستوى الأداء، الموثوقية

والمثانة، التتابع، إمكانية تقديم الخدمة، المظهر الخارجي، إمكانية التحسس للجودة. يرجى الرجوع إلى المرجع التالي :

حسين عبد الله التميمي، إدارة الإنتاج والعمليات: مدخل كمي، الطبعة الأولى، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع،

عمان، 1997، ص ص 610-611

- منتج خالي من العيوب
- عمر استخدام أطول
- المحافظة على خصائصه طول فترة الاستخدام
- مناسب للاستخدام
- سعر أقل

- مدخل التصنيع: وفقا لهذا المدخل فان رجال الإنتاج يرون أن الجودة تعني المطابقة للمواصفات والمعايير الموضوعه للمنتج أو الخدمة، وأن يتم إنتاجها بطريقة صحيحة من أول مرة. فنظرة الصانع إلى الجودة هي نظرة هندسية تصنيعية، ومن هنا فالجودة بالنسبة لهم تعني:

- التطابق مع المواصفات والمعايير
- أن يتم صنع الأشياء بطريقة سليمة

- مدخل القيمة: وتعتمد تعاريف الجودة وفقا لهذا المدخل على التكلفة والسعر، وتبعاً لذلك فالمنتج الجيد هو الذي يحقق المواصفات بتكلفة معقولة، أو هو الذي يوفر أداءً معيناً بسعر مقبول.

ونستخلص من كل ما سبق أن الجودة هي القدرة على إشباع حاجات المستهلكين بشكل أفضل وفي وقت محدد، أخذاً بعين الاعتبار الشروط الاقتصادية والآجال.

المطلب الثاني: المدخل التقليدي للجودة

يتضمن المدخل التقليدي للجودة أربع مراحل متتالية، وليست منفصلة. فالفحص يتضمن الفرز، ومراقبة الجودة تتضمن الفحص، وضمان الجودة يتضمن مراقبة الجودة. ويمكن عرض محتوى هذه المراحل كما يلي:

1- الفرز: بدأ مفهوم الجودة بعملية فرز المنتجات، حيث يقوم بعض العمال التابعين لملاحظي خط الإنتاج بفرز المنتج النهائي لاستبعاد الوحدات المعيبة منه.

2- الفحص: يحول الفحص دون وصول الوحدات المعيبة، والتي لا تلبى رغبات العملاء من نقلها إليهم ووصولها لهم، ولكن لا تمنع وقوع الخطأ. فالخطأ قد وقع فعلاً و ما على الفحص إلا اكتشافه واستبعاده¹.

3- مراقبة الجودة: تركز مراقبة الجودة على جودة سلعة أو خدمة بعد إنتاجها. فبناء على وجود بعض المواصفات التفصيلية والتي يتم استكمالها بتصميم المنتج وبالعملية الإنتاجية التي تهدف إلى مطابقة هذه المواصفات؛ فان ما يتم إنتاجه بالفعل يتم مقارنته بالمواصفات في عملية الفحص. ومن الممكن اختيار درجة التوافق مع المواصفات عن طريق استخدام أسلوب العينات، كما أن تحديد درجة

¹ فريد عبد الفتاح زين الدين، تخطيط ومراقبة الإنتاج: مدخل إدارة الجودة، دار الكتب، القاهرة، 1997، ص 480.

مطابقة المنتج للمواصفات الموضوعية سلفاً يمكن أن يتم عن طريق استخدام أسلوب الملاحظة، أو بعض بحوث مسح المستهلكين.

والافتراض الأساسي وراء مراقبة الجودة، أن الأخطاء يمكن حدوثها، وكذلك التباين والاختلاف عن المواصفات، وأن جودة المنتج يمكن تحقيقها إلى نقطة محددة وليس 100%¹.

والمفرد للانتباه أنه في هذه المرحلة، نظرت المؤسسات للجودة كمشكلة مثلما كان الحال في الفترة السابقة (مرحلة الفحص)، إلا أنه بدلاً من التفتيش عن كل المنتجات تم استخدام المنهج الإحصائي لاختيار عينات من المنتجات بهدف ضبط الجودة، والاستغناء عن عملية الفحص الشامل لكل الوحدات المنتجة.

ويتبين مما سبق أنه لا يمكن تفتيش الجودة في المنتج، وإنما يجب بناؤها فيه ومن هنا جاءت الحاجة إلى ضمان الجودة.

4- ضمان الجودة: مع تطور الفكر الإداري أصبح مدخل مراقبة الجودة بمفرده غير كاف لتحقيق الجودة والتحسين المستمر في المؤسسة، الشيء الذي أدى إلى التفكير في تبني مفهوم جديد هو ضمان الجودة.

عرفت الجمعية الفرنسية للمراقبة الصناعية للجودة AFCIQ ضمان الجودة بأنه تطبيق مجموعة من الإجراءات المقدمة مسبقاً ومنسقة وموجهة لإعطاء الثقة حول الحصول بانتظام على الجودة المناسبة².

في حين أكد "بستر فيلد" أن ضمان الجودة هو كل الإجراءات المخططة أو المنطقية اللازمة لتوفير ثقة كافية بأن المنتج سوف يحقق متطلبات معينة للجودة، والتي تشمل التأكد من أن الجودة هي كما يجب أن تكون عليه، وهذا يشمل تقويماً مستمراً للكفاية والفعالية مع النظرة بوجود مقاييس تصحيح في الوقت السليم وتغذية مرتدة تنشط عند الحاجة³.

وبالتالي، ضمان الجودة هو نظام أساسه منع وقوع الخطأ عن طريق التحسينات المتتالية وتوجيه الجهود التنظيمية نحو منع حدوث المشاكل من مصادرها، من أجل توفير الثقة داخلياً (الإدارة) وخارجياً (الزبون).

¹ محمد صالح الحناوي، إسماعيل السيد، قضايا إدارية معاصرة، مركز التنمية الإدارية، جامعة الإسكندرية، 1998، ص 176

² Giblert Stora, Jean Montaigne, la qualité totale dans l'entreprise, édition d'organisation, paris, 1986, p24.

³ دال بستر فيلد، ترجمة سرور علي إبراهيم سرور، الرقابة على الجودة، المكتبة الأكاديمية، المملكة العربية السعودية، 1995، ص 27.

يتضح من العرض السابق للمدخل التقليدي، أن كل مرحلة من هذه المراحل قد ركزت على اهتمامات معينة؛ فبينما ركزت مرحلة الفحص على المطابقة وتصحيح الأخطاء بعد وقوعها، نجد أن المرحلة الثانية، وهي الرقابة الإحصائية قد توسعت في المفهوم وأضافت إلى المفهوم السابق، حيث اهتمت بالتصميم والأداء ولم يعد مجرد فحص للمطابقة، ثم جاءت المرحلة الثالثة لتتطر بشكل أرحب، حيث يمكن اعتبار هذه المرحلة نظام أساسه منع وقوع الخطأ.

المطلب الثالث: المدخل الحديث للجودة

أدركت المؤسسات أن مدخل ضمان وتأکید الجودة في حد ذاته لم يعد كافياً، فهي بحاجة إلى مدخل جديد وفلسفة إدارية جديدة تحقق لها التميز في ظل بيئة تنافسية قوية، وكان هذا المدخل هو إدارة الجودة الشاملة (Total quality Management (TQM). سوف نتطرق في هذا المطلب لمدخل إدارة الجودة الشاملة، مبرزين معناه، مبادئ ومراحل ومعوقات تطبيقه.

1- تعريف إدارة الجودة الشاملة:

تعددت التعاريف المقدمة لإدارة الجودة الشاملة، كل منها حاول إبراز سمة معينة أو خاصية معينة لها. وفي هذا الجزء نستعرض بعض تلك التعاريف للوقوف منها على مفهوم إدارة الجودة الشاملة كمدخل حديث في مسيرة تطور إدارة الجودة . يعرف "رفاه جميل أحمد" إدارة الجودة الشاملة بأنها "ثقافة محددة من المؤسسة تؤيد التحقيق المتواصل لرضا الزبون عبر نظام متكامل بأدواته وتقنياته وتستلزم التحسين المستمر للعمليات التنظيمية التي ينتج عنها جودة عالية للسلع والخدمات"¹. ويتضح من خلال التعريف أن التزام العاملين بهذه الثقافة والتي هي مجموعة القيم والمعتقدات الجديدة، سيؤدي إلى تحقيق رضا الزبون الذي يمثل الهدف النهائي لإدارة الجودة الشاملة عن طريق تلبية حاجاته ورغباته. ويعرفها "جوزيف جابلونسكي" بأنها "شكل تعاوني لإنجاز الأعمال، يعتمد على القدرات والمواهب الخاصة بكل من الإدارة و العاملين لتحسين الجودة والإنتاجية بشكل مستمر عن طريق فرق العمل"².

¹ رفاه جميل أحمد، أحمد عبد الوهاب، دور إدارة الجودة الشاملة في تغيير ثقافة الجودة في المؤسسات الصناعية دراسة حالة إحدى المصانع العراقية، مجلة التنمية الصناعية العربية، مجلة فصلية تصدر عن المنظمة العربية للتنمية الصناعية والتعدين، المغرب، العدد43، أبريل 2001، ص98.

² جوزيف جابلونسكي، تعريب عبد الفتاح السيد النعماني، إدارة الجودة الشاملة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة نظرة عامة، الجزء الثاني، مركز الخبرات المهنية للإدارة "بيمك"، جمهورية مصر العربية، 1996، ص26.

يركز هذا التعريف على ثلاثة مقومات أساسية لإدارة الجودة الشاملة وهي: إدارة مشاركة، تحسين العملية باستمرار واستخدام فرق العمل.

وقد عرف معهد الجودة الفيدرالي إدارة الجودة الكلية (الشاملة) بأنها " القيام بالعمل الصحيح بشكل صحيح من أول مرة مع الاعتماد على تقييم العميل في معرفة مدى تحسين الأداء"¹.

في حين عرفها فريد عبد الفتاح زين الدين بأنها " ثورة ثقافية في الطريقة التي تعمل وتفكر بها الإدارة حول تحسين الجودة، وهي مدخل يعبر عن مزيد من الإحساس المشترك في ممارسات الإدارة، والتي تؤكد على الاتصالات في الاتجاهين و أهمية المقاييس الإحصائية. إنها تغيير مستمر من إدارة تنتظر إلى النتائج إلى إدارة تتفهم وتدير العمليات بشكل يحقق النتائج، إنها نتاج ممارسة الإدارة والطرق التحليلية التي تدعو إلى عملية التحسين المستمر، والتي بدورها تقود إلى تخفيض التكلفة"².

يتضح من خلال التعريف أعلاه أن إدارة الجودة الشاملة هي فلسفة إدارية حديثة تأخذ شكل نظام إداري شامل قائم على إحداث تغييرات ايجابية جذرية لكل شيء داخل المؤسسة . ورغم اختلاف التعاريف السابقة، إلا أنها اتفقت على أن إدارة الجودة الشاملة هي مدخل جديد يتميز عن المدخل التقليدي لإدارة الجودة .

وانطلاقاً مما سبق، تعتبر إدارة الجودة الشاملة خطوة متقدمة على طريق تحسين الجودة، وهي فلسفة إدارية تستهدف التحسين المستمر لكافة العمليات في المؤسسة، وتضم كافة العاملين، وتهدف إلى تحقيق الرضا الكامل للزبون من خلال التعرف على احتياجاته وتوقعاته ومساندة الإدارة العليا ومشاركتها ودعمها لأساليب التحسين.

2- مبادئ إدارة الجودة الشاملة:

نرى من المناسب قبل التعرض لمبادئ إدارة الجودة الشاملة أن نعرض بعض نقاط الاتفاق والاختلاف بين عدد من الكتاب* البارزين في تطوير وبلورة مدخل إدارة الجودة الشاملة وهم: "وليام ادوارد ديمينج" W.E.DEMING، و"جوزيف جوران" J.JURAN و"فيليب كروسبي" P.CROSBY، وإن كان ذلك

¹ ماجدة محمد عبد الحميد جبريل، إطار مقترح لتطبيق إدارة الجودة الكلية على مستشفيات مشروع ضمان الجودة، رسالة مقدمة للحصول على درجة دكتور الفلسفة في إدارة الأعمال، جامعة عين شمس، كلية التجارة، جمهورية مصر العربية، 2000، ص 42.

² فريد عبد الفتاح زين الدين، المنهج العملي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العربية، دار الكتب، مصر، 1996، ص ص 531-532.

* تمثلت إسهامات هؤلاء الكتاب فيما يلي: النقاط الأربعة عشر لـ "ديمنج"، مفهوم العيوب الصفوية لـ "كروسبي"، رقابة الجودة الكلية لـ "فيجنوم"، ثلاثية الجودة لـ "جوران"، تكوين حلقات الجودة لـ "ايشكاوا"، استخدام الأساليب الإحصائية لـ "تاجوتشي".

لا يقلل من إسهامات مجموعة أخرى من المفكرين في بلورة مفهوم إدارة الجودة الشاملة، ونذكر منهم "فيجنباوم" FEIGENBAUN، "كونواي" CONWAY، "تاجوشي" TAGUCHI، "ايشيكاوا" وغيرهم.

ويمكن عرض أوجه الاتفاق وأوجه الاختلاف فيما يلي:

أ- أوجه الاتفاق والعناصر المشتركة بين رواد الجودة:

تتمثل أوجه الاتفاق في النقاط التالية¹:

- يركز الخبراء الثلاثة على أهمية التزام الإدارة العليا ودعمها المستمر ومشاركتها في تطبيق إدارة الجودة الكلية، فكل نقاط "ديمنج" الأربع عشرة توضح مهام الإدارة، والنقطة الأولى في فلسفة "كروسبي"، ذات الأربع عشرة خطوة، تتعامل مع التزام الإدارة، وكذلك فان "جوران" في سبيل تطبيق برنامجه (ثلاثية الجودة لجوران) يرى أن نجاح هذا البرنامج يعتمد بشكل كبير على الأسلوب القيادي للإدارة العليا نحو سياسة الجودة.

- الاهتمام بالتدريب والتعليم المستمر لجميع العاملين بالمنظمة .

- مفهوم العميل الداخلي (سلسلة العميل، المورد)، وإدارة العمليات.

- مراقبة الموردين والسلع الموردة عن طريق استخدام أساليب الضبط الإحصائي أو عن طريق المراجعة.

- خلق الوعي لدى العاملين بالبحث الدائم عن تحسين أداء العملية، وذلك من خلال حل المشكلات والتركيز على الوقاية من العيوب.

ب- أوجه الاختلاف:

أما أوجه الاختلاف بين المفكرين الثلاثة، فيمكن إيجازها في الآتي:

- بالنسبة لـ "ديمنج" فقد ركز على استعمال الأساليب الإحصائية في عمليات التحسين ومعايير قياس الجودة².

- أما "جوران" فقد اهتم باستخدام الفرق الوظيفية المتداخلة (فرق العمل وحلقات الجودة، لمواجهة المشاكل - سواء العارضة أو المزمدة - والتي تظهر أثناء العمل، على أساس كل مشروع تحسين على حدا. كما نادى بضرورة مشاركة العاملين في جميع المستويات لهذه الفرق بعد حصولها على المهارات الضرورية التي تؤهلهم للعمل على تحسين الأداء، بالإضافة إلى ذلك فإنه ركز على

¹ جمال طاهر أبو الفتوح حجازي، مرجع سابق، ص 327.

² محمد العيشوني، مفاهيم أساسية عن الضبط الشامل للجودة وإدارة الجودة الشاملة، قسم التقنية الميكانيكية، الكلية التقنية بحائل، 2005.

ضرورة قيام المنظمة بخلق نظام معلومات خاصة بالجودة، وكذلك ضرورة الالتزام بتطبيق نظام حلقات الجودة¹.

- وأما بالنسبة لـ "كر وسبي"، فلقد تطرق (بعكس الآخرين) للجوانب الثقافية والسلوكية لإدارة الجودة، حيث ركز على التغيير في ثقافة الإدارة كأحد الخطوات الأولى في برنامج الجودة الخاص به، وذكر مبدأ الحوافز والتشجيع وتنمية روح التعاون بين الأفراد العاملين، كما ركز على الحد من العيوب في الأداء (العيوب الصفرية)، وتحديد يوم للعيوب الصفرية للاحتفال بالالتزام بالجودة، علاوة على ذلك فقد قام بوضع بعض المعايير التي لا تقيس الخلل فقط، وإنما تقيس أيضا التكلفة الإجمالية للجودة².

ويتطلب تفعيل فلسفة إدارة الجودة الشاملة داخل مؤسسة ما سواء كانت سلعية أو خدمية توافر عدة أسس ومبادئ تتناسب وتتكامل فيما بينها لتحقيق أهدافها، والتي نعرضها في الآتي:

1- مبدأ التركيز على الزبون³:

يشمل مصطلح العميل في إدارة الجودة الشاملة كلا من العميل الخارجي والعميل الداخلي. ويقصد بالعميل الخارجي ذلك الفرد (المستهلك) الذي تتمحور حوله كافة الأنشطة والجهود من أجل تحقيق رغباته وتحفيزه في اقتناء المنتج أو السلعة المنتجة، أما العميل الداخلي فيمثل الأفراد العاملين في الوحدات التنظيمية المختلفة في المنظمة.

وقد أشارت منظمة الجودة البريطانية للعملاء بشمولية أكبر، حيث أنها عرفت العملاء بأنهم المستثمرون والموظفون وأصحاب المصالح والموردون والمجتمع بأسره وأي شخص له علاقة معينة بالمنظمة.

ولذلك فإن المنظمة العاملة ينبغي أن تضع في حساباتها الأنشطة التي من شأنها أن تحقق للعميل، سواء الخارجي أو الداخلي، الجودة العالية التي تتسجم مع ضرورة تعزيز أو اصر الثقة بينه وبين المنظمة، ويفيد كسب ولائه ورضاه وثقته الهدف الأسمى الذي ينبغي التركيز عليه في كافة الأنشطة التشغيلية التي تؤديها المنظمة، إذ لولاه فإن المنظمة تصاب بالفشل وتعرض أنشطتها للزوال لا سيما في ظل الأجواء التنافسية التي تستهدفها عادة الأسواق الاقتصادية بمختلف أنشطتها.

2- التركيز على العمليات والنتائج معا:

عندما نحصل على سلعة لا تلبي حاجتنا أو نريد من توقعاتنا، فإننا عادة ما نذهب إلى المنافس أو نشككي إذا اعتقدنا بأن الشكوى ستؤدي إلى نتيجة. وفي ظل إدارة الجودة الشاملة، فإننا نستخدم هذه النتائج

¹ جمال طاهر أبو الفتوح حجازي، مرجع سابق، ص 328.

³ خضير كاظم حمود، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الثانية، دار المسيرة للنشر وتوزيع والطباعة، عمان، الأردن،

الناقصة، أو التوقعات غير الملباة، كأعراض أو مؤشرات على أن شيئاً ما يتم خطأ في العمليات التي أدت لإنتاج هذه المنتجات.

وتفصي هذه الأعراض إلى خطة عمل لتصحيح هذه الأخطاء أو نواحي القصور. ولاشك أن استخدام المدخل الهيكلي لحل المشاكل يجعل بالإمكان التحرك المستمر نحو تحسين جودة السلع أو الخدمات¹. وبالتالي يجب تركيز الجهود على إيجاد حلول مستمرة للمشاكل التي تعترض سبيل تحسين جودة المنتجات و الخدمات. فالنتائج المعيبة تعتبر مؤشراً على عدم الجودة (اللاجودة) في العمليات ذاتها.

3- الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها :

يسهل إعطاء الاهتمام للعمليات والنتائج معاً، كما هو موضح في المبدأ الثاني، تطبيق المبدأ الثالث بسرعة وهو الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها.

فقبل إدارة الجودة الشاملة، اعتقد المديرون بأنهم يستطيعون فحص الجودة داخلياً، وعند حدوث خطأ في إنتاج بعض المنتجات أو الخدمات، فإنهم يكتفون من عملية الفحص بزيادة عدد الفاحصين، وهذا عكس ما يحدث في إدارة الجودة الشاملة. إننا نطبق هنا المدخل الهيكلي لحل المشاكل ونخصص الاستثمار الضروري لفهم العملية ومصادر اختلاف العملية. وعندئذ نقوم بعملية المراقبة الضرورية للتأكد من أن كل سلعة أو خدمة تلبي الجودة المقبولة والمنتبأ بها².

وبالتالي يعني هذا المبدأ الإقلاع عن استخدام سياسة إطفاء الحرائق في إدارة الأعمال أو أسلوب الإدارة بالأزمات، والشروع في استخدام أساليب إدارية سليمة تمنع وقوع الأخطاء والمشاكل.

4- تدعيم و تعبئة خبرات القوى العاملة (مبدأ حشد خبرات القوى العاملة):

وأحد من أكثر الفروقات أهمية بين إدارة الجودة الشاملة، والأفكار التقليدية في تحليل الجودة والتحسين هو قضية من يقوم بالتحليل فبمقتضى العمل بإدارة الجودة الكلية، فإن العامل هو الخبير في تحليل وتحديد المعلومات التي تحول دون تحسين عمليات العمل. هذا التوجه من الممكن أن يشجع الإبداع ويرفع الروح المعنوية، ويؤدي إلى التزام وولاء أكبر نحو المنظمة والمهمة التي بين يدي العامل.

والعنصر الآخر المهم بخصوص التحليل الذاتي من قبل العامل للعمل هو أن الموظفين لا يقومون بإجراء تحليل العمل بصورة فردية، ولكن كجزء من فرص تحسين الجودة.

¹ جوزيف جابلونسكي، تعريب عبد الفتاح السيد النعماني، مرجع سابق، ص 56.

² عبد الرحمان توفيق، الجودة الشاملة الدليل المتكامل، سلسلة إصدارات مركز الخبرات المهنية "بميك"، العدد 45، القاهرة، 2003، ص ص 46-47.

تشمل هذه الفرق* موظفين آخرين يعملون في المجال نفسه... والتي من الممكن أن تعزز أيضا الاتصال بين الموظفين من أجزاء مختلفة في المنظمة، كما تساعد على بناء الاتحاد مع هدف المنظمة¹. فالعمل الجماعي والمشاركة، والتي تمثل عملية تفاعل الأفراد عقليا ووجدانيا في فرق العمل، يعدان مطلبا مهما لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.

5- اتخاذ القرارات المبنية على الحقائق:

لا بد وأن تمتاز المنشآت التي تطبق نظام إدارة الجودة الشاملة بأن قراراتها مبنية على حقائق وبيانات صحيحة وليس مجرد تكهنات أو اقتراحات أو توقع مبني على أساس الرأي الشخصي، وخاصة أن منظمات الأعمال تواجه تغيرات متسارعة في العلم والتكنولوجيا والمنافسة. إذ لا بد من تقليل حالات عدم التأكد أو المجهول، وذلك بالاعتماد على الأساليب الكمية المعدة لهذا الغرض مثل شجرة القرارات وغيرها. والممكن أيضا استخدام نظام المعلومات الإدارية والحاسوبية في هذا المجال، وذلك لمساعدة المدراء في تشخيص نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات².

إذن تسمح إدارة الجودة الشاملة للمؤسسة أن تتخذ القرارات استنادا إلى الحقائق، وأن تتبنى المفهوم العملي لحل المشكلات، بالتركيز على قاعدة بيانات دقيقة، أي وجود نظام لإدخال وتخزين واسترجاع المعلومات، يساعد على اتخاذ القرارات والقيام بالتحليل الدوري للأوضاع حتى يمكن تحقيق التطوير المستمر.

6- الاهتمام بالتغذية العكسية:

يسمح هذا المبدأ السادس من مبادئ إدارة الجودة الشاملة، للمبادئ الخمسة السابقة أن تحقق النتائج المطلوبة منها، وفي هذا المجال تلعب الاتصالات الدور الرئيسي لأي منتج. ومن ثم فإن النجاح في الحصول على التغذية العكسية، والتي تتحقق في الوقت الملائم، تعتبر من العوامل الأساسية التي تسهم في تمهيد وزيادة فرص النجاح والإبداع³.

* فرق تحسين الجودة تسمى كذلك حلقات أو دوائر الجودة. ولمزيد من التفصيل يمكن الرجوع إلى:

- فريد عبد الفتاح زين الدين، حلقات الجودة كمدخل لتحسين مستوى خدمات وحدات الجهاز الحكومي المصري، مجلة "الإدارة"، مجلة علمية ربع سنوية يصدرها اتحاد جمعيات التنمية الإدارية، جمهورية مصر العربية، المجلد السابع والعشرون، العدد الثالث، جانفي 1995.

- بهيرة محمد الموجي، دوائر الجودة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 1995.

¹ ستيفن كوهين، رونالد براند، ترجمة عبد الرحمان بن أحمد هيجان، إدارة الجودة الكلية في الحكومة دليل عملي لواقع حقيقي، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 1997، ص 49-51-52.

² مؤيد عبد الحسين الفضل، يوسف حجيم الطائي، إدارة الجودة الشاملة من المستهلك الى المستهلك منهج كمي، الطبعة الأولى، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان - الأردن، 2004، ص 368.

³ فريد عبد الفتاح زين الدين، تخطيط ومراقبة الإنتاج، مرجع سابق، ص 555.

والجدير بالإشارة أن التغذية العكسية (المرتجعة أو المرتدة) تمثل جزءاً أساسياً من أجزاء النظام، والمتمثل في المدخلات والعمليات التحويلية (الأنشطة) والمخرجات. وبالتالي فإن فلسفة إدارة الجودة الشاملة تقوم على أساس تحقيق التكامل بين النظامين الفني والاجتماعي من خلال نظام إداري يركز على الوفاء باحتياجات كل من الزبائن، والعاملين، وأصحاب الأموال، إضافة إلى المتطلبات الفنية¹.

والجدير بالإيماء أن منهجية إدارة الجودة الشاملة تشتمل على مجموعة من الأنشطة الداعمة، والتي تساعدها على تحقيق ما تصبو إليه، والمتمثلة في التغذية العكسية، التدريب، ونظام المعلومات وجمع الحقائق؛ والتي لا بد أن تتصف بالاستمرارية.

3- مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

اختلف الكتاب في عدد مراحل تطبيق برامج إدارة الجودة الشاملة، ويرجع ذلك إلى التوسع في عرض هذه المراحل، أو قيام البعض الآخر بإدماج عدد من المراحل مع بعضها، ولكن يمكن القول أن الاختلاف كان في العدد وليس في المحتوى. ولقد تبيننا التقسيم الذي اعتمده "جوزيف جابلونسكي"، والمتضمن خمس مراحل أساسية نعرفها فيما يلي:

أ- المرحلة الأولى: الإعداد

يتمثل الهدف الأساسي من هذه المرحلة اعتبار الجودة الشاملة جزءاً من ثقافة المنظمة، والتركيز على الدعم التام من قبل الإدارة العليا للمنظمة، وتتضمن هذه المرحلة الخطوات التالية:

- تعزيز الوعي بأهمية التطوير المستمر، وذلك من خلال التشخيص العملي لمشاكل المنظمة، وبيان التحديات التي تواجهها .
- تحديد احتياجات المستفيدين، متطلباتهم، اتجاهاتهم ورغباتهم، واعتبارها أساساً مهماً من أسس صياغة أهداف المنظمة.
- تعريف قيادات المنظمة بالأسس الفكرية لإدارة الجودة الشاملة .
- التزام القيادات الإدارية بفكر التميز الإداري والجودة الشاملة، فضلاً عن مساندتها لتطوير أداء العاملين في ضوء هذا الفكر² .

¹ علي السلمي، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهيل للايزو، دار غريب للنشر والطباعة والتوزيع، القاهرة، 1995، ص 34.

² قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان- الأردن، 2006، ص 192.

وخليق بالذكر أن هذه المرحلة يجب أن تسمى مرحلة التحسيس والدعم، وذلك لأنه يجب إيجاد إحساس ووعي واضحين من الإدارة بأهمية التغيير لتحقيق المزيد من العائد للجميع.

ب- المرحلة الثانية: التخطيط

تأتي مرحلة التخطيط بعد مرحلة الإعداد وتهيئة الظروف الملائمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة. وتتضمن مرحلة التخطيط القيام بعدة نشاطات من أهمها¹:

- تحليل البيئة الداخلية بما فيها من عناصر القوة ومواطن الضعف .
- تحليل البيئة الخارجية سواء الفرص المتاحة أو التهديدات المتوقعة، وذلك بهدف الاستعداد لها مسبقاً.
- صياغة الرؤيا القيادية التي تعكس طموحات المنظمة خلال الفترة القادمة لفترة تتراوح عادة بين خمسة إلى عشرة سنوات.
- وضع رسالة المنظمة من خلال تحديد سبب وجود المنظمة، أي النشاطات الرئيسية التي تؤديها والأسواق المستهدفة .
- وضع الأهداف الإستراتيجية بعيدة المدى لتكون متوافقة مع رسالة الشركة بالإضافة إلى وضع الاستراتيجيات الكفيلة بالوصول إلى هذه الأهداف.
- اختيار مدير الجودة في المنظمة ليكون مسئولاً عن كافة النشاطات المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة.
- تنفيذ برامج تدريبية لفرق العمل المختلفة في موضوعات الجودة والتعاون وعمل الفريق .
- دراسة توقعات العملاء ومتطلباتهم فيما يتعلق بخصائص الجودة المطلوبة .
- تصميم خطط التنفيذ المتعلقة بالمرحلة التالية مع الأخذ بعين الاعتبار الموارد المادية والبشرية المتاحة للمنظمة.

ج- المرحلة الثالثة: مرحلة التقدير والتقييم

تشمل هذه المرحلة على أربع خطوات هي²:

- **التقويم التنظيمي**: تبدأ عملية التقويم الذاتي بعدد من التساؤلات المهمة، والتي يمكن في ضوء الإجابة عليها من المديرين تهيئة المناخ المناسب للبدء في تطبيق مدخل إدارة الجودة الكلية.

¹ محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم و تطبيقات، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2004، ص ص 215-216.

² جمال طاهر أبو الفتوح حجازي، مرجع سابق، ص ص 343-344.

- **التقدير التنظيمي:** تهدف عملية التقدير التنظيمي إلى توفير أداة ضرورية لفهم المنظمة وجميع العاملين فيها، حيث أنه من الضروري أن يتم تقييم الوضع الحالي للمنظمة، وتقييم العوامل المتعددة، والتي يمكن أن تقود المنظمة إلى الأفعال الإيجابية التي تركز على التحسين المستمر.

- **دراسة العملاء:** تهدف هذه العملية إلى التعرف على مدى رضا العملاء، وعلى ما يقترحونه من مجالات التحسين والتطوير خلال لقاءات عمل أو من خلال الاتصالات.

- **التغذية العكسية لتقييم التدريب:** تشكل التغذية العكسية المكتسبة من خلال تقييم التدريب الخطوة الأخيرة لمرحلة التقويم، ويمكن الاستفادة منها في التعرف على ردود أفعال المشاركين في الدورات التدريبية من العاملين والمديرين أعضاء فرق العمل، وأرائهم، ومقترحاتهم في إمكانات تحسين الأداء ومجالاته .

ويتضح مما سبق أن مرحلة التقدير والتقويم تتضمن توفير المعلومات الضرورية لدعم المراحل اللاحقة. وتتكون من المسوحات والمقابلات في كل المستويات التنظيمية، وكذلك التقييمات الذاتية لتقدير ادراكات الأفراد والجماعات لنواحي القوة ونواحي الضعف بالمؤسسة.

د- المرحلة الرابعة: مرحلة التنفيذ (التطبيق):

وتتم في هذه المرحلة مراجعة أعمال فريق العمل وتفعيل دوره ومناقشة تطور العمل، من خلال الاجتماعات واللقاءات الدورية. وهنا يمكن القول أن إدارة الجودة الشاملة هي جهد تعاوني لانجاز الأعمال يعتمد على كفاءات وقدرات ومواهب العاملين والمديرين للعمل على تحقيق الجودة والإنتاجية العالية¹.

هـ- المرحلة الخامسة: مرحلة تبادل ونشر الخبرات:

يزود انجاز المراحل السابقة المنظمة بأساس معرفي جوهري؛ فالسياسات قد حددت، والاعتراضات على التغيير قد تم التغلب عليها، وقصص النجاح يمكن أن تتحدث عنها فرق العمل. وحتى هذه النقطة، ومع الخبرة الجديدة المكتسبة، يجب دعوة الأطراف الأخرى في المنظمة للمشاركة، والتي يمكن أن تشمل على المنظمات الفرعية، ووحدات الأعمال الإستراتيجية، والفروع، والموردين، والبائعين، والأقسام المختلفة داخل المنظمة. وتتم التوصية بتبادل ونشر الخبرات بمجرد الحصول على المصادقية بواسطة المنظمة الأم المطبقة لإدارة الجودة الشاملة².

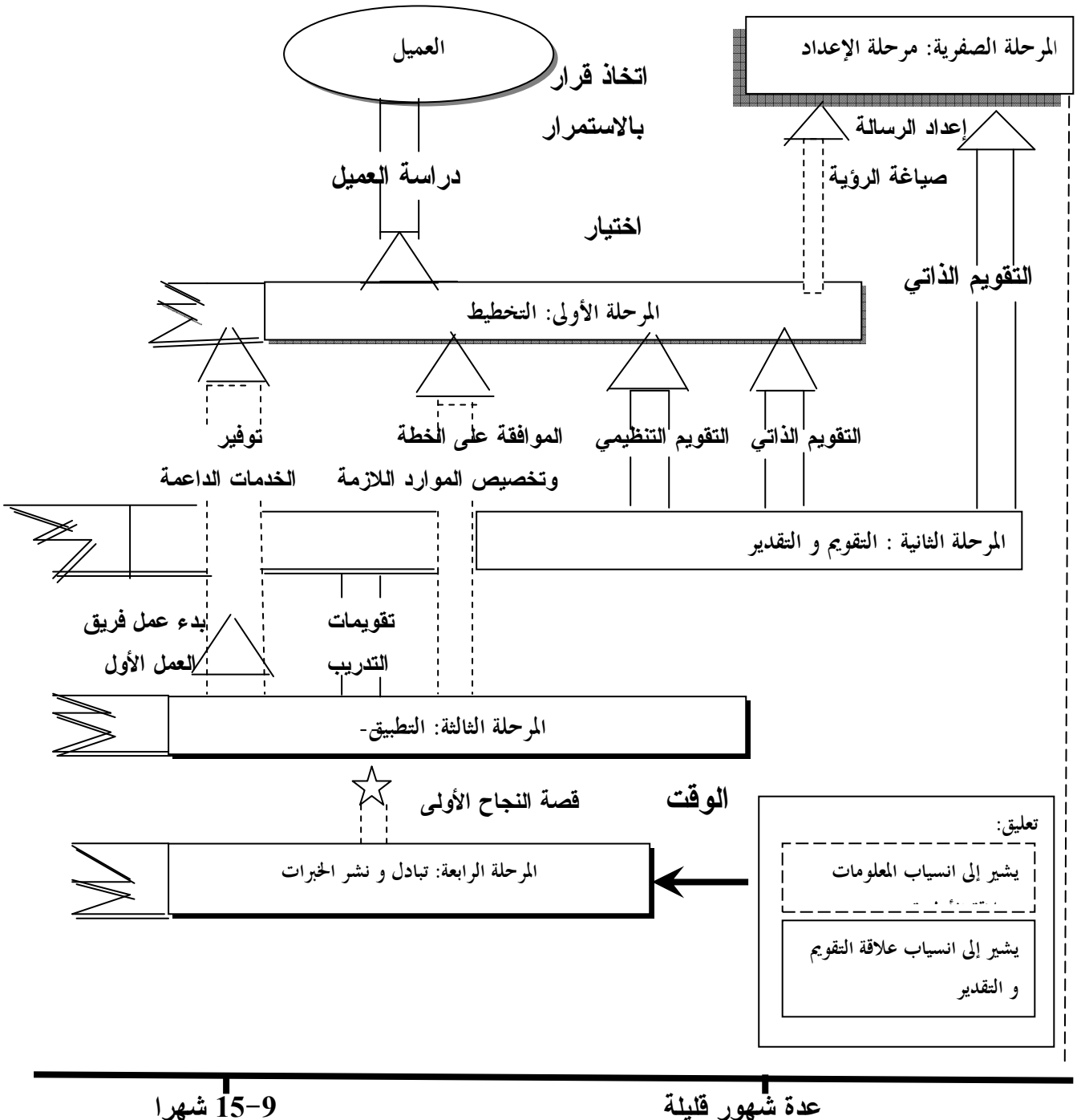
¹ موسى اللوزي، إدارة الجودة الشاملة، المؤتمر العربي السنوي الخامس في الإدارة: الإبداع والتجديد: دور المدير العربي في الإبداع والتجديد، شرم الشيخ، جمهورية مصر العربية، 27-29 نوفمبر 2004.

² عبد الرحمان توفيق، مرجع سابق، ص 66.

والجدير بالإيماء أنه لا يجب النظر لإدارة الجودة الشاملة على أنها هدف وغاية ولكن مسيرة لتحقيق الأهداف والغايات.

ويلخص "جوزيف جابلونسكي" العلاقات بين المراحل المختلفة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة والفترة الزمنية اللازمة للتطبيق في الشكل التالي:

الشكل (1.1): العلاقات بين المراحل المختلفة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة و الفترة الزمنية اللازمة للتطبيق.



المبحث الثاني: الخدمات الصحية وتقويم الأداء في المؤسسات الصحية

يحتل قطاع الخدمات الصحية في معظم دول العالم أهمية خاصة وموقعا متميزا بحكم طبيعة الخدمات التي يقدمها هذا القطاع واتصالها المباشر بصحة الأفراد، بل وبحياتهم. جاء هذا المبحث ليركز على الخدمات الصحية من حيث خصائصها وكيفية تقويم أداءها.

المطلب الأول: مفهوم الخدمة وخصائصها

اختلفت وجهات النظر حول تعريف الخدمة، باختلاف الكتاب، ومن التعاريف التي يمكن تقديمها في هذا المجال، نذكر ما يلي:

- عرفت الخدمة على أنها " أي فعل أو أداء يمكن أن يحققه طرف ما إلى طرف آخر، ويكون جوهره غير ملموس، ولا ينتج عنه أي تملك وأن إنتاجه قد يكون مرتبطا بإنتاج مادي أو قد لا يكون"¹. يشير هذا التعريف إلى الجانب غير الملموس للخدمة، كما يؤكد على أنه ليس بالضرورة أن ترتبط الخدمة بإنتاج مادي.

- يمكن تعريف الخدمات بأنها " عبارة عن تصرفات أو أنشطة أو أداء يقدم إلى طرف آخر، وهذه الأنشطة تعتبر غير ملموسة، ولا يترتب عليها نقل ملكية أي شيء، كما أن تقديم الخدمة قد يكون مرتبطا أو غير مرتبط بمنتج مادي ملموس"².

يتضح من خلال التعريف أعلاه أنه، مقارنة بالتعريف الأول، ركز على عنصر عدم انتقال الملكية في صناعة الخدمات.

- عرفت جمعية التسويق الأمريكية الخدمات بأنها "منتجات غير ملموسة أو على الأقل هي كذلك إلى حد كبير، فإذا كانت بشكل كامل غير ملموسة، فإنه يتم تبادلها مباشرة من المنتج إلى المستعمل، ولا يتم نقلها أو تخزينها، وهي تقريبا تفنى بسرعة. فسلع الخدمات يصعب في الغالب تحديدها ومعرفتها لأنها تظهر للوجود بنفس الوقت التي يتم شراؤها واستهلاكها، فهي تتكون من عناصر غير ملموسة متلازمة وغالبا ما تتضمن مشاركة الزبون بطريقة هامة، حيث لا يتم بيعها بمعنى نقل الملكية و ليس لها لقب أو صفة"³.

يلاحظ من التعريف السابق أنه أضاف مميزات جديدة للخدمات مثل فنائية الخدمة، تلازم إنتاجها واستهلاكها، مشاركة الزبون.

¹ ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان- الأردن، 2005، ص 56.

² عوض بدير الحداد، تسويق الخدمات المصرفية، الطبعة الأولى، البيان للطباعة والنشر، القاهرة، 1999، ص 48.

³ شفيق حداد، نظام سويدان، أساسيات التسويق، الطبعة الأولى، دار ومكتبة الحامد للنشر والتوزيع، الجبيلة-عمان،

وبناء على ما سبق يمكن القول أن الخدمة هي أداء مرتبط بتبادل المنافع بين طرفين، ويتميز هذا الأداء أساسا بفنائه السريع، عدم ملموسية وعدم إمكانية نقله، وكذا تزامن إنتاجه واستهلاكه في نفس الوقت .

وتأسيسا على هذه التعاريف يمكن تحديد الخصائص الأساسية للخدمات فيما يلي:

- 1- **القيمة غير الملموسة:** الخدمة لا يمكن للمستهلك لمسها أو رؤيتها قبل الشراء ولكنه يشعر بها أثناء استقبال الخدمة، ويمكن تقديرها والحكم عليها. فان خدمة النقل مثلا لا يمكن رؤيتها أو لمسها أو الإحساس بها قبل عملية الشراء وتلقي الخدمة وأثناء استقبال خدمة النقل، فانه يمكن تقدير هذه الخدمة بأنها جيدة من عدمه والحكم عليها بسهولة¹. ويعني ما سبق أن الخدمات من غير الممكن اختبارها، مشاهدتها، لمسها، قبل أن تتم عملية شرائها.
 - 2- **التلازم:** يلغي تلازم الإنتاج والتوزيع في مجال صناعة الخدمات إمكانية المراقبة أو التصحيح². فالخدمات تنتج وتستهلك في نفس الوقت، أي نفس لحظة انجازها أو إنتاجها.
 - 3- **التباين:** يتعذر تنميط مخرجات المنظمة الخدمية، فهي دائما متغيرة ومتنوعة لارتباطها بما يطلبه كل عميل أو كل مجموعة من العملاء³. ويعني ذلك أنه يكون من الصعب في بعض الأحيان أن نحافظ على مستوى واحد من النمطية في المخرجات لذات الخدمة المقدمة للفرد، ويعود ذلك إلى العوامل المؤثرة في مدخلات إنتاج الخدمة.
 - 4- **فناء الخدمة:** بما أن الخدمات غير ملموسة، فهي غير قابلة للتخزين، وهذا ينعكس على النظام الإنتاجي ويجعل إدارته أكثر تعقيدا خاصة مع تذبذب حجم الطلب⁴.
- بمعنى آخر خاصية فناء أو هلاك الخدمة تعني أن منتج الخدمة الذي لا يستطيع أن يبيع كل إنتاجه في الفترة الحالية لا تتوفر لديه فرصة ترحيل إنتاجه للبيع في فترة لاحقة.
- 5- **الملكية:** يعود عدم القدرة على امتلاك خدمة ما إلى عدم كونها ملموسة وهلاكها. ففي شراء البضائع يكسب المشترون ملكية البضاعة موضع البحث، ونتيجة لذلك يستطيعون أن يفعلوا ما

¹ محمد ربحان، التسويق لخدمة الرعاية الصحية، المؤتمر العربي الثالث للاتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات: تقنية نظم المعلومات، القاهرة، جمهورية مصر العربية، 5-6 ديسمبر 2004، ص 28.

² François Caby, Claude de Hervé Sérieyx, la qualité dans les services Fondements, Témoignages, outils, 2ème édition, édition Economica, Paris, 2002, p 36.

³ سعيد محمد المصري، إدارة وتسويق الأنشطة الخدمية: المفاهيم والاستراتيجيات، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2001-2002، ص 29

⁴ سمير علام، إدارة العمليات والإنتاج، مركز جامعة القاهرة للتعليم المفتوح، جمهورية مصر العربية، 1992، ص ص 30-31، بتصرف.

يشاؤون بها. ومن جهة أخرى، عند تأدية خدمة لا يتم نقل الملكية من البائع إلى المشتري. فالمشتري يشتري فقط الحق في عملية خدمة¹.

بعبارة أخرى، نقصد بعدم التملك أن الخدمة يمكن الانتفاع بها ولا يمكن التمتع بحق امتلاكها عند الحصول عليها.

6- **اشترك المشتري:** هناك العديد من الخدمات التي تتسم بوجود درجة عالية من الاتصال والتفاعل بين مقدمي الخدمة والعملاء، بحيث يعتبر ملتقى الخدمة أحد المدخلات الرئيسية لنظام تحويل الخدمات، وهو في نفس الوقت أحد المخرجات الرئيسية ولكن بعد تغيير حالته². يعني ما سبق أن معظم الخدمات يرتبط تقديمها بشخصية مقدمها، ويصعب الفصل بينهما.

المطلب الثاني: مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها

الخدمة الصحية مطلب أساسي لكل إنسان في الحياة، تسعى المجتمعات الإنسانية إلى تحقيقه مهما اختلفت نظمها السياسية والاقتصادية، كما تحاول مختلف الدول توفير الإمكانيات المناسبة في مؤسساتها الصحية،

سواء كانت بشرية أو تقنية أو مالية، للارتقاء بمستوى أداء الخدمة الصحية.

وتعتبر الخدمة الصحية سلعة اقتصادية غير ملموسة شأنها شأن السلع الخدمية الأخرى، ولكنها تتميز بمجموعة من الخصائص التي تؤثر في الطلب عليها، الأمر الذي يتطلب تحديد هذه الخصائص. لكن قبل هذا، نرى أنه من المفيد التطرق لمفهوم الخدمة الصحية فيما يلي:

- تعرف الخدمة الصحية بأنها «عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية»³.

يتبين من التعريف أعلاه أن الخدمات الصحية هي كل ما يوفره القطاع الصحي في الدولة من خدمات سواء كانت موجهة للفرد أو المجتمع أو البيئة.

¹ محمد زاهر دعبول، محمد أيوب، مبادئ تسويق الخدمات، الطبعة الأولى، دار الرضا للنشر، دمشق-سوريا، 2003، ص31.

² مجدي عبد الفتاح عبد الرحمان، دور إدارة الجودة الكلية في زيادة فعالية إدارة العمليات في صناعة الخدمات بالتطبيق على إدارة المستشفيات، بحث مقدم لكلية التجارة، جامعة القاهرة للحصول على درجة دكتور الفلسفة في إدارة الأعمال، 2001، ص46.

³ محمد محمد إبراهيم، طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية، المجلة العلمية لكلية التجارة، جامعة أسيوط، جمهورية مصر العربية، العدد الرابع، السنة الثالثة، ديسمبر، 1983، ص 23.

- في حين يفضل "فوزي مذكور" استعمال لفظ المنتج الصحي بذل الخدمة الصحية، ويعرف الأول بأنه « مزيج متكامل من العناصر المادية الملموسة والأخرى غير الملموسة، والتي تحقق إشباعاً ورضاءاً معيناً للمستفيد»¹.

ونرى أنه من الأفضل استعمال لفظ "الخدمة الصحية" بدل من "المنتج الصحي" لتغليب خاصية عدم الملموسة على الخدمات.

وانطلاقاً من التعاريف السابقة يمكن أن نصنف الخدمات الصحية إلى ثلاث مجموعات أساسية هي:

- خدمات علاجية: موجهة للفرد، وترتبط بجميع الخدمات الطبية في مختلف التخصصات، سواء على مستوى المصالح الاستشفائية (الاستشفاء) أو مصالح الطب اليومي (العيادات الخارجية)، بالإضافة إلى الخدمات المساعدة المتمثلة في الأشعة والتحليل، وإلى جانب خدمات التغذية والنظافة والإدارة وغيرها.

- خدمات وقائية: تعمل هذه الخدمات على تسهيل أداء الخدمات العلاجية، فهي مدعمة لها، ويتمثل دورها في حماية المجتمع والبيئة من الأمراض المعدية والأوبئة. ومثال على ذلك الرقابة الصحية على الواردات.

- خدمات إنتاجية: وتتضمن إنتاج الأمصال واللقاحات والدم كما تتضمن إنتاج الأدوية وأيضاً العتاد والأجهزة الطبية الأخرى.

ويمكن عرض خصائص الخدمات الصحية في الآتي :

- قلة التمييز والتوحيد للخدمة الصحية: صناعة الخدمة الصحية تتجه حيث يتواجد الناس، ونظراً لاختلاف طبيعة الناس وأمراضهم وحالاتهم النفسية، فإن الخدمة تتنوع من فرد لآخر، حتى للفرد الواحد فإنه يحصل على خدمة الجراحة والعيون والقلب والصدر... الخ.

ونفس الشيء بالنسبة للوحدات التي تنتج الخدمة فإنها تتنوع باختلاف الأمراض والتخصصات، وهذا الأمر يتطلب أن يتم تقدير الطلب على كل تخصص عند تقدير الطلب على الخدمة الصحية². وبالتالي فالخدمات الصحية، مثل الخدمات العلاجية، هي خدمات فردية، بمعنى أنها تقدم لكل فرد على حدى في مجالات تخصص معينة .

- التنبؤ بالطلب على الخدمات الصحية: يؤدي عدم تجانس الخدمة وتباينها من فرد لآخر طبقاً لحاجاته الشخصية، والذي يؤدي إلى تفاوتات مخرجات المنظمة الخدمية الواحدة، وكذلك تباين الخدمات التي يقدمها العاملون بمنظمة الخدمة من وقت لآخر، إلى صعوبة التنبؤ بالطلب على

¹ فوزي مذكور، تسويق الخدمات الصحية، الطبعة الأولى، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 1998، ص 198.

² أمين عبد العزيز حسن، الطلب على الخدمة الصحية ونظم تسويقها، مجلة الإدارة، مجلة علمية ربع سنوية يصدرها اتحاد جمعيات التنمية الإدارية، جمهورية مصر العربية، المجلد الخامس والعشرون، العدد الثالث، يناير 1993، ص 67.

المنظمات الخدمية، بالإضافة إلى ذلك فإن صعوبة التنبؤ بالطلب على الخدمات تكون نتيجة لما يتميز به هذا الطلب من عدم ثبات وعدم استقرار. فقد يحدث الطلب مرة واحدة في العام أو لفترة زمنية قصيرة خلال العام أو في مواسم معينة (مثل زيادة الإصابة بنزلات البرد في الشتاء وانتشار بعض الأوبئة الأخرى في الصيف)، كما قد يتنوع الطلب خلال الشهر أو الأسبوع الواحد أو حتى في اليوم الواحد¹.

والجدير بالإشارة أنه نتيجة هذه الخاصية، وبهدف الاستجابة إلى أقصى حد من الخدمات المطلوبة، فإن الأمر الذي يستوجب مراعاته هو الاستعداد المبكر لحشد كل الطاقات لإنتاج وتقديم الخدمات الصحية لطالبيها.

- الخدمة الصحية منتج غير ملموس: الأمر الذي يستوجب ضرورة وجود اتصال مباشر قوي وفعال بين مقدم الخدمة (المنظمة الصحية) والمستفيد منها، حتى تتحقق الاستفادة الكاملة من هذه الخدمات. وتملي هذه الخاصية على الأجهزة المقدمة للخدمات الصحية والمشرفة عليها ضرورة التأكد بصفة مستمرة عن طريق أساليبها الخاصة من تحقيق هذا الاتصال لتضمن تحقيق خدمة فعالة للمستفيدين من خدماتها، حيث لا يمكن فصل مقدم الخدمة الصحية عن المستفيد منها².

- الخدمة الصحية سلعة عامة: السلع العامة تخضع للتأثيرات الخارجية بدرجة أساسية، وتتميز هذه السلع بأنها حساسة للجمهور. وقد حدد كل من "ماسجراف" Musgrave و "بوسطن" Boston سنة 1976 خاصيتين للسلع العامة أو الخدمات العامة: أولاهما حالة المنافسة، ثانيهما الإقصاء أو الابتعاد. والخاصية الأولى تعني ببساطة أن الفرد عندما يستهلك سلع أو خدمة عامة فإنه يقف في علاقة تنافسية مع شخص آخر. فمثلا عندما يستهلك المريض الخدمة الطبية في ساعة تشغيل في العيادة الخارجية، فإن ذلك قد أوقف فرصة ممثلة في الوقت الذي استغرقه الفرد الآخر المنتظر للخدمة باعتبار أن الطلب مستمر عن وحدة الخدمة. أما الخاصية الثانية وهي خاصية الإقصاء، وهو احتمال فني لإقصاء البعض من فوائد الخدمة، ولاحظ هذا في سلع الجمهور في احتمال إقصاء بعض المستفيدين عندما تكون التكاليف مرتفعة³.

- الخدمات الصحية غير قابلة للتأجيل: تتطلب الخدمات الصحية في غالبيتها السرعة في تقديمها، فالإصابة بمرض معين على سبيل المثال يقتضي سرعة علاجه للقضاء عليه عند ظهور الأعراض. ويترتب على هذه الخاصية بعض الأبعاد المرتبطة بتحقيق حماية المستفيد منها وهي⁴:

¹ مجدي عبد الفتاح عبد الرحمان، مرجع سابق، ص 653 - 654 ، بتصرف.

² محمد محمد إبراهيم، مرجع سابق، ص 27.

³ أمين عبد العزيز حسن، مرجع سابق، ص 67.

⁴ محمد محمد إبراهيم، نفس المرجع، ص 28.

. البعد المكاني: والذي يقضي بضرورة انتشار منافذ تقديم الخدمات الصحية في الأماكن المختلفة التي يتواجد فيها الأفراد، وبمعنى آخر ضرورة إتباع سياسة التغطية الشاملة للمناطق الجغرافية المختلفة.

. البعد الزمني: والذي يقضي بضرورة تقديم الخدمات الصحية في الوقت الذي يحتاج إليها فيه، سواء كانت خدمات علاجية أو وقائية فتأجيلها يترتب عليه أضرار بالغة. إضافة إلى خصائص الخدمات الصحية سالفه الذكر، يضيف بعض الكتاب مجموعة من الخصائص يسمونها اقتصادية، والتي ينصرف بعضها إلى جانب الطلب، والبعض الآخر ينصرف إلى جانب العرض كما يلي:

☑ الخصائص التي تقتصر على جانب الطلب على الخدمات الصحية: وتتمثل في الآتي:

- الخدمات الصحية تعد سلعا جماعية¹: فالسلع الجماعية هي تلك السلع التي يرى المجتمع أنها تقدم منافع لكل أفرادها، وليس فقط للفرد الواحد الذي يستهلكها، وهذا ما ينطبق على الخدمات الصحية، إذ أن تحسن صحة الفرد لا يفيد هذا الفرد فقط، ولكنه يفيد أسرته، أصدقاءه وكل شخص يحيط به، وهو ما يطلق عليه بآثار الانتشار الخارجية الموجبة للخدمات الصحية، وقد يكون من المفيد اقتصاديا تقديم دعم لهذه الخدمات، أو حتى تقديمها مجانا، فمعظم الدول تعتبر الخدمات الصحية والتعليم من الخدمات الاجتماعية، ومن ثم فإن الدولة تقدمها مجانا، ولا يكون البديل الوحيد أن تتولى الدولة إنتاج هذه الخدمات بنفسها، إذ يمكنها أن تسمح للقطاع الخاص بذلك، على أن تقوم بدعمه والإشراف عليه وتنظيمه .

- الطلب على الخدمات الصحية يعد طلبا مشتقا²: يطلق اصطلاح الطلب المشتق عادة على السلع التي لا تطلب للاستهلاك المباشر، ولكنها تستخدم في صناعة منتجات أخرى من أجل الاستهلاك النهائي، وكذا فإن الطلب على هذه السلع يعتمد على الطلب على السلع والخدمات التي تساعد على إنتاجها، فإذا كانت كل الخدمات الصحية يمكن اعتبارها كمدخلات لإنتاج الصحة، يكون الطلب على الخدمات الصحية طلبا مشتقا من الطلب على الصحة ككل، حيث أن الزيارات المنتظمة لطبيب الأسنان تتم من أجل الحصول على أسنان سليمة في المستقبل، وبهذا المعنى فإن المريض يستمر في رعاية أسنانه في الحاضر من أجل الحصول على أسنان سليمة في المستقبل.

¹ أسامة عبد الحليم مصطفى، تحليل ظاهرة تزايد الإنفاق العام على الخدمات الصحي وآثاره الاقتصادية، مجلة البحوث التجارية، دورية علمية نصف سنوية تصدر عن كلية التجارة، جامعة الزقازيق، جمهورية مصر العربية، العدد الثاني، الجزء الأول، المجلد الثاني والعشرون، يوليو 2000، ص 33.

² فوزي شعبان مذكور، مرجع سابق، ص 184

- الخدمات الصحية تعد إنفاقاً استهلاكياً¹ : تعتبر السلع الاستهلاكية تلك السلع التي يشتريها المستهلك عادة من أجل المنفعة (الإشباع) التي تقدمها إما بصفة مباشرة، أو في صورة تدفق خدمات، وهذا ما ينطبق على الخدمات الصحية، إذ أن شراء المستهلك للأدوية واستهلاكها يعطي إشباعاً مباشراً، بينما شراء جهاز لقياس السكر أو جهاز لقياس الضغط الشخصي يقدم خدمات على مدى فترة زمنية ممتدة .
- الخدمات الصحية تمثل شراء ضغط بالنسبة للمستهلك² : يعد تلقي الخدمة الصحية من طرف المستهلك أمراً ضرورياً لتخليصه من آلام مرض معين عند الحاجة، ويمكن توضيح هذه الخاصية من خلال التطرق إلى المثالين المواليين:
- . إن زيارة طبيب الأسنان قد تكون غير مريحة وتسبب الانقباض لدى البعض، ولكنها تمثل شراءً ضرورياً للتخلص من آلام الأسنان.
- . كما أن دخول المريض غرفة العمليات لإجراء جراحة قد يكون أمراً غير مستحب ولكنه ضروري لتخليصه من آلامه واستعادة صحته.

☑ أما عن الخصائص التي تنصرف إلى جانب العرض، فيمكن إدراجها في الآتي:

- تخضع أسواق الخدمات الصحية إلى جانب كبير من التدخل والتنظيم الحكومي³ : تؤثر القوانين والأنظمة الحكومية على عمل المؤسسات الصحية عامة والمستشفيات بصفة خاصة، ويتعلق الأمر بتحديد منهج عملها والقواعد المهنية في مجال تقديم الخدمات الصحية. كما يتسع هذا التدخل، لتقوم بالإنتاج المباشر لهذه الخدمات من خلال ملكيتها لأغلب وحدات إنتاج الخدمات الصحية.
- انخفاض مرونة عرض الخدمات الصحية في الأجل القصير⁴ : يتسم عرض الخدمات الصحية بانخفاض المرونة في الأجل القصير، وذلك لأن بناء المستشفيات وتجهيزها، بالإضافة إلى تدريب الأطباء والمهنيين يحتاج إلى سنوات عديدة، ومن ثم فإن العرض غير المرن لبعض مدخلات إنتاج الخدمات الصحية في الأجل القصير، يجعل من هذه الخدمات كمنتج نهائي غير مرن كذلك في الأجل القصير.
- كثافة استخدام عنصر العمل: من الخصائص الهامة التي تميز الخدمة الصحية كثافة عنصر العمل في صناعتها، حيث تعتمد على عقل وأيدي الطبيب المعالج والمرضة والفني والإداري.

¹ فوزي شعبان مذكور، نفس المرجع، ص 185

² إبراهيم طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، الطبعة الثانية، دار الكتب المصرية، مصر، 2000، ص 29

³ ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص 59، بتصرف

⁴ أسامة عبد الحلیم مصطفى، مرجع سابق، ص 35

المطلب الثالث: تقييم الأداء في المؤسسات الصحية

تحضى عملية تقييم الأداء باهتمام بالغ لدى القائمين على إدارة المؤسسات المختلفة لما لها من تأثير على النتائج النهائية لأعمالها.

فالأمر الذي يجب الإشارة إليه، أن تقويم الأداء لا يجوز أن ينظر إليه على أنه عملية مستقلة- عن العملية الإدارية- تأتي في نهاية التنفيذ، فالأمر الذي يترتب عنه مزيد من الانحرافات.

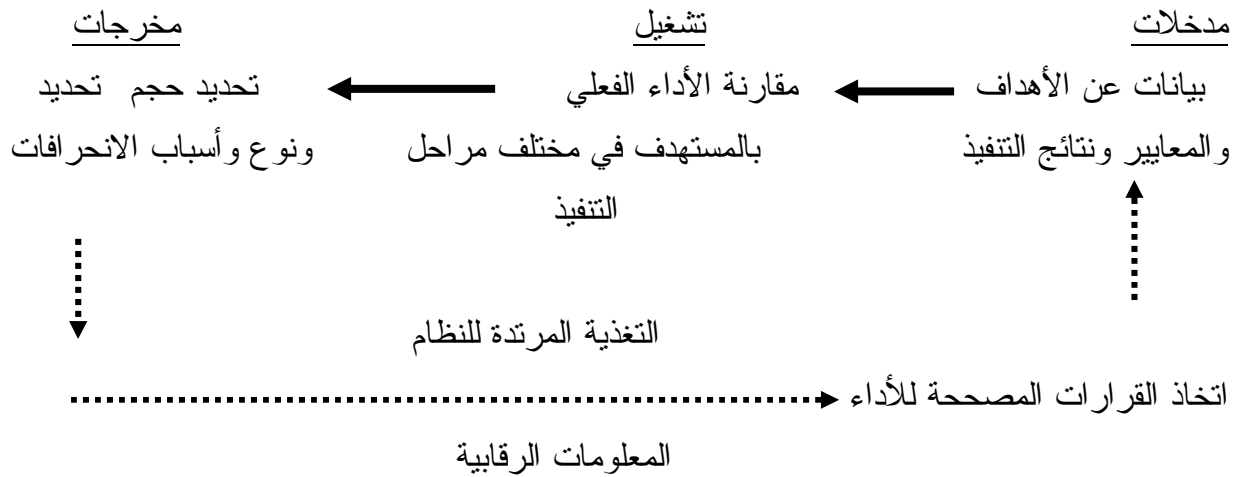
فتقييم الأداء هي حلقة جوهرية لأهم وظائف الإدارة، وهي الرقابة. فهي تبدأ مع بداية النشاط الفعلي وتستمر مع مراحل التنفيذ المختلفة.

ويمكن تعريف تقييم الأداء بأنه « إيجاد مقياس يمكن من خلاله معرفة مدى تحقيق المنظمة للأهداف التي أقيمت من أجلها، ومقارنة تلك الأهداف بالأهداف المتحققة، ومعرفة وتحديد مقدار الانحرافات عن ما تم التخطيط له مسبقاً، مع تحديد أسباب تلك الانحرافات وأساليب معالجتها»¹.

بمعنى آخر يشمل تقييم الأداء تمديد مؤشرات معينة ثم جمع المعطيات الأزمنة لقياس تلك المؤشرات، ثم مقارنة مستوى الأداء الراهن بمستوى الأداء المرغوب.

وإذا طبقنا مدخل النظم على مفهوم تقييم الأداء، فيمكن عرض الشكل التالي:

الشكل (2.1): نظام تقييم الأداء



المصدر: محمد سيد جاد الرب، إدارة المنظمات الصحية والطبية منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة، دار النهضة العربية، القاهرة، 1996-1997، ص 295

وإذا تعلق الأمر بتقييم الأداء في المؤسسات الصحية، فهذا المفهوم يرتبط إلى حد كبير بمدى قدرة هذه المؤسسات على تحقيق أهداف الرعاية الصحية التي تسعى إلى بلوغها من حيث إعداد البرامج الصحية

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 358

(التخطيط الصحي)، ومستوى تنوع الخدمات الصحية المقدمة، وعكس إستراتيجيتها وأهدافها في النتائج المحققة من سير عملها.

إذن فتقييم الأداء في المؤسسات الصحية ينصب نحو تحسين البرامج والخدمات الصحية المقدمة في حدود ما هو متاح من موارد، ويعتمد على نظام المعلومات ويرتبط به ارتباطاً وثيقاً.

1- أهمية تقييم الأداء في المؤسسات الصحية:

ترجع أهمية تقييم أداء الخدمات في المنظمات الصحية إلى الاعتبارات الآتية¹ :

- أهمية وحيوية الأدوار المتعددة التي تقوم بها المستشفيات في العصر الحديث.
 - الدور الاجتماعي الذي تقوم به المستشفى في العلاج والوقاية وتنظيم الأسرة والسكان وخاصة في الدول النامية.
 - إن صعوبة وضع مقاييس كمية لتقييم أداء بعض الأنشطة الطبية إتاحة الفرصة لإجراء مزيد من الدراسات والأبحاث العلمية في مجال تقييم أداء هذه المنظمات.
 - تطور مفهوم إدارة وتنظيم الخدمات الطبية من التركيز على الخدمات الصحية إلى التركيز على المرضى الحاليين والمرقبين ووضع نظام متكامل لتقديم هذه الخدمات بما يحقق إرضاء حاجات المرضى.
 - الاهتمام بتفاعل المنظمات الصحية على البيئة المحيطة بها، وتحديد المشاكل الصحية التي تعاني منها البيئة. مثل الأمراض وتلوث الجو وانخفاض مستوى الصحة العامة للسكان.... الخ.
 - انعكاس نتائج تقييم الأداء على تحسين الأداء الإداري والطبي في المنظمات الصحية، وجعل المنظمة الصحية نظاماً ديناميكياً يتفاعل مع المؤثرات الخارجية والداخلية.
 - تتميز الموارد الصحية وخاصة في الدول النامية بندرتها وعدم كفايتها لمتطلبات واحتياجات الأفراد، وهذا يؤدي إلى الإهتمام بفاعلية وكفاءة إدارة هذه الموارد على أحسن وجه ممكن، بما يحقق أكبر فوائد ممكنة. مثل الوقاية والنهوض بالصحة العامة، وتأثير ذلك على التنمية الاقتصادية والاجتماعية في الدول النامية.
- ونضيف إلى ما سبق، النقاط التالية:
- استخدام نتائج التقييم في إعادة تقويم برامج إدارة الموارد البشرية، وخاصة فيما يتعلق ببرامج الاختيار والتعيين والترقية والتكوين.
 - يعمل نظام تقييم الأداء على إحداث التوازن الداخلي والخارجي للمؤسسة.
 -

2- مقومات نظام تقييم الأداء:

إلى جانب خاصية الشمولية والوضوح اللتان يجب أن يتميز بهما نظام تقييم الأداء، يضيف "سيد محمد جاد الرب" مجموعة من المقومات أهمها¹:

- تحديد وتوضيح أهداف نظام تقييم الأداء لجميع العاملين في مختلف المستويات التنظيمية في المنظمة. حيث أن أي دراسة للتقييم لا بد وأن تستند على عاملين أساسيين هما الموضوع الذي تجري دراسته والهدف من الدراسة.
- اقتناع الإدارة العليا بأهمية تقييم الأداء وخطورته والنتائج الايجابية المتوقعة منه، وأيضا اقتناع كافة الأطراف الأخرى؛ وهذا من شأنه أن يشجع جوا من الثقة والشعور بالالتزام تجاه النظام والاستعداد للمشاركة في تنفيذه.
- في مجال تقييم أداء الأفراد بصفة خاصة وهو جزء هام وجوهري في نظام تقويم الأداء الكلي للمنظمة، تكون المشكلة هي تحقيق شكل من التوافق المقبول بين موضوعية التقييم ولا موضوعية المؤثرات الشخصية التي تحكم العلاقة بين طرفي عملية التقييم. ولذلك يجب أن يصمم نظام تقويم الأداء بحيث يكون بعيدا بقدر الإمكان عن المؤثرات والتحيزات الشخصية.
- يجب توفير العنصر البشري الفعال والذي يتمتع بالمهارة العالية والخبرة العملية المناسبة، وذلك في مجال المتابعة والرقابة على تنفيذ الأداء والقيام بإجراءات التقويم.
- يؤدي نظام تقييم الأداء أهدافه بنجاح، إذا ما قام على تحديد واضح ودقيق للمعايير والأدوات المستخدمة في القياس. وهذا يستوجب القيام بالدراسات اللازمة بغية التوصل إلى أكثر هذه المعايير قدرة على تحقيق الأهداف المحددة.
- إن من أهم المقومات الأساسية التي يجب أن يرتكز عليها النظام الفعال لتقييم الأداء هي توافر نظام فعال وشامل للمعلومات يقوم بما يلي:

- توفير البيانات والمعلومات اللازمة لعملية التقييم عن مختلف الأنشطة والمستويات الإدارية بالمنظمة؛
- توفير مختلف البيانات عن المنظمات المماثلة وأيضا عن البيئة الخارجية للمنظمة؛
- معالجة البيانات بطريقة علمية تتفق وطبيعة وحجم البيانات وإمكانيات المنظمة.

3- مؤشرات تقييم أداء المؤسسات الصحية

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

¹ سيد محمد جاد الرب، نفس المرجع، ص ص 297-298

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

1- مؤشرات تقييم أداء الموارد البشرية¹: وتشمل المؤشرات الفرعية التالية:

أ- المؤشرات الخاصة بالأطباء: يمكن اعتماد المقاييس الآتية في تحديد مستوى أدائهم

ومنها:

عدد العمليات الجراحية خلال السنة

✓ عملية/طبيب =

عدد الأطباء الجراحين خلال السنة

عدد المراجعين للعيادة الخارجية

✓ مراجع/طبيب =

عدد الأطباء

عدد الأطباء المقيمين

✓ طبيب مقيم/إجمالي الأطباء =

عدد الأطباء الكلي

ب- المؤشرات الخاصة بالطاقم التمريضي: ويمكن عرض المقاييس التالية:

عدد الممرضات

✓ ممرضة/طبيب =

عدد الأطباء

عدد الممرضات

✓ ممرضة/ مريض =

عدد الراقدين في المستشفى

عدد الأسرة خلال السنة

✓ سرير/ طاقم تمريضي =

عدد الطاقم التمريضي خلال السن

ج- المؤشرات الخاصة بالإداريين:

عدد الإداريين

✓ إداري/عامل بالمستشفى =

مجموع عمال المستشفى

¹ ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص ص 204-205

2- مؤشرات تقييم الأداء للموارد المادية والمالية:

وتتمثل هذه المؤشرات في الآتي:

عدد الأسرة في المستشفى $\times 360$ يوما - مجموع أيام العلاج في السنة

$$\frac{\text{عدد حالات الخروج} + \text{عدد الموتى}}{\text{معدل خلو الأسرة}^1} =$$

عدد حالات الخروج + عدد الموتى

ويقيس هذه المؤشر كفاءة استغلال أسرة المستشفى خلال مدة زمنية محددة.

عدد الأجهزة الطبية العاطلة

$$\frac{\text{عدد الأجهزة الطبية العاطلة}}{\text{النسبة الأجهزة الطبية العاطلة}} =$$

العدد الكلي للأجهزة الطبية

مجموع ساعات التوقفات والعطلات للأجهزة الطبية

$$\frac{\text{مجموع ساعات التوقفات لساعات التشغيل}}{\text{نسبة عدد ساعات التوقفات لساعات التشغيل}} =$$

مجموع ساعات التشغيل الفعلية

كلفة الأدوية المستخدمة

$$\frac{\text{معدل حصة المريض من الأدوية}}{\text{كلفة الأدوية المستخدمة}} =$$

عدد المرضى الكلي

عدد قناني الدم التالفة

$$\frac{\text{نسبة التلف في قناني الدم}}{\text{عدد قناني الدم التالفة}} =$$

مجموع عدد قناني الدم المخزنة

مصاريف الصيانة الفعلية

$$\frac{\text{نسبة مصاريف الصيانة}}{\text{مصاريف الصيانة الفعلية}} =$$

مجموع المبالغ المخصصة للصيانة

3- مؤشرات تقييم أداء جودة الخدمات الصحية:

وتشمل المؤشرات الفرعية التالية:

عدد الوفيات

$$\frac{\text{نسبة الوفيات}}{\text{عدد مرضى المستشفى}} =$$

عدد مرضى المستشفى

¹ إسماعيل محمود فهمي مصطفى، صعوبات قياس كفاءة أداء الخدمات الصحية بالمستشفيات دراسة تطبيقية على المستشفيات العامة بوزارة الصحة بمحافظة القاهرة، بحث مقدم للحصول على درجة العضوية، أكاديمية السادات للعلوم الإدارية، قسم الإدارة العامة والمحلية، جمهورية مصر العربية، 1997، ص 62

مجموع أيام إقامة مرضى الخروج لكل سنة

$$\frac{\text{عدد مرضى الخروج}}{\text{معدل المكوث للإستشفاء}^1} =$$

عدد مرضى الخروج

ويقيس هذا المعدل كفاءة الأقسام العلاجية داخل المستشفى، فكلما انخفضت مدة بقاء المريض داخل المستشفى، كلما دل على كفاءة النظم العلاجية والطبية المتاحة، وذلك بشرط شفاء المريض ورضاه عن الخدمات العلاجية المقدمة؛ وكلما زادت هذه المدة كان ذلك دليلاً على انخفاض كفاءة الأداء، باستثناء الحالات التي تتطلب وقتاً طويلاً مثل مرضى المستشفيات النفسية والعقلية، أو بعض الحالات المرضية الأخرى.

وتشير " سهام مصطفى يونس" إلى أن النسبة السابقة قليلة الدلالة، حيث أن مدة إقامة المريض تقل، كما يتضح بزيادة عدد حالات الخروج بما فيها الوفيات، أي أنه من الممكن أن تنخفض الكفاية الإنتاجية وتزداد نسبة من لا يتم شفاؤهم ويخرجوا لسوء حالتهم الصحية أو بالوفاة. وتشير نتيجة النسبة إلى نقص مدة الإقامة، الذي يستعان بها كدليل على مستوى كفاية مرتفع، أو قد يحدث أن تبادر المستشفى بإخراج المريض بعد أن أجريت له جراحة مثلاً ليستكمل علاجه في منزله تحت ضغط الإقبال المتزايد على المستشفى وتزداد حالات الخروج ويقل متوسط مدة الإقامة، بينما المريض قد عاوده المرض وفي انتظار العودة للقسم الداخلي ثانية².

عدد أيام شغل الأسرة (عدد أيام العلاج) × 100

$$\frac{\text{عدد أيام شغل الأسرة (عدد أيام العلاج) × 100}}{\text{عدد الأسرة}^3} =$$

عدد الأسرة × 365

أو

المتوسط اليومي لعدد الأسرة المشغولة (عدد المرضى) خلال سنة × 100

عدد الأسرة

يستخدم هذا المؤشر في معرفة مدى الوقت الذي يظل فيه السرير مشغول للمريض خلال سنة معينة، فكلما زاد معدل شغل السرير، طال متوسط مدة الإقامة، وبالتالي ينخفض معدل دوران الأسرة.

¹ مركز تدريب الحاسب الآلي التابع للمركز القومي لمعلومات الصحة والسكان، المبادئ والمفاهيم الأساسية لعلم الإحصاء

<http://www.mohp.gov.eg/Sec/Heducation/tadrib/6.doc>

² سهام مصطفى يونس، مؤشرات الكفاية الإنتاجية في تقديم الخدمات الصحية بالمستشفيات العامة في جمهورية مصر العربية، دراسة ميدانية بالتطبيق على مستشفى أسيوط الجامعي، رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في إدارة الأعمال، جامعة أسيوط، كلية التجارة، قسم إدارة الأعمال، 1981، ص 75

³ سيد محمد جاد الرب، مرجع سابق، ص 437

والجدير بالذكر أن هذا المعدل يعتبر من الأدوات اللازمة لوضع السياسة الصحية، حيث أن الارتفاع المستمر لهذا المعدل يجذب الاهتمام نحو زيادة عدد الأسرة وقصور العدد المتاح. ومن ناحية أخرى يجب التنبيه إلى عدم الاعتماد على هذا المعدل بصورة منفردة، حيث أن هناك أقسام مثل العظام والأمراض النفسية يكون فيها هذا المعدل مرتفعا، بينما في أقسام أخرى يكون المعدل منخفضا مثل أقسام الأطفال والأمراض العادية المتكررة.

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

يوضح هذا المؤشر عدد المرضى الذين يخدمهم سرير خلال فترة زمنية معينة، غالبا ما تكون سنة.

$$\text{نسبة الشكاوى للمراجعين} = \frac{\text{عدد الشكاوى في المستشفى}}{\text{عدد المراجعين}}$$

وتشير النسبة أعلاه إلى نسبة الشكاوى المقدمة من طرف المراجعين، وقد يتعلق الأمر بالنواحي التالية:

- **محور التغذية:** قد يتخلل هذا المحور الكثير من أوجه القصور؛ ويتعلق الأمر بالتخطيط، وشراء واستلام الأغذية، مرحلة الإعداد والطهي، مرحلة توزيع وتقديم الطعام.
- وكل نقص أو خلل يتخلل هذه العناصر سوف يؤثر على جودة وكمية الغذاء المقدم للمرضى.
- **محور النظافة:** ويتعلق الأمر بنظافة الغرف أو دورات المياه وغيرها.
- **محور الأدوية والتجهيزات:** ويتعلق الأمر بتوافر الأدوية والتجهيزات الطبية الضرورية.

$$\text{نسبة الشكاوى للطواقم الطبي} = \frac{\text{عدد الشكاوى في المستشفى}}{\text{عدد الأطباء}}$$

وقد تتعلق هذه الشكاوى بعدم توافر وسائل العمل بشكل كاف أو قلة فرص التكوين أو غيرها.

4- مؤشرات تقييم أداء الخدمات الوقائية والرعاية الصحية الأولية¹:

$$\text{معدل الإصابات بالأمراض السارية (نوع المرض)} = \frac{\text{عدد الإصابات بمرض معين}}{\text{عدد سكان المنطقة المخدومة}}$$

$$\text{نسبة الأطفال الملقحين} = \frac{\text{عدد الأطفال الملقحين}}{\text{عدد أطفال المنطقة المخدومة}}$$

¹ ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص 209

وما تجدر الإشارة إليه أن دقة النتائج المتحققة من أي مؤشر يعتمد كلياً على دقة البيانات التي يقدمها القسم الإحصائي في المؤسسة الصحية وتبويبها وترتيبها بالشكل الذي لا يحدث أي تداخل في النتائج النهائية أو إثارة الشك حولها.

ولقد توصل "مجدي عبد الفتاح عبد الرحمان" إلى مجموعة من المؤشرات، نعتبرها أكثر شمولية، اعتمد في تصنيفها على مدخل النظم، بحيث قسمها إلى مؤشرات خاصة بالمدخلات وأخرى بالعمليات، وأخيراً مؤشرات خاصة بالمخرجات، والتي نعرضها في الجدول التالي:

الجدول (1.1): مؤشرات فعالية وظيفية العمليات والإنتاج بالمستشفيات

مؤشرات المدخلات		مؤشرات العملية		مؤشرات المخرجات			
قصيرة الأجل	طويلة الأجل	قصيرة الأجل	طويلة الأجل	قصيرة الأجل	طويلة الأجل		
مؤشرات تتعلق بخدمات المرضى المقيمين	مدى توافر الأغذية، مدى توافر المحاليل والأدوية	معدل تأجيل العمليات الجراحية، تركيبة هيئة الأطباء المعترف بهم (دولياً)	جودة هيئة الأطباء (درجة نمو ومزيج الأطباء المعترف بهم (دولياً))	أداء هيكل الأطباء (عدد دعاوي الضرر من المرضى نتيجة لتقصير الأطباء) أداء هيئة (التمريض)	اتجاهات هيئة الأطباء وهيئة التمريض والعاملين عن العمل والمستشفى (درجة الرضا)	مؤشرات تتعلق بخدمات المرضى المقيمين	القائم بالعمليات (مقدمي الخدمة)
مؤشرات تتعلق بالعيادات والأقسام الخارجية	مدى توافر الأدوية بالصيدلية، مدى توافر المواد الخام للتحاليل	معدل تكرار الأشعة والتحاليل الآخرين	جودة هيئة التمريض والعاملين الآخرين	أداء هيكل الأطباء (تكرار الزيارة لنفس المرضى)، عدد الشكاوى بعدم التشخيص الدقيق		مؤشرات تتعلق بالعيادات والأقسام الخارجية	
مؤشرات تتعلق بخدمات المرضى المقيمين	درجة معرفة المريض بتسلسل الإجراءات بالمستشفى، درجة سهولة الوصول للخدمة المطلوبة	معدلات بقاء المرض بالمستشفى	نسبة انتشار المرضي ومعدل الوفيات المتسببة فيها بالمستشفى	معدل الوفيات العام بالمستشفى، النسبة العامة لانتشار المرض في المجتمع الذي تخدمه المستشفى	رضاء العميل، نية العميل بتوجيه الآخرين بالتعامل مع المستشفى، الحصة السوقية للمستشفى	مؤشرات تتعلق بخدمات المرضى المقيمين	
مؤشرات تتعلق بالعيادات والأقسام الخارجية	الجودة المدركة لدى المريض	الزمن الذي يستغرق المريض من لحظة وصوله وحتى تركه المستشفى، فترات الانتظار	درجة الوعي الصحي في المجتمع الذي تخدمه العيادات	تغيرات الحالة الصحية للمريض (عدد الشكاوي بعدم جدوى العلاج أو عدم مناسبته).		مؤشرات تتعلق بالعيادات والأقسام الخارجية	

المبحث الثالث: الجودة في المؤسسات الصحية

تشهد المؤسسات الصحية جملة من التغيرات من أبرزها تكلفة الرعاية الصحية، والاعتماد المتزايد على التقنية الطبية المتطورة والمتغيرة بشكل سريع، إضافة إلى الضغوط الخارجية التي تمارسها جهات التمويل والترخيص والاعتماد بهدف تخصيص التكلفة وتحسين الجودة كما تشهد هذه المؤسسات تغيير ملحوظا في سلوك المستفيدين من الخدمات الصحية وفي ظل كل تلك التغيرات تزايد الاهتمام بسبل رفع كفاءة المؤسسات الصحية وتحسين جودة الخدمات التي تقدمها.

وقد أثار النجاح الذي حققته إدارة الجودة الشاملة في القطاعات الأخرى اهتمام المختصين ودفعهم لبحث إمكانية تحقيق نتائج مماثلة في المؤسسات الصحية. وسنتناول في هذا المبحث جودة الخدمة الصحية وطرق قياسها، ثم كيفية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمات الصحية

تعتبر الصعوبة الرئيسية في موضوع جودة الخدمات الصحية في تحديدها وقياسها، لكن قبل التطرق لهاتين النقطتين؛ نرى من المفيد أن نعرض على المحطات التاريخية لمفهوم جودة الخدمات الصحية. عند الحديث عن تطور جودة الرعاية الصحية، من المهم أن نستعرض أعمال "دونابيديان" حول نظم الجودة. فقد قام دونابيديان Donabedian في عام 1966 بإدخال نموذج لقياس الجودة القائم على "نظرية النظم البسيطة". فهو يعتبر أي رعاية صحية نظاماً كاملاً تطور له أغراضه ومقوماته. وإذا كانت النظم بشكل عام تقسم إلى ثلاثة مكونات هي، المدخلات أو الموارد، العملية، والمخرجات أو الحصيلة، فإن دونابيديان قد وصف جودة الرعاية الصحية بأنها نظام ذو ثلاثة مكونات مماثلة هي: البنية structure، والعملية process، والنتيجة outcome.

وإذا طبقنا نموذج دونابيديان لنظام الرعاية الصحية ونظرنا إلى تاريخ الجودة في الرعاية الصحية، وجدنا أن الجودة قد تطورت متنقلةً من أحد مكونات النظام إلى مكون آخر. ففي السنوات الأولى (1850-1910) كانت الجودة تركز على تحسين النتيجة، وكان هذا التركيز من السمات البارزة لعصر "فلورانس نايتنجيل" * Florance Nightingale وغيرها¹.

* قامت "فلورانس نايتنجيل" بتقييم جودة الرعاية المقدمة في المستشفيات العسكرية الإنجليزية، ووضعت أول مجموعة من المعايير الخاصة بالتمريض، والتي أدت إلى خفض كبير في معدلات الوفيات بالمستشفيات

¹ اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، جدول الأعمال المبدئي، ضمان الجودة وتحسينها في النظم الصحية ولاسيما في الرعاية الصحية الأولية مسئولية مشتركة، النظم الصحية والجودة، القاهرة، جمهورية مصر العربية، 1-4 أكتوبر 2000.

ومع تطور مفهوم الجودة تحول الاهتمام من النتيجة إلى البنية. ففي سنة 1910 أدى تقرير "أبراهام فلكيسنر" Flexnor، المبني على دراسة شاملة للكليات الطبية في الولايات المتحدة وكندا إلى إعادة تنظيم جذري للتعليم الطبي في البلاد¹.

وفي عام 1915، طورت الكلية الأمريكية للجراحين برنامجاً لمعايير معينة على أداء المنشآت الصحية. وكان أحد أهداف ذلك البرنامج يكمن في وضع طريقة رسمية لاعتماد المستشفيات والتحقق من جودة الرعاية الصحية المقدمة وقد اشتمل برنامج المعايير على خمس نقاط رئيسية²:

- التأكيد على أهمية تنظيم الأفراد.
- التأكيد على أهمية الاجتماعات الشهرية.
- التأكيد على أهمية التدقيق في السجلات الطبية.
- التأكيد على أهمية الإشراف الفعال والكفاء.
- التأكيد على أهمية اعتماد الأطباء وإجازتهم المهنية للقيام بممارسة مهنة الطب.

وقد أعقب هذه الحقبة إنشاء اللجنة الأمريكية المشتركة لاعتماد المستشفيات، في عام 1952، تلك اللجنة التي أعيدت تسميتها لاحقاً، وأصبحت تعرف باسم اللجنة المشتركة لاعتماد مؤسسات الرعاية الصحية. وبهذه الطريقة ساعد مفهوماً "الاعتماد" accreditation و "الإشهاد" certification على تطور عملية الجودة، مع مواصلة التركيز على العناصر البنوية وعلى المعايير ذات الصلة بالبنية. وتم إنشاء العديد من المنظمات المهنية لتوجيه الأنشطة المهنية في دائرة اختصاص كل منها نحو اتخاذ معايير معينة وبعض الدلائل الإرشادية لرصد الامتثال لتلك المعايير. غير أنه لم يتم حتى السبعينات من القرن العشرين تحويل الاهتمام من المعايير المتعلقة بالبنية إلى المعايير المتعلقة بالعملية، واعتُمدت بعض الدلائل الإرشادية لهذا الغرض. وفي الولايات المتحدة الأمريكية، طلبت الحكومة إلى القطاع الخاص المساعدة على إقامة منظمات للمراجعة من قِبَل الزملاء، من أجل وضع معايير للعملية أو الرعاية، وبتنفيذها، ورصدها. وقد استغرقت حقبة أنشطة الجودة المتعلقة بالعملية طوال عقد السبعينات واستمرت زمناً طويلاً في عقد الثمانينات، حتى إذا حلتْ أواخر الثمانينات أخذ قطاع الرعاية الصحية يبحث عن طرق بديلة لقياس الجودة وتطويرها. وهكذا، بدأ اتجاه الاهتمام يتحول مرة أخرى من المعايير المتعلقة بالعملية إلى المعايير المتعلقة بالنتيجة.

وقد عزز من هذا الاتجاه اتخاذ بعض المبادرات، مثل مبادرات التحسين المستمر للجودة، وتحسين

¹ لوآن آدى، تشارلز بيجلي، دافيد ليرسون، كارل سيلتر، ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر، تقويم نظام الرعاية

الطبية الفعالية والكفاءة والإنصاف، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2000، ص 27

² خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي، الطبعة الأولى، الرياض،

المملكة العربية السعودية، 1997، ص 15.

الجودة الكلية، وتحسين الأداء¹.

والجدير بالإيماء، أنه قبل التطرق لمفهوم جودة الخدمات الصحية، نرى من الضروري التفريق بين مفهومين وهما²:

- **الرعاية الطبية:** ينصب تركيز الرعاية الطبية على مراجعة العمليات الباثولوجية، وتتضمن التشخيص المبكر وإعادة التأهيل الطبيعي وذلك عند الحاجة، ولذا فهي تركز على المرض والملاح الطبية لعمليات الرعاية.
- **الرعاية الصحية:** تذهب الرعاية الصحية إلى ما هو أبعد لأنها تشمل أنشطة المنع، رعاية المريض، الرعاية الطبية، إعادة التأهيل الاجتماعي. فالرعاية الصحية تركز على جودة الحياة بصفة عامة. والجدير بالإشارة أن مصطلح الرعاية الطبية والرعاية الصحية يشمل مفهوم رعاية المريض. وبالرغم من الاهتمام المتزايد بجودة الخدمات الصحية، وشيوع استخدام مصطلح "الجودة" في الأدبيات المتخصصة وفي الحياة العامة، فإن من الصعب إيجاد تعريف لهذا المفهوم يتفق عليه الجميع؛ ويرجع ذلك في الأساس إلى أن مفهوم الجودة يخضع لتقدير الأفراد، ويختلف باختلاف اهتماماتهم وأولوياتهم وأهدافهم.

ويمكن عرض مجموعة من التعاريف كالتالي:

- تعرف الرعاية الطبية الجيدة على أنها هي « تلك التي تمارس وتدرس من قبل قادة مهنة الطب في فترة معينة من التطور الاجتماعي والثقافي والمهني في مجتمع معين»³. ووفقا للتعريف السابق، والذي يعبر عن المنظور التقليدي، فإن جودة الرعاية الصحية تعني مطابقة المعايير والمواصفات المهنية.
- تعرف الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية الجودة بأنها « درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو

¹ اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، جدول الأعمال المبدئي، ضمان الجودة وتحسينها في النظم الصحية ولاسيما في الرعاية الصحية الأولية مسئولية مشتركة، النظم الصحية والجودة، القاهرة، جمهورية مصر العربية، 1-4 أكتوبر 2000.

<http://208.48.48.190/rc47/anpa11bo1.htm>

² فوزي مذكور، مدى إدراك وتطبيق مديري المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، مجلة ربع سنوية تصدرها كلية التجارة، جامعة عين شمس، العدد الثالث، 1997، ص 230

³ حنان عبد الرحيم الأحمدى، التحسين المستمر للجودة: المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية، مجلة الإدارة العامة، دورية علمية متخصصة ومحكمة يصدرها كل ثلاثة أشهر معهد الإدارة العامة، الرياض-المملكة العربية السعودية، المجلة الأربعون، العدد الثالث، أكتوبر 2000، ص 412

إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة»¹.

ويتضح من التعريف أعلاه أن الجودة تحدد على أساس الالتزام بالمعايير المهنية، وتقاس بأثر رجعي باستخدام المعايير المحددة مسبقاً، بهدف التحسين والتطوير المستمر.

- وتعرف الجودة من خلال مدى تحقيقها لاحتياجات المريض على النحو التالي: «درجة تمكن الرعاية الصحية من تلبية جميع احتياجات المريض، على أن تكون هذه الرعاية سهلة المنال، منخفضة التكاليف، وموثقة جداً»².

- وتعرف جودة الخدمات الصحية «بأنها جميع الأنشطة الموجهة نحو الوقاية من الأمراض أو علاج هذه الأمراض بعد حدوثها ثم الأنشطة التأهيلية التي قد يتطلبها استكمال التخلص من آثار المرض؛ أوهي الرعاية التي تقدم للمريض، والتي تتضمن فحصه وتشخيص مرضه وإحاقه بإحدى المؤسسات الصحية وتقديم الدواء اللازم لعلاجها والغذاء الجيد الملائم لحالته مع حسن معاملة الفريق العلاجي له لمساعدته على استعادة صحته»³.

وعرفت جودة الخدمات الصحية بأنها «تحقيق أفضل نتيجة لكل مريض وتجنب المضاعفات التي قد يسببها الطبيب المعالج ثم الاهتمام بالمريض وذويه بصورة تحقق التوازن بين ما أنفقه المريض وما حصل عليه من فوائد، إضافة إلى ضرورة التوثيق المعقول للعملية التشخيصية والعلاجية»⁴.

ويمكن إبراز أن الجودة تختلف باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي كما يلي⁵:

— الجودة من المنظور المهني الطبي هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، ويحكم ذلك ثلاث نقاط رئيسية: أخلاقيات الممارسة الصحية، الخبرات ونوعيتها والخدمة الصحية المقدمة... والالتزام للعاملين في المهن الصحية بتدني المستوى أو الجودة ينطلق من عدم الكفاءة، عدم القدرة على التعامل المثالي مع بعضهم البعض ومع المريض والإداري، وكذا عدم الالتزام بالمعايير والأخلاقيات التي تحكم المهن الصحية، إضافة إلى ضعف التأهيل والممارسة والخبرة.

¹ عبد العزيز مخيمر، محمد الطامنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، جمهورية مصر العربية، 2003، ص 187

² حنان عبد الرحيم الأحمدى، مرجع سابق، ص 412

³ سهام علي أحمد القبندي، تقويم الخدمة الاجتماعية الطبية بالمستشفيات العامة والتخصصية و التخطيط لتطويرها بدولة الكويت، مجلة العلوم الاجتماعية مجلة فصلية محكمة تعنى بحقول الاقتصاد والسياسة والاجتماع والخدمة الاجتماعية وعلم النفس والانتروبولوجيا الاجتماعية والجغرافيا وعلوم المكتبات والمعلومات، مجلس النشر العلمي جامعة الكويت، المجلد 32، العدد3، 2004

⁴ خالد سعد عبد العزيز بن سعيد، مرجع سابق، ص 65

⁵ محمد عبد الله الخازم، نظرة عامة في معنى جودة الخدمة الصحية

— الجودة من منظور المستفيد أو المريض، قد تختلف عن المفهوم المهني بالتركيز على طريقة الحصول على الخدمة ونتيجتها النهائية، وهنا لا يكفي النظام المتقدم أن يركز على فرض التنظيمات وسن التشريعات التي تبنى على أسس مهنية أو تنظيمية محددة دون الالتفات إلى احتياج ورغبة وطموح وآمال المستفيد النهائي من كل ذلك. وفي الخدمة الطبية يجب أن تكون الخطوة الأولى في العلاج معرفة شكوى واحتياج المريض؛ ويجب أن يكون الهدف النهائي هو معالجة أو التغلب على تلك الشكوى، والتفاصيل ما بين ذلك تعتبر مفيدة للمريض ولكنها ليست الهدف من مراجعته لطلب العلاج. وأفضل طريقة لمعرفة تحقق الجودة في هذا الجانب تكمن في قياس مدى رضا العملاء وهم في الجانب الصحي للمرضى، بطرق مقننة يمكن الاستدلال منها على مدى جودة الخدمة.

— الجودة الصحية من الناحية الإدارية تعنى بالدرجة الأساسية بكيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، وهذا يشمل ضمناً أهمية تقديم الخدمة المناسبة في الوقت اللازم وبالتكاليف المقبولة، وبقدر الاهتمام بالتكاليف وترشيد الموارد يجب الحرص على أن لا يكون ذلك على حساب الجودة في الأداء ويتطلب ذلك كفاءة إدارية على المستوى التخطيطي وعلى المستوى التنفيذي، ويتطلب كفاءة على المستوى الفني وكفاءة على المستوى الشخصي، ويتطلب تنظيمياً إدارياً داخلياً جيداً وكذا تنظيمياً إدارياً واضحاً في التعامل مع الأطراف ذات العلاقة خارج النظام.

المطلب الثاني: أبعاد جودة الخدمة الصحية وطرق قياسها:

سوف نوضح من خلال هذا المطلب أبعاد جودة الخدمة الصحية وطرق قياسها؛ كما يلي:

1- أبعاد جودة الخدمة الصحية

لجودة الخدمة الصحية جملة من الأبعاد تعتبر الإطار الذي يساعد مقدمي الخدمة على تحديد وتحليل المشاكل وقياس مدى تطابق الأداء مع المعايير المتفق عليها. ويمكن عرض هذه الأبعاد في العناصر التالية:

- التمكن الفني: ويعني المهارات والقدرات ومستوى الأداء الفعلي للمدير ومقدم الخدمة ومساعدتهم بالدقة المطلوبة والتوافق وبصفة مستمرة بما يشبع رغبات المرضى والمصابين والمراجعين. ويشمل هذا البعد المهارات الإكلينيكية المتعلقة بالرعاية الوقائية والتشخيص والعلاج وتقديم المشورة الصحية والإشراف والتدريب وحل المشاكل¹.

¹ فاروق عبد الله الحمود، نظم المعلومات الصحية وأثرها على ضمان جودة الرعاية الطبية في الأردن، أطروحة مقدمة إلى المعهد القومي للإدارة العليا، أكاديمية السادات للعلوم الإدارية للحصول على درجة "الزمالة" في إدارة المستشفيات والخدمات الصحية، جمهورية مصر العربية، 1999، ص 194

- الإمكانات المادية للمستشفى: ويقاس هذا البعد من خلال تقييم العميل لمباني المستشفى ومعداتنا وأجهزتها، والإمكانات والتسهيلات المادية الأخرى، وموقع المستشفى ومظهر المستشفى من الداخل ومن الخارج من حيث المظهر والديكور، ومدى توافر أماكن انتظار السيارات، ومظهر الأطباء والفنيين والإداريين والعاملين، وطرق وأدوات الاتصال ومصادر المعلومات التي يحصل منها العملاء على المعلومات اللازمة لهم¹.

- سهولة الوصول والحصول: الخدمات الصحية يجب أن تكون سهلة الحصول أمام الأشخاص (محتاجيها) في الزمن (الوقت) والمكان المناسبين لهم وحال احتياجها. ومن ناحية ثانية فإن مقدم الخدمة الصحية يجب أن يكون بميسوره وإمكانه الوصول إلى خدمات صحية شاملة من ممارستها، وكذلك سهولة الوصول والحصول على وسائلها، ومعداتنا، والأدوية، والخدمات الأخرى اللازمة لمريضه².

- التعاطف والتفاني: ويعبر هذا العنصر عن مدى إحساس العملاء بالتعاطف والرعاية من جانب المستشفى لهم، وحسن استقبالهم ومدى الاهتمام الشخصي لكل منهم، ويعكس هذا العنصر كذلك مدى رغبة العميل في الحصول على معاملة خاصة وخدمة متميزة من مقدمي الخدمة، كما يعكس هذا البعد أثر الثقافة التنظيمية للمستشفى في تكوين شعور لدى العاملين بالمستشفى بأهمية جودة الخدمة المقدمة وضرورة التطوير المستمر فيها³.

- الأمان: ويعني أن يشعر الفرد أنه دائما تحت مظلة من الرعاية الصحية لا نعلم متى سيحتاج إليها⁴. ويعني كذلك تقليل مخاطر الإصابة بالعدوى والمضاعفات الجانبية، سواء تعلق الأمر بمقدم الخدمة أو المستفيد منها.

- الاستمرارية: وتعني تقديم الخدمات الصحية دون توقف أو انقطاع، على أن تصمم هذه الخدمات على أساس مبدأ الاستمرارية وأن يحصل عليها المريض مباشرة عند الحاجة وأن تتوفر السجلات الطبية التي تسهل لمقدم الخدمة التعرف على التاريخ الصحي للمستفيد. وغياب الاستمرارية قد يضعف تأثير وفعالية وكفاءة الخدمة ويقلل من ضمان الجودة⁵.

¹ عبد أمين محمود جماعة، المتغيرات المؤثرة على إدراك المستهلكين لجودة الخدمات الصحية وآثارها التسويقية، دراسة ميدانية بالتطبيق على المستشفيات الخاصة بمدينة القاهرة، مجلة الدراسات والبحوث التجارية، جامعة بنها، كلية التجارة، جمهورية مصر العربية، العدد الأول، 1998، ص 238

² عبد المهدي بواعنه، إدارة الخدمة والمؤسسات الصحية مفاهيم، نظريات، وأساسيات في الإدارة الصحية، الطبعة

الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2004، ص 44

³ عبد الله أمين محمود جماعة، نفس المرجع، ص 240

⁴ طلعت الدمرداش إبراهيم، مرجع سابق، ص 35

⁵ فاروق عبد الله محمود، مرجع سابق، ص 194

- الفعالية والكفاءة: فالفعالية تعني درجة فعالية تقديم الخدمة للحصول على النتائج المرجوة، أي أن هذا البعد يهتم بأن يتم الإجراء بطريقة صحيحة.

أما الكفاءة فتعني تقديم أفضل خدمة في ضل الموارد المتاحة، أي أن هذا البعد يهتم بالعلاقة بين مردود الخدمة والتكلفة¹.

- الاعتمادية: وهي تعبر عن درجة ثقة العميل في المستشفى ومدى اعتماده عليها في الحصول على الخدمات الطبية التي يتوقعها. ويعكس هذا العنصر مدى قدرة المستشفى على الوفاء بتقديم الخدمات الطبية في المواعيد المحددة للعملاء، وبدرجة عالية من الدقة والكفاءة، ومدى سهولة وسرعة إجراءات الحصول على تلك الخدمات. وتتلخص هذه المجموعة في العناصر الخمسة التالية²:

- الوفاء في تقديم الخدمة في الموعد المحدد؛

- الحرص المخلص على حل مشكلات العميل؛

- أداء الخدمة بدقة وبدون أخطاء في التشخيص؛

- تكامل الخدمة وتوافر التخصصات؛

- الثقة في الأطباء والفنيين وكفاءتهم وشهرتهم.

يتبين مما سبق أن جودة الخدمات الصحية لها جانبين: فني وإنساني، هذا الأخير في نفس درجة الأهمية للمحور الفني، والمتمثل في تطبيق العلم والتقنية الطبية الصحيحة.

2- قياس جودة الخدمات الصحية:

لقد أصبح قياس جودة الخدمات الصحية ضرورة ملحة ولا سبيل الى تجاهلها، ولكن عند اختيار القياسات يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار الغرض من القياس وأنواع القياسات وأنواع المتغيرات التي سوف نقيسها.

وبعد مراجعة الكتابات المتعلقة بقياس جودة الخدمات الصحية، وجد أن هناك طريقتين لقياس جودة الخدمات الصحية: الأولى وصفت بأنها تقليدية والثانية حديثة.

تشمل الطرق التقليدية ثلاثة أنواع من المقاييس هي:

¹ مهدي التحوي، تقييم جودة الأداء

[http://www.ahedegypt.org/pubs/health-report-2005/0009-chapter 6 –quality-assurance-\(121-134\)/PDF](http://www.ahedegypt.org/pubs/health-report-2005/0009-chapter 6 –quality-assurance-(121-134)/PDF)

² عبد الله أمين محمود جماعة، مرجع سابق، ص 238

أ- المقاييس الهيكلية (قياسات البنية)¹: إن مقاييس الهيكل للرعاية الصحية مرتبط بالأفراد والتسهيلات المقدمة في تقديم وتزويد الخدمات والطريقة التي تنظم بها، ولذا فإن أبعاد المقاييس الهيكلية تشمل التنظيم، الأفراد، التسهيلات المتاحة في المستشفى.

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

- أن الرعاية الأحسن أو الأفضل يتم إمدادها حينما يكون هناك هيئة مؤهلة وعلى مستوى عال، وتجهيزات مادية ممتازة وهيكل تنظيمي جيد وأمول متاحة.

- أنه يكون من الكاف التحديد لما هو "جيد" بشرط وجود هيئة مؤهلة، هيكل مادي، تنظيم رسمي، مع ملاحظة أن هذه العناصر ليست متساوية الأثر في علاقتها بالجودة؛ إنها فقط تتوقع أن وجود خصائص هيكلية جيدة يعني أن رعاية ذات جودة وارادة- مع الاعتراف بأنه ليس هناك تأكيد لحدوثها- ولذا فإن هذا المدخل بمفرده غير كاف كمؤشر للجودة.

ب- مقاييس الإجراءات: تسمى كذلك مقاييس العمليات؛ ويدل مفهوم العمليات على تتابع خطوات العمل لتقديم أو توصيل الخدمة الصحية وهي التي تتسبب في الوصول إلى النتائج (المخرجات). وتعتمد كل المداخل المتصلة بتقويم الإجراءات على إصدار معايير مقبولة للرعاية الجيدة ودراسة تطبيقات هذه المعايير على حالات من المرض. ومثال ذلك قياس إجراءات رعاية الحوامل أو مدة انتظار المرضى.

ج- مقاييس النواتج: يعكس هذا المدخل التغيرات الصافية في الحالة الصحية كنواتج للرعاية الصحية. ومن المؤشرات التي يتم استخدامها في ذلك ما يلي²:

- الحالة الصحية العامة: والتي يعبر عنها بمجموعة من المقاييس مثال معدلات الوفيات أو أحد الأمراض كمقاييس؛ ويمكن ذلك في استخدام ملامح تأثير المرض.

- مؤشرات النواتج لأمراض بالتحديد: وذلك بما تشمله من معدلات الوفيات لأمراض معينة، أو وجود أعراض معروفة مصحوبة بالمرض، أو معوقات سلوكية مرتبطة بأمراض معينة. وهذا المقياس مثالي في تقييمه للجودة، فضلا عن صعوبة القياس لأنه لا يوجد تأكيد على ارتباط النواتج بعمليات التشخيص والمعالجة، حيث تتدخل عوامل اجتماعية ونفسية ومادية في هذه النواتج.

ولابد أن نوضح هنا أن الاهتمام بقياس النتائج دون مناظرة الإجراءات لا يساعد على التحسين المستمر للجودة، ولذا يجب اختيار مجموعة من القياسات التي تغطي الأنواع الثلاثة من القياسات، وذلك حسب

¹ فوزي شعبان مذكور، مدى إدراك وتطبيق مديرية المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض،

مرجع سابق، ص 233

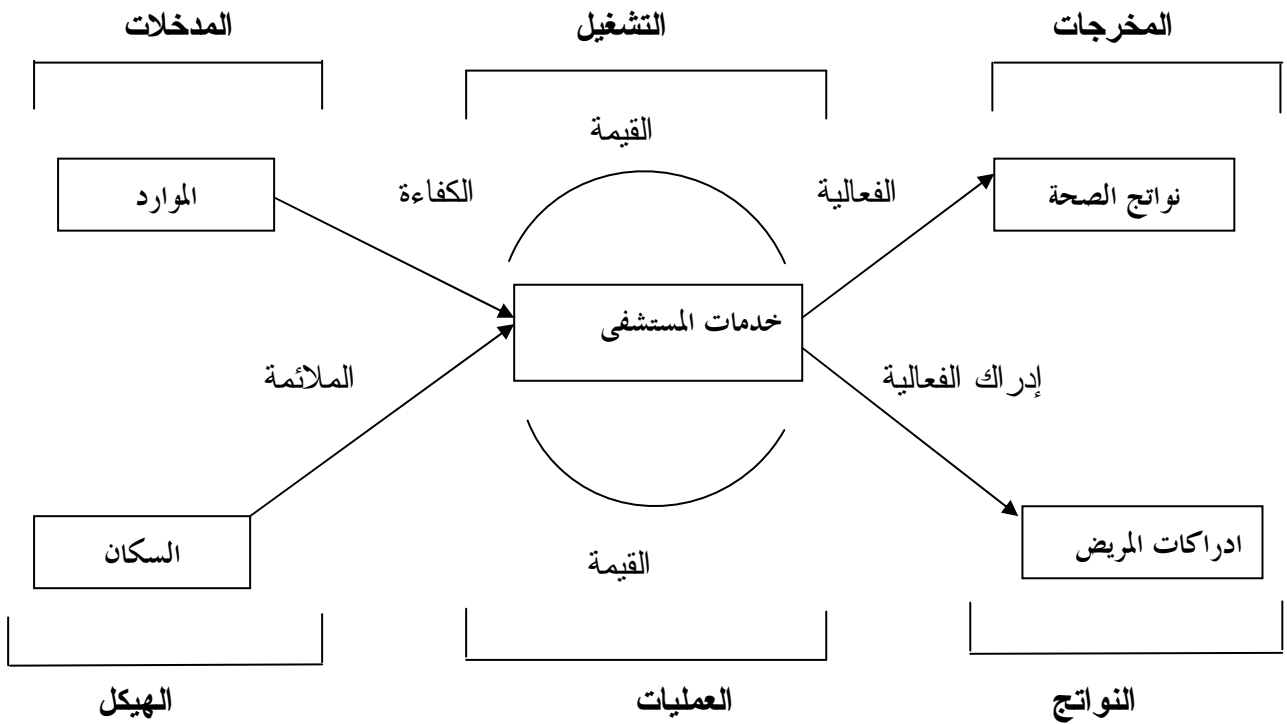
² فوزي شعبان مذكور، نفس المرجع، ص 234

الهدف من القياسات. فقياس النتائج يستخدم غالبا بغرض تقييم الأداء، بينما قياس العمليات والهيكلية يستخدم بغرض تحسين وضبط العمليات.

كما يجب الإشارة إلى أنه لا بد من توافر نظام لإدارة المعلومات بالمؤسسات الصحية تحدد من خلال الإجراءات الفعلية لجمع وتحليل وتوزيع المعلومات للأطراف المناسبة وفي الوقت المناسب وبالطريقة المناسبة.

ويصور الشكل التالي الطرق التقليدية لقياس جودة الخدمات الصحية.

الشكل (3.1): الطرق التقليدية لقياس جودة الخدمات الصحية



المصدر: فوزي شعبان مذكور، مرجع سابق، ص 236، بتصرف

أما المدخل الحديث، فيرى أن التركيز على الجودة ورقابتها يجب أن يوجه ليس فقط في ملامح محددة للمخرجات والعمليات أو الهيكل، ولكن في كل مؤسسة الخدمة الصحية.

المطلب الثالث: إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

يعتبر مفهوم إدارة الجودة الشاملة حديثاً نسبياً في القطاعات الصحية، ويستند إلى المبادئ التي وضعها رواد الجودة؛ أمثال " ديمينج " و" جوران"، والتي بدأ تطبيقها في القطاع الصناعي ثم امتدت تدريجياً إلى القطاعات الأخرى بما فيها الخدمات الصحية.

وتعرف "حنان عبد الرحيم الأحمدى" إدارة الجودة الشاملة، والتي تستعمل مفهوم التحسين المستمر وتعتبره مرادفا لإدارة الجودة الشاملة، بأنها « إطار تلتزم من خلاله المنظمات الصحية والعاملون فيها بمراقبة وتقويم جميع جوانب نشاط هذه المنظمات (المدخلات والعمليات إلى جانب المخرجات) لتحسينها بشكل مستمر »¹.

كما تعرف إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية بأنها « خلق وتطوير قاعدة من القيم والمعتقدات التي تجعل كل موظف يعلم أن الجودة في خدمة المستفيد هي الهدف الأساسي للوحدة الصحية، وأن طريق العمل الجماعي وفرق العمل هي الأسلوب الأمثل لإحداث التغيير المطلوب في المستشفى »².

يتضح من خلال التعريفين أن مصطلح إدارة الجودة الشاملة يستند على مفهومين هما الشمولية والتكاملية.

