

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان -

كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير

تخصص: تسيير

أطروحة دكتوراه

تطبيق إدارة الجودة الشاملة
دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى
في المستشفى الجامعي بتلمسان
باستخدام نظرية السلوك المخطط

إشراف

البروفيسور بن حبيب عبد الرزاق

إعداد

حوالف رحيمة

أعضاء اللجنة المناقشة

- | | | | |
|-------|-------------------|----------------------|-------------------------|
| رئيسا | جامعة تلمسان | أستاذ التعليم العالي | أ.د. بن بوزيان محمد |
| مشرفا | جامعة تلمسان | أستاذ التعليم العالي | أ.د. بن حبيب عبد الرزاق |
| عضوا | جامعة خميس مليانة | أستاذ التعليم العالي | أ.د. آيت زيان كمال |
| عضوا | جامعة مستغانم | أستاذ محاضر | د. بابا عبد القادر |
| عضوا | جامعة سيدي بلعباس | أستاذ محاضر | د. صالح إلياس |
| عضوا | جامعة تلمسان | أستاذ محاضر | د. كرزابي عبد اللطيف |

السنة الجامعية : 2010-2009

ملخص الفهرس

الصفحة	الترتيب
I	فهرس البحث
II	ملخص الرسالة بالعربية
III	ملخص الرسالة بالفرنسية
III	ملخص الرسالة بالانجليزية
IV	قائمة الجداول
VII	قائمة الأشكال
1	المقدمة
18	الجزء الأول : تطور إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات
19	مقدمة
20	الفصل الأول :تطور الأنظمة الصحية و الاستشفائية
57	الفصل الثاني :كيفية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات
126	الخلاصة
127	الجزء الثاني : وضعية إدارة الجودة في المستشفيات الجزائرية
128	مقدمة
130	الفصل الأول :تطور إدارة المستشفيات في الجزائر
186	الفصل الثاني : الضغوط التنظيمية و علاقتها بتطبيق إدارة الجودة الشاملة
234	الخلاصة
235	الجزء الثالث : دراسة تحليلية للمستشفى الجامعي بتلمسان
236	مقدمة
237	الفصل الأول : المستشفى الجامعي بتلمسان واقع و آفاق
276	الفصل الثاني : دراسة تحليلية لمواقف الأطباء و المرضى بالمستشفى
317	الخلاصة
318	الخاتمة العامة
322	الملاحق
345	المراجع

ملخص

تهدف هذه الدراسة التحليلية إلى محاولة تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات العمومية الجزائرية كأسلوب متميز أثبت نجاعته في تحسين مستوى الخدمة الصحية . و لتفسير الحاجة إلى تطبيق هذا الأسلوب الإداري عمدت الباحثة إلى محاولة دراسة سلوك كل من الطبيب (باعتباره منتج الخدمة الصحية) و المريض (باعتباره مستهلك الخدمة المنتجة من طرف الطبيب) و ذلك بتطبيق نظرية السلوك المخطط لقياس و تعديل و مراقبة هذا السلوك.

و بينت نتائج الدراسة بأن العينة المتكونة من 700 فرد (250 طبيب و 450 مريض) رغم استيائها من وجود سلبيات إلا أنها ترغب في تحسين مستوى هذه الخدمة و بالتالي تحسين صورة المستشفى الجامعي محل الدراسة ، و تطمح إلى التفاتة الوزارة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة من أجل التخفيف من حدة الصعوبات التي تعيشها الإدارة الاستشفائية في الجزائر.

الكلمات المفتاحية :

إدارة الجودة الشاملة - إدارة المستشفيات - تحسين مستوى الخدمة الصحية - دراسة السلوك المستهلك - نظرية السلوك المخطط.

Résumé

Le but de cette étude analytique est d'essayer d'appliquer la méthode de la gestion de la qualité totale (TQM) dans les hôpitaux publics Algériens comme méthode distinctive qui a prouvé son efficacité dans l'amélioration du service de santé. Pour expliquer le besoin d'appliquer ce style de gestion le chercheur a tenté d'étudier le comportement à la fois du médecin (en tant que producteur de services de santé) et du patient (comme consommateur d'un service, produit par le médecin) et ceci en appliquant la théorie du comportement planifié afin de mesurer, de modifier et de contrôler ce comportement.

Les résultats de l'étude (échantillon composé de 700 personnes (250 médecins et 450 patients) ont montré que malgré la présence de certaines lacunes négatives, l'existence d'une volonté d'améliorer la qualité de service et partant de l'image de l'hôpital universitaire objet d'étude. l'étude considère que les gouvernants devraient s'atteler à appliquer le TQM afin d'atténuer les difficultés rencontrées par l'administration hospitalière en Algérie.

Mots clefs

TQM---Gestion hospitalière---amélioration du service de santé hospitalier---comportements du consommateur—la Théorie Du comportement planifié.

Abstract

The main objective of this study is to apply the analytical method of total quality management within Algerian public hospitals as a distinct method that has shown its effectiveness towards improving health service. Moreover, and in order to show the necessity of using such management tool, The researcher has made an attempt to study from one hand the behaviour of the physician (as the producer of a health service), and, from another hand, the behaviour of the patient (as a consumer of the service produced by the physician). This attempt is done by using **The Planned Behaviour Theory** to measure, modify and control such behaviour.

Using a sample of 700 individuals (250 physicians and 450 patients), our results indicate despite some drawbacks, that the quality of health services can be largely improved with hospitals. This study suggests that governing bodies should implement the TQM in order to lessen difficulties faced by hospital administration

Keywords:

Total Quality Management - management of hospital – The Planned Behaviour Theory – behaviour of the consumer – Amelioration of the level of the sanitary service .

قائمة الجداول

الرقم	الاسم	الصفحة
1	مفهوم الصحة من ناحية درجتها	25
2	الإنفاق العام (الحكومي) على الصحة من إجمالي الموازنة العامة	50
3	نسبة الإنفاق العام على الصحة من الناتج الإجمالي المحلي	50
4	نصيب الفرد من النفقات الصحية	50
5	المؤشرات و المعدلات الايجابية و السلبية	97
6	أشكال معايير الجودة	99
7	أسباب الوفيات في الولايات المتحدة الأمريكية	103
8	أبعاد الجودة الصحية	125
9	عدد العاملين في القطاع الصحي خلال 1962	134
10	المؤشرات ما بين 1962 و 2008	139
11	وضعية القطاع الصحي في سنة 2006	141
12	تطور قطاع المستشفيات من سنة 1998 إلي 2009	142
13	المنشآت القاعدية خارج المستشفيات	145
14	مقارنة الوضعية الإجمالية للتجهيزات الطبية ما بين 1998 و 2006	147
15	نسبة الإنفاق الصحي إلي الناتج الإجمالي	150
16	تطور النفقات التشغيل الصحية من 1998 – 2025	151
17	توزيع الاعتمادات المالية في الميزانية	151
18	السلوك الطبي حسب التخصصات و القطاعات الصحية 2006	152
19	نسبة وجود العنصر النسوي في السلوك الطبي	153
20	التوزيع الشبه الطبي حسب المؤهلات	154
21	التغطية الصحية حسب التخصص	154
22	التغطية الصحية حسب عدد السكان	155
23	أسباب دخول المستشفيات لعام 70-90 و 2003	172
24	تطور المؤمنين الاجتماعيين	183

199	الآثار المباشرة و الغير مباشرة	25
243	تطور اليد العاملة في المستشفى ما بين 2002 و 2009	26
249	تطور ميزانية المستشفى الجامعي لتلمسان من 2003-2008	27
259	: تطور عدد الأسرة ، المرضى ، أيام الاستشفائية	28
280	عملية توزيع الاستثمارات للفتتين الأطباء و المرضى	29
280	التوزيع عينة الأطباء حسب السن و الجنس	30
281	التوزيع عينة الأطباء حسب الدرجة العلمية	31
283	ترجيح الإجابات المتعلقة بسليبات المستشفى حسب الأطباء	32
284	ترتيب الأهمية النسبية لكل عامل والنسب المئوية لها	33
285	التوزيع عينة المرضى حسب الجنس	34
286	التوزيع عينة المرضى حسب السن و المستوى الثقافي	35
287	ترجيح الإجابات المتعلقة بسليبات المستشفى حسب المرضى	36
288	ترتيب الأهمية النسبية لكل عامل والنسب المئوية لها	37
292	أنواع النماذج و أصحابها	38
300	الترجيح الكلي والمعدل الموزون لكل خاصية بصورة عامة	39
301	نتائج تقييم المستشفى الجامعي حسب رأي الأطباء	41
302	الاختلاف بين الموقف المرجو و الموقف الحقيقي	42
302	موقف المستهلك تجاه الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات	43
303	حساب معامل الانحدار لموقف الأطباء	44
304	ترتيب أهمية الأشخاص المهمين في توجيه قصد العينة الأطباء	45
305	الترجيح الكلي لتأثير الآراء في موقف الطبيب	46
305	ترتيب أهمية الدوافع في تأثير رأي الأشخاص في موقف الطبيب	47
306	الترجيح الكلي لأهمية العوامل المعدلة و المخططة للسلوك	48
307	تقييم الشخص لشدة هذه العوامل	49
307	تقييم إدراك مراقبة السلوك تجاه الخدمة الصحية المقدمة	50
309	نتائج الترجيح الكلي لكل خاصية بصورة عامة	51
309	نتائج المجموع الترجيحي لموقف المرضى من المستشفى	52

310	ترتيب الخصائص لأجل المقارنة بين المواقف	53
310	موقف المستهلك تجاه الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات	54
311	أهمية الأشخاص المهمين التي تؤثر في سلوك المريض	55
312	الترجيح الكلي لتأثير الآراء في موقف المرضى .	56
313	أهمية الدوافع في تأثير رأي الأشخاص في موقف المريض	57
314	أهمية العوامل المعدلة و المخططة لسلوك المريض	58
315	تقييم المريض لشدة هذه العوامل	59
315	تقييم إدراك مراقبة السلوك تجاه الخدمة الصحية المقدمة	60
316	نتائج التباين بين سلوك الطبيب و سلوك المريض تجاه الخدمة	61

قائمة الأشكال

الصفحة	الاسم	الرقم
38	مستويات الإحالة للمرضى	1
52	تقسيم النفقات الصحية	2
61	المحاور الستة للجودة	3
69	مخطط باريتو	4
70	مخطط السمكة	5
72	المدرج الإحصائي	6
75	النظرة الشمولية لكل الأطراف في تحقيق أهداف المنظمة	7
136	الهيكل التنظيمي للوزارة الوصية	8
142	تطور وضعية مختلف المستشفيات من حيث العدد	9
148	وضعية المعدات و الهياكل من 1998 و 2006	10
153	تطور العنصر البشري في المستشفيات	11
155	وضعية التغطية الصحية	12
165	مكونات نفايات وقمامة المستشفى	13
190	مراحل الضغط عند سيلاي	14
191	علاقة الضغوط بمختلف الأفراد	15
192	نموذج الضغط	16
232	مختلف أنماط القادة الإداريين	17
239	الهيكل التنظيمي للمستشفى الجامعي	18
244	تطور وضعية الموظفين خلال الفترة 2002-2009	19
244	نسبة الموظفين العاملين سنة 2008-2009	20
252	نظام الإحالة في مصلحة الاستعجالات	21
281	تقسيم العينة حسب الجنس	22
281	التقسيم حسب السن	23

282	التقسيم حسب الدرجة العلمية	24
284	مخطط باريتوا بدليل السلبيات حسب فئة الأطباء	25
285	تقسيم العينة المرضى حسب الجنس	26
286	تقسيم العينة المرضى حسب السن	27
286	التقسيم حسب المستوى الثقافي	28
289	مخطط باريتوا بدليل السلبيات حسب فئة الأطباء	29
293	نموذج فيشين 1957	30
295	نظرية السلوكيات العقلانية	31
298	نظرية السلوك المخطط	32

المقدمة

تمهيد

في ظل الظروف الراهنة التي يشهدها مطلع الألفية الثالثة أصبحت الجودة أكثر القضايا إلحاحاً أمام كل مؤسسة صناعية كانت أو خدمية كي تنجح في إنتاج سلع أو تقديم خدمات تلي حاجات الناس وتوقعاتهم، بأسعار مناسبة وقادرة على المنافسة ، خاصة بعد التطبيق الكامل لاتفاقية التجارة العالمية بإشراف منظمة التجارة العالمية WTO. لقد أصبحت الجودة إحدى أهم مبادئ الإدارة في الوقت الحاضر و التي كانت بالماضي منذ زمن ليس ببعيد تعتقد بأن نجاح المؤسسة يعني تصنيع منتجات وتقديم خدمات بشكل أسرع وأرخص، ثم السعي لتصريفها وتقديم خدمات بعد بيعها من أجل تصليح العيوب الظاهر فيها. أما اليوم فقد غيرت مبادئ الجودة من هذا المفهوم القديم واستبدلته حسب رأي أرموند فايغنبوم¹ Armod Feigenbaum الذي يعد أول من نادى باستخدام مصطلح الرقابة على الجودة الشاملة² ، و الذي نشر في مجلة TQM لعام 1999. مفهوم آخر يدعو "إلى تصنيع المنتجات بشكل أفضل هو الطريق الأمثل الذي يؤدي إلى تصنيعها بشكل أسرع وأرخص"³.

إن الهدف الذي تسعى إليه الحكومات هو إحداث التنمية الشاملة ، و هي عملية تحول تاريخي متعدد الأبعاد و حصيلة تكامل و اندماج بين التنمية الاقتصادية و الاجتماعية تمس مختلف هياكلها الاقتصادية والسياسية والاجتماعية⁴ ، حيث كان الجانب الاجتماعي مهماً في التنمية بحجة أنه جانب استهلاكي من حيث النفقات⁵ إلا أن أهميته بدأت تظهر في إحداث التنمية الشاملة ، حيث أصبح يعتبر قطاعاً استثمارياً و ليس استهلاكياً مما يعول على كفاءة العديد من القطاعات كالتعليم و الصحة و الشؤون الاجتماعية... الخ.

ولقد شددت القمم والمؤتمرات العالمية⁶ المتتالية على المحددات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والبيئية للصحة ، و أكد كل من البنك الدولي وصندوق النقد الدولي على الدور المحوري للاستثمار في رأس المال البشري عن طريق الصحة والتعليم كمتطلبات أساسية لتحقيق تنمية

¹ يعتبر أحد أبرز رواد الجودة ، عمل فايغنبوم في شركة جنرال إلكتريك مما ساعده على استخدام نظام شامل للرقابة على الجودة ، و قد تبنيت الشركات اليابانية مبادئه في رقابة الجودة الشاملة باعتبارها هدفاً أساسياً عندها. كما ترأس الأكاديمية الدولية للجودة.

² د. مهدي السامرائي " إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي و الخدمي " دار جرير للنشر - عمان - الطبعة الأولى - 2007. ص 88.

³ د/غسان طيارة أكرم ناصر، جرجس الغضبان "الجودة و دورها في التنمية " مقالات مفيدة- مركز المدينة للعلوم الهندسية-
www.mmsec.com/m3-files/tqm3.htm.

⁴ مصطفى العبد الله الكفري "التنمية الشاملة و التنمية البشرية" الحوار المتمدن- العدد: 816- 2004 www.ahewar.org

⁵ د. سيد محمد جاد الرب "إدارة المنظمات الصحية و الطبية منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة" دار النهضة العربية- القاهرة 1996
1997/ ص أ.

⁶ مؤتمر قمة الألفية سبتمبر 2000 بنيويورك ، مؤتمر قمة جوهانسبورغ سنة 2002 .

متوازنة ومستدامة⁷. ونشير إلى أن معظم الأهداف التنموية الألفية⁸ لها علاقة بالصحة ولئن كانت الصحة غاية أساسية من غايات التنمية فإن القدرة على التنمية نفسها تتوقف على الصحة، حيث المطلوب بحلول عام 2015 م خفض نسبة السكان الذين يقل دخلهم عن دولار أمريكي واحد في اليوم وأيضاً الذين يعانون من الجوع إلى النصف، وخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين، ومعدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع، ووقف انتشار فيروس الإيدز و الملاريا وغيرهما من الأمراض السارية وبدء انحسارها من هذا التاريخ، وخفض نسبة الأشخاص الذين لا يحصلون على مياه الشرب الآمنة وأيضاً على خدمات الصرف الصحي إلى النصف، وتحقيق تحسن كبير لمعيشة ما لا يقل عن مائة مليون من سكان الأحياء الفقيرة، وإتاحة الأدوية الأساسية بأسعار ميسورة في الدول النامية. كل هذه الأمور جعلت من قطاع الخدمات الصحية قطاعاً رئيسياً ومؤثراً في إحداث التنمية الاجتماعية و بالتالي التنمية الاقتصادية لأنه يهتم بأمن و أعلى ما يملك المجتمع صحة و سلامة الفرد. فالاستثمار في الموارد البشرية يعتبر من أولى وأهم الاستثمارات في العصر الحديث ذلك أن هناك علاقة طردية بين الإنتاج و الصحة، و بالتالي فإن هذا القطاع من خلال مكوناته العديدة يساهم بصورة مباشرة و واضحة في إحداث التقدم الاجتماعي و الاقتصادي⁹. ومما لا شك فيه أن التنمية الشاملة والمتطورة في أي بلد هي إحدى الدعائم الأساسية للقوة الاقتصادية ، وما ينطبق على علاقة التنمية الصناعية بالجودة وبدون أي تعديل يذكر على بقية المجالات. إن الصناعة القوية والمتطورة في أي بلد من العالم تعتمد على تطوير الأنشطة المتعلقة بالمقاييس والمعايرة والمواصفات والاختبارات والتحليل والجودة من جهة ، وإلى تطبيق أنظمة إدارة الجودة الحديثة، المعمول بها اليوم في العالم من جهة أخرى.

ولقد تطور علم الإدارة تطوراً كبيراً خلال العقود الأخيرة حتى غدا من أهم العلوم في العصر الحديث و تعددت مجالاته لتركز تخصصات جديدة كإدارة المستشفيات... إلخ¹⁰، و تؤكد البحوث العلمية المتخصصة¹¹، أن المستشفى يظل المحور الرئيسي للخدمات الصحية مستقبلاً الأمر الذي يتطلب و بالضرورة توافر إدارة علمية إبداعية تتفق و المتغيرات السكانية المتوقعة كما و نوعاً

⁷ محمد عثمان عبد المالك " الصحة ، التنمية و الفقر " ص 1 . <http://www.sjph.net.sd/files/vol2i4p232-235.pdf>

⁸ أهداف الألفية للتنمية اتفق على تحقيقها قادة 189 بلداً خلال قمة الألفية التي عقدت في نيويورك في عام 2000، وهي مجموعة من الأهداف المحددة التي يمكن قياس التقدم نحو تحقيقها ضمن برنامج زمني محدد بحلول عام 2015 ، وهي تقضي بالقضاء على حدة الفقر المدقع والجوع؛ وضمان التعليم الابتدائي للجميع؛ وتعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين النساء؛ وخفض معدل وفيات الأطفال؛ وتحسين الصحة النفاسية؛ ومكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز و الملاريا وغيرهما من الأمراض الفتاكة؛ وكفالة الاستدامة البيئية؛ وإقامة شراكة عالمية من أجل التنمية.

⁹ د. سيد محمد جاد الرب " المرجع السابق " ص أ.

¹⁰ صلاح محمود زياب " إدارة الخدمات الصحية " الأردن - عمان 1995. ص3.

¹¹ لقد ركزت دراستنا على العديد من الأبحاث العلمية من دراسات المتخصصة و تقارير يشار إليها في مراجع الرسالة.

وتتلاءم مع المستجدات الاقتصادية، الاجتماعية و الثقافية لنستطيع مواجهة التحديات المنتظرة¹².
ومما لا شك فيه أن الإدارة الفعالة لهذه المنظمات تحقق العديد من المزايا أهمها تحقيق الأهداف المخططة، تخفيض حدة الصراعات بين الفئات المتعاملة داخل المنظمة الصحية و بناء علاقة قوية و متينة بين الجهاز الإداري و الطبي و بين مستهلك الخدمة الصحية (المريض) وأيضاً تحسين صورة المستشفى و المنظمة الصحية لدى المجتمع المحلي ، و لكي تكون المنظمات الصحية و الطبية متطورة و متحركة مع التقدم الإداري و الفني يري العديد من المختصين ضرورة مواجهتها للتحديات الآنية و المستقبلية التي تتطلب تحولات مدروسة في كيفية إدارة و تشغيل المستشفيات و تتطلب تقنيات إدارية حديثة تحقق تطورات فعالة في الجودة و الكفاءة و فعالية مستوى الخدمة المقدمة إلي المستهلك. و من أبرز التحديات التي تواجه المستشفيات هو اختلال التوازن بين إيراداتها و تكاليف خدماتها ففي وقت تتناقص فيه إيرادات المستشفيات بصورة واضحة تتزايد فيه تكاليف تشغيلها تزايداً هائلاً و سريعاً و متواصلاً.

إن المستشفيات اليوم بحاجة إلي إدارة تمكنها من مواكبة المتغيرات و التكيف مع المستجدات بالموضوعية العلمية المطلوبة، و لقد ركزت منظمة الصحة العالمية و منظمات دولية متخصصة على أهمية تطبيق الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات كالمندرة¹³ و إدارة الجودة الشاملة كعلم متطور و كممارسة مهنية بات لها أهميتها البالغة في الإدارة العصرية للمستشفيات من أجل زيادة الكفاءة في الأداء و فعالية جودة الخدمة الصحية. كما أجمع علماء الإدارة الحديثة على أن الإدارة هي الجهة المسؤولة أولاً و أخيراً عن المستوى المتحقق من الإنتاج و الخدمات ، فالإدارة هي المسؤولة عن كل عمليات العمل و الإنتاج¹⁴ ، و قد انتقلت فكرة البحث عن الجودة من المصانع إلي المستشفيات و المؤسسات العلاجية منذ أن بدأ مستر إدوارد ديمينغ فكرة التأكد من جودة منتجات المصانع بالولايات المتحدة بداية القرن الماضي و كانت اليابان هي أول من التقط الفكرة في مصانعها الإنتاجية و يعزو البعض التطور الصناعي الياباني للاهتمام و التركيز على مراقبة جودة المنتج¹⁵ ، بالرغم من أن الجودة كانت دائماً و لا تزال محل بحث و اهتمام في العلاجات الصحية

¹² د. عبد الإله الساعاتي "مبادئ إدارة المستشفيات" دار الفكر العربي 1998 ص7.

¹³ كلمة عربية جديدة مركبة من كلمتي هندسة و إدارة و تمثل ترجمة لكلمتي Business Reengineering وقد ظهرت في بداية التسعينيات وبالتحديد عام 1992 ، عندما أطلق الكاتبان الأمريكيان "مايكل هامر" و "جيمس شامبي" الهندرة كعنوان لكتابهما الشهير " هندرة المنظمات " .

¹⁴ طارق حجي " الإدارة و الواقع العربي - فصول في الإدارة " المنظمة العربية للتنمية الإدارية - بحوث و دراسات - 2006 ص41.

¹⁵ د. محفوظ أحمد جودة " إدارة الجودة الشاملة - مفاهيم و تطبيقات " دار وائل للنشر- الطبعة الأولى- 2004، ص24.

والتمريضية¹⁶ . و في أمريكا أيضاً ظهرت فكرة الجودة في المستشفيات لأول مرة بسبب شكاوى المرضى على الأطباء واليوم أصبح هناك شركات ولجان معتمدة للمعايير العلمية للجودة الطبية. وتعتمد المستشفيات في العالم على معايير كأساس لقياسات الجودة العلاجية والإدارية ، حيث تقوم المؤسسة الصحية بتنفيذ برنامج شامل مستمر لضمان الجودة الشاملة يشتمل على المراقبة المستمرة وتقييم جودة الرعاية، والغرض من ذلك البرنامج هو معرفة ما إذا كان هناك تباين بين مستوى الرعاية المتبع فعلياً والمعايير المعتمدة للرعاية، وكذلك التعرف على أية أساليب أو ممارسات يمكن أن تؤدي إلى خلق مشكلات في الأداء ، و تحديد الخيارات المتاحة لتصحيحها بهدف الوصول إلى أعلى مستويات الرعاية الممكنة للمرضى من خلال الإمكانيات المتاحة.

إن وجود إدارة الجودة في المؤسسات الصحية لم يعد مجرد نظرية إدارية جديدة، و إنما أصبح ضرورة ملحة لضمان تحسين وتطوير الأداء بصورة مستمرة و تقديم خدمات صحية متميزة ، واستطلاع آراء متلقي العلاج (المرضى وذويهم) للتأكد من رضائهم وتلبية متطلباتهم والاستفادة من الموارد المتاحة على أكمل وجه. فهي منظومة متكاملة لرعاية الجودة ورصد الأخطاء وتطوير الأداء فمن خلالها تضمن المناخ الملائم لراحة المرضى وسلامة الإجراءات العلاجية. ويحدد الدور المطلوب من إدارة الجودة بناءً على السياسات الصحية العليا التي تعمل على ضمان تنفيذها بالتعاون مع لجان تحسين الجودة في الإدارات والأقسام المختلفة حيث تقوم إدارة الجودة بوضع المؤشرات والمعايير التي يمكن عن طريقها تقييم الأداء، ومتابعة تنفيذ السياسات العلاجية بما يضمن جودتها وارتقاءها ومطابقتها للمستوى المطلوب.

إن تطبيقات الجودة في العمل الصحي يجب أن تتفق مع خطة القطاع الصحي باعتبار أن ضمان الجودة يمثل أسلوباً ومنهجاً سليماً للارتقاء بالخدمات الصحية ورصدها وتقييمها على أساس علمي، وفي حدود الموارد المتاحة. وقد عملت على إدخال تحسين الجودة والاعتراف بها، ضمن الهياكل التنظيمية للنظام الصحي بأن توكل إلى إدارة مختصة. كما أدخلت المؤسسة مفاهيم تحسين الجودة والاعتراف بالبرامج التعليمية، والتدريبية للعاملين بالقطاع الصحي ذلك أن الهدف الأساسي من تطبيق برنامج إدارة الجودة الشاملة في المستشفى هو تطوير الخدمات مع الإقلال من الوقت والجهد الضائع لتحسين الخدمة المقدمة للمرضى وكسب رضاهم في نفس الوقت.

¹⁶ A . Jacquerye « La Qualité des Soins Infirmiers – Implantation , évaluation , accréditation » Editions Maloine -1999 .P51.

و تشهد المرحلة الأخيرة اهتماما كبيرا على كافة المستويات فيما يتعلق بجودة الرعاية الصحية ولعدم توافر نظام أساسي للجودة لدى المؤسسات الصحية الجزائرية يساعدها على التعرف على المشاكل وإيجاد الحلول لها وتوفير قاعدة بيانات تساهم في قياس ومتابعة مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة ومدى تطورها فقد جاءت هذه الدراسة للبحث والتركيز على ضرورة إدخال نظام الجودة في القطاع الصحي عموما و قطاع المستشفيات خصوصا و ذلك بتبني فكرة إدارة الجودة الشاملة من قبل الوزارة المختصة عن طريق وضع برنامج لتحسين الجودة يكون أساسا للعمل الدائم والمستمر ويهدف إلى مراقبة وتحسين جودة الرعاية الصحية من خلال إستراتيجية شاملة لتطوير النظام الصحي ، لأن النظم الرقابية للجودة، تسهم في التعرف على المشكلات الإدارية أو الطبية، مع اقتراح خطوات لعلاج تلك المشكلات، ومنها التوصية بإجراء نشاطات علمية وبجئية حول الأداء العلاجي لعدد من الأمراض المزمنة كالسكري والقلب. كما يمكن لإدارة الجودة بإجراء دراسات حول عدد من الظواهر في المسائل العلاجية استناداً إلى تكرار حدوثها كالتريف بعد العمليات والتهابات جروح بعض أنواع الجراحات، واستخدام المضادات الحيوية ، وحوادث سقوط المرضى من الأسرة، وقرح الفراش لكبار السن...الخ.

1) طبيعة المشكلة محل الدراسة:

يعتبر القطاع الصحي من أكثر القطاعات العمومية حساسية و أهمية باعتباره يمس كل الطبقات بمختلف شرائحها، و دخول الجزائر في هذه المرحلة إلى اقتصاد السوق يحتم عليها تطبيق ميكانيزمات و تقنيات هذا الاقتصاد، حيث أصبح ملف الصحة من الملفات الساخنة على مستوى طاولات المقررين في البلاد¹⁷. إن قطاع الصحة حاليا يعيش حالة من النقص و الفراغ في الهياكل والإطارات و لم تعد الدولة قادرة على تمويله و تقديم الدعم المادي كلما احتاج إلى ذلك ، و لا قدرة على سحب بساط المجانية الذي كان و لا يزال الشعار الوحيد لتحقيق المساواة و العدالة الاجتماعية بين مختلف شرائح المجتمع الجزائري ، ضف إلى ذلك الانفجار الديموغرافي الذي أثر بصورة سلبية على تقديم الخدمات الصحية الفعالة، حيث تشير الإحصائيات على أن التغطية الطبية تمثل طبيب واحد لكل ألف نسمة إضافة إلى تفاقم الوضعية الصحية للسكان. حيث تعيش الجزائر اليوم وضعية صحية تتأرجح بين المتدهورة و الخطيرة ، فلقد بينت دراسات و تحقيقات أجريت من طرف قطاع الصحة أن الجزائر تتميز في أن واحد بأولويات البلدان المتقدمة من حيث الأمراض السارية كالأمراض القلبية، العرقية أمراض السكري و السرطان إذ تشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن هذه الأمراض ساهمت في وفاة ما يقارب 32 مليون نسمة أي حوالي 60% من إجمالي الوفيات في العالم¹⁸ و بتلك الخاصة بالبلدان النامية كالأمراض المعدية و الأمراض السابقة للولادة أو التابعة لها¹⁹.

إن الأمراض تمثل عبئا ثقيلا، حيث أن الأمل في الحياة لم يكن يتجاوز 47 سنة، وهو المعدل الأضعف في العالم نظرا لضعف الأنظمة الصحية والنتائج الاجتماعية والاقتصادية المحدودة²⁰، وتعود أسباب العديد من هذه الأمراض إلى عوامل مختلفة تتداخل فيما بينها لتصبح أسبابا و نتائج في نفس الوقت حيث تؤثر في صحة السكان لاسيما من خلال نوعية الهواء و صحية الأطعمة ونوعية السكنات و أماكن العمل و التي تؤدي إلى زيادة عبئ و تكاليف المستشفيات، حيث تعرف هذه الأخيرة أي المستشفيات في الجزائر مشاكل مختلفة منها التنظيمية، البشرية، المادية، البيئية التي تؤثر على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة مما يؤدي إلى زيادة التدهور الصحي

¹⁷ بويوسف عصام الدين " نظام تسيير المستشفيات في الجزائر "رسالة الماجستير جامعة الجزائر 1993 ص

¹⁸ د. علاء الدين العلوان " إستراتيجية عربية لمكافحة الأمراض المزمنة و الوقاية منها" جريدة الشرق الأوسط -سبتمبر -2001 - العدد 8318 ،

<http://www.asharqalawsat.com/details.asp?article=56335&issue=8318§ion=14>

¹⁹ وزارة التهيئة العمرانية و البيئة "تقرير حول حالة و مستقبل البيئة في الجزائر" ص 82 .

²⁰ جمال ف عن "نور الدين دكار""نحو إنشاء مرصد إفريقي للبحث العلمي" -جريدة الأيام الجزائرية-مارس 2008 - العدد759،

على العموم. وأمام هذا الوضع الصعب يمكن كمرحلة أولى محاولة إعادة ترتيب البيت داخل المستشفى و هذا ببعث أساليب و مناهج عمل جديدة أثبتت فعاليتها على المستوى الدولي. إن المشاكل التي تعاني منها المستشفيات تعود بالدرجة الأولى إلى إتباع النظام التقليدي السائد في الإدارة و أمام التغيرات الدولية و التطورات التكنولوجية و الإدارية أصبح من الحتمي و الضروري تغيير هذا المنهج بإتباع الأساليب العلمية الإدارية المتطورة بهدف القضاء على المشاكل و تحسين جودة الخدمات الصحية . إن كيفية التغلب على المشكلات و الأزمات بالأدوات العلمية تجنبا الوقوع بالسلبيات و لا يتأتى ذلك إلا من خلال استخدام تقنيات إدارية مبنية على التنظيم والتخطيط²¹، و يمكن حصر مشاكل القطاع الصحي عموما و قطاع المستشفيات خصوصا فيمايلي:

- مشاكل القوة العاملة.
- المشاكل الإدارية.
- مشاكل متعلقة بأنظمة الجودة.
- مشاكل متعلقة بالمباني والتجهيزات والتمويل الطبي.
- مشاكل المستفيدين من الخدمة الصحية (المرضى).
- العوامل البيئية: الاقتصادية - التعليمية والثقافية - الوضع الصحي.

و اعتمادا على الدراسات السابقة التي تعتمد تطبيق إدارة الجودة الشاملة كأساس لحل مشاكل المنظمة²² الاستشفائية من خلال فعاليته و قدرته على تطويرها و ترقية قدراتها لبلوغ مستوى الجودة في تقديم الخدمات الصحية ،عمدت الباحثة للقيام بهذه الدراسة ، و لكننا نلاحظ بأن الضغوط التنظيمية الحالية تحول دون تطبيقه لأن القائمين على شؤون المستشفيات عموما مسيرين و صناع قرار لا يأخذون بهذا الأسلوب من الإدارة الحديثة . و هنا تكمن الإشكالية المراد تناولها بالدراسة و التحليل :

²¹ د.سعد علي العنزي " الإدارة الصحية " دار البازوري - الطبعة العربية - عمان - الأردن - 2009 . ص 13.
²² د. عبد الرحمن أحمد محمد هيجان " منهج عملي لتطبيق مفاهيم إدارة الجودة الكلية " الإدارة العامة - المجلد 34 / العدد 3 / ديسمبر 1994 . ص418.

هل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات يؤدي إلى تحسين جودة الخدمات الصحية في ظل وجود نقائص تتمثل في الضغوط التنظيمية ؟

إن التساؤل عن هذه المؤسسة العلاجية (المستشفى) بكل أبعادها الاجتماعية الاقتصادية والسياسية لم تعد مسألة ثانوية، و عملنا هذا أردنا من خلاله المساهمة في التفكير و النقاش حول الاختلالات التنظيمية لهذا المكان المختص بالعلاج مما يسمح لنا بطرح مجموعة من التساؤلات :

- ماهي وضعية الخدمات الصحية في المستشفيات؟
- هل الخدمات المقدمة حاليا في المستشفيات الجزائرية تتضمن الجودة ؟
- ما نوع الضغوط التنظيمية التي تعرقل مسار تطبيق إدارة الجودة الشاملة ؟
- هل الخطط المطبقة حاليا في المستشفى الجامعي بتلمسان تؤدي إلى تحسين جودة الخدمات المقدمة في الوقت الراهن ؟
- هل توجد أسباب تحفز وزارة الصحة لتطبيق عوامل إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات العامة ؟
- هل تلتزم الإدارة العليا في المستشفى الجامعي بتلمسان بتطبيق إدارة الجودة الشاملة وهي على استعداد لذلك؟
- ما موقف الأطباء من نوعية الخدمات المقدمة حاليا و ماهي توجهاتها المستقبلية ؟
- ماهي الإدراكات الحسية للمستفيدين من الصحة (المرضى) من جراء مستوى الخدمة الصحية المقدمة ؟

و للإجابة على مجموع هذه التساؤلات ، عمدت الباحثة الى استخدام النماذج المتعددة الخصائص بتطبيق نظرية السلوك المخطط لقياس موقف الأطباء و المرضى من وضعية الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى الجامعي بتلمسان ، بغرض معرفة القصد من سلوكياتهم في تحسين صورة المستشفى محل الدراسة .

2) أهمية و أسباب اختيار البحث :

إن اختيار مجال البحث و الدراسة في مؤسسة خدمية غير ربحية كالمستشفى الجامعي بتلمسان يعتبر تحديا في حد ذاته، بسبب قلة المراجع العائد إلي حداثة موضوع إدارة الجودة الشاملة في مجال المستشفيات مما أدى إلي انعدام تناول مثل هذه الموضوعات على المستوى المحلي وقلتها على المستوى العربي ، لأن العديد من الدول العربية و من بينها الجزائر لم تبني بعد فكرة تطبيق إدارة الجودة الشاملة رسميا في المؤسسات الاقتصادية الربحية فما بالنا بتطبيقها في المؤسسات الاستشفائية الصحية.

و تكمن أهمية تناول هذا الموضوع في أهمية القطاع الصحي و اختيار المستشفى الجامعي الذي يعد من أكبر المستشفيات على المستوى الوطني و يتضمن مجموعة من الاختصاصات الدقيقة و يعاني من ضغط شديد على الخدمات بسبب كثافة سكان الولاية و استقبال لمرضى من خارج الولاية، مما يزيد من متطلبات الكفاءة و الأداء ، كما تكمن الأهمية في السعي إلي تحسين كل من مستوى الخدمة و صورة المستشفيات العمومية محل الدراسة، و ذلك من خلال تطبيق إدارة الجودة الشاملة في ادارة المستشفيات مع ادخال دراسة سلوك مستهلك الخدمة الصحية من خلال :

- إثراء المجال العلمي و المعرفي بدراسة نظرية و تطبيقية فيما يتعلق بموضوع الجودة الشاملة كهدف استراتيجي و كيفية تطبيق النماذج المتعددة الخصائص ضمن نظرية السلوك المخطط في قياس موقف الطبيب و المريض من عملية التحسين المستمر في المؤسسات الاستشفائية.

- إثراء الإطار الفكري و العملي للمستشفيات بالتحليل لموضوع الجودة الشاملة كعامل تميز و تفوق و التعريف به في المستشفيات، و ذلك من خلال الفهم الجيد و التطبيق السليم لمبادئ تسيير الجودة الشاملة.

أما عن الأسباب الحقيقية التي حذت بنا لاختيار هذا الموضوع بالتحديد نذكر منها :

✓ النقص الملاحظ في تناول الباحثين الأكاديميين في الجزائر لمثل هذه المواضيع ، مما نتج عنه قلة الدراسات المتعلقة بموضوع إدارة الجودة الشاملة عموما وانعدامها في مجال المستشفيات خصوصا.

✓ عدم توجيه المسير و صانع القرار في المستشفى لإعطاء العناية الكافية لموضوع إدارة الجودة الشاملة للاستفادة منها في التحسن المستمر للخدمات الصحية في المستشفيات.

3) أهداف البحث:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق مجموعة من الأهداف العلمية و التطبيقية و التي نوجزها فيمايلي:

• الأهداف العلمية

- أ - يدخل البحث في نطاق الدراسات المتعلقة بموضوع التسيير المعاصر، و قد يساهم في تدعيم الأساس الفكري في نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة .
- ب- يسعى البحث إلى محاولة إبراز الفرق بين تسيير إدارة الجودة الشاملة و تسيير الجودة بغرض تبديد حالة الخلط بينهم.
- ج - إبراز فوائد الجوانب التطبيقية لتسيير الجودة الشاملة و هذا من خلال التغطية الأكاديمية لتجارب تطبيقية و نتائج محققة.
- د - تناول موضوع الضغوط باعتباره حاجزا أمام تطور مستوى أداء المنظمات.
- هـ - تناول موضوع دراسة سلوك المستهلك بدراسة نظرية المواقف و تطبيق نظرية السلوك المخطط أثبت جدارته في المجال الصحي .

• الأهداف التطبيقية

- أ- تكوين فكرة عن واقع الجودة الشاملة كهدف نتوخى تحقيقه من خلال تحليل الوضع الراهن في المستشفى محل الدراسة
- ب- معرفة مدى توافق آراء الفئات التي شملها الاستبيان و الأفكار الدالة عن مبادئ تسيير الجودة الشاملة.
- ج- التعرف على مدى التقارب أو الاختلاف في درجة الإدراك للمبادئ بين من شملهم الاستبيان و ذلك حسب الفئات أطباء و مرضى.
- د- البحث عن فرص لتطبيق تسيير الجودة الشاملة بغرض تحسين صورة المستشفى و تحقيق مجموعة من الأبعاد:
- العمل على التفكير في رسم سياسات و برامج تساهم في رفع مستوى جودة أداء مقدمي الخدمات الصحية بما يحقق رضا المستفيدين منها.

- الاستغلال العقلاني لوسائل العمل المتوفرة و التحكم الجيد في طرق العمل، والضبط المحكم لمختلف العمليات من حيث التصميم، التنفيذ و الرقابة مع ضمان المرونة الكافية لإعادة تصميم و هندسة العمليات كلما لزم الأمر.
- تنظيم العلاقات بين مختلف الأقسام و الوظائف و هذا يجعل الجودة محور اهتمام كل فرد و كل مجموعة من مجموعات العمل.
- ضمان تقليص التكاليف و تحقيق العائد.
- تقديم خدمات متميزة لمستهلك الخدمة الصحية، حيث تلقى قبولا و استحسانا لديه.

4) فرضيات البحث:

- من خلال استعراض الدراسات السابقة في مجال تطبيق إدارة الجودة الشاملة عموما و في قطاع المستشفيات خصوصا يمكن الخروج بما يلي :
- 1- ركزت بعض الدراسات على الجانب النظري لبعض الممارسات في مجال إدارة الجودة الشاملة، و ركزت الأخرى على الأبحاث الميدانية التطبيقية و حاولت تحديد الممارسات المألوفة في إدارة الجودة الشاملة.
 - 2- تعاني البيئة العربية من ندرة الدراسات الميدانية في مجال إدارة الجودة الشاملة و ربطها بالضغوط التنظيمية ، و قد أن الأوان لبحث إمكانية الاستفادة من مزايا هذا المدخل في الجزائر.
 - 3- تناولت العديد من هذه الدراسات معوقات تطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة في البيئة الخارجية في حين لم تتناول أي دراسة عربية متطلبات تطبيق هذا المدخل وأوجه القصور بها في البيئة الداخلية حسب ما أتيح للباحثة من دراسات.
- وبناء على ما سبق فقد وقع اختيار الباحثة على دراسة متطلبات تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة سعيا للمساهمة في تغطية هذه الفجوة و ربط نجاحها بالتخفيف من حدة الضغوطات ، وذلك بالقطاع الصحي كمجالاً للتطبيق ، لما يمثله هذا القطاع من أهمية لكافة فئات المجتمع إضافة إلى القصور الملحوظ في مستوى جودة الخدمات الصحية بشكل عام.
- و تختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في التعرف على تأثير متغير إدارة الجودة الشاملة على عوامل تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة و توقع تأثير السلبيات و التي تعد من ضغوط

العمل التنظيمية على المتغيرات المستخدمة في الدراسة و ذلك من خلال دراسة موقف كل من الطبيب و المريض باستعمال نموذج نظرية السلوك المخطط . ويتم تحقيق هذا الهدف من خلال دراسة وفحص الفرضيات الأساسية التالية :

أولاً : انعدام ادارة الجودة في المستشفى الجامعي بتلمسان أدى الي ظهور سلبيات تسببت في خلق انحرافات و نفترض أن زوال هذه الانحرافات تتطلب تحضير المستشفى لتطبيق ادارة الجودة الشاملة.

ثانياً : اختبار موقف الاطباء و المرضى من مستوى الخدمة المقدمة في المستشفى ، و اختيار نظرية السلوك المخطط كأسلوب لتحقيق هذه الغاية.

5) أسلوب البحث:

لقد تمت الدراسة خلال فترة 2007 – 2009 و اعتمدنا فيها كل التغيرات التي أدت إلي تقليص عدد المصالح الطبية بسبب إنشاء المستشفى التخصصي للأم و الطفل. و من أجل معالجة الإشكالية المطروحة و بلوغ الأهداف المحددة، وكذا اختيار مدى صحة الفرضيات المصاغة تم استخدام أدوات البحث التالية:

• المنهج الوصفي و التحليلي

تناولت هذه الدراسة الوصفية و التحليلية موضوع "إدارة الجودة الشاملة" كأحدث طريقة في الإدارة، حيث تهدف لاستطلاع إمكانية التطبيق في مجال إدارة الخدمات الصحية، مع الاعتماد على ضرورة دراسة الضغوط التنظيمية التي تشكل العائق الحقيقي نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة وقد شملت الدراسة كل مستويات المستشفى.

و قد اعتمدنا في هذه الدراسة على الأسلوب المكتبي في جمع البيانات و المعلومات مرتكزين على نتائج البحوث و التطبيقات السابقة التي تم نشرها في حقل هذه الدراسة خاصة الأدبيات الأجنبية لقلة ما كتب و نشر حول مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات في العالم العربي.

وتعتمد الباحثة على تقديم دراسة شاملة للمستشفى الجامعي بتلمسان باعتباره قطبا علميا و الذي يعد من أكبر المستشفيات في الجزائر مما يسمح بتعميم النتائج على كل المستشفيات عبر القطر ، وهذا بسبب تشابه المشاكل و العراقيل التي تصادفها. و بما أن البحث يركز على المستشفى العام

(المستشفى الجامعي بتلمسان) إرتأينا تطبيق إدارة الجودة الشاملة باعتبارها منهج علمي يناسب الدراسة.

• منهج الاستقصاء

لقد كان اعتماد المنهج الاستقصائي بهدف التعرف على درجة إلمام عينة البحث من فئة الأطباء العاملين بالمستشفى الجامعي بتلمسان باعتبارها الفئة التي تقدم الخدمة و عينة أخرى من فئة المرضى باعتبارها الفئة التي تتلقى الخدمة بمبادئ تسيير الجودة الشاملة و درجة إدراكهم لأهمية العمل بها من أجل الارتقاء بالأداء العام للمستشفى و كذا محاولة الوقوف على الواقع التطبيقي لبرامج الجودة بها. و تحقيقا لهذا الغرض لقد اعتمدت الباحثة في جمع معلومات البحث بشكل أساسي على الاستبانة كأداة و قد روعي في جعلها مقياسا علميا لكونها اعتمدت على الخطوات التالية :

- إجراء دراسة استطلاعية بحيث و جهت لعينة البحث المختارة الأولى الأطباء و الثانية المرضى استبانة مفتوحة تضمنت سؤالين ، الأول يتضمن تحديد الأمور التي يرغب الفرد حسب طبيعة علاقته في تواجدها بالمستشفى و تجعله سعيدا و التي تثير فيه الهمة و الحماس للأداء الجيد؟ أما الثاني تتطلب تحديد الأشياء التي تزعج الفرد و تجعله يستاء من الخدمة الصحية المقدمة من المستشفى.

- الرجوع إلي المصادر العلمية ذات الصلة بموضوع الدراسة .

و من خلال المصدرين السابقين صممت الباحثة الإستبانة (المقياس) بحيث توزعت على ثلاث مجالات تناول الأول سلبيات المستشفى ، الثاني خصص لقياس أبعاد الجودة ، أما المجال الثالث فقد اعتمد على قياس سلوك العميل الداخلي و الخارجي اتجاه المستشفى

لقد تم إعداد استبيان محاوره تتضمن مبادئ الجودة الشاملة من خلال معرفة سلبيات تدهور الخدمة الصحية حسب رأي كل فئة الأطباء و المرضى و تم اعتماد مقياس كوتلر Kotler لقياس أبعاد الجودة الصحية . و بغرض التأكد من صلاحية الإستبيان لإجراء البحث الاستطلاعي تم إخضاعه لاختبار الصدق و ذلك بعرضه على مجموعة محكمين (أساتذة جامعيين، إدارات سامية و أطباء من المستشفى). بعد الضبط النهائي للاستبيان ، و جهت الاستمارة إلي المستشفى الجامعي بتلمسان و الذي يمثل مجتمع البحث ، أما حجم العينة فقد شملت كل المصالح الطبية 26 حيث تم توزيع 390 استمارة للأطباء بمعدل 15 استمارة لكل مصلحة ، و 600 استمارة للمرضى وزعت

بطريقة عشوائية تبعا لوضعية تواجد المرضى بالمصالح الطبية. أما عدد مفردات العينة التي أجابت على محاور الاستبيان فقد كان 250 طبيب أي بنسبة 64.1% و 450 مريض أي بنسبة 75% . إن سبب اختيار عينة البحث على هذا النحو يمكننا من الحصول على نمطين من السلوكيات (سلوك الطبيب باعتباره عميل من داخل المنظمة و سلوك المريض باعتباره عميل من خارج المنظمة) الهدف من ورائها اكتشاف واقع الخدمة الصحية عن قرب و إعطاء فرصة للمريض للإدلاء برأيه و معرفة توجهاته المستقبلية باعتباره المحور الأساسي لنظرية إدارة الجودة الشاملة ، وللحصول على النتائج الدقيقة تم استخدام الأساليب الكمية التي تستخدم في دراسة و تغيير سلوك المستهلك .