فالشمولية تعني التوسع في مستوى نوعية الخدمات التي يتوقعها المستفيدون من الرعاية إلى كافة الجوانب الخاصة بخدمات المؤسسات الصحية. أما التكاملية فيقصد بها أن كل مؤسسة كنظام مكونة من نظم فرعية يعتمد بعضها على بعض، ولكل نظام فرعي برامجه الخاصة، حيث أن تلك النظم والبرامج الفرعية مكملة لبعضها البعض، ولا تستطيع القيام بوظائفها دون اللجوء لطلب المساعدة من النظم الأخرى. وعلى سبيل المثال لا يستطيع الطاقم الطبي ممارسة وظائفه دون وجود تكامل مع الطاقم شبه الطبي والخدمات المساعدة كالصيدلية والمخابر ومصالح الأشعة.

وبالتالي فإدارة الجودة الشاملة هي فلسفة إدارية تعتمد على التزام القيادات العليا، والتي تعطى الطاقة والمصادقية لتطبيق عملية التحسين المستمر للجودة ضمن إستراتيجية واسعة تغطي كل المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية.

1- أهمية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

تحقق المؤسسات الصحية بعض الفوائد نتيجة تطبيقها لمبادئ إدارة الجودة الشاملة، والتي يمكن أن نعرضها فيما يلي³:

- **تبسيط الإجراءات:** يساعد تطبيق نموذج إدارة الجودة الشاملة على تبسيط إجراءات العمل من خلال اختصارها أو تحسينها، وقد تمكن مستشفى جامعة "ميتشجن" من تخفيض مدة وتكلفة الإقامة وأجور العاملين بما قيمته 500.000 دولار أمريكي سنويا نتيجة لتبسيط إجراءات الدخول وتخفيض فترة انتظار المريض قبل أن يتم تحويله إلى الغرفة التي تخصه.

¹ حنان عبد الرحيم الأحمدى، مرجع سابق، ص 413

² عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة، مرجع سابق، ص 193

³ حنان عبد الرحيم الأحمدى، نفس المرجع، ص 418-420، بتصرف

- **تحسين الإجراءات:** يهدف نموذج إدارة الجودة الشاملة، إلى السعي الدؤوب لتقصي فرص التحسين واغتنامها. وقد تمكن مستشفى "وست باسن فيري" من تقليص معدل العمليات القيصرية البالغ (22%) من المعدل السنوي للمواليد بالمستشفى إلى أقل من (10%) باستخدام أسلوب المعايرة، حيث تم اختيار مستشفيات الدانمارك التي تبلغ فيها نسبة الولادات القيصرية (5%) لتكون معياراً لعملية التحسين، ومن ثم جرى العمل على تحديد أوجه القصور في طرق العمل وتحسينها لتحقيق المستوى المطلوب من الأداء. كذلك تمكن مستشفى جامعة "مينشجن" من رفع معدل تشغيل غرف العمليات بنسبة (30%) نتيجة لتحسين جدولة استخدامها.

- **كفاءة التشغيل:** تعتبر كفاءة التشغيل من أهم الفوائد التي يحققها تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة، وذلك نتيجة للقضاء على الهدر في أداء العمليات وارتفاع مستوى مهارة العاملين. وقد تمكن مستشفى "سنترال دوبيج" في ولاية "إلينوى" الأمريكية من توفير 73000 دولار أمريكي سنوياً بتخفيض استهلاك الإبر الوريدية في وحدة الطوارئ نتيجة لتدريب العاملين على استخدامها بشكل أفضل. وفي برنامج زراعة نخاع العظام بمستشفى "لوثرن جنرال" في ولاية "إلينوى" تم تخفيض الهدر في استهلاك أحد الأدوية الباهظة الثمن والنتاج عن التأخر في إعطائه للمريض مما يفقده صلاحيته للاستخدام، وقد كان يكلف المستشفى حوالي 120.000 دولار أمريكي سنوياً.

- **القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية (العيادية):** من أهم المشكلات التي تواجه المنظمات الصحية اختلاف الطرق التي يؤدي بها الأطباء عملهم، وماله من انعكاسات على مستوى الجودة والكفاءة. ويسهم تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية، واختيار أفضل الطرق لأداء العمل وفقاً للأدلة والحقائق العلمية. وفي أربعة مستشفيات تابعة لمركز "إنترماونتن" وجدت الاختلافات التالية بين مجموعة متماثلة من المرضى الذين أجريت لهم عملية جراحية معينة من قبل ستة عشر جراحاً تابعين للمركز، تراوحت مدة العملية بين (20) إلى (90) دقيقة، وتراوح وزن الأنسجة المستأصلة في العملية بين (13) إلى (45) غراماً، وتراوحت مدة بقاء المريض في المستشفى بين (2,7) إلى (4,9) يوماً، مما يعكس تفاوتاً غير مبرر في الأسلوب الإكلينيكي المتبع. وقد تمكن فريق التحسين المكون من مجموعة من الجراحين المعنيين من دراسة هذه الاختلافات، ومن ثم تحديد الأسلوب الأفضل لإجراء هذه العملية الجراحية، وبالتالي القضاء على هذه الاختلافات.

- **الحد من تكرار العمليات:** يساعد تطبيق هذا المفهوم على تحديد الطرق الأفضل لأداء العمل ومن ثم الحد من التكرار، وما له من تأثير سلبي على مستوى الجودة والكفاءة والإنتاجية ورضاء العملاء. وفي دراسة أجريت في مستشفى "هنري فورد" وجد أن (25%) من مسحات عنق الرحم تتم إعادتها لأن حجم العينة ليس مناسباً لإجراء التحليل. وكان ذلك يسبب إزعاجاً للمريضات ويؤدي إلى زيادة غير مبررة في تكاليف العلاج. وقد تم القضاء على المشكلة بعد

أن تبين لفريق التحسين أن الأطباء يتبعون طرقاً مختلفة لإجراء مسحة عنق الرحم، تحقق بعضها نتائج أفضل من غيرها.

2- تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

يمكن تحديد الإطار الذي من خلاله يتم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، فيما يلي:

- **الإعداد والتهيئة لبرنامج الجودة الشاملة:** يبدأ الانجاز الناجح لإدارة الجودة الشاملة من الإعداد والتهيئة لتطبيقها. وفي هذه المرحلة التي تسبق بناء النظام تشترك الإدارة العليا للمستشفى ورؤساء الأقسام الطبية والإدارية بها بالتعاون مع مستشارين أو محترفين في مجال تصميم نظام الجودة الشاملة بالإضافة إلى كبار الموظفين في مختلف التخصصات، في مناقشة كافة جوانب العمل بالمستشفى وحصر مشكلاتها واستنباط الأفكار والحلول المثلى لها. ورغم أنه لا توجد آلية محددة لكيفية انجاز هذه المرحلة فان هدفها الأساسي يتلخص في توفير كافة البيانات والمعلومات والأفكار والمقترحات التي تحدد الملامح الأساسية والأبعاد الرئيسية والمرتكزات التي تتمحور حولها السياسات العامة للمستشفى والخطط التشغيلية والبرامج التنفيذية والمشروعات الخاصة بتحقيق ما تصبو إليه من طموحات وما تسعى إلى تحقيقه من غايات¹.

يتبين مما سبق أن هذه المرحلة هي مرحلة تهيئة تنظيمية، وتتطلب مشاركة القيادات الطبية والفنية.

- **نشر ثقافة الجودة الشاملة:** لمفهوم إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية مبادئ، ومهارات، وطرائق، وأدوات مختلفة، لذلك ينبغي للأنشطة الأولية المتعلقة بالجودة أن تشمل على تنظيم سلسلة من الحلقات الدراسية حول الموضوع لتوجيه أصحاب القرار والمديرين بشأن مفهوم ومنافع إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية. وينبغي أن تعقب هذه الحلقات الدراسية مناقشات فكرية حول تطبيقات هذا المفهوم في بلد معين، مع مراعاة الموارد المتاحة، والثقافة السائدة، والوضع الصحي الراهن، والهيكل القائمة. وينبغي كذلك تنظيم أنشطة مماثلة لتعريف سائر العاملين بمفهوم إدارة الجودة الشاملة للحصول على دعمهم لهذا المفهوم وتوسيع نطاق نشره. ويمكن الاستعانة بما يتجمع خلال هذه الأنشطة من المعلومات الأولية والارتجاعية في توسيع نطاق برامج إدارة الجودة الشاملة وتحسينها. وتتبع الاستفادة على أفضل وجه من الدور الذي يمكن أن تقوم به وسائل الإعلام في هذا الصدد، وإسهامها في التوعية بأهمية جودة الرعاية وحفز

¹ عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة، مرجع سابق، ص 200

الطلب على الرعاية الجيدة¹.

- **تكوين فريق عمل الجودة:** تختلف المسميات التي تطلق على الفريق الذي يقود مشروع الجودة، فقد سمي فريق الجودة أو مجلس الجودة أو إدارة الجودة، وغير ذلك من المسميات. وتسد إلى هذا الفريق المهام التالية:

- وضع سياسة مكتوبة وواضحة للجودة بكافة مجالات العمل بالمستشفى واتخاذ الإجراءات اللازمة لتعريف جميع فئات العاملين بها مع التأكيد في هذه السياسة على الاعتبارات التالية²:
- أداء العمل بالطريقة السليمة من المرة الأولى دون السماح بأي أخطاء.
- مشاركة جميع فئات العاملين في حل مشكلات العمل والقضاء على الأخطاء.
- التركيز على ضرورة تفهم احتياجات المرضى الظاهرة والخفية والعمل على تلبيتها بأقصى كفاءة ممكنة.
- التركيز على نظم وإجراءات وأساليب العمل والنتائج المتحققة في آن واحد.
- تطوير فكرة الولاء والانتماء للمستشفى وأهدافها.
- الأخذ بمفهوم العميل الداخلي والخارجي، وتعميق فكرة أن العميل هو الذي يدير المستشفى ويوجه كافة أنشطتها.

ب- تكوين حلقات أو جماعات الجودة في مختلف مجالات العمل بالمستشفى. وتعتبر هذه الحلقات من أكثر أساليب نشر ثقافة الجودة والمساعدة في تطبيق أساليبها.

ج- التخطيط لأنشطة الجودة عن طريق تحديد الأهداف المطلوب تحقيقها وصياغة السياسات أو الخطوط العريضة التي يسترشد بها في اتخاذ القرارات الخاصة بأنشطة الجودة، بالإضافة إلى تحديد الإجراءات وأساليب أداء الأعمال اللازمة لذلك.

هـ- البدء في تطبيق خطة الجودة ومتابعتها. ومن أهم متطلبات التطبيق السليم لإدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات ما يلي³:

- تحليل هيكل العمالة الموجودة بالمستشفى كما ونوعا واتخاذ الإجراءات اللازمة لإعادة توزيعها وفقا لمقتضيات العمل بمختلف الأقسام الفنية والإدارية.

¹ اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، جدول الأعمال المبدئي، ضمان الجودة وتحسينها في النظم الصحية ولا سيما في الرعاية الصحية الأولية مسؤولة مشتركة، إضفاء الطابع المؤسسي على ضمان الجودة وتحسينها في الرعاية الصحية الأولية مسؤولة مشتركة، القاهرة، جمهورية مصر العربية، 1-4 أكتوبر 2000

http://www.emro.who.int/rc47/anpa_11bo5.htm

² عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمانة، مرجع سابق، ص 204

³ عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمانة، نفس المرجع، ص 209-211

- تعديل الهياكل التنظيمية الرئيسية والتفصيلية للمستشفى لدعم أنشطة الجودة من ناحية، وتوفير المناخ التنظيمي المناسب لدعم العمل الجماعي وخلق اتجاهات ايجابية لدى مختلف فئات العاملين.
 - استكمال بطاقات الوصف الوظيفي لمختلف الوظائف الطبية والفنية والإدارية، وأيضاً أدلة إجراءات ونظم العمل والصلاحيات والمسؤوليات واستمرار مراجعتها للتأكد من وفائها باحتياجات العمل في مختلف المجالات.
 - تصميم وتنفيذ مجموعة من النظم والآليات اللازمة لتغطية الجوانب التالية:
 - . تلقي وتحليل ومعالجة شكاوى المرضى والعاملين والزائرين.
 - . تشجيع جميع فئات العاملين بالمستشفى والمتعاملين معها على التقدم بأرائهم ومقترحاتهم بشأن تحسين جودة الأداء في جميع المجالات.
 - . إعداد آلية لجوائز التميز في الأداء وجودة الخدمات المقدمة على مستوى الأقسام والأفراد.
 - . تهيئة الظروف المناسبة لأداء العمل ورعاية العاملين.
 - . تلقي وتحليل شكاوى الموردين والمقاولين ومعالجتها.
 - تصميم وتوفير آليات مرنة للاتصالات في مختلف الاتجاهات.
 - تصميم وتنفيذ مجموعة من الدورات التدريبية والحلقات النقاشية بناء على دراسة علمية للاحتياجات التدريبية بالمستشفى.
 - صياغة آلية مناسبة لقياس درجة رضا عملاء المستشفى من المرضى والعاملين والزائرين والمتعاملين معها عن مستوى ما تقدمه من خدمات ومجالات التحسين والتطوير المطلوبة بشأنها.
 - تصميم وتوفير نظام متكامل للمعلومات مع دعمه بالإمكانيات التقنية والبشرية اللازمة لتوفير وتحليل البيانات وإعداد التقارير المطلوبة منها ورفعها للأفراد والوحدات التي تحتاج إليها لدعم الأنشطة التي تقوم بها أو القدرات التي تتخذها.
 - تصميم وتنفيذ خطة لمتابعة التنفيذ وأداء العمل بمختلف أقسام المستشفى مع الاستعانة بالمعايير الموضوعية لتقييم الأداء والأساليب الإحصائية المناسبة في إتمام عملية الرقابة والمتابعة.
- يتبين من خلال مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية أنه لا بد من توافر مجموعة من المرتكزات يمكن عرضها باختصار كما يلي:
- التركيز على العميل (الداخلي والخارجي) ؛
 - مساندة وتدعيم الإدارة العليا؛

- العمل الجماعي المشترك بين التخصصات المتعددة؛
- تدريب العمال؛
- المكافأة؛
- استخدام الحقائق والبيانات كأساس لاتخاذ القرار (اتخاذ القرار بناء على الحقائق).

3- عوامل نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

- لنجاح تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لابد من توافر مجموعة من العوامل، يلخصها سيد محمد جاد الرب، كما يلي¹:
- يجب أن تقتنع الإدارة العليا في المنظمات الصحية بأهمية ومزايا تطبيق نظام الجودة الشاملة؛
 - يجب أن تقتنع الإدارة العليا جميع العاملين في المنظمة بفوائد ومزايا هذا النظام؛
 - يجب أن تتوقع الإدارة في المنظمة بعض القيود والمعوقات ومقاومة بعض الأفراد لتطبيق هذا النظام، وكلما تفهم الجميع أهمية النظام كلما انخفضت حدة وحجم المقاومة؛
 - ترتفع تكاليف تطبيق النظام في أول الأمر ثم تأخذ في الانخفاض التدريجي حتى تستقر عند حجم معين، وعندها يبدأ النظام في الكشف عما من مزايا وفوائد؛
 - يتطلب النظام في كثير من جوانبه تغيير في السياسات والمفاهيم والاستراتيجيات والهياكل التنظيمية في المنظمات الصحية؛
 - إن نظام الجودة الشاملة ليس نظاما بديلا للنظم السائدة، ولكنه أداة رئيسية وأساسية للبحث عن الأداء العالي المتميز منذ بداية التشغيل حتى نهايته ومنع وجود أخطاء أو الحد منها إلى أقصى حد.
 - لنجاح تطبيق النظام تحتاج المنظمة إلى نظم فعالة ومساندة أهمها:
 - . الترويج لهذا النظام وتسويقه لدلى العاملين في مجال الخدمات الصحية داخل المنظمة أو المتعاملين معها.
 - . نظام فعال للعلاقات الإنسانية يهدف إلى تعميق الولاء التنظيمي ويحقق ويعمق مفهوم أن الجودة العالية هي مسؤولية كل فرد في الوحدة الصحية.
 - . فهم واضح لأساليب وطرق الرقابة الإحصائية ونظام فعال لتشغيل البيانات ونظام كفاء للمعلومات يدعم هذا النظام وعملية اتخاذ القرارات.
 - . نظم فعالة للاتصالات والتنسيق والتكامل بين مختلف الإدارات والوحدات الفرعية.
 - . نظام واضح ومحدد ومعلن للثواب والعقاب فيما يتعلق بتطبيق هذا النظام.

¹ سيد محمد جاد الرب، مرجع سابق، ص ص 188-189

- يمكن للوحدة أو المنظمة الطبية البدء في تطبيق نظام الجودة الشاملة في أحد أنشطتها الفرعية ثم تتدرج بعد ذلك منها إلى باقي الأنشطة.
- تظهر الملامح الجيدة لتطبيق هذا النظام بسرعة في المنظمات الصحية الخاصة، حيث الإمكانيات العالية والعناصر البشرية الفعالة والمناخ التنظيمي الملائم.
- يحتاج النظام قبل تطبيقه إلى دورات تدريبية مكثفة، وأيضا إلى الاستفادة من تجارب المنظمات التي نجحت في هذا المجال .

خلاصة الفصل:

تتميز الخدمة الصحية بمجموعة من الخصائص هي: قلة التنميط والتوحيد، عدم ثبات الطلب، منتج غير ملموس، سلعة عامة، غير قابلة للتأجيل. إضافة إلى الخصائص السالفة، يضيف بعض الكتاب خصائص يسمونها اقتصادية، تمثلت فيما يلي: الخدمات الصحية تعد سلعا جماعية، الطلب عليها يعد طلبا مشتقا، تعد إنفاقا استهلاكيا، تمثل شراء ضغط بالنسبة للمستهلك، التدخل الحكومي في سوق الخدمات الصحية، انخفاض عرض الخدمات الصحية في الأجل القصير، كثافة عنصر العمل.

ويعتبر تقويم أداء الخدمات الصحية حلقة جوهرية لأهم وظائف الإدارة في المؤسسات الصحية، ويعبر عن قدرة هذه الأخيرة على تحقيق أهداف الرعاية الصحية؛ بحيث تنعكس نتائج تقويم الأداء على تحسين الأداء الإداري والطبي، كما يعمل على إحداث التوازن الداخلي والخارجي للمؤسسة الصحية.

ويمكن إجمال مؤشرات نظام تقويم الأداء في أربع مجموعات رئيسية، وهي: مؤشرات تقويم أداء الموارد البشرية (أطباء، طاقم شبه طبي...)، مؤشرات تقويم أداء الموارد المادية والمالية، مؤشرات تقويم أداء الخدمات الوقائية والرعاية الصحية الأولية (معدل الإصابة، نسب التلقيح...)، مؤشرات تقويم أداء جودة الخدمات الصحية (نسبة الوفاة، معدل المكوث للاستشفاء، معدل شغل الأسرة، معدل دوران السرير...).

وعلى ذكر جودة الخدمات الصحية، تختلف هذه الأخيرة باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي؛ حيث ينظر إلى الجودة من منظور طبي على أساس تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية. أما الجودة من منظور المستفيد، فتركز على طريقة الحصول الخدمة ونتيجتها النهائية. في حين تعني الجودة من الناحية الإدارية كيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة.

وتتمثل أبعاد جودة الخدمة الصحية في: التمكن الفني، الإمكانيات المادية للمستشفى، سهولة الوصول والحصول، التعاطف والتفاني، الأمان، الاستمرارية، الفعالية والكفاءة، الاعتمادية.

ومن أجل قياس جودة الخدمات الصحية، وجد مدخل تقليدي ومدخل حديث؛ شمل المدخل التقليدي ثلاثة مقاييس، تمثلت في المقاييس الهيكلية، مقاييس الإجراءات ومقاييس النواتج. إلا أن المدخل الحديث رأى أنه من غير المعقول توجيه الاهتمام فقط في ملامح محددة للمخرجات والعمليات أو الهيكل، ولكن في كل مؤسسة الخدمة الصحية.

وبهدف تحقيق جملة من المزايا، تتمثل أساسا في: تبسيط الإجراءات وتحسينها، تحقيق كفاءة التشغيل، القضاء على اختلافات الممارسة العيادية، الحد من تكرار العمليات، تسعى المؤسسات الصحية إلى تطبيق إدارة الجودة الشاملة. والتي يمكن تحديد إطار تطبيقها في ثلاث مراحل أساسية هي: الإعداد والتهيئة لبرنامج الجودة الشاملة، نشر ثقافة الجودة الشاملة، تكوين فريق عمل الجودة. ومن أجل

إنجاح هذا النهج لابد من توافر الاقتناع من طرف الإدارة العليا والعاملين على السواء، وأن تستند الإدارة العليا على نظم فعالة ومساندة تعمل على ترسيخ هذه المفاهيم الجديدة.

الفصل الثاني

المدخل التكاليفي في المؤسسات الصحية

الفصل الثاني: المدخل التكاليفي للجودة في المؤسسات الصحية

المقدمة:

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

ولقد ازدادت أهمية إنشاء أنظمة محاسبية تكاليفية ترتبط بالجودة، وذلك لأنها تساعد على تحديد مناطق الفشل والإخفاق الداخلي ومصادر حدوث العيوب، والتكلفة المالية المترتبة عن ذلك.

تعتبر المؤسسات الصحية معنية كذلك بمنهجية الجودة. فتطور المضمون الاقتصادي للمستشفيات يقيدتها أكثر فأكثر على تقويم جودة خدماتها. وأمام إلحاح المريض على جودة العلاج والقيود الموازناتي، يطرح السؤال حول طبيعة العلاقة تكلفة / جودة. وهذه الأخيرة لا بد أن تمر عبر التحكم في تكلفة اللجوء، والتمثلة أساسا في تكلفة الالتهابات المكتسبة في المستشفى والأحداث غير المرغوبة.

جاء هذا الفصل ليجيب على جملة من الأسئلة، والتمثلة فيما يلي:

- ما هي نماذج تطوير القياس المحاسبي لتكاليف الجودة ؟
- ما هي مختلف فئات وعناصر تكلفة الجودة ؟
- ما هي المشكلات التي تواجه القياس التكاليفي للخدمات الصحية ؟
- ما هي تكاليف الجودة واللجوء في المؤسسات الصحية ؟
- ما هي التكاليف المترتبة عن الالتهابات المكتسبة في المستشفى كمؤشر من مؤشرات اللجوء، وكمصدر للتكاليف الخفية ؟ وما هي طرق معالجتها ؟

المبحث الأول: نماذج قياس تكلفة الجودة وعناصرها

تعتبر تكاليف الجودة إحدى عناصر التكاليف التي يجب الاهتمام بها وتوخي الدقة في حسابها، وأن أي إسراف أو ضياع في هذه التكاليف له أثر مباشر على تكاليف الإنتاج، ولذلك فإن إخضاع تكاليف الجودة بعناصرها المختلفة للتحليل والدراسة، وإخضاعها للرقابة والسيطرة أمر مرغوب فيه وتتنشده المؤسسة في مجال ترشيد قراراتها. وفي هذا الإطار جاء هذا المبحث ليعرض نماذج تطوير القياس المحاسبي لتكاليف الجودة، ثم حصر عناصرها ضمن فئات محددة.

المطلب الأول: التطور التاريخي لتكلفة الجودة وأهمية حسابها.

نرى من المفيد قبل التطرق إلى التطور التاريخي لتكلفة الجودة وأهمية حسابها، أن نعرض بعض التعاريف المقدمة لمفهوم تكاليف الجودة كما يلي :

1- مفهوم تكاليف الجودة :

عرفت تكاليف الجودة بتعاريف مختلفة، سنقوم باستعراضها في الآتي:

- يقصد بتكاليف الجودة " كل التكاليف التي يتم إنفاقها لأغراض الوقاية من وجود عيوب في الإنتاج، واكتشاف هذه العيوب في حالة وجودها، وإصلاح العيوب بعد اكتشافها " ¹.

يتبين من هذا التعريف أنه لم يدرج جميع مكونات تكاليف الجودة، والمتمثلة أساساً في التكاليف التي تتحملها المؤسسة بعد إصلاح العيوب، كما أنه لم يوضح مستوى هذا الإصلاح إن كان داخلياً أم خارجياً أم هما معاً.

- عرفت تكلفة الجودة حسب المواصفات البريطانية BS 6143 بأنها " التكلفة من أجل تأكيد وضمان الجودة ، بالإضافة إلى فقدان والخسارة الحاصلة عند انجاز أو الحصول على الجودة " ².
لم يوضح هذا التعريف مكونات تكلفة الجودة بشكل دقيق، واقتصر على تكلفة تأكيد وضمان الجودة، بالإضافة إلى تكلفة فقدان.

- وفي تعريف آخر، تعبر تكلفة الجودة " عن التكلفة التي تحدث بسبب انخفاض الجودة أو بسبب عدم مطابقة المنتجات لمعايير الجودة الموضوعية، أو أنها تعبر عن الفرق بين التكاليف الفعلية وتلك التكاليف التي سوف تحدث في حالة عدم وجود إنتاج معيب " ³.

¹ هاشم أحمد عطية، محاسبة التكاليف في المجالات التطبيقية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2000، ص 235.

² محمد عيشوني، تحليل تكاليف الجودة

<http://aichouni.tripod.com>

³ مصطفى راشد العبادي، إطار مقترح لتشخيص مشكلات الجودة مع قياس وتقييم جدوى الاستثمار في مجالات تحسينها، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة مجلة ربع سنوية تصدرها كلية التجارة، جامعة عين شمس، جمهورية مصر العربية، العدد الثاني، أبريل 2000، ص 372.

- كما عرفت تكاليف الجودة بأنها " الانحراف الإجمالي بين الجودة المستهدفة والجودة التي تم الحصول عليها فعليا"¹.

يتبين من خلال التعريفين الأخيرين أنهما أخطأ بشكل واضح، بين مفهوم تكلفة الجودة وتكلفة اللاجودة le coût de la non-qualite ؛ حيث تعرف هذه الأخيرة على النحو التالي: "تكلفة اللاجودة هي الفارق بين سعر التكلفة الحالي للمنتج وتكلفته المخفضة إذا لم يحدث لأي خطأ أو عيب أثناء التصميم، الانجاز، التسويق الاستعمال"².

وبالتالي فاللاجودة تعبر عن غياب الجودة، كما تفسر بإخفاق داخلي وخارجي. وانطلاقاً من التعاريف السابقة، يمكن أن نحدد تعريفاً لتكلفة الجودة على النحو التالي : " هي جميع التكاليف المرتبطة بالأنشطة اللازمة والضرورية لتوفير المنتجات (سلعا وخدمات) بالجودة التي يحددها الزبائن، سواء حدثت هذه التكاليف قبل إنتاج المنتج (الخدمة) أو خلال مراحل الإنتاج أو بعد الإنتاج أو قبل تسليم المنتجات أو بعد التسليم".

2- التطور التاريخي لمفهوم تكاليف الجودة:

تطورت مفاهيم الجودة خلال الخمسين سنة الأخيرة تطورا ملموسا، وكان ذلك على ثلاثة محاور أو مجالات أساسية، سنعرضها فيما يلي:

- يختص المحور الأول برقابة الجودة، والذي كانت بدايته في الخمسينات، من خلال مؤلفات رقابة الجودة، حيث كان أول من كتب عن المعنى العام لتكاليف الجودة "جوران" juran في كتابه "دليل تحكم الجودة" سنة 1951، وكتب كاتب آخر وهو "ماسر" massers سنة 1957 مقالا بعنوان " مدير الجودة وتكاليف الجودة ". أما "فيجنبوم" feigenbaum فقد احتوى كتابه بعنوان "رقابة الجودة الكلية" فصلا كاملا عن تكاليف الجودة³.

وقد كان هؤلاء الكتاب أول من أشار إلى أهمية قياس تكاليف الجودة في المشروعات، ووضعوا تبويبا لعناصرها الثلاثة، وقد بدأت الجمعية الأمريكية للرقابة على الجودة American Society for

¹ ماهر العجي، دليل الجودة في المؤسسات والشركات بحسب المواصفات القياسية ISO 9000، سلسلة الرضا للمعلومات رقم 23، دار الرضا للنشر، دمشق- سوريا، 1999، ص 197.

² La non- qualité coût et Solutions des dysfonctionnements,cycle de conférences organisé par L'université francois Rabelais de tours France et L'institut Supérieur du génie applique Maroc,25 Février 1998 à L'hôtel hayat Regency de Casablanca,les éditions toubkel,1ere édition, Maroc, 1998,p21..

³ عوض سالم الحري، تكاليف الجودة وطرق قياسها، المؤتمر الوطني الأول للجودة السعي نحو الإتقان والتميز الواقع والطموح، 26-28 ربيع الأول 1425هـ، بتصرف

Quality Control (ASQC) منذ عام 1967 الاهتمام بتطوير قياس عناصر تكاليف الجودة، حيث شكلت عدة لجان من بين أعضائها لدراسة هذا الموضوع، ونشرت تقارير وأبحاث تلك اللجان عن قياس وتحليل تكاليف الجودة ومفاهيمها في مجلتها العلمية Quality Progress¹.

- أما المحور الثاني فيرتبط بمتطلبات وزارة الدفاع الأمريكية، فمنذ عام 1960 أفادت النشرات الصادرة بتفسير مفاهيم تكاليف الجودة عند التعامل مع الموردين ومقاولي الباطن، حيث يلتزم هؤلاء بالاحتفاظ ببيانات تكاليف الجودة و تبويبها الوظيفي وأن يمكنوا المراقبين الحكوميين من الاطلاع والفحص بغرض الحكم على فاعلية المحاسبة عن تكاليف الجودة.²

- في حين كان المحور الثالث محور الأدب المحاسبي وما زخر به من أبحاث في هذا الشأن، فقد كان Kaplan من أوائل الباحثين الذين أشاروا لأهمية قياس تكاليف الجودة، ثم نشرت الجمعية الوطنية للمحاسبين (NAA) national association of accountants دراسة في هذا الصدد بعنوان "القياس والتخطيط والرقابة على تكاليف الجودة"، وكانت كدليل للمحاسبين لكيفية تطبيق مقاييس تكاليف الجودة ثم تبعت ذلك بدراسة أخرى لتحديث دور قياس تكاليف الجودة والتقرير عنها في المشروعات الصناعية والخدمية، حيث أوضحت أن تكاليف الجودة بدأت كأداة من أدوات تخفيض التكاليف ثم أصبحت فلسفة صناعية من أجل ضرورة الاستمرار وتحسين فرص الربحية والوضع التنافسي المتميز. ثم توالى نشر الأبحاث المتعلقة بهذا الموضوع منذ عام 1987، وقد ناقشت هذه الأبحاث عناصر تكاليف الجودة ووسائل قياسها والتقرير عنها، وكذلك تحليل تكاليف الجودة من حيث أكثر عناصرها تأثيراً في هذه التكاليف ودراسة العلاقة بين المدخل التقليدي لتكاليف الجودة وبين المدخل الحديث لتكاليف الجودة.

وقد ساعد وجود نظام محاسبة التكاليف على أساس النشاط ABC من زيادة فعالية تطبيق نظام تكاليف الجودة، وخاصة في مجال تحليل الأنشطة الخاصة بالمنع والتقويم والفشل لما توفره من بيانات تحليلية عن الأنشطة ذات العلاقة بتكاليف الجودة.³

3- أهمية قياس وتحليل تكاليف الجودة.

تمثل تكاليف الجودة أحد أدوات وأساليب إدارة الجودة، والتي يمكن أن تستخدمها المؤسسة لإدخال وتطوير مفهوم إدارة الجودة الشاملة، وبالتالي تحسين الجودة والتعرف على وتقييد التكلفة المتزايدة والفاقد والنشاط الذي لا يضيف قيمة.

¹ محمد نشأت فؤاد محمد، نموذج رياضي لقياس التكاليف المستترة للجودة:دراسة تطبيقية، مجلة البحوث التجارية

المعاصرة، جامعة أسيوط، كلية التجارة، جمهورية مصر العربية، العدد الأول، 1995، ص4

² فتحي رزق السوافيري، الإطار الفكري والعلمي للمحاسبة عن تكاليف الجودة، مجلة كلية التجارة للبحوث العلمية، كلية

التجارة جامعة الإسكندرية، جمهورية مصر العربية، العدد الثاني، سبتمبر 1995، صص 16- 17 .

³ محمد نشأت فؤاد محمد، نفس المرجع، ص5

- ويمكن إرجاع أهمية قياس وتحليل تكاليف الجودة للأسباب التالية¹:
- 1- هي أحد أهم الأفكار الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة وهي جزء هام وتكاملي لأي برنامج جودة في المنظمات (إدارة الجودة الشاملة، المواصفات العالمية ISO9000).
 - 2- يفيد حساب التكاليف المتعلقة بالجودة وتحويلها إلى اللغة المشتركة لدى مديري الشركات فيما يلي:
 - . هي مؤشر قوي لتحفيز الإدارة العليا في تطبيق وتنفيذ مفهوم تكاليف الجودة.
 - . أكثر المنافع هو تخفيض هذه التكاليف الإجمالية للمنتج أو الخدمة والتحكم والسيطرة عليها بفعالية، وبالتالي زيادة الأرباح.
 - . أكثر دقة في تقييم وتقدير التكاليف ووضع الميزانيات بواقعية.
 - . تحويل الجودة إلى أرقام بسيطة ومرئية من خلال نسب خسارة مباشرة يساعد الإدارة والموظفين لفهم أهمية عمل الشيء صحيحاً من المرة الأولى.
 - . يعتبر وسيلة اتصال هامة بين الموظفين في أقسام الجودة والإدارة العليا والمنظمات.
 - 3- آثارها السيئة وتكاليفها الباهظة على المنشأة:
 - . تقدر تكاليف الجودة الرديئة بـ 20% - 40% من المجموع العام للميزانيات (Harrington).
 - . قدرت قيمة الجودة السيئة بـ 30% - 40% من التحويلات (Crosby).
 - . تكاليف الجودة هي تكاليف ضخمة تقدر بـ 30% - 40% من المبيعات.
 - . تكاليف الجودة في المجال التصنيعي تقدر بـ 5% - 25% من المبيعات.
 - . عدة دراسات أشارت أن تكاليف الجودة تكلف أكثر من 30% من مصروفات المصانع في أمريكا.
 - 4- أداة تحسين مستمر للجودة، فهي تساعد على تحديد وتمييز مناطق الفشل والعيوب ومصادرهما المباشرة باستخدام بعض أدوات الإحصاء.
 - 5- أداة مقارنة جيدة وواضحة من خلال فترة زمنية محددة. والجدير بالإشارة أن تكلفة الجودة لا يمكنها أن تحل مشاكل الجودة، ولا ترشيد نظام الجودة. فهي مجرد أداة مواجهة لمساعدة الإدارة لفهم مشكل الجودة بكل ضخامته، وتسليط الضوء على فرص التحسين وقياس تطور نشاطاته.

¹ عوض سالم الحري ، مرجع سابق

المطلب الثاني: نماذج تطوير القياس المحاسبي لتكاليف الجودة.

أوضح المطلب السابق من هذا المبحث أهمية قياس تكاليف الجودة وضرورة زيادة فاعلية الدور المحاسبي في هذا المجال. ومن أجل ذلك لابد من التعرف على نماذج تطوير عملية القياس المحاسبي لتكاليف الجودة من خلال هذا المطلب.

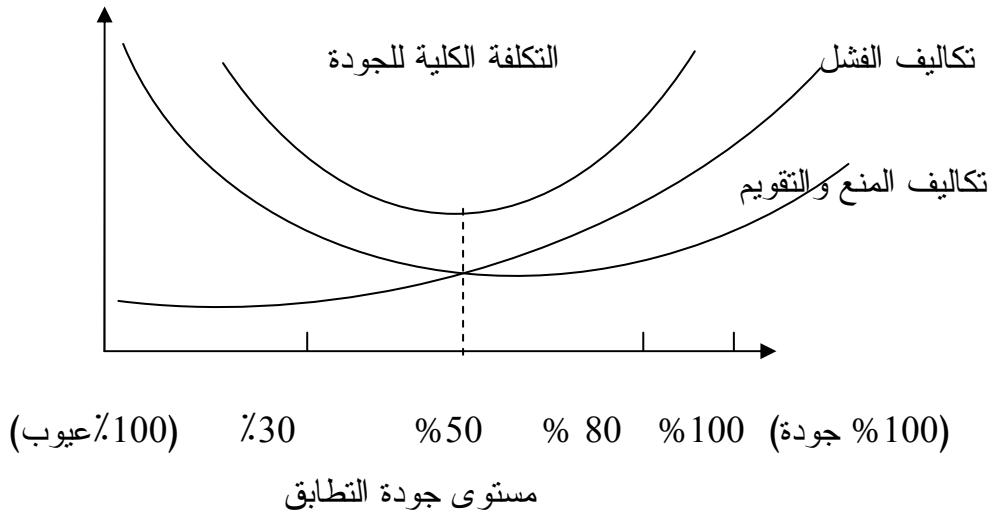
وفيما يلي بيان بنماذج تطوير القياس المحاسبي لتكاليف الجودة:

1- نموذج جوران jurán

طبقاً لهذا المدخل، تتخذ التكلفة الكلية للجودة شكل دالة مقعرة تتخفف إلى أدنى مستوى لها عندما تتطابق الجودة الفعلية مع الجودة المعيارية، حيث تتساوى التكلفة الحدية للمنع والتقويم مع التكلفة الحدية للفشل، ويظهر المنحنى على شكل حرف U، بحيث يمثل مستوى جودة أقل من 100% مطابقة. حيث اعتقد المديرون لفترات طويلة بأن المستوى الأمثل لتكاليف الجودة يتحقق عند أدنى مستوى من التكاليف الكلية للجودة.

ويمكن تمثيل نموذج "جوران"، والذي يعبر عن المدخل التقليدي للعلاقة بين الجودة والتكلفة، في الشكل التالي:

الشكل (1.2): نموذج "جوران" jurán للتكلفة المثلى للمطابقة



المصدر: مصطفى راشد العبادي، مرجع سابق، ص 383، بتصريف.

انطلاقاً من الشكل أعلاه يمكن عرض الملاحظات التالية:

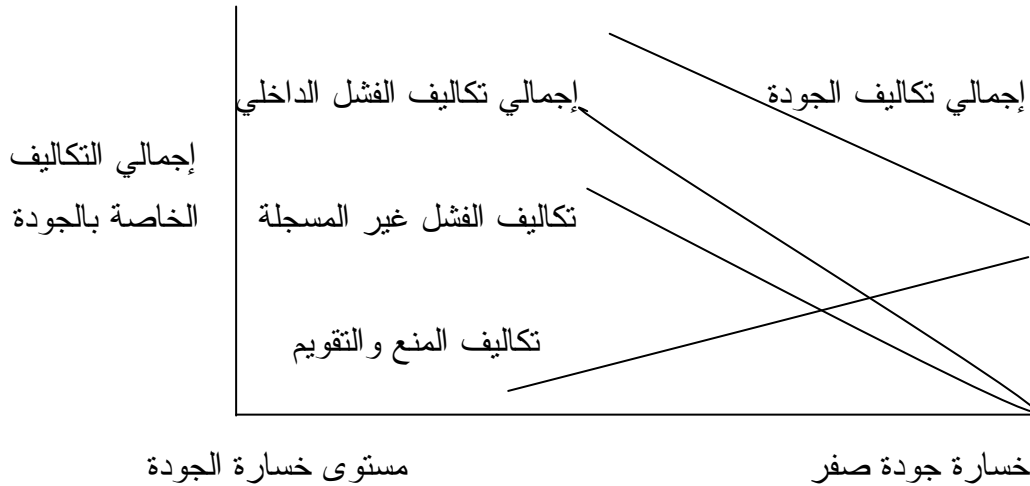
- تؤدي زيادة تكاليف المنع والتقويم إلى زيادة مستوى الجودة، حتى تصبح نسبة المعيب صفر، أي تحقيق أعلى مستوى للجودة.
- ترتبط تكاليف الفشل بعدد الوحدات المعيبة، فالعلاقة بينهما علاقة طردية، فكلما زادت عدد الوحدات المعيبة زادت تكلفة الفشل.

- العلاقة بين تكاليف المنع والتقويم وبين تكاليف الفشل علاقة عكسية وغير خطية، حيث أن زيادة تكاليف رقابة الجودة يفيد في تحسين مستوى الجودة، وبالتالي تخفيض تكاليف الفشل.
 - التكاليف الكلية للجودة تساوي تكاليف المنع و التقويم زائد تكاليف فشل. ومع تحسن مستوى الجودة تنخفض التكلفة الكلية للجودة الى ان تصل نقطة معينة تبدأ بعدها في الزيادة.
- ومن أكثر الملاحظات التي يمكن تسجيلها على هذا النموذج عدم اهتمامه بتكاليف الجودة الخفية(*) لكافة وحدات الانتاج التي تقع داخل حدود المواصفات المقبولة، وحتى الوحدات المنتجة التي تقع خارج حدود المواصفات المقبولة فلا يأخذ بكل التكاليف الخفية للجودة، وانما يقتصر على تلك القابلة للقياس كتكاليف اصلاح الوحدات المعيبة.

2- نموذج سيشينايدرمان (schneiderman)

- يختلف هذا النموذج مقارنة بنموذج جوران في مجموعة من النقاط نعرضها فيما يلي¹:
 - يتم قياس التكاليف الخاصة بالجودة على أساس كلي وليس على أساس متوسط تكلفة الوحدة.
 - يعالج هذا النموذج تكاليف المنع والتقويم بأنها تكلفة ثابتة نسبياً خلال الفترة موضع القياس، بدلاً من الافتراض الذي كان سائداً لدى نموذج جوران التقليدي والخاص بتغير قيمتها مع التغيرات في مستوى عدم التطابق بين المواصفات الفعلية والمخططة.
 - يدرج النموذج الحالي ضمن تكاليف الجودة كلا من التكاليف غير الملموسة وغير المباشرة .
- ويمكن عرض هذا النموذج في الشكل التالي:

الشكل(2.2): نموذج سيشينايدرمان (schneiderman)



المصدر: فتحي رزق السوافيري، مرجع سابق، ص 33

(*) سنتطرق الى هذه النقطة في المطلب الأول من المبحث الثاني

¹ فتحي رزق السوافيري، مرجع سابق، ص ص 33-34.

ومن بين الانتقادات المقدمة لهذا النموذج أنه لا يتيح وجود مبادلات بين عناصر التكلفة، كما لا يفترض إمكانية التوصل إلى مستوى تدنيه التكاليف لأقل مستوى لها قبل مستوى التطابق بين المواصفات الفعلية والمخططة.

3- نموذج "سون" و "هيسو" son young.k& hsu,lie

اعتمد هذا النموذج في قياس تكاليف الجودة على دالة التكاليف الكلية لوحدة الوقت، حيث تم تقسيم الوقت المتوقع لكل دورة إنتاج إلى أربع فترات زمنية. ويتلخص هدف هذا النموذج في تحديد القيمة المتوقعة لتكلفة الجودة لكل وحدة وقت كما يلي¹:

- تحديد الوقت المتوقع لكل دورة E(Tc) على أنه مجموع الوقت المتوقع لفترات الدورة وذلك بالمعادلة الآتية:

$$E(Tc) = E(T1) + E(T2) + E(T3) + E(T4)$$

- تحديد القيمة المتوقعة لتكاليف الجودة للدورة E(C) على أنها مجموع القيم المتوقعة لكل من تكلفة الوقاية للدورة E(Cp) و تكلفة الفشل للدورة E(Cf) وذلك بالمعادلة التالية:

$$E(C) = E(Cp) + E(Cf)$$

هذا ويتم تحديد القيمة المتوقعة لتكلفة الوقاية للدورة على أنها مجموع القيم المتوقعة لكل من تكلفة فحص العينة E(Cp1)، تكلفة فحص الإنذارات الخاطئة E(Cp2)، تكلفة التصحيح E(Cp3)، وذلك بالمعادلة الآتية:

$$E(Cp) = E(Cp1) + E(Cp2) + E(Cp3)$$

بينما تحسب القيمة المتوقعة لتكلفة الفشل للدورة على أنها مجموع القيم المتوقعة لكل من تكلفة الإصلاح E(Cf1)، تكلفة الخردة E(Cf2) و تكلفة الفشل الخارجي E(Cf3)، وذلك بالمعادلة الآتية:

$$E(Cf) = E(Cf1) + E(Cf2) + E(Cf3)$$

- تحديد القيمة المتوقعة لتكلفة الجودة لكل وحدة وقت بالدورة E(Cq)، وذلك بقسمة القيمة المتوقعة لتكلفة الجودة للدورة على الوقت المتوقع للدورة، وذلك بالمعادلة الآتية:

$$E(Cq) = E(Cq) / E(Tc)$$

فرغم الإسهامات التي قدمها النموذج، والمتمثلة في تحديد القيمة المتوقعة لتكاليف الجودة ومراعاة أثر المخاطر وعدم التأكد، إلا أنه لم يأخذ معظم عناصر التكاليف المستترة في الحسبان مثل خسائر

¹ نجاتي إبراهيم عبد العليم، القياس المحاسبي لتكاليف الجودة وأثره على استمرارية المنشأة "نموذج مقترح"، مجلة الدراسات المالية والتجارية، جامعة القاهرة، كلية التجارة بني سويف، جمهورية مصر العربية، العدد الرابع، 1992، ص 189-190.

الشهرة، وفقد العملاء ونقص الحصة السوقية، وذلك نتيجة لوجود وحدات معيبة مرتجعة من العملاء¹.

4- نموذج "باسورك" و "جودفري" Godfrey j.T & Pasewark william.R

يعتبر التكاليف الإجمالية للجودة (بما فيها تكلفة اللاجودة) كأداة لمراقبة الأداء الداخلي والخارجي للمنظمة. ويسمح بمعرفة المركبة الخارجية للجودة La composante externe de la qualité. تتكون تكلفة اللاجودة من تكاليف مراقبة الإخفاقات، والتي تضم تكلفة الوقاية وتكلفة التقويم، لكن كذلك تكلفة الفشل، والتي تشمل تكاليف الإصلاح، تكلفة المنتجات المعاد ترتيبها، والمرتجات. وأخيرا تتكون تكلفة اللاجودة من تكلفة المبيعات المفقودة، والتي تتعلق بتقدير المبيعات غير المحققة بسبب عيوب الجودة².

وبعبارة أخرى تشمل التكاليف الإجمالية للجودة: تكاليف الوقاية والتقييم مضافا إليها التكاليف الكلية للفشل وتشمل كل من:

- تكاليف إصلاح أو معالجة الوحدات المعيبة.
- أرباح مفقودة نتيجة بيع وحدات معيبة كما هي.
- تكاليف تشغيل وحدات معيبة مرتجعة من المستهلك.

ويرى "نجاتي إبراهيم عبد العليم" أن هذا النموذج رغم أنه أخذ في الحسبان، بالإضافة إلى التكاليف الفعلية، عدة بنود منها تكاليف الفرصة، الآثار المتوقع حدوثها نتيجة وصول منتج معيب للمستهلك، إلا أنه تعرض لجملة من الانتقادات هي³:

- قصر تكاليف الفشل على كل من تكاليف الإصلاح، الأرباح المفقودة نتيجة بيع وحدات معيبة، تكاليف تشغيل وحدات معيبة مرتجعة من المستهلك. وبهذا تكون قد استبعدت تكاليف الخردة.
- لم تتضمن تكاليف الفشل كل من التكاليف المتعلقة بفترة أو فترات الضمان، وكذلك خسائر الشهرة التي قد تلحق بالمنشأة نتيجة تدهور سمعتها.

5- نموذج "سفال" H.Savall

حدد H.Savall الجودة الخارجية، والتي تحكم من طرف المستهلك خارج المنظمة، والجودة

¹ سيد أحمد حسن، قياس تحليل تكاليف الجودة دراسة حالة بالتطبيق على المنشآت الصناعية، رسالة مقدمة للحصول على درجة الماجستير في العلوم الإدارية، أكاديمية السادات للعلوم الإدارية، جمهورية مصر العربية، 2003، ص85، بتصرف.

² Sandra bertezene, les démarches qualité dans les hôpitaux français, thèse pour le doctorat en sciences de gestion de l'université lumière Lyon 2, p159

³ نجاتي إبراهيم عبد العليم، مرجع سابق، ص192، بتصرف

⁴ Sandra Bertezene ,op cit, pp161 -162

الداخلية، والتي تحكم من طرف منتج السلع والخدمات على مستوى المنظمة.

لقد اقترح H.Savall التحليل الاجتماعي-الاقتصادي L'analyse socio-économique، والذي يترجم كميا وماليا ضبط حالات سوء أو نقص النشاط Dysfonctionnements، والتي تتجمع في خمس مؤشرات وهي: التغيب، حوادث العمل، دوران العمل، عيوب الجودة وانحرافات الإنتاجية المباشرة. تسمى هذه التكاليف بتكاليف خفية، حيث لا تظهر في أنظمة المعلومات للمحاسبة التقليدية (ميزانية، جدول حسابات النتائج...)، وهي موزعة حسب نوعين من الأنشطة: أنشطة إنسانية (بشرية)، وأنشطة استهلاك.

تشمل الأنشطة البشرية الأجور الفائضة، الأزمنة الفائضة (زمن الضبط غير المتوقع)، والإنتاج غير المحقق (توقف العمل)، والذي يترتب عنه تكاليف الفرصة. أما أنشطة الاستغلال، فتتعلق بالاستهلاكات، أي استهلاك المواد غير المتوقع.

يقترح نموذج H.Savall من أجل تخفيض سوء النشاط، عملية تحسين تدور حول ستة مجالات: ظروف العمل، تنظيم العمل، الاتصال-التنسيق-التشاور، تسيير الوقت، التكوين المدمج ووضع الإستراتيجية.

كما يحدد هذا النموذج التكاليف الخفية الداخلية والخارجية، بتحديد مستوى سوء (نقص) نشاط معين، وبالتالي تكاليف خفية غير قابلة للضغط.

6- نموذج تاجوشي Taguchi

نظرا للانتقادات وأوجه القصور التي تعرضت لها النظرة التقليدية، فقد قدم تاجوشي^(*) معادلة أسماها بـ "معادلة خسارة ضعف الجودة" لقياس التكاليف الخفية الناتجة عن ضعف الجودة وانحراف مواصفات الجودة الفعلية عن المواصفات القياسية سواء كان هذا الانحراف يقع داخل حدود المدى المسموح به، أو كان يقع خارجها.

7- نموذج كيم و ولياو Kim & liao

أدت الحدود المقيدة لاستخدام دالة "Taguchi" من حيث عدم ملائمتها للحالات غير المتماثلة وفي ظل اختلاف مستويات الحساسية وشكل الدالة لبعض المنتجات، إلى التفكير في استخدام عدة دوال كل منها يناسب ظروف معينة، وفي ظل مستويات مختلفة من الحساسية، لذلك سمي هذا النموذج بنموذج الدوال غير المتماثلة لخسائر الجودة.¹ وفيما يلي بيان بمحتوى هذا النموذج¹:

(*) سنتطرق لهذا النموذج بشيء من التفصيل في المطلب الأول من المبحث الثاني لهذا الفصل.

¹ محمد نشأت فؤاد محمد، مرجع سابق، ص ص 13-14.

في حالة اختلاف مستويات الحساسية وتمثيلها في دالة الخسائر مع الأخذ في الاعتبار جودة المنتج حول القيمة القياسية، فإن أقل قيمة للحساسية ستكون عبارة عن الخسائر المترتبة على انخفاض الجودة، حيث تمثل الدوال غير المتماثلة للخسائر واقعا عمليا يظهر بشكل واضح أثناء الممارسة العملية. فقد يكون الاختلاف بين القيمة القياسي والقيمة الفعلية في أحد جانبي الدالة أكبر أو أقل حساسية من قيمة الاختلاف في الجانب الآخر للدالة، مما يترتب عليه اختلاف قيمة المعامل الفني الثابت طبقا لدرجة الحساسية في كل جانب.

وبالتالي ستصبح معادلة دالة الخسائر على النحو الآتي:

$$L(y) = K1 = [(y-T)]^2 + K2 [(T-y)]^2 + \dots\dots\dots$$

حيث أن قيمة K1 يجب أن تكون أكبر أو أقل من قيمة K2 والمعادلة أعلاه تختلف عن المعادلة الأولى لـ Taguchi إذا كانت K2=K1 ولتطبيق المعادلة السابقة يجب تحديد قيمة كل من K1, K2 على النحو التالي:

$$K1 = \frac{C1}{(U-T)^2}, \quad K2 = \frac{C2}{(T-L)^2}$$

حيث أن:

C1 = الخسائر عند الحد الأعلى للمواصفات القياسية.

C2 = الخسائر عند الحد الأدنى للمواصفات القياسية.

T = القيمة القياسية لخصائص الجودة.

L = الحد الأدنى لموصفات خصائص الجودة.

U = الحد الأعلى لمواصفات خصائص الجودة.

المطلب الثالث: فئات وعناصر تكلفة الجودة.

يفيد تبويب تكاليف الجودة في حصر وتحليل ورقابة تكاليف الجودة، وربطها بالأنشطة المتسببة في حدوثها، ويفيد أيضا في تيسير دراسة العلاقات التي تربط بين مكوناتها، والذي يترتب عنه ترشيد القرارات المتخذة. لكن أمام كل هذه المزايا، لا يوجد تبويب موحد لتكاليف الجودة، فهذا الأخير يختلف باختلاف الهدف منه ومدى توافر إمكانيات التبويب.

ويمكن عرض هذا الاختلاف فيما يلي:

- فهناك من صنف تكاليف الجودة إلى تكاليف ضبط الجودة (تكاليف الوقاية، وتكاليف التقويم)

وتكاليف الإخفاق في ضبط الجودة (تكاليف الإخفاق الداخلي وتكاليف الإخفاق الخارجي).

- البعض بوب تكاليف الجودة في أربعة أبواب: تكاليف المنع والوقاية، تكاليف التقويم، تكاليف

الفضل الداخلي وأخيرا تكاليف الفضل الخارجي.

- البعض الآخر صنفها حسب مدى ارتباط عنصر التكلفة بالجودة (تكاليف رقابة الجودة، تكاليف الفشل) وسهولة أو صعوبة القياس (تكاليف ظاهرة وتكاليف مستترة).

- وركزت مجموعة أخرى على تكاليف اللاجودة كجزء من تكاليف الجودة الإجمالية، وقسمت تكاليف اللاجودة إلى تكاليف مباشرة (تكاليف المراقبة، وقسمت بدورها إلى تكاليف وقاية وتقويم، تكاليف ناتجة وبوبت في تكاليف الفشل الداخلي وتكاليف الفشل الخارجي، إضافة إلى تكاليف لا جودة التجهيزات) وتكاليف غير مباشرة (تكاليف يتحملها الزبون، تكاليف عدم رضا الزبون، وتكاليف فقدان الشهرة).

وسوف نتبنى التويب أو التصنيف الذي يأخذ تكاليف الجودة من زاويتين: الأولى من حيث مدى ارتباط تكاليف الجودة برقابة الجودة، والثانية من حيث سهولة وصعوبة قياس تكاليف الجودة ومدى توافر بياناتها في سجلات المؤسسة كما يلي:

أولاً: تويب تكاليف الجودة بحسب ارتباطها برقابة الجودة

يمكن تقسيم تكاليف الجودة من حيث ارتباطها برقابة الجودة إلى مجموعتين رئيسيتين* هما: تكاليف رقابة الجودة وتكاليف الفشل في رقابة الجودة، ويمكن توضيح هاتين المجموعتين على النحو التالي:

1- تكاليف رقابة الجودة: تتضمن هذه المجموعة من تكاليف الجودة جميع التكاليف المرتبطة بالأنشطة اللازمة لضمان إنتاج السلع أو الخدمات وفق الجودة المخططة والمحددة مسبقاً، والعمل على منع حدوث إنتاج تالف أو معيب منذ البداية، كما تشمل أيضاً التكاليف المرتبطة بأنشطة فحص واختبار وتقويم مدى صلاحية وجود مدخلات الإنتاج ومخرجاته والتحقق من عدم وجود إنتاج معيب، سواء تمت أنشطة الفحص والتقويم هذه بواسطة أقسام وإدارات المؤسسة، أو بواسطة مختبرات خارجية. وهذا وتعتبر تكاليف رقابة الجودة تكاليف اختيارية يمكن للإدارة التحكم فيها ورقابتها.

ويمكن تقسيم تكاليف رقابة الجودة إلى مجموعتين فرعيتين هما:

أ- تكاليف المنع أو الوقاية:

وهي التكاليف التي تظهر عند محاولة تجنب مشاكل الفشل والأخطاء من أول مرة. وتتضمن أيضاً هذه التكاليف تكلفة تدريب الأفراد من أجل وصولهم إلى المستويات المطلوبة من المهارة في الصناعة وأيضاً يقع تحت طياتها كلف العمل مع الموردين قبل القيام بصنع المنتج¹.

ويمكن عرض تكاليف الوقاية بأكثر شمولية كما يلي²:

* من أجل مزيد من التفاصيل فيما يتعلق باستمرار تقويم هذه التكاليف، يمكن الرجوع إلى الملحق رقم 01

¹ مؤيد عبد الحسين الفضل، يوسف حجيم الطائي، إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلى المستهلك منهج كمي، مؤسسة

الوراق للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2004، صص 61-62

² نجاتي إبراهيم عبد العليم، مرجع سابق، صص 181-182 .

- تكاليف تخطيط الجودة، وهي التكاليف اللازمة للإعداد أو التجهيز لتحقيق أهداف الجودة. مثل تكاليف إعداد الخطط الفرعية (خطة، فحص،...) التي تكون الخطة الشاملة للرقابة على الجودة، تكاليف إعداد الدليل والإجراءات اللازمة لتوصيل هذه الخطط للجهات المعنية.
- تكاليف مراجعة المنتجات الجديدة، وتشمل تكاليف إعداد العطاءات الجديدة، تقييم التصميمات الجديدة، إعداد برامج فحص واختبار أي أنشطة أخرى تتعلق بترويج تصميمات جديدة.
- تكاليف التدريب: وتتضمن تكاليف إعداد برامج التدريب اللازمة لتحقيق مستويات الجودة وتحسينها، مهما كان القسم الذي تلقى التدريب.
- تكاليف الحصول على بيانات الجودة وتحليلها أي التكاليف التي تلزم للقيام بجمع البيانات المتعلقة بالجودة في كافة المراحل وتحليلها، وذلك لتحديد المشاكل التي تؤثر على الجودة، وتحديد كيفية تصحيح أو معالجة العيوب وغيرها.
- تكاليف التقرير عن الجودة: وهي التكاليف التي تلزم لإعداد ملخصات وتقارير عن نشاط الجودة وتوصيلها إلى الإدارة العليا والوسطى.
- تكاليف خطط تحسين الجودة: وهي التكاليف اللازمة لإعداد وتنفيذ برامج تحسين الجودة، وهي التي تختص بمستويات أداء جديدة مثل برامج حدوث العيوب والتحفيز على العمل وغيرها.

ب- تكاليف التقويم:

- تعرف تكاليف التقويم بأنها تلك التكاليف التي تتعلق بتقويم المنتج والتأكد من مدى مطابقته للمواصفات المطلوبة.
- وتشمل تكاليف التقويم البنود التالية¹:
- تكاليف فحص المواد المستلمة: وتشمل تكلفة تحديد جودة الموردين صانعي المواد الخام أو المنتجات سواء كانت تكلفة فحص الطلبية، تكاليف الفحص لدى المورد، وتكاليف الإشراف أو المراقبة.
 - تكاليف الفحص والاختبار: وتشمل الاختبارات التي تخضع لها لمنتجات خلال مراحل الصنع المختلفة، وتشمل تكلفة القبول النهائي، واختبار الحزم أو التعبئة أو الحمولات. وتشمل اختبارات الفترة الزمنية للصلاحيات، اختبارات النقا، الاختبارات التي تتم قبل الشحن للمستهلك.
 - المواد الخام والخدمات المستهلكة: وتشمل التكاليف الخاصة بالمنتجات المستهلكة خلال الاختبارات، والمواد المستهلكة (أفلام الأشعة) والخدمات (القوة الكهربائية).
 - تكاليف المحافظة على دقة أجهزة الاختبار: وتشمل تكاليف تشغيل النظام الذي يحافظ على قياسات الأجهزة والمعدات في حالة المعايرة.

¹ فوزي شعبان مذكور، مراجعة الدسوقي حامد أبو زيد، إدارة جودة الإنتاج، مركز جامعة القاهرة للتعليم المفتوح، جامعة القاهرة، كلية التجارة، 1995، ص ص 39-40.

ويمكن القول بعبارة أخرى أن تكاليف التقييم تحدث لأجل فحص المدخلات والمخرجات، وتحديد المخرجات غير الجيدة وعدم شحنها للعمل، والتحقق من حدوثها مستقبلاً.

2- تكاليف الفشل في رقابة الجودة: تسمى تكاليف الفشل في رقابة الجودة بالتكاليف الناتجة أو الناشئة، لأنها تنشأ بسبب قصور أنشطة رقابة الجودة في تحقيق الالتزام بمواصفات الجودة المخططة أو المستهدفة. وتسمى كذلك ناشئة أو مترتبة على القرارات التي تتخذها الإدارة في مجال رقابة الجودة.

وتنقسم تكاليف الفشل، وتسمى بتكاليف الإخفاق أو التشوهات، في رقابة الجودة إلى مجموعتين فرعيتين هما:

أ- تكاليف الفشل (الإخفاق) الداخلي:

عرفت تكاليف الفشل بأنها "تشمل كل التكاليف اللازمة أساساً لتقويم، وحسم، وإما تصحيح أو استبدال توصيف المنتج أو الخدمة غير الصحيح أو غير الكامل. وعموماً يشمل هذا كل مصاريف المواد والعمالة التي فقدت أو أهدرت بسبب عدم المطابقة أو العمل غير المقبول الذي أثر على جودة المنتجات أو الخدمات النهائية"¹.

أو بعبارة أخرى، تتضمن تكاليف الفشل الداخلي التكاليف التي تتحملها المؤسسة عندما تكتشف الأخطاء قبل قبول المنتج أو الخدمة من طرف المستهلك.

وتتمثل تكاليف الفشل الداخلي، والتي ينعته بالأخطاء، حسب H.James Harrington فيما يلي²:

- تكاليف الوحدات والأجزاء المرفوضة نهائياً وغير القابلة للتصليح، وتسمى بالمنتجات المعيبة: وهي تلك المنتجات التي أبعثت أثناء أو بعد العملية الإنتاجية، نظراً لعدم صلاحيتها للاستعمال. تقييم هذه المنتجات من حيث تكلفتها بالأخذ بعين الاعتبار التكلفة المباشرة للإنتاج، وتحسب إلى غاية إبعاد هذه المنتجات عن مسار الإنتاج، ولا ندخل في حساب تكلفة المنتجات المعيبة النفايات التي لا يمكن تفاديها من الناحية الفنية، إلا أننا نضيف التكاليف غير المباشرة كمصاريف النقل، التخزين، المناولة، واسترجاع قطع بعض المواد المعيبة لإعادة استغلالها بصورة أحسن.

- اللمسات - إعادة التعبئة - التصليح La reparation, Les retouches, Le reconditionnement هي العمليات المطبقة على المنتجات المشتراة، والمنتجات الجديدة أثناء وبعد التصنيع، بهدف إدخال اللمسات أو التصليحات، بالإضافة إلى عمليات المراقبة على المنتجات التي أدخلت عليها اللمسات، كما يتم حساب تكلفة الزمن الضائع الناتج عن العيوب الموجودة في أحد الأجزاء، ويتم تقييم تكلفة العمليات السابقة بحسب زمنها مضروباً في تكلفة الساعة الواحدة، أو باستعمال تقريب منطقي.

¹ دال بستر فيلد، ترجمة و مراجعة سرور علي إبراهيم سرور، مرجع سابق، ص500.

² H.James Harrington, le coût de la non-qualité, édition Eyrolles, paris, 1990, p09

- المنتجات غير المرتبة Les produits déclassés :

هي المنتجات المخفضة السعر لعدم مطابقتها لمتطلبات الجودة، أو بسبب وجود فائض في الإنتاج نتيجة سوء التنبؤ بالمبيعات. وتكلفة اللاجودة الناتجة عن المبيعات غير المرتبة يمكن تقديرها بإجراء الفرق في السعر بين السعر العادي والسعر المخفض الناتج عن الانتقال إلى صنف ذو جودة أقل، ونقوم بحساب المصاريف التي تتحملها المؤسسة، نتيجة البيع بالسعر المخفض وتكاليف التخزين حتى التصريف.

- المشتريات غير القابلة للاستعمال Les achat inemployables:

تتعلق بالمنتجات أو المواد الأولية التي أصبحت غير قابلة للاستعمال نتيجة خطأ في التمويل (فائض في المواد الأولية) أو تغيير في التصميم. نقوم بحساب هذه المنتجات أو المواد بالنسبة لدورة النشاط المعتمدة. وفي حالة إعادة الاستعمال، يعاد إدماجها بقیم استعمالها.

تكاليف أخرى: يمكن أن تدرج تحت هذا الصنف من التكاليف العناصر التالية:

- تكاليف حوادث العمل: يعتبر حادث عمل كل حادث انجرت عنه إصابة بتدنية ناتجة عن سبب مفاجئ خارجي، طرأ في إطار علاقة العمل، يكون فيه السبب المباشر والآني العمل المنجز شخصياً من طرف العامل ضحية الحادث، أو من طرف الغير.

تقييم تكلفة حادث العمل أخذاً بعين الاعتبار التكاليف الأجرية، تعويضات الغياب الناتجة عن حادث العمل، الأجر الإضافي للعامل البديل، الساعات الإضافية للاشتراكات في الصندوق الوطني للتأمين ضد حوادث العمل، بالإضافة إلى تكاليف أخرى متمثلة أساساً: في تأخير الطلبات، فقدان أرباح شبه محققة.

- تكلفة التغيب: التغيب هو الوقت الضائع في المؤسسة نتيجة عدم تواجد العمال في أماكن العمل في أوقات العمل.

وتؤثر ظاهرة التغيب تأثيراً بالغاً على العملية الإنتاجية، حيث تعيق الإنتاج وتكلف المؤسسة نفقات باهظة قد تتعدى ما كانت تتوقعه. ومن بين هذه التكاليف ما يلي¹:

. التعويضات المدفوعة للعمال.

. تكاليف إحلال العمال.

. فقدان الحافز على العمل.

. تكلفة التأخر في تسليم الطلبية.

¹ عدمان مريزق، محاولة لدراسة ظاهرة دوران العمل في المؤسسات الاقتصادية، رسالة مقدمة ضمن متطلبات نيل

وتقييم تكلفة التغيب (مهما كان سبب الغياب باستثناء حوادث العمل والعطل الشرعية) ، بالأخذ بعين الاعتبار التكاليف الأجرية (تعويض الغياب، الأجر الإضافي للعامل البديل أو للساعات الإضافية، الوقت المخصص لضبط الغياب، الوقت اللازم لإدارة الغياب).
والجدير بالإيماء أن هناك، إضافة إلى التكاليف السابقة، تكلفة التلوث، وهذا من خلال التسببات المدفوعة لوكالات النظافة، التكاليف المرتبطة بمنشآت معالجة التلوث، تكلفة مراقبة عمليات الرمي وتكلفة الغرامات والإجراءات القضائية.

ب- تكاليف الفشل الخارجى:

وهي التكاليف التي تحدث نتيجة لاكتشاف عيوب بالمنتج بعد تسليمه للمستهلك. ويلاحظ أن هذه التكاليف سوف تختفي في حالة عدم وجود عيوب .
ومن أمثلة هذه التكاليف نذكر¹:

- شكاوى العملاء: يحتاج استلام الشكاوى أو الاستماع إليها والتحقيق فيها وحلها إلى وقت وجهد، ويتم التركيز هنا على شكاوى العملاء بسبب تدنى مستوى الجودة عن الحد المطلوب.
- الكفالة: تشمل تكلفة استبدال أو إصلاح المنتجات المباعة إلى العملاء أثناء الفترة التي تغطيها الكفالة (الضمان).

- المردودات: معالجة وإصلاح العيوب في المنتجات المباعة التي قام العملاء بإرجاعها إلى المنظمة بسبب وجود عيوب في التصميم أو التشغيل.

- فقدان السمعة: حتى لو قامت المنظمة باستبدال المنتج المعيب أو بإصلاحه وإرجاعه إلى العميل، إلا أن المنظمة لا شك أنها تتفق جزء من مصداقيتها وسمعتها بين العملاء وكذلك بين الموزعين.

كما يمكن إضافة تكلفة المبيعات المفقودة، أي تكلفة الفرصة الضائعة نتيجة تقليل المبيعات بسبب مشاكل الجودة، وأيضاً مبالغ التخفيضات المتعلقة بالمنتجات غير المطابقة لمتطلبات الجودة.

ثانياً: تبويب تكاليف الجودة طبقاً لمدى سهولة أو صعوبة قياسها، و مدى توافر بياناتها في سجلات المؤسسة:

يمكن تقسيم تكاليف الجودة من حيث مدى سهولة أو صعوبة قياسها والتعبير عنها في صورة رقمية مالية ومدى توافر البيانات المرتبطة بها في سجلات المؤسسة إلى مجموعتين.

1- تكاليف ظاهرة: تسمى كذلك تكاليف مرئية لتوافر بياناتها في سجلات المؤسسة، ويمكن

قياسها بصورة موضوعية نسبياً، ويمكن فحصها ومراجعتها من خلال النظام المحاسبي.

¹ محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص ص 168-169.

- ويرى "مصطفى راشد العبادي" أنها تشمل ما يلي¹:
- كافة عناصر التكاليف التي تتحملها المنشأة للوقاية أو منع حدوث إنتاج غير مطابق للمواصفات.
 - كافة عناصر التكاليف التي تتحملها المنشأة لتنفيذ أنشطة الفحص والتقييم لمنع وصول الإنتاج المعيب إلى العملاء.
 - بعض عناصر تكاليف الفشل الداخلي مثل تكلفة الخردة، التكاليف الظاهرة لإصلاح الوحدات المعيبة، خسائر بيع الإنتاج المعيب.
 - بعض عناصر تكاليف الفشل الخارجي مثل تكاليف تلقي شكاوي العملاء، تكاليف التعديلات الميدانية للمنتج، والتي تتم بناء على هذه الشكاوي، المسموحات والضمانات التي تمنح للعملاء، تكاليف استلام مردودات المبيعات، التكاليف الظاهرة لإصلاح الوحدات المرتجعة من العملاء، تكاليف تعويضات العملاء.

2- تكاليف خفية وغير مثبتة بسجلات المؤسسة:

- تتضمن هذه المجموعة التكاليف المرتبطة بضعف أو قصور الجودة خلال دورة حياة المنتج (سلعة أو خدمة)، لكنها لا تظهر في سجلات المؤسسة.
- وتعرف التكاليف الخفية (المستترة) بأنها "التكاليف التي لا تظهر في أنظمة المعلومات التي تتبناها المؤسسة، والمتمثلة في الميزانية، جدول حساب النتائج، المحاسبة العامة، المحاسبة التحليلية وجداول القيادة"².
- وبالتالي فالتكاليف الخفية هي تكاليف ضمنية وهي غير محددة بطريقة موازناتية.
- وقد حدد "عبد المنعم فليج عبد الله" التكاليف الخفية المرتبطة بضعف الجودة في النقاط التالية³:
- التكاليف المترتبة على ضعف الجودة والتي يتحملها وتشمل الخسائر والتالف في الإنتاج لديه نتيجة ضعف جودة المنتج المقدم له، وتكاليف الوقت المنقضي في الاتفاق مع نفس المورد، أو مع موردين آخرين لتوريد الإنتاج المطلوب، هذا وأن كانت هذه التكاليف لا تتحملها الشركة المنتجة، لكنها تنعكس عليها بصورة غير مباشرة تتمثل في الآثار المترتبة على عدم تعامل العميل معها لفترة محددة أو لفترة غير محددة.

¹ مصطفى راشد العبادي، مرجع سابق، ص 374.

² Savall Henri, véronique zardet, maîtriser les coûts et les performances caches, 2eme édition, édition economica, paris, 1989, p105.

³ عبد المنعم فليج عبد الله، تحليل ورقابة تكاليف الجودة لترشيد قرارات الاستثمار في برامج الجودة، مجلة الدراسات المالية والتجارية، جامعة القاهرة، كلية التجارة بني سويف، جمهورية مصر العربية، العدد الأول، يناير 1995، ص 93.

- التكاليف المترتبة على عدم رضا العميل، والتي يمكن قياسها على ضوء النقص في حصة الشركة في السوق .
 - التضحيات المترتبة على فقد الشركة لسمعتها في السوق، وتعتبر هذه التكاليف أصعب من النوعين السابقين من حيث مدى إمكانية قياسها وتبويبها، ذلك لأن تكلفة عدم رضا العميل نحو منتج معين أو خط إنتاجي معين، في حين أن تكلفة فقد الشركة لجزء من شهرتها تعكس اتجاه العميل وغيره من العملاء نحو الشركة ككل، وبالتالي نحو جميع خطوط الإنتاج بها.
- والجدير بالإشارة أن صعوبة قياس التكاليف غير الظاهرة والمرتبطة بالفشل الخارجي، وترجمتها بصورة موضوعية في شكل رقم أو مبلغ محدد، لا يعني أن تهمل هذه التكاليف ولا تتم دراستها وتحليلها، نظرا لما يترتب على إهمالها وعدم دراستها من آثار سلبية على المؤسسة في الأجل الطويل.

المبحث الثاني: تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية ومشاكل قياسها

ترتبط عناصر تكاليف الجودة الثلاثة محاسبيا ببعضها البعض، ومنها ما هو مسجل بسجلات التكاليف، وخاصة تكاليف المنع وتكاليف التقويم وجزء من تكاليف الفشل، ومنها غير المسجل بهذه السجلات، وهو ما يعرف بالتكاليف الخفية للجودة؛ فانه يكون من الضروري التوصل لأسلوب لقياس هذا النوع من التكاليف باعتبار أنه يمثل الجانب الأكبر من تكاليف الجودة. بالإضافة إلى ذلك سوف نقوم باستعراض المشكلات التي تواجه القياس التكاليفي للخدمات الصحية، وأخيرا عرض مكونات تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية.

المطلب الأول: طرق قياس التكاليف الخفية للجودة.

نظرا لأهمية التكاليف الخفية المرتبطة بالجودة، المشار إليها أعلاه، نرى من المناسب كشف النقاب عن هذا النوع من التكاليف، بالتطرق إلى أنواعها ومكوناتها وطرق قياسها.

1- أنواع التكاليف الخفية¹:

يوجد نوعان من التكاليف الخفية: تكاليف مدمجة في التكاليف المرئية وأخرى غير مدمجة. فالتكاليف الخفية المدمجة في التكاليف المرئية هي مصاريف فعلية تشمل التكاليف الموجودة، لكن غير معروفة وغير مصنفة في مختلف خطوط التكاليف لأنظمة المعلومات كأجور العمال الإضافيين الخارجين عن المؤسسة في حالة غياب مجموعة من العمال. أما التكاليف الخفية غير المدمجة في التكاليف المرئية، فهي التكاليف المتعلقة بالوقت المدفوع الأجر، الذي لم يتم فيه أي إنتاج (غياب العامل، عيوب

¹ Joffere patrick, Simon Yves, Encyclopédie de gestion, édition Economica, paris, 1989, p604.

المدخل التكاليفي للجودة في المؤسسات الصحية

الجودة..) وتسمى هذه المجموعة من التكاليف بتكاليف الفرص الضائعة، والتي تترجم بفقدان الهامش على رقم الأعمال غير المحقق.

2- مكونات التكاليف الخفية:

تتجمع التكاليف الخفية في خمس مجموعات نعرضها في الجدول التالي:

الجدول (1.2): المؤشرات الاجتماعية-الاقتصادية والتكاليف المترتبة عنها.

عدم وجود منتجات		تكاليف إضافية			التكاليف الخفية	مؤشرات نقص النشاط
إجمالي التكاليف الخفية (1)+(2)+(3)+(4)+(5)	عدم توليد الطاقة (5)	عدم وجود إنتاج (4)	استهلاكات إضافية (3)	زمن إضافي (2)			أجور إضافية (1)
التكاليف الخفية المرتبطة بالتغيب.						التغيب
						حوادث العمل
						دوران العمل
						لا جودة المنتجات
						انحرافات الإنتاجية المباشرة
التكاليف الخفية الإجمالية					الأجور الإضافية الناتجة عن المؤشرات	الإجمالي
			تكاليف الفرص	التكاليف التاريخية		

Source: Martory.B, contrôle de gestion Sociale, édition vuibert, Paris, 1990, P319

3- طرق قياس التكاليف الخفية:

نرى ربما من المفيد قبل التعرض لطرق قياس التكاليف الخفية، أن نتناول أسباب عدم الاهتمام بحسابها.

والسؤال الذي يجب طرحه هو: لماذا لا تقوم المؤسسات عموماً بحساب التكاليف الخفية؟

يرى Henri Savall أن هناك سببين أساسيين هما: قلة أدوات القياس المناسبة، ووجود مقاومة (مواجهة) اجتماعية-تنظيمية¹.

أ- أدوات قياس غير مكيفة

غالبا لا تكون أنظمة المعلومات مهيأة لقياس الظواهر في المستويات الدقيقة للمؤسسة، ونقصد بذلك العامل (الفرد)؛ حيث أنها تتوقف في أحسن الحالات، على جمع المعلومات على مستوى الوحدات أو على مستوى مجموعة من الأفراد.

تقوم المحاسبة العامة بتقديم صورة عامة لنتائج المؤسسة مع التفرقة بين النواتج والأعباء حسب نوعيتها، فهي تتعامل مع البيانات في صورة مالية نقدية فقط، بينما المحاسبة التحليلية تجيب على الاستفسارين التاليين² :

• ما هي السلعة (الخدمة) أو مجموعة السلع (الخدمات) التي تساهم في تحسين النتائج: الزيادة في الأرباح مثلا أو تخفيض الخسائر في بعضها ؟

• ما هي المصالح أو مراكز العمل أو الأقسام التي تشتغل بصورة جيدة أو سيئة ؟

في حين يتطلب حساب التكاليف الخفية محاسبة تدعى محاسبة الأعوان³، والتي تتمثل في حساب التكاليف المرتبطة بالنشاط الإنتاجي للفرد مهما كانت الطبيعة والمركز.

ب- المواجهة الاجتماعية - التنظيمية

بما أن التكاليف الخفية موزعة، فهي تتعلق بالسلوكيات الوظيفية لكل المستويات الوظيفية (أعوان تنفيذ، أعوان تحكم، إطارات)، حيث يمكن ملاحظة في أغلب الأحيان نوعا من الاشتراك غير العمدي من طرف مختلف أقسام المؤسسة فيما يخص إبقاء التكاليف الخفية، فالسؤال الذي يطرح نفسه: لماذا نقوم بحساب التكاليف الخفية إذا كنا لا نبحث عن التحكم فيها؟ وهذه المقاومة أو المواجهة تجد سندها الواقعي في أن القرارات المتخذة يمكن أن تمس بمستقبل بعض المستويات الوظيفية، وذلك لأن تقييم التكاليف الخفية قد يكشف عن وجود نشاطات غير منتجة وطفيلية، الأمر الذي يؤدي إلى الاستغناء عنها.

4- طرق قياس التكاليف الخفية

بعد ذكر أسباب عدم الاهتمام بحساب التكاليف الخفية، نقوم باستعراض طرق قياس التكاليف الخفية كما يلي:

¹ Savall Henri, véronique Zardet, op. Cit. , p 10

² أوكيل محمد سعيد، فنيات المحاسبة التحليلية، الجزء الأول، دار الآفاق، الجزائر، 1991، ص ص 4-5

³ Joffere Partich, Simon Yves, OP. Cit, P 589

أ- استخدام معامل ثابت: يقوم هذا الأسلوب على أساس تحديد التكاليف الظاهرة للفشل الخارجي وضربها في معامل ثابت لتقدير التكاليف المخفية لضعف الجودة، حيث وجدت بعض المنشآت تأثيراً مضاعفاً بين تكاليف الفشل التي تم قياسها والتكاليف الحقيقية¹. وبالتالي: مجموع تكلفة الفشل الخارجي = المعامل الثابت × التكاليف المرئية والجدير بالإشارة أن تحديد المعامل الثابت يخضع إلى خبرة المؤسسات في هذا المجال، لذلك يعاب على هذا الأسلوب أنه أسلوباً تحكيمياً يعتمد على التقدير الشخصي.

ب- بحوث السوق: يستخدم فيها طرق منهجية في دراسة السوق لتقييم وتخمين تأثير الجودة الرديئة. ويمكن لاستقصاءات واستبيانات العملاء والمقابلات الشخصية مع أعضاء من مندوبي مبيعات الشركة أن تعطي دلائل ومؤشرات ذات أهمية في تحديد وتقدير التكاليف غير المرئية للجودة في الشركة. كما يمكن أن تستخدم نتائج هذه الطريقة في تسليط الضوء على خسائر الأرباح المتوقعة المنسوبة إلى الجودة الرديئة². بمعنى آخر ينصب هذا الأسلوب على تحديد أثر اللاجودة على الحصة السوقية للمؤسسة، وذلك من خلال قياس النقص المتوقع في المبيعات مستقبلاً، وحساب القيمة الحالية لقيم النقص في المبيعات.

ج- نموذج دالة الخسائر لـ "تاجوتشي" Taguchi: بينما يقوم المبدأ التقليدي، للحفاظ على جودة الإنتاج، بإبقاء المنتجات داخل حدود المواصفات. قدم "تاجوتشي" فكراً مختلفاً يؤدي إلى أن أي حيود عن الهدف يشكل خسارة أو فاقداً، وأن المنتج يجب أن يحقق الهدف وليس فقط البقاء داخل حدود المواصفات. ويمكن عرض مضمون هذا النموذج كما يلي³: تسمى هذه الطريقة أيضاً بدالة "تاجوتشي"، حيث أن أساس هذه الطريقة هو منحى التوزيع الطبيعي، والذي على أساسه يتم تقسيم المنتجات الخاضعة لفحص الجودة إلى خمسة من المستويات (غير مقبول، ضعيف، وسط، جيد، أفضل) والتي بموجبها يتم تصنيف وتبويب السلع والبضائع أو الخدمات بالنسبة للمستهلك من حيث الجودة، ويلاحظ في الشكل (3.2) أن المستوى الأفضل يقع في قمة المنحنى، بينما غير المقبول يقع في الطرف الأيمن والأيسر، كما أن الشكل يقسم إلى جزئين الأول يوضح تدرج مستويات خسارة الجودة والثاني يوضح توزيع خصائص المنتجات.

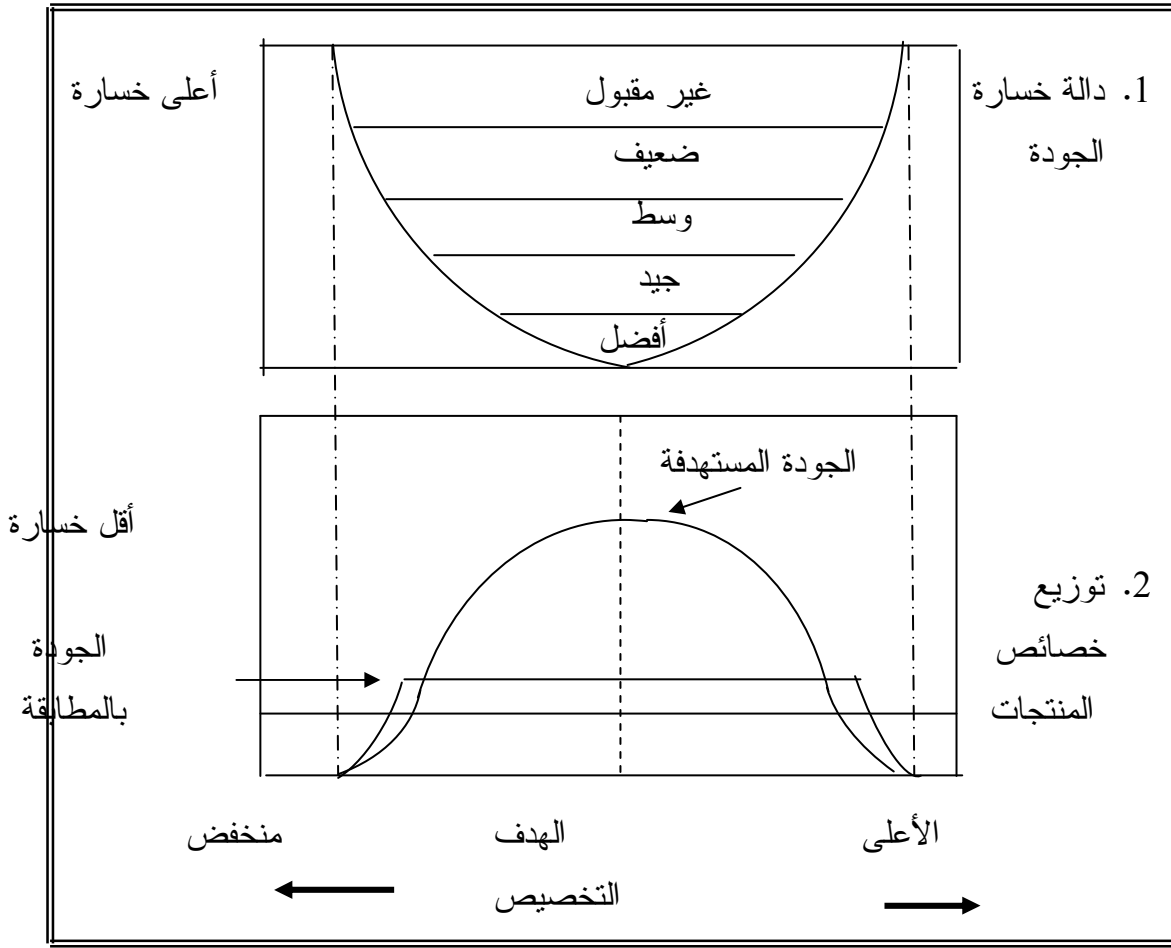
والشكل التالي يبين دالة "تاجوتشي" أو دالة الخسارة.

¹ مصطفى راشد العبادي، مرجع سابق، ص 404.

² عوض سالم الحري، مرجع سابق.

³ مؤيد عبد الحسين الفضل، يوسف حجيم الطائي، مرجع سابق، ص 179-180.

الشكل (3.2) : دالة تاجوتشي



المصدر: مؤيد عبد الحسين الفضل، يوسف حجيم الطائي، مرجع سابق، ص 180

وتشتق دالة "تاجوتشي" من العلاقة بين القيمة الفعلية للعامل المراد قياس جودته في المنتج، ويرمز لها بالرمز (Y) وبين القيمة القياسية المحددة من قبل ويرمز لها بالرمز (T) كما يلي¹:

$$L(Y) = K(Y-T)^2$$

حيث أن:

$L(Y)$ = دالة الخسائر المترتبة على انخفاض الجودة بقيمة فعلية Y.

K = المعامل الفني الثابت المرتبط بطبيعة العملية الإنتاجية.

وقبل تطبيق هذه المعادلة يجب حساب قيمة هذا المعامل من خلال المعادلة التالية:

$$K = \frac{C}{D^2}$$

¹ محمد نشأت فؤاد محمد، مرجع سابق، ص 10-11.

حيث:

$C =$ الخسائر الناتجة بسبب عدم مطابقة المنتج للمواصفات.

$D =$ الفرق بين الحد الأعلى أو الحد الأدنى والقيمة القياسية للمواصفات.

وخليق بالذكر أن النجاح في تطبيق هذه المعادلات على الدقة في تحديد قيمة (C)، وهي الخسائر المترتبة على عدم المطابقة.

وقد أورد "محمد نشأت فؤاد محمد" أهمية استخدام دالة خسائر الجودة في النفاط التالية:

- إعطاء مؤشرات عن سلوك التكاليف المستترة للجودة وتقدير قيمتها بما يسمح بالتعرف على قيمة هذه التكاليف والتي غالبا ما تمثل الجانب الأكبر من تكاليف الجودة مما يشجع الإدارة على محاولة بدل الجهد لتخفيض هذه التكاليف وتقليل الانحرافات في العملية الإنتاجية كوسيلة فعالة لتحسين كل من الجودة والربحية .

- تقويم المقترحات الاستثمارية: من بين أساليب تخفيض التكاليف المستترة للجودة تطوير الاستثمارات؛ حيث يجب الاستفادة من تقدير التكاليف المستترة للجودة حتى يتسنى إدخال النقدية الممكن توافرها بسبب تحسين مستوى الجودة عند إعداد قوائم التدفقات النقدية كوسيلة من وسائل تقويم هذه المقترحات، لأن إهمال هذه التكاليف قد يعطي نتائج مضللة أو خاطئة مما يترتب عليه رفض تلك المقترحات.

- المساهمة في قياس وتقويم الأداء الفعلي: فعندما يستطيع المديرون تخفيض الانحرافات في العمليات الإنتاجية، فإن التكاليف المترتبة على هذه الانحرافات سوف تتخفض بدورها هي الأخرى، لذا فإن استخدام دالة خسائر الجودة تمثل أداة هامة من أدوات قياس وتقويم الأداء الفعلي.

- تقويم مدى التقدم في اتجاه تحقيق أهداف الجودة: من بين أهداف المنشأة التأكيد على تحقيق أهداف الجودة، لهذا فالإدارة بحاجة لطرق لقياس مدى التقدم تجاه تحقيق هذه الأهداف. وتمثل دالة خسائر الجودة أحد هذه الطرق لأن تخفيض حالة عدم الرضا لدى العملاء تتحقق بارتفاع مستوى الجودة وانخفاض التكاليف، وذلك عندما تكون المنتجات داخل نطاق المواصفات القياسية المحددة، وهذا ما يمكن قياسه ولتأكد منه باستخدام دالة خسائر الجودة.

د- نموذج "هنري سفال" و "فرونك زاردات" **Henri Savall et Véronique Zardet**:

يرى هنري سافل وزميله أن الآثار الاقتصادية لسوء النشاط تتطلب منهجية تضم ثلاثة مراحل هي¹:

— تحديد طبيعة نقص النشاط وتكراره.

— تحديد نمط ضبط نقص النشاط، أي الكيفية التي تنتظم بها الوحدة لامتناس الآثار الأنيبة لنقص النشاط.

¹ Savall Henri, Véronique Zardet, Le nouveau contrôle de gestion, édition Eyrolles, Paris, 1992, P70.

— حساب تكلفة عمليات ضبط نقص النشاط، ثم التكلفة الإجمالية حسب تكرار نقص النشاط.

فهناك طريقة عملية لتقييم التكاليف الخفية، طبقت في العديد من المؤسسات، تدعى طريقة SOF. وتتضمن ثلاثة مراحل للتشخيص والتحليل هي: تحليل اجتماعي (S)، تحليل تنظيمي (O)، وتحليل مالي (F)، والتي نوجزها فيما يلي 1 :

- التحليل الاجتماعي: يتمثل في إجراء حوار مع أعوان التنفيذ، أعوان التحكم، والإطارات، مع فحص السجلات التي تحتوي على معلومات تخص: التغيب، حوادث العمل، دوران العمل وملاحظة الظواهر مباشرة في مكان العمل، بغية التأكد من دقة المعلومات المستخرجة من السجلات.

ويسمح التحليل الاجتماعي بتقسيم الظواهر من أجل تعميق الفهم والمعرفة، فنقوم على سبيل المثال بتقسيم الغيابات إلى غيابات مرخصة وغير مرخصة، أو تقسيم الذهاب إلى إرادي وذهاب غير إرادي.

- التحليل التنظيمي: يتضمن إجراء جرد لجميع الآثار التي تحدثها الاختلالات ودراستها عبر الزمن وحسب الأماكن، فوضع مخططات الضبط تسبق تقييم الأزمنة وكميات الإستهلاكات المادية لعملية الضبط - التحليل المالي: يتضمن التحليل المالي البحث عن أسعار، وعناصر التكلفة، التقييم - بالوحدات النقدية - كميات الوقت، الحوادث، المنتجات المستهلكة من طرف عمليات ضبط الاختلالات. ويتم التحليل المالي بالاعتماد على التكاليف التاريخية (التحليل الساكن)، أو على تكاليف الفرص والخطر (التحليل الحركي).

المطلب الثاني: مشكلات القياس التكاليفي للخدمات الصحية.

يستلزم إخضاع تكاليف الخدمات الصحية لمنهج موضوعي في القياس، ووضع إطار علمي يحكم ويضم الجوانب المختلفة لتحليل وقياس تلك التكلفة. وفي هذا المطلب ببيان صعوبات أو مشكلات القياس التكاليفي للخدمات الصحية.

فالإنتاج من مختلف أشكال الرعاية الصحية يتمثل في وحدات خدمية غير ملموسة، ومن تم فهو يختلف في ذلك عن غيره من إنتاج المؤسسات الأخرى ذات الإنتاج المادي الملموس. إلا أن ذلك الاختلاف في طبيعة أشكال الرعاية الصحية المقدمة لا يمنع من أن الخدمات الصحية المنتجة

تتشابه في النهاية مع غيرها من منتجات المؤسسات الصناعية الأخرى من ثلاثة جوانب وهي:

- من حيث درجة الإتمام: ينقسم الإنتاج من الخدمات الصحية من حيث درجة إتمامه إلى ثلاثة أنواع من الخدمات الصحية: خدمات صحية لم يبدأ تقديمها بعد، وتتمثل في المرضى الذين لم يبدأ علاجهم بعد ولا زالوا في مرحلة التشخيص لتحديد طبيعة المرض ونوعية العلاج المطلوب، وخدمات صحية تحت التشغيل، تتمثل في المرضى الذين تم تشخيص أمراضهم وبدأ علاجهم ولا زالوا تحت العلاج

¹ Savall Henri, reconstruire l'entreprise, édition Dunod, paris, 1979, p 69

ولم يتم شفائهم بعد. وخدمات صحية تامة، تتمثل في المرضى الذين تمت مختلف مراحل علاجهم وأنعم المولى عليهم بالشفاء بشكل يمكنهم من ممارسة حياتهم المعتادة.

- من حيث مستوى الجودة: فالإنتاج السليم من الرعاية الصحية يتمثل في المرضى الذين تمت كافة مراحل علاجهم بنجاح دون أن يشوب أي مرحلة من تلك المراحل العلاجية أية أخطاء سواء جوهرية أو ثانوية . أما الإنتاج المعيب من الرعاية الصحية فيتمثل في المرضى الذين شاب علاجهم في مرحلة من المراحل نوعاً من الخطأ أو القصور غير الجوهري والقابل للإصلاح. ومن ثم فإن إصلاح ذلك الخطأ يتطلب من هؤلاء المرضى إعادة الكشف أو التحليل أو التشخيص لتحديد موضع القصور وإعادة العلاج بالشكل المناسب بتكلفة إضافية. بينما يتمثل الإنتاج التالف من الخدمات الصحية في المرضى الذين فقدوا حياتهم نتيجة لأخطاء جوهرية غير قابلة للإصلاح في مراحل العلاج المختلفة من تشخيص أو جراحة أو تمريض.

- من حيث عناصر تكاليف الخدمات الصحية: لا يختلف الحال في المستشفيات عن المؤسسات الصناعية من حيث نوعية عناصر التكاليف الداخلة في الإنتاج. فالمواد تشمل كل ما يلزم لتقديم الخدمة الصحية للمريض سواء كانت هذه المواد طبية أو غير طبية. وتشمل الأجور كل ما يتحمله المستشفى في سبيل الحصول على الجهد الإنساني، سواء كان هذا الجهد من قبل الطاقم الطبي أو شبه الطبي أو الإداريين.

تأسيساً على ما تقدم، يمكن القول أن مفاهيم وأسس محاسبة التكاليف المطبقة في المجال الصناعي باستطاعتنا تطبيقها على المستشفيات من حيث المبدأ. إلا أن التطبيق العملي لتلك المفاهيم عادة ما يصطدم بعدة مشكلات تخلق العديد من الصعوبات وتحد كثيراً من إمكانيات القياس الموضوعي الدقيق لتكلفة الخدمات الصحية.

وقد أورد "محمد نبيل علام" مشكلات القياس التكاليفي في القطاع الصحي فيما يلي¹ :

1- عدم وجود نظم تكاليف فعلية أو محددة مقدماً: المستشفيات العامة هي وحدات حكومية غير هادفة للربح تطبق أنظمة وقواعد المحاسبة الحكومية. وبالتالي ففي الغالبية العظمى من الأحوال لا يوجد بالمستشفيات العامة نظم تكاليف فعلية لقياس التكلفة الفعلية للخدمات الصحية المؤداة، أو نظم تكاليف محددة مقدماً للرقابة على عناصر تكاليف تلك الخدمات الصحية بهدف تحقيق الاستخدام الأمثل لها. وإنما تعتمد تلك الجهات على سجلات المحاسبة المالية (سجل الأجور- سجل المستلزمات- سجل المصروفات) لحصر إجمالي الإنفاق على الخدمات الصحية في نهاية كل فترة

¹ محمد نبيل علام، إطار مقترح لقياس وترشيد تكاليف خدمات الرعاية الصحية في قطاع المستشفيات، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، جامعة عين شمس، كلية التجارة، جمهورية مصر العربية، ملحق العدد الثاني، 1995، ص 1751-

زمنية بهدف التحقق من أن الإنفاق يتم في حدود وأغراض الاعتماد المخصصة ووفقا للتعليمات المالية الصادرة من الجهات المختصة.

2- عدم وجود نظم معلومات متكاملة: يفتقر القطاع الصحي الحكومي لنظم معلومات متكاملة توفر كافة البيانات المالية والإحصائية اللازمة لأغراض القياس التكاليفي وحساب معدلات التحميل المناسبة وتوزيع عناصر التكاليف المشتركة واختيار أسس التوزيع الملائمة وتحديد الطاقات المستغلة والمتوقعة والتنبؤ بالتقلبات المتوقعة وتغيرات الطلب، وما شابه ذلك من بيانات ومعلومات لازمة لأغراض القياس والرقابة التكاليفية واتخاذ القرارات .

3- عدم ملائمة الأساس المحاسبي المستخدم: المستشفيات العامة كوحدات حكومية ملزمة باتباع الأساس النقدي في المحاسبة عن إيراداتها ومصروفاتها، ولهذا فإن النظم المحاسبية المستخدمة بالقطاع الصحي الحكومي تعنى بإثبات العمليات المالية التي تحدث بمراكز النشاط المختلفة في الدفاتر والسجلات المختصة من واقع المستندات المؤيدة لها، بهدف تليخيص وتبويب تلك العمليات وإعداد التقارير اللازمة لمتابعة نتائج تنفيذ الموازنة. فأساس الاستحقاق لا يطبق في هذا القطاع إلا فيما يتعلق بالعمليات الخاصة بالمشروعات الاستثمارية، وذلك فيما يتم توريده أو انجازه منها سواء كان السداد مصاحبا للتوريد أو في وقت سابق أو لاحق عليه. بناء عليه فإنه من الممكن إثبات عمليات مالية في دفاتر وسجلات المستشفى في حين أن هذه العمليات المالية لا ترتبط بتكلفة الخدمة الصحية ولا تخص الفترة محل التسجيل، كدفع مبالغ كأجور مستحقة تخص سنوات سابقة. ومن الممكن أيضا عدم إثبات عناصر مالية ترتبط بتكلفة الخدمة الصحية عن الفترة، كاستخدامات تم الاستفادة منها خلال الفترة المالية الحالية إلا أن واقعة الدفع النقدي للمبالغ المستحقة لم تتم خلال نفس الفترة المالية. وفي ظل هذا الأساس المحاسبي السابق تصبح البيانات المتوفرة بسجلات تلك المستشفيات العامة بيانات محدودة - أو حتى عديمة - الجدوى لأغراض القياس التكاليفي.

4- عدم ملائمة المستندات والسجلات المستخدمة: إن مستندات وسجلات القطاع الصحي الحكومي ليست مصممة لخدمة عملية الرقابة على كيفية أداء الخدمة الصحية بالمستشفى أو خدمة مستويات التخطيط المختلفة. وبالتالي، فإن البيانات التي يولدها النظام المحاسبي الحكومي المطبق بالمستشفيات لا تخدم أو تسهم في عملية الرقابة على أعمال هذه الوحدات من منظور تكاليفي، فالمستندات والسجلات المستخدمة والبيانات التي يوفرها النظام قد تم تصميمها لغرض آخر أساسي هو الرقابة على الموارد المقدرة بالموازنة، والتحقق من أن الإنفاق يتم في حدود الاعتمادات المحددة بالموازنة وضمان الرقابة قبل الصرف والتأكد من مراعاة أسس الضبط الداخلي.

5- تنوع واختلاف الخدمات الطبية المقدمة : إن إنتاج المستشفى من كل خدمة من الخدمات الطبية على حده ليس إنتاج نمطي له نفس الخصائص والمواصفات ولا يمر بنفس المراحل العلاجية

بالنسبة لكل الحالات، وإنما يتنوع ويختلف هذا الإنتاج باختلاف الشخص المستفيد من الخدمة من حيث جنس المريض وعمره وحالته الصحية وخطورة المرض والمرحلة التي وصل لها وما إلى ذلك من أمور تختلف من حالة لأخرى. بل أكثر من ذلك، فإن الأبعاد الإنسانية والاجتماعية والنفسية التي تحكم العلاقة بين الطبيب والمريض هي من الاعتبارات الهامة ذات التأثير المباشر على اختلاف مراحل الإنتاج من الخدمة الطبية المقدمة. وتولد كل تلك الاختلافات في النهاية صعوبات تكاليفية في عملية القياس.

6- أنه في كثير من الحالات لا يمكن للمستشفى تأجيل تقديم الخدمة لوقت لاحق أو الاعتذار عن تقديمها بسبب زيادة غير متوقعة في حجم الطلب أو أحداث فجائية. فالأصل أن يقوم المستشفى العام بتقديم الخدمة الطبية لطالبا حتى ولو اضطر لتقديمها بتكلفة غير اقتصادية. إذا يحمل مثل هذا الاعتذار أو التأجيل و- لو حتى لمجرد ساعات محدودة - في طياته مخاطر كبيرة قد تصل إلى حد أن يفقد طالب الخدمة حياته كما هو الحال بالنسبة لحالات الوضع والأزمات القلبية وأزمات الربو والتهابات الزائدة الدودية وغيوبة مرضى السكر وحالات الفشل الكلوي وما شابه ذلك من حالات تحتم تقديم الخدمات الطبية اللازمة لأصحابها دون إبطاء أو تأجيل دون النظر لاعتبارات التكلفة.

المطلب الثالث: تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية

يتطلب تبني منهجية الجودة ضرورة التحكم في تكاليف الجودة، والتي تقسم إلى ثلاثة أقسام رئيسية هي :

1- تكاليف الوقاية من عيوب جودة العلاج: ويتعلق الأمر خاصة بتكاليف كل نشاط أو تدخل يهدف إلى تحسين جودة العلاج (تكوين العمال، نشاط فرق الجودة، منهجية العلاج، نشر توصيات الممارسة العيادية أو البروتوكول، شراء العتاد والتجهيزات المخصصة للوقاية من عيوب جودة العلاج¹).

والجدير بالذكر أن خصوصية المؤسسات الصحية هي أن المريض يتلقى الخدمة في الوقت الحقيقي، وبالتالي هذه الخدمة لم تراقب قبل التوزيع ويستقبلها المستهلك كما أنتجت. الأمر الذي يجعل مراقبة الجودة تركز أكثر على الوقاية منه على تصحيح الأخطاء.

2- تكاليف التقويم: تشمل هذه التكاليف الوقت والتكاليف التي تتحملها الوحدة في عملية تحديد مدى المطابقة /الموافقة بين أداء العاملين والمستوى المعياري المتفق عليه أو الواضح للرعاية/

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

الخدمة، والمراجعة الإدارية والسريرية، والتفتيش اليومي الظاهر) على سبيل المثال بواسطة ممرضة الجناح، أو بعض العاملين) واختبار الأجهزة¹.

3- تكلفة الفشل والأعمال الخاطئة والمعيبة : يمكن تقسيم تكلفة الأعمال الخاطئة إلى نوعين هما²:

- أ- تكلفة الخطأ الداخلي: وتشمل تكلفة تصحيح الخدمات الخاطئة قبل وصولها إلى المرضى أثناء عمليات تقديم الخدمة وتمثل تكلفة الخطأ الداخلي التكلفة التي يمكن تجنبها وتشمل :
- الضياع بكل أنواعه:مثل طلب اختبارات أو تحاليل أو أشعة غير ضرورية لحالة المريض.
 - فحص الاختبارات الخاطئة .
 - إعادة تأدية الأنشطة غير الضرورية .
 - وقت الأعطال والوقت الضائع بكافة أنواعه .
 - إعادة الفحص والتصحيح.
- ب- تكلفة الخطأ الخارجي: تحدد بعد تقديم الخدمات الخاطئة إلى المرضى، وهي تكتشف بواسطة المرضى، و تشمل تكلفة تصحيح الأخطاء أو تخفيض الشعور السلبي لمنع انخفاض المنافع في المستقبل، وتتضمن:
- تكلفة الاستجابة لشكاوى المرضى .
 - تكلفة فقد العملاء .
 - التكلفة المترتبة على مخاطر سوء التصرف:مثل إجراء عملية جراحية خاطئة للمريض وتعرضه بعد ذلك للنزيف أو الغيبوبة.
- وانطلاقاً مما سبق تمثل تكلفة الوقاية والنقويم تكلفة الاستثمار في الجودة، بينما تكلفة الفشل أو الإخفاق تشكل تكلفة اللاجودة Le coût de la Non-qualité والتي تعتبر عامل خطر يصيب ثلاثة مستويات هي³:

¹ هيوكوش، ترجمة بن عايد الأحمدى، ادارة الجودة الشاملة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمن استمرار الالتزام بها، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2002، ص 223.

² ماجدة محمد عبد الحميد جبريل، إطار مقترح لتطبيق إدارة الجودة الكلية على مستشفيات مشروع ضمان الجودة، رسالة مقدمة لكلية التجارة جامعة عين شمس للحصول على درجة دكتور الفلسفة في إدارة الأعمال، جمهورية مصر العربية، 2000، ص 157.

³ Suzanne.Charvet-Protat,Agnés Jarlier,Nathalie Préaubert, Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital, Agence Nationale D'accréditation et D'évaluation en Santé (ANAES), service évaluation économique.

[http://www.anaes.FR/anaes/publications.MSF/NPDFFile/RA-LTLF-3YBL5S/\\$File/cout.PDF](http://www.anaes.FR/anaes/publications.MSF/NPDFFile/RA-LTLF-3YBL5S/$File/cout.PDF)

- خطر أمن المريض : فالمستشفى لا يجب أن يكون مكان خطير نتيجة لوجود مناطق اللاجودة في سلسلة الإنتاج.
 - خطر على المؤسسة : ويتمثل في مستويين:
 - . خطر اقتصادي: حيث أن تخفيض عدد الأسرة يجعل السلطات الوصية أن تقوم بالاختيار بين المؤسسات الصحية. ويمكن لمواصفات الجودة أن تأخذ بعين الاعتبار للحصول على ترخيص لتحديد الأسرة.
 - . خطر تجاري بالنسبة للمؤسسات الخاصة: هذه المؤسسات هدفها الربح مع احترام طلب الزبائن. فخدمات الإقامة، الاستقبال وجودة العلاج تعتبر عناصر مهمة. ويمكن لأي تغيير في الطلب أن ينتج عنه ضياع الثقة من طرف المرضى مصحوبا بتشوه الذهنية للمؤسسة الصحية.
 - خطر اجتماعي: بالنسبة لمريض لم يتلق العلاج بشكل جيد، ينتج عن ذلك توقعات متعددة عن العمل.
- ويمكن أن نضيف إلى التوقعات عن العمل، تكاليف أخرى متمثلة في أن أفراد أسرة المريض سوف يخصصون وقتا وموارد لرعايته، وبالتالي فإن هؤلاء الأفراد قد يفقدون دخولا كان من الممكن الحصول عليها.
- إلى جانب ذلك قد يعاني أصحاب العمل الذين تعاني عمالتهم من سوء الصحة من انخفاض الإنتاجية. ونشير إلى أن تكلفة اللاجودة تحتوي على تكاليف مباشرة، ممثلة في النفقة الضرورية لإصلاح الأخطاء، وتكاليف خفية الناتجة غالبا من انخفاض روح الجماعة بين أفراد المؤسسة الاستشفائية أو من عدم رضا المريض.
- وتضيف الوكالة الوطنية للاعتماد والتقويم في مجال الصحة عيوب جودة العلاج أو اللاجودة فيما يلي¹:
- سوء استعمال الموارد (نقص العلاج)، والمرتبط بعدم توزيع العلاج؛ والذي كان قد سيؤدي إلى نتيجة ايجابية (مفضلة) للمريض. ويتعلق الأمر مثلا بعدم علاج المرضى الذين لديهم آلام، تأخر انطلاق العلاج قبل الولادة خلال الحمل.
 - الإفراط في استعمال الموارد، والمرتبط بتوزيع علاج أين أثاره السلبية تفوق آثاره الايجابية الممكنة. ويتعلق الأمر مثلا بتوصيف مضاد حيوي عند الإصابة بالتهاب فيروسي أو استشفاء غير مناسب.

¹ Agence nationale D'accréditation et Dévaluation en Santé (ANAES), les coûts de la qualité et de la Non-qualité des soins dans les établissements de la Santé:etats des lieux et Propositions, juillet 2004.

- عيوب استعمال علاج ملائم (الاستعمال المفرط أو سوء استعمال الموارد): ينتج عنه حادث غير مرغوب قابل للتجنب.
ويعرف الحادث غير المرغوب بأنه حادث عيادي أو شبه عيادي غير مرغوب من طرف المريض، ومرتبط بالعلاج (التشخيص، المعالجة والمراقبة).
وعلى ذكر الأحداث غير المرغوبة، تمثل الالتهابات المكتسبة في المستشفى مؤشر من مؤشرات الجودة، وهذا ما سنحاول التطرق إليه في المبحث الموالي.

المبحث الثالث: الالتهابات المكتسبة في المستشفيات كمؤشر للجودة

تعتبر الإصابة بالالتهابات المكتسبة في المستشفيات مشكلة تعاني منها المؤسسات الصحية، وتتم الإصابة بها أثناء القيام بأنشطة الرعاية الصحية أو ما يرتبط بها. ويترتب عنها إهدار لموارد الرعاية الصحية وزيادة التكلفة.
وجاء هذا المبحث في ثلاثة مطالب، نتناول في المطلب الأول تعريف الالتهابات المكتسبة وطرق انتقالها، وخصائص مختلف أنواعها. أما المطلب الثاني فخصص للتقييم الاقتصادي لهذه الالتهابات، وأخيرا كفاءات الوقاية منها والتكاليف الناتجة عن ذلك .

المطلب الأول: طرق انتقال الالتهابات المكتسبة في المستشفى وخصائصها.

قبل التطرق لطرق انتقال الالتهابات المكتسبة في المستشفى وخصائصها، سوف نتناول تعريفها كما يلي:
تعرف الالتهابات المكتسبة في المستشفى بأنها " التهابات يصاب بها الفرد في منشأة علاجية والتي لم توجد عند دخوله"¹.
وعرفت الالتهابات المكتسبة في المستشفى كذلك بأنها " التهابات اكتسبها المريض في منشأة علاجية بعد دخوله إما للاستشفاء أو تلقي علاجات إسعافية"².
وبالتالي فالالتهابات المكتسبة في المستشفى هي التهابات تصيب الفرد عند اتصاله بالمؤسسة الصحية، وتظهر دائما أعراض العدوى بعد 48 ساعة على الأقل من الدخول إلى المستشفى.
ومن أجل قياس الالتهابات المكتسبة في المستشفى هناك نوعين من التحقيقات: تحقيقات الاستكشاف prevalence وتحقيقات الأثر incidence، والتي تعطي معدلات الاستكشاف ومعدلات الأثر.

¹ Durrieu .Dée Bolt, Les infections nosocomiales.
<http://sos-net.eu.org/médical/nosoc.htm>.

² Benmami .S,Benhabyles.B, infections nosocomiales définition- épidémiologie,service d'épidémiologie et de médecine préventive, CHU Mustapha.

ويمكن عرض هذين النوعين من التحقيق كما يلي¹:

- في حالة تحقيق الاستكشاف يتم فحص المرضى الذين تم استشفائهم (أو ملفاتهم) في زمن معين، وبالتالي فمعدلات الاستكشاف تعكس الوضعية في المستشفى، في مصلحة استشفائية، في منطقة أو بلد في زمن معين، وتعطي بيانات آنية حول الوضعية.
- تحقيقات الأثر : تدرس ظهور حالات جديدة للالتهابات خلال فترة محددة. ويمكن أن نقوم بها بشكل رجعي، انطلاقاً من ملفات المرضى بمجرد خروجهم من المستشفى، أو بتتبع المرضى منذ دخولهم.
- والجدير بالإشارة أن طريقة جمع المعلومات، اختيار العينة، ومدة التحقيق تؤثر بشكل معتبر على المعدلات المحصلة.

1- طرق انتقال الالتهابات المكتسبة في المستشفى

هناك مصدران يتم من خلالهما انتقال الأمراض بالمستشفيات أو المنشآت الصحية وهما²:

- مصدر الالتهاب داخلي المنشأ (عدوى ذاتية Auto-infection): يوجد مسبب الالتهاب داخل المريض وقت دخوله المستشفى.
- مصدر الالتهاب خارجي المنشأ (عدوى مزدوجة) تكون العدوى عادة غير مباشرة، عن طريق ملامسة أيدي العاملين أو الأجهزة غير المعقمة.
- وتعد المصادر الخارجية الأكثر شيوعاً في التسبب في العدوى وتصل إلى المريض عبر المرضى المخالطين أو من البيئة المحيطة أو عن طريق التعرض المباشر للأدوات الطبية الملوثة بالميكروبات أو غير المطهرة أو المعقمة بالشكل الصحيح، ويلعب العاملون في القطاع الصحي من أطباء وممرضين أو فنيين الدور الأساسي في انتقال هذا النوع من العدوى³.

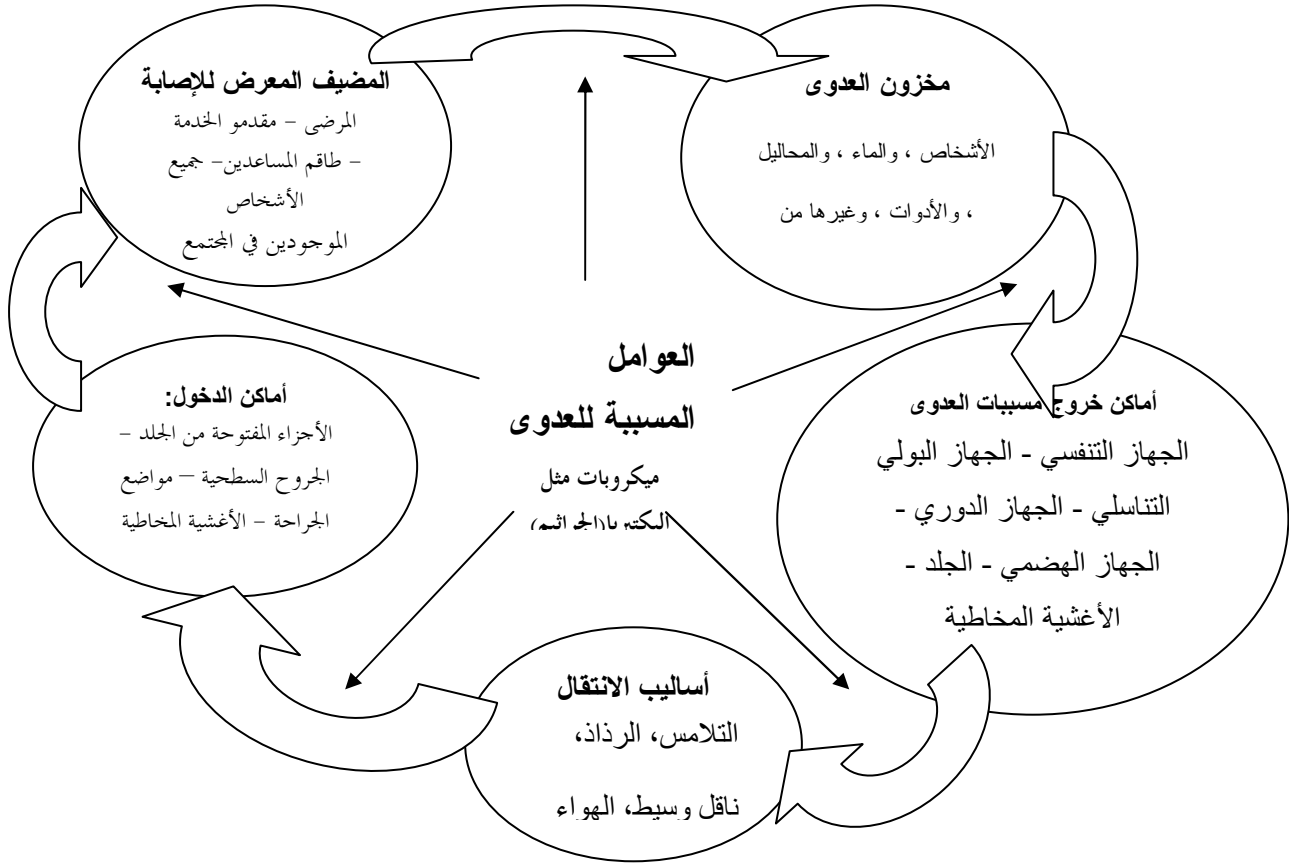
ويمكن عرض أو تصوير دورة انتقال المرض في الشكل التالي:

¹ Anne –Marie worning ,stratégie de réduction des infections nosocomiales un modèle pour le développement de la qualité, Etudes de politique de santé N°4 , La santé : qualité et choix, organisation de coopération et de développement économique ,paris ,1994,P12.

² Epidemilogie des infections nosocomiales ,séminaire atelier de formation en hygiène hospitalière ,Sidi Fredj 27-29 mars2005.

³ عبد الحفيظ خوجة ،عدوى المستشفيات ومشاكلها.

شكل رقم (4.2): دورة انتقال (سرّاية) المرض



المصدر: أهمية مكافحة العدوى في المنشآت الصحية

[http://www.drguide.mohp.gov.eg/newsite/E-learning/infection control/arpart/01 importance of infection.doc](http://www.drguide.mohp.gov.eg/newsite/E-learning/infection%20control/arpart/01%20importance%20of%20infection.doc)

2- خصائص مختلف أنواع الالتهابات المكتسبة في المستشفى

من الممكن أن تنتقل جميع أنواع الالتهابات (العدوى) المكتسبة في المستشفى بين المرضى، إلا أن الأنواع الأساسية والأكثر ظهوراً هي التهابات الجهاز التنفسي، تسبب الدم، التهابات الجروح الموضعية أو جروح العمليات .

ويمكن عرض هذه الأنواع من الالتهابات كما يلي¹ :

أ- التهابات المسالك البولية : تتعلق التهابات المسالك البولية بشكل كبير بالاستغلال الأديوي instrumental للمسالك البولية، والإجراء الأكثر إتباعاً هو الحُجّ المثاني sondes vésicales وهناك عوامل أخرى عديدة تؤثر في ظهورها مثل التشخيص الأولي، سن المريض، الأمراض غير الظاهرة، العمليات الجراحية، مدة العملية وخطورة الالتهاب.

¹ Anne- Marie worning , op.cit ,P15

هذه الالتهابات في غالب الأحيان ليست خطيرة، ولا تمتد فترة الاستشفاء بشكل محسوس، ويمكن معالجتها باستعمال مضادات حيوية.

ب- **التهابات الجروح الموضعية** : ينتج عن هذا النوع من الالتهابات معدلات وفاة ومراضة كبيرة. وفي حالة كونها سطحية ستؤخر فقط مدة تعافي المريض وأثر الجرح. وتنتج حرج ماديًا ونفسيًا للمريض. وتتبع بمعدلات وفاة كبيرة. ومثال ذلك جراحة الأوعية، وجراحة تقويم اعوجاج الأعضاء.

ج- **التهابات المجاري التنفسية**: يرجع تزايد معدلات الوفاة الناتجة عن هذا النوع من الالتهابات، كون هذه الأخيرة تقاوم المضادات الحيوية العادية. وينشأ هذا النوع في وحدات العلاج الكبيرة، أين المرضى يسعفون بمساعدة تنفسية .

د- **التهابات الدم** : تثير هذه الالتهابات عادة صدمة تعفنية un choc septique تؤدي إلى الوفاة.

وتعتبر النظافة الصارمة وتخصص فرق تركيب القسطرة الوريدية عاملان مهمان لتخفيض تسمم الدم. ويمكن عرض المعايير المبسطة لترصد الأمراض المرتبطة بالخدمات الصحية في الجدول التالي:

الجدول (2.2) : المعايير المبسطة لترصد الأمراض المرتبطة بخدمات الرعاية الصحية

معايير مبسطة	عدوى المستشفيات
وجود أي إفراز قيحي (صديدي)، أو خراج، أو انتشار الالتهاب الخلوي في مكان القطع الجراحي خلال شهر من الإجراء الجراحي.	عدوى المواضع الجراحية
نتيجة ايجابية لمزرعة البول (نوع أو نوعين من مسببات المرض) على الأقل 10 بكتيريا لكل ملل في وجود أو في عدم وجود أعراض سريرية (إكلينيكية)	عدوى الجهاز البولي
وجود أعراض مرضية في الجهاز التنفسي مع وجود علامتين على الأقل من العلامات المرضية التالية خلال فترة الوجود بالمستشفى: سعال، بلغم قيحي (صديدي)، ظهور ارتشاحات جديدة في أشعة الصدر متوافقة مع العدوى	عدوى الجهاز التنفسي
التهاب الغدد الليمفاوية، أو وجود مفرزات قيحية (صديدية) في مكان القسطرة	العدوى المرتبطة بالقسطرة الوريدية الطرفية (باليدين والرجلين)
حمى أو رعشة مع وجود مزرعة دم ايجابية واحدة على الأقل .	تجرثم الدم (وجود الجراثيم بالدم)

المصدر: المهام الوظيفية لبرنامج مكافحة العدوى داخل المنشآت الصحية

[http:// www.drguide.mohp.gov.eg/newsite/e-learning/infection control/infectionlarp1.asp](http://www.drguide.mohp.gov.eg/newsite/e-learning/infection control/infectionlarp1.asp)

المطلب الثاني: التقييم الاقتصادي للالتهابات المكتسبة في المستشفى

قبل تناول التقييم الاقتصادي للالتهابات المكتسبة في المستشفى، يمكن عرض بعض الأرقام المسجلة عن الالتهابات المكتسبة في المستشفى في الجزائر وفي مجموعة من دول العالم كما يلي:

❖ في الجزائر : بين تحقيق ابتدائي حول الالتهابات المكتسبة في المستشفى، والذي كان خلال سنة 2005 ، أن معدل الالتهابات قدر بـ 14% موزعة على الالتهابات التنفسية (30%)، التهابات الموقع الجراحي 25%، و 20% بالنسبة لالتهابات المسالك البولية.

وأكد نفس التحقيق أن 60% من هذه الالتهابات سببها الأيدي manuportées¹.

وفيما يلي عرض لبعض الأرقام عن معدل الالتهابات في أربعة مراكز استشفائية جامعية²:

- 1987 في المركز الإستشفائي الجامعي " حسين داي " : 16%

- 1991 في المركز الإستشفائي الجامعي " مصطفى باشا " : 16.2%

- 1992 في المركز الإستشفائي الجامعي " بني مسوس " : 15%

- 2000 في المركز الإستشفائي الجامعي " سيدي بلعباس " : 16%

في حين انتقل معدل الإصابة، على مستوى المركز الإستشفائي الجامعي بالبلدية، من 10% سنة 2001 إلى 2% سنة 2005³.

❖ في الولايات المتحدة الأمريكية: سنة 1993، أصيب 7% من المرضى الذين تم استشفائهم بالتهاب، وبالتالي لدينا 2 مليون مريض سنويا من بينهم 80000 حالة وفاة⁴.

❖ في المملكة المتحدة : قدر معدل الالتهابات بـ 5% سنة 1986⁵.

❖ في فرنسا:

ويمكن عرض المعطيات الفرنسية حول الالتهابات في الآتي:

- بلغ معدل الالتهابات المكتسبة في المستشفى سنة 1990، 7.4% عند إجراء التحقيق الوطني

¹ Beaucoup de volonté, peu de moyens IVème journée de lutte contre les infections nosocomiales au centre hospitalo-universitaire Tizi-Ouzou, La dépêche de Kabylie , N°1078, mardi 20 decembre2005.

² Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière; direction de la prévention, Plan d'action de prévention des infections nosocomiales 2005-2009.

³ Larbi Abid, ces chiffres qui donnent le tournis, Le guide de la médecine et de la santé en Algérie, 15 decembre2003.

[http:// www.santetropicale.com/SANTEMAG/algérie/ abid 0306.htm](http://www.santetropicale.com/SANTEMAG/algérie/ abid 0306.htm)

⁴ Incidence létalité et coûts des infections nosocomiales, Service d'épidémiologie et médecine prévention centre hospitalo-universitaire Bab- El-oued.

⁵ Anne –Marie Worning ,op.cit,P19

"المستشفى النظيف" و8.9% أثناء إجراء تحقيق في مستشفيات المساعدة العمومية بباريس¹.

. حسب التحقيق الوطني لسنة 1997، قدر معدل الاستكشاف بـ 6.7%².

. قدر معدل الالتهابات المكتسبة في المستشفى بـ 7.6% سنة 2001 و7.1% سنة 2004³.

. سنة 2001، من بين أكبر تحقيقات الاستكشاف التي كانت في فرنسا، والتي شملت 1533

منشأة، والذي يمثل 78% من الأسرة و305656 مريض من بينهم 21010 أصيبوا بالتهاب أو

عدة التهابات مكتسبة ويوم التحقيق كان معدل الاستكشاف 6.87%⁴.

❖ في النرويج : كان 76 مستشفى مدعو للمشاركة في أربعة تحقيقات خلال سنتي 2002 و2003،

وتراوح الاستكشاف الإجمالي للأربعة أنواع من الالتهابات من 5.1% إلى 5.4%. وتركزت الالتهابات

بشكل متكرر في الجهاز البولي 34%، متبوعة بالجهاز التنفسي 29%، التهابات الجروح الموضعية 28

% وتسمم الدم 8%⁵.

❖ في دراسة قامت بها منظمة الصحة العالمية على عدوى المستشفيات في 55 مستشفى بأربعة عشر

دولة من أربع مناطق في العالم (أوروبا، شرق البحر المتوسط، جنوب شرق آسيا، دول غرب المحيط

الهادي) وجد أن 8.7% من مرضى المستشفى يصابون بعدوى مكتسبة من المستشفى، وأن 1.4 مليون

شخص في العالم يعانون من مشاكل سببها الالتهابات المكتسبة في المستشفيات.

وأكبر المعدلات التي سجلت، كانت بمناطق شرق البحر المتوسط ودول جنوب شرق آسيا بنسب تصل

إلى 11.8% و10% على التوالي، ومعدل منخفض 7.7% و9% في الدول الأوروبية وغرب المحيط

الهادي على التوالي⁶.

¹ Dekkar.N, Brahimi .H , Makhlof.F, Bennacef .M ,Berranen .S ,Hammadi .A, Kedachi.R , Lonnas.S, Oussar.N,Touami.S , Yahia – Ouahmed.L, prevalence des infections nosocomiales au

centre hospitalo-universitaire de Bab El-Oued, avril, Alger,1996.

² Epidémiologie des infections, séminaire de formation en hygiène hospitalière, SIDI FREDJ,27-29 mars 2005.

³ Beaucoup de volonté peu de moyens IVème journée de lutte contre les infections nosocomiales au centre hospitalo-universitaire Tizi-Ouzou, La dépêche de Kabylie n°1078, mardi 20 decembre2005.

⁴ Ministre de la santé et de la protection sociale, Programme national de lutte contre les infections nosocomiale 2005-2008

http://www.santé.gouv.fr/hfm/actu/infect_nosoco181104/prog.pdf

⁵ Prévalence des infections nosocomiales dans les hôpitaux en norvege

<http://asso.objectif-sciences.com/prevalence-des-infection.html>.

⁶ الطاهر إبراهيم الثابت، محاور المحاضرات العلمية للندوة العالمية حول صحة وعدوى المستشفيات المنعقدة في

طرابلس 28/29-30/2002

يتضح مما سبق أن الالتهابات المكتسبة في المستشفى مشكلة يعاني منها الكثيرون في جميع أنحاء العالم؛ لذلك وجب تقييمها اقتصاديا.

تقسم التكاليف المرتبطة بالالتهابات المكتسبة في المستشفى إلى نوعين أساسيين هما: تكاليف مباشرة وتكاليف غير مباشرة¹.

- التكاليف المباشرة: وتتمثل فيما يلي:

. الخسائر المترتبة عن الأمراض المهنية؛

. الخسائر الناتجة عن غلق المصالح؛

. نفقات الاستثمار من أجل مواجهة وضعيات مستعجلة.

- التكاليف غير المباشرة: وتشمل الآتي:

. خسائر الإنتاجية؛

. عدم القدرة المؤقتة؛

. الأمراض النفسية؛

. الوفاة؛

. نفقات العدالة.

وبالتالي، فالتكلفة المباشرة للالتهابات المكتسبة في المستشفى هي التكلفة بالنسبة للمصالح الطبية، فيما يتعلق بالأفراد العاملين في الصحة، العتاد، التجهيزات والمباني. أما التكلفة غير المباشرة، فتشمل آثار هذه الالتهابات على الفرد المعني، على إنتاجيته والخدمات التي يقدمها للمجتمع.

وفيما يلي بيان بالتكاليف المرتبطة بالالتهابات المكتسبة في المستشفى في كل من الجزائر وبعض دول العالم.

أ- الجزائر²

أجريت هذه الدراسة على مستوى المركز الإستشفائي الجامعي "مصطفى باشا" وكان الهدف منها تقدير التكلفة الاقتصادية المباشرة الناتجة عن التهاب الموقع الجراحي.

تعلق الأمر بـ 472 ملاحظة، وسجلت 25 حالة التهاب، أي بأثر قدر بـ 5.3% .

ونشير إلى أن جميع المرضى تحصلوا على المضاد الحيوي antibioprohylaxie، ومدة التوصيف prescription كانت ستة أيام.

بلغت المدة المتوسطة للإقامة بالنسبة للمرضى المصابين 14 يوم مقابل (6) ستة أيام فقط بالنسبة لغير المصابين.

¹ Benmami.S , Benhabyles.B , op.cit.

² S.Djerir , F.Talebhocine, S. Benmami, N. Samail, B. Benhabyles, Coût Des Infections du Site opératoire, service d'épidémiologie et de médecine préventive, CHU Mustapha, 2004.

- أما فيما يتعلق بالتقييم الاقتصادي لهذا النوع من الالتهاب فكان كالتالي:
- تكلفة المضاد الحيوي لكل مريض أجريت له عملية جراحية هي 370 دج لليوم، أي 2220 دج لسنة أيام استشفاء، و 1047840 دج لـ 472 مريض، أجريت له عملية جراحية.
 - التكلفة الإضافية المترتبة عن المضاد الحيوي antibiotherapie قدرت بـ 3008.1 دج لكل مريض أي 75202.5 دج لـ 25 مريض مصاب .
 - وبالتالي إجمالي التكلفة الإضافية هو: 1123042.5 دج .
 - كما بينت دراسات أخرى على مستوى المركز الإستشفائي الجامعي "باب الواد" ما يلي¹:
 - بلغت التكاليف المترتبة عن الأيام الإستشفائية الإضافية للإلتهابات المكتسبة في المستشفى سنة 1994 (90 مليون دج).
 - المدة المتوسطة للإقامة الإضافية لمختلف الالتهابات المكتسبة في المستشفى هي 10 أيام، بمعدل استشفاء 19.5% . وبالتالي استهلاك إضافي في أيام الاستشفاء يقدر بـ 31200 يوم، أي 85 سنة لمجتمع استشفائي سنوي يقدر بـ 16000 مريض في المتوسط.
 - وانطلاقاً من 3600 دج لكل يوم استشفائي، قدرت التكلفة الإضافية الناتجة عن الالتهابات المكتسبة في المستشفى بالنسبة لسنة 1996 بـ 112 مليون دينار جزائري .
 - قيمة تكلفة الالتهابات المكتسبة في المستشفى لكل مريض بالنسبة لسنة 1990 في جراحة الجهاز الهضمي بـ 36000 دج .
 - ويمكن عرض التقدير المباشر لتكلفة الالتهابات المكتسبة في المركز الإستشفائي الجامعي لـ " بني مسوس" في الآتي²:
 - قدرت المدة المتوسطة للإقامة الإضافية الناتجة عن الالتهابات المكتسبة في المستشفى بـ 20 يوماً.
 - بلغت تكلفة الأيام الاستشفائية المسجلة خلال السداسي الأول من سنة 1997، 1620000 دج بالنسبة لجميع المرضى الذين تم استشفائهم ، و 60000 دج في المتوسط لكل مريض مصاب.
 - بلغت التكاليف الإضافية المرتبطة بمعالجة الالتهابات المكتسبة في المستشفى 12319558 دج و بـ 4562.8 دج في المتوسط لكل مريض مصاب.

¹ Dekkar.N, Brahimi .H, Makhlouf.F, Bennacef .M,Berranen .S, Hammadi .A, Kedachi.R , Lonnas.S, Oussar.N,Touami.S, Yahia – Ouahmed.L, prévalence des infections nosocomiales au centre hospitalo-universitaire de Bab El-Oued, avril, alger,1996.

² A.Soukehal, M.Benkaddour,H.Boukheris,R.Aouameur,M.Belkacemi, surveillance des infections nosocomiales au service de réanimation polyvalente du CHU Beni Messous en 1997.

[http:// www.medramo.ac.ma/fml/revue_marocaine/articles/1998-3/surveillance%20%20nosocomiales%20en%20tunisie.pdf](http://www.medramo.ac.ma/fml/revue_marocaine/articles/1998-3/surveillance%20%20nosocomiales%20en%20tunisie.pdf)

- أنتجت الفحوصات التكميلية الممارسة في حالة الالتهابات المكتسبة في المستشفى، تكلفة قدرت بـ 13800 دج، بإنفاق متوسط لكل مريض مصاب يقدر بـ 512 دج .
- أنتجت مدة الاستشفاء الإضافية لكل التهاب، في مصلحة الإنعاش الطبي خلال السداسي الأول من سنة 1997، أيام استشفائية ومضادات حيوية وفحوص تكميلية، بلغت تكلفتها 1756995.58 دج لمجموع المرضى، و قدرت بـ 65074 دج للمريض المصاب.

ب- بعض دول العالم

❖ الولايات المتحدة الأمريكية

- قدرت التكلفة الإجمالية للإلتهابات المكتسبة في المستشفى في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1976 بـ 4.2 مليار أورو. كما قدرت التكلفة الطبية بالنسبة لكل التهاب ولكل مريض بصورة إجمالية بـ 2000 أورو¹.

إضافة إلى المعطيات السابقة سجلت البيانات التالية²:

- كانت الالتهابات المكتسبة في المستشفى السبب في 11.2 مليون يوم استشفائي إضافي، والذي مثل تكلفة تقدر بـ مليار دولار سنة 1980. وبالنسبة لمستشفى يبلغ المتوسط النظري لعدد الأسرة 250 سرير، تنتج هذه الالتهابات تكلفة إضافية سنوية تقدر بـ 800000 دولار.
- أصيب 7% من المرضى الذين تم استشفائهم بالالتهابات المكتسبة في المستشفى سنة 1993، وبالتالي 2 مليون مريض سنويا. ومن بين هؤلاء المرضى وجدت 80000 حالة وفاة، أي بمعدل وفاة يقدر بـ 4%، والتكاليف الإضافية المترتبة كبيرة جدا، وتقدر بـ 4 ملايين دولار سنويا.

❖ بريطانيا

بعد تقديرات مبنية على معدل التهاب قدر بـ 5% ومتوسط أربعة أيام استشفاء إضافية لكل مريض مصاب، بين استغلال بيانات سنة 1986 أن الالتهابات المكتسبة في المستشفى كلفت المصلحة الوطنية للصحة للمملكة المتحدة 950000 يوم استشفاء و 111 مليون جنيه إسترليني³.

❖ ألمانيا

بلغت التكلفة الإضافية الناتجة عن الالتهابات المكتسبة في المستشفى سنة 1984 مليون مارك ألماني⁴.

❖ فرنسا

- قدرت تكلفة الالتهابات المكتسبة في المستشفى بـ 37400 فرنك فرنسي لكل مريض بالنسبة لسنة

¹ Isabelle Durand- Zaleski, Carine Chaix, Christien Brun –Buisson, Le coût des infections liée au soins.

http://hcsp.ensp.f1/hcps/doc/spdf/adsp/adsp-38/ad_382931.pdf

2 3 4 Anne –Marie worning ,op.cit,P19.

1990 في جراحة الجهاز الهضمي بـ " ليون Lyon"¹.

- قدرت التكاليف الناتجة عن الالتهابات المكتسبة في المستشفى سنة 1994 بـ 2 إلى 5 مليار فرنك فرنسي و 10000 حالة وفاة².

- وفي دراسة نشرت في مارس 2002 حول تكلفة الالتهابات المرتبطة بالعلاج كانت نتائجها كما يلي³:

- تتغير التكلفة الطبية الإضافية لكل مريض مصاب من 1500 إلى 27340 أورو، حسب طبيعة الجرثوم، نوع الالتهاب والأمراض غير الظاهرة .
- قدرت تكلفة المضاد الحيوي antibiothérapie وحده بـ 900 أورو (وتتغير من 150 إلى 2000 أورو)
- تتراوح التكلفة الإضافية المرتبطة بزيادة مدة الإقامة ما بين 900 إلى 25000 أورو، حيث تمثل تكلفة المضاد الحيوي تقريبا 7٪ من التكلفة الإجمالية.
- تعتبر التكاليف الحقيقية للالتهابات غير مقدرة بشكل صحيح، وذلك لعدم احتساب التكاليف غير الطبية، بالإضافة إلى أن تحديد مدة الإقامة، والتي شكلت $\frac{2}{3}$ إلى $\frac{3}{4}$ من التكلفة الإجمالية، تتغير من 1 إلى 3 أسابيع تقريبا، ويمكن أن تصل إلى شهر في المتوسط بالنسبة للالتهابات ذات جراثيم مقاومة.

❖ السويد

بلغت مدة الإقامة المتوسطة بالنسبة للمرضى الموجودين في المصالح الجراحية سبعة (07) أيام، لكن يمكن أن تصل إلى 12 يوم عندما تكون هناك مضاعفات، والتكلفة الإضافية لكل مريض بلغت سنة 1989 (krs14400)⁴.

❖ منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية OCDE

قدرت التكلفة الإجمالية للالتهابات في دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية بـ 760 مليون أورو سنويا⁵.

وخليق بالإشارة أن بعض الكتاب قد أشاروا إلى تعدد أسس حساب تكلفة الالتهابات المكتسبة، والتي يمكن عرضها في الآتي⁶:

- تحسب بعض الدراسات تمديد الفترة المتوسطة لإقامة المريض فقط ، ويتعلق الأمر بضرب هذه الأخيرة في سعر تكلفة يومي.

¹ Dekkar.N et Autres ,op .cit.

² Epidémiologie des infections, séminaire de formation en hygiène hospitalière, Sidi Fredj, 27-29 mars 2005.

³ Isabelle Durand- Zaleski et Autres , op.cit

⁴ Anne -Marie worning ,op.cit,P19.

⁵ ⁶ Isabelle Durand- Zaleski et Autres, Ibid

- دراسات أخرى، تقدر التكلفة انطلاقاً من البيانات المفوترة (الأعباء)، والتي تعطي تقديراً غير دقيق بشكل كافٍ للتكاليف الحقيقية.

- نمط آخر من الدراسات، نمذجت خطر الالتهاب بدلالة نقطة score الخطورة الفيزيولوجية، وذلك بحساب، بعد معايرة جسامتها severite، زيادة مدة الاستشفاء المترتبة عن الالتهاب.

- كما استعملت دراسات أخرى طريقة مغايرة للحساب، وذلك انطلاقاً من تحليل فردي لتحميل العلاج على أساس مجتمع مصاب، وذلك بحساب تكاليف المخبر، الصيدلانية وتمديد فترة الاستشفاء، والتي تحمل على معالجة الالتهابات المكتسبة في المستشفى.

المطلب الثالث: الوقاية من العدوى ومكافحتها

لا توجد طريقة معينة توقف عدوى المستشفيات وانتشارها، إلا أن استخدام المعايير الرقابية اللازمة والتقصي الوبائي بشكل مستمر قد يخفف من هذه الالتهابات.

وفي هذا الصدد يمكن عرض أهم الإجراءات المتبعة لرعاية كافة المرضى بصرف النظر عما إذا كانوا مصابين بأمراض معدية أم لا، والمتمثلة في الاحتياطات القياسية في الجدول التالي:

جدول (3.2): أهم الإجراءات المتبعة لرعاية كافة المرضى بصرف النظر عما إذا كانوا مصابين

بأمراض معدية أم لا: (الاحتياطات القياسية):

أ- تنظيف اليدين	- يجب أن يتم غسل اليدين بعد لمس الدم أو الإفرازات أو المواد الخارجة من الجسم أو الأشياء الملوثة وبعد خلع القفازات. - يتم غسل اليدين بصابون عادي في حالات الغسل العادي. - استخدام (مطهرات مضادة) للميكروبات في الحالات الخاصة.
ب- المعدات الشخصية الواقية	ينصح باستخدام معدات وقاية مناسبة من شأنها أن تقي مقدم الرعاية الصحية من انتقال العدوى إليه بسبب التلوث بالدم أو سوائل الجسم. وتشتمل معدات على القفازات، والأقنعة الواقية من السوائل، والعباءة الطبية، والمعدات الواقية من الرذاذ، وواقي العينين، وتبرز أهمية استخدام هذه المعدات في الوقاية من خطورة التعرض للدم أو أي مواد أخرى معدية.
ج- الأساليب المانعة للتلوث	يقصد بالأساليب المانعة للتلوث بالممارسات التي يتم إتباعها قبيل أو أثناء الإجراءات الإكلينيكية أو الجراحية للحد من خطورة انتقال العدوى عن طريق تقليل احتمالات انتقال الميكروبات إلى مناطق معينة من الجسم مما يتسبب في الإصابة بالعدوى، وهذه الأساليب تهتم بما يلي: تجهيز الملابس الخاصة بالجراحة، الغسيل الجراحي وارتداء القفازات المعقمة، تعقيم المكان والحفاظ على هذا التعقيم، استخدام أساليب جديدة في الجراحة، إتباع الإجراءات اللازمة لتقليل تلوث الأدوات الطبية الدقيقة أثناء عمليات الحقن أو الرعاية بالمرضى أو أثناء صيانتها.
د- إعادة معالجة الأدوات وخدمات التعقيم	يجب التأكد من أن الأدوات التي يعاد استخدامها مع مريض آخر قد تم تنظيفها وتطهير كل الأسطح والأماكن.
هـ- النظافة البيئية	يجب أن تتأكد من أن المستشفى تتمتع بخدمات وإجراءات نظامية كافية فيما يخص تنظيف وتطهير كل الأسطح والأماكن.
و- التخلص الآمن من الأدوات الحادة والمخلفات	التأكد من منع الإصابة بجرح بسبب استخدام الإبر والمشارط وغيرها من الأدوات والآلات الحادة. إن الإدارة الحكيمة لكيفية التخلص من مخلفات المستشفى تحد من التعرض للإصابة بالعدوى والتسمم والجروح سواء للعاملين بالخدمة الصحية أو القائمين على النظافة داخل المستشفى أو خارجها أو أي شخص موجود في المجتمع ككل.

المصدر: أهمية مكافحة العدوى في المنشآت الصحية

وفي إطار الوقاية ومكافحة الالتهابات المكتسبة في المستشفى تبنت الجزائر سنة 2006 برنامجين ذوي أولوية تمثلا في: العملية الوطنية ضد الالتهابات المكتسبة في المستشفيات عن طريقة الأيدي سميت بـ "الأيدي النظيفة"، وإعادة هيكلة التخلص من نفايات المستشفى ذات خطر العدوى. ويمكن عرض مخطط العمل لسنة 2006 في الجدول التالي:

الجدول (4.2): مخطط العمل لسنة 2006

الأهداف	الأنشطة	المتدخلين	الآجال
1- إنشاء اللجنة الوطنية لمكافحة الالتهابات المكتسبة في المستشفى	-إنشاء اللجنة الوطنية لمكافحة الالتهابات المكتسبة في المنشآت الصحية (مقاربة جديدة)	وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات/ مديرية الوقاية خبراء في نظافة المستشفى	نوفمبر 2005
2- وضع حيز التطبيق برنامج وطني للوقاية من الالتهابات المكتسبة في المستشفى	وضع حيز التطبيق عمليات جهوية انطلاقا من جهات وطنية متعلقة بـ الالتهابات المكتسبة في المستشفى	وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات/ مديرية الوقاية/ المرصد الجهوي للصحة ORS / اللجنة الوطنية لمكافحة الالتهابات المكتسبة في المستشفى CNLIN	جانفي - مارس 2006
3- وضع حيز التطبيق نظام للمراقبة والإبلاغ الدائم عن حالات الالتهابات المكتسبة في المستشفى المسجلة في مجموع المصالح الاستشفائية	إعداد كتيب للتأشير وجمع المعطيات حول الالتهابات المكتسبة في المستشفى في إطار الإبداع. استعمال بطاقة الذهاب والإياب الموجودة	مديرية الوقاية/ المرصد الجهوي للصحة ORS/ مصلحة مكافحة الأوبئة والطب الوقائي SEMEP/مركز استشفائي جامعي CHU/ مؤسسة صحية متخصصة EHS/ قطاع صحي SS	فيفري 2006
4- تحديد معدل الاستكشاف للبكتيريا المتعددة المقاومة	تدعيم نظام التشخيص والمراقبة للبكتيريا المتعددة المقاومة في مخابر الميكروبيولوجيا واستعمال برمجية WHO.net للمنظمة العالمية للصحة	وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات/ مديرية الوقاية/ مصلحة مكافحة الأوبئة والطب الوقائي/ المعهد الجزائري باستور IPA/ المخابر الجهوية	سبتمبر - ماي 2006
5- إعادة هيكلة نشاط تصفية الدم من أجل الوقاية من انتقال التهاب الكبد الفيروسي BC	- الوقاية من الالتهابات المنقولة بالأيدي (نظافة الأيدي) - عمليات التعقيم ترميد النفايات	مديرية الوقاية/ مديرية مصالح الصحة	جانفي - ديسمبر 2006

الأهداف	الأنشطة	المتدخلين	الآجال
6- وضع حيز التطبيق نصوص تشريعية تتعلق بخلق وحدات	منشورات تطبيق النصوص التشريعية	وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات/ مديرية الوقاية وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات/مديرية مصالح الصحة/ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات/المديرية التشريعية	أفريل 2006
7- تنظيم أربعة ملتقيات جهوية تكوينية في نظافة المستشفى	الوقاية من الالتهابات المنقولة بالأيدي، تنظيف، وتطهير وتعقيم العتاد الطبي_الجراحي(الأطباء، شبه الطبي، جراحة الأسنان) المصالح: (تصفية الدم، الإنعاش) أمراض معدية، جراحة وجراحة الأسنان).	وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات/ مديرية الوقاية /مديرية التكوين/ مصلحة مكافحة الأوبئة والطب الوقائي	جانفي - ديسمبر 2006
8- خلق مقياس تكوين في نظافة المستشفى على مستوى المدرسة الوطنية للصحة العمومية-المرسى	التكوين حول وسائل الوقاية ضد الالتهابات المكتسبة في المستشفيات (المسيرين، صيادلة، أطباء، جراحي أسنان).	ومديرية الوقاية/ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات/ مديرية التكوين/المدرسة الوطنية للصحة العمومية/معهد التكوين شبه الطبي/المعهد التكنولوجي للصحة العمومية	مارس 2006
9- تنظيم مسابقة في نظافة المستشفى		وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات/ مديرية التكوين/ مديرية الوقاية/ المعهد الوطني للعلوم الطبية/خبراء	جانفي 2006

Source: Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière; direction de la prévention, Plan d'action de prévention des infections nosocomiales 2005-2009.

وتعليقا على مخطط سنة 2006، يمكن تسجيل الملاحظات التالية:

- يعتبر إنشاء اللجنة الوطنية لمكافحة الالتهابات المكتسبة في المستشفى أمر جيد، لكن هي غير فعالة في 90 % من الهياكل الصحية.
- نتحدث عن ترميد نفايات المؤسسات الصحية، وأجهزة الترميد قديمة، وفي أغلب الأحيان جزء منها معطل.
- تنظيم ملتقيات جهوية، غير كاف من أجل تبادل الخبرات في هذا المجال.
- عدم التنسيق مع قطاعات أخرى غير صحية، من أجل وضع هذه الأفاق.

أما ما تعلق بأفاق 2006-2009 وما ارتبط به من أنشطة ذات أولوية، نقوم بعرض الجدول التالي:

الأهداف	الأنشطة	المتدخلين	الأجال
تخفيض 45% من الالتهابات المكتسبة في المستشفى (15% سنويا)	<ul style="list-style-type: none"> - ملتقيات تكوين وطنية وجهوية متعلقة بالتحكم في الالتهابات المكتسبة في المستشفى. - إعداد بروتوكولات مصادق عليها والعمل على تطبيقها. - الأولوية المخصصة للالتهابات المنقولة عن طريق الأيدي. - تطبيق توصيات اللجنة الوطنية لمكافحة الالتهابات المكتسبة في المستشفى. - تدقيق حول تطبيق التوصيات. 	مديرية الوقاية/ مديرية التكوين/مديرية الصحة والسكان/ اللجنة الوطنية لمكافحة الالتهابات المكتسبة في المستشفى CNLIN// مصلحة مكافحة الأوبئة والطب الوقائي	2006-2009
تخفيض 50% لأثر التهابات المواقع الجراحية (ISO)	<ul style="list-style-type: none"> - وضع حيز التطبيق برنامج رقابة لالتهابات المواقع الجراحية مع تسجيل جميع الحالات - إعداد بروتوكولات من أجل التطبيقات الحسنة للعلاج مطابقة في مصالح الجراحة 	مصلحة مكافحة الأوبئة والطب الوقائي/مديرية الصحة والسكان/ مديرية الوقاية	2006-2009
تخفيض 15% من تكرار البكتيريا المتعددة المقاومة (5% سنويا) (BMR)	<ul style="list-style-type: none"> - وضع حيز التطبيق برنامج مراقبة البكتيريا المتعددة المقاومة، مع تسجيل جميع الحالات. - الاتفاق حول مضادات وبقاء antibioprophylaxie 	مصلحة مكافحة الأوبئة والطب الوقائي/ مديرية الوقاية	2006-2009
وضع حيز التطبيق مسار normalisé نمطي من أجل القضاء على النفايات الناتجة عن أنشطة العلاج وذات خطر العدوى	ضمان جميع المراحل (الفرز، الجمع، التخزين، النقل والتخلص) وفق كفاءات مصادق عليها	مديرية الوقاية/ مديرية مصالح الصحة/ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (مجموعة عمل/ بيئة) MATE	2006-2009

يتضح مما سبق أن هذه الآفاق غير كافية أمام انتشار مثل هذه الالتهابات والتكاليف المترتبة عنها.

ويرى Anne-Marie Worning أن حوالي ثلث الالتهابات المكتسبة في المستشفى يمكن تجنبها عن طريق برامج مكافحة صارمة، لكن إلى جانب المقاربات النفسية والتربوية، والمتمثلة في مدى استعداد الأفراد العاملين لتغيير سلوكياتهم وتبني مواقف جديدة، لابد من وجود توصيات تتمثل في الآتي¹:

- وضع برنامج مراقبة مستمر باستعمال المعلومة المرتدة retro- information الناتجة عن الجراحين حول معدلات الإصابة الفردية والمعدلات الخاصة بالمصلحة؛

- تخفيض قدر الإمكان مدة الإقامة قبل العملية الجراحية؛

- تخفيض قدر الإمكان مدة العملية؛

- الاستعمال العقلاني للمضادات الحيوية* قبل العملية الجراحية؛

- الحفاظ على محيط مطهر ومعقم؛

- تطبيق طرق أثبتت فعاليتها في تحضير المرضى؛

- ترشيد حالة المريض قبل إجراء العملية (تحسين اللياقة البدنية، تحسين الحالة الغذائية)؛

- تقليل قدر الإمكان الجراحة الباطنية (تحسين اللياقة البدنية، تحسين الحالة الغذائية).

والجدير بالإشارة أن التوصيات المقدمة تعلق بالتهابات الجروح الموضعية بصورة خاصة، وذلك إيماناً من الكاتب أن هذا النوع من الالتهابات يكلف أكثر من باقي الأنواع الأخرى.

وعلى ذكر التهابات الجروح الموضعية، قدم "Larbi Abid" مجموعة من الاقتراحات، كانت مؤسسة

على مجموعة من الملاحظات قد أوردها في مقال موسوم بـ "Infections nosocomiales et bloc opératoire" تمثلت فيما يلي²:

- تنظيم تربيصات تكوينية للعمال شبه الطبيين الممارسين على مستوى جناح العمليات .

- إشراك الإدارة الإستشفائية في مكافحة الالتهابات المكتسبة في المستشفى؛

- وضع في لجان النظافة والوقاية، أشخاص أكفاء ومعنيين بالأمر؛

- إجبار مديرية المستشفى على القيام بشكل منتظم بأخذ عينة من الهواء والماء؛

- تعليم حقيقي لمختلف الأطباء المقيمين في مختلف التخصصات الجراحية المسائل المرتبطة بالتطهير والالتهابات المكتسبة في جناح العمليات؛

¹ Anne –Marie worning , op.cit , P21

* المعالجة الوقائية بالمضادات الحيوية يجب أن تكون مرتبطة بتوصيف الدواء الملائم، للمريض المناسب في الوقت المناسب، وعن طريق الوسيلة المناسبة.

² Larbi Abid, infections nosocomiales et bloc opératoire, Le guide de la médecine et de la santé en Algérie, 15 decembre 2003.

[http:// www.santetropicale.com/SANTEMAG/algérie/ abid1203.htm](http://www.santetropicale.com/SANTEMAG/algérie/ abid1203.htm)

- إجراءات تحفيزية (حوافز مالية) للأفراد العاملين في جناح العمليات؛
- إعطاء الإمكانية لرئيس جناح العمليات من إخراج كل شخص لا يحترم قواعد النظافة والتطهير مهما كانت رتبته؛
- حملة توعية منتظمة على مستوى المستشفى؛
- وضع حيز التطبيق إجراء الاعتماد Accreditation ، يهدف إلى التأكد من أن كل شيء على ما يرام؛
- زيارات لخبراء أجانب للهيكل الاستشفائية ؛
- وضع حيز التطبيق على مستوى مدارس تكوين شبه الطبيين، تكوين خاص بالطاقم شبه الطبي على مستوى جناح العمليات، والذين يتحصلون على شهادة " ممرض جناح العمليات شهادة دولة " Diplôme d'infirmière de bloc opératoire diplômée d'état على غرار فرنسا، والتي تبنت هذا التكوين منذ 1998.

إلى جانب الاقتراحات والتوصيات السالفة الذكر، هناك اقتراحات قدمت على أساس التركيز على توافر نظام يسمح بالحصول على البيانات الخاصة بالالتهابات المكتسبة في المستشفى ومراقبتها. ومن بين هذه الاقتراحات ما أقره المكتب الجهوي الأوروبي بالتنسيق مع وزارة الصحة البلجيكية بإصدار برمجية بسيطة وغير تجارية تسمى WHO CARE . وتوجد على المستوى الدولي أنظمة أخرى مشابهة مثل AICE (الولايات المتحدة الأمريكية)، EPINISO (فرنسا) و IDEAS (مركز مراقبة المرض لأتلنطا) CDC (الولايات المتحدة الأمريكية) ¹ .

وتم التركيز في البيان الصادر عن اجتماع وزراء الصحة المتوسطيين والأوروبيين والاستوائيين في "مونبولي" على أهمية تنمية التعاون الإقليمي للوقاية من الأمراض الالتهابية. وذلك باعتماد التكنولوجيات الحديثة التي تسهل الاتصالات والتأهيل. ونتيجة لذلك فإن المشروع نظام المعلومات الأوروبية للصحة العامة EMPHIS حدد ثلاث مجموعات من أمراض الالتهابات التي يجب أن تستعمل فيها تكنولوجيا المعلومات والاتصالات وهي : عدوى الليشمانيا، السل، عدوى المستشفيات نوزوكوميا².

¹ Anne –Marie warning ,op.cit,P22.

² نظام المعلومات الأوروبية للصحة العامة EMPHIS

يجمع **EMPHIS** الجهات الفاعلة والمؤسسات الفاعلة والمؤسسات الرئيسية للصحة العامة في ست (6) دول من جنوب المتوسط وأربع (4) دول من الجهة الشمالية. ويهدف إلى تحقيق مايلي¹:

- ❖ استعمال موسع لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات في :
 - توفير قاعدة بيانات خاصة لتسهيل عمليات اتخاذ القرار؛
 - الوصول إلى آراء الخبراء عن بعد لإدارة أفضل للأمراض الالتهابية؛
 - الوصول إلى قواعد بيانات دولية؛
 - استمرارية التدريب المنفرد والتعلم؛
 - نشر المعلومات حول الأوبئة والصحة العامة من أجل تبني أفضل الممارسات في المنطقة الأوروبية ومتوسطة؛
- ❖ زيادة ملموسة في تبادل الخبرات بين الاختصاصات الصحية وقطاعات الاقتصاد الاجتماعي، وهذا عبر موقع إلكتروني.
- ❖ نشر المعلومات (معلومات ثابتة، بروتوكولات، دليل أفضل الممارسات... الخ)
- ❖ المساهمة في توحيد سياسات الصحة العامة في المنطقة الأوروبية ومتوسطة.

وتتمثل الآثار المتوقعة على المجموعات المستهدفة فيما يلي :

- على الجماهير: يؤدي تحسين الممارسات الطبية إلى تخفيف أعباء أمراض الالتهابات. فمثلا بالنسبة للعدوى المكتسبة في المستشفيات، زيادة المعرفة المعقدة ستخفف تواتر ظهور المرض.
 - على المهنيين في قطاع الصحة: توفر المعرفة الحسنة باستعمال الكمبيوتر مدخلا سهلا للمعلومات ذات العلاقة، والتعليم المستمر عبر تكنولوجيا المعلومات يحسن الممارسات الطبية ونوعية الرعاية الصحية، كما ستتحسن فعالية النظام ككل.
 - على قطاعات أخرى غير صحية : ستؤخذ بعين الاعتبار الأخطار الصحية عند برمجة مشاريع تنموية، كالسياحة، الزراعة وتخطيط المدن.
- بالإضافة إلى كل التوصيات السابقة، أطلقت منظمة الصحة العالمية وشركاؤها في 13 أكتوبر 2005 برنامج " التحدي العالمي لسلامة المريض " تحت شعار " الرعاية النظيفة أكثر أمانا " بهدف مكافحة انتشار العدوى في مؤسسات الرعاية الصحية التي تصيب مئات الملايين من الناس حول العالم سنويا. ويقوم تطبيق برنامج " التحدي العالمي لسلامة المريض " على ثلاث خطوات إستراتيجية :
- . حملات عالمية ومحلية تحت شعار " الرعاية النظيفة أكثر أمانا " .

¹ نظام المعلومات الأوروبية ومتوسطة للصحة العامة EMPHIS

. حث الدول على إصدار بيانات تعلن فيها التزامها بمكافحة انتشار عدوى المستشفيات.
. تقييم مدى الالتزام بتوجيهات منظمة الصحة العالمية.

بعد استعراض مفهوم وأنواع الالتهابات وكيفية مكافحتها والوقاية منها، نرى من المناسب أن نعرض
الجانب الاقتصادي لبرامج مكافحة هذه الالتهابات والمتمثلة في التكلفة كما يلي :

❖ في الجزائر: كانت التكاليف المرتبطة ببرنامج الوقاية ومكافحة الالتهابات المكتسبة في
المستشفى لسنة 2006 كآتي:

أ- المراقبة الوبائية: يمكن عرض التكاليف المرتبطة ببرنامج الوقاية في الجدول التالي:

الجدول(6.2): التكاليف المرتبطة ببرنامج الوقاية

المبلغ	نوع التكلفة
1000 × 40 = 40000 دج	دفاتر من أجل الإبلاغ عن الحالات
160.000 دج = 16 × 10.000	بطاقة:
300000 دج = 10 × 3000	بطاقة صغيرة للإعلام
160000 دج = 16 × 10000	مطويات حول الممارسات الحسنة في مجال النظافة في المستشفى
3 أصناف من البرتوكولات 450000 دج = 30 × 5000	برتوكول عمل حول الوقاية من الالتهابات المكتسبة في المستشفى
1110000 دج	الإجمالي

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات مصلحة مكافحة الأوبئة والطب الوقائي بالمركز
الاستشفائي الجامعي بـ باب الواد

ب- برنامج التكوين

تم تكوين الأفراد العاملين في مجال الصحة: ملتقيات تكوين بالنسبة للمسيرين، الصيادلة، وإطارات شبه
طبية وأطباء.

ويمكن عرض تكاليف برامج التكوين في الجدول التالي:

الجدول(7.2): تكاليف برامج التكوين

المبلغ	نوع التكلفة
128000 دج	أربعة ملتقيات يجمع كل واحد فيها 40 شخصا
50000 دج	الوثائق البيداغوجية
1200000 دج = 30 × 40000	تنظيم تكوين في نظافة المستشفى
1387000 دج	الاجمالي

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات مصلحة مكافحة الأوبئة والطب الوقائي بالمركز
الاستشفائي الجامعي بـ باب الواد

ج- معدات أساسية من أجل الممارسة الحسنة في العلاج

بإمكاننا عرض التكاليف المتعلقة بالمعدات الأساسية من أجل الممارسة الحسنة للعلاج في الجدول

التالي:

الجدول (8.2) : التكاليف المتعلقة بالمعدات الأساسية من أجل الممارسة الحسنة للعلاج

المبلغ	نوع التكلفة
76325000 دج = 215000 x 355 دج	مركز لغسل الأيدي
43265568 دج = 4042 x 10704 دج	صابون سائل (دلو 5 لتر)
9132000 دج = 3000 x 3044 دج	منشفة أيدي ذات استعمال وحيد (علبة من 100 قطعة)
119660 دج = 1240 x 96500 دج	محلول مائي كحولي من أجل تطهير الأيدي (زجاجة 500 مل)
248382568 دج	الاجمالي

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات مصلحة مكافحة الأوبئة والطب الوقائي بالمركز

الإستشفائي الجامعي بـ باب الواد.

د- تجهيزات ثقيلة من أجل إعادة هيكلة فرع نفايات المستشفى

أما ما تعلق بتكاليف التجهيزات المخصصة لإعادة هيكلة فرع نفايات المستشفى، يمكن عرضها في

الجدول التالي:

الجدول (9.2): تكاليف التجهيزات المخصصة لإعادة هيكلة فرع نفايات المستشفى

المبلغ	نوع التكلفة
ecodas 300 = سعر وحدي أورو	طريقة الترميد باستعمال الغاز ozone
ecodas 1000 = سعر وحدي 300000 أورو	طريقة الترميد باستعمال الغاز ozone نظام (BOX03)
بالنسبة للمصالح السعر الوحدي = 45000 أورو بالنسبة للمستشفى السعر الوحدي = 145000 أورو	

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات مصلحة مكافحة الأوبئة والطب الوقائي بالمركز

الإستشفائي الجامعي بـ باب الواد.

وبالتالي بلغت التكلفة السنوية للبرنامج: 250879568 دج

إضافة للمعطيات الخاصة بالجزائر، يمكن عرض المعطيات التالية¹:

¹ laboratoire de la qualité des soins , l'évaluation de la qualité des soins: surveillance et prevention des infections nosocomiales en réanimation.

[http:// www.andz.dz/qualité-lab/site/lab/lpot.pdf](http://www.andz.dz/qualité-lab/site/lab/lpot.pdf)

قدّرت تكلفة برامج الوقاية من الالتهابات المكتسبة في المستشفى من طرف مركز مراقبة المرض CDC سنة 1985 بـ 60000 أورو بالنسبة لمستشفى يتكون من 250 سرير، أي تقريبا 250 مليون أورو لكل الولايات المتحدة .

- في هونكونغ، قدّرت وضع برامج الوقاية في مستشفى جامعي مكون من 1400 سرير بـ 90315 أورو سنويا.

- وفي دراسة أمريكية، شملت 335 مستشفى، تبين أن المستشفيات التي وضعت سياسة للوقاية من الالتهابات، حققت تخفيض يقدر بـ 32% من الالتهابات خلال المدة الممتدة ما بين 1970 و1976. بينما المستشفيات التي لم تطبق سياسة الوقاية، لاحظ فيها ارتفاع معدل الالتهاب بـ 18%.

كما خصّصت فرنسا في الفترة الممتدة من 1998 إلى غاية 2001، (120) مليون أورو لتمويل إجراءات مكافحة الالتهابات المكتسبة في المستشفى، وتمثلت أساسا في تكوين العمال وتكوين فرق عملية للنظافة¹.

والجدير بالإشارة أنه رغم تحمل المؤسسات الصحية لتكاليف كبيرة لإعداد برامج الوقاية من الالتهابات المكتسبة في المستشفى، إلا أنها تبقى أقل من التكاليف الناتجة عن غيابها.

¹ Fatimi Fatima Zahra, organisation de la lutte contre les infections nosocomiales: cas de l'hôpital IBN SINA de RABAT, Mémoire présente pour l'obtention du diplôme du deuxième cycle des E.P.M, institut de formation aux carrières de la santé de rabat, royaume du Maroc, juillet 2006, p 21

خلاصة الفصل:

تعرف تكلفة الجودة بأنها جميع التكاليف المرتبطة بالأنشطة اللازمة والضرورية لتوفير المنتجات (سلعا أو خدمات) بالجودة التي يحددها الزبائن. وغياب الجودة ينتج عنه تكلفة تسمى تكلفة اللاجودة. وتعتبر تكلفة الجودة مجرد أداة موجهة لمساعدة الإدارة لفهم مشكل الجودة بكل ضخامته، وتبسيط الضوء على فرص التحسين وقياس تطور نشاطاته.

ولقد وجدت نماذج مختلفة لتطوير عملية القياس المحاسبي لتكاليف الجودة من بينها: نموذج "جوران"، نموذج "سيشينايدرمان"، نموذج "سون" و"هيسو"، نموذج "باسورك" و"جود فري"، نموذج "سفال"، نموذج "تاجوتشي"، نموذج "كيم" و"ولياو". وحاول كل نموذج تفسير سلوك ومكونات تكاليف الجودة، والتي ترتبط محاسبيا ببعضها البعض، والجزء الأكبر منها غير مصنف ضمن خطوط التكاليف لأنظمة المعلومات، وتسمى هذه التكاليف بالتكاليف الخفية أو المستترة. ومن أجل قياسها استخدمت عدة طرق من بينها: طريقة استخدام معامل ثابت يخضع إلى خبرة المؤسسات، طريقة بحوث السوق لتقدير تأثير اللاجودة على المبيعات، طريقة "تاجوتشي" (دالة الخسارة)، طريقة "سفال" المعتمدة على التحليل الاجتماعي والتنظيمي والمالي (SOF).

يواجه القياس التكاليفي في القطاع الصحي جملة من المشكلات، تتمثل في عدم وجود نظم تكاليف فعلية أو محددة مقدما، عدم وجود نظم معلومات متكاملة، عدم ملائمة الأساس المحاسبي المستخدم، عدم ملائمة المستندات والسجلات المستخدمة، تنوع واختلاف الخدمات الطبية المقدمة، عدم وجود إمكانية تأجيل تقديم الخدمات الصحية.

ونقسم تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية إلى ثلاثة أقسام رئيسية هي: تكاليف الوقاية من عيوب جودة العلاج، تكاليف التقويم، تكاليف الفشل أو الأعمال الخاطئة والمعيبة. وتمثل تكاليف الوقاية والتقويم تكلفة الاستثمار في الجودة، بينما تشكل تكلفة الفشل أو الإخفاق تكلفة اللاجودة، والتي لها خطر ثلاثي الأبعاد: خطر على أمن المريض، خطر على المؤسسة (اقتصادي وتجاري)، خطر اجتماعي. وقد تظهر عيوب الجودة على شكل سوء استعمال الموارد (نقص العلاج)، الإفراط في استعمال الموارد.

وعلى ذكر عيوب الجودة أو اللاجودة، تمثل الالتهابات المتكسبة في المستشفى مؤشرا من مؤشراتها، وتعتبر إحدى القضايا الأساسية التي تشغل بال العاملين في مجال تعزيز سلامة المرضى، باعتبار أنها تصيب الملايين من الأفراد في العالم، وتؤثر سلبا على مستوى الرعاية الصحية، وتسهم في عدد من الوفيات وحالات الإعاقة. ومن هذا المنطلق توجب تبني برامج وقاية، لكن يجب أن ترجح تكلفة هذه الأخيرة بكفاءة هذه البرامج ومقارنتها مع تكلفة الالتهابات.

الفصل الثالث

التجارب الدولية في تطوير الخدمات الصحية

الفصل الثالث: التجارب الدولية في تطوير الخدمات الصحية

المقدمة:

بعد عرضنا في الفصلين السابقين لجودة الخدمات الصحية والقياس التكاليفي لها وما يكتنفه من مشكلات، نحاول في هذا الفصل عرض مجموعة من التجارب الدولية في تطوير الخدمات الصحية، من خلال برامج الإصلاح المتبناة، بدءاً بالتجارب العربية المتمثلة في المغرب وتونس ومصر، ثم التجارب الغربية ممثلة في فرنسا، بريطانيا والولايات المتحدة الأمريكية؛ وذلك بغرض توضيح الاختيارات الأساسية المتاحة للجزائر، من أجل الاستفادة من هذه التجارب في تطوير نظامها الصحي. وقبل كشف النقاب عن محتوى برامج الإصلاح في كل دولة من الدول المختارة، سيتم التعرض لتنظيم وعرض العلاج، تم مستوى الحالة الصحية، ممثلة أساساً في معدلات الولادة والوفاة، إلى جانب مؤشر توقع الحياة عند الولادة. وأخيراً سيتم التعرض لموضوع التمويل، الذي يرتبط بشكل أو بآخر بمحاولات التحسين على مستوى النظم الصحية.

المبحث الأول: النظم الصحية وأدائها

نرى من المفيد قبل التطرق إلى مضمون التجارب السالفة الذكر، أن نسلط الضوء في هذا المبحث على النظام الصحي كمفهوم من خلال مكوناته، محددات أدائه وأخيراً كفاءات إصلاحه.

المطلب الأول: ماهية النظم الصحية

سوف نستعرض جملة من التعاريف لمفهوم النظام الصحي كما يلي :

النظام الصحي هو " مجموع المنظمات والمؤسسات والموارد المكرسة للتدخلات الصحية، وإذا كان تحسين الصحة هو الغرض الرئيسي لأي نظام صحي، فإنه ليس بالغرض الوحيد، كما أن هذا الغرض ينقسم إلى شقين : بلوغ أفضل مستوى صحي (الجودة)، والحد قدر الإمكان من الفوارق القائمة بين الأفراد والجماعات في تسيير حصولهم على الرعاية الصحية (العدالة)" ¹.

- كما يعرف النظام الصحي " بأنه الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحيحة تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها..وتقويم هذه الخدمة بطريقة شاملة ومتكاملة للسكان وبتكلفة معقولة وبطريقة ميسرة " ².

- وعرف النظام الصحي " بأنه كل الجهود التي تبذل بهدف تحسين الصحة سواء تعلقت هذه الجهود بالعناية الصحية للأفراد أو بتقديم الخدمات الصحية العامة " ³.

فانطلاقاً مما سبق، يمكن تعريف النظام الصحي بأنه جميع المؤسسات والموارد المسخرة لإنتاج التدخلات الصحية بهدف بلوغ أفضل مستوى صحي، مراعيًا في ذلك جملة من الأمور هي :

. أن تكون التغطية شاملة وكاملة وعادلة؛

. أن تكون هذه التغطية ذات تكلفة معقولة للدولة والمواطن.

ويتكون النظام الصحي من ثلاثة مكونات أساسية نعرضها فيما يلي ⁴:

1- الأفراد والجماعات التي تحتاج الخدمات الصحية الشخصية، وهو ما يرمز إليه بالعنصر الشخصي. وهذا المكون أو العنصر يمثل الأشخاص والعائلات الذي يوماً ما في حياتهم سيحتاجون للخدمات الصحية التي تتوفر لهم في المؤسسات والمنشآت الصحية.

¹ النظم الصحية وتقييم أدائها [http:// www.sgh.org.sa/fan.htm](http://www.sgh.org.sa/fan.htm)

² فالح بن زياد الفالح، تطوير النظام الصحي في المملكة، الرياض الإلكتروني، الأحد 19 رمضان 1423، العدد 12574، السنة 38.

[http:// www.planning.gov.sa/planning/all%20presentation/day1/1c-health/11](http://www.planning.gov.sa/planning/all%20presentation/day1/1c-health/11)

³ علي عبد القادر علي، اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعني بقضايا التنمية في الأقطار العربية، العدد الثاني والعشرون، أكتوبر 2003، السنة الثانية، المعهد العربي للتخطيط، الكويت، ص 4.

⁴ عبد المهدي بوعنه، مرجع سابق، ص 38-39

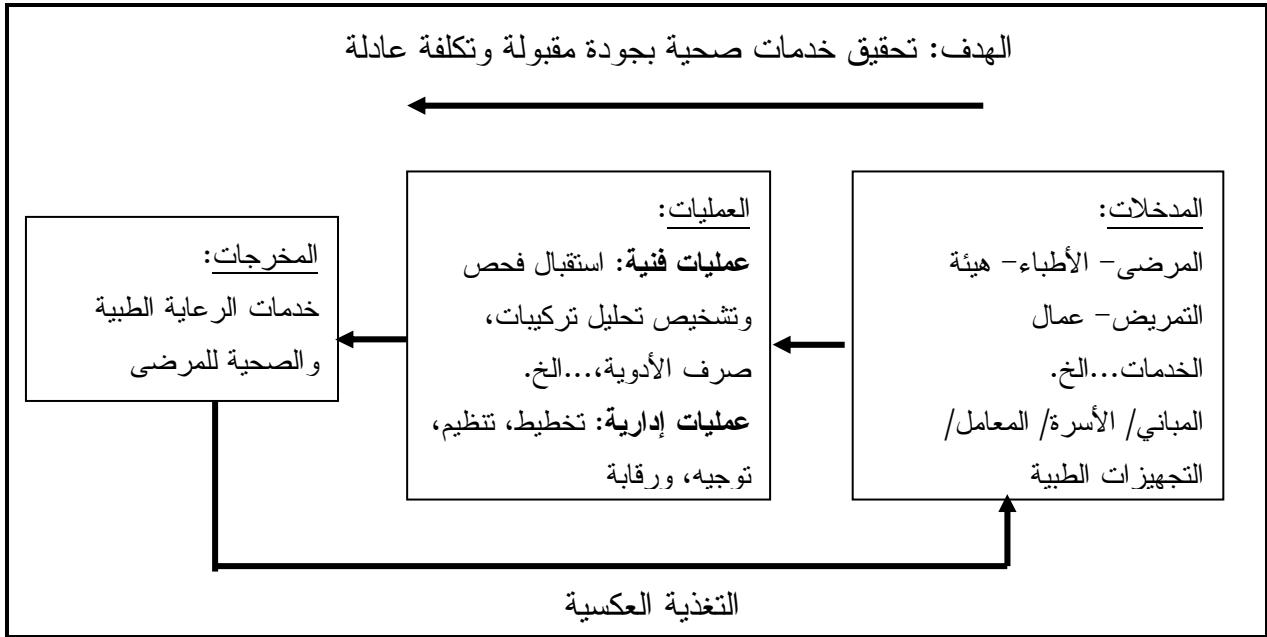
2- المكون المهني والفني، وهذا يتضمن الأشخاص الذين يقدمون الخدمات الصحية لمحتاجيها، ومن أمثلة هؤلاء: الطبيب البشري، وطبيب الأسنان، والممرضات، والصيادلة...إلخ.

3- المكون الاجتماعي، وهذا يتضمن المؤسسات العامة والخاصة في المجتمع، والدولة والشعب، والذين كل منهم يقوم بدوره أو بعمل أو أعمال معينة، حتى يجعلوا الخدمات الصحية متوفرة وميسورة وموجودة في خدمة الجمهور، وهذه الأعباء التي يتحملونها تشمل:

تنظيم أسلوب تقديم الخدمات الصحية، تمويل شراء الخدمات، تشريع وتحسين مستوى الرعاية الصحية، استقطاب وحشد وجمع التمويل اللازم وتوزيعه أو تخصيصه، وكذلك تخطيط وتنسيق العلاقات والفعاليات.

يتضح مما سبق أن النظام الصحي يتكون من العناصر التي يتكون منها النظام حسب المقاربة النظامية وهي : الهدف، المدخلات، عمليات التحويل، المخرجات والتغذية العكسية (المرتدة) ، والتي نعرضها في الشكل التالي:

الشكل (1.3): مكونات النظام الصحي



المصدر: من إعداد الطالب

ولقد أورد "قدس برس" بعض أوجه القصور التي تنتاب النظم الصحية في العالم فيما يلي¹:

¹ قدس برس، دعوة لعولمة الرعاية العلاجية، منظمة الصحة العالمية .

- تركيز العديد من وزارات الصحة على القطاع العام والميل إلى تجاهل الرعاية الصحية للقطاع الخاص.
- ممارسة معظم الأطباء في العديد من البلدان لمهنتهم في كل من القطاعين العام والخاص في الوقت ذاته، مما يعني أن الأمر ينتهي بالقطاع العام إلى إعانة القطاع الخاص.
- إخفاق العديد من وزارات الصحة في تنفيذ اللوائح التي تضعها بنفسها أو التي يفترض أن تنفذها لما فيه المصلحة العامة.
- عجز العديد من الحكومات عن منع " السوق السوداء" في مجال الصحة، حيث يسود الفساد، والرشوة وممارسة عمليتين في نفس الوقت؛ وتنتشر الممارسات غير القانونية الأخرى، لا سيما أن مثل هذه السوق التي تنتعش بسبب سوء عمل النظم الصحية وانخفاض أجور العاملين الصحيين، تؤدي إلى زعزعة تلك النظم .

المطلب الثاني: محددات الأداء الصحي

لقد رتب التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية لعام 2000 تحت عنوان " النظم الصحية: تحسين الأداء" الدول من ناحية الأداء الصحي وفقا لعدد من المحددات هي¹ :

1- الاستجابة : أوضح التقرير أن القدرة على الاستجابة تنطوي على أمرين أساسيين، يتمثل أولهما في احترام الأشخاص، بما في ذلك صون كرامة الأفراد والأسر وحفظ أسرارهم ومراعاة حريتهم في اتخاذ القرارات التي تتعلق بصحتهم، ويكمن الثاني في توجيه المرضى وإبداء اهتمام أكبر لشبكات الدعم الاجتماعي لدى توفير الرعاية وإتاحتها، وضمان جودة الخدمات الأساسية، واختيار مقدمي الخدمات الصحية. وتقوم القدرة على الاستجابة أساسا على إمكانية توفر الموارد.

2 - عدالة المساهمة المالية : احتلت البلدان مراتب مختلفة في عملية التصنيف التي أجرتها منظمة الصحة العالمية لتحديد مدى عدالة المساهمة المالية في النظم الصحية، واعتمدت في تصنيفها على القسط الذي تقتطعه كل أسرة من مجموع نفقاتها مع طرح نفقات الأغذية في الدخل، وتخصصه لنفقات الرعاية الصحية، بما في ذلك الضرائب والأقساط المستحقة لصندوق الضمان الاجتماعي وصناديق التأمين الخاصة والمدفوعات المباشرة.

3- مستوى الصحة العام : لأن النظام الصحي الجيد يساهم أساسا في تعزيز مستوى الصحة العام، فقد اختارت منظمة الصحة العالمية الاعتماد على متوسط العمر المأمول باحتساب مدد الإعاقة كمعيار لتقييم مستوى الصحة في العالم، وبالتالي لتقدير مدى النجاح في تحقيق هدف تعزيز مستوى الصحة، حيث يتميز هذا المعيار بأنه قابل للمقارنة بمتوسط العمر المأمول بصفة مباشرة.

¹ قدس برس، مرجع سابق

4- توزيع الانتفاع : ويرى الخبراء أنه لا يكفي ضمان صحة الناس أو تحسبب مستواها في المتوسط إذا ازداد في الوقت ذاته التفاوت بين الفئات أو بقي شاسعا بسبب انتفاع الأفراد المعافين بدرجة أكبر، لذلك فعلى النظم الصحية أن تسعى أيضا إلى الحد من التباينات بإعطاء الأولوية للأنشطة التي ترمي إلى تحسين مستوى صحة الفقراء وتدارك أوجه التفاوت، لتحقيق هدف الارتقاء بمستوى الصحة وبلوغ أفضل مستوى ممكن أي النهوض بالجودة من جهة، والقضاء على التباينات بين الأفراد والجماعات أي تعزيز الإنصاف من جهة أخرى.

5- توزيع التمويل : نبه التقرير إلى وجود طرق جيدة وأخرى سيئة لتمويل النظم الصحية، إلا أنها قد تكون جيدة إلى حد ما إذا ارتبطت أساسا بتوزيع الأعباء المالية توزيعا عادلا، لا سيما أن التمويل العادل يعني التوزيع العادل، مشيرا إلى أن ذلك لا يتعلق بمجموع الموارد المتاحة أو بكيفية توظيف الأموال. ولا ترمي النظم الصحية إلى تحديد مستوى الإنفاق الإجمالي بصفة عامة أو بالاعتماد على الدخل نظرا لوجود طرق أخرى محتملة لاستخدام الموارد المخصصة للصحة على جميع مستويات الإنفاق، حيث يتم تحديد الموارد المخصصة لتمويل النظم الصحية بناء على خيار اجتماعي دون توفير إجابة صحيحة .

والجدير بالإشارة أن النظم الصحية في العالم متعددة ولا يوجد نظام صحي مثالي، إلا أن القاسم المشترك لأفضل النظم الصحية يتمثل في مدى استجابتها لاحتياجات المواطنين وعدالة توزيع تكلفة التمويل على متوسط المواطنين.

ويمكن أن نقارن بين النظم الصحية وفق معايير محددة، يمكن أن نوردتها فيما يلي¹:

1- نمط الحماية الاجتماعية للسكان : وهناك نمطين:

. نظام الحماية الاجتماعية: نظام شامل يغطي كل السكان؛

. نظام الضمان الاجتماعي: مؤسس على الدفع المسبق للاشتراك، والذي يكون ذا هيمنة عمومية.

2- حصة النفقة الصحية من الناتج الداخلي الخام: تعبر عن الثروة الوطنية المخصصة للصحة. وهي

تسمح بالمقارنة بين الدول، وذلك بقياس مرونة نفقات الصحة مقارنة بالناتج الداخلي الخام (تعبر المرونة الأكبر على أن النفقات تتزايد بشكل أسرع من الناتج الداخلي الخام).

3- مصدر تمويل النظام: هناك مصدران مهيمان هما: التمويل بالضريبة والتمويل بالاشتراكات الاجتماعية المقدمة من طرف العمال أو المؤمنين. هذين النمطين يتعلقا أساسا بنوعين من الحماية الاجتماعية، ويمكن أن يسهما في التمويل باختلافات هامة في بعض الأحيان بين البلدان: التأمينات الخاصة، التعاضديات، الجماعات العمومية، المريض.

¹ A.Levy, M.Cazaban, J.Duffour, R.Jourdan, Santé publique, 2éme édition, édition MASSON, 1994, p 8-10

4- منتجي العلاج: ولدينا ما يلي:

أ- مؤسسات العلاج: تنتمي إلى القطاع العام أو القطاع الخاص (يهدف إلى الربح أو لا). نمط تمويلها يكون بالشكل التالي:

. الدفع باليوم الإستشفائي

. التخصيص الشامل

. الدفع حسب المرض

ب- الأطباء: توجد أربعة أنماط للتأجير، كل واحد منها قد يكون له معنى مختلف حسب كل بلد:

- الدفع حسب الفعل l'acte : يعتمد على الاختيار الحر للممارس، ويشمل الكيفيات التالية:

. مكون حصري أو تكميلي للأجر

. الدفع الفوري أو المؤجل

. قيمة معروفة قبل القيام بالفعل، أو تحدد مسبقا (في هذه الحالة ترتبط بحجم الأفعال

الممارسة)

- الدفع حسب قائمة المرضى capitation: يتعلق الأمر أساسا بالأطباء العاملين، حيث يسجل

السكان في قائمة الطبيب ويتوجه إليه في حالة المرض. ويسمح عدد المرضى بحساب أجر

الممارس. ويستعمل هذا النمط من الدفع لتقديم أجر أطباء الصف الأول، والذي يشكل مصفاة للولوج

لمنشآت العلاج أو الأطباء المتخصصين.

- الدفع حسب المرض: ويكون التأجير جزافي من لأجل وضعية معينة. مثال: الولادة.

- الدفع حسب الأجر: يتعلق بالأطباء الذين يعملون لصالح هيكلية معينة (مستشفى، عيادة،

مستوصف....). ويتناسب الأجر مع مدة العمل.

5- دور السلطات العمومية في كل النظم: تعتبر الدولة المسئول على تحديد السياسة الصحية، وتحديد

القواعد العامة؛ لكن دور السلطات العمومية يختلف بصورة كبيرة من بلد لآخر فيما يتعلق بالمراقبة وتسيير

أنظمة الصحة.

6- المؤشرات الصحية: تتمثل المؤشرات الصحية المستخدمة لوصف الحالة الصحية لبلد معين عموما في:

أمل الحياة عند الولادة، المعدل الإجمالي للوفاة، معدل وفاة الأطفال.

المطلب الثالث: إصلاح النظم الصحية

تعني كلمة إصلاح " Réforme " تغيير ايجابي؛ وهي تعتبر مسار مخطط يوجه الأبعاد الإستراتيجية للنظام الصحي، ويشمل مجموعة من المقاييس والتدخلات المستهدفة.

ويوجد اتفاق نسبي على المحاور الأساسية لأي إصلاح للنظام الصحي، والتي تشمل ما يلي¹:

- يجب أن يكون التغيير الحادث هيكلية (Structurel) وليس سطحي (incrémental).
- يجب أن تصاحب أهداف التغيير بتغيير في المؤسسات وليس إعادة تحديد بسيط للأهداف.
- لا بد أن يكون التغيير طويل المدى وله أثر دائم عبر الزمن.
- يجب أن يشمل عددا كبيرا من المقاييس المتناسقة.
- يجب أن يكون المسار موجها من طرف سلطات وطنية و/ أو جهوية.
- تكثيف خصائص البلد مع التغييرات التي سوف تحدث.

والجدير بالذكر أنه من المهم أن نميز بين الإصلاحات المنبثقة من النظم الصحية وتلك المفروضة من الخارج (خاصة بعد الإصلاحات الاقتصادية والسياسية)، وذلك لأن هذه المقارنة تسمح بتقييم إصلاحات الصحة .

فالتغييرات المفروضة من الإجراءات الحكومية، والتي غالبا ما تكون بمساعدة أو ضغط المنظمات الدولية، لم تكن لديها أهداف خاصة أو صريحة لتطوير النظام الصحي، لكن كانت تهدف إلى تحقيق التوازنات الكلية. ويمكن لهذا النوع من التغيير أن ينتج تحسينات في النظام الصحي أو خلق ظروف مناسبة لترقية الصحة، لكن ذلك ليس دائما هدفه الصريح أو المباشر.

ويمكن للتغييرات المفروضة من الخارج أن تكون لها مصادر متنوعة نبرزها فيما يلي² :

- **تغيير النظام السياسي والاقتصادي** : ومثال ذلك الاتحاد السوفياتي سابقا وأوروبا الشرقية مع سقوط جدار برلين.

- **تغييرات القطاع الصحي الناتجة عن إصلاح المؤسسات** (حالة حركة الديمقراطية السياسية في أمريكا اللاتينية): اعتبر هذا التغيير كاستجابة لأزمة الديون والحاجة لإقامة الديمقراطية بعد عشرية من الديكتاتورية والنظم العسكرية. أخذت هذه التغييرات شكل تخفيض موازنات الدولة وإعادة تخصيص السلطات والموارد إلى المجالس البلدية والمقاطعات والمناطق.

1 2 Miloud Kaddar, les reformes des systèmes de santé dans les pays en développement
quels enseignements tires des expériences des dix dernières années

http://www.Santé.gov.ma/sm sm/cmm_web/les_reformes_des_systemes.htm

- التغييرات في قطاع الصحة الناتجة عن سياسات التعديل الهيكلي (PAS) وإعادة الهيكلة الاقتصادية والمالية (حالة برامج التعديل الهيكلي في أمريكا اللاتينية وإفريقيا خلال الفترة الممتدة من 1980 إلى 1990).

وكانت لأشكال التغيير أعلاه نتائج على البلدان التي حدثت فيها، قام " Miloud Kaddar " بعرضها فيما يلي¹:

في دول الاتحاد السوفياتي سابقا وأوروبا الشرقية، كان للتغييرات الهيكلية السياسية والاقتصادية وزن سلبي كبير على ظروف الحياة وعلى المصالح الصحية. فتفكك القطاع العام والتمويل الجماعي للعلاج والدخول المفاجئ لقوى السوق وانتشار الفساد، أدى إلى تراجع الحالة الصحية للسكان. إضافة إلى ذلك خصوصية عرض الخدمات والسلع، والتي عممت على قطاع الصحة، في حين القدرة الشرائية للسكان وللدول تراجعت بصورة كبيرة.

أما النوع الثاني من الإصلاح المفروض من الخارج، نتج عن إصلاح المؤسسات التي قامت به أمريكا اللاتينية، والتي ترجمت عن طريق إجراءات اللامركزية خلال الفترة الممتدة من 1980-1990.

النتيجة كانت في أول الأمر تخفيض الأموال المخصصة لقطاع الصحة من طرف الجماعات المحلية. فاللامركزية في السينغال* تعتبر مثالا يجب تحليله؛ فبعد سنوات من الجهود لتحسين المناطق الصحية، قررت الحكومة لامركزية جذرية للسلطات والموارد العمومية، لكن بدون تعريف الجماعات المحلية بكيفية تخصيص رؤوس الأموال وتسييرها. وكانت النتيجة سوء تنظيم كبير للعلاج وغياب كلي للاتصال ما بين المسؤولين المحليين للمصالح الصحية.

نوع آخر من الإصلاح المفروض من الخارج، وذلك عن طريق برامج التعديل الهيكلي*(PAS) التي مست خاصة إفريقيا خلال سنوات الثمانينات وبداية التسعينات.

صممت برامج التعديل الهيكلي أساسا من طرف البنك العالمي (BM) وصندوق النقد الدولي (FMI) ، وتشمل خفض العملات، تحرير التجارة ، تخفيض النفقات العمومية من أجل مواجهة عجز الموازنة وميزان المدفوعات، وإجراءات الخصوصية وتوسيع دور السوق.

¹ Miloud Kaddar, op.cit

* لمزيد من المعلومات تفحص الموقع التالي:

<http://www.gipspsi.org/GIP8FR/content/download/2970/25248/version/1/file/sénegal.pdf>

* لمزيد من التفصيل أنظر: بلقاسم العباس، التثبيت والتصحيح الهيكلي، جسر التنمية، دورية تعنى بقضايا التنمية في الأقطار العربية يصدرها المكتب العربي للتخطيط بالكويت، العدد الواحد والثلاثون، مايو/أيار 2004 - السنة الثالثة.

كان قطاع الصحة الضحية الأولى، حيث نتج عن ثبات النفقات العمومية والاجتماعية ارتفاع أسعار الأدوية والخدمات وتآزم مشاكل التغذية، توقف التوظيفات، وعدم تغير هيكل الأجور في الوظيف العمومي، مما أدى إلى زيادة النشاطات غير الرسمية في القطاع العام وخارجه.

لكن بعد ذلك أدمجت برامج التعديل الهيكلي بعدا اجتماعيا، يهدف إلى التنبؤ بالآثار السلبية والاحتفاظ بالخدمات الأساسية الوقائية والعلاجية.

والجدير بالإيماءة أننا بإمكاننا أن نميز بين نوعين من الإصلاح: إصلاح كلي (شامل) وإصلاح جزئي. حيث يصيب الإصلاح الجزئي جزء من النظام (مركز استشفائي جامعي، مركز صحي...) أو نوع من السكان (حضري، شبه حضري) أو نوع من الخدمات (استعجالات، تطعيم...)؛ وبالتالي فهو يتعلق بإجراءات جزئية بدون برنامج موسع. أما الإصلاح الكلي أو الشامل، فهو ليس جمع بسيط لعمليات التجديد القليلة، وإنما هو مسار قطيعة مع النظام القديم، والسعي إلى تحقيق حركية جديدة، ويفترض وجود تحليل قبلي للمشاكل والقيود والإمكانيات المتاحة والآثار المحتملة.

المبحث الثاني: التجربة العربية في تطوير الخدمات الصحية

تمثلت التجارب العربية في كل من التجربة المغربية، التجربة التونسية، والتجربة المصرية. وكان

اختيار هذه البلدان للمسوغات التالية:

- اختيرت تونس والمغرب، أخذا بعين الاعتبار القرب الجغرافي، والبعد الثقافي.
- اختيرت جمهورية مصر العربية نظرا لعراقة نظامها الصحي، وكونها سباقة في مجال إصلاحه.

المطلب الأول: التجربة المغربية في تطوير الخدمات الصحية

سنستهل هذا المطلب بالتطرق إلى تنظيم العلاج في المغرب، ثم إلى عرض العلاج ممثل في الهياكل الصحية والموارد البشرية، بعد ذلك إلى مستوى الحالة الصحية ومستوى التمويل، وأخيرا إلى إصلاح النظام الصحي المغربي.

1- تنظيم العلاج وتطوره في المغرب

ينقسم النظام الصحي المغربي إلى ثلاثة قطاعات¹: القطاع العام، بما فيه الخدمات الصحية للقوات المسلحة الملكية، ووزارة الصحة؛ القطاع الخاص (المستهدف للربح) والقطاع الخاص (غير المستهدف للربح). ويعمل القطاع العام على تنفيذ استراتيجيات الوقاية وتعزيز الصحة والمعالجة، عن طريق شبكتين: أولا شبكة الرعاية الصحية الأولية، وتتكوّن من: المستوصف الريفي، المركز الصحي المجتمعي، المستشفى المحلي، المركز الصحي الحضري. وثانيا شبكة المستشفيات والتي تشمل على

¹ يوم الصحة العالمي لعام 2000، لن نغفل الصحة النفسية ولن نخذل مرضاها معلومات موجزة عن البلدان

المستشفيات العامة والمستشفيات التخصصية، والتي تقوم على ثلاثة مستويات من التدخل: العيادات الشاملة للصحة العمومية ومستشفيات العمال، والمستشفيات الجهوية، والمستشفيات الجامعية. يسمح تحليل تطور نظام الصحة في المغرب بتحديد ثلاث مراحل كبرى نعرضها فيما يلي¹:

المرحلة الأولى (1959-1981): وضع وتنمية النظام الوطني للصحة

يعود ميلاد النظام الوطني للصحة في المغرب إلى المؤتمر الوطني الأول حول الصحة، والذي نظم في أبريل 1959 تحت الرئاسة الفعلية للملك "محمد الخامس"، الذي أعلن عن المبادئ التي تشكل حجر الزاوية في السياسة الصحية في المغرب. تصريحان من هذا المؤتمر وضعا التوجه الإجمالي لهذه السياسة: . صحة الأمة مفروضة على الدولة. . وزارة الصحة العمومية عليها ضمان التقييم والتنفيذ.

ترجما هذان التصريحان مسؤولية الدولة على الصحة واختيار سياسة الصحة العمومية. ولتجسيد هذا التوجه، كانت هناك خمسة مخططات للتنمية، ركزت اهتمامها حول تعميم وتنمية عرض العلاج ومكافحة الأمراض والأوبئة الفتاكة. بالإضافة إلى ذلك عرف النظام الصحي تأسيس الكليات الأولى للتغطية الصحية (المجموعات الصحية المتنقلة).

وبالتوازي مع توسع المنشآت، كان هناك مجهود من أجل تنظيم التغطية الصحية، تدعيم الهياكل المركزية وتحديد التنظيم وصلاحيات المصالح الخارجية. وكان الميثاق البلدي فرصة لإلقاء المسؤولية على الجماعات المحلية في بعض الجوانب الصحية (النظافة والتطهير).

المرحلة الثانية (1981-1995): تنمية عرض البرامج الصحية

جاءت هذه المرحلة بعد تسجيل المغرب في إعلان "ألما آتا" Alma-Ata سنة 1978، والذي اعتبر كثنائي أكبر انجاز للمنظمة العالمية للصحة بعد استئصال الجذري. وترجم تعهد المغرب بالإعلان وسياسة العلاج الصحي الأولى من خلال المخطط الرباعي 1981-1985. وشهدت هذه الفترة دعما كبيرا للهياكل الصحية القاعدية وتنمية البرامج الصحية.

المرحلة الثالثة (1995-2000): البحث عن التغيير وإعلان الإصلاح

رغم أن الحديث عن إصلاح الصحة في المغرب بدأ سنة 1993، لكن أول تجسيد له كان سنة 1995، بإعادة هيكلة المصالح المركزية لوزارة الصحة. والتي اعتبرت إعادة هيكلة خاصة لأنها ترجمت البعد العلني للإصلاح:

¹ A.Belghiti Alaoui, la réforme de santé au Maroc: pertinence et opportunités
http://www.sante.gov.ma/smsm/cmm_web/la_reforme_de_sante_au_maroc.htm

- تعزيز استمرارية بعض المديريات، مثل مديرية السكان ومديرية الأوبئة ومكافحة الأمراض، والذي يعبر عن الإرادة في استكمال النجاحات المحققة في البرامج الصحية؛
 - تقييم وتنميين بعض الهياكل، كالتى تتعلق بالأدوية والصيدلة، والتي تنتقل من هيكل أقسام إلى هيكل مديريات مركزية؛
 - إنشاء مديرية المستشفيات والعلاج الاسعافي لكي تكون المحاور الأساسية للمنشآت الاستشفائية، ومن أجل قيادة الإصلاح الإستشفائي؛
 - إنشاء مصلحة اقتصاد الصحة على مستوى مديريةية التخطيط والموارد المالية.
- ويترجم إنشاء مديرتين مركزيتين جديدتين للمستشفيات (الأدوية والتنظيم)، توجه واضح نحو العلاجات الوقائية ونحو تدعيم منشآت إنتاج العلاج والخدمات، والتي تمثل من طرف المستشفيات. بالإضافة إلى ذلك فإن إنشاء مصلحة اقتصاد الصحة يجسد الاهتمام المقدم للتحكم في الجوانب الاقتصادية المرتبطة بالصحة.

2- عرض العلاج

من المهم أن نشير إلى أن نصف عدد المستشفيات بنيت بعد الاستقلال، وبلغ عدد المنشآت الصحية (2530) منشأة سنة 2002¹. أما عدد الأسرة لكل ألف ساكن، فيمكن عرضه في الجدول التالي:

الجدول(1.3): عدد الأسرة لكل ألف ساكن بالمغرب

السنة	1985	1990	1994	1997	2002
عدد الأسرة	1.26	1.29	1.11	0.98	0.8

Source: Lits d'hôpitaux (par 1000 habitants) Maroc

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=MAR&codeStat=SH.MED.BEDS.ZS&codeStat2=x>

يتضح من خلال الجدول أن عدد الأسرة لكل ألف ساكن عرف انخفاضا مستمرا منذ 1990. ويفسر تراجع تطور الهياكل الاستشفائية بالتغيير في تخصص أغلبية المستشفيات المصممة قبل الاستقلال، والتي كانت أساسا مستشفيات الأمراض العقلية والأمراض الصدرية، إعادة ترميم بعض المستشفيات بسبب قدمها، تدعيم الطاقم التقني والتوسع في عرض المراكز الاستشفائية الكبرى، بدون حساب تكلفة الاستثمارات في الهياكل الاستشفائية².

أما ما تعلق بعدد الأطباء لكل ألف ساكن، فكان تطوره كما هو موضح في الجدول التالي:

¹ Royaume du Maroc, ministère de la santé, indicateurs de santé, juillet 2003

<http://www.sante.gov.ma/indicateurdesante/ind.htm>

2 A.Belghiti Alaoui, op.cit

الجدول(2.3): عدد الأطباء لكل ألف ساكن في المغرب

السنة	1993	1994	1997	2001	2004
عدد الأطباء	0.21	0.36	0.46	0.48	0.51

Source: Médecins (par 1000 habitants), Maroc

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=MAR&codeStat=SH.MED.PHYS.ZS&codeStat2=x>

يتضح من خلال الجدول أن عدد الأطباء لكل ألف ساكن قد عرف زيادة مستمرة، لكن بوتيرة ضعيفة، خلال الفترة الممتدة من 1993 إلى غاية 2004.

3- مستوى الحالة الصحية:

يمكن عرض مستوى الحالة الصحية انطلاقا من تطور عدد السكان، معدل الوفاة، تطور الأمراض، وأخيرا توقع الحياة عند الولادة، كما يلي:

أ- عدد السكان

يمكن عرض تطور السكان في المغرب في الجدول التالي:

الجدول(3.3): تطور عدد السكان في المغرب

السنة	عدد السكان
1990	23 917 000
1999	27 521 000
2000	27 838 000
2001	28 160 000
2002	28 485 000
2003	28 814 000
2004	29 824 000
2005	30 168 000

Source: world perspective, Population totale, maroc

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=MAR&codeTheme=1&codeTheme2=SP.POP.-SP.RUR-SP.URB-EN.POP.DNST-EN.RUR.DNST&codeStat=SP.POP.TOTL&codeStat2=x>

يتضح من الجدول أعلاه أن عدد السكان في تزايد مستمر، وبلغ معدل التغير سنة 2005، مقارنة بسنة 1990، (26.13%).

ب- معدل الوفاة

يمكن عرض تطور معدل الوفاة الإجمالي، ومعدل وفاة الأطفال خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى 2005 في الجدول التالي:

الجدول(4.3): تطور معدل الوفاة الإجمالي ومعدل وفاة الأطفال في المغرب في الفترة 1990 - 2005

2005	2002	2000	1995	1990	
5.67	5.83	5.98	6.57	7.76	معدل الوفاة الإجمالي لكل 1000 ساكن
36	40.24	45	56	69	معدل وفاة الأطفال لكل 1000 مولود حي

Source:

- world perspective, Taux de mortalité brut (par 1000 habitants), Maroc
<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=MAR&codeStat=SP.DYN.CDRT.IN&codeStat2=x>

- world perspective, Taux de mortalité - enfants (par 1000 naissances), Maroc
<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=MAR&codeStat=SP.DYN.IMRT.IN&codeStat2=x>

يتبين من الجدول أن كل من معدل الوفاة الإجمالي، ومعدل وفاة الأطفال لكل ألف مولود حي، قد عرف انخفاضا مستمرا خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى غاية 2005.

أما معدل وفاة الأمهات فبلغ ما بين 1995 و 2003 (227) لكل 100000 مولود حي¹.

ج- تطور الأمراض

إذا أخذنا الأمراض ذات التصريح الإجباري، نلاحظ أن الأمراض لديها ثلاثة أبعاد²:

- اتجاه نحو الانخفاض: مثل الأمراض المستهدفة بالتطعيم، بالإضافة إلى التيفويد، ولكي لا نذكر هذه فقط، فهناك الشلل والدفتيريا لم تسجل أية حالة منذ خمس سنوات.
- اتجاه نحو الاستمرار: مثل حالة مرض السل، والذي يبقى من بين المشاكل الهامة للصحة العمومية في المغرب. فحوالي 30.000 حالة مصرح بها سنويا.
- اتجاه نحو البروز: مثل الأمراض المزمنة وأمراض السرطان.

ويتبين من خلال ما سبق أن المغرب يواجه عبء مزدوج للأمراض (متنقلة وغير متنقلة).

د- توقع الحياة عند الولادة

وفيما يتعلق بتوقع الحياة عند الولادة، فيمكن عرضه في الجدول التالي:

الجدول(5.3): تطور توقع الحياة عند الولادة في المغرب

2005	2002	2000	1995	1990	
70.37	69.47	68.80	66.90	64.31	توقع الحياة عند الولادة (سنة)

Source: world perspective, Espérance de vie à la naissance (année), Maroc

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=MAR&codeStat=SP.DYN.LE00.IN&codeStat2=x>

¹ Macro en bref

http://www.unicef.org/french/infobycountry/moroco_statistics.html

²A.Belghiti Alaoui, op.cit

يتجلى من الجدول السابق أن توقع الحياة عند الولادة في ارتفاع مستمر خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى غاية 2005.

4- مستوى تمويل العلاج:

تنقسم مصادر التمويل في المغرب إلى أربعة مصادر هي: الأسر، الدولة، الجماعات المحلية، المشاركة الدولية.

ويمكن عرض تطور نفقات الصحة كنسبة من الناتج الداخلي الخام في الجدول التالي:

الجدول (6.3): تطور نفقات الصحة كنسبة من الناتج الداخلي الخام في المغرب خلال الفترة 2004-2000

2004	2003	2002	2001	2000	
5.1	5.1	5	4.9	4.8	نسبة نفقات الصحة من الناتج الداخلي الخام

Source: world perspective, Dépenses en santé (total) (% du PIB), Maroc

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=MAR&codeStat=SH.XPD.TOTL.ZS&codeStat2=x>

يتبين من الجدول أن نفقات الصحة كنسبة من الناتج الداخلي الخام قد عرفت استقرارا نسبيا خلال الفترة الممتدة من 2000 إلى غاية 2004.

أما ما تعلق بنفقات الصحة العمومية، ونفقات الصحة الخاصة كنسبة من الناتج الداخلي الخام، فيمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول (7.3): نفقات الصحة (القطاع العام والقطاع الخاص) كنسبة من الناتج الداخلي الخام في المغرب

السنة	نسبة نفقات الصحة العمومية	نسبة نفقات الصحة الخاصة
2000	1.498	3.302
2001	1.588	3.312
2002	1.64	3.36
2003	1.708	3.392
2004	1.749	3.351

Source:

- world perspective, Dépenses en santé (secteur public) (% du PIB), Maroc

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=MAR&codeStat=SH.XPD.PUBL.ZS&codeStat2=x>

- world perspective, Dépenses en santé (secteur privé) (% du PIB), Maroc

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=MAR&codeStat=SH.XPD.PRIV.ZS&codeStat2=x>

يوضح الجدول أعلاه أن النفقات العمومية للصحة، قد عرفت ارتفاعا مستمرا خلال الفترة الممتدة من 2000 إلى 2004. وشهدت النفقات الخاصة للصحة، والتي تشكل تقريبا ضعف النفقة العمومية للصحة، ارتفاعا لكن بوتيرة أضعف حتى سنة 2003، ثم تتخفف بعد ذلك.

ويتبين من خلال العرض السابق أن النظام الصحي في المغرب يعاني من ضعف في تمويل العلاج وتضامن ضعيف في التمويل، ويعتبر هذا السبب الثاني المحفز للقيام بالإصلاح الصحي، بعد الانتقال المزدوج (ديموغرافي، وبائي)، ويسمى بإصلاح التمويل.

5- الإصلاح الصحي في المغرب

غداة الاستقلال، تبنى المغرب نظاما صحيا أين الدولة هي المسؤولة عن الوظائف الأساسية التالية: إنتاج العلاج والخدمات، تمويل العلاج، إدارة المنشآت وضبط القطاع.

كون هذا النظام كان شابا ومتطور نوعا ما، كان التوفيق بين الوظائف الأربعة ممكن ومفسر بظرفية الاستقلال. لكن بالتوازي مع تطور التغطية الصحية وزيادة حجم الهياكل والعمال، لم يعد المغرب قادرا على ضمان متطلبات الفعالية والجودة والكفاءة للنظام العلاجي.

وكما أسلفنا الذكر أن الانتقال الديموغرافي والصحي وضعف تمويل العلاج تعتبر أحد الأسباب الرئيسية لإصلاح النظام الصحي في المغرب، والذي كان مدعوما بمشروعين، أساسيين هما¹:

- مشروع التمويل وتسيير قطاع الصحة، والممول عن طريق قرض من البنك الدولي للإنشاء والتعمير (BIRD) بـ 72 مليون دولار، والذي يأخذ على عاتقه إصلاح التمويل وإصلاح المستشفيات.
- مشروع تدعيم تسيير قطاع الصحة، والممول عن طريق هبة من الاتحاد الأوروبي بمقدار 20 مليون أيكوس، والذي يأخذ على عاتقه جوانب الإصلاح المرتبطة بالجهوية وتوازن فرع العلاج.

ويرتكز إصلاح نظام الصحة في المغرب على أربعة خيارات إستراتيجية هي:

- الجهوية: La régionalisation

تشكل الجهوية أول خيار استراتيجي، فهي فرصة لتحريك نظام الصحة. وباعتبارها شكلا من أشكال اللامركزية، فهي تستجيب لضرورة مزدوجة للدمقرطة والترشيد الإداريين. هذا يعني أنها تمنح مسؤولية أكثر للمستويات المحلية، والتي هي معنية بالدرجة الأولى بالمشاكل الصحية. وتعتبر الجهوية كذلك أداة لتجنيد مشاركة الجماعات المحلية في تخطيط وتمويل العلاج، وهي وسيلة إعادة توزيع للموارد البشرية والمالية².

- مقارنة نظام الصحة المدمج L'approche du Système de Santé intégré

يبرر اختيار هذه المقاربة بقدرتها على إدماج أربع عادات تنظيم للخدمات في المغرب: التنظيم في القطاعين العمومي والخاص، تنظيم بالشبكات (الاستشفاء، العلاج، الصحة الأساسية)، التنظيم عن طريق البرامج الصحية، والتنظيم عن طريق الخدمات غير المركزية³.

1 2 A.Belghiti Alaoui, op.cit

3 A.Belghiti Alaoui, ibid

- الإصلاح المالي:

ويكون الإصلاح المالي عن طريق التأمين الإجباري على المرض ونظام المساعدة الطبية¹.

- إصلاح المستشفيات

و يرتكز على ست نقاط هي²:

- . إعادة هيكلة المستشفيات فيما يخص المهام، التدرج الهرمي (مستويات العلاج: الثالثة، الثانوية، الأولية، أقطاب التميز...) والتنظيم الداخلي.
- . تحسين التسيير مع تنمية الكفاءات التسييرية وإدخال آليات جديدة وأدوات تسيير، تقييم، تدقيق، ومراقبة داخلية.
- . تحسين جودة العلاج والخدمات الصحية مع إدخال آليات تقييم الجودة والأداء.
- . تجنيد وإعادة تقويم وتحفيز العمال.
- . تجديد المنشآت وتحديث المعدات الاستشفائية وشبه الطبية.
- . تحسين ظروف الاستقبال وإقامة المرضى.

إضافة إلى ما سبق يهدف إصلاح الصحة في المغرب إلى إعادة توزيع الوظائف الكبرى لنظام الصحة، خاصة الفصل بين وظيفة التمويل ووظيفة إنتاج العلاج، والفصل بين وظيفة الوصاية ووظيفة تسيير وتنمية ووظيفة الضبط كما يلي³:

- **الفصل بين التمويل وإنتاج العلاج:** في هذا الإطار، عمل المغرب على إدخال آليات تمويل ممثلة أساسا من طرف التأمين الإجباري على المرض ونظام المساعدة الطبية، اللذين سيسمحان للمغرب من تحقيق تغطية طبية تقدر بـ 50%، ويسمح للمستشفيات من تمويل نفسها من أجل تحرير إعاناتها بهدف تدعيم شبكة العلاج الصحي الأساسي.

- **الفصل بين الوصاية وإدارة المنشآت:** لامركزية التسيير يجب على دور الدولة أن يتمثل في التحكم في النظام الصحي وتجنيد التمويلات، ويكون دور المنشآت والإدارات الخارجية هو السهر، عن طريق نظام جيد للتسيير، على تأمين فعالية وكفاءة إنتاج العلاج والخدمات. ولتحقيق هذا، يجب تحويل بعض سلطات التخطيط إلى المنشآت وإعادة تركيز دور الدولة على وظيفة التحكم والضبط.

- **تدعيم وظيفة الضبط:** يرتكز الضبط في الإصلاح الصحي المغربي على ثلاث سياسات أساسية: **التخطيط:** ويتم عن طريق إدخال أدوات تخطيط جديدة خاصة البطاقة الصحية، المخطط الجهوي للتنظيم الصحي (SROS)، ومشروع المنشآت الاستشفائية (PEH). ويرتكز هذا الأخير (PEH) على

2 3 Saida chouaa JRondi, la réforme Hospitalière Au Maroc

http://www.Sante.gov.ma/SmSm/cmm_web/la_reforme_Hospitalier_Au_Maroc.htm

³ A.Belghiti Alaoui, op.cit

ضرورة تجديد كل العوامل الاستشفائية، وتدعيم نظام التوجيه الموجود بين المستشفيات ومراكز الصحة وتوازن فرع العلاج.

. **التعاقد:** يستهدف التعاقد تطوير المنافسة المنظمة، والتي تعتبر أحد الأسس لتحقيق أحسن أداء لمنشآت إنتاج العلاج.

وفي هذا الإطار يجب تطوير نظام الاعتماد Accreditation لخلق منافسة معينة في مجال ضمان الجودة.

. **ضبط النفقات:** في إطار المشروعين المتعلقين بالتأمين الإجباري على المرض ونظام المساعدة الطبية، كان من المنتظر إنشاء وكالة وطنية لضبط تمويل العلاج. هذه الأخيرة لها دور تأطير العلاقات ما بين الممولين ومنتجي العلاج وتحكيم الخيارات والنزاعات المحتملة.

انطلاقاً مما سبق يمكن أن نستنتج أن إصلاح النظام الصحي في المغرب كان يرتكز على النقاط التالية:

- تحسين التغطية الصحية؛
- إصلاح نظام التمويل انطلاقاً من توسيع التأمين الإجباري على المرض ونظام المساعدة الطبية؛
- تحسين إدارة المصالح الصحية بالتركيز على إصلاح المستشفيات في إطار نظام علاج مدمج، وشكل تنظيمي صحي وطني وجهوي؛
- إصلاح مؤسساتي انطلاقاً من إعادة تحديد الأدوار الجديدة للوزارة (الضبط، التخطيط، التقييس وتحديد السياسة الصحية).

المطلب الثاني: التجربة التونسية في تطوير الخدمات الصحية

سوف نتبع نفس النهج كما ورد في التجربة المغربية بالتطرق للجوانب التالية: هيكل الرعاية الصحية، عرض العلاج، مستوى الحالة الصحية ومستوى التمويل، وأخيراً لمشروع الإصلاح في مجال الصحة.

1- تنظيم العلاج في تونس

يشمل النظام الصحي في تونس ثلاثة قطاعات، وهي القطاع العام، القطاع شبه العام، والقطاع الخاص.

وتوفر هذه القطاعات جملة من الخدمات الصحية العلاجية والوقائية لصالح المواطنين

ويتضمن القطاع العلاجي العام ثلاثة مستويات من حيث الاهتمام، وهي¹:

- المستوى الأول الذي يتكون من شبكة مراكز الصحة الأساسية، والمستشفيات المحلية؛
- المستوى الثاني الذي يخص المستشفيات الجهوية والنهارية والمراكز الوسيطة؛
- المستوى الثالث الذي يتكون من المستشفيات والمعاهد الجامعية.

يعتبر الانتفاع بخدمات هذا النظام مضمون لكافة شرائح المجتمع دون استثناء، إذ أن المواطن التونسي، مهما كان دخله، يتمتع بتغطية صحية تمكنه من الانتفاع بخدمات النظام العام. وخلال الفترة 1992 - 1996، تم إنجاز مشروع لإصلاح التصرف الإستشفائي يخص المستشفيات الجامعية التي تم تحويلها إلى مؤسسات عمومية للصحة، مما يضمن لها أكثر استقلالية ومرونة في ميدان التصرف. وقد تميّز المخطط التاسع، بالبدء في إنجاز المشروع القطاعي للصحة، الذي يركز على ثلاث أولويات للقطاع الصحي، تتمثل في تأهيل المستشفيات الجهوية والنهوض بالخدمات الاستعجالية وإرساء نظام معلوماتي للصحة.

2- عرض العلاج

يشمل عرض العلاج الهياكل الصحية والموارد البشرية، والتي يمكن عرضها في الجداول التالية:

أ- الهياكل الصحية

تتمثل الهياكل الصحية في المستشفيات، مراكز الصحة الأساسية، والتي يمكن عرض طاقتها السريرية في الجدول التالي:

الجدول (8.3): تطور الهياكل الصحية في تونس

2003	2002	2001	2000	1999	1990	
168	168	167	167	164	156	عدد المستشفيات
2052	2028	2008	1981	1957	1506	مراكز الصحة الأساسية
16682	16682	16659	16659	16256	15352	عدد الأسرة (القطاع العام)

Source: Ministère de la santé, institut national de la statistique, statistiques économiques et sociales de la Tunisie, république tunisienne.

http://www.ins.tn/_private/idc/page01040.idc

يوضح الجدول أعلاه أن عدد المستشفيات في تزايد بطيء منذ 1990، حيث بلغ معدل الزيادة مقارنة بسنة 2003 (7.69%) فقط. بينما عرف عدد مراكز الصحة الأساسية ارتفاعا مستمرا، وبوتيرة أسرع. إذ بلغ معدل الزيادة (36.25%)، عند مقارنة سنة 1990 بسنة 2003. كما ارتفع عدد مراكز الصحة الأساسية عام 2004 إلى 2067 مركزا، كما ارتفعت كثافة هذه المراكز من مركز واحد لكل 5563 ساكن سنة 1987 إلى مركز واحد لكل 4800 ساكن سنة 2004¹.

أما ما تعلق بتطور الموارد البشرية، فيمكن عرض الجدول التالي:

الجدول(9.3): تطور الموارد البشرية في تونس

2003	2002	2001	2000	1999	1990	
8189	7964	7767	7444	7149	4424	الأطباء
1534	1394	1380	1315	1301	809	جراحي الأسنان
2170	2050	1998	1951	1690	1240	صيادلة
29976	31429	30392	27392	27050	23743	الطاقم شبه الطبي
1207	1156	1167	1284	1284	1825	عدد السكان لكل طبيب
330	311	318	340	316	340	عدد السكان لكل شبه طبي

Source: Ministère de la santé, institut national de la statistique, statistiques économiques et sociales de la Tunisie, république tunisienne.

http://www.ins.tn/_private/idc/page01041.idc

يظهر الجدول أن كثافة الأطباء قد ارتفعت، وسجل معدل زيادة سنة 2003 يقدر بـ (33.86%) مقارنة بسنة 1990. بينما شهدت كثافة الطاقم شبه الطبي زيادة طفيفة قدرت بـ (2.94%)، ويرجع ذلك إلى أن الزيادة في عدد السكان كانت أكبر من الزيادة في عدد أفراد الطاقم شبه الطبي. إلى جاني القطاع العام، يسهم القطاع الخاص في تقديم الرعاية الصحية في تونس. حيث يشهد تطورا مستمرا. فقد ارتفع عدد المصحات الخاصة من 28 مصحة سنة 1987 إلى 82 مصحة سنة 2004. ولا تدخل في هذا العدد مراكز تصفية الدم، والتي يبلغ عددها حاليا 99 مركزا مقابل 13 فقط سنة 1987. ويتوفر بالقطاع الخاص 4371 عيادة طبيّة و 1631 صيدليا لبيع الأدوية إضافة إلى 201 مخبرا للتحاليل الطبية و 1002 محلاّ للأنشطة شبه الطبيّة الحرّة. وشهدت الاستثمارات التي أنجزها الخواص في الميدان الصحي نموا مطّردا تجاوز التقديرات. وقد مكّنت هذه الاستثمارات من تدعيم الطاقة السريرية ووسائل النقل المعدّة للأغراض الطبيّة، ومن اقتناء أجهزة ثقيلة (كجهاز تفتيت الحصى في المجاري البولية الخ....)¹.