لقد قامت الباحثة بجمع البيانات وتنظيمها وجدولتها ومعالجتها إحصائيا من خلال برنامج SPSS حيث تم استخدام التحليل الوصفي للبيانات للتعرف على الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة ، وذلك بإيجاد النسب المئوية و التكرارات و كذلك المتوسطات الحسابية و الانحراف المعياري. واعتمدنا على النماذج المتعددة الخصائص Multi attributs Model و تعود هذه الأخيرة أصلا إلي النماذج التي تستند على نظرية الموقف فتم اختيار النموذج الرياضي المستنبط من نظرية فيشين وأجزن « Fishbein & Ajzen » « La théorie des actions raisonnées » و المطور ل Ajzen و هي نظرية السلوك المخطط « La théorie du comportement planifiée » ، كما قمنا بتطبيقه و محاولة اختبارها من خلال دراسة و معرفة العوامل الشخصية و الفردية حول القصد من التوجه نحو ضرورة تطبيق و استعمال الجودة الشاملة داخل المستشفى ، كما أن العينة محل الدراسة ليس لديها معرفة او دراسة مسبقة حول هذا النمط الإداري العلمي الجديد.

وحتى يمكن تناول موضوع البحث بالدراسة و التحليل وفقا للأسلوب المنتهج التحليلي والاستقصائي و في محاولة لمعالجة الإشكالية المطروحة و بلوغ الأهداف المحددة قسم البحث إلي ثلاثة أجزاء يتضمن كل جزء فصلين ، و سنفصل ذلك فيما يلي :

■ الجزء الأول تناول فصلين الأول يعالج موضوع تطور الأنظمة الصحية و الاستشفائية من حيث الإطار النظري و التطبيقي ، إذ تم التعرض إلي الخلفية الفكرية و الفلسفية والتاريخية لكل من الصحة و المرض و الأنظمة الصحية . كما تطرق الفصل الثاني كيفية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات من حيث دراسة أدبيات إدارة الجودة الشاملة

■ الجزء الثاني تضمن وضعية ادارة الجودة الشاملة في المستشفيات ، حيث أن الفصل الأول كان موضوعه تطور إدارة المستشفيات في الجزائر، حيث تناولنا فيه واقع إدارة المستشفيات في الجزائر فعرضنا من خلاله إلى كل من تطور المنظومة الصحية في الجزائر و واقع التطور الكمي و النوعي للمستشفيات الجزائرية. المبحث الثاني تضمن إعادة هيكلة قطاع المستشفيات بالتطرق إلى أدوات و طرق الإصلاح في المستشفيات و ماهية الإصلاح وكيفية تطبيقه في المستشفيات . أما الفصل الثاني تضمن دراسة الضغوط التنظيمية المتواجدة في المستشفيات و التي تعرقل مسار تطبيق إدارة الجودة الشاملة ، فركزت الباحثة على مفهوم الضغط أهميته ومصادره بالنسبة للفتين الأطباء و المرضى مع توضيح العلاقة بين الضغوط التنظيمية و انخفاض مستوى الأداء و بالتالي سوء الخدمة الصحية ثم التطرق للآثار والنتائج والإستراتيجيات المتخذة لعلاجها للقضاء على هذه القيود لفتح المجال أمام المستشفيات لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.

■ الجزء الثالث تضمن دراسة تطبيقية و تقييمية للمستشفى الجامعي بتلمسان فحاولنا تقديم وتقييم الوضعية الراهنة في المستشفى الجامعي مع اقتراح إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة من خلال رؤية المستقبلية للمستشفى في الفصل الأول من هذا الجزء ، ثم عرضنا في الفصل الثاني نتائج الدراسة الميدانية من خلال تحليل البيانات وتفسيرها باستخدام نظرية السلوك المخطط ، وقد أعقبت تلك النتائج جملة من التوصيات التي تركز على أن جملة السلبيات الموجودة ما هي الا ضغوط و جب التخفيف منها للسماح بتطبيق إدارة الجودة الشاملة ومن ثم ضمان تحسين مستوى الخدمة الصحية و صورة المستشفى .

الخاتمة العامة

6) حدود الدراسة:

رغم ما قد يسهم به هذا البحث من إثراء للجانب المعرفي و الأكاديمي بخصوص موضوع إدارة تسيير الجودة الشاملة و قدرته على توفير فرص لنجاح عملية التحسين المستمر من اجل رفع مستوى الخدمة الصحية بالمستشفيات مما يفتح آفاقا واسعة لدراسات أكاديمية مستقبلا ، إلا أنه يبقى محدود خاصة في الجانب التطبيقي له على الأقل في الوقت الراهن ، و هذا راجع لبعض

النقائص المسجلة بسبب قيود عدة و عراقيل اعترضت مجريات الدراسة الميدانية . و قد تم الوقوف على مايلي:

- اقتصار الدراسة على عينة من الأطباء العاملين و من المرضى المنومين في المستشفى الجامعي بتلمسان وذاك لمحدودية إمكانات البحث.

- تركيز الدراسة الاستقصائية على الجانب المتعلق بدرجة إلمام الأطباء بمبادئ الجودة من الناحية العلمية للوصول إلي مستوى جيد من الخدمات الصحية ، دون التطرق لمتغيرات أخرى كالمعوقات التي تحول دون ذلك.

- اقتصار الدراسة الاستقصائية على فئة الأطباء فقط من إطارات المستشفى دون المسيرين بسبب رؤيتنا أن الطبيب هو الشخص الأقرب من المريض و إمكانيته في تقييم الوضع الصحي و اقتراح الحلول الممكنة للعديد من الظواهر الغير صحية في المستشفى.

- اقتصار الدراسة على المصالح الطبية فقط مع إقصاء 3 مصالح بسبب تحويلها من المستشفى الجامعي إلي المستشفى التخصصي للأم و الطفل.

أما بخصوص مسألة العراقيل التي واجهناها أثناء انجاز الدراسة فنذكر مايلي:

- عدم استجابة عدد معتبر من عينة البحث للدراسة بسبب المراقبة كاملة أثناء احتكاكنا بالمرضى و الأطباء المتداومين.

- عدم تعاون بعض رؤساء المصالح بالمؤسسة محل الدراسة و تردد البعض في ملاءمة الاستمارة، ما تطلب اللجوء إلي أسلوب العلاقات الشخصية المباشرة و الغير المباشرة بكسب ثقة العديد منهم. بالرغم من جملة النقائص المسجلة و العراقيل التي اعترضت مجريات البحث عموما ، إلا أن النتائج المتوصل إليها و التوصيات المقدمة تبقى صالحة لأن تعتمد في مختلف المستشفيات ، على اعتبار أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يهدف إلي بلوغ مستوى من التميز في أداء الخدمة الصحية من خلال العمل على تحسين ظروف العمل و تهيئة المناخ التنظيمي المناسب .

الجزء الأول

تطور إدارة الجودة الشاملة

في المستشفيات

مقدمة

لقد كان المستشفى و لا يزال المحور الرئيسي للخدمات الصحية التي عرفت تدهورا ملحوظا في مستوى أدائها ، مما دعا القائمين على هذه المؤسسات محاولة البحث عن سبب انخفاض مستوى الجودة و دفع بالعديد من المختصين إلى إجراء البحوث العلمية لمعرفة سبب هذا التدهور. و يمكن اعتبار المستشفى حسب "جون أباد" "Jean Abbad" مقياس تقدم الشعوب و الأمم و مجالا متميز للاندماج و تطور القدرات الاجتماعية²³.

كما أصبح موضوع إدارة الجودة الشاملة يحتل موقع الصدارة في أبحاث و كتابات ودراسات العديد من الباحثين، حيث أصبحت هذه الفلسفة بمثابة هوية العبور لأي خدمة أو منتج قابل للاستهلاك المحلي²⁴، و حجر الزاوية في عملية بناء اقتصاد ديناميكي و مجتمع منتج. كيف لا، و العالم يشهد تحولات جذرية و نتيجة لذلك أصبحت «الجودة» هي الشغل الشاغل للقيادات الإدارية، و إحدى الركائز الأساسية لقدرة مختلف المنظمات على البقاء و النمو و الازدهار²⁵.

و تعني إدارة الجودة الشاملة تحقيق تحسينات قابلة للقياس في العمليات و الإجراءات بهدف الحصول على شهادة الجودة آيزو. فقد أثبت تطبيقها نتائج جيدة في العديد من البلدان المتطورة و في مختلف القطاعات باعتبارها أسلوبا إداريا علميا ، يركز على تحقيق رضا العملاء و تلبية حاجاتهم، و على العمل بروح الفريق الواحد و مشاركة الموظفين، فضلا عن تركيزه على إقامة هياكل تنظيمية تتصف بالانفتاح و المرونة و التقليل من الأخطاء .

و لتفسير أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات العالمية سنحاول من خلال هذا الجزء من الدراسة التعرض الي تطور ادارة الجودة الشاملة في المستشفيات في فصلين :

- الفصل الأول : تطور الأنظمة الصحية و الاستشفائية

- الفصل الثاني : كيفية تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المستشفيات

²³ Jean Abbad « Organisation et management Hospitalier » Edition : Berger-levrault mai 2001, p25 - p29.

²⁴ د. مؤيد عبد المحسن الفضل- د. يوسف حبيب الطائي "إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلى المستهلك منهج كمي" - الوراق -الأردن 2004 -

ص13.

²⁵ د . عبد الرحمن بن إبراهيم المديريس "إدارة الجودة الشاملة في التعليم" - منتديات تعليم الشرقية- <http://edueast.gov.sa>

الفصل الأول

تطور الأنظمة الصحية و الإستشفائية

مقدمة :

لقد تعيّر وبشكل جوهري خلال السنوات القليلة الماضية تنظيم و إدارة وإيتاء الخدمات الصحية. كما تعيّر في الوقت نفسه فهمنا للصحة ومحدّاتها، وأصبح معتمداً اعتماداً كاملاً على المعطيات والبيانات. هذا التعيّر رافقه تطوّر هائل في نُظُم الإدارة الصحية والإمكانات التكنولوجية المواكبة لذلك، وعليه فإن العديد من الدول قد بدأت بوضع استراتيجيات من أجل تطوير قدرتها على تنظيم الإدارة ، لتمكن الإدارة العليا من إدارة الفرص و التهديدات و نقاط الضعف و القوة بأسلوب فعال ، والتخطيط يحدد الأهداف ويحدد سبل تنفيذها على البنية التحتية، المعدات؛ الموارد البشرية ، التدريب ؛ برامج الصحة²⁶. وتتضمن هذه العملية التحديد لرسالة المنظمة والأهداف القابلة للتحقيق بالإضافة إلى وضع الاستراتيجيات و تطويرها و كذا وضع السياسات الكفيلة بتحقيق الأهداف ضمن إطار رسالة المنظمة ، فلا يمكن إحداث التغيير على مستوى المؤسسة الصحية إلا إذا طبق ضمن الإستراتيجية العامة للمستشفى لأنه تعبير عن تصور الرؤى المستقبلية للمنظمة و تصميم رسالتها و تحديد غايتها على المدى البعيد، و تحديد أبعاد العلاقات المتوقعة بينها و بين بيئتها بما يسهم في بيان الفرص و المخاطر المحيطة بها²⁷.

و للوقوف على مدى ما وصلت اليه الانظمة الصحية من تطورات و تغيرات سوف نتطرق في مبحثين الي كل من تطور النظام الصحي و الأسباب التي دفعت بهذه الأنظمة الي تطبيق ادارة الجودة الشاملة.

²⁶ Article 24 - Loi N° 85-05 de 16/12/1985 « Relative à la protection et a la promotion de la santé ».

www.lexalgerie.net

²⁷ مؤيد سعيد السالم "أساسيات الإدارة الإستراتيجية" دار وائل للنشر- الطبعة الأولى 2005 ص18.

المبحث الأول : تطور النظام الصحي

النظام هو عبارة عن مجموعة من العناصر المترابطة و المتفاعلة مع بعضها البعض، و تسعى جميعها لتحقيق هدف المنظمة²⁸، أما المنظمة فهي مجموعة من الأفراد يتفاعلون مع بعضهم البعض من أجل تحقيق أهداف معينة ، وهي كيان قانوني يأخذ شكل تجمع بشري و يعمل بشكل متعاون و متضامن لتحقيق هدف محدد وفق أدوار يرسمها و يحددها أبعاد هذا النظام²⁹. لقد تطور الفكر الإداري بتطور الأنماط و النماذج الإدارية التي تسعى في تطويرها إلي البحث عن رفع مستوى الخدمة من خلال رفع مستوى الأداء لأن عملية تحسين مستوى الخدمة الصحية يأتي نتيجة جهود الإدارة المتعلقة بزيادة فعالية و إنتاجية كل واحد من العناصر الثلاث التي تتكون منها المنظمة و هي العنصر التكنولوجي و العنصر البشري و عنصر الإجراءات و النظم³⁰. إن المنظمات مطالبة بإعادة النظر في هياكلها و تطويرها حسبما تقتضيه ظروف العمل و البيئة³¹، لأن البحث عن الخطأ في النظام هو الأساس و ليس التركيز على خطأ العامل ، لذا لا بد من العمل على البحث في أخطاء النظام و تصحيحها³².

و تعتبر المستشفى منظمة معقدة التركيب و متعددة الأنشطة و متنوعة الفئات من كل النواحي البيئية³³ الإدارية البشرية لذا فهي تحتاج إلي نسق إداري متكامل يتجسد في عملية التنظيم التي تعتمد على ركنين أساسيين ألا و هما المسؤولية و السلطة و يقال أن السلطة تحمل في طياتها دائما المسؤولية و التي يمكن تقسيمها وفقا لنمط التنظيم الرسمي المتبع³⁴، لذا أصبح مجال إدارة المستشفيات مجالا واسعا للدراسة و البحث و وضع البرامج لتنمية القدرات الإدارية. فمدير المستشفى يجب أن يحصل على قدر من التعليم في مدرسة الخبرة³⁵.

²⁸ د. علي حسن " نظرية القرارات الإدارية " دار الزهران للنشر و التوزيع-2008 ص41.

²⁹ أحمد شاكر العسكري " التسويق - مدخل استراتيجي للبيئة التسويقية و سلوك المستهلكين و المزيج التسويقي " مطبعة الشروق - 2000 ص15.

³⁰ د.متولى السيد متولي أحمد/ د. محمد محمد نور قوته " تقييم أداء المستشفيات السعودية - بحث ميداني بالتطبيق على مدينة جدة " المجلة العلمية للبحوث و الدراسات التجارية - المجلد الأول - السنة الأولى - العدد الثاني 1987 - ص 25.

³¹ حوالف رحيمة " أهمية تكوين الإطارات و دوره في رفع مستوى الأداء العام للمؤسسة - دراسة حالة : الشركة الوطنية للكهرباء و الغاز " رسالة ماجستير غير منشورة - 1998. ص 100.

³² د.حرفوش مدني " الطريق إلي إعادة اختراع الحكومة و إدارة الجودة الشاملة (دعوة للإصلاح الإداري) مكتبة زهراء الشرق- القاهرة 1996 ص99.

³³ د. سامية جلال سعد " الإدارة المتكاملة للمستشفيات "بحوث و دراسات - المنظمة العربية للتنمية الإدارية -2006 - ص 35.

³⁴ د . أحمد محمد غنيم " إدارة المستشفيات - رؤية معاصرة " المكتبة العصرية - مصر - 2006 . ص 148 - 150.

³⁵ Mac Eachern « Hospital organization and Management , Berwyn ,Illionis ,physicians, Record co , 1982 p3.

لقد أصبحت الصحة من التحديات الاقتصادية الراهنة بسبب التطور السريع و أهمية التسيير في المجال الصحي³⁶، و جاء ظهور الأنظمة الصحية و تطورها نتيجة ظهور الأمراض و انتشارها.

1 - التعريف بمفهوم الصحة و المرض

لقد جرت محاولات عديدة منذ القدم للتفريق بين الصحة و المرض. و سوف نحاول عرض مختلف التعاريف التي تفسر هذين المفهومين.

1-1 مفهوم الصحة : يعرف العالم نيورمان الصحة على أنها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم و أن حالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يعرض لها³⁷. و لو نظرنا إلي المعاجم لوجدنا أنها تفسر و تعرف الصحة على أنها حالة حسنة أو سوية جسميا و عقليا أو ذهنيا و لكن أيضا بعيدا من النشوة و الألم و المرض³⁸. health as physical and mental well-being, but also, freedom of defect, pain, or disease. فالصحة هي حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم والتي تنتج من حالة التكيف مع العوامل الضارة التي يتعرض لها بصورة فطرية أو مكتسبة³⁹، و أن تكيف الجسم عملية ايجابية تقوم بما قوي الجسم للمحافظة على توازنه⁴⁰. أما الدكتور⁴¹ فوزي جاد الله تعريف الصحة من ناحية شدتها يمكن أن ينظر إليها على أنها مدرج قياس احد طرفيه الصحة المثالية و الطرف الأخر هو انعدام الصحة (الموت) و بين الطرفين درجات متفاوتة من الصحة. إذن الصحة هي حالة التكامل الجسماني و العقلي للفرد و ليس فقط الخلو من الأمراض أو العجز، و لكن تحقيقها لا يكون إلا بتوفير موارد و إمكانيات كالسكن و النظافة و الغذاء تساعد على التقليل من النفقات الصحية⁴².

و انطلاقا من تعريف الصحة حسب كل من المنظمة العالمية للصحة⁴³ O.M.S على أنها "حالة الرفاهية الكاملة من النواحي الجسمية و العقلية و الاجتماعية"⁴⁴، و الدستور الجزائري في المادة

³⁶ Didier castiel (Economie et santé) quel avenir ? l'actualité de la gestion. Edition management société 1999. P11.

³⁷ د عماد الدين عيد "الصحة العامة و برامجها" - المكتب الجامعي الإسكندرية 1983. ص3.

³⁸ د عبد المهدي بواعنة "إدارة الخدمات و المؤسسات الصحية-مفاهيم نظريات و أساسيات في الإدارة الصحية"- دار حامد للنشر و التوزيع- الطبعة الأولى 2004 الأردن - عمان - ص26.

³⁹ د. سلوى عثمان الصديقي " مدخل في الصحة العامة و الرعاية الصحية و الاجتماعية" المكتب الجامعي الحديث 1999 ص 25.

⁴⁰ د. إقبال إبراهيم مخلوف " العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية - إتجاهات و تطبيقات " دار المعرفة - الإسكندرية ، 1991 - ص47.

⁴¹ د. إقبال إبراهيم مخلوف - نفس المصدر- ص 48/47.

⁴² Didier Castiel - Opcit - P 15.

⁴³ منظمة الصحة العالمية هي منظمة متخصصة في الصحة و هي تابعة للأمم المتحدة تهتم بمكافحة الأمراض و الأوبئة و تحسين شروط الغذاء و المعيشة و تعود فكرة التأسيس لسنة 1945 و ظهرت إلي الوجود في 1948/04/07 مقرها في جنيف السويسرية و لها فروع عبر مختلف بلدان العالم.

54 " أن الرعاية الصحية حق للمواطنين، تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية و المعدية ومكافحتها"⁴⁵. يظهر بأنه تعريف متعدد الجوانب و العناصر له بعد إنساني و اجتماعي⁴⁶ ، لأن الصحة ليس لها ثمن⁴⁷ و من خلال هذا المفهوم نجد أن:

- الصحة لا تعني الخلو من الأمراض فقط.
- التكامل بين الجوانب البدنية، النفسية و الاجتماعية.
- لا يمكن تحديد نسبة الصحة تحديدا مطلقا.

1-2 مفهوم المرض : أما المرض فيعرفه معجم Webster بأنه عدم الارتياح أو القلق، بل أكثر من ذلك أن أي ابتعاد عن الصحة هو مرض⁴⁸ فهو حالة الانحراف عن الحالة الطبيعية للفرد جسميا، عقليا، نفسيا أو اجتماعيا وقد يكون هناك انحراف في أكثر من جانب من الجوانب المحددة للشخصية الإنسانية و هذا الانحراف نسبيا و ليس مطلقا⁴⁹. وقد يحدث المرض من قصور عضو أو أكثر عن القيام بوظيفته، و يعرف وليستر المرض "حالة أن يكون الإنسان معتل الصحة وأن يكون الجسم في حالة توعك و المعنى الحرفي لحالة المرض هو الاحتياج للراحة"⁵⁰. و يميز Waston و M.wsusser في كتابهما « Sociology in médecine » بين كل من المرض Illness والاعتلال Sickness و السقم Disease⁵¹ و يعني المرض بالنسبة للشخص المريض أشياء مختلفة تبعا لطبيعة المرض فالمرض المزمن يختلف عن المرض العادي حيث أن الأول يتطلب طريقة مختلفة للحياة ويتحمل فيه المريض أنواعا مختلفة من المسؤوليات⁵². و في ضوء مفهوم كل من الصحة و المرض يمكن وضع مستويات للصحة حيث التدرج في الحالة الصحية للإنسان و هي حالات التدرج من الصحة إلى السقم فالموت مثلما يظهره الجدول التالي :

الجدول رقم 1 : مفهوم الصحة من ناحية درجتها

⁴⁴ Ergun Oksuz / Simten Mathan « compendium of Health related quality of life- Generic instruments »

Baskent University Ankara Turkey

منعوى الاحتضار
بالجهة - الأدار البيضاء - العدد 45 -

⁴⁷ Jean François Matter « Le Mon

الظهور المتتالي	متوسط السلامة	مرض غير ظاهر	المرض الظاهر
46 زبيدة بوعباد المج 2001. ص 111.			

⁴⁸ عبد المهدي بوعنة "نفس المصدر" ص 27.

⁴⁹ سلوى عثمان الصديقي "مدخل في الصحة العامة و الرعاية الصحية و الاجتماعية" المكتب الجامعي الحديث 1999 ص 26/25.

⁵⁰ د. إقبال إبراهيم مخلوف " المرجع السابق " ص 49.

⁵¹ المرض هو الإدراك الواعي بعدم الراحة و يؤثر في صحة الفرد وشخصيته، أما السقم فهو حالة عضوية أو نفسية للاختلال الوظيفي تؤثر علي الفرد، بينما الاعتلال هي حالة من الاختلال الوظيفي و التي يتأثر بها الجانب الاجتماعي و تؤثر علي علاقة الفرد بالآخرين.

⁵² د إقبال إبراهيم مخلوف نفس المصدر ص 43.

المصدر: د. إقبال إبراهيم مخلوف نفس المصدر ص 49.

و قد تزايد الطلب على الخدمات الصحية بسبب كثرة الأمراض و تنوعها و تشعبها ، إضافة إلي وقوف الإنسان عاجزا أمام العديد من الأمراض الحبيثة التي أصبحت تسمى بأمراض العصر، وهذا ما يجعلنا نتطرق إلي أنواعها التي تتأني غالبا من انعدام شروط الرفاهية الكاملة⁵³ للصحة .

1-3 أنواع الأمراض :

تسبب الأمراض مشاكل صحية، اجتماعية ونفسية، لذا فالصحة العامة تهدف للوقاية منها والعلاج المبكر لها، حتى تخفف الضغط على المؤسسات العلاجية، وتساهم في التقليل من التكاليف، وازداد الاهتمام بالأمراض أكثر بعد مقاومة الجراثيم للمضادات الحيوية مما جعل منظمة الصحة العالمية تعتبره أمراً يهدد الاستقرار العالمي والأمن القومي⁵⁴. لذا لا بدّ من دراسة مختلف الأمراض ، وما يترتب عنها حيث تنفق المستشفيات مبالغ طائلة لمعالجة مثل هذه الأمراض والتي تشمل :

أولاً : الأمراض المعدية الخطيرة⁵⁵.

وهذه الأمراض يطلق عليها الأوبئة أو الأمراض الكوريننتية، فهي التي تسببها طفيليات مجهرية تشمل الفيروسات و البكتيريا و الريبكتيسيات (و هي متوسطة بين الفيروسات و البكتيريا) ثم الأميبا و الفطريات و كلها تنقل عدواها بطرق مباشرة أو غير مباشرة⁵⁶ ، حيث أنّها أمراض معدية وسريعة الانتشار وتؤدي بحياة الشخص إلى الموت والهلاك ، لذا تتخذ حيالها إجراءات صحية وطنية ودولية لمكافحة ومنع انتشارها، ومن هذه الأمراض الطاعون، الكوليرا والتيتانوس

⁵³ بومدين (م) حوالمف رحيمة " دور البلديات في رفع المستوى الصحي للسكان و تحقيق التنمية- عرض للتجربة الجزائرية " ورقة عمل مقدمة - المؤتمر العمل البلدي الأول - مملكة البحرين - يناير 2006.

http://websrv.municipality.gov.bh/pls/portal/docs/PAGE/WEB_SITE_V2/CONF_MUN_2006/CONFERENCE/index.htm

⁵⁴ أريج " جراثيم المشافي تخرج عن السيطرة "

<http://www.arij.net/look/article.tpl?IdLanguage=17&IdPublication=1&index=1&NrArticle=335&NrIssue=2&NrSection=11&index=2>

⁵⁵ أمراض تظهر إكلينيكيًا في الإنسان أو الحيوان ناتجة عن حدوث العدوى وسهولة الانتقال إلى المحيط التي تعيش فيه

⁵⁶ محمود عبد المولى " البيئة و التلوث " مؤسسة شباب الجامعة- الإسكندرية -2005 . ص 81.

والحمى الصفراء، الجذري التيفويد ، وكل هذه الأمراض ناتجة عن التلوث انعدام الشروط الصحية لنظافة الشخص والمكان الذي يعيش فيه.

ثانيا : الأمراض المعدية في سنّ الطفولة.

يصيب الأطفال الكثير من الأمراض المعدية، حيث لكل منها طبيعة خاصة وأهمية في كل مرحلة من مراحل عمر الطفل وهي أنواع:

● الأمراض الفيروسية⁵⁷: كالحصبة Measles والحصبة الألمانية والجذري Chickempo والنكاف

Mumps وشلل الأطفال Infantile paralysis.

● الأمراض البكتيرية⁵⁸: كالحمى المخية الشوكية Meningococcal ، السعال الديكي Pertussis

والدفتريا (الحناق) Diphtheria والتهاب اللوزتين الحاد والحمى القرمزية.

● الأمراض الفطرية⁵⁹: مثل القراع Tineacapitis . .

● الأمراض الطفيلية: مثل الجرب Scabies.

ثالثا : الأمراض المعدية ذات الصبغة الاجتماعية :

✓ مرض السلّ La tuberculose: يعتبر من المقاييس للمستوى الاجتماعي والاقتصادي السائدة

في المجتمع، حيث أنّ انخفاض مستوى كفاءة السكن⁶⁰ وصلاحيته وسوء التغذية من أهمّ العوامل المسببة لانتشار هذا المرض.

✓ الأمراض التناسلية المعدية Vinereal Disease⁶¹

✓ الجذام : من الأمراض المعدية ، يصيب الجلد والأغشية المخاطية للمسالك التنفسية العليا.

⁵⁷ تسبب الفيروسات المختلفة أكثر من 60 مرضاً للإنسان والحيوان والنبات، و يصيب الإنسان منها حوالي 15 مرضاً خطيراً، وإن ما نعرفه عن الفيروسات أقل مما نعرفه عن البكتيريا والسبب في ذلك صغر حجم الفيروسات فهي أصغر حجماً من البكتيريا و عدم إمكانية نموها في وسط صناعي مغزٍ. كما هو الحال لبكتيريا، غير أن العلماء استطاعوا تربية الفيروسات على الخلايا الحية داخل أنبوب الاختبار .
<http://www.anisajam.8m.com/health6.htm>

⁵⁸ البكتريا (Bacteria) كائنات وحيدة الخلية تنتمي إلى مجموعة من البدائيات ، و لا تحتوي كلها على الكلوروفيل ، و هي صغيرة جداً لدرجة انه إذا صف 1500 من بكتيريا النوع المسبب لمرض التيفويد ، طرفاً لطرف ، لا يتجاوز حجمها حجم رأس الدبوس . و يتراوح طول خلية البكتيريا بين 3-10 ميكرون 1000/1 ملم ، و هي لا ترى بالعين المجردة ، و لكن يمكن رؤيتها خلال المجهر المركب ، تعيش البكتيريا في كل مكان تقريباً على سطح الأرض ، و هي ذات أشكال مختلفة ، فهي : إما عصوية أو كروية ، أو حلزونية .

⁵⁹ تعيش الفطريات من حول الإنسان و على جلده و داخل جسمه دون أن يلاحظها، و هي عادة لا تسبب أي ضرر، ولكن تحت تأثير ظروف مناسبة فإنها قد تتكاثر بسرعة وتتغير لتسبب ما يسمى بالأمراض الفطرية.

⁶⁰ يعتبر المسكن اللائق للعائلة بكل متطلباته مصدراً للسلامة الصحية و ذلك من ناحية الاتساع و التهوية، النظافة، الماء، الهواء ، الشمس... الخ، كما يجب أن يكون سكن متوفر على أنابيب صالحة لماء الشرب و أخرى للصرف الصحي و هذا من أجل ضمان صحة المواطنين، و التقليل من الأمراض الناتجة عن الأوساخ و المياه القذرة.

⁶¹ هي أمراض ذات صبغة اجتماعية حيث تتشابه في مسبباتها النوعية ، حيث أنّها ترتبط بعوامل أخلاقية وقيمية ، لذا يطلق عليها الأمراض السرية ، وتتشابه في وسائل انتقال العدوى ، حيث أنّها من الأمراض الجنسية التي يصاب بها الإنسان ومن أهمّها : الزهري Syphilis ، السيلان Gonorrhoea و القرحة الرخوية والجيراينولوما الأوبية أو الليمفاوية وينتج عن هذه الأمراض الكثير من العاهات والعجز والوفيات.

✓ أمراض القذارة :تعتبر من الأمراض الاجتماعية ، حيث ترتبط بالظروف البيئية المحيطة مثل الصرف الصحي ، والمياه الصالحة للشرب ، الأغذية الصحية ، من أهم هذه الأمراض التيفويد ، الباراتفويد ، والدوسنهاريا.

رابعا : الأمراض المستوطنة:

تمثل هذه الأمراض في البلهارسيا،الملاريا،الرمد الحبيبي،الرمد الصديد،الإسكارس و الانكلوستوما. وقد جرت العادة على تبويبها إما اعتبارا للمسببات الأصلية، مثل : الأمراض الفيروسية ، الباسيلية و الأمراض الطفيلية وهكذا. أو تبويبها نسبة للجهاز أو العضو المصاب من الجسم مثل: أمراض الجهاز الهضمي ، القلب ، الأعصاب و الأمراض التناسلية. وهناك تقسيم آخر طبقا للخصائص والأهمية الصحية المشتركة بينها بغض النظر عن المسببات أو الأعضاء المصابة.⁶²

رابعا : أمراض التلوث:

إن تلوث البيئة يؤدي إلى تلوث المياه و كذلك تلوث التربة، والتي قد تزيد من الأمراض و نقص الغذاء. كل هذه العوامل تزيد من الطلب على الخدمات الصحية كما ونوعا، و محاولة منع ذلك بالوقاية و التثقيف الصحي، والجزائر تعرف مشاكل بيئية حقيقية و جادة⁶³ و هنا يبرز دورها في تنقية و تنظيف المحيط البيئي لتجنب مثل هذه الأضرار .

إن تعدد الأمراض و تنوعها من جهة و تأثيرها بشكل مباشر و خطير على حياة الفرد و بالتالي تهديد كيان الدولة دفع بها إلى وضع أنظمة صحية تخطط وتتابع ، تنظم و تراقب الوضعية الصحية للسكان. و هذا ما دفعني إلى تعريف النظام الصحي و تطوره.

2 - تطور النظام الصحي

⁶²إقبال إبراهيم مخلوف المصدر السابق - ص 54.

⁶³ Fatima -Zohra Oufriha « Femmes, Environnement et Santé ». Les cahiers du CREAD N° 35/36 1993 .- p137.

2-1 التعريف بالنظام الصحي : لقد عرفت منظمة الصحة العالمية في تقريرها لعام 2000

الأنظمة الصحية بأنها: "تشتمل على كل المنظمات و المؤسسات و الموارد التي تركز لإنتاج أفعال صحية أي كل الجهود التي تبذل بهدف تحسين الصحة سواء تعلقت هذه الجهود بالعناية الصحية للأفراد أو بتقديم الخدمات الصحية العامة"⁶⁴. و يعرف الدكتور فريد النجار⁶⁵ النظام الصحي على أنه "عبارة عن مجموعة من الأجزاء ترتبط بشبكة من الاتصالات و تعمل معا بهدف تحقيق أهداف معينة". أما أرنولد كلوز يني Arnold kaluzyny فيعرف النظام الصحي بأنه للوهلة الأولى لا يبدو كنظام إطلاقاً فهو مجموعة معقدة و مشوشة و مبعثرة من التنظيمات و الأشخاص و لكنها تعمل بعلاقات من التفاعل و بشكل مؤسسي و نظامي يمكن التنبؤ به⁶⁶، و لتبسيط هذا التعقيد يحاول البروفيسور⁶⁷ Pr Reinhard Busse شرحه باستخدام صورة الثلاثي في التنظيم فالجزء السفلي من المثلث تظهر اثنين من المتعاملين الأساسيين في النظام الصحي: السكان ومقدمي الخدمات و في القمة يوجد طرف ثالث للمكلفين، الذي يوفر جزءاً كبيراً من التمويل. أما منتصف المثلث تحتها منظمة الصحة العالمية و التي تقوم بدور التحكيم و التعديل، أي للنظام بأكمله.

فالنظام الصحي هو مجموع المنظمات و المؤسسات و الموارد الرامية أساساً إلى تحسين الصحة، و إذا كان تحسين الصحة هو الغرض الرئيسي لأي نظام صحي فإنه ليس بالعرض الوحيد و ينقسم إلي شقين: بلوغ أفضل مستوى صحي (الجودة) و الحد قدر الإمكان من الفوارق القائمة بين الأفراد و الجماعات في تسيير حصولهم على الرعاية الصحية (العدالة) و قد تم التركيز على هذين العنصرين الجودة و العدالة في التقرير الخاص بالصحة لعام 2000 من منظمة الصحة العالمية⁶⁸.

والنظام الصحي الجيد هو الذي يوظف و يستخدم أحدث المعارف و التقنيات المتاحة للعلوم الطبية⁶⁹، و هو اكتشاف و اختراع مخلوق اجتماعي ينظم و يرتب الأفراد في صورة و قالب منظم لتنظيم و مراقبة عالم المرض العدوانى العجز و الموت المبكر، يهدف إلى علاج و الوقاية

⁶⁴د.علي عبد القادر علي " اقتصاديات الصحة " مجلة جسر التنمية - المعهد العربي للتخطيط - الكويت / العدد 2003/22 ص-2.
⁶⁵ - فريد راغب النجار: "إدارة المستشفيات و المنظمات الصحية (مدخل الإدارة بالأنظمة المتوازنة)- دار النهضة العربية -الفاخرة-1981-ص55.
⁶⁶ - Arnold D.Kaluzny et AL 'management of health services » printice hall, inc. Englewood cliffs, N.J 1982 p355.

⁶⁷ Reinhard Busse "Les systèmes de santé en Europe: données fondamentales et comparaison" La Vie économique Revue de politique économique 12-2006
<http://www.dievolkswirtschaft.ch/fr/editions/200612/pdf/Busse.pdf>

⁶⁸موضوعات وبرامج الشؤون الفنية " النظم الصحية وتقييم أدائها " - المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية
<http://www.sgh.org.sa/fan.htm>
⁶⁹ عبد المهدي بوعانة - المصدر السابق ص49.

وتحسين الوضعية الصحية للمريض⁷⁰. و يحتاج ذلك النظام إلى موظفين وأموال ومعلومات وإمدادات ووسائل نقل واتصال وتوجيهات واتجاهات عامة. ولا بد لذلك النظام من توفير خدمات تلبي الاحتياجات القائمة بأسعار منصفة والسعي، في الوقت ذاته، إلى معاملة الناس على نحو لائق⁷¹. و من الملاحظ أن الصحة بدأت تأخذ مكانة هامة باستمرار في ميزانية العائلات⁷². فالهدف الأساسي للنظام الصحي والرعاية الصحية في مطلع الألفية الثالثة هو رفع مستوى معدل العمر عند الولادة و لكن يبقى تخفيض معدل الوفيات قبل الولادة وتقليص الأمراض المزمنة و الإعاقات والقضاء على الأمساواة من أولويات أهداف التنمية العالمية⁷³ OMD. و يرتبط بالنظام مستوياته وعلاقاته و تركيباته التنظيمية و أهدافه و تفاعله مع البيئة و تحديد مدخلاته⁷⁴ Input و كيفية تشغيلها و مخرجاته⁷⁵ Output و مؤثرات التغيير و التطوير والنمو .

إن توفير الرعاية الطبية أو الصحية الجيدة للمواطنين يعني أكثر من تقديم خدمة و منفعة للمجتمع و لكن تتضمن كل الاهتمام بجميع الوسائل و الميكانيزمات التي يتم من خلالها إنتاج و تهيئة و تكوين الخدمات الصحية و تمويلها و تنظيمها، بهدف تقديمها لمحتاجيها في الشكل اللائق و المناسب. كما أن النظام الصحي يهتم بالتوعية الصحية للسكان حتى يحسن هذا الأخير الاختيار والاستعمال لها بحكمة و نجاعة و فعالية. و من الخصائص المميزة و المتفق عليها من طرف جل المتخصصين للرعاية الصحية الجيدة 4 خصائص و هي⁷⁶:

- ✓ سهولة الحصول على الخدمات الصحية.
- ✓ النوعية العالية للخدمات الصحية (الجودة).
- ✓ الاستمرارية continuity.

⁷⁰ Abdesselam Bendiabdellah « Principes d'équité pour la santé et la distribution des soins – Approche formelle et illustration à travers quelques pays européens » Deuxième forum sur la recherche en santé –Faculté de Médecine, Université de Tlemcen -18 Juin 2002.

⁷¹ منظمة الصحة العالمية "ما هو النظام الصحي" نوفمبر- 2005 <http://www.who.int/features/qa/28/ar/index.html>

⁷² Didier castiel OPCIT .P23.

⁷³ Houalef rahima « Les Objectifs de la santé entre la réalité et l'espoir en Algérie » papier –colloque sur les OMD- Hammamet –TUNISIE – juin 2008.

⁷⁴ مدخلات النظام و هي: الطاقة البشرية المتخصصة من المهارات و المرضى الحاليين و المرتقبين، المعدات و الأجهزة و الأصول المتغيرة و الثابتة، المولد و الأدوية، التشريعات الطبية و أخلاقيات المهن الطبية و يتطلب ذلك طرق تشغيل تلك المدخلات بهدف تقديم خدمات علاجية أو وقائية بمستوى معين من تكنولوجيا الطب الحديث.

⁷⁵ أما مخرجات النظام فهي حالات الشفاء التام أو الوفاة و الموالين المشكلتات الصناعية، النفسية علاج و البيئية، اختراعات علمية جديدة واكتشاف أمراض حديثة و أسبابها.

⁷⁶ عبد المهدي بوعنة " المرجع السابق " ص 43-57 .

✓ الكفاءة و الفعالية effectiveness et efficieney.

و يتضمن النظام الصحي كل العناصر الضرورية لتلبية الحاجيات الصحية الإجمالية للسكان، بمعنى مجموع الوسائل و النشاطات التي تقوم بخلق و إنتاج الصحة (الوقاية، إعادة التأهيل..)⁷⁷، و قد عرفت الأنظمة العالمية الصحية ثلاثة أشكال⁷⁸ وهي الأنظمة الوطنية الصحية Les Systèmes nationaux de santé⁷⁹، أنظمة تأمين المرض Les Systèmes d'assurance maladie⁸⁰ و الأنظمة الصحية الحرة Les Systèmes Libéraux de santé⁸¹

2-2 وظائف النظام الإداري الصحي

مما لا شك فيه أن التنظيم الجيد يعتبر أكبر مساعد للإدارة على تحقيق أهدافها. فهو الإطار الذي تزاوّل الإدارة من خلاله وظائفها من تخطيط، تنظيم، توجيه و رقابة و بالتالي فهو يعمل على التنسيق بين مختلف أوجه النشاط في المستشفى بحيث لا يحدث أي تضارب أو تعارض في الأهداف⁸². إن الإدارة الصحية هي عملية تعاون و تكامل و تنسيق للجهود الاجتماعية والتكنولوجية المتوفرة و النشاطات الإنسانية المختلفة ضمن مؤسسة منظمة لتحقيق الأهداف الموضوعية لهذه المؤسسة من خلال الاستفادة العظمى من القوى البشرية و المصادر المختلفة الأخرى⁸³، و تتخذ إدارة الخدمات الصحية مجموعة من الإجراءات و القرارات لتحديد الأهداف و تحقيقها و ذلك من خلال هذه الوظائف :

• التخطيط الصحي

التخطيط عملية فكرية مستقبلية تعتمد على المنطق و الترتيب و الفعالية للموارد النادرة⁸⁴، و توافر قاعدة جيدة من البيانات و تنتهي بوضع خطة تتضمن الأهداف و السياسات و القواعد والموازنات و الجداول الزمنية الخاصة بالتنفيذ⁸⁵، و يعتبر التخطيط من أهم العناصر الإدارية فهو

⁷⁷Thierry Bouffechoux « La Santé en France- le malade, le médecin et l'état » Editions le monde 1997.P69.

⁷⁸Palier Bruno « La réforme des systèmes de santé » Que Sais je ? 3ème Edition – PUF . 2008. P 26.

⁷⁹ يضمن النظام مجانية الخدمات الصحية لمجموع المواطنين و من بين الدول المطبقة لهذا النظام : الدنمارك ، المملكة المتحدة إيطاليا ، كندا ، إسبانيا

⁸⁰ إن عرض الخدمات الصحية يكفل من كل من القطاع الخاص و القطاع العام ، و تتبع هذا النظام مجموعة من دول أوروبا الوسطى و الشرقية مثل ألمانيا ، فرنسا ، اليابان ، هولندا.....

⁸¹ هو نظام خاص بالولايات المتحدة الأمريكية ، يعاني الكثير من الاختلالات و يعتبر غير ناجح خاصة بعد تنمر العديد من الأمريكيين منه .

⁸² سيد محمد جاد الرب – المصدر السابق ص 349.

⁸³ صلاح محمود نياض "المرجع السابق" ص 14.

⁸⁴A. Beresniak / G.Duru « Economie de la santé – Connaissance et pratique » 5ème Edition –Masson- 2001.P49.

⁸⁵ عبد العزيز مخيمر- د. محمد الطعمنة « الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات- المفاهيم التطبيقية» المنظمة العربية للتنمية الإدارية- بحوث و دراسات ص22.

دراسة شاملة لواقع المستشفى الحالي مع الأخذ بعين الاعتبار كافة التغيرات الداخلية والخارجية⁸⁶. وهناك علاقة وطيدة بين التنبؤ والتخطيط حيث أن التخطيط يعتمد إلى حد كبير على التنبؤ، فهو ينطوي على الاختيار بين البدائل المتاحة⁸⁷، و الذي يؤدي إلى تحقيق الأهداف الموضوعية. وتبلور مشكلة التخطيط في المستشفيات في أن إدارة المستشفى تكون مطالبة بتحقيق أهداف محددة أكثر مردودا و أعلى قيمة من أوضاعها الحالية في حين تكون الموارد المادية و البشرية المتاحة محدودة بطبيعتها، و تكون قدرة الإدارة في استخدام أو توزيع هذه الموارد ليست مطلقة بل مقيدة بكثير من العوامل السياسية، الاجتماعية، الاقتصادية، الإنسانية و التنظيمية⁸⁸. و يعتبر التخطيط الصحي جزء من المخطط الوطني و الذي يحدد الوسائل المستعملة من هياكل، تجهيزات، موارد بشرية، برامج تكوينية و برامج صحية⁸⁹ حيث " يجب أن يضمن المخطط الوطني التنمية المتكاملة والمنسجمة و يحقق استخداما فعالا لكل القوى المنتجة ويكون توزيعه توزيعا عادلا بغرض رفع مستوى حياة الشعب الجزائري"⁹⁰.

• التنظيم و التنسيق

يعتبر التنظيم من العناصر الرئيسية و الهامة بعد التخطيط، هو وضع و صياغة الهياكل و الأطر التي يتم بها تقسيم الأنشطة الطبية و الطبية المساعدة و الإدارية في المستشفى و تنظيمها و تنسيقها، و توزيعها على الأفراد من مختلف الفئات و تحديد العلاقات و الأدوار بين هذه الأنشطة و هؤلاء الأفراد، و صياغة أدوات و إجراءات التنسيق الرسمية و أنماط التفاعل الواجب إتباعها لتحقيق الأهداف المخططة للمستشفى. و يرتبط التنظيم بالعمل الجماعي الذي يتطلب جهود تعاونية جماعية⁹¹.

• التوجيه و التحفيز

هي الجهود التي تستهدف التأثير في سلوكيات مختلف الأفراد العاملين بالمستشفى و حثهم علي المساهمة بمستوي أداء جيد نحو تحقيق الأهداف المخططة لوحدهم من ناحية و للمستشفى بوجه عام من ناحية أخرى. و يكون التوجيه فعالا و مفيدا إذا رافقه التحفيز و الذي يثير في نفوس

⁸⁶ صلاح محمود ذياب " المرجع السابق " ص 43.

⁸⁷ فرانسوا محمد " الموازنات التقديرية - أداة فعالة للتسيير - سلسلة المعرفة ديوان المطبوعات الجامعية 1995 ص 11.

⁸⁸ عبد العزيز مخيمر - محمد الطعمانة " الاتجاهات الحديثة في ادارة المستشفيات - المفاهيم و التطبيقات " بحوث و دراسات - المنظمة العربية للتنمية الادارية - القاهرة 2003. ص 26.

⁸⁹ المادة 24 من القانون رقم 85-05 بتاريخ 1985/12/16 المتعلقة بحماية و ترقية الصحة

⁹⁰ المادة 30 من الدستور الجزائري لسنة 1976.

⁹¹ صلاح محمود ذياب " المرجع السابق " ص 67.

الأفراد روح التعاون و الإخلاص في العمل مما يدفعهم إلى تقديم أجود و أحسن الخدمات الصحية. و قد تكون الحوافز معنوية أو مادية كالمكافآت و العلاوات و الترقيات التي يمكن ربطها بتحقيق الأهداف المخططة.

• الرقابة و المتابعة

الرقابة و المتابعة و تقييم الأداء من أهمّ وظائف الإدارة الحديثة، و من أهمّ مجالات الوصول للهدف في أي مؤسسة إدارية. و تهدف المتابعة و الرقابة و تقييم الأداء أن يتعرّف المسؤول الإداري على ما إذا كان العمل الذي تمّ قد تحقق فعلا طبقا للخطة الموضوعة⁹². فالتخطيط لوحده لا يكفي لتحقيق الأهداف المسطرة، لذا لا بد من الرقابة و المتابعة و التي تعتبر احدي الوظائف الرئيسية للإدارة الفعالة. و تنطوي وظيفة الرقابة و متابعة الأداء على تحديد مستويات الأداء أي توقعات النتائج المطلوب تحقيقها في مختلف مجالات العمل بالمستشفى ، قياس و تقييم الإنجاز الفعلي بشكل مستمر و مقارنته بالمستويات المحددة سابقا و اتخاذ الإجراءات اللازمة لتصحيح مسارات العمل و معالجة الانحرافات و الأخطاء. و تقتضي طبيعة العمل بالمستشفى استخدام أسلوب أو أكثر من الأساليب متابعة الأداء في مختلف الإدارات و الأقسام و التعرف على الإنجازات المرورية كالزيارات الميدانية لمواقع العمل و الاتصال بالمرضى و الزائرين.

3 - عموميات تطور المستشفيات

يرجع تطور ادارة المستشفيات الي التطور البشري من ناحية و تطور علم الادارة من ناحية أخرى.

3-1 التطور التاريخي للمستشفيات

• المستشفيات في العصر القديم .