3- مستوى الحالة الصحية

سنتعرض لمستوى الحالة الصحية انطلاق من جملة من المؤشرات، تتمثل في: معدلات الوفاة، معدلات الولادة، وأخيرا توقع الحياة عند الولادة، وذلك في الجداول التالية:

أ- عدد السكان

يمكن عرض تطور عدد السكان في تونس في الجدول التالي:

الجدول(10.3): تطور عدد السكان في تونس

الوحدة: ألف

2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1990	
10029.0	9941.0	9839.8	9781.9	9673.6	9563.5	9455.9	8154.4	السكان

Source: Ministère de la santé, institut national de la statistique, statistiques économiques et sociales de la Tunisie, république tunisienne.

http://www.ins.tn/_private/idc/page010000.idc

يلاحظ من الجدول أن عدد السكان في تونس في تزايد مستمر، حيث سجلت سنة 2004 نسبة زيادة تقدر بـ (21.9%) مقارنة بسنة 1990.

ب- تطور معدل الولادة والوفاة

يمكن إظهار هذا التطور في الجدول التالي:

الجدول(11.3): تطور معدل الولادة والوفاة في تونس

2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1990	
17.1	16.8	17.1	16.7	16.9	17.1	16.9	25.2	معدل الولادة الإجمالي لكل 1000 ساكن
6	6	6.1	5.8	5.5	5.6	5.7	5.6	معدل الوفاة الإجمالي لكل 1000 ساكن
20	-	21.1	22.1	22.8	23.8	24.2	37.3	معدل وفاة الأطفال لكل 1000 مولود حي

Source: ministère de la santé, institut national de la statistique, statistiques économiques et sociales de la Tunisie, république tunisienne.

http://www.ins.tn/_private/idc/page01002.idc

انطلاقاً من الجدول يمكن تسجيل الملاحظات التالية:

- انخفض معدل الولادة ما بين سنة 1990 و 1999، ليرتفع بعد ذلك سنة 2000، ثم يعاود الانخفاض إلى غاية سنة 2002، ليرتفع بشكل بسيط سنة 2003، بعد ذلك ينخفض سنة 2004، ليرتفع مجدداً سنة 2005.
- عرف معدل الوفاة الإجمالي ارتفاعاً بسيطاً ما بين سنة 1990 و 1999، ثم انخفض بعد ذلك إلى غاية سنة 2001، ليرتفع مجدداً سنة 2002 ويستمر هذا الارتفاع حتى سنة 2003، ثم يستقر بعد ذلك.
- شهد معدل وفاة الأطفال انخفاضاً مستمراً طول الفترة الممتدة ما بين 1990 و 2005.

ج- توقع الحياة عند الولادة

يمكن إبراز تطور توقع الحياة عند الولادة في الجدول التالي:

الجدول(12.3): تطور توقع الحياة عند الولادة في تونس

2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1990	
73.45	73.30	73.1	73,0	72,9	72,6	72,5	70,3	توقع الحياة عند الولادة (سنة)

Source: ministère de la santé, institut national de la statistique, statistiques économiques et sociales de la Tunisie, république tunisienne.

http://www.ins.tn/_private/idc/page01002,idc

يتجلى من الجدول أن توقع الحياة عند الولادة عرف تزايدا مستمرا خلال الفترة الممتدة ما بين 1990 و 2005.

4- التمويل

يمكن عرض تطور نسبة النفقة العمومية للصحة من موازنة الدولة والنتائج الداخلي الخام، والنفقة الخاصة للصحة كنسبة من إجمالي نفقات الصحة، في الجداول التالية:

الجدول(13.3): تطور نسبة نفقة الصحة العمومية من موازنة الدولة والنتائج الداخلي الخام في تونس

2003	2002	2001	2000	1999	1990	النفقات العمومية
8,0	8,1	6,9	8,5	8,7	7,5	نفقة الصحة العمومية كنسبة من موازنة الدولة
1,9	2,0	2,2	1,9	2,1	2,2	نفقة الصحة العمومية كنسبة من الناتج الداخلي الخام

Source: Ministère de la santé, institut national de la statistique, statistiques économiques et sociales de la Tunisie, république tunisienne,
http://www.ins.tn/_private/idc/page01040,idc

يتجلى من الجدول أن نسبة نفقات الصحة العمومية من موازنة الدولة، قد عرفت ارتفاعا خلال الفترة الممتدة من سنة 1990 إلى غاية سنة 1999، لتتخفص فيما بعد حتى سنة 2001، لتعاود الارتفاع بعد سنة 2002. أما نسبة نفقة الصحة العمومية من الناتج الداخلي الخام، فشهدت استقرارا نسبيا خلال الفترة 1990 - 2003.

الجدول(14.3): تطور نفقات الصحة الخاصة كنسبة من إجمالي نفقات الصحة، وكنسبة من الناتج الداخلي

الخام في تونس

الوحدة (%)

2003	2002	2001	2000	1999	1998	النفقات الخاصة كنسبة من إجمالي نفقات الصحة
-	50,1	49	51,5	47,7	49,7	النفقات الخاصة كنسبة من الناتج الداخلي الخام
2.8	-	-	2.74	2.58	2.49	

Source:

- niveau mesuré des dépenses se santé pour 1998-2002

<http://www.who.int/whr/2005/annex/fr/index.html-15k>

-world perspective, Dépenses en santé (secteur privé) (% du PIB), Tunisie

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=TU>

[N&codeStat=SH.XPD.PRIV.ZS&codeStat2=x](http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=TU)

يتضح من الجدول أن نسبة نفقات الصحة الخاصة معتبرة، بحيث تشكل تقريبا 50% من نفقات الصحة، وقد شهدت تغيرا طفيفا خلال الفترة الممتدة من 1998 إلى غاية 2002. أما نفقات الصحة الخاصة كنسبة من الناتج الداخلي الخام، فعرفت تغير طفيفا خلال الفترة الممتدة من سنة 1998 إلى غاية 2003.

5- الإصلاح الصحي في تونس¹:

تمثل هدف الإصلاح في تحقيق كفاءة وجودة الخدمات المقدمة من طرف المستشفى العمومي، وذلك بتحسين الكفاءة الداخلية للمستشفيات الجامعية على أساس المعلومات المرتبطة بنشاطات وتكاليف العلاج، وهذا ما يسمح للسلطات العمومية بمراجعة تقسيم الأعباء المالية للنظام الصحي العمومي.

أما الأهداف الوسيطة الأساسية، فتمثلت فيما يلي:

- تحسين الكفاءة الداخلية للمستشفيات الجامعية عن طريق ترشيد التكاليف وتطوير جودة الخدمات؛
- توفير المعلومات المتعلقة بالأنشطة وتكاليف الهياكل الاستشفائية للسماح بتغيير كفاءات توزيع الأعباء المالية للقطاع ما بين المصادر المؤسسية والمالية.

ولقد قسم تحقيق مشروع دعم إصلاح المستشفيات الى أربعة أجزاء هي:

- جزء مؤسساتي: مجسد عن طريق القانون 91-63 بتاريخ 29 جويلية 1991 الذي أنشئ بموجبه المنشأة العمومية للصحة، وحدة مستقلة لها شخصية مدنية، مدارة عن طريق القانون التجاري، مسيرة عن طريق مجالس إدارية، ومدارة عن طريق مديريات عامة وتخضع لوصاية الدولة. بالإضافة الى ذلك، حولت المستشفيات، المراكز والمعاهد المتخصصة ذات الطابع الجامعي بالترجيح الى منشآت صحية عمومية خلال أربع سنوات، من 1992 الى 1995.

- جزء تسييري: والذي يهدف الى وضع نظام معلوماتي للتسيير. وفي هذا الإطار، وضع دليل موحد للإجراءات النمطية للتسيير، مجرب وموضوع حيز التطبيق، كما صممت ووجهت برمجيات حسب البرمجة المتبناة داخل المنشآت الصحية العمومية المعنية. وتطلب وضع واستغلال هذا النظام تنمية قدرات الموارد البشرية التي تعمل في المنشآت الصحية، بالإضافة الى جملة من عمليات التوظيف التي شملت مجموعة من الكفاءات المختلفة في المستشفيات المعنية، كما خضع العمال والموظفين الجدد الى برامج تكوين مستمر وإعادة رسكلة مكثفة.

- جزء مخصص لدراسات تحضر لإصلاحات أخرى للنظام الصحي: ويهدف إلى:

. إصلاح نظام المساعدة الطبية المجانية الذي يعاني من عيوب الاستهداف والتي ترجعه مكلفا جدا؛

. تحليل واقتراح بدائل الإصلاح لأنظمة تأمين المرض العمومية والخاصة؛

. وضع منهجية تطبيقية من أجل تحميل النفقات الاستشفائية على مختلف المصادر المؤسسية

لتمويل العلاج الصحي؛

¹ Hédi Achouri, le Projet D'appui à la reforme Hospitalière Objectifs, implémentation, Résultats et enseignements, 30eme congres Médical Maghrébin.

<http://www.ibnSina.promed.Com/tu/Avicenne/médecine/congres/Rapport.asp>

. وضع المخططات التوجيهية الاستشفائية *Plans directeurs Hospitaliers* ، كأداة للتخطيط على المدى المتوسط، لتنمية المنشآت الاستشفائية الجامعية؛
. وضع مخطط استراتيجي صحي، الذي يرسم توقعات التنمية على المدى الطويل لقطاع الصحة، في إطار التحولات.

- جزء تأهيل الهياكل القاعدية وتحسين الخدمات: الذي يهدف، مع برامج أخرى، الى تجديد والحصول على المعدات الطبية، الأثاث والبنية التحتية، بالإضافة الى التهيئة التقنية للمستشفيات المعنية بالمشروع.

وتمثلت نتائج مشروع دعم إصلاح المستشفيات فيما يلي:

أ- الكفاءة: بينت مؤشرات تشغيل المنشآت الصحية العمومية تحسنا في الكفاءة:

- سجلت النشاطات الاسعافية للمنشآت العمومية للصحة (الفحص الخارجي والمستعجل) زيادة سنوية متوسطة بـ4% خلال الفترة الممتدة من 1992 الى 1998.
- خلقت هذه النشاطات الاسعافية عمليات استشفائية قليلة، فالعلاقة بين إجمالي الفحوصات وعمليات القبول انتقلت من 8 سنة 1991 الى 9 سنة 1998، وهذا ما يبين كفاءة عالية للفحوصات وانخفاض العمليات الاستشفائية الممكن تجنبها.
- زيادة حالة الاستشفاء خلال الفترة الممتدة من 1992 الى 1998 بـ 2,5% سنويا، مما سمح بتخفيض تدريجي لطوابير الانتظار، عن طريق تخفيض مدة الإقامة المتوسطة بيوم واحد ما بين سنة 1991 و1998، هذا ما يكافئ تجنيد 900 سرير إضافي في المنشآت الصحية العمومية.
- تطور استغلال القدرات الاستشفائية بزيادة في دوران الأسرة، حيث انتقل من 34 الى 36 مريض لكل سرير، وذلك خلال الفترة الممتدة من 1992 الى 1998، في حين استقر معدل شغل الأسرة حول 76%.
- خضعت بعض التجهيزات الثقيلة لتنظيم معين يسمح من استعمال المشترك من طرف العديد من المنشآت، وفق برنامج محدد مسبقا.
- تحسنت تغطية المستحقات لدى الغير، هذا ما سمح بجمع موارد إضافية.

ب- الإنتاجية: يمكن تسجيل النتائج التالية:

- كان تطور الموارد المالية ثابتا، بلغ 5% في المتوسط سنويا خلال الفترة 1992 و1998، وبقي أصغر من الزيادات المترجمة للنشاط، علما بأن هذه الأخيرة مكلفة جدا. بهذه الوتيرة، نجحت عدة منشآت صحية عمومية في القضاء على عجزها السابق أو تقليله (42% من موازنات التشغيل سنة 1992 و27% فقط سنة 1998) ومواجهة النشاط الجديد المكلف جدا بالتحسين التدريجي لظروف التكفل بالمرضى.

- لم تتطور الموارد البشرية المجنّدة في المراكز الصحية العمومية إلا بنسبة 2,3% سنوياً من سنة 1992 إلى سنة 1998. وإذا أقصينا العمال المسيرين، تصبح هذه الزيادة 1,9% فقط، في حين زاد النشاط بنسب كبيرة جداً؛ هذا ما يدل على تنظيم أفضل للخدمات العلاجية وتحسين إنتاجية الطاقم المعالج.

ج- الجودة: يمكن تسجيل النتائج التالية:

- لم تعرف مؤشرات متابعة جودة خدمات العلاج في المنشآت الصحية العمومية، هذا ما لا يسمح بالقيام بتقييم كلي للجودة وتطورها عبر الزمن، في كل مرة نسجل تحسن في ظروف الاستقبال، الإقامة والخدمة وتسيير نفايات المستشفيات، وذلك بفضل وضع حيز التطبيق أنشطة خاصة بالتكوين والتحسيس.

- لم تحدد ضخامة ردود أفعال السكان حول إصلاح المستشفيات وفق قاعدة علمية للمقارنة، خاصة على مستوى اختيارهم وإشباعهم. وبالمقابل لم تكن هناك ردود أفعال سلبية صريحة حول إجمالي مسار الإصلاح.

د- التمويل وتقاسم الأعباء: يمكن ذكر النتائج التالية:

- خففت وسمحت دراسات إصلاح آليات التمويل الذي توقعها المشروع من تجسيد الأفعال التي قادتها الحكومة، والتي ترجمت بمراجعة النصوص القانونية التي تعيد تنظيم مجانية العلاج وتسعيرات العلاج المخفضة والإدخال التدريجي، منذ 1996، لفوترة العلاج الإسعافي والاستشفائي للمؤمنين الاجتماعيين. سمح هذا المسار من تجنيد موارد إضافية لفائدة المنشآت الصحية العمومية.

- تطور المنشآت الصحية العمومية (بدون أخذ أجور العمال)، حيث سجل تمويل موازنات تشغيل انخفاض تدريجي لحصة موازنة الدولة وزيادة حصة صناديق الضمان الاجتماعي والحصيلة الخاصة. شهدت أجور عمال المنشآت الصحية العمومية، ممولة إجمالاً من طرف الدولة، زيادات متتالية ناتجة عن زيادة عدد العمال وإلى التعديلات السنوية للأجور. وانخفضت نسبتها بالنسبة للموازنة العامة للمنشآت الصحية العمومية (تدمج الأجور) تدريجياً، بحيث انتقلت من 60,8% سنة 1992 إلى 53,4% سنة 1998.

فبعد استعراض نتائج مشروع إصلاح المستشفيات، يطرح توافق نشاطاته مع أهدافه، مجموعة من الأسئلة المتعلقة بـ:

- قرار تركيز جهود المشروع حول إصلاح المستشفى، بدون توقع في نفس الوقت تطور نشاط الوصاية، عن طريق تنظيم أكثر ملائمة وعن طريق تدعيم قدراتها في مجالات التخطيط، البرمجة، التقييم والمراقبة. خلقت هذه المقاربة، التي تركز على إرادة تركيز كل الموارد في المستشفى، تباعداً ما بين توقعات المنشآت الصحية العمومية والوصاية في تطور علاقتهما.

- درجة الاستقلالية الممنوحة للمنشآت الصحية العمومية، خاصة الاحتفاظ بعمالها تحت قوانين الوظيف العمومي، مسيرة عن طريق الإدارة المركزية لوزارة الصحة العمومية، والتي توصل كذلك في تسيير أغلبية استثماراتها ومعداتنا الكبيرة.
- أسهم التحضير الضعيف للإدارة المركزية والمستشفيات لتولي أدوارها الجديدة في الحد من تطبيق الاستقلالية قانونيا.
- اقتصار المشروع على جوانب تسييرية محضة دون تحضير إجراءات خاصة لتسيير العلاج والتحسين المستمر للجودة. تبقى هذه المقاربة جيدة، حيث كان لابد أولا تدارك التأخير الهام والمتراكم من طرف المكونة التسييرية لنظام العلاج، والتي لم تتطور بنفس وتيرة مكونات العلاج الطبي والتمريضي.
- ويحتم التطبيق المستقبلي لإصلاح التأمين على المرض، تطور العلاقات مع تنظيمات التمويل، تطور نظام المعلومات من جهة، وضرورة مواجهة عدم الفعالية التقنية من جهة أخرى.
- التعليمات المحدودة نسبيا لمجلس إدارة المنشآت الصحية العمومية، رئاسته النظامية عن طريق ممثل وزارة الصحة العمومية، وكون المدير العام لا يشكل طرفا، لابد على المشروع أن يكون حذرا عند انطلاق مسار الاستقلالية، بإنشاء أولا حوار منظم ما بين مجلس الإدارة والوصاية، وتجنبنا للمدير العام من وضعية صراع ما بين المجلس والسلطة الهرمية. نشر مشروع مراجعة تنظيم المنشآت الصحية العمومية، وسمح بإعادة النظر في مهام وتركيبية مجلس الإدارة.
- كل منشأة صحية عمومية لها لجنة طبية أو علمية استشارية، يشارك فيها المدير العام أو ممثله. تقلصت هذه الصلاحيات، و يرى المشرع ضرورة السهر من أجل التقييم الدوري للكفاءة وفعالية تشغيل جميع المصالح، والتي تقوم بإعداد تقرير سنوي متعلق بالتقييم التقني والاقتصادي للعلاج، كما تم اقتراح أفكار من أجل إعادة فحص مكانة وكيفيات تشغيل اللجنة الطبية.
- إذا كانت الآراء موزعة حول الجدولة المثلى لوضع هذه المقاييس حيز التطبيق، فهناك إجماع على ضرورة متابعة الإصلاح من أجل إعطاء المستشفيات استقلالية أكبر وإطار محفز ومقبول، وتدعيم دور الوصاية كونها ضابط للنظام.
- عدة مقاييس، في هذا المعنى، قد طبقت أو هي في طور التطوير، نذكر منها:
- إدخال، منذ 1998، عقود الأهداف ما بين المنشآت الصحية العمومية والوصاية، تهدف الى تطوير علاقة تعاقدية مؤسسة على أداء المنشآت، والذي سيصبح الأداة الأساسية للتفاوض حول تجنيد الموارد.
- إعداد مقاييس بهدف تسهيل تطور دور الإدارة المركزية: مراجعة الهياكل التنظيمية للإدارة الجهوية والإدارة المركزية، نظام المعلومات.

- مراجعة أنماط تسيير الموارد البشرية، عبر قوانين الإطارات الجهوية، والذين يغيرون الأدوار المختصة بالإدارة المركزية ومديرية المنشأة الصحية العمومية والمستشفيات الأخرى.
- مراجعة كفاءات تسيير الاستثمارات والتجهيزات، على أساس المخططات التوجيهية للمستشفيات و عقود الأهداف والمفوضة والمثبتة من طرف الوصاية.

العوامل الأساسية التي أثرت على مشروع دعم إصلاح المستشفيات

تمثلت هذه العوامل في عوامل مساعدة، عقبات، وعوامل محفزة، والتي نعرضها فيما يلي:

1- العوامل المساعدة: تمثلت فيما يلي:

- الإرادة السياسية لإصلاح نظام العلاج، والتي تجسدت من خلال مشاركة السلطات العليا للدولة، والعدد الكبير لاجتماعات المتابعة لمشروع الإصلاح.
- الاستقرار السياسي والحكومي؛ بالإضافة إلى استقرار الإطارات المكلفة بتنفيذ الإصلاح.
- التحديد المسبق لمهام تنفيذ المشروع وتقسيمها بشكل دقيق على مختلف المتدخلين.

2- العقبات: تمثلت فيما يلي:

- الروابط الابتدائية، لم تكن دائماً مفهومة ومقبولة، لبعض مكونات المشروع: كان يجب أن يتم إعداد المخطط الصحي الاستراتيجي قبل المخططات الاستشفائية التوجيهية، والتي ترتبط بتنفيذ بعض مكونات الهندسة المدنية التي اشتمل عليها المشروع.
- التنظيم الذي يحدد تمويل دورات التكوين وإعادة التأهيل وتسيير الأسواق العمومية.
- العدد القليل من الموارد البشرية المؤهلة والمتاحة في مجال تسيير المشروع، على المستويات الإستراتيجية، ومستويات البرمجة والمستويات العملية.
- التجنيد البطيء للموارد البشرية المؤهلة للمنشآت العمومية للصحة في إطار القيد الموازناتي الوطني.
- نقص الكفاءات التسييرية والتقنية في مجال العلاج، خاصة للمستشفيات الجهوية.

3- العوامل المحفزة: تمثلت فيما يلي:

- يمنح المحيط السياسي فرصة كبيرة لترقية إصلاح المستشفيات.
- يدعو المحيط الاقتصادي، والذي يمتاز بالتححرر، المتعاملين لإنجاح رهان الجودة والفعالية، في إطار تنافسي.
- انطلاق الدراسات حول إصلاح التأمين على المرض لأنظمة الضمان الاجتماعي، والمشاركة الفعالة لصناديق الضمان الاجتماعي في عملية الفوترة.

- الضغوطات الايجابية المطبقة من طرف وزارة المالية نحو تغيير كفاءات التمويل التقليدية لموازنات الهياكل العمومية للصحة والمنشآت العمومية للصحة خاصة.

وانطلاقا من العرض السابق، تمثلت الدروس المستفادة من إصلاح المستشفيات في جملة من النقاط، نعرضها فيما يلي:

- إشراك المتعاملين - خاصة الطاقم الطبي - في تصميم الإصلاح، من أجل تسهيل العملية.
- إشراك كل المتدخلين والاهتمام بهم، سواء على مستوى إدارة وزارة الصحة العمومية أو الدوائر الأخرى، الشئ الذي سوف يسهل عملية التطبيق لاحقا.
- تحديد، بلغة مفهومة للجميع، الأهداف الإستراتيجية والعملية لكل برنامج إصلاح، بدءا من التصميم، ومعايير تقويم الوصول إلى الأهداف. فالتقويمات الدورية الفعالة بإمكان أن تصاحبها تصحيحات ضرورية للتغيرات غير المتوقعة من محيط الإصلاح أو أي مكون من مكوناته.
- التنبؤ مسبقا بأنماط التغيير، من أجل تحديد جيوب المقاومة.
- تحليل المحيط القانوني لكل إصلاح في قطاع الصحة، من أجل اجتناب المفاجآت، والتي قد تحد من تحقيق بعض الأفعال المرقبة.
- كل إصلاح مؤسسي يمس مقدمي الخدمات العمومية للعلاج، يجب أن يكون في نفس الوقت مع إصلاح تنظيمي للصيانة؛ حيث من الصعب إصلاح المستوى العملي دون المساس بالمستوى الإستراتيجي.
- تحديد إستراتيجية إيصال وإعلام وتحسيس، بمجرد تصميم الإصلاح؛ وذلك بتحديد الجمهور المستهدف والوسائل، بالإضافة للموارد البشرية الواجب تجنيدها بهدف التنفيذ.
- يعتبر اختيار الرجال الذين سوف يسيرون ويتابعون وضع الإصلاحات مهم جدا؛ حيث يجب أن يتم هذا الاختيار على أساس معايير التعهد والتحفيز والكفاءات التقنية للتسيير.
- ضمان استقرار أدنى للفرق في الهياكل، وعلى مستوى إدارة الصحة والدوائر الأخرى المعنية.

المطلب الثالث: التجربة المصرية في تطوير الخدمات الصحية

على غرار التجريبتين المغربية والتونسية، سوف نتناول تنظيم العلاج وعرضه، ثم مستوى الحالة الصحية، ومستوى التمويل، وأخيرا إصلاح النظام الصحي في مصر.

1- تنظيم العلاج في مصر:

تقع مسئولية إدارة الرعاية الصحية الممولة من الدولة وتنسيق خدماتها في مصر على عاتق ثلاثة مستويات:

- المستوى المركزي: وزارة الصحة والسكان وهي المسؤولة دستوريا عن الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية في مصر. ويضم الهيكل التنظيمي والإداري قطاعات الرعاية الصحية الأولية والقطاع العلاجي والوقائي والإدارات المختلفة المعنية بالدواء (الصيدلة) والعلاج الحر، وغير ذلك من الإدارات علاوة على مجلس الصحة برئاسة وزير الصحة، والذي يقدم تقاريره الى رئيس مجلس الوزراء ويضم ممثلي كافة قطاعات تقديم الخدمات الصحية في البلاد (قوات مسلحة- شرطة- وخلافه) وتشمل مسؤوليته الرئيسية وضع السياسات العامة للصحة والتنسيق بين الجهات المختلفة المنوط بها تقديم الرعاية الصحية.
- المستوى الإقليمي: وتقوم فيه وزارة الصحة والمحافظات بمسئولية مشتركة في تطبيق البرامج للرعاية الصحية، وتقديم الخدمات في المستشفيات العامة بالمحافظات وادارتها، والإشراف على الوحدات والمراكز الصحية في الريف والمدن المختلفة.
- المستوى المحلي: ويتكون من إدارة الوحدات والمراكز الصحية على مستوى المنطقة في كل محافظة.

وتشمل قطاعات الخدمة الصحية في مصر على ثلاث مستويات إدارية، السابق ذكرها، ثلاثة قطاعات، وهي¹:

- القطاع العام الحكومي: تمثل وزارة الصحة والسكان القاعدة الأساسية والرئيسية للخدمات الأولية الأساسية والوقائية وكذلك معظم الخدمات على المستوى الثاني، أما المستوى الثالث فيشمل وزارة الصحة، وزارة التعليم العالي من خلال مستشفيات الجامعات، وزارة الدفاع، وزارة الداخلية، وزارة الشؤون الاجتماعية. كما تدير وزارة الكهرباء، ووزارة النقل، ووزارة الزراعة أيضا بعض المستشفيات لعلاج موظفيها.
- ويشمل هذا القطاع أيضا، مستشفيات التأمين الصحي والمؤسسة العلاجية والمستشفيات التعليمية وكلها تقع تحت مظلة وزارة الصحة إداريا وماليا. ويمكن لأي مواطن التمتع بخدمات هذه المستشفيات على وجه العموم الذي تصل عدد الأسرة فيها إلى أكثر من 122 ألف سرير.
- أما المستشفيات المتخصصة فيتبع معظمها وزارة الصحة والسكان وهي مستشفيات الحميات والأمراض النفسية والعيون والأمراض الصدرية والقلب ومراكز الأورام.

- القطاع الخاص: يدير القطاع الخاص في مصر أكثر من 450 مستشفى بسعة حوالي عشرة آلاف سرير مريض، إلا أن العيادات الخاصة للأطباء، بعددها الذي يقدر بالآلاف تعتبر مقدم الخدمة الأولية الرئيسي في القطاع الخاص والمجتمع، حيث تتسع خدماته لكثير من المرضى في مصر. أما التأمين الصحي الخاص، فلا يغطي في الوقت الراهن سوى 120 ألف مشترك على الأكثر، وهي نسبة ضئيلة جدا بالنسبة لعدد السكان (وفقا لبيانات وزارة الصحة).

¹ الحزب الوطني الديمقراطي، المؤتمر السنوي: أوراق سياسات

- القطاع الخاص غير الهادف للربح: وهي مجموعات مقدمي خدمات الرعاية الصحية المسجلة في وزارة الشؤون الاجتماعية كجمعيات أهلية، شاملة مستويات المساجد والكنائس ذات الصفة الدينية، وتقدم في الأغلب رعاية صحية أولية بأسعار رمزية أو مجانية. وتنتشر هذه المراكز والمستوصفات في الكثير من المناطق الفقيرة، بيد أنها لا تقدم خدمات الرعاية الثانية أو الثالثة.

2- عرض العلاج

ازدادت نسبة أسرة المستشفيات الى عدد السكان من 20 سريرا لكل 10.000 نسمة في عام 1981 الى 20,1 سريرا لكل 10000 نسمة في عام 1997، فقط ليرتفع سنة 2004 الى 21,7 سريرا لكل 10.000 نسمة¹. ويفسر هذا بالزيادة في عدد السكان من دون أن تقابله زيادة في عدد أسرة المستشفيات. ويمكن عرض أسرة المستشفيات بجمهورية مصر العربية في الجدول التالي:

الجدول (15.3): أسرة المستشفيات بجمهورية مصر العربية في 1-7-2004

القطاع	وحدات	%	أسرة	%
وزارة الصحة	1138	43,4	80311	53,6
هيئة المستشفيات والمعاهد	19	0,7	5370	3,6
المؤسسات العلاجية	11	0,4	2159	1,4
التأمين الصحي	40	1,5	8999	6,0
المستشفيات الجامعية	64	2,4	24080	16,1
هيئات أخرى	44	1,7	3472	2,3
القطاع الخاص	1307	49,8	25574	17,1
الإجمالي	2623	100	149965	100

المصدر: وزارة الصحة والسكان، جمهورية مصر العربية

<http://www.mohp.gov.eg/Sec/Statistics/>

نلاحظ انطلاقا من الجدول أعلاه أن عدد الوحدات الصحية متساوي تقريبا بين القطاع العام والقطاع الخاص (49,8%)، بينما تمثل وزارة الصحة* أكبر نسبة من حيث عدد الأسرة (53,6%)، ثم يأتي بعدها القطاع الخاص (17,1%)، والمستشفيات الجامعية (16,1%).

3- مستوى الحالة الصحية:

سنتناول مستوى الحالة الصحية انطلاقا من مؤشر عدد السكان، معدل الولادة والوفاة، وتوقع الحياة عند الولادة.

¹ <http://www.Emro.Who.Int/arabic/MNH/WHD/countryprofile-mor.htm>

أ- عدد السكان

يمكن عرض تطور عدد السكان في مصر في الجدول التالي:

الجدول (16.3): تطور عدد السكان في مصر

الوحدة: ألف

السنة	1995	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
عدد السكان	61 225	66 016	67 285	68 585	69 913	71 267	72 642	74 033

Source: world perspective, Population totale, Égypte

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=EGY&codeStat=SP.POP.TOTL&codeStat2=x>

يتضح من الجدول أعلاه أن عدد السكان في ازدياد مستمر، خلال الفترة 1990-2005.

ب- معدل الولادة ومعدل الوفاة

وسنبدأ بعرض تطور معدلات المواليد والوفيات والزيادة الطبيعية في الجدول التالي:

الجدول (17.3): تطور معدلات المواليد والوفيات والزيادة الطبيعية لكل 1000 من السكان خلال الفترة

من 2000-2005

البيان	2000	2001	2002	2003	2004	2005/1/1)2005
معدل المواليد	26,9	27,9	27,5	26,9	27	25,8
معدل الوفيات	6,4	6,3	6,2	6,3	6,4	6,4
معدل الزيادة الطبيعية	20,5	21,6	21,3	20,6	20,6	19,4

المصدر: وزارة الصحة والسكان، جمهورية مصر العربية

<http://www.mohip.gov.eg/Sec/Statistics/>

يتضح من الجدول أعلاه أن كل من معدل المواليد والوفيات عرف استقرار نسبيا في الفترة الممتدة من 2000 إلى 2005.

ويمكن تحليل معدل الوفيات الإجمالي كما يلي:

- تطور معدل وفيات حديثي الولادة:

سوف نقوم بعرض تطور معدلات وفيات حديثي الولادة في الجدول الآتي:

الجدول (18.3): تطور معدل وفيات حديثي الولادة (حضر - ريف) لكل 1000 مولود حي 2000-2005

البيان	2000	2001	2002	2003	2004	2005
حضر	15,5	21,1	20	18,9	18,6	19,3
ريف	3,6	4,1	4,2	4,4	4,2	4
الإجمالي	8,4	10,3	10,5	10,3	10,1	10,3

المصدر: وزارة الصحة والسكان، جمهورية مصر العربية

<http://www.mohip.gov.eg/Sec/Statistics/>

يلاحظ من خلال الجدول (18.3) أن معدل وفيات حديثي الولادة لكل 1000 مولود في الحضر، قد عرف ارتفاعا ما بين 2000 و 2001 ليعاود الانخفاض التدريجي بعد ذلك، في حين عرف أن نفس المعدل ارتفاعا تدريجيا من سنة 2000 الى سنة 2003 ليعاود الانخفاض لسنة 2004 في الريف.

تطور معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة

يمكن إبراز تطور معدلات وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات في الجدول التالي:

الجدول (19.3): تطور معدلات وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات لكل 1000 مولود حي (حضر - ريف)

خلال الفترة من عام 2000 الى عام 2005

البيان	2000	2001	2002	2003	2004	2005
حضر	39,6	42,5	39,1	37,6	36,7	38
ريف	35,6	28,8	28,2	27,2	25,7	24,6
الإجمالي	37,2	33,8	32,5	31,4	30,2	30,1

المصدر: وزارة الصحة والسكان، جمهورية مصر العربية

[http://www.mohip.gov.eg/ Sec/ Statistics/](http://www.mohip.gov.eg/Sec/Statistics/)

يلاحظ من خلال الجدول أن المعدلات الإجمالية لوفيات الأطفال أقل من 5 سنوات كانت في تناقص مستمر خلال الفترة 2000 الى عام 2005، ونفس الاتجاه عرفته هذه المعدلات في الريف، أما في الحضر، فشهدت ارتفاعا ما بين سنة 2000 و 2001 ثم انخفضت حتى سنة 2004، ويفسر هذا ما أعلنته مصر في عقد التسعينات من القرن الماضي بأنه عقد حماية الطفل. أما معدل وفاة الأمهات فبلغ 84 لكل 100000 مولود حي سنة 2000¹.

ج- توقع الحياة عند الولادة

وفيما يخص توقع الحياة في مصر، فيمكن عرضه في الجدول التالي:

الجدول (20.3): تطور توقع الحياة عند الولادة في مصر

السنة	توقع الحياة عند الولادة
1990	62,78
1992	63,937
1995	66,115
1997	67,567
2000	68,791
2002	69,607
2005	70,533

Source.: world perspective, espérance de vie a la naissance (année), Égypte

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=EGY&codeStat=SP.DYN.LE00.IN&codeStat2=x>

¹ Corehealth indicators(fr), world health statistids2006
http://www3.who.int/whosis/core/core_slect_process.cfm

يتضح من خلال الجدول أن توقع الحياة عند الولادة في مصر، قد عرف زيادة مستمرة خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى غاية 2005.

4- مستوى تمويل العلاج:

تنقسم الخدمات الصحية وفقا لمصادر التمويل إلى قطاع حكومي وقطاع عام مؤسسي وقطاع خاص¹ :
- القطاع الحكومي: وهو ما يحصل على تمويل مباشر من وزارة المالية، ويشمل جميع الوزارات التي تقدم خدمات صحية.

- القطاع العام المؤسسي: ويشمل جهات حكومية ذات طابع خاص ولها هيكل إداري خاص وتمويلي لا يتبع وزارة الصحة مباشرة، بالرغم من تبعيتها السياسية لها(مثل المؤسسة العلاجية والهيئة العامة للتأمين الصحي)، ويأتي تمويل هذه الجهات من وزارة المالية من بنود خارج ميزانية الصحة، بالإضافة إلى اشتراكات المؤمن عليهم أو جهات عملهم، بالإضافة إلى مشاركة المواطنين في تحمل تكاليف بعض الخدمات سواء كلياً أو جزئياً.

- القطاع الخاص: ويمول من الأسر والأفراد، ويشمل جميع أنواع الخدمات الربحية؛ كالعيادات والمستشفيات الخاصة والهيئات غير الهادفة للربح مثل الجمعيات الأهلية والمؤسسات الخيرية.

أما مصادر تمويل الرعاية الصحية في مصر، فتتمثل فيما يلي² :

- التمويل الخاص (الأسر): يمثل أهم مصادر تمويل الرعاية الصحية، حيث بلغت أهميته النسبية 51% من إجمالي التمويل في عام 1995، وارتفعت إلى 61% سنة 2002، مما يمثل عبء إضافي على الأسر.
- التمويل الحكومي: احتل المرتبة الثانية، وبلغت أهميته النسبية 31% من إجمالي التمويل في عام 1995، وارتفعت إلى 35% من إجمالي التمويل في عام 2002.
- مصادر التمويل الأخرى: وتشمل التأمين الصحي الاجتماعي وشركات التأمين الخاصة وجهات العمل، وقد انخفضت نسبة مساهمتها من 18% من إجمالي التمويل في عام 1995 إلى 5% من إجمالي التمويل في عام 2002.

¹ مركز المعلومات واتخاذ القرار بمجلس الوزراء، التحديات التي تواجه قطاع الصحة في مصر وسياسات التغلب عليها، مارس 2005

<Http://www.star28.com/site/site-1318.html>

² مركز المعلومات واتخاذ القرار بمجلس الوزراء، التحديات التي تواجه قطاع الصحة في مصر وسياسات التغلب عليها، مارس 2005

<Http://www.star28.com/site/site-1318.html>

- الهيئات المانحة: وتشمل المعونات والمنح الخارجية، والتي غالباً ما توجه لبعض المشروعات الصحية المحلية. مثل تنظيم الأسرة وبرنامج إصلاح القطاع الصحي في مصر؛ وقد انخفضت نسبة مساهمتها من 3% من إجمالي التمويل في عام 1995 إلى 1% من إجمالي التمويل في عام 2002.

ويمكن عرض الميزانية المخصصة لوزارة الصحة من الميزانية العامة للدولة في الجدول التالي:

الجدول (21.3): الميزانية المخصصة لوزارة الصحة من الميزانية العامة للدولة في الفترة الممتدة

من 1993 إلى 2004

الوحدة: الجنيه المصري

السنة	وزارة الصحة	الدولة	النسبة
1994/1993	1,197,226,600	65,313,549,000	1,83
1995/1994	1,400,807,400	70,826,364,000	1,98
1996/1995	1,576,260,844	71,681,940,200	2,20
1997/1996	1,988,909,900	77,450,765,500	2,57
1998/1997	2,109,703,400	83,520,513,200	2,53
1999/1998	2,445,077,800	91,526,482,900	2,67
2000/1999	2,922,148,500	100,302,937,000	2,91
2001/2000	3,709,693,300	112,614,287,390	3,29
2002/2001	4,330,393,750	126,852,817,000	3,41
2003/2002	5,389,500,000	143,013,494,750	3,77
2004/2003	5,560,369,000	159,602,241,000	3,48

المصدر: وزارة الصحة والسكان، جمهورية مصر العربية

<http://www.mohip.gov.eg/sec/statistics/>

نلاحظ من خلال الجدول () أن الميزانية المخصصة لوزارة الصحة في ارتفاع تدريجي، رغم الانخفاض البسيط الذي سجل ما بين 1997 و 1998.

أما ما تعلق بقيمة الإنفاق على الصحة كنسبة من الناتج الداخلي الخام، فيمكن إبرازه في الجدول التالي:

الجدول(22.3): الإنفاق على الصحة كنسبة من الناتج الداخلي الخام في مصر

الوحدة (%)

السنة	2000	2001	2002	2003	2004
النسبة	5.4	5.6	6	5.9	5.9

Source: world perspective, Dépenses en santé (total) (% du PIB), Égypte

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=EGY&codeStat=SH.XPD.TOTL.ZS&codeStat2=x>

يتجلى من الجدول أعلاه أن الإنفاق على الصحة كنسبة من الناتج الداخلي الخام، قد ارتفع تدريجياً إلى غاية سنة 2002، لينخفض بعد ذلك ويستقر إلى غاية سنة 2002.

- ولقد قدم "سمير فياض" عرضاً تقييماً للنظام الصحي في جملة من النقاط نعرضها فيما يلي¹:
- ما زالت الأمراض الوبائية المعدية والمتوطنة تحمل الصفة السائدة في ريف مصر والمناطق الهامشية بالمدن والعواصم المصرية؛
 - لا يزال معدل وفيات الأمهات مرتفعاً؛
 - لا يزال معدل وفيات الرضع والأطفال أقل من خمس سنوات مرتفعاً، وأعلى من بعض الدول المماثلة لمصر دخلاً؛
 - لا يزال التفاوت بين الحضر والريف قائماً، فيما يتعلق بوفيات الأطفال؛
 - لا يزال العمر المتوقع للفرد دون المستوى المناسب مع الدول مماثلة الدخل؛
 - لا تزال الرعاية التأمينية لا تغطي إلا 50 % من المواطنين؛
 - هناك نقص في الإطارات التمريضية الماهرة؛
 - هناك احتياج شديد لتطوير التعليم الطبي والتمريضي، سواء على المستوى الجامعي، أو مستويات الأداء الطبي والتمريضي في الوحدات؛
 - ترقى العدوى في الوحدات الصحية إلى 5 أو 10 أضعاف معدل العدوى في وحدات دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية؛
 - تضخم حصة الإنفاق الصحي من جيوب المواطنين (حوالي 57-60%)، إنما يدل دلالة واضحة على ضعف وجود ممول مساند للأفراد.

5- الإصلاح الصحي في مصر

تتمثل أهداف ومسارات الإصلاح الصحي في مصر في المجالات التالية:

1- التغطية الشاملة بالخدمات الصحية ذات الطابع التأميني²:

يجب أن تكون الخدمة الصحية متاحة للكافة، طبقاً لاحتياجاتهم، وفي حدود قدراتهم، وقد سار العمل في الماضي، ولا يزال يسير حتى الآن، لتحقيق التغطية الرأسية، لقطاعات سكانية، مثل العمال والطلاب، لكن أن الأوان للتوقف عن الاستمرار في مثل هذا التطبيق، وفتح الباب للتطبيق الأفقي بمفهومه الجغرافي، بحيث يغطي حياً من الأحياء، مثلاً، أو محافظة من المحافظات، وذلك تلافياً لتجزئة سكان المنطقة، أو حتى تجزئة الأسرة، بحيث يتبع كل فرد فيها نظاماً صحياً مغلقاً، خاصاً به.

¹ سمير فياض ، دراسة النظام الصحي في مصر ومشروع الإصلاح الصحي ومشروع قانون التأمين الصحي القومي الشامل ديسمبر 2005.

<http://www.al-ahaly.com/articles/06-02-01/1264-ptt04.htm>

² سمير فياض، دراسة النظام الصحي في مصر ومشروع الإصلاح الصحي ومشروع قانون التأمين الصحي القومي الشامل ديسمبر 2005، مرجع سابق، ص 514-517

2- الانتفاع بحزمتين صحييتين: الأساسية، والشاملة¹:

الأولى: وهي الحزمة الصحية الأساسية، وهذه الحزمة تقدم للمنتفعين بالتأمين الصحي، كجزء من الحزمة الصحية التأمينية الكاملة، التي ينتفعون حالياً بخدماتها، مع تغيير مستوى الأداء، ومستوى الانتفاع، للأفضل.

كما أن تلك الحزمة تقدم أيضاً إلى كل الذين سيدخلون في منطقة جغرافية، حيث يبدأ تطبيق الانتفاع بخدمات تلك الحزمة لمواطني تلك المنطقة، وحيث يتم تطبيق تلك الحزمة في تلك المنطقة للكافة بصرف النظر عن قدراتهم المادية، وبغض النظر عن القدرة المالية لأي منهم.

الثانية: هي الحزمة التأمينية الكاملة، وهي تخدم بتقديم عناصر الخدمة العلاجية والتأهيلية ومتطلباتهما، بالإضافة إلى خدمة الرعاية الصحية الأساسية، وتلك الحزمة الشاملة مماثلة لعناصر الخدمة الصحية، التي يقدمها التأمين الصحي حالياً كالترام، دون قدرة على الوفاء بها، بما يرضى المريض، وحسب مواصفات الجودة. ويتزايد التوسع في تطبيق هذه الخدمة لكي تصل في النهاية إلى الكافة، بدلاً عن التطبيق الشرائحي الرأسي.

3- تمويل الحزمتين الصحييتين²:

وسيتناول قضية التمويل الهامة والضرورية لتمويل حزمتي الانتفاع، وهي:

- صندوق قومي تأميني بفروع بالمحافظات؛
- وموارد الصندوق المقترحة؛
- ترشيد الإنفاق الصحي؛
- التأمين الصحي الخاص؛
- أنظمة الدفع لمقدمي الخدمة.

أ- إنشاء الصندوق القومي للتأمين الصحي: إنشاء صندوق على المستوى القومي، لتمويل المشروع القومي للخدمات الصحية بدءاً بحزمة الرعاية الصحية الأساسية، وامتداداً واتساعاً للوصول إلى جميع عناصر حزمة الرعاية الصحية الكاملة.

1 سمير فياض، دراسة النظام الصحي في مصر ومشروع الإصلاح الصحي ومشروع قانون التأمين الصحي القومي الشامل ديسمبر 2005، مرجع سابق، ص 514-517

2 سمير فياض، الصحة في مصر: الواقع وسيناريوهات المستقبل حتى عام 2020، الطبعة الأولى، المكتبة الأكاديمية، مصر، 2002، ص 513

يتمثل المورد الأساسي للصندوق هو التمويل المخصص لمنطقة التطبيق، في المراحل الأولى، كإعانة صحية أساسية، من مخصصات تمويل وزارة المالية للصحة ووحداتها في منطقة التطبيق، أما المنفعون بالتأمين الصحي في ذات المنطقة، فتقسم حصة التأمين المخصصة للتغطية الكاملة، بحزمة الرعاية الصحية الأساسية، ويتم تجميع تمويل المالية مع جزء من تمويل التأمين الصحي لتغطية تكلفة حزمة الرعاية الصحية الأساسية فقط، لحين امتداد التطبيق داخل النطاق الجغرافي، المشار إليه، إلى عناصر الحزمة الثانية "حزمة الرعاية الصحية الكاملة"، بما تتطلبه من حصة تمويلية ثانية يمولها المشترك في التأمين، وصاحب العمل أو من يحل محله، ووزارة المالية وصناديق الادخار والمعاشات إذا لزم لتغطية زوجات العاملين.

ب- ترشيد الإنفاق الصحي: تتمثل أهم أهداف سياسات التمويل والإنفاق المالي فيما يلي¹:

- تعظيم الاستفادة من الموارد المالية المتاحة حالياً؛
- خفض الأعباء المالية التي يتحملها المواطنين عند تلقي الخدمات الصحية؛
- تحقيق العدالة في التمويل والحصول على الخدمات بين فئات المجتمع.

وتمثلت السياسات المقترحة لزيادة كفاءة عمليات التمويل والإنفاق الصحي، فيما يلي:

- إعادة النظر في أولويات الإنفاق على قطاع الصحة وفقاً للموارد المتاحة حالياً لتحقيق الارتقاء بالصحة العامة للمواطنين وتحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية وتخفيف العبء المادي عن كاهل المواطن، وذلك في ظل الإنفاق الحكومي المتاح حالياً والذي بلغ 5,8% عام 2002 من إجمالي الناتج القومي، وهي نسبة مقبولة إلى حد ما مقارنة بالدول ذات الاقتصاديات المثلية، التي تراوحت نسبة الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة بها ما بين 3,7% و6%. ونسبة الإنفاق الحالية تشير إلى زيادة ملحوظة في نسب الإنفاق التي كانت تتراوح في الماضي بين 3,7% - 4,1%.

ويتطلب رفع الكفاءة في الإنفاق تعظيم الاستفادة من البنية الأساسية المتوفرة حالياً بقطاع الصحة الأمر الذي يستلزم التنسيق بين قطاعات الخدمة المختلفة (الحكومي والخاص) للحد من تكرار الخدمات وتمركزها في مناطق بعينها دون الأخرى وتوجيه المبالغ الكبيرة التي تنفق على إنشاء المستشفيات والوحدات والمراكز الجديدة إلى بنود أخرى لها أولوية.

- وضع نظام تأمين صحي اجتماعي يشمل جميع فئات المجتمع ويضمن الحصول على حزمة أساسية من الخدمات، بالإضافة إلى حماية المواطن من عبء الإنفاق الكلي على علاج الأمراض ذات التكلفة الباهظة،

1 مركز المعلومات واتخاذ القرار بمجلس الوزراء، التحديات التي تواجه قطاع الصحة في مصر وسياسات التغلب عليها، مارس 2005.

مع ضرورة إجراء دراسات شاملة لاقتصاديات التأمين الصحي لتفادي العجز الحالي في ميزانية التامين الصحي ورفع الكفاءة العلاجية للتأمين.

- إعادة هيكلة الدعم الحكومي بقطاع الصحة ليستهدف الفئات الأكثر احتياجا، بالإضافة الى وضع معايير للجودة ومراقبة تطبيقها.

- استمرار الدولة في تمويل البرامج الوقائية والبرامج القومية.

-إعادة النظر في سياسات العلاج على نفقة الدولة وأولوياته.

- الاستمرار في تقديم العلاج المجاني للفقراء والاستفادة من نسبة الإنفاق الكبيرة للأفراد في وضع معايير وأسس جديدة لتلقي الخدمات الحكومية، ويساهم فيها الفرد القادر من خلال تحمله لبعض أو كل تكاليف بعض الخدمات التي يحصل عليها، وتوفير الدعم للفقير وتزليل عنه عبء المساهمة في تمويل الخدمات الصحية عنه.

- وضع الأطر المساندة للتمويل المجتمعي للخدمات الصحية، مع ترك إدارته تحت رقابة المجتمع المحلي، على أن يساهم فيه الأفراد حسب قدراتهم.

4- نظام تقديم الخدمة الصحية¹:

إن جوهر النظام المقترح، يقوم ويتمركز، حول تقديم الخدمة المتكاملة، للأسرة الواحدة، في الإقليم الواحد، من خلال وحدات ومنظمات صحية، تخضع لنظام طبي واحد، بصرف النظر عن كون الوحدات والعاملين فيها قطاعا خاصا، أو عاما، أو حكوميا. وفي هذا النظام تتكامل خدمات الأجهزة والأفراد والوحدات للتوظيف الأقصى، وصولا الى الإنتاجية الحدية، مقابل حصول مقدم الخدمة على حقوقه، طبقا للأسس المهنية والفنية، شرط رضائه وارتياحه لمستوى الخدمة المقدمة إليه، وسلامة العمليات التشغيلية المنتجة لتلك الخدمة؛ وذلك بديلا عن النظم الرأسية المغلقة، التي تؤدي خدمة قاصرة لشريحة اجتماعية، يتحتم عليها العلاج داخل تلك المنظمة الصحية المغلقة، والتي لا يتنافس فيها مقدموا الخدمة فيها مع غيرهم من القطاعات المماثلة، حيث لا يحق للمريض الخروج من نظام مغلق، الى آخر، إلا إذا أراد أن يسدد قيمة الخدمة بمعرفته، ومن جيبه الخاص.

5- التنظيم و الإدارة:

يجب التعامل مع ثلاثة مستويات إدارية بدءا من مستوى الإدارة المركزي، وانتهاءا بمستوى الإدارة بالحي، وهو المستوى الذي يعلو الإدارة المباشرة للوحدة.

أ- دور ووظائف المستوى المركزي:

¹ سمير فياض، الصحة في مصر: الواقع وسيناريوهات المستقبل حتى عام 2020، مرجع سابق، ص 524-534

يعني بالمستوى المركزي الوزارة المختصة، بالتعاون مع الوزارات الأخرى، ذات الاختصاص المرتبط بدور الوزارة المختصة، ونشير هنا أن هذا الدور في القطاع الصحي على اتساعه، تقوم به أساسا وزارة الصحة، ووزارة التعليم بدورها في المستشفيات الجامعة، وغيرها من الوزارات التي تدخل الخدمة الصحية في نطاق أعمالها.

ونشير هنا إلى أن الدور المركزي سيتغير من دور قابض إلى دور باسط، ومن دور المشغل للوحدات، إلى دور المنظم لتشغيل الوحدات، ومن دور المتبع التفصيلي إلى دور المتابع للمؤشرات، ومن دور المفتش إلى دور المتابع المهني، والمتابع الإداري، حيث سينتقل دور المتابعة المالية إلى الصندوق المالي، ويشترك الصندوق مع الوزارات المختصة في المتابعة الإدارية والمهنية، المتعلقة بإدارة أحوال الصندوق على مستوى المحافظات، والمستوى المركزي، كما يقوم المستوى المركزي بتوظيف ما لديه من آليات سياسية واقتصادية، لتوجيه السوق، بالإضافة، طبعا، لدوره الرئيسي في التخطيط ووضع السياسات.

ب- دور ووظائف المنطقة (مجموعة محافظات) أو المحافظة:

هذا الدور في حقيقته ذو طابع إشرافي وتنسيقي وتنظيمي، والمنطقة تلعب فيه دورا تخطيطيا على مستوى الإقليم، وتقدم المساندة الإدارية والتنظيمية للمستوى الهام الذي يليه (الأعلى أو الأدنى)، ويقترح أن تستبدل المنطقة بهيئة رعاية صحية، أو ذات طبيعة خدمية. ويتلخص هذا الدور في الآتي:

. الإشراف على مستوى الصحة في الأحياء التابعة لنطاق المنطقة، وعلى منظمات الإدارة الصحية

بتلك الأحياء، والاهتمام بتجميع المؤشرات الصحية، والنتائج المتحققة، مترجمة إلى المؤشرات، والدراسة المشتركة مع الإدارات الصحية بالأحياء، لتحليل البيانات، واستخلاص النتائج، وتجهيز الإحصاءات والتقارير على مستوى المنطقة، والإشارة إلى أسباب التحسن والقصور، واقتراحات تلافيتها.

. تلعب دورا أساسيا لاتخاذ القرار، والخطوات الضرورية، بناء على تفويضات وصلاحيات كانت

أصلا لدى المستوى المركزي، حيث ينتفي الدور التنفيذي للمستوى المركزي، وينتقل كاملا إلى المنطقة والحي، وأساسا للأداء والتشغيل، حيث أن ذلك المستوى يصبح أعلى سلطة مشرفة على الأداء والتشغيل، بمعرفة الوحدات مقدمة الخدمة.

. وهناك دور تنسيقي متعاون مع الصندوق الصحي، على مستوى المنطقة إن وجد، ممثلا للصندوق

المركزي لتحقيق طلبات الصندوق (ممثل المنتفعين)، ودراسة متابعات الصندوق، والعمل على توافي أي سلبيات، حتى ولو بنزع الاختصاص من وحدة ونقلها إلى وحدة أخرى، أو بتغيير إدارة الوحدة في حالة القصور.

. التوزيع الملائم للعقود، ولحصص الوحدات كنمط تخطيطي، وليس كمستوى تنفيذي، وتوزيع القوى

البشرية بالحجم المطلوب، طبقا لمعدلات التشغيل الموضوعة في المستوى المركزي، وبالخلطة المطلوبة من تمازج قوى بشرية ذات مهارات أدائية، على مستوى الفريق، وعلى مستوى الأفراد.

. دراسة إمكانية اللجوء الى شركات يتعاقد معها، لإدارة حي من الأحياء، كتجربة تخضع للتقييم، والمقارنة بالإدارة ذات الطابع المجتمعي، والصفة الحكومية الغالبة.

. التخطيط الإقليمي، ووضع السياسات الصحية، والأولويات الخاصة بالإقليم، واقتراح توزيع الموارد.

. مساندة الإدارة الصحية بالحي، والعمل على تقويتها، وتفويضها بأوسع صلاحيات، وتزويدها بالقوى البشرية ذات الخبرة للمساندة الإدارية والتنظيمية، وتعظيم قدراتها على أداء دورها المقرر في الخدمة.

ج- دور الإدارة الصحية بالحي: يتمثل هذا الدور فيما يلي:

. المتابعة المباشرة لأداء الوحدات، أيا كان مستواها، من خلال مراجعة (ماضية، جارية،

مستقبلية) للأداء وجودته.

. المراجعة الانفاقية والأداءات في حدود التكلفة، ومبررات التجاوز، في المعايير الإحصائية أو

المالية، طبقا لمراجعات فروع الصندوق التأميني؛ وكذلك حسابات التكاليف، والمؤشرات والبيانات الإحصائية.

. الإدارة بالاستعانة بنظم المعلومات المتبعة في الوحدات، وتحويلها تدريجيا إلى نظم آلية من

خلال محطة مركزية، ونهايات طرفية بالوحدات.

. ولتلك الإدارة دور مباشر في تنمية القوى البشرية في إطار التوجيهات والخطط المركزية،

بالتعاون مع إدارة المنطقة الطبية، ودعم الأنظمة التدريبية بالأفراد المهنيين أو بالإداريين أو بالتقنيين.

. تطبيق آليات نظم الدفع، ومحاسبة الأطباء والمهنيين، طبقا لقواعد السوق، والحفز بالأجر مقابل

الإنتاج المتحقق، بدرجات الملائمة والقبول.

. تجاوز إدارة الوحدة فقط إلى إدارة الخدمة الصحية المجتمعية، في نطاق الاختصاص،

وبمساهمات من الجميع: أفراد، أو منظمات، عملا محترفا، أو عملا تطوعيا، قطاعا خاصا، أو قطاعا

حكوميا، بهدف السعي لتحقيق " نظام صحي مجتمعي متكامل".

6- سياسات القطاع الدوائي: وتتضمن ما يلي:

- ترشيد الاستخدام الدوائي عن طريق:

▪ تخليق القوائم الأساسية بأسمائها الكيميائية.

▪ ترشيد الأنماط المهنية للأدوية الموصوفة في التذكرة الطبية عقب الكشف العيادي.

▪ ترشيد أنماط الاستهلاك الدوائي بواسطة المرضى.

▪ مراجعة التعاقدات: مع جهات توريد الدواء، وأنظمة التوريد.

- الاستمرار وتعظيم سياسات إنتاج دواء بسعر مرشد ومدعوم إذا لزم، في حدود طاقات جهات

الانتفاع والمرضى، طبقا لمواصفات الجودة والمراقبة الدوائية، وكذلك بترشيد نظم توصيل

الدواء لجهات الانتفاع، بأساليب أرخص ثمنا.

- مراجعة الصيغة الحالية المتفق عليها والتي ترفع التكلفة إلى 1,77 بدلا من 1 فقط، طبقا لمتطلبات: ربحية شركة الإنتاج الدوائي، وشركات التوزيع، وربحية صيدليات التوزيع (القطاعي)، وإجراء الترشيد اللازم للنزول بتلك النسبة، قدر الإمكان.
- التحديث المستمر لقاعدة البيانات والمعلومات الدوائية، على مستوى الوحدات، وفي منازل الأطباء والصيدلة، بتوظيف قواعد المعلومات الدولية، من خلال الإنترنت، وقواعد المعلومات المحلية الالكترونية، التي لازالت حاليا موجزة وغير مفصلة.
- تلافي حدوث الاختناقات بأنظمة توصيل الخدمة الدوائية، سواء بسبب الاختلال أو القصور التمويلي، أو بسبب مشاكل في إنتاج الدواء، أو بسبب معوقات في إيصاله للمريض والوحدات، في التوقيت المناسب.

المبحث الثالث: التجربة الغربية في تطوير الخدمات الصحية

يمكن عرض ثلاثة نماذج لنظم تقديم الخدمات الصحية، ويتمثل النموذج الأول في النموذج الفرنسي، وهي خدمة صحية ممولة أساسا عن طريق التأمين الاجتماعي. أما النموذج الثاني فيتمثل في الخدمة الصحية الوطنية في المملكة المتحدة، وهي خدمة عامة تمول من الضرائب العامة، وتعتبر بمثابة سوق داخلي تتنافس فيه الوحدات المقدمة للخدمة. في حين، يتمثل النموذج الثالث في صناعة الخدمات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية، والتي تتبع نظام القطاع الخاص أساسا، حيث تدفع شركات التأمين فواتير المرضى المؤمن عليهم، وتقدم الحكومة بعض خدمات شبكات الأمان لمن ليس لديهم تأمين صحي.

المطلب الأول: التجربة البريطانية في تطوير الخدمات الصحية

ظهر نظام الخدمة الوطنية للصحة (National Health Service (NHS لأول مرة في بريطانيا وفقا لما جاء به "بفردج" سنة 1948 (Modèle de Beveridge 1948)، والذي يتميز بحماية عامة وشاملة، وبتمويل يتم عن طريق الضريبة الوطنية العامة، وكذا العقلنة والتحكم بواسطة القطاع العمومي لعوامل إنتاج الخدمة الصحية، ثم طبق هذا النظام فيما بعد في العديد من الدول الصناعية الأخرى وهي: البرتغال، السويد، إيطاليا، اليونان، نيوزيلندا وأستراليا¹.

وبهدف توضيح أكثر لمبادئ النظام البريطاني، سنهتم بإبراز أهم خصائصه فيما يلي:

1- تنظيم العلاج في بريطانيا

تعتمد إدارة الخدمات الصحية في بريطانيا على النظام المركزي، وتقوم وزارة الصحة بمراقبة جودة الخدمات وتحديد معايير الجودة، بالإضافة إلى الاعتماد على القطاع الخاص في تقديم هذه الخدمات،

¹ A.Béresniak et G.Duru , Economie de la santé ,4 éme édition ,édition Masson ,Paris ,1997, p 11.

والاعتماد على آليات السوق في ظل الأعداد الكبيرة¹.

2- عرض العلاج

يمكن عرض الهياكل الصحية والموارد البشرية في النظام الصحي في بريطانيا في الجداول التالية:

الجدول (23.3): عدد الأسرة لكل 1000 ساكن في بريطانيا

السنة	1999	2000	2001	2002	2003
نسبة عدد الأسرة	4.2	4.2	4.2	4.2	4.2

Source: world perspective, Lits d'hôpitaux (par 1000 habitants), Royaume-Uni

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=GBR&codeStat=SH.MED.BEDS.ZS&codeStat2=x>

يتضح من الجدول أن نسبة عدد الأسرة لكل 1000 ساكن، قد عرفت استقرارا خلال الفترة الممتدة من 1999 إلى غاية 2003.

الجدول (24.3): عدد الأطباء لكل ألف ساكن في بريطانيا

السنة	1999	2000	2001	2002	2003
نسبة عدد الأطباء	1.9	1.9	2	2.1	2.2

Source: world perspective, Lits d'hôpitaux (par 1000 habitants), Royaume-Uni

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=GBR&codeStat=SH.MED.PHYS.ZS&codeStat2=x>

يوضح الجدول أن عدد الأطباء لكل ألف ساكن قد عرف استقرارا نسبيا خلال الفترة 1999-2003.

3- مستوى الحالة الصحية

سنعرض الحالة الصحية انطلاقا من المؤشرات التالية: عدد السكان، معدل الولادة، معدل الوفاة، توقع الحياة عند الولادة، وذلك كما يلي:

أ- عدد السكان

يمكن عرض تطور عدد السكان في الجدول التالي:

الجدول (25.3): تطور عدد السكان في بريطانيا

عدد لسكان	1990	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
عدد لسكان	57561	58732	59743	59500	59302	59582	59834	60227

Source: world perspective, population totale, Royaume-Uni

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?codeTheme=1&codeStat=SP.POP.TOTL&codePays=GBR&compareMonde=2&definitionMinimum=1&codeTheme2=1&codeStat2=x&langue=fr>

يتجلى من الجدول أن عدد السكان في بريطانيا في تزايد مستمر، لكن بوتيرة ضعيفة جدا.

¹ مجلس الوزراء، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، قطاع المتابعة الخارجية، دراسة مقترح شراء الحكومة للخدمات الصحية من القطاع الخاص، ابريل 2005 .

ب- معدل الولادة ومعدل الوفاة

يمكن عرض هذين المعدلين في الجدول التالي:

الجدول(26.3): تطور معدل الولادة والوفاة في بريطانيا

2005	2004	2003	2002	2000	1999	1990	
11.9	12	11.6	10.8	11.4	11.8	13.9	معدل الولادة الإجمالي لكل 1000 ساكن
9.9	9.8	10.2	10.4	10.2	10.6	11.1	معدل الوفاة الإجمالي لكل 1000 ساكن
5	5.3	5.3	5.2	5.6	5.8	8	معدل وفاة الأطفال لكل 1000 مولود حي

Source:

- world perspective, Taux de natalité brut (par 1000 habitants), Royaume-Uni
<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=GBR&codeStat=SP.DYN.CBRT.IN&codeStat2=x>
- world perspective, Taux de mortalité brut (par 1000 habitants), Royaume-Uni
<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=GBR&codeStat=SP.DYN.CDRT.IN&codeStat2=x>
- world perspective, Taux de mortalité enfants (par 1000 naissances), Royaume-Uni

يتبين من الجدول أن معدل الولادات انخفض خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى 2002، ثم ارتفع بعد ذلك تدريجياً حتى سنة 2004 ليعاود الانخفاض سنة 2005. أما معدل الوفاة الإجمالي فعرّف انخفاضاً خلال الفترة الممتدة ما بين 1990-2002، ليرتفع فيما بعد ارتفاعاً طفيفاً، ثم يستقر حتى سنة 2004، ثم يعاود الانخفاض مرة أخرى.

وبلغ معدل وفاة الأمهات 11 لكل 100000 مولود حي سنة 2000،

ج- توقع الحياة عند الولادة

يمكن عرض تطور توقع الحياة عند الولادة في الجدول التالي:

الجدول(27.3): تطور توقع الحياة عند الولادة في بريطانيا

2005	2004	2003	2002	2000	
78.94	78.74	78.39	77.59	77.74	توقع الحياة(سنة)

Source: world perspective, espérance de via a la naissance (année), Royaume-Uni

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=GBR&codeStat=SP.DYN.LE00.IN&codeStat2=x>

يوضح الجدول أعلاه أن توقع الحياة في ارتفاع مستمر خلال الفترة الممتدة من 2000 إلى 2005.

4- تمويل العلاج

أما تمويل هذا النظام فيكون عن طريق الضرائب العامة بنسبة سائدة بلغت 86% سنة 2001، في حين قدرت مساهمة الضمان الاجتماعي بـ 10% في نفس السنة، أما نسبة الدفع المباشر للمرضى فبلغت

4 % فقط¹. ومنه يمكن اعتبار الخدمة الوطنية للصحة مجانية إلى حدّ بعيد، حيث تقتصر مساهمة المريض على دفع رسوم قليلة كرسوم التشخيص للصيادلة ورسوم الخدمات البصرية كاختبارات النظر، ولا تفرض الرسوم على ذوي الدخل المنخفض، ولا المسنين، ولا الأطفال، ولا الحوامل، ولا المصابين بأمراض مزمنة.

كما أن البرلمان يوافق على تخصيص مبلغ من المال سنويا لصالح خدمة الصحة الوطنية، ويحرص على توزيعه بالمساواة على السلطات الصحية المحلية، حيث أن المساواة في توزيع الوسائل وفي استعمالها شكل أحد الأهداف الرئيسية لهذا النظام².

ويمكن الإشارة إلى أن الأطباء يتقاضون أجرهم على أساس قائمة تسجل فيها أسماء المرضى (Capitation)، ويعملون بصفة متعاقدة مع نظام الخدمة الوطنية للصحة، حيث أن لهم الحق في العلاج لحسابهم الخاص، بشرط أن تعوّض المصاريف الطبية للمريض عن طريق هذا النظام، أما بالنسبة للمستشفيات فهي تدار على أساس ميزانية الدولة دون استقلالية مالية، والمكوث في المستشفى يعدّ مجاني³. وبالرغم من أن نظام الخدمة الوطنية للصحة أسّس على أنه نظام يضمن لكل فرد من المجتمع البريطاني خدمة مجانية، إلا أنه لم يكن يسعى إلى احتكار عرض العلاج الطبي، بل ترك الحرية الكاملة للتأمين الخاص لممارسة نشاطه، ومع ذلك فإنه اقتصر على 10 % فقط من السكان الذين يشتركون في دفع تكلفة الأقساط مع أصحاب الأعمال من خلال مشروعات خدمات صحية مرتبطة بالعمل⁴.

ويمكن عرض تطور النفقات العمومية الإجمالية للصحة والنفقة الخاصة للصحة كنسبة من الناتج الداخلي الخام في الجدول التالي:

الجدول(28.3): تطور نفقات الصحة (القطاع العام)، ونفقات الصحة (القطاع الخاص) كنسبة من الناتج

الداخلي الخام

نفقات الصحة (القطاع الخاص) كنسبة من الناتج الداخلي الخام					نفقات الصحة (القطاع العام) كنسبة من الناتج الداخلي الخام					السنوات
2004	2003	2002	2001	2000	2004	2003	2002	2001	2000	
1.11	1.123	1.278	1.275	1.39	6.99	6.67	6.42	6.22	5.90	النسبة

Source:

- world perspective, dépenses en santé (secteur public) (% du PIB), Royaume-Uni

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=GBR&codeStat=SH.XPD.PUBL.ZS&codeStat2=x>

- world perspective, dépenses en santé (secteur privé) (% du PIB), Royaume-Uni

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=GBR&codeStat=SH.XPD.PRIV.ZS&codeStat2=x>

¹ A.levy, et Autres, op.cit, p11.

² طلعت الدمرداش إبراهيم، مرجع سابق، ص 283

³ Cazaban. M, Duffou. S, Falliro-Peray. P, Jourdan. P, Santé publique, 4eme édition, édition Mason, Paris, 2001, P6.

⁴ طلعت الدمرداش إبراهيم، نفس المرجع، ص 284.

يتبين من الجدول أن نفقات الصحة العمومية كنسبة من الناتج الداخلي الخام في تزايد مستمر، وهي أكبر من نفقات الصحة الخاصة، والتي شهدت انخفاضا مستمرا.

كما يمكن عرض تطور حصة النفقة الوطنية للصحة من الناتج الداخلي الخام في الجدول التالي:

الجدول (29.3): حصة النفقة الوطنية للصحة من الناتج الداخلي الخام في الفترة 1990-2004

الوحدة(%)								
السنة	1990	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
النسبة	6,0	6,9	7,2	7,3	7,5	7,7	7,9	8,3

Source:

- La Dépense Nationale de santé Dans les pays de L'OCDE

[http://www.Santé.gouv.fr/Htm/Publications/ind-Dress, Htm\(2000-1990البيانات](http://www.Santé.gouv.fr/Htm/Publications/ind-Dress, Htm(2000-1990البيانات)

- France en faits et chiffres, part de la dépense nationale de santé dans le PIB dans quelques pays de l'OCDE

[http://www.isee.fr/fr/ffc/chifcle-fiche,asp?ref-cd=CMPTEF06301&tab id=187\(2004-2002البيانات](http://www.isee.fr/fr/ffc/chifcle-fiche,asp?ref-cd=CMPTEF06301&tab id=187(2004-2002البيانات)

يتضح من الجدول أعلاه أن حصة النفقة الوطنية للصحة من الناتج الداخلي الخام قد شهدت ارتفاعا مستمرا خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى غاية 2004.

ولقد عانى النظام الصحي البريطاني من جملة من المشاكل، ومن أجل حلها تم إتباع مجموعة من السياسات وتبنى مجموعة من الآليات نعرضها فيما يلي¹:

توصيف المشكلة:

- ارتفاع التكاليف الإدارية للوحدات الطبية.
- انخفاض الكفاءة الإدارية لقطاع الصحة نتيجة للمركزية .
- نقص الموارد البشرية العاملة في مجال تقديم الخدمات الصحية.

السياسات:

- بدأت إنجلترا في تنفيذ سياسات الإصلاح مع بداية عام 1991، وتضمنت تلك السياسات :
- تطوير أداء الخدمات الصحية (تطبيق اللامركزية).
- زيادة دور القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية.
- تطوير الموارد البشرية العاملة في مجال الصحة.

¹ مركز المعلومات ودعم القرار بمجلس الوزراء ، تجارب دولية في تطوير الخدمات الصحية، فبراير 2005
<http://www.star28.com/site/site-1318.html>

الآليات:

- تطوير إدارة الخدمات الصحية : تم بإدخال العديد من التغييرات في نظام إدارة الخدمات الصحية وذلك على النحو التالي:

. وحدات الصحة المحلية LOCAL HEALTH UNITS : تقوم وحدات الصحة المحلية بمتابعة أداء كل من وحدات الصحة المحلية ووحدات الخدمات الصحية العائلية في المناطق المختلفة؛ ونظرا لارتفاع تكاليف إدارة هذه الوحدات، قامت إنجلترا بتخفيض عدد هذه الوحدات من أربعة عشر (14) وحدة إلى ثمانية (8) وحدات عام 1994 كما تم خفض عدد العاملين فيها.

. وحدات الصحة في الأقاليم District Health : تتولى كل وحدة من وحدات الصحة في المقاطعات بتقديم الرعاية الصحية لعدد محدد من السكان يبلغ في المتوسط 250 ألف نسمة، وقد تم تخفيضها من 200 وحدة عام 1991 إلى وحدة فقط عام 1998.

. إنشاء وحدات الخدمات الصحية family health : تتخصص هذه الوحدات في تقديم الرعاية الصحية الأولية، على العكس من وحدات الصحة في المقاطعات التي تقدم الخدمات الصحية المتخصصة. . إنشاء مجالس الصحة المحلية: تهدف هذه المجالس إلى تدعيم الصلة بين السلطات المركزية المسئولة عن قطاع الصحة (مكتب الصحة) والمجتمعات المحلية.

- زيادة دور القطاع الخاص: تم زيادة مشاركة القطاع الخاص في عدة مجالات من بينها:

. مجال تقديم الرعاية الصحية (المستشفيات): تتركز إدارة المستشفيات الخاصة في خمس شركات أساسية (تتولى هذه الشركات إدارة نحو 61% من إجمالي المستشفيات الخاصة).

. مجال التأمين الصحي: يأخذ التأمين الصحي الخاص في بريطانيا ثلاثة أشكال أساسية وهي:

. التأمين على الموظفين و الشركات : يمثل 59% من إجمالي التأمين الخاص.

. التأمين الفردي: يمثل 31% من إجمالي التأمين الخاص.

. تأمين المؤسسات المهنية : يمثل 10% من إجمالي التأمين الخاص.

. الشراكة بين القطاعين العام والخاص : تم تطبيق نظام الشراكة بين القطاع العام والخاص في تمويل

وإنشاء وإدارة المستشفيات العامة وكذلك القيام بأعمال الصيانة للمستشفيات، ويتميز نظام الشراكة

المطبق في إنجلترا في أن دور القطاع الخاص يقتصر على تقديم الخدمات غير الصحية فقط على

أن يتولى القطاع العام تقديم الخدمات الطبية.

- تطوير الموارد البشرية:

. الأطباء: عملت إنجلترا على زيادة عدد الأطباء و ذلك من خلال زيادة الطاقة الاستيعابية لمدارس

الطب من 4311 طالب عام 1990 إلى 5091 طالب عام 1998. كما تم زيادة عدد هذه المدارس من

ناحية أخرى تبنت إنجلترا سياسة التعليم المستمر بما يضمن تطوير مهارات الأطباء بشكل دائم.

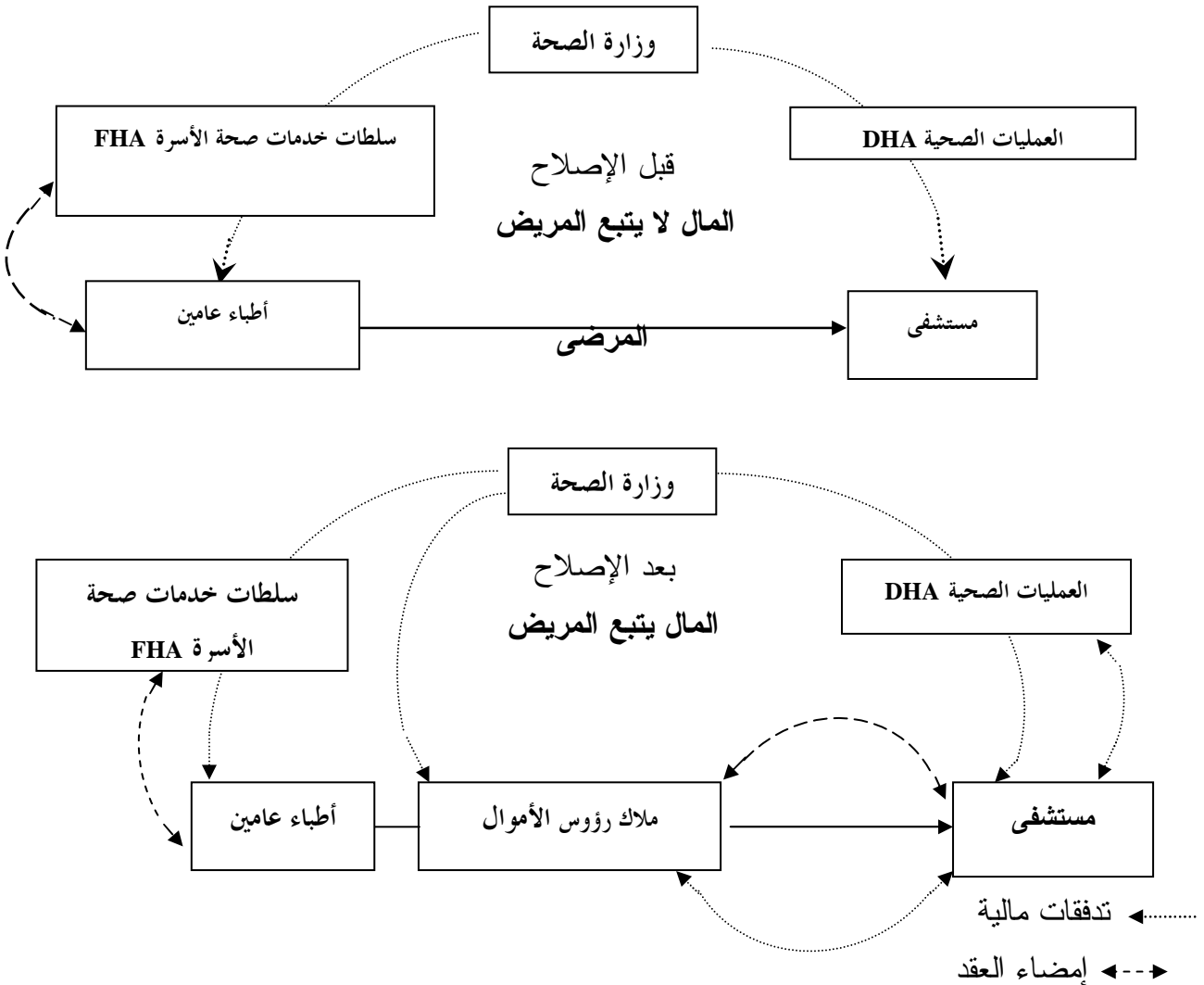
. التمريض: اهتمت انجلترا أيضا بزيادة عدد هيئة التمريض , بالإضافة إلى الاهتمام بتوفير برامج التدريب المتخصصة.

النتائج:

- انخفاض عدد المرضى في قوائم الانتظار بحوالي 70 ألف حالة في الفترة من 1991 حتى عام 1999.
- ارتفعت نسبة مساهمة التأمين الخاص في إجمالي الإنفاق العام من 1,2 % عام 1980 إلى 3,5 % عام 1995.
- ارتفعت نسبة السكان المستفيدين من خدمات التأمين الصحي من 8,9 % عام 1985 إلى 10,8 % عام 1996.

ويمكن تلخيص إصلاح نظام الخدمة الوطنية للصحة (NHS) في المخطط التالي:

الشكل (2.3): إصلاح نظام الخدمة الوطنية للصحة



المطلب الثاني: التجربة الفرنسية لتطوير الخدمات الصحية:

بطريقة مماثلة للتجربة البريطانية، سوف نقوم بعرض النظام الصحي في فرنسا، وتجربة الإصلاح التي قامت بها.

1- تنظيم العلاج في فرنسا

يعود الدور الأساسي لإدارة النظام الصحي الفرنسي للدولة، ضامنة بذلك المصلحة العامة وتحسين الحالة الصحية للمواطنين، فهي تتدخل مباشرة في بعض الأحيان لإنتاج وتمويل العلاج، فتمارس مراقبة على العلاقات بين منشآت التمويل، المهنيين والمرضى حسب المستلزمات الصحية والاقتصادية العامة. بالإضافة الى ذلك تتدخل الدولة بصورة غير مباشرة، وذلك عن طريق مصالحها اللامركزية من أجل¹:
- أخذ على عاتقها المشاكل العامة للصحة العمومية: الوقاية الجماعية، اليقظة الصحية، مكافحة الأمراض المستعصية والآفات (التسمم، الإدمان الكحولي).
- ضمان تكوين عمال الصحة، وتسهم في تحديد شروط الممارسة، كما تحرض على مواصفات جودة المنشآت الصحية والإنتاج الصيدلاني.
- ممارسة الوصاية على الحماية الاجتماعية في إطار عقود الأهداف والتسيير، وتتدخل في كفاءات تمويلها (الوعاء ومعدل الاشتراك)، في قواعد تغطية المواطنين، في العلاقات مع منتجي العلاج، في التكفل المالي للعلاج (التسعيرات ومعدلات التعويض)، وتسهر على موازنة الحسابات الاجتماعية.

2- عرض العلاج

يوجد العديد من المنشآت الاستشفائية، والمستوصفات البلدية، المستشفيات العمومية والخاصة. وفي حالة الاستشفاء، للمريض الحق في اختيار المنشأة، فكلاهما يتكاملان. فالمستشفيات الخاصة هي غالبا صغيرة وتتخصص في الجراحات الخاصة، التوليد، أو العلاجات ذات المدة الطويلة؛ بينما المستشفيات ذات حجم كبير، مجهزة لمواجهة الحوادث، الاستعجالات والأمراض الخطيرة. وما يتعلق بعدد الأسرة لكل 1000 ساكن، فيمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول(30.3): عدد الأسرة لكل 1000 ساكن في فرنسا

السنوات	1999	2000	2001	2002	2003
عدد الأسرة لكل 1000 ساكن	7,2	7,3	7,7	7,9	8,3

Source : world perspective, lits d'hôpitaux (par 1000 habitants), France

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=FR&codeStat=SH.MED.BEDS.ZS&codeStat2=x>

يتبين من الجدول أن عدد الأسرة لكل 1000 ساكن في تزايد مستمر خلال الفترة الممتدة من 1999 إلى سنة 2003.

¹ Haut Comité de Santé publique, Le Système de Santé en France
<http://www.Santé Gouv. Fr/ Htm/ minister/ 2Htm>.

وبإمكاننا إظهار تطور عمالة المهن الصحية خلال الفترة 2000-2006

الجدول(31.3): تطور عمالة المهن الصحية في فرنسا خلال الفترة 2000-2006

الكثافة سنة 2006	2006	2005	2000	
-	-	205864	194000	أطباء
68	41374	41083	40539	جراحي أسنان
114	69431	67484	58407	صيادلة
768	469011	452466	382926	مرمضين

Source: France en faits et chiffres, effectifs des professions de santé

<http://www.insee.fr/fr/ffc/chifcle-fiche.asp?ref-id=NATTEF06103&tab-id=104>

يتضح من الجدول أن عدد الأطباء وجراحي الأسنان لم يتغير إلا بنسبة ضئيلة جداً، بينما عدد الصيادلة والمرمضين ارتفع بنسب أكبر، وكانت على التوالي 18.87% و 22.48%.

3- مستوى الحالة الصحية

يمكن عرض المعطيات الديموغرافية، والمتمثلة أساساً في عدد السكان وعدد الولادات والوفيات في الجدول التالي:

الجدول(32.3): التطور الإجمالي للوضعية الديموغرافية في فرنسا

الوحدة: بالآلاف

الوفيات	المواليد الأحياء	السكان في 1 جانفي	السنوات
534,5	793,9	58 029,4	1990
540,4	759,7	59 315,1	1995
547,4	776,5	60 158,5	1999
540,7	808,2	60 538,0	2000
541,2	804,1	60 963,8	2001
545,4	793,6	61 399,3	2002
562,6	793,9	61 831,8	2003
519,6	800,2	62 251,8	2004
538,2	807,8	62 637,6	2005
531,1	830,9	62 998,8	2006 (p)
-	-	63 392,1	2007 (p)

Source: Bilan démographique 2006: un excédent naturel record

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1118/ip1118.html>

يتبين من الجدول أن عدد الولادات انخفض ما بين 1990 و 1995، ثم ارتفع إلى غاية سنة 2000، ليعاود الانخفاض حتى سنة 2003، ثم يرتفع مجدداً. أما عدد الوفيات فعرف تذبذب كبيراً خلال الفترة السالفة الذكر.

كما يمكن تمثيل تطور الأمل في الحياة عند الولادة في الجدول التالي:

الجدول (33.3): تطور الأمل في الحياة عند الولادة خلال الفترة 1990-2006

2005	2004	2003	2002	2001	2000	
80.21	80.16	79.26	79.31	79.11	78.91	توقع الحياة

Source: world perspective, espérance de vie a la naissance (année) , France

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=FR&codeStat=SP.DYN.LE00.IN&codeStat2=x>

يتضح من الجدول أن توقع الحياة عند الولادة في ارتفاع مستمر عند الرجال والنساء، وهو أكبر عند النساء.

4- مستوى التمويل

أما فيما يخص مصادر التمويل فتتمثل في: مساهمة الضمان الاجتماعي، الدولة والجماعات المحلية، التعاوضيات، شركات التأمين، هيئات الاحتياط والعائلات بالإضافة الى مساهمة هيئة التغطية الشاملة ضد المرض (La couverture Maladie universelle (CMU)).

الجدول (34.3): تطور مصادر تمويل النفقة الحالية للعلاج والمواد الطبية في فرنسا خلال الفترة 1990-

2005

الوحدة: (%)

2005	2004	2003	2002	2001	2000	1995	1990	
77,1	76,7	76,7	75,7	75,4	75,3	75,7	76,1	الضمان الاجتماعي
1,3	1,3	1,4	1,0	1,3	1,2	1,1	1,1	الدولة والجماعات المحلية
7,3	7,3	7,2	7,5	7,4	7,2	6,9	6,1	التعاوضيات
3,1	3	2,9	2,7	2,6	2,6	3,1	16,7	شركات التأمين
2,5	2,6	2,6	2,5	2,4	2,2	1,5		هيئات الاحتياط
8,7	9,1	9,3	10,6	11,0	11,4	11,7		العائلات
100	100	100	100	100	100	100	100	المجموع

Source:

- Ministère de l'emploi de la Cohésion et de logement, Ministère de la Santé et des Solidarités, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des Statistiques, Données Sur la Situation Sanitaire et Sociale en France en 2005, Annexe 1 au Projet ,de loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2006, p 261

www, Santé, Gouv, FR/ drees/ données/ données 2005, pdf

- France en faits et chiffres, dépenses de santé

<http://www.insee.fr/fr/ffc/chifcle-fiche.asp?ref-id=NATFPS06303& tab-id=358>

يتجلى انطلاقاً من الجدول جملة من الملاحظات نوردتها فيما يلي:

- عرفت حصة الضمان الاجتماعي انخفاضا طفيفا ما بين 1995 و 2000، لتعاود الارتفاع بعد ذلك حتى سنة 2003، ثم تستقر بعد ذلك.
- شهدت مساهمة الدولة والجماعات المحلية استقرارا ما بين 1990 و 1995، ثم ارتفعت بعد ذلك الى غاية 2001، لتتخفض سنة 2002، بعد ذلك تعاود الارتفاع سنة 2003، ثم تتخفض مجددا.
- ارتفعت حصة التعاوضيات من سنة 1990 الى 2002 ثم انخفضت، لتعاود الارتفاع سنة 2004.

- عرفت حصة شركات التأمين انخفاضا ما بين 1995 و 2001، ثم ارتفعت بعد ذلك.
 - شهدت مساهمة العائلات انخفاضا مستمرا.
- ويمكن عرض تطور حصة النفقة الوطنية للصحة كنسبة من الناتج الداخلي الخام في الجدول التالي:

الجدول (35.3): حصة النفقة الوطنية للصحة من الناتج الداخلي الخام في فرنسا خلال الفترة

2004-1990

2004	2003	2002	2001	2000	1999	1990	
10,5	10,4	10	9,5	9,3	9,3	8,6	النسبة (%)

Source:

- La dépense National de Santé dans les pays de L'OCDE
http:// www, Santé,gouv, FR,/htm/ Publications/ind-Dress,htm (البيانات من 2001-1990)
- France en faits et chiffres, part de la depense nationale dans le PIB
http://www,insee,fr/fr/ffc/chifcle-fiche,asp?ref-id=CMPTEF06103& tab-(البيانات من 2004-2002)
id=187

يتجلى من الجدول أن حصة النفقة الوطنية للصحة من الناتج الداخلي الخام قد عرفت استقرارا نسبيا خلال الفترة 1990-2000، بينما بدأت ترتفع من سنة 2001 لتصل 10,5% سنة 2004؛ أي بزيادة تقدر بـ 10,52% مقارنة بسنة 1995.

وبإمكاننا إظهار تطور استهلاك العلاج والمواد الطبية في الجدول التالي:

الجدول(36.3): تطور استهلاك العلاج والمواد الطبية في فرنسا

الوحدة: مليار أورو

2005	2004	2003	2002	2001	2000	1995	
67,0	64,6	61,5	58,0	54,8	52,7	47,6	علاجات استشفائية
40,9	39,6	38,0	35,4	33,0	31,2	26,8	علاجات إسعافية
19,0	18,5	17,9	16,8	15,7	15,2	13,0	أطباء
8,9	8,4	7,9	7,3	6,7	6,3	5,2	توابع طبية
8,7	8,6	8,2	7,7	7,3	6,7	6,0	جراحي الأسنان
3,9	3,8	3,6	3,3	3,0	2,8	2,4	تحاليل
2,8	2,6	2,4	2,3	2,1	1,1	1,5	نقل المرضى
31,3	30,1	28,6	26,9	25,5	23,6	18,5	أدوية
8,5	8,1	7,4	6,9	6,4	5,7	3,7	مواد طبية أخرى
150,6	145,0	137,9	129,5	121,7	115,1	98,0	استهلاك العلاج والمواد الطبية

Source: France en faits et chiffres, consommation de soins et de biens médicaux,
http://www,insee,fr/fr/ffc/chifcle-fiche,asp?ref-id=CMPTEF06103&tab-id=360

يتضح من الجدول أن استهلاك العلاج والمواد الطبية في ارتفاع مستمر خلال الفترة الممتدة من 1995 إلى 2005، وهذا ما يمثل مشكل أساسيا، كان محور من محاور الإصلاح.

وبعد الاستعراض السابق، يمكن عرض المشاكل التي يعاني منها النظام الصحي، والسياسات والآليات التي تم تبنيها من قبل الجهات المعنية، والنتائج المنتظرة من ذلك فيما يلي¹:

توصيف المشكلة:

- ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية: حيث ارتفع إجمالي الإنفاق على قطاع الصحة 9,5% من الناتج المحلي الإجمالي عام 2001 ويرجع ارتفاع التكاليف إلى:

. ارتفاع معدل استخدام الأدوية (وتحتل فرنسا المرتبة الثانية بعد الولايات المتحدة من حيث متوسط قيمة الأدوية التي يستخدمها الفرد)؛
. ارتفاع متوسط عمر الأفراد؛

. ارتفاع تكاليف التقنيات الحديثة المستخدمة في التشخيص والعلاج.

- زيادة العجز في ميزانية وزارة الصحة: حيث ارتفع العجز من 2 مليار يورو عام 2001 إلى 11 مليار يورو عام 2003 ومن المتوقع أن يصل العجز، في حالة عدم إجراء أي إصلاحات مالية، إلى 27 مليار يورو مع حلول عام 2010.

السياسات: (بدأ تنفيذ هذه السياسات في أواخر عام 2004)

- السيطرة على عجز موازنة وزارة الصحة؛
- تنمية موارد قطاع الصحة دون المساس بجانب النفقات؛
- تطوير آليات تقويم و متابعة أداء قطاع الصحة.

الآليات:

أولاً: زيادة موارد وزارة الصحة:

▪ زيادة موارد نظام التأمينات الاجتماعية:

- زيادة مساهمة العاملين: كان هناك بديلين لزيادة قيمة المتحصلات التي يساهم بها الموظفون من خلال:

. البديل الأول : يتمثل في زيادة نسبة التأمينات التي تستقطع من مرتبات الموظفين، من 7,5% إلى 7,7% من إجمالي نسبة المرتب التي تخضع للتأمينات.

. البديل الثاني : يتمثل في زيادة النسبة التي تخضع للتأمينات من المرتب من 95% إلى

97% من إجمالي المرتب.

- زيادة مساهمة أصحاب المعاشات: تم زيادة نسبة التأمينات التي تستقطع من دخول أصحاب المعاشات أو التحويلات التي تقدم لغير القادرين على العمل من 6,2% إلى 6,6% من جمالي قيمة المعاش أو التحويلات.

¹ مركز المعلومات ودعم القرار بمجلس الوزراء، تجارب دولية في تطوير الخدمات الصحية، فبراير 2005

- زيادة مساهمة أصحاب العمل : تم زيادة نسبة التأمينات الاجتماعية التي يدفعها أصحاب العمل عن الموظفين العاملين لديهم بنسبة 3% مع بداية عام 2005.
- زيادة الاستقطاعات المطبقة على الاستثمار: تضمنت إجراءات زيادة التأمينات الاجتماعية أيضاً، زيادة نسبة التأمينات التي يدفعها المستثمرون من 1,5% إلى 8,5% من إجمالي الأرباح .
- زيادة أسعار خدمة المبيت بالمستشفيات : تم زيادة سعر خدمة المبيت بالمستشفيات من 10,6 يورو/اليوم إلى 13 يورو/اليوم مع بداية عام 2004، ومن المتوقع أن يزيد السعر إلى 16 يورو/ اليوم مع حلول عام 2007.
- زيادة الضرائب المفروضة على شركات الأدوية : بالإضافة إلى الإجراءات السابقة، قامت فرنسا بزيادة نسبة الضرائب المفروضة على مبيعات شركات الأدوية.
- تحويل نسبة من الضرائب على التبغ إلى وزارة الصحة : سوف تقوم الدولة بتحويل مليار يورو سنوياً من متحصلات الضرائب على منتجات التبغ إلى وزارة الصحة.

ثانياً: تطوير آليات التقييم والمتابعة:

- تطوير نظم المعلومات الطبية : يهدف هذا النظام إلى توفير بيانات دورية عن جودة العملية الصحية و تكلفة الحصول على الرعاية الصحية.
- الوكالة القومية للتقييم والمتابعة : وهي هيئة مستقلة تهدف إلى تقييم أداء كل من المستشفيات العامة والخاصة ومدى كفاءة الخدمات الصحية المقدمة في هذه المستشفيات. وتتم عملية التقييم بصورة دورية، ثم تنشر نتائج التقييم على الانترنت وتكون متاحة للجميع، ومن أهم آليات التقييم:
 - زيارات ميدانية بواسطة الخبراء والمختصين.
 - عمل استطلاعات لرأي المرضى والمتعاملين مع المستشفى محل التقييم للتعرف على مدى رضا المرضى.
- المكاتب الإقليمية للمتابعة: تقرر إنشاء مكاتب إقليمية تتولى عملية الإشراف على أداء الخدمات الصحية المقدمة من قبل المستشفيات العامة والخاصة في المناطق المختلفة.

النتائج:

- من المتوقع أن تؤدي زيادة مساهمة أصحاب المعاشات إلى ارتفاع موارد التأمينات بمقدار 560 مليون يورو سنوياً.
- من المتوقع أن تؤدي زيادة مساهمة أصحاب العمل إلى ارتفاع موارد التأمينات بحوالي 780 مليون يورو سنوياً.

المطلب الثالث: تجربة الولايات المتحدة الأمريكية في تطوير الخدمات الصحية

من بين خصائص النظام الصحي في أمريكا، هي ضعف دور الدولة في ضبط النظام، وأهمية القطاع الخاص في التنظيم الإستشفائي؛ حيث أن أغلب أسرة المستشفيات تابعة للقطاع الخاص غير الربحي (56%)، ثلث الأسرة للقطاع العام و11% فقط للقطاع الخاص الربحي.

1 - تنظيم العلاج في أمريكا

تتدخل الدولة في الشؤون الاستشفائية من خلال لجنتين هما¹:

- La joint commission on accreditation of health care organization (JCAHO) :

وهي لجنة حكومية مكلفة بالاعتماد ومنح إعانات للهيكل العمومية للعلاج.

- La national committee for quality assurance (NCQA) : والتي تحدد مواصفات دنيا للجودة

بالنسبة للمنشآت الصحية.

نستطيع أن نصنف المنظومة الحالية للرعاية الصحية في الولايات المتحدة إلى ثلاثة أقسام²:

- القسم الأول يندرج تحته الأشخاص الذين يحظون بميزات التأمين الصحي الممتازة وذلك من خلال الشركات والهيئات الخاصة التي يعملون لديها وهو يشمل أيضا " الأشخاص المقتردين ماديا " على دفع أقساط التأمين الصحي الشهرية، وذلك بسبب وضعهم الاقتصادي الجيد. وينتمي لهذا القسم حوالي 100 مليون أمريكي.

- القسم الثاني فهو يشمل حوالي 150 مليون أمريكي ممن يتمتعون بنظام تأمين صحي كاف، وذلك من

خلال مساهمة الحكومة أو من خلال التفاوض مع أصحاب العمل لمشاركة تكلفة الرعاية الصحية بنسب مختلفة، وهذا للحصول على غطاء تأميني متوسط يشارك في دفع أقساطه كل من صاحب العمل والموظف.

- القسم الثالث والأخير فهم حوالي 45 مليون أمريكي غير مؤمن عليهم صحيا، وهم لا يستطيعون تحمل أي نفقات من أي نوع فيما يختص بالتأمين الصحي، بل بالكاد يوفرون النقود لحالات العلاج الطارئة فقط.

لكن هذا النوع ممن لا يتمتعون بالرعاية الصحية لهم حق الحصول على الرعاية اللازمة في حالات الطوارئ حتى إذا لم يتوفر لديهم أي أموال.

2- عرض العلاج في أمريكا

يشمل عرض العلاج الهياكل الصحية والموارد البشرية، والتي يمكن عرضها في الجداول التالية:

¹ Sandrine Chambaretaud, Diane Lequet-slama, Victor G.rodwin, Couverture maladie et organisation des soins aux Etats-Unis, Etudes et Résultats, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, n°119, juin 2001

<http://www.santé.gouv.fr/drees/etudes-Resultats/>

² هيكل الرعاية الصحية في أمريكا...كيف يبقى أكثر من 45 مليون أمريكي بدون تأمين صحي؟، تقرير واشنطن، العدد 33،

19 نوفمبر 2005.

أ- الهياكل الصحية

يمكن عرض عدد أسرة المستشفيات في الجدول التالي:

الجدول(37.3): تطور عدد أسرة المستشفيات لكل 1000 ساكن في أمريكا

السنة	1999	2000	2001	2002	2003
نسبة عدد الأسرة	3.6	3.5	3.5	3.4	3.3

Source: world perspective, lits d'hôpitaux (par 1000 habitants), Etats-Unis.

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=USA&codeStat=SH.MED.BEDS.ZS&codeStat2=x>

يوضح الجدول أعلاه أن عدد الأسرة لكل 1000 ساكن في أمريكا عرف استقرارا نسبيا خلال الفترة الممتدة من 1999 إلى غاية 2003.

ب- تطور الموارد البشرية

نعرض تطور عدد الأطباء لكل 1000 ساكن في الجدول التالي:

الجدول(38.3): تطور عدد الأطباء لكل 1000 ساكن في أمريكا

السنة	1998	1999	2000	2001	2002
نسبة عدد الأطباء	2.1	2.2	2.2	2.2	2.3

Source: world perspective, Médecins (par 1000 habitants), Etats-Unis.

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=USA&codeStat=SH.MED.PHYS.ZS&codeStat2=x>

يتجلى من الجدول أن عدد الأطباء لكل 1000 ساكن قد عرف استقرارا نسبيا خلال الفترة الممتدة من 1998 إلى غاية سنة 2002.

3- مستوى الحالة الصحية

سوف نتعرف على الحالة الصحية من خلال عدد السكان، معدل الولادة ومعدل الوفاة، وأخيرا توقع الحياة عند الولادة كما يلي:

أ- عدد السكان:

يمكن عرض تطور عدد السكان في الجدول التالي:

الجدول(39.3): تطور عدد السكان في أمريكا

الوحدة: ألف

السنة	1990	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
عدد السكان	249620	279040	282220	285320	288370	290810	293660	296410

Source: world perspective, population totale, Etats-Unis.

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=USA&codeStat=SP.POP.TOTL&codeStat2=x>

يوضح الجدول أن عدد السكان في أمريكا قد تزايد بوتيرة بطيئة خلال الفترة 1990-2005.

ب- معدل الولادة ومعدل الوفاة

يمكن عرض تطور معدل الولادة ومعدل الوفاة في الجدول التالي:

الجدول(40.3): تطور معدل الولادة ومعدل الوفاة في أمريكا

2005	2004	2002	2001	2000	1999	1990	
14	14.13	13.9	14.1	14.7	14.5	16.7	معدل الولادة لكل 1000 ساكن
8.25	8.34	8.5	8.5	8.7	8.64	8.6	معدل الوفاة الإجمالي لكل 1000 ساكن
6	6.7	7	6.8	6.9	7.2	9.4	معدل وفاة الأطفال لكل 1000 مولود حي

Source:

- world perspective, taux de natalité brut(par 1000 habitants) , Etats-Unis.
<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=USA&codeStat=SP.DYN.CBRT.IN&codeStat2=x>
- world perspective, taux de mortalité brut(par 1000 habitants) , Etats-Unis.
<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?codeTheme=1&codeStat=SP.DYN.CDRT.IN&codePays=USA&compareMonde=2&definitionMinimum=1&codeTheme=2=1&codeStat2=x&langue=fr>
- world perspective, taux de mortalité – enfants (par 1000 naissances) , Etats-Unis.
<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=USA&codeStat=SP.DYN.IMRT.IN&codeStat2=x>

انطلاقاً من الجدول، يمكن تسجيل الملاحظات التالية:

- شهد معدل الولادة لكل 1000 ساكن انخفاضا سنة 1999، مقارنة بسنة 1990، قدر بـ 13.17 %، ثم ارتفع سنة 2000، ليعاود الانخفاض حتى سنة 2002، وبعد ذلك ارتفع.
- عرف معدل الوفاة الإجمالي لكل 1000 ساكن ارتفاعا خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى 2000، ثم انخفض واستقر حتى سنة 2002، بعد ذلك عاود الانخفاض.
- شهد معدل وفاة الأطفال لكل 1000 مولود حي انخفاضا ما بين سنة 1990 و 2001، ليرتفع فيما بعد سنة 2002، ثم انخفض مجدداً.

ج- توقع الحياة عند الولادة

يمكن عرض تطور توقع الحياة عند الولادة في الجدول التالي:

الجدول(41.3): تطور توقع الحياة عند الولادة في أمريكا

2005	2004	2003	2002	2001	2000	السنوات
77,8	77,5	77,33	77,03	76,93	76,58	توقع الحياة(سنة)

Source: world perspective, espérance de vie à la naissance (année) Etats-Unis

<http://www.perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendancestatpays?langue=fr&codepays=USA&codestat=SPDYN,LE00IN&codestat2=x>

يوضح الجدول أن توقع الحياة عند الولادة في أمريكا عرف زيادة مستمرة، خلال الفترة 2000-2005.

4- تمويل العلاج

ترتكز كفاءات التمويل في أمريكا على التأمينات الخاصة؛ أما التأمينات العمومية فتغطي بعض الطبقات من السكان، بينما الجزء الباقي من المواطنين فليس لديهم تأمين.

تغطي التأمينات الخاصة حوالي 74% من السكان، أين الأغلبية منهم سنهم أقل من 65 سنة. كما توجد أكثر من 1000 شركة خاصة، مراقبة من طرف الولايات، تغطي أغلبية نظم تأمين العلاج الإستشفائي والعلاج الطبي. أما بالنسبة للخدمات الإضافية، فالتغطيات تختلف بشكل كبير حسب كل نظام¹.

وتوجد بالمقابل برامج عمومية للتأمين تتمثل فيما يلي²:

- الميديكير Medicare : برنامج فيدرالي للتأمين على المرض، موجه أساسا للأشخاص المسنين، وهو ممول باشتراكات اجتماعية بالنسبة للجزء الموجه للاستشفاء، وبموارد جبائية؛ بالإضافة إلى المساهمات الإدارية بالنسبة للعلاجات الطبية الإسعافية.

بلغت تكلفته سنة 1999 (220) مليار دولار من إجمالي نفقات الصحة، والتي بلغت 1228,5 مليار دولار.

برنامج الميديكير مخصص فقط لتوفير الرعاية الصحية للمسنين فوق سن 65 أو الذين يعانون من إعاقة ذهنية مزمنة أو فشل كلوي مزمن، وتمثل هذه الفئة 15% تقريبا من السكان.

- الميديكيد Medicaid: وهو برنامج صحي يدار عن طريق كل ولاية أمريكية على حده ومخصص لتوفير مزايا الرعاية الصحية للأسر الأمريكية ذات الدخل المتدني، والذي يصنف بأنه ينخفض بنسبة 133% تحت خط الفقر؛ أو الأسر التي يقل دخلها السنوي عن 18 ألف دولار، وذلك لأسرة مكونة من أربعة أفراد.

وعلى وجه التقريب هناك 53 مليون أمريكي يستفيدون من مزايا هذا البرنامج، منهم 25 مليون طفل أمريكي، ويغطي هذا البرنامج حوالي 11% من السكان.

والجدير بالإشارة أن عدد الأمريكيين غير المؤمنين بلغ 45 مليون، وترجع أسباب غياب التأمين الصحي عن كل هذا العدد من السكان فيما يلي³:

تكمن المشكلة الحقيقية لنظام الرعاية الصحية الأمريكية في الوقت الحاضر في أن 20,2% من القوى العاملة في أمريكا لا يستطيعون تحمل أي شكل من النفقات المادية فيما يختص بالتأمين الصحي أو الرعاية الصحية

¹ Une approche comparative des systèmes de sante dans quatre pays, coup d'œil, avril 1999, volume 5, numéro 1

http://www.enap.ca/observatoire/docs/cdo/1999-avr-v015_n01.pdf

² Sandrine Chambaretand et autres, op.cit

³ هيكل الرعاية الصحية في أمريكا...كيف يبقى أكثر من 45 مليون أمريكي بدون تأمين صحي؟، تقرير واشنطن، العدد 33،

19 نوفمبر 2005.

العادية. فقد وصلت تكاليف الرعاية الصحية والتأمين أكبر معدلاتها في السنوات الأخيرة، فقد ارتفعت الأقساط الشهرية للتأمين الصحي بمقدار 11,2% (بينما كانت الزيادة في مرتبات الموظفين 2,3%)، وذلك عام 2004 وهذا هو العام الرابع على التوالي الذي يشهد ارتفاعا في الأسعار مكون من رقمين عشريين. وفي المقابل قرر أصحاب الأعمال خفض بنود التأمين الصحي للعاملين لتصبح أقل شمولية وفي حالات كثيرة تم رفع الغطاء التأميني عن كثير من العاملين إن لم يكن كلهم. والأمر بمنتهى البساطة هو عدم قدرة الشركات الأمريكية على منافسة الشركات الأجنبية التي تدعم فيها الحكومات الأجنبية تكاليف التأمينات الصحية للعاملين بتلك الشركات. والأمريكيون الآن أمام أحد خيارين، الأول دفع مصروفات باهظة للحصول على تأمين صحي خاص والثاني عدم الحصول على أي تأمين صحي على الإطلاق، وعليه تدفع الأسرة الأمريكية حوالي 9,068 ألف دولار سنويا (ما يوازي 829 دولار شهريا) للحصول على مزايا التأمين الصحي، بينما تصل تكلفة الفرد الواحد حوالي 3,695 دولار سنويا.

وفي المتوسط، يساهم الفرد العامل بمبلغ 2,261 دولار في غطاء التأمين الصحي للأسرة كلها، وذلك عندما يستفيد بمزايا من صاحب العمل، ويمثل هذا المبلغ زيادة بمقدار 10% عن السنة الماضية، بينما الغطاء التأميني الصحي للفرد الواحد يكلفه 558 دولار؛ ومن المتوقع أن تزيد تكاليف التأمين الصحي للأسرة لتصل لأكثر من 14,500 دولار وذلك بحلول عام 2006.

و يعتبر النظام الصحي في أمريكا من أعلى الأنظمة الصحية في العالم، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول (42.3) : حصة النفقة الوطنية للصحة من الناتج الداخلي الخام خلال الفترة 1990-2004

الوحدة: (%)

1990	1999	2000	2001	2002	2003	2004	النسبة
11,9	13,0	13,1	13,9	14,7	15,2	15,3	

Source:

- la dépense nationale de santé dans les pays de l'OCDE

http://www.santé.gouv.fr/htm/publications/ind_dress.htm (بيانات 1990-2001)

- Part de la dépense nationale de santé dans le PIB dans quelques pays de l'OCDE

<http://www.insee.fr/fr/ffc/chifclefiche,asp?ref cd=CMPTEF06301&tab id=187> (بيانات 2002-2004)

يتبين من الجدول أن حصة النفقة الوطنية للصحة من الناتج الداخلي الخام قد انخفضت ما بين 1990 و1995 بـ 11,76%، ثم استمر هذا الانخفاض إلى غاية 1999، لتعاود الارتفاع ابتداء من سنة 2000، حيث سجل ارتفاع يقدر بـ 16,79% ما بين سنة 2000 و 2004. كما يمكن عرض تطور النفقات العمومية الإجمالية للصحة والنفقات الخاصة في الجدول التالي:

الجدول(43.3): تطور نفقات الصحة (القطاع العام والقطاع الخاص) كنسبة من الناتج الداخلي الخام في أمريكا

نفقات الصحة (القطاع الخاص) كنسبة من الناتج الداخلي الخام					نفقات الصحة (القطاع العام) كنسبة من الناتج الداخلي الخام					النسبة
2004	2003	2002	2001	2000	2004	2003	2002	2001	2000	
8.51	8.42	8.11	7.72	7.44	6.88	6.77	6.58	6.27	5.85	

Source:

- world perspective, Dépenses en santé (secteur public) (% du PIB), Etats-Unis

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=USA&codeStat=SH.XPD.PUBL.ZS&codeStat2=x>

- world perspective, Dépenses en santé (secteur privé) (% du PIB), Etats-Unis

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=USA&codeStat=SH.XPD.PRIV.ZS&codeStat2=x>

يلاحظ من الجدول أن نسبة نفقات الصحة العمومية، كنسبة من الناتج الداخلي الخام، أصغر من نفقات الصحة الخاصة، بالإضافة إلى أن كلاهما عرف ارتفاعا خلال الفترة 2000-2004.

وإذا قمنا بمقارنة بسيطة بين النظام الصحي في بريطانيا والنظام الصحي في أمريكا، لا وجدنا أن الولايات المتحدة تنفق أموالا كبيرة على الخدمات الصحية، بالمقارنة بالمملكة المتحدة، ومع ذلك ينخفض توقع الحياة في الولايات المتحدة عنه في المملكة المتحدة، بالإضافة إلى ارتفاع معدل وفيات الأطفال في الولايات المتحدة عنه في المملكة المتحدة.

5- الشكل الأساسي للإصلاح في أمريكا:

لقد جربت أمريكا العديد من آليات ضبط التكاليف، مثل آليات الدفع المقدم، المجموعات المرتبطة بالتشخيص، موازنات المستشفيات العامة، منشآت الحفاظ على الصحة، وآليات الدفع المشترك؛ ولكن كل هذه الآليات لم تفلح في تخفيض التكاليف، ولا يزال نظام الخدمات الصحية الأمريكي أعلى الأنظمة الصحية في العالم¹.

ويتمثل الشكل الأساسي للإصلاح في الولايات المتحدة الأمريكية في النقاط التالية²:

- تغطية شاملة للتأمين على المرض، بعقد أساسي، تستبدل بتأمين تطوعي، والذي غالبا ما كان مقترحا من طرف أرباب العمل. يمكن للأشخاص غير المؤمنين عن طريق الكيفيات العادية لعقد المؤسسة

¹ طلعت الدمرداش إبراهيم، مرجع سابق، ص 289

² Jean-François Lacronique, La réforme du Système de Santé américain Analyse des causes D'un échec définitif, Actualité et dossier en Santé publique, Revue trimestrielle du haut comité de la Santé publique, n°11 juin 1995, p7.

- (في ظل فرضية التغطية الشاملة) الولوج لتأمين العمال الفيدراليين، أو الاستفادة من تمديد، نظام الحماية الاجتماعية للأشخاص المسنين الذي تم الاحتفاظ به.
- تعاونيات صحية: اقترحت كوسائط بين المؤمنين من جهة، والمؤمنين وموردي العلاج من جهة أخرى.
 - إعانات للمؤسسات الصغيرة والأشخاص، حسب مبالغ وتوليفات متغيرة، موجهة لتحفيز الولوج للتأمين.
 - موارد إضافية: تعتبر إضافية، خاصة بسبب الزيادة المحسوسة للرسم على السجائر، وعلى علاوات التأمين الصحي الخاص.
 - إصلاح قواعد تشغيل التأمينات كان منظرًا، والذي يمكن أن يزيل - خاصة - إمكانية المؤمنين من اختيار الزبائن على أساس الخطر.
- ولقد فشل هذا الإصلاح للأسباب التالية¹:
- مشروع هش: عبر الرأي العام الأمريكي في أغلبيته عن قبوله لمشروع إصلاح النظام الصحي، نظرا لتكلفته الباهظة، لكن سرعان ما انقلب هذا التشجيع الى جملة من الانتقادات على أساس أن هذا المشروع هش، خاصة إذا كانت المسئولة الأساسية زوجة الرئيس "كلينتون"، الشيء الذي فتح المجال أما المعارضة لتقديم حزمة من الانتقادات، والتي تمثلت أساسا في عدم احترام الرزنامة.
 - علاقات صعبة بين الكونغرس (مجلس النواب والشيوخ في الولايات المتحدة الأمريكية) والهيئة التنفيذية؛ حيث كانت خمس لجان معنية مباشرة بالإصلاح، لكن كل واحدة منها قامت بإعداد اقتراحها الخاص، غالبا بشكل مستقل عن مشروع الرئاسة.
 - معارضة قوية: جذدت المعارضة ثلاث مجموعات كبيرة، لكن غير منسقة، وتمثلت في:
 - . جمعية التأمين الصحي لأمريكا والتي تجمع المؤمنين الخواص الأساسيين.
 - . الفيدرالية الوطنية للأعمال المستقلة، مخطط كلينتون يتوقع مساهمة كبيرة نسبيا من طرف أرباب العمل لصالح نظام التأمين على المرض الإجباري، والذي كان النواة الأساسية للمشروع، من أجل هذا اختارت الفيدرالية المعارضة وفضلت نظام يعطي للمؤسسات إمكانية اختيار حتى المؤمنين.
 - . الجمعية الأمريكية للأطباء، بعد تدعيم المشروع، سرعان ما انقلب هذا التدعيم الى معارضة وهجوم، تمثل مضمونه فان المشروع يعمل على تخفيض أجور الأطباء.
 - الشخصيات المجندة: إذا كانت شخصية زوجة الرئيس "كلينتون" قد لعبت دورا هاما في وضع المشروع، فهذا لا ينطبق على باقي الشخصيات التي كان بإمكانها أن تسهل انتقال المشروع في مختلف مراحل البرلمانية، حيث سرعان ما اكتشف أنها غير فعالة وأنها شاركت في عمليات اختلاس.

¹ Jean-François Lacronique, Ibid, p 7

- الانطلاقة الاقتصادية: لم تلعب الانطلاقة الاقتصادية دورها في الإصلاح، حيث بمجرد ولوج أغلبية الأمريكيين، عن طريق المؤسسات، للتأمينات التي هي غالبا تنافسية، يصبح مبدأ الشمولية الذي نادى به الإصلاح أقل جاذبية.

خلاصة الفصل:

يعد تطوير الخدمات الصحية أحد المجالات الرئيسية للتنمية البشرية التي أولتها العديد من الدول اهتماما متزايدا، حيث تبنت معظم دول العالم المتقدمة والنامية سياسات وبرامج لإصلاح النظام الصحي. وعلى الرغم من التفاوت في طبيعة المعوقات التي تؤدي إلى انخفاض أداء قطاع الخدمات الصحية من دولة لأخرى، إلا أن أهداف سياسات تطوير قطاع الصحة تركز عادة على الارتقاء بجودة الخدمات الصحية من ناحية وإتاحتها لكافة أفراد المجتمع من جهة أخرى.

واختار الطالب مجموعة من النماذج الدولية في تطوير الخدمات الصحية من خلال برامج الإصلاح التي تم تبنيها، وكان مضمون كل تجربة كما يلي:

- المغرب: تمثل سبب الإصلاح في الانتقال الديموغرافي والصحي، وضعف تمويل العلاج، وكان الهدف منه الفصل بين وظيفة التمويل ووظيفة العلاج من جهة، والفصل بين وظيفة الوصاية ووظيفة تسيير وظيفة الضبط.

وامتاز المغرب بارتفاع معدلات وفاة الأطفال إذا ما قورن بتونس (36 لكل ألف مولود حي مقابل 20 في تونس)، وحتى في مصر. كما سجل توقع الحياة عند الولادة معدلات أقل من تلك المسجلة في البلدين السالفين.

ويعود عرض العلاج بصورة أساسية للقطاع العام، وتشكل العائلات المصدر الرئيس للتمويل.

- تونس: هدف الإصلاح في تونس إلى تحقيق كفاءة وجودة الخدمات المقدمة، وذلك بتحسين الكفاءات الداخلية للمستشفيات. وما تعلق بالمؤشرات الصحية الأساسية، فكانت موازنة الصحة كنسبة من الناتج الداخلي الخام أكبر بقليل من تلك المسجلة في المغرب.

- مصر: لقد بني برنامج إصلاح قطاع الصحة في مصر على مجموعة من المبادئ تمثلت في: التغطية الشاملة، الجودة، العدالة، الكفاءة، والاستمرارية.

وبالنظر للمؤشرات الصحية المصرية، يمكن أن نلاحظ تفاوت بين المناطق الجغرافية فيما يتعلق بمعدلات الوفاة، كما يمكن تسجيل قصور تمويل الخدمات الصحية بصفة عامة (بلغت نفقة الصحة كنسبة من الناتج الداخلي الخام 5.9% سنة 2004) وتحمل المواطنين للعبء الأكبر (61% سنة 2002)، إضافة إلى عدم كفاءة الإدارة في استغلال الإمكانيات المتاحة للمستشفيات.

- بريطانيا: تمثل هدف الإصلاح في بريطانيا في تطوير أداء الخدمات الصحية، وزيادة دور القطاع الخاص في تقديمها وتطوير الموارد البشرية.

وبالنظر للمؤشرات الصحية، نلاحظ أن توقع الحياة عند الولادة مرتفع (78.94 سنة عام 2005)، بالإضافة إلى انخفاض كبير في معدلات وفاة الأطفال، بالإضافة إلى انخفاض معدل وفاة الأمهات (11 لكل 100 ألف سنة 2000). كما بلغت نفقات الصحة كنسبة من الناتج الداخلي الخام 8.3 سنة 2004.

- هدف الإصلاح في فرنسا إلى السيطرة على عجز موازنة وزارة الصحة، بالإضافة إلى تنمية موارد قطاع الصحة دون المساس بجانب النفقات، إلى جانب تطوير آليات تقويم ومتابعة قطاع الصحة. أما ما تعلق بالمؤشرات الصحية، فيلاحظ أن توقع الحياة عند الولادة في ارتفاع مستمر، وسجل أكبر مستوى في النماذج المختارة (80.6 سنة 2006). بالإضافة إلى ذلك سجلت فرنسا أقل معدل وفاة للأطفال (4.21 لكل ألف مولود حي سنة 2006). ويعتبر الضمان الاجتماعي المصدر المهيمن في تمويل الصحة، وسجلت نفقة الصحة كنسبة من الناتج الداخلي الخام معدل 10.5 سنة 2004.
- الولايات المتحدة الأمريكية: تمثل هدف الإصلاح في أمريكا في إصلاح نظام التأمين، لأن النظام الصحي يركز على التأمينات الخاصة. وما تعلق بالمؤشرات الصحية، فمعدل وفاة الأطفال لكل ألف مولود حي، بلغ مستويات مرتفعة بعض الشيء مقارنة ببريطانيا . كما أن نفقة الصحة كنسبة من الناتج الداخلي الخام، بلغت أكبر معدل 15.3 % سنة 2004.

الفصل الرابع

دراسة تحليلية للنظام الصحي في الجزائر

الفصل الرابع: دراسة تحليلية للنظام الصحي في الجزائر

مقدمة:

شهدت الجزائر منذ بداية الثمانينات تقدماً ملحوظاً ومستمرًا في الارتقاء بالحالة الصحية للمواطن. وقد تحسنت بعض المؤشرات الصحية بشكل متسارع منذ بداية التسعينات من القرن الماضي. حيث تراجع معدل الوفيات بصفة عامة، وارتفع متوسط العمر المأمول عند الولادة. وبالرغم من التحسن في بعض المؤشرات، إلا أن الأساليب التي كانت قبل سنة 2002، أي قبل مشروع الإصلاح، لتقديم وتوزيع الخدمات وإنفاق الموارد المادية المتاحة لقطاع الصحة لم تحقق العائد المستهدف منها، ولذا كان لابد من إعادة النظر في السياسة الصحية، بتبني مشروع جديد سمي بمشروع إصلاح المستشفيات، كان الهدف منه إرساء مبدأ العدالة عند تقديم الخدمات الصحية وكفاءة الإنفاق الصحي والارتقاء بجودة الخدمات وضمان الاستمرارية على المدى البعيد. ويهدف هذا الفصل إلى عرض الوضع الراهن وأهم التحديات التي تواجه قطاع الصحة في الجزائر، بالإضافة إلى عرض الدروس المستفادة من التجارب الدولية، في مجال تحسين وتطوير الخدمات الصحية.

المبحث الأول: تقديم النظام الصحي في الجزائر

تعتبر الصحة إلى جانب كونها حق عالمي أساسي، مورداً بالغ الأهمية لتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية والشخصية. وفي هذا الإطار حاولت الجزائر منذ الاستقلال توفير حاجيات السكان في مجال الصحة توفيراً كاملاً ومنسجماً وموحداً في إطار الميثاق الصحي، الذي يشكل التصميم التوجيهي للمنظومة الوطنية للصحة. وتتميز هذه الأخيرة بسيطرة القطاع العمومي، الذي يعد الإطار الأساسي الذي يوفر العلاج، من خلال محاولة تسخير جميع الوسائل الكفيلة بحماية الصحة وترقيتها في ظل قيود محددة. وسنحاول من خلال هذا المبحث تقديم النظام الصحي في الجزائر بهدف فهم خصائصه الرئيسية.

المطلب الأول: التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر

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

المرحلة الأولى: 1963 - 1973¹

غداة الاستقلال، كانت الجزائر تملك 5000 طبيب (50% منهم جزائريين) من أجل تغطية الحاجات الصحية للسكان، الذين بلغ عددهم 10,5 مليون ساكن. وتميزت المؤشرات الصحية في هذه الفترة بمعدل وفاة مرتفع للأطفال تجاوز (180 لكل 1000)، وتوقع حياة لا يصل إلى 50 سنة، وانتشار الأمراض المتقدمة؛ كل هذه الظروف كانت السبب الرئيسي في الوفاة والإعاقة. لمواجهة هذه الوضعية، وفي ظل الموارد المحدودة، ركزت وزارة الصحة على هدفين أساسيين هما:

- تخفيض اللامساواة في مجال توزيع الطاقم الطبي (العمومي والخاص) من أجل تسهيل الحصول على العلاج.

- مكافحة المراضة والتقليل من الوفاة، وخاصة الأمراض المتقدمة.

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

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

¹ M.chaouch, développement du Système National de Santé: Stratégies et perspectives, "le gestionnaire" revue élaborée par l'école nationale de la Santé publique, n°5, juin 2001, p p 4 -5

المرحلة الثانية: 1974-1989

تميزت هذه المرحلة على مستوى السياسة الصحية بثلاثة أمور هي¹:

- تقرير مجانية العلاج* في الهياكل الصحية العمومية انطلاقا من جانفي 1974، مما يسمح بتعميم الحصول على الصحة من طرف المواطنين.
- إصلاح النظام التربوي وبالخصوص الدراسات الطبية، وكان من جهة تحسين جودة التعليم وتدعيم التأطير، مما سمح بوجود عدد كبير من الممارسين الطبيين في كل التخصصات؛
- إنشاء القطاع الصحي*، حجر الزاوية لتنظيم النظام الوطني للصحة، الذي ارتبطت به كل وحدات العلاج الأساسية.

ولقد تميزت هذه المرحلة كذلك بـ:

- إنجاز عدد كبير من الهياكل الصحية، خاصة المستشفيات العامة والهياكل الأخرى (العيادات المتعددة الاختصاصات والمراكز الصحية)، من أجل زيادة التغطية الصحية في الوطن.
 - تشييد 13 مركز استشفائي جامعي مكافئ بثلاثة أدوار هي: العلاج، التكوين، والبحث.
- أما على مستوى المؤشرات الصحية، فسجل تراجع لمعدلات الوفاة؛ وهذا راجع لتحسن مستوى معيشة السكان من جهة، وإلى وضع البرامج الوطنية للصحة حيز التطبيق (محاربة مرض السل، سوء التغذية، وفاة الأطفال، البرنامج الموسع للتطعيم...) من جهة أخرى. بالإضافة إلى ذلك القيام بمجموعة من النشاطات هدفها التحكم في الخصوبة وتدعيم الانتقال الديموغرافي، كما لاحظ تراجع ملحوظ في بعض الأمراض المتنتقلة.

المرحلة الثالثة: 1990-2001²

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

¹ Saihi .A,le système de santé publique en Algérie, Revue"Gestions hospitalières", la revue des décideurs hospitaliers, n° 455, Avril 2006, p p 241-242

* الجريدة الرسمية عدد 104، الأمر رقم 73-65، الصادر في 03 ذو الحجة 1393هـ الموافق لـ 28 ديسمبر 1973م، يتضمن قانون المالية لسنة 1974م المتعلق بتأسيس الطب المجاني.

* القطاع الصحي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالاستقلال المالي، وتتكون من مجموع الهياكل الصحية العمومية الخاصة بالوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التكيف الطبي، التي تغطي حاجات سكان مجموعة من البلديات والتابعة للوزارة المكلفة بالصحة.

ولمزيد من المعلومات انظر: الجريدة الرسمية، العدد 81، المرسوم التنفيذي رقم 97-466 مؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق لـ 2 ديسمبر سنة 1997 يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وتسييرها.

² M.chaouch, op. cit, p 6

- مشروع الجهوية الصحية، والذي شرع فيه في الثمانينات، كإطار للوساطة والتحكيم لتجسيد القطاعية، اللامركزية، وتحقيق تنمية اجتماعية وصحية متوازنة.
- على المستوى المؤسسي، تركزت الجهوية على المجلس الجهوي للصحة (هيئة تنسيق) وعلى المرصد الجهوي للصحة. لكن الجهوية الصحية لم تتمكن من الاستجابة للمهام التي أسندت لها، نظرا لأن إطارها القانوني والتنظيمي حد من صلاحياتها في بعض التوجيهات أكثر استشارية منها قرارية.
- إنشاء ووضع حيز التطبيق هيكل الدعم لنشاط وزارة الصحة، والتي تمثلت فيما يلي:
 - . المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية (LNCPP) : مكلف بالمراقبة القبلية لكل دواء قبل إدخاله إلى السوق.
 - . الصيدلانية المركزية للمستشفيات (PCH): مكلفة بضمان تمويل الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية (1994).
 - . الوكالة الوطنية للدم (ANS) : مكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم (1995).
 - . الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي (ANDS): مكلفة بتطوير التوثيق والمعلومة والاتصال.
 - . المركز الوطني لليقظة الصيدلانية ويقظة العتاد (CNPM) : وكلف بمراقبة الآثار المرتبة عن استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية.

تنظيم النظام الصحي في الجزائر:

بعد عرض تطور النظام الصحي الجزائري، سوف نتناول تنظيمه العام، والذي يشمل ثلاثة مستويات أساسية هي¹:

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

في المقابل، توجد عشر (10) هيئات تحت وصاية الوزارة ومسيرة من طرف مجالس الإدارة. المستوى الجهوي: من أجل تحقيق الملاءمة بين عرض العلاج واحتياجات السكان، وضمان مبدأ المساواة والعدالة في مجال الاستفادة من العلاج، أسست الجهوية الصحية سنة 1995. يعتبر المجلس الجهوي للصحة هيئة فاحصة متعددة القطاعات، مكلفة بتدعيم التشاور بين المتدخلين والمجتمع المدني فيما يتعلق بالتوجهات الإستراتيجية، اتخاذ القرار، وعلى الخصوص تجنيد (تخصيص) الموارد.

¹ Ministre de la Santé et de la population, Développement du Système National de Santé: Stratégie et perspective, Mai 2001
<http://www.Ands.Dz./Système.de.Santé.htm#1>

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

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

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

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

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

كما يبلغ عدد القطاعات الصحية 185 قطاعا صحيا، ويختلف عددها من ولاية لأخرى. ويشمل كل قطاع صحي مصلحة وبائية وطب وقائي؛ مكلفة بجمع المعلومات الوبائية، وتقويم البرامج الوطنية على مستوى القطاع الصحي.

ويبلغ عدد المراكز الاستشفائية الجامعية 13 مركزا، ومكلفة بالعلاج، التكوين والبحث.

المطلب الثاني: عرض العلاج في الجزائر

يعتبر عرض العلاج في الجزائر مضمونا أساسا من طرف القطاع العام بمراكزه الاستشفائية ومؤسساته الاستشفائية المتخصصة وقطاعاته الصحية.

ويمكن عرض تطور نسب التغطية الصحية في الجدول التالي:

* الجريدة الرسمية رقم 81، المرسوم التنفيذي رقم 97-465، 2 ديسمبر 1997، المتعلق بتحديد قواعد إنشاء وتنظيم وتشغيل المؤسسات الاستشفائية المتخصصة.

* الجريدة الرسمية رقم 81، المرسوم التنفيذي رقم 97-467، 2 ديسمبر 1997، المتعلق بتحديد قواعد إنشاء وتنظيم وتشغيل المراكز الاستشفائية الجامعية.

* الجريدة الرسمية رقم 81، المرسوم التنفيذي رقم 97-466، 2 ديسمبر 1997، المتعلق بتحديد قواعد إنشاء وتنظيم وتشغيل القطاعات الصحية.

الجدول(1.4): تطور نسب التغطية الصحية بوحدات العلاج القاعدية في الجزائر

2004	2003	2002	2001	2000	1995	
512	516	513	504	497	460	عيادة متعددة الاختصاصات
65304	63546	61125	61131	61097	60435	نسبة عيادة متعددة الاختصاصات
5820	5697	5509	5368	5216	4865	مركز صحي+ قاعة علاج
5745	5756	5692	5740	5822	5714	نسبة مركز صحي+ قاعة علاج
33435	32789	31357	30810	30365	27800	السكان (بالآلاف)

Source:

- Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, la Santé des Algeriennes et des Algeriens, décembre 2004, p 94 (données 1995-2002).

- Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, Direction de la planification et de la normalisation, Statistiques Sanitaires, Année 2004, Sous direction des Systèmes d'information et de l'informatique, Avril 2006, p24.(données 2003-2004)

يتضح من الجدول أن في ظرف خمس سنوات، أي من سنة 1995 إلى غاية 2000، سجلت زيادة قدرت بـ 8.04 % فقط بالنسبة للعيادات المتعددة الاختصاصات؛ لترتفع بعد ذلك تدريجيا وبوتيرة ضعيفة إلى غاية 2003، لتعاود الانخفاض بعد هذه السنة.

أما فيما يخص المراكز الصحية وقاعات العلاج، فعرفت ارتفاعا قدر بـ 19.63 % سنة 2004 مقارنة بسنة 1995.

وفيما يتعلق بهيكل العرض التابعة للقطاع الخاص، يمكن عرض الجدول التالي:

الجدول(2.4): البنية الأساسية لهيكل القطاع الخاص في الجزائر سنتي 1999-2004

2004	2003	2002	2001	2000	1999	
47	49	31	47	38	42	عيادة توليد خاصة
5857	5502	5001	4778	4587	4305	صيدليات
(*)	(*)	232	206	212	194	مخابر تحاليل
(*)	(*)	100	118	115	188	أشعة
109	103	98	69	75	57	عيادات استشفاء
6013	5654	5462	5218	5027	4786	الإجمالي

ملاحظة : (*) تعني عدم توافر البيانات

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

- Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, Direction de la planification et de la normalisation, Statistiques Sanitaires, Sous direction des Systèmes d'information et de l'informatique.

يتضح من الجدول، إذا أخذنا عدد الهياكل إجمالاً، أن الهياكل الصحية الخاصة في تزايد مستمرًا.

الموارد البشرية

1- الممارسين الطبيين:

يمكن عرض تطور عدد الممارسين حسب القطاع كالآتي:

الجدول (3.4) : تطور عدد الممارسين حسب القطاع في الجزائر

السنة	أخصائيين		المقيمين	أطباء عامون		أطباء أسنان		صيادلة		الإجمالي	
	عام	خاص		عام	خاص	عام	خاص	عام	عام	خاص	
1995	3554	2528	3151	10296	4950	5188	2473	460	3183	22649	13134
2000	4155	4522	4316	11275	5803	4647	3346	202	4587	24595	18258
2001	4291	4861	5239	11569	5915	4833	3580	185	4778	26117	19134
2002	4498	5216	5060	11861	6185	4629	3747	177	4995	26225	20143
2003	4641	4700	4514	12122	5996	4625	3755	178	5502	26080	19953
2004	4781	4844	4582	12338	6068	4648	3920	198	5857	20689	20689

Source:

- Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, la Santé des Algériennes et des Algériens, décembre 2004,p 95. (données 1995-2002)

- Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, Direction de la planification et de la normalisation, Statistiques Sanitaires Année 2003,année2004, Sous direction des Systèmes d'information et de l'informatique, Avril 2005,avril 2006 , p36-37-168-202. (données 2003-2004)

يتجلى من الجدول أعلاه أن عدد الأخصائيين يتوزع تقريبا بالتساوي بين القطاع العام والقطاع الخاص. بينما الأطباء العامون، فهم أكثر عدد في القطاع العام عنه في القطاع الخاص. في حين أطباء الأسنان، وابتداء من سنة 2000، يتوزعون تقريبا بالتساوي بين القطاع العام والقطاع الخاص. أما الصيادلة الخواص، فهم يشكلون أغلبية ساحقة.

والجدير بالإشارة أن الزيادات المسجلة عموما في الممارسين الطبيين، هي نتيجة الزيادة في عدد الممارسين الطبيين الخواص.

وانطلاقا من الجدول (3.4)، يمكن حساب نسبة الأطباء، جراحي الأسنان، الصيادلة والأخصائيين إلى عدد السكان، وذلك في الجدول التالي:

الجدول(4.4): نسب الممارسين إلى عدد السكان في الجزائر

السنوات	السكان (×1000)	الأطباء العامون	النسبة	أطباء أسنان	النسبة	الصيدلة	النسبة	الأخصائيون	النسبة
1995	27800	15246	$\frac{1}{1823}$	7661	$\frac{1}{3628}$	3643	$\frac{1}{7631}$	6082	$\frac{1}{4570}$
2000	30365	17078	$\frac{1}{1778}$	7993	$\frac{1}{3798}$	4789	$\frac{1}{63405}$	8677	$\frac{1}{3499}$
2001	30810	17484	$\frac{1}{1762}$	8413	$\frac{1}{3662}$	4963	$\frac{1}{6207}$	9152	$\frac{1}{3366}$
2002	31357	18046	$\frac{1}{1737}$	8376	$\frac{1}{3743}$	5172	$\frac{1}{6062}$	9714	$\frac{1}{3228}$
2003	32789	18118	$\frac{1}{1809}$	8380	$\frac{1}{3912}$	5680	$\frac{1}{5772}$	9341	$\frac{1}{3510}$
2004	33435	18401	$\frac{1}{1817}$	8568	$\frac{1}{3902}$	6055	$\frac{1}{5521}$	9625	$\frac{1}{3473}$

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات الجدول السابق

يوضح الجدول أعلاه جملة من النقاط، نعرضها فيما يلي:

- شهدت نسبة الأطباء العامين انخفاضا ما بين سنة 2000 وسنة 2002، وذلك لأن نسبة الزيادة في السكان (3.26%) أقل من الزيادة في عدد الأطباء العامين (5.66%)، لتعاود الارتفاع ابتداء من سنة 2003.
- عرفت نسبة أطباء الأسنان إلى عدد السكان انخفاضا ما بين سنة 2000 وسنة 2001، لتعاود الارتفاع فيما بعد حتى سنة 2003، لتتخف مجددا سنة 2004.
- شهدت نسبة الصيدلة انخفاضا مستمر من 1995 إلى غاية 2004.
- عرفت نسبة الأخصائيين انخفاضا ما بين سنة 1995 إلى غاية 2002، لترتفع سنة 2003، ثم عاودت الانخفاض سنة 2004.

والجدير بالإيماء أن نسبة الأطباء إلى عدد السكان في الجزائر مازالت ضعيفة مقارنة حتى مع بعض دول الجوار (تونس والمغرب)

2- الطاقم شبه الطبي:

نستطيع عرض تطور تشكيلة شبه الطبيين حسب التأهيل في الجدول التالي:

الجدول (5.4) : تطور تشكيلة شبه الطبيين حسب التأهيل في الجزائر

الإجمالي	مساعدين شبه الطبيين	مؤهلين	حاصلين على شهادة دولة	
82362	28811	27640	25911	1991
84065	15600	29911	38554	1996
85843	10433	26655	48755	2001
86021	9852	25369	50800	2002
86205	9423	24347	52435	2003
86803	9099	23553	54151	2004

Source:

- Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, la Santé des Algériennes et des Algériens, décembre 2004 p 92. (données 2001-2002)
- Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, Direction de la planification et de la normalisation, Statistiques Sanitaires Année 2003,année2004, Sous direction des Systèmes d'information et de l'informatique, Avril 2005,avril 2006 , p129-190-227. (données 2003-2004)

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن هناك ارتفاع مستمر في صنف الحاصلين على شهادة دولة، في حين يلاحظ ارتفاع في عدد المؤهلين ما بين 1991 و 1996، ليعاود الانخفاض بعد ذلك. بينما سجل انخفاض كبير جدا للمساعدين شبه الطبيين ما بين 1991 و 1996، واستمر هذا الانخفاض إلى غاية 2004.

3- الإداريين والتقنيين وعمال الخدمات:

يمكن إبراز تطور تشكيلة الإداريين، التقنيين وعمال الخدمات في الجدول التالي:

الجدول (6.4) : تطور تشكيلة الإداريين، التقنيين وعمال الخدمات في قطاع الصحة بالجزائر

الإجمالي	الخدمات	التقنيين	الإداريين	
51036	39128	*	11908	1991
58514	46109	734	11671	1996
59125	42784	2071	14270	2001
58210	42474	2303	13433	2002
58478	42358	2620	13500	2003
58554	42171	2837	13546	2004

Source:

- Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, la Santé des Algériennes et des Algériens, décembre 2004 p 94 . (données 1991-2002)
- Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, Direction de la planification et de la normalisation, Statistiques Sanitaires Année 2003,année2004, Sous direction des Systèmes d'information et de l'informatique, Avril 2005,avril 2006 , p162.(données 2003-2004)

يتبين من الجدول السابق أن عدد الإداريين قد عرف تزايد مستمر، وبلغت نسبة الزيادة، بمقارنة سنة 1996 بسنة 2004 ، 16.06% . بينما سجل عدد التقنيين سنة 2004 زيادة بأكثر من ثلاثة أضعاف العدد الذي كان موجود سنة 1996. في حين عرف عدد عمال الخدمات انخفاضا تدريجيا ابتداء من سنة 1996.

أما فيما يتعلق بتطور تشكيلة عمال المؤسسات الصحية خلال الفترة 2002-2005 فيمكن عرضها كما يلي:

الجدول (7.4) : تطور تشكيلة عمال المؤسسات الصحية في الجزائر خلال الفترة 2002 - 2005

صنف العمال	2002	2003	2004	2005
عمال إداريون	16526	16444	16407	16438
الطاقم الطبي	23016	23164	23033	23123
الطاقم شبه الطبي	92347	92578	92618	92439
عمال متعاونون	49035	49338	49466	49324
الإجمالي	180924	181524	181524	181324
عمال مؤقتون	9013	9013	9013	9013
المجموع	189937	190537	190537	190337

المصدر: وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات، المديرية الفرعية للميزانية وإصلاح المستشفيات

يتضح من الجدول أن تشكيلة عمال الصحة تتكون بالدرجة الأولى من الطاقم شبه الطبي ثم العمال المتعاونين، ثم ترتب الأصناف الأخرى.

المبحث الثاني: تمويل وتقييم أداء النظام الصحي في الجزائر

تتمثل أهم التحديات التي تحول دون تطوير قطاع الخدمات الصحية في نقص الموارد المتاحة لتمويل الإنفاق على الصحة، خاصة في ظل الارتفاع المطرد في تكاليف تقديم الخدمات الصحية، وغياب نظام فعال لتقويم أداء النظام الصحي.

وفي هذا الإطار، جاء هذا المبحث ليكشف النقاب عن موضوع التمويل، نظرا لكونه مكونا أساسيا لأي برنامج إصلاح. وبالإضافة إلى ذلك التطرق إلى تقويم النظام الصحي في الجزائر، من خلال مجموعة من المؤشرات ممثلة في معدل الوفيات، معدل المراضة، توقع الحياة عند الولادة، وغيرها.

المطلب الأول : تمويل النظام الصحي في الجزائر

نود في هذا المطلب أن نعرض موضوع تمويل النظام الصحي في الجزائر، والذي يعد أحد الأركان الأساسية لأي نظام صحي. لكن قبل التطرق إلى تطور ميزانية الصحة وما يرتبط بذلك، نرى من المناسب أن نسلط الضوء على مصادر التمويل في الجزائر منذ 1963 إلى بداية مشروع إصلاح المستشفيات سنة 2002 كما يلي:

1- مصادر التمويل خلال الفترة 1963-1973: ورثت الجزائر غداة الاستقلال وضعية مزرية في

شتى المجالات نخص بالذكر مجال الصحة، حيث تميّزت هذه المرحلة بهجرة العديد من الإطارات ذوي الأصل الأوروبي، الذين كانوا يمثلون العمود الفقري للنظام الصحي، مقابل عجز في الإطارات الصحية الجزائرية، وهذا ما أدى إلى التعجيل باتخاذ القرارات لا سيما تلك التي تتعلق بالصحة العمومية، وعلى هذا الأساس كان للنظام الصحي المتبع آنذاك عدّة انعكاسات على الصحة العمومية بصفة عامة، وعلى طرق تمويله بصفة خاصة، حيث شهدت هذه المرحلة ثلاثة مصادر أساسية للتمويل نبرزها فيما يلي :

أ- **المساهمة العمومية**: تشمل مساهمة الدولة والجماعات المحلية، حيث تقدر بـ 60 % من مجموع النفقات على الصحة، والتي تحسب على أساس سعر يومي يحدد سنويا، وتخصص لتمويل الفقراء والمعوزين الذين ليس لهم مدا خيل، حيث كان يتعين عليهم إحضار بطاقات المصدرة من طرف المصالح البلدية لكي يستفيدوا من العلاج، بحيث كانت النفقات المحققة من جراء معالجة هذه الفئة تمول على النحو التالي¹:

. 85% من طرف الخزينة العمومية لحساب ميزانية الدولة .

. 15 % من طرف صندوق التضامن للدوائر والبلديات لحساب الجماعات المحلية (8% لحساب الدوائر و7% لحساب البلديات).

ب- **مساهمة الضمان الاجتماعي**: تخص مساهمة الضمان الاجتماعي التكفل بالمؤمنين وذوي الحقوق، وتقدر بنسبة 30 % من مجموع نفقات الصحة.

ج- **مساهمة بعض الفئات من المرضى**: تتأتى هذه المساهمة من طرف الأشخاص ذوي المهن الحرة والذين لا يخضعون لأي نظام تأمين، فبعد التكفل بهذا النوع من المرضى من طرف الهياكل الصحية العمومية يقوم المريض بدفع نفقاته مباشرة عند مغادرة الهيكلة الصحية التي قدمت له العلاج، إلا أن هذه المشاركة كانت ضعيفة جدا مقارنة بالفئات السالفة الذكر، حيث مثلت نسبة 10 % من إجمالي نفقات الصحة فقط².

2- مصادر التمويل خلال الفترة 1974 - 2002 : تقرر إرساء مبدأ الطب المجاني على مستوى القطاع

العمومي بموجب الأمر رقم 65-73 في 1973/02/28، والذي أدخل حيز التنفيذ ابتداء من 1974/01/01، وهذا ما أدى إلى حدوث تغيير هيكلي على مستوى النظام الصحي الوطني بصفة عامة ومصادر تمويله بصفة خاصة، حيث أصبح يتشكل مما يلي¹ :

¹ M.Lamri, Dossier de la Contractualisation , "Le Gestionnaire" , Revue semestrielle élaborée par Ecole Nationale de Santé Publique , N°1111 2875 , juillet 1998 , p24

² أمير جيلالي، تخطيط وتمويل الصحة في الجزائر، رسالة ماجستير، فرع التخطيط، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، الجزائر، 2000-2001، ص 152.

- قطاع عمومي للصحة يضم أساسا القطاعات الصحية إلى أن ظهرت المؤسسات الإستشفائية المتخصصة والمراكز الإستشفائية الجامعية سنة 1986، إذ أصبح يطلق فيما بعد على مجموع هذه الهياكل مصطلح "المؤسسات الصحية".

- قطاع شبه عمومي يضم المراكز الطبية الاجتماعية التي تختص في تقديم العلاج للعمال الأجراء وعائلاتهم، إلا أنه تم دمج إداريا إلى القطاعات الصحية سنة 1980، وتم التخلي عنه تماما سنة 1984 .

- قطاع خاص يشمل قاعات العلاج الخاصة بجراحة الأسنان، الصيدليات، ومخابر التحاليل والأشعة، عيادات ومراكز خاصة بتخصصات مختلفة.

والجدير بالإيماء أنه مع تبني مجانية العلاج على مستوى قطاع الصحة العمومي، تم استبدال "السعر اليومي" بإجراء جديد يتمثل في الميزانية العمومية، والتي تحدد بموجب قرار مشترك بين الوزارة المكلفة بالصحة ووزارة المالية؛ وتقدم سنويا في إطار قانون المالية، تتضمن مختلف مصادر التمويل الرئيسية مجتمعة في فرع الإيرادات. كما يتم تحديد أوجه النفقة الوطنية للصحة.

ويمكن إبراز مختلف مصادر التمويل، وهي على فترتين: الأولى من سنة 1974 إلى سنة 1988، والثانية حتى 2002، وذلك من خلال الجداول التالية:

¹ عبد القادر قزولي، الصحة والأزمة الاقتصادية في الجزائر، مذكرة تخرج لنيل شهادة ما بعد التدرج، فرع تسيير الموارد البشرية، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، 2003، ص 17

الجدول (8.4): مصادر تمويل النفقة الوطنية للصحة في الجزائر خلال الفترة 1974-1988

الوحدة: 10⁶ دج

السنوات											البيان
1988	1987	1986	1985	1984	1983	1982	1981	1980	1979	1974	
65	3465	3024	2287	2389	3337	2664	2362	1790	1516	-	مساهمة الدولة (1)
0,34	20,41	19,93	17,93	20,82	33,57	31,05	27,53	24,4	24,8	75,6	%=(5)/(1)
11731	9646	8678	7163	6235	4011	3385	3006	2400	1788	-	مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي (2)
61,14	56,83	57,19	56,17	54,33	40,36	39,46	35,04	32,72	29,25	23,5	%=(5)/(2)
4111	3288	3163	2879	2600	2345	2359	1795	1591	1198	-	مساهمة العائلات (3)
21,42	19,73	20,85	22,58	22,66	23,59	27,03	20,92	21,69	19,6	-	%=(5)/(3)
3280	574	308	422	251	246	210	1416	1553	1610	-	مساهمة المصادر الأخرى (4)
17,09	3,38	2,03	3,31	2,19	2,47	2,45	16,5	21,17	26,34	-	%=(5)/(4)
19187	16973	15173	12751	1145	9939	8578	8579	7334	6112	-	النفقة الوطنية للصحة (5)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على:

¹ F.Z.OUFRIHA, Système de santé et population en Algérie, édition ANP,2002,Alger, p 110
(النفقة الوطنية للصحة)

² Brahim. Brahmia , La formation continue « enjeux et stratégie », Le Gestionnaire :Revue semestrielle élaborée par L'Ecole Nationale de Santé Publique, Numéro spécial , N°11112875,juillet 1997, p 70 (données 1974)

³ خدوجة زميت، تحليل تكاليف الصحة في الجزائر، رسالة ماجستير، فرع التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، 1999-2000، ص 128 (مساهمة الدولة، صندوق الضمان الاجتماعي والعائلات)

يتبين من الجدول أن هذه الفترة تميزت بوجود أربعة مصادر رئيسية للتمويل هي :

الدولة، الضمان الاجتماعي، العائلات، مصادر أخرى (الجماعات المحلية والمراكز الطبية الاجتماعية).

كما يلاحظ أن كل من نسبة مساهمة الدولة،العائلات، الجماعات المحلية، والمراكز الاجتماعية بالنسبة للنفقة الوطنية للصحة شهدت انخفاضا على العموم بعد الخمس سنوات الأولى من إقرار مبدأ مجانية العلاج، ليستمر الوضع كذلك إلى غاية سنة 1988، ويمكن إرجاع ذلك إلى أنه نسبة الزيادة في النفقة الوطنية للصحة بوتيرة أسرع منها بالنسبة لهذه المساهمات - المذكورة سابقا - ونخص بالذكر سنة 1988 أين عرفت مساهمة الدولة في تمويل النفقة الوطنية للصحة انخفاضا مذهلا يقدر بنسبة 98.12 % مقارنة بسنة 1987، وذلك نتيجة الأثر الرجعي للانخفاض الشديد لأسعار البترول في الأسواق العالمية في سنة 1986،

الأمر الذي فتح المجال أمام بواذر أزمة اقتصادية ساهمت بتقليص الموارد المالية للدولة على وجه الخصوص.

بينما تتحقق الحالة العكسية بالنسبة لمساهمة صندوق الضمان الاجتماعي بالنسبة للنفقة الوطنية للصحة، حيث عرفت هذه النسبة ارتفاعا مستمرا على العموم منذ إقرار مبدأ مجانية العلاج، وذلك نتيجة الزيادة في النفقة الوطنية للصحة بوتيرة أبطأ منها بالنسبة لمساهمة صندوق الضمان الاجتماعي. أما مصادر التمويل في الفترة الممتدة من 1989 إلى 2002، فيمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول (9.4): مصادر تمويل النفقة الوطنية للصحة في الجزائر خلال الفترة 1989-2002

الوحدة : 10³ دج

2002	2000	1996	1994	1992	1989	البيان
57368050	43842845	23400000	20720000	13030000	3364000	مساهمة الدولة (1)
32,92	28,18	24,34	34,55	23,4	16,85	%=(4)/(1)
76830000	68770000	42700000	22250000	17037000	*11987000	مساهمة CNAS (2)
44,1	44,2	44,43	37,05	30,6	60,06	%=(4)/(2)
40039869	42987551	30000000	17000000	12600000	4608000	مساهمة العائلات وآخرون (3)
22,98	27,63	31,21	28,34	22,62	23,09	%=(4)/(3)
174237919	155600396	96100000	59970000	55697000	19959000	النفقة الوطنية للصحة (4)

المصدر : من إعداد الطالب بالاعتماد على المرجعين التاليين:

1 F.Z.OUFRIHA, Système de santé et population en Algérie, op.cit, p129(données 1989-1996))

2 Comptes nationaux de la santé de l'Algérie, élaborés par le Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière , Mai 2003 , p40 (données 2000 et 2002)

يتبين من الجدول أن هذه الفترة شهدت وجود ثلاثة مصادر رئيسية للتمويل هي: الدولة، الضمان الاجتماعي، العائلات، وآخرون يتمثلون أساسا في التعاقدات، المؤسسات الاقتصادية، قطاع الصحة الخاص، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لغير الأجراء والتعاون الدولي. كما يتضح لنا أن مساهمة الدولة سنة 1989، والتي قدرت بـ 16.85 % من حصة النفقة الوطنية للصحة منخفضة مقارنة بمساهمة الصندوق الوطني للتأمين على حوادث العمل CNASAT، والتي بلغت 60.06 % بالنسبة للنفقة الوطنية للصحة، بحيث يرجع هذا الارتفاع إلى أن هذا الصندوق كان يضم العديد من الأنظمة الفرعية، والتي أصبحت تحت اسم الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية CNAS سنة 1992 (ماعدا النظام الخاص بالدفاع وموظفو البحر CSSM والنظام الخاص بغير العاملين CAVNOS).

وشهدت مساهمة الدولة من حصة النفقة الوطنية للصحة ارتفاعا على العموم خلال الفترة الممتدة من سنة 1992 إلى غاية سنة 2002، إلا أن هذه المساهمة تبقى أقل من نظيرتها بالنسبة لـ CNAS خلال نفس الفترة، وذلك نتيجة الوضعية المالية المترتبة عن إرساء مبدأ مجانية العلاج، حيث تحملت الدولة تكاليف كبيرة على عاتقها، لهذا كان لزاما عليها تخفيف هذا العبء الثقيل بتفعيل دور CNAS، على أن يتحمل الحصة الكبرى من حجم النفقة الوطنية للصحة. أما فيما يخص مساهمة العائلات والمصادر الأخرى تبقى ثابتة نسبيا خلال فترة الدراسة بمتوسط يقدر بـ 25.98%، ويمكن إرجاع ذلك إلى ثبوت التسعيرات الإستشفائية خلال هذه الفترة سواء تعلق الأمر بالطب العام، الطب الخاص أو تسعيرة المكوث في المستشفى.

وبعد التطرق إلى مصادر التمويل الصحي في الجزائر، نعرض تطور الناتج الداخلي الخام والنفقات الإجمالية للصحة، بالإضافة إلى نفقات الإدارات العمومية والخاصة للصحة، في الجدول التالي:

الجدول (10.4): تطور الناتج الداخلي الخام وموازنة الصحة في الجزائر

2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	
3,4	3,6	3,5	3,5	3,8	3,5	3,7	4,1	النفقات الإجمالية للصحة (DTS) كنسبة من الناتج الداخلي الخام
74,8	72,5	77,4	75,3	77,4	73,3	71,9	73,8	نفقات الإدارات العمومية (DAPS) للصحة كنسبة من DTS
25,2	27,5	22,6	24,7	22,6	26,7	28,1	26,2	نفقات القطاع الخاص للصحة (DPVS) كنسبة من (DTS)

Source: Algérie, Dépenses nationales en santé
<http://www.who.int/entity/nha/country/dza-f.pdf>

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن هناك انخفاض في الميزانية المخصصة للصحة، رغم أن الطلب على العلاج لم يتوقف عن الزيادة بفعل الانتقال الوبائي والنمو الديموغرافي، مما يؤدي إلى زيادة الصعوبات التي تواجه المنشآت الصحية من أجل ضمان عناية أفضل للمرضى، والذي ينعكس على جودة الخدمات المقدمة. كما يسهم النقص الموازناتي في زيادة ثقل دين* المنشآت الصحية، مما يؤثر على كفاية الصيانة بسبب عدم وجود تجديد ملموس في الوسائل المادية، والتي تعرضت للتقادم نتيجة نقص قطع الغيار، والاستعمال الزائد وغياب سياسة صيانة واضحة المعالم.

* لقد تجاوز مستوى التدين الإجمالي للقطاع الصحي 14 مليار دج سنة 2000

كما يتضح أن نفقات الصحة تعود بالدرجة الأولى للإدارات العمومية، والتي تشكل أكثر من 70% من إجمالي نفقات الصحة. وقد عرفت نفقات الإدارات العمومية للصحة تقلبات متواصلة، من انخفاض ثم ارتفاع، لتبلغ أقصى حد لها سنة 2003.

ونرى من المفيد أن نلقي الضوء على وضعية نفقات المؤسسات الصحية خلال الفترة 2002-2005 كما يلي:

أ- نفقات الموظفين:

ويمكن إبراز تطور نفقات الموظفين في الفترة الممتدة من 2002 الى 2005

الجدول(11.4): تطور نفقات موظفين الصحة في الجزائر خلال الفترة 2002 - 2005

الوحدة : 10³ دج

2005	2004	2003	2002	
56000442	58057479	52448751	49171678	المبالغ
(3.54)	10.69	6.66	-	نسبة التغيير (%)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات المديرية الفرعية للميزانية والمحاسبة التابعة لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

نلاحظ انطلاقا من الجدول أن هناك زيادة في نفقات الموظفين ما بين سنة 2002 و 2004، وهذا راجع إلى إصدار عدة مراسيم رئاسية* مفادها زيادة مرتبات مستخدمي مؤسسات الصحة العمومية. أما فيما يتعلق بسنة 2005، فقد شهدت انخفاضا في قيمة نفقات الموظفين قدرت ب 3.54% مقارنة بسنة 2004، ويعزى هذا الانخفاض إلى تناقص عدد الموظفين ب 179 موظف شبه طبي وب 142 موظف متعاون سنة 2004.

ب- نفقات الأدوية والمواد الأخرى ذات الاستعمال الطبي:

ويمكن توضيح مدى تطور هذه النفقات في الجدول التالي:

الجدول(12.4): تطور نفقات الأدوية والمواد الأخرى ذات الاستعمال الطبي في الجزائر خلال الفترة

2005-2002

الوحدة : 10³ دج

2005	2004	2003	2002	
18500.000	16500.000	16500.000	12371533	المبالغ
12.12	-	33.37	-	نسبة التغيير (%)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات المديرية الفرعية للميزانية والمحاسبة التابعة لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

يتبين لنا من الجدول أن قيمة الأدوية والمواد الأخرى ذات الاستعمال الطبي عرفت ارتفاعا خلال سنة 2003 بنسبة قدرت ب 33.37% مقارنة بسنة 2002، ويمكن إرجاع ذلك إلى زلزال 21 ماي 2003 الذي خلف العديد من الجرحى، وبالتالي توسع شبكات وكميات توزيع العلاج والأدوية. وشهدت سنة 2004 ثباتا في قيمة الأدوية والمواد الأخرى ذات الاستهلاك الطبي، وذلك لامتناس الزيادة المتعلقة بسنة 2003. أما سنة 2005 فشهدت ارتفاعا والذي قدر بنسبة 12.12% مقارنة بسنة 2004، ويعود ذلك لإنشاء مؤسسات صحية جديدة*.

ت- نفقات التسيير الأخرى للمؤسسات الصحية

يمكن عرض تطور نفقات التسيير الأخرى للمؤسسات الصحية خلال الفترة 2002-2005 في الجدول التالي:

الجدول(13.4): تطور نفقات التسيير الأخرى للمؤسسات الصحية في الجزائر خلال الفترة 2002-2005

الوحدة : 10³ دج

2005	2004	2003	2002	
2275000	2187000	1907000	1647348	نفقات التكوين
1813000	1828000	1354000	1202641	نفقات التغذية
2730000	2608500	2434000	1761000	نفقات الأعمال الوقائية النوعية
4070000	3780000	3300000	2629329	نفقات العتاد الطبي و الأدوات الطبية
3000000	2730000	2300000	1491000	نفقات صيانة الهياكل الصحية
6040000	4701000	4436000	3393000	نفقات أخرى للتسيير
1226000	1037000	864000	769750	نفقات على الخدمات الاجتماعية
45000	40000	40000	40000	نفقات البحث الطبي
21199000	18911500	16635000	12934068	مجموع المبالغ
12,10	13,69	28,61	-	نسبة التغير (%)

المصدر : من إعداد الطالب بالاعتماد على وثائق المديرية الفرعية للميزانية والمحاسبة التابعة لوزارة الصحة وإصلاح المستشفيات.

يتبين من خلال الجدول أن نسبة نفقات التسيير الأخرى للمؤسسات الصحية ارتفعت في سنة 2003، حيث بلغت 28.61% مقارنة بسنة 2002، ويعود ذلك إلى زيادة نفقات صيانة الهياكل الصحية على وجه الخصوص، حيث بلغت هذه الزيادة 54.25% بالنسبة لسنة 2002. أما سنة 2004 فقد ميزها أيضا ارتفاع في قيمة نفقات التسيير الأخرى للمؤسسات الصحية بمعدل 13.69% مقارنة بسنة 2003، غير أن هذه الزيادة التي عرفتها قيمة هذه النفقات تعزى أساسا إلى تقادم نفقات التغذية، حيث بلغ هذا 35% بالنسبة لسنة

*لمزيد من المعلومات يرجى الاطلاع على الموقع التالي:

2003. وفيما يخص سنة 2005 فقد شهدت زيادة في قيمة نفقات التسيير الأخرى للمؤسسات الصحية بنسبة قدرت بـ 12.10% مقارنة بسنة 2004، حيث أن هذه الزيادة ترجع إلى ارتفاع قيمة النفقات الأخرى للتسيير بشكل خاص، حيث بلغت هذه الزيادة نسبة 28.48% بالنسبة لسنة 2004.

أما فيما يتعلق **بالقطاع الخاص**، فالخدمات المقدمة من طرف هذا القطاع هي بشكل كبير على عاتق المريض، باستثناء جراحة القلب وحديثا تصفية الدم؛ وحتى المستفيدين من التأمين على المرض لا يعوضون إلا بمعدل قليل جدا مقارنة بالمبالغ المدفوعة¹.

ويبقى القطاع صعب الولوج، بسبب تطوره السريع وغير المراقب منذ التسعينات (فتح المجال للقطاع الخاص انطلاقا من المرسوم التنفيذي 88-204 بتاريخ 18 أكتوبر 1988، الذي ينظم ظروف فتح وتشغيل العيادات الخاصة)، وهذا ما يبرر تبني إصلاحات تخص على سبيل المثال التسعيرات، وهيكل الأفعال الطبية وغيرها.

المطلب الثاني : النهج التعاقدى كنمط جديد للتمويل في الجزائر

تلعب الصحة دورا أساسيا في التنمية الاقتصادية والاجتماعية للبلاد، ولذلك تولي مختلف دول العالم اهتماما بالغا بنظمها الصحية، والعمل على إيجاد السياسات الملائمة للتخفيف من تزايد الإنفاق على الصحة، حيث اتجهت مختلف الدول إلى النهج التعاقدى كأسلوب تمويلي جديد والذي يقوم على أساس علاقات تعاقدية بين المؤسسات الصحية والمؤمنين اجتماعيا وذوي الحقوق، الممثلين بهيئات الضمان الاجتماعى. ولقد أولت الجزائر اهتمامها بهذا النمط الجديد نظرا لقصور سياسة الطب المجاني والتمويل الجزافي. وسنحاول من خلال هذا المطلب أن نركز على واقع النهج التعاقدى كنمط بديل لتمويل الصحة في الجزائر.

1- نمط التعاقد في ظل التجربة الجزائرية

تكلفت المجموعة الوزارية المشتركة بإعداد كفاءات تطبيق النهج التعاقدى على العلاقات التي تربط المؤسسات العمومية للصحة وهيكل الضمان الاجتماعى ومديريات النشاطات الاجتماعى الولائية والمؤسسة من طرف كل من وزير الصحة والسكان ووزير العمل والضمان الاجتماعى في 16 مارس 2002. وقد قامت هذه المجموعة بالجمع بين مختلف الكفاءات الممكنة على ضوء ما أنجز من دراسات في هذا الميدان، وكذا من خلال دراسة لمختلف التجارب الدولية في مجال التعاقد. ذلك قصد التطور التدريجي نحو التطبيق السليم للنهج التعاقدى وتجاوز العقبات.

وكمنتلق مبدئي، فإن المجموعة الوزارية قد بحثت في نظام التمويل الجديد عن عدم زعزعة التوازنات المالية لنظام الضمان الاجتماعى، وكذا عدم تعطيل السير الحسن للمؤسسات الصحية والذي يمكن بواسطته التأثير الايجابى مباشرة على عملية استفادة السكان من العلاج والخدمات الصحية.

¹ La Santé des Algériennes et des Algériens, décembre 2004, op.cit, p 102

ويمكن عرض مراحل تطبيق النهج التعاقدى في الجزائر فيما يلي¹:

المرحلة الأولى: (من 10 أبريل 1995 إلى 19 ماي 2002)

بداية، يجب الإشارة إلى أنه تم تشكيل أول لجنة مكلفة بالتعاقد في 10 أبريل 1995، وذلك تبعا لتوصيات المجلس الوزاري المنعقد في 21 مارس 1995. وتتكون هذه اللجنة من: وزارة الصحة والسكان، وزارة العمل والحماية الاجتماعية، وزارة المالية، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير مسيري المؤسسات العمومية للصحة.(CNAS) الأجراء، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية وقد تميزت هذه المرحلة بما يلي:

. إهمالها الوظائف الأساسية لمكتب الدخول؛

. غياب أو عدم تكييف مصادر المعلومات المشكلة لدعائم على مستوى المؤسسات الصحية وهياكل

الضمان الاجتماعي والتي أهملت مع بداية العمل بنظام الطب المجاني منذ 1974؛

. نقص التنسيق، التهاون والتحفيز بين المستخدمين المكلفين بإعداد مصادر المعلومات والوثائق

الموضوعة تحت مسؤولياتهم خاصة على مستوى المؤسسات الصحية؛

. عدم تحسين "المدونة العامة للأعمال المهنية وأسعارها" والتي لم تراجع منذ 1987؛

. عدم تحديد فئة المحرومين غير المؤمنين اجتماعيا.

وبناء على هذه المعطيات، فإن أعمال وجهود اللجنة الوزارية قد تمثلت فيما يلي:

- إعادة تهيئة مكتب الدخول على مستوى جميع المؤسسات العمومية للصحة؛

إعداد مصادر المعلومات ودعائم التقييم (طلب الاستفتاء، استمارة القبول، استمارة - العلاج... الخ) وتعميمها؛

- إدخال تقنيات الإعلام الآلي في مكتب الدخول تدريجيا لاستعمالها ضمن وظائفه الجديدة؛

- تحديد قواعد دخول المرضى، وقواعد التكفل بالمرضى؛

- تنظيم أعمال تكوينية وتوعية مهنية الصحة والتي بدأت من مراكز التجربة العشرة .

ويمكن وصف هذه المرحلة بأنها مرحلة اكتشاف للوقائع وتحضير لبداية تطبيق النهج التعاقدى.

المرحلة الثانية: (من 19 ماي 2002 إلى 17 سبتمبر 2003)

حددت في هذه المرحلة القواعد العملية الواجب إتباعها لتطبيق النهج التعاقدى، والمتمثلة فيما يلي:

- تحديد المؤسسة الصحية للمؤمنين اجتماعيا وذوي حقوقهم عند دخولهم للمستشفى؛

- إعداد كفاءات وإجراءات الحصول على التكفل بالعلاج من طرف صناديق الضمان الاجتماعي

¹ صيفي ذهبية، النهج التعاقدى كأسلوب تمويلي جديد لقطاع الصحة الجزائري، مذكرة ما بعد التدرج، تخصص إدارة المنظمات الصحية، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، جوان 2005، ص42.

- إعداد طريقة حساب السعر المتوسط لليوم الإستشفائي، حيث تكون الفوترة حسب هذا النمط من الدفع مبنية على أساس السعر المتوسط لليوم الإستشفائي حسب صنف المؤسسة وحسب مجموعة الاختصاصات المتجانسة (الطبية، الجراحية، النفسية التخصصات الثقيلة والمكلفة، والتوليد)، كما أن التقييم الدوري لهذا النمط من الدفع سيسمح بمعرفة أكثر للمدة المتوسطة للإقامة الاستشفائية وتنظيمها عبر جميع المؤسسات الصحية العمومية كما يسمح هذا المعيار بتقييم نجاعة المؤسسات الصحية وإجراء مقارنات بين مختلف الهياكل الصحية قصد دفعها لتحقيق الفعالية والفاعلية؛

- تحديد مدة الإقامة النمطية لخمس مجموعات من التخصصات الطبية

- وضع أسعار لليوم الإستشفائي المتعلق بكل تخصص من مجموعات الاختصاص الخمسة؛

- تنصيب مجموعة الخبراء وتحديد رزنامة عملهم مع متابعة وتقييم أعمال هذه المجموعات وذلك قصد

التوصل إلى تطبيق التعاقد في العلاقات ما بين المؤسسات الصحية ومموليها على أساس الدفع الجزافي حسب المرض، وهي طريقة يتطلب تحقيقها وقتا أكثر وذلك لأنها تحتاج إلى أعمال خبراء، يكون هدفها الوصول إلى إعداد اتفاق علاجي حسب كل نوع من المرض. وقاعدة هذا النمط من الدفع أساسها حساب الفحوصات الطبية المتفق عليها والمؤسسة على مؤشرات علمية متخصصة وموضوعية.

ويضاف إلى الدفع الجزافي حسب المرض، المصاريف الجزافية للفندقة والإطعام. وفي هذا المجال

فإن الأمر يتطلب تجنيد خبراء ذوي كفاءة علمية معتبرة مما يؤدي أيضا إلى مشكل التغطية المالية لهذه العملية من خلال تسديد أجور هؤلاء الخبراء وتسييد مختلف التكاليف التي ستلحق بذلك والتي يجب تحديدها مسبقا والتحضير لها.

- سيتم تطبيق طريقتنا السعر المتوسط لليوم الاستشفائي والدفع الجزافي حسب المرض دون أثر مالي حقيقي لكلا الطرفين بل بطريقة تشبيهية تكون أكثر اقترابا من طريقة الفوترة الحقيقية ؛

- سيسمح التحليل المقارن لكلا النمطين للتمويل والتسييد في المستقبل بتبني النمط الأكثر ملائمة.

ذلك ما جاءت به التعليمية الوزارية المشتركة المؤرخة في 14 جانفي 2003 والمتعلقة بتطبيق العلاقات،

حيث عمل بطريقة شبه الفوترة في عشر مواقع تجريبية هي:

المراكز الإستشفائية الجامعية بـ : الجزائر العاصمة "مصطفى باشا"، قسنطينة ، البليدة؛

المؤسسات الاستشفائية المتخصصة بالجزائر العاصمة: عنابة "البوني"، قسنطينة "الرياض"،

المركز الوطني لمكافحة السرطان". القطاعات الصحية لـ : المدية، ورقلة، أرزيو، عين ترك (وهران).

وقد تم تطبيق هذه التوصيات بطريقة مرضية حسب ما وصفت في تقرير اللجنة الوزارية المشتركة

لمتابعة وتقييم النهج التعاقدية في اجتماعها المنعقد بتاريخ 17 سبتمبر 2003.

وقد أشار ممثل وزارة العمل والضمان الاجتماعي إلى أن عملية تحديد الفئة الاجتماعية للمرضى

المستفيدين من العلاج في المستشفيات هي غير كاملة، حيث سجلت نسبة 60% من الأشخاص غير معروفين من حيث الفئة الاجتماعية التي ينتمون إليها، وهي نسبة كبيرة جدا.

وهكذا عوضا من التطبيق للنهج التعاقدى في هذه المرحلة، دخلت العملية في مرحلتها الثالثة .

المرحلة الثالثة (من 28 أكتوبر 2003 إلى 01 أبريل 2004)

قد وصفت هذه المرحلة أيضا بالمرضية خاصة:

- فيما يتعلق بالسير الحسن لمكاتب الدخول في المستشفيات ؛
 - وأيضا فيما يتعلق بحساب التكاليف باليوم الاستشفائي حسب مجموعة التخصص ؛
 - وكذلك انضمام الممثلين الإداريين والطبيين التابعين لكل من الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية، والصندوق الوطني للتأمين لغير الأجراء على مستوى المواقع المختارة كمراكز تجريبية.
- وقد رصدت عدة مشاكل خلال هذه المرحلة من خلال دراسة تقارير اللجان القطاعية المشتركة للولايات التي تقع فيها المؤسسات الصحية التجريبية والمتعلقة بالسداسي الأول لسنة 2003، والتي على إثرها أصدرت اللجنة الوزارية المشتركة التوصيات التالية:
- الإسراع بإعداد ومنح المعنيين من السكان بطاقات المعوزين غير المؤمنين اجتماعيا؛
 - ضرورة إعداد ملف تحديد المؤمنين اجتماعيا، حتى يسهل إعداد الإجراءات اللازمة لمنح كفاءات العلاج؛

- أهمية اعتماد تقنيات الاتصال والإعلام بهذه العملية والتي هي على عاتق مسئولى الأطراف الوزارية الثلاثة.

من شأن هذه التوصيات أن تسهل الأعمال المستقبلية، خاصة بعد التأكد من أن بعض المشاكل لم يستطع التخلص منها منذ بداية التحضير لتطبيق النهج التعاقدى إلى غاية بلوغه هذه المرحلة، وخاصة مشكلة تحديد المعوزين غير المؤمنين اجتماعيا.

وقد تميزت هذه المرحلة أيضا، بصدور المرسوم التنفيذي رقم 04-101 المؤرخ في 01 أبريل 2004 المحدد لكيفيات دفع مساهمات صناديق الضمان الاجتماعي لتمويل ميزانيات المؤسسات العمومية للصحة والذي حمل الأفكار الأساسية التالية:

- تكون مساهمة صناديق الضمان الاجتماعي في ميزانيات المؤسسات العمومية للصحة كل نهاية ثلاثي من السنة، والتي تكون حسب ما تقدمه المؤسسات الصحية من المعلومات لهذه الصناديق ويدور موضوع هذه المعلومات حول تحديد المؤمنين اجتماعيا وذوي حقوقهم وأيضا طبيعة وثمان الخدمات الصحية المؤداة ؛

- إجراء مراقبات طبية من طرف هيكل الضمان الاجتماعي على مستوى الهياكل الاستشفائية على مراجع طبية وقائية ومتفق عليها والتي يجب تحديدها ؛

- إجبارية وضع مصالح "مستشفيات-عيادات" على مستوى المؤسسات الصحية من طرف هيكل الضمان الاجتماعي ؛

- القطاعات المعنية (الضمان الاجتماعي، والصحة) معنيون باتخاذ الإجراءات اللازمة لتنظيم حملات اتصالية وتحسيسية باتخاذ السكان حول محتوى وأهداف عملية التعاقد.

المرحلة الرابعة (من 1 أبريل 2004 إلى ماي 2005)

فتح صدور المرسوم التنفيذي رقم 04-101 في الأول من أبريل 2004، مرحلة أخرى في مسار تطبيق النهج التعاقدية. حيث تبعه صدور المنشور الوزاري رقم 05 المؤرخ في 15 أبريل 2004 والذي به أصبحت تجربة تطبيق العلاقات التعاقدية الممارسة منذ أبريل 1995 في مؤسسات صحية مختارة كموقع اختبار معممة على جميع المؤسسات العمومية، للصحة حيث ورد في هذا المنشور ما يلي:

سمحت حصيلة عملية تطبيق النهج التعاقدية المعد في 31 ديسمبر 2003 بتعميمها على جميع المؤسسات الصحية العمومية ويكون هذا التعميم في المجالات التالية:

- الجوانب التيسيرية والتنظيمية لمكاتب الدخول؛

- في جمع المعطيات الضرورية للتقييم الموضوعي للنشاطات الاستشفائية؛

- التحديد الدقيق شيئاً فشيئاً لمختلف الفئات الاجتماعية للمرضى المقبولين في المؤسسات الصحية، والذي يكون معالجا بالتنسيق كامل مع مديري النشاط الاجتماعي ومسؤولي هياكل الضمان الاجتماعي المتواجدين على مستوى الولاية.

وقد نص هذا المنشور بإتباع ما نص عليه القرار الوزاري المؤرخ في 14 جانفي 2003 لتطبيق النهج التعاقدية في جميع المؤسسات الصحية (الفوترة المعتمدة على السعر المتوسط لليوم الإستشفائي حسب صنف المؤسسة الصحية وحسب مجموعات التخصص الخمس).

وقد ورد في برنامج عمل اللجنة الوزارية المشتركة المكلفة بتطبيق النهج التعاقدية لسنة 2004، إضافة إلى تعميم العملية ما يلي:

- وضع برنامج تكويني موجه إلى مجموع المستفيدين المعنيين بالتعاقد، وهو ما تم في الأشهر الأولى سنة 2005؛

- التحديد الدقيق للفئات الاجتماعية للمرضى، وهنا يجدر بنا ذكر أن الأعمال مازالت متواصلة في هذا المجال بالنسبة للمديريات الولائية للنشاط الاجتماعي والتي من شأنها تحديد فئة المعوزين غير المؤمنين اجتماعيا. حيث أن هذه العملية أصبحت من أهم المشاكل المطروحة في تطبيق العلاقات التعاقدية.

فالأمر يستدعي ضم ممثلين عن وزارة الداخلية والجماعات المحلية في هذا المسار، وذلك قصد التسهيل والإسراع بعملية تحديد المعوزين على مستوى البلديات كما يستدعي إدخال مرونات على الإجراءات المتعلقة بالاعتراف بصفة المعوز المنصوص عليها في المرسوم التنفيذي رقم 01-12؛

- تنصيب مجموعة تقنية متخصصة في مجال أنظمة الإعلام؛

- مواصلة تقييم النشاطات والتكاليف للمؤسسات الصحية مع تعميم استعمال تقنيات الإعلام الآلي على مستوى كل مكاتب الدخول مع تعميم الشبكة الداخلية للإعلام الآلي في المؤسسات الصحية في مختلف المراحل القادمة؛

- تقييم الاتفاقيات المبرمة بين صندوق التأمينات الاجتماعية وبعض العيادات الخاصة وذلك قصد سلوك نفس

النهج مع المصالح الاستشفائية المؤدية لنفس الخدمات الصحية ؛

- تحديد منهجية عمل من طرف خبراء قصد تحديد تكاليف مختلف الأمراض والتي ستكون بصفة أولية على مستوى المصالح الاستشفائية المبرمة لاتفاقيات مع صندوق التأمينات الاجتماعية ؛
- مراجعة مدونة الأعمال الطبية وأسعارها.

وقد حددت المذكرة رقم 1026 المؤرخة في 30 ديسمبر 2004م تاريخ 01 جانفي 2005 كبتدائية فعلية لتطبيق العلاقات التعاقدية بين المؤسسات العمومية للصحة ومموليها. كما أوضحت أن عملية محاسبة الأعمال الطبية ستكون وفق المدونة والأسعار السارية المفعول إلى غاية مراجعتها.

وفي هذا السياق، وبعد الانتهاء من عملية تطبيق التعاقد التجريبي الذي خص عشر (10) مؤسسات استشفائية في القطر الجزائري منذ سنة 2003، تشرع كل المؤسسات ابتداء من جانفي 2006 في تنفيذ هذه الصيغة ميدانيا، بتفعيل دور مكاتب الدخول، إذ ستكون هذه المكاتب أول وآخر وجهة يقصدها المريض، حيث يتم تسجيل رقم تأمينه وتكوين ملف العلاج (أدوية، فحوص، تحاليل، كشوفات، أشعة ومدة المكوث...)، وهي المعلومات التي يجمعها مكتب القبول ويقوم بتوثيقها في فواتير يتم بعد ذلك توجيهها مباشرة لصناديق الضمان الاجتماعي، ووزارة التضامن الوطني إذا كان الأمر يتعلق بمرضى معوزين.

ونشير في هذا الشأن إلى أن صيغة التأمين لقاء التداوي والعلاج بالمؤسسة الصحية تجربة تم اقتراحها منذ سنوات، لكن تم تأجيلها لأسباب تتعلق بالمحافظة على التوازنات المالية لصندوق الضمان الاجتماعي. ولم يستبعد السيد وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تعرض الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لمشاكل مالية عويصة في حال تطبيقه للمرسوم المتعلق بالدفع في المستشفيات بصورة تدريجية. كما نشير أن السلطات المركزية قررت مواصلة طريقة الدفع بالصيغة الجرافية خلال السنة الجارية واستبعاد فوترة التكاليف إلى حين توفر الشروط الفعلية للتنفيذ في القريب العاجل.

أما عن نظام تحديد المؤمنین اجتماعيا، باعتبار أن التركيز في المرحلة الأولى سينطوي على التعرف على هذه الفئة من أجل تحديد القيمة الحقيقية التي ستدفعها لاحقا الصناديق الثلاثة، كون الإستراتيجية الراهنة تتلخص في تقديم المؤسسات الصحية نهاية كل ثلاثي، كل المعلومات الخاصة بالمرضى الذين استقبلهم كل من الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية الصندوق الوطني للتقاعد والصندوق الوطني للمؤمنين لغير الأجراء. كما تم انتداب أعوان هذه الهيئات ببعض المؤسسات الصحية من أجل متابعة تنفيذ المشروع، كما قررت هذه الصناديق إقصاء جميع المنخرطين المتأخرين عن دفع الاشتراكات السنوية من شهادات التكفل الخاصة بالعلاج رفقة ذوي الحقوق التابعين لهم.

وتزداد مخاوف مسؤولي صندوق الضمان الاجتماعي من النتائج التي ستترتب عن تنفيذ المرسوم التنفيذي رقم 04-101 المذكور سابقا، الأمر الذي سيضع خزينة الصندوق في حرج، خاصة أن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تصر على استحقاق كل تكاليف التدخلات العلاجية بموجب فاتورات مدققة.

2- عقبات النهج التعاقدية

رغم محاولات تجسيد النهج التعاقدية على أرض الواقع، إلا أنه لا يزال يعاني من عقبات إلى يومنا هذا، حيث يمكننا عرض بعضها فيما يلي¹:

- نقص الاعتمادات ذات الطابع الوقائي:

بالرغم من أن مختلف القطاعات الصحية بالجزائر تشمل الوحدات القاعدية، حيث تتركز نشاطاتها على الوقاية ولا تتوفر على مصالح استشفائية، فإن ميزانية الوقاية لا تلبي الحاجيات المفروض تغطيتها؛
- غياب الوثائق المحاسبية:

عدم وجود حساب التسيير المادي والصيدلاني على مستوى القطاعات الصحية، الشيء الذي يقلل من العقلانية في التسيير المالي ويتعارض مع إجبارية تعميم طريقة الكلفة على مستوى مراكز المسؤولية (قسم المصالح الاقتصادية، قسم الصيدلة، قسم الصيانة)؛

- غياب برامج النشاط :

غياب برامج النشاط العام للمؤسسة الذي يتم التداول عليه في اجتماع المجلس الإداري، حيث يعتبر وثيقة أساسية وهامة في تسيير الموارد المالية والمادية معا؛
- غياب مشروع المؤسسة :

عدم انجاز مشروع المؤسسة، الذي يشخص حالة المؤسسة مع آفاقها المستقبلية خاصة في جانب التمويل؛
- عدم الأخذ بعين الاعتبار الطلبات في الميزانية :

بالرغم من نسبة استهلاك الاعتمادات المالية الايجابية والمرضية من جهة، وقائمة الديون المسجلة المرسله إلى المركزية سنويا من جهة أخرى، فإن هذه الأخيرة لا تولي اهتماما لطلبات المؤسسة، المتمثلة في إعادة النظر لتدعيم ميزانية التسيير؛
- الوظيفة المالية بالمؤسسة :

بالرغم من وجود أعوان أكفاء يمارسون بوكالة الإيرادات/النفقات و مكتب المالية، إلا أن ما نسجله هو غياب أعوان إداريين على مستوى الوحدات الصحية القاعدية يكلف الممرضون بها في تحصيل الإيرادات المالية، الشيء الذي يؤدي إلى احتمال وقوع أخطاء خلال أداء لمهامهم؛
- صعوبات استعمال الموارد المالية الخاصة بالمؤسسات في اعتماد ميزانية التسيير:

بالرغم من المبالغ المسجلة في فائض الخزينة لسنة 2003 والمقدرة بـ 29.946.844.51 دج، إلا أنه تم إعادة دمج مبلغ 7000.000 دج في ميزانية التسيير الإضافية لسنة 2007 والمخصصة لنفقات المستخدمين فقط أي بنسبة 23.37%؛

¹ انطلاق من المعايشة الميدانية لواقع بعض المؤسسات الصحية، ومقابلة بعض مسؤولي مكاتب الدخول

- التأخر في استلام التسبيقات الثلاثية :

ترد التسبيقات الممنوحة كل ثلاثي من السنة عن طريق خزينة الولاية متأخرة، حيث تتجاوز المدة القانونية. فعلى سبيل المثال تسبيقات الثلاثي الثاني من سنة 2005 سجلت بخزينة ولاية الجزائر العاصمة مع بداية شهر ماي 2005، وهذا ما أثر سلبا على التسيير المالي (ارتفاع الديون) نتج عنه اضطراب في التمويل؛

- الإيرادات :

تعتبر ضعيفة مقارنة مع أهداف وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات. إن عدم وجود أسرة استشفائية يؤثر على الميزانية حاليا، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن المؤسسة ستعاني مستقبلا (السنة المقبلة 2008م) من عجز في الإيرادات، وذلك من جراء سياسة التعاقد مع هيئات الضمان الاجتماعي والتضامن؛

- عدم وجود بطاقة المعوزين :

بالرغم من صدور المرسوم التنفيذي 01-12 المؤرخ في 21 جانفي 2001، المتضمن استفادة المرضى المعوزين من بطاقات العلاج المجاني، إلا أن القطاع الصحي الجزائري لم يسجل حتى أواخر شهر ماي 2006 أي تطور في هذا الشأن، وأصبح المريض يعاني من دفع مصاريف العلاج رغم أنها رمزية. وتعود أسباب هذا المشكل إلى :

. تأخر هيئات الضمان الاجتماعي والغرف التجارية في منح الوثائق الضرورية للملف، والتي تشهد بصفة عدم التأمين (شهادة عدم التسجيل في الضمان الاجتماعي وعدم التسجيل في السجل التجاري)، . نقص الإمكانات البشرية والمادية على مستوى المكاتب البلدية، أدى إلى التأخير في تشكيل خليات التحقيق الاجتماعي المنصوص عليها في المرسوم التنفيذي رقم 01-12 وأيضا أدى إلى نقص الاتصال بالمواطنين وإعلامهم بمحتوى النهج التعاقدية.

- غياب الهياكل الاستشفائية :

مادام بعض القطاعات الصحية لا تتوفر على هياكل استشفائية، فإن مصالح الضمان الاجتماعي على وجه الخصوص قد توجه مرضاها إلى عيادات خاصة متواجدة بنفس الإقليم الشيء الذي يساعد على تغطية النقص الموجود في الهياكل الصحية وتحقق أرباحا معتبرة في غياب هياكل استشفائية عمومية بالمنطقة ؛

- قلة نسبة التصريح في الاشتراكات :

تبقى نسبة التصريح لصندوق الضمان الاجتماعي للعمال غير الأجراء قليلة حيث تصل إلى نسبة 60% فقط وهذا ما يؤثر على العجز المالي للصندوق وبالتالي مشاكل التكفل الصحي ؛

- حساب التكلفة :

ضعف التأطير فيما يخص خلية حساب التكلفة، لكون الأهمية الكبيرة التي توليها الوصاية بعد تجسيد سياسة التعاقد والإصلاحات بصفة عامة. فبالرغم من وجود مساعد إداري مكلف بهذه العملية، فإننا نلاحظ أن

هذه الخلية لم تتمكن من خلق ديناميكية وزرع ثقافة المحاسبة التحليلية لدى جمهور الممارسين لكونهم أمرون بالصرف في مجال العلاج ؛

- تسيير الصفقات العمومية:

عدم وجود لجان الصفقات العمومية، سجل المداولات، فتح الأظرفة وتقييم العروض على مستوى المؤسسة، كل هذا يعتبر خرقا لقانون الصفقات العمومية (المرسوم الرئاسي 02-250¹ بتاريخ 24 جويلية 2002)، إذ كانت تعتبر كل الصفقات مخالفة للتشريع الذي تم تسويته مؤخرا ؛

- صعوبات الاقتناء من جراء أحكام قانون الصفقات العمومية :

بالرغم من أحكام المرسوم الرئاسي رقم 02-250 المؤرخ في 24 جويلية 2002 المتضمن قانون الصفقات العمومية المعدل والمتمم، والذي يشير صراحة إلى اللجوء إلى طريقة صفقة الطلبات لاقتناء مواد الصيدلانية والأدوية من قبل المؤسسات العمومية التي لها ميزة الاحتكار(الصيدلة المركزية للمستشفيات ومعهد باستور الجزائري)، يخوله لها القانون. حيث أن أمين الخزينة يشترط إجراء مناقصات وأشهرات لفتح باب المنافسة أمام الخواص وهذا للتعليمات التي وردت من مصالح وزارة

المالية (تعليمية رقم 03 بتاريخ 10 ماي 2004)، التي أعطت مهلة 01 جانفي 2005 لتطبيق المنافسة، الشيء الذي أثر على عدم دفع ديون هذه المؤسسات، والمؤسف أن مؤسسة معهد باستور الجزائري، قد راسلت كل المؤسسات الصحية، حيث تؤكد عزمها على رفض التموين بالأمصال واللقاحات في حالة ما إذا عجزت هذه المؤسسات على احترام موعد التسديد أو عجزها عن دفع ديونها.

وبموجب المادة 02 من المرسوم الرئاسي رقم 03-301² بتاريخ 11 سبتمبر 2003 المعدل والمتمم للمرسوم الرئاسي 02-250 بتاريخ 24 جويلية 2002، فإن المؤسسة الصحية تلجأ إلى الاستشارة إذا كان مبلغ الصفقة لم يتجاوز 6000.000 دج أو 4000.000 دج حسب الحالة.

وفي غياب تحديد مبلغ الحد الأدنى من الصفقة، فإن محاسب المؤسسة يشترط من خلال اجتهاداته إجراء الاستشارة في كل الحالات ومهما بلغ الثمن الأدنى، هذا النوع من الممارسات نتج عنه انصراف الممولين وسوء التسيير في المؤسسة الصحية ؛

- عدم التغيير ولو الجزئي في مدونة الأعمال المهنية وأسعارها :

وعلى ضوء هذه الملاحظات فإنه قد أضيفت لتشكيلة اللجنة مصالح وزارة العمل والتضامن الوطني، من خلال المديرية الولائية للنشاط الاجتماعي. وذلك بعد أن تبينت صعوبة وضرورة تحديد فئة المحرومين غير المؤمنين اجتماعيا ؛

¹ الجريدة الرسمية عدد 52، مرسوم رئاسي رقم 02-250 المؤرخ في 13 جمادى الأولى 1423هـ الموافق لـ 24 جويلية 2002، يتضمن تنظيم الصفقات العمومية، المادة 01، ص 03.

² الجريدة الرسمية عدد 55، مرسوم رئاسي رقم 03-301 المؤرخ في 11 سبتمبر 2003، يعدل ويتم المرسوم الرئاسي رقم 02-250 المتضمن تنظيم الصفقات العمومية، المادة 02، ص 06.

- ضعف الصيانة :

ضعف صيانة التجهيزات المكتسبة، إضافة إلى العوائق المالية لاستيراد المواد الاستهلاكية الطبية الجراحية لم يحقق الأهداف المسطرة من قبل، ويبقى بذلك التحويل المعالج بالخارج مستمر إلا أنه أغلب التجهيزات معطلة لترتفع من جهتها النفقات الوطنية للصحة مقارنة بالنتائج الداخلي الخام ؛

- تأخر وكالات الضمان الاجتماعي في إقامة مصالح "المستشفيات-عيادات" :

تأخر وكالات الضمان الاجتماعي في إقامة مصالح "المستشفيات-عيادات"

في العديد من المواقع خاصة تلك المستقبلية لأعداد) ("hôpitalux -clinique Service كبيرة من المرضى، مثل المركز الاستشفائي الجامعي - مصطفى باشا-، ومركز الأبيار والمركز الوطني لمكافحة السرطان.

وقد أشار ممثل وزارة العمل والضمان الاجتماعي إلى أن عملية تحديد الفئة الاجتماعية للمرضى المستفيدين من العلاج في المستشفيات، هي غير كاملة حيث سجلت نسبة 60% من الأشخاص غير معروفين من حيث الفئة الاجتماعية التي ينتمون إليها، وهي نسبة كبيرة جدا؛
- التخلي في معظم الأحيان عن المهمات الأساسية لمكتب الدخول:

إضافة إلى غياب أو عدم ملائمة دعائم التسيير في المؤسسات الصحية وهيئات الضمان الاجتماعي، دعائم أهملت مع تأسيس الطب المجاني سنة 1974؛

- من وجهة نظر المستفيدين:

حيث لا يتوقفون عن الانتقادات فيما يخص الإجراءات البيروقراطية للوصول إلى الهياكل الصحية العمومية من أجل الفحوصات الطبية المتخصصة والوصول إلى الأجهزة المتطورة (الاستكشاف، تحاليل وأشعة)، تترجم هذه الوضعية تركيز الممارسين الأخصائيين في المدن الكبرى في الشمال على حساب المدن الداخلية والمدن الجنوبية، مما يؤدي إلى عدم تلبية حاجياتهم، وبالتالي يتوجب عليهم التوجه إلى المراكز الطبية الخاصة وبأثمان باهظة؛

- نوعية الاستقبال وظروف الإقامة:

التي يعاني منها المريض أثناء وجوده في المصالح الصحية العمومية، زيادة على النقص الفادح في أساليب الاتصال مع مستخدمي الصحة؛

- فحص المدة القانونية للعمل:

المتتملة في صيغة النشاط التكميلي المرخص للممارسين الطبيين الأخصائيين، حيث نلاحظ أن أغلبية الهياكل الصحية مهجورة من طرف هؤلاء الممارسين ابتداء من منتصف النهار، كما أن أغلبية هؤلاء الممارسين غير راضون عن تعويضاتهم التي يعتبرونها أقل من كفاءتهم ومستوى دراستهم، خصوصا مقارنة مع تعويضات القطاع الخاص؛

- قدم الهياكل الصحية والعتاد:

سواء الطبي أو غيره المستعمل في القطاع الصحي العام، مما يدفع جميع محترفي الصحة على رفع مخاوفهم بسبب المخاطر التي تحيط بهم؛

- ثقل الإجراءات التنظيمية في تسيير المرافق الصحية:

ونخص بالذكر الصعوبات التي يتلقاها المسير المؤسسات الاقتصادية العامة أو الخاصة في مجال التسديد عن طريق الصكوك؛

- قيود تمويل نظام الضمان الاجتماعي :

يشكل الارتفاع المعتبر لنفقات الضمان الاجتماعي أمرا مثيرا للانشغال خصوصا في ظل تأزم الأوضاع الاقتصادية وتدهور سوق العمل الذي يؤثر سلبا على تطور نظام الضمان الاجتماعي الممول أساسا من خلال الاشتراكات الاجتماعية، وبالتالي التأثير سلبا على تطبيق النهج التعاقدية. حصر بعضها فيما يلي:

* ارتفاع البطالة وتدهور سوق العمل الدائم :

يرتكز تمويل نظام الضمان الاجتماعي في الجزائر على الاشتراكات الاجتماعية المقطعة من مداخيل العمال وأرباب العمل، فهي تمثل ما يقارب 96% من الموارد الاجتماعية أما 4% من الإيرادات الأخرى، فهي عبارة عن سندات التوظيف في الخزينة¹.

ذلك ما يفسر أن أهم مصدر لتمويل نظام الضمان الاجتماعي هو المداخيل الآتية:

. من العمل الأجير الدائم ووجود علاقة مباشرة بين حجم موارد الضمان الاجتماعي مع

عدد مناصب الشغل في المؤسسات والإدارات الملزمة بتحويل اشتراكاتها مباشرة نحو الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية ؛

. انخفاض الإنتاج واللجوء الأكثر نحو الاستيراد غير القانوني لمختلف المنتجات ؛

. ارتفاع عدد البطالين من 1.522.000 بطل من سنة 2003 إلى 2.104.700 بطل في سنة 2006،

أي في خلال ثلاثة سنوات تزايد عدد البطالين بـ 582000 ؛

. ركود نسبي للكتلة الأجرية الخاضعة للاقتطاع ؛

. خلق تقلبات في متابعة عملية تصريح الأجور والأجراء وتحايل المؤسسات في تصريح

الأساس الذي يتم من خلاله حساب الاشتراكات الاجتماعية.

لقد أدت كل هذه العوامل إلى انكماش موارد نظام الضمان الاجتماعي ونقص مصادر تمويله، ولم تتوقف

وضعية سوق العمل عند هذا الحد، بل ازدادت خطورتها من جراء ارتفاع عدد العمال المسرحين وتطور

مناصب الشغل قصيرة المدى؛

¹ Badaoui Saliha, La sécurité sociale et état en Algérie, les logiques en place et leurs implications, Thèse de Magister, université d'Alger, institut des sciences économiques, Année 2005, p221.

*** تطور مناصب العمل قصيرة المدى :**

لم تتوقف وضعية سوق العمل عند ندرة عدد مناصب الشغل، بل هناك ظاهرة أخرى تثير الانشغال، وهي عدم استقرار عالم الشغل وتطور بكثرة مناصب العمل قصيرة المدى. وبعدها كانت عقود العمل تبرم لمدة محددة في القطاعات ذات العمل الموسمي (مثل قطاع البناء والأشغال العمومية)، أصبحت هذه العقود معممة على كل القطاعات بما فيها الوظائف العمومية. وفي هذا السياق، أنشأت برامج للتوظيف المؤقت مقابل أجر أقل من الأجر الوطني الأدنى بالنسبة للأشخاص دون عمل وفي سن العمل، وتم خلق حوالي 19300 منصب عمل مؤقت في سنة 2005 و185000 منصب في سنة 2006. أي أن 5% فقط من مناصب العمل المتوفرة أصبحت دائمة في سنة 2006، أي ما يقابل 8300 منصب¹.

وتشكل ظاهرة تراجع عدد مناصب العمل الطويلة المدى وتطور الأشكال الأخرى للعمل غير الدائم، عاملا يعرقل تطور نظام الضمان الاجتماعي، لأن المصدر الوحيد لتمويل هذا النظام هو أساسا خلق مناصب العمل الطويلة المدى التي يتم من خلالها اقتطاع الاشتراكات الاجتماعية على المدى الطويل؛

*** تورط الضمان الاجتماعي في تمويل القطاع الصحي العمومي:**

حيث يلعب نظام الضمان الاجتماعي دورا هاما في تمويل القطاع الصحي العمومي باعتباره يضمن حق العلاج لأكثر من 80% من السكان². وقد أدى ضعف مستوى تكفل القطاع الصحي العمومي بالعلاج الصحي إلى توجه المرضى نحو المراكز شبه العمومية مثل المراكز الصحية للضمان الاجتماعي والقطاع الصحي الخاص، وبهذا أصبح الضمان الاجتماعي يتحمل نفقات التكفل بالمؤمنين اجتماعيا مرتين، إذ يقوم من جهة بالدفع بصفة إجبارية التغطية الصحية للمراكز العمومية، ومن جهة أخرى تعويض الوصفات الطبية للقطاع الصحي الخاص.

المطلب الثالث: تقييم أداء النظام الصحي في الجزائر

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

أولا: الوفاة:

قبل التطرق إلى اتجاه الوفاة أو منحى الوفاة في الجزائر، يحسن بنا أن نقف عند تطور معدل النمو الطبيعي انطلاقا من حساب معدل الولادة الإجمالي ومعدل الوفاة الإجمالي.

¹ l'institut national du travail, Revue Algérienne du travail, prospective sur le monde du travail, N° 24/99, premier trimestre 2005, p51.

² Caisse Nationale Des Assurances Sociales des Travailleurs salariés (CNAS), Communication sur la situation du système des assurances sociales (évaluation et résultats), Conférence nationale sur la protection sociale, de 30 et 31 2005, p3.

وسوف نوضح ما سبق في الجدول التالي:

الجدول (14.4) : حجم السكان، الولادة، الوفاة والنمو الطبيعي في الجزائر خلال الفترة الممتدة من

1994 إلى 2005

السنة	السكان في 1.1 (بالملايين)	معدل الولادة الإجمالي لكل (1000 ساكن)	معدل الوفاة الإجمالي لكل (1000 ساكن)	معدل النمو الطبيعي (%)
1994	27.2	28.24	6.56	2.17
1995	27.8	25.33	6.43	1.89
1996	28.3	22.91	6.03	1.69
1997	28.8	22.51	6.12	1.64
1998	29.3	20.58	4.87	1.57
1999	29.7	19.82	4.72	1.51
2000	30.2	19.36	4.59	1.48
2001	30.6	20.4	4.56	1.55
2002	31.1	19.68	4.41	1.53
2003	31.8	20.36	4.55	1.58
2004	32.3	20.67	4.36	1.63
2005	32.9	21.36	4.47	1.69

Source:

- Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, la Santé des Algériennes et des Algériens, décembre 2004, p18(données 1994-2002)

- office national des statistiques, Démographie algérienne 2005, Données statistiques, n°442(données 2003-2005) .

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

كما يلاحظ أن معدل الولادة قد انخفض من سنة 1994 إلى سنة 2000، ثم ارتفع ارتفاعا طفيفا سنة 2001، لينخفض بعد ذلك سنة 2002، ثم يرتفع مجددا حتى سنة 2005.

وبالمقابل عرف معدل الوفاة الإجمالي انخفاضا من سنة 1994 إلى غاية سنة 1996، ليرتفع بعد ذلك، ثم ينخفض وبشكل ملفت ابتداء من سنة 1998 حتى 2002، ثم يرتفع قليلا ليعاود الانخفاض سنة 2004، بعد ذلك ارتفع مجددا سنة 2005.

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

الجدول (15.4) : تطور معدل وفاة الأطفال في الجزائر حسب الجنس في الفترة 1999 – 2005

معدل وفاة الأطفال لكل 1000			السنة
إجمالي	أنثى	ذكر	
43.7	36.7	50.8	1992
37.4	36.0	38.7	1998
39.4	38.6	40.2	1999
36.9	35.3	38.4	2000
37.5	35.9	38.9	2001
34.7	33.3	36.1	2002
32.5	30.3	34.6	2003
30.4	28.5	32.2	2004
30.4	28.2	32.4	2005

Source:

- la Santé des Algériennes et des Algériens, décembre 2004, p 21(données 1992-2003)
- conseil National Economique et Social, Rapport National Sur la Développement humain, Réalisé en coopération avec le programme des Nations unies pour le développement (PNVD), Algérie 2006, p82 (données 2004-2005)

يتجلى من الجدول أن معدل وفاة الأطفال لكل 1000 مولود حي، عرف تذبذب ما بين 1992 و 2001، وابتداءً من 2001 شهد انخفاض قدر بـ 7.1 نقطة. كما يمكن إبراز تطور معدل الوفاة عند الأطفال حديثي الولادة والأطفال أقل من خمس (05) سنوات في الجدول التالي:

الجدول (16.4) : تطور وفاة الأطفال أقل من 5 سنوات في الجزائر خلال الفترة 1995 – 2005

الوحدة: 1000 مولود حي

2005	2004	2000	1999	1995	
37.50	37.44	44.80	46.70	66.40	ذكور
32.95	33.41	41.30	44.80	60.90	اناث
35.29	35.51	43.00	45.80	63.50	المجموع

Source: conseil National Economique et Social, Ibid , p 82

يتضح من الجدول أعلاه أن معدل الوفاة في انخفاض مستمر منذ، 1995 وسجل انخفاض بأكثر من 40% خلال عشر سنوات.

وفيما يتعلق بالوفاة عند الأمهات، فيمكن ذكر الحقائق التالية¹:

¹ Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, la Santé des Algériennes et des Algériens en 2001, Rapport annuel, édition ANEP,7 avril 2002, p23

- لقد أكد بحث سنة 1999 بعض الفروقات (الانحرافات) ما بين المناطق، حيث قدر معدل وفاة الأمهات بـ84 لكل 100.000 مولود حي في الوسط الشمالي للوطن، و210 في المنطقة الجنوبية الشرقية. ويتراوح معدل وفاة الأمهات ما بين 17 إلى 235 لكل 100.000 مولود حي في مختلف الولايات.
 - بالإضافة إلى ذلك تواجه الأمهات الحوامل ثلاث مرات أكثر خطر الوفاة جراء الحمل أو الولادة باختلاف وجودها (في الشمال أو الجنوب).
 - كما أثبتت نتائج البحث السابق أن 19% من النساء المتوفيات يبلغ سنهن 40 سنة وما فوق و45% يبلغ سنهن 35 فما فوق. بالإضافة إلى ذلك أكد البحث أن عدم كفاية متابعة الحمل يعتبر من أسباب الوفاة، حيث أن 35.1% من النساء المتوفيات لم يستفدن من أي زيارة طبية قبل الولادة.
 - تعتبر الأسباب المتكررة للوفاة، أسباب كلاسيكية مثل النزيف، المضاعفات المرتبطة بارتفاع الضغط الشرياني والالتهابات. كما يعتبر انقطاع الطمث السبب الرابع لوفاة الأمهات في الجزائر.
- وإذا دققنا النظر في تطور معدل وفاة الأمهات ، فنجد أنه انخفض تقر يبا بـ 50% من سنة 1989(230 حالة وفاة لكل 100.000 مولود حي) الى سنة 1999 (117 حالة وفاة لكل 100.000 مولود حي). ويرجع هذا الانخفاض الى تراجع معدل الخصوبة الى جانب التحسن العام بالتكفل بالنساء الحوامل¹.
- أما فيما يخص توزيع الوفاة حسب نوع المرض، فيمكن عرض الجدول التالي:

¹ Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, population et développement en Algérie,décembre 2003, p 17

الجدول(17.4): توزيع الوفاة حسب نوع المرض في الفترة 1995 - 2000

الأمراض	1995	%	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%	2000	%
حالات مرضية غير معروفة أو	2312	11.7	2076	15.2	3842	22.5	4113	26.6	1667	12.4	1802	10.1
أمراض معدية وطفيلية	2001	10	1377	10	1716	10	1388	9	593	4.4	759	4.2
الالتهابات التنفسية	402	2	421	3	544	3.2	443	2.8	324	2.4	360	2.0
أمراض الأمومة	125	0.63	76	0.55	93	0.54	84	0.54	46	0.34	55	0.3
أمراض قبل الولادة	5116	25.8	2910	21.3	3678	21.5	2884	18.6	2655	19.7	3736	21
الأورام	933	4.7	588	4.3	687	4	622	4	533	4	738	4.2
السكري	536	2.7	458	3.4	370	2.2	338	2.2	275	2.04	367	2
أمراض أخرى غير متنقلة	35	0.17	33	0.24	44	0.25	40	0.25	115	0.85	168	0.9
أمراض باطنية وتغذية	511	2.6	251	1.84	297	1.8	207	1.3	582	4.3	569	3.2
اضطرابات الجهاز العصبي	201	1	91	0.66	92	0.54	104	0.67	110	0.8	99	0.55
أمراض جهاز نقل الدم	3170	16	2534	18.6	2787	16.4	2477	16	4073	30.2	5926	33.3
أمراض الجهاز التنفسي	813	4.1	449	3.3	445	2.6	411	2.6	448	3.3	540	3.03
أمراض الجهاز الهضمي	774	3.9	524	3.9	605	3.5	624	4	446	3.3	555	3.1
أمراض الجهاز التناسلي البولي	583	3	370	2.7	386	2.3	421	2.7	340	2.4	523	49
الأمراض الجلدية	16	0.08	1	0.00	7	0.04	4	0.04	6	0.04	8	0.04
أمراض العظام	21	0.1	9	0.06	14	0.08	281	0.05	7	0.05	11	0.06
الأمراض الوراثية	397	2	280	2.05	334	2	281	1.8	274	2.03	341	1.9
الصدمات النفسية	1914	9.7	1178	8.7	1122	6.6	992	6.4	978	7.3	1207	6.8
الإجمالي	19860		13626		17063		15442		13472		17764	

Source: la Santé des Algériennes et des Algériens, 7 Avril 2002,p113

يلاحظ من الجدول أنه في سنتي 1995 و 1996 شكلت أمراض قبل الولادة أكبر سبب للوفاة، ثم أتت بعدها أمراض جهاز نقل الدم والحالات المرضية غير المعروفة أو غير المعروفة بصورة جيدة، ثم ترتبت الأمراض الأخرى بنسب مختلفة. أما في سنتي 1997 و 1998، فشكلت الحالات المرضية غير المعروفة أو غير المعروفة بصورة جيدة السبب الأول للوفاة، ثم تأتي بعدها أمراض قبل الولادة وأمراض جهاز نقل الدم، وتترتب بعد ذلك الأسباب الأخرى للوفاة. في حين شكلت أمراض جهاز نقل الدم في سنتي 1999 و 2000 السبب الأول للوفاة، ثم تأتي بعدها أمراض قبل الولادة والحالات غير المعروفة أو غير المعروفة بصورة جيدة، بعد ذلك ترتب الأسباب الأخرى للوفاة.

بالإضافة إلى المعطيات السابقة، يمكن أن نبين تطور معدلات الوفاة بحسب الولاية كما يلي¹:

- حيث سجل أكبر معدل إجمالي للوفاة لكل 1000 في ولاية تندوف خلال الفترة 1998-2000، إذ انتقل بالشكل التالي : 8.87، 7.97، ثم 7.42.
- كما سجل أكبر معدل إجمالي لوفاة الأطفال لكل ألف مولود حي ، في ولاية عنابة سنة 1998 (60.10)، ثم سجلت ولاية قسنطينة دورها أكبر معدل (63.83) سنة 1999، لتعاود ولاية عنابة تسجيل أكبر معدل وفاة سنة 2000، حيث بلغ 67.03 .

ثانيا: توقع الحياة عند الولادة :

يمكن عرض تطور توقع الحياة في الجدول التالي:

الجدول (18.4): توقع الحياة عند الولادة حسب الجنس في الجزائر خلال الفترة 1970-2005

2005	2004	2003	2002	2001	2000	1998	1996	1991	
73.6	73.9	72.9	72.9	71.9	71.5	70.5	66.8	66.9	توقع الحياة عند الولادة رجال
75.6	75.8	74.9	74.7	73.6	73.4	72.9	68.4	67.8	توقع الحياة عند الولادة نساء
74.6	74.8	73.9	73.4	72.9	72.5	71.7	67.7	67.3	الإجمالي

Source:

- Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, population et développement en Algérie, décembre 2003, p 19 (données 1970-2002)

- office national des statistiques, Démographie algérienne 2005, Données statistiques, n°4425 (données 2003-2005)

يتجلى من الجدول أن معدل الأمل في الحياة عند الولادة في تزايد، حيث انتقل هذا الأخير من 67.3 سنة في 1991 إلى 74.8 سنة 2004، ثم انخفض قليل سنة 2005. وهي معدلات قريبة نوعا ما من المعدلات المسجلة في تونس، وأكبر من تلك المسجلة في المغرب.

ثالثا: الوضعية الوبائية La situation épidémiologique

يمكن تصنيف المراضة في الجزائر إلى مجموعات رئيسية تتمثل أساسا في :

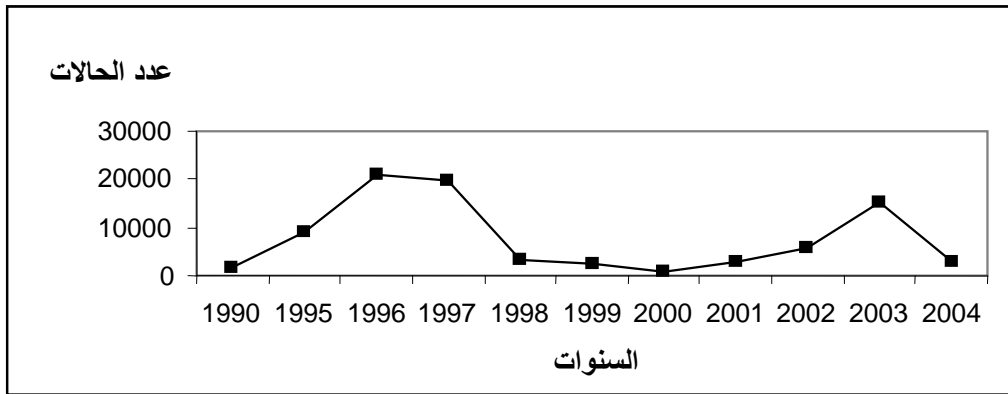
1- الأمراض المتقلة : والتي باستطاعتنا تصنيفها إلى الأصناف التالية :

أ- الأمراض المراقبة عن طريق التطعيم :

تتمثل المراضة عن طريق التطعيم في الخناق *Diphthérie*، الكزاز *Tétanos*، السعال الديكي *Coqueluche* والشلل *Poliomyélite*، والحصبة *Rougeole*.

والجدير بالإشارة أن الحصبة تمثل أكبر حالات الأمراض المراقبة عن طريق التطعيم، ويمكن توضيح التطور السنوي للفترة 1990-2004 في الشكل التالي:

الشكل (1.4): التطور السنوي لحالات الحصبة خلال الفترة 1990-2004



المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على :

La santé des Algériennes et des Algériens, décembre 2004 ,p40

يتبين من الشكل أن عدد حالات الحصبة ازداد ما بين سنة 1990 و 1996، وبلغ أقصى حد له سنة 1996؛ لينخفض بعد ذلك، لكن بوتيرة أسرع انطلاقا من سنة 1998. ثم بدأ في الارتفاع ابتداء من سنة 2001، واستمر كذلك حتى سنة 2003، لينخفض مجددا سنة 2004.

ب- الأمراض المتقلة عن طريق المياه :

تؤثر الأمراض المتقلة عبر المياه على معدل المراضة بصورة متكررة، فبالنسبة لسنة 2000، المؤشر الإجمالي للأمراض المتقلة عبر المياه كان 26.9 حالة لكل 100.000 ساكن، وهذا ما يمثل إجمالا 8125 حالة مصرحة خلال السنة (مقابل 27.3 حالة بالنسبة 100.000 ساكن خلال سنة 1999)¹.

¹ La santé des Algériennes et des Algériens, 7Avril 2002, p33

وانتقل معدل الإصابة بحمى التيفويد من 2.31 لكل 100.000 ساكن سنة 2003 إلى 2.64 لكل 100.000 ساكن سنة 2004¹.

ج- الأمراض المتنقلة عن طريق الحيوان :

يمكن عرض الأمراض المتنقلة عن طريق الحيوان، والتي تنقسم إلى أربع مجموعات، في الجدول التالي:

الجدول(19.4) : تطور حالات الأمراض المتنقلة عن طريق الحيوان في الجزائر خلال الفترة

2004-1997

2004	2003	2001	2000	1999	1998	1997	
3385	2766	3191	3303	2329	2237	3029	الحمى المالطية Brucellose
8891	4571	4295	4347	5858	6596	8325	مرض الليشمانيات الجلدي Leishmaniose
22	15	20	14	13	16	26	الكلب Rage
423	628	580	663	667	522	570	داء اليرقات Hydatidose

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على :

- (1) La santé des Algériennes et des Algériens,- 7AVIRL 2002 ,P35 (données 1997-2000)
(2) La santé des Algériennes et des Algériens,- Décembre 2004 ,P43(données 2003-2004)

يتضح من الجدول أن عدد الحمى المالطية قد شهد انخفاضا ما بين 1997 و 1990، بينما ارتفع سنة 2000، ليعاود الانخفاض ما بين 2001 و 2003. أما الليشمانيات الجلدي فعرف انخفاض، في حين سجل داء اليرقات انخفاضا ما بين 1997 و 2001، ليرتفع فيما بعد حتى سنة 2003. كما شهد مرض الكلب انخفاضا ما بين 1997 و 1999، ليرتفع بعد ذلك حتى سنة 2000، ثم ينخفض سنة 2001، ليعاود الارتفاع بعد ذلك.

د- الأمراض المتنقلة جنسيا²

تعتبر الجزائر بلد ذو معدل كشف ضعيف لمرض السيدا SIDA، حيث سجلت 605 حالة حتى 30 جوان 2003، وكانت موزعة بالشكل التالي 29.42% للإناث و 69.59% للذكور.

¹ Abdelhak Saihi, op.cit, p241

² Ministère de la Santé la population et de la réforme Hospitalière, Population et développement en Algérie, Rapport National CIPD+10 (la conférence internationale Sur La population et le développement +10) Décembre 2003, p45

هـ - الأمراض المعدية الأخرى:

تتمثل الأمراض المعدية الأخرى فيما يلي¹:

- السل: صرح لمكتب البرنامج الوطني لمكافحة مرض السل سنة 2000 (18294) حالة جديدة

لمرض السل، والذي يشكل 60.7 لكل 100.000 ساكن. وفي سنة 2001، عدد الحالات المصرح بها 18328 حالة، أي نسبة 59.9 لكل 100.000 ساكن.

- الالتهابات التنفسية الحادة: مست الالتهابات التنفسية الحادة في سنة 2000 شخص من أصل أربعة

أشخاص، وتعتبر السبب الأول للمراضة والوفاة عند الأطفال الصغار

والرضع، والفئة الأكثر تعرضا تمثل هذه الإصابات همي الأطفال الذين سنهم أقل من شهر.

- لتهاب السحايا: سجلت في سنة 2001 (3136) حالة بنسبة وطنية تقارب 10.7 حالة لكل 100.000

ساكن، وبمتوسط وطني يقدر بـ 261 حالة مصرح بها شهريا.

- التهاب الكبد الفيروسي: يشكل المجموعة الثانية من الأمراض المرتبطة بالنظافة وبمراقبة الدم

ومشتقاته، بالإضافة الى نوعية المياه. كان أثر التهاب الكبد الفيروسي في سنة 2000 (8.6) حالة لكل

100.000 ساكن، بارتفاع طفيف مقارنة بسنة 1999 (7.8) حالة.

هـ- الأمراض القادمة والمتأصلة في جنوب الوطن:

من بين الأمراض القادمة والمتأصلة في جنوب الوطن نجد مرضا الملا ريا (حمى المستنقعات)

Paludisme، حيث سجلت 541 حالة سنة 2000 (مقابل 701 حالة سنة 1999)². و 427 حالة سنة

2003، و 99 حالة فقط سنة 2004³.

2- الأمراض غير المتنقلة:

فيما يتعلق بالأمراض غير المتنقلة، فيمكن تسجيل النتائج الخاصة بأخر بحث تم سنة 2002، وكانت النتائج كما يلي:

تحتل أمراض الأوعية القلبية المرتبة الأولى بـ 3% من إجمالي السكان المستقيين. وجد مرض

السكري في 1.5% من الحالات، بينما مرض الربو في 1.3% من الحالات.

أما مرض السرطان، فهو يحتل مكانة هامة ما بين الأمراض غير المتنقلة، حيث سجلت 30.000 حالة

جديدة كل سنة. وحوالي 20.000 شخص يتوفى خلال كل سنة، والذي يمثل أحد الأسباب الرئيسية للوفاة.

وتعود هذه الوفاة المرتفعة الى التشخيص المتأخر، والتكفل الصعب والمكلف.

وحسب بيانات سجل السرطان، قدر معدل الأثر الإجمالي بـ 85.5 حالة لكل 100.000 ساكن.

¹ La santé des Algériennes et des Algériens, 7Avril 2002, p36-38

² La santé des Algériennes et des Algériens, 7Avril 2002, p38

³ La santé des Algériennes et des Algériens, Décembre 2004, p48

3- الصحة النفسية¹:

تبين الدراسات التي أجريت منذ 1990 أن "البيزكوز" les Psychoses (67.23%) تمثل السبب الأكبر للاستشفاء، وتمثل الاضطرابات العقلية 1.5% من أسباب الفحص.

المبحث الثالث: إصلاح النظام الصحي في الجزائر

بعد عرض، من خلال المبحثين السابقين، الظروف المحيطة بإصلاح المستشفيات، والتي تمثلت أساسا في الاستشفاء في المنظومة الوطنية للصحة، المعطيات الديموغرافية، والانتقال الوبائي؛ نستعرض في هذا المبحث موضوع إصلاح النظام الصحي في الجزائر. فيعتبر العنصر المميز لسنة 2002، في مجال الصحة في الجزائر، تغيير اسم وزارة الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات. ويندرج هذا التغيير ضمن حركية الإصلاحات التي تشهدها الجزائر، والتي مست العديد من القطاعات. ويتناول هذا المبحث أهداف مشروع الإصلاح وملفاته، بالإضافة إلى عرض أوجه قصور النظام الصحي وطرق معالجتها، وأخيرا للدروس المستفادة من التجارب الدولية في مجال إصلاح النظم الصحية.

المطلب الأول: أهداف مشروع الإصلاح و ملفاته

لقد أورد التقرير* التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف، والتي يسعى الإصلاح إلى تحقيقها؛ وتتمثل في الآتي²:

- إحصاء عروض العلاج والاستشفاء وتكيفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال.

- ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية .
- التأكيد على حقوق وواجبات المستعملين و حماية المرضى على وجه الخصوص.
- إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن .
- توفير الإمكانيات الضرورية لمحترفي الصحة، مهما كانت مسؤولياتهم، وذلك قصد الاستجابة بأكثر فعالية للحاجات الصحية والاجتماعية .
- تحسين فعالية النفقات التي تخصصها الجماعة في أي شكل كان للمؤسسات الصحية.