يرجع تاريخ المؤسسات الصحية التي تعني بالمرضى إلى ما يقارب 1200 سنة قبل الميلاد في المعابد الإغريقية و يحدثنا تاريخ الطب أن أبو قراط Hippocrate⁹³ الطبيب الإغريقي اللامع 460 - 370 سنة ق م ، و ظهرت معابد آلهة الطب (Aesculapius) الإغريقية التي اعتبرت كأول المستشفيات التي ظهرت في حضارات اليونان و الرومان، حيث استخدمت كماوى للمريض والعبادة معا، و تروي المصادر التاريخية أن العناية قد ركزت على تعريض المريض لأشعة الشمس والهواء الطلق

⁹² - د. إسماعيل عبد الفتاح : "التخطيط والجودة" ، مركز الإسكندرية للكتاب ، 2007 ، ص 49.

⁹³ هو الذي نادي بفصل الطب عن الدين و الفلسفة و بتوجيه ميدان الطب نحو الاتجاه المنطقي، و لقد بلغ الطب الإغريقي ذروة تقدمه خلال العصر الذهبي للحضارة الإغريقية حوالي 400 سنة ق م

وإتباع نظام للراحة و التمرين و الاستحمام و الطعام ، كما أن العقاقير استخدمت لأول مرة ولكن بشكل محدود، كما حقق الإغريق إنجازا عظيما بقدرتهم على تشخيص الأمراض بالملاحظة والاستنتاج و ذلك باستخدام المنطق عوضا على الأفكار الخرافية القديمة عن الأرواح. وتذكر المصادر أن الأطباء الهندوسيين (Hindou) كانوا جراحين مهرة، و اكتشفوا أهمية النبض في عملية التشخيص كما أن أماكن العلاج كانت نظيفة⁹⁴ ، و وجد في حضارة الرومان القديمة مصحات لها للعناية بالعبيد (waletudisaria) تتمثل في شفائهم من الأمراض للحفاظ على القوى العاملة المنتجة.

و كان الاعتقاد السائد في بعض الديانات القديمة أن المرض ظاهرة غير طبيعية و يعود سببه إلى وجود قوى غير مرئية كالأرواح و هذا ما يفسر وجود الجماجم المثقوبة في حضارات مصر من أجل إخراج الروح الخبيثة من رأس المريض⁹⁵ ، ثم جاءت المسيحية فيما بعد فغيرت هذا المفهوم، حيث أن المسيحية تؤمن بأن المرض هو مشيئة إلهية و هذا ما ميز المستشفيات خلال تلك المرحلة حيث كانت تعتمد على الناحية الإنسانية أكثر منها على الناحية العلاجية، و قد كانت تبعية هذه الأماكن إلى الأديرة (monastères) في المناطق الريفية و إلى الكاتدرائيات (cathédrales) في المدن الكبرى⁹⁶. كما سيطرت المعتقدات الدينية خلال هذه الفترة على الاتجاه العلمي و تعاليم مدرسة أبو قراط في علاج المرضى.

أما عند العرب و المسلمين فقد عرفت الإدارة عموما في عهدها الأولى خلال الحقبة الإسلامية تنظيما متقدما شمل جميع الأجهزة و عرفت حينها الكثير من الممارسات و التطبيقات الإدارية والتي تعكس بجلاء روح المبادأة و الخلق و الإبداع⁹⁷ ، و لكن لا يتواجد في المصادر التاريخية المتوفرة ما يشير إلى أن العرب في الجاهلية كانوا يعتنون بالمستشفيات. و يشكّل ظهور المستشفيات صفحة رائعة في تاريخ الطب العربي الإسلامي⁹⁸ ، فظهرت خلال تلك الحقبة نوعين من المستشفيات الثابتة والمحمولة (المتنقلة)⁹⁹. و يبدو أن العرب عرفوا بشكل أو بآخر النوعين معاً منذ ظهور

⁹⁴ - أدموند هنتر (ترجمة محمد العدنان) (قصة طب) سلسلة الإنجازات الحضارية ببيروت، لبنان مكتبة لبنان 1980 ص 14.
⁹⁵ "بهجة المعرفة" أنظر لهذا الإنسان موسوعة علمية مصورة المجموعة 25 الجزء الطبعة 2 جنيف سويسرا. دار المختار للطباعة و النشر والتوزيع ص 213-214.

⁹⁶ حسان محمد نذير "حرساني إدارة المستشفيات" الإدارة العامة للبحوث - المملكة العربية السعودية -1990. ص 23.
⁹⁷ د. نواف كنعان "اتخاذ القرارات الإدارية بين النظرية و التطبيق" دار الثقافة - عمان - الطبعة الأولى - الإصدار السابع - 2007. ص 34.

⁹⁸ صفحات مشرقة من تاريخ الطب العربي- الجزء الثاني- www.algeriadream.net
⁹⁹ و إذا كانت الحضارات الأخرى قد عرفت المستشفيات الثابتة فإن العرب كانوا روادا في إحداث المستشفيات المحمولة و هي مستشفيات تنتقل من مكان إلى آخر لمعالجة المرضى في الأرياف و القرى. وكان هذا المشفى يتألف من فريق من الأطباء و المساعدين الذين يصطحبون معهم الأدوية و ينتقلون على الدواب من قرية إلى أخرى. وقد ظهر هذا النوع من المشافي في عهد الخليفة العباسي المقتدر.

الإسلام. يجمع المؤرخون على أن أول مستشفى بني في الإسلام كان في عهد الخليفة الأموي الوليد بن عبد الملك سنة 706 م بدمشق و حشد فيه مجموعة من الأطباء¹⁰⁰. ثم تتابع بناء المستشفيات في المدينة وغيرها في العصور المتتالية.

• المستشفيات في العصر الحديث .

يعد القرن السابع عشر البداية الكبيرة الحاصلة في مجال الطب و نقطة بارزة في مجال عمل المستشفيات حيث اكتمل التطور التاريخي للمستشفيات في العصر الحديث خلال هذه الحقبة التاريخية بفضل فلورنس نايتنغال Nightingale التي تعد من رواد و مؤسسي التمريض في العالم و التي أسست مدرسة التمريض في إنكلترا سنة 1860 م¹⁰¹. و خلال قرن ونصف ، شهدت المستشفيات ثلاث تغييرات عميقة ، أولها ظهر في منتصف القرن التاسع عشر بتحقيق الاكتشافات الطبية، و قد اتسمت المستشفيات في هذه المرحلة بالنشاط الطبي الاجتماعي في إيواء الفقراء و المرضى . والتطور الثاني كان خلال السنوات الخمسين الماضية اتسمت بإنجازات عظيمة في مجال التقدم التكنولوجي الطبي و التطور الثالث ظهر في النصف الأول من القرن العشرين بزيادة تكاليف المستشفيات و التي فاقت تكاليف التأمين الصحي¹⁰².

و قد تمكن شارل بيرو Charle Perrow في دراسته من التفريق بين عدة مراحل لتطور المستشفى خلال العصر الحديث ، حيث امتدت المرحلة الأولى من (1885- 1929) تميزت برقابة أعضاء مجلس الإدارة و ببقاء العلوم الطبية في مظهرها البدائي ، و الثانية من 1929 إلى 1942 أين تمكن الأطباء من السيطرة على المستشفى بسبب تعقد المهمات و تشابك و تشعب نشاطاته للوصول في الأخير إلى التسيير و القيادة المتعددة ، و المرحلة الثالثة من 1942 إلى 1952 أين كل المجموعات تتقاسم السلطة كما هو عليه الحال حالياً¹⁰³. و من بين ما كتب عن تاريخ المستشفى نحتفظ بذلك العمل الجيد لفرانسوا ستودلر François Steudler¹⁰⁴ الذي قسم التطور التاريخي للمستشفى إلى ثلاث مراحل هي : المرحلة الأولى¹⁰⁵: (النظام التقليدي) يصل حتى 1850، أما المرحلة الثانية

¹⁰⁰ سليم بطرس جلدة " إدارة المستشفيات و المراكز الصحية " دار الشروق - عمان - 2007 . ص 20.

¹⁰¹ د/ تامر ياسر البكري "إدارة المستشفيات "دار اليازوري العلمية - الطبعة العربية - عمان - الأردن - 2005 . ص 13- 14.

¹⁰² Michel Huguier « L'hôpital public en crise ? lundi 21 mai 2007.

<http://www.asmp.fr/travaux/communications/2007/huguier.htm>

¹⁰³ بويوسف عصام الدين - المصدر السابق -رسالة الماجستير جامعة الجزائر 1993 . ص 24.

¹⁰⁴ François Steudler « L'hôpital en Observation » Librairie Armand Colin - Paris - 1974. P265.

¹⁰⁵ كان المستشفى له دور تقديم العون تحت رقابة الكنيسة أو الحكم الديني، حيث لم يكن هناك وعي جماعي لظاهرة الصحة. و رغم محاولات الدولة المتكررة لاسترداد الرقابة على مجموع المستشفيات من الكنيسة، إلا أنها لم تتمكن لأسباب اقتصادية و سياسية.

(النظام المهني الحر) يمتد من النصف الثاني للقرن XIX إلى سنوات 1940¹⁰⁶، ثم المرحلة المعاصرة أصبح المستشفى يلعب دورا كبيرا و حيويا و انتقل من كونه فضاء اجتماعيا ليمسي فضاء اقتصاديا حيث أوكلت له مهمة معالجة و تجديد صحة قوة العمل¹⁰⁷ و إرجاعها إلى دائرة الإنتاج لمواصلة نشاطها.

3-2 هيكل و جهاز المستشفى

• تعريف المستشفى :

تعتبر المستشفيات من أكثر الأماكن أهمية لممارسة مهنة الطب و العلاج، فهي الأساس في تقديم مختلف الخدمات الصحية العلاجية، و لقد تغير المفهوم التقليدي للمستشفى¹⁰⁸، من مكان للإقامة¹⁰⁹ و علاج الأمراض وأصبح يركز على عصرته من خلال المكان و أيضا مستوى الخدمة المقدمة. فالمؤسسة الطبية هي كل وحدة أو تنظيم مستقل لخدمات علاجية، وقائية أو إنشائية¹¹⁰، وينطوي تحت المؤسسات العلاجية المستشفيات العامة و العيادات و المستشفيات التخصصية والمستوصفات، كما ينطوي تحت المؤسسات الوقائية مكاتب الصحة و مراكز رعاية الطفولة و الأمومة و الصحة المدرسية و كافة نشاطات مصلحة الطب الوقائي و مكاتب التثقيف الصحي وقد انتشرت المؤسسات الإنشائية كدور النقاهاة و مكاتب و مراكز التأهيل المهني... الخ¹¹¹.

و يعد المستشفى الحديث المحور التنظيمي للرعاية الصحية و المكان المؤدي لتوصيل رعاية المريض و تدريب الأفراد العاملين في القطاع الصحي و كذا أداء و إنجاز البحوث الطبية ، فهي القلب المهني و الاقتصادي للممارسة الطبية و تطبيق الخدمة الصحية¹¹². لأن تحديد النشاطات الأساسية للمنظمة تسمح بالوصول الي أهداف محددة و المرجوة¹¹³ و تتصف المؤسسة العلاجية بتعدد أقسامها و كثرة العاملين بها مع اختلاف تخصصاتهم و مسؤولياتهم فكلما زاد حجم المؤسسة كلما

¹⁰⁶ أصبح المستشفى تنظيما معقدا فلم يعد مكانا لإيواء المرضى لكن مركزا للعلاج و المكان المفضل للأطباء. و قد غيرت التطورات التكنولوجية والتقنيات العلمية من نشاط المستشفى ليصبح مركز اهتمام بين ثلاثة أنواع من المتعاملين: الدولة، الإدارة الصحية و المحترفين.
¹⁰⁷ و هنا تتجسد فكرة أن النفقات الصحية لم تعد نفقات استهلاكية و إنما أصبحت نفقات استثمارية.

¹⁰⁸ R.Shulz & Johnson « Management of hospitals » MC Graw-hill Book ,U.S.A 1976 p 38.

¹⁰⁹ Jean De Kervasdoue« La Santé Intouchable - Enquêtes sur une crise et ses remèdes » Editions JC Lattès 1996.P240.

¹¹⁰ إبراهيم عبد الهادي المليجي " الممارسة المهنية في المجال الطبي و التأهيلي " المكتب العلمي للكمبيوتر - الاتكندرية - 1997. ص53.

¹¹¹ د إقبال إبراهيم مخلوف " العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية اتجاهات تطبيقية" دار المعرفة الجامعية -اسكندرية1991 ص129.

¹¹² فوزي مذكور " تسويق الخدمات الصحية " إنبراك للنشر و التوزيع - مصر الجديدة - 1998 . ص17.

113 Drucker Peter F. 1957 « La Pratique de la Direction des Entreprises » Les Editions D'organisation paris. P 201.

تعددت أقسامها و تعقدت أجزاءها و إدارتها المختلفة¹¹⁴. و يعتبر المستشفى منشأة ذات تنظيم جيد لديها كيان قانوني تتحصل من خلاله على رخصة لمزاولة نشاطها و كيان اقتصادي يتمثل في تسيير التجهيزات باستثمار أموال معينة و تشغيل عمالة من تأهيل معين و مهارة عالية¹¹⁵، كما أن لها أهداف اجتماعية لخدمة المجتمع و لكي يحقق نجاحا لأهدافه المسطرة يلزم تطبيق الإدارة الصحيحة بكل المفاهيم الإدارية العلمية و السائدة في هذا النوع من النشاط¹¹⁶. و تتميز المنظمات الصحية الحديثة بطبيعة فريدة لأن لها سمات و خصائص تنظيمية تميزها عن باقي المنظمات حتى تكون في مستوى المستشفيات الجيدة¹¹⁷، و من بين هذه الخصائص¹¹⁸:

- يتطلب العمل بالمستشفى درجة عالية من التخصص.
- ضرورة التنسيق بين المجموعات المهنية المختلفة.
- الجزء الأكبر من الأعمال هي استعجالية و لا تتحمل التأجيل.
- العمل الدائم و المتواصل مما يؤدي إلى مشاكل في جدولة التكاليف و الرقابة.
- صعوبة التنبؤ بحجم الطلب على خدمات المستشفى.
- الاهتمام المتزايد بالبيئة الخارجية و صعوبة تجاهل احتياجاتها.
- التقدم السريع في التكنولوجيات الطبية.

• وظائف المستشفيات :

يقع على عاتق المستشفى في العصر الحديث القيام بمجموعة من الوظائف الحيوية و التي تتماشى مع كونه منظمة اجتماعية هادفة، حيث أن أداء هذه الوظائف بكفاءة يعني الوصول إلى تحقيق الأهداف المرجوة منه¹¹⁹. لقد أصبح المستشفى حاليا جزء لا يتجزأ من التنظيم الاجتماعي و الطبي و تطورت وظائفه اعتبارا إلى التطور الاجتماعي و العلمي و التكنولوجي، حيث أصبح من الضروري على هذه المؤسسة معايشة الوقائع و التكيف معها و هذا ما جعل المستشفيات العالمية الحالية تتجاوز محدودية تقديم الخدمات العلاجية لتمتد إلى تقديم الخدمات الوقائية و التعليمية و البحثية¹²⁰. وقد أظهرت إحدى الدراسات الميدانية أن هناك أولويات لأهداف المستشفى

¹¹⁴ إقبال إبراهيم مخلوف نفس المصدر ص 130.

¹¹⁵ A.Jacquerye - OPCIT - P204.

¹¹⁶ أحمد محمد المصري " إدارة المستشفيات " مؤسسة شباب الجامعة - الاسكندرية - 1998. ص38.

¹¹⁷ Laure Amar et les autres « une approche expérimentale de consultation des usagers sur les informations relatives à l'hôpital » Etudes et Résultats - drees - N° 115- mai 2001. p1

¹¹⁸ نفس المصدر ص 17 - ص 20.

¹¹⁹ د. سيد محمد جاد الرب " المرجع السابق " ص 53.

¹²⁰ د. عبد الإله الساعاتي " المرجع السابق " ص 48.

وكانت نتيجة الدراسة إعطاء الأهمية القصوى لتقديم الخدمة الصحية الوقائية و العلاجية حتى نتجنب الحالات المرضية و كذا الاهتمام بالمريض¹²¹.

وتتشعب وظائف المستشفى العصري حيث يذكر د. الساعاتي على أنه المكان الذي يقدم الخدمة العلاجية لمن يحتاجها، كما يقدم تعليماً صحياً مستمراً لجميع العاملين في المستشفى و يساهم في التثقيف الصحي و القيام بالدراسات و الأبحاث بهدف تحسين الوضع الصحي العام¹²². أما د. سيد محمد جاد الرب فيقول " إن المستشفى هو منظمة اجتماعية صحية تقوم بأداء مختلف الوظائف العلاجية و الوقائية و التدريبية و العلمية و المهنية و البحثية (البحث العلمي) بهدف المساهمة في تحقيق الأهداف العامة للتخطيط الصحي على المستوى القومي¹²³ و قد عرفت الهيئة الأمريكية للمستشفيات (AHA)¹²⁴ المستشفى، على أنه " مؤسسة تحتوي على جهاز طبي يتمتع بتسهيلات طبية دائمة لتقديم التشخيص و العلاج للمرضى¹²⁵. و تعدد وظائف المستشفى من العلاج ، التعليم و التدريب الي البحث و التأهيل و الرعاية الصحية ، كما يتكامل الجانب الاجتماعي من خلال الوظيفة الاجتماعية مع الجوانب الأخرى من حيث اعتبار المريض لا يحتاج للعلاج فقط ولكن يمتد لفهم العوامل النفسية و البيئية و المعنوية و الأسرية التي تحيط به لمساعدته على الشفاء الكامل ، فتقدم الخدمات الاجتماعية الطبية من طرف الأخصائي الاجتماعي لدراسة استجابة المريض إزاء مشاكله المرضية¹²⁶.

إن تطبيق البرنامج الشامل للرعاية الصحية يلزم وجود علاقة وثيقة بين المستشفى و مراكز الرعاية الصحية الأولية و ترسيخ سبل التواصل المستمر و هذا ما أكده د. هالفدان ماهلر Halfdan Mahler مدير عام منظمة الصحة العالمية الأسبق حيث قال : "إن النظام الصحي القائم على الرعاية الصحية الأولية لا يمكن أن يحقق أهدافه و يتطور ، بل لا يمكن أن يوجد بدون شبكة من المستشفيات تنهض بمسئولية دعم الرعاية الصحية الأولية و صحة المجتمع"¹²⁷. و قد أكدت عدة تقارير للجان

¹²¹ د. فريد راغب النجار و آخرون " إدارة المستشفى المصري، الاتجاهات الحالية و المشكلات " دراسة ميدانية الإدارة المركزية للبحوث القاهرة 1983 ص 8.

¹²² د. عبد الإله الساعاتي « مبادئ و إدارة المستشفيات » دار الفكر العربي - القاهرة 1998 - ص 16.

¹²³ د. سيد محمد جاد الرب "إدارة المنظمات الصحية و الطبية منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة " دار النهضة العربية- القاهرة 1996 ص 51.

¹²⁴ American Hospital Association.

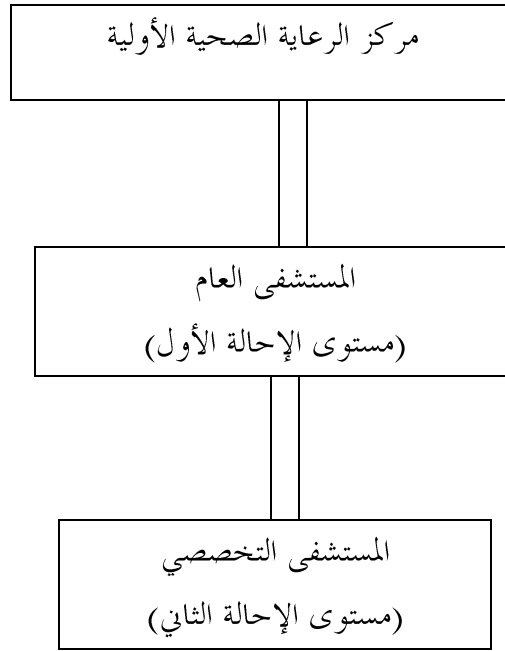
¹²⁵ د. عبد العزيز مخيمر - د. محمد الطعمنة « الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات - المفاهيم و التطبيقات " المنظمة العربية للتنمية الإدارية بحوث و دراسات 2003 - ص 7.

¹²⁶ محمود حسن " الرعاية الاجتماعية " مكتبة وهبة الحديثة - القاهرة- 1984 ص 480.

¹²⁷ د. عبد الإله الساعاتي "المرجع السابق " ص 53.

خبراء منظمة الصحة العالمية منذ 1956¹²⁸ ، على دور المستشفى في برنامج الرعاية الصحية بتوفير نظام فعال لتحويل المرضى المحتاجين لرعاية أكثر تخصصاً و تحديد مستويات الإحالة (أنظر الشكل رقم 1). "كما أعلن الاتحاد الدولي للمستشفيات في عام 1984 عن ضرورة مشاركة المستشفيات في برامج الرعاية الصحية الأولية"¹²⁹ .

الشكل رقم 1 : مستويات الإحالة للمرضى



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على الواقع الحالي

• تصنيف المستشفيات

يمكن تصنيف أو تقسيم المستشفيات على أساس عدة معايير من أهمها معيار الملكية و التبعية الإدارية¹³⁰ ، و معيار التخصص¹³¹ مثل المستشفيات المتخصصة¹³² نوع الخدمة التي يقدمها المستشفى، كما يمكن تقسيمها على أساس الحجم أو الطاقة الاستيعابية للمرضى، بالإضافة إلى

¹²⁸ مونيكوسوج، تقرير منظمة الصحة العالمية «دور المستشفى الخط الأول ضمن نظام الخدمات الصحية المحلية» جنيف منظمة الصحة العالمية 1980 ص 8.

¹²⁹ تقرير لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية " المستشفيات و توفير الصحة للجميع "، سلسلة التقارير الفنية رقم 774 الإسكندرية - (المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية 1988 ص 9 - ص 17.

¹³⁰ تصنف المستشفيات وفقاً لهذا المعيار إلى مجموعتين هما: المستشفيات الحكومية و المستشفيات الخاصة.

¹³¹ هي مستشفيات تعمل في فرع واحد أو اثنين من التخصص الطبي و تحتاج إلى رعاية و خدمة طبية مركزية، حيث تقدم الخدمة الطبية في

مجالات معينة و قد تكون عامة و خاصة. و تعرف المادة 2 من المرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في سنة 1997
¹³² الجريدة الرسمية العدد 81 عام 1997/1418 ص 14 - 16.

معايير أخرى¹³³. و تركز دراستنا على المستشفيات الجامعية و التعليمية كونها تعد من أكبر وأضخم المستشفيات لإحتوائها على جميع التخصصات و الأقسام العلاجية اللازمة و معالجة الحالات المرضية المختلفة ، كما تتميز بالمجانة و لا يتحمل المريض سوى قدر يسير من الرسوم . وهي نوع يلحق بكليات الطب، و تستقبل حالات مختلفة لعلاجها . و يعرف المرسوم التنفيذي رقم 467-97 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997 المركز الاستشفائي الجامعي على أنه " مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي، و يتم إنشاؤها بموجب مرسوم تنفيذي بناء علي اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة و الوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي"¹³⁴.

إن المستشفيات الجامعية مصممة و مجهزة بهدف التعليم و التدريب أكثر من غيرها من المستشفيات¹³⁵، فهي تمثل المكان الملائم للتعليم و التدريب لمختلف الفئات العاملة فيه، حيث تعتبر مراكز تعليمية تتوافر فيها الإمكانيات التدريبية و التعليمية لاكتساب المعلومات و المهارات المختلفة في مجال الطب و الصحة عموما.

¹³³ عبد العزيز مخيمر - محمد طعمانة | المصدر السابق ص12.

¹³⁴ المرسوم التنفيذي رقم 467-97 يحدد قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية الجريدة الرسمية العدد 81 سنة 1997 ص29.

¹³⁵ د. عبد الإله الساعاتي المرجع السابق ص 51.

المبحث الثاني: أسباب تطبيق إدارة الجودة الشاملة

ازدادت أهمية إدارة الخدمات الصحية في الآونة الأخيرة و أخذ بالتطور حتى أصبح مجالاً منفرداً ومستقلاً، كما أثبتت الدراسات أنه يمكن الاستفادة من الخبرات الإدارية المكتسبة في القطاعات الغير الصحية و إعادة تطبيقها بما يتلاءم و طبيعة الواقع الصحي¹³⁶.

1- تطور الأنظمة الصحية

إن محور الرعاية الصحية هي الاتصال المباشر بين الشخص المحتاج للخدمة الصحية و بين أولئك الذين يقدمونها، في الوقت و المكان المناسب¹³⁷. و مع تعقد المشاكل الصحية و تنوعها فإن الخدمات الطبية الشاملة أصبحت ضرورة ملحة للحصول على الخدمة الجيدة، و التي تتطلب توفير الوسائل و التسهيلات اللازمة من المعدات و الأدوية... الخ، و هذه يجب أن تكون جاهزة و حاضرة و بمتناول يد مقدم الخدمة الطبية الذي يكون على اتصال مباشر و مستمر مع المريض حتى يمكنه من إرشاده إلى الجهة المناسبة للحصول على الخدمات الصحية اللازمة¹³⁸. و يهدف أي نظام صحي إلى تقديم خدمات صحية للمواطنين و هذه الخدمات تتباين و تختلف حسب مستوى النظام، فإذا كان متطور و مميز فإن الخدمة المقدمة في الغالب تكون مميزة و متطورة و العكس بالعكس¹³⁹. كما يعتبر نظام الرعاية الصحية كواحد من الأنظمة الفرعية التي تكون النظام الاجتماعي حيث يتوجب على هذا النظام أن يتعلق بالتوزيع الفعال و الكفاء للمصادر و الموارد النادرة، فآليات ووسائل تقدير و تحديد و قياس الحاجات الصحية و التخطيط للعرض و التزويد المناسب للخدمات هما متطلبات أساسية للخدمة الصحية الجيدة. و للقيام بالتقديرات و اتخاذ القرارات يجب الحصول على البيانات و معلومات صحية و حديثة، و هذه البيانات تساعد على توزيع الخدمات و تحديد نوعها، كما أن تحليل هذه البيانات يمكننا من التعرف على المسببات و الفجوات و القصور في العرض و الطلب، و التمويل، و كذا التعرف على وسائل التصحيح و التقييم، كما يمكن رسم السياسات المستقبلية لمواجهة الحاجيات المتوقعة بغرض سدها و تليتها، و هكذا تتوفر الخدمات الطبية كما و نوعاً يستطيع العرض أن يواكب الطلب.

¹³⁶ صلاح محمود ذياب " إدارة الخدمات الصحية " الأردن - عمان 1995. ص 13.

¹³⁷ - عامل الزمن و الوقت مهم جدا في مجال الخدمة الصحية لأنه يمثل فاصلاً بين الحياة و الموت.

¹³⁸ - عيد المهدي بواعنة: نفس المصدر - ص 47.

¹³⁹ د. صلاح محمود ذياب " إدارة المستشفيات و المراكز الصحية الحديثة " دار الفكر - الطبعة الأولى - عمان - 2009 . ص 56.

و قد شهدت الأنظمة الصحية ثلاثة أجيال من الإصلاح ركز الأول على إنشاء الأنظمة الصحية والثاني على جعلها أكثر كفاءة و عدالة و الثالث على الطلب للخدمات الصحية

الجيل الأول: اشتمل الجيل الأول على تأسيس أنظمة وطنية للرعاية الطبية و انتشار أنظمة الضمان الاجتماعي في الدول المتقدمة أولا ثم في الدول المتوسطة الدخل ثم أخيرا في الدول النامية، و بحلول الستينات عانت معظم الأنظمة الصحية التي تأسست في الأربعينات و الخمسينات من عدة مشاكل كارتفاع التكلفة و عدم عدالة توزيع منافع الرعاية الصحية و سوء نوعية الخدمات الصحية التي تقدم للطبقات الفقيرة ، و كانت هذه المشاكل أكثر حدة في الدول الفقيرة.

الجيل الثاني: لقد ظهرت الحاجة بسبب هذه الصعوبات إلى تغيير جذري لجعل الأنظمة الصحية أكثر كفاءة و أكثر عدالة و أسهل منالاً، و من ثم ظهر الإصلاح القاضي بتشجيع "الرعاية الصحية الأولية" كمرتكز للأنظمة الصحية. و استند هذا الإصلاح على ما حققته بعض الدول من نجاحات في تحقيق أهداف زيادة العمر المتوقع بحوالي 15 إلى 20 سنة في غضون فترة قصيرة نسبياً و بتكلفة متدنية للغاية، و ذلك باعتمادها على توفير العناية الصحية الأولية لكل السكان¹⁴⁰. لقد برز نهج الرعاية الصحية الأولية كجزء من تغيير التفكير حول المسائل الإنمائية خلال سنوات السبعينات التي شهدت قفزة نحو التركيز على تحقيق المساواة من خلال الاستجابة للاحتياجات الأساسية لأغلبية السكان و عملية التنمية الشاملة المركزة على الشعوب. و قد تمثلت محاور هذه العناية في توفير مستوى ملائم من الغذاء و التعليم و المياه النظيفة و الصرف الصحي لكل السكان، و كذلك بالتركيز على توفير مستوى أساسي من العناية الصحية بتوفير الأدوية و التجهيزات الطبية و عمال القطاع الصحي.

الجيل الثالث: لقد تعرضت مقارنة الرعاية الصحية الأولية للعديد من الانتقادات بسبب ارتكازها على جانب العرض و عدم اهتمامها بالطلب على الخدمات الصحية ، و استند هذا الجيل على ما تسميه منظمة الصحة العالمية "الشمولية الجديدة" و المقصود بها تقديم خدمة أساسية عالية النوعية لكل شخص ، فالنوعية هي أساس مبدأ الكفاءة في التكلفة . و يركز هذا الجيل من الإصلاح على التمويل العام أو التمويل الخاص المنظم.

¹⁴⁰ علي عبد القادر علي " اقتصاديات الصحة " مجلة جسر التنمية - المعهد العربي للتخطيط - الكويت / العدد 2003/22 ص-2.

2 - مشاكل النظام الصحي

إن تحديد الإشكاليات الصحية هو مدخل كل برنامج التخطيط الذي كان في الواقع محل دراسات نظرية معمقة خاصة في النصف الثاني من القرن الماضي¹⁴¹، و لا يكون هذا التحديد إلاّ بحث علمي مكتمل المواصفات وإلاّ كان الخطأ منذ البداية. و يعيدنا هذا إلى إشكالية البحث عن المعلومات الديموغرافية والثقافية وعن انتشار ووقوع أهمّ الأمراض حتى يمكن ترتيبها حسب عوامل الكثرة والتزايد والخطر والتكلفة. في صميم كل نظام صحي تشكل اليد العاملة العنصر الحاسم للارتقاء بالصحة، وهناك دلائل قاطعة على وجود صلة بين عدد العاملين ونوعيتهم وبين مستوى تحسين الخدمات التي تؤدي إلى تقليل نسبة الوفيات. وتقع المسؤولية الأولى فيما يخص الأداء الإجمالي للنظام الصحي الوطني على عاتق الحكومة، غير أن الإشراف الجيد على مستوى المناطق والبلديات وفرادى المؤسسات الصحية يُعد كذلك من الأمور الحاسمة الأهمية. وتم الاعتراف بأنّ تعزيز النظم الصحية وجعلها أكثر إنصافاً من الاستراتيجيات الأساسية لمكافحة الفقر وتعزيز التنمية. و المشاكل المرتبطة بالنظم الصحية ليست محصورة في البلدان الفقيرة. فهناك في بعض البلدان الغنية فئات سكانية واسعة لا تستفيد من خدمات الرعاية بسبب الترتيبات غير المنصفة الخاصة بالحماية الاجتماعية. وهناك فئات أخرى تكافح من أجل تغطية تكاليف تلك الخدمات بسبب استخدام الموارد على نحو غير فعال¹⁴². و تواجه أفريقيا عبئاً ثلاثي الجانب للأمراض بالنسبة للأمراض المنقولة وغير المنقولة وأيضاً الإصابات والعنف. فقد زاد عبء الأمراض وبت من الملح معالجته في سياق التخلف والتراعات والفقر والموارد الغير الكافية¹⁴³.

وتشكل الأزمة القائمة اليوم قيماً شديداً على تحسين مستوى الصحة في أكثر البلدان النامية التي تعرف نقصاً مقدراً بنحو 4,3 مليون من الأطباء والقابلات والعاملين في مجال التمريض ومجال الدعم، و تشكل النساء غالبية الموظفين من الصحة الذين يفقدون وظائفهم و يتحملن عبء العمل الثقيل بسبب التخفيضات في عدد الموظفين¹⁴⁴. كما أنّ سوء ظروف العمل وارتفاع معدلات استنزاف العاملين نتيجة المرض والهجرة وعجز نظم التعليم عن التصدي للتباطؤ القائم

¹⁴¹ Daniel Benamouzig « La santé au miroir de l'économie » Presses Universitaires de France- 1ère édition , 2005 .P 374.

¹⁴² منظمة الصحة العالمية "ما هو النظام الصحي" نوفمبر- 2005 <http://www.who.int/features/qa/28/ar/index.html>
¹⁴³ مؤتمر وزراء الصحة للاتحاد الأفريقي "تعزيز الأنظمة الصحية من أجل المساواة والتنمية في أفريقيا"- الدورة العادية الثالثة- جوهانسبرج، جنوب أفريقيا، 9-13 إبريل 2007، ص2. www.africa-union.org

¹⁴⁴ Suzan Dusel « Government puts the Brakes on Women's Movement » Network of Saskatchewan women, Vol.4,N°7,1987. P4. <http://www.cwhn.ca/health-reform/11.html>

هي أمور تعكس مدى عمق المشاكل القائمة في تلك البلدان. ويشكل نحو 59 مليون نسمة قوام القوى العاملة الصحية في العالم (أنظر الملحق رقم 2 - أ) ، حيث يوجد واحد من بين كل ثلاثة من هؤلاء في الأمريكيتين وأساسا الولايات المتحدة وكندا، و يتركز ما يربو على نصف الموارد المالية في العالم¹⁴⁵. إن المؤشرات الخمس لقياس النظام الصحي تبين مدى نجاح كل بلد في بلوغ شتى الأهداف، لكنها لا تبين كيفية مقارنة الحصيلة والإنجاز بما يتوفر من موارد. فالإنجاز بالمقارنة مع الموارد هو المقياس الحاسم لأداء أي نظام صحي. جرى تقييم الأنظمة الصحية لـ191 دولة في العالم على أساس المؤشرات التي في تقرير منظمة الصحة العالمية 2000م :

- المستوى الصحي للسكان .

- توزيع مؤشر مستوى الصحة بين السكان .

- مدى استجابة النظام الصحي لاحتياجات المواطنين .

- توزيع هذه الاستجابة بين الأقاليم ومجموعات السكان .

- عدالة توزيع كلفة التمويل على متوسط المواطنين .

يعانى العاملون من النظم الصحية في جميع أنحاء العالم من تزايد الإجهاد وانعدام الأمن، و هم يستجيبون لمجموعة معقدة من القوى بسبب :

- التفاوت في توزيع العاملين الصحيين.

تظل الموارد البشرية أو الأيدي العاملة الصحية في قطاع الصحة المكسب الجوهرى للأنظمة الصحية. ومع ذلك، فإن وضع الموارد البشرية في قطاع الصحة قد بلغ أعلى مستويات الأزمة في أفريقيا. فالنقص الكبير في الأيدي العاملة الصحية مصحوب بتزايد الهجرة بين الأقاليم والقارات وضعف قدرات مؤسسات التدريب التي تعاني من البنية التحتية المخربة وانعدام وسائل التدريس والتعليم إلى جانب نقص المعلمين والمدرسين وقدم المناهج الدراسية. فالبلدان التي لديها حاجة صحية أقل ، لها أكبر عدد من العاملين في مجال الصحة، عكس الدول التي يوجد بها أكبر عبء للمرض تكتفي بأصغر عدد من القوى العاملة الصحية. فمنطقة الأمريكيتين، و التي تشمل كندا والولايات المتحدة ، و تشتمل على 10 ٪ من العبء العالمى من المرض ؛ بينما تستحوذ ما يقارب من 37 ٪ من العاملين في مجال الصحة في العالم و تبلغ النفقات الصحية في هذه المنطقة حوالي 50 ٪ من الموارد المالية العالمية ، ورغم أن الو.م.أ لديها واحد من أكثر النظم تطورا من الناحية

¹⁴⁵ التقرير الخاص بالصحة في العالم 2006 ، منظمة الصحة العالمية ، "العمل معا من أجل الصحة" ، نبذة عامة ، ص.5.

التكنولوجية يخدم المؤمنين على أنفسهم و الأغنياء خدمة جيدة ، إلا أن هذا النظام فاشل بالنسبة للآخرين 45 مليون ليس لديهم تأمين صحي على الإطلاق و 33 مليون لديهم تغطية محدودة بالرغم من أن الولايات المتحدة تنفق أكثر من 14% من الناتج المحلي الإجمالي على الرعاية الصحية أي 50% زيادة في نصيب الفرد عن أي بلد آخر¹⁴⁶. و تعرف أوروبا وضعية مماثلة تقريبا وخصص غير متناسبة و لكن رغم ذلك يوجد حوالي 30 مليون أوروبي يعانون من الأمراض المزمنة الصدرية Asthme أين 6 ملايين في حالة خطيرة، هذه الأرقام نشرت بمناسبة اليوم العالمي للصحة حيث أن عدد الأشخاص المصابين بهذا الداء تضاعف خلال العشر سنوات الأخيرة. ومرض السلّ يمسّ 5,9% من المجتمع الأوروبي وبنسبة أكبر خاصة في المملكة المتحدة و إيرلندا 16,1% وقد وصلت المؤشرات إلى نسبة 300 مليون شخص مصاب بهذا الداء في العالم¹⁴⁷.

وعلى النقيض من ذلك ، فان منطقة إفريقيا يعاني فيها أكثر من 25% من العبء العالمي للمرض ولكنها لا تحصل إلا على 3% من العاملين في مجال الصحة ، وأقل من 1% من الموارد المالية العالمية. و من البديهي أن عدد العاملين في قطاع الصحة وكفاءتهم يرتبط ارتباطا إيجابيا بتغطية التحصين والوصول إلى خدمات الرعاية الأولية وبقاء الرضع والأطفال والأمهات على قيد الحياة. و في هذا السياق، يتم حث البلدان الأفريقية على وضع وصياغة وتنفيذ خطط الموارد البشرية من أجل تنمية الصحة. و يجب أن تتضمن هذه الخطط التعجيل بتوفير الموارد البشرية في قطاع الصحة مع العناية خاصة لاستبقائها ، و تشمل الاستراتيجيات الأخرى لرفع مستوى البرامج الموجهة لكافة المهنيين الصحيين ومنح المكافآت المالية وإجراء إصلاحات جذرية على الخدمات المدنية والعامية. و ينبغي أيضا بذل جهود خاصة تجاه تطوير العاملين المتوسطين مثل الممرضات المساعدات ومساعدى الصيدليين والمساعدين الطبيين ومساعدى الجراحين وغيرهم. و فيما يخص هجرة الموارد البشرية في قطاع الصحة، من الأهمية بمكان إجراء تغييرات جذرية واتخاذ تدابير للحد من هجرة العقول التي تصعب السيطرة عليها بالنسبة للموارد البشرية الصحية على نحو لا يتم فيه انتهاك حرية التنقل ولكن يضمن تطوير الموارد البشرية المستدامة في قطاع الصحة. و لكن القضايا الهامة

¹⁴⁶ اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا " نحو سياسات اجتماعية متكاملة في الدول العربية - أطار و تحليل مقارن " الأمم المتحدة- 2005. ص 56-ص55 <http://www.escwa.un.org/information/publications/edit/upload/SDD-2005-4-a.pdf>

¹⁴⁷ « 300 millions d'europeens souffrent d'asthme dont 6 millions gravement ». Yahoo .actualités. mardi 3 mai 2005. www.yahoo.FR.

التي تتصل بالسياسات، فهي تتعلق بالحصول على الخدمة و التكاليف و نوعية الخدمة و الموارد البشرية و التنظيم و تتأثر القرارات و سياسات تأثرا كبيرا بالقيم والأيدولوجيات¹⁴⁸.

● المساواة والاستدامة

تعتبر المساواة التي تعرّف عموماً على أنها المساواة في العلاج استجابة للاحتياجات المتساوية، أكثر المعايير أهمية لتقييم نجاح سياسات قطاع الصحة. تتطلب معالجة التحديات التي تواجه قطاع الصحة نهجاً متكاملًا وشاملاً تكون فيه الرعاية الصحية الأولية الإستراتيجية الشاملة. ولكن عدم المساواة تظهر بين الجنسين لان النساء مداخلهن (الأجور) أقل من الرجال و أكثرهن يعشن في الفقر¹⁴⁹. و يُقصد بالاستدامة الاعتماد على النفس (أي القدرة على تحمل المسؤولية من أجل المستقبل) وليس الاكتفاء الذاتي (أي الاعتماد على الموارد الخاصة فحسب أو التحرر من أية تبعية للتمويل الخارجي). عند التركيز على دور مشاركة المجتمع التي لا يجب أن تقتصر على تقاسم التكاليف، من الأهمية الإقرار بأنه يتعين النظر إلى الاستدامة على نحو شامل. فبالإضافة إلى العنصر المالي، يجب تحقيق الاستدامة في المجالات التالية: البيئة، الثقافة والقيم العرقية للسكان، الرفاهية الشخصية للعاملين وأعضاء المجتمع المشتغلين في المشروع أو المتعاونين على نحو وثيق مع المشروع. إن المناهج المتعلقة بتعزيز الأنظمة الصحية متعددة ونذكر منها ضرورة الحد من البيروقراطية من خلال الإدارة الرشيدة، زيادة فعالية الكلفة، تحسين الفعالية من خلال إعادة تنظيم الخدمات، لامركزية الأنظمة الصحية وتخصيص الموارد من أجل تلبية أفضل لاحتياجات السكان. و يبدو أن فرنسا من بين البلدان الصناعية التي تتخللها أوجه العديد من المؤشرات في عدم المساواة الاجتماعية من حيث الوفيات والصحة. فعلى سبيل المثال متوسط العمر المتوقع بالنسبة للعمال العاديين هو 6.5 سنوات أقل من أن المديرين والفنيين وبين هذين النقيضين، كما أظهرت دراسة أوروبية أن وفيات الرجال من 45 إلى 59 عاما الذين يزاولون المهن اليدوية و هي أعلى ب 71 ٪ من الذين يزاولون المهن أخرى¹⁵⁰.

¹⁴⁸ اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا " نحو سياسات اجتماعية متكاملة في الدول العربية - أطار و تحليل مقارن " الأمم المتحدة- 2005. ص 56-ص55 <http://www.escwa.un.org/information/publications/edit/upload/SDD-2005-4-a.pdf>

¹⁴⁹ Groupe de coordination national sur les femmes et la réforme du système de la santé « Les conséquences de la réforme de la santé sur les femmes » P3.

<http://www.cwhn.ca/PDF/health-reform.fr.pdf>

¹⁵⁰ Marc Collet « Dynamiques de précarisation, modes d'adaptation identitaire et interactions avec les logiques de santé » Mémoire de DEA de sociologie- Septembre 2001- Paris 8. P21.

● العدالة التنظيمية و الاجتماعية

إن مسألة الإنصاف في مجال الصحة تنشأ ، لا سيما من الوجهة النظر القانونية. لذا من الضروري إعادة التوزيع عامل الصحة توزيعاً عادلاً خاصة في مجال التقاعد بوضع معايير للتعويض عن الانسحاب المبكر للعمال ذوي المهن الشاقة.¹⁵¹ و تقوم نظرية العدالة التنظيمية على مسلمة أساسية مؤداها أن الأفراد يبحثون عن العدالة أو المساواة في العلاقات الاجتماعية التبادلية بين العامل وصاحب العمل. كما أن إدراك عدم التوازن في هذه العلاقة (إدراك عدم العدالة) يمكن أن يؤدي إلى خلق حالة من التوتر النفسي الذي ينشط بدوره مجموعة من التغيرات السلوكية من قبل الفرد لتقليل هذا التوتر.

3 – زيادة الطلب على الخدمة الصحية

3-1 مفهوم الخدمة الصحية: يعد الافتقار إلى تعريف واضح و دقيق و شامل للخدمة بالمقارنة مع المفهوم السائد للسلع المادية من أبرز العوامل التي تقف عائقاً أمام تمكين المنظمات الخدمية عموماً من رسم استراتيجيات فاعلة في قطاع الخدمات ، فوجد ستانتون Stanton يعرف الخدمة على أنها مجموع النشاطات الغير ملموسة و التي تحقق منفعة للزبون أو العميل و التي ليست بالضرورة مرتبطة ببيع سلعة أو خدمة أخرى ، أما كوتلر Kotler فيعرف الخدمة على أنها نشاط أو منفعة يقدمها طرف إلى طرف آخر و تكون في الأساس غير ملموسة و لا يترتب عليها أية ملكية ، فتقديم الخدمة قد يكون مرتبطاً بمنتج مادي أو لا يكون¹⁵² ، و تعرف المادة 22 من القانون رقم 85-05 بتاريخ 16/12/1985 والمتعلقة بحماية و ترقية الصحة الخدمات الصحية على أنها "مجموع نشاطات الصحة العامة؛ حيث أن التشخيص والأدوية و إقامة المرضى في المستشفيات هي مجانية داخل كل الهياكل الصحية العامة"¹⁵³، أما المادة 20 و المادة 21 تقر مجانية الخدمات الصحية، حيث يعتبر القطاع العام مجال هذه الخدمات و حسب المادة 67 من الدستور توفر الدولة كل الوسائل المادية و البشرية اللازمة لحماية و ترقية الصحة و ضمان مجانيته¹⁵⁴.

¹⁵¹ Thomas BARNAY « La santé comme facteur d'équité dans la cessation d'activité » Thèse de doctorat en sciences économiques de l'Université Paris XII-Val de Marne- Décembre 2004.

<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ThesesMemoires/ResumeTheseTBarnaySanteEquite.pdf>

¹⁵² د. حميد الطائي /د. بشير العلاق "إدارة عمليات الخدمة" دار اليازوري العلمية – الطبعة العربية – الأردن 2009 . ص 16

¹⁵³ www.lexalgerie.net

¹⁵⁴ القانون رقم 85-05 بتاريخ 16/12/1985

و تتجسد الخصائص المميزة للخدمة الصحية المقدمة من قبل المستشفى إلى خصوصية تلك الخدمات التي تتميز بعموميتها و بضرورة تحقيق المنفعة العامة من ورائها¹⁵⁵، فالخدمات الصحية تتسم بأنها غير ملموسة Intangibility، أي عدم إمكانية مشاهدتها و لمسها¹⁵⁶ و هي طريقة لتمييز الخدمة عن السلعة، حيث لا يمكن إدراكها أو الإحساس بها أو تذوقها قبل أن يتم شرائها وذلك عكس السلع المادية الملموسة¹⁵⁷. كما تتسم الخدمات الصحية بالتلازم و التباين، الهلاك وعدم التملك¹⁵⁸، و من خواصها أيضا تذبذب الطلب و عجم استقراره¹⁵⁹ حيث توجد اختلافات كثيرة عند أداء هذه الخدمات، كما تتصف بتكامل عناصرها من فحص و تشخيص وعلاج و تمريض، وقاية و فندقة..الخ.

3-2 الطلب على الخدمة الصحية : إن الطلب على الخدمات الصحية مشتق من الطلب على الصحة، إذ أن كل الخدمات الصحية يمكن اعتبارها مدخلات لإنتاج الصحة، أي أن الخدمات الصحية لا تطلب لذاتها و لكن بدافع رغبة الفرد في الاحتفاظ بمستوى صحي جيد أو رغبته في تحسين مستوى صحته. و نظرا لأن الطلب على الخدمات الصحية يعتمد على الطلب على الصحة و على إدراك العلاقة بين الخدمات الصحية و الصحة، تتمثل إحدى الصعوبات عند محاولة التنبؤ بهذا الطلب في أن الأفراد يقيمون الحالات الصحية المتساوية بطرق مختلفة. و يعرف الاقتصاديون الطلب على الخدمة الصحية في شراء سلعة أو خدمة و التي تساندها القوة الشرائية اللازمة، ففي علم الاقتصاد نجد أن الطلب لا يعني الحاجة أو الاحتياج فالفقراء و المحرومون لديهم حاجات عديدة و لكن ليس لديهم قوة شرائية وبالتالي لا يستطيعون طلب السلعة التي يحتاجونها¹⁶⁰، ولكن الصحة ليست سلعة اقتصادية كغيرها من السلع إذا كان العرض الطبي في الوقت ما يعرف تناقص فالطلب على الرعاية الصحية لا يتماشى و العرض¹⁶¹. بصفة عامة يتم تحليل سلوك المستهلكين في النظرية الاقتصادية الجزئية في إطار مجموعة من الافتراضات تمكن من تبسيط نموذج التحليل و يخضع

¹⁵⁵ ثامر ياسر البكري " إدارة المستشفيات " دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع - الطبعة العربية - عمان - الأردن . 2005 . ص 59 .

¹⁵⁶ د. فريد كورتيل " تسويق الخدمات " دار كنوز المعرفة العلمية - عمان / الأردن . 1430 هـ / 2009 . ص 315 .

¹⁵⁷ د. أحمد محمد غنيم " إدارة المستشفيات رؤية معاصرة " - المكتبة العصرية للنشر و التوزيع- ص 272-274 .

¹⁵⁸ تتصف الخدمة الصحية بالتلازم لأنه لا يمكن منحها شخصا لأي فرد بسبب ملازمتها له، أما التباين يكمن في صعوبة المحافظة على مستوى واحد من المخرجات و هذا يعود إلى المحددات المؤثرة في المدخلات . أما الهلاك فيقصد به أن الخدمة لا يمكن خزنها و الاحتفاظ بها لحقبة من الزمن . و يقصد بعدم التملك أن الخدمة يمكن الانتفاع منها و لا يمكن التمتع بحق امتلاكها عند الحصول عليها .

¹⁵⁹ حميد الطائي /د. بشير العلق "إدارة عمليات الخدمة" دار اليازوري العلمية - الطبعة العربية - الأردن . 2009 . ص 43 .

¹⁶⁰ د . طلعت الدمرداش "اقتصاديات الخدمات الصحية « مكتبة القدس الزقازيق - مصر الطبعة الثانية 2006 . ص 93 .

¹⁶¹ Marie Taczanowski « Les Mutations de la profession hospitalier à travers l'aménagement et la réduction du temps de travail médical : évolutions sociologiques et implications manageriels, l'exemple du centre hospitalier régional d'Orléans » ENSP- directeur de l'hôpital - 2005. P93- P94.

تحليل سلوك مستهلكي الخدمات الصحية لنفس الافتراضات. في مجال الخدمات الصحية نجد خدمات عديدة متكاملة بطبيعتها إذ أن زيادة عدد العمليات الجراحية سيرتبط بزيادة الطلب على أسرة المستشفيات وخدمات الإقامة المرتبطة بها ، الأدوية ، هيئة التمريض و المواد المستهلكة كمواد التعقيم والقفازات... الخ¹⁶².

وقد شهدت تسعينات القرن العشرين دعوة قوية إلى الطب القائم على الأدلة والبراهين Evidence-Based Medicine استجابة للموارد الاقتصادية النادرة التي تستخدم لتسهيل الخدمات الصحية وذلك من خلال استبعاد الممارسات الغير فعالة و إعادة توجيه الأموال سوءا كانت عامة أو خاصة إلى علاجات أكثر فعالية¹⁶³. و مع تغير حجم أو هيكل السكان سيحدث انتقال مقابل لذلك في منحنيات الطلب على العديد من السلع و الخدمات و منها الخدمات الصحية و بالتالي اهتمامات التخطيط الصحي. فمثلا الزيادة في المواليد تؤدي إلى زيادة خدمات مصلحة التوليد و الأطفال، و الزيادة في السكان تزيد أعمارهم عن 60 سنة. بمعنى زيادة الطلب على أسرة الشيخوخة . وعندما تقدم الخدمات الصحية مجانا لا يصبح لسعر الخدمة الصحية أو الدخل أو الأسعار السلع الأخرى ولا حتى توقعات الدخل أو الأسعار أي دور يذكر في تأثير على طلب تلك الخدمة الصحية المجانية¹⁶⁴ ، و يمكن أن تتأثر الكمية المطلوبة بعوامل أخرى كتكلفة بعض المستلزمات الطبية التي لا تدخل ضمن الخدمة الصحية المجانية، تكلفة الفرصة البديلة لوقت الفرد و وجود قوائم انتظار طويلة للحصول على الخدمة الصحية. لقد بدأت صياغة النماذج من خلال الارتكاز على سلوك المستهلكين للخدمة و ذلك بتعظيم المنفعة حيث قام J.P.newhouse في 1978 بالاهتمام بالمنفعة الصحية قبل الطلب على الصحة¹⁶⁵.

4- زيادة النفقات الصحية

لقد جاء تطور الإدارة الصحية بسبب تطور زيادة النفقات الصحية التي أصبحت هاجسا بالنسبة للمجتمع لأن ارتفاعها فاق كل الإستهلاكات¹⁶⁶، حتى أن زيادتها كانت أسرع من الناتج الداخلي الخام PIB و الذي يترجم التوسع الدائم لحصة الصحة¹⁶⁷، و هذا ما يفسر ازدياد تكلفة

¹⁶²د. طلعت الدمرداش نفس المصدر ص 100 .

¹⁶³ Anne Clewer and David Perkins « Economics for Health Care Management “ London : Prentice Hall ,1998 p 151.

¹⁶⁴ د. طلعت الدمرداش نفس المصدر ص 102

¹⁶⁵ Nicolas Tanti- Hardouin « Economie de la santé « Armand colin paris 1994. p 147.

¹⁶⁶ A. Beresniak / G.Duru – Opcit - P69.

¹⁶⁷ بويوسف عصام الدين " نظام تسيير المستشفيات في الجزائر "رسالة الماجستير جامعة الجزائر 1993 - ص 10.

الخدمات الصحية في العالم بشكل ملحوظ في السنوات الأخيرة مما ساهم بشكل أو بآخر في تطور الإدارة الصحية ، ففي عام 1950 كانت الاستهلاكات الطبية النهائية تمثل 3 % من الناتج المحلي الإجمالي ، و ارتفعت إلى 8.2 % في عام 1983. و تمثل تكلفة الرعاية الصحية في المستشفيات جزءا رئيسيا في هذا التضخم. هذه الحصة ارتفعت من 8.3 % في عام 1959 إلى 50.1 % في عام 1983¹⁶⁸. و تختلف الأسباب في ارتفاع النفقات الصحية من دولة إلى أخرى و لكن في مجملها تعود إما إلى شيخوخة السكان مثل ما يحدث حاليا في أوروبا أو ارتفاع تكاليف الوسائل التكنولوجية المستعملة و البحث العلمي في ميدان الطب¹⁶⁹، أو بسبب ظهور العديد من الأمراض الخطيرة و المستعصية كالسرطان و السيدا. وعندما تخفض الدولة من تمويل الخدمات الصحية فالتضرر الأول هم النساء والأطفال لأنهم المستخدمين الرئيسيين للنظام الصحي¹⁷⁰. فالإنفاق الصحي في البلدان الصناعية المتقدمة يقدر بأكثر من 3 تريليون دولار أمريكي و ذلك بسبب زيادة نسبة كبار السن في سكانها¹⁷¹، لذا يكفي حسب رأي وزير الصحة الفرنسي السابق¹⁷² Jean François Mattei من محاولة إعادة التسيير و التحكم في النفقات لأنه لا يمكن حسابها¹⁷³. فنمو الإنفاق في الصحة و ضرورة السيطرة و التحكم فيها كانت و لا تزال الشغل الشاغل للمسؤولين و القائمين على النظام الصحي¹⁷⁴. و يختلف الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة من دولة إلى أخرى ويزداد هذا التباين بين الدول النامية و الدول المتقدمة و هذا ما يبرزه الجدول في المقارنة التالية:

¹⁶⁸ Renée Sarrouilhe " Une expérience de gestion informatisée de la qualité des soins." Informatique et Santé - Collection dirigée par P. Degoulet et M. Fieschi -Paris, Springer Verlag France 1989 Volume 1 : Informatique et Gestion des Unités de Soins <http://www.cybermed.jussieu.fr/Broussais/InforMed/InforSante/Volume1/vol1-pdf/1-18.pdf>

¹⁶⁹ Jean François Matter - le ministre de santé - France - « LE Monde » 12Juillet 2002. N° 17872.

¹⁷⁰ Suzan Dusel - Opcit - P4. <http://www.cwhn.ca/health-reform/11.html>

¹⁷¹ سارة سيكستن " شراء الرعاية الصحية في الأسواق" - العولمة و الرعاية الصحية- 28 أبريل 2005. <http://www.kefaya.org/05znet/050428sarahlarson.htm>

¹⁷²Ministre de la santé , de la famille et des personnes handicapées en France durant la periode mai 2002 et mars 2004.

¹⁷³ Jean François Matter Opcit.

¹⁷⁴ Francine Bert /Mireille Leguist/Eduord Coutry « législation Hospitalière » Tome 1 – Tome 2 – Loi du 31 juillet 1991 – Commentée et textes d'application, Santé : méthodes et pratiques, Berger – Levrault - Edition 1995 – 1ère Semestre 1997. P1.

الجدول رقم 2 : نسبة الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة من إجمالي الموازنة العامة للدولة

السنوات	الانفاق الحكومي على الصحة %
المملكة المتحدة	14
فرنسا	16
النرويج	10,3
الولايات المتحدة الأمريكية	16
المملكة العربية السعودية	5,2
الكويت	6,8

المصدر : د. محمد حسن مفتي " النهضة الصحية في المملكة العربية السعودية " ص 253.

الجدول رقم 3 : نسبة الإنفاق العام على الصحة من الناتج الإجمالي المحلي

السنوات	2009	2006	2002
الولايات المتحدة الأمريكية	15,433	15,3	14,7
فرنسا	10,867	11	10,5
الجزائر	4,8	4,2	3,7

المصدر : البنك العالمي

و ينعكس مقدار الانفاق على الصحة على نصيب الفرد الواحد و هذا ما يفسره الجدول التالي :

الجدول رقم 4 : نصيب الفرد من النفقات الصحية

السنوات	2009	2006	2002
الولايات المتحدة الأمريكية	7771	6719	5304
فرنسا	4410,333	3937	2495
الجزائر	220,333	148	67
المغرب	133	113	73

المصدر : البنك العالمي

إن الميزانية الضخمة التي تنفق على الصحة تشترط في أن يتوجه مثل هذا الإنفاق نحو ضمان الجودة لتقديم وضمان أفضل رعاية صحية للمرضى. و الواقع أن تقييم نوعية الرعاية داخل المستشفيات يمكن أخذها في الاعتبار، ويجب أن تسمح مراقبة الجودة دائما بأي تعديل تراه ضروريا وكيفية قياسها يتطور في الوقت المناسب. ففكرة التحقق من نوعية الرعاية ولدت في مستشفيات الولايات المتحدة لأن تكلفة العبور إلى المستشفى أعلى بـ 101 € من تكلفة الطب العام ، فالفجوة بينهما تتفاقم كلما زادت الخصائص البائية والاجتماعية والخصائص الديموغرافية في الاعتبار¹⁷⁵. وتتلقى المستشفيات العامة مساعدة مالية كبيرة كجزء من باب المساعدات و التنازلات المالية¹⁷⁶، حيث يحظى النظام الصحي و الخدمات بنسبة عالية من مجموع الدخل القومي لدول العالم ، وتمثل مصادر تمويل الخدمات الصحية في مصادر محلية و مصادر خارجية¹⁷⁷ (أنظر الشكل رقم 2) وبالطبع هذه النسب متفاوتة من بلد إلى آخر، فهي تزيد عن 12% من الدخل القومي للوم.أ حيث بلغت النفقات الصحية ما قيمته 758 مليون دولار. أما كيفية توزيع و تخصيص هذه النفقات فإن المتبع يجد أن المستشفيات تحظى بنصيب الأسد ثم يليها خدمات الأطباء physician services و بعدها الأسنان و غيرها من المهن الطبية الأخرى، ثم خدمات التمريض فالأدوية والعقاقير و هكذا... مثلما يظهره الشكل التالي.

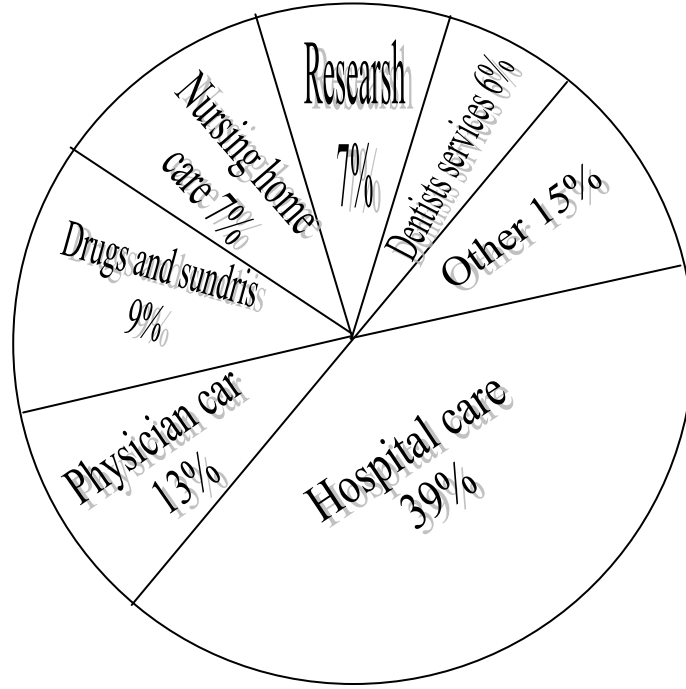
¹⁷⁵ I. Roch, V. Lorant, M.-C. Closon" Le coût de l'urgence : comparaison des urgences hospitalières avec la garde de la médecine générale"

<http://www.wachtdienstproject.be/documenten/2/Volet%20economique%20eindrapport.pdf>

¹⁷⁶ Marion Ein Lewin & Stuart Altman « America's Health Care Safety Net » Institute of medicine – National Academy Press – Washington , D ,C-2000.P146.

¹⁷⁷ أ.د. إبراهيم طلعت " التحليل الاقتصادي و الاستثمار في المجالات الطبية " دار الكتاب الحديث – 2009. ص259.

الشكل رقم 2 : تقسيم النفقات الصحية



المصدر:

Rakish et al w.s sawnders “ al managing care organization company phil 1987 p11.

و يتضح من الشكل السابق أن المستشفيات تتحصل على أكبر نسبة من النفقات و لكن لا يفوتنا بان ننوه بأن 70 % من ميزانية المستشفيات مخصصة للأجور (10 % للأطباء ، 60 % للكوادر الشبه الطبية)¹⁷⁸ ، و السبب في ذلك هو أن المستشفيات تعتبر الرباط الحقيقي للنظام الإداري الصحي¹⁷⁹ ، لأنها من أكثر الأماكن أهمية لممارسة مهنة الطب و العلاج للمرضى باختلاف أنواعهم و تباين ما يتعرضون له من أمراض و كفاءة النظام الإداري الطبي تنعكس على أداء وتحقيق الأهداف المطلوبة¹⁸⁰ ، فعندما يتوفر المناخ الملائم للعمل لجميع الأفراد سيزيد في مستوى أدائهم و يرفع من روحهم المعنوية. و من المشاهد في كثير من البلدان العربية ظهور المستشفيات بكافة التخصصات و الأنواع الأمر الذي أدى إلي وجود تباين في مستوى الخدمات الطبية وكذلك مستوى الفندقية المقدمة للمرضى.

¹⁷⁸ Christian Cauvin /Catherine Coyaud « Gestion Hospitalière :Finance et contrôle de gestion » Editions Economica ,1990.P24.

¹⁷⁹ Thierry Bouffechoux – Opcit - P91.

¹⁸⁰ سيد محمد جاد الرب- نفس المصدر ,350.

و تشهد تكاليف خدمات المستشفيات ارتفاعا متسارعا و كبيرا يوما بعد آخر إلى درجة أن الدولة لا تستطيع بمفردها تحمل تكاليف تمويل خدمات مستشفياتها بسبب الزيادة المستمرة في عدد السكان و تغير نمط الحياة الذي أدى إلى زيادة الطلب على الخدمات الصحية، كما أن سوء استخدام المستشفيات يحتاج إلى تقنيين و المستشفيات العامة كونها مجانية أو رمزية الرسوم يؤدي ذلك إلى سوء استخدامها من قبل مستهلكين الخدمة. لقد أصبحت الدول في الوقت الراهن أمام الحاجة الملحة للبحث عن بدائل لتمويل الخدمات الصحية و تحمل الأعباء المالية ، ففي تطبيق الخوصصة¹⁸¹ تخفيف العبء على ميزانية الدولة التي تستترف خدمات المستشفيات فيها حوالي 80 % . و لا يخفى على أحد أن المستشفيات في كل دول العالم مهما كان نوعها لديها من المشاكل التي لا تنتهي لسبب أو لآخر و لهذا لا نجد إدارة مستشفى لا تشكو من كثرة المشاكل و لا نجد مرضى لا يشكون من سوء المعاملة إلا القليل النادر.

5 - رسم الاستراتيجيات المستقبلية:

إن أهمية التخطيط الاستراتيجي للمنظمة والاستمرار فيه و إعطائه صفة المرونة و القدرة على التكيف بما يتواءم مع المتغيرات يعتبر من المنطلقات الفكرية لإدارة الجودة الشاملة¹⁸² ، الإستراتيجية هي التنظيم الموجه الذي يركز على التنسيق بين خمس مجموعات و هي¹⁸³ أبعاد وطبيعة النشاط ، جودة التكفل بالمرضى ، التحكم في التكاليف و الاستثمارات ، العمل والكفاءات و شروط العيش و العمل. فالمؤسسات الاستشفائية تختلف من حيث طبيعة النشاط، الحجم، الوسائل، المحيط مما يحتم عليها التباين في أوقات العمل و صياغة الاستراتيجيات المطبقة لأن كل مؤسسة صحية إستشفائية تتبع إستراتيجية تتوافق مع طبيعة حجم و جودة الخدمات الصحية المقدمة بها و مع التنظيم الداخلي وتسيير الموارد البشرية¹⁸⁴ . إن تعزيز الأداء للقوى العاملة الصحية يجب أن ينصب أساسا على تركيز إستراتيجيات تحسين أداء القوى العاملة الصحية الموجودة

¹⁸¹ و يلاحظ في الآونة الأخيرة انتشار القطاع الخاص بالدول العربية بإنشاء مراكز طبية بعضها للعلاجات السريعة و البعض تخصصي يقدم خدمات طبية متميزة. و لا يخفى على أحد أن بعض هذه المراكز أنشئت بغرض الربح، أما المراكز الطبية غالبا ما تكون مشروعا استثماريا بين مجموعة من الأطباء من تخصص واحد أو عدة تخصصات بهدف تقديم خدمة طبية متميزة على مستوى عال و بأجور علاجية مرتفعة أيضا .

¹⁸² مصطفى محمد سعيد سالم " إدارة الجودة الشاملة ... و أثرها في التغيير المؤسسي " المؤتمر الوطني الأول للجودة ، 26-28 ربيع الأول 1425هـ

¹⁸³ Christine Delagneau & Christelle Ladislas « Qualité & Rentabilité » Université de Technologie de Compiègne DEES- P13.15 http://www.utc.fr/~farges/dess_tbh/96-97/Projets/QR/QR.htm .

¹⁸⁴ Jean Paul Dumont et les autres « L'organisation du temps de travail dans les hôpitaux publics » Etudes et Documents Editions ANACT P4.

(أنظر الملحق رقم 2-ب)، نظرا لما يستغرقه تدريب العاملين الصحيين الجدد من وقت¹⁸⁵، كما أن المشاريع الإستراتيجية للمستشفى تأخذ أهمية تحسین جودة التكفل بالمرضى و علاجهم مع تطوير نظام المعلومات والتسيير

ويجب أن تتخذ الاستراتيجيات المقبلة عملية تحديث معايير للجودة على المستوى القومي مبنية على الدراسات والبحوث تتناسب مع الموارد المتاحة والمناخ الجزائري. مع وضع آليات لتطبيق نظام جودة الخدمات الصحية واعتماد وتراخيص المنشآت في المستويات المختلفة والأفراد. وخلق مناخ عام داعم للجودة من قبل متخذي القرار ومقدمي الخدمة والمتفاعلين بها في كل القطاعات العاملة في تقديم الخدمات الصحية. دون إهمال بناء الكوادر البشرية في مجال إدارة الجودة الشاملة على كل المستويات لتنفيذ برامج الجودة ومشروعات التحسين المستمر في المنشآت الصحية المختلفة، والتعاون مع كل الجهات العاملة في قطاعات الصحة المختلفة في مجال إدارة الجودة الشاملة¹⁸⁶، وذلك بتحديد طبيعة وأهمية إدارة المستشفيات. بمنظور استراتيجي و التعرف على التحديات المؤثرة على فاعلية الإدارة الإستراتيجية للمستشفيات ، التعرف على الدور المحوري للقيادات الإدارية في إدارة المستشفيات إستراتيجيا مع صياغة دليل عمل للتحويل نحو المنظور الاستراتيجي في إدارة المستشفيات.

6 - الصراع على ادارة المستشفى

لا يزال الصراع قائما بين الإداريين المتمرسين و الأطباء المتخصصين حول من له الأحقية في تسيير شؤون الادارة الاستشفائية ، و رغم أن الجهاز الإداري في المستشفى يتكون غالبا من الأطباء بحجة أنهم على دراية كاملة بالأمر الطبية و العلمية و رافضين تماما أن يكون مديرهم متخصص في مجال الإدارة و التسيير. إلا أن الطبيب مهما كانت قدراته العلمية فيبقى شخصا متميزا في مجال التشخيص و العلاج و الجراحة و لكنه يجهد أمور الإدارة و تقنياتها ولا يستطيع أن يلم بكل ما هو حديث و جديد فيها شأنه شأن الإداري المسير الذي لا يمكنه أن يلم بمستجدات الطب و تقنياته، لذا أكدت العديد من الأبحاث أن النقص الحاصل في المستشفى يتطلب بالضرورة توافر إدارة علمية إبداعية تتفق و المتغيرات الحاصلة. و يتم تقديم الخدمات العلاجية بواسطة إطارات و كوادر بشرية متخصصة من أطباء، فنيين، ممرضين و إداريين. و تسعى المستشفيات الحديثة إلى تقليص فترات

¹⁸⁵ Rapport de la santé 2006.

www.mohip.gov.eg

¹⁸⁶ إدارة الجودة

إقامة المريض بالمستشفى لأن التنويم يكلف المستشفى الكثير ماديا و بشريا ، و إلي استخدام أساليب رفع الكفاءة و جودة الأداء لترشيد الإنفاق و احتواء التكاليف. إن تحقيق مستوى رفيع من الجودة في الخدمات الصحية التي تقدمها هذه المؤسسة الصحية تظل أهم وظائف المستشفى الحديث لذا ينبغي توافر مجموعة من العناصر لتحقيق مستوى عال من الجودة و هي:

- ✓ تطبيق أحدث التقنيات الطبية في التشخيص و العلاج.
- ✓ اهتمام الطبيب بالأحوال الاجتماعية و النفسية للمريض و ليس فقط حالته العضوية.
- ✓ اهتمام الراحة للمريض خلال إقامته بالمستشفى.
- ✓ توفير الخدمة الصحية بالحجم الملائم للمريض وفق ما تحتاجه حالته الصحية حتى يصل إلي مرحلة الشفاء.
- ✓ توفير الخدمة الصحية عالية الجودة بمتطلبات مالية مناسبة.

و يتحقق التوازن بين تقديم مستوى عال من الجودة في الخدمات الطبية للمستشفيات و التكاليف المالية، من خلال الاستخدام الأمثل للموارد المادية و البشرية الذي يكفل تحقيق الكفاءة و الفعالية في الأداء.

لا تزال مختلف المستشفيات العمومية الجزائرية تعتمد على الأنظمة التقليدية السائدة في عملية تسييرها و التي تركز على مركزية السلطة بإتباع شكل الإدارة الدكتاتورية التي لا تقبل المناقشة و الجدل لما تصدره من أوامر¹⁸⁷ معتمدة على الهياكل الهرمية الثابتة في اتخاذ القرارات وفقا لمعرفة الإدارة العليا دون السماح لباقي أعضاء المؤسسة بالمشاركة، حيث يعتمد على مبدأ معرفة المديرين أكثر من الرؤوسين و أن على الموظفين الاستماع و التنفيذ . و يتميز هذا النوع من الأنظمة على الاتصالات الأفقية ، الاهتمام بالنتائج القصيرة الأجل و الاتصال بالمرضى فقط عند حدوث مشاكل¹⁸⁸ ، حيث خلصت إحدى الدراسات¹⁸⁹ بأن الأنظمة واللوائح الداخلية للمستشفى ، ليست واضحة بالنسبة للعاملين ، و هي أقل وضوحا عند الأطباء منها عند الإداريين، مما يؤدي إلى حدوث مشكلات تنظيمية داخل المستشفى. كما لم تتوصل الدراسة إلى وجود شكل تنظيمي محدد في المستشفيات، و تحديد نمط السلطة السائد فيها بشكل دقيق، وان كان النمط الأحادي قد

¹⁸⁷ د. أحمد محمد المصري " إدارة الأعمال الطبية للمستشفيات - الصيدليات " مؤسسة شباب الجامعة - الإسكندرية - 2005. ص 89.
¹⁸⁸ أمل بنت محمد شيخ دمنهوري " نموذج مقترح لتطبيق عوامل إدارة الجودة في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة في محافظة جدة " المؤتمر الوطني الأول للجودة- السعي نحو الإلتقان و التميز- الواقع و الطموح 26-28 ربيع الأول 1425 هجري.
¹⁸⁹ أروي مصطفي سيف " نمط السلطة و دورها في العلاقات التنظيمية في المستشفيات " دراسة تحليلية في منطقة عمان الكبرى

برز بصورة أكبر من غيره. ودلت النتائج أيضا على أن الأطباء كانوا يؤيدون بأن يكون مدير المستشفى طبييا مع وجود مساعد إداري، على عكس الإداريين الذين يؤيدون المدير الإداري. وتبين أيضا بأن مستوى الأداء الطبي يتأثر بمقدار الصلاحيات المعطاة للطبيب لإنجاز أعماله وبمدى إشراكه في اتخاذ القرارات وإشباع حاجاته الإنسانية.

الخلاصة

إن بلوغ المستشفيات مستوى متميز في تقديم الخدمات الصحية يتطلب تغيير وتطوير كل القوى العاملة والمرتبطة بهذا الكائن الحي، حيث يعمل المستشفى داخل نظام معقد ومفتوح ومتشعب، لذا يجب إعادة النظر ومحاولة التغيير بالنسبة لكل المتعاملين مع المستشفى. فالوصول إلى مستوى الدول المتقدمة ليس بالمستحيل و ماهو إلا محاولة، لذا يجب أن نحاول خلق نوع من المجتمع يشبه المجتمعات المتقدمة ونوع من الثقافة التي تسود تلك المجتمعات ، ونحن لدينا كل العناصر الهامة لكي نصبح دول متقدمة ولكن هذا يتطلب تغييرا لكثير من الأوضاع الحالية في مجتمعنا¹⁹⁰. هذه الفكرة قابلة للتطبيق والمحاكاة مع المستشفيات العمومية ، حيث يجب أن نحاول في عملية التقدم ونستمر فيها حتى نصل إلى مستوى مستشفيات الدول المتقدمة لذا يجب خلق نوع من المجتمع يتلاءم مع هذا التغيير والتطور وثقافة تساعدنا على ذلك ، وهذا ما يتطلب تغيير الكثير من الأوضاع والسلوكيات الحالية للمتعاملين داخل المستشفى (الطبي ، الشبه طبي ، الإداري والمريض). إن الدراسة التي نقدمها تهتمّ بالمستشفى وتحاول تغييره من الداخل ، ولكن لا ننفي أن علاقاته الخارجية تؤثر تأثيرا سلبيا على مدى جودة الخدمات ، لذا يجب أن يتمّ هذا التغيير على جميع المستويات.

¹⁹⁰ - المنظمة العربية للتنمية : "إدخال آليات القطاع الخاص وقوى السوق في إدارة الأجهزة الحكومية" ، ص 148.

الفصل الثاني

كيفية تطبيق إدارة الجودة الشاملة

في المستشفيات

مقدمة:

تعرف عملية تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المستشفيات عموما معوقات و عراقيل كثيرة ، و ذلك بسبب جهل و عدم معرفة للأساليب الادارية الحديثة من قبل المتخصصين في المجال . و قد كشفت العديد من الدراسات عن ماهية السبل و الطرق لتطبيق ادارة الجودة الشاملة في مختلف المنظمات. ان التطرق لهذه العملية تتطلب منا أولا التعريف بالجودة مع أبرز روادها ثم سنتناول ماهية ادارة الجودة الشاملة عموما و في قطاع المستشفيات خصوصا.

و من خلال استقراء الأوضاع السائدة في الجزائر وبالرغم من انتشار العديد من المستشفيات العامة والمتخصصة ، المراكز الطبية والمستوصفات و المستشفيات الخاصة فإن هناك تبايناً في مستويات أداء هذه المستشفيات سواءً من حيث جودة الخدمة الطبية المباشرة أو من حيث جودة الخدمات الفنية والإدارية المكملة. وتأتي النظم والأنماط الإدارية المطبقة بهذه المستشفيات في مقدمة أسباب التباين في مستويات أدائها حيث تتفاوت الخدمة الصحية من حيث النوعية والفعالية, وتعاني من انعدام التنسيق والإدارة السيئة لأنظمة تقديم الخدمات العامة و الخاصة. وفي ضوء هذه التحديات وغيرها, بادرت الدولة بإدخال إصلاحات واسعة في مجال الصحة.

المبحث الأول : أدبيات إدارة الجودة الشاملة

1 - عموميات إدارة الجودة

1-1 تطور مفهوم الجودة

• تعريف الجودة

اتفق العديد من المختصين في مختلف الدراسات على صعوبة تقديم تعريف دقيق للجودة حيث أن كل شخص لديه مفهومه الخاص للجودة ، و يفسر كثيراً من الناس الجودة بأنها تعني النوعية الجيدة أو الخامة الأصلية ويقصد بها كيف عكس الكم الذي يعني العدد. وهناك جملة من تعاريف للجودة كما يراها رواد هذا المفهوم: أرماند فيخبوم 1956 الرضا التام للعميل، كروسي 1979 المطابقة مع المتطلبات، جوزيف جوران دقة الاستخدام حسب ما يراه المستفيد 1989 أما ديمع 1986 فيعرف الجودة على أنها درجة متوقعة من التناسق والاعتماد تناسب السوق بتكلفة منخفضة. وقد وردت عدة مفاهيم للجودة، حيث عرفها Heizer هي قدرة المنتج أو الخدمة لمقابلة إحتياجات المستهلك. وهي مجموعة المواصفات و الخصائص لمنتج أو خدمة و التي تولد القدرة لإشباع الحاجات المعلنة أو الضمنية و تعرف أيضا بأنها درجة تطابق خصائص المنتج أو الخدمة مع المتطلبات الموضوعية لذلك المنتج متضمنا المعولية، الصيانة و سلامة الاستخدام. وقد تم تحديد مفهوم الجودة أيضا من خلال قاموس أكسفورد الأمريكي بأنها درجة أو مستوي التميز أو التفوق A degree or level Excellence ، أما معهد المقاييس القومي الأمريكي للسيطرة النوعية فقد قدم مفهوم للجودة على أنها مجموعة الصفات و الخصائص التي يمتاز بها المنتج أو الخدمة و التي تجعله يفي بالاحتياجات المطلوبة. و معهد المقاييس البريطاني يعرف بأنها فلسفة إدارية تشمل كافة نشاطات المنظمة التي من خلالها يتم تحقيق إحتياجات و توقعات العميل و المجتمع¹⁹¹ ، أما دال بستر فيلد Dale.H.Besterfield فقد عرف الجودة بأنها إجمالي السمات و الخواص لمنتج أو خدمة التي تحمل على مقدرتها لتحقيق إحتياجات مشمولة أو محددة و هذه الإحتياجات تشمل الأمن، الإتاحة ، القابلية للصيانة ، المعولية و هي تماسك الأداء عبر الوقت ، الاستخدامية ، السعر والبيئة¹⁹² ، بينما جوران J.M Juran فقد حدد مفهوم جودة المنتج بأنه المطابقة للاستعمال¹⁹³

¹⁹¹ محفوظ احمد جودة " إدارة الجودة الشاملة " دار وائل للنشر - عمان الأردن - الطبعة الثانية - 2006. ص 22.

¹⁹² حرفوش مدني ""المرجع السابق" ص 96 .

¹⁹⁴(Fintness for use) و يعرفها مرزيق و غربي على أنها "تلبية و إشباع حاجات الزبائن و رغباتهم بطريقة مثلى بالاعتماد على الحاجيات الايجابية التي تصاحب تقديمها و يراعى في الجودة مستوى القبول"¹⁹⁵، أما علي حسن العالي يعرفها بأنها "أداء العمل بطريقة صحيحة من أول مرة و الوفاء بجميع المتطلبات المتفق عليها"¹⁹⁶. و رغم تعدد التعاريف و تباينها إلا أن هناك من تناول أهمها ، فالجودة هي " درجة التفضيل"¹⁹⁷ والتركيز على الزبون و المطابقة مع المتطلبات¹⁹⁸ و المطابقة للاستعمال"¹⁹⁹.

و نستنتج من هذه التعاريف بأن الجودة تتعلق بمنظور العميل وتوقعاته وذلك بمقارنة الأداء الفعلي للمنتج أو الخدمة مع التوقعات المرجوة من هذا المنتج أو الخدمة وبالتالي يمكن الحكم من خلال منظور العميل بجودة أو رداءة ذلك المنتج أو الخدمة. فإذا كان يحقق توقعات العميل فإنه قد أمكن تحقيق مضمون الجودة. وحيث أننا قد وصلنا لهذا الاستنتاج فإنه يمكن الجمع بين هذه التعاريف ووضع تعريف شامل للجودة على أنها تلبية حاجيات وتوقعات العميل المعقولة ، و هي عملية طويلة الأجل لا تفعل المعجزات و من الصعب تحقيق ذلك دون معرفة مراحل الإحباط²⁰⁰، وترتكز الجودة عموماً على ستة محاور هي : مناسبة ، آمنة ، مقبولة ، ذات كفاءة ، فعالة و سهلة الحصول و يمكن تجسيد ذلك بالشكل التالي:

¹⁹³ المطابقة أو الموائمة للاستعمال بمعنى يكون السعر و موعد التسليم و سهولة الصيانة عناصر مهمة تؤثر على العميل في اختياره نوع الخدمة المقدمة .

¹⁹⁴ د. يوسف حجيم الطائي/ محمد عاصي العجيلي/ ليث علي الحكيم " نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية و الخدمية" دار البيازوري العلمية – عمان ، الأردن 2009 – ص60

¹⁹⁵ أعاشور مرزيق/أحمد غربي"تسيير و ضمان جودة منتجات المؤسسات الصناعية"-مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا العدد02ماي2005 ص238.

¹⁹⁶ علي حسن العالي "تجربة ديوان الخدمة المدنية بالبحرين في تطبيق نظام الايزو" ورقة علمية مقدمة في ملتقى تحديث القطاعات العامة في الوطن العربي 24-25ماي 2004.

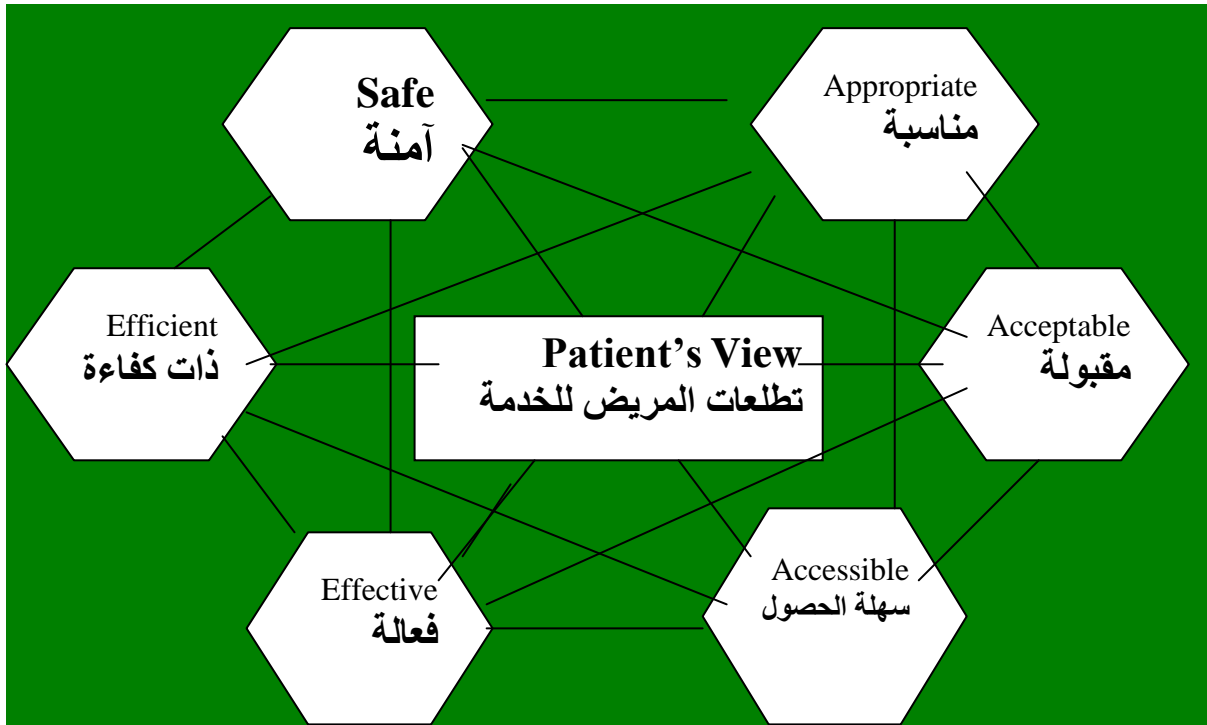
¹⁹⁷ تعد الجودة مرادف للرفاهية و التميز و هذه من الصعب قياسها.

¹⁹⁸ إشباع كل المتطلبات المحددة من قبل الزبائن ، و تحدد المتطلبات من خلال الوثائق ضمن نظام الجودة.

¹⁹⁹ د . محمد عبد الوهاب العزاوي " إدارة الجودة الشاملة " دار البيازوري – عمان – 2005 . ص 14.

²⁰⁰ Elisa Garcia- Morales « La gestion de la qualité en Espagne » BBF- Paris T.43- N°1- 1997.P74.
<http://bbf.enssib.fr/sdx/BBF/pdf/bbf-1998-1/13-garcia.pdf>

الشكل رقم 3 : المحاور الستة للجودة Six Domains of Quality



المصدر : د. بثينة المضيف "تطبيق برامج الجودة في القطاع الصحي الحكومي بدولة الكويت" - الملتقى الخليجي الرابع للجودة - مايو 2007 .

• رواد و علماء الجودة

الجودة والإتقان مبدأ إسلامي من قوله تعالى في كتابه العزيز " صنع الله الذي أتقن كل شيء"²⁰¹ ، و اعتمادا على مصادرنا الدينية التشريعية من القرآن الكريم و السنة النبوية الشريفة ، يعتبر رسول الله محمد عليه الصلاة و السلام²⁰² أول من تحدث عن الجودة و سن لها قوانين و تشريعات سبقت رواد هذه النظريات بقرون حينما فرض مجموعة من القواعد التي يتطلبها العمل ، حيث ربط العمل بالعبادة و حُب الله سبحانه و تعالى ، و قد وردت معاني الإحسان بمعني التجويد و الإتقان و الالتزام بصحيح الأعمال و الأقوال في 194 موضعا بالقرآن الكريم ، الأمر الذي يدل على عظم قيمة هذه الصفة في عمل المسلم²⁰³ ، و هذا ما أكده الرسول عليه الصلاة

²⁰¹ سورة النحل الآية 88

²⁰² ولد خاتم الأنبياء و المرسلين محمد بن عبد الله عليه الصلاة و السلام في 571 م و توفي عليه أفضل الصلاة و السلام في 632 م (عاش ما بين القرن 5 و القرن 6 ميلادي)

²⁰³ أ.د. علي السلمي " إدارة التميز - نماذج و تقنيات الإدارة في عصر المعرفة " مكتبة الإدارة الجديدة - القاهرة - 2002 . ص 347 .

و السلام في العديد من الأحاديث الشريفة التي تفرض ضرورة إتقان العمل²⁰⁴ بقوله عليه الصلاة و السلام " **إِنَّ اللَّهَ يَهْدِي إِذَا عَمَلَ أَحَدُكُمْ عَمَلًا أَنْ يَتَّقَنَهُ** " حديث شريف و قال أيضا " **أَعْمَلُ لِدِينِيكَ كَأَنَّكَ تَعِيشُ أَبَدًا وَ أَعْمَلُ لِأَخْرَجِكَ كَأَنَّكَ تَمُوتُ نَحْنًا** ". و يعد الرسول عليه الصلاة و السلام الشخصية العالمية الوحيدة الذي ربط مفهوم الجودة و الإتقان في العمل بتحصيل منافع دنيوية مادية كالنوعية في المنتج أو الخدمة الذي يؤدي إلي التقليل من التكاليف من جهة و هذا ما أسست عليه النظريات اللاحقة التي سوف نتطرق إليها بعد قليل ، و من جهة أخرى ربط هذا العمل بتحصيل منافع أخروية تتمثل في زيادة الحسنات و الدخول إلي جنة الرضوان إن شاء الله تعالى²⁰⁵ ، و هذا ما افتقدته النظريات الغربية في التحفيز أثناء عملية التحليل . أما تايلور Taylor فيعتبر حسب الدراسات الغربية أول²⁰⁶ من أوجد دراسة الوقت و الحركة في 1911 و كان رائد مدرسة الإدارة العلمية إذ كان هاجسه الوحيد تجويد العمل و بالتالي الإنتاج ، و في 1931 أي بعد عقدين من الزمن قام Schwartz بتقديم كيفية السيطرة على الجودة إحصائيا في كتابه الشهير "السيطرة علي النوعية". و في سنة 1941 و من خلال إنضمامه في دائرة الحرب العالمية ساهم ديمينغ Deming بدور معلم لتقنيات السيطرة على الجودة و قد لاقت أفكاره فيما بعد رواجاً في المجالات العلمية باليابان حيث ركز على موضوع الجودة.

لقد ظهر فكر الجودة عند بداية تطبيقات دوائر الجودة تحت مظلة "الإدارة المشاركة" من قبل الدكتور جوزيف جوران الذي نشر كتاباً في 1951 عن رقابة الجودة ، ثم ظهرت فكرة التلف الصفري من شركة مارتن إلا أن قدم كروسي مفهومها لها في 1970 ثم نشر بعد ذلك كتاباً عن حرية الجودة Quality is Free في 1979. و في بداية الثمانينات بدأ النفوذ الياباني و هذا اعتراف بنجاح أفكار ديمينغ الأمريكي في الإدارة اليابانية و في 1981 دعت شركة فورد ديمينغ للتحدث مع الإدارة العليا عن أهمية العلاقة من خلال الندوات ، و بعدها قام بنشر كتاب "الجودة الإنتاجية و الموقع التنافسي" و في 1993 أصبح مدخل الجودة الشاملة يدرس بشكل واسع في الكليات و الجامعات الأمريكية ، ثم تلتها إستراتيجيات أخرى كإعادة الهندسة و السكس سيجم Six

²⁰⁴ الإتقان في العمل هو أعلى مراتب الجودة

²⁰⁵ لقد وعدنا الله سبحانه و تعالى في كتابه العزيز بالحسن و النعيم و الجزاء لمن صدق و اعتر ، و بالجحيم و العذاب لمن خالف و كذب.

²⁰⁶ اعتماداً على الدراسات العلمية المعتمدة في الجامعات العالمية.

sigma²⁰⁷. و ترى الباحثة وتدعيما للعديد من الآراء²⁰⁸ و الدراسات أن مجمل هذه الاستراتيجيات تكمل بعضها البعض لان جميعها تهدف للوصول بالمنظمة إلى أعلى مستوى من الكفاءة و الفعالية من خلال تطوير النظم و الإجراءات.

1-2 تكاليف الجودة

نصح المختصون في الجودة المستشفيات بالعناية بتحسين جودة الأداء لتقليل تكاليف الخدمات الصحية، وأرجعوا نسبة كبيرة من ارتفاع التكاليف إلى تدني الجودة المتمثل في الأخطاء الطبية وانتشار العدوى في المستشفيات، إضافة إلى أن هذه الأعباء الاقتصادية الكبيرة تصاحبها الوفيات والآلام ومعاناة المرضى، وترهق كاهل المستشفيات وتهدر جهودها وتضطرها إلى تحمل تكاليف إعادة المعالجة وتصحيح الأخطاء²⁰⁹.

• تعريف تكاليف الجودة

تعرف تكاليف المستشفيات العمومية تزايدا مستمرا و هي تمثل ما يقارب 50 % من مجموع التكاليف الإجمالية الصحية²¹⁰، لذا جاءت تكاليف الجودة كأحد أهم الأفكار الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة و هي جزء هام وتكاملي لأي برنامج جودة في المنظمات الصحية ، و قد ظهر هذا المفهوم لأول مرة في عقد الخمسينيات من القرن الماضي من قبل خبير الجودة الأمريكي Figenbaum فهو أول من استخدم هذا المصطلح في سنة 1956²¹¹، وانتقلت بعد ذلك إلى جودة الخدمات الطبية، عندها قامت جمعية الجراحين الأمريكيين في مطلع القرن العشرين بوضع معايير قياسية للإجراءات المستخدمة في العمليات الجراحية بهدف رفع جودة العمل وتقليل الأخطاء الطبية ومن ثم التقليل من تكلفة العمليات الجراحية. وفي منتصف القرن العشرين أصبح مفهوم الجودة والتكلفة هاجس جميع المؤسسات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية فقد قامت الجمعية الأمريكية للجودة بتعريف تكلفة الجودة بأنها التكلفة الناجمة عن تقديم خدمة متدنية الجودة،

²⁰⁷ بدءها السيد بل سميث من (موتورولا) في أوائل الثمانينات، ولكن لم تنتشر إلا في أوائل التسعينات بعد تطبيقات السيد لاري يوسيدس من (سيجنال) والسيد جاك ولش من (جنرال إلكتريك)، ونتيجة للفوائد العظيمة لهذه الاستراتيجية فإن معظم المؤسسات الحكومية والخاصة تسعى لترسيخ السيكس سيجما كأسلوب حياة والعمل على تنفيذ تطبيقاته العملية، من أجل تطوير الإنتاجية وتطوير الخدمات المقدمة وتقليل النفقات وتحاشي العيوب في الأداء والارتقاء بالعاملين جميعا بغض النظر عن مستوياتهم الوظيفية، رغبة من هذه المؤسسات في استمرارية رحلة النجاح.

²⁰⁸ عبد الإله الساعاتي - المصدر السابق - ص111.

²⁰⁹ فائق المطيري " تدني الجودة هدر مالي يقابله ضعف في الخدمات " جريدة الرياض - 27 مارس 2007 / العدد 14155 -

<http://www.alriyadh.com/2007/03/27/article236526.html>

²¹⁰ A.Beresniak & G.Duru – Opcit - P93.

²¹¹ د. يوسف حجيم الطائي/ محمد عاصي العجيلي/ ليث علي الحكيم " نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية و الخدمية" دار اليازوري العلمية - عمان ، الأردن 2009 - ص82.

وتعرف مجموعة Midwest Business Group on Health تكلفة الجودة بأنها التكلفة التي لن يتم تحملها لو تم القيام بشكل مستمر بجميع الأنشطة من دون قصور ، فهي جميع التكاليف التي تم إنفاقها في أي منشأة أو منظمة إنتاجية أو خدمية لضمان تقديم منتج أو خدمة تتوافق و متطلبات الزبائن. ويمكن تعريفها بأنها جميع التكاليف التي تتعرض لمسمى الجودة أو في أداء الأنشطة المتعلقة بإنجاز الجودة. إن حساب التكاليف المتعلقة بالجودة و تحويلها إلى لغة مشتركة لدى مديري الشركات يعتبر مؤشر قوي لتحفيز الإدارة العليا على تطبيق و تنفيذ مفهوم تكاليف الجودة لان أكثر المنافع هي تخفيض التكاليف و التحكم و السيطرة عليها بفعالية، كما أن تقييم و تقدير التكاليف بدقة يحول الجودة إلى أرقام بسيطة و مرئية تتمكن من خلالها الإدارة و الموظفين على فهم أهمية عمل الشيء بصورة صحيحة من الوهلة الأولى، و هو وسيلة اتصال هامة بين الموظفين والإدارة العليا و المنظمات²¹².