* ثم إثراء هذا التقرير باستغلال مساهمات الاجتماعات الجهوية الاثنى عشرة التي نظمت بين 10 و 17 ديسمبر 2002، والتي سبقتها عدة لقاءات ولأثية حضرها عدد من أعضاء المجلس. وسجلت أعمال هذه الاجتماعات في الموقع:

<http://www.reformaster@santé.dz>

² وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر في 17 جانفي 2003

ويتضح من هذه الأهداف أن هناك هدفين أساسيين هما: التحكم في نظام المعلومات الصحي وتحسين جودة الخدمات المقدمة.

أما فيما يخص ملفات الإصلاح، فقد ركز المجلس في تصوره على ستة ملفات، نعرضها فيما يلي¹:

1- ملف الحاجيات الصحية وطلب العلاج :

تمحور هذا الملف حول دراسة كفاءات التنسيق بين النظام الوطني للصحة ومنظومته الإستشفائي الفرعية، وذلك بتفادي عزل إصلاح المؤسسات الإستشفائية عن الإطار الاجتماعي، الوبائي، المالي والتنظيمي .

وتم التعرض بشكل واف إلى كفاءات التنسيق بين الهياكل الجوارية ومستشفى القطاع من جهة، وتلك الموجودة بين مستشفيات القطاع والمستشفيات المرجعية الجهوية أو الوطنية من جهة أخرى.

2- ملف الهياكل الاستشفائية :

تمحور هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية، وذلك بإدراج جملة من الأهداف نعرضها فيما يلي:

- تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية و الخاصة؛
- الحرص على تنظيم محكم للمؤسسات العمومية والخاصة على حدّ سواء من خلال إدخال أدوات التخطيط و الضبط المالي؛
- إدراج فكرة التكامل بين القطاع العمومي و الخاص؛
- مشاركة المواطن في تنظيم العلاج مع أخذ حقوقه وواجباته بعين الاعتبار؛
- المساهمة الفعالة للمريض و لجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج، وجودة أدائها؛
- استعجال وضع دعامة إعلامية التي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

3- ملف الموارد البشرية :

اهتم هذا الملف بعنصر أساسي في النظام الصحي وهو المستخدمين، وذلك من خلال السهر على مراجعة أحوالهم الشخصية، شروط وظروف عملهم، علاواتهم وأجورهم، ترقيتهم في المسار المهني وتكوينهم، حيث أن التكوين يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين، شبه الطبيين، المسيرين والتقنيين، وهذا بالاشتراك مع قطاعات أخرى كالتعليم العالي والتكوين المهني على وجه الخصوص.

4- ملف الموارد المادية :

ارتكز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج، الذي يستدعي توازنا بين الوسائل ومستوى النشاط وبين تسلسل العلاج وتقييم الوسائل. والهدف من ذلك هو إعطاء

¹ Les 6 dossiers de la reforme hospitalière

<http://www.santemaghreb.com/actualites/0703/0703-27.htm>

كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة بعقلانية. وتشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية والخاصة بالأمن والنوعية وتعين الأطقم الفنية والتكوين عناصر مكملة لهذا الملف.

5- ملف التمويل:

اهتم هذا الملف بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات، وضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي، بالإضافة إلى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تسيير المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات، وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى.

6- ملف اشتراك القطاعات:

نظرا لارتباط نشاطات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى حد بعيد بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى كقطاع المالية، العمل والحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، التضامن، التعليم العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئية، الصناعة والفلاحة، فإنه يجب ضمان الانسجام بين الصحة والسياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الإستراتيجية العامة للوزارة .

والجدير بالإشارة أن تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب والاستعجالات على المستويين الجهوي والوطني موضوعين لم يتم التطرق إليهما في هذا المشروع، ولقد تمت الإشارة عدّة مرات إلى وجوب تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب، بغض النظر عن العراقيل المرتبطة بالبعد والظروف المناخية، الصيانة والظروف الخاصة بتعيين المستخدمين الطبيين المتخصصين الذين يمكنهم تلبية مجموع الاحتياجات الصحية، أمّا بالنسبة للاستعجالات فتستدعي بحثا معمقا على نتائج التحقيق الجاري حاليا، والذي يتكلف به المعهد الوطني للصحة العمومية بطلب من الوزارة .

المطلب الثاني : أوجه قصور النظام الصحي في الجزائر وطرق معالجتها

لم يدع التقرير الذي أعده المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، أنه وضع قائمة كاملة للمشاكل التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر، وخصوصا المستشفى، وإنما قدم حوصلة عن العقبات والمشاكل الأكثر بروزا، وتمس جوانب جد مهمة.

وفيما يلي عرض للاختلالات التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر والتدابير المتخذة لمعالجتها¹:

¹ Centre for administrative innovation in the Euro-Mediterranean Region, Assistance sociales dans la région Méditerranéenne, Algérie.

1- الإختلالات المرتبطة بالتمويل وطرق معالجتها :

يعاني قطاع الصحة العمومي من عدة إختلالات تعزى إلى نقص الوسائل المالية الضرورية لمواجهة

طلبات العلاج المتزايدة بالدرجة الأولى، ويمكن إرجاع ذلك إلى ما يلي :

- تخصيص وتوزيع غير ملائم وغير كاف للموارد المالية .
- ميزانيات مستشفيات لم يتم التفاوض بشأنها .
- مديونية ثقيلة .
- غياب التحكم في التكلفة و النفقات الصحية .

وعلى ضوء ما سبق، تقرر عن المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات عدة طرق يمكن إدراجها لمعالجة

التمويل الصحي على مستوى القطاع العمومي، نعرضها فيما يلي:

- البحث عن مصادر جديدة للتمويل من خلال استرداد جزء من الضرائب المحلية عن التلوث والتبغ، بالإضافة إلى إدراج مساهمة التأمينات الاقتصادية.

- إعطاء بعد واقعي للتعاقد من خلال تحيين مدونة الأعمال الطبية والتسعير.

- قيام الوزارة المكلفة بالتضامن بإعادة تحديد و ضبط فئات الأشخاص المعوزين، حيث تحدد وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات كفيات التكفل المالي بهذه الفئات والتي ستكون على عاتق الوزارة المكلفة بالتضامن.

- الحرص على أن تخضع كل المؤسسات الصحية للمراقبة البعدية الوحيدة طبقا للتنظيم الساري .

- تحرير المبادرات التي تعتمد على مصادر خاصة في إطار المهام المنوطة بالمستشفى، كإخراج المصالح الاقتصادية والعامية عن المستشفى.

- وضع مخطط حسابات المستشفيات .

- ترخيص المستشفيات بإبرام عقود وعروض خدمات مع المؤسسات الوطنية والدولية والشركات .

- إعادة تفصيل آليات نقل الميزانيات المخصصة للتعليم و البحث الطبي نحو المستشفيات .

- إعطاء المؤسسات الصحية العمومية من الضرائب الجمركية المفروضة على التجهيزات .

- الانتقال من منظومة ميزتها تمويل الهياكل إلى منظومة تستهدف تمويل النشاطات.

- تظل المهام الاجتماعية للمستشفى (الاستجالات، التعليم، البحث والوقاية) تستفيد من تخصيصات الميزانية الإجمالية .

- جعل الوسائل المادية و البشرية أكثر مرد ودية.

- تدعيم الإجراءات الموجودة لحساب التكلفة .

- وضع ميزانية ملحقة مستقلة عن ميزانية المستشفى .

- مواصلة مسار رفع الديون عن المستشفيات .

وتجدر الإشارة إلى أن القطاع الخاص يستثني الفئات المعوزة من العلاج ، بالإضافة إلى عشوائية تحديد أتعاب الأعمال وتكاليفها، وعلى هذا الأساس توجد محاولات التفكير مع المؤسسات المعنية بالتأمين على المرض في طريقة لتمويل هذا القطاع بشكل يسمح بالحفاظ على مبدأ إمكانية حصول كل المواطنين على الخدمات الصحية بدون أن يقع على عاتقهم دفع مجموع التكاليف المترتبة عن العلاج، بالإضافة إلى اعتماد الشفافية بخصوص أتعاب الأعمال وتكاليفها .

2- الإختلالات المرتبطة بكل من التنظيم، الإعلام، تكوين المستخدمين وطرق معالجتها :

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

أ- العراقيل المرتبطة بتنظيم الوسائل المادية والموارد البشرية وتدبير معالجتها :

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

- تعدد أجهزة التدخل على مستويات مختلفة مما يجعل الوصاية شديدة الثقل وغير فعالة.

- تثبيط المستخدمين بسبب قوانين أساسية وظروف ممارسة غير ملائمة وأجور منخفضة.

- تباين توزيع الوسائل المادية والموارد البشرية بين المناطق وداخلها .

- نقص في صيانة العتاد الطبي .

- نفاذ المواد الصيدلانية بسبب ضغوطات مالية وتنظيمية تزيد من وطئتها الإختلالات في تسيير

المستشفيات والأدوية .

- تقييم غير كاف للنشاطات الطبية.

وبالطبع لم تترك هذه النقاط بدون معالجة، بل حاول ذات المجلس وضع بعض الحلول والاقتراحات بشكل

موازي للإختلالات السابقة كما يلي :

- الحد من تدخل الوصاية بإعادة مركزة مهام الإدارة المركزية وهاكلها غير الممركزة.

- مراجعة القوانين الأساسية السارية المفعول للمستخدمين قصد تحسين شروط الممارسة والتقدم في

المسار المهني وإدراج نظام تعويض محفز .

- توحيد الوسائل المادية والموارد البشرية.

- إنشاء مديرية مستقلة على مستوى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تكلف بصيانة

العتاد الطبي .

- جعل صيدلية المستشفيات هيكلًا مستقلاً وتحديد مهامها بدقة وإلزامها بمسؤوليتها .

- تزويد المستشفيات بالهياكل والآليات والوسائل والأدوات اللازمة للتقييم الداخلي .

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

ب- العراقيل المرتبطة بالإعلام وأوجه معالجتها :

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

ج- العراقيل المرتبطة بالتكوين و طرق معالجتها :

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

- لا يأخذ نظام التعليم والتكوين بدقة الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة.
 - التكوين الأكاديمي لم يعد قادرا على الاستجابة للمؤهلات التي تتطلبها ممارسة المهنة ومتطلبات تعدد الخدمات في الميدان، وهذا ما يترتب عنه نقص محسوس في بعض الاختصاصات الطبية و شبه الطبية.
 - مدارس التكوين شبه الطبي لا تستجيب كلية إلى طلبات التكوين المتواصل لكل المستخدمين.
 - تكوين المسيرين على مستوى مؤسسات التعليم العالي لا تستجيب إلى مواصفات التسيير في المستشفيات.
 - كما خص ذات المجلس أهمية أكبر للتدابير التي يفترض أن تحرص وزارة الصحة والسكان على العمل بها، والتي سنهتم بإبرازها في النقاط الآتية:
. إعادة النظر في تزايد عدد الفئات الطبية وإعادة تحديد مواصفات التكوين ومحتويات التعليم المقدم وذلك بالعمل مع قطاع التعليم العالي.
 - . وضع قنوات المرور عبر التكوين الأكاديمي أو المؤهلات المكتسبة لتمكين تحرك المستخدمين وتسيير المهن والاعتراف بالكفاءات التي لم تتوج بالطريقة المتعارف عليها.
- أما فيما يخص الممارسين الطبيين الأخصائيين، يجب التفكير مع القطاعات المعنية في طريقة للحصول على شهادة ثانية دون الاضطرار إلى المرور بكامل الأطوار الأكاديمية.
- . إعادة فتح ملحقات مدارس التكوين شبه الطبي على مستوى المؤسسات الصحية حسب الحاجة في إطار إعادة تأهيل المستخدمين وتحسين مستواهم أثناء ممارسة عملهم.

. جعل الترخيص لممارسة شبه الطبيين في القطاع الخاص مشروطا بالقيام بتكوين مؤهل لمدة ثلاث سنوات في المؤسسات العمومية للصحة.
. وضع مخطط إعادة إدماج محترفي الصحة المكونين و/أو الممارسين بالخارج بالتعاون مع وزارة التعليم العالي والمؤسسات المكلفة بالتعاون الدولي.
. مراجعة مواصفات التكوين ومحتوى التعليم حسب الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة بالإضافة إلى أن الإهتمام بالبحث عن أقصى انسجام في المهن الصحية يثير التفكير حول فكرة إنشاء "جامعة لعلوم الصحة" في المستقبل القريب.

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

المطلب الثالث: الدروس المستفادة من التجارب الدولية

هناك مجموعة من الدروس المستفادة التي يمكن استخلاصها من تجارب الدول التي تم عرضها، والتي نجحت في تطوير الخدمات الصحية، وذلك للاستفادة من هذه النتائج في تطوير قطاع الصحة في الجزائر. وسوف يتم التطرق الى هذه الدروس كما يلي:

1- الدروس المتعلقة بالجهات المقدمة للخدمات الصحية: تتعلق هذه الدروس بكل من الهيئات العاملة في قطاع الصحة والعاملين فيها على النحو التالي:

- يمثل تطوير الموارد البشرية العاملة في مجال تقديم الخدمات الصحية (الأطباء والتمريض) أحد محددات نجاح مجهودات تطوير الخدمات الصحية، بدءا من تطوير المؤسسات والمناهج التعليمية بما يتفق مع احتياجات الرعاية الطبية في المجتمع، ووصولاً الى تطبيق برامج التكوين المختلفة، بالإضافة إلى تقديم الحوافز المالية للتحفيز على تحسين الأداء، وانتهاج أسلوب الاختبارات الدورية لتقويم الأداء.

- تطبيق نظام الشراكة مع القطاع الخاص، شريطة أخذ جملة من الاعتبارات: توفير الخدمات الصحية لجميع المواطنين، الكفاءة، عدالة المنافسة، المتابعة والإشراف.
ومن الممكن أن تأخذ هذه المشاركة عدة أشكال مثل تقديم الخدمات الطبية فقط أو غير الطبية فقط أو الاثنين معا.

ويمكن تصوير البدائل المختلفة للشراكة بين القطاعين العام والخاص في تقديم الخدمات الصحية في الجدول التالي:

الجدول (20.4): البدائل المختلفة للشراكة بين القطاعين العام والخاص في نظم تقديم الخدمات

الصحية

دور القطاع الخاص	دور القطاع العام	أساليب الشراكة
يتولى القطاع الخاص إدارة هذه العيادات، ومن الممكن أن يوفر القطاع الخاص تجهيزات العيادات والأقسام فقط أو الخدمات الطبية فقط. ويقوم المرضى بتحمل مصاريف العلاج.	يتولى القطاع العام إدارة الأجزاء الأخرى للمستشفى كما يتولى الإشراف على أداء الخدمات الصحية في العيادات أو الأقسام.	إنشاء عيادات أو أقسام متميزة داخل أو بجوار المستشفيات.
يتولى القطاع الخاص تقديم الخدمات غير الطبية مثل النظافة والأمن والصيانة، بالإضافة إلى اختيار العاملين في تقديم هذه الخدمات.	يتولى القطاع العام تقديم الخدمات الطبية وإدارة المستشفيات، بالإضافة إلى تمويل الخدمات غير الطبية.	التعاقد على تقديم الخدمات غير الطبية.
يتولى القطاع الخاص تقديم الخدمات الطبية المساعدة مثل إنشاء معامل التحاليل والأشعة.	يتولى القطاع العام تقديم الخدمات الطبية وإدارة المستشفيات، بالإضافة إلى تمويل الخدمات الصحية المساعدة.	التعاقد على تقديم الخدمات الطبية المساعدة.
يتولى القطاع الخاص إدارة المستشفيات العامة من خلال عقود لمدة محددة، ويلتزم القطاع الخاص بتقديم الخدمات الطبية وغير الطبية، كما يقوم باختيار العاملين بالمستشفى. وفي بعض العقود يلتزم المتعاقد بإجراء بعض التوسعات وصيانة المباني.	يتولى القطاع العام مسؤولية التعاقد مع القطاع الخاص واختيار الشركات المناسبة وتمويل العقود، بالإضافة إلى متابعة أداء هذه الشركات في إدارة المستشفيات وتقديم الخدمات الصحية.	التعاقد على إدارة المستشفيات العامة.
يتولى القطاع الخاص إنشاء المستشفيات العامة الجديدة ثم يتم تأجيرها للحكومة.	يتولى القطاع العام إدارة المستشفى وتقديم الخدمات الطبية وغير الطبية، بالإضافة إلى توفير قيمة الإيجار اللازم للقطاع الخاص.	إنشاء مستشفيات وتأجيرها للحكومة.
يتولى القطاع الخاص تمويل إنشاء وإدارة المستشفى، بالإضافة إلى تقديم الخدمات الطبية وغير الطبية وذلك بصورة مجانية أو بأسعار رمزية.	تقتصر مهمة القطاع العام هنا على توفير قيمة المدفوعات السنوية التي يجب تسليمها للقطاع الخاص مقابل تقديم الخدمات الطبية، بالإضافة إلى الإشراف على تقديم الخدمات الصحية.	إنشاء وتشغيل المستشفيات العامة.
يقوم القطاع الخاص في ظل هذا النظام بشراء المستشفيات العامة وتشغيلها لتقديم الخدمات الصحية بصورة مجانية أو بأسعار رمزية (أي لا تزال المستشفيات تأخذ الطابع العام).	يقوم القطاع العام بتمويل تقديم الخدمات الطبية وغير الطبية المقدمة بواسطة القطاع الخاص، بالإضافة إلى الإشراف على تقديم الخدمة.	شراء المستشفيات الحكومية.

المصدر: مجلس الوزراء، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، قطاع المتابعة الخارجية، دراسة مقترح شراء الحكومة للخدمات الصحية من القطاع الخاص، أبريل 2005 .

<http://www.star28.com/site/site-1318.html-14k-25mai2007>

- التنسيق بين الجهات المختلفة المقدمة للخدمات الصحية (عام وخاص) بما يساعد على رفع كفاءة الخدمات الصحية من خلال توفير خدمات الرعاية التي تتناسب مع احتياجات المجتمع.
- العمل على التنسيق بين السياسات المختلفة المرتبطة بالصحة العامة مثل سياسات التنمية الريفية وتوفير المياه النقية.

- إنشاء مجالس الصحة المحلية للتنسيق بين السلطات المركزية المسؤولة عن الصحة ووحدات الصحة المحلية.

2- الدروس المتعلقة بنظم الإشراف والمتابعة: تتمثل هذه الدروس فيما يلي:

- تطوير قواعد بيانات ونظم معلومات طبية والتنسيق بين الجهات المسؤولة عن إصدار هذه البيانات.
- ضرورة تطوير معايير للرقابة على أداء الخدمات الصحية والتوسع في إجراء استطلاعات لرأى المرضى.

- إنشاء وكالات مستقلة لتقييم ومتابعة أداء الخدمات الصحية المقدمة وتضم هذه الوكالات عددا من المكاتب، وتتمتع هذه الوكالات بكافة الصلاحيات التي تمكنها من معاقبة الجهات المخالفة.
- يجب أن تتم عملية تقييم أداء الخدمات الصحية بصورة دورية، على أن تنشر نتائج التقييم وتتاح للجميع.

- اعتماد نظام شهادة الإجازة للأطباء والمرضى.

3- الدروس المتعلقة بالتمويل: تتمثل هذه الدروس فيما يلي:

- التأكد من عدم وجود إهدار للموارد المالية والبشرية المخصصة لقطاع الصحة قبل التفكير في زيادة هذه الموارد، وذلك لتعظيم العائد من الموارد المخصصة للإنفاق على الخدمات الصحية.
- الفصل بين تقديم الخدمة وتمويلها، باعتباره أحد الآليات الفعالة في تطوير أداء الخدمات الصحية من خلال زيادة دور القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية.

- تنويع مصادر التمويل خاصة في ظل انخفاض الموارد الحكومية المخصصة للإنفاق على الصحة، وذلك بزيادة مساهمة المجتمعات المحلية ومنظمات المجتمع المدني غير الهادفة للربح واستغلال الموارد المتاحة لهذه المنظمات.

- الربط بين حجم التمويل التي تحصل عليه الوحدات التي تقدم الخدمات الصحية بمستوى أداء وكفاءة هذه الوحدات، واستخدام الحوافز المالية لتحسين الأداء.

- خفض أسعار الأدوية التي تمثل أحد المكونات الأساسية للإنفاق على الصحة، من خلال تطوير نظم توزيع وتسعير الأدوية وإنشاء اتحادات لتوزيع الأدوية على المستشفيات الصغيرة.

4- الدروس المتعلقة بنظم إدارة الخدمات الصحية: يتطلب تطوير أداء قطاع الخدمات الصحية

تطوير نظم إدارة الخدمات الصحية، وذلك على النحو التالي:

- تطبيق اللامركزية الإدارية والمالية في قطاع الخدمات الصحية، من خلال زيادة دور المجتمعات المحلية والوحدات الصحية الريفية في صياغة وتنفيذ البرامج الصحية المختلفة، وذلك في إطار مبادئ المسائلة والشفافية والمصداقية.

- تطوير إدارة الوحدات الصحية المحلية من خلال تدعيم المهارات الإدارية لمديري هذه الوحدات، بالإضافة الى مشاركة أعضاء من المجتمعات المحلية في مجالس إدارة هذه الوحدات الى جانب الأطباء.
- التنسيق بين الجهات المختلفة المقدمة للخدمات الصحية (عام وخاص) بما يساعد على رفع كفاءة الخدمات الصحية من خلال توفير خدمات الرعاية التي تتناسب مع احتياجات المجتمع.
- العمل على التنسيق بين السياسات المختلفة المرتبطة بالصحة العامة مثل سياسات التنمية الريفية وتوفير المياه النقية.
- إنشاء مجالس الصحة المحلية للتنسيق بين السلطات المركزية المسؤولة عن الصحة ووحدات الصحة المحلية.

خلاصة الفصل:

يعاني النظام الصحي في الجزائر من عدة نقائص، تشكل معاقل الداء الذي يؤزم الصحة، والتي يمكن عرضها فيما يلي:

- نقائص مخرجات النظام الصحي: تتمثل فيما يلي:

. لا يزال معدل وفيات الأمهات مرتفعا، إذا ما قورن بالمعدلات المسجلة في الدول المجاورة.
. لا يزال معدل وفيات الأطفال مرتفعا، إذا ما قورن بالمعدلات المسجلة مثلا في تونس وحتى في مصر.

. لا يزال التفاوت بين الحضر والريف قائم.

. ازدياد الأمراض المزمنة مثل أمراض الأوعية القلبية، السرطان.

- نقائص تتعلق بالعدالة وإتاحة الحصول على الرعاية: وتتمثل في الآتي:

. هناك تفاوت جغرافي بالنسبة لوفيات الرضع والأطفال والأمهات، وحتى في توزيع الموارد البشرية.

. عجز المؤسسات الصحية العمومية من تتبع تطور طلب العلاج.

- نقائص تتعلق بكفاءة الإدارة والانتفاع وتوظيف القوى البشرية والخدمات السريرية والدوائية: وتتمثل

فيما يلي:

. يمتاز تسيير المصالح الصحية بمركزية مفرطة وغير مرنة.

. أدى غياب الاستقلالية في التسيير، الإدارة وتنظيم المصالح الصحية، إلى زيادة التكاليف.

. تتجزأ الخدمة الصحية إلى هيئات محدودة الروابط والتعاون فيما بينها.

. حركة كبيرة للأخصائيين نحو القطاع الخاص.

. القطاع العام هو المستخدم الرئيسي للعمالة البشرية، طبقا لقوانين وقواعد التوظيف الجامدة،

والتي لا تتمتع بتشجيع وحفز السلوك الأفضل، ولا بالمرونة المطلوبة، لتوزيع العمالة بكفاءة، وتشغيلها باقتدار.

. الإجراءات المتبعة في القطاع الدوائي إنتاجا واستيرادا، وكمشريات وكسياسات تسعير

والطرق المتبعة في التوزيع الدوائي، كل ذلك لا يزال يتم بأساليب لا تتميز بالكفاءة، وإنما تتميز بتضارب وسائل وأساليب التحفيز.

- نقائص الجودة والفاعلية وإشباع احتياجات المنتفعين: وتتمثل في الآتي:

. نظرا لعدم كفاية بنود الموازنة الخاصة بالصيانة وقطع الغيار، فان معظم الوحدات تعاني من

عيوب الإهمال، فقر المرافق، وضآلة صيانة: المباني، والأجهزة والمعدات.

. هناك نقص في الإطارات التمريضية الماهرة.

- . هناك احتياج كبير لتطوير التعليم الطبي والتدريب.
- . ارتفاع رهيب للالتهابات المكتسبة في المستشفى، وعدم وجود نظام معلوماتي فعال لمراقبتها.

- نقائص التمويل: وتتمثل فيما يلي:

- . تبقى نفقات الصحة ضعيفة كنسبة من الناتج الداخلي الخام مقارنة بدول الجوار.
- . تغيير النمط المرضي من طابع الأمراض المعدية إلى طابع الأمراض غير المعدية، ترتب على ذلك ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية المستهدفة لتغطية زيادة الحوادث، والتحول إلى تلك النوعية من الأمراض.
- . يؤدي عدم كفاية الموارد من ناحية، وغياب نظام لترشيد إنفاق الموارد إلى انعكاس نتائج الأداء غير المحدود على الجودة.
- . يتم منح الأغلفة المالية للمؤسسات الاستشفائية على أساس عدد الأسرة.

أما ما تعلق بمشروع الإصلاح، فيمكن تسجيل الملاحظات التالية:

- إشراك المتعاملين - خاصة الطاقم الطبي - في تصميم الإصلاح، من أجل تسهيل العملية.
- إشراك كل المتدخلين والاهتمام بهم، سواء على مستوى إدارة وزارة الصحة أو الدوائر الأخرى، الشئ الذي سوف يسهل عملية التطبيق لاحقاً.
- تحديد، بلغة مفهومة للجميع، الأهداف الإستراتيجية والعملية لكل برنامج إصلاح، بدءاً من التصميم، ومعايير تقويم الوصول إلى الأهداف. فالتقويمات الدورية الفعالة بإمكان أن تصاحبها تصحيحات ضرورية للتغيرات غير المتوقعة من محيط الإصلاح أو أي مكون من مكوناته.
- التنبؤ مسبقاً بأنماط التغيير، من أجل تحديد جيوب المقاومة.
- كل إصلاح مؤسسي يمس مقدمي الخدمات العمومية للعلاج، يجب أن يكون في نفس الوقت مع إصلاح تنظيمي للصيانة؛ حيث من الصعب إصلاح المستوى العملي دون المساس بالمستوى الإستراتيجي.
- تحديد إستراتيجية إيصال وإعلام وتحسيس، بمجرد تصميم الإصلاح؛ وذلك بتحديد الجمهور المستهدف والوسائل، بالإضافة للموارد البشرية الواجب تجنيدها بهدف التنفيذ.
- يعتبر اختيار الرجال الذين سوف يسيرون ويتابعون وضع الإصلاحات مهم جداً؛ حيث يجب أن يتم هذا الاختيار على أساس معايير التعهد والتحفيز والكفاءات التقنية للتسيير.
- ضمان استقرار أدنى للفرق في الهياكل، وعلى مستوى إدارة الصحة والدوائر الأخرى المعنية.

الفصل الخامس

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية
العمومية بالجزائر العاصمة

الفصل الخامس: واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر العاصمة

بعد تعرضنا في الفصل الرابع لدراسة تحليلية للنظام الصحي في الجزائر، سوف نتناول في هذا الفصل واقع جودة الخدمات على مستوى المؤسسات الصحية في الجزائر العاصمة، ممثلة في المركز الاستشفائي الجامعي لـ "باب الواد"، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة " أيت ايدير"، والقطاع الصحي بـ " الرويبة". لكن قبل الخوض في كشف النقاب عن هذا الواقع، نرى من الضروري بمكان عرض منهجية الدراسة الميدانية من خلال أداة جمع البيانات، أسلوب تحليل البيانات، ومجتمع الدراسة وعينته؛ كما يلي:

أداة جمع البيانات:

لقد تم استخدام الاستبيان كأداة لجمع المعلومات المطلوبة للبحث. وارتأينا أن نقدم الاستبيان إلى الأطراف التالية:

- المرضى: كونهم مستقبلي الخدمات الصحية، وبالتالي محاولة معرفة استجاباتهم نحو حزمة الخدمات المقدمة على مستوى المستشفى.
- الأطباء وأفراد الطاقم شبه الطبي: وذلك لأن عملهم الأساسي ينصب على القيام بالتشخيص السليم للحالة المرضية ووصف وتقديم العلاج الملائم للمرضى؛ وبالتالي معرفة العراقيل التي تحول دون القيام بالدور المذكور.

لقد تم التأكد من صدق محتوى الاستبيان باستخدام أسلوب صدق المحكمين، وذلك للوصول إلى المسودة الأولى؛ ثم عرضت هذه الأخيرة على مجموعة من المتخصصين من أعضاء هيئة التدريس بالمدرسة الوطنية للصحة العمومية بـ "المرسى"، وبعض رؤساء المصالح في المركزين الإستشفائيين الجامعيين "مصطفى باشا" و"باب الواد"، بالإضافة إلى مسئول الطاقم شبه الطبي ومسؤولة مكتب القبول بالمركز الإستشفائي الجامعي "مصطفى باشا".

وتمت الاستفادة من ملاحظاتهم واقتراحاتهم؛ للوصول إلى المسودة الثانية من الاستبيان. كما تم تجريب هذا الأخير للتأكد من وضوح العبارات، وأن الاستبيان يقيس ما صمم لقياسه.

أسلوب تحليل البيانات

تحقيقاً لأهداف البحث، فقد تم استخدام بعض الأساليب الإحصائية المتاحة في حزمة برنامج التحليل الإحصائي المعروف بـ " SPSS ". ومن تلك الأساليب تم استخدام التحليل الوصفي وما يندرج تحته من تحليل عبر النسب المئوية، والتكرارات .

مجتمع البحث وعينته

مجتمع البحث في هذه الدراسة عبارة عن مرضى وأطباء والطاقم شبه الطبي لثلاث مؤسسات صحية، تمثلت في المركز الإستشفائي الجامعي "باب الواد"، المؤسسة الإستشفائية المتخصصة "علي أيت إيدير"، ومستشفى "الروبية" التابع للقطاع الصحي للروبية.

واختير هذا المجال المكاني للمسوحات التالية:

- محاولة الدراسة إعطاء صورة عن واقع الجودة على مستوى المنظومة الصحية، ممثلة في المراكز الاستشفائية الجامعية، المؤسسات الصحية المتخصصة والقطاعات الصحية.
 - يعد المركز الإستشفائي الجامعي "باب الواد" من المؤسسات الصحية في المجتمع الجزائري ذات التاريخ الطويل والخبرة العريقة في هذا المجال .
 - تعتبر المؤسسة الاستشفائية المتخصصة "علي أيت إيدير" المؤسسة الوحيدة في القطر الجزائري المتخصصة في طب وجراحة الأعصاب.
 - يعتبر القطاع الصحي لـ "الروبية" من المنشآت الصحية الهامة في ولاية الجزائر، وقد صنفت من طرف وزارة الصحة في الصنف " أ " .
- لقد تم اختيار مفردات عينة الدراسة داخل كل مؤسسة صحية باستخدام أسلوب العينة الاحتمالية العشوائية البسيطة.

واعتمد الطالب في تحديد حجم العينة على ما اقترحه " روسكو" في حالة بحوث المتغيرات المتعددة، بأنه يجب أن يكون حجم العينة (10) عشرة أضعاف عدد المتغيرات في البحث.

- بالنسبة للمرضى: (16) متغيرا و (6) أبعاد، فان الحد الأدنى لحجم العينة هو 96.
- بالنسبة للأطباء: (13) متغيرا و (6) أبعاد، فان الحد الأدنى لحجم العينة هو 78.
- بالنسبة لأفراد الطاقم شبه الطبي: (12) متغيرا و (5) أبعاد، فان الحد الأدنى لحجم العينة هو 60.

وقد قام الباحث بالإشراف على تعبئة الاستبيانات من قبل المجيب ثم استلامها منه. واستغرق جمع المعلومات للمسح الأولي وللمسح النهائي الفترة الممتدة من 24 ديسمبر 2005 إلى غاية 21 أبريل 2006، ثم تم الاكتفاء بما توصل إليه الطالب من معلومات.

وتضمن الاستبيان الخاص بالمرضى، المرفق في ملحق البحث رقم 02، المحاور التالية:

- المحور الأول: الخصائص الديموغرافية لعينة البحث
- المحور الثاني: استجابات المرضى نحو الاستقبال
- المحور الثالث: استجابات المرضى نحو طبيعة الخدمات الطبية

- المحور الرابع: استجابات المرضى نحو طبيعة الخدمات التمريضية
- المحور الخامس: استجابات المرضى نحو السرعة في الحصول على الخدمات الصحية
- المحور السادس: استجابات المرضى نحو الغرفة
- المحور السابع: استجابات المرضى نحو نظام التغذية

في حين شمل الاستبيان الخاص بالطاقم شبه الطبي على المحاور التالية:

- المحور الأول: الخصائص الديموغرافية لعينة البحث
- المحور الثاني: استجابات الطاقم شبه الطبي نحو الوظيفة
- المحور الثالث: استجابات الطاقم شبه الطبي نحو التكوين
- المحور الرابع: استجابات الطاقم شبه الطبي نحو التأطير وتحديد المهام
- المحور الخامس: استجابات الطاقم شبه الطبي نحو ظروف العمل
- المحور السادس: استجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة مع الأطراف الأساسية
- المحور السابع: استجابات الطاقم شبه الطبي نحو النظافة

أما الاستبيان الخاص بالأطباء، فتضمن المحاور التالية:

- المحور الأول: الخصائص الديموغرافية لعينة البحث
- المحور الثاني: استجابات الأطباء نحو العلاقة مع الأطراف الأساسية
- المحور الثالث: استجابات الأطباء نحو التكوين
- المحور الرابع: استجابات الأطباء نحو توافر وسائل العمل وعراقيل العمل والأجر
- المحور الخامس: استجابات الأطباء نحو النظافة والالتهابات المكتسبة في المستشفى
- المحور السادس: استجابات الأطباء نحو مشروع إصلاح المستشفيات

المبحث الأول: استجابات المرضى والطاقم شبه الطبي والأطباء في المركز الإستشفائي الجامعي لـ "باب الواد"

سننطلق في هذا المبحث إلى استجابات المرضى نحو الخدمات المقدمة، بالإضافة إلى استجابات الطاقم شبه الطبي والأطباء نحو بعض جوانب العمل.

لكن قبل هذا لا بد من تقديم بطاقة تعريفية للمركز الإستشفائي الجامعي لـ "باب الواد" فيما يلي¹: بتاريخ 2 فيفري 1988 ، وعن طريق المرسوم رقم 88-20 ، أنشأ المركز الإستشفائي الجامعي باب الواد؛ والذي تتلخص مهمته في ثلاثة نشاطات: العلاجات (عامة ومتخصصة جدا)، التكوين الطبي وشبه الطبي، البحث العلمي.

ويشمل المركز على ما يلي:

- ست مصالِح جراحية وتخصصات طبية ، ويتعلق الأمر ب :
جراحة العظام ، طب العيون ، جراحة عامة ، جراحة الأعصاب ، جراحة الأذن الأنف الحنجرة ، مصالحة البوليات .
- أربعة عشر مصالحة طبية وطب متخصص: وتتمثل فيما يلي:
الإنعاش الطبي، طب الأطفال، طب الأمراض العقلية، طب أمراض الجهاز الهضمي، طب أمراض السكري، طب الأعصاب، طب الجلد، طب الغدد، طب داخلي، طب الأمراض الصدرية، طب التهابات المفاصل ، استعجالات طبية - جراحية، التخدير والإنعاش.
- مصالحة لطب النساء والتوليد
- مصالِح بدون استشفاء: طب العمل والطب الشرعي، مكافحة الأوبئة والطب الوقائي.
- تسع مصالِح طبية - تقنية : ويتعلق الأمر بما يلي: التصوير الطبي، المخبر المركزي للبيولوجيا، مركز حقن الدم، مخبر التشريح وأمراض الخلايا، مخبر التسمم، مصالحة الطب النووي، مصالحة أطقم الأسنان ، وحدة التقنيين مرتبطة بمصالحة البوليات، الصيدلية المركزية.

ويمكن عرض توزيع عدد الأسرة وعدد الأطباء وشبه الطبيين في الجدول التالي:

¹ Le bulletin du CHU BEO , hôpital Mohamed Lamine Debaghine, Mai -juin 2005, Année 1, N° 900

الجدول (1.5): عدد الأسرة وعدد الأطباء وشبه الطبيين في المركز الإستشفائي الجامعي لـ "باب الواد" في

أفريل 2006

عدد شبه الطبيين	عدد الأطباء	عدد الأسرة	المصالح الطبية
18	31	40	- الطب الداخلي
37	20	46	- طب الأمراض الصدرية
30	20	41	- طب الأطفال
6	13	30	- طب الأعصاب
6	10	30	- طب التهاب المفاصل
15	30	21	- طب الجلد
16	14	48	- طب الغدد
35	11	40	- طب أمراض السكري
25	30	20	- طب الكلى
15	34	40	- طب أمراض الجهاز الهضمي
			المصالح الجراحية
42	34	38	- جراحة عامة
8	36	30	- جراحة الرضوض وتجبير الأعضاء
33	21	45	- جراحة المسالك البولية
26	26	40	- جراحة الأعصاب
25	20	38	- جراحة الأذن الأنف الحنجرة
25	36	48	- جراحة العيون
362	386	595	المجموع

المصدر: - مكتب القبول (عدد الأسرة)

- رؤساء المصالح والمراقبين الطبيين (عدد الأطباء وعدد شبه الطبيين)

يوضح الجدول أعلاه أن كل من مصلحة طب الغدد ومصلحة الأمراض الصدرية شكلتا أكبر نسبة من حيث عدد الأسرة، وهذا بالنسبة للمصالح الطبية. أما على مستوى المصالح الجراحية، فلاحظنا أن مصلحتي جراحة العيون ومصلحة جراحة المسالك البولية شملتا أكبر عدد من الأسرة.

أما فيما تعلق بعدد الأطباء، لاحظنا أنه شكل أكبر عدد في مصلحة طب أمراض الجهاز الهضمي، وهذا على مستوى المصالح الطبية. بينما على مستوى المصالح الجراحية، شكلت كل من مصلحة جراحة الرضوض وتجبير الأعضاء ومصلحة جراحة العيون أكبر نسبة .

وفيما يخص عدد شبه الطبيين، فلاحظنا أن مصلحتي طب الأمراض الصدرية ومصلحة طب أمراض السكري، شكلتا أكبر نسبة على مستوى المصالح الطبية. أما على مستوى المصالح الجراحية، فيتبين أن مصلحة الجراحة العامة مثلت أكبر مصلحة من حيث عدد الأسرة.

كما يمكن عرض تطور متوسط المكوث للاستشفاء في الجدول التالي:

الجدول (2.5) : تطور متوسط المكوث للاستشفاء (DMS) حسب المصالح بالمركز الاستشفائي الجامعي

لـ "باب الواد".

2005 (الثلاثي الثاني)	2004	2003	2002	
				<u>المصالح الطبية</u>
17.54	09.87	10.50	11.91	- الطب الداخلي
09.80	12.53	15.04	12.03	- طب الأمراض الصدرية
16.79	11.54	13.74	12.62	- طب الأطفال
28.87	22.33	34.81	21.15	- طب الأعصاب
29.86	22.57	29.13	20.02	- طب التهاب المفاصل
21.30	12.72	14.84	12.17	- طب الجلد
16.85	17.49	27.12	15.28	- طب الغدد
17.20	21.37	38.04	22.89	- طب أمراض السكري
07.89	15.79	15.13	15.00	- طب الكلى
19.34	14.63	16.6	20.1	- طب أمراض الجهاز الهضمي
				<u>المصالح الجراحية</u>
07.00	08.78	12.5	12.00	- جراحة عامة
06.47	06.73	6.48	07.79	- جراحة الرضوض وتجبير الأعضاء
08.75	10.87	17.94	14.13	- جراحة المسالك البولية
15.00	19.94	16.74	14.31	- جراحة الأعصاب
06.78	07.88	08.89	08.27	- جراحة الأذن الأنف الحنجرة
05.49	07.62	12.33	12.33	- جراحة العيون

المصدر: خلية حساب التكاليف (مكتب القبول)

يتجلى من الجدول أن مصلحة أمراض السكري شكلت أكبر متوسط مكوث للاستشفاء على مستوى المصالح الطبية. أما على مستوى المصالح الجراحية، فسجلت جراحة الأعصاب أكبر نسبة متبوعة مباشرة بمصلحة جراحة المسالك البولية، وهذا خلال سنة 2002.

أما في سنة 2003، فسجلت مصلحة أمراض السكري أيضا أكبر متوسط، في حين شكلت مصلحة جراحة المسالك البولية أكبر نسبة على مستوى المصالح الجراحية.

وعلى مستوى المصالح الطبية، سجلت مصلحة أمراض التهاب المفاصل أكبر متوسط مكوث للاستشفاء سنتي 2004 و 2005؛ بينما على مستوى المصالح الجراحية سجلت مصلحة جراحة الأعصاب مرة أخرى أكبر متوسط.

كما نعرض تطور متوسط شغل الأسرة في الجدول التالي:

الجدول (3.5): تطور متوسط شغل الأسرة (TOM) حسب المصالح بالمركز الاستشفائي الجامعي لـ "باب الواد".

2005 (الثلاثي الثاني)	2004	2003	2002	
				المصالح الطبية
90.11	65.98	66.88	59.1	- الطب الداخلي
87.11	70.63	80.19	57.32	- طب الأمراض الصدرية
92.94	74.67	92.2	83.63	- طب الأطفال
71.67	67.51	71.54	51.38	- طب الأعصاب
88.87	54.46	69.17	59.12	- طب التهاب المفاصل
71.40	77.93	60.99	27.63	- طب الجلد
62.50	64.81	86.92	54.36	- طب الغدد
82.69	75.62	71.65	61.47	- طب أمراض السكري
73.30	80.92	74.86	62.08	- طب الكلى
81.84	59.67	62.77	61.56	- طب أمراض الجهاز الهضمي
				المصالح الجراحية
82.24	73.51	74.85	60.3	- جراحة عامة
81.29	76.59	69.38	64.11	- جراحة الرضوض وتجبير الأعضاء
67.77	51.51	81.38	56.12	- جراحة المسالك البولية
84.50	56.93	68.56	59.62	- جراحة الأعصاب
99.02	57.51	71.78	60.88	- جراحة الأذن الأنف الحنجرة
84.16	81.05	79.92	57.86	- جراحة العيون

المصدر : خلية حساب التكاليف

يلاحظ من الجدول أعلاه أن مصلحة طب الأطفال سجلت أكبر متوسط شغل للأسرة، على مستوى المصالح الطبية سنتي 2002 و 2003، بينما في سنة 2004 سجل أكبر متوسط على مستوى مصلحة طب الكلى. أما في سنة 2005، سجلت أكبر نسبة لمصالح مصلحة طب الأطفال. في حين سجل على مستوى المصالح الجراحية أكبر متوسط شغل للأسرة في المصالح التالية، على التوالي بتتابع السنوات، مصلحة جراحة الرضوض وتجبير الأعضاء، مصلحة جراحة المسالك البولية، مصلحة جراحة العيون، ومصلحة جراحة الأذن الأنف الحنجرة.

المطلب الأول: إستجابات المرضى نحو حزمة الخدمات المقدمة

تضمن هذا الاستبيان، كما أسلفنا الذكر، سبعة محاور نعرضها كما يلي:

المحور الأول: الخصائص الديموغرافية لعينة البحث

تمثلت الخصائص الديموغرافية في: العمر، الحالة الاجتماعية، مدة الإقامة، محل الإقامة، والجنس؛ والتي نقدمها في الجدول التالي:

الجدول(4.5): الخصائص الديموغرافية لعينة البحث (المرضى - المركز الإستشفائي الجامعي)

المتغير	الصفات الديموغرافية للعينة					
العمر	الفئة	24-15	34-25	44-35	55-45	أكثر من 55
	العدد	22	31	14	26	28
	النسبة	%18.2	%25.6	%11.6	21.5	%23.1
الحالة الاجتماعية	الفئة	متزوج		أعزب		
	العدد	72		49		
	النسبة	%59.5		%40.5		
مدة الإقامة	الفئة	7-2	15-8	23-16	31-24	أكثر من شهر
	العدد	52	33	10	15	11
	النسبة	%43	%27.3	%8.3	%12.4	%9.1
محل الإقامة	الفئة	الجزائر العاصمة		خارج الجزائر العاصمة		
	العدد	61		60		
	النسبة	%50.4		%49.6		
الجنس	الفئة	ذكر		أنثى		
	العدد	54		67		
	النسبة	%44.6		%55.4		

انطلاقا من الجدول أعلاه، يمكن أن نسجل الملاحظات التالية:

- نسبة الإناث أكبر بـ 10.8% من نسبة الذكور.
- 43.8% من عينة الدراسة شباب.
- تقريبا 60% من المستجوبين متزوجين .
- عينة الدراسة متساوية تقريبا من حيث محل الإقامة.
- تقريبا نصف المستجوبين (43%) كانت مدة إقامتهم تنتمي للفئة [2-7]، ثم تأتي بعد ذلك الفئة [8-15]، بعدها ترتب الفئات تصاعديا [24-31] ، أكثر من شهر، [16-23] على التوالي.
- إلى جانب الخصائص المذكور أعلاه، أضاف الباحث خاصية المصلحة، محاولة منه تحليل واقع الخدمات المقدمة بدلالة المصلحة.

وشملت الدراسة المصالح المبينة في الجدول التالي:

الجدول(5.5): توزيع أفراد العينة (المرضى) حسب المصلحة(المركز الإستشفائي الجامعي)

النسبة	التكرار	
6.6	8	- طب داخلي
7.4	9	- طب الأمراض الصدرية
5.8	7	- طب الأطفال
5	6	- طب الأعصاب
5	6	- طب التهاب المفاصل
4.1	5	- طب الجلد
8.3	10	- طب الغدد
6.6	8	- طب أمراض السكري
3.3	4	- طب الكلى
6.6	8	- طب أمراض الجهاز الهضمي
6.6	8	- جراحة عامة
5	6	- جراحة الرضوض وتجبير الأعضاء
7.4	9	- جراحة المسالك البولية
6.6	8	- جراحة الأعصاب
6.6	8	- جراحة الأذن الأنف الحنجرة
9.1	11	- جراحة العيون
100	121	المجموع

المحور الثاني: استجابات المرضى نحو الاستقبال

يشمل هذا المحور إستجابات المرضى نحو طبيعة الاستقبال على مستوى مصلحة القبول، والمصلحة المعالجة.

1- استجابات المرضى نحو استقبال مصلحة القبول (الدخول)

يمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول(6): استجابات المرضى نحو استقبال مصلحة القبول (الدخول)

النسبة	التكرار	
3.3	4	- راضي جدا
87.6	106	- راضي
7.4	9	- غير راض
1.7	2	- غير راض تماما
100	121	المجموع

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن نسبة الرضا (راضي جدا وراضي) كبيرة جدا، حيث مثلت 90.9%.

2- استجابات المرضى نحو نوعية الاستقبال على مستوى المصلحة المعالجة

يمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول(): استجابات المرضى نحو نوعية الاستقبال على مستوى المصلحة المعالجة

النسبة	التكرار	
8.3	10	- راضي جدا
84.3	102	- راضي
6.6	8	- غير راض
0.8	1	- غير راض تماما
100	121	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة الرضا (راضي جدا وراضي) كبيرة جدا، حيث مثلت 92.6%.

المحور الثالث: استجابات المرضى نحو طبيعة الخدمات العلاجية

شمل هذا المحور استجابات المرضى نحو اهتمام الأطباء، ومدى حصولهم على المعلومات منهم.

1- استجابات المرضى نحو اهتمام الأطباء

بإمكاننا عرضها في الجدول التالي:

الجدول(): استجابات المرضى نحو اهتمام الأطباء

النسبة	التكرار	
9.9	12	- مهتمين جدا
32.2	39	- مهتمين
38.8	47	- متوسطو الإهتمام
19.0	23	- غير مهتمين تماما
100	121	المجموع

يتبين من الجدول أعلاه أن نسبة الإهتمام (مهتمين جدا ومهتمين) (42.1%) قليلة مقارنة بنسبة متوسطو الإهتمام (38.8%)، بالإضافة إلى وجود نسبة لا يستهان بها من عدم الإهتمام الكلي، حيث شكلت (19%) .

وقد يعود عدم الإهتمام هذا، إلى الظروف التي يمارس فيها الطاقم الطبي نشاطه.

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية:

أ- مدة الإقامة:

المجموع	غير مهتمين تماما	متوسطو الإهتمام	مهتمين	مهتمين جدا	
52	14	21	12	5	7-2
33	3	11	15	4	15-8
10	2	2	4	2	23-16
15	4	7	4	-	31-24
11	-	6	4	1	أكثر من شهر
121	23	47	33	12	المجموع

يتضح من خلال الجدول أن نسبة عدم الإهتمام كانت كبيرة عند المرضى الذين تتراوح مدة إقامتهم من يومين

إلى سبعة أيام. وقد يرجع ذلك إلى حاجة المريض للاهتمام خاصة في الأيام الأولى من الاستشفاء.

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
12	6	6	- مهتمين جدا
39	19	20	- مهتمين
47	30	17	- متوسطو الإهتمام
23	12	11	- غير مهتمين تماما
121	67	54	المجموع

نلاحظ بناء على الجدول أن نسبة الإهتمام وعدم الإهتمام متساوية عند الذكور ، بينما عند الإناث كانت نسبة عدم الإهتمام (62.68%) أكبر من نسبة الإهتمام (37.32%) .

ج- المصلحة:

المجموع	غير مهتمين تماما	متوسطو الاهتمام	مهتمين	مهتمين جدا	
8	1	4	3	-	- طب داخلي
9	3	3	3	-	- طب الأمراض الصدرية
7	1	4	2	-	- طب الأطفال
6	1	1	2	2	- طب الأعصاب
6	1	1	4	-	- طب التهاب المفاصل
5	-	3	2	-	- طب الجلد
10	6	1	1	2	- طب الغدد
8	-	6	2	-	- طب أمراض السكري
4	2	-	2	-	- طب الكلى
8	1	1	3	3	- طب أمراض الجهاز الهضمي
8	1	4	2	1	- جراحة عامة
6	1	2	2	1	- جراحة الرضوض وتجبير الأعضاء
9	-	5	2	2	- جراحة المسالك البولية
8	2	4	1	1	- جراحة الأعصاب
8	1	4	3	-	- جراحة الأذن الأنف الحنجرة
11	2	5	4	-	- جراحة العيون
121	23	47	39	12	المجموع

يتبين من خلال الجدول أن المصالح التي أجاب مرضاها بأن الإهتمام غير كاف، شكلت عشر مصالح من أصل ستة عشر مصلحة، وتتمثل فيما يلي: الطب الداخلي، طب الأمراض الصدرية، طب الأطفال، طب أمراض الجلد، طب الغدد، طب أمراض السكري، الجراحة العامة، جراحة الأعصاب، جراحة الأذن الأنف الحنجرة، طب العيون .

2- إستجابات المرضى نحو حصولهم على المعلومات (الشروحات) من طرف الأطباء

يمكن تقديم إستجابات المرضى نحو حصولهم على المعلومات في الجدول التالي:

الجدول (1) : إستجابات المرضى نحو حصولهم على المعلومات (الشروحات) من طرف الأطباء

النسبة	التكرار	
3.3	4	- دائما
44.6	54	- غالبا
39.7	48	- نادرا
12.4	15	- أبدا
100	121	المجموع

يتضح انطلاقا من الجدول أن نسبة المرضى الذين أجابوا بأن الأطباء يقدمون لهم شروحات ومعلومات عن حالتهم الصحية مثلت تقريبا نصف العينة 47.9% (بين من أجابوا بـ "دائما" 3.3 % وغالبا 44.6 %)، بينما هناك نسبة 39.7% من أجابوا بأنهم نادرا ما يحصلون على شروحات، وهي نسبة معتبرة، ربما تؤثر على الجانب النفسي للمرضى.

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية:

أ- مدة الإقامة:

المجموع	أبدا	نادرا	غالبا	دائما	
52	6	20	25	1	7-2
33	5	15	11	2	15-8
10	-	3	7	-	23-16
15	2	7	5	1	31-24
11	2	3	6	-	أكثر من شهر
121	15	48	54	4	المجموع

يتجلى من خلال الجدول أن المرضى الذين لم تقدم لها شروحات كافية عن حالتها الصحية، كانت مدة إقامتهم تنتمي للفئات التالية: [7-2]، [15-8]، [31-24]، حيث مثلت نسبة من أجابوا "نادرا" على التوالي: 38.46%، 45.45%، 60% .

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
12	6	6	- دائما
39	19	20	- غالبا
47	30	17	- نادرا
23	12	11	- أبدا
121	67	54	المجموع

يتضح انطلاقا من الجدول أن نسبة الذين أجابوا بأن الأطباء نادرا ما يقدموا لهم شروحات حول حالتهم الصحية كانت أعلى بقليل عند الإناث (44.77%)، من تلك المسجلة عند الذكور (31.48%).

المحور الرابع: استجابات المرضى نحو طبيعة الخدمات التمريضية

يتضمن هذا المحور إستجابات المرضى نحو معاملة الطاقم شبه الطبي، ورضاهم على درجة التكفل بهم.

1 - استجابات المرضى نحو معاملة الطاقم شبه الطبي

يمكن عرضها في الجدول التالي:

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

الجدول(): استجابات المرضى نحو معاملة الطاقم شبه الطبي

النسبة	التكرار	
4.1	5	- دائما
43	52	- غالبا
39.7	48	- نادرا
13.2	16	- أبدا
100	121	المجموع

يتضح من خلال الجدول أن نسبة المرضى الذين أجابوا بأن أفراد الطاقم شبه الطبي لم يكونوا متخلفين ولطفاء أبداً أو كانوا نادراً كذلك بلغت 52.9%؛ وهي نسبة معتبرة يجب الالتفات إليها، لأن طبيعة المعاملة مع المرضى قد تؤثر على الجانب النفسي، ومن ثم على فترة الاستشفاء، خاصة أن الطاقم شبه الطبي قد يتعامل في أغلب الأحيان مع المرضى أكثر من الطاقم الطبي . وقد يرجع ذلك إلى عدم تكوين أفراد الطاقم شبه الطبي مثل هذا الجانب السلوكي (تقنيات التواصل مع الغير).

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية:

أ- مدة الإقامة:

المجموع	أبدا	نادرا	غالبا	دائما	
52	6	20	26	-	7-2
33	6	9	16	2	15-8
10	1	4	4	1	23-16
15	1	11	3	-	31-24
11	2	4	3	2	أكثر من شهر
121	16	48	52	5	المجموع

نلاحظ انطلاقاً من الجدول أن نسب المجيبين بأن أفراد الطاقم شبه الطبي لم يكونوا متخلفين ولطفاء أبداً أو كانوا نادراً كذلك، كانت متساوية تقريباً في جميع الفئات ماعداً في فئة مدة الإقامة [24-31]، حيث مثلت نسبة المجيبين بأن أفراد الطاقم شبه الطبي كانوا غير متخلفين وغير لطفاء نادراً (73.33%). وقد يعود ذلك إلى أن طول فترة الاستشفاء تجعل المريض أكثر احتكاكاً مع أفراد الطاقم شبه الطبي.

أ- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
5	1	4	- دائما
52	28	24	- غالبا
48	30	18	- نادرا
16	8	8	- أبدا
121	67	54	المجموع

يتبين من الجدول السابق أن نسبة المجيبات (44.77%) بأن أفراد الطاقم شبه الطبي لم يكونوا متخلفين ولطفاء أبداً كانت أعلى من نسبة المجيبين (33.33%).

2- إستجابات المرضى نحو التكفل بهم من قبل الطاقم شبه الطبي

يمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول (1): إستجابات المرضى نحو التكفل بهم من قبل الطاقم شبه الطبي

النسبة	التكرار	
4.1	5	- راضي جدا
28.1	34	- راضي
51.2	62	- غير راض
16.5	20	- غير راض تماما
100	121	المجموع

يتضح انطلاقا من الجدول أعلاه أن نسبة عدم الرضا (غير راض وغير راض تماما) عن التكفل بالمرضى من قبل الطاقم شبه الطبي كبيرة (67.7%). وقد يرجع ذلك إلى الظروف التي يعمل فيها أفراد الطاقم شبه الطبي، أو ضعف نظام الرقابة.

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية:

أ- مدة الإقامة:

المجموع	غير راض تماما	غير راض	راضي	راضي جدا	
52	8	27	15	2	7-2
33	6	16	10	1	15-8
10	1	6	2	1	23-16
15	3	7	5	-	31-24
11	2	6	2	1	أكثر من شهر
121	20	62	34	5	المجموع

نلاحظ أن نسبة عدم الرضا (غير راض وغير راض تماما) كانت الأكبر في جميع الفئات، من نسبة الرضا.

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
5	3	2	- راضي جدا
34	20	14	- راضي
62	32	30	- غير راض
20	12	8	- غير راض تماما
121	67	54	المجموع

يتبين من خلال الجدول أن نسبة عدم الرضا عند الإناث (65.67%) أقل بقليل من تلك المسجلة عند الذكور (70.37%).

المحور الخامس: إستجابات المرضى نحو السرعة في الحصول على الخدمات الصحية

يتضمن هذا المحور استجابات المرضى نحو السرعة في استخراج نتائج التحاليل والأشعة ومواعيد إجراء العمليات الجراحية.

1- استجابات المرضى نحو السرعة في استخراج نتائج التحاليل والأشعة

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): استجابات المرضى نحو السرعة في استخراج نتائج التحاليل والأشعة

النسبة	التكرار	
3.3	4	- لم أنتظر
29.8	36	- معقولة
11.6	14	- طويلة
35.5	43	- طويلة جدا
19.8	24	- خارج المستشفى
100	121	المجموع

يتبين من الجدول أن نسبة المجيبين بأن مدة استخراج نتائج التحاليل والأشعة طويلة (طويلة وطويلة جدا) كانت 47.1%. وبالإضافة إلى هذه النسبة، هناك نسبة 19.8% مما يقومون بالتحاليل خارج المستشفى، وهذا ما يكلف العديد منهم تكاليف باهظة .

وقد يرجع ذلك إلى التعطلات المتكررة لأجهزة التحاليل والأشعة، نظرا لغياب نظام صيانة عقلائي. وعند مقابلة مسئول مصلحة الصيانة، تبينت لنا مجموعة من الحقائق تمثلت فيما يلي:

- غياب نظام للصيانة الوقائية؛
- عدم وجود برامج تكوينية واضحة المعالم لعمال الصيانة؛
- نقص وسائل العمل، وعدم وجود مخزن للعتاد والمواد واللوازم؛
- ضياع كبير للطاقة؛
- عدم مشاركة الأطراف الأساسية في الصيانة في الاجتماعات.

2- استجابات المرضى نحو مواعيد إجراء العمليات الجراحية

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (2): استجابات المرضى نحو مواعيد إجراء العمليات الجراحية

النسبة	التكرار	
1.7	2	- لم أنتظر
24.8	30	- معقولة
3.3	4	- طويلة
8.3	10	- طويلة جدا
62.0	75	- لم تجر العملية
100	121	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن (62%) من المستجوبين لم تجر لهم عملية جراحية، بينما (24.8%) منهم يرون أن مواعيد إجراء العمليات الجراحية معقولة .

ويمكن تحليل النسب أعلاه حسب المصلحة كما يلي :

أ- المصلحة:

المجموع	لم تجر العملية	طويلة جدا	طويلة	معقولة	لم أنتظر	
8	5	-	2	1	-	- طب داخلي
9	6	-	-	3	-	- طب الأمراض الصدرية
7	5	-	-	1	-	- طب الأطفال
6	6	-	-	-	-	- طب الأعصاب
6	5	-	-	1	-	- طب التهابات المفاصل
5	5	-	-	-	-	- طب الجلد
10	7	1	-	2	-	- طب الغدد
8	8	-	-	-	-	- طب أمراض السكري
4	2	-	-	2	-	- طب الكلى
8	7	-	1	-	-	- طب أمراض الجهاز الهضمي
8	6	2	-	-	-	- جراحة عامة
6	1	2	-	2	1	- جراحة الرضوض وتجبير الأعضاء
9	1	-	-	7	1	- جراحة المسالك البولية
8	3	-	1	4	-	- جراحة الأعصاب
8	3	3	-	2	-	- جراحة الأذن الأنف الحنجرة
11	5	2	-	4	-	- جراحة العيون
121	75	10	4	30	2	المجموع

من خلال تفحص المصالح الجراحية، والمتمثلة في الست المصالح الأخيرة (جراحة العظام ، جراحة المسالك البولية ، جراحة الأعصاب، جراحة الأذن والأنف والحنجرة وجراحة العيون) نلاحظ أن كل المستجوبين في هذه المصالح قد أكدوا أن فترة الانتظار معقولة، ماعدا مصلحة جراحة الأذن الأنف الحنجرة، فكانت الإجابات بأن المدة طويلة أكبر بقليل (37.5%) من الإجابات بأن المدة معقولة (25%).

المحور السادس : إستجابات المرضى نحو الغرفة

يشتمل هذا المحور على إستجابات المرضى نحو: كفاية التجهيزات الصحية، رفاهية السرير، نظافة الغرفة، الاعتناء بالغرفة، ملائمة درجة الحرارة والإضاءة.

1- إستجابات المرضى نحو كفاية التجهيزات الصحية

يمكن إبراز هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): إستجابات المرضى نحو كفاية التجهيزات الصحية

النسبة	التكرار	
3.4	44	- نعم
63.6	77	- لا
100	121	المجموع

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

يتبين من الجدول أن عدد المجيبين بعدم كفاية التجهيزات الصحية كان كبيرا (63.6%) مقارنة بعدد المجيبين بكفائتها .

وأثبتت الملاحظة الميدانية أن غرف بعض المصالح تتوفر على تجهيزات عاطلة، وفي بعض الأحيان تالفة.

2- إستجابات المرضى نحو رفاهية السرير

يمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول (1): إستجابات المرضى نحو رفاهية السرير

النسبة	التكرار	
2.5	3	- مريح جدا
44.5	54	- مريح
36.4	44	- مريح نوعا ما
16.5	20	- غير مريح تماما
100	121	المجموع

يتضح من الجدول أن المجيبين بأن السرير "مريح نوعا ما" كانت (36.2%)، وإذا أضفنا إليها نسبة الذين أجابوا بعدم رفاهية السرير تماما (16.5%)، فتصبح نسبة جدية بالدراسة.

ويمكن تحليلها حسب المصلحة في الجدول التالي:

المصلحة:

المجموع	غير مريح تماما	مريح نوعا ما	مريح	مريح جدا	
8	-	5	2	1	- طب داخلي
9	-	4	5	-	- طب الأمراض الصدرية
7	-	2	5	-	- طب الأطفال
6	1	1	3	1	- طب الأعصاب
6	-	2	4	-	- طب التهابات المفاصل
5	-	2	3	-	- طب الجلد
10	6	1	3	-	- طب الغدد
8	2	2	4	-	- طب أمراض السكري
4	3	-	1	-	- طب الكلى
8	2	3	2	1	- طب أمراض الجهاز الهضمي
8	1	4	3	-	- جراحة عامة
6	1	3	2	-	- جراحة الرضوض وتجبير الأعضاء
9	-	4	5	-	- جراحة المسالك البولية
8	2	4	2	-	- جراحة الأعصاب
8	1	5	2	-	- جراحة الأذن الأنف الحنجرة
11	1	3	7	-	- جراحة العيون
121	20	44	54	3	المجموع

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

نلاحظ من خلال الجدول أن المصالح التي أجاب مرضاها بأن الأسرة لا تمتاز بالرفاهية الكافية هي : الطب الداخلي، طب الغدد، طب أمراض السكري، طب الكلى، أمراض الجهاز الهضمي، الجراحة العامة، جراحة الرضوض وتجبير الأعضاء، جراحة الأعصاب، جراحة الأذن الأنف الحنجرة.

3- استجابات المرضى نحو نظافة الغرفة

يمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول(1): استجابات المرضى نحو نظافة الغرفة

النسبة	التكرار	
2.5	3	- نظيفة جدا
44.5	54	- نظيفة
36.4	44	- غير نظيفة
16.5	20	- غير نظيفة تماما
100	121	المجموع

يتبين من خلال الجدول أن نسبة المجيبين بعدم نظافة الغرفة كانت (59.5%)، وهي نسبة معتبرة بحيث تجاوزت نصف عينة الدراسة، بالرغم من أن المجيبين بأن تنظيف الغرف يتم يوميا كانت كبيرة (78.5 % كما سنرى لاحقا).

ويمكن تحليل النسب السابقة وفق الأبعاد التالية:

أ- مدة الإقامة:

المجموع	غير نظيفة تماما	غير نظيفة	نظيفة	نظيفة جدا	
52	11	17	22	2	7-2
33	4	15	12	2	15-8
10	3	4	3	-	23-16
15	4	7	4	-	31-24
11	2	5	3	1	أكثر من شهر
121	24	48	44	5	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن المرضى على اختلاف مدة إقامتهم، قد أقرروا بعدم نظافة الغرفة أكثر من إقرارهم بنظافتها.

ب- المصلحة:

المجموع	غير نظيفة تماما	غير نظيفة	نظيفة	نظيفة جدا	
8	1	-	5	2	- طب داخلي
9	3	3	3	-	- طب الأمراض الصدرية
7	1	2	4	-	- طب الأطفال
6	-	3	2	1	- طب الأعصاب
6	-	2	3	1	- طب التهابات المفاصل
5	-	3	2	-	- طب الجلد
10	4	3	3	-	- طب الغدد
8	4	1	3	-	- طب أمراض السكري
4	-	3	1	-	- طب الكلى
8	2	4	2	-	- طب أمراض الجهاز الهضمي
8	3	5	-	-	- جراحة عامة
6	4	1	1	-	- جراحة الرضوض وتجبير الأعضاء
9	2	3	4	-	- جراحة المسالك البولية
8	-	4	3	1	- جراحة الأعصاب
8	-	7	1	-	- جراحة الأذن الأنف الحنجرة
11	-	5	6	-	- جراحة العيون
121	24	48	44	5	المجموع

يتضح من الجدول أن المصالح التي أجاب مرضاها بأن الغرفة غير نظيفة هي : طب الأمراض الصدرية، طب الغدد، طب أمراض السكري، طب الكلى، طب أمراض الجهاز الهضمي، جراحة العظام، طب المسالك البولية، طب أمراض الأذن الأنف الحنجرة. أما المصالح التي كانت فيها الإجابات متساوية فتمثلت في مصلحتي طب الأعصاب و جراحة الأعصاب.

4- استجابات المرضى نحو الاعتناء بالغرفة

يمكن عرضها فيما يلي:

الجدول(): استجابات المرضى نحو الاعتناء بالغرفة

النسبة	التكرار	
78.5	95	- نعم
21.5	26	- لا
100	121	المجموع

يتضح من الجدول أن نسبة الذين أجابوا بأن المكلفين بالنظافة يقومون بالاعتناء بغرفهم يوميا هو (78.5%).

5- استجابات المرضى نحو ملائمة درجة حرارة الغرفة

يمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول (6): إستجابات المرضى نحو ملائمة درجة حرارة الغرفة

النسبة	التكرار	
89.3	108	- نعم
10.7	13	- لا
100	121	المجموع

يتضح من خلال الجدول أن نسبة كبيرة من المرضى قد أجابوا بأن درجة حرارة الغرفة ملائمة (84.3%). وتبين من المعايضة الميدانية لواقع المركز أن هناك العديد من أجهزة التدفئة معطل.

6- إستجابات المرضى نحو درجة الإضاءة

يمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول (7): إستجابات المرضى نحو درجة الإضاءة

النسبة	التكرار	
47.1	57	- ملائمة جدا
51.2	2	- ملائمة
1.7	2	- غير ملائمة
100	121	المجموع

نلاحظ انطلاقا من الجدول أن نسبة الملائمة عموما كبيرة جدا (98.3%).

المحور السابع: إستجابات المرضى نحو جودة الأكل المقدم

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (8): إستجابات المرضى نحو جودة الأكل المقدم

النسبة	التكرار	
1.7	2	-جيدة جدا
8.3	10	- جيدة
11.	14	- رديئة
78.5	95	- رديئة جدا
100	121	المجموع

يتضح من خلال الجدول أن (90.1%) من أفراد العينة قد أجابوا بأن جودة الأكل المقدم متدنية. وسمحت الملاحظة المباشرة لكيفية توزيع الوجبات من تسجيل عدم نظافة الأواني وحتى عربات نقل الغذاء.

الإقتراحات:

يمكن عرض اقتراحات المرضى من أجل تحسين مستوى جودة الخدمات في الجدول التالي:

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

الجدول(1): اقتراحات المرضى من أجل تحسين مستوى جودة الخدمات

النسبة	التكرار	
19.83	24	- جودة الأكل المقدم
21.48	26	- النظافة
10.74	13	- جودة الأكل المقدم و النظافة
04.95	6	- الأدوية
5.78	7	- التكفل النفسي
37.19	45	- عدم الإجابة
100	121	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أنه رغم أن نسبة عدم الإجابة كانت كبيرة نوعا ما (37.19%)، إلا أن الاقتراحات ركزت بشكل كبير على النظافة وجودة الأكل المقدم.

المطلب الثاني: واقع الرضا الوظيفي لدى الطاقم شبه الطبي بالمركز الإستشفائي الجامعي "باب الواد"

من أجل معرفة واقع الرضا الوظيفي لدى الطاقم شبه الطبي، نظرا لارتباطه الوثيق بنوعية الخدمات المقدمة للمرضى، قمنا بتحليل الاستبيان الخاص بهذه الفئة؛ والذي شمل سبعة محاور، كما يلي:

المحور الأول: الخصائص الديموغرافية لعينة البحث

شملت الخصائص الديموغرافية: العمر، الحالة الاجتماعية، الرتبة، الجنس. والتي يمكن أن نعرضها في الجدول التالي:

الجدول(6.5): الخصائص الديموغرافية لعينة البحث (الطاقم شبه الطبي - المركز الاستشفائي)

المتغير	الصفات الديموغرافية للعينة					
	أكثر من 43	38-43	32-37	26-31	20-25	الفئة
العمر	العدد	6	13	24	11	15
	النسبة	8.7%	18.8%	34.8%	15.9%	21.7%
الحالة الاجتماعية	الفئة	أعزب			متزوج	
	العدد	30			39	
	النسبة	43.5%			56.5%	
الرتبة	الفئة	مؤهل*			حاصل على شهادة دولة*	
	العدد	8			61	
	النسبة	11.60%			88.40%	
الجنس	الفئة	أنثى			ذكر	
	العدد	42			27	
	النسبة	60.9%			39.1%	

انطلاقا من الجدول، يمكن تسجيل الملاحظات التالية:

- يفوق صنف الإناث (60.9%) صنف الذكور (39.1%)

* ممرض حاصل على شهادة دولة Infirmier diplômé d'état

* مؤهل Breveté

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

- تمثل الفئة العمرية [37-32] أكبر فئة (34.8%) تأتي بعدها الفئتين [25-20] و [43-38].
- كانت نسبة المتزوجين (56.6%) أعلى بـ 13 % من نسبة العزاب (43.5%).
- مثلت نسبة الحاصلين على شهادة الدولة 88.40% مقابل 11.60% من المؤهلين.

إضافة للخصائص السابقة، كان توزيع العينة حسب المصالح كما يلي:

الجدول (7.5): توزيع أفراد العينة (الطاقم شبه الطبي) حسب المصلحة (المركز الاستشفائي)

النسبة	التكرار	
5.8	4	- طب داخلي
7.2	5	- طب الأمراض الصدرية
7.2	5	- طب الأطفال
2.9	2	- طب الأعصاب
2.9	2	- طب التهابات المفاصل
4.3	3	- طب الجلد
5.8	4	- طب الغدد
8.7	6	- طب أمراض السكري
5.8	4	- طب الكلى
4.3	3	- طب أمراض الجهاز الهضمي
10.1	7	- جراحة عامة
2.9	2	- جراحة الرضوض وتجبير الأعضاء
10.1	7	- جراحة المسالك البولية
7.2	5	- جراحة الأعصاب
7.2	5	- جراحة الأذن الأنف الحنجرة
7.2	5	- جراحة العيون
100	69	المجموع

المحور الثاني: استجابات الطاقم شبه الطبي نحو الرضا عن الوظيفة

يمكن تمثيل هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (8): استجابات الطاقم شبه الطبي نحو الرضا عن الوظيفة

النسبة	التكرار	
15.9	11	- راضي جدا
36.2	25	- راضي
29.0	20	- غير راض
18.8	13	- غير راض جدا
100	69	المجموع

يتضح من خلال الجدول أنه تقريبا نصف العينة (47.8%) غير راضين عن الوظيفة التي يقومون بها، وهذا أمر خطير قد يعتبر سبب في ارتفاع معدلات ترك العمل، وما يترتب عنها من نتائج غير محمودة.

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب الرتبة كما يلي:

الرتبة:

المجموع	مؤهل	حاصل على شهادة دولة	
11	2	9	- راضي جدا
25	3	22	- راضي
20	1	19	- غير راض
13	2	11	- غير راض جدا
69	8	61	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة عدم الرضا كانت (37.5%) عند المؤهلين، بينما شكلت (49.18%) عند الحاصلين على شهادة دولة.

المحور الثالث: استجابات الطاقم شبه الطبي نحو التكوين

يتضمن هذا المحور استجابات الطاقم شبه الطبي نحو فرص التكوين المستمر ودرجة ملائمته.

1 - استجابات طاقم شبه الطبي نحو الاستفادة من التكوين المستمر

يمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول (1): استجابات طاقم شبه الطبي نحو الاستفادة من التكوين المستمر

النسبة	التكرار	
27.5	19	- نعم
72.5	50	- لا
100	69	المجموع

يتبين انطلاقاً من الجدول أن نسبة معتبرة (72.5%) من أفراد العينة قد أجابوا بعدم استفادتهم من التكوين المستمر؛ وقد يدل ذلك على غياب مخطط تكوين واضح المعالم.

وبإمكاننا تحليل النسبتين السابقتين حسب الأبعاد التالية:

أ- الرتبة:

المجموع	مؤهل	حاصل على شهادة دولة	
19	1	18	- نعم
50	7	43	- لا
69	8	61	المجموع

نلاحظ من الجدول أن نسبة 70.49% من الحاصلين على شهادة دولة لم يستفيدوا من تكوين مستمر مقابل 87.5% من المؤهلين.

ب- السن:

المجموع	أكثر من 44	43-38	37-32	31-26	25-20	
19	2	4	7	-	6	- نعم
50	4	9	17	11	9	- لا
69	6	13	24	11	15	المجموع

يتضح من الجدول أعلاه أن نسبة الذين أجابوا بـ "لا" اختلفت حسب الفئات العمرية، وكانت على الترتيب:

[31-26] 100%، [37-32] 70.83%، [43-38] 69.23%، أكثر من 44 سنة: 66.66%، [25-20]

60%.

ج- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
19	13	6	- نعم
50	29	21	- لا
69	42	27	المجموع

يتبين انطلاقاً من الجدول أن من بين الذين أجابوا بعدم استفادتهم من تكوين مستمر هناك 58% إناث مقابل 42% ذكور.

2- استجابات الطاقم شبه الطبي نحو درجة ملائمة التكوين لاحتياجاتهم

يمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول (1): استجابات الطاقم شبه الطبي نحو درجة ملائمة التكوين لاحتياجاتهم

النسبة	التكرار	
7.2	5	ملائم جداً
7.2	5	ملائم
10.1	7	غير ملائم
2.9	2	غير ملائم جداً
72.5	50	عدم الإجابة
100	69	المجموع

يلاحظ من خلال الجدول أن عدم الإجابة، والتي تمثلت في نسبة 72.5% تشكل نسبة المجيبين بعدم استفادتهم من فرصة تكوين مستمر. أما الذين أجابوا بأنهم استفادوا من تكوين مستمر، فكانت نسبة الملائمة (ملائم جداً وملائم) (52.3%)، ونسبة عدم الملائمة (47.37%) متساويتين تقريباً.

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب الجنس كما يلي:

الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
5	4	1	ملائم جداً
5	3	2	ملائم
7	4	3	غير ملائم
2	2	-	غير ملائم تماماً
19	13	6	المجموع

يتضح من الجدول أن نسبة الملائمة كانت تقريباً متساوية عند الذكور والإناث من نسبة عدم الملائمة.

المحور الرابع: استجابات الطاقم شبه الطبي نحو التأطير وتحديد المهام

يتضمن هذا المحور استجابات الطاقم شبه الطبي نحو التأطير وتحديد المهام، كما يلي:

1- استجابات الطاقم شبه الطبي نحو التأطير

يمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول(1):إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو التأطير

النسبة	التكرار	
5.8	4	- راضي جدا
20.3	14	- راضي
37.7	26	- غير راض
29.0	20	- غير راض جدا
7.2	5	- عدم الإجابة
100	69	المجموع

نلاحظ من الجدول أن نسبة عدم الرضا (غير راض وغير راض جدا) (66.7%) أكبر من نسبة الرضا (26.1%). مما يفسر أن بعض الأنشطة التي يقوم بها الطاقم شبه الطبي غير مؤطرة، وبالتالي فهي غير موجهة، مما قد يخلق العشوائية وعدم التخصص في العمل (تداخل المسؤوليات). ويمكن تحليل النسب أعلاه حسب الأبعاد التالية:

أ- الرتبة:

المجموع	مؤهل	حاصل على شهادة دولة	
4	-	4	- راضي جدا
14	2	12	- راضي
26	3	23	- غير راض
20	3	17	- غير راض جدا
64	8	56	المجموع

يتبين من الجدول أن نسبة عدم الرضا (غير راض وغير راض جدا) تمثلت (71.42%) عند الحاصلين على شهادة دولة مقابل (75%) بالنسبة للمؤهلين.

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
4	2	2	- راضي جدا
14	9	5	- راضي
26	15	11	- غير راض
20	14	6	- غير راض جدا
64	40	24	المجموع

يتضح من الجدول أن نسبة الإناث غير الراضيات عن التأطير (72.5%) أكبر بقليل من نسبة الذكور (70.83%).

2- إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو تحديد المهام

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(2): إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو تحديد المهام

النسبة	التكرار	
15.9	11	- واضحة جدا
21.7	15	- واضحة
37.7	26	- غير واضحة
24.6	17	- غير واضحة تماما
100	69	المجموع

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

نلاحظ من خلال الجدول أن أفراد العينة الذين يرون أن المهام غير واضحة (غير واضحة وغير واضحة) تماما (62.3%)، وهي نسبة جديرة بالالتفات، لأن عدم وضوح المهام قد يؤدي إلى أخطاء وتداخل في المسؤوليات، مما يؤثر على خدمة المريض إجمالاً. وقد يرجع عدم وضوح المهام إلى غياب وصف وظيفي واضح المعالم. ويمكن تحليل النسب حسب الأبعاد التالية:

أ- الرتبة:

المجموع	مؤهل	حاصل على شهادة دولة	
2	7	-	- واضحة جدا
3	9	-	- واضحة
8	17	1	- غير واضحة
6	8	2	- غير واضحة تماما
19	41	3	المجموع

نلاحظ من الجدول أن نسبة المجيبين بأن المهام غير واضحة شكلت (67.21%) عند الحاصلين على شهادة دولة مقابل (25%) عند المؤهلين.

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
11	7	4	- واضحة جدا
15	13	2	- واضحة
26	12	14	- غير واضحة
17	10	7	- غير واضحة تماما
69	42	27	المجموع

نلاحظ من الجدول أن نسبة المجيبين بأن المهام غير واضحة كانت أعلى عند الذكور (77.77%) منه عند الإناث (52.38%).

المحور الخامس: استجابات الطاقم شبه الطبي نحو ظروف العمل

يمكن تمثيلها في الجدول التالي:

الجدول (1): استجابات الطاقم شبه الطبي نحو ظروف العمل

النسبة	التكرار	
4.3	3	- راضي جدا
15.9	11	- راضي
21.7	15	- غير راض
55.1	38	- غير راض جدا
2.9	2	- عدم الإجابة
100	69	المجموع

يتبين من الجدول أن نسبة عدم الرضا عن ظروف العمل كبيرة (76.8%) مقابل نسبة الرضا تقدر بـ 20.2% .

ويمكن تحليل النسب السابقة وفق الأبعاد التالية:

أ- الرتبة:

المجموع	مؤهل	حاصل على شهادة دولة	
3	-	3	- راضي جدا
11	1	10	- راضي
15	3	12	- غير راض
38	4	34	- غير راض جدا
67	8	59	المجموع

نلاحظ من الجدول أن نسبة عدم الرضا عن ظروف العمل تمثلت 77% عند الحاصلين على شهادة الدولة مقابل 87.5% عند المؤهلين.

ب- الجنس:

المجموع	غير راض جدا	غير راض	راضي	راضي جدا	
26	16	7	2	1	- ذكر
41	22	8	9	2	- أنثى
67	38	15	11	3	المجموع

يتبين من الجدول أعلاه أن نسبة عدم الرضا عند الذكور (88.46%) أعلى من تلك المسجلة عند الإناث (73.17%).

المحور السادس: استجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة مع الأطراف الأساسية

يشمل هذا المحور علاقة الطاقم شبه الطبي فيما بينهم وعلاقتهم مع كل من الأطباء والمرضى.

1- استجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة بينهم

يمكن بلورة هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): استجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة بينهم

النسبة	التكرار	
36.2	25	- راضي جدا
40.6	28	- راضي
13.0	9	- غير راض
5.8	4	- غير راض جدا
4.3	3	- عدم الإجابة
100	69	المجموع

يتبين من الجدول أن هناك نسبة كبيرة من الرضا بين أفراد العينة عن العلاقة بينهم وبين زملائهم تقدر بـ 76.8% مقابل نسبة عدم الرضا تقدر بـ 18.8%.

وهذا أمر إيجابي، قد يدعم روح الفريق ويؤثر إيجاب على مستوى جودة الخدمة المقدمة.

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية:

أ- الرتبة:

المجموع	مؤهل	حاصل على شهادة دولة	
25	5	20	- راضي جدا
28	2	26	- راضي
9	-	9	- غير راض
4	1	3	- غير راض جدا
66	8	58	المجموع

يتضح انطلاقا من الجدول أن نسبة الرضا كانت عالية على مستوى الرتبين، حيث شكلت 79.31 % عند الحاصلين على شهادة دولة و 87.5% عند المؤهلين.

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
25	14	11	- راضي جدا
28	19	9	- راضي
9	4	5	- غير راض
4	3	1	- غير راض جدا
66	40	26	المجموع

نلاحظ بناء على الجدول أن نسبة الرضا كانت أكبر عند صنف الإناث (82.5%) عنه عند صنف الذكور (76.92%). أما نسبة عدم الرضا، فكانت عند الذكور (23.07%) أكبر منه عند الإناث (17.5%).

2- استجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة بينهم وبين الطاقم الطبي

يمكن إبراز هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): استجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة بينهم وبين الطاقم الطبي

النسبة	التكرار	
29.0	20	- راضي جدا
46.4	32	- راضي
13.0	9	- غير راض
10.1	7	- غير راض جدا
1.4	1	- عدم الإجابة
100	69	المجموع

يلاحظ على أساس الجدول أعلاه أن نسبة الرضا عموما كبيرة (75.4%)، مقابل نسبة عدم رضا قدرت بـ 23.1%؛ وهي نسبة مشجعة قد تدعم روح التعاون والانسجام.

وبإمكاننا تحليل معطيات الجدول على أساس الأبعاد التالية:

أ- الرتبة:

المجموع	مؤهل	حاصل على شهادة الدولة	
20	1	19	- راضي جدا
32	4	28	- راضي
9	1	8	- غير راض
7	2	5	- غير راض جدا
68	8	60	المجموع

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

يتضح من الجدول أن نسبة الرضا كانت كبيرة من نسبة عدم الرضا، وشكلت 78.33% عند الحاصلين على شهادة دولة و 62.5% عند المؤهلين.

ب-الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
20	15	5	- راضي جدا
32	17	15	- راضي
9	3	6	- غير راض
7	6	1	- غير راض جدا
68	41	27	المجموع

يتبين من الجدول أن نسبة الرضا أكبر بقليل في صنف الإناث (78.04%) منه في صنف الذكور (74.07%)، بينما نسبة عدم الرضا فكانت العكس.

ج- المصلحة:

المجموع	غير راض جدا	غير راض	راضي	راضي جدا	
4	-	-	2	2	طب داخلي
5	2	-	1	2	طب الأمراض الصدرية
5	-	1	2	2	- طب الأطفال
2	-	2	-	-	- طب الأعصاب
2	1	-	-	1	- طب التهابات المفاصل
3	-	-	2	1	- طب الجلد
4	-	1	2	1	- طب الغدد
6	-	1	3	2	- طب أمراض السكري
4	-	1	2	1	- طب الكلى
3	-	-	3	-	- طب أمراض الجهاز الهضمي
6	2	-	1	3	- جراحة عامة
2	1	-	1	-	- جراحة الرضوض وتجبير الأعضاء
7	-	2	5	-	- جراحة المسالك البولية
5	1	1	2	1	- جراحة الأعصاب
5	-	-	3	2	- جراحة الأذن الأنف الحنجرة
5	-	-	3	2	جراحة العيون
68	7	9	32	20	المجموع

نلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة الرضا عموما أكبر من نسبة عدم الرضا في كل المصالح، ما عدا مصلحة طب الأعصاب .

2- استجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة بينهم وبين المرضى

يمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول(): استجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة بينهم وبين المرضى

النسبة	التكرار	
20.3	14	- حسنة جدا
36.2	25	- حسنة
33.3	23	- عادية
7.2	5	- سيئة
1.4	1	- سيئة تماما
1.4	1	- عدم الإجابة
100	69	المجموع

نلاحظ بناء على الجدول أن 56.5% من أفراد عينة الدراسة يرون أن العلاقة بينهم وبين المرضى حسنة (حسنة وحسنة جدا)، بينما 33% يرون أنها عادية، في حين أجاب 7.2% منهم أن العلاقة سيئة.

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية :

أ- الرتبة:

المجموع	مؤهل	حاصل على شهادة دولة	
14	2	12	حسنة جدا
25	4	21	حسنة
23	2	21	عادية
5	-	5	سيئة
1	-	1	سيئة جدا
68	8	60	المجموع

يتضح من الجدول أن نسبة الذين أجابوا بأن العلاقة بينهم وبين المرضى حسنة، كانت (55%) عند الحاصلين على شهادة دولة، مقابل 75% عند المؤهلين.

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
14	11	3	- حسنة جدا
25	15	10	- حسنة
23	11	12	- عادية
5	3	2	- سيئة
1	1	-	- سيئة جدا
68	41	27	المجموع

يلاحظ من الجدول أن نسبة الإناث المصابات (63.41%) بأن العلاقة بينهم وبين المرضى حسنة كانت أكبر من نسبة الذكور (48.14%).

4- إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو التكفل بالمرضى

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو التكفل بالمرضى

النسبة	التكرار	
18.8	13	- راضي جدا
49.3	34	- راضي
21.7	15	- غير راض
10.1	7	- غير راض جدا
100	69	المجموع

يتضح من الجدول أعلاه أن نسبة الراضين عن التكفل بالمرضى بلغت (68.12%)، مقابل نسبة عدم رضا تساوي (31.8%).

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

ونرى أن هذه الأخيرة جديرة بالدراسة والتحليل، وقد يرجع ذلك إلى ظروف العمل أو إلى غياب نظام رقابي، كما أسلفنا الذكر.

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية:

أ- الرتبة:

المجموع	مؤهل	حاصل على شهادة دولة	
13	4	9	- راضي جدا
34	3	31	- راضي
15	1	14	- غير راض
7	-	7	- غير راض تماما
69	8	61	المجموع

نلاحظ من الجدول أن نسبة الرضا بلغت (65.57%) عند الحاصلين على شهادة دولة، مقابل (87.5%) عند المؤهلين.

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
13	9	4	- راضي جدا
34	19	15	- راضي
15	8	7	- غير راض
7	6	1	- غير راض تماما
69	42	27	المجموع

يتضح من الجدول أعلاه أن نسبة الذكور (70.37%) الراضون عن التكفل بالمرضى أكبر من نسبة الإناث (66.66%)، بينما نسبة عدم الرضا عند الإناث (33.33%) أكبر من الذكور (29.63%).

ج- المصلحة:

المجموع	غير راض جدا	غير راض	راضي	راضي جدا	
4	-	-	2	2	طب داخلي
5	-	1	-	4	طب الأمراض الصدرية
5	-	1	3	1	- طب الأطفال
2	1	1	-	-	- طب الأعصاب
2	-	-	1	1	- طب التهابات المفاصل
3	-	-	2	1	- طب الجلد
4	1	1	2	-	- طب الغدد
6	-	2	4	-	- طب أمراض السكري
4	-	1	3	-	- طب الكلى
3	1	-	2	-	- طب أمراض الجهاز الهضمي
7	1	2	3	1	- جراحة عامة
2	-	1	-	1	- جراحة الرضوض و تجبير الأعضاء
7	1	2	2	2	- جراحة المسالك البولية
5	2	1	2	-	- جراحة الأعصاب
5	-	-	5	-	- جراحة الأذن الأنف الحنجرة
5	-	2	3	-	- جراحة العيون
69	7	15	34	13	المجموع

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

يتبين من الجدول أن نسبة عدم الرضا قد تركزت بشكل أساسي في كل من المصالح التالية: طب الأعصاب، طب الغدد، طب السكري، الجراحة العامة، جراحة المسالك البولية، جراحة الأعصاب، جراحة العيون. وبشكل أقل في مصلحتي طب الأطفال وجراحة الرضوض وتجبير الأعضاء.

5- إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو التكفل بالمرضى من الناحية النفسية

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(1): إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو التكفل بالمرضى من الناحية النفسية

النسبة	التكرار	
68.1	47	- نعم
31.9	22	- لا
100	69	المجموع

يلاحظ من خلال الجدول أن نسبة أفراد العينة الذين أجابوا بأنهم يتكفلون بالمرضى من الناحية النفسية (68.1%) أكبر من الذين أجابوا بالنفي (31.9%)؛ لكن تبقى النسبة الأخيرة معتبرة، وذلك أن الجانب النفسي مهم جدا، لأنه قد يؤثر على درجة تعافي وشفاء المريض.

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية:

أ- الرتبة:

المجموع	مؤهل	حاصل على شهادة دولة	
47	6	41	- نعم
22	2	20	- لا
69	8	61	المجموع

يتضح بناء على الجدول أن نسبة الحاصلين على شهادة دولة الذين أجابوا بأنهم يتكفلون بالمرضى نفسيا شكلت (67.21%)، مقابل (75%) عند المؤهلين.

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
47	29	18	- نعم
22	13	9	- لا
69	42	27	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة الذكور الذين أجابوا بأنهم يتكفلون بالمرضى نفسيا (66.66%) كانت أقل بقليل من نسبة الإناث (69.04%).

المحور السابع : استجابات الطاقم شبه الطبي نحو النظافة

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

الجدول(): استجابات الطاقم شبه الطبي نحو النظافة

النسبة	التكرار	
4.3	3	- راضي جدا
10.1	7	- راضي
36.2	25	- غير راض
49.3	34	- غير راض تماما
100	69	المجموع

يلاحظ على أساس الجدول أن 85.5% من أفراد العينة غير راضيين عن النظافة. وبالتالي كانت الإجابات في نفس اتجاه إجابات المرضى.

وبإمكاننا تحليل النسب السابقة حسب المصلحة كما يلي:

- المصلحة:

المجموع	غير راض تماما	غير راض	راضي	راضي جدا	
4	-	2	1	1	طب داخلي
5	3	1	1	-	طب الأمراض الصدرية
5	3	1	1	-	- طب الأطفال
2	1	1	-	-	- طب الأعصاب
2	-	1	1	-	- طب التهابات المفاصل
3	1	2	-	-	- طب الجلد
4	4	-	-	-	- طب الغدد
6	1	5	-	-	- طب أمراض السكري
4	2	2	-	-	- طب الكلى
3	2	1	-	-	- طب أمراض الجهاز الهضمي
7	3	2	2	-	- جراحة عامة
2	2	-	-	-	- جراحة الرضوض وتجبير الأعضاء
7	5	-	-	2	- جراحة المسالك البولية
5	2	2	1	-	- جراحة الأعصاب
5	3	2	-	-	- جراحة الأذن والأنف والحنجرة
5	2	3	-	-	- جراحة العيون
69	34	25	7	3	المجموع

يتضح أن أفراد العينة في جميع المصالح أقروا ، وبشكل كبير، على عدم رضاهم عن النظافة.

الإقتراحات:

يمكن عرض الإقتراحات الخاصة بالطاقم شبه الطبي في الجدول التالي:

الجدول(1):الاقتراحات الخاصة بالطاقتم شبه الطبي

النسبة	التكرار	
23.2	16	التكوين + الوسائل
11.6	8	التكوين + الأجر
4.3	3	ظروف العمل+ النظافة
10.1	7	التكوين+ النظافة
13.0	9	الوسائل+ الأجر
1.4	1	التكوين+ الوسائل+ الأجر
4.3	3	النظافة+ ظروف العمل+ الأجر
4.3	3	التكوين+ ظروف العمل+ الأجر
2.9	2	التكوين+ الوسائل+ الأجر+ النظافة
10.1	7	تحديد المهام+ النظافة
14.5	10	عدم الإجابة
100	9	المجموع

نلاحظ بناء على الجدول أن الاقتراحات ركزت بشكل أساسي على (الوسائل والتكوين) ثم على (الوسائل والأجر)، بعد ذلك (تحديد المهام والنظافة)، إلى جانب ظروف العمل.

المطلب الثالث: واقع الرضا الوظيفي لدى أطباء المركز الإستشفائي الجامعي لـ "باب الواد"

من أجل معرفة واقع الرضا الوظيفي لدى الطاقم الطبي، نظرا لارتباطه الوثيق بنوعية الخدمات المقدمة للمرضى، قمنا بتحليل الاستبيان الخاص بهذه الفئة؛ والذي شمل ستة محاور، كما يلي:

المحور الأول : الخصائص الديموغرافية لعينة البحث

يمكن تمثيل الخصائص الديموغرافية لعينة البحث في الجدول التالي:

الجدول(8.5) الخصائص الديموغرافية لعينة البحث (الأطباء - المركز الإستشفائي)

المتغير	الصفات الديموغرافية للعينة				المجموع
العمر	الفئة	32-27	38-33	44-39	أكثر من 44
	العدد	53	14	6	2
	النسبة	70.0%	18.7%	8.0%	2.7%
الحالة الاجتماعية	الفئة	متزوج	أعزب		
	العدد	26	49		
	النسبة	34.7%	65.3%		
الرتبة	الفئة	مقيم	أستاذ مساعد		
	العدد	55	20		
	النسبة	73.33%	26.33%		
الجنس	الفئة	ذكر	أنثى		
	العدد	40	35		
	النسبة	53.3%	46.7%		
محل الإقامة	الفئة	الجزائر العاصمة	خارج الجزائر العاصمة		
	العدد	61	14		
	النسبة	81.3%	18.7%		

بناء على الجدول أعلاه يمكن عرض الملاحظات التالية:

- عينة الدراسة تقريبا متساوية من حيث الجنس، بزيادة نسبة الذكور تقدر بـ 6.66% .
- تتشكل عينة الدراسة من 65.3% أعزب و 34.7% متزوج ، وبالتالي هناك هيمنة للعزاب.
- أفراد عينة الدراسة في غالبيتهم من المقيمين (73.3%).
- ينتمي غالبية أفراد العينة (70.7%) إلى الفئة العمرية [27-32] .
- غالبية أفراد العينة (81.3%) من الجزائر العاصمة.

المحور الثاني: استجابات الأطباء نحو العلاقة مع الأطراف الأساسية

تمثلت الأطراف الأساسية في كل من المرضى، الزملاء (الأطباء بمختلف رتبهم) و الطاقم شبه الطبي.

1- استجابات الأطباء نحو العلاقة بالمرضى

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): استجابات الأطباء نحو العلاقة بالمرضى

النسبة	التكرار	
30.7	23	- راضي جدا
64.0	48	- راضي
5.3	4	- غير راض
100	75	المجموع

نلاحظ أن نسبة الرضا كبيرة، حيث شكلت 94.7%؛ بينما مثلت نسبة عدم الرضا 5.3% فقط. وهذا أمر جيد قد يسهل عملية العلاج.

2- استجابات الأطباء نحو التكفل بالمرضى

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (2): استجابات الأطباء نحو التكفل بالمرضى

النسبة	التكرار	
10.7	8	- راضي جدا
76.0	57	- راضي
12.0	9	- غير راض
1.3	1	- غير راض تماما
100	75	المجموع

يتضح من الجدول أن نسبة الأطباء الذين هم راضون عن التكفل بالمرضى شكلت 86%، وهي نسبة معتبرة.

3- استجابات الأطباء نحو العلاقة بالزملاء

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(1): استجابات الأطباء نحو العلاقة بالزملاء

النسبة	التكرار	
44	33	- راضي جدا
53.3	40	- راضي
2.7	2	- غير راض
100	75	المجموع

يتضح من الجدول أن نسبة الرضا كبيرة، حيث شكلت 97.3%. في حين مثلت نسبة عدم الرضا 2.7% فقط؛ وهو مؤشر ايجابي.

4- استجابات الأطباء نحو العلاقة بالطاقم شبه الطبي

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(2): استجابات الأطباء نحو العلاقة بالطاقم شبه الطبي

النسبة	التكرار	
34.7	26	- راضي جدا
57.3	43	- راضي
6.7	5	- غير راض
1.3	1	- غير راض تماما
100	75	المجموع

يتبين من الجدول أن نسبة رضا الأطباء عن العلاقة بينهم وبين الطاقم شبه الطبي شكلت 92%، وهي نسبة يبدو أنها مشجعة قد تسهم في زيادة التفاعل والانسجام بين الطاقمين.

المحور الثاني: استجابات الأطباء نحو التكوين

يشمل هذا المحور إستجابات الأطباء نحو توافر إمكانيات التكوين المستمر ومدى ملاءمته لاحتياجاتهم كالتالي:

1- استجابات الأطباء نحو إمكانيات التكوين المستمر

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(3): استجابات الأطباء نحو إمكانيات التكوين المستمر

النسبة	التكرار	
2.7	2	- راضي جدا
28.0	21	- راضي
38.7	29	- غير راض
30.7	23	- غير راض تماما
100	75	المجموع

نلاحظ من الجدول أن نسبة عدم الرضا عن إمكانيات التكوين المستمر كانت كبيرة (69.4%) مقابل (30.7%) من الذين أجابوا بأنهم راضيين؛ الأمر الذي قد يؤثر سلبا على مستوى جودة الخدمات، نظرا لغياب الاحتكاك واكتساب مهارات وتقنيات جديدة في مجال الطب.

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية:

أ- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
2	1	1	- راضي جدا
21	11	10	- راضي
29	14	15	- غير راض
23	9	14	- غير راض تماما
75	35	40	المجموع

يتبين من الجدول أن نسبة عدم الرضا كانت في صنف الذكور (72.5%) أعلى من صنف الإناث (65.71%).

ب- الرتبة:

المجموع	مقيم	أستاذ مساعد	
2	2	-	- راضي جدا
21	19	2	- راضي
29	21	8	- غير راض
23	13	10	- راض تماما
75	55	20	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة عدم الرضا كانت أعلى عند المقيمين (90%) من الأساتذة المساعدين (61.81%).

2- استجابات الأطباء نحو ملائمة التكوين لاحتياجاتهم

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): استجابات الأطباء نحو ملائمة التكوين لاحتياجاتهم

النسبة	التكرار	
37.3	28	- نعم
62.7	47	- لا
100	75	المجموع

يلاحظ انطلاقا من الجدول أن نسبة الأطباء الذين أجابوا بعدم ملائمة التكوين لاحتياجاتهم تفوق بـ 25.4% الذين أجابوا بملائمته. وهذا قد يدل على عدم وجود تخطيط مسبق للمادة التكوينية.

ويمكن عرض الجدول المزدوج بين استجابات الأطباء نحو إمكانيات التكوين المستمر، ومدى ملائمة التكوين لاحتياجاتهم فيما يلي:

الجدول (2): استجابات الأطباء نحو إمكانيات التكوين المستمر ومدى ملائمة التكوين لاحتياجاتهم

المجموع	غير راض تماما	غير راض	راضي	راضي جدا	
28	7	8	12	1	- نعم
47	16	21	9	1	- لا
75	23	29	21	2	المجموع

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن حتى الذين كانوا راضين عن إمكانيات التكوين (30.7%)، هناك 43.47% منهم أجابوا بعدم ملائمة التكوين لاحتياجاتهم.

كما يمكن عرض استجابات الأطباء نحو ملائمة التكوين لاحتياجاتهم حسب الأبعاد التالية :

أ- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
28	11	17	- نعم
47	24	23	- لا
75	35	40	المجموع

يتبين من خلال الجدول أن نسبة الذين أجابوا بعدم ملائمة التكوين لاحتياجاتهم كانت تقريبا متساويين عند الجنسين . أما الإجابة بالملائمة، فكانت مرتفعة عند الذكور عنه عند الإناث.

ب- الرتبة:

المجموع	أستاذ مساعد	مقيم	
28	7	21	- نعم
47	13	34	- لا
75	20	55	المجموع

يتضح من الجدول أن إستجابات الأطباء بعدم ملائمة التكوين لاحتياجاتهم كانت في صنف المقيمين (61.81%) أقل بقليل من صنف الأساتذة المساعدين (65%).

المحور الرابع: إستجابات الأطباء نحو وسائل العمل وعراقيله والأجر

يشمل هذا المحور إستجابات الأطباء نحو توافر وسائل العمل كالتالي:

1- إستجابات الأطباء نحو توافر وسائل العمل

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): استجابات الأطباء نحو توافر وسائل العمل

النسبة	التكرار	
20	15	- متوافرة
61.3	46	- متوافرة بقلّة
18.7	14	- غير متوافرة تماما
100	75	المجموع

يلاحظ من الجدول أن 61.3% من الأطباء أقرّوا بأن وسائل العمل متوفرة بقلّة، إلى جانب هذه النسبة التي

نعتبرها كبيرة ، هناك نسبة (18.7%) من أفراد العينة أجابوا بعدم توافر وسائل العمل تماما.

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية:

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

أ- الرتبة:

المجموع	أستاذ مساعد	مقيم	
15	2	13	- متوافرة
46	13	33	- متوافرة بقلة
14	5	9	- غير متوفرة تماما
75	20	55	المجموع

يوضح الجدول أن ما نسبته (60%) من المقيمين عبروا عن قلة توافر وسائل العمل، مقابل (65%) من الأساتذة المساعدين.

ب- المصلحة:

المجموع	غير متوافرة تماما	متوافرة بقلة	متوافرة	
6	1	4	1	- طب داخلي
4	1	2	1	- طب الأمراض الصدرية
4	1	2	1	- طب الأطفال
3	-	3	-	- طب الأعصاب
2	-	2	-	- طب التهابات المفاصل
6	1	3	2	- طب الجلد
3	-	2	1	- طب الغدد
2	1	-	1	- طب أمراض السكري
6	1	3	2	- طب الكلى
7	1	4	2	- طب أمراض الجهاز الهضمي
7	1	6	-	- جراحة عامة
7	3	2	2	- جراحة الرضوض وتجبير الأعضاء
4	2	2	-	- جراحة المسالك البولية
3	-	3	-	- جراحة الأعصاب
4	-	3	1	- جراحة الأذن الأنف الحنجرة
7	1	5	1	- جراحة العيون
75	14	46	15	المجموع

يتبين من الجدول أن الأطباء باختلاف المصالح التي يمارسون فيها نشاطهم، عبروا عن قلة توافر وسائل العمل.

2- استجابات الأطباء نحو العراقيل التي يواجهونها

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): استجابات الأطباء نحو العراقيل التي يواجهونها

النسبة	التكرار	
38.7	29	- قلة الوسائل
20.0	15	- قلة التنظيم
1.3	1	- قلة التكوين
13.3	10	- قلة الوسائل والتنظيم
22.7	17	- قلة الوسائل والتكوين
4.0	3	- عدم الإجابة
100	75	المجموع

يتضح من الجدول أن أهم العراقيل التي تواجه الأطباء للقيام بعمل ذو جودة، تمثلت في قلة الوسائل والتنظيم والتكوين، واحتلت قلة الوسائل المرتبة الأولى، تليها قلة التنظيم وأخيرا قلة التكوين.

3- إستجابات الأطباء حول الأجر

النسبة	التكرار	
10.7	8	- راضي
30.7	23	- غير راض
58.7	44	غير راض تماما
100	75	المجموع

يتضح من خلال الجدول أن نسبة عدم الرضا عن الأجر عالية جدا (89.4%)؛ وقد تكون سببا رئيسي في عدم الرضا الإجمالي.

وإذا أردنا أن نحلل النسب السابقة حسب الرتبة فنجد ما يلي:
أ- الرتبة:

المجموع	أستاذ مساعد	مقيم	
8	1	7	- راضي
23	7	16	- غير راض
44	12	32	- غير راض تماما
75	20	55	المجموع

يوضح الجدول أن نسبة عدم الرضا عن الأجر بلغت عند الأساتذة المساعدين (95%) مقابل (87.27%) عند المقيمين.

المحور الخامس: إستجابات الأطباء نحو النظافة والالتهابات المكتسبة في المستشفى

يشمل هذا المحور إستجابات الأطباء نحو النظافة والالتهابات المكتسبة في المستشفى كالتالي:

1- إستجابات الأطباء نحو النظافة

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): استجابات الأطباء نحو النظافة

النسبة	التكرار	
1.3	1	- مرتفعة
64.0	48	- رديئة
34.7	26	- رديئة جدا
100	75	المجموع

يتضح انطلاقا من الجدول أن 98.7% من الأطباء أقروا بأن النظافة رديئة (رديئة ورديئة جدا). وبالتالي هناك إجماع بين الأطراف الثلاثة (المرضى، الطاقم شبه الطبي، الطاقم الطبي) على تدني مستوى النظافة.

2- إستجابات الأطباء نحو الالتهابات المكتسبة في المستشفى

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(1): استجابات الأطباء نحو الالتهابات المكتسبة في المستشفى

النسبة	التكرار	
4	48	- نعم
36	27	- لا
100	75	المجموع

نلاحظ انطلاقا من الجدول أن نسبة الأطباء الذين أقروا بوجود التهابات بلغت 64%، وهي نسبة معتبرة، يجب لفت الانتباه إليها .

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب المصلحة كما يلي:

المصلحة:

المجموع	لا	نعم	
6	2	4	- طب داخلي
4	-	4	- طب الأمراض الصدرية
4	-	4	- طب الأطفال
3	3	-	- طب الأعصاب
2	2	-	- طب التهابات المفاصل
6	-	6	- طب الجلد
3	-	3	- طب الغدد
2	2	-	- طب أمراض السكري
6	2	4	- طب الكلى
7	5	2	- طب أمراض الجهاز الهضمي
7	3	4	- جراحة عامة
7	1	6	- جراحة الرضوض وتجبير الأعضاء
4	-	4	- جراحة المسالك البولية
3	-	3	- جراحة الأعصاب
4	3	1	- جراحة الأذن الأنف الحنجرة
7	4	3	- جراحة العيون
75	36	64	المجموع

يتبين من الجدول أن كل من المصالح التالية : الطب الداخلي ، طب الأمراض الصدرية ، طب الأطفال، أمراض الجلد، طب الغدد، طب الكلى، الجراحة العامة، جراحة الرضوض وتجبير الأعضاء، جراحة المسالك البولية، جراحة الأعصاب: هي مصالح كان الأطباء الذين أقروا بوجود التهابات أكثر من الذين لم يقرؤ بذلك . في حين أن كل من مصلحة أمراض الجهاز الهضمي ومصلحة أمراض الأذن الأنف الحنجرة ومصلحة طب العيون هي مصالح بها التهابات، لكن نسبة الذين أقرؤ بعدم وجود التهابات كانت أكبر.

كما يلاحظ أنه من أصل ست (06) مصالح جراحية كانت الالتهابات موجودة بشكل كبير في أربعة منها. ونظرا لكون الالتهابات المكتسبة في المستشفى من مؤشرات اللاجودة، كما أشرنا سلفا، نرى من المفيد عرض تطورها على مستوى مستشفى "باب الواد"، على النحو التالي:

في هذا الإطار كانت مجموعة من التحقيقات قام بها مجموعة من المختصين على مستوى المركز الإستشفائي، وذلك خلال السنوات التالية: 1993، 1994، 1999، 1997، 1996، 2005. تعلق الأمر بدراسات

وصفية عن طريق المرور الوحيد على كل مصلحة، بالإضافة إلى إجراء مقابلة مع المرضى الذين تم استشفائهم، أضيف إلى ذلك المعلومات المقدمة انطلاقاً من ملفات المرضى من طرف الأطباء المعالجين. أفراد العينة هم كل المرضى الذين تم استشفائهم في المصالح الطبية والجراحية، والموجودين بالمصلحة بعد 48 ساعة من دخولهم. كما أنه تم الأخذ بعين الاعتبار فقط الالتهابات التي كانت موجودة يوم التحقيق، وأدخلت المعطيات وتحت مراقبتها ومعالجتها باستعمال برمجة EPI INF06. وكانت النتائج كما يلي¹:

- يتغير اكتشاف الالتهابات المكتسبة في المستشفى مع مرور السنوات، حيث انتقل من 16,2% في سنة 1993 إلى 18,2% في سنة 1994 إلى 19,5% في سنة 1996 إلى 12,4% في سنة 1997 إلى 13% سنة 1999 إلى 06,12% سنة 2005.

و يمكن عرض اكتشاف الالتهابات المكتسبة في المستشفى حسب المصالح الاستشفائية كما يلي:

الجدول (9.5): اكتشاف الالتهابات المكتسبة في المستشفى حسب المصالح الاستشفائية في المركز الإستشفائي الجامعي لـ "باب الوادي"

1999 %	1997 %	1996 %	1994 %	1993 %	
15	24	28	29	25	مصالح ذات خطر عدوى مرتفع
11	8	15	12	9	المصالح الأخرى
13	12	20	18	16	المجموع

Source: Makhlouf.F, Tarfani.Y, Brahimie.H, Dekkar.N, Tendances évolutives annuelles de la prévalence des infections nosocomiales au CHU Babel oued (1993-1994-1996-1997-1999-2005), Service d'épidémiologie et médecine préventive CHU Bab el -oued

تمثلت المصالح ذات خطر العدوى المرتفع في الجراحة و الإنعاش الطبي، وهذا يتعلق بتنوع الأفعال الممارسة ، خطورة نقل المرضى و طول مدة الاستشفاء في هذه المصالح . ويتبين من الجدول أن معدل اكتشاف الالتهابات سجل انخفاضا ابتداء من سنة 1994 على مستوى المصالح ذات خطر عدوى مرتفع، لكن بقيت المعدلات دائما أكبر مقارنة بالمصالح الأخرى.