و تعرف التكلفة في المجال الصحي بأنها عموما عبارة عن مجموع التكاليف الطبية المباشرة والتكاليف الاقتصادية الغير مباشرة و التكاليف الاجتماعية النفسية²¹³، و هي تعبر عن قضية معقدة و مركبة لأنها تتضمن أجزاء متنوعة بعضها خاص بالمريض و آخر للطبيب و ثالث للتأمين الصحي و رابع للمستشفى وغيرها، ولذلك يتعين على المخطط الصحي أن يعمل على إعادة هيكلة و تنظيم و تطوير و تحسين جميع النظم المحاسبية و الإدارية السائدة بالمؤسسات الصحية و ما يرتبط بها من إجراءات و أدوات و أساليب بحيث يتم تحقيق سيطرة كاملة على الموارد المتاحة و ترشيد استخدامها لأقصى درجة، بما يعمل على خفض تكلفة الرعاية الصحية بالنسبة للمريض و المؤسسة الصحية و الدولة ككل، وهذا يتطلب بالضرورة السيطرة على المستلزمات و الإمدادات الطبية، و فترات الإقامة بالمستشفيات و التشخيصات و السيطرة على و صفات الطبية و بلاغات التأمين الصحي و تطبيق أسلوب الأشعة الرقمية غير الفيلمية وغيرها. و تساهم الأسر في تخفيض نفقات المستشفى بشراء الأدوية و معدات الرعاية الغير متوفرة و هذا هو نقل للتكاليف من نفقات الحكومة على الصحة ، و الإنفاق الخاص للأسر²¹⁴.

²¹² عوض سالم الحربي و زياد الكلوت "تكاليف الجودة و طرق قياسها" ورقة عمل – المؤتمر الوطني الأول للجودة -26- 28- ربيع الأول 1425هـ

²¹³ Didier Castiel – OPCIT - P38-P39.

²¹⁴ Groupe de coordination national sur les femmes et la réforme du système de la santé « Les conséquences de la réforme de la santé sur les femmes » P4. - <http://www.cwhn.ca/PDF/health-reform.fr.pdf>

● قياس التكاليف

إن قياس التكاليف وتطبيق نظام ضمان و مراقبة الجودة في المؤسسة الاستشفائية يلعب دوراً في قرار تطوير النظام و يعزز الالتزام به و يبين مدى فاعليته و أثره على كفاءة الإدارة المالية و من أجل تحقيق الجودة و بالتالي رضا الزبون فمن الضروري عدم الاستناد إلى المنهج التقليدي للوصول إلى جودة الخدمة لذا علينا منع حصول الضرر و إنفاق الموارد لاكتشاف الأخطاء و العيوب و يكمن الأساس في الوصول إلى الجودة في عملية المنع Prevention و ليس التقييم Appraisal²¹⁵ يمكن تصنيف تكاليف الجودة إلى أربعة عناصر:

- تكاليف حالات عدم المطابقة الداخلية
- تكاليف حالات عدم المطابقة بعد تقديم الخدمة
- تكاليف مراقبة الجودة
- تكاليف الإجراءات الوقائية

و لقد أكدت الدراسات الميدانية انخفاض التكاليف بمجرد تطبيق إدارة الجودة الشاملة ، أو كما تسمى صفر خطأ²¹⁶ Zéro défaut و التي يمكن من خلالها القضاء على تكاليف عدم الجودة. إن الجودة مجانية بدليل أن تنفيذها لا يتطلب تكاليف²¹⁷ للمؤسسة الاستشفائية و لكن غيابها يكلف أكثر²¹⁸ ، فالمرد ودية بتطبيقها تكون بدرجة أكبر²¹⁹ ، و يقول العالم الأمريكي كروسي في كتابه حول تكاليف الجودة " الجودة مجانية"²²⁰ . بمعنى أن ما تنفقه المؤسسة في هذا المجال تسترده بالوفرات و زيادة المبيعات لان قياس تكاليف الجودة يبرهن على وجود فرصة للتطوير وتحسين الأداء عن طريق إظهار نسب الهدر و إمكانية خفضها . كما أن قياس تكاليف الجودة يبرهن على العامل الاقتصادي لكلفة نظام إدارة الجودة حيث استردت العديد من المؤسسات أضعاف ما استثمرته في تأسيس و تطبيق نظام لإدارة الجودة. و لكن لا يزال من الصعب إقناع السلطة

²¹⁵ بشرى عبد الوهاب " تكاليف الجودة – أفكار جديدة لمفهوم قديم " المؤتمر العلمي الثاني : الجودة الشاملة في ظل إدارة المعرفة و تكنولوجيا المعلومات – دار الحامد – نيسان – 2006 – ص 23.

²¹⁶ Marie – Agnès Morsain « Dictionnaire du Management stratégique » Editions Belin 2000.P147.

²¹⁷ Philip. B . Crosby « La Qualité c'est gratuit – L'art et la manière d'obtenir la qualité » (Auteurs de la qualité sans larmes) Editions – Economica 1986. P 1.

²¹⁸ Christine Del agneau & Christelle Ladislas « Qualité & Rentabilité » Université de technologie de Compiègne-DEES. P7. - http://www.utc.fr/~farges/dess_tbh/96-97/Projets/QR/QR.htm

²¹⁹ Christine Del agneau & Christelle Ladislas – OPCIT -DEES. P9.

²²⁰ Philip. B . Crosby « La Qualité c'est Gratuit – L'art et la manière d'obtenir la qualité » - Auteurs de la qualité sans larmes- Editions Economica.1986. P 1.

التنفيذية بأن تكلفة تطبيق الجودة هي السبيل الوحيد لخفض التكاليف على المدى البعيد ، و بالرغم من أن العديد من المنظمات في الوطن العربي بدأت تتخطى هذه العقبات و لكن مشكلة التخطيط مرتبطة بالظروف الاقتصادية و السياسية و التشريعية²²¹. و هناك نوعين من العلاقات بين الجودة و التكاليف وقد تم تحديد²²² :

■ تكلفة الحصول على الجودة (COQ) : وهي التكاليف الواجب تحملها ليصل إنتاج الخدمة إلي المستوى المرغوب فيه و يتراضى عليه كل الأطراف من منتج ، موزع ، مستعمل و مستهلك²²³

■ الحد من تكاليف من غير الجودة (CNQ) : و هي الفرق بين التكلفة المتوقعة و المخططة و التكلفة الحقيقية المحصل عليها²²⁴

كما يتعين على المنظمات تلافي أمراض الجودة القاتلة و هي الأمراض الملتصقة بالأداء التي تتسبب في فشل تطبيق إدارة الجودة الشاملة و تزيد من التكلفة لأنها أمراض قاتلة يتعين على المؤسسة تحاشيها و الابتعاد عنها حتى يستمر الأداء بكفاءة عالية و يمكن رصد هذه الأمراض لجودة الأداء بالاتي²²⁵:

- عدم وجود استقرار في الهدف
- التركيز على الأهداف القصيرة الأجل
- تقييم الأداء من خلال التقارير السنوية و تقارير الجدارة
- حركية الإدارة أو كثرة القفزات الوظيفية فيما بين المديرين

²²¹ حسين الراوي الرويلي " الجودة الشاملة في المؤسسة الخدمية " مدير إدارة الجودة - المملكة العربية السعودية - <http://www.arado.org.eg/tqm/montada/QNPSO.doc>

²²² Suzanne CHARVET-PROTAT, Agnès JARLIER, Nathalie PRÉAUBERT « Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital » ANAES- septembre 1998.P11. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cout.pdf>

²²³ أ.عاشور مزريق/أ.محمد غربي " تسيير و ضمان جودة منتجات المؤسسات الصناعية الجزائرية " مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا - العدد الثاني -مايو 2005. جامعة حسينية بن بو علي - الشلف - الجزائر. ص271.

²²⁴ Benhabib .A & Mami Elias « Les coûts de la non Qualité»Symposium International sur : Qualité et maintenance au service de l'entreprise -Université de Tlemcen - Tome 1- Qualima'01- Tlemcen 21- 22Nov2004.P42 .

²²⁵ د. إسماعيل عبد الفتاح " المرجع السابق " ص80-81.

إن تكلفة الجودة (أو تكلفة تدني الجودة) تنقسم إلى ثلاثة أقسام: تكلفة الوقاية²²⁶، تكلفة التقييم²²⁷ وتكلفة الفشل²²⁸ و تسمى أيضا بـتكلفة الجودة الرديئة و يتمثل هذا النوع من الكلفة في تكاليف الانفاق²²⁹

إن الاهتمام بالتكاليف المتعلقة بالجودة أمر لا بد منه للمنظمات وخصوصا في ضوء المنافسة الشديدة في الأسواق العالمية وذلك بتقليل التكاليف وزيادة الأرباح. و هي جزء تكاملي لبرامج تحسين الجودة في أي منظمة ، و تعود مسؤولية الاهتمام بتكاليف الجودة على عاتق الإدارة العليا بإتباع وسائل الوقاية وتبنى الأنظمة التي تكتشف العيوب وتزيلها مع التأكيد على تدريب الموظفين في كل وسائل المراقبة و السيطرة على تكاليف الجودة وتحديد فريق عمل مؤهلة لمتابعة تطبيق وتحسين نظام حساب تكاليف الجودة وتحليله بالإضافة لعدم الملل وفقد الثقة في فوائد هذه العملية فهي قد لا تظهر فوائدها ونجاحها إلا مع المداومة والتطوير والتكرار.

1-3 الأدوات الإحصائية السبعة لضبط الجودة وتحسين الأداء

لقد تعددت الأدوات الإحصائية تبعا لحالات العمل المختلفة²³⁰، إلا أن جل الدراسات أجمعت على أن ما أحدث معجزة الجودة اليابانية هو اعتماده على مبادئ الجودة و التقنيات السبعة الأساسية The Basic Seven Quality Tools المعروفة بالسبع الروائع The magnificent seven²³¹ التي أثبتت كفايتها في الواقع العملي ، و تتحقق متطلبات الجودة وفقا لمواصفات و معايير محددة مسبقا و يتطلب ذلك استخدام مجموعة من الأدوات و الأساليب الخاصة بتحسين الجودة و السيطرة عليها. و تعرف هذه الأدوات بأنها مجموعة من الأساليب الإحصائية و العلمية التي تستخدم من قبل الكوادر العاملة في قسم الجودة و ذلك بغية الحصول على خدمات عالية الجودة و تقليل حالات الفشل والعيوب. كما عرفت من قبل بعض المهتمين بمواضيع الجودة على أنها

²²⁶ هي تكلفة الأنشطة الموجهة للوقاية من تدني جودة الخدمة، مثل تكلفة وضع المعايير والمؤشرات والسياسات والإجراءات، وتكلفة اجتماعات اللجان المركزية للجودة، وخطط الجودة وسلامة المرضى.

²²⁷ هي التكلفة المرافقة لقياس الخدمة والتدقيق لضمان مطابقة الخدمة للمعايير القياسية، مثل تكلفة معايرة أجهزة المختبر، والتدقيق الطبي، وتكلفة تقييم المستشفى وفق معايير للقياس، وتكلفة التجارب الوهمية للحريق.

²²⁸ هي التكلفة الناتجة عن عدم مطابقة الخدمة للمواصفات القياسية، وتكون إما قبل تقديم الخدمة للمريض (الفشل الداخلي)، مثل تكلفة إعادة اختبار معايرة السكر في الدم على نفس العينة الدموية المسحوبة من المريض نتيجة استخدام محلول غير نظامي في المرة الأولى، أو بعد تقديم الخدمة للمريض (الفشل الخارجي) مثل التكلفة المترتبة على إعادة عمل جراحي لمريض نتيجة نسيان قطعة من الشاش في مكان الجراحة.

²²⁹ د. محمد عبد العالي النعيمي / د. راتب جليل صويص / د. غالب جليل صويص " إدارة الجودة المعاصرة - ورقة مقدمة في إدارة الجودة الشاملة للإنتاج والعمليات والخدمات " دار اليازوري العلمية - الطبعة العربية - 2009 . ص 74 .

²³⁰ د. مهدي السامرائي " إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي و الخدمي " دار جرير - الطبعة الأولى - 2007 . ص 353 .

²³¹ د. محمد أحمد عيشوني " ضبط الجودة - التقنيات الأساسية و تطبيقاتها في المجالات الإنتاجية و الخدمية " دار الأصحاب للنشر و التوزيع - الرياض - المملكة العربية السعودية - 2007 . http://aichouni.tripod.com/myqc_book/Chap00_preface.pdf

الأدوات الإحصائية والغير إحصائية التي تساعد متخذ القرار في تقليل التالف أو المعيب²³² ، بمعنى تقليل الانحرافات الموجودة في الخدمة المقدمة.

إن استخدام الأساليب الإحصائية يمكن أن يساعد على فهم المتغيرات و بالتالي فهم المنظمات في حل المشكلات و تحسين الفعالية و المردود ، و تيسر هذه الأساليب أيضا استخدام أفضل للبيانات المتوفرة للمساعدة في اتخاذ القرارات . و تساعد في قياس المتغيرات و توصيفها و تفسيرها و نمذجتها ، و سوف نتعرض الآن ببعض من الشرح و التفصيل لهذه الأدوات و التي تتمثل فيمايلي:

● مخطط باريتو: Pareto chart

مخطط باريتو²³³ هو منحني بياني يُرتَّب الأسباب من حيث حَجْم تأثيرها في المشكلة محل الدراسة. ففي دراستنا على تدني مستوى الخدمة الصحية قد يكون هناك أسباباً عديدة مثل سوء حالة الماكينات أو ضعف الكفاءات و المهارات الطبية و الفنية للعاملين أو عدم ملائمة الهياكل والتجهيزات أو أخطاء في الخدمة الطبية أو عيوب في التشخيص. و لرسم منحني باريتو علينا تحديد نسبة العيوب من كل سبب من هذه الأسباب كأن نأخذ فترة زمنية مناسبة ونحدد عدد العيوب من كل سبب. ثم نقوم بتحديد نسبة العيوب الناشئة عن كل سبب إلى العدد الكلي للعيوب بمعنى أن نحدد النسبة المئوية للعيوب الناشئة عن كل سبب. بعد ذلك نقوم بترتيب الأسباب من حيث النسب المئوية للعيوب بدءاً بالأكبر فالأقل وهكذا. وأخيراً نرسم منحني²³⁴ . ويركز باريتو على أن حدوث أي مشكلة هو نتيجة لأسباب قليلة محددة ، و لذلك يكون التركيز على الأسباب الأساسية لحدوث المشكلة دون الأسباب الممكنة اقتناعاً بان 80 بالمائة من المشكلة هو نتيجة 20 بالمائة من الأسباب الممكنة لحدوثها. وتعتبر هذه الطريقة من أفضل الطرق لتحديد هذه المشاكل و يتم ذلك بتحديد كل العناصر و القيام بعملية القياس باستخدام وحدات ثابتة للقياس ثم يتم ترتيب العناصر حسب قياسها و تمثيل ذلك في شكل بياني ثم اتخاذ القرارات اللازمة طبقاً للأهمية النسبية للعناصر. إن استخدام نظام باريتو يسمح:

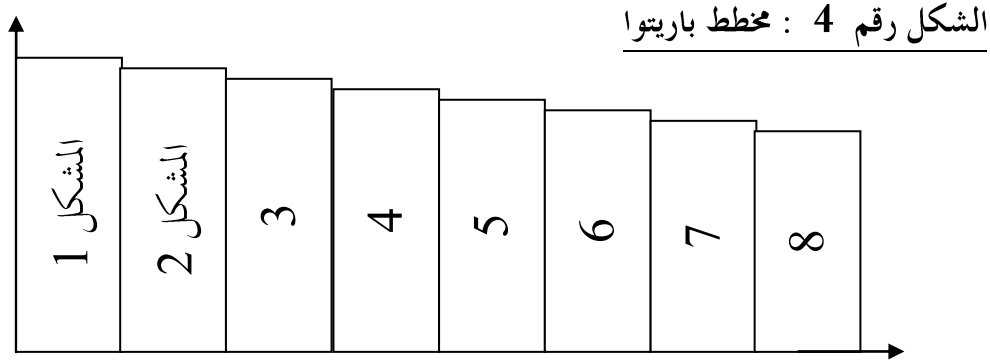
- 1- الحد من التسرع في اتخاذ القرارات و إصدار الأحكام.
- 2- طريقة سهلة و مفيدة للوقوف على مدى صعوبة المشكلات.

²³² مؤيد عبد الحسين "إدارة الجودة الشاملة " المرجع السابق ص 99.

²³³ ألفريد باريتو 1824 – 1923 عالم اقتصادي إيطالي .

²³⁴ سوف نستعمل مخطط باريتو في دراستنا الميدانية في الفصل الأخير من هذه الدراسة

3- الوقوف على تحسينات الموقف المعين بمقارنة معلومات مماثلة بعد أن يتم تنفيذ مقترحاتها.



المصدر : من اعداد الباحثة

● مخطط هيكل السمكة Fishbone Diagram

مخطط السبب والتأثير أو مخطط إيشيكاوا²³⁵ مبتكر حلقات الجودة²³⁶، هو أحد الوسائل الجيدة للوصول إلى أسباب مشكلة ما . و يمكن استخدام هذا المخطط في تحليل أي مشكلة بغض النظر عن طبيعتها. بمعنى أنك يمكن أن تستخدمه لتحليل مشكلة شخصية أو مشكلة في منظمة ما و هذا المخطط يسمى بالإنجليزية Cause and Effect Diagram أو FishBone Diagram .. ويهدف هذا المخطط إلى حصر جميع الأسباب التي قد تؤدي إلى المشكلة المراد حلها. فبدلاً من حصر تفكيرنا في الأسباب المعتادة فإن هذا المخطط يساعدنا على التفكير في كل الأسباب الممكنة وبالتالي الوصول إلى السبب أو الأسباب الحقيقية والتي قد تكون غير متوقعة. و يسهل أيضاً عرض المشكلة وتوضيح الأسلوب الذي اتبع في الوصول إلى الحل. من فوائده أيضاً أنه يجبر الجميع على التفكير في المشكلة بعمق بدل من التسرع في اقتراح الحلول. أما خطوات الاستخدام فهي كالآتي:

أولاً: أرسم الجزء الأول من المخطط ودون وصف المشكلة المراد حلها في رأس السمكة. حاول كتابة المشكلة بشكل دقيق ومختصر²³⁷.

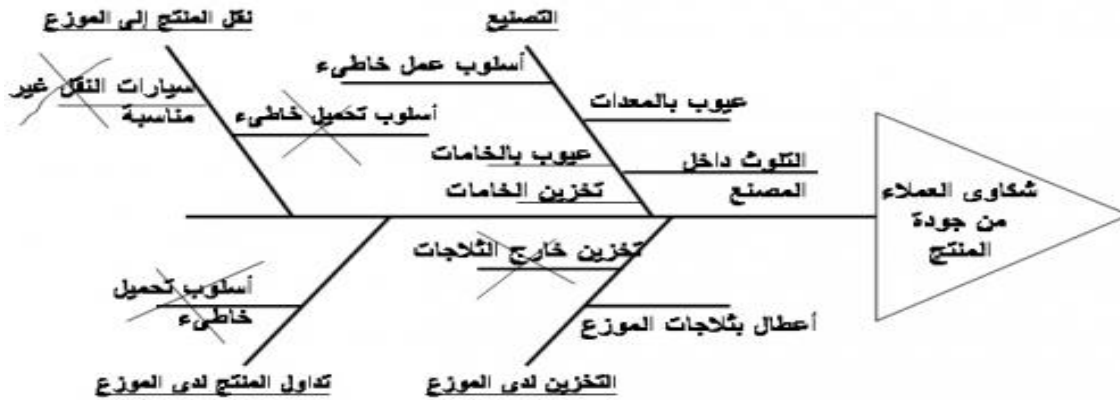
²³⁵ يشير الاسم للعالم الياباني (1969) Kaoru Ishikawa هو أول من استخدم هذه الطريقة في الستينيات.
²³⁶ حلقات ضبط الجودة هي عبارة عن فريق من العمال يتم تشكيله بشكل تطوعي و هي الوظائف التي تشكل جزءاً من الدورة الصناعية وتؤثر على جودة المنتج مثل التفتيش والتسويق والخدمة ودراسات السوق وتطوير المنتج وهندسة التصنيع وشراء الإنتاج. إنها وسيلة سهلة ورائعة فنتائجها كثيرة وتطبيقها لا يحتاج لاستثمارات ضخمة ولا يتطلب مجهوداً كبيراً.

²³⁷ Fishbone diagram Continuous Improvement Resources at Arizona State University
-<http://www.west.asu.edu/tqteam/tools/fishbone.html>

ثانياً: اجتهد في كتابة العناصر الأساسية المكونة أو المؤثرة على المنتج أو الخدمة مثل مشكلة تدني مستوى الخدمة الصحية : الكفاءة الطبية - بيئة العمل - الهياكل و التجهيزات ، الاستقبال .
ثالثاً: اكتب كل الأشياء المؤثرة على كل سبب من الأسباب الرئيسية. لاحظ أنك تكتب كل ما هو مؤثر في هذا السبب أو العنصر ولا تستبعد أو تقيم أي شيء في هذه المرحلة. لا تهمل أي سبب بغض النظر عن توقعك لعلاقته بالمشكلة الأصلية .

رابعاً: يتم تحليل كل الأسباب المدونة في المخطط. بعض الأسباب يمكن استبعادها نتيجة لوجود معلومات متاحة تؤكد أن هذا السبب غير موجود لدينا. البعض الآخر قد يحتاج عمل فحوصات أو إجراءات للتأكد من كون هذا السبب حقيقي. وبالتالي فسنتهي ببعض الأسباب المحتملة وبعد الفحص والقياسات نصل إلى سبب أو أسباب حقيقية

الشكل رقم 5 : مخطط هيكل السمكة



Source : Fishbone diagram Continuous Improvement Resources at Arizona State University - <http://www.west.asu.edu/tqteam/tools/fishbone.html>

و يمكن رسم هذا المخطط في اجتماع يحضره كل من له علاقة بالمشكلة المراد حلها وهذا هو الأسلوب الأفضل أو أن يقوم برسمه شخص واحد مسئول عن حل هذه المشكلة. يسمى هذا المخطط بمخطط عظم السمكة أو هيكل السمكة أو مخطط إيشيكاوا. كما ترى فهذا الأسلوب سهل الاستخدام ويساعد على الوصول إلى الأسباب الحقيقية في وقت قصير. كذلك فإنه يفيد في تنظيم التفكير حيث أن كل الأسباب مدونة وما يتم استبعاده لا يتم الرجوع إليه مثلما يحدث في المناقشات الشفهية.

● المخطط التدفقي Flow Shart

مخطط يمثل خطوات العملية ونقاط اتخاذ القرار، وتوضيح المسار بعد كل خطوة ، و هي أسلوب يبين نتائج المخرجات في العملية عبر فترة زمنية معينة ، و هي بذلك أداة فعالة تمثل حالة الأداء كما أنها تساعد المدراء على تعقب العملية داخل المنظمة²³⁸ .

● مخططات التبعثر أو التشتت Scatter Plots

يعكس هذا المخطط درجة الارتباط بين المتغيرين ، اذ تشير كل نقطة في المخطط الي مشاهدة واحدة وهي أسهل الأدوات السبعة و الأكثر فائدة لتحديد الارتباط²³⁹ تبرز فائدة هذا المخطط من خلال تقليص النفقات و الوقت اللازم لإجراء الفحص و الاختبار ، القيام بضبط العمليات الفعالة على أساس النتائج المتحققة من العلاقة بين المتغيرين و إيجاد المستوى الأمثل من العوامل المقيمة في ضوء العلاقة بين المتغيرين كعلاقة بين الجودة و خصائص المخرجات²⁴⁰ .

● قائمة الفحص Check Sheets

إن القصد والغرض من جمع البيانات هو إما السيطرة على عملية الإنتاج أو معرفة العلاقة بين السبب والنتيجة ، أو من أجل التحسين المستمر لتلك العمليات التي تنتج أي نوع من الخلل أو مواصفات المنتج. إن قائمة الفحص تستخدم لغرض جمع البيانات²⁴¹ ، و هي على شكل جداول مجهزة مسبقا لتسجيل المعلومات عليها ، و تعد أداة بسيطة تستخدم في تحديد المشاكل ، إذ تمكن المستخدمين من تسجيل و تنظيم البيانات بطريقة تسهل عملية الجمع و التحليل . و يتم تصميم هذه القوائم على أساس ما يحاول المستخدم تعلمه من جمع البيانات و تستند إلي تحديد علامات الفحص . و هناك العديد من الأشكال المختلفة لقوائم الفحص²⁴² ، والشكل الشائع يتعامل من نوع العيب و الآخر يتعامل مع موقع العيب²⁴³ .

● لوحة المراقبة Control Shart

تعتبر خرائط المراقبة الإحصائية من أهم الوسائل المستخدمة في السيطرة النوعية ، فهي عبارة عن رسوم أو خرائط بيانية ترسم على ثلاث خطوط لعدد الوحدات المعيبة ، يمثل الأول الحد الأقصى

²³⁸ د. مهدي السامرائي " إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي و الخدمي " دار جرير - الطبعة الأولى - 2007 . ص 360.

²³⁹ د. مهدي السامرائي " المرجع السابق " ص 365 .

²⁴⁰ د . محمد عبد الوهاب العزاوي " إدارة الجودة الشاملة " دار اليازوري - عمان - 2005 . ص 111.

²⁴¹ Check Sheets - <http://www.qualityspectools.com/checksht.html>

²⁴² د . محمد عبد الوهاب العزاوي " المرجع السابق " . ص 106 .

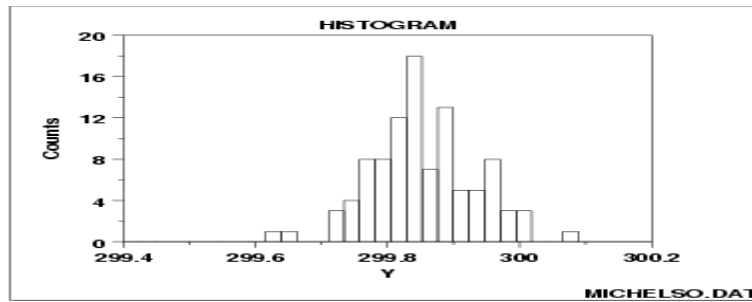
²⁴³ Stevenson , William , (1999) , " Production Operations Management" , 6th ed . (Mc-Graw – Hill : New york) . ص 105 . 2005 - عمان - اليازوري - عمان - 2005 . مأخوذ من مرجع : د . محمد عبد الوهاب العزاوي " إدارة الجودة الشاملة " دار اليازوري - عمان - 2005 . ص 105 .

والثاني الحد الأدنى و الثالث الخط الوسط (الوسط الحسابي) و يطلق عليه متوسط المتوسطات²⁴⁴. و تعتمد هذه الطريقة على سحب عينات عشوائية من الإنتاج لفترات زمنية مختلفة ، كما تعتمد فكرة المخطط على وجود محور أفقي و آخر عمودي يظهر داخلها خط مركزي يمثل متوسط العملية و خطين آخرين الأول هو الخط الأعلى الذي يمثل حد الرقابة و الخط الأسفل يمثل حد الرقابة الأدنى و هذان الحدان يمثلان التغير في الخصائص المتعلقة بالمنتج²⁴⁵. و عندما تكون العملية الإنتاجية تحت الرقابة فان التغير يكون واقعا بين الحد الأدنى و الأعلى ، و الاقتراب من الخط المركزي يجسد الاقتراب من الحالة المثلى في العملية الإنتاجية.

• المدرج الإحصائي Histogram

الغرض من المدرج الإحصائي هو أخذ البيانات التي يتم جمعها من هذه العملية ، ثم عرضها بيانيا للإطلاع على كيفية توزيع البيانات ، و تعكس هذه التوزيعات ملخصا للنتائج المقاسة طوال مدة العمل و تعرف بالتوزيع التكراري لبعض خصائص الجودة ، و المدرج الإحصائي يظهر بوضوح مركز البيانات وانتشارها أي بيانات الإلتواء (مائل أو تحيز أو البعيد بزواوية) ، وجود المتطرفة (مواصفات المنتج خارج النطاق) و وجود وسائط متعددة (أو الذروة) في البيانات²⁴⁶.

الشكل رقم 6 : المدرج الاحصائي



Source :The Histogram - <http://www.qualityspctools.com/histogram.html>

²⁴⁴ د. خضير كاظم حمود " إدارة الجودة الشاملة " دار المسيرة - عمان ، الأردن - الطبعة الثالثة - 2007 - ص 161-162.
²⁴⁵ د. محمد عبد العال النعيمي / د. راتب جليل صويص / د. غالب جليل صويص " إدارة الجودة المعاصرة - مقدمة في إدارة الجودة الشاملة للإنتاج و العمليات و الخدمات " دار اليازوري العلمية- عمان - الطبعة العربية - 2009، ص 113.
²⁴⁶ The Histogram - <http://www.qualityspctools.com/histogram.html>

2 – أدبيات إدارة الجودة الشاملة

1-1 عموميات إدارة الجودة الشاملة

• تعريف إدارة الجودة الشاملة

يشير العديد من المختصين في مجال الجودة حاليا الي الحاجة لمفاهيم و تطبيقات للجودة الشاملة لتكون جزءا لا يتجزأ من ثقافة المنظمة الناجحة²⁴⁷ ، و قد غلب مفهوم إدارة الجودة الشاملة كثيرا من المفاهيم التي كانت سائدة من قبل مثل دوائر الجودة و إرضاء المستهلك و تحسين الإنتاجية ، فمفهوم إدارة الجودة الشاملة la qualité total يضم هذه المفاهيم جميعا²⁴⁸ ، هي العبارة المترجمة لعبارة Total Quality Management والتي يمكن تعريفها كطريقة إدارية للتسيير une méthode de management و التي تحدد النجاح على المدى الطويل بفضل الحصول على رضا العميل ، على أساس المساهمة و المشاركة الفعلية لكل العاملين في المنظمة نحو تحسين صيرورة المنتجات و الخدمات و ثقافة المنظمة. كما تعتبر شكل تعاوني في أداء الأعمال بتحريك المواهب والقدرات لكل من العاملين و الإدارة و لتحسين الإنتاجية و الجودة بشكل مستمر مستخدمة في مجموعات و فرق عمل²⁴⁹.

لقد كانت فلسفة الجودة لدى رجال الصناعة اليابانية قبل 1969 تعني قياس نواحي النقص أو العيوب ، و لكن بعد ذلك أصبحت تركز على خفض معدلات أوجه القصور و العيوب وذلك باستحداث نظام توكيد الجودة²⁵⁰. و قد اعترف ديمينغ في تصريح له لمجلة Journal Of Organization Change Management قبل وفاته في 1994 ، أنه لا يعرف ما المقصود بإدارة الجودة الشاملة لأنها أصبحت تحمل معاني و مفاهيم مختلفة ، و أيا كانت هذه المعاني فهي فلسفة إدارية مبنية على أساس رضا المستفيد²⁵¹. و يمكن تلخيص مفهوم إدارة الجودة الشاملة من وجهة نظر ريتشارد ويليامز كما يلي: أنها أسلوب قيادي ينشئ فلسفة تنظيمية تساعد على تحقيق أعلى درجة ممكنة لجودة السلع والخدمات وتوسعى إلى إدماج فلسفتها ببنية المنظمة، وأن نجاحها يتوقف على

²⁴⁷ هيو كوش "إدارة الجودة الشاملة -تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية و ضمان الالتزام بها " ترجمة:طلال بن عايد الأحمدى - مركز البحوث – معهد الإدارة العامة ، المملكة العربية السعودية - 2002. ص 34.

²⁴⁸ د. أمين الساعاتي " إدارة الموارد البشرية من النظرية ..إلى التطبيق " دار الفكر العربي- القاهرة 1998. ص 49.

²⁴⁹ د. إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي " التخطيط و الجودة " مركز الإسكندرية للكتاب – 2007 – ص 65.

²⁵⁰ فاروق علي الحكيم " دور إدارة الجودة الشاملة في مراكز التدريب – تطبيق عملي لنظم توكيد الجودة أيزو 9000 " ورقة عمل مقدمة في مؤتمر الاتجاهات المعاصرة في التدريب و الاستشارات الإدارية – المنظمة العربية للتنمية الإدارية – 2006. ص 126.

²⁵¹ د. عبد الرحمن أحمد محمد هيجان " المرجع السابق " ص 411.

قناعة أفراد المنظمة بمبادئها. وإن مبادئها تضيف بالفعل قيمة وجودة للمنظمة وقد أثبتت مبادئها نجاحاً مستمراً لأنها تسعى وبصورة مستمرة إلى تحقيق رضا العميل الداخلي والخارجي من خلال دمج الأدوات والتقنيات والتدريب الذي يؤدي إلى خدمات ومنتجات عالية الجودة²⁵².

إن إدارة الجودة الشاملة Total Quality Management هي طريقة لتطوير و تحسين جودة المنتجات والخدمات عن طريق إشراك جميع العاملين و تحديد دور لكل منهم بالتنسيق مع أدوار الآخرين ، وهي نظام متكامل للإدارة يبني دائماً على رغبات العميل و عملية تسييرها بمثابة توليفة بين الجودة كهدف استراتيجي و الميزة التنافسية و بين آليات التسيير الممكن استخدامها لتحقيق ذلك²⁵³. ويؤكد الكثيرون على أنها التطوير المستمر للعمليات الإدارية وذلك بمراجعتها وتحليلها والبحث عن الوسائل والطرق لرفع مستوى الأداء وتقليل الوقت لإنجازها بالاستغناء عن جميع المهام والوظائف عديمة الفائدة والغير ضرورية للعميل أو للعملية وذلك لتخفيض التكلفة ورفع مستوى الجودة مستندين في جميع مراحل التطوير على متطلبات واحتياجات العميل²⁵⁴. و من المفيد النظر إلى منهجية " إدارة الجودة الشاملة " باعتبارها نظام مفتوح و متكامل Integrated Open system²⁵⁵ ، و يشير جابلونسكي أن مفهوم إدارة الجودة الشاملة كغيره من المفاهيم الإدارية التي تتباين بشأنه المفاهيم و الأفكار، إن هذا التباين الشكلي يكاد يكون متماثلاً في المضامين الهادفة إذ أنه يتمحور حول الهدف الذي تسعى لتحقيقه المنظمة . و يمكن التعبير عن النظرة الشمولية بالشكل التالي كما يقترحه جابلونسكي²⁵⁶:

²⁵²د. رياض رشا البناء "إدارة الجودة الشاملة مفهومها وأسلوب إرسائها" ورقة علمية المؤتمر السنوي الواحد و العشرين للتعليم الإعدادي- يناير 2007 ..

²⁵³ د.بديسي فهيمة " تفعيل مدخل النظم لتحقيق الجودة الشاملة – دراسة تطبيقية في المؤسسة الاقتصادية الجزائرية " أطروحة دكتوراه دولة في علوم التسيير - جامعة منتوري قسنطينة - سبتمبر 2006 . ص 88.

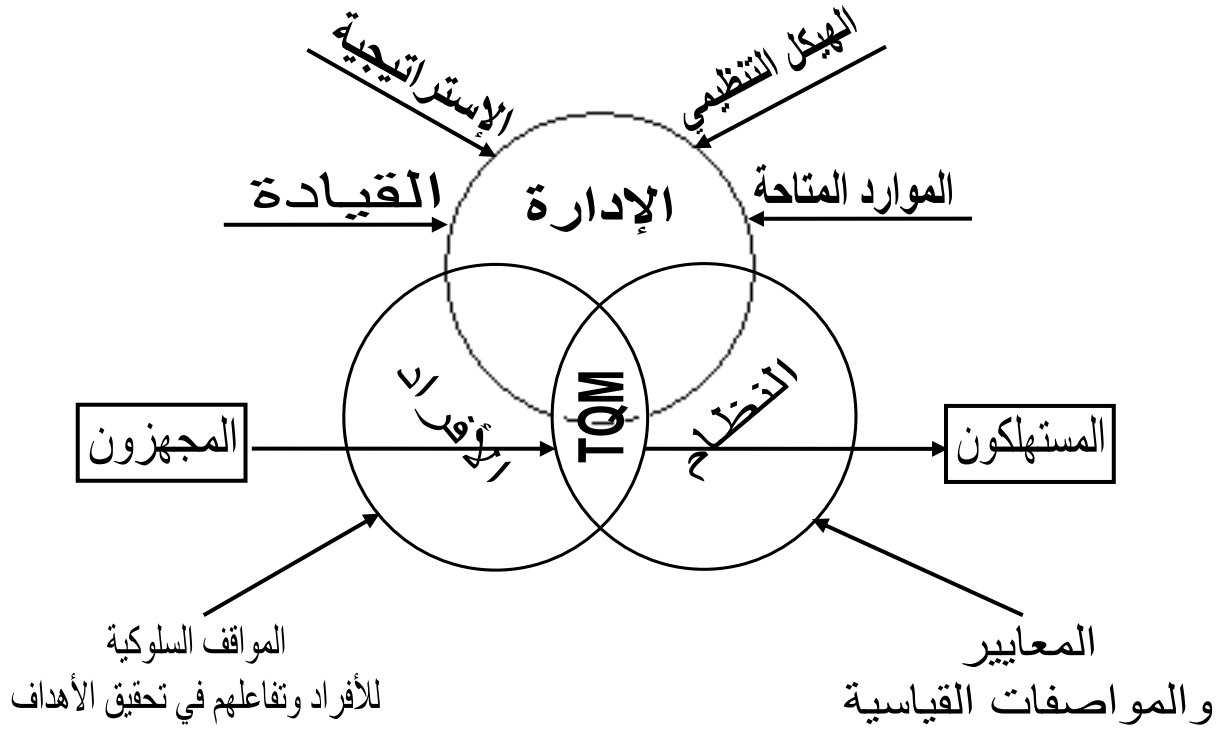
²⁵⁴ للمزيد من المعلومات عن TQM <http://mmsec.com/m3.htm>

²⁵⁵ أ.د.علي السلمي " إدارة التميز – نماذج و تقنيات الإدارة في عصر المعرفة " مكتبة الإدارة الجديدة – القاهرة – 2002 . ص 130.

²⁵⁶ د- رياض رشاد البنا "إدارة الجودة الشاملة –مفهومها و أسلوب إرسائها" ورقة عمل –المؤتمر السنوي 21 للتعليم الإعدادي- يناير 2007 –

ص2- 4 . www.education.gov.bh

الشكل رقم 7 : النظرة الشمولية لكل الأطراف في تحقيق أهداف المنظمة



المصدر: رياض رشا البنا " إدارة الجودة الشاملة مفهومها وأسلوب إرسائها "

إن عملية تطبيق الجودة الشاملة تحتاج إلى جملة من القواعد الأساسية و التي تكمن في إعادة هندسة الإجراءات و هي السبيل الوحيد لتطور المنظمات و التي تتطلب تغييرا جذريا في ثقافة المنظمة²⁵⁷، و يبرر قرار التطبيق بعاملان على جانب كبير من الأهمية يحتاج كل منهما إلى تحليل عميق و هما : أولا ما يمكن أن يترتب على هذا التطبيق من مزايا و ثانيا ما تحتمه الضرورة، لأنه لا توجد أمام الإدارة بدائل أخرى²⁵⁸. و تكمن أسباب الحقيقية في الاهتمام بتطبيق إدارة الجودة الشاملة فيما يلي:

✓ خفض التكلفة وزيادة الربحية

²⁵⁷ James Champy « Reengineering Management – The mandate for new leadership » HarperCollins e-books. Novembre 2006. P 28.

²⁵⁸ حروفش مدني المرجع السابق ص 111.

- ✓ تمكين الإدارة من دراسة احتياجات العملاء و الوفاء بها.
- ✓ تحقيق الميزة التنافسية والحصول علي شهادات دولية مثل ISO9000.
- ✓ المساهمة في اتخاذ القرارات و حل المشكلات بسهولة.
- ✓ تدعيم الترابط و التناسق بين إدارات المؤسسة ككل.
- ✓ تنمية الشعور بالانتماء لدى العاملين.
- ✓ تحسين صورة و سمعة المؤسسة في نظر العملاء و العاملين.

• مبادئ ادارة الجودة الشاملة

إن ضمان تطبيق الجودة هو برنامج يعمل على توجيه الأعمال الإدارية و يجلب انتباه الجميع²⁵⁹، و هذا ما عزز من وجود الاختلاف حول مفهوم الجودة الشاملة ، الذي يؤدي حتما إلى الاختلاف حول مبادئها و هي السمات أو الخصائص الإيجابية التي تسمح بتطبيق إدارة الجودة الشاملة ، و بمراجعة أدبيات إدارة الجودة الشاملة يتضح تبين آراء الكتاب حول المبادئ الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة ، و تسمى عادة هذه السمات أو الخصائص بالمبادئ الستة²⁶⁰ لإدارة الجودة الشاملة The six principals of T.Q.M، وفيما يلي عرض لأهم هذه المبادئ:

■ التركيز على المستهلك أو العميل من الخدمة . *A customer Focus*

ويقصد بالعميل (المستفيد) هنا ليس فقط العميل الخارجي إنما يمتد أيضا ليشمل العميل الداخلي في نفس المنظمة المتمثل في : الإدارات ، الأقسام و الأفراد ، حيث ينظر إلى هذه الجهات على أنها منتج و عميل في نفس الوقت . و تقوم فلسفة الجودة الشاملة على أن العميل هو الركيزة الأساسية التي يجب أن تنطلق منها طموحات المنظمة ، حيث أجمع العديد من الباحثين و المفكرين على أنه المحور الأساسي للأنشطة التي تتعلق بإدارة الجودة ، إذ أن جائزة مالكوم العالمية أعطت 25 % من علاماتها لاهتمام المنظمة بعملائها و تحقيق رغباتهم²⁶¹ . بمعنى ضرورة التعرف على حاجات العملاء والعمل على توفيرها بما يتماشى و توقعاتهم ، وهي بذلك تبدأ وتنتهي بالعميل.

²⁵⁹ Philip. B . Crosby « La Qualité c'est gratuit – L'art et la manière d'obtention la qualité » (Auteurs de la qualité sans larmes) Editions – Economica 1986.P 281.

²⁶⁰ د. إسماعيل عبد الفتاح ، المرجع نفسه ، ص 66.

²⁶¹ د. خضير كاظم حمود " إدارة الجودة الشاملة " دار المسيرة – عمان ، الأردن – الطبعة الثانية – 2005 – ص 98- 99 .

- **التركيز على العمليات مثلما يتم التركيز على النتائج** *A focus The process ad well alliance stratégique the result*

تقوم فلسفة إدارة الجودة الشاملة على ضرورة الاهتمام والتركيز على العمليات ولا يكون التركيز فقط على النتائج المحققة ، لأن النتائج في حد ذاتها تعكس جودة العمليات.

▪ **الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها** *Prévention versus inspection*

إذا طبق المبدأ الثاني يكون قد تحقق مبدأ الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها ، ويستلزم تطبيق مبدأ الوقاية من الأخطاء استخدام مجموعة من معايير القياس المقبولة للجودة أثناء العمليات ، بدلاً من استخدام هذه المعايير بعد وقوع الأخطاء (النتائج) ، هذا بالإضافة إلى أن مبدأ الوقاية من الأخطاء يحث العاملين على ضرورة مراعاته أثناء الممارسة اليومية لأعمالهم. وفي هذا الصدد نذكر أن هناك دراسة أجريت في أستراليا توصلت إلى أن تطبيق الجودة يمكن من تفادي حوالي 16,6% من مرضى تعرضهم لحادث ضار ، و 50% من الأخطار الممكن منعها²⁶².

▪ **شحن وتعبئة خبرات القوى العاملة** *Mobilizing expertise of the work force.*

إذا كانت المفاهيم التقليدية للإدارة تقوم على افتراض أن الأجر هو العنصر الوحيد لاهتمام الأفراد، فإن مفهوم إدارة الجودة الشاملة يقوم على أن التعويض المالي يمثل جزء من التعويض وليس كل التعويض، لأن التعويض يتضمن أيضاً: الشناء، الامتنان، المشاركة، ... الخ ، كما تقوم إدارة الجودة الشاملة أيضاً على أن العاملين لديهم المعلومات التي تمكنهم في حالة الاستثمار الأفضل لها من تطوير العمل وتحسين الأداء .

▪ **اتخاذ القرارات المرتكزة على الحقائق** *Fact-Based dicision Making*

تقوم إدارة الجودة الشاملة على المفهوم المؤسسي لحل المشكلات ، بمعنى إشراك كافة العاملين في جميع المستويات في حل المشكلات ، إضافة إلى اشتراك العميل (المستفيد) ، وهو ما يتطلب توافر كافة المعلومات الآمنة وفي الوقت المناسب لاتخاذ القرارات بدلاً من الاعتماد على التكهنات والافتراضات والتوقعات الشخصية ، كما يدعم هذا المبدأ أسلوب اللامركزية والعمل الجماعي.

²⁶² The Medical Journal of Australia « The Quality in Australian Health » - November 1995.

■ التغذية العكسية : Feed back

إن مفهوم التغذية العكسية يعد من المفاهيم المهمة و أهميته تساعدنا على فهم السلوك التنظيمي بشكل عام و نظام الاتصالات و تبادل المعلومات بين العاملين في المنظمة بشكل خاص ، و يعتبر وايتز Wiener أول من وضع هذا المصطلح في كتابه الذي نشر سنة 1948 حين أشار إلى أن التغذية العكسية هي عبارة عن تقرير عن الطاقة المخرجة و التي تعاد إلى النظام كمدخلات و في عمل لاحق عرفها كأسلوب أو طريقة للتحكم هي النظام²⁶³ ، كما تعتبر التغذية العكسية من عناصر الاتصال الهامة²⁶⁴ في نظام إدارة الأداء حيث تتصف بأنها تعطى في الوقت المحدد و بالشكل محدد و تتعلق بمسائل تقع تحت سيطرة الفرد، و إذا كان الأداء الجماعي ضروريا لتحقيق هدف معين يجب أن تعطى التغذية المرتدة للجماعة²⁶⁵. لا يمكن بحال من الأحوال أن تحقق المبادئ الخمسة السابقة نتائجها المطلوبة إلا بالحصول على التغذية العكسية، وهنا يتضح الدور الرئيسي للاتصال، وعليه فإنه يمكن القول أن التغذية العكسية للمعلومات الأمنية عامل أساسي لنجاح إدارة الجودة الشاملة.

● أهداف تطبيق الجودة الشاملة

إن الهدف الأساسي من تطبيق برنامج إدارة الجودة الشاملة هو تطوير الجودة المنتجات والخدمات المقدمة مع إحراز تخفيض في التكاليف والإقلال من الوقت والجهد الضائع لتحسين الخدمة المقدمة للعملاء وكسب رضاهم.

هذا الهدف الرئيسي يشمل ثلاث فوائد رئيسية مهمة وهي :

- خفض التكاليف : إن الجودة تتطلب عمل الأشياء الصحيحة بالطريقة الصحيحة من أول مرة وهذا يعني تقليل الأشياء التالفة أو إعادة إنجازها وبالتالي تقليل التكاليف
- تقليل الوقت اللازم لإنجاز المهمات للعميل : فالإجراءات التي وضعت من قبل المؤسسة لإنجاز الخدمات للعميل قد ركزت على تحقيق الأهداف ومراقبتها وبالتالي جاءت هذه الإجراءات طويلة وجامدة في كثير من الأحيان مما أثر تأثيراً سلبياً على العميل .

²⁶³ أحمد مداوس الياامي " مفهوم التغذية العكسية في حقل السلوك التنظيمي : مراجعة لبعض الادبيات الغربية " المجلة العربية للعلوم الادارية ، جامعة الكويت - المجلد 12 / العدد 3/ سبتمبر 2005. ص 358 - ص 360.

²⁶⁴ محفوظ احمد جودة " إدارة الجودة الشاملة - مفاهيم و تطبيقات" دار وائل للنشر- عمان - الأردن - الطبعة الثانية - 2006. ص141.

²⁶⁵ ماريون إي هاينز "إدارة الأداء - دليل شاملا للإشراف الفعال" ترجمة محمود مرسي /زهير الصباغ - إدارة البحوث - معهد الإدارة العامة - المملكة العربية السعودية 1988 ص432.

➤ تحقيق الجودة : وذلك بتطوير المنتجات والخدمات حسب رغبة العملاء ، إن عدم الاهتمام بالجودة يؤدي لزيادة الوقت لأداء وإنجاز المهام وزيادة أعمال المراقبة وبالتالي زيادة شكوى المستفيدين من هذه الخدمات .

و تستطيع المنظمة تحقيق مجموعة من الأهداف بتطبيقها لبرنامج إدارة الجودة الشاملة و التي يمكن تلخيصها في النقاط التالية :

- خلق بيئة تدعم وتحافظ على التطوير المستمر مع إشراك جميع العاملين في التطوير .
- متابعة وتطوير أدوات قياس أداء العمليات.
- إيجاد ثقافة تركز بقوة على العملاء .
- تحسين نوعية المخرجات
- زيادة الكفاءة بزيادة التعاون بين الإدارات وتشجيع العمل الجماعي .
- تحسين الربحية والإنتاجية .
- تعليم الإدارة والعاملين كيفية تحديد وترتيب وتحليل المشاكل وتجزئتها إلى أصغر حتى يمكن السيطرة عليها.
- تدريب الموظفين على أسلوب تطوير العمليات و تقليل المهام عديمة الفائدة زمن العمل المتكرر.
- زيادة القدرة على جذب العملاء والإقلال من شكاويهم وتحسين الثقة وأداء العمل للعاملين.
- التحكم في إدارة الضغوط و الصراعات داخل المنظمة.
- محاربة انعدام إدارة الجودة الشاملة والذي يتلخص في التنسيق الأفقي السيئ بين المصالح²⁶⁶ و تلخص أهداف إدارة الجودة الشاملة في قطاع المستشفيات خصوصا فيمايلي:
 - إعداد المستشفى للتحديات التي تواجهها والتي سوف تواجهها بالمستقبل عن طريق تحسين بناء المؤسسة، وإجراءاتها ومواردها البشرية.
 - تحويل طريقة عمل المستشفى من الهيكلية المبينة على نظام الوظيفة إلى التركيز على الإجراءات، وذلك لزيادة رضا العميل.
 - تحديد وجود أي خلل في استغلال الموارد البشرية والتكنولوجية.
 - عمل آلية للتغلب على المشاكل التي ستنتج عن الهيكلية الجديدة للمستشفى.

²⁶⁶ Marie – Catherine Escolan « Human Resources Management & Total Quality Management – A propos d'une étude de cas hospitalière » DES – Université de Montréal – Université de Technologie de Compiègne – Ecole Nationale de la santé Publique. 2001. P 16.

- الحصول على شهادة الايزو.
 - تدريب مجموعة مختارة من موظفي المستشفى لإكسابها المهارات والمعرفة اللازمة للمساهمة في مشروع تحقيق الجودة.
- و لتحقيق هذه الأهداف ينحصر مجال العمل في عقد ورش عمل لتحسين الأداء و ذلك من خلال:
- 1- مراجعة وتحليل البناء الحالي للمستشفى ،تحسين وتطوير الإجراءات.وتوثيقها بالشكل الذي يتماشى مع متطلبات شهادة الايزو ،إجراء مراجعة للموارد المطلوبة ومن ثم إجراء عملية تحليل فجوات القصور إن وجدت
 - 2- تغيير البناء العام بشكل يتماشى مع أهدافها الإستراتيجية. تحديد وتصميم مؤشرات الأداء.
 - 3- إجراء دراسات لتحليل العمل في مختلف الإدارات في المستشفى.و تحديد نقاط وطرق الالتقاء بين الإدارات لضمان السلاسة في العمل.
 - 4- عمل خطة التحويل التدريجي إلى الهيكل الجديد.و تدريب عدد من الموظفين لتنفيذ خطة إعادة بناء المستشفى.

2-2 الدراسات و التطبيقات السابقة

تعد مراجعة الأدبيات المتخصصة من ركائز البحث النوعي، حيث يعد من ابرز المداخل البحثية المستخدمة في دراسة جودة الرعاية الصحية. و قد سعت هذه الدراسة إلى مراجعة أبرز الدراسات السابقة للتعرف على مجمل ما توصل إليه الباحثون في مجال دراسة و تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة لان عملية التطبيق تحتاج إلى معرفة مسبقة حول واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مختلف المنظمات عموما و في المستشفيات على وجه الخصوص ، و معرفة محددات الجودة من منظور العاملين و القائمين على هذه الخدمات ، و ذلك بهدف الاستفادة منها في تحديد الإطار المنهجي لهذه الدراسة . و لما كان موضوع الدراسة هو متطلبات تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة بشرط القضاء و التقليل من الضغوط التنظيمية ، سعيًا للوقوف على أهم أوجه القصور في هذه المتطلبات ، سوف تعرض الباحثة بصورة مختصرة أهم دراسات الغربية و العربية التي أتاحت لها في هذا مجال إدارة الجودة الشاملة في قطاع المستشفيات . لقد بدأت الدراسات الخاصة بهذا المفهوم من خلال مقارنة الإدارة اليابانية بالإدارة الأمريكية و ذلك على اثر النجاح الذي حققته في أواخر

السبعينات و الثمانينات من القرن الماضي²⁶⁷. سوف نتناول في البداية مختلف الدراسات الغربية و بعدها نتطرق إلي الدراسات العربية التي ثمنت مجال إدارة الجودة الشاملة.

• الدراسات الغربية

لقد بدأت الدراسات الخاصة بهذا المفهوم من خلال مقارنة الإدارة اليابانية بالإدارة الأمريكية وذلك على اثر النجاح الذي حققته في أواخر السبعينات و الثمانينات من القرن الماضي²⁶⁸.

■ دراسة كوزير 1963

تعتبر دراسة كوزير من أوائل الدراسات التي اهتمت بظاهرة الاغتراب في المستشفيات، حيث درس العلاقة بين كل من الاغتراب الوظيفي و البناء الاجتماعي على أحد المستشفيات في غرب أمريكا . و ركز كوزير على ضرورة عدم تطبيق نظام بيروقراطية التنظيم ، محذرا من النتائج السلبية ، إذ تؤدي إلي الاغتراب في العمل بين الأعضاء العاملين داخل المستشفى ، كما لاحظ نوعا من الاغتراب في العمل بين الفئات العاملة خاصة فئة التمريض نظرا لطبيعة علاقات العمل الداخلية في المستشفى²⁶⁹. و هناك دراسات مماثلة في نفس الميدان تمت من قبل العديد من الدارسين كلها اهتمت بظاهرة الاغتراب التي تؤثر سلبا على مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات.

■ دراسة أورسلوت 1984

تناولت هذه الدراسة أثر المتغيرات التنظيمية على ترك العمل لدى الممرضات، فقد وجد أن المشاركة في عملية اتخاذ القرارات هي من أهم العوامل لجذب الممرضين و هذا ما تحرص عليه إدارة الجودة الشاملة ، كما أن هناك علاقة ايجابية بين ترك العمل و الراتب²⁷⁰

■ دراسة جوزيف لاتونا و هيلين لافان Joseph C.L & Helen Lavan 1993

أكدت هذه الدراسة على أن تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة يعد من أساليب الإدارة الحديثة التي تعمل على تحسين اتجاه و ولاء الموظفين في مجال العمل و تفاعلهم و تعاونهم مما ينعكس على تحسين المنتج أو الخدمة المقدمة²⁷¹.

²⁶⁷ د. عبد الرحمن أحمد محمد هيجان " منهج عملي لتطبيق إدارة الجودة الكلية " الإدارة العامة - المجلد 34/ العدد3/ ديسمبر 1994. ص415.

²⁶⁸ د. عبد الرحمن أحمد محمد هيجان " المرجع السابق - ص415.

²⁶⁹ عبد اللطيف ماجد عنور " الاغتراب الوظيفي و مصادره :دراسة ميدانية حول علاقتهما ببعض المتغيرات الشخصية و التنظيمية في القطاع الصحي الأردني بإقليم الشمال" الإدارة العامة - المجلد التاسع و الثلاثون - العدد الثاني 1999. ص349.

²⁷⁰ عبد اللطيف ماجد عنور " المرجع السابق " ص351.

²⁷¹ د. عبد الرحمن أحمد محمد هيجان " المرجع السابق ص416 .

■ دراسة بروكتور وكمبيل (Proctor, and Campbell 1999)

لقد قامت الدراسة بإجراء مقابلات شخصية مع عدد من مقدمي الرعاية الصحية بجميع فئاتهم ، وتوصلت إلى أهمية أن يشتمل إطار تقييم الرعاية الصحية الأولية على سبعة عشر عنصر للتقييم وهي: تجربة المريض، الأنشطة الإكلينيكية، تحسين و تطوير الخدمات، سهولة الحصول على الخدمة، تعزيز المستوى الصحي للمجتمع، الكفاءة، تحسين مخرجات الرعاية. و قد تميزت الدراسة بالعمق في التحليل و الطرح باستخدام نموذج النظرية المجذرة للبحث النوعي.²⁷²

■ دراسة كاونت (Counte et al., 1992)

استهدفت هذه الدراسة الوقوف على تأثير إدارة الجودة الشاملة على أداء مقدمي الخدمة في قطاع الخدمات الصحية ، وأسفرت نتائجها عن أن الأفراد الذين شاركوا في برامج تدريبية عن الجودة الشاملة كانوا أكثر رضا عن وظائفهم ، فضلا عن وجود اتجاهات إيجابية لديهم بخصوص المناخ التنظيمي والإمام بمبادئ الجودة الشاملة وكل هذه الاتجاهات تؤثر بشكل إيجابي على تميز أدائهم في الواقع العملي.²⁷³

■ دراسة سكولي (Scully, 1993)

أجريت هذه الدراسة على بعض المنظمات الحكومية ، وأسفرت نتائجها عن أن أغلب الحالات التي شملتها الدراسة لم يكن هناك دافع للتغير بسبب وجود الكثير من المعوقات المتمثلة في القواعد والتعقيدات التي تقف حائلا لظهور إدارة فعالة تمهد للتغير التنظيمي الذي تتطلبه فلسفة إدارة الجودة الشاملة.²⁷⁴

■ دراسة كرافهوك (Kravchuk and Leighton, 1993)

أجريت هذه الدراسة على (50) جهاز حكومي في الولايات المتحدة الأمريكية ، واستهدفت التعرف على مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في هذه الأجهزة ، وأسفرت نتائجها عن أن أهم

²⁷² د. حنان عبد الرحيم الأحمدى " محددات جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية – دراسة نوعية " الإدارة العامة – المجلد السادس و الأربعون – العدد الثالث- أغسطس 2006 ص.456.

²⁷³ Counte, M. A, Glandon, G. L, Oleske, D. M. and Hill J. P., Total Quality Management in Health Care Organization: How are Employees Affected? "Hospital and Health Services Administration, Vol. 37, No., 4, winter, 1992, PP. 503-518.

²⁷⁴ Scully J., "Can our Government Support T.Q.M.?" Journal for Quality and participation, Vol. 6, No. 4, July – Aug., 1993, PP. 72-75.

الفوائد المترتبة على تطبيق إدارة الجودة الشاملة مرتبة حسب أهميتها تتمثل في : تحسين الإنتاجية ،
الوفاء باحتياجات المتعاملين ، وتخفيض النفقات المالية.

■ دراسة كلاين (Kline, 1993)

أجريت هذه الدراسة على بعض المؤسسات الحكومية في الولايات المتحدة الأمريكية واستهدفت
الوقوف على أهم الفوائد التي يمكن أن تحققها تلك المؤسسات من وراء تبني برنامج فعال لتحسين
الجودة ، وأسفرت نتائج هذه الدراسة أن أهم الفوائد تتمثل في : زيادة الإنتاجية ، التقليل من
البيروقراطية ، تخفيض التكلفة ، مساعدة الدولة في حماية اقتصادها وكسب تأييد الرأي العام ،
زيادة الكفاءة ، وكسب تأييد القطاع الخاص.

■ دراسة بالدوين (Baldwin , 1994)

أجريت هذه الدراسة على بعض المستشفيات غير الهادفة للربح ، واستهدفت الوقوف على أثر
تطبيق إدارة الجودة الشاملة على معدل دوران العمالة في هذه المستشفيات ، وأسفرت نتائجها عن
أن برامج تحسين الجودة قد ساهم في تخفيض معدل دوران العمالة الذي كان يتراوح بين 15%
— 20% إلى أقل من 4% بعد تطبيق البرنامج.

■ دراسة بمووسكي (Bemowski, 1995)

إستهدفت هذه الدراسة الوقوف أهم أسباب فشل إدارة الجودة الشاملة في المنظمات التي طبقت
هذا المدخل وأسفرت نتائج هذه الدراسة عن أن أهم ثلاثة أسباب لفشل إدارة الجودة الشاملة
تتمثل في : ضعف التركيز ، عدم كفاءة القيادة ، عدم وضوح الفرق بين أساليب الجودة الشاملة
وفلسفه الجودة الشاملة ، وإضافة الدراسة بعض الأسباب الأخرى هي :

*عدم وجود هدف محدد وقيادة ملتزمة * غياب التخطيط الإستراتيجي لقنوات الاتصال * عدم
تكوين مجموعات عمل لتحسين الجودة * غياب الالتزام بالفلسفة ذاتها عدم إعطاء الأفراد التفويض
الكافي اللازم لنجاح الجودة الشاملة.

■ دراسة بيك و بارنس (Pike and Barnes, 1996)

أجريت هذه الدراسة على قطاع الخدمات الهندسية ، واستهدفت تحديد أهم الفوائد التي تحققت
نتيجة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في هذا القطاع ، وأسفرت نتائج هذه الدراسة عن أن أهم

الفوائد المحققة تتمثل في : تخفيض عدد الشكاوى ، تخفيض التكلفة ، زيادة رضا العملاء ، زيادة الربحية، وجذب عملاء جدد لديهم الرغبة في دفع أتعاب أكثر مقابل الحصول على خدمة مميزة.

■ دراسة (Dale et al., 1997)

أوجزت هذه الدراسة عوائق نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة والتي تناولتها الدراسات السابقة وحددتها في عدم توافر العوامل التي تدعم وتساند الفلسفة وتخلق البيئة المناسبة لنجاحها والتي تتمثل في:

- قيادة غير ملتزمة بالفلسفة
- الخوف من التغيير
- نقص المهارات والتدريب على حل المشكلات
- الفشل في استكمال مشروع الجودة الشاملة
- تفكك وعدم استمرارية مجموعات تحسين الأداء
- نقص الموارد المخصصة و عدم كفاية المعلومات وطرق تحليلها.

■ دراسة ريدن (Ruden, 1998)

استهدفت هذه الدراسة الوقوف على رؤية المسؤولين حول الثقافة التنظيمية الملائمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة وذلك في قطاعات متنوعة وأسفرت نتائجها عن وجود فروق معنوية إحصائية بالنسبة لبعض المتغيرات وهي : القيادة ، التخطيط الاستراتيجي ، العلاقة مع الموردين ، تحسين العمليات ، نظم المكافأة والتشجيع ، وتكوين مجموعات العمل.

■ دراسة مارشال (Marshall, 1999)

تم في هذه الدراسة التعرف على معوقات تطبيق منهجيات تحسين الجودة في قطاعات الرعاية الصحية، بإجراء الدراسة على عينة من القيادات العليا و التنفيذية في المملكة المتحدة، فتوصلت الدراسة إلى تحديد سبعة معوقات هي ²⁷⁵ :

- غياب الخطط الإستراتيجية للرعاية الصحية
- تضارب أولويات القائمين على القطاع

²⁷⁵ د . حنان عبد الرحيم الأحمدى " محددات جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية - دراسة نوعية " الإدارة العامة - المجلد السادس و الأربعون - العدد الثالث- أغسطس 2006 ص457.

- حساسية العاملين في المجال الطبي
- عدم توافر المعلومات و تدني جودة المعلومات الطبية
- عدم وضوح الأدوار و المسؤوليات الخاصة بالمديرين
- عدم توفر السلطة اللازمة لإجراء التغيير

■ دراسة توماس و جويلن (Tomas and Guillen, 2002)

تناولت هذه الدراسة البعد الأخلاقي للقيادة في تنفيذ إدارة الجودة الشاملة ، و حاول الباحث الربط بين البعد الأخلاقي للقيادة و كل مبدأ من مبادئ إدارة الجودة الشاملة ، و توصل في نهاية الدراسة إلى أنه لا يمكن تنفيذ مبادئ إدارة الجودة الشاملة بمعزل عن البعد الأخلاقي للقيادة.

■ دراسة كامبل (Campbell, Sheaf, Marshall, et al , 2002)

أقيمت هذه الدراسة بغرض تقييم نظام الحكم الإكلينيكي و الذي يمثل أحد أشكال أنظمة إدارة الجودة في المملكة المتحدة ، و قد وجدت الدراسة أن ذلك يتطلب تهيئة ثقافية و تغيير الثقافات السائدة و تغيير الجوانب التنظيمية إلى جانب توفير الدعم المادي و مشاركة العاملين²⁷⁶.

● الدراسات العربية

هذه مجموعة من الدراسات العربية السابقة التي تناولت كل من ظاهري تطبيق إدارة الجودة الشاملة و الضغوط التنظيمية في القطاعات الصحية التي كانت مجالات للدراسة و حقولاً للبحث :

■ دراسة خاشفجي 1996

تناولت هذه الدراسة نظام الجودة الشاملة وإمكانات القيادات الإدارية في تطبيقها في الدوائر الحكومية بالمملكة العربية السعودية ، واستهدفت قياس اتجاهات القيادات نحو المفاهيم الأساسية والمبادئ القائم عليها الأسلوب ، وأسفرت نتائجها عن عدم وجود اختلافات جوهرية في اتجاهات القيادات الإدارية نحو بعض المبادئ وكذا نحو العناصر المكونة للمبدأ²⁷⁷.

■ دراسة الوائلي 1998

تهدف إلى التعرف على مستويات ضغوط العمل التي يتعرض لها الممرضون القانونيون العاملون في المستشفيات الحكومية، والخاصة بالأردن وعلاقة الممرض بالطبيب والمريض والإدارة والزوار

²⁷⁶ د . حنان عبد الرحيم الأحمدى " المرجع السابق-ص457.
²⁷⁷ هاني يوسف خاشفجي ، "نظام الجودة الشاملة وإمكانات القيادات الإدارية في تطبيقها في الدوائر الحكومية في المملكة العربية السعودية" ،
 المجلة المصرية للدراسات التجارية ، كلية التجارة جامعة المنصورة ، المجلد (20) العدد (12) 1996، ص 539 - 566.

والزملاء في العمل، وبينت وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى المتغيرات الخاصة بعلاقة الممرض بكل من الطبيب والمريض والزوار في حين توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى متغير الزملاء في المهنة وتوصلت إلى أن أفراد العينة من المستشفيات الخاصة يشعرون بمستوى أعلى من ضغوط العمل بالمقارنة مع زملائهم في المستشفيات الحكومية".

■ دراسة الطعامة 2001

سعت هذه الدراسة للوقوف على العلاقة بين الثقافة التنظيمية وإدارة الجودة الشاملة في بعض الوزارات والدوائر الحكومية الأردنية، وأسفرت نتائج هذه الدراسة عن حتمية مراعاة بعض الجوانب ضمن الثقافة التنظيمية²⁷⁸ وهي:

- فهم الثقافة التنظيمية الحالية.
- التزام الإدارة العليا بتغيير الثقافة التنظيمية بالقول والعمل.
- تقديم الدعم المادي لإحداث التغيير المطلوب.
- تشجيع اهتمام العاملين بإحداث التغيير.

■ دراسة العمر 2002

تناولت هذه الدراسة مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض، واستهدفت التعرف على أقل المبادئ تطبيقاً، وأسفرت النتائج عن أن مبدأ "اتخاذ القرارات بناء على المعلومات" أقلها تطبيقاً، كما أسفرت النتائج أيضاً عن تفاوت مستويات التطبيق بالمستشفيات محل الدراسة، وأن مستوى التطبيق بشكل عام لم يصل إلى المستوى المطلوب²⁷⁹.

■ دراسة حاتم 2002

أجريت هذه الدراسة على مستشفى النعمان في مدينة بغداد بالعراق بخصوص النوعية و كان من بين أحد نتائجها الرئيسية هو اختبار لمعرفة الأهمية النسبية التي تمثلها أبعاد النوعية للخدمة الصحية المقدمة من قبل الأطباء الاختصاص و المقيمين للمرضى الراقدين أو الزائرين للمستشفى. و توصلت الدراسة إلى وجود تقارب شديد في الأهمية النسبية و أن الفروق بسيطة إلى حد كبير،

²⁷⁸ محمد الطعامة، " الثقافة التنظيمية وإدارة الجودة الشاملة مع التطبيق على بعض وحدات القطاع العام في الأردن، المجلة العلمية لبحوث والدراسات التجارية، العدد (3)، 2001، ص385.

²⁷⁹ بدران بن عبد الرحمن العمر، " مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض: من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض، الإدارة العامة، الرياض: معهد الإدارة العامة، المجلد (42)، العدد (2)، يونيو: 2002، ص 307 - 352.

مما يدل على تقارب الاتصال بين الأطباء و المرضى، و أثبتت هذه الدراسة تماثل الأهمية النسبية للأطباء الاختصاص و المقيمين مع المقياس المعياري المعتمد والمتمثل في مقياس كوتلر Kotler²⁸⁰، باستثناء واضح لكل من بعدي المعولية و الملموسية²⁸¹.

■ دراسة باسل الخضري

تهدف إلى التعرف على إستراتيجيات التأقلم المستخدمة من قبل المرضى العاملين تحت الضغوط في مكان العمل، وذلك باستخدام مقياس التأقلم للبالغين، وقد شملت الدراسة مائة وأربعة ممرضاً "104" من العاملين في مستشفى كمال عدوان، ومستشفى شهداء الأقصى ودلت الدراسة على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى والمرضات في أبعاد مقياس استراتيجيات التأقلم.

■ دراسة جودت سعادة وزهدي طييلة وروحي عبدات وسماعيل أبو زيادة

هدف إلى قياس ضغوط العمل التي تواجه المرضى والمرضات في مستشفيات محافظة نابلس الفلسطينية خلال انتفاضة الأقصى في ضوء ستة متغيرات هي: الجنس، وسنوات الخبرة، ونوع المستشفى، والحالة الاجتماعية، ومكان السكن، والمستوى الأكاديمي. وقد تم تطوير إستبانة من خمسين فقرة لقياس ضغوط العمل هذه، وذلك بعد تحكيمها وإخراج معامل الثبات باستخدام معادلة كرونباخ ألفا، حيث بلغ (0.94). وقد تم توزيع هذه الاستبانة على (144) من المرضى والمرضات في مستشفيات محافظة نابلس الفلسطينية. و لاختبار الفرضيات، استخدم الباحثون اختبار (ت) لمجموعتين مستقلتين، واختبار تحليل التباين الأحادي . Anova One Way . وقد أظهرت النتائج مستوى مرتفعاً من ضغوط العمل عند المرضى والمرضات، حيث حصلت الدرجة الكلية لضغوط العمل على درجة مرتفعة بنسبة 75.6%، كما تبين وجود فروق في مستويات ضغوط العمل تعزى لمتغير الجنس ولصالح الذكور، ولمتغير نوع المستشفى ولصالح المستشفيات الحكومية، ولمتغير مكان السكن ولصالح المرضى والمرضات الذين يسكنون خارج مدينة نابلس، ولمتغير المستوى الأكاديمي ولصالح حملة شهادة البكالوريوس فأعلى في التمريض كذلك أوضحت النتائج عدم وجود فروق تعزى لمتغير سنوات الخبرة والحالة الاجتماعية للمرضى والمرضات.

²⁸⁰ لقد اعتمدت الباحثة في الدراسة الميدانية على الأهمية النسبية لأبعاد الجودة على مقياس كوتلر Kotler .
²⁸¹ ثامر ياسر البكري " تسويق الخدمات الصحية " دار اليازوري العلمية - الطبعة العربية - 2005 . ص 214.

المبحث الثاني : إدارة الجودة الشاملة في قطاع المستشفيات

1- الجودة في القطاع الصحي

1-1 تطور مفهوم جودة الخدمة الصحية

• الحقب التاريخية للتطور

إن الحاجة إلي وجود جودة حقيقية في القطاع الصحي لا يعود إلي الأمس و لكن إلي محاولات العديد من المختصين في الخدمة الصحية مثل سملويس Semmelweis 1818-1865 و فلورنس نيتنقال Florence Nightingale 1820-1910، و تعود أول الجهود الحقيقية إلي سنة 1920 في الولايات المتحدة الأمريكية بواسطة جمعيات مهنية ، و كان كل من لبي و جونس Lee et Jones أول من عرفا جودة الخدمات الطبية وذلك في 1933 "هي تطبيق لكل الخدمات الضرورية للطب العلمي العصري لتلبية حاجيات المجتمع"²⁸². و في عام 1987 دخل الدكتور ديمينغ Deming احدي المستشفيات القريبة من منزله في واشنطن، حيث كان يعاني من التهاب الأوردة في ساقه اليمنى و أثناء تلقيه العلاج ارتكبت احدي المرضات خطأ فادحا تسبب في خلل أصاب حافره الأيمن الخلفي و قال ديمينغ في مذكرته الي كتبها أثناء إقامته بالمستشفى في سبتمبر 1987 و نشرها في ربيع 1990 في مجلة جمعية النظم الصحية: "أن الطبيب المعالج باكتشافه للخطأ أكد لديمينغ متابعة إصلاحه بكل التفاصيل الدقيقة، و لن يحدث مرة أخرى. هذه العبارة المعتادة و هي العمل على إصلاح العيب فقط و ليس العمل من اجل إصلاح السبب الذي أحدثه " و هنا توصل ديمينغ Deming إلي نتيجة مؤداها أن مشرف المستشفى لم يكن يستخدم نظام إدارة الجودة و ليس في مقدور الأطباء و لا المرضات أن يغيروا من هذا النظام المستخدم، و بالتالي فان كل الأخطاء التي حدثت معه سوف تستمر و تقع مع آخرين²⁸³. و تتضح أهمية إهتمام المستشفيات بالجودة أيضا من خلال ما عرضته شركة KMPG ، في عام 1988 عن الجودة الشاملة في المنظمات TQO بالو.م.أ و قد بينت وجود علاقة بين التكلفة و جودة الرعاية الصحية²⁸⁴.

²⁸² A. Jacquerye «OPCIT» . P 10.

²⁸³ لويد دوبينز/كليركراو فوردماسون "إدارة الجودة التقدم و الحكمة و فلسفة ديمينغ"ترجمة حسين عبد الواحد-الجمعية المصرية لنشر المعرفة والثقافة العالمية-الطبعة الأولى 1997 ص165/166.

²⁸⁴ هيو كوش "إدارة الجودة الشاملة -تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية و ضمان الالتزام بها " ترجمة:طلال بن عايد الأحمدى - مركز البحوث - معهد الإدارة العامة ، المملكة العربية السعودية - 2002. ص 38 .

و يمكن الإشارة إلى أن كندا و الو.م.أ بدأت في تطبيق مفهوم الجودة منذ الخمسينات من القرن الماضي و حالياً الاهتمام مركز في ميدان المؤسسات الصحية²⁸⁵، حيث أصبح تسيير جودة الخدمات الصحية الشغل الشاغل لكل الأنظمة الصحية العالمية²⁸⁶.

إن غياب الاهتمام "بالعميل عفوا المريض" قد يكون أحد الأسباب التي أدت إلى التغيير في العلاقات في مجال الطب من واقع ملاحظات باتالدين و هو يري ثلاث فترات مميزة في تاريخ الطب فقبل عام 1700 كان الشفاء مسألة متروكة للأمل و الرجاء لأن الأطباء لم يكونوا يستطيعون أخذ قراءة النبض حتى حلول عام 1707 و قراءة ضغط الدم حتى عام 1762 أو درجة الحرارة حتى عام 1730. و على مدى الفترة التي أستغرقت ما بين 200 الي 250 عاما، أصبح الطب علما له أسس وقواعد و منذ 1980 أصبح للطب معايير و مقاييس آخذة في التغيير تفتح مجالات واسعة صوب أسلوب جديد للتفكير حول الجودة و التحسين.²⁸⁷ و على الرغم من أن بداية الجودة الشاملة كانت في الصناعة ، حيث ظهر إستخدام أساليب المراقبة الإحصائية لتقليل الوحدات المعيبة ، إلا أن الفكرة انتشرت لتشمل كافة الخدمات والمنظمات الحكومية²⁸⁸. و يعود التوجه نحو تطبيق مبادئ الجودة الشاملة في القطاع الصحي إلى (Berwich, et al.) بتبنيه مفهوم تحسين الجودة المستمر والذي يطلق عليه الآن المختصين مفهوم "إدارة الجودة الشاملة"²⁸⁹.

و قد تزايد الإهتمام بتطبيق هذا المدخل في الولايات المتحدة الأمريكية بعد أن إشتطت الهيئة المشتركة لإعتماد المستشفيات ضرورة تبني منهج إدارة الجودة الشاملة بدلاً من ضمان الجودة ضمن المعايير الأساسية لإعتماد المستشفيات ، و بحيث يكون هناك آلية واضحة للتحسين المستمر، وإمكانية قياس و توثيق النتائج بما يتفق مع مبادئ الجودة الشاملة²⁹⁰. و رغم أن دراسة Greenberg and Lezzoni في سنة 1995 أكدت على أنه ليس من السهل تعريف الجودة خاصة في القطاع

²⁸⁵ Lozeau, Daniel « L'effondrement tranquille de la gestion de la qualité : résultats d'une étude réalisée dans douze hôpitaux public au Québec » Ruptures , Revues transdisciplinaire en santé- P187- P208.

²⁸⁶ Francois Rheaum « Les risques de gestion de la qualité des soins dans les hôpitaux au Québec » Ruptures , Revues transdisciplinaire en santé - 2001 -P 6- P25.

http://www.scinf.umontreal.ca/Cours/SOI6230/Documents/Francois_et_Rheume_2001.pdf

²⁸⁷ لويد دوبييز "نفس المصدر" ص168.

288 د- جاد الرب عبد السميع حسانين "متطلبات تطبيق مبادئ الجودة الشاملة - وجهة نظر المسؤولين بمستشفيات جامعة المنصورة" جامعة المنصورة - 2003. ص 2.

²⁸⁹ Teichholz, L. E. "Quality Deming's Principles and physician", the mount Sinai J of Med, Vol. 60, No. 5, 1993, PP. 350-358.

290 حنان عبد الرحيم الأحمدى ، " التحسين المستمر للجودة : المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية ، الإدارة العامة ، الرياض : معهد الإدارة العامة ، المجلد (40) العدد (3) ، 2000 ، ص 409 - 443.

الصحي²⁹¹، وذلك لطبيعة " الصحة "، حيث أنها موضوع شخصي خاص بالمريض ، ويختلف حوله الأفراد باختلاف توقعاتهم وتقديراتهم الشخصية ، إلا أن منظمة الصحة العالمية ترى الجودة في التوافق مع المعايير والأداء السليم بأسلوب آمن ومقبول من المجتمع ، وبتكلفة مقبولة ، بهدف تقليل نسبة المرضى ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية²⁹² ، كما عرفت أيضاً على أنها الدرجة التي تكون عندها خدمات الرعاية الصحية المقدمة للأفراد والمجتمعات قادرة على زيادة احتمال تحقيق النتائج المرغوبة ، على أن تسير تلك الخدمات المعرفة المهنية الراهنة المصاحبة للممارسة الأفضل²⁹³. كما عرفت الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية في 1987 الجودة بأنها " درجة الالتزام بالمعايير الحالية والمتفق عليها للمساعدة في تحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص مشكلة طبية معينة ". وفى التقرير عن الدراسة التي قام بها المعهد الأمريكي للطب، عرفا (Lohr. and Harris, 1991) الجودة الصحية بأنها مدى الزيادة المحتملة للنتائج الصحية المتوخاة من الخدمات الصحية المقدمة للأفراد والسكان والتي تكون متناسقة مع المعرفة المهنية الحالية²⁹⁴. أما Monica and Morgan²⁹⁵ فقد ذكرا أن الرعاية الصحية لها ثلاثة جوانب :

الأول: فني ذو صلة بتطبيق العلوم والتقنية الطبية للتعامل مع المشكلات.

الثاني: إنساني ذو صلة بالعلاقات الاجتماعية والنفسية بين المريض ومقدم الخدمة.

الثالث : يتعلق بتحقيق احتياجات العميل من الكماليات (المكان والإجراءات ...).

وبناء على ما تقدم بات موضوع الجودة الشاملة أمراً جديراً بالاهتمام والبحث ، و أصبحت جودة الخدمات الصحية مفتاح الطب الحديث²⁹⁶. وقد آن الأوان للإدارة العربية أن تبدأ اقتناص فرص الأخذ بهذا المدخل ، وهذا ما دفع الباحثة لاختيار هذا الموضوع بما يعد إسهاماً متواضعاً في

²⁹¹ Greenberg, Linda G and Lezzoni, Lisa I., Quality in Calkins D., Fernadopulle R, J., and Marino B.S. (Eds.) Health Care Policy Oxford, Blackwell, 1995, PP. 194-195

292 نها عادل أخضر "مفهوم الجودة في الخدمات الصحية سلسلة ضمان الجودة"وزارة الصحة الأردنية) عمان ، 1994 ص8.

293 Brown, Janet A., The Quality Management Professional's Study Guide, 12th Ed. Pasadena, Managed Care Consultants. 1997, P. 3.

²⁹⁴ جاد الرب عبد السميع حسنين – نفس المصدر – ص5.

295 Monica, Elaine and Morgan P., " Management in Health Care: A theoretical and experiential approach Kent, MacMillan, 1994, P. 327.

²⁹⁶ Michael Peltenberg et les autres « La qualité : une interaction de toutes les forces en présence dans le domaine médical » EMH – Communication- Deutsch erschienen in NR.18/2005 – P 1216 - www.saez.ch.pdf

هذا المجال. ولما كان القطاع الصحي يعاني الكثير من أوجه القصور فقد وقع اختيار على مستشفيات كمجال للتطبيق نظراً لما يقدمه هذا القطاع من خدمات.

وبناء على المفاهيم السابقة يتضح أن جودة الخدمة الصحية تتضمن الجوانب العلمية والتقنية، والإنسانية بين المريض ومقدمي الخدمة ، وكذا جودة احتياجات المريض الخاصة بالمكان، الإجراءات، التسهيلات... على أن يتم ذلك من خلال تصميم نظام قائم على احتياجات المستفيد وبأقل تكلفه ممكنة. ومن أهم ما يحققه هذا المدخل للمنظمات الصحية : تخفيض التكلفة وتحسين مستوى رضا العملاء²⁹⁷، تقليل الأخطاء وتحسين العمليات ، الإسهام في تسهيل عملية اتخاذ القرارات وحل المشكلات ، زيادة رضا العاملين ، دعم التنسيق ، العمل على تحسين سمعة المنظمة ، تمكين الإدارة من التعرف على احتياجات المستفيدين والعمل على تحقيقها²⁹⁸ ، زيادة حصة المنظمة في السوق ، زيادة الإنتاجية ، تخفيض مستوى الهدر ، وتحقيق الرضا الوظيفي²⁹⁹ ، زيادة قدرة المنظمة الصحية على تجنب التكلفة المترتبة على تقديم خدمة متدنية ، تحسين الأداء المالي وتخفيض المصروفات³⁰⁰ ، كما تساعد المنظمات الصحية على الوقوف أمام المنافسة القوية³⁰¹.

● مؤشرات تحسين الرعاية الصحية.

يمكن تسمية عقد التسعينات من القرن العشرين عقد "قياس الأداء". وسواء كان المعنى بالقياس هو مقدّم الرعاية أو المستفيد منها أو منظّمها، فكلٌ من هؤلاء يسعى إلى إرضاء الآخر من خلال قياس وتبليغ نتيجة الرعاية. ويشمل قياس الأداء تحديد مؤشرات معيّنة ثم جمع المعطيات اللازمة لقياس تلك المؤشرات، ثم مقارنة مستوى الأداء الراهن بمستوى الأداء المرغوب³⁰². وقد قامت العديد من المؤسسات بإعداد مجموعات من نُظُم القياس والمؤشرات واستخدمتها. ومن الأمثلة على ذلك، مجموعة معطيات ومعلومات المستخدم الصحي HEDIS، في الولايات المتحدة الأمريكية. وتتألف هذه المجموعة من 50 مقياساً تُعنى في المقام الأول بالخدمات الصحية الأولية والوقائية التي يمكن في

297 Ovretveit, J., "What is Quality in Health Services"?, Health Care Management, June 1990, PP. 132-133.

²⁹⁸حرفوش مدني " المرجع السابق " ص 110.

299 عبد الله موسى الخلف، " ثالث التميز: تحسين الجودة وتخفيض التكلفة وزيادة الإنتاجية " - الإدارة العامة المجلد (37)، العدد (1)- 1997
معهد الإدارة العامة- المملكة العربية السعودية - الرياض- ص 121 - 160

300 Broyles, R. W., and Al – Assaf, A.F., "The Costs of Quality: An Interactive Model of Apperaisal, Prevention and Failures," Health Serv. Manag. Res., No.14, 1999, PP. 1-12.

³⁰¹أحمد محروس محرم، محمد عماد فهمي، « تكاليف الجودة: مدخل إلى التطوير والتحسين المستمر » ، القاهرة : مركز نور الإيمان ، 2000 ، ص18.

³⁰² اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط " الاتجاهات الراهنة و المستجدة في مجال ضمان الجودة و تحسينها" جدول الأعمال المبدئي القاهرة-مصر أكتوبر 2000 .

ضوئها للمنظمات أن تقيس أداءها، وهي تسهّل (بهذه المقاييس) مقارنة الأداء في ما بينها لتقييم تقدّمها على درب التحسين. ومن النُظم الماثلة الأخرى قائمة مؤشرات الأصحاء لعام 2000 و2010 الصادرة عن دائرة الصحة العمومية الأمريكية، ومؤشرات اعتماد المستشفيات للمجلس الكندي للخدمات الصحية، ونظام مؤشرات الرعاية الموجهة الخاصة بإدارة تمويل الرعاية الصحية الأمريكية. كما قامت منظمة الصحة العالمية بتنظيم وتوجيه عدد من الأنشطة المتعلقة بتقييم الجودة وقياس الأداء.

ومن الأفضل النظر إلى عملية تطوير تنظيم المستشفى والتي يشترك فيها جميع الموظفين على أنّها عملية تحسين دائمة ذات سلسلة من الخطوات تهدف إلى إنجاز أعلى مستويات الأداء وبمجرد أن تصبح العملية جزءاً متكاملًا من النظام الإداري يمكن القول بأن المستشفى قد ارتبط بالإدارة نحو الجودة الشاملة. وعملية تحسين الأداء تتطلب مجموعة من المراحل تبدأ من تحليل المشكلات الأداء وتحديد الأهداف العامة واستنباط الحلول واختيار أفضلها و ذلك من خلال تنظيم فريق عمل من ذوي الخبرة ، وكذا تنظيم فريق واحد أو أكثر لتحليل أولوية المشكلات (فريق لكل مشكلة) أما المرحلة الثانية كتابة خطط العمل وتحديد المسؤوليات و تشمل هذه المرحلة تحديد إستراتيجيات وبرامج عمل لحل المشكلات من خلال عصف الأفكار أو العصف الذهني³⁰³ ، و يراعى فيه إطلاق الحرية أمام المشاركين لطرح الأفكار والترحيب بها بخلق جوّ المتنافس للحصول على أفكار متنوعة وكثيرة مع السماح بالبناء على أفكار الآخرين وتطويرها³⁰⁴. المرحلة الثالثة تنفيذ الخطط ومراقبة سير العمل بتنظيم فرق مختلفة لتحديد أولويات المشكلات فإن مجموع الخطط الخاصة بكل فريق تكوّن خطة منسقة تسمح بتكوين إستراتيجية أداء المستشفى وخطة التنفيذ "خطة تحسين الأداء". وبمجرد أن توافق الإدارة العليا عليها يشرع في التنفيذ، أما المرحلة الرابعة فهي مرحلة لتقييم النتائج. و تعد التوعية بأهمية الجودة و التدريب على أساليب و تطبيقات الجودة ، التوثيق، التطبيق و القياس من العناصر الأساسية لبرنامج الجودة في القطاع الصحي³⁰⁵.

³⁰³ العصف الذهني هو جلوس مجموعة من المتخصصين في مجال معيّن على شكل دائرة مع المشرف على المجموعة (أحد كبار المهتمين بموضوع المشكلة المراد التركيز عليها) بهدف إنتاج قائمة من الأفكار التي يمكن أن تقود إلى حل مشكلة ما ولضمان تدريب الموظفين والمهتمين على تدفق الفكر

³⁰⁴ د. إسماعيل عبد الفتاح : "التخطيط والجودة" ، ص 55.

³⁰⁵ د. بنية المصنف "تطبيق برامج الجودة في القطاع الصحي الحكومي بدولة الكويت" - الملتقى الخليجي الرابع للجودة ، تطبيقات الجودة في الشركات و المؤسسات الحكومية- الكويت 7-9 مايو 2007 .

• الإعداد و التهيئة لبرامج الجودة الصحية

إن برامج الجودة في أية مؤسسة علاجية أو منشأة صحية تهتم بإيجاد نوع من الرقابة الذاتية النشطة على البرامج الصحية في تلك المؤسسة وليس البرامج العلاجية فقط، فهي تتعدى هذه البرامج إلى الاهتمام بجودة الخدمات الطبية المساندة والخدمات الإدارية، إلى جانب دراسة مدى رضا المراجعين (المرضى) عن مستوى الخدمات المقدمة إليهم، والاستماع إلى اقتراحاتهم لتطوير هذه الخدمات، هذا عن دور إدارة الجودة، أما تعريف الجودة في هذا المجال فهو يختلف بحسب دور كل فرد في المؤسسة الصحية، فبالنسبة للطبيب تكون الجودة هي تطبيق أحدث البرامج العلاجية المعتمدة على التكنولوجيا الطبية، وللإداري فهي تقديم أفضل مستوى من الخدمة وفق أسعار مناسبة مع توفير الخدمة لأكبر عدد من أفراد الجمهور، ومن ثم فإن دور إدارة الجودة هو تحقيق أقصى توازن ممكن بين تلك المفاهيم. بما يصب في صالح الخدمة العلاجية للمريض في النهاية . و تتطلب برامج الجودة المرور بمجموعة من المراحل من بينها التزام الإدارة و هو الهدف الأساسي لوضع برنامج الجودة³⁰⁶ و هناك عدة برامج للجودة يتم تطبيقها بفعالية ونجاح تغطي مختلف جوانب عملية الجودة الشاملة للمؤسسات الصحية، وسنذكر بعضاً من هذه البرامج وهي :

- برنامج مراجعة الاستخدام: وقد بدأ تطبيقه في المستشفيات حيث يشمل مراجعة استخدام الموارد الصحية المتاحة بما يتناسب مع النتائج المتوقعة لهذا الاستخدام، فمثلاً تتم مراجعة استخدام خدمة العمليات الجراحية وبحث مستوى وجودة نتائج هذه العمليات وطرق أدائها، مع مقارنة ذلك بالمؤشرات الدولية.

- برنامج المرضى الداخليين: وهذا يهتم بمراجعة التعامل مع دخول المرضى إلى المستشفيات، من حيث متوسط مدة الإقامة ومستوى الخدمة المتوفرة لفئات المرضى الداخليين، ومعدلات استخدام الأسرة بالمستشفى.

- برنامج المراجعة الطبية: وهو يهتم ببحث كافة الحالات المرضية التي لم تكن نتائجها العلاجية بالمستوى المتوقع، كحدوث أعراض جانبية أثناء أو بعد خروج المريض من المستشفى، أو عودة المريض للمستشفى مرة أخرى بنفس الشكوى المرضية، و يستند هنا إلى المقاييس العالمية المعروفة لعلاج هذه الحالات

³⁰⁶ Philip. B . Crosby « La Qualité c'est gratuit – L'art et la manière d'obtenir la qualité » (Auteurs de la qualité sans larmes) Editions – Economica 1986. P 179

- برنامج مراقبة الحوادث المرتبطة بالعملية العلاجية: إن تحسين الجودة يهتم بالبرامج الخاصة بالخدمات المساندة بنفس درجة الاهتمام بمستوى الخدمات العلاجية، ومن هنا يوجد برنامج لمراقبة الحوادث المرتبطة بالعملية العلاجية والتي يتعرض لها الفريق المعالج أو المريض، كوخز الإبرة للعاملين أو انزلاق المريض أو العامل داخل المستشفى، أو وقوع المريض من فوق سريره.

- برنامج دراسة رضا المراجعين: يهتم هذا البرنامج بمستوى الخدمات المقدمة إليهم في المؤسسة، ويتم ذلك من خلال استبيان للرأي يتم إجراؤه مرتين في العام لمعرفة اقتراحات الجمهور حول كيفية تطوير الخدمات.

- برنامج الزيارات الميدانية: والتي يقوم بها وفد الجودة بالمستشفى إلى الأقسام والإدارات المختلفة بهدف التأكد من سلامة بيئة العمل في المستشفى ويضم الوفد أفراداً من الأطباء والتمريض ومكافحة العدوى والهندسة الطبية والنظافة، وتكون جولة الوفد بشكل مفاجئ. في كل قسم أو إدارة طبية أو خدمية بالمؤسسة توجد لجنة خاصة تسمى لجنة مراقبة الجودة، ومهمة هذه اللجان ملاحظة مدى التزام الأداء بكل قسم بمعايير الجودة المتبعة في هذا العمل، مع تدوين الملاحظات الخاصة بتقييم الأداء، ومن ثم رفعها إلى إدارة الجودة بالمؤسسة، ومن هنا تجد أن تطوير الأداء والحفاظ على معايير الجودة في الخدمات هو مسؤولية كل فرد في المؤسسة وليس مسؤولية موظفي إدارة الجودة وحدهم، ومن خلال الاجتماعات المستمرة مع لجان الجودة التي أشرنا إليها يتم رفع توصيات إلى الإدارة العليا للمؤسسة حول تطوير الأداء.

1-2 معايير الجودة في مجال الرعاية الصحية

تأثرت مؤسسات الرعاية الصحية تأثراً مدهشاً بالتطورات التي شهدتها العلم و التكنولوجيا، لكن فوائد هذه التطورات موزعة توزيعاً سيئاً لحد الخطورة داخل الدول و فيما بينها على جميع مستويات الرعاية الصحية: الوقائية، العلاجية و الترميمية. و تستخدم مؤشرات مختلفة لتقييم هذه التوزيعات و مقارنتها لتعكس الوضع الصحي، أي قياس كمي لبيانات معينة ، والتي تعكس الحالة الصحية³⁰⁷ . و الكثير من هذه المؤشرات يتصل بأرقام ونسب نصيب الفرد من المتخصصين في الرعاية الصحية، و أسرة المستشفيات و المعدلات الطبية. لكن هذا مجرد وسائل للمحافظة على الصحة، و ليست غايات في حد ذاتها. و توجد مؤشرات أخرى لقياس محصلة أو نتيجة المنظومة

³⁰⁷ Julio Castro « Déterminants de santé : Quelques elements pour nourrir la reflexion »
<http://www.cadtm.org/Determinants-de-sante-quelques>

كما تسجلها الحالة الصحية للسكان مثل الوفيات الرضع(عدد الوفيات قبل سن 1 سنة لكل 1000 مولود حي) و العمر المتوقع عند الولادة ، و هي أكثر المؤشرات شيوعاً وأفضلها دلالة على الرفاه العام للسكان³⁰⁸ ، أما الالتزام بهذه المهمة فيقاس بمؤشرين آخرين هما الإنفاق العام على الرعاية الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي و نصيب الفرد من مجموع الإنفاق على الصحة³⁰⁹ . و تعرف الهيئة الأمريكية المشتركة المؤشرات بأنها "مقاييس كمية يمكن استخدامها لمراقبة و تقويم جودة الوظائف الإدارية و الإكلينيكية و المساندة التي تؤثر على المخرجات الخاصة بالمريض"³¹⁰ . و تكمن أهمية دراسة المعدلات و المؤشرات الصحية في الكشف عن الحالة الصحية العامة لأي مجتمع والمستوى الصحي العام و ذلك حتى يتبين مقدار الحاجة إلى التغيير اللازم له، وكذا قياس النظام الصحي³¹¹ و تحقيق المقارنة بين المستويات الصحية للمجتمعات المختلفة.

• مفهوم المعيار

المعيار هو عبارة عن أدوات إحصائية تسمح بقياس الوضعية الصحية لمجتمع معين³¹² ، و وثيقة تصدر نتيجة إجماع يحدد المتطلبات التي يجب أن يفي بها منتج ما أو خدمة وتصادق عليها جهة معترف بها. و يكمن الهدف من وراء عملية توحيد المعايير هو زيادة ربحية على مستوى المنظمة ، أما على المستوى الدولي فيكون الهدف الأساسي هو الترويج التجارة بين البلدان وإزالة العوائق وحماية الصحة والسلامة والبيئة في نفس الوقت. وبما أن مفهوم إدارة الجودة مفهوم حديث نسبياً لذا ما زالت الكثير من المؤسسات لا تدرك بوضوح مدلول عبارات مثل مقياس المنتج أو الخدمة و هي المواصفات أو المعايير الواجب توفرها في المنتج ليكون متلائماً مع المتطلبات المحددة للمعيار الذي يضمن رضا الزبون (معيار نظام الجودة) و هذا من خلال الترخيص و الاعتماد من طرف جهة مانحة للشهادة معترف بها.

و يتضمن نظام الجودة لمنظمة ما الهيكل التنظيمي والإجراءات والعمليات والمصادر المطلوبة لتنفيذ نظام إدارة جودة شامل لتحقيق أهداف الجودة. يعرف مقياس نظام الجودة طريقة إدارة الجودة في

³⁰⁸ Julio Castro « Déterminants de santé : Quelques elements pour nourrir la reflexion »

<http://www.cadtm.org/Determinants-de-sante-quelques>

³⁰⁹ اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا " نحو سياسات اجتماعية متكاملة في الدول العربية - أطار و تحليل مقارن " الأمم المتحدة- 2005. ص 54-ص55 <http://www.escwa.un.org/information/publications/edit/upload/SDD-2005-4-a.pdf>

³¹⁰ د. حنان عبد الرحيم الأحمدى " التحسين المستمر للجودة : المفهوم و كيفية التطبيق في المنظمات الصحية" الإدارة العامة -المجلد الأربعون- العدد الثالث - أكتوبر 2000. ص436.

³¹¹ إن قياس أي نظام صحي يعتمد على قياس المؤشرات الخمسة (المستوى الصحي العام ، توزيع الصحة في أوساط السكان ، المستوى الإجمالي للقدرة على الاستجابة ، توزع القدرة على الاستجابة ، توزيع المساهمات المالية) ، و التي تبين مدى نجاح كل بلد في بلوغ شتى الأهداف.

³¹² Thierry Bouffechoux « La Santé en France- le malade, le médecin et l'état » Editions le monde 1997.P69.

المؤسسة للتأكد من أن المنتج أو الخدمة تتلاءم مع المتطلبات/المقاييس الموضوعية على أساس اعتبارات التسويق ومتطلبات الزبون، و يساعد إدارة نظام الجودة على تحقيق مستوى الجودة المطلوب والملائم مع المعيار. وفي حالة التعاقد يساعد تنفيذ نظام مثل "الايزو 9000" الشركة على فهم متطلبات الزبون كما تدار عمليات الأقسام الوظيفية المختلفة بطريقة تضمن أن المنتج والخدمة النهائية تفي بكافة المتطلبات المتعاقد عليها.

و تختلف معايير الجودة من منظمة إلى أخرى باختلاف طبيعة النشاط و نوع المنتج أو الخدمة مما يجعل المؤسسة الصحية الاستشفائية تعرف معايير حددت من قبل مختصين في الميدان تحت رعاية منظمة الصحة العالمية.

• معايير الجودة الصحية

لقد أجرت منظمة الصحة العالمية دراسة مكثفة عن أداء نظم الرعاية الصحية استناداً إلى عدد من المعايير من بينها العمر المتوقع بدون إعاقة، المساواة الصحية من حيث بقاء الأطفال على قيد الحياة، مستوى التجاوب و توزيعه، الإنصاف في الاشتراكات المالية، النتائج الصحية ، و مجمل أداء المؤسسات الصحية³¹³ ، و استناداً إلى نتائج دراسة أداء المنظومات الصحية تحتل معظم الدول المتقدمة إضافة إلى بعض دول الخليج العربي كالمملكة العربية السعودية و الإمارات العربية المتحدة المراتب الثلاثين الأولى مما يدل على نجاعة منظومتها الصحية بينما تبقى دول عديدة من الدول النامية تحتل المراتب الأخيرة و منها الجزائر. و تعتبر المؤشرات الصحية مؤشرات لمتابعة تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من الجهات المعنية. و تكون المؤشرات والمعدلات إما إيجابية أو سلبية كما هو ظاهر في الجدول الموالي و التي يمكن حسابها بالطريقة التالية:

$$\frac{\text{عدد الحالات}}{1000 \text{ من السكان}} / \text{خلال عام معين}$$

³¹³ World Health Organization. 2000. *The World Health Report 2000: Improving Health Systems*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

الجدول رقم 5 : المؤشرات و المعدلات الايجابية و السلبية

المؤشرات و المعدلات السلبية	المؤشرات و المعدلات الإيجابية
معدل الوفيات	معدل المواليد
معدل تلوث الهواء	معدل الخصوبة
معدل الأمراض	معدل العمر

المصدر: من اعداد الباحثة بالاعتماد على العديد من المصادر

وهناك تباين واضح و جدال في تحديد مؤشرات و معايير الجودة بين مختلف المستشفيات³¹⁴ ، و تعتبر المنظمة العالمية للصحة المعايير التي سوف نتناولها بالدراسة الآن الأكثر شيوعا في كل المؤسسات الصحية و يفضل اختيار المعايير ذات الصلة ، عادلة و مستقرة أي تمكنا من إعطاء معلومات و دقيقة و حساسة. غير مكلفة ، فعالة ، سهلة و قابلة للقياس الكمي³¹⁵ . و ابتداء من 1960 قام دونايديان بتصميم نموذج هو الأكثر استعمالا و انتشارا³¹⁶ ، و منذ 1980 تمكن من خلال أعماله الرائدة من التمييز بين العديد من المؤشرات التي تستعمل كمعيار لقياس الجودة في المجال الصحي³¹⁷ و لقد توصل في أعماله إلي تحديد مجموعة من المعايير الجودة و التي تمكن من ترتيبها حسب الأنواع التالية³¹⁸:

✓ معايير الهياكل Les indicateurs de structures

تمكن هذه المعايير من قياس الوسائل و الموارد المستعملة من قبل نظام صحي معين لتقديم خدمات صحية تحقق الأهداف المسطرة ، و تتمثل هذه الوسائل المادية و الموارد البشرية ، نظام المعلومات، تأطير و نمط التوظيف.... الخ³¹⁹.

³¹⁴ Christine Delagneau & Christelle Ladislas « Qualité & Rentabilité » Université de Technologie de Compiègne DEES -p 19 http://www.utc.fr/~farges/dess_tbh/96-97/Projets/QR/QR.htm

³¹⁵ OPCIT P21 -22

³¹⁶ A.Jacquerye OPCIT P11.

³¹⁷ Dominique Baureeau et Céline Pareira « Mesure de la performance dans le domaine de la santé » Dossiers Solidarité et santé N° 3 Juillet-septembre 2004 Edition études diverses.P48.

³¹⁸ Claude Vilcot & Hervé Leclét « Indicateurs Qualité en Santé- Certification et évaluation des pratiques professionnelles » 2 éme Edition - AFNOR , 2006. P40.

³¹⁹ Claude Vilcot & Hervé Leclét – OPCIT - P3.

✓ معايير السيرورة Les indicateurs de procédures

✓ معايير النتائج الوسيطة النهائية. Les indicateurs de résultats intermédiaires et finaux.

يُعرّف إيلوود Ellwood معايير النتائج على أنها عملية جمع نتائج العمليات أو الإجراءات الطبية، وتحليلها، وتقييمها، وبنها، من أجل تحسين نتائج الرعاية الصحية من خلال الجهود التعاونية. والغرض الرئيسي من استخدامها هو الارتقاء بجودة الرعاية التي تقدمها مؤسسة الرعاية الصحية إلى المريض. وهو أمر يتطلب التكامل التام في نظام الرعاية الصحية عمودياً (رأسياً) وأفقياً ، بغرض التعرف على النتائج الجيدة ودراستها، واستبعاد ما يكون في العملية من اختلافات قد تؤدي إلى نتائج غير مرغوبة.

✓ معايير رضا المريض. Les indicateurs de satisfaction de patient.

يُعتبر رضا المريض عاملاً حاسماً من عوامل تسويق الخدمات الصحية و هو شرط أساسي للرعاية الصحية الجيدة ، لاسيما مع تزايد المنافسة في سوق الرعاية الصحية. وتزايد أهمية رضا المريض لدى المديرين الصحيين ، فيشترط تعاون المريض تعاوناً فعّالاً مع مقدّم الرعاية الصحية بتقبله وإستمساكه بالتوصيات و امتثاله لأوامره ومحافظته على المواعيد، بمعاودة التماس الرعاية الصحي. والأرجح كذلك أن يتمثل رضا المريض بمشاركته في العلاج بإفشاء ما يطلبه مقدّم الرعاية الصحية منه من معلومات طبية. فالمستشفيات وسائر المؤسسات الصحية تسعى إلى تحقيق أعلى مستوى ممكن من رضا المريض، لا للحفاظ عليهم فحسب بل لجذبهم إليها. ويعتقد دونابيديان Donabedian أن رضا المستفيد من الخدمة أصبح يُعتبر، أكثر فأكثر علامة على جودة الرعاية، نظراً لكونه نتيجة مشروعة ومرغوبة. فلا يمكن أن تكون الرعاية عالية الجودة ما لم يكن المريض راضياً عنها، فرضا المريض مؤشر هام لنظرتهم لمختلف جوانب الجودة في الرعاية، ويمكن استخدامه كمقياس لذلك.

كما أشارت ANAES³²⁰ إلى أهم النشاطات الاستشفائية و التي تتطلب الاستعجال في عملية تطوير و تحسين الجودة : أمراض النساء ، القلب ، السرطان ، جراحة العظام ، رقابة الأمراض المعدية ، الاستعمال الجيد للأدوية . بينما يرى الدكتور ج. كلنتون J.Clinton مدير سابق ل Agency For Health Care Policy and Research أن المواضيع الضرورية التي تتطلب تطبيق سريع

³²⁰ ANAES : La Commission d'accréditation des Organisations de la Santé aux U.S.A.

للجودة هي: دراسة أسباب الوفيات في المستشفيات ، جراحة العظام ، أسباب إعادة الاستشفاء ،
و العدوى في المستشفيات les Infections nosocomiales³²¹ .

الجدول رقم 6 : أشكال معايير الجودة

معايير الهيكل Les indicateurs de structure معايير تسيير الموارد البشرية معايير الفندقية معايير السلامة و الأمن معايير الخدمات	
	Les indicateurs de procédures معايير الإجراءات
معايير النتائج Les indicateurs de resultats. معايير الوفاة معايير المراضة معايير الاستقبال الإرضاء معايير الوقاية من المخاطر المعدية معايير البحث العيادي	
	معايير رضا المريض Les indicateurs de satisfaction de patient.

المصدر: من اعداد الباحثة بالاعتماد على الدراسات السابقة

1-3 أنواع معايير الجودة الصحية في المستشفيات

إن التحدي الأساسي الذي يواجه المسؤولين عن إدارة الموارد البشرية في مختلف المنظمات يتمثل في حقيقة حدوث تغيرات³²² - نتيجة لعمليات إعادة هندسة المؤسسة - في الهيكل التنظيمي والأساليب في جميع المستويات والتي يجب على الموظفين استيعابها ضمن وقت قصير. فعملية التغيير هي زيادة فاعلية أداء و جودة إدارة المستشفى نحو تحقيق أهدافها أو تطوير نفسها قياسا بنفسها أو

³²¹ Jean Kervasdoué « Comment Peut -On Juger la qualité d'un hôpital d'après ses résultats ? » P9.

³²² James Champy « Reengineering Management – The mandate for new leadership » HarperCollins e-books. November 2006.P172

تنافسيا مع غيرها³²³ ، لذا تستعمل المعايير عادة بغرض قياس ومقارنة جودة الخدمات المقدمة في المستشفيات مثل حجم النشاط، المدة المتوسطة للإقامة، معدل الوفيات، جاذبية المستشفى، معدل العمليات القيصرية... الخ DMS, mortalité hospitaliere, attractivité de l'établissement, taux de césariennes et infections nosocomiales³²⁴. و تخضع فعالية تحسين مستوى الخدمات الصحية إلى مجموعة من الاعتبارات كهيكل المستشفى و التي تتمثل في فعالية التجهيزات المادية و كفاءة الوسائل البشرية ، طرق و مناهج العلاج المستخدمة و كذا النتائج العيادية و المتمثلة في تحقيق درجات الشفاء و متابعة و مراقبة المرضى³²⁵. و قد اختلفت الدراسات و الأبحاث في تحديد نوع و عدد معايير الجودة المستعملة في المستشفيات، و التي تهدف إلى ترتيبها. و إذا كان الأساس و الغرض من هذا الترتيب هو الجودة الشاملة للمستشفيات³²⁶ فمن الضروري البحث عن تحديد مجموعة من المعايير العلمية التي يمكن استعمالها كأساس للمقارنة، لذا يجب الإشارة إلى المعايير المستعملة في معظم المستشفيات العالمية و هي مماثلة للمعايير التي تركز على مفهوم الجودة حسب منظمة الصحة العالمية و التي تتمثل في مايلي:

- 1- معدل النشاط **Le taux d'activité**
- 2- معدل الوفيات **Le taux de mortalité**
- 3- الجاذبية **L'attractivité**
- 4- معدل العمليات القيصرية **Le taux de césariennes**
- 5- المدة المتوسطة للإقامة **La durée moyenne de séjours**
- 6- معدل المضاعفات الصحية **Le taux d'infection nosocomiales**
- 7- معدل السقوط **Le taux d'escarres et de chutes**
- 8- معدل التدخلات الجراحية يوميا **Le taux d'intervention en chirurgie de jour.**

³²³ مصطفى محمد سعيد عالم " إدارة الجودة الشاملة و أثرها في التغيير المؤسسي " المؤتمر الوطني الأول للجودة-26-28 ربيع الأول 1425هـ.

³²⁴ Pierre Lombraïl, Michel Naiditch, Dominique Baureau et Phillipe Cuneo « Les éléments de la performance Hospitalière-les conditions d'une comparaison » Etudes et résultats N°42 décembre 1999. DREES P1.

³²⁵ Dominique Baureau et Céline Pareira OPCIT P55.

³²⁶ Jean Kervasdoué et Elie Arié « Peut on Juger la Qualité d'un hôpital d'après ses résultats ? » P1.

وسوف نتطرق فيما يلي إلى أبرز و أهم هذه المعايير فيما يلي:

• المدة المتوسطة للإقامة DMS

يعتبر هذا المعيار صعب و معقد لأنه متعدد الجوانب و يرتبط بقرارات طبية، و يقصد به تقصير مدة العلاج في المستشفيات³²⁷، حيث أن الطبيب هو الوحيد الذي يقرر مدة الإقامة بناء على حالة المريض الصحية و بالتالي ضرورة بقاءه داخل المستشفى لمدة معينة. و هذه المسألة هي أكثر العوامل تأثيرا في عملية التمويل المستشفى و يرتبط قرار البقاء بالأوضاع الاجتماعية و الاقتصادية للمريض³²⁸، و قد توصلت مجموعة من الدراسات - ثلثين من مجموع الدراسات تهتم بمؤشرات النوعية كطول مدة بقاء المستشفى³²⁹ أن المدة المتوسطة للإقامة تطول عندما يتأكد الطبيب أن حالة المريض تزداد سوءا بعد خروجه من المستشفى بسبب عدم التكفل بالمريض بصورة صحيحة و انعدام الهياكل الصحية المساعدة بسبب البعد الجغرافي . كما توصلت دراسة قامت بها جامعة ميشغن Michigan على المستشفى "أن أغبور" Ann Arbor أن مدة الإقامة تطول بالنسبة للمرضى الذين يتلقون خدمات صحية سيئة³³⁰. ويشير نفس الكاتب إلى دراسة أخرى بينت انه كلما كانت مدة الإقامة قصيرة كلما كان معدل الوفيات داخل المستشفى ضعيف³³¹. وفي أي نوع من أنواع الأمراض إذا كانت مدة الإقامة أطول من المتوسط فهو مؤشر يعبر عن إشارة خطر³³² يتطلب البحث ما إذا كان يتطابق مع سوء نوعية الرعاية، هو بالتأكيد إشارة إنذار تحتم علينا الشروع في التحقيق .

• معدل الوفيات في المستشفيات Le taux de mortalité Hospitalière

لم تكن معدلات الوفيات تلقى صعوبات في التقييم و التقدير من قبل، و لكن حاليا مع تطور البشري الهائل و انتشار وباء السيدا، مخاطر التلوث البيئي و مختلف الأوبئة الجديدة³³³، أصبح من الصعب التنبؤ مستقبلا بهذا المعدل، و هذا ما جعل عملية تقدير هذه المعدلات مجهولة و غير

³²⁷ Boulaghmen Nabil Ahmed « Infection Hospitalières ou Nosocomiales »

<http://www.newsdoc.net/sections.php?op=viewarticle&artid=5053>

³²⁸ Marie-Odile Thevenon « Etude des Déterminants Individuels de la Variabilité du Mode de Prise en Charge et de la Durée des Séjours Hospitalières » Stage Réalisé au CREDES- DEA – Santé Publique- Paris I- Paris XI, Juin 2003. P58.

³²⁹ Laure Com-Ruelle, Zeynep Or ,Thomas Renaud « Volume d'activité et qualité des soins dans les hôpitaux : quelle causalité ? » IRDES- N° 135- Septembre 2008.P2. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes135.pdf>

³³⁰ Jean Kervasdoué et Elie Arié OpCit p5-p6.

³³¹ و هنا إشارة واضحة على أن معدل الوفيات لا يعبر دائما عن معيار الجودة.

³³² Jean Kervasdoué « Comment Peut-on Juger la qualité d'un hôpital d'après ses résultats ? » P6.

³³³ برزت إلى الوجود خلال الألفية الثالثة مجموعة من الأوبئة و الأمراض الفتاكة و التي لو تكن تعلمها البشرية من قبل، ففي سنة 2006 ظهر مرض ألفلونزا الطيور و خلال هذه السنة 2009 مرض ألفلونزا الخنازير.

ممكنة لذا من الضروري إعادة تنظيم الأنظمة الصحية حسب الوضعية الجديدة³³⁴. و تتلقى معظم الدول النامية المساعدات حيث استفادة الجزائر من قرض ب 9 ملايين دولار لمكافحة داء السيدا من الصندوق العالمي لمكافحة السيدا و الملاريا³³⁵.

إن معدل الوفيات هي أكثر المؤشرات شيوعا فغالبا ، ففي واقع الأمر يجب أن تستخدم كأداة لتحديد منطقة عدم الجودة لجلب الانتباه و الاهتمام³³⁶، كما تعبر فعلا على نوعية و جودة الخدمات الصحية حيث أن 92 ٪ من الدراسات على الأقل استخدمت هذا المؤشر ، فأظهرت إن معدل يزيد في المناطق الفقيرة بمقدار ضعفين أو ثلاثة أو أربعة من معدلاتها في المناطق الأكثر غنى³³⁷. كما يعتبر من المؤشرات التسعة للتنمية الاقتصادية و الاجتماعية³³⁸. و تشير العديد من الدراسات أن هناك ثلاث عوامل التي تتسبب في ارتفاع معدل الوفيات داخل المستشفيات و هي الأخطاء الطبية ، حالات السقوط و انتشار العدوى³³⁹، كما كشفت دراسات أخرى على وجود ارتباط قوي بين الدخل و ارتفاع عدد الوفيات، فاحتمال حدوث الوفاة يتقلص أو ينخفض كلما ارتفع مستوى الدخل³⁴⁰، كما أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1997 كشفت عن أسباب الوفيات داخل المستشفيات فكان الترتيب كما يلي:

³³⁴ Jacques Véron « Population Mondiale : L'horizon 2025 reconsidéré » Problèmes économiques N° 2505 – 29 Janvier 1997. P 22.

³³⁵ تصريح المدير التنفيذي للصندوق العالمي لمكافحة السيدا و الملاريا – الأبناء الرئيسية- التلفزيون الجزائري- 1 ديسمبر 2008.

³³⁶ Pierre Lombraïl / M. Naiditch / D. Baubeau & P.Cuneo « Les éléments de la Performance hospitalière – les conditions d'une comparaison » Etudes et Résultats – N° 42. Décembre 1999.P3.

³³⁷ ريتشارد غ. و لكنسون " المجتمعات غير الصحية- علل عدم المساواة "ترجمة د. محمد منير الأصبحي – مركز البحوث – معهد الإدارة العامة- 2003 – ص 81.

³³⁸ سيد محمد عبد المقصود " المرصد الحضري: فكرتها -نشأتها – مهامها الأساسية – متطلباتها " بحوث اقتصادية عربية – خريف 2008 – العدد 40 – ص 97.

³³⁹ Natalie de Marcellis-Warin « La gestion des risques dans les établissements des soins au Québec : une réglementation à la hauteur des enjeux », 2003. P4. www.cindynices.org.htm

³⁴⁰ Florence Jusot « Revenu et Mortalité : Analyse économique des Inégalités Sociales de Santé en France » thèse de doctorat en sciences économiques - L'Ecole des Hautes Etude en Sciences Sociales – Décembre 2003. P 5.

الجدول رقم 7 : أسباب الوفيات في الولايات المتحدة الأمريكية

عدد الوفيات	الأسباب (الأمراض)
726974	القلب
593577	السرطان
109029	الصدرية
95644	حوادث المرور
62636	السكري
30535	الانتحار

Source :Laure Com-Ruelle, Zeynep Or ,Thomas Renaud.

وفي معظم الحالات ، فإن معدل الوفيات يؤخذ بعين الاعتبار بعد فترة الخروج من المستشفى ما بين 30 و 60 يوم³⁴¹ و يحسب اعتبارا لعدد الوفيات خلال سنة معينة نسبة لمجموع السكان لكل ألف نسمة³⁴². و قد حققت الجزائر انخفاضا ملموسا و لكن لم تتمكن كل الفئات من الاستفادة منه بنفس المستوى³⁴³ ، فقد لا يزال معدل وفيات الأمهات عند الولادة مرتفع عالميا لأنه يصعب قياسه³⁴⁴. إن معدل وفيات الأطفال اليوم تحت سن 5 سنوات هي أفضل مؤشر على الرفاه العام للسكان³⁴⁵.

● معدل الإصابات Le taux de morbidité

يعتبر معدل الإصابات مصدر قلق صحي هام بالنسبة لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، وهو مؤشر إنذار طبيعي. فحسب دراسات CREDES، يظهر حالتين للخطر في معدلات الإصابة الأولى على الحياة و الثانية مدى الفشل في القضاء على المرض³⁴⁶. و في عام 2000 ارتفعت

³⁴¹ Laure Com-Ruelle, Zeynep Or ,Thomas Renaud « Volume d'activité et qualité des soins dans les hôpitaux : quelle causalité ? » IRDES- N° 135- Septembre 2008. P2. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes135.pdf>

³⁴²Thierry Bouffechoux « La Santé en France- le malade, le médecin et l'état » Editions le monde 1997.P74.

³⁴³ Fatima-Zohra Oufriha « Cette Chère Santé :une analyse économique du système de soins en Algérie » O.P.U-1992.P73.

³⁴⁴ Carla Abouzahr & Tessa Wardlaw « La Mortalité Maternelle à la fin d'une décennie : des signes de progrès ? Bulletin de L'OMS – Recueil d'articles N°5, 2001. P 96.

³⁴⁵ Julio Castro « Déterminants de santé : Quelques elements pour nourrir la reflexion »

<http://www.cadtm.org/Determinants-de-sante-quelques>

³⁴⁶ Thierry Bouffechoux « La Santé en France- le malade, le médecin et l'état » Editions le monde 1997.P74.

الوفيات بسبب حوادث الطرق إلى حد بلغ 36 لكل 10.000 مقارنة ب 1.5 في المملكة المتحدة. وتشير بيانات من عام 1999 إلى أن الإصابات كانت السبب الرئيسي للوفاة بين فئة العمر الأكثر إنتاجا اقتصاديا في الدول المرتفعة والمنخفضة الدخل على السواء. ويقدر أن الإصابات سوف تكون مسئولة عن 20.5 في المائة من عبء الأمراض في عام 2020 بالمقارنة بنسبة 13 في المائة حاليا³⁴⁷.

• معدل انتشار العدوى في المستشفيات Le taux des Infections Nosocomiale

تحتوى بيئة العمل في المستشفيات على العديد من المخاطر الصحية التي تؤثر على كوادرات العاملين المختلفة من الأطباء و هيئات التمريض المساعدة في تقديم الخدمات الصحية ، مما يدفع بإدارة المستشفى بتحقيق بيئات عمل تتحكم في المخاطر الناجمة عن انتقال العدوى من المرضى³⁴⁸ . وتعد العدوى في المستشفيات هي مشكلة من مشاكل الصحة العامة ولا سيما في البلدان النامية بسبب تدهور مستوى النظافة الصحية التي لم تتحسن تماشيا مع التقنيات الجديدة ، وخطورتها تزداد شدة عند فئات معينة من المرضى بسبب صعوبة سيطرة عليها و يتطلب تنفيذها موارد كبيرة :التدريب، نظام الرصد ، الهياكل ، المرافق والمعدات. فعدوى المستشفيات أو ما يعرف باسم Infection Hospitalières ou Nosocomiales، هو نوع من الأمراض أساسها بكتيري ، فيروسي ، أو فطري إذ يصاب المريض بمرض آخر غير الذي أدخل من أجله إلى المستشفى و يعتبر عدوى إذا ظهر بعد أكثر من 48 ساعة أي بعد بدء عملية العلاج في المستشفيات ، أو بعد مغادرة المريض وتصل إلى 30 يوما للعمليات بعد الجراحة أو الإصابة و إلى السنة التالية في حالة جراحة مع زرع الأطراف الاصطناعية³⁴⁹ . و يعد مؤشر حالات العدوى داخل المستشفى من أهم الدلائل على تحقيق نجاح الرعاية الصحية في المستشفيات و جودتها³⁵⁰ ، و يعتبر هذا المعيار من المعايير الطبية المحضنة و مؤشر للجودة ، لأن الدراسات أثبتت أنه مسئول عن نسبة كبيرة من الوفيات ، و يعتبر مشكلا حقيقيا و خطيرا بالنسبة للصحة العامة³⁵¹ ، ففي فرنسا وحدها تقتل عدوى المستشفيات ما يقارب من

³⁴⁷الصحة ، التغذية و السكان
doc.abhatoo.net.ma/IMG/doc/_doc

³⁴⁸ د . سامية جلال سعد " الإدارة البيئية المتكاملة للمستشفيات " المنظمة العربية للتنمية الادارية - بحوث و دراسات - القاهرة - 2006 . ص124 .

³⁴⁹ Dr Boulaghmen Nabil Ahmed « Infection Hospitalières ou Nosocomiales »
<http://www.newsdoc.net/sections.php?op=viewarticle&artid=5053>

³⁵⁰ د . سامية جلال سعد " المرجع السابق " ص 122 .

³⁵¹ Alain Vasselle « la Politique de lutte contre les infections nosocomiales » 22 Juin 2006.P29.www.cneh.fr
www.cneh.fr

10.000 شخص سنويا أي أكثر مما تحصده حوادث المرور في هذا البلاد. و لم يعتبر كمعيار ومؤشر فعال إلا بعد مأساة الدم الملوث le drame du sang contaminé .

و حسب دراسة أجريت بالمستشفى الجامعي بالعاصمة مريض واحد من كل 4 مرضى يدخلون إلى المستشفى يصاب بالعدوى و مريض واحد من كل اثنين تجرى له عملية جراحية يتعرض لها في المستشفيات و يحتاج مرتين للشفاء. و تؤكد العديد من الدراسات التي أجريت داخل المستشفيات الجزائرية أن حوالي 60 % من الطاقم الشبه الطبي لا يطبقون الإجراءات اللازمة للنظافة للحماية ضد العدوى المسماة Infection nosocomiale و هذا ما يؤدي إلى انتشار الأمراض التي تهدد حياة الشخص مثل التهاب الفيروس الكبدي C و B و فقدان المناعة المكتسبة Sida. و قد لخص الأطباء المتخصصين في هذا المجال أسباب العدوى داخل المستشفيات في نقص النظافة ، سوء المراقبة المنتظمة ، الأمبالاة و الإهمال ، إن عدم المحافظة على شروط النظافة تزيد من التكاليف الاستشفائية³⁵².

و قد أظهرت الدراسات الاستقصائية التي أجريت في الجزائر العاصمة أرقاما مخيفة عن نسبة العدوى التي تتراوح ما بين 14 و 25 % و بلغت تقديرات تكاليف الإصابة بالعدوى في المستشفيات إلى 90 مليون دينار في عام 1996 ، إضافة إلى الأضرار و الخسائر الناجمة عن الأمراض من خلال التكاليف غير المباشرة التي من الصعب تقييمها مثل: الخسائر في الإنتاجية، العجز المؤقت ، الأضرار المادية³⁵³. و تبلغ كلفة العدوى في الولايات المتحدة الأمريكية مرتفعة جدا فهي تتراوح ما بين 5 و 10 مليارات دولار ل200 مليون نسمة ، فتكلفة الرعاية من الإصابة بالعدوى في بعض الأحيان أعلى من تكلفة المرض. ورغم أن الإصابات بالعدوى ليست دائما مرادفا للإهمال الطبي و لكنها نتائج تعبر عن المأساوية الناجمة عن عدم كفاية نوعية الرعاية، العواقب الضارة على حد سواء من وجهة نظر الحالة الصحية مثيرة للمريض، وماليا حساسة من وجهة نظر التكلفة للمجتمع . عالميا يقدر معدل انتشار بين 5 و 10 % و يختلف اعتمادا على الخدمات و المرافق ، ففي قسم الجراحة من 2 إلى 15 % ، الإنعاش 30 إلى 35 % . ففي أوروبا بلغت ما بين 9 إلى 12 % ، أما في فرنسا من 6 % إلى 7 % من الحالات الاستشفائية تعرف

³⁵² R.N « Algérie : Hygiène des hôpitaux – des virus dans l'air » Info soir- mardi 18 avril 2006.

http://actualite.el-annabi.com/article.php3?id_article=471

³⁵³ Dr Boulaghmen Nabil Ahmed « Infection Hospitalières ou Nosocomiales »

<http://www.newsdoc.net/sections.php?op=viewarticle&artid=5053>

تعقيدات ناجمة بسببها ، فالدراسات الوبائية المقارنة تصنف فرنسا في المتوسط بين الدول الأوروبية³⁵⁴. أما في البلدان المجاورة بلغ في تونس 2.5 % ، المغرب 15 % ، و في الجزائر ليست لدينا أي بيانات وطنية رسمية لانعدام الدراسات الواقعية . و تهدف المستشفى إلى تحسين علاج وشفاء المرضى و في أي وقت قد تصبح خطرا على أي شخص يأتي لالتماس العلاج و لكن يمكن منع انتقال العدوى عن طريق التطهير من الفضلات، غسل وتعقيم المعدات الطبية والجراحية ، غسل الأيدي المتكرر ، الامتثال لقواعد اللباس والامتثال بكل التوصيات بما فيها عزل المرضى وحاملي الجراثيم، إعلان من العدوى الوبائية، الفحص والعلاج في أوساط الموظفين.

● معدل النشاط Le taux d'activité

يعتبر من المعايير الجيدة في تحديد جودة المستشفيات ، ومن الواضح أن يرتبط نشاط المؤسسة ارتباط وثيقا بأعمال الجراحين، فالواقع أن الدراسات القليلة التي حاولت أن تميز ذلك جاءت باستخدام نماذج الهرمية ، وأثر تحديد حجم أثر النشاط من الجراحة. وبصفة عامة، فإن هذه الدراسات تشير إلى أن حجم نشاط المؤسسة والجراحة كبيرة³⁵⁵. إن مراقبة خصائص المرضى مثل العمر والجنس وشدة المرض ، و الوضع الاجتماعي والاقتصادي... مهمة للغاية لأنها تؤثر على نتائج أي تدخل أو علاج. ومع ذلك ، هناك ضعف السيطرة على هذه الخصائص لتقييم الدراسات السريرية في المستشفيات الجزائرية لعدم إعطاء الأهمية للسجلات الطبية و ضعف مصداقية تدوين المعلومات بها و بالتالي لا يمكن اعتمادها كمرجع في البحوث و الدراسات الطبية. و يمكن لحجم النشاط من تحسين النتائج الهامة بالنسبة لتنفيذ سياسات التخطيط، و ذلك إذا كانت الصلة بين حجم ونوعية يرجع أساسا إلى التعلم و التكوين و تركز بعض الخدمات يمكن أن يقدم مصلحة جماعية. وبالإضافة إلى ذلك ، ديناميكية التعلم و هي من القضايا الهامة للمؤسسات الصحية من حيث التوظيف ، والتخطيط للنشاط ، وتحسبا لمخاطر أي شيء يساهم في تحسين الجودة³⁵⁶.

³⁵⁴ Alain Vassel « Rapport sur la Politique de Lutte Contre les Infections Nosocomiales » 22 Juin 2006. P3.

³⁵⁵ Laure Com-Ruelle, Zeynep Or, Thomas Renaud « Volume d'activité et qualité des soins dans les hôpitaux : quelle causalité ? » IRDES- N° 135- Septembre 2008.P2. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes135.pdf>

³⁵⁶ Laure Com-Ruelle, Zeynep Or, Thomas Renaud « Volume d'activité et qualité des soins dans les hôpitaux : quelle causalité ? » IRDES- N° 135- Septembre 2008.P4. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes135.pdf>

● معدل العمليات القيصرية Le taux de césariennes

الجراحة القيصرية تشكل بادرة خطيرة للأم ، وارتفاع معدل العمليات القيصرية ينظر إليه عادة باعتباره عدم وجود نوعية في الرعاية الصحية. ولكن لن نتناول هذا المؤشر في عملية التحليل بسبب تحويل المصالح الطبية الخاصة بالطفل و الأم إلى المستشفى التخصصي الذي تم إنشائه مؤخرا.

2- الهيئات الدولية لتقييم و اعتماد المستشفيات

توجد هيئات متخصصة في تقييم المستشفيات بغرض اعتمادها ، و التي تشترط ضرورة توافر مجموعة من المعايير في المنظمة المعنية و من بين هذه الهيئات ³⁵⁷ الجمعية الدولية للمستشفيات The International Hospital Federation، الجمعية الأمريكية لإدارة المستشفيات The American Hospital Association، الجمعية الأمريكية للرعاية الصحية The American Health Care Association، الجمعية الأمريكية للصحة العامة The American Public Health Association، الهيئة الأمريكية المشتركة للاعتراف بالمستشفيات The Joint Commission On accreditation of Hospitals ، بالإضافة إلى وجود جمعيات تقييم أداء أقسام و تخصصات معينة في المستشفى مثل الجمعية الأمريكية الطبية The American Medical Association ، الكلية الأمريكية للجراحين The American College of Surgeons ، الجمعية الأمريكية للصيدلة The American Pharmaceutical Association.

في الواقع إن مصطلح الكفاءة هو الفضاء الذي يمكن للشخص أن يمارس فيه السلطة بما تسمح به الموارد المتاحة للمؤسسة الاستشفائية من حيث التدريب و التكوين، ويستخدم اليوم هذا المصطلح في الإشارة إلى ثلاثة مجالات: مجال التربية من جانب الأهداف، ونطاق التقييم للتدريب وكذا نطاق وإدارة الموارد البشرية في المؤسسة ³⁵⁸ أي المهارات الإدارية بمعنى وجود أكبر حصة من الموظفين المؤهلين والمعدات المتطورة و الهامة ³⁵⁹ و تستخدم هذه الهيئات المؤشرات الإحصائية

³⁵⁷ د. عبد الإله الساعاتي " مبادئ إدارة المستشفيات " دار الفكر العربي - الطبعة الأولى - القاهرة - 1998. ص 88.

³⁵⁸ Philippe Meirieu « Si la compétence n'existait pas , il faudrait l'inventer ... » P2.

<http://www.meirieu.com/ARTICLES/SUR%20LES%20COMPETENCES.pdf>

³⁵⁹ Trierry Collin & Benoît Grasser « La gestion des compétences : vraie innovation ou trompe -l'œil ? » Travail et relations sociales en entreprises : quoi de neuf ? - Colloque DARES -27 février 2003- Paris. groupe de recherche sur l'éducation et l'emploi, Université Nancy 2- P5.

<http://www.ptolemee.com/dares/Textes27fev/Colin.pdf>

المتعلقة بالمستشفى و بالسكان إضافة إلى مؤشرات و مقومات أخرى لتقييم و تقويم المستشفيات من حيث الاستخدام و من حيث الأداء.

و يحتاج المسير و المسؤول في المستشفى إلى قياس أدائها لمعرفة سلامة العمل بها و مدى حسن استخدام مواردها البشرية و المالية لتحقيق أهدافها المسطرة . و يقصد ب "استخدام المستشفى" الطريقة التي بها يمكن تسيير الإمكانيات التي يتيحها المستشفى من خلال العيادات الخارجية وأقسام التنويم الداخلية ، حيث تعتمد الإدارة في عملية التحليل على المعطيات المأخوذة من باقي المصالح والأقسام التابعة للمستشفى، بحيث يتكوّن المستشفى من مجموعة من الأقسام الرئيسية وأخرى ثانوية ، لذا يجب أن تكون هذه المعطيات دقيقة و حقيقية. و هناك مؤشرات متعارف عليها علميا لقياس أداء ، و توجد في الولايات المتحدة الأمريكية و عدد من الدول المتقدمة جمعيات و هيئات مختصة لتقييم و تقويم كفاءة أداء و استخدام المستشفيات أو أقسام معينة داخلها³⁶⁰.

2-1-1 شهادات الجودة

في الآونة الأخيرة أصبح الحصول على شهادة الجودة (ايزو) دعاية لمختلف المؤسسات التي تحصلت عليها وهذا التسابق المحموم نحو شهادة الايزو يهدد بجعل مسألة الجودة مسألة عادية تؤثر فيها عمليات التقليد والدعايات ، كما أن الانتماء إلى الجودة يفرض تغييرات جذرية في المنظمة بدءاً من شكل الهيكل التنظيمي وأسلوب الإدارة إلى شخصية المدير واهتماماته. وتعتبر الولايات المتحدة الأمريكية رائدة في هذا المجال مما يجعل تجاربها الأكثر شيوعاً في الأدبيات العالمية ، و رغم ذلك فقد كان إصدار مجلة " علوم و مستقبل " في سنة 1991 والتي تعني بترتيب المستشفيات صدى كبير أحدث ضجة لدى العاملين من المتخصصين و مسيري القطاع الصحي على الرغم من ان تجربتها في الميدان تفوق 15 سنة³⁶¹. وهناك عدة جوائز لإدارة الجودة الشاملة في العالم مثل جائزة ديمينغ في اليابان و جائزة مالكوم بالدريج في الولايات المتحدة الأمريكية و جائزة الجودة الأوروبية في أوروبا و جائزة الملك عبد الله الثاني للتميز³⁶².

³⁶⁰ عبد الإله الساعاتي " مبادئ إدارة المستشفيات " دار الفكر العربي - 1998. ص88.

³⁶¹ Veronique ghadi / Michel Naiditch « www.drees.fr

³⁶² محفوظ أحمد جودة " إدارة الجودة الشاملة - مفاهيم و تطبيقات " المرجع السابق - الطبعة الثانية - ص291.

2-2 هدف من الايزو

لقد أصدرت المنظمة الدولية للتقييس "ISO" ³⁶³ منذ إنشائها عام 1947 ولغاية عام 1997 10900 مواصفة في المجالات الآتية: الهندسة الميكانيكية، المواد الكيميائية الأساسية، المواد غير المعدنية، المعادن، معالجة المعلومات، التصوير، الزراعة، والبناء، والتكنولوجيات الخاصة، الصحة، الطب، البيئة، التغليف التوزيع. ³⁶⁴ و تعتبر الشهادات التي تصدرها المنظمة إحدى التحديات التي تواجه العالم الثالث ³⁶⁵. كما قدمت تعريفات للجودة " بأنها الدرجة التي تشبع فيها الحاجات ومقياس مدى تلبية حاجات الزبائن و متطلباتهم الظاهرية و الضمنية ، فهي لا تعني بالضرورة التمييز و إنما ببساطة المطابقة للمواصفات ³⁶⁶ لرغبة وتوجه منظمة ما فيما يتعلق بالجودة بالشكل الذي حددته الإدارة العليا رسمياً. ويعرف ضبط الجودة بأنه التقنيات التشغيلية والنشاطات المستخدمة للإيفاء بمتطلبات الجودة. أما تأكيد الجودة فهو كافة النشاطات المرسومة والمنظمة التي تنفذ ضمن نظام الجودة والمشروحة حسب الحاجة لتأمين أو لإيجاد ثقة كافية بأن جهة ما ستقوم بالإيفاء بكافة متطلبات الجودة.

و قد أنشئت الجمعية التكنولوجية للأيزو مجموعة من خمسة معايير لنظم الجودة و التي نشرت في عام 1987 ، و هذه المعايير الخمسة هي الأيزو 9000 ، 9001 ، 9002 ، 9003 ، 9004 ، ³⁶⁷، كما أصدرت ISO ضمن المواصفات المذكورة أعلاه سلسلتين من المواصفات هما ISO 9000 ، ISO 14000 ، السلسلة الأولى ذات علاقة بأنظمة إدارة الجودة والثانية بأنظمة إدارة البيئة. تعمل في إعداد المواصفات المذكورة 900 لجنة فنية تصدر وتراجع حوالي 800 مواصفة قياسية كل عام. واعتمدت اليوم أكثر من 51 دولة في العالم مواصفات ISO 9000 كمواصفات وطنية لديها بما في ذلك دول الاتحاد الأوروبي واليابان والولايات المتحدة وغيرها.

إن الهدف من الايزو هو وضع نظام إداري وقائي محدد لمنع حالات عدم المطابقة يشتمل على جميع الشروط والضوابط التي يجب توافرها في المنظمات لضمان جودة وكفاءة الأداء للأنشطة والعمليات المؤثرة على جودة الخدمة مما ينتج عنه في النهاية خدمة صحية وفق المتطلبات المحددة .

³⁶³ هي المنظمة العالمية للتقييس International Organization for Standardization، وهي اتحاد عالمي مقره في جنيف ويضم في عضويته أكثر من 90 هيئة تقييس وطنية، جاء اختصارها (ISO) اعتماداً على الكلمة اليونانية " ISOS " والتي تعني " Equal " متساوي ".
³⁶⁴ غسان طيارة/أكرم ناصر/جرجس الغضبان"الجودة ودورها في التنمية الاقتصادية" ص3.
³⁶⁵ د. أمين الساعاتي " إدارة الموارد البشرية من النظرية ..إلى التطبيق" دار الفكر العربي- القاهرة 1998. ص53.
³⁶⁶ د . يوسف حجيم الطائي/ محمد عاصي العجيلي/ ليث علي الحكيم " نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية و الخدمية" دار اليازوري العلمية - عمان ، الأردن 2009 - ص61.
³⁶⁷ د . سونيا محمد البكري " إدارة الجودة الكلية " الدار الجامعية - الإسكندرية 2003/2004 . ص 331.

وفي الواقع أن شهادة الايزو 9000 شأها في ذلك شأن الشهادات العلمية التي يعتبرها البسطاء غاية في حد ذاتها، بينما ينظر إليها أصحاب الرأي على أنها وسيلة للبحث والتحصيل، ويحسن التذكير هنا بوجود اختلاف جوهري بين الشهادتين، فشهادة الأيزو تمنح للمؤسسات والمنظمات ولا يجوز منحها للأفراد بينما تمنح الشهادات العلمية لأفراد ولا يجوز منحها للمؤسسات. وفي الحقيقة إن شهادة الايزو تعتبر وسيلة لا غاية فهي وسيلة لمنهجية العمل وضبطه وتطويره والتقليل من المعيب والحد من تكلفة الإنتاج وبالتالي تحقيق الجودة الشاملة التي هي في نهاية المطاف وسيلة أيضا لكسب رضا المستهلك مما ينعكس ايجابياً على نجاح المؤسسة أو الشركة.

لقد أصبحت الجودة الشاملة هدفاً لكل المؤسسات الطموحة التي تنظر إلى المستقبل المشرف بمنظور العصر وديناميكية الاقتصاد العالمي الحديث. ومن المؤكد إن أهم ما يميز نظريات ونظم وآليات الجودة الشاملة أنها تركز على مفهوم البقاء والاستمرار والتطوير من خلال استشراف آفاق المستقبل بدلاً من الربح السريع المتعجل. ولقد أثبت الواقع والتجربة إن الجودة الشاملة بمفهومها وأبعادها وأصولها العلمية والمهنية هي السلاح الذي يمكن التعامل بواسطته مع مستجدات العصر وتطوراتها والذي ساعد المؤسسات الإنتاجية العالمية الكبرى على كسب السبق وكسب المنافسة والترعب على قاعدة صلبة في السوق العالمية الدولية، ومن هذا المنطلق فإن المؤسسات الاستشفائية الجزائرية مطالبة بالتأكيد على هذا المبدأ واعتباره أساساً وهدفاً تبني عليه هيكله أعمالها وخدماتها، هذا وعلى الرغم مما يكتنف نظم الأيزو من غموض وصعوبات إلا انه يجب أن تتسلح به المؤسسات الاستشفائية الجزائرية ليس فقط باعتبارها شهادة أو جواز سفر تيسر على المنتج تخطي الحدود الدولية بل لكونها آلية تساعد المؤسسة على إصلاح نفسها وتطوير أدائها وتحقيق أهدافها والتماشي مع التطورات الراهنة في ظل منظمة التجارة العالمية خاصة و أن العالم بأسره قد أصبح سوقاً متكاملة وان الدول النامية مرتبطة بهذا السوق ارتباطاً وثيقاً ولم يعد هناك خيار أمامها لذا عليها مسايرة الركب مما ينعكس ايجابياً في تعزيز القدرة التنافسية و تقوية الاقتصاد ورفع مستوى نموه.

2-3 كيف يتم منح شهادات الايزو؟

لا يوجد شيء يمكن أن يسمى "شهادة إيزو" لان إيزو تصدر فقط مقاييس دولية تعترف بجهة إصدار الشهادات مثل معايير إيزو، فإصدار الشهادة هي عملية تقوم بموجبها جهة مأنحة للشهادة

أي طرف ثالث بإعطاء تأكيد مكتوب بان المنتج والعمليات أو الخدمة تتوافق مع متطلبات محددة وتنبع أهمية الشهادة من الحاجة إلى تأكيد الجودة على شكل شهادة ، ويتم إعطاء الشهادة عند الإتمام الناجح للتقييم من قبل جهة مانحة للشهادة طرف ثالث تبعا لإيزو. وقد أصبحت عملية إعطاء الشهادات حالة تعاقدية تتيح للمنظمات إظهار التزامها بالجودة وللموظفين كذلك لحملهم على التغيير نحو ثقافة الجودة. و هناك مجموعة من الشهادات تتمثل فيمايلي :

✓ الآيزو 9000

من أجل التسجيل في الآيزو يسجل نظام الجودة المستخدم لإنتاج منتج ما و ليس المنتج بحد ذاته، أي العمليات المؤدية إلى المنتج. إن المواصفات القياسية الآيزو 9000 تتطلب توثيقا مكتوبا لكل ناحية في عملية المشروع بحيث يعلم بها جميع العاملين لإتباع إجراءات العمل المكتوبة.

✓ الآيزو 9001 لنظم الجودة:

و هي تهدف إلى تأكيد الجودة في التصميم /التطوير /و الإنتاج و الخدمات و هي المواصفات الأكثر شمولا و تحتوي على 20 عنصر و تقدم نموذجا لتأكيد الجودة للمنظمات التي تتخصص في التصميم و التصنيع و تركيب المنتجات و الخدمات.

✓ الآيزو 9002 لنظم الجودة:

و هي عبارة عن نموذج في تأكيد الجودة للمنتج و التركيب . و تحتوي على 18 عنصر للمنظمات التي تختص في التصنيع أو إنتاج المنتجات أو الخدمات فقط و النموذج المطلوب عادة ما يحدده المستهلكون.

✓ الآيزو 9003 لنظم الجودة:

و هي عبارة عن نموذج لتأكيد الجودة في التفتيش النهائي و الاختيار. و يحتوي على 12 عنصر وللمنظمات التي تختص في التوزيع و التفتيش و اختبار المنتجات المصنعة و خدماتها فقط دون أية أنشطة أخرى تتعلق بأي إنتاج أو تركيبات، فهي تقدم نموذجا لتأكيد الجودة في التفتيش النهائي والاختبار.

✓ الآيزو 9004 لتأكيد جودة الإدارة و عناصر نظم الجودة:

و هي عبارة عن خطوط إرشادية تعطي المورد الخطوط الإرشادية للمنهج لاستخدامها في تطوير وتنفيذ نظام الجودة و تحديد إلى أي مدى ينطبق كل عنصر من عناصر نظام الجودة.

و يمثل الآيزو 9004 العناصر الكاملة لنظام الجودة ، بينما يمثل الآيزو 9001 الحدود الدنيا للمتطلبات التي تؤهل للشهادة، و تعتبر مواصفاتها الأكثر شيوعا و استخداما لشموليتها. كما نورد فيما يلي الخطوات التي يجب إتباعها عند التحضير لإصدار الشهادة:

- التعليم والتدريب على مبادئ الجودة مع الإشارة إلى إيزو 9001.
- مراجعة شاملة لكافة الأشكال التنظيمية والإجراءات المتبعة لتحسين إن وجدت.
- تصميم وتوثيق الأنظمة والإجراءات.
- الاختبار الأولي من خلال التدقيق الداخلي ... الخ.
- التنفيذ و التدقيق الداخلي والخارجي للإجراءات والعمليات.

و تقوم اليوم أعداد متزايدة من المنظمات العاملة في مجال الصحة على تحضير نفسها للحصول على الشهادة أو لتظهر أن نظام إدارة الجودة فيها يتوافق مع إيزو من خلال الحصول على شهادة من طرف ثالث كوسيلة و كسلاح في المنافسة على تأكيد الجودة والخدمات للزبون .

و إيماننا بأهمية إدخال مفاهيم الجودة في مؤسسات الدولة و المتمثلة في المستشفيات العمومية والعمل بها، يجب إصدار قرارات و مراسيم تقضي بإلزام تطبيقها وذلك بالتنسيق والإشراف على مشروع الجودة وتوفير الدعم الفني والاستشارات والتعاقد مع الخبراء والمستشارين المتخصصين في هذا المجال من أجل إدخال معايير الجودة الشاملة في الوزارات. وعليه يجب على وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات وضع خطة للعمل في مشروع الجودة في المستشفيات العمومية تحدد فيها المراحل الأساسية لتطبيق معايير ونظم إدارة الجودة للحصول على شهادات الآيزو.

2-4 مراحل الحصول على شهادة الآيزو

يتطلب حصول أي منظمة أو مؤسسة على شهادة الآيزو بداية الالتزام بالمواصفة نفسها و تفرعاتها على أساس أن الجودة في الإنتاج عبارة عن حلقة متكاملة تضم كل أنشطة المنظمة و كافة الأمور و الأساليب المستخدمة في الإدارة و الإنتاج. الجهة التي تمنح الشهادة هي هيئات التسجيل المعتمدة و المرتبطة مع الهيئات الرسمية كلا في بلده ، و من خلال أجهزة المواصفات و المقاييس و يجب المرور بثلاث مراحل هي:

أولا : مرحلة ما قبل التسجيل ، و هي المرحلة التي يتم فيها التجهيز و الاستعداد و تعديل الأوضاع لتتطابق مع متطلبات شهادة الآيزو.

ثانيا : مرحلة التسجيل أو مرحلة الحصول على الشهادة.

ثالثا : مرحلة ما بعد الحصول على الشهادة.

يجب الإعداد الجيد عند رغبة أي مؤسسة أو منظمة مهما كان نوع الخدمة المقدمة فيها أن تقوم بالإعداد الجيد و المدروس حتى تنجح في جميع مراحل التطبيق. و يمكن تلخيص مراحل تطبيق مواصفات الآيزو 9000 بالخطوات التالية:

- دراسة مواصفات مجموعة الآيزو 9000 بعناية و تكون البداية بدراسة المواصفة التي ترغب الانضمام إليها مع تحديد العناصر التي يجب أن يكون منها الجودة في المؤسسة .
- تقييم مستوى أداء نظام الجودة في المؤسسة لكل عنصر من العناصر التي حددت في الخطوات السابقة.
- توثيق نظام الجودة و إعداد كتيب الجودة ، و يراعى هنا أن يكون حجم التوثيق بالقدر المطلوب فقط .
- وضع تطبيق الخطة لتحسين أداء عناصر الجودة و هو ما يعرف بالتخطيط للجودة ، و يجب أن تحدد في هذه الخطة كحد أدنى: الأهداف المراد تحقيقها،الموارد البشرية و المادية المطلوبة، الأشخاص المسؤولين عن تطبيق هذه الخطة و وضع جدول زمني مناسب.
- متابعة الإدارة العليا في المؤسسة لتطبيق خطط الجودة التي وضعت إلى أن يصل أداء الجودة إلى المستوى المطلوب، و هذا الدور الذي يجب على الإدارة أن تلعبه ، هو دور أساسي لنجاح تطبيق الجودة و الخطة.
- عندما تصبح الإدارة على ثقة من قدرة و كفاءة نظام الجودة يمكنها أن تسعى للحصول على شهادة مطابقة لنظام الجودة من إحدى الهيئات المعتمدة.
- متابعة الإدارة العليا لأداء نظام الجودة بشكل منتظم و مستمر، للتأكد من أن نظام الجودة يعمل بالكفاءة التي تؤدي إلى إنتاج منتجات بالجودة المطلوبة.

3 - كيفية تطبيق إدارة الجودة الشاملة

إن تطبيق معايير الجودة الشاملة في المستشفيات هي الخطوة الجديدة لتحسين الأداء و تفعيل و تطوير مستوى الخدمة فيها، و الهدف منها هو تكوين نظام قياسي للأداء يسعى إلى خدمة العملاء و التحسين و التطوير المستمر للخدمات المقدمة. لذا نعتقد أن الوقت حان لاتخاذ الإجراءات اللازمة

والصناعة للتنسيق بهدف تحسين أداء من خلال تطبيق معايير الجودة الشاملة ومن ثم الحصول على شهادة الايزو 9000. إن التطوير والتحسين في الأداء يجب أن يتم جنباً إلى جنب وفقاً لنظام الايزو 9000 من خلال تطبيق معايير الجودة الشاملة وتحسين قدرة وكفاءة الموارد البشرية، وذلك من خلال إبراز ثقافة جديدة تعنى أولاً باهتمامات عملاء المؤسسة من خلال تقديم خدمات سريعة ومتطورة خالية من الأخطاء وذات كفاءة عالية مما سوف يؤدي إلى رفع مستوى الخدمة الصحية في المستشفيات.

3-1 متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة

تتضمن عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة³⁶⁸ متطلبات تتمحور فيما يلي:

• دعم وتأييد الإدارة العليا

من الضروري إقناع الإدارة أولاً وقبل كل شيء بضرورة تطبيق منهجية إدارة الجودة الشاملة³⁶⁹، ويمثل دعم وتأييد الإدارة العليا أهم ضمان الذي يعمل على مساندة الكوادر في اتخاذ القرارات اليومية الداعمة³⁷⁰ لتطبيق الناجح لإدارة الجودة الشاملة، على أن يكون هذا الدعم والتأييد نابغاً من اقتناعها وإيمانها بضرورة التحسين المستمر، وانطلاقاً من أن الإدارة العليا هي الجهة المنوط بها اتخاذ قرار تطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة باعتباره قراراً استراتيجياً، فإن ذلك يستلزم وجود رؤية، رسالة، أهداف، واستراتيجيات محددة ومنشورة لجميع المستويات الإدارية، كما يعبر أيضاً عن هذا الدعم والتأييد بالاقتناع والالتزام بالخطط والبرامج، وتوفير الموارد المالية والبشرية اللازمة لتطبيق المدخل، هذا فضلاً عن ضرورة تحديد السلطات والمسؤوليات، وكفاءة التنسيق، تلك هي صور التعبير عن تأييد ودعم الإدارة العليا والتي تملك إنشاء البنية التحتية الإدارية لإحداث التغيير. أما عوامل النجاح على المدى الطويل يشترط توفر ضمان دعم القيادة العليا في المؤسسة قبل البدء بمشروع التطوير كما يجب على القيادة العليا أن تقود سياسة التغيير عن طريق تطبيق ثقافة جديدة واضحة للعمل لمناصرة التطوير. والذي يتطلب القدرة على بناء تصميم هيكلي بطريقة نظامية، ضمان التزام ودعم الأفراد للمشروع باعتبارهم عاملاً مهماً

³⁶⁸ د. جاد الرب عبد السميع حسانين " متطلبات تطبيق مبادئ الجودة الشاملة من وجهة نظر المسؤولين بمستشفيات جامعة المنصورة " كلية

التجارة- جامعة المنصورة - 2003 - ص 14.

³⁶⁹ محفوظ أحمد جودة " إدارة الجودة الشاملة - مفاهيم و تطبيقات " المرجع السابق - الطبعة الثانية - ص 205 .

³⁷⁰ د. سامية جلال سعد " الإدارة البيئية المتكاملة للمستشفيات " المنظمة العربية للتنمية الإدارية - بحوث و دراسات - القاهرة - 2006 - ص 95

لنجاح ، تحويل مسار الإدارات المتقدمة في المستشفى لخدمة استراتيجيات المستشفى ،تحديد
الغايات والأهداف الإجرائية.،تنسيق التغيير في اتجاهات الموظفين في بيئة العمل بما يتماشى بمعايير
الجودة ،إيجاد أسلوب جديد وواضح للاتصال مع القيادة العليا لمراجعة التطوير. و يمكن التعبير
عن التزام الإدارة العليا بإدارة الجودة الشاملة بالمعادلة التالية : الالتزام = الدعم + المشاركة.

● التوجيه بالعميل وتعميق فكرة أن العميل يدير المنظمة

إن المفهوم التقليدي للزبون أو العميل يقتصر على الأفراد من خارج المنظمة ، و الذي لا يتفق
ومفهوم العميل وفق نظام إدارة الجودة الشاملة و الذي يشتمل على نوعين من العملاء³⁷¹ ،
العملاء الخارجيين و الداخليين فالنوع الأول هم الأفراد أو الجهات التي تستفيد أو تتأثر بالخدمة
الناتج عن نشاط المستشفى أما الصنف الثاني هم أولئك الأفراد الذين ينتمون داخليا إلي المنظمة
و يتأثرون بالأنشطة و القرارات و المنتجات و الخدمات التي تقدمها المنظمة الصحية³⁷² من أطباء
وممرضين و تقنيين و إداريين.

و انطلاقا من أن العميل هو محور كل الجهود في إدارة الجودة الشاملة ، فإن التوجه به يمثل أحد
أهم متطلبات تطبيق هذا المدخل ، وهذا ما يستدعي اتخاذ كافة التدابير التي تمكن من تقييم
مستوى رضاء هذا العميل الذي يعمل على تقليص مستوى الضغوطات و الصراعات داخل
المستشفى ، كما أن الاتصال مع العملاء في الوقت المناسب يعد أحد الطرق الفعالة في إدارة
التوقعات³⁷³ ، و سبيل الإدارة في ذلك هو إنشاء نظام فرعي ضمن النظام الكلي للمعلومات
يخصص للعميل من حيث تجميع ، تحليل حاجاته وتوقعاته والتغيرات التي تحدث فيها والعمل على
ترجمة هذه الحاجات في شكل خدمات تلي حاجاته ، إضافة إلى أهمية تنمية العلاقات الإنسانية
بالعميل.

● هيئة مناخ العمل وثقافة المنظمة

لقد ظهرت نظرية الثقافة التنظيمية في بداية الثمانينات من القرن الماضي بعد أن تزايد دورها في
التأثير على سلوك العاملين في مواقع العمل³⁷⁴ ، وفحوى هذه النظرية أن لكل منظمة ثقافتها

³⁷¹ لقد ارتكزت الدراسة الميدانية على الاهتمام بالنوعين معا : الأطباء باعتبارهم عملاء من داخل المنظمة و المرضى باعتبارهم عملاء من خارج المنظمة الاستشفائية.

³⁷² د. مصطفى محمود أبو بكر " مقومات و معوقات تحقيق الجودة الشاملة - مدخل التوجه بالقوى العاملة " من كتاب استراتيجيات الاستثمار البشري بالمؤسسات العربية - إشراف د ، عبد الحميد توفيق - مركز الخبرات المهنية للإدارة - بميك - القاهرة - 1996. ص 182.

³⁷³ د. هاني حامد الضمور " تسويق الخدمات " دار وائل للنشر - 2005 - ص 457.

³⁷⁴ د. ماجدة العطية " سلوك المنظمة - سلوك الفرد و الجماعة " الشروق - عمان ، الأردن - 2003 - ص 330.

الخاصة، وتتكون من القيم والمبادئ والافتراضات الأساسية التي يكونها الأفراد داخل منظماتهم وبيئاتهم، والتي تدفع بسلوكيات معينة . ويرى نلسون وكويك أن الثقافة التنظيمية³⁷⁵، التي يعتنقها الأفراد في المنظمات لها تأثيراً قوياً ومباشراً على سلوكهم وأدائهم لأعمالهم وعلاقاتهم برؤسائهم ومرؤوسيههم وزملائهم والمتعاملون معهم وتعكس هذه القيم والمعتقدات درجة التماسك والتكامل بين أعضاء المنظمة كأنها نظام رقابة داخلي يدق الأجراس عندما يخرج السلوك عن الحدود التي رسمت له و الإدارة متورطة في ظهور مثل هذه الأنواع من السلوكيات السيئة³⁷⁶ ومن ثم فإن هذه القيم تعبر عن قدرة المنظمة على إيجاد قيم أساسية يمكن أن تتحرك حولها كل الجهود وعلى جميع المستويات في المنظمة.

● قياس أداء الجودة والإنتاجية

إن قياس أداء الجودة والإنتاجية، يمثل أحد متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وهو ما يستلزم وجود نظام مبني على أساليب إحصائية مناسبة قادرة على القياس الدقيق، وتحديد الانحرافات السلبية في الأداء ثم العمل على علاجها بشكل فوري. و لكي تكون المقاييس المعمول بها فعالة يجب أن تكون ملائمة و وثيقة الصلة بالمعلومات و المعطيات الحديثة، لذا يجب على المنظمات أن تطور من المقاييس و تجعل من الممكن استعمالها حتى تسمح بتحويل القياس اليدوي إلى قياس رقمي³⁷⁷، حيث إن الخدمة التي لا يمكن قياسها لا يمكن تطويرها.

● الإدارة الفعالة للمورد البشري

لم تعد قضية تحديد مفهوم الإدارة و بيان أهميتها موضوع جدل بين الباحثين و الممارسين بقدر ما يتركز الاهتمام حالياً حول مساهمتها في حل المشكلات المعاصرة التي تواجه المنظمة³⁷⁸. و من هنا تطورت نظريات التنمية البشرية التي دعا إليها العديد من المفكرين و من بينهم فرانس كاركا الذي أكد على أن " تطور و نمو الفرد لا يكون من الأسفل إلى الأعلى و لكن يكون من الداخل إلى الخارج"³⁷⁹. و استناداً إلى أهمية المورد البشري فإن الإدارة الفعالة لهذا المورد تمثل أحد متطلبات

³⁷⁵ سنتناول هذا المفهوم بالشرح و التفصيل في الفصل الثالث - المبحث - ص

³⁷⁶ ستيفن أكرويد / بول طومبسون "سوء السلوك التنظيمي - حقل معرفي جديد" ترجمة عبد الحكم احمد الخزامي - دار الفجر للنشر و التوزيع - القاهرة ، مصر- 2002 - ص 105.

³⁷⁷ نيلز جوران/جان روي و ماجنر ووتر " الأداء البشري الفعال بقياس الأداء المتوازن - أفكار عالمية معاصرة " ترجمة : علا احمد إصلاح - سلسلة إصدارات بيمك - القاهرة - 2003 . ص426.

³⁷⁸ د. عبد الرحمن أحمد محمد هيجان " منهج عملي لتطبيق مفاهيم إدارة الجودة الكلية " الإدارة العامة - المجلد 34 / العدد 3 / ديسمبر 1994. ص405 .

³⁷⁹ Dominique Rispaïl « Mieux se connaître pour mieux soigner - une approche du développement personnel en soins infirmiers » Editions -Masson , Paris - 2002. P1.

تطبيق إدارة الجودة الشاملة ، حيث يعتبر ذلك ضمانا حقيقيا لاستمرار نجاحه ، وان الإدارة الفعالة لهذا المورد تستوجب العناية بنظم الاختيار والتعيين ، تقييم الأداء ، التدريب ، التحفيز وتقدير الجهود المتميزة ، المشاركة والتعاون لتحديد المشكلات وعلاجها ، إضافة إلى الاهتمام والتأكيد على أسلوب العمل من خلال الفريق والتخلي عن نظام الأداء الفردي.

• التعليم والتدريب المستمر

يتطلب تطبيق إدارة الجودة الشاملة على كافة المستويات الإدارية إعداد خطة للتدريب والتعليم لضمان انسجام المهارات والمعارف والاتجاهات بفلسفة التحسين المستمر و تحقيق الكفاءة التي تعتبر مهارة و ذكاء عملي يرتكز على أسس معرفية³⁸⁰، كما يتطلب أيضا استمرار النشاط التدريبي المخطط من حيث المحتوى ووقت التنفيذ، وكذا الاهتمام بتدريب الخط الأول من الموارد البشرية. كما تقبع هذه الأهمية خلف مفهوم الاحتياج أي التدريب عند الحاجة لان هناك صعوبات يتفق عليها الكثير في نشر التدريب قبل ظهور الحاجة إلى ذلك.³⁸¹

• تبني الأنماط القيادية المناسبة لمدخل إدارة الجودة الشاملة

أن تبني النمط القيادي المناسب لمدخل إدارة الجودة الشاملة يمثل أحد متطلبات نجاح هذا المدخل، ذلك النمط الذي يعمل بروح الفريق ، يهيئ مناخ العمل الجماعي ، يوازن بين الاهتمام بالعمل بجانب الاهتمام بالعنصر البشري ويعزز القيم الإيجابية في العمل والعلاقات. و لا تزال حرية الإدارة مقيدة في اتخاذ القرارات بكثير من الضغوطات من قبل السلطات العليا³⁸².

• مشاركة جميع العاملين في الجهود المبذولة للتحسين

على الرغم من جريان العرف على أن الوحدة الأساسية للعمل في المنظمات هي الفرد العامل ، إلا أن التطورات الكبيرة المحيطة بالمنظمات كنتيجة العولمة و ما صاحبها من حركية عنصر العمل أدت إلى تحول الاهتمام من نظام الفرد إلى نظام فريق العمل باعتباره الوحدة المفضلة لانجاز الأعمال في هذه الظروف³⁸³ . لذا يجب على القيادة في المستشفى أن تشكل بوادر السلوك التعاوني و هذا

³⁸⁰ Marie Tresanini « Evaluer les Compétences du recrutement à la gestion du carrière » Editions Management & société – 2004- collection pratiques d'entreprises – P17.

³⁸¹ حسين الراوي الرويلي " الجودة الشاملة في المؤسسة الخدمية " مدير إدارة الجودة – المملكة العربية السعودية – <http://www.arado.org/eg/tqm/montada/QNPSO.doc>

³⁸² د. أحمد محمد المصري " إدارة الأعمال الطبية المستشفيات – الصيدليات " مؤسسة شباب الجامعة – الإسكندرية – 2005. ص 91 .

³⁸³ د . عبد الناصر محمد علي حمودة " إدارة التنوع الثقافي في الموارد البشرية " المنظمة العربية للتنمية الإدارية – بحوث و دراسات – 2005 . ص 194 .

بتنمية روح المشاركة و العمل كفريق ، و رغم أن كل المنظمات تحتاج إلي مثل هذا النمط من العمل (العمل كفريق) إلا أن المنظمات الصحية تحتاج إليه بصورة كبيرة و دقيقة بدليل أنه يؤدي إلي إنقاذ أرواح بشرية ، فتبني مثل هذا السلوك يمكن من تنمية الكفاءات و المهارات ، و تلعب القيادة دورا بارزا في تصميم العمل و مكان العمل لتسهيل عملية التعاون و المشاركة³⁸⁴ ، و لكن هذا المفهوم ضعيف لدى بعض الأفراد مما بدفعهم لممارسة أسلوب التنافس الفردي داخل المجموعة الواحدة مما يسبب ضياع الجهد و الوقت و يولد الصراعات بين أعضاء المنظمة.

و تتطلب إدارة الجودة الشاملة مقومات أساسية لضمان النجاح في أي مؤسسة إدارة تشاركية Participative management ، التحسين المستمر في العمليات ، استخدام فرق العمل³⁸⁵ ، ونظرا لما يتطلبه مدخل إدارة الجودة الشاملة من إزالة الحواجز أمام جهود كافة العاملين ، فإن المشاركة تمثل أساس النجاح و العمل كفريق ذات توجه واحد تخفض عنده تعارض الأهداف، وتكرار الجهود. كما يمتد مفهوم المشاركة هنا إلى مشاركة الأطراف الخارجية عن المنظمة مثل الموردين لإبداء آرائهم في التحسين المتعلق بنشاطهم.

● تأسيس نظام معلومات لإدارة الجودة الشاملة

اتساقا مع أن العميل هو محور الاهتمام ، فإن تأسيس نظام معلومات لإدارة الجودة يمثل أحد متطلبات تطبيق المدخل بما يشمله هذا النظام من نظام فرعي خاص بالعميل ، إضافة إلى نظم المعلومات الفرعية الأخرى التي تتمثل مسؤولياتها في جمع ، تحليل ، تفسير ، وتقديم المعلومات لمراكز اتخاذ القرار وطالبي هذه المعلومات بالصورة المناسبة وفي الوقت المناسب ، بما ينعكس على تحقيق التناسق بين الجهود في كافة المستويات و بين جميع العاملين ، فالقضاء على أمية التعامل مع الكمبيوتر في صفوف العاملين في المستشفى ، خاصة هيئة التمريض يمكن من الاستفادة و بوتيرة سريعة من التقنيات الحديثة و تقنيات الاتصال³⁸⁶ .

3-2 مفاتيح الحصول على الجودة

إن المتطلبات الصحية تتطلب من المستشفيات البحث عن تغييرات إستراتيجية للنمط التقليدي مثل: التوسع الأفقي والرأسي، واستخدام أحدث التقنيات، وإدخال خدمات جديدة وتحسين جودة

³⁸⁴ « Hospital-Based Emergency care at the Breaking point » P 191.

³⁸⁵ - د. إسماعيل عبد الفتاح: "التخطيط والجودة"، ص 65.

³⁸⁶ د. محمد حسن شعبان " التحديات المعاصرة أمام الموارد البشرية العربية و سبل التغلب عليها " الإدارة العامة - المجلد 46 / العدد 4 / نوفمبر 2006. ص 696.

الخدمات الموجودة، ولا يقتصر الأمر على ذلك بل يتعداه إلى رؤية المؤسسة الصحية كوحدة متكاملة. مع ضرورة قبول التغيير باعتباره حقيقة واقعة و ضرورة التعامل مع المتغيرات³⁸⁷. مما يمكن المستشفى من حصول على الكادر الوظيفي الذي تحتاجه من حيث العدد والمؤهل المناسب في الوقت المناسب باعتبار العنصر البشري عامل النجاح الرئيسي في تجربة أي منظمة كانت. ويبدأ نظام إعادة توزيع الموظفين من الموارد البشرية الموجودة حالياً في المؤسسة ومن رؤية الأهداف (أهداف المؤسسة وخططها والتنبؤ بالكادر المطلوب) مع التطلع للتخطيط لتبديل مواقع مثالية للموارد البشرية الموجودة بشكل كامل. وفي هذه الطريقة لن يتم فقط توزيع الموارد البشرية طبقاً لاحتياجات المؤسسة بل أيضاً طبقاً لتلك المجالات التي يمكن الاستفادة فيها من الإمكانيات الفنية والبشرية إلى أقصى حد ممكن. ولا تؤدي وحدة إعادة التدريب التي تعمل على أساس بيانات التنبؤ بالموظفين القصيرة ومتوسطة وطويلة المدى فقط إلى إيجاد حلول مناسبة للمشكلات ، بل أيضاً تؤكد على أن معظم هذه المشكلات لا تظهر من خلال توقع ظهورها والإعداد وتنفيذ برامج إعادة توزيع الموظفين الضرورية مما يمكن المستشفى من حصول على الكادر الوظيفي الذي تحتاجه من حيث العدد والمؤهل المناسب في الوقت المناسب .

و يعتمد جوهر نظام إدارة الجودة الشاملة بدرجة كبيرة على الاتجاه الفكري و الالتزام المهني لدى العاملين بالمنظمة ، و من ثم كانت أولى و أهم مسؤوليات الإدارة العليا بالمنظمات التي تهدف إلى تطبيق إدارة الجودة الشاملة إعطاء العاملين اهتماما مناسباً بغرض تنمية و تطوير مهاراتهم و تحسين اتجاهاتهم و سلوكياتهم³⁸⁸. و باعتبار المستشفى منظمة معقدة التركيب و متعددة الأنشطة و متنوعة الفئات فان العملية الإدارية بها تكون على مستوى هذا التعقيد، مما جعل من مجال إدارة المستشفيات مجالاً واسعاً للدراسة و البحث و وضع البرامج لتنمية القدرات الإدارية. فمدير المستشفى يجب أن يحصل على قدر من التعليم في مدرسة الخبرة³⁸⁹. و توصلت العديد من

³⁸⁷مصطفى محمد سعيد عالم "إدارة الجودة الشاملة.. و أثرها في التغيير المؤسسي" ورقة مقدمة في المؤتمر الوطني الأول للجودة-السعي نحو الإلتقان و التميز- الواقع و الطموح- 26-28 ربيع الأول 1425.

³⁸⁸ د. مصطفى محمود أبو بكر " مقومات و معوقات تحقيق الجودة الشاملة - مدخل التوجه بالقوى العاملة " من كتاب استراتيجيات الاستثمار البشري بالمؤسسات العربية - إشراف د ، عيد الحميد توفيق - مركز الخبرات المهنية للإدارة - بميك - القاهرة - 1996. ص 178.

³⁸⁹ Mac Eachern « Hospital organisation and Management , Berwyn ,Illionis ,physicians, Record co , 1982 p3.

الدراسات إلى وجود مجموعة من المفاتيح للحصول على الجودة³⁹⁰ تحصرها بعض الدراسات في 19 مفتاحا سنتناول أهمها فيمايلي:

■ الانفتاح

إن سمة الاقتصاد اليوم هو العالمية و الانفتاحية و اللاحدود سواء مكانية أو زمانية فهي سمة هذا العصر ، و المستشفيات جزء من هذا العالم و جزء مهم نظرا لما يحتويه من موارد طبيعية و مواد خامة تصنيعية و نظرا لتوافر المورد الأهم و هو المورد البشري القادر على القيام بهذه النشاطات الاقتصادية و الخدمية و غيرها ، لذا لا بد من إجراءات و خطوات تشير إلى وعي وإدراك لأهمية المشاركة الفاعلة و التكيف مع المحيط .

■ الكفاءة

و تعني تقديم الخدمات الضرورية و المناسبة و التخلص من الأنشطة التي تقدم بطريقة الخطأ ، أو على أسس و معايير غير سليمة³⁹¹ . وتشير الكفاءة إلى العلاقة بين الموارد و النتائج ، و تقاس الكفاءة باحتساب نسبة المخرجات إلى المدخلات المستغلة أثناء سعي المنظمة لتحقيق أهدافها ، وترتبط الكفاءة بمسألة ما هو مقدار المدخلات من الموارد المادية و البشرية لتحقيق مستوى معين من المخرجات³⁹² . ويعتبر مفهوم الكفاءة ملازما لمفهوم الفعالية و لكن قد تكون المنظمة فعالة ولكنها ليست كفؤة أي أنها تحقق أهدافها و لكن بخسارة ، و عدم كفاءة المنظمة يؤثر سلبا على فعاليتها.

■ القيادة

لقد بات توضيح مفهوم القيادة و تحليله والإحاطة به أمرا في غاية الأهمية ، نظرا للتباعد الكبير الذي يصل أحيانا حدود التناقض بين إطاره النظري و تطبيقاته العملية . فالقيادة كلمة قد يساء فهمها و بالتالي ممارستها أو التنظير لها³⁹³ . و بالرغم من كثرة التعريفات التي تناولتها إلا أن أشهرها تعني القدرة على التأثير في الآخرين من أجل تحقيق الأهداف المشتركة . مما يعني أنها عملية تواصل بين القائد أو المدير و مرؤوسيه حيث يتبادلون المعارف و الاتجاهات ، ويتعاونون على

³⁹⁰ Jean Louis Deligny « Moderniser L'administration Pourquoi ? Quand ? Comment ? » papier du colloque – La modernisation de L'administration pour une meilleur qualité du service public- Actes du 3ème colloque de l'association des administrateurs – ASAMEF – Ifrane le 12-13 mai 1990.P 41-P45.

³⁹¹ د. فريد كورتيل – المرجع السابق – ص 363.

³⁹² د. حسين حريم " إدارة المنظمات – منظور كلي " دار الحامد للنشر و التوزيع – الطبعة الأولى – 2003 . ص 96 .

³⁹³ أشواق عباس " مفهوم القيادة و نظرياتها " <http://www.ahewar.org/debat/show.art.asp?aid=43391>

إنجاز المهام الموكلة إليهم . فالقائد هو المفاعل الصحيح لحركية الذات والموضوع ، وهو المحرض بكل فاعلية اجتماعية تاريخية بحيث يصبح الوعي محكوماً بالواقع والوقائع ، و هو القدوة لان له أكبر الأثر في توجيه المنظمة و حسبنا دلالة على ذلك أن الله تعالى حين كلفنا بالإسلام و الشرائع السماوية بعث من أنفسنا نموذجاً من البشر ليكون قدوة لنا في تطبيق هذه الدعوة..³⁹⁴ " لقد كان لكم في رسول الله أسوة حسنة لمن كان يرجو الله و اليوم الآخر و ذكر الله كثيراً " .

ويوجد العديد من النظريات التي تناولت القائد و القيادة³⁹⁵ و من أبرزها نظرية الرجل العظيم Human- Great Man Theory ، نظرية السمات Theory of Traits ، نظرية القيادة الإنسانية Human-Oriented Approach و النظرية الموقفية³⁹⁶ Situation of Theory و النظرية التفاعلية أي الأسلوب الانتقائي للقيادة³⁹⁷ Leadership An Electoral Approach to ، و قد استعمل مصطلح القائد للدلالة على الأفراد الذين يتحملون مسؤوليات على مستوى عال من الأهمية، والذي يمكنه أن يلعب خمسة ادوار : المتصل ، المسير ، المنظم ، المقرر و المسؤول³⁹⁸ .

■ التكوين

يقصد بالتكوين أو التدريب تلك العملية المنظمة المستمرة التي تكسب الفرد معرفة و مهارات أو آراء و أفكار لازمة لأداء عمل معين و بلوغ هدف محدد³⁹⁹ ، و تنص المادة 171 من القانون الأساسي للعمل على أن العمل التكويني يعد أحد عوامل الترقية الاجتماعية و المهنية للعامل و ضمان للتنمية الاقتصادية للبلاد⁴⁰⁰ . و يهدف التكوين أساساً إلى تطوير الموارد البشرية و تدريبها على الأساليب المتطورة لأداء الأعمال و تمكين الأفراد من مسايرة الأساليب و الاستخدامات المستحدثة في مجال أعمالهم.

³⁹⁴ أحمد عمر هاشم " القدوة في الإسلام .. كمنهج للتغيير " المؤتمر السنوي السادس – الإدارة في ظل التغيير- 1996. ص 134.
³⁹⁵ حوالف رحيمة "أهمية تكوين الإطارات و دوره في رفع مستوى الأداء العام للمؤسسة – دراسة حالة : الشركة الوطنية للكهرباء و الغاز " رسالة ماجستير غير منشورة – 1998. ص 84 – 90 .
³⁹⁶ حسب هذه النظرية لا يوجد قائد إلا بعد مروره بتجربة تظهر شخصيته و قدرته على القيادة ، فالقيادة هنا ظاهرة من مظاهر التفاعل بين الأفراد. و تقوم هذه النظرية على مرتكزان هما : كمية التوجه (السلوك العملي) و العون الاجتماعي العاطفي (سلوك العلاقات) .
³⁹⁷ تقوم هذه النظرية على إرادة التابعين وانتقاد رأي أغلبيتهم في السير وراء شخص معين بذاته . وهي تعتبر عنصراً هاماً في توضيح صورة القيادة المؤثرة و الفعالة . أما بالنسبة للقيادة حسب سلوك القائد فهناك عدة أنواع أبرزها : القائد الأوتوقراطي Bureaucratic Leader البيروقراطي Leader Bureaucratic ، القائد الفوضوي Laissez-Faire Leader و القائد الديمقراطي Leader Democratic.
³⁹⁸ Jacques Benoit « Pédagogie de l’Ethique – le Coeur du développement durable est le développement durable du cœur » Editions management & société – ems – 2005 , P309.

³⁹⁹ علي عبد الوهاب " إدارة الأفراد " الجزء الأول – الطبعة الثانية ، ص 244.
⁴⁰⁰ المادة 171 من القانون الأساسي العام للعامل المؤرخ في 05 غشت سنة 1978.

■ المرونة

يغطي مصطلح " المرونة " أي تغيير في ساعات العمل يخالف الساعات اليومية المألوفة، والاختلافات الأساسية إما أن تكون في ساعات العمل، أو في الشروط الخاصة بأوقات العمل أو الساعات السنوية، أو المشاركة في أداء المهام الوظيفية أو تقليل أوقات العمل التطوعي، أو قد تكون متعلقة بفترات الراحة من العمل والإجازات. و تستمد المنظمات البيانات و الأموال من بعضها البعض ومن المؤسسات الخارجية⁴⁰¹. يجب أن يتسم تنظيم المستشفى بالمرونة بحيث يسمح بمقابلة التغيرات و يقبل التعديل فيه وفقا لمقتضيات التطور و ذلك دون إحداث تغيير جذري في معاملة الرئيسية⁴⁰².

■ الفعالية

لقد حظي موضوع فعالية المنظمة و لا يزال باهتمام زائد من قبل الكتاب و الممارسين و المعنيين بنظريات المنظمة و التنظيم⁴⁰³، و تمثل الفعالية الشق الثاني في معادلة الأداء و هي لا تقل أهمية عن عنصر الإنتاجية، فمستوى الأداء مرهون بمستوى كل من الإنتاجية و الفعالية، و تعرف الفعالية بأنها " القدرة على تحقيق الأهداف مهما كانت الإمكانيات المستخدمة في ذلك " أي أن الفعالية تهدف إلي قياس مدى تحقيق الأهداف ليس إلا⁴⁰⁴.

■ الدقة و الثقة

يمثل عنصر الثقة أحد الاعتبارات الرئيسية التي تؤثر على استعداد الفرد تجاه التغيير و علاقاته مع العمال و الرؤساء و الرؤوسين، حيث يمثل الثقة و الولاء عنصرا هاما في ايجابية الاستعداد على تقبل صور التغيير المختلفة، و على العكس من ذلك نجد أنه كلما معدل الثقة بين العاملين كلما قلت تقبل التغيير بسبب فقدان المصداقية. و يتكون الإحساس بالثقة و الولاء بين فردين من خلال التفاعل و الاحتكاكات في المواقف المختلفة⁴⁰⁵، لأن من هو أهل للثقة تزيد قدرته في اقناع الآخرين بصدد تغيير اتجاهاتهم ناحية أحد الاشياء المتخصص فيها⁴⁰⁶.

401 د. فؤاد القاضي " التغيير في الفكر التنظيمي " المؤتمر السنوي السادس - الإدارة في ظل التغيير - 1996. ص 233.

402 د. أحمد محمد غنيم " إدارة المستشفيات - رؤية معاصرة " المكتبة العصرية - مصر - 2006. ص 169.

403 د. حسين حريم " إدارة المنظمات - منظور كلي " دار الحامد للنشر و التوزيع - الطبعة الأولى - 2003. ص 93.

404 حوالف رحيمة " أهمية تكوين الإطارات و دوره في رفع مستوى الأداء العام للمؤسسة - دراسة حالة : الشركة الوطنية للكهرباء و الغاز " رسالة ماجستير غير منشورة - 1998. ص 119.

405 د. سعيد بيس عامر " الاستعداد و كيفية تأثر الناس بالتغيير " المؤتمر السنوي السادس - الإدارة في ظل التغيير - ص 189.

406 د. أحمد ماهر " السلوك التنظيمي - مدخل بناء المهارات " الدار الجامعية - 2003. ص 220.

3-3 أبعاد الجودة

تلعب جودة الخدمة الصحية دورا هاما في تصميم منتج الخدمة و تسويقه⁴⁰⁷، و تنتج جودة الخدمة من شبكة معقدة من العديد من الأبعاد، فعلى سبيل المثال يرى الباحثون أن المستفيدين يحكمون على جودة الخدمة من خلال مقارنة الخدمة الفعلية مع الخدمة المتوقعة و عليه فإنها حالة التناقض بين توقعات المستفيدين و بين إدراكاتهم، و نجد من بين الباحثين الأكثر تميزا في مجال الجودة الخدمة كل من (Berry) و (Ziethaml) و (Parasuraman) يحددون " أن المعايير الوحيدة التي يعتمد عليها في تقييم جودة الخدمة هي تلك التي يحددها المستفيد من الخدمة"⁴⁰⁸. وهنا تكمن الصعوبات الكبيرة التي يواجهها العميل في المنظمة الصحية في تقييمه للخدمة الصحية لكونها غير ملموسة و تستهلك مباشرة، و لكن رغم ذلك تمتلك مواصفات نوعية تجريبية أو موثوقية تعتمد على الخبرة و التجربة كالرضا، السعادة، السرور، الألم، الحزن... الخ. و يتسع الأمر إلى أبعد من ذلك حينما تعتمد المواصفات النوعية على الثقة و المصادقية. و على الرغم من ذلك فإن المرضى يعتمدون في تقييمهم للخدمة الصحية المقدمة لهم على أساس مستوى أو درجة نوعيتها، معتمدين في ذلك على خمسة أبعاد⁴⁰⁹ حسب مقياس كوتلر Kotler هي:

• المعولية أو الاعتمادية Reliability

تشير الاعتمادية إلى قدرة مقدم الخدمة في صفة الطبيب على إنجاز أو أداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه، و لتفهم الاعتمادية فإن الذي يجب التركيز عليه هو مجموعة من خصائص الخدمة تتصل بكيفية أداءه لوظيفته خلال الاستعمال، فهي عبارة عن مقياس المنتج أو الخدمة على أداء الوظيفة المطلوبة منه بنجاح في ظروف الاستعمال العادية و لمدة محددة، و في هذا التعريف 4 عناصر هامة هي: الأداء، ظروف الاستعمال، المدة الزمنية محددة و التعبير عن القياس بالاحتمال⁴¹⁰ و تشمل المعولية " عملها صحيحة من المرة الأولى " و هي احد مكونات الخدمة الأكثر أهمية للعملاء، كما تتسم أيضا بتوفير الخدمات كما تم الوعد بها و في الوقت المحدد، والاحتفاظ بسجلات خالية من الأخطاء، لذلك فإن الميل إلى الخدمات المبالغ في وعودها و قيادة

⁴⁰⁷ د. فريد كورتيل - المرجع السابق - ص 362.

⁴⁰⁸ د. حميد الطائي /د. بشير العلق "إدارة عمليات الخدمة" دار اليازوري العلمية - الطبعة العربية - الأردن 2009 . ص 142.

⁴⁰⁹ ثامر ياسر البكري " تسويق الخدمات الصحية "دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع - الطبعة العربية -عمان - الأردن . 2005 . ص 211-

212.

⁴¹⁰ د. سمير محمد عبد العزيز " اقتصاديات جودة المنتج بين إدارة الجودة الشاملة و الأيزو 9000 و 10011 " مكتبة الإشعاع - الإسكندرية، 2000 . ص 59 و ص 60.

العملاء إلى توقعات غير واقعية لا تتسبب إلا في نفاذ صبر هؤلاء و فقدان ثقتهم⁴¹¹ . فالمستفيد من الخدمة الصحية أي المريض الذي يتطلع إلى ذلك من خلال الوقت و الانجاز و الوفاء بالالتزامات. و يمثل هذا البعد 32 % كأهمية نسبية.

● الاستجابة : Responsiveness

تمثل الاستجابة " الرغبة في مساعدة العملاء و توفير خدمة فورية ، بمعنى سرعة الانجاز و مستوى المساعدة المقدمة للمستفيد من قبل مورد الخدمة⁴¹² و يمثل هذا البعد 22 % كأهمية نسبية.

● التأكيد أو التوكيد Assurance

يعكس التوكيد معرفة العاملين و لطفهم و مقدرتهم على الإيحاء بالثقة و هي السمات التي يتصف بها العاملون من معرفة و قدرة و ثقة في تقديم الخدمة الصحية ، و تتسبب المواقف السلبية و سوء توجيه المرضى بتقديم معلومات غير دقيقة في فقدان الثقة بالمنظمة الصحية ككل . و يمثل هذا البعد 19 % كأهمية نسبية.

● الكياسة أو اللطف Empathy

و يقصد بها درجة الرعاية و الاهتمام الشخصي بالزبون (المريض) و رعايته بشكل خاص و الاهتمام بمشاكله و حسن معاملته بالرفق و اللين⁴¹³ و هذا ما نص عليه ديننا الحنيف في قوله تعالى " و إن كان ذو عسرة فنظرة إلىي ميسرة ، و إن تصدقوا خير لكم إن كنتم تعلمون " (سورة البقرة ، الآية رقم 280) ، أي العمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية، و يمثل هذا البعد 16 % كأهمية نسبية.

● الملموسية : Tangibles

يتم تقييم جودة الخدمة من قبل المستفيد في ضوء مظهر التسهيلات المادية مثل المعدات و التجهيزات الطبية ، الأفراد ، وسائل الاتصال. و يمثل هذا البعد 16 % كأهمية نسبية. و يمكن إظهار الأهمية النسبية لأبعاد نوعية الخدمة الصحية حسب مقياس كوتلر Kotler ، و لقد اعتمدت

⁴¹¹ جاي ككاندا مبولي/ كوني موك / بيغير لي سباركس " إدارة الجودة الشاملة في الضيافة و السياحة و وقت الفراغ " ترجمة: د . م . سرور علي إبراهيم سرور - دار المريخ للنشر - الرياض ، المملكة العربية السعودية - 2002 . ص 99 .

⁴¹² د . حميد الطائي /د. بشير العلاق "إدارة عمليات الخدمة" دار البازوري العلمية - الطبعة العربية - الأردن 2009 . ص 145.

⁴¹³ د . أحمد يوسف " القيم الإسلامية في السلوك الاقتصادي " دار الثقافة للنشر و التوزيع - القاهرة 1990. ص 103 .

الباحثة على هذه الأبعاد في الدراسة الميدانية لقياس مستوى و درجة نوعية الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى الجامعي بتلمسان كم نبينه في الجدول التالي :

الجدول رقم 8 : أبعاد الجودة الصحية

الترتيب	الأبعاد	الأهمية النسبية
1	المعولية	32%
2	الاستجابة	22%
3	التأكيد	19%
4	القياسية	16%
5	الملموسية	11%
المجموع	—	100%

المصدر : ثامر ياسر البكري "تسويق الخدمات الصحية" دار اليازوري العلمية— عمان، 2005. ص 214.

الخلاصة :

يجادل البعض بأن إدارة الجودة الشاملة حكر على القطاع الخاص ، و ذلك لتوفير عنصر المنافسة عند تقديم الخدمة للمستفيدين ، مما يجعل العاملين في القطاع العام الحكومي مصابون بالإحباط بسبب سوء سمعتها فيما يتعلق بالجودة و بسبب عدم الكفاءة التي يلاحظونها و التي يعايشونها يوميا . إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات هي الخطوة الجديدة لتحسين الأداء و تفعيل و تطوير مستوى الخدمة فيها، و هي لا تتطلب موافقة من البرلمان أو زيادة في نفقات الميزانية للعمل بطريقة أكثر براعة ، ذلك أن أي مدير في أي مستوى إداري من الممكن أن يطبقها في منظمته⁴¹⁴ ، و الهدف منها هو تكوين نظام قياسي للأداء يسعى إلى خدمة العملاء و التحسين و التطوير المستمر للخدمات المقدمة. لذا نعتقد أن الوقت حان لاتخاذ الإجراءات اللازمة و العمل على التنسيق بهدف تحسين أداء من خلال تطبيق معايير الجودة الشاملة و من ثم الحصول على شهادة الايزو 9001. و لتحقيق ذلك لابد من توفير كل الظروف المواتية و جعل العنصر البشري للمنظمة يؤدي مهامه في أحسن الأحوال بالتقليل من حجم الضغوطات المهنية المؤثرة على مستوى أدائه و التي تتسبب في تدني مستوى الخدمة المقدمة داخل المنظمة و هذا ما سوف نتناوله في الجزء الثاني من الدراسة .

⁴¹⁴ د. عبد العزيز مخيمر / د. محمد طعمانة " الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات - المفاهيم و التطبيقات " المنظمة العربية للتنمية الإدارية- بحوث و دراسات - مصر - 2003. ص 212.

الجزء الثاني

وضعية ادارة الجودة في المستشفيات

الجزائرية

مقدمة:

تميز الطب في النصف الأخير من القرن العشرين بالتقدم و التطور فكان فاتحة لعصر التغيرات المثيرة بالنسبة للعديد من الأمراض و الإصابات التي كان علاجها مستحيلاً⁴¹⁵، فهو مجال لتغيرات علمية عميقة و بطرق عقلانية⁴¹⁶، كما اعترف الطب منذ بداية القرن الماضي بتأثير العوامل الاجتماعية في المرض و الصحة، و ما صاحبه من ظهور علم جديد هو علم الاجتماع الطبي، و تزايد الاهتمام نحو التوسع في أداء الخدمات الصحية، و ذلك إيماناً بأن الرعاية الصحية حق مكفول لكل فرد من أفراد المجتمع، و ذلك بغض النظر عن قدرته المادية في دفع ثمن هذه الرعاية، و هذا ما دفع بالدول إلى إقرار معاهدات مشتركة تقرر على أن الصحة حق من حقوق الإنسان وليست منحة، فقد نصت المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان⁴¹⁷ على أن " لكل شخص حق في مستوى معيشة يكفى لضمان الصحة و الرفاهة له ولأسرته، و خاصة على صعيد المأكل والملبس والمسكن و العناية الطبية و صعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية، وله الحق في ما يؤمن به العائلات في حالات البطالة، المرض، العجز، الترميل، الشيخوخة أو غير ذلك من الظروف الخارجة عن إرادته و التي تفقده أسباب عيشه"، كما نص العهد الدولي للحقوق الاقتصادية و الاجتماعية في المادة 12 منه على أن: "تقر الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية و العقلية يمكن بلوغه. و تشمل التدابير التي يتعين على الدول الأطراف في هذا العهد اتخاذها لتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق، تلك التدابير اللازمة من أجل خفض معدل المواليد و موتي الرضع و تأمين نمو الطفل نمواً صحيحاً، تحسين جميع جوانب الصحة البيئية و الصناعية، الوقاية من الأمراض الوبائية و المتوطنة و المهنية و الأمراض الأخرى و علاجها و مكافحتها و كذا تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية و العناية الطبية للجميع في حالة المرض".

كما تزايد الاعتقاد أيضاً بأن مجموعات معينة من الأفراد خاصة الفقراء، و الأفراد بالمناطق النائية لا يحصلون على الرعاية الكاملة مثل باقي أفراد المجتمع لذا يجب الاهتمام بالقدرة الإنتاجية للأفراد من خلال تحسين المستوى الصحي للنهوض اقتصادياً و اجتماعياً بالمجتمع و رغم ذلك فإن العوامل

⁴¹⁵ Regina Okhuysen-Cawley, MD; Mona L. McPherson, MD, MPH; Larry S. Jefferson, MD, FCCM
"Institutional policies on determination of medically inappropriate interventions: Use in five pediatric patients"
Pediatr Crit Care Med 2007 Vol. 8, No. 3 P225.

⁴¹⁶ Daniel Benamouzig