كما يمكن إبراز تكرار مختلف أنواع الالتهابات المكتسبة في المستشفى في الجدول التالي:

¹ مصلحة مكافحة الأوبئة و الطب الوقائي

الجدول (10.5): تطور مختلف أنواع الالتهابات المكتسبة في المستشفى في المركز الإستشفائي الجامعي لـ "باب الوادي"

1993 %	1993 %	1993 %	1993 %	1993 %	نوع العدوى (الالتهاب)
17	29	32	30	12	تنفسية
35	27	30	24	29	بولية
13	12	21	18	35	الجروح الموضعية
06	10	08	04	01	تسمم دموي/ بكتيري
04	14	07	23	22	جلدية
05	02	02	01	01	أخرى
100	100	100	100	100	المجموع

Source: Makhoulouf.F, et Autres,Ibid

يتبين من الجدول جملة من النقاط ، نعرضها فيما يلي:

- احتلت الالتهابات التنفسية المرتبة الأولى خلال سنة 1994، 1997، 1996، ويرجع ذلك ربما للموسم الذي أجريت فيه الدراسة، ما عدا سنة 1999.
- احتلت التهابات المسالك البولية infections urinaires المرتبة الثانية عند القيام بالتحقيقات الأربعة الأولى وبقيت مرتفعة.
- كانت التهابات الجروح الموضعية (IPO) les infections des plaies opératoires في المرتبة الأولى سنة 1993، والتي انتقلت من 35% إلى 13% سنة 1999 واحتلت المرتبة الثالثة عند القيام بالتحقيقات الأربعة الأخيرة.
- كان اتجاه تكرار تسمم الدم البكتيري spéticémies bactériennes نحو الزيادة، حيث انتقل من 1% سنة 1993 إلى 6% سنة 1999.
- انخفض تكرار الالتهابات الجلدية infections cutanées سنة 1996، 1997 و 1999 مقارنة بالسنتين السابقتين، ويفسر هذا الانخفاض بتحويل مصلحة الحروق.
- ونعرض اكتشاف الالتهابات المكتسبة حسب السن، مدة الإقامة، صنف العدوى، المرض المشترك في الجداول التالية:

الجدول (11.5): اكتشاف الالتهابات المكتسبة في المستشفى حسب السن في المركز الإستشفائي

الجامعي لـ "باب الوادي"

1999 %	1997 %	1996 %	1994 %	1993 %	
12	15	20	35	21	14-0
13	10	21	16	15	29-15
15	12	19	16	18	44-30
10	12	14	14	23	59-45
15	14	27	13	12	60 فما فوق
13	12	20	18	16	

Source: Makhoulouf.F, et Autres, op.cit

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

يبين الجدول أعلاه أن الالتهابات المكتسبة في المستشفى تصيب فئات عمرية مختلفة، وتغيرت نسبتها بتغير السنوات.

الجدول (12.5): اكتشاف الالتهابات المكتسبة في المستشفى حسب مدة الإقامة في المركز الإستشفائي

الجامعي لـ " باب الوادي "

1999	1997	1996	1994	1993	
%	%	%	%	%	
9	6	14	9	5	أقل من 8
11	15	18	16	12	13-08
30	12	20	20	19	29-14
29	19	33	35	31	30 فأكثر
13	12	20	18	16	المجموع

Source: Makhlouf.F, et Autres,op.cit

أثبتت التحقيقات الخمسة أن الالتهابات المكتسبة في المستشفى تزداد بازدياد مدة إقامة المريض.

الجدول (13.5): اكتشاف التهابات الجروح الموضعية حسب صنف العدوى في المركز الإستشفائي

الجامعي لـ " باب الوادي "

1999	1997	1995	1994	1993	
%	%	%	%	%	
13	10	22	9	9	نظيفة
—	05	17	23	33	نظيفة معدية
—	25	43	27	53	معدية
—	13	14	33	—	غير نظيفة

Source: Makhlouf.F, et Autres, Ibid

يلاحظ من الجدول () أن اكتشاف التهاب الجروح الموضعية يتزايد بشكل محسوس مع صنف العدوى باستثناء صنف غير النظيفة sale بسبب نقص العمال . و تبقى التهابات الجروح الموضعية مرتفعة حسب مواصفات لجنة مراقبة المرض CDC لأطنطا.

الجدول (14.5): اكتشاف الالتهابات المكتسبة في المستشفى حسب المرض المشترك في المركز

الإستشفائي الجامعي لـ " باب الوادي "

1999	1997	1995	1994	1993	
%	%	%	%	%	
20	15	29	31	27	بوجود مرض مشترك
2	12	16	11	12	بعدم وجود مرض مشترك

Source: Makhlouf.F, et Autres,op.cit

يتبين من الجدول () أن الالتهابات تكون أكثر تكرار عندما يتعلق الأمر بأمراض مشتركة.

بالإضافة إلى التحقيقات السابقة، كان تحقيق آخر¹ تعلق بالتهابات الجروح الموضعية في الفترة الممتدة من 1994 إلى 1996 وكان الهدف منه تحديد أثر التهابات الجروح الموضعية (IPO) .
مجتمع الدراسة :

- تعلقت مراقبة (IPO) بثمانى (08) مصالغ جراحية (الجراحة العامة، جراحة المسالك البولية، جراحة الرضوض وتجبير الأعضاء، جراحة الأعصاب، جراحة الأنف الأذن الحنجرة، جراحة العيون، جراحة النساء والتوليد).
وشملت هذه الدراسة 4564 مريض خضع لعملية جراحية 51,8% منهم إناث و 48,2% ذكور.

- جمعت المعلومات المتعلقة بالالتهابات انطلاقا من الملفات ،وملاحظة الجروح الموضعية بعد العملية الجراحية ومقابلة الطاقم المعالج
وكانت النتائج كما يلي:

- من 1994 إلى 1996، وبالنسبة للمجموع المصالح الجراحية، لاحظنا 602 التهاب للجروح الموضعية بعد العمليات الجراحية، أي التهاب لكل 08 عمليات جراحية (13.2%) هذا الأثر انتقل من 13.3% سنة 1994 إلى 13.9% سنة 1995 ثم 12.2% سنة 1996 .

- حسب خطر العدوى، معدلات IPO هي : 5.3% بالنسبة للجراحة النظيفة (الصف 1) ، 10.4% بالنسبة للنظيفة المعدية (الصف 2) ، 26.7% بالنسبة للمعدية (الصف 3) و 44.5% بالنسبة لغير النظيفة (الصف 4). فخطر العدوى يزداد مع نوع الجراحة.

- حسب أصناف العدوى، قدر الأثر السنوي ل IPO بالنسبة للجراحة النظيفة 10.2% سنة 1994، 3.1% سنة 1995 و 3.3% سنة 1996 .

بالنسبة لصف النظيفة المعدية، قدرت بـ 13.5% سنة 1994، 6.8% سنة 1995 و 11.6% سنة 1996. فيما يتعلق بالجراحة المعدية، قدرت بـ 18% سنة 1994 ، 29.9% سنة 1995، 32.3% سنة 1996. أما الجراحة غير النظيفة، قدرت بالتهابات بـ 22.2% سنة 1994، 54.6% سنة 1995، 51% سنة 1996. وتجدر الإشارة أن التطور الشهري لأثر الالتهابات يوضح ارتفاعها ابتداء من شهر ماي، لتعاود الانحدار بشكل شاقولي في شهر أكتوبر .

- قدرت معدلات الالتهابات الجروح الموضعية (IPO) في وحدات الإنعاش بـ 18.7% مقابل 11.1% في الوحدات الأخرى .

- قدر أثر التهابات الجروح الموضعية (IPO) بـ 14.8% بالنسبة للذكور و 11.7% بالنسبة للإناث.

1 H.Brahimi, Z.fenah, M.bennacef, F.makhlouf, N.dekhar, évolution de l'incidence des infections Des plaies opératoires au centre hospitalo-universitaire de Bab el oued, Alger, 1994 -1996

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

- متوسط سن المعنيين بالالتهاب هو 37 ± 1.8 سنة .
وتعتبر الفئات الأولى و الأخيرة الأكثر عرضة للالتهابات، بحيث قدر بـ 19.4 % بالنسبة للفئة الأقل من 15 سنة ، و 14% بالنسبة للفئة 75 فما فوق .
- قدرت المدة المتوسطة للإقامة الإجمالية لكل المعنيين بالإصابة بـ 30 ± 02 يوم بالنسبة للمرضى غير المصابين بالالتهاب بـ 15 ± 02 يوم .
وينتقل أثر التهابات الجروح من 4.2 % بالنسبة لمدة إقامة تقدر بأسبوع إلى 6.4 % بالنسبة لمدة إقامة تقدر بأسبوعين، و 18.4 % بالنسبة لثلاثة أسابيع و 36.8 % بالنسبة لأربعة أسابيع فما فوق .
- قدرت مدة الإقامة المتوسطة قبل إجراء العملية بـ 11.2 ± 1 يوم .
وانتقلت معدلات التهابات الجروح الموضعية من 10.4 % بالنسبة لمدة إقامة قبل إجراء العملية قدرت بأقل من 07 أيام و 14.7 % بالنسبة لـ 8 إلى 14 يوم. 20.7 % بالنسبة لـ 15 إلى 22 يوم، 22.6 % بالنسبة لـ 23 إلى 30 يوم، 31.5 % بالنسبة لأكثر من 30 يوم .
- وبالتالي خطر الالتهاب يتزايد مع مدة الإقامة قبل العملية الجراحية .
- حسب مدة العملية ، قدر أثر الالتهابات بـ 10.4 % بالنسبة للعمليات التي مدتها أقل من ساعتين .
- معدلات التهابات الجروح الموضعية تزداد مع عدد العمليات، حين تنتقل من 1.2 % لعملية جراحية واحدة إلى 37.6 % لعمليتين و 54.8 % لثلاث عمليات. وبالتالي تعتبر زيادة الخطر الذي يواجه المرضى الذين أجروا عدة عمليات حساسة جدا.
- المضاد الحيوي l'antibioprophylaxie ، يوصى به لـ 31.2 % للذين أجروا عملية جراحية فقط، من بينهم نلاحظ 15 % التهابات الجروح الموضعية. كما أن 12.3 % من المرضى بدون المضاد الحيوي أصيبوا بالتهاب.
- وبينت الدراسة حسب خطر العدوى أن تكرار المضاد الحيوي يزداد من 20.5 % بالنسبة للصنف 1 و 32.7 % بالنسبة للصنف 2 و 51.5 % بالنسبة للصنف 3 و 50 % بالنسبة للصنف 4
- يتغير أثر التهابات الجروح الموضعية حسب الموقع التشريحي .le site anatomique. فبالنسبة للحنجرة والقصبه الهوائية 47.4 % ، الثديين 38.9 % ، المريء 37.5 %، الجلد 33.3 %، الأعضاء التناسلية الأنثوية 33.3 % ، المعدة 27.7 %، البروستات 24.8 %، الكلى والمسالك البولية 22.6 %، الأمعاء 19.6 %.

4- إستجابات الأطباء حول أسباب الالتهابات المكتسبة في المستشفى

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(1): استجابات الأطباء نحو أسباب الالتهابات المكتسبة في المستشفى

النسبة	التكرار	
42.7	32	- نقص النظافة
21.3	16	- عجز نظام الوقاية
36.0	27	- عدم الإجابة
100	75	المجموع

يتضح من خلال الجدول أن الالتهابات المكتسبة في المركز الإستشفائي الجامعي لباب الواد كانت نتيجة نقص النظافة بنسبة 42.7% ، وتمثل السبب الثاني لهذه الالتهابات في عجز نظام الوقاية بنسبة 21.3%. أما 36% فتعبر عن الأطباء الذين أقروا بعدم وجود مثل هذه الالتهابات. والجدير بالإشارة أنه حتى النسبة 36%، ربما ليست صحيحة، نظرا للحساسية المفرطة باتجاه هذا النوع من الالتهابات.

ويمكن عرض النسب السابقة بدلالة المصلحة كما يلي:

المصلحة

المجموع	عجز نظام الوقاية	نقص النظافة	
4	-	4	- طب داخلي
4	1	3	- طب الأمراض الصدرية
4	2	2	- طب الأطفال
-	-	-	- طب الأعصاب
-	-	-	- طب التهابات المفاصل
6	3	3	- طب الجلد
3	-	3	- طب الغدد
-	-	-	- طب أمراض السكري
4	1	3	- طب الكلى
2	-	2	- طب أمراض الجهاز الهضمي
4	2	2	- جراحة عامة
6	2	4	- جراحة الرضوض وتجبير الأعضاء
4	2	2	- جراحة المسالك البولية
3	3	-	- جراحة الأعصاب
1	-	1	- جراحة الأذن الأنف الحنجرة
3	-	3	- جراحة العيون
48	16	32	المجموع

نلاحظ من الجدول أن المصالح التي كان فيها عجز واضح لنظام الوقاية هي : مصلحة طب الأطفال، مصلحة طب الجلد، مصلحة الجراحة العامة، مصلحة جراحة المسالك البولية وجراحة الأعصاب. والجدير بالإشارة أن المراقبة الوبائية للالتهابات المكتسبة في المستشفى منذ 1993 على مستوى المركز الإستشفائي الجامعي "باب الواد" ، بينت أن أحد الأسباب الرئيسية لهذه الالتهابات هي الأيدي. لهذا السبب تم القيام بتدقيق على مستوى المركز الإستشفائي الجامعي "باب الواد" سنة 2002، وكانت أهدافه ونتائجه كما يلي¹:

الأهداف:

تمثلت أهداف هذا التدقيق فيما يلي:

- تحديد الوسائل والموارد المتوفرة لدى فرق العلاج من أجل غسل الأيدي على مستوى المصالح الطبية والجراحية للمركز الإستشفائي الجامعي.

¹ Terfani.y, Makhoul.f , Djoudi.f/z , Audit sur le lavage des mains, CHU Bab El Oued, Service d'épidémiologie et Médecine préventive, juin 2002.

- تقويم احترام ومراعاة غسل الأيدي على مستوى المصالح والممارسات الحسنة لتحقيقه.
وقد شمل التدقيق 12 مصلحة وتمت ملاحظة 40 فرد من بينهم: 14 طبيب، 12 ممرض ومساعد، عوني نظافة .

وكانت النتائج المترتبة عن هذا التحقيق كما يلي:

- عدم الاحترام المتوسط لغسل الأيدي، حسب المعايير المثبتة، كان 50% لكل أصناف العاملين المعالجين.

- لا يسمح تصميم مراكز غسل الأيدي باحترام الإجراءات النمطية.
- تتمثل النقائص التي تؤثر على نظافة الأيدي، والتي تعتبر الأسباب الرئيسية، في غياب مادة التنظيف، عدم معرفة الإجراءات؛ إلى جانب تجفيف غير سليم.
- لا يتم غسل الأيدي إلا مرة واحدة بعد القيام بعملية علاج معدية.
- لا يرى العمال المعالجين ضرورة لغسل الأيدي، عند عدم وجود أوساخ ظاهرة.
- تتمثل الأسباب الرئيسية لعدم التقيد بغسل الأيدي خلال التدقيق، في عدم وجود صابون ملائم، إلى جانب عدم وجود وسيلة لتجفيف الأيدي.

المحور السادس : إستجابات الأطباء نحو مشروع إصلاح المستشفيات

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(1): استجابات الأطباء نحو مشروع إصلاح المستشفيات

النسبة	التكرار	
26.7	20	- لم يتم إعلامنا جيدا
29.3	22	- لا يوجد تحسيس
12.0	9	- غير مكيف مع احتياجات الصحة
13.3	10	- ضروري
18.7	14	- عدم الإجابة
100	75	المجموع

يتضح من خلال الجدول أن نسبة 26.7% من الأطباء لا يعلمون بوجود مشروع إصلاح المستشفيات، وهي نسبة نراها هامة، لأن الطبيب يعتبر من بين المعنيين بهذا الإصلاح، صف إلى ذلك إذا أخذنا بعين الاعتبار نسبة عدم الإجابة (18.7%) .

إلى جانب النسبة السابقة هناك 29.3% من الأطباء يرون أن لا يوجد أي تحسين بعد تطبيق مشروع الإصلاح، في حين 12% يرون أن مشروع الإصلاح غير مكيف مع احتياجات الصحة. بينما يرى 13.3% من الأطباء بأن الإصلاح ضروري.

الاقتراحات:

يمكن عرض اقتراحات الأطباء في الجدول التالي:

الجدول(1): اقتراحات الأطباء فيما يتعلق بتحسين جودة الخدمات المقدمة

النسبة	التكرار	
5.3	4	- إنشاء مراكز للتكوين المستمر
10.7	8	- إصلاح نظام تسيير المستشفيات
10.7	8	- تحسين ظروف الاستشفاء
12.0	9	- تحسين الظروف الاجتماعية للأطباء وشبه الطبيين
28.0	21	- توفير الوسائل
21.0	16	- توفير الوسائل وفرص التكوين
12.0	9	- عدم الإجابة
100	75	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن الأطباء قد ركزوا على جانب توفير الوسائل وفرص التكوين؛ دون الإشارة إلى قضية الأجور، ربما لاعتقادهم أن الأجور مصدر عدم رضا مفروغ منه.

المبحث الثاني: استجابات المرضى والطاقم شبه الطبي والأطباء في القطاع الصحي بـ"الروبية"

سنستهل هذا المبحث بتقديم بطاقة فنية حول القطاع الصحي بـ "الروبية" فيما يلي¹:

يقع القطاع الصحي للروبية على بعد 25 كم من الجزائر العاصمة شرقا، وهو موزع على دائرتين إداريتين هما الروبية والدار البيضاء، والتي تتكون من البلديات التالية: الروبية، الرغاية، دار البيضاء، باب الزوار، برج الكيفان.

ويعتبر القطاع الصحي للروبية أحد المنشآت الصحية الهامة في ولاية الجزائر، وقد صنف من طرف وزارة الصحة في الصنف "أ" نظرا لوضعيته الجغرافية والصحية، والتي تسمح له بالأخذ على عاتقه عدد معتبر من المرضى القادمين من الولايات المجاورة، وخصوصا ولاية بومرداس .

أدى نقص الموارد، خاصة الأطباء المتخصصين في كل من مستشفى الأخضرية، برج منايل، دلس وبالخصوص مستشفى الثنية إلى زيادة العبء على النشاط الطبي والجراحي كما أن مستشفى الروبية يستقبل المصابين من حوادث المرور الواقعة على الطريق السيار، والذي يبعد عنه 2 كم فقط، بالإضافة إلى استقباله لعمال المصابين في المنطقة الصناعية الروبية- الرغاية.

ويمكن عرض هياكل القطاع الصحي الروبية كما يلي :

- مستشفى روية : نشاطه الأساسي متمثل في:

. جراحة عامة : 48 سرير (24 رجال ، 24 نساء)

. طب داخلي: 40 سرير (16 رجال ، 24 نساء)

. طب الأطفال : 14 سرير

. طب الأمراض الصدرية: 33 سرير

¹ مكتب الهياكل التجهيزات و الصيانة

- . طب النساء: 14 سرير
- . الإنعاش: 06 أسرة
- . طب أمراض الدم hémato: 04 أسرة
- . تصفية الدم: 08 أسرة
- . وحدة طبية للمراقبة UMC: 07 أسرة
- الوحدات الاستشفائية الخارجية: و تتمثل في:
 - . 40 عيادة متعددة الاختصاصات، تضمن الخدمات 24سا/ 24سا
 - . 09 مراكز صحية
 - . 12 قاعة علاج
 - . 11 وحدة استكشاف ومتابعة
 - . مصلحة مكافحة الأوبئة والطب الوقائي
 - . 08 وحدات طبية وقائية
 - . 03 وحدات لمراقبة الأمراض التنفسية
 - . مركز للمراقبة الصحية عند الحدود (مطار هواري بومدين)
- الطاقم الفني : ويتكون من:
 - . المخبر المركزي
 - . مصلحة الأشعة المركزية + مركز الأشعة على مستوى الوحدة الطبية للمراقبة
 - . مركز لنقل الدم

الاستكشاف الوظيفي exploration fonctionnelle

ويمكن عرض تطور كل من : العمالة ، عدد المرضى الداخليين، متوسط المكوث للاستشفاء، ونسبة شغل الأسرة المتوسطة على مستوى مستشفى الروبية الجداول التالية:

الجدول (15.5) : تطور العمالة على مستوى مستشفى الروبية في الفترة 2003-2005

2005	2004	2003	
657	627	627	الإداريون
369	363	384	الأطباء
509	503	504	شبه الطبيين

المصدر: مصلحة المستخدمين

يتجلى من الجدول أن نسبة الإداريين قد استقرت ما بين 2003 و 2004 لترتفع فيما بعد سنة 2005 بمقدار 4.78%. أما عدد الأطباء، فقد عرف انخفاضا ما بين سنتي 2003 و 2004، ليرتفع فيما بعد سنة 2005 بمعدل 1.65% فقط. في حين عرف عدد شبه الطبيين انخفاضا ضعيفا ما بين سنتي 2003 و 2004، ليرتفع ارتفاعا بسيطا سنة 2005.

الجدول(16.5): عدد المرضى الداخليين على مستوى مستشفى الروبية في الفترة 2003-2005

2005	2004	2003	
740	640	432	طب داخلي
286	210	63	طب الأطفال
1550	1448	848	جراحة عامة
958	851	497	أمراض صدرية
*0	1402	729	مصلحة الأمومة
3534	4551	2569	المجموع

المصدر: مصلحة القبول

يوضح الجدول أن أكبر عدد من المرضى سجل على مستوى مصلحة الجراحة العامة.

الجدول(17.5): متوسط المكوث للاستشفاء على مستوى مستشفى الروبية في الفترة 2003-2005

2005	2004	2003	
16,33	16,08	18,24	طب داخلي
11,98	13,63	18,92	طب الأطفال
09,18	08,33	11,73	جراحة عامة
10,94	12,05	18,63	أمراض صدرية
—	01,56	02,42	مصلحة الأمومة

المصدر: مصلحة القبول

يلاحظ من خلال الجدول أن متوسط المكوث في المستشفى سجل أكبر قيمة له على مستوى مصلحة طب الأطفال سنة 2003. أما في سنتي 2004 و 2005، فسجل هذا المتوسط أكبر قيمة له على مستوى مصلحة الطب الداخلي.

الجدول(18.5): نسبة شغل الأسرة المتوسطة على مستوى مستشفى الروبية في الفترة 2003-

2005

2005	2004	2003	
82,78	—	53,97	طب داخلي
67,06	—	23,33	طب الأطفال
81,22	—	56,78	جراحة عامة
86,99	—	76,89	أمراض صدرية
—	—	48,25	مصلحة الأمومة

المصدر: مصلحة القبول

يتبين من الجدول أن أكبر متوسط شغل للأسرة سجل على مستوى مصلحة الأمراض الصدرية، كما لاحظ أن هذا المتوسط قد عرف زيادة مقارنة بسنة 2003.

المطلب الأول: إستجابات المرضى نحو حزمة الخدمات المقدمة

تضمن هذا الاستبيان، كما أسلفنا الذكر، سبعة محاور، وزعت على ثلاث مصالح فقط، وهي مصلحة الطب الداخلي، مصلحة الجراحة العامة، ومصلحة طب الأطفال*. نعرضها كما يلي:

المحور الأول: الخصائص الديموغرافية لعينة البحث

تتمثل الخصائص الديموغرافية في الجنس، الحالة الاجتماعية، المصلحة المعالجة، مدة الإقامة، محل الإقامة، والسن، والتي نعرضها في الجدول التالي:

الجدول (19.5): الخصائص الديموغرافية لعينة البحث (المرضى - القطاع الصحي)

المتغير	الصفات الديموغرافية للعينة					
العمر	الفئة	24-15	34-25	44-35	55-45	أكثر من 55
	العدد	6	6	5	11	9
	النسبة	16.2%	16.2%	13.5%	29.7%	24.3%
الحالة الاجتماعية	الفئة	متزوج		أعزب		
	العدد	29		8		
	النسبة	78.4%		21.6%		
مدة الإقامة	الفئة	7-2	15-8	23-16		أكثر من شهر
	العدد	16	10	5		6
	النسبة	43.2%	27.0%	13.5%		16.2%
محل الإقامة	الفئة	الجزائر العاصمة		خارج الجزائر العاصمة		
	العدد	9		28		
	النسبة	24.3%		75.7%		
الجنس	الفئة	ذكر		أنثى		
	العدد	16		21		
	النسبة	43.2%		56.8%		
المصلحة	الفئة	طب داخلي		طب الأطفال		جراحة عامة
	العدد	14		6		17
	النسبة	37.8%		16.2%		45.9%

انطلاقاً من الجدول أعلاه، يمكن تسجيل جملة من الملاحظات نعرضها في الآتي:

- نسبة الإناث (56.8%) أكبر بقليل من نسبة الذكور (43.2%).
- شمل الاستبيان فئات عمرية مختلفة، ويظهر التركيز العمري في الفئتين [45-55] وأكثر من 55، حيث شكلتا 54% من إجمالي العينة.
- نسبة المتزوجين (78.4%) أكبر من نسبة العزاب (21.6%)

* أما المصالح الأخرى، فلم يتم السماح لنا بدخولها، رغم المحاولات العديدة، ووجود ترخيص من قبل الإدارة العامة.

- نسبة 75.5% من أفراد العينة محل إقامتهم خارج الجزائر العاصمة، مقابل 24.3% فقط من خارج الجزائر العاصمة .

- 37.5% من المستجوبين مدة إقامتهم [2-7]، ثم تأتي بعدها الفئة [16-23]، بعد ذلك ترتب الفئات الأخرى.

- اختلف عدد أفراد العينة باختلاف المصلحة المعالجة، وكان بالترتيب التالي : جراحة عامة (45.9%)، طب داخلي (37.8%)، طب الأطفال (16.2%).

المحور الثاني: إستجابات المرضى نحو الاستقبال

يتضمن هذا المحور إستجابات المرضى نحو الاستقبال على مستوى مصلحة القبول والمصلحة المعالجة.

1- استجابات المرضى نحو استقبال مصلحة القبول (الدخول):

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(1): استجابات المرضى نحو استقبال مصلحة القبول

النسبة	التكرار	
100	37	- راضي
100	37	المجموع

يلاحظ أن نسبة الرضا كاملة على الاستقبال الذي حظي به المرضى من طرف مصلحة القبول أو الدخول.

2 - استجابات المرضى نحو الاستقبال على مستوى المصلحة المعالجة:

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(2): استجابات المرضى نحو الاستقبال على مستوى المصلحة المعالجة

النسبة	التكرار	
100	37	- راضي
100	37	المجموع

يتبين كذلك من الجدول () أن نسبة الرضا على الاستقبال على مستوى المصلحة المعالجة كانت تامة.

المحور الثالث: استجابات المرضى نحو طبيعة الخدمات العلاجية

يشمل هذا المحور إستجابات المرضى نحو اهتمام الأطباء وحصولهم على المعلومات من طرفهم.

1- استجابات المرضى نحو اهتمام الأطباء:

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(3): استجابات المرضى نحو اهتمام الأطباء

النسبة	التكرار	
2.7	1	- مهتمين جدا
75.7	28	- مهتمين
21.6	8	- قليلو الاهتمام
100	37	المجموع

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

يتضح من الجدول أن نسبة المجيبين بأن الأطباء مهتمين كانت كبيرة 75.7%، مقابل نسبة قلة اهتمام قدرت بـ 21.6%.

ويمكن تحليل النسب أعلاه حسب الأبعاد التالية :

أ- المصلحة:

المجموع	قليلا الإهتمام	مهتمين	مهتمين جدا	
14	3	11	-	- الطب الداخلي
6	3	3	-	- طب الأطفال
17	2	14	1	- جراحة عامة
37	8	28	1	المجموع

يتجلى من الجدول أن نسبة الإهتمام كانت أكبر من نسبة قلة الإهتمام في كل المصالح.

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
1	-	1	- مهتمين جدا
28	16	12	- مهتمين
8	5	3	- قليلا الإهتمام
37	21	16	المجموع

نلاحظ من الجدول أن نسبة المجيبين بأن هناك قلة اهتمام من طرف الأطباء كانت أعلى عند الإناث منه عند الذكور.

ج- مدة الإقامة:

المجموع	قليلا الإهتمام	مهتمين	مهتمين جدا	
16	4	11	1	7-2
10	3	7	-	15-8
5	1	4	-	23-16
6	-	6	-	أكثر من شهر
37	8	28	1	المجموع

يظهر الجدول أن نسبة قلة الإهتمام كانت أكبر في الفئة [8-15] ثم تتبعها الفئة [2-7].

2- استجابات المرضى نحو حصولهم على المعلومات (الشروحات) من طرف الأطباء

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): استجابات المرضى نحو حصولهم على المعلومات (الشروحات) من طرف الأطباء

النسبة	التكرار	
75.5	28	- غالبا
24.3	9	- نادرا
100	37	المجموع

نلاحظ من الجدول أن نسبة 75.7% من المستجيبين، قد أقرروا بأن الأطباء غالبا ما يقدموا لهم معلومات وشروحات عن حالتهم الصحية؛ بينما 24.3% من أفراد العينة أجابوا بأنهم نادرا ما يتحصلون على معلومات من طرف الأطباء.

وباستطاعتنا تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية :

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

أ- المصلحة:

المجموع	نادرا	غالبا	
14	5	9	- الطب الداخلي
6	2	4	- طب الأطفال
17	2	15	- جراحة عامة
37	9	28	المجموع

يتبين من الجدول، أن نسبة الذين أجابوا بأنه نادرا ما يحصلون على شروحات عن حالتهم الصحية من طرف الأطباء، كانت أكبر على مستوى مصلحتي الطب الداخلي وطب الأطفال.

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
28	16	12	- غالبا
9	5	4	- نادرا
37	21	16	المجموع

يلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة المجيبين بأنه نادرا ما يحصلون على معلومات من طرف عند الأطباء كانت تقريبا متساوية لدى الجنسين.

ج- مدة الإقامة:

المجموع	نادرا	غالبا	
16	6	10	7-2
10	2	8	15-8
5	1	4	23-16
6	-	6	أكثر من شهر
37	9	28	المجموع

يظهر الجدول أن نسبة المرضى الذين أجابوا بأنه نادرا ما يحصلون على معلومات شروحات من طرف الأطباء كانت أكبر في الفئة [2-7].

المحور الرابع: استجابات المرضى نحو طبيعة الخدمات التمريضية

يتضمن هذا المحور استجابات المرضى نحو معاملة الطاقم شبه الطبي، ودرجة التكفل بهم.

1- استجابات المرضى نحو معاملة الطاقم شبه الطبي

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): استجابات المرضى نحو معاملة الطاقم شبه الطبي

النسبة	التكرار	
2.7	1	- دائما
83.8	31	- غالبا
13.5	5	- نادرا
100	37	المجموع

يتجلى من الجدول أن 83.8% من أفراد العينة أقرروا بأن أفراد الطاقم شبه الطبي غالبا ما كانوا لطفاء معهم. ويمكن تحليل النسب أعلاه حسب الأبعاد التالية:

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

أ- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
1	-	1	- دائما
31	17	14	- غالبا
5	4	1	- نادرا
37	21	16	المجموع

نلاحظ على أساس الجدول أن نسبة المرضى الذين أجابوا بأنه نادرا ما كان أفراد الطاقم شبه الطبي لطفاء معهم، كانت أكبر عند الإناث منه عند الذكور.

ب - مدة الإقامة:

المجموع	أكثر من شهر	23-16	15-8	7-2	
1	-	1	-	-	دائما
31	6	4	9	12	غالبا
5	-	-	1	4	نادرا
37	6	5	10	16	المجموع

يلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة المرضى الذين أجابوا بأن أفراد الطاقم شبه الطبي نادرا ما كانوا لطفاء معهم، تركزت بشكل أساسي في الفئة [2-7].

2- استجابات المرضى نحو التكفل بهم من قبل الطاقم شبه الطبي

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): استجابات المرضى نحو التكفل بهم من قبل الطاقم شبه الطبي

النسبة	التكرار	
37.8	14	- راضي
59.5	22	- غير راض
2.7	1	- غير راض تماما
100	37	المجموع

يتضح بناء على الجدول أن نسبة عدم الرضا (62.2%) كانت أكبر من نسبة الرضا (37.8%). ويمكننا تحليل النسب أعلاه حسب الأبعاد التالية:

أ- المصلحة:

المجموع	غير راض تماما	غير راض	راضي	
14	-	7	7	- الطب الداخلي
6	1	4	1	- طب الأطفال
17	-	11	6	- جراحة عامة
37	1	22	14	المجموع

يتبين من الجدول أن نسبة عدم الرضا كانت، حسب المصالح، بالترتيب التالي: مصلحة طب الأطفال (83.33%)، مصلحة الجراحة العامة (64.70%)، ومصلحة الطب الداخلي (50%).

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
14	7	7	- راضي
22	13	9	- غير راض
1	1	-	- غير راض تماما
37	21	16	المجموع

يظهر الجدول أن نسبة عدم الرضا كانت عند الإناث (66.66%) أكبر بقليل من تلك المسجلة عند الذكور (56.25%).

ج- مدة الإقامة:

المجموع	غير راض تماما	غير راض	راضي	
16	1	12	3	7-2
10	-	5	5	15-8
5	-	3	2	23-16
6	-	2	4	أكثر من شهر
37	1	22	14	المجموع

يلاحظ من الجدول أن نسبة عدم الرضا عن التكفل بالمرضى من طرف أفراد الطاقم شبه الطبي، كانت أكبر من نسبة الرضا عند المرضى الذين مدة إقامتهم في الفئات التالية: [7-2]، [16-23]. بينما في الفئة أكثر من شهر كانت نسبة الرضا أكبر من نسبة عدم الرضا.

المحور الخامس: استجابات المرضى نحو السرعة في الحصول على الخدمات الصحية

يشمل هذا المحور استجابات المرضى نحو السرعة في استخراج نتائج التحاليل والأشعة، بالإضافة إلى مواعيد إجراء العمليات الجراحية.

1- استجابات المرضى نحو السرعة في استخراج نتائج التحاليل والأشعة

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): استجابات المرضى نحو السرعة في استخراج نتائج التحاليل والأشعة

النسبة	التكرار	
37.8	14	- معقولة
16.2	6	- طويلة
10.8	4	- طويلة جدا
35.1	13	- خارج المستشفى
100	37	المجموع

يتبين من الجدول أن 37.8% من أفراد العينة قد أجابوا بأن مدة استخراج نتائج التحاليل والأشعة معقولة، مقابل 27% منهم أكدوا على طول المدة. بينما سجلنا نسبة 35.1% ممن أجروا التحاليل والأشعة خارج المستشفى.

2- استجابات المرضى نحو مواعيد إجراء العمليات الجراحية

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(1): استجابات المرضى نحو مواعيد إجراء العمليات

النسبة	التكرار	
5.4	2	- طويلة
13.5	5	- طويلة جدا
81.1	30	- لم أقم
100	37	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن 81.1% من أفراد العينة لم يخضعوا لعملية جراحية، والذين خضعوا (18.9%) أجابوا بأن المدة طويلة .

ويمكن تحليل النسب أعلاه حسب الأبعاد التالية :

أ- المصلحة:

المجموع	لم أقم	طويلة جدا	طويلة	
14	14	-	-	- الطب الداخلي
6	6	-	-	- طب الأطفال
17	10	5	2	- جراحة عامة
37	30	5	2	المجموع

يتجلى من الجدول أن المرضى المستجوبين على مستوى مصلحتي الطب الداخلي وطب الأطفال لم تجر لهم عملية جراحية؛ بينما على مستوى مصلحة الجراحة العامة، فهناك نسبة 41.17% من أفراد العينة أقروا بطول المدة؛ في حين 58.83% من المرضى لم يخضعوا لعملية جراحية.

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
2	1	1	- طويلة
5	1	4	- طويلة جدا
30	19	11	- لم أقم
37	21	16	المجموع

يلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة الذين أقروا بطول مواعيد إجراء العمليات الجراحية، كانت أكبر عند الذكور (31.25%) منه عند الإناث (9.52%).

ج- مدة الإقامة:

المجموع	لم أقم	طويلة جدا	طويلة	
16	14	1	1	7-2
10	10	-	-	15-8
5	1	4	-	23-16
6	5	-	14	أكثر من شهر
37	30	5	2	المجموع

نلاحظ انطلاقا من الجدول أن نسبة المرضى الذين أقرروا بطول مواعيد إجراء العمليات الجراحية، كانت مدة إقامتهم في الفئة [16-23]؛ كما سجلنا أن المرضى الذين لم يخضعوا لعملية جراحية كانت متركزة أساسا في الفئتين [2-7] و [8-15].

المحور السادس : استجابات المرضى حول الغرفة

يحتوي هذا المحور على إستجابات المرضى نحو كفاية التجهيزات الطبية، رفاهية السرير نظافة الغرفة، ملائمة درجة الحرارة والإضاءة.

1- استجابات المرضى نحو كفاية التجهيزات الصحية

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(1): استجابات المرضى نحو كفاية التجهيزات الطبية

النسبة	التكرار	
97.3	36	- نعم
2.7	1	- لا
100	37	المجموع

يظهر الجدول أن نسبة الذين أقرروا بكفاية التجهيزات الصحية كانت كبيرة، وشكلت 97.3% من إجمالي العينة.

2- استجابات المرضى نحو رفاهية السرير

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(2): استجابات المرضى نحو رفاهية السرير

النسبة	التكرار	
59.5	22	- مريح
24.3	9	- غير مريح
16.2	6	- غير مريح تماما
100	37	المجموع

يتجلى من الجدول () أن نسبة (59.5%) من أفراد العينة أجابوا بأن الأسرة مريحة مقابل نسبة (40.5%) أقرروا بعدم ملائمة الأسرة.

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية :

أ- المصلحة:

المجموع	غير مريح تماما	غير مريح	مريح	
14	1	2	11	- الطب الداخلي
6	1	2	3	- طب الأطفال
17	4	5	8	- جراحة عامة
37	6	9	22	المجموع

يتضح من خلال الجدول أن نسبة الذين أجابوا بأن الأسرة كانت مريحة (78.57%) كانت أكبر من تلك التي أكدت على عدم ملائمتها (21.43%)، وذلك على مستوى مصلحة الطب الداخلي . في حين سجلت مصلحة الجراحة العامة نسبة عدم ملائمة (52.94%) أكبر بقليل من نسبة الملائمة (47.06%).

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
22	13	9	- مريح
9	4	5	- غير مريح
6	4	2	- غير مريح تماما
37	21	16	المجموع

يتبين من الجدول أن نسبة المرضى الذين أقرروا بملائمة الأسرة كانت عند الإناث (61.90%) أكبر من الذكور (56.25%).

ج- مدة الإقامة:

المجموع	أكثر من شهر	23-16	15-8	7-2	
22	5	-	6	11	- مريح
9	1	2	4	2	- غير مريح
6	-	3	-	3	- غير مريح تماما
37	6	5	10	16	المجموع

يلاحظ من الجدول أن نسبة أفراد العينة الذين أجابوا بعدم ملائمة الأسرة كانت كبيرة في الفئة [16-23] متبوعة بالفئتين [8-15] و [2-7].

3- استجابات المرضى نحو نظافة الغرفة

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): استجابات المرضى نحو نظافة الغرفة

النسبة	التكرار	
5.4	2	- نظيفة جدا
54.1	20	- نظيفة
18.9	7	- غير نظيفة
21.6	8	- غير نظيفة تماما
100	37	المجموع

يلاحظ من الجدول () أن نسبة الذي أقرروا بنظافة الغرفة (59.5%) أكبر من الذين أكدوا على عدم نظافتها (40.5%)، لكن هذه الأخيرة تعتبر نسبة مهمة.

ويمكن تحليل النسب أعلاه حسب الأبعاد التالية:

أ- المصلحة:

المجموع	غير نظيفة جدا	غير نظيفة	نظيفة	نظيفة جدا	
14	-	1	11	2	- الطب الداخلي
6	2	2	2	-	- طب الأطفال
17	6	4	7	-	- جراحة عامة
37	8	7	20	2	المجموع

يتبين من الجدول () أن نسبة الذين أكدوا على عدم نظافة الغرفة كانت أكبر على مستوى مصلحة طب الأطفال (66.66%) تليها مصلحة الجراحة العامة (58.45%). أما مصلحة الطب الداخلي، فهي مصلحة تم بناء هياكلها مؤخرا، وفتحت أبوابها خلال شهر أكتوبر 2005 .

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
2	-	2	- نظيفة جدا
20	10	10	- نظيفة
7	6	1	- غير نظيفة
8	5	3	- غير نظيفة جدا
37	21	16	المجموع

يوضح الجدول () أن نسبة الذين أقرروا بعدم نظافة الغرفة كانت عند الإناث (52.38%) أكبر من تلك المسجلة عند الذكور (25%) .

ج- مدة الإقامة:

المجموع	غير نظيفة جدا	غير نظيفة	نظيفة	نظيفة جدا	
16	5	3	7	1	7-2
10	2	2	5	1	15-8
5	1	-	4	-	23-16
6	-	2	4	-	أكثر من شهر
37	8	7	20	2	المجموع

نلاحظ انطلاقا من الجدول أن نسبة المرضى الذين أقرروا بعدم نظافة الغرفة كانت أقل في جميع الفئات، من نسبة الذين أكدوا على نظافتها، ماعدا الفئة [2-7] حيث كانتا متساويتين.

4- استجابات المرضى نحو الاعتناء بالغرفة

النسبة	التكرار	
91.9	34	- نعم
8.1	3	- لا
100	37	المجموع

يتجلى من الجدول أن نسبة (91.9%) قد أكدوا بأنه يتم الاعتناء بالغرفة يوميا .

5- استجابات المرضى نحو ملائمة درجة حرارة الغرفة

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(1): استجابات المرضى نحو ملائمة درجة حرارة الغرفة

النسبة	التكرار	
83.8	31	- نعم
16.2	6	- لا
100	37	المجموع

يظهر الجدول () أن نسبة (83.8%) من أفراد العينة اقرروا بملائمة درجة حرارة الغرفة.

ويمكن تحليل النسبتين أعلاه حسب المصلحة :

- المصلحة:

المجموع	لا	نعم	
14	1	13	- الطب الداخلي
6	-	6	- طب الأطفال
17	5	12	- جراحة عامة
37	6	31	المجموع

يتضح من الجدول () أن نسبة الذين أجابوا بعدم ملائمة درجة حرارة الغرفة، كانت على مستوى مصلحة الجراحة العامة كبيرة مقارنة بباقي المصالح.

6- استجابات المرضى نحو ملائمة الإضاءة

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(2): استجابات المرضى نحو درجة ملائمة الإضاءة

النسبة	التكرار	
21.6	8	- ملائمة جدا
78.4	29	- ملائمة
100	37	المجموع

يوضح الجدول أن نسبة ملائمة الإضاءة كانت كبيرة .

المحور السابع : استجابات المرضى نحو جودة الأكل المقدم

يتضمن هذا المحور استجابات المرضى نحو جودة الأكل المقدم، والتي يمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول(3): استجابات المرضى نحو جودة الأكل المقدم

النسبة	التكرار	
2.7	16	-جيدة جدا
16.2	8	- جيدة
21.6	22	- رديئة
59.5		- رديئة جدا
100	37	المجموع

يظهر الجدول أن نسبة المرضى الذين أكدوا على عدم جودة الطعام المقدم كانت كبيرة (81.1%).

الإقتراحات:

يمكن عرض الإقتراحات المقدمة من طرف المرضى في الجدول التالي:

الجدول(1): الإقتراحات المقدمة من طرف المرضى

النسبة	التكرار	
10.8	4	- جودة الأكل المقدم
5.4	2	- النظافة
13.5	5	- جودة الأكل المقدم و النظافة
2.7	1	- الأدوية
13.5	5	- التكفل النفسي
2.7	1	- توفر العتاد الطبي
51.4	19	- عدم الإجابة
100	37	المجموع

مثلت عدم الإجابة تقريبا نصف العينة (51.4%)، أما النسبة المتبقية فتركزت حول ضرورة توافر الأكل المقدم والنظافة، إلى جانب التكفل النفسي.

وإضافة إلى الإقتراحين المذكورين أعلاه، كان اقتراحين آخرين تمثلا في توافر العتاد الطبي والأدوية.

المطلب الثاني: واقع الرضا الوظيفي لدى الطاقم شبه الطبي بالقطاع الصحي بالروبية

من أجل معرفة واقع الرضا الوظيفي لدى الطاقم شبه الطبي، نظرا لارتباطه الوثيق بنوعية الخدمات المقدمة للمرضى، قمنا بتحليل الاستبيان الخاص بهذه الفئة؛ والذي شمل سبعة محاور، كما يلي:

المحور الأول: الخصائص الديموغرافية لعينة البحث

شملت الخصائص الديموغرافية: العمر، الحالة الاجتماعية، الرتبة، الجنس، والمصاحبة. والتي يمكن أن نعرضها في الجدول التالي:

الجدول(20.5): الخصائص الديموغرافية لعينة البحث (الطاقم شبه الطبي - القطاع الصحي)

المجموع	الصفات الديموغرافية للعينة				المتغير
	أكثر من 44	38-43	32-37	26-31		الفئة
18	1	5	8	4	العمر
%100	%5.6	%27.8	%44.4	%22.2	النسبة
18	أعزب		متزوج		الحالة الاجتماعية
%100	2		16		العدد
%100	%11.1		%88.9		النسبة
18	مؤهل		حاصل على شهادة دولة		الرتبة
%100	8		10		العدد
%100	%44.44		%55.56		النسبة
18	أنثى		ذكر		الجنس
%100	9		9		العدد
%100	%50		%50		النسبة
18	جراحة عامة	طب الأطفال		الطب الداخلي	المصاحبة
%100	9	2		7	العدد
%100	%50	%11.1		%38.9	النسبة

بناء على معطيات الجدول أعلاه، يمكن تسجيل الملاحظات التالية:

- العينة متساوية من حيث الجنس.
- (44.4%) من المستجوبين ينتمون للفئة العمرية [32-37] تأتي بعدها الفئة العمرية [38-43] و [26-31]
- المستجوبين غالبيتهم (88.9%) متزوجون .
- نسبة الحاصلين على شهادة دولة مثلت 56.66% مقابل 44.44% من المؤهلين.
- شكل مرضى مصلحة الجراحة العامة نصف أفراد العينة

المحور الثاني: استجابات الطاقم شبه الطبي نحو الرضا عن الوظيفة

يمكن عرض إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو الرضا عن الوظيفة في الجدول التالي:

الجدول (1): استجابات الطاقم شبه الطبي نحو الرضا عن الوظيفة

النسبة	التكرار	
22.2	4	- راضي جدا
44.4	8	- راضي
16.7	3	- غير راض
16.7	3	- غير راض جدا
100	18	المجموع

نلاحظ أن نسبة الرضا (66.66%) أكبر من نسبة عدم الرضا (33.33%). لكن رغم هذا تبقى نسبة عدم الرضا مهمة، وتشير ربما عن تدهور المناخ الاجتماعي للشبه الطبيين. وبإمكاننا تحليل النسب أعلاه حسب الرتبة كما يلي:

الرتبة:

المجموع	مؤهل	حاصل على شهادة دولة	
4	2	2	- راضي جدا
8	3	5	- راضي
3	1	2	- غير راض
3	2	1	- غير راض جدا
18	8	10	المجموع

يتبين من الجدول أن نسبة عدم الرضا شكلت 30% عند الحاصلين على شهادة دولة مقابل 37.5% عند المؤهلين.

المحور الثالث : استجابات الطاقم شبه الطبي نحو التكوين

يتضمن هذا المحور إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو الاستفادة من التكوين المستمر ومدى ملائمتهم لاحتياجاتهم.

1- إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو الاستفادة من التكوين المستمر

يمكن عرض إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو الرضا عن الوظيفة في الجدول التالي:

الجدول(): استجابات الطاقم شبه الطبي نحو الاستفادة من التكوين المستمر

النسبة	التكرار	
27.8	5	- نعم
72.2	13	- لا
100	18	المجموع

نلاحظ أن نسبة عدم الاستفادة من تكوين مستمر كبيرة (72.22%) ، وهذا ما قد يؤثر على كفاءة الطاقم شبه الطبي.

ويمكن تحليل النسب حسب الرتبة كما يلي:

- الرتبة

المجموع	مؤهل	حاصل على شهادة دولة	
5	2	3	- نعم
13	6	7	- لا
18	8	10	المجموع

نلاحظ أن نسبة المجيبين بعدم استفادتهم من التكوين المستمر مثلت (70%) عند الحاصلين على شهادة دولة مقابل (75%) عند المؤهلين.

2 - استجابات الطاقم شبه الطبي نحو درجة ملائمة التكوين لاحتياجاتهم

يمكن عرض استجابات الطاقم شبه الطبي نحو درجة ملائمة التكوين لاحتياجاتهم في الجدول التالي:

الجدول(): استجابات الطاقم شبه الطبي نحو درجة ملائمة التكوين لاحتياجاتهم

النسبة	التكرار	
5.6	1	- ملائم جدا
5.6	1	- ملائم
11.11	2	- غير ملائم
5.6	1	- غير ملائم تماما
72.22	13	- عدم الإجابة
100	18	المجموع

نلاحظ أن الذين أجابوا بأنهم استفادوا من تكوين مستمر أقرروا بنسبة (60%) أنه غير ملائم لاحتياجاتهم.

المحور الرابع: استجابات الطاقم شبه الطبي نحو التأطير وتحديد المهام

يتضمن هذا المحور استجابات الطاقم شبه الطبي نحو التأطير وتحديد المهام

1 - استجابات الطاقم شبه الطبي نحو التأطير

يمكن عرض استجابات الطاقم شبه الطبي نحو التأطير وتحديد المهام في الجدول التالي:

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

الجدول (1): استجابات الطاقم شبه الطبي نحو التأطير وتحديد المهام

النسبة	التكرار	
11.1	2	- راضي جدا
33.3	6	- راضي
22.2	4	- غير راض
33.3	6	- غير راض جدا
100	18	المجموع

نلاحظ أن نسبة عدم الرضا عن التأطير (55%) ونسبة الرضا (45%) تقريبا متساويين.

ويمكن تحليل ذلك حسب معياري المصلحة والرتبة كما يلي :

أ- المصلحة:

المجموع	جراحة عامة	طب الأطفال	الطب الداخلي	
2	2	-	-	- راضي جدا
6	3	1	2	- راضي
4	2	1	1	- غير راض
6	2	-	4	- غير راض جدا
18	9	2	7	المجموع

يتبين من الجدول أعلاه أن نسبة عدم الرضا في مصلحة الطب الداخلي كبيرة (71.42%) مقارنة بنسبة الرضا (28.57%). وعلى العكس من ذلك فنسبة الرضا (55.55%) على مستوى مصلحة الجراحة العامة تقريبا مساوية لنسبة عدم الرضا (44.45%).

ب- الرتبة:

المجموع	مؤهل	حاصل على شهادة دولة	
2	1	1	- راضي جدا
6	3	3	- راضي
4	2	2	- غير راض
6	2	4	- غير راض جدا
18	8	10	المجموع

يتضح من الجدول أن نسبة عدم الرضا شكلت (60%) عند الحاصلين على شهادة دولة مقابل (50%) عند المؤهلين.

2- استجابات الطاقم شبه الطبي نحو تحديد المهام

يمكن إبراز هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (2): استجابات الطاقم شبه الطبي نحو تحديد المهام

النسبة	التكرار	
22.2	4	- واضحة جدا
33.3	6	- واضحة
27.8	5	- غير واضحة
16.7	3	- غير واضحة تماما
100	18	المجموع

يتبين أن نسبة المجيبين بأن المهام واضحة كانت (55.55%)؛ يعني أن (44.44%) أجابوا بعدم وضوح المهام، وهذه الأخيرة تعتبر هامة لأنها قد تؤثر على جودة الخدمات المقدمة للمرضى، وتؤدي إلى تداخل المسؤوليات.

ويمكن تحليل النسب السابقة بدلالة المصلحة والرتبة كما يلي.

أ- المصلحة:

المجموع	جراحة عامة	طب الأطفال	الطب الداخلي	
4	2	1	1	- واضحة جدا
6	1	1	4	- واضحة
5	5	-	-	- غير واضحة
3	1	-	2	- غير واضحة تماما
18	9	2	7	المجموع

يتضح انطلاقا من الجدول أن الطاقم شبه الطبي صرح بأن المهام محددة بوضوح بنسبة (71.42%). أما على مستوى مصلحة الجراحة العامة، فكانت الإجابة بعدم وضوح المهام بنسبة (66.66%) ، وهي نسبة معتبرة قد تؤثر على مردودية هذه المصلحة .

ب- الرتبة:

المجموع	مؤهل	حاصل على شهادة دولة	
4	2	2	- واضحة جدا
6	3	3	- واضحة
5	2	3	- غير واضحة
3	1	2	- غير واضحة تماما
18	8	10	المجموع

نلاحظ من الجدول أن 50% من الحاصلين على شهادة دولة صرحوا بأن المهام غير واضحة، مقابل 37.5% من المؤهلين.

المحور الخامس: استجابات الطاقم شبه الطبي نحو ظروف العمل

يشمل المحور الرابع استجابات الطاقم شبه الطبي نحو ظروف العمل، والتي يمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول (1): استجابات الطاقم شبه الطبي نحو ظروف العمل

النسبة	التكرار	
16.7	3	- راضي
33.3	6	- غير راض
50	9	- غير راض جدا
100	18	المجموع

نلاحظ أن نسبة عدم الرضا عن ظروف العمل كبيرة جدا (83.3%).

وإذا أردنا أن نحلل النسب السابقة حسب المصلحة، فسوف تكون النتائج كما يلي:

المصلحة:

المجموع	جراحة عامة	طب الأطفال	الطب الداخلي	
3	1	-	2	- راضي
6	3	-	3	- غير راض
9	5	2	2	- غير راض جدا
18	9	2	7	المجموع

نلاحظ أن نسبة عدم الرضا كبيرة في كل المصالح وهي كالتالي: 71.42%، 100%، 88.88%

المحور السادس: استجابات الطاقم الشبه الطبي نحو العلاقة مع الأطراف الأساسية

يتضمن هذا المحور استجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة مع الأطراف الأساسية، والمتمثلة في أفراد الطاقم شبه الطبي، الأطباء، والمرضى.

1- استجابات الطاقم الشبه الطبي نحو العلاقة بينهم

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): استجابات الطاقم الشبه الطبي نحو العلاقة بينهم

النسبة	التكرار	
44.4	8	- راضي جدا
27.8	5	- راض
27.8	5	- غير راض
100	18	المجموع

يتضح من الجدول أن نسبة الرضا (72.23%) كبيرة مقارنة بعدم الرضا (27.77%)، وهذا ما يخلق جو من التعاون، والذي يعود بالنفع على جودة الخدمات المقدمة.

2- استجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة بينهم وبين الطاقم الطبي

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (2): استجابات الطاقم الشبه الطبي نحو العلاقة بينهم وبين الطاقم شبه الطبي

النسبة	التكرار	
27.8	5	- راضي جدا
38.9	7	- راضي
27.8	5	- غير راض
5.6	1	- غير راض جدا
100	18	المجموع

يتضح من الجدول أعلاه أن الطاقم شبه الطبي راضي بنسبة (66.7%) عن علاقته بالطاقم الطبي.

ويمكننا تحليل النسب أعلاه حسب المصلحة كما يلي :

المصلحة:

المجموع	جراحة عامة	طب الأطفال	الطب الداخلي	
5	3	1	1	- راضي جدا
7	2	1	4	- راضي
5	3	-	2	- غير راض
1	1	-	-	- غير راض جدا
18	9	2	7	المجموع

يتضح من الجدول أن نسبة الرضا في كل المصالح أكبر من نسبة عدم الرضا، لكن على مستوى مصلحة الجراحة العامة، فهناك نسبة عدم رضا هامة (44.44%) يجب أخذها بعين الاعتبار لما لمصلحة الجراحة من خصوصية.

3- استجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة بينهم وبين المرضى

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(1): استجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة بينهم وبين المرضى

النسبة	التكرار	
38.9	7	- ممتازة
22.2	4	- جيدة
38.9	7	- عادية
100	18	المجموع

أقر (38.9%) من أفراد العينة بأن العلاقة بينهم وبين المرضى ممتازة، في حين رأى (22.2%) منهم أنها جيدة.

4- استجابات الطاقم شبه الطبي نحو التكفل بالمرضى

النسبة	التكرار	
16.7	3	- راضي جدا
50	9	- راضي
27.8	5	- غير راض
5.6	1	- غير راض جدا
100	18	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن الطاقم شبه الطبي راضي عن التكفل بالمرضى بنسبة 66.7%، مقابل نسبة عدم رضا تقدر بـ33.33%.

5- استجابات الطاقم شبه الطبي نحو التكفل بالمرضى من الناحية النفسية

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(2): استجابات الطاقم شبه الطبي نحو التكفل بالمرضى من الناحية النفسية

النسبة	التكرار	
83.3	15	- نعم
16.7	3	- لا
100	18	المجموع

يتضح من الجدول أن الطاقم شبه الطبي يقدم الدعم النفسي للمرضى، بنسبة كبيرة تقدر بـ(83.3%).

المحور السابع : استجابات الطاقم شبه الطبي نحو النظافة

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(1): استجابات الطاقم الشبه الطبي نحو النظافة

النسبة	التكرار	
5.6	1	- راضي جدا
33.3	6	- راضي
27.8	5	- غير راض
33.3	6	- غير راض جدا
100	18	المجموع

نلاحظ انطلاقا من الجدول أن نسبة عدم الرضا عن النظافة كبيرة نوعا ما (61.1%) مقارنة بنسبة الرضا (38.9%).

ويمكن تحليل النسب السابقة بدلالة المصلحة كما يلي:

المصلحة:

المجموع	جراحة عامة	طب الأطفال	الطب الداخلي	
1	-	-	1	راضي جدا
6	2	-	4	راضي
5	5	-	-	غير راض
6	2	2	2	غير راض جدا
18	9	2	7	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة عدم الرضا كانت كبيرة جدا في مصلحة الجراحة العامة منه في مصلحة الطب الداخلي، وكانت على التوالي 77.77%، 28.57%.

الاقتراحات:

يمكن عرض اقتراحات الطاقم شبه الطبي في الجدول التالي:

الجدول(2): اقتراحات الطاقم شبه الطبي

النسبة	التكرار	
11.1	2	- التكوين + الأجر
22.2	4	- ظروف العمل + النظافة
22.2	4	- التكوين + النظافة
11.1	2	- الوسائل + الأجر
5.6	1	- التكوين + الوسائل + الأجر
16.7	3	- التكوين + ظروف العمل + الأجر
5.6	1	- التكوين + الوسائل + النظافة
5.6	1	- تحديد المهام + النظافة
100	18	المجموع

نلاحظ أن أغلب الاقتراحات كانت متمركزة أساسا في الجوانب التالية على التوالي (ظروف العمل والنظافة) (22.2%)، (التكوين والنظافة) (22.2%)، (التكوين، ظروف العمل والأجر) (16.7%) .

المطلب الثالث: واقع الرضا الوظيفي لدى الأطباء في القطاع الصحي بالروبية

من أجل معرفة واقع الرضا الوظيفي لدى الطاقم الطبي، نظرا لارتباطه الوثيق بنوعية الخدمات المقدمة للمرضى، قمنا بتحليل الاستبيان الخاص بهذه الفئة؛ والذي شمل ستة محاور، كما يلي:

المحور الأول : الخصائص الديموغرافية لعينة البحث

يمكن عرض الخصائص الديموغرافية لعينة البحث في الجدول التالي:

الجدول(21.5):الخصائص الديموغرافية لعينة البحث (الأطباء- القطاع الصحي)

المتغير	الصفات الديموغرافية للعينة				
	المجموع	أكثر من 44	44-39	38-33	32-27
العمر	العدد	1	1	2	20
	النسبة	%4.2	%4.2	%8.3	%83.3
	الفئة	أعزب		متزوج	
الحالة الاجتماعية	العدد	14		10	
	النسبة	%58.3		%41.7	
	الفئة	أستاذ مساعد	مساعد	مقيم	
الرتبة	العدد	1	5	18	
	النسبة	%4.2	%20.8	%75.0	
	الفئة	أنثى		ذكر	
الجنس	العدد	11		13	
	النسبة	%45.8		%54.2	
	الفئة	خارج الجزائر العاصمة		الجزائر العاصمة	
محل الإقامة	العدد	9		15	
	النسبة	%37.5		%62.5	
	الفئة	جراحة عامة	طب الأطفال	طب داخلي	
المصلحة	العدد	12	3	9	
	النسبة	%50	%12.5	%37.5	

انطلاقا من الجدول أعلاه يمكن تسجيل الملاحظات التالية:

- العينة متساوية تقريبا من حيث الجنس .
- أن العزاب يفوقون المتزوجون بـ 16.6% .
- يشكل المستجوبين الموجودين على مستوى مصلحة الجراحة العامة نصف العينة 50%، يأتي بعدها مصلحة الطب الداخلي بنسبة 37.5%.
- بلغت نسبة المقيمين 75% من أفراد العينة.
- غالبية المستجوبين من الفئة العمرية [27-32]
- نسبة الأطباء (62.5%) الذين يقطنون في الجزائر العاصمة وضواحيها أكبر من نسبة الأطباء الذين يقطنون خارج الجزائر العاصمة (37.5%).

المحور الثاني: استجابات الأطباء نحو العلاقة مع الأطراف الأساسية

تمثلت الأطراف الأساسية في كل من المرضى، الزملاء (الأطباء بمختلف رتبهم) والطاقم شبه الطبي.

1- استجابات الأطباء نحو العلاقة بالمرضى

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): استجابات الأطباء نحو العلاقة بالمرضى

النسبة	التكرار	
20.8	5	- راضي جدا
70.8	17	- راضي
8.3	2	- غير راض
100	24	المجموع

نلاحظ أن الأطباء راضون عن العلاقة بينهم وبين المرضى بنسبة (91.7%)؛ بينما نسبة عدم الرضا شكلت فقط 8.3%.

يمكن تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية:

أ- المصلحة:

المجموع	جراحة عامة	طب الأطفال	الطب الداخلي	
5	-	-	5	- راضي جدا
17	10	3	4	- راضي
2	2	-	-	- غير راض
24	12	3	9	المجموع

يتبين أن نسبة الرضا عموما كانت كاملة في مصلحة الطب الداخلي، ومصلحة طب الأطفال، بينما مصلحة الجراحة العامة، فكانت مقسمة بين الرضا (83.33%) وعدم الرضا (16.66%).

ب- الرتبة:

المجموع	أستاذ مساعد	مقيم	
5	1	4	- راضي جدا
17	5	12	- راضي
2	-	2	- غير راض
24	5	18	المجموع

يتجلى من الجدول أن نسبة الرضا كانت كبيرة في كل من الرتبتين.

ج- السن:

المجموع	44+	44-39	38-33	32-27	
5	-	-	-	5	- راضي جدا
17	1	1	2	13	- راضي
2	-	-	-	2	- غير راض
24	1	1	2	20	المجموع

يلاحظ من الجدول أن نسبة الرضا كانت كبيرة في كل الفئات العمرية.

2- استجابات الأطباء نحو التكفل بالمرضى

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(): استجابات الأطباء نحو التكفل بالمرضى

النسبة	التكرار	
16.7	4	- راضي جدا
50	12	- راضي
29.2	7	- غير راض
4.2	1	- غير راض تماما
100	24	المجموع

يتبين من خلال الجدول أن نسبة عدم الرضا عن التكفل بالمرضى بلغت (33.41%). ويمكن تحليل النسب أعلاه حسب معياري المصلحة والجنس كما يلي:

أ- المصلحة:

المجموع	جراحة عامة	طب الأطفال	الطب الداخلي	
4	1	-	3	- راضي جدا
12	6	2	4	- راضي
7	4	1	2	- غير راض
1	1	-	-	- غير راض تماما
24	12	3	9	المجموع

يظهر الجدول أن نسبة الرضا كانت أكبر من نسبة عدم الرضا في كل من مصلحة الطب الداخلي ومصلحة طب الأطفال. بينما على مستوى مصلحة الجراحة العامة، كانت نسبة الرضا (58.33%) أعلى بقليل من نسبة عدم الرضا (41.66%).

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
4	3	1	- راضي جدا
12	5	7	- راضي
7	3	4	- غير راض
1	-	1	- غير راضي تماما
24	11	13	المجموع

يتجلى من الجدول أن نسبة الرضا كانت أعلى من نسبة عدم الرضا لدى الجنسين.

3- استجابات الأطباء نحو العلاقة بالزملاء

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(): استجابات الأطباء نحو العلاقة بالزملاء

النسبة	التكرار	
37.5	9	- راضي جدا
50	12	- راضي
12.5	3	- غير راض
100	24	المجموع

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

نلاحظ أن نسبة الرضا عموما (راضي جدا وراضي) مرتفعة، بحيث شكلت 87.5%، في حين تمثلت نسبة عدم الرضا 12.5% فقط.

وبإمكاننا تحليل النسب أعلاه حسب معيار المصلحة والجنس كما يلي:

أ- المصلحة:

المجموع	جراحة عامة	طب الأطفال	الطب الداخلي	
9	4	2	3	- راضي جدا
12	5	1	6	- راضي
3	3	-	-	- غير راض
24	12	3	9	المجموع

نلاحظ أن نسبة الرضا (راضي جدا وراضي) كانت في كل من مصلحتي الطب الداخلي وطب الأطفال كاملة، بينما مثلت نسبة الرضا في مصلحة الجراحة العامة 75%.

ب - الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
9	4	5	- راضي جدا
12	7	5	- راضي
3	-	3	- غير راض
24	11	13	المجموع

نلاحظ من الجدول أن نسبة الرضا (راضي جدا وراضي) كانت أعلى عند الذكور (76.92%) من نسبة عدم الرضا (23.08%)، بينما عند الإناث فكانت نسبة الرضا تامة.

4- استجابات الأطباء نحو العلاقة بالطاقم شبه الطبي

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): استجابات الأطباء نحو العلاقة بالطاقم شبه الطبي

النسبة	التكرار	
29.2	7	- راضي جدا
41.7	10	- راضي
25.0	6	- غير راض
4.2	1	- غير راض تماما
100	24	المجموع

نلاحظ أن نسبة الرضا عموما كانت 70.9%، بينما شكلت نسبة عدم الرضا 29.1%، وهي نسبة هامة، قد تؤدي إلى عرقلة النشاط العادي للمصالح.

ويمكن تحليل النسب السابقة وفق الأبعاد التالية :

أ- المصلحة:

المجموع	جراحة عامة	طب الأطفال	الطب الداخلي	
7	3	1	3	- راضي جدا
10	2	2	6	- راضي
6	6	-	-	- غير راض
1	1	-	-	- غير راضي تماما
24	12	3	9	المجموع

نلاحظ أن نسبة الرضا في مصلحتي الطب الداخلي وطب الأطفال كاملة، بينما في مصلحة الجراحة العامة فنسبة عدم الرضا (58.33%) أكبر من نسبة الرضا (41.67%).

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
7	3	4	- راضي جدا
10	8	2	- راضي
6	-	6	- غير راض
1	-	1	- غير راض تماما
24	11	13	المجموع

نلاحظ أن نسبة الرضا كانت تامة عند الإناث، بينما عند الذكور فكانت موزعة بين الرضا وعدم الرضا بالنسبة التالية على التوالي: 46.15%، 53.85%.

ج- الرتبة:

المجموع	أستاذ مساعد	مقيم	
7	3	4	- راضي جدا
10	2	8	- راضي
6	-	6	- غير راض
1	1	-	- غير راض تماما
24	6	18	المجموع

نلاحظ أن نسبة الرضا عند المقيمين تشكل ضعف نسبة عدم الرضا، بينما عند الأساتذة المساعدين، فنسبة الرضا تمثل 83.33%.

المحور الثالث: إستجابات الأطباء نحو التكوين

يتضمن هذا المحور إستجابات الأطباء نحو إمكانيات التكوين المستمر ودرجة ملائمته لاحتياجاتهم.

1- إستجابات الأطباء نحو إمكانيات التكوين المستمر

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): استجابات الأطباء نحو إمكانيات التكوين المستمر

النسبة	التكرار	
8.3	2	- راضي جدا
25	6	- راضي
29.2	7	- غير راض
37.5	9	- غير راض تماما
100	24	المجموع

يتبين من خلال الجدول أن نسبة عدم الرضا كبيرة (66.66%) مقارنة بنسبة الرضا، والتي تمثل 33.34%. ويمكن تحليل النسب أعلاه وفق الأبعاد التالية:

أ- المصلحة:

المجموع	جراحة عامة	طب الأطفال	الطب الداخلي	
2	-	-	2	- راضي جدا
6	3	1	2	- راضي
7	3	2	2	- غير راض
9		-	3	- غير راضي تماما
24	12	3	9	المجموع

نلاحظ أن نسبة عدم الرضا ونسبة الرضا كانتا تقريبا متساويتين في مصلحة الطب الداخلي ، بينما في مصلحة طب الأطفال فكانت نسبة عدم الرضا كبيرة تمثل ضعف نسبة الرضا. أما على مستوى مصلحة الجراحة العامة ، فكانت نسبة عدم الرضا (75%) أكبر من نسبة الرضا (25%)، وهذا ما يفسر ربما حاجة الجراحين لتعلم تقنيات الجراحة الحديثة .

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
1	-	2	- راضي جدا
6	4	2	- راضي
7	4	3	- غير راض
9	3	6	- غير راض تماما
24	11	13	المجموع

يلاحظ أن نسبة عدم الرضا عند الذكور (69.23%) أعلى من نسبة الرضا (30.77%) . ونفس الشيء عند الإناث، فنسبة عدم الرضا (63.63%) أعلى من نسبة الرضا (36.37%).

ج- الرتبة:

المجموع	أستاذ مساعد	مقيم	
2	-	2	- راضي جدا
6	1	5	- راضي
7	4	3	- غير راض
9	1	8	- راض تماما
24	6	18	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة عدم الرضا (61.11 %) لدى المقيمين أقل من نسبة عدم الرضا (83.33%) لدى الأساتذة المساعدين.

2- إستجابات الأطباء نحو ملائمة التكوين لاحتياجاتهم

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(1): استجابات الأطباء نحو ملائمة التكوين لاحتياجاتهم

النسبة	التكرار	
33.3	8	- نعم
6.7	16	- لا
100	24	المجموع

نلاحظ أن الذين أجابوا بأن التكوين غير ملائم للاحتياجات (66.66%) ضعف الذين أجابوا بـ " نعم" (33.33%) .

ويمكن تحليل النسب أعلاه حسب البعدين الآتيين:

أ- المصلحة:

المجموع	جراحة عامة	طب الأطفال	الطب الداخلي	
8	1	-	7	- نعم
13	11	3	2	- لا
24	12	3	9	المجموع

نلاحظ أن نسبة الذين أجابوا بـ " نعم " في مصلحة الطب الداخلي (77.77%) كانت أكبر من الذين أجابوا بـ "لا" (22.23%) ، بينما في مصلحة طب الأطفال فكانت الإجابات كلها توحى بأن التكوين ملائم للاحتياجات. أما في مصلحة الجراحة العامة، فنسبة الذين أجابوا بعدم توافق التكوين مع الاحتياجات (91.66%) كانت أكبر بكثير، وهذا ما يبرره نسبة عدم الرضا (75%) عن إمكانيات التكوين المستمر في هذه المصلحة.

ب- الرتبة:

المجموع	مقيم	أستاذ مساعد	
8	7	1	- نعم
16	11	5	- لا
24	18	6	المجموع

نلاحظ أن نسبة المقيمين الذين أجابوا بعدم توافق التكوين مع احتياجاتهم (61.11%) أقل من تلك المسجلة في صنف الأساتذة المساعدين (83.33%).

المحور الرابع: إستجابات الأطباء نحو وسائل العمل وعراقيله والأجر

يتضمن هذا المحور إستجابات الأطباء نحو توافر وسائل العمل والعراقيل التي تواجههم، إلى جانب استجاباتهم نحو الأجر.

1- إستجابات الأطباء نحو توافر وسائل العمل

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): استجابات الأطباء نحو توافر وسائل العمل

النسبة	التكرار	
4.2	1	- متوافرة
83.3	20	- متوافرة بقلّة
12.5	3	- غير متوافرة تماما
100	24	المجموع

يلاحظ أن نسبة الأطباء الذين أجابوا بقلّة وسائل العمل كبيرة جدا (83.33%)، وهذا ما يشكل عائقا كبيرا لتقديم خدمات ذات جودة .

ويمكن تحليل النسب أعلاه بدلالة المصلحة والرتبة كما يلي :

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

أ- المصلحة:

المجموع	جراحة عامة	طب الأطفال	الطب الداخلي	
1	1	-	-	- متوافرة
20	9	3	8	- متوافرة بقلّة
3	2	-	1	- غير متوافرة تماما
24	12	3	9	المجموع

نلاحظ أن نسبة الذين أجابوا بقلّة وسائل العمل أعلى في كل المصالح، وهذا يعني أن ظاهرة قلّة الوسائل ظاهرة عامة.

ب- الرتبة:

المجموع	أستاذ مساعد	مقيم	
1	1	-	- متوافرة
20	4	16	- متوافرة بقلّة
3	1	2	- متوافرة تماما
24	6	18	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول كل من المقيمين والأساتذة المساعدين قد أقرّوا بقلّة الوسائل المتوفرة.

2- استجابات الأطباء نحو العراقل التي يواجهونها

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): استجابات الأطباء نحو العراقل التي يواجهونها

النسبة	التكرار	
33.3	8	- قلّة الوسائل
8.3	2	- قلّة التنظيم
8.3	2	- قلّة التكوين
12.5	3	- قلّة الوسائل والتنظيم
25.0	6	- قلّة الوسائل والتكوين
12.5	3	- عدم الإجابة
100	24	المجموع

نلاحظ أن أكبر عائق أمام تقديم خدمات ذات جودة يتمثل في نقص الوسائل (33%)، بالإضافة إلى أن نقص الوسائل قد اقترن بنقص التكوين والتنظيم.

3- استجابات الأطباء نحو الأجر

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (2): استجابات الأطباء نحو الأجر

النسبة	التكرار	
54.2	13	- غير راض
45.8	11	- غير راض تماما
100	24	المجموع

نلاحظ أن نسبة عدم الرضا عن الأجر تامة، حيث أجاب (54.2%) من الأطباء بأنهم غير راضين و(45.8%) غير راضين تماما.

المحور الخامس: إستجابات الأطباء نحو النظافة والالتهابات المكتسبة في المستشفى

يشمل هذا المحور إستجابات الأطباء نحو النظافة والالتهابات المكتسبة في المستشفى.

1- إستجابات الأطباء نحو النظافة

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(1): استجابات الأطباء نحو النظافة

النسبة	التكرار	
4.2	13	- مرتفعة
79.2	11	- رديئة
16.2	4	- رديئة جدا
100		المجموع

نلاحظ أن نسبة الأطباء الذين أجابوا برداءة مستوى النظافة (رديئة ورديئة جدا) كانت كبيرة (95.9%).

وإذا أردنا أن نستكشف هذه النسب حسب كل مصلحة، تكون النتائج كالتالي:

- المصلحة:

المجموع	جراحة عامة	طب الأطفال	الطب الداخلي	
1	1	-	-	- مرتفعة
19	7	3	9	- رديئة
4	4	-	-	- رديئة جدا
24	12	3	9	المجموع

يتبين من خلال الجدول أن الأطباء الموجودين على مستوى مصلحتي الطب الداخلي وطب الأطفال قد أقرروا برداءة مستوى النظافة، كما أن الموجودين على مستوى مصلحة الجراحة العامة قد أقرروا برداءة مستوى النظافة بشكل كبير (91.66%).

2- استجابات الأطباء نحو الالتهابات المكتسبة في المستشفى

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(2): استجابات الأطباء نحو الالتهابات المكتسبة في المستشفى

النسبة	التكرار	
70.8	17	- نعم
29.2	7	- لا
100	24	المجموع

نلاحظ انطلاقا من الجدول أن نسبة الأطباء الذين أقرروا بوجود العدوى الناتجة عن المستشفيات كبيرة (70.8%)، وهذا ما يشكل خطر كبير على صحة المرضى ويحمل المستشفى تكاليف إضافية هو في غنى عنها.

ويمكن عرض النسب السابقة بدلالة المصلحة كما يلي:

- المصلحة:

المجموع	جراحة عامة	طب الأطفال	الطب الداخلي	
17	8	2	7	- نعم
7	4	1	2	- لا
24	12	3	9	المجموع

يتجلى من خلال الدول أن العدوى الناتجة عن المستشفيات موجودة في جميع المصالح المستقصاة، وبالنسب التالية على التوالي: 77.77% ، 66.66% ، 66.66%.
والجدير بالإشارة أنه سجلت حالتين للالتهابات المكتسبة في مستشفى رويبة في جوان 2004 ومارس 2006، وترتب عنها غلق جناح العمليات¹.

3- إستجابات الأطباء حول أسباب الالتهابات المكتسبة في المستشفى

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(1): استجابات الأطباء نحو أسباب الالتهابات المكتسبة في المستشفى

النسبة	التكرار	
45.8	11	- نقص النظافة
25	6	- عجز نظام الوقاية
29.2	7	- عدم الإجابة
100	24	المجموع

يتبين من الجدول أن أحد الأسباب الرئيسية لوجود العدوى الناتجة عن المستشفيات هي نقص النظافة (45.8%) ثم يتبعه عجز نظام الوقاية بـ (25%). أما عدم الإجابة فتعبر عن الذين أجابوا بعدم وجود العدوى الناتجة عن المستشفى.

المحور السادس : استجابات الأطباء نحو مشروع إصلاح المستشفيات

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(2): استجابات الأطباء نحو مشروع إصلاح المستشفيات

النسبة	التكرار	
8.3	2	- لا يوجد تحسين
20.8	5	- غير مكيف مع احتياجات الصحة
45.8	11	- ضروري
25	6	- عدم الإجابة
100	24	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة معتبرة (45.2%) من الأطباء يرون أن مشروع إصلاح المستشفيات ضروري ومفيد، بينما يرى (20.8%) منهم أنه غير مكيف أو غير ملائم مع احتياجات الصحة،

¹ مصلحة مكافحة الأوبئة والطب الوقائي

وترى البقية أنه لا يوجد تحسين على مستوى المؤسسة الصحية. أما عدم الإجابة، فقد تعزى لعدم علم الأطباء بهذا المشروع.

الاقتراحات:

يمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول(1): اقتراحات الطاقم الطبي لتحسين جودة الخدمات المقدمة

النسبة	التكرار	
4.2	1	- إنشاء مراكز للتكوين المستمر
8.3	2	- إصلاح نظام تسيير المستشفيات
4.2	1	- تحسين ظروف الاستشفاء
8.3	2	- تحسين الظروف الاجتماعية للأطباء وشبه الطبيين
16.7	4	- توفير الوسائل
50.0	12	- توفير الوسائل وفرص التكوين
8.3	2	- عدم الإجابة
100	24	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن الأطباء قد ركزوا على جانب توفير الوسائل وفرص التكوين، وتحسين الظروف الاجتماعية للأطباء وشبه الطبيين وإصلاح نظام تسيير المستشفيات .

المبحث الثالث: استجابات المرضى والطاقم شبه الطبي والأطباء في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة " علي أيت ادير "

علي أيت ادير

على غرار المبحثين السابقين، سنعرض بطاقة تعريفية للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة " علي أيت ادير " كما يلي¹:

المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في جراحة الأعصاب "علي أيت ادير" عبارة عن مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، تقع المؤسسة في نهج "عبد الرزاق حاحاد" القصبة العليا، وإداريا تابع لدائرة باب الواد . فهي بناية استعمارية وكانت في سنة 1963 عيادة ولادة تحت اسم "فردان، VERDUN"، وبعد سنة 1963 تحولت إلى مستشفى جراحة الأعصاب، وهي الأولى في الجزائر، وسميت باسم الشهيد "علي أيت ادير" . تنقسم هذه المؤسسة إلى خمس مصالح : المخبر المركزي، مصلحة الأعصاب، مصلحة جراحة الأعصاب، مصلحة الأشعة، مصلحة الأعصاب الفيزيولوجية.

ويمكن عرض عدد الأسرة في الجدول التالي:

الجدول(22.5): عدد الأسرة بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة علي أيت ادير

مصلحة جراحة الأعصاب			مصلحة طب الأعصاب			عدد الأسرة
أطفال	نساء	رجال	أطفال	نساء	رجال	
16	16	24	16	16	16	

المصدر: مكتب القبول

¹ مكتب تسيير الموارد البشرية

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

يوضح الجدول أن مصلحة جراحة الأعصاب تشمل عدد أسرة أكبر من مصلحة طب الأعصاب.

أما ما يتعلق بالموارد البشرية، فهي موزعة كما يلي:

الجدول(23.5): توزيع الموارد البشرية سنة 2006 بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة "علي أيت إدير"

إداريين / تقنيين/ خدمات	الطاقم شبه الطبي			الأطباء		عمالة استشفائية - جامعية		
	مساعد شبه الطبي	مؤهل	حاصل على شهادة دولة	عام	أخصائي	مقيم	أستاذ مساعد	
6	0	4	22	0	3	17	3	مصلحة طب الأعصاب
12	-	3	34	1	0	9	11	مصلحة جراحة الأعصاب

المصدر: مكتب تسيير الموارد البشرية

كما يمكن عرض بعض مؤشرات الأداء (متوسط المكوث للاستشفاء، متوسط شغل الأسرة، معدل الوفاة) على مستوى المؤسسة الاستشفائية المتخصصة، في الجداول التالية:

الجدول(24.5): تطور متوسط المكوث للاستشفاء حسب المصالح بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة علي أيت إدير

2005	2004	2003	2002	
21	13.26	6.23	13.12	مصلحة طب الأعصاب
16.58	12.01	10.4	12.53	مصلحة جراحة الأعصاب

المصدر: مكتب القبول

يتضح من الجدول أن المكوث للاستشفاء في مصلحة طب الأعصاب قد انخفض بشكل ملفت للانتباه ما بين 2002 و2003، ليعاود الارتفاع بعد سنة 2003، وتقل نسبة الزيادة 60.06% سنة 2005 مقارنة بسنة 2002. أما على مستوى مصلحة جراحة الأعصاب، فعرف متوسط المكوث للاستشفاء كذلك انخفاضا ما بين 2002 و2003، ليرتفع فيما بعد، ووصلت نسبة الزيادة سنة 2005 مقارنة بسنة 2002 (32.32%).

الجدول(25.5): تطور متوسط شغل الأسرة حسب المصالح بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة علي أيت إدير

2005	2004	2003	2002	
66.01	69.22	29.8	57.31	مصلحة طب الأعصاب
76.1	87.68	66.2	65.16	مصلحة جراحة الأعصاب

المصدر: مكتب القبول

يتبين من الجدول أن متوسط شغل الأسرة على مستوى مصلحة طب الأعصاب، قد انخفض ما بين 2002 و2003، ليرتفع سنة 2004، ثم يعاود الانخفاض سنة 2005. أما على مستوى مصلحة جراحة الأعصاب، فعرف ارتفاعا ما بين 2002 و2004 قدر بـ 34.56%. كما يتضح أن متوسط شغل الأسرة على مستوى مصلحة جراحة الأعصاب أكبر من مصلحة طب الأعصاب، وقد يعود ذلك لخصوصية المصلحة.

الجدول(26.5): تطور معدل الوفاة بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة "علي أيت إدير"

2005	2004	2003	2002	
0.74	0.67	0.48	0.7	مصلحة طب الأعصاب
7.24	4.76	5.47	4.64	مصلحة جراحة الأعصاب

المصدر: مكتب القبول

يتجلى من الجدول أن معدل الوفاة على مستوى مصلحة طب الأعصاب عرف انخفاضا ما بين 2002 و2004، ليرتفع بعد سنة 2005. أما على مستوى مصلحة جراحة الأعصاب، فعرف ارتفاعا ما بين 2002 و2003، لينخفض سنة 2004، ثم يعاود الارتفاع سنة 2005.

المطلب الأول: استجابات المرضى نحو حزمة الخدمات المقدمة

تضمن هذا الاستبيان، كما أسلفنا الذكر، سبعة محاور نعرضها كما يلي:

المحور الأول: الخصائص الديموغرافية لعينة البحث

تمثلت الخصائص الديموغرافية للعينة في: الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، محل الإقامة، مدة الإقامة، والمصلحة. وهذا ما نوضحه في الجدول التالي:

الجدول (27.5): الخصائص الديموغرافية لعينة البحث (المرضى - المؤسسة الاستشفائية)

المجموع	الصفات الديموغرافية للعينة						المتغير
	أكثر من 55	55-45	44-35	34-25	24-15	الفئة	العمر
40	10	5	10	11	4	العدد	
% 100	% 25	% 12.5	% 25	% 27.5	% 10	النسبة	
	أعزب			متزوج		الفئة	الحالة الاجتماعية
40	11			29		العدد	
% 100	% 27.5			% 72.5		النسبة	
	أكثر من شهر	31-24	23-16	15-8	7-2	الفئة	مدة الإقامة
40	6	3	9	7	15	العدد	
% 100	% 15.0	% 7.5	% 22.5	% 17.5	% 37.5	النسبة	
	خارج الجزائر العاصمة			الجزائر العاصمة		الفئة	محل الإقامة
40	27			13		العدد	
% 100	% 67.6			% 32.5		النسبة	
	أنثى			ذكر		الفئة	الجنس
40	21			19		العدد	
% 100	% 52.5			% 47.5		النسبة	
	جراحة الأعصاب			طب الأعصاب		الفئة	المصلحة
40	18			22		العدد	
% 100	% 45			% 55		النسبة	

انطلاقاً من الجدول، يمكن تسجيل الملاحظات التالية:

- نسبة الإناث (52.5%) تفوق نسبة الذكور (47.5%) بـ 5%.
- أغلبية المستجوبين ينتمون إلى الفئة [25-34] ، ثم تأتي الفئتين [35-44] ، أكثر من 55 سنة .
- شكل المتزوجون (72.5%) من أفراد العينة، مقابل 27.5% عزاب .
- (67.5%) من أفراد العينة هم من خارج الجزائر العاصمة .
- 37.5% من المستجوبين مدة إقامتهم [2-7] ثم تأتي بعدها الفئة [16-23] ثم ترتب الفئات الأخرى .
- عدد المستجوبين على مستوى مصلحة طب الأعصاب (55%) يفوق ذلك العدد الموجود على مستوى مصلحة جراحة الأعصاب (45%) بـ 5% .

المحور الثاني: إستجابات المرضى نحو الاستقبال

يتضمن هذا المحور إستجابات المرضى نحو الاستقبال على مستوى مصلحة القبول والمصلحة المعالجة.

1- إستجابات المرضى نحو استقبال مصلحة القبول (الدخول)

يمكن تبيان هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(1): إستجابات المرضى نحو استقبال مصلحة القبول (الدخول)

النسبة	التكرار	
27.5	11	- راضي جدا
65.0	26	- راضي
7.5	3	- غير راض تماما
100	40	المجموع

يلاحظ أن نسبة الرضا عن الاستقبال على مستوى مصلحة القبول كانت كبيرة، حيث مثلت 92.5% . وباستطاعتنا تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية :

أ- المصلحة:

المجموع	غير راض تماما	راضي	راضي جدا	
22	3	17	2	- طب الأعصاب
18	-	9	9	- جراحة الأعصاب
40	3	26	11	المجموع

نلاحظ أن نسبة الرضا كانت أكبر في مصلحة جراحة الأعصاب من مصلحة طب الأعصاب، حيث شملت هذه الأخيرة على نسبة عدم الرضا قدرت بـ 13.63% .

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
11	6	5	- راضي جدا
26	12	14	- راضي
3	3	-	- غير راض تماما
40	21	19	المجموع

يوضح الجدول أن نسبة الرضا كانت أكبر عند الذكور منه عند الإناث، وسجلت نسبة عدم الرضا عند الإناث تساوي 14.28% .

2- إستجابات المرضى نحو نوعية الاستقبال على مستوى المصلحة المعالجة

يمكن تبيان هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(2): إستجابات المرضى نحو الاستقبال على مستوى المصلحة المعالجة

النسبة	التكرار	
52.5	21	- راضي جدا
35.0	14	- راضي
5.0	2	- غير راض
7.5	3	- غير راض تماما
100	40	المجموع

يتبين من الجدول أن نسبة الرضا (87.5%) أكبر من نسبة عدم الرضا (12.5%) .

وبإمكاننا تحليل النسب السابقة وفق الأبعاد التالية:

أ- المصلحة:

المجموع	غير راض تماما	غير راض	راضي	راضي جدا	
22	3	2	12	5	- طب الأعصاب
18	-	-	2	16	- جراحة الأعصاب
40	3	2	14	21	المجموع

يلاحظ أن نسبة عدم الرضا تركزت في مصلحة طب الأعصاب بنسبة 22.72%.
ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
21	12	9	- راضي جدا
14	7	7	- راضي
2	1	1	- غير راض
3	1	2	- غير راض تماما
40	21	19	المجموع

يتبين من الجدول أن نسبة الرضا عند الإناث (90.47%) أكبر بقليل من نسبة الرضا عند الذكور (84.21%)، بينما نسبة عدم الرضا فهي عند الذكور 15.79% أكبر من الإناث 9.52% .

المحور الثالث: إستجابات المرضى نحو طبيعة الخدمات العلاجية

يشمل هذا المحور إستجابات المرضى نحو اهتمام الأطباء، ودرجة حصولهم على المعلومات من طرفهم.

1- إستجابات المرضى نحو اهتمام الأطباء

يمكن تبيان هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): إستجابات المرضى نحو اهتمام الأطباء

النسبة	التكرار	
57.5	23	- مهتمين جدا
30.0	12	- مهتمين
5.0	2	- متوسطو الإهتمام
7.5	3	- غير مهتمين تماما
100	40	المجموع

يتضح من الجدول أن نسبة اهتمام الأطباء عالية 87.5%، مقابل نسبة عدم الإهتمام قدرت بـ 7.5%.
ويمكن تحليل النسب أعلاه حسب الأبعاد التالية:

أ- المصلحة:

المجموع	غير مهتمين تماما	متوسطو الإهتمام	مهتمين	مهتمين جدا	
22	3	2	11	6	- طب الأعصاب
18	-	-	1	17	- جراحة الأعصاب
40	3	2	12	23	المجموع

نلاحظ من الجدول أن نسبة الإهتمام كانت أكبر على مستوى مصلحة جراحة الأعصاب (100%) من مصلحة طب الأعصاب (77.27%)، والتي سجلت نسبة عدم اهتمام قدرت بـ 13.63% .

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
23	14	9	- مهتمين جدا
12	5	7	- مهتمين
2	1	1	- متوسطو الإهتمام
3	1	2	- غير مهتمين تماما
40	21	19	المجموع

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

يتجلى من الجدول أن نسبة الإهتمام كانت عند الإناث (90.47%) أكبر من الذكور (84.21%)؛ بينما نسبة عدم الإهتمام فكانت عند الذكور (10.52%) أكبر من الإناث (4.76%).

ج- مدة الإقامة:

المجموع	غير مهتمين تماما	متوسط الإهتمام	مهتمين	مهتمين جدا	
15	1	-	4	10	7-2
7	-	-	1	6	15-8
9	-	-	4	5	23-16
3	-	1	1	1	31-24
6	2	1	2	1	أكثر من شهر
40	3	2	12	23	المجموع

يظهر من الجدول أن نسبة قلة الإهتمام كانت أكبر، ومتساوية مع نسبة الإهتمام، عند المرضى الذين كانت مدة إقامتهم أكثر من شهر، بينما في الفئات الأخرى كانت نسبة الإهتمام أكبر.

2- إستجابات المرضى نحو حصولهم على المعلومات (الشروحات) من طرف الأطباء

يمكن تبيان هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): إستجابات المرضى نحو حصولهم على المعلومات من طرف الأطباء

النسبة	التكرار	
20.0	8	- دائما
47.5	19	- غالبا
12.5	5	- نادرا
20.0	8	- أبدا
100	40	المجموع

يوضح الجدول أن نسبة 12.5% من المستجوبين أقرروا بأنه نادرا ما يحصلون على شروحات ومعلومات عن حالتهم الصحية من طرف الأطباء، وإذا أضفنا لها نسبة (20%) ممن أجابوا بـ "أبدا"؛ فتصبح نسبة جديرة بالاهتمام.

و باستطاعتنا تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية :

أ- المصلحة:

المجموع	أبدا	نادرا	غالبا	دائما	
22	8	4	8	2	- طب الأعصاب
18	-	1	11	6	-جراحة لأعصاب
40	8	5	19	8	المجموع

يلاحظ بناء على الجدول أن نسبة الذين أجابوا بـ "نادرا" و"أبدا" ما يحصلون على شروحات عن حالتهم الصحية، كانت أكبر على مستوى مصلحة طب الأعصاب (54.54%) عن مصلحة جراحة الأعصاب (5.55%).

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
8	6	2	- دائما
19	11	8	- غالبا
5	1	4	- نادرا
8	-	8	- أبدا
40	18	22	المجموع

يتبين على أساس الجدول أعلاه أن نسبة الإهتمام كانت تقريبا متساوية مع نسبة قلة الإهتمام (نادرا وأبدا) عند الذكور والإناث، بينما نسبة قلة الإهتمام عند الذكور (47.36%) أكبر من الإناث (19.04%).

ج- مدة الإقامة:

المجموع	أبدا	نادرا	غالبا	دائما	
15	2	-	4	9	7-2
7	-	-	2	5	15-8
9	-	1	4	4	23-16
3	-	1	1	1	31-24
6	-	2	-	4	أكثر من شهر
40	2	4	11	23	المجموع

يظهر الجدول أن المرضى الذين أجابوا بعدم حصولهم على معلومات كانت مدة إقامتهم تنتمي للفئة [2-7]. أما من أجابوا بأنهم نادرا ما يحصلوا على معلومات وكانوا ينتمون إلى الفئتين [24-31] وأكثر من شهر .

المحور الرابع: إستجابات المرضى نحو طبيعة الخدمات التمريضية

يشمل هذا المحور على إستجابات المرضى نحو معاملة الطاقم شبه الطبي والتكفل بهم.

1- إستجابات المرضى نحو معاملة الطاقم شبه الطبي

يمكن تبيان هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): إستجابات المرضى نحو معاملة الطاقم شبه الطبي

النسبة	التكرار	
57.5	23	- دائما
27.5	11	- غالبا
10.0	4	- نادرا
5.0	2	- أبدا
100	40	المجموع

يتجلى من الجدول أن 85% من المستجوبين أفروا بأن الطاقم شبه الطبي كانوا لطفاء (دائما وغالبا).

ويمكن تحليل النسب أعلاه حسب الأبعاد التالية:

أ- المصلحة:

المجموع	أبدا	نادرا	غالبا	دائما	
22	2	4	4	12	- طب الأعصاب
18	-	-	7	11	- جراحة لأعصاب
40	2	4	11	23	المجموع

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

يلاحظ من الجدول أن نسبة المرضى الذين أجابوا بأن الطاقم شبه الطبي كانوا لطفاء معهم كانت كبيرة، على مستوى المصلحتين، من نسبة قلة اللطف أو عدمه. وسجلت نسبة عدم لطف في المعاملة من طرف الطاقم شبه الطبي على مستوى مصلحة طب الأعصاب قدرت بـ 27.27%.

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
23	13	10	- دائما
11	5	6	- غالبا
4	2	2	- نادرا
2	1	1	- أبدا
40	21	19	المجموع

نلاحظ على أساس الجدول أن نسبة المرضى الذين أجابوا بأن الطاقم شبه الطبي كانوا لطفاء معهم كانت كبيرة وتقريبا متساوية عند الصنفين، من نسبة قلة اللطف أو عدمه، بينما هذه الأخيرة كانت متساوية عند الصنفين .

2- إستجابات المرضى نحو التكفل بهم من قبل الطاقم شبه الطبي

يمكن تبيان هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): إستجابات المرضى نحو التكفل بهم من قبل الطاقم شبه الطبي

النسبة	التكرار	
5.0	2	- راضي جدا
42.5	17	- راضي
47.5	19	- غير راض
5.0	2	- غير راض تماما
5.0	22	المجموع

يلاحظ بناء على الجدول أن نسبة الرضا (47.5%) ونسبة عدم الرضا (52.5%) تقريبا متساوية .

ويمكننا تحليل النسب أعلاه حسب الأبعاد التالية:

أ- المصلحة:

المجموع	غير راض تماما	غير راض	راضي	راضي جدا	
22	1	15		-	- طب الأعصاب
14	1	4	11	2	- جراحة الأعصاب
40	2	19	17	2	المجموع

يتضح من الجدول أن نسبة عدم الرضا على مستوى مصلحة طب الأعصاب (72.72%) كانت أكبر من تلك

المسجلة على مستوى مصلحة جراحة الأعصاب (35.71%).

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
2	1	1	- راضي جدا
17	9	8	- راضي
19	11	8	- غير راض
2	-	2	- غير راض تماما
40	21	19	المجموع

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

يظهر الجدول أن نسبة عدم الرضا متساوية تقريبا، مع نسبة الرضا عند الجنسين.

ج- مدة الإقامة:

المجموع	غير راض تماما	غير راض	راض	راض جدا	
15	1	6	7	1	7-2
7	-	3	4	-	15-8
9	-	4	4	1	23-16
3	-	3	-	-	31-24
6	1	3	2	-	أكثر من شهر
	2	19	17	2	المجموع

يلاحظ أن نسبة الرضا عن التكفل بالمرضى من طرف الطاقم شبه الطبي أكبر من نسبة عدم الرضا عند المرضى الذين مدة إقامتهم في الفئات التالية: [7-2]، [15-88]، [23-16]. بينما الفئتين [31-24] وأكثر من شهر، فنسبة عدم الرضا كانت أكبر من نسبة الرضا.

المحور الخامس: إستجابات المرضى نحو السرعة في الحصول على الخدمات الصحية

يشمل هذا المحور إستجابات المرضى نحو السرعة في استخراج نتائج التحاليل والأشعة ومواعيد إجراء العمليات الجراحية.

1 - إستجابات المرضى نحو السرعة في استخراج نتائج التحاليل والأشعة

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(): إستجابات المرضى نحو السرعة في استخراج نتائج التحاليل والأشعة

النسبة	التكرار	
7.5	3	- لم أنتظر
47.5	19	- معقولة
2.5	1	- طويلة
30	12	- طويلة جدا
12.5	5	- خارج المستشفى
100	121	المجموع

يتبين من الجدول أن 30% من أفراد العينة قد أجابوا بأن مدة استخراج نتائج التحاليل والأشعة طويلة جدا، وهي نسبة جديرة بالاهتمام، بحيث عدم تسريع فترة استخراج التحاليل والأشعة يزيد من مدة بقاء المريض في المستشفى ويترتب عنه تكاليف إضافية.

ويمكن عرض عدد الأيام الضائعة في كل من مصلحة الأشعة، المخبر، طب الأعصاب وجراحة الأعصاب

في الجدول التالي:

الجدول(28.5): عدد الأيام الضائعة في كل من مصلحة الأشعة، المخبر، طب الأعصاب وجراحة الأعصاب

لسنة 2005

عدد الأيام	مصلحة الأشعة	المخبر	مصلحة طب الأعصاب	مصلحة جراحة الأعصاب
	113	48	62	289*

المصدر: مصلحة الصيانة

2- إستجابات المرضى نحو مواعيد إجراء العمليات الجراحية

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(): إستجابات المرضى نحو مواعيد إجراء العمليات الجراحية

النسبة	التكرار	
15.0	6	- معقولة
2.5	1	- طويلة
2.5	1	- طويلة جدا
80.0	32	- لم تجر
100	40	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن 80% من أفراد العينة لم يخضعوا لعملية جراحية، والذين خضعوا أجابوا بأن المدة معقولة بنسبة 15%، والباقي (51%) أقروا بأن المدة طويلة.

المحور السادس : استجابات المرضى نحو الغرفة

يتضمن هذا المحور إستجابات المرضى نحو الجوانب التالية: كفاية التجهيزات الطبية، رفاهية السرير، نظافة الغرفة، الاعتناء بالغرفة، ملائمة درجة حرارة الغرفة، درجة ملائمة الإضاءة.

1- استجابات المرضى نحو كفاية التجهيزات الصحية

يمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول(): استجابات المرضى نحو كفاية التجهيزات الصحية

النسبة	التكرار	
75.0	30	- نعم
25.0	10	- لا
100	40	المجموع

يظهر الجدول أن نسبة 75% من أفراد العينة قد أقروا بكفاية التجهيزات الصحية الموجودة.

ويمكن تحليل النسبتين أعلاه حسب الأبعاد التالية :

* من بين الأيام الضائعة هناك عطل لآلة 6* POUSSE SERINGNE BRAUN كلف المصلحة سنة (06) أشهر ضائعة، وكان السبب قطع الغيار.

أ- المصلحة:

المجموع	لا	نعم	
22	8	14	- طب الأعصاب
18	2	16	- جراحة الأعصاب
40	10	30	المجموع

يتضح من الجدول أن نسبة الذين أقرروا بكفاية التجهيزات الصحية الموجودة على مستوى مصلحة طب الأعصاب (63.63%) أقل من الذين أقرروا بكفاية التجهيزات الصحية على مستوى مصلحة جراحة الأعصاب (88.88%).

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
30	18	12	- نعم
10	3	7	- لا
40	21	19	المجموع

يتجلى من الجدول أن نسبة الذين أجابوا بأن التجهيزات الصحية كافية كانت عند الإناث (85.71%) أكبر من تلك المسجلة عند الذكور (63.15%).

ج- مدة الإقامة:

المجموع	أكثر من شهر	31-24	23-16	15-8	7-2	
30	2	3	7	5	13	- نعم
10	4	-	2	2	2	- لا
40	6	3	9	7	15	المجموع

نلاحظ انطلاقا من الجدول أن نسبة أفراد العينة المجيبين بأن التجهيزات الصحية كافية، كانت أعلى من المجيبين بأنها غير كافية في جميع الفئات، ما عدا الفئة أكثر من شهر، حيث شكلت نسبة المجيبين بأن التجهيزات غير كافية (66.66%).

2- استجابات المرضى نحو رفاهية السرير

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): استجابات المرضى نحو رفاهية السرير

النسبة	التكرار	
12.5	5	- مريح جدا
45.0	18	- مريح
25.0	10	- مريح نوعا ما
17.5	7	- غير مريح تماما
100	40	المجموع

يتبين من الجدول أن نسبة المجيبين بأن السرير مريح (45%) أعلى من الذين أجابوا بأنه مريح نسبيا (25%)، بينما هناك نسبة من المجيبين (17.5%) أجابوا بعدم رفاهية السرير.

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

ويمكن تحليل النسب أعلاه وفق الأبعاد التالية :

أ- المصلحة:

المجموع	غير مريح تماما	مريح نوعا ما	مريح	مريح جدا	
22	6	5	11	-	- طب الأعصاب
18	1	5	7	5	جراحة الأعصاب
40	7	10	18	5	المجموع

يلاحظ من خلال الجدول أن نسبة الذين أجابوا بأن السرير مريح (مريح ومريح جدا) كانت على مستوى مصلحة طب الأعصاب (50%) أقل من تلك المسجلة على مستوى مصلحة جراحة الأعصاب (66.66%).

بينما الذين أجابوا بعدم رفاهية السرير كانت على مستوى مصلحة طب الأعصاب (27.27%) أعلى من تلك المسجلة على مستوى مصلحة جراحة الأعصاب (5.55%).

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
5	3	2	- مريح جدا
18	1	7	- مريح
10	4	6	- مريح نوعا ما
7	3	4	- غير مريح تماما
40	21	19	المجموع

يتضح من الجدول أن نسبة المجيبين بأن السرير مريح (مريح و مريح جدا) كانت أعلى عند الإناث (66.66%) منه عند الذكور (47.36%). بينما نسبة المجيبين بعدم رفاهية السرير كانت أعلى عند الذكور (52.63%) منه عند الإناث (33.33%).

ج- مدة الإقامة:

المجموع	أكثر من شهر	31-24	23-16	15-8	7-2	
5	1	-	1	1	2	- مريح جدا
18	1	2	4	3	8	- مريح
10	1	-	4	2	3	- مريح نوعا ما
7	3	1	-	1	2	- غير مريح تماما
40	6	3	9	7	15	المجموع

يتجلى من الجدول أن الذين أجابوا بأن السرير مريح كانت أعلى من الذين أجابوا بعدم رفاهيته في جميع الفئات ، ماعدا المرضى الذين كانت مدة إقامتهم أكثر من شهر.

3- استجابات المرضى نحو نظافة الغرفة

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(): استجابات المرضى نحو نظافة الغرفة

النسبة	التكرار	
40.0	16	- نظيفة جدا
27.5	11	- نظيفة
27.5	11	- غير نظيفة
5.0	2	- غير نظيفة تماما
100	40	المجموع

نلاحظ أن نسبة أفراد العينة الذين أجابوا بأن الغرفة نظيفة كانت 67.5% مقابل 32.5% أفروا بعدم نظافتها.

وبإمكاننا تحليل النسب السابقة وفق الأبعاد التالية:

أ- المصلحة:

المجموع	غير نظيفة تماما	غير نظيفة	نظيفة	نظيفة جدا	
22	2	10	9	1	- طب الأعصاب
18	-	1	2	15	- جراحة الأعصاب
40	2	11	11	16	المجموع

يتجلى من الجدول أعلاه أن نسبة المرضى الذين أجابوا بأن الغرفة نظيفة، كانت على مستوى جراحة الأعصاب (94.44%) أكبر من مصلحة طب الأعصاب (45.45%).

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
16	8	8	- نظيفة جدا
11	10	1	- نظيفة
11	2	9	- غير نظيفة
2	1	1	- غير نظيفة تماما
40	21	19	المجموع

يتجلى من الجدول أن نسبة المجيبين بأن الغرفة نظيفة كانت عند الإناث (85.71%) أكبر من الذكور (47.36%).

ج- مدة الإقامة:

المجموع	غير نظيفة تماما	غير نظيفة	نظيفة	نظيفة جدا	
15	2	1	4	8	7-2
7	-	1	2	4	15-8
9	-	4	2	3	23-16
3	-	1	2	-	31-24
6	-	4	1	1	أكثر من شهر
40	2	11	11	16	المجموع

نلاحظ إنطلاقاً من الجدول أن المجيبين بأن الغرفة نظيفة كانت أكبر من الذين أجابوا بعدم نظافة الغرفة في كل الفئات ما عدا الفئة الأكثر من شهر ، حيث كانت نسبة المجيبين بأن الغرفة غير نظيفة (66.66%).

4- إستجابات المرضى نحو الاعتناء بالغرفة

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): استجابات المرضى نحو الاعتناء بالغرفة

النسبة	التكرار	
97.5	39	- نعم
2.5	1	- لا
100	40	المجموع

يتبين من الجدول أن نسبة كبيرة جدا (97.5%) من أفراد العينة قد أقرروا بأن الاعتناء بالغرفة يتم يوميا. لكن نذكر أنه كانت نسبة 32.5% من أقرروا بعدم نظافة الغرفة ،وقد يعود ذلك إلى أن المكلفين بالنظافة يقومون بعملهم يوميا ، إلا أنه لا يتم تنظيف الغرفة بالشكل المناسب.

5- إستجابات المرضى نحو ملائمة درجة حرارة الغرفة

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (2): استجابات المرضى نحو ملائمة درجة حرارة الغرفة

النسبة	التكرار	
92.5	37	- نعم
7.5	3	- لا
100	40	المجموع

يظهر الجدول التالي أن نسبة المجيبين بأن درجة الحرارة ملائم كانت 92.5% مقابل 7.5% أقرروا بأن درجة حرارة الغرفة غير ملائمة .

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية :

أ- المصلحة:

المجموع	لا	نعم	
22	3	19	- طب الأعصاب
18	-	18	- جراحة الأعصاب
40	3	37	المجموع

نلاحظ بناء على الجدول أن نسبة المجيبين بأن درجة حرارة الغرفة غير ملائمة (7.5%) كانت على مستوى طب الأعصاب .

ب- مدة الإقامة:

المجموع	أكثر من شهر	31-24	23-16	15-8	7-2	
37	3	3	9	7	15	- نعم
3	3	-	-	-	-	- لا
40	6	3	9	7	15	المجموع

يتبين من الجدول أن نسبة المجيبين بأن درجة حرارة الغرفة غير ملائمة كانت مدة إقامتهم أكثر من شهر .

6- إستجابات المرضى نحو درجة ملائمة الإضاءة

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(): استجابات المرضى نحو درجة ملائمة الإضاءة

النسبة	التكرار	
77.5	31	- ملائمة جدا
7.5	3	- ملائمة
7.5	3	- غير ملائمة
7.5	3	- غير ملائمة تماما
100	40	المجموع

يلاحظ من الجدول أن نسبة أفراد العينة الذين أجابوا بملائمة الإضاءة كانت 85%، وهي نسبة كبيرة. أما نسبة الذين أجابوا بعدم ملائمة الإضاءة، فيمكن تحليلها، أخذًا بعين الاعتبار المصلحة، كما يلي:

المصلحة:

المجموع	غير ملائمة تماما	غير ملائمة	ملائمة	ملائمة جدا	
22	3	3	3	13	- طب الأعصاب
18	-	-	-	18	- جراحة الأعصاب
40	3	3	3	31	المجموع

يتجلى من الجدول أن نسبة المجيبين بعدم ملائمة الإضاءة (15%) كانوا على مستوى مصلحة طب الأعصاب .

المحور السابع : إستجابات المرضى نحو جودة الأكل المقدم

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(): استجابات المرضى نحو جودة الأكل المقدم

النسبة	التكرار	
2.5	1	-جيدة جدا
12.5	5	- جيدة
15.0	6	- رديئة
70.0	28	- رديئة جدا
100	40	المجموع

يظهر الجدول أن 85% من المرضى قد أقرروا بأن مستوى جودة الأكل رديء، وهي نسبة معتبرة .

الاقتراحات:

يمكن عرض الاقتراحات المقدمة من طرف المرضى لتحسين الخدمات المقدمة في الجدول التالي:

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

الجدول (1): الاقتراحات المقدمة من طرف المرضى لتحسين الخدمات المقدمة

النسبة	التكرار	
2.5	1	-جودة الأكل المقدم
7.5	3	- النظافة
20	8	- جودة الأكل المقدم و النظافة
5	2	- الأدوية
15	6	- التكفل النفسي
12.5	5	- أخرى
37.5	15	- عدم الإجابة
100	121	المجموع

بالرغم أن نسبة عدم الإجابة كانت كبيرة نوعا ما (37.5 %)، إلا أن جودة الأكل المقدم والنظافة شكلا الاقتراح الأكبر (20%) . كما لفت انتباهنا أن 15% من أفراد العينة قد أقروا بضرورة التكفل النفسي، وهذا أمر طبيعي نظرا لطبيعة الأمراض المعالجة على مستوى المستشفى (الأمراض العصبية).

المطلب الثاني: واقع الرضا الوظيفي لدى الطاقم شبه الطبي بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة " علي أيت دبير"

من أجل تسليط الضوء على واقع الرضا الوظيفي لدى الطاقم شبه الطبي، نظرا لارتباطه الوثيق بنوعية الخدمات المقدمة للمرضى، قمنا بتحليل الاستبيان الخاص بهذه الفئة؛ والذي شمل سبعة محاور كما يلي:

المحور الأول: الخصائص الديموغرافية لعينة البحث

تمثلت الخصائص الديموغرافية للعينة في النقاط التالية: العمر، الحالة الاجتماعية، الرتبة، الجنس، المصلحة؛ والتي نبينها في الجدول التالي:

الجدول(29.5): الخصائص الديموغرافية لعينة البحث (الطاقم شبه الطبي - المؤسسة الاستشفائية)

المجموع	الصفات الديموغرافية للعينة						المتغير
	أكثر من 44	43-38	37-32	31-26	25-20	الفئة	العمر
21	4	7	7	3	1	العدد	
%100	%14.3	%33.3	%33.3	%14.3	%4.8	النسبة	
	أعزب			متزوج		الفئة	الحالة الاجتماعية
21	7			14		العدد	
%100	%33.3			%66.7		النسبة	
	مؤهل			حاصل على شهادة دولة		الفئة	الرتبة
21	3			18		العدد	
%100	%14.29			%85.71		النسبة	
	أنثى			ذكر		الفئة	الجنس
21	12			9		العدد	
%100	%57.1			%42.9		النسبة	
	مصلحة جراحة الأعصاب			مصلحة طب الأعصاب		الفئة	المصلحة
21	14			7		العدد	
%100	%66.7			%33.3		النسبة	

بناء على الجدول، يمكن تسجيل الملاحظات التالية:

- شملت عينة الدراسة (57.1 %) من الإناث و (42.9 %) من الذكور.
- نسبة المستجوبين على مستوى مصلحة جراحة الأعصاب (66.7%) كانت ضعف المستجوبين على مستوى طب الأعصاب (33.3%).
- شكلت نسبة الحاصلين على شهادة دولة (85.71%)، مقابل (14.29%) من المؤهلين.
- شكلت الفئتين العمريتين [32-37] و [38-43] أكبر نسبة من أفراد العينة .
- شكلت نسبة أفراد العينة المتزوجين ضعف الأفراد العازبين .

المحور الثاني: إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو الوظيفة

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو الوظيفة

النسبة	التكرار	
19	4	- راضي جدا
42.9	9	- راضي
28.6	6	- غير راض
9.5	2	- غير راض جدا
100	21	المجموع

يلاحظ من خلال الجدول أن نسبة الرضا (61.9%) أكبر من نسبة عدم الرضا (38.1%)، إلا أن هذه الأخيرة تعتبر مهمة، وقد تنذر بحركة ذهاب على مستوى الطاقم شبه طبي.

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية:

أ- الرتبة :

المجموع	مؤهل	حاصل شهادة دولة	
4	-	4	- راضي جدا
9	2	7	- راضي
6	1	5	- غير راض
2	-	2	- غير راض جدا
21	3	18	المجموع

يظهر من الجدول أعلاه أن نسبة الرضا (61.11%) أكبر من نسبة عدم الرضا (38.88%) عند الحاصلين على شهادة دولة، بينما عند المؤهلين كانت نسبة الرضا (66.66%) أكبر من نسبة عدم الرضا (33.33%).

ب- المصلحة:

المجموع	جراحة الأعصاب	طب الأعصاب	
4	1	3	- راضي جدا
9	7	2	- راضي
6	4	2	- غير راض
2	2	-	- غير راض جدا
21	14	7	

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

يلاحظ أن نسبة الرضا عن الوظيفة كانت أعلى من نسبة عدم الرضا في المصلحتين، لكن نسبة الرضا في مصلحة طب الأعصاب كانت أكبر من نسبة الرضا في مصلحة جراحة الأعصاب .

المحور الثالث: إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو التكوين المستمر

يشمل هذا المحور على إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو التكوين المستمر، ومدى ملائمته لاحتياجاتهم.

1- إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو الاستفادة من التكوين المستمر

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(1): إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو التكوين المستمر

النسبة	التكرار	
38.1	8	- نعم
61.9	13	- لا
10	21	المجموع

يلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة أفراد العينة الذين أجابوا بأنهم لم يستفيدوا من تكوين مستمر (61.9%) أكبر من نسبة المستفيدين (38.1%).

ويمكننا تحليل النسب تين السابقتين حسب الأبعاد التالية :

أ- الرتبة:

المجموع	مؤهل	حاصل على شهادة دولة	
8	-	8	- نعم
13	3	10	- لا
21	3	18	المجموع

يتجلى من خلال الجدول أعلاه أن نسبة الذين لم يستفيدوا من تكوين مستمر، كانت كاملة في صنف المؤهلين؛ بينما شكلت نسبة عدم الاستفادة عند الحاصلين على شهادة دولة (55.55%).

ب- المصلحة:

المجموع	جراحة الأعصاب	طب الأعصاب	
8	3	5	- نعم
13	11	2	- لا
21	14	7	المجموع

يظهر من الجدول أن نسبة الرضا (71.72%) على مستوى مصلحة طب الأعصاب أكبر من نسبة عدم الرضا (28.58%). أما على مستوى مصلحة جراحة الأعصاب، فكانت نسبة عدم الرضا (78.57%) أكبر من نسبة الرضا (21.43%).

ج- الجنس

المجموع	أنثى	ذكر	
8	7	1	- نعم
13	5	8	- لا
21	12	9	المجموع

يتبين من الجدول أن نسبة عدم الرضا كانت كبيرة جدا (88.28%) عند الذكور، بينما عند الإناث كانت نسبة الرضا (58.33%) أكبر بقليل من عدم الرضا (41.66%).

2- إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو درجة ملائمة التكوين لاحتياجاتهم

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو درجة ملائمة التكوين لاحتياجاتهم

النسبة	التكرار	
14.3	3	- ملائم جدا
9.5	2	- ملائم
14.3	3	- غير ملائم
61.9	13	- عدم الإجابة
100	21	المجموع

يتضح من الجدول أن من بين الذين استفادوا من فرص تكوين، وعددهم 08 هناك 37.5%، أقرروا بأن التكوين لم يكن ملائما.

المحور الرابع : إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو التأطير وتحديد المهام

يشمل هذا المحور إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو التأطير وتحديد المهام.

1- إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو التأطير

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (2): إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو التأطير

النسبة	التكرار	
9.5	2	- راضي جدا
28.6	6	- راضي
42.9	9	- غير راض
19.0	4	- غير راض جدا
100	21	المجموع

يظهر الجدول أعلاه أن نسبة عدم الرضا عن التأطير (61.9%) أكبر من نسبة الرضا (38.1%).

ويمكن تحليل النسب أعلاه حسب الأبعاد التالية:

أ- الرتبة:

المجموع	مؤهل	حاصل على شهادة دولة	
2	-	2	- راضي جدا
6	-	6	- راضي
9	2	7	- غير راض
4	1	3	- غير راض جدا
21	3	18	المجموع

يتبين من الجدول أن نسبة عدم الرضا، كانت كاملة عند المؤهلين، مقابل (55.55%) عند الحاصلين على شهادة دولة.

ب- المصلحة:

المجموع	جراحة الأعصاب	طب الأعصاب	
2	-	2	- راضي جدا
6	3	3	- راضي
9	7	2	- غير راض
4	4	-	- غير راض جدا
21	14	7	المجموع

يتجلى من الجدول أن نسبة عدم الرضا كانت أكبر في مصلحة جراحة الأعصاب (78.57%) عن مصلحة طب الأعصاب (28.57%).

ج - الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
2	1	1	- راضي جدا
6	6	-	- راضي
9	4	5	- غير راض
4	1	3	- غير راض جدا
21	12	9	المجموع

يظهر الجدول أن نسبة عدم الرضا كبيرة (88.88%) عند الذكور، بينما عند الإناث فنسبة الرضا تفوق نسبة عدم الرضا (16.67%).

2- إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو تحديد المهام

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو تحديد المهام

النسبة	التكرار	
4.8	1	- واضحة جدا
19.0	4	- واضحة
66.7	14	- غير واضحة
09.5	2	- غير واضحة جدا
100	21	المجموع

يتبين من الجدول أعلاه أن أكثر من نصف الطاقم شبه الطبي قد أقروا بقلّة وضوح المهام (66.7%)، وإذا أضفنا لها نسبة الذين أقرّوا بأن المهام غير واضحة تماما، فتصبح نسبة (76.2%) جديرة بالدراسة والتحليل. وبإمكاننا تحليل النسب أعلاه وفق أبعاد محددة هي :

أ- الرتبة:

المجموع	مؤهل	حاصل على شهادة دولة	
1	-	1	- واضحة جدا
4	1	3	- واضحة
14	-	14	- غير واضحة
2	2	-	- غير واضحة جدا
21	3	18	المجموع

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

يوضح الجدول أن نسبة عدم الرضا مثلت (77.77%) عند الحاصلين على شهادة دولة، مقابل (66.66%) عند المؤهلين.

ب- المصلحة:

المجموع	جراحة الأعصاب	طب الأعصاب	
1	-	1	- واضحة جدا
4	2	2	- واضحة
14	10	4	- غير واضحة
2	2	-	- غير واضحة جدا
21	14	7	المجموع

نلاحظ من الجدول أن نسبة الذين أفروا بعدم وضوح المهام كانت على مستوى مصلحة جراحة الأعصاب (85.71%) أكبر من مصلحة طب الأعصاب (57.41%).

ج- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
1	-	1	- راضي جدا
4	4	-	- راضي
10	5	5	- غير راض
6	3	3	- غير راض جدا
21	12	9	المجموع

يلاحظ انطلاقا من الجدول أن نسبة الذكور (88.88%) الذين أكدوا على عدم وضوح المهام كانت أكبر من نسبة الإناث (66.66%).

المحور الخامس : إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو ظروف العمل

يمكن تمثيل هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو ظروف العمل

النسبة	التكرار	
4.8	1	- راضي جدا
19.0	4	- راضي
47.6	10	- غير راض
28.6	6	- غير راض جدا
100	21	المجموع

يتجلى من الجدول أن نسبة عدم الرضا عن ظروف العمل كبيرة وتمثل 76.2%.

و بإمكاننا تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية:

أ- الرتبة:

المجموع	مؤهل	حاصل على شهادة دولة	
1	-	1	- راضي جدا
4	-	4	- راضي
10	3	7	- غير راض
6	-	6	- غير راض جدا
21	3	18	المجموع

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

نلاحظ من الجدول أن نسبة عدم الرضا عن ظروف العمل كانت كاملة عند المؤهلين، مقابل (72.22%) عند الحاصلين على شهادة دولة .

ب- المصلحة:

المجموع	جراحة الأعصاب	طب الأعصاب	
1	-	1	- راضي جدا
4	2	2	- راضي
10	7	3	- غير راض
6	5	1	- غير راض جدا
21	14	7	المجموع

يظهر الجدول أعلاه أن نسبة عدم الرضا عن ظروف العمل كانت على مستوى مصلحة جراحة الأعصاب (85.71%) أكبر من مصلحة طب الأعصاب (58.14%).

ج- الجنس

المجموع	أنثى	ذكر	
1	-	1	- راضي جدا
4	4	-	- راضي
10	5	5	- غير راض
6	3	3	- غير راض جدا
21	12	9	المجموع

يتبين من الجدول أن نسبة عدم الرضا عند الذكور (88.88%) أكبر من الإناث (66.66%).

المحور السادس: إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة مع الأطراف الأساسية

تمثلت الأطراف الأساسية في زملاء من شبه الطبيين والأطباء والمرضى.

1- إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة بينهم

النسبة	التكرار	
66.7	14	- راضي جدا
23.8	5	- راضي
4.8	1	- غير راض
4.8	1	- غير راض جدا
100	21	المجموع

يلاحظ من الجدول أعلاه أن نسبة الرضا كبيرة (90.5%) مقابل نسبة عدم الرضا قدرت بـ (9.6%).

2- إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة بينهم وبين الأطباء

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة بينهم وبين الأطباء

النسبة	التكرار	
52.4	11	- راضي جدا
33.3	7	- راضي
9.5	2	- غير راض
4.8	1	- غير راض جدا
100	21	المجموع

يتبين من الجدول أعلاه أن الطاقم شبه الطبي راضي بصورة كبيرة (85.7%) عن العلاقة مع الطاقم الطبي .

3- إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة بينهم وبين المرضى

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو العلاقة بينهم وبين المرضى

النسبة	التكرار	
28.6	6	- حسنة جدا
28.6	6	- حسنة
42.9	9	- عادية
100	21	المجموع

نلاحظ انطلاقا من الجدول أن 57.2% من الطاقم شبه الطبي علاقته حسنة (حسنة جدا وحسنة) مقابل 42.9% أقرروا أنها عادية.

وباستطاعتنا تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية كما يلي:

أ- المصلحة:

المجموع	جراحة الأعصاب	طب الأعصاب	
6	2	4	- حسنة جدا
6	5	1	- حسنة
9	7	2	- عادية
21	14	7	المجموع

يتجلى انطلاقا من الجدول أن نسبة المجيبين بأن العلاقة حسنة كانت على مستوى مصلحة طب الأعصاب (71.42%) أكبر من مصلحة جراحة الأعصاب (50%).

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
6	5	1	- حسنة جدا
6	3	3	- حسنة
9	4	5	- عادية
21	12	9	المجموع

يظهر الجدول أن نسبة شبه الطبيين الذين أقرروا بأن العلاقة بينهم وبين المرضى حسنة، كانت أعلى عند الإناث (66.66%) منه عند الذكور (44.44%).

4- إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو التكفل بالمرضى

يمكن تمثيل هذه الاستجابات في الجدول التالي:

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

الجدول (1): إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو التكفل بالمرضى

النسبة	التكرار	
14.3	3	- راضي جدا
61.9	13	- راضي
14.3	3	- غير راض
9.5	2	- غير راض جدا
100	21	المجموع

يتبين من الجدول أن نسبة الرضا عن التكفل بالمرضى بلغت 76.2% مقابل نسبة عدم رضا قدرت بـ 23.8%.

وبإمكاننا تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية :

أ- الرتبة:

مجموع	مؤهل	حاصل على شهادة دولة	
3	-	3	- راضي جدا
13	2	11	- راضي
3	1	2	- غير راض
2	-	2	- غير راض جدا
21	3	18	المجموع

يوضح الجدول أعلاه أن نسبة (57.14%) من الحاصلين على شهادة دولة غير راضيين، مقابل (33.33%) من المؤهلين.

ب- المصلحة:

المجموع	جراحة الأعصاب	طب الأعصاب	
3	3	-	- راضي جدا
13	8	5	- راضي
3	1	2	- غير راضي
2	2	-	- غير راض تماما
21	14	7	المجموع

يظهر الجدول أن نسبة الرضا عن التكفل بالمرضى أكبر بقليل على مستوى مصلحة جراحة الأعصاب من تلك المسجلة على مستوى مصلحة طب الأعصاب.

ج- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
3	1	2	- راضي جدا
13	7	6	- راضي
3	3	-	- غير راض
2	1	1	- غير راض جدا
21	21	9	المجموع

نلاحظ انطلاقا من الجدول أن نسبة الرضا عن التكفل بالمرضى أكبر عند الذكور (88.88%) منه عند الإناث (66.66%).

5- إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو التكفل بالمرضى من الناحية النفسية

يمكن تمثيل هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(): إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو التكفل بالمرضى من الناحية النفسية

النسبة	التكرار	
90.5	19	- نعم
9.5	2	- لا
100	21	المجموع

نلاحظ أن نسبة الذين أحابوا بأنهم يتكفلون بالجانب النفسي للمرضى كانت كبيرة 90.5% .

المحور السابع: إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو النظافة

يمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول(): إستجابات الطاقم شبه الطبي نحو النظافة

النسبة	التكرار	
4.8	1	- راضي جدا
42.9	9	- راضي
38.1	8	- غير راض
14.3	3	- غير راض جدا
100	21	المجموع

يوضح الجدول أن (52.38%) من المستجوبين أقروا بعدم رضاهم عن النظافة .

ويمكن تحليل النسب السابقة حسب المصلحة التالية:

- المصلحة :

المجموع	جراحة الأعصاب	طب الأعصاب	
1	-	1	- راضي جدا
9	5	4	- راضي
8	6	2	- غير راض
3	3	-	- غير راض جدا
21	14	7	المجموع

يتبين من الجدول أن نسبة الرضا كانت أكبر على مستوى مصلحة طب الأعصاب (71.42%) عن مصلحة جراحة الأعصاب (35.71%).

الاقتراحات:

يمكن تمثيل الاقتراحات في الجدول التالي:

الجدول(1): اقتراحات الطاقم شبه الطبي لتحسين الخدمات المقدمة

النسبة	التكرار	الاقتراحات
19.0	4	التكوين + الوسائل
14.3	3	التكوين + الأجر
11.0	4	ظروف العمل+ النظافة
9.5	2	الوسائل+ الأجر
4.8	1	التكوين+ الوسائل+ الأجر
4.8	1	التكوين+ ظروف العمل+ الأجر
4.8	1	التكوين+ الوسائل+ الأجر+ النظافة
4.8	1	تحديد المهام+ النظافة
19.0	4	عدم الإجابة
100	21	المجموع

يتبين من الجدول أعلاه أن الاقتراحات المقدمة من قبل الطاقم شبه الطبي تمثلت أساسا في الجوانب التالية :
التكوين، الوسائل، الأجر، ظروف العمل، والنظافة.

المطلب الثالث: واقع الرضا الوظيفي لدى الطاقم الطبي بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة "علي أيت ابيدير"
من أجل معرفة واقع الرضا الوظيفي لدى الطاقم شبه الطبي، قمنا بتحليل الاستبيان الخاص بهذه الفئة، والذي شمل المحاور التالية:

المحور الأول: الخصائص الديموغرافية لعينة البحث

شملت الخصائص الديموغرافية النقاط التالية: العمر، الحالة الاجتماعية، الرتبة، الجنس، محل الإقامة، والمصلحة؛ والتي يمكن عرضها في الجدول التالي:

الجدول(30.5): الخصائص الديموغرافية لعينة البحث (الطاقم الطبي - المؤسسة الاستشفائية)

المتغير	الصفات الديموغرافية للعينة			المجموع
العمر	الفئة	32-27	38-33	أكثر من 44
	العدد	10	4	15
	النسبة	%66.7	%26.7	%4.6.7
الحالة الاجتماعية	الفئة	متزوج	أعزب	
	العدد	6	9	15
	النسبة	%60	%40	%100
الرتبة	الفئة	مقيم	أستاذ مساعد	
	العدد	13	2	15
	النسبة	%86.7	13.4	%100
الجنس	الفئة	ذكر	أنثى	
	العدد	9	6	15
	النسبة	%60	%40	%100
محل الإقامة	الفئة	الجزائر العاصمة	خارج الجزائر العاصمة	
	العدد	12	3	15
	النسبة	%80	%20	%100
المصلحة	الفئة	مصلحة طب الأعصاب	مصلحة جراحة الأعصاب	
	العدد	8	7	15
	النسبة	%53.3	%46.7	%100

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

انطلاقا من الجدول أعلاه، يمكن تسجيل الملاحظات التالية:

- نسبة الذكور (60%) أكبر من الإناث (40%).
- هناك فئات عمرية مختلفة، ويظهر التركيز العمري في الفئة [27-32].
- نسبة المتزوجين في العينة (40%) أقل من نسبة العزاب.
- شكلت نسبة المقيمين (86.7%) من أفراد العينة.
- 80% من أفراد العينة يقطنون في الجزائر العاصمة.
- هناك تساوي تقريبا من حيث عدد أفراد العينة على مستوى المصلحتين.

المحور الثاني: إستجابات الأطباء نحو العلاقة مع الأطراف الأساسية

تمثلت الأطراف الأساسية في كل من الزملاء (الأطباء بمختلف رتبهم)، الطاقم شبه الطبي، والمرضى.

1- إستجابات الأطباء نحو العلاقة بالمرضى

يمكن إظهار هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): إستجابات الأطباء نحو العلاقة بالمرضى

النسبة	التكرار	
26.7	4	- راضي جدا
66.7	10	- راضي
6.7	1	- غير راض
100	15	المجموع

يتبين من الجدول أن نسبة الرضا عالية جدا ، وقدرت ب 93.3% ، مقابل نسبة عدم رضا بلغت 6.7% فقط، وهي نسبة مشجعة .

2- إستجابات الأطباء نحو التكفل بالمرضى

يمكن إظهار هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (2): إستجابات الأطباء نحو التكفل بالمرضى

النسبة	التكرار	
40	6	- راضي جدا
60	9	- راضي
100	15	المجموع

يلاحظ بناء على الجدول أن نسبة الرضا عن التكفل بالمرضى كبيرة جدا.

3- إستجابات الأطباء نحو العلاقة بالزملاء

يمكن إظهار هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(): إستجابات الأطباء نحو العلاقة بالزملاء

النسبة	التكرار	
60	9	- راضي جدا
33.3	5	- راضي
6.7	1	- غير راض
100	15	المجموع

يتضح من الجدول أن نسبة الرضا عن العلاقة بالزملاء عالية ، حيث بلغت 93.3%. أما نسبة عدم الرضا (6.7%) فسجلت عند الذكور وعلى مستوى مصلحة جراحة الأعصاب، ولدى صنف المقيمين .

4- إستجابات الأطباء نحو العلاقة بالطاقم شبه الطبي

النسبة	التكرار	
33.3	5	- راضي جدا
60.0	9	- راضي
6.7	1	- غير راض
100	15	المجموع

يتبين من الجدول أن أفراد العينة راضون بنسبة كبيرة (93.3%)، مقابل نسبة عدم الرضا (6.7%) سجلت على مستوى مصلحة طب الأعصاب وعند المقيمين في صنف الإناث.

المحور الثالث: إستجابات الأطباء نحو التكوين

يشمل هذا المحور إستجابات الأطباء نحو إمكانيات التكوين المستمر، ومدى ملائمته.

1- إستجابات الأطباء نحو إمكانيات التكوين المستمر

يمكن إظهار هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(): إستجابات الأطباء نحو إمكانيات التكوين المستمر

النسبة	التكرار	
60	9	- راضي
40	6	- غير راض
100	15	المجموع

نلاحظ بناء على الجدول أن هناك نسبة عدم الرضا عن إمكانيات التكوين المستمر بلغت 40%، وهي نسبة هامة، يجب تحليلها حسب الأبعاد التالية:

أ- المصلحة:

المجموع	جراحة الأعصاب	طب الأعصاب	
9	4	5	- راضي
6	3	3	- غير راض
15	7	8	المجموع

يتجلى من الجدول أن نسبة الرضا على مستوى مصلحة طب الأعصاب (62.5%) متساوية تقريبا مع تلك المسجلة على مستوى مصلحة جراحة الأعصاب (57.14%) ؛ بينما نسبة عدم الرضا فهي متساوية.

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

ب- الرتبة:

المجموع	أستاذ مساعد	مقيم	
9	2	7	- راضي
6	-	6	- غير راض
15	2	13	المجموع

يظهر الجدول أن نسبة عدم الرضا كانت متمركزة على مستوى المقيمين .

ج- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
9	5	4	- راضي
6	1	5	- غير راض
15	6	9	المجموع

يتبين من الجدول أن نسبة عدم الرضا كانت عند الذكور (55.55%) مقابل (16.66%) فقط عند الإناث.

2- إستجابات الأطباء نحو ملائمة التكوين لإحتياجاتهم

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(): إستجابات الأطباء نحو ملائمة التكوين لإحتياجاتهم

النسبة	التكرار	
26.7	4	- نعم
73.3	11	- لا
100	15	المجموع

يلاحظ على أساس الجدول أن نسبة المجيبين بعدم تطابق أو ملائمة التكوين لإحتياجاتهم كانت كبيرة (73.3%) ، والتي يتوجب تحليلها حسب المعايير التالية:

أ- المصلحة:

المجموع	جراحة الأعصاب	طب الأعصاب	
4	3	1	- نعم
11	4	7	- لا
15	7	8	المجموع

نلاحظ من الجدول أن المجيبين بعدم ملائمة التكوين لإحتياجاتهم كانت أكبر على مستوى مصلحة طب الأعصاب (87.5%) منه على مستوى مصلحة جراحة الأعصاب (57.14%) .

ب- الرتبة:

المجموع	أستاذ مساعد	مقيم	
4	1	3	- نعم
11	1	10	- لا
15	2	13	المجموع

يتجلى بناء على الجدول أن نسبة عدم ملائمة التكوين لإحتياجات التكوين كانت كبيرة على مستوى صنف المقيمين .

ج- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
4	2	2	- نعم
11	4	7	- لا
15	6	9	المجموع

يظهر الجدول أعلاه أن نسبة المجيبين بعدم ملائمة التكوين لاحتياجاتهم كانت أعلى عند الذكور (77.77%) منه عند الإناث (66.66%).

المحور الرابع: إستجابات الأطباء نحو وسائل العمل وعراقيله والأجر

يتضمن هذا المحور إستجابات الأطباء نحو وسائل العمل، عراقيله، والأجر

1- إستجابات الأطباء نحو توافر وسائل العمل

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): إستجابات الأطباء نحو توافر وسائل العمل

النسبة	التكرار	
33.3	5	- متوافرة
53.3	8	- متوافرة بقلّة
13.3	2	- غير متوافرة تماما
100	15	المجموع

يبرز الجدول أن أكبر بقليل من نصف العينة قد أقرّوا بقلّة توافر وسائل العمل، وهي نسبة معتبرة، خاصة إذا أضفنا نسبة الذين أكدوا على عدم توافر وسائل العمل بتاتا .

وبإمكاننا تحليل النسب أعلاه حسب الأبعاد التالية:

أ- المصلحة :

المجموع	غير متوافرة تماما	متوافرة بقلّة	متوافرة	
8	1	5	2	- طب الأعصاب
7	1	3	3	- جراحة الأعصاب
15	2	8	5	المجموع

يظهر الجدول أن نسبة الأطباء الذين أقرّوا بقلّة توافر وسائل العمل كانت على مستوى مصلحة طب الأعصاب (62.5%).

ب- الجنس:

المجموع	أنثى	ذكر	
5	2	3	- متوافرة
8	4	4	- متوافرة بقلّة
2	-	2	- غير متوافرة تماما
15	6	9	المجموع

يتجلى من الجدول أن نسبة المجيبين بقلّة توافر وسائل العمل وعدم توافرها عموما كانت أكبر عند الذكور من الإناث.

2- إستجابات الأطباء نحو العراقيين التي يواجهونها

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول (1): إستجابات الأطباء نحو العراقيين التي يواجهونها

النسبة	التكرار	
33.3	5	- قلة الوسائل
20.0	3	- قلة التنظيم
13.3	2	- قلة التكوين
6.7	1	- قلة الوسائل والتنظيم
13.3	2	- قلة الوسائل والتكوين
13.3	2	- عدم الإجابة
100	13	المجموع

يتضح من الجدول أن أهم العراقيين التي تواجه الأطباء للقيام بعمل ذو جودة تمثلت في قلة الوسائل والتنظيم والتكوين؛ واحتلت قلة الوسائل (33.33%) المرتبة الأولى، تليها قلة التنظيم وأخيرا قلة التكوين. ويمكن تحليل النسب أعلاه وفق الأبعاد التالية:

أ- المصلحة:

المجموع	جراحة الأعصاب	طب الأعصاب	
5	4	1	- قلة الوسائل
3	1	2	- قلة التنظيم
2	-	2	- قلة التكوين
1	1	-	- قلة الوسائل والتنظيم
2	-	2	- قلة الوسائل والتكوين
13	6	7	المجموع

يتبين من الجدول أن الوسائل شكلت السبب الرئيسي لعرقلة قيام الأطباء بعمل ذو جودة على مستوى مصلحة جراحة الأعصاب، بينما شكلت قلة التكوين والتنظيم الأسباب الرئيسية على مستوى طب الأعصاب.

3- إستجابات الأطباء نحو الأجر

النسبة	التكرار	
53.3	8	- غير راض
46.7	7	- غير راض تماما
100	15	المجموع

يلاحظ من الجدول أن نسبة عدم الرضا كبيرة جدا، وانقسمت إلى عدم الرضا المطلق.

المحور الخامس: إستجابات الأطباء نحو النظافة و الالتهابات المكتسبة في المستشفى

يشمل هذا المحور إستجابات الأطباء نحو النظافة والالتهابات المكتسبة في المستشفى.

1- إستجابات الأطباء نحو النظافة

النسبة	التكرار	
20	3	- مرتفعة
66.7	10	- رديئة
13.3	2	- رديئة جدا
100	15	المجموع

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

يتضح من الجدول أن أكثر من نصف أفراد العينة (66.7%) يقرون برداءة مستوى النظافة ، بالإضافة إلى 13.3% من المستجوبين أكدوا أن النظافة رديئة جدا.

ويمكن تحليل النسب أعلاه حسب المصلحة كما يلي:

- المصلحة:

المجموع	جراحة الأعصاب	طب الأعصاب	
3	3	-	- مرتفعة
10	3	7	- رديئة
2	1	1	- رديئة جدا
15	7	8	المجموع

يتبين من الجدول أن نسبة الذين أجابوا برداءة مستوى النظافة كانت على مستوى مصلحة طب الأعصاب (100%) أكبر من مصلحة جراحة الأعصاب (57.14%).

والجدير بالإشارة أن الزائر لهاتين المصلحتين يدرك كأنهما لا ينتميان لنفس المؤسسة الصحية.

2- استجابات الأطباء نحو وجود التهابات مكتسبة في المستشفى

يمكن عرض هذه الاستجابات في الجدول التالي:

الجدول(): استجابات الأطباء نحو وجود التهابات مكتسبة في المستشفى

النسبة	التكرار	
40	6	- نعم
60	9	- لا
100	15	المجموع

يتجلى من الجدول أن نسبة الأطباء الذين أجابوا بوجود الالتهابات المكتسبة في المستشفى (40%) كانت أقل من الذين أقرروا بعدم وجودها (60%).

وباستطاعتنا تحليل النسب السابقة حسب الأبعاد التالية :

أ- المصلحة:

المجموع	جراحة الأعصاب	طب الأعصاب	
6	5	1	- نعم
9	2	7	- لا
15	7	8	المجموع

يظهر الجدول أن نسبة المجيبين بأنه توجد التهابات مكتسبة في المستشفى كانت في مصلحة جراحة الأعصاب (71.42%) أكبر من مصلحة طب الأعصاب (12.5%)؛ وقد تكون هذه النسب متوقعة نتيجة وجود احتمالات العدوى في المصالح الجراحية.

3- استجابات الأطباء نحو أسباب وجود الالتهابات المكتسبة في المستشفى

يمكن إبراز هذه الاستجابات في الجدول التالي:

واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية

الجدول (1): إستجابات الأطباء نحو أسباب وجود الالتهابات المكتسبة في المستشفى

النسبة	التكرار	
26.7	4	- نقص النظافة
13.3	2	- عجز نظام الوقاية
60	9	- عدم الإجابة
100	15	المجموع

حسب معطيات الجدول، تمثلت الأسباب الرئيسية في نشوء الالتهابات المكتسبة في المستشفى في نقص النظافة وضعف نظام الوقاية، وشكلت نقص النظافة السبب الأكثر أهمية (66.66%).

المحور السادس: إستجابات الأطباء نحو مشروع إصلاح المستشفيات

يتضمن هذا المحور إستجابات الأطباء نحو مشروع إصلاح المستشفيات، والتي يمكن عرضها فيما يلي:

الجدول (2): إستجابات الأطباء نحو مشروع إصلاح المستشفيات

النسبة	التكرار	
26.7	4	- لم يتم إعلامنا جيدا
13.3	2	- لا يوجد تحسين
13.3	2	- غير مكيف مع احتياجات الصحة
46.7	7	- ضروري
		- عدم الإجابة
100	15	المجموع

يتضح على أساس الجدول أن 26.7% من الأطباء لم يتم إعلامهم بالشكل الكافي بملفات هذا المشروع. كما سجلنا نسبة عدم الإجابة (46.7%)، قد توحى بعدم علم الأطباء بهذا المشروع، مما جعلهم يمتنعون عن الإجابة. كما يلاحظ أن هناك نسبة 13.3% من الأطباء أقروا بعدم وجود تحسين، في حين يرى 13.3% منهم أن مشروع الإصلاح ضروري.

الاقتراحات

يمكن تمثيل الاقتراحات المقدمة من طرف الأطباء في الجدول التالي:

الجدول (3): الاقتراحات المقدمة من طرف الأطباء لتحسين الخدمات المقدمة

النسبة	التكرار	
6.7	1	- إنشاء مراكز للتكوين المستمر
6.7	1	- إصلاح نظام تسيير المستشفيات
-	-	- تحسين ظروف الاستشفاء
33.3	5	- تحسين الظروف الاجتماعية للأطباء وشبه الطبيين
40.0	6	- توفير الوسائل
13.3	2	- توفير الوسائل وفرص التكوين
100	15	المجموع

يتبين من الجدول أن اقتراحات الأطباء تركزت بشكل أساسي على توفير الوسائل وتحسين الظروف الاجتماعية للأطباء وشبه الطبيين.

خلاصة الفصل:

- استهدفت هذه الدراسة معرفة مستوى الرضا عن مجالات الخدمات في المؤسسات الصحية، والمشكلات التي تواجه الهيئة الطبية والطاقم شبه الطبي عند القيام بتقديم هذه الخدمات. واشتملت الدراسة على ثلاث استبيانات أولها للمرضى والثانية لشريحة الطاقم شبه الطبي والثالثة للطاقم الطبي.
- وبعد تحليل مستوى الرضا عن طبيعة الخدمة المقدمة للمرضى تبينت النتائج التالية:
- كانت نسبة الرضا عن الاستقبال، سواء على مستوى مصلحة القبول أو المصلحة المعالجة، كبيرة في كل المؤسسات الصحية موضوع الدراسة.
 - اختلفت إستجابات المرضى حول درجة اهتمام الأطباء بهم من مؤسسة صحية الى أخرى، وسجلت أكبر نسبة اهتمام على مستوى المؤسسة الاستشفائية المتخصصة "علي أيت ايدير" تبعها المركز الإستشفائي الجامعي لـ "باب الواد".
 - شكل المركز الإستشفائي الجامعي أكبر نسبة من جانب عدم تقديم الأطباء المعلومات للمرضى عن حالتهم الصحية.
 - اختلفت إستجابات المرضى نحو معاملة الطاقم شبه الطبي، حيث أجاب نصف عينة المركز الإستشفائي بعدم ملائمة هذه المعاملة، في حين أكدت نسبة كبيرة (تقريبا 83%) على مستوى مستشفى "الروبية" والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة على لطف المعاملة وتركزت هذه النسبة عند الإناث.
 - هناك نسبة ملفتة للانتباه من عدم تكفل الطاقم شبه الطبي بالمرضى على مستوى كل المؤسسات الصحية محل الدراسة.
 - أكدت نسبة من المرضى، جديرة بالاهتمام، بطول مدة استخراج نتائج التحاليل والأشعة، خاصة إذا أضفنا إليها نسبة المرضى الذين يقومون بالتحاليل والأشعة خارج هذه المؤسسات.
 - أكدت الدراسة على طول مواعيد إجراء العمليات الجراحية، بالرغم من أن أفراد العينة المختارة في غالبيتهم لم تجرب لهم عملية جراحية.
 - سجل كل من مستشفى "الروبية" والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة "علي أيت ايدير" أكبر نسبة من حيث رضا المرضى عن كفاية التجهيزات الصحية.
 - هناك نسبة عدم رضا، جديرة بالدراسة، على رفاهية السرير ونظافة الغرفة، حيث تجاوزت نسبة عدم الرضا على هذين الجانبين نصف عينة الدراسة على مستوى المركز الإستشفائي الجامعي.
 - مثلت نسبة الرضا عن درجة حرارة الغرفة ودرجة الإضاءة نسبة كبيرة على مستوى كل المؤسسات الصحية موضوع الدراسة.
 - أكد المرضى على مستوى كل المؤسسات الصحية محل الدراسة على عدم جودة الأكل المقدم بشكل كبير.

- أما عند تحليل مستوى الرضا الوظيفي لدى الطاقم شبه الطبي، فتبينت النتائج التالية:
- أظهرت الدراسة عدم وجود فروق واضحة في مجال الرضا عن العلاقة بين أفراد الطاقم شبه الطبي والمرضى، بمعنى أن جل عينة الطاقم شبه الطبي قد أكد على وجهات نظر متقاربة.
 - هناك نسبة عدم رضا معتبرة (68.87% في المتوسط) عن فرص التكوين المستمر في جميع المؤسسات الصحية محل الدراسة.
 - عبر أفراد الطاقم شبه الطبي عن عدم ملائمة التكوين لاحتياجاتهم بشكل أكبر على مستوى مستشفى "الروبية"، ثم المركز الإستشفائي الجامعي لـ "باب الواد".
 - أكد أكثر من نصف العينة على عدم رضاهم عن التأطير.
 - عبر تقريبا نصف العينة، في المتوسط، على عدم وضوح المهام، وهذا ما قد يخلق تداخل في المسؤوليات ويعرقل العمل.
 - أقرت نسبة كبيرة (78.76% في المتوسط) عن عدم الرضا عن ظروف العمل في كل المؤسسات الصحية موضوع الدراسة.
 - شكلت نسبة الرضا عن العلاقة فيما بين أفراد الطاقم شبه الطبي نسبة كبيرة في كل المؤسسات الصحية محل الدراسة.
 - شكل المركز الإستشفائي الجامعي لـ "باب الواد" والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة أكبر نسبة رضا عن العلاقة بين الطاقم شبه الطبي والطاقم الطبي.
 - شكلت المؤسسة الاستشفائية المتخصصة "علي أيت ايدير" أكبر نسبة رضا عن العلاقة بين الطاقم شبه الطبي والمرضى، ومن حيث التكفل بهم وتقديم الدعم النفسي، وتلاها في ذلك مستشفى "الروبية".
 - مثل المركز الإستشفائي الجامعي أكبر نسبة عدم رضا عن مستوى النظافة تلاه مستشفى "روبية".
- وأخيرا عند تحليل مستوى الرضا الوظيفي لدى هيئة الأطباء، سجلنا النتائج التالية:
- أظهرت الدراسة وجود نسبة كبيرة من الرضا عن العلاقة بين الطاقم الطبي وبين المرضى وعن درجة التكفل بهم.
 - هناك نسبة رضا كبيرة جدا عن العلاقة بين الأطباء والعلاقة بين الطاقم الطبي والطاقم شبه الطبي.
 - عبر أكثر من نصف عينة الأطباء على مستوى المركز الإستشفائي الجامعي ومستشفى "الروبية" عن عدم رضاهم عن إمكانيات التكوين المستمر، وشكلت المؤسسة الاستشفائية المتخصصة النسبة الأقل.
 - سجلت المؤسسة الاستشفائية أكبر نسبة عدم رضا عن ملائمة التكوين لاحتياجات الأطباء، ثم يأتي بعدها مستشفى "الروبية". وهذه النسبة معتبرة لأنها مثلت تقريبا نصف العينة، حتى في المركز الإستشفائي الجامعي.
 - أقرت نسبة كبيرة من الأطباء بقلّة توافر وسائل العمل على مستوى كل المؤسسات الصحية محل الدراسة.

- أجمع الأطباء أن أهم العراقيل التي تواجههم في العمل هي نقص الوسائل وقلة فرص التكوين ونقص التنظيم.
- عبر الأطباء بشكل كبير جدا على عدم رضاهم عن الأجر المقدم.
- هناك شبه إجماع من قبل الأطباء على رداءة مستوى النظافة على مستوى المركز الإستشفائي الجامعي ومستشفى "الروبية"، في حين عبر عن ذلك بشكل أقل (أكثر من نصف العينة) على مستوى المؤسسة الاستشفائية المتخصصة.
- أكد تقريبا ثلاثة أرباع الأطباء على مستوى المركز الإستشفائي الجامعي ومستشفى "الروبية" على وجود التهابات مكتسبة، وشكلت النسبة المسجلة على مستوى المؤسسة الاستشفائية المتخصصة أقل نسبة.
- شكل نقص النظافة السبب الأول في وجود الالتهابات المكتسبة في المستشفى.
- اختلفت وجهات نظر الأطباء نحو مشروع إصلاح المستشفيات باختلاف المؤسسات الصحية موضوع الدراسة، حيث عبر بعضهم عن عدم إعلامهم بشكل كافي عن حيثيات ملفات الإصلاح، ورأى البعض الآخر أنه لا يوجد تحسين، وهذا المشروع غير ملائم لاحتياجات الصحة.

الخاتمة العامة

الخاتمة العامة:

انطلق هذا البحث من الإشكالية التالية: ما هو واقع جودة الخدمات على مستوى المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر العاصمة؟

ومن أجل الإجابة عن الأسئلة الفرعية المنبثقة من السؤال الجوهري، قام الباحث بتبني مجموعة من الفرضيات، التي سوف يقوم باختبارها كما يلي:

نصت الفرضية الأولى على أن المريض ليس راض عن الخدمات المقدمة له، وتبين من خلال الدراسة الميدانية أن المريض ليس راض عن بعض جوانب تقديم الخدمة، والمتمثلة أساسا في نظام التغذية، النظافة، التكفل من قبل أفراد الطاقم شبه الطبي، وغيرها. في حين هو راضي عن التكفل الطبي، عن درجة حرارة الغرفة ودرجة الإضاءة.

أما الفرضية الثانية، فكان محتواها أن أهم العقبات التي تواجه الطاقم شبه الطبي تتمثل في ظروف العمل، وقد تم تأكيد هذه الفرضية لكن بشكل جزئي، إذ توجد عقبات أخرى ممثلة في عدم وضوح المهام وضعف التأطير.

في حين تضمنت الفرضية الثالثة أن العوائق التي تواجه الأطباء للقيام بعمل ذو جودة في قلة الوسائل، وتبين من خلال المعاشية الميدانية لواقع الأطباء، أن العراقيل تمثلت، إلى جانب نقص الوسائل، في قلة التكوين ونقص التنظيم.

النتائج:

1- يمكن إجمال مؤشرات نظام تقييم الأداء في أربع مجموعات رئيسية، وهي: مؤشرات تقييم أداء الموارد البشرية (أطباء، طاقم شبه طبي...)، مؤشرات تقييم أداء الموارد المادية والمالية، مؤشرات تقييم أداء الخدمات الوقائية والرعاية الصحية الأولية (معدل الإصابة، نسب التفريح...)، مؤشرات تقييم أداء جودة الخدمات الصحية (نسبة الوفاة، معدل المكوث للاستشفاء، معدل شغل الأسرة، معدل دوران السرير...).

2 - تختلف جودة الخدمات الصحية باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي؛ حيث ينظر إلى الجودة من منظور طبي على أساس تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية. أما الجودة من منظور المستفيد، فتركز على طريقة الحصول الخدمة ونتيجتها النهائية. في حين تعني الجودة من الناحية الإدارية كيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة.

3- بهدف تحقيق جملة من المزايا، تتمثل أساسا في : تبسيط الإجراءات وتحسينها، تحقيق كفاءة التشغيل، القضاء على اختلافات الممارسة العيادية، الحد من تكرار العمليات، تسعى المؤسسات الصحية إلى تطبيق إدارة الجودة الشاملة؛ والتي يمكن تحديد إطار تطبيقها في ثلاث مراحل أساسية

هي: الإعداد والتهيئة لبرنامج الجودة الشاملة، نشر ثقافة الجودة الشاملة، تكوين فريق عمل الجودة. ومن أجل إنجاز هذا النهج لابد من توافر الاقتناع من طرف الإدارة العليا والعاملين على السواء، وأن تستند الإدارة العليا على نظم فعالة ومساندة تعمل على ترسيخ هذه المفاهيم الجديدة.

4- لقد وجدت نماذج مختلفة لتطوير عملية القياس المحاسبي لتكاليف الجودة من بينها: نموذج "جوران"، نموذج "سيشينايدرمان"، نموذج "سون" و"هيسو"، نموذج "باسورك" و"جود فري"، نموذج "سفال"، نموذج "تاجوتشي"، نموذج "كيم" و"ولياو". وحاول كل نموذج تفسير سلوك ومكونات تكاليف الجودة، والتي ترتبط محاسبيا ببعضها البعض، والجزء الأكبر منها غير مصنف ضمن خطوط التكاليف لأنظمة المعلومات، وتسمى هذه التكاليف بالتكاليف الخفية أو المستترة. ومن أجل قياسها استخدمت عدة طرق من بينها: طريقة استخدام معامل ثابت يخضع إلى خبرة المؤسسات، طريقة بحوث السوق لتقدير تأثير اللاجودة على المبيعات، طريقة "تاجوتشي" (دالة الخسارة)، طريقة "سفال" المعتمدة على التحليل الاجتماعي والتنظيمي والمالي.

5- يواجه القياس التكاليفي في القطاع الصحي جملة من المشكلات، تتمثل في عدم وجود نظم تكاليف فعلية أو محددة مقدما، عدم وجود نظم معلومات متكاملة، عدم ملائمة الأساس المحاسبي المستخدم، عدم ملائمة المستندات والسجلات المستخدمة، تنوع واختلاف الخدمات الطبية المقدمة، عدم وجود إمكانية تأجيل تقديم الخدمات الصحية.

6- تقسم تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية إلى ثلاثة أقسام رئيسية هي: تكاليف الوقاية من عيوب جودة العلاج، تكاليف التقويم، تكاليف الفشل أو الأعمال الخاطئة والمعيبة. وتمثل تكاليف الوقاية والتقويم تكلفة الاستثمار في الجودة، بينما تشكل تكلفة الفشل أو الإخفاق تكلفة اللاجودة، والتي لها خطر ثلاثي الأبعاد: خطر على أمن المريض، خطر على المؤسسة (اقتصادي وتجاري)، خطر اجتماعي. وقد تظهر عيوب الجودة على شكل سوء استعمال الموارد (نقص العلاج)، الإفراط في استعمال الموارد.

7- تمثل الالتهابات المتكسبة في المستشفى مؤشرا من مؤشراتها، وتعتبر إحدى القضايا الأساسية التي تشغل بال العاملين في مجال تعزيز سلامة المرضى، باعتبار أنها تصيب الملايين من الأفراد في العالم، وتؤثر سلبا على مستوى الرعاية الصحية، وتسهم في عدد من الوفيات وحالات الإعاقة. ومن هذا المنطلق توجب تبني برامج وقاية، لكن يجب أن ترجح تكلفة هذه الأخيرة بكفاءة هذه البرامج ومقارنتها مع تكلفة الالتهابات.

8- يعد تطوير الخدمات الصحية أحد المجالات الرئيسية للتنمية البشرية التي أولتها العديد من الدول اهتماما متزايدا، حيث تبنت معظم دول العالم المتقدمة والنامية سياسات وبرامج لإصلاح النظام الصحي. وعلى الرغم من التفاوت في طبيعة المعوقات التي تؤدي إلى انخفاض أداء قطاع الخدمات الصحية من دولة لأخرى، إلا أن أهداف سياسات تطوير قطاع الصحة تركز عادة على الارتقاء بجودة الخدمات الصحية من ناحية وإتاحتها لكافة أفراد المجتمع من جهة أخرى.

9- يواجه النظام الصحي في الجزائر عدة قيود تحد من فعاليته وأدائه، في ظل التحولات الاقتصادية والاجتماعية، والتي نعرضها فيما يلي:

- . يمتاز تسيير المصالح الصحية بمركزية مفرطة وغير مرنة.
- . أنتج غياب الاستقلالية في التسيير، الإدارة وتنظيم المصالح الصحية، زيادة في التكاليف.
- . حول النظام الجزافي وغياب المحاسبة، مسئولية الصحة إلى صرافين.
- . لا يوجد تحكم في النفقات، ولا تقويم أثر هذه الأخيرة على تشغيل المصالح الصحية وتحسين الخدمات.
- . غياب مشاركة المصالح الصحية، الضمان الاجتماعي، الجماعات المحلية، والمستعملين في التشغيل والتقويم.
- . يمتاز نظام المعلومات والتقويم بجمع عدد كبير من البيانات بطريقة آلية بدون تحليل وبدون تحديد مجالات الاستفادة منها. بالإضافة إلى أن البيانات المجموعة تنصب غالبا على الوسائل والنشاطات، دون الإشارة للوضع الصحية والنتائج المنتظرة.
- . ضغط كبير على العلاجات المتخصصة، نظرا لعدم التوزيع العقلاني والعاقل للأخصائيين.
- . تقديم العلاجات في بعض الحالات بصورة عشوائية، نظرا لتكرار الانقطاعات بكل أشكالها.
- . غياب، وبشكل متكرر، للعلاقة بين المريض والطبيب.
- . عدم رضا الأفراد العاملين في القطاع الصحي العام بالأجور المقدمة، مقارنة بالقطاع الخاص، وغياب مؤشرات واضحة المعالم لتقويم نشاط الأفراد.
- . عرف الطاقم التقني، تأخر معتبر، بسبب الأزمة الاقتصادية.

كل هذه القيود، جعلت القائمين على قطاع الصحة يفكرون جديا في إصلاحه، من خلال مشروع الإصلاح، الذي تضمن ستة ملفات تمثلت في: ملف الحاجيات الصحية وطلب العلاج، ملف الهياكل الاستشفائية، ملف الموارد البشرية، ملف الموارد المادية، ملف الموارد المادية، ملف اشتراك القطاعات. وفي هذا الصدد يمكن تسجيل الملاحظات:

- إشراك المتعاملين - خاصة الطاقم الطبي - في تصميم الإصلاح، من أجل تسهيل العملية، الذي تبين من خلال استجاباتهم، أنه لم يتم إعلامهم بشكل جيد.
 - إشراك كل المتدخلين والاهتمام بهم، سواء على مستوى إدارة وزارة الصحة أو الدوائر الأخرى، الشئ الذي سوف يسهل عملية التطبيق لاحقاً.
 - تحديد، بلغة مفهومة للجميع، الأهداف السياسية، الإستراتيجية والعملية لكل برنامج إصلاح، بدءاً من التصميم، ومعايير تقويم الوصول إلى الأهداف. فالتقويمات الدورية الفعالة بإمكان أن تصاحبها تصحيحات ضرورية للتغيرات غير المتوقعة من محيط الإصلاح أو أي مكون من مكوناته.
 - التنبؤ مسبقاً بأنماط التغيير، من أجل تحديد جيوب المقاومة.
 - كل إصلاح مؤسسي يمس مقدمي الخدمات العمومية للعلاج، يجب أن يكون في نفس الوقت مع إصلاح تنظيمي للوصاية؛ حيث من الصعب إصلاح المستوى العملي دون المساس بالمستوى الإستراتيجي.
 - تحديد إستراتيجية إيصال، إعلام وتحسيس، بمجرد تصميم الإصلاح؛ وذلك بتحديد الجمهور المستهدف والوسائل، بالإضافة للموارد البشرية الواجب تجنيدها بهدف التنفيذ.
 - يعتبر اختيار الرجال الذين سوف يسيرون ويتابعون وضع الإصلاحات مهم جداً. حيث يجب أن يتم هذا الاختيار على أساس معايير التعهد والتحفيز والكفاءات التقنية للتسيير.
 - ضمان استقرار أدنى للفرق في الهياكل، وعلى مستوى إدارة الصحة والدوائر الأخرى المعنية.
- ومن خلال الدراسة الميدانية، تمكن الباحث من حصر جملة من المشاكل، باختلاف وجهات النظر، كما يلي:
- وجهة نظر المرضى
 - . عدم تكفل الطاقم شبه الطبي بالمرضى بشكل كاف على مستوى كل المؤسسات الصحية.
 - . طول مدة استخراج نتائج التحاليل والأشعة.
 - . عدم رفاهية الأسرة ونظافة الغرف.
 - . طول مواعيد إجراء العمليات الجراحية.
 - . عدم جودة الأكل المقدم.
 - وجهة نظر الطاقم شبه الطبي:
 - . قلة فرص التكوين المستمر.
 - . عدم ملائمة التكوين لاحتياجات المتكويين.
 - . ضعف التأطير.
 - . عدم وضوح نسبي للمهام.
 - . عدم الرضا عن ظروف العمل.

- . انخفاض مستوى النظافة.
- وجهة نظر الطاقم الطبي:
- . قلة إمكانيات التكوين المستمر.
- . قلة توافر وسائل العمل.
- . قلة التنظيم.
- . انخفاض مستوى الأجر.
- . رداءة مستوى النظافة.
- . وجود التهابات مكتسبة في المستشفى.
- . شكل نقص النظافة السبب الأول في وجود الالتهابات المكتسبة في المستشفى.
- . ضعف التوعية بمشروع الإصلاح.

الاقتراحات:

بناء على أوجه القصور المسجلة سالفًا، يمكن تقديم الاقتراحات التالية:

- 1 - السياسات المقترحة لزيادة كفاءة عمليات التمويل والإنفاق الصحي:
 - إعادة النظر في أولويات الإنفاق على قطاع الصحة وفقا للموارد المتاحة حاليا لتحقيق الارتقاء بالصحة العامة للمواطنين، وتحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية.
 - ويتطلب رفع الكفاءة في الإنفاق تعظيم الاستفادة من البنية الأساسية المتوفرة حاليا بقطاع الصحة الأمر الذي يستلزم التنسيق بين قطاعات الخدمة المختلفة (العمومية والخاصة) للحد من تكرار الخدمات وتمركزها في مناطق بعينها دون الأخرى وتوجيه المبالغ الكبيرة التي تتفق على إنشاء المستشفيات والوحدات والمراكز الجديدة إلى بنود أخرى لها أولوية.
 - وضع نظام تأمين صحي يشمل جميع فئات المجتمع، ويضمن الحصول على حزمة أساسية من الخدمات، بالإضافة إلى حماية المواطن من عبء الإنفاق الكلي على علاج الأمراض ذات التكلفة الباهضة، مع ضرورة إجراء دراسات شاملة لاقتصاديات التأمين الصحي لتفادي العجز الحالي في ميزانية التأمين الصحي.
 - إعادة هيكلة الدعم الحكومي بقطاع الصحة ليستهدف الفئات الأكثر احتياجا.
 - استمرار الدولة في تمويل البرامج الوقائية.
 - إعادة النظر في سياسة العلاج على نفقة الدولة وأولوياته.

2- السياسات الخاصة بالخدمات الصحية:

- تحديد حزمة خدمات صحية أساسية كحد أدنى يتم توفيره لجميع المواطنين، وتكون ذات كفاءة عالية وتقدم من خلال نظام تأميني يضمن العدالة في الدفع والحصول على الخدمة.
- وضع وتنفيذ نظام لتحويل ومتابعة الحالات من الرعاية الصحية الأساسية إلى المستويات الأعلى للعلاج.
- وضع نظام لمتابعة الحالات المرضية على جميع مستويات الخدمة.
- إنشاء هيئة وطنية لاعتماد الجودة ووضع المعايير الخاصة بالخدمات.
- رفع مستوى وعي متلقي الخدمة للارتقاء بالحالة الصحية ولزيادة الإقبال على الخدمات المتاحة.

3- السياسات المقترحة الخاصة بالبنية الأساسية لقطاع الصحة:

- وضع أسس ومعايير علمية واضحة لترشيد التوسع في المنشآت الصحية اعتماداً على بيانات فعلية وحديثة ونظم معلومات جغرافية، لتحديد جميع أنواع الخدمات المتاحة وتوزيعها حسب احتياجات المجتمع وتعداد السكان وتوزيعهم وفقاً للفئات العمرية.
- مراجعة الخطة الاستثمارية للتوسع في المنشآت الصحية ووقف بناء أي وحدات أو مستشفيات جديدة إلا بعد إجراء دراسات وافية، مع زيادة كفاءة المنشآت الصحية المتاحة حالياً وتطويرها وتوفير سيارات إسعاف مجهزة بوحدات اتصال سريعة في مراكز تقديم الرعاية الأساسية لتسهيل نقل المرضى والمصابين.
- وضع أسس للتنظيم والتنسيق بين مصادر تقديم الخدمات الصحية.
- تفعيل دور وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في منح أو رفض تراخيص إنشاء المستشفيات أو الوحدات العلاجية.

4- في مجال النظام الغذائي:

- لرفع كفاءة النظام الغذائي بوجه عام يجب :
- توفير العدد الكافي من أخصائيين الأغذية وتدعيمهم بدورات تكوينية بصفة مستمرة.
- إعادة صياغة نظم الشراء والتخزين بما يعطي مرونة للمستشفيات في الشراء من المصادر الملائمة وبالكميات المناسبة في الأوقات المناسبة، مع توفير الدعم المالي والرقابي على هذه الإجراءات.
- يجب أن يكون هناك نظام رقابي داخل كل مؤسسة صحية، مكون من الإداريين والأطباء والممرضات وأخصائيين التغذية، للرقابة على كل مراحل النظام الغذائي، بما يضمن رفع كفاءة إدارة التغذية وفعاليتها.

- يجب التركيز ليس على كمية الغذاء فحسب ولكن على جودة الغذاء المقدم، وعلى النظام أو الطريقة التي يجب أن يقدم بها الطعام للمرضى، بما في ذلك إتباع قواعد النظافة العامة وبما يحافظ على تقدم صحة المرضى.
- يجب أن يتضمن نظام التنظيف والإرشاد الطبي، إرشادات للمرضى وأهليهم وعدم إحضار أي أغذية خارجية إلا بإذن المستشفى.
- زيادة الحوافز المالية والمعنوية المقدمة لعاملات النظافة والأغذية، وإبراز الدور الحيوي لهن ضمن النظام العلاجي ككل.

5- في مجال النظافة والصيانة:

- إعادة تنظيم أقسام أو وحدات أو إدارات الصيانة والنظافة لدى المؤسسات الصحية، بما يحقق الأهداف التالية:
 - . توفير العمال والفنيين بالعدد المناسب والكفاءة المناسبة على أن تصمم لهم برامج تكوينية كل حسب وظيفته.
 - . توفير أدوات ومعدات الصيانة اللازمة كلما كان ذلك ممكنا.
 - . وجود نظام إداري لتوضيح مسؤوليات واختصاصات كل فرد، والرقابة على الإنجاز بصفة دورية.
 - إعادة النظر في أجور ومكافآت وحوافز عمال الصيانة، بما يرفع من مستواهم المعيشي والمعنوي، وبما يضمن استقرار العمل.
 - التوعية الصحية المستمرة للمرضى والزوار والأطباء وجميع الفئات العاملة بالحفاظ على المستوى العام للنظافة الجيدة، وباعتبار أنها مسئولية الجميع وليست مسئولية فرد بذاته.
 - توعية العاملين بالآثار النفسية والصحية والاقتصادية التي تترتب على نظافة الأماكن والمعدات والمكاتب.
- أما ما تعلق بالاقترحات الخاصة، للحد من الالتهابات المكتسبة في المستشفى، فيمكن إدراج ما يلي:
- تنظيم تربية تكوينية للعمال شبه الطبيين الممارسين على مستوى جناح العمليات .
 - إشراك الإدارة الإستشفائية في مكافحة الالتهابات المكتسبة في المستشفى؛
 - وضع في لجان النظافة والوقاية، أشخاص أكفاء ومعنيين بالأمر؛
 - إجبار مديرية المستشفى على القيام بشكل منتظم بأخذ عينة من الهواء والماء؛
 - تعليم حقيقي لمختلف الأطباء المقيمين في مختلف التخصصات الجراحية المسائل المرتبطة بالتنظيف والالتهابات المكتسبة في جناح العمليات ؛
 - إجراءات تحفيزية (حوافز مالية) للأفراد العاملين في جناح العمليات؛

- إعطاء الإمكانية لرئيس جناح العمليات من إخراج كل شخص لا يحترم قواعد النظافة والتطهير مهما كانت رتبته؛
- حملة توعية منتظمة على مستوى المستشفى؛
- وضع حيز التطبيق إجراء اعتماد، يهدف إلى التأكد من أن كل شيء على ما يرام؛
- زيارات لخبراء أجاناب للهيكل الاستشفائية ؛
- وضع حيز التطبيق على مستوى مدارس تكوين شبه الطبيين، تكوين خاص بالطاقم شبه الطبي على مستوى جناح العمليات.

النقد الذاتي:

كان الباحث ينوي أن تكون الدراسة على كل المراكز الاستشفائية الجامعية الموجودة في الجزائر العاصمة، وأن تخص الدراسة الأقسام الداخلية والأقسام الخارجية (الطب اليومي) ، لتكون النظرة متكاملة، لكن الصعوبات الإدارية التي واجهت الباحث في الحصول على تسريح للقيام بتربص في المركز الاستشفائي لربي مسوس، وحسين داي ، وإيقافه عن القيام بالتربص بعد تقريبا شهرين ونصف في المركز الاستشفائي الجامعي مصطفى باشا، قرر الباحث أن تكون العينة ممثلة للمنظومة الصحية ، والتي تتمثل في المراكز الاستشفائية والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة والقطاعات الصحية، وكانت أهمية البحث تكون أكثر شمولا لو كانت العينة أولا أكبر، ولو تم اختيار عينة من كل التراب الوطني.

أفاق البحث:

- مؤشرات اللاجودة في المؤسسات الصحية الجزائرية.
- فرص ومعوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية.
- تجربة إصلاح النظام الصحي في الجزائر - دراسة تحليلية.
- إصلاح النظم الصحية - التجربة الجزائرية والتونسية نموذجا.
- التقييم الاقتصادي للالتهابات المكتسبة في المستشفى.
- تطوير القياس المحاسبي للخدمات الصحية.
- تقويم الأداء في المؤسسات الصحية العمومية.

الملاحق

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DES COÛTS RÉSULTANT DE LA NON-QUALITÉ

A - ÉVALUATION DES COÛTS RÉSULTANT DE LA NON-QUALITÉ

A.1 Coûts des anomalies

A.1.1 Coûts des anomalies internes

	Montant en milliers de DA	Sources		
		Comptabilité générale	Autres	
			Comptabilité analytique	Estimation
a) Rebuts.....			X	X
b) Retouches, reconditionnements, réparations, réfections, etc.....			X	X
c) Déclassements sur produits finis ou en cours.....			X	X
d) pertes dues aux achats inemployables...		X	X	X
e) Autres coûts internes:		X	X	X
- pollution.....				X
- Accidents du travail.....				X
- Absentéisme.....				X
- Divers(à préciser).....				X
		X	X	X
Total 1.....				

A.1.2 Coûts des anomalies externes

	Montant en milliers de DA	Sources		
		Comptabilité générale	Autres	
			Comptabilité analytique	Estimation
f) Réclamations clients.....		X	X	
g) couts de garantie (SAV).....		X	X	
h) Remises ou ristournes.....	X	X		
i) Autres coûts externes:				
pénalités de retard.....	X	X		
Agiors pour non respect de délais.....			X	
pertes de clientèle.....		X		
Remboursements des dommages Causés à autrui.....	X	X		
Prime d'assurance pour couverture de la responsabilité du fait des produits.....	X	X	X	
Divers(à préciser).....	X	X		
Total 2.....				

A.2 Coûts de détection et de prévention

j) A.2.1 Coûts de détection

	Montant en milliers de DA	Sources		
		Comptabilité générale	Autres	
			Comptabilité analytique	Estimation
- Salaires et charge liés Aux vérifications.....		X	X	
- frais de contrôle Sous-traités.....	X	X	X	
- Fournitures diverses et Produits détruits pour Essais utilisés pour l'évaluation du produit.....		X	X	
- Amortissement du matériel De contrôle et d'Essais utilisés Pour l'évaluation du produit.....	X	X	X	
- Frais d'étalonnage.....	X	X		
- Divers (à préciser).....	X	X	X	
<hr/> Total 3.....				

k) A.2.2 Coûts de prévention

Montant en milliers de DA	Sources		
	Comptabilité générale	Autres	
		Comptabilité analytique	Estimation
- Etablissement des documents Relatifs a la gestion et a l'assurance De la Qualité(Manuel qualité, plans qualité, Plans de contrôle)		X	X
- Evaluation des Fournisseurs...		X	X
- Sensibilisation, motivation et Formation à la qualité et la gestion de la qualité.....		X	X
- Réalisation d'audits qualité.....		X	X
- Groupe d'amélioration de la qualité...		X	9
- Analyse de la valeur.....		X	9
- Divers (à préciser).....	X	X	X
<hr/>			
Total 4.....			

B PRÉSENTATION DES RESULTATS-RATIOS

	Montant en milliers de Dinars
Chiffres d'affaires(C.A.) HT..... Valeur ajoutée (VA) (voir mode de calcul en Annexe2).....	
TOTAL des coût Saisis des anomalies (TOTAL1. TOTAL2)..... TOTAL des coûts Saisis de détection et de prévention (TOTAL3. TOTAL4)..... TOTAL des coûts Saisis résultant de la non-qualité (TOTAL1+ TOTAL2)+ (TOTAL3+ TOTAL4).....	

Les ratios Suivants, les plus couramment utilisés peuvent être calculés à partir des montants précédents et de léffectif de l'entreprise.

Ratios	Résultats
$\frac{\text{coûts résultant de la non-qualité}}{\text{Chiffres d'affaires}} = \text{soit}$	.....% du CA
$\frac{\text{coûts résultant de la non-qualité}}{\text{valeur ajoutée}} = \text{soit}$	.....% de la VA.
$\frac{\text{coûts résultant de la non-qualité}}{\text{effectif de l'entreprise}} = \text{soit}$	.....F par personne

إستمارة موجهة للأقسام الداخلية

أخي المريض /أختي المريضة

تحية طيبة ، وبعد

يقوم الباحث بإجراء دراسة ميدانية حول واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية. أرجو منكم التلطف بالإجابة على أسئلة هذا الاستبيان، مع العلم أن إجاباتكم ستعامل بسرية تامة ولن يتم استخدامها إلا لأغراض البحث العلمي.

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

الطالب : عدمان مريزق

- 1- ما انطباعكم عن كيفية الاستقبال عند مكتب القبول ؟
() راضي جدا () راضي () غير راض () غير راض تماما
- 2- ما انطباعكم عن كيفية الاستقبال عند دخولك المصلحة ؟
() راضي جدا () راضي () غير راض () غير راض تماما
- 3- ما رأيكم في مدى اهتمام الطبيب المعالج ؟
() مهتم جدا () مهتم () متوسط الاهتمام () غير مهتم تماما
- 4- خلال إقامتكم، هل حصلتم على معلومات و شروحات حول حالتكم الصحية ؟
() دائما () غالبا () نادرا () أبدا
- 5- ما انطباعكم عن لطف واحترام أفراد الطاقم شبه الطبي؟
() دائما () غالبا () نادرا () أبدا
- 6 - ما انطباعكم عن تكفل أفراد الطاقم شبه الطبي ؟
() راضي جدا () راضي () غير راض () غير راض تماما
- 7- إذا قمتم بتحليل أو أشعة، ما مدى سرعة مخبر التحاليل الطبية في استخراج نتائج التحاليل ؟
() لم أنتظر () معقولة () طويلة () طويلة جدا () خارج المستشفى
- 8- ما انطباعكم عن مواعيد إجراء العمليات الجراحية ؟
() لم أنتظر () معقولة () طويلة () طويلة جدا () لم أقم بالعملية

9- هل التجهيزات الصحية الموجودة في الغرفة كافية ؟

() نعم () لا ()

10- ما رأيكم في مدى رفاهية السرير؟

() مريح جدا () مريح () مريح نوعا ما () غير مريح تماما

11- ما انطباعكم عن نظافة الغرفة ؟

() نظيفة جدا () نظيفة () غير نظيفة () غير نظيفة تماما

12 - هل يتم الاعتناء بالغرفة يوميا ؟

() نعم () لا

13- ما رأيكم في مدى ملائمة درجة حرارة الغرفة ؟

() ملائمة جدا () ملائمة () غير ملائمة () غير ملائمة تماما جدا

14 - ما رأيكم في مدى ملائمة درجة الإضاءة في الغرفة ؟

() ملائمة جدا () ملائمة () غير ملائمة () غير ملائمة تماما جدا

15- ما رأيكم في الوجبات الغذائية المقدمة للمرضى ؟

() ممتازة () جيدة () عادية () رديئة () رديئة جدا

16- ماذا تقترحون لتحسين مستوى جودة الخدمات التي يقدمها المستشفى ؟

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

المعلومات العامة

- السن :

- الجنس :

- الحالة الاجتماعية :

- المصلحة التي تعالج فيها :

- مدة الإقامة :

استمارة موجهة للطاقم شبه الطبي

تحية طيبة ، وبعد

يقوم الباحث بإجراء دراسة ميدانية حول واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية. أرجو منكم التلطف بالإجابة على أسئلة هذا الاستبيان، مع العلم أن إجاباتكم ستعامل بسرية تامة ولن يتم استخدامها إلا لأغراض البحث العلمي.

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

الطالب : عدنان مريزق

1- هل أنتم راضون عن وظيفتكم ؟

() راضي جدا () راضي () غير راض () غير راض تماما

2- هل تحصلتم على فرصة للتكوين المستمر ؟

() نعم () لا

3- هل التكوين كان ملائما لاحتياجاتكم ؟

() راضي جدا () راضي () غير راض () غير راض تماما

4 - كيف ترون تحديد المهام ؟

() واضحة جدا () واضحة () غير واضحة () غير واضحة تماما

5- ما رأيك في ظروف العمل ؟

() راضي جدا () راضي () غير راض () غير راض تماما

6- هل أنتم راضون عن العلاقة بالزملاء ؟

() راض جدا () راض () غير راض () غير راض تماما

7- هل أنتم راضون عن العلاقة بالطاقم الطبي ؟

() راض جدا () راض () غير راض () غير راض تماما

8- كيف تقيمون علاقة المعالج بالمعالج ؟

() جيدة جدا () جيدة () عادية () سيئة () سيئة جدا

9- هل تقدر أن المرضى تم التكفل بهم بصورة ؟

() مرضية جدا () مرضية () غير مرضية () غير مرضية تماما

10- ما هو مستوى رضاكم عن مستوى النظافة؟

() راضي جدا () راضي () غير راض () غير راض تماما

11- ماذا تقترحون لتحسين مستوى أداء الخدمات التي يقدمها المستشفى؟

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

المعلومات العامة

- السن :
- الحالة الاجتماعية :
- الرتبة :
- الجنس :
- المصلحة التي تعمل بها:

استمارة موجهة للطاقم الطبي

تحية طيبة ، وبعد

يقوم الباحث بإجراء دراسة ميدانية حول واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية. أرجو منكم التلطف بالإجابة على أسئلة هذا الاستبيان، مع العلم أن إجاباتكم ستعامل بسرية تامة ولن يتم استخدامها إلا لأغراض البحث العلمي.

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

الطالب : عدنان مريزق

1- حددوا مستوى رضاكم عن العناصر التالية :

غیر راض تماما	غیر راض	راضی	راضی جدا	
				علاقتكم مع المرضى
				- علاقتكم مع الزملاء
				- علاقتكم مع الطاقم شبه الطبي

2- كيف هو رضاكم عن إمكانيات للتكوين المستمر ؟

() راضی جدا () راضی () غیر راض () غیر راض تماما

3- هل التكوين كان ملائما لاحتياجاتكم ؟

() نعم () لا

4 - كيف ترون تحديد المهام ؟

() واضحة جدا () واضحة () غير واضحة () غير واضحة تماما

5- ما هو انطباعكم عن توافر وسائل العمل ؟

() متوافرة جدا () متوافرة () متوافرة بقللة () غير متوافرة تماما

6- ما هي العراقيل الأساسية التي تواجهونها، والتي تحول دون القيام بعمل ذا جودة ؟

.....
.....

7- ما هو مستوى رضاكم عن الراتب المقدم ؟

() راض جدا () راض () غير راض () غير راض تماما

8- ما هو تقديركم لمستوى نظافة المستشفى ؟

() مرتفع جدا () مرتفع () رديء () رديء جدا

9- هل توجد التهابات مكتسبة على مستوى مصلحتكم ؟

() نعم () لا

إذا كانت الإجابة بـ "نعم" ما هي الأسباب ؟

.....
.....

10- ما هو مستوى رضاكم عن التكفل بالمرضى على مستوى مصلحتكم ؟

() راضي جدا () راضي () غير راض () غير راض تماما

11- ما هو رأيكم في إصلاح المستشفيات ؟

.....

12- ماذا تقترح لتحسين مستوى أداء الخدمات التي يقدمها المستشفى ؟

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

المعلومات العامة

- السن :

- الجنس :

- الحالة الاجتماعية :

- المصلحة التي تعمل بها :

- الرتبة :

- محل الإقامة :

المراجع

I- المراجع العربية:

أ - الكتب:

- أبو الفتوح حجازي جمال طاهر، إدارة الإنتاج والعمليات: مدخل إدارة الجودة الشاملة، مكتب القاهرة للطباعة والتصوير، مصر، 2002.
- أدى لوآن، بيجلي تشارلز، دافيد ليرسون، كارل سيلتر، ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر، تقويم نظام الرعاية الطبية الفعالية والكفاءة والإنصاف، معهد الإدارة العامة، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2000.
- أوكيل محمد سعيد، فنيات المحاسبة التحليلية، الجزء الأول، دار الآفاق، الجزائر، 1991.
- بستر فيلد دال، ترجمة سرور علي إبراهيم سرور، الرقابة على الجودة، المكتبة الأكاديمية، المملكة العربية السعودية، 1995.
- البكري ثامر ياسر، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2005.
- بواعنه عبد المهدي، إدارة الخدمة والمؤسسات الصحية مفاهيم، نظريات، وأساسيات في الإدارة الصحية، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2004.
- التميمي حسين عبد الله، إدارة الإنتاج والعمليات: مدخل كمي، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 1997.
- توفيق عبد الرحمان، الجودة الشاملة الدليل المتكامل، سلسلة إصدارات مركز الخبرات المهنية "بميك"، العدد 45، القاهرة، 2003.
- جابلونسكي جوزيف، تعريب النعماني عبد الفتاح السيد، إدارة الجودة الشاملة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة نظرة عامة، الجزء الثاني، مركز الخبرات المهنية للإدارة "بميك"، جمهورية مصر العربية، 1996.
- جاد الرب محمد سيد، إدارة المنظمات الصحية والطبية منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة، دار النهضة العربية، القاهرة، 1996-1997.
- جودة محفوظ أحمد، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم و تطبيقات، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2004.
- حداد شفيق، سويدان نظام، أساسيات التسويق، الطبعة الأولى، دار ومكتبة الحامد للنشر والتوزيع، الجبيلة-عمان، 1998.
- الحداد عوض بدير، تسويق الخدمات المصرفية، الطبعة الأولى، البيان للطباعة والنشر، القاهرة، 1999.
- حسن هلال محمد عبد الغني، مهارات إدارة الجودة الشاملة في التدريب، الطبعة الأولى، مركز تطوير الأداء والتنمية، مصر، 1996.
- حمود خضير كاظم، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الثانية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، 2005.

- الحناوي محمد صالح، إسماعيل السيد، قضايا إدارية معاصرة، مركز التنمية الإدارية، جامعة الإسكندرية، 1998.
- دعبول محمد زاهر، أيوب محمد ، مبادئ تسويق الخدمات، الطبعة الأولى، دار الرضا للنشر، دمشق- سوريا، 2003.
- الدمرداش إبراهيم طلعت، اقتصاديات الخدمات الصحية، الطبعة الثانية، دار الكتب المصرية، مصر، 2000.
- زين الدين فريد عبد الفتاح، تخطيط ومراقبة الإنتاج: مدخل إدارة الجودة، دار الكتب، القاهرة، 1997.
- زين الدين فريد عبد الفتاح، المنهج العملي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العربية، دار الكتب، مصر، 1996.
- السلمي علي، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهيل للايزو، دار غريب للنشر والطباعة والتوزيع، القاهرة، 1995.
- عبد العزيز بن سعيد خالد بن سعد، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي، الطبعة الأولى، الرياض، المملكة العربية السعودية، 1997.
- العجي ماهر، دليل الجودة في المؤسسات والشركات بحسب المواصفات القياسية ISO 9000، سلسلة الرضا للمعلومات رقم 23، دار الرضا للنشر، دمشق-سوريا، 1999.
- عطية هاشم أحمد، محاسبة التكاليف في المجالات التطبيقية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2000.
- علام سمير، إدارة العمليات والإنتاج، مركز جامعة القاهرة للتعليم المفتوح، جمهورية مصر العربية، 1992.
- علوان المحياوي قاسم نايف، إدارة الجودة في الخدمات مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان- الأردن، 2006.
- الفضل مؤيد عبد الحسين، الطائي يوسف حليم، إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلى المستهلك منهج كمي، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2004.
- فياض سمير، الصحة في مصر: الواقع وسيناريوهات المستقبل حتى عام 2020، الطبعة الأولى، المكتبة الأكاديمية، مصر، 2002.
- كوش هيو، ترجمة الأحمد بن عايد ، إدارة الجودة الشاملة : تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2002.
- كوهين ستيفن، براند رونالد، ترجمة هيجان عبد الرحمان بن أحمد ، إدارة الجودة الكلية في الحكومة دليل عملي لواقع حقيقي، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 1997.
- مذكور فوزي ، تسويق الخدمات الصحية، الطبعة الأولى، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 1998.

- مذكور فوزي شعبان ، مراجعة الدسوقي حامد أبو زيد، إدارة جودة الإنتاج، مركز جامعة القاهرة للتعليم المفتوح، جامعة القاهرة، كلية التجارة 1995 .
- مخيمر عبد العزيز ، الطعامنة محمد ، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، جمهورية مصر العربية، 2003.
- المصري سعيد محمد ، إدارة وتسويق الأنشطة الخدمية: المفاهيم والاستراتيجيات،الدار الجامعية، الإسكندرية، 2001-2002.
- الموجي بهيرة محمد، دوائر الجودة ،المنظمة العربية للتنمية الإدارية ،القاهرة ،1995.

ب- الأطروحات والرسائل الجامعية :

- أحمد حسن سيد أحمد، قياس تحليل تكاليف الجودة دراسة حالة بالتطبيق على المنشآت الصناعية، رسالة مقدمة للحصول على درجة الماجستير في العلوم الإدارية، أكاديمية السادات للعلوم الإدارية، 2003.
- جيلالي أمير، تخطيط وتمويل الصحة في الجزائر، رسالة ماجستير، فرع التخطيط، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، الجزائر، 2000-2001.
- الحمود فاروق عبد الله، نظم المعلومات الصحية وأثرها على ضمان جودة الرعاية الطبية في الأردن، أطروحة مقدمة إلى المعهد القومي للإدارة العليا، أكاديمية السادات للعلوم الإدارية للحصول على درجة "الزمالة" في إدارة المستشفيات والخدمات الصحية، جمهورية مصر العربية، 1999.
- زميت خدوجة ، تحليل تكاليف الصحة في الجزائر، رسالة ماجستير، فرع التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، الجزائر، 1999-2000.
- صيفي ذهبية، النهج التعاقدية كأسلوب تمويلي جديد لقطاع الصحة الجزائري، مذكرة ما بعد التدرج، تخصص إدارة المنظمات الصحية، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، جوان 2005.
- عبد الحميد جبريل ماجدة محمد، إطار مقترح لتطبيق إدارة الجودة الكلية على مستشفيات مشروع ضمان الجودة، رسالة مقدمة لكلية التجارة جامعة عين شمس للحصول على درجة دكتور الفلسفة في إدارة الأعمال، جمهورية مصر العربية، 2000
- عبد الرحمان مجدي عبد الفتاح ، دور إدارة الجودة الكلية في زيادة فعالية إدارة العمليات في صناعة الخدمات بالتطبيق على إدارة المستشفيات، بحث مقدم لكلية التجارة، جامعة القاهرة للحصول على درجة دكتور الفلسفة في إدارة الأعمال، 2001.
- عدمان مريزق، محاولة لدراسة ظاهرة دوران العمل في المؤسسات الاقتصادية، رسالة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، المدرسة العليا للتجارة، الجزائر، السنة الجامعية 1999-1998.

- فهمي مصطفى إسماعيل محمود ، صعوبات قياس كفاءة أداء الخدمات الصحية بالمستشفيات دراسة تطبيقية على المستشفيات العامة بوزارة الصحة بمحافظة القاهرة، بحث مقدم للحصول على درجة العضوية، أكاديمية السادات للعلوم الإدارية، قسم الإدارة العامة والمحلية، جمهورية مصر العربية، 1997.
- قزولي عبد القادر، الصحة والأزمة الاقتصادية في الجزائر، مذكرة تخرج لنيل شهادة ما بعد التدرج، فرع تسيير الموارد البشرية، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، 2003.
- يونس سهام مصطفى، مؤشرات الكفاية الإنتاجية في تقديم الخدمات الصحية بالمستشفيات العامة في جمهورية مصر العربية، دراسة ميدانية بالتطبيق على مستشفى أسيوط الجامعي، رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في إدارة الأعمال، جامعة أسيوط، كلية التجارة، قسم إدارة الأعمال، 1981.

ت- الدوريات:

- إبراهيم محمد محمد، طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية، المجلة العلمية لكلية التجارة، جامعة أسيوط، العدد الرابع، السنة الثالثة، ديسمبر، 1983.
- أحمد رفاه جميل ، عبد الوهاب أحمد ، دور إدارة الجودة الشاملة في تغيير ثقافة الجودة في المؤسسات الصناعية دراسة حالة إحدى المصانع العراقية، مجلة التنمية الصناعية العربية، مجلة فصلية تصدر عن المنظمة العربية للتنمية الصناعية والتعدين، المغرب، العدد 43 ، أبريل 2001.
- الأحمدى حنان عبد الرحيم ، التحسين المستمر للجودة :المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية، مجلة الإدارة العامة، دورية علمية متخصصة ومحكمة يصدرها كل ثلاثة أشهر معهد الإدارة العامة، الرياض-المملكة العربية السعودية، المجلة الأربعون، العدد الثالث، أكتوبر 2000.
- جماعة عبد أمين محمود ، المتغيرات المؤثرة على إدراك المستهلكين لجودة الخدمات الصحية وآثارها التسويقية، دراسة ميدانية بالتطبيق على المستشفيات الخاصة بمدينة القاهرة، مجلة الدراسات والبحوث التجارية، جامعة بنها، كلية التجارة، جمهورية مصر العربية ، العدد الأول، 1998.
- حسن أمين عبد العزيز، الطلب على الخدمة الصحية ونظم تسويقها، مجلة الإدارة، مجلة علمية ربع سنوية يصدرها اتحاد جمعيات التنمية الإدارية، جمهورية مصر العربية، المجلد الخامس والعشرون، العدد الثالث، يناير 1993.
- زين الدين فريد عبد الفتاح ، حلقات الجودة كمدخل لتحسين مستوى خدمات وحدات الجهاز الحكومي المصري، مجلة "الإدارة"، مجلة علمية ربع سنوية يصدرها اتحاد جمعيات التنمية الإدارية، المجلد السابع والعشرون، العدد الثالث، جانفي 1995.
- السوافيري فتحي رزق ،الإطار الفكري والعلمي للمحاسبة عن تكاليف الجودة، مجلة كلية التجارة للبحوث العلمية ، كلية التجارة جامعة الإسكندرية، جمهورية مصر العربية، العدد الثاني، سبتمبر 1995.

- العبادي مصطفى راشد ، إطار مقترح لتشخيص مشكلات الجودة مع قياس وتقييم جدوى الاستثمار في مجالات تحسينها، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة مجلة ربع سنوية تصدرها كلية التجارة ،جامعة عين شمس، القاهرة، العدد الثاني، أبريل 2000.
- عبد العليم نجاتي إبراهيم، القياس المحاسبي لتكاليف الجودة وأثره على استمرارية المنشأة "نموذج مقترح"، مجلة الدراسات المالية والتجارية، جامعة القاهرة، كلية التجارة بني سويف، جمهورية مصر العربية، العدد الرابع، 1992.
- عبد الله عبد المنعم فليج ، تحليل ورقابة تكاليف الجودة لترشيد قرارات الاستثمار في برامج الجودة، مجلة الدراسات المالية والتجارية، جامعة القاهرة، كلية التجارة بني سويف، جمهورية مصر العربية، العدد الأول، يناير 1995.
- علام محمد نبيل ، إطار مقترح لقياس وترشيد تكاليف خدمات الرعاية الصحية في قطاع المستشفيات، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، جامعة عين شمس، كلية التجارة، جمهورية مصر العربية، ملحق العدد الثاني، 1995.
- علي عبد القادر علي، اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعني بقضايا التنمية في الأقطار العربية، العدد الثاني والعشرون، أكتوبر 2003، السنة الثانية، المعهد العربي للتخطيط، الكويت.
- فتات فوزي ، داني الكبير أمعاشو، الجودة عامل أساسي لتعزيز القدرة التنافسية للمؤسسة، مجلة "إدارة " تصدر عن مركز التوثيق والبحوث الإدارية، المجلد 11، العدد 21، الجزائر، 2001.
- فؤاد محمد محمد نشأت ، نموذج رياضي لقياس التكاليف المستترة للجودة:دراسة تطبيقية، مجلة البحوث التجارية المعاصرة، جامعة أسيوط، كلية التجارة، جمهورية مصر العربية، العدد الأول، 1995.
- القبندي سهام علي أحمد ، تقويم الخدمة الاجتماعية الطبية بالمستشفيات العامة والتخصصية والتخطيط لتطويرها بدولة الكويت، مجلة العلوم الاجتماعية مجلة فصلية محكمة تعني بحقول الاقتصاد والسياسة والاجتماع والخدمة الاجتماعية وعلم النفس والانتروبولوجيا الاجتماعية والجغرافيا وعلوم المكتبات والمعلومات، مجلس النشر العلمي جامعة الكويت، المجلد 32، العدد 3، 2004.
- مذكور فوزي ، مدى إدراك وتطبيق مديري المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، مجلة ربع سنوية تصدرها كلية التجارة، جامعة عين شمس، العدد الثالث، 1997.
- مصطفى أسامة عبد الحليم ، تحليل ظاهرة تزايد الإنفاق العام على الخدمات الصحي وآثاره الاقتصادية، مجلة البحوث التجارية، دورية علمية نصف سنوية تصدر عن كلية التجارة، جامعة الزقازيق، العدد الثاني، الجزء الأول، المجلد الثاني والعشرون، يوليو 2000.

ث - الملتقيات:

- ریحان محمد ، التسويق لخدمة الرعاية الصحية، المؤتمر العربي الثالث للاتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات: تقنية نظم المعلومات، القاهرة، جمهورية مصر العربية، 5-6 ديسمبر 2004.
- اللوزي موسى ، إدارة الجودة الشاملة، المؤتمر العربي السنوي الخامس في الإدارة: الإبداع و التجديد: دور المدير العربي في الإبداع و التجديد، شرم الشيخ، جمهورية مصر العربية، 27-29 نوفمبر 2004.

ج - التقارير:

- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر في 17 جانفي 2003.

ح - الجرائد الرسمية:

- الجريدة الرسمية عدد 104، الأمر رقم 73-65 ، الصادر في 03 ذو الحجة 1393هـ الموافق لـ 28 ديسمبر 1973م، يتضمن قانون المالية لسنة 1974م المتعلق بتأسيس الطب المجاني.
- الجريدة الرسمية، العدد 81، المرسوم التنفيذي رقم 97-466 مؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق لـ 2 ديسمبر سنة 1997 يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وتسييرها.
- الجريدة الرسمية رقم 81، المرسوم التنفيذي رقم 97-465، 2 ديسمبر 1997، المتعلق بتحديد قواعد إنشاء وتنظيم وتشغيل المؤسسات الاستشفائية المتخصصة.
- الجريدة الرسمية رقم 81، المرسوم التنفيذي رقم 97-467 ، 2 ديسمبر 1997، المتعلق بتحديد قواعد إنشاء وتنظيم وتشغيل المراكز الاستشفائية الجامعية.
- الجريدة الرسمية عدد 52، المرسوم الرئاسي رقم 02-250 المؤرخ في 13 جمادى الأولى 1423هـ الموافق لـ 24 جويلية 2002، يتضمن تنظيم الصفقات العمومية، المادة 01.
- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 69، 20 أكتوبر 2002
- الجريدة الرسمية عدد 55، المرسوم الرئاسي رقم 03-301 المؤرخ في 11 سبتمبر 2003، يعدل ويتمم المرسوم الرئاسي رقم 02-250 المتضمن تنظيم الصفقات العمومية، المادة 02، ص 06.

خ - مواقع الإنترنت:

- النظم الصحية وتقييم أدائها [http:// www.sgh.org.sa/fan.htm](http://www.sgh.org.sa/fan.htm)
- محمد بن علي الغامدي، مفاهيم الجودة أساس لتوحيد الجهود <http://.www.Saaid.net/aldawah/151.htm>
- طيارة غسان، أكرم ناصر، الغضبان جرجس ، الجودة ودورها في التنمية الاقتصادية <http://www.mafhoum.com/sgn/articles/tayara/tayara.htm>

- التحيوي مهى ، تقييم جودة الأداء

[http://www.ahedegypt.org/pubs/health-report-2005/0009-chapter 6-quality-assurance-\(121-134\)/PDF](http://www.ahedegypt.org/pubs/health-report-2005/0009-chapter 6-quality-assurance-(121-134)/PDF)

- العيشوني محمد، مفاهيم أساسية عن الضبط الشامل للجودة وإدارة الجودة الشاملة، قسم التقنية الميكانيكية، الكلية التقنية بحائل، 2005.

<http://eichouni.tripod.com>

- مركز تدريب الحاسب الآلي التابع للمركز القومي لمعلومات الصحة والسكان، المبادئ والمفاهيم الأساسية لعلم الإحصاء

<http://www.mohp.gov.eg/Sec/Heducation/tadrib/6.doc>

- اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، جدول الأعمال المبدئي، ضمان الجودة وتحسينها في النظم الصحية ولاسيما في الرعاية الصحية الأولية مسئولية مشتركة، النظم الصحية والجودة، القاهرة، جمهورية مصر العربية، 1-4 أكتوبر 2000

<http://208.48.48.190/rc47/anpa11bo1.htm>

- الخازم محمد عبد الله ، نظرة عامة في معنى جودة الخدمة الصحية

<http://www.alryadh.com/2001/11/08/article30576.html>

- الحري عوض سالم ، تكاليف الجودة وطرق قياسها، المؤتمر الوطني الأول للجودة السعي نحو الإتقان والتميز الواقع والطموح، 26-28 ربيع الأول 1425هـ، بتصرف.

<http://www.quality conf.com/presentation/day 1/Session2/5.PPT#257.3>

- خوجة عبد الحفيظ، عدوى المستشفيات ومشاكلها.

<http:// www.free-syria-com/ loadarticle.php?articleid=9579>

- أهمية مكافحة العدوى في المنشآت الصحية

<http://www.drguide.mohp.gov.eg/newsite/E-learning/infection control/arpart/01 importance of infection.doc>.

- المهام الوظيفية لبرنامج مكافحة العدوى داخل المنشآت الصحية

<http:// www.drguide.mohp.gov.eg/newsite/e-learning/infection control/infectionlarp1.asp>

- الثابت الطاهر إبراهيم، محاور المحاضرات العلمية للندوة العالمية حول صحة و عدوى المستشفيات المنعقدة في طرابلس 28/29-30/2002.

<http://www.libyoumedicalwaste.com/new 00002.htm>

- نظام المعلومات الأورومتوسطية للصحة العامة EMPHIS

<http://www.emphis.net/ar/projet1>

- النظم الصحية وتقييم أدائها <http:// www.sgh.org.sa/fan.htm>

- الفالح فالح بن زياد ، تطوير النظام الصحي في المملكة، الرياض الإلكتروني، الأحد 19 رمضان 1423، العدد 12574، السنة 38.

<http:// www.planning.gov.sa/planning/all% 20presentation/day1/1c-health/11>

- برس قدس، دعوة لعولمة الرعاية العلاجية، منظمة الصحة العالمية .

<http://www.islam-online.net/iol-arabic/dowalia/namaa-45/namaa-c.asp=top>

- يوم الصحة العالمي لعام 2000، لن نغفل الصحة النفسية ولن نخذل مرضاها معلومات موجزة عن البلدان
<http://www.emro.who.int/Arabic/MNH/WHD/countryprofile-mor.htm>
- تونس، المؤشرات الصحية
<http://www.alkhadra.com/society/index4.htm>
- الحزب الوطني الديمقراطي، المؤتمر السنوي: أوراق سياسات
http://www.ndp.org.eg/2nd_conference/health-htm.asp
- وزارة الصحة والسكان، جمهورية مصر العربية
<http://www.mohp.gov.eg/Sec/Statistics/>
- مركز المعلومات واتخاذ القرار بمجلس الوزراء، التحديات التي تواجه قطاع الصحة في مصر وسياسات التغلب عليها، مارس 2005
<http://www.star28.com/site/site-1318.html>
- فياض سمير، دراسة النظام الصحي في مصر ومشروع الإصلاح الصحي ومشروع قانون التأمين الصحي القومي الشامل ديسمبر 2005.
<http://www.al-ahaly.com/articles/06-02-01/1264-ptt04.htm>
- مجلس الوزراء، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، قطاع المتابعة الخارجية، دراسة مقترح شراء الحكومة للخدمات الصحية من القطاع الخاص، ابريل 2005 .
<http://www.star28.com/site/site-1318.html-14k-25mai2007>
- مركز المعلومات ودعم القرار بمجلس الوزراء، تجارب دولية في تطوير الخدمات الصحية، فبراير 2005.
<http://www.star28.com/site/site-1318.html>
- هيكل الرعاية الصحية في أمريكا...كيف يبقى أكثر من 45 مليون أمريكي بدون تأمين صحي؟، تقرير واشنطن، العدد 33، 19 نوفمبر 2005.
<http://www.taqrir.org/showarticle.cfm?id=206>

II - المراجع الأجنبية:

أ- الكتب:

- Béresniak.A , Duru.G , Economie de la santé ,4 éme édition, édition Masson, Paris ,1997
- Caby François, de Hervé Sérieyx Claude, la qualité dans les services Fondements, Témoignages, outils, 2ème édition,édition Economica, Paris, 2002.
- Cazaban. M, Duffou. S, Falliro-Peray. P, Jourdan. P, Santé publique,4eme édition, édition Mason, Paris,2001.
- Duret Daniel , Pillet Maurice , qualité en production, éditions d'organisation, Paris, 1998 .

- Harrington H.James, le coût de la non-qualité, édition Eyrolles, paris, 1990.
- Henri Savall, reconstruire l'entreprise, édition Dunod, paris, 1979.
- Henri Savall, Zardet Véronique, Le nouveau contrôle de gestion, édition Eyrolles, Paris, 1992.
- Henri Savall, zardet véronique, maîtriser les coûts et les performances caches, 2eme édition, édition economica, paris, 1989.
- Levy .A, Cazaban. M, Duffour.J, Jourdan .R, Santé publique, 2ème édition, édition MASSON, 1994.
- Louapre Bertrand, La qualité s'il vous plaît !, les éditions d'organisations, Paris, 1992.
- Martory.B, contrôle de gestion Sociale, édition vuibert, Paris, 1990.
- Oufriha F.Z, Système de santé et population en Algérie, édition ANP,2002 ,Alger.
- Stora Giblert, Montaigne Jean, la qualité totale dans l'entreprise, édition d'organisation, paris, 1986.
- worning Anne –Marie ,stratégie de réduction des infections nosocomiales un modèle pour le développement de la qualité, Etudes de politique de santé N°4, La santé : qualité et choix, organisation de coopération et de développement économique ,paris ,1994.

ب - موسوعات

- patrick Joffere, Yves Simon, Encyclopédie de gestion, édition Economica, paris, 1989.

ت - الرسائل والأطروحات الجامعية:

- Badaoui Saliha, La sécurité sociale et état en Algérie, les logiques en place et leurs implications, Thèse de Magister, université d'Alger, institut des sciences économiques, Année 2005
- Bertezene Sandra, les démarches qualité dans les hôpitaux français, thèse pour le doctorat en sciences de gestion de l'université lumière Lyon 2.
- Fatimi Fatima Zahra, organisation de la lutte contre les infections nosocomiales: cas de l'hôpital IBN SINA de RABAT, Mémoire présente pour l'obtention du diplôme du deuxième cycle des E.P.M, institut de formation aux carrières de la santé de rabat, royaume du Maroc, juillet 2006.

ث - الدوريات:

- Brahmia Brahim ,La formation continue « enjeux et stratégie » ;Le Gestionnaire :Revue semestrielle élaborée par L'Ecole Nationale de Santé Publique, Numéro spécial , N°1111 2875 , Juillet 1997.
- l'institut national du travail, Revue Algérienne du travail, prospective sur le monde du travail, № 24/99, premier trimestre 2005.
- Chaouch.M, développement du Système National de Santé: Stratégies et perspectives, "le gestionnaire" revue élaborée par l'école nationale de la Santé publique, n°5, juin 2001.
- Lacronique Jean-François, La réforme du Système de Santé américain Analyse des causes D'un échec définitif, Actualité et dossier en Santé publique, Revue trimestrielle du haut comité de la Santé publique, n°11 juin 1995.
- Lamri.M, Dossier de la Contractualisation , "Le Gestionnaire" , Revue semestrielle élaborée par Ecole Nationale de Santé Publique , N°1111 2875 , juillet 1998 .
- le système de Santé Britannique cinq ans de réforme, Actualité et Dossier en Santé publique n°9 décembre 1994.
- Saihi .A, le système de santé publique en Algérie, Revue"Gestions hospitalières", la revue des décideurs hospitaliers, n° 455, Avril 2006.

ج - ملتقيات وندوات:

- Caisse Nationale Des Assurances Sociales des Travailleurs salaries(CNAS), Communication sur la situation du système des assurances sociales (évaluation et résultats), Conférence nationale sur la protection sociale; de 30 et31 2005.
- Epidemilogie des infections nosocomiales ,séminaire atelier de formation en hygiène hospitalière ,Sidi Fredj 27-29 mars 2005.
- La non- qualité coût et Solutions des dysfonctionnements, cycle de conférences organisé par L'université francois Rabelais de tours France et L'institut Supérieur du génie applique Maroc,25 Février 1998 à L'hôtel hayat Regency de Casablanca,les éditions toubkel,1ere édition, Maroc, 1998.

ح- وثائق داخلية خاصة بالمؤسسات الصحية محل الدراسة

- Benmami .S, Benhabyles.B, infections nosocomiales définition-épidémiologie,service d'épidémiologie et de médecine préventive CHU Mustapha.
- Dekkar.N, Brahim .H , Makhoul.F, Bennacef .M ,Berranen .S ,Hammadi .A, Kedachi.R , Lonnas.S, Oussar.N,Touami.S , Yahia – Ouahmed.L, prevalence des infections nosocomiales au centre hospitalo-universitaire de Bab El-Oued, avril, Alger,1996.
- Djerir.S , Talebhocine.F, Benmami.S, Samail.N, Benhabyles.B, Coût Des Infections du Site opératoire, service d'épidémiologie et de médecine préventive, CHU Mustapha,2004.
- incidence létalité et coûts des infections nosocomiales, Service d'épidémiologie et médecine prévention centre hospitalo-universitaire Bab- El-oued.

خ- تقارير:

- Comptes nationaux de la santé de l'Algérie , élaborés par le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière , Mai 2003 .
- conseil National Economique et Social, Rapport National Sur la Développement humain, Réalisé en coopération avec le programme des Nations unies pour le développement (PNVD), Algérie 2006.
- Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, la Santé des Algériennes et des Algériens, décembre 2004.
 - Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, Direction de la planification et de la normalisation, Statistiques Sanitaires, Année 2004, Sous direction des Système d'information et de l'informatique, Avril 2006.
 - Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, Direction de la planification et de la normalisation, Statistiques Sanitaires, Année 2003 Sous direction des Systèmes d'information et de l'informatique, Avril 2005.
 - Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière; direction de la prévention, Plan d'action de prévention des infections nosocomiales 2005-2009.
- Ministère de la Santé, de la population et de la reforme Hospitalière, la Santé des Algériennes et des Algériens en 2001, Rapport annuel, édition ANEP,7 avril 2002
- office national des statistiques, Démographie algerienne2005, Données statistiques, n°442 ,2005.

- Ministère de la Santé la population et de la réforme Hospitalière, Population et développement en Algérie, Rapport National CIPD+10 (la conférence internationale Sur La population et le développement +10) Décembre 2003

د - جرائد:

- Beaucoup de volonté ,peu de moyens IVème journée de lutte contre les infections nosocomiales au centre hospitalo-universitaire Tizi-Ouzou, La dépêche de Kabylie , N°1078, mardi 20 décembre 2005.

ذ - مواقع الانترنت

- Chambaretaud Sandrine, Diane Lequet-slama, Victor G.rodwin, Couverture maladie et organisation des soins aux Etats-Unis, Etudes et Résultats,Direction de la recherche des etudes de l'évaluation et des statistiques, n°119, juin 2001

<http://www.santé.gouv.fr/drees/etudes-Resultats/>

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

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

- Suzanne.Charvet-Protat,Agnés Jarlier,Nathalie Préaubert, Le coût de la qualité et de la non- qualité à l'hôpital, Agence Nationale D'accréditation et D'évaluation en Santé (ANAES), service évaluation économique.

[http://www.anaes.FR/anaes/publications.MSF/NPDFFile/RA-LTLF-3YBL5S/\\$ File/cout.PDF](http://www.anaes.FR/anaes/publications.MSF/NPDFFile/RA-LTLF-3YBL5S/$ File/cout.PDF)

-Durrieu .Dée Bolt,Les infections nosocomiales.

<http://sos-net.eu.org /médical/nosoc.htm>.

- Larbi Abid, ces chiffres qui donnent le tournis, Le guide de la médecine et de la santé en Algérie, 15 decembre2003.

[http:// www.santetropicale.com/SANTEMAG/algérie/ abid 0306.htm](http://www.santetropicale.com/SANTEMAG/algérie/ abid 0306.htm).

- Ministre de la santé et de la protection sociale, Programme national de lutte contre les infections nosocomiale 2005-2008

http://www.santé.gouv.fr/htm/actu/infect_nosoco181104/prog.pdf

- Prévalence des infections nosocomiales dans les hôpitaux en norvege

<http://asso.objectif-sciences .com /prevalence -des -infection.html>.

- Ministre de la santé et de la protection sociale, Programme national de lutte contre les infections nosocomiale 2005-2008

http://www.santé.gouv.fr/htm/actu/infect_nosoco181104/prog.pdf

- Prévalence des infections nosocomiales dans les hôpitaux en norvege
<http://asso.objectif-sciences.com/prevalence-des-infection.html>.
- A.Soukehal, M.Benkaddour,H.Boukheris,R.Aouameur,M.Belkacemi, surveillance des infections nosocomiales au service de réanimation polyvalente du CHU Beni Messous en 1997.
http://www.medramo.ac.ma/fml/revue_marocaine/articles/1998-3/surveillance%20%20nosocomiales%20en%20tunisie.pdf
- Isabelle Durand- Zaleski, Carine Chaix, Christien Brun –Buisson, Le coût des infections liée au soins.
<http://hcsf.ensp.f1/hcsps/doc/pdf/adsp/adsp-38/ad382931.pdf>
- Larbi Abid, infections nosocomiales et bloc opératoire, Le guide de la médecine et de la santé en Algérie, 15 decembre2003.
<http://www.santetropicale.com/SANTEMAG/algérie/abid1203.htm>
- Miloud Kaddar, les reformes des systèmes de santé dans les pays en développement quels enseignements tires des expériences des dix dernières années
http://www.Santé.gov.ma/sm/cmm_web/les_reformes_des_systemes.htm
- A.Belghiti Alaoui, la reforme de santé au Maroc:pertinence et opportunités
http://www.sante.gov.ma/smsm/cmm_web/la_reforme_de_sante_au_maroc.htm
- world perspective, Lits d'hôpitaux (par 1000 habitants) Maroc
<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=MAR&codeStat=SH.MED.BEDS.ZS&codeStat2=x>
- Royaume du Maroc, Ministère de la santé, indicateurs de santé,juillet2003
<http://www.sante.gov.ma/indicateurdesante/ind.htm>
- Macro en bref
http://www.unicef.org/french/infobycountry/moroco_statistics.html
- Saida chouaa JRondi, la réforme Hospitalière Au Maroc
http://www.Sante.gov.ma/SmSm/cmm_web/la_reforme_Hospitalier_Au_Maroc.htm
- Ministère de la santé, institut national de la statistique, statistiques économiques et sociales de la Tunisie, république tunisienne.
http://www.ins.tn/_private/idc/page01040.idc
- niveau mesuré des dépenses se santé pour 1998-2002
<http://www.Who.int/whr/2005/annex/fr/index.html-15k>

- Hédi Achouri, le Projet D'appui à la reforme Hospitalière Objectifs, implémentation, Résultats et enseignement, 30eme congrès Médical Maghrébin.
[http:// www ibn Sina.promed. Com tu/Avicenne/médecine/congres/ Rapport.asp](http://www.ibnSina.promed.Com.tu/Avicenne/médecine/congres/Rapport.asp)
[http://www. Emro. Who. Int/ arabic/ MNH/WHO/ country profile- mor.htm](http://www.Emro.Who.Int/arabic/MNH/WHO/country%20profile-mor.htm)
- Corehealth indicators(fr), world health statistids2006
http://www3.who.int/whosis/core/core_slect_process.cfm
- La Dépense Nationale de santé Dans les pays de L'OCDE
[http://www. Santé.gouv.fr/Htm/ Publications/ind-Dress, htm](http://www.Santé.gouv.fr/Htm/Publications/ind-Dress.htm)
- France en faits et chiffres, part de la dépense nationale de santé dans le PIB dans quelques pays de l'OCDE
[http:// www.isee.fr/fr/ffc/chifcle-fiche.asp?ref-cd=CMPTEF06301&tab id=187](http://www.isee.fr/fr/ffc/chifcle-fiche.asp?ref-cd=CMPTEF06301&tab%20id=187)
- Haut Comité de Santé publique, Le Système de Santé en France
[http://www. Santé Gouv. Fr/ Htm/ minister/ 2Htm](http://www.Santé.Gouv.Fr/Htm/minister/2Htm)
- France en faits et chiffres, effectifs des professions de santé
[http://www,insee.fr/fr/ffc/chifcle-fiche.asp?ref-id=NATTEF06103& tab-id=104](http://www.insee.fr/fr/ffc/chifcle-fiche.asp?ref-id=NATTEF06103&tab-id=104)
- Bilan démographie 2006: un excédent naturel record
[http://www. Insee. fr/fr/ffc/ipweb/ip1118/ip1118.html](http://www.Insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1118/ip1118.html)
- Ministère de l'emploi de la Cohésion et de logement, Ministère de la Santé et des Solidarités, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des Statistiques, Données Sur la Situation Sanitaire et Sociale en France en 2005, Annexe 1 au Projet de loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2006, p8
[http://www. Santé. Gouv. fr/ drees/ donnees/ donnees 2005. pdf](http://www.Santé.Gouv.fr/drees/donnees/donnees2005.pdf)
- France en faits et chiffres, dépenses de santé
[http://www.insee.fr/fr/ffc/chifcle-fiche.,asp?ref-id=NATFPS06303& tab-id=358](http://www.insee.fr/fr/ffc/chifcle-fiche.asp?ref-id=NATFPS06303&tab-id=358)
- La dépense National de Santé dans les pays de L'OCDE
[http:// www, Santé,gouv, FR,/htm/ Publications/ind-Dress,htm](http://www.Santé.gouv.FR,/htm/Publications/ind-Dress,htm)
- France en faits et chiffres, part de la depense nationale dans le PIB
[http://www,insee.fr/fr/ffc/chifcle-fiche.asp?ref-id=CMPTEF06103& tab -id=187](http://www,insee.fr/fr/ffc/chifcle-fiche.asp?ref-id=CMPTEF06103&tab-id=187)
- France en faits et chiffres, consommation de soins et de biens médicaux,
<http://www,insee.fr/fr/ffc/chifcle-fiche.asp?ref-id=CMPTEF06103&tab-id=360>
- Une approche comparative des systèmes de santé dans quatre pays, coup d'œil, avril 1999, volume 5, numéro 1
[http://www.enap.ca/observatoire/docs/cdo/1999-avr-v015 n01.pdf](http://www.enap.ca/observatoire/docs/cdo/1999-avr-v015_n01.pdf)

- la dépense nationale de santé dans les pays de l'OCDE
http://www.santé.gouv.fr/htm/publications/ind_dress. Htm
- Part de la dépense nationale de santé dans le PIB dans quelques pays de l'OCDE
<http://www.insee.fr/fr/ffc/chifclefiche,asp?ref cd=CMPTEF06301&tab id=187>
- Ministre de la Santé et de la population, Développement du Système National de Santé: Stratégie et perspective, Mai 2001
<http://www. Ands. Dz. / Système de Santé. htm#1>
- Les 6 dossiers de la réforme hospitalière
<http://www.santemaghreb.com/actualites/0703/0703-27.htm>
- Centre for administrative innovation in the Euro-Mediterranean Region, Assistance sociales dans la région Méditerranéenne, Algérie.
<http://www.unpan1.un.org/intraddoc/groups/public/documents/CAIMED/unpan018927.pdf>
- Algérie, Dépenses nationales en santé
<http://www.who.int/entity/nha/country/dza-f.pdf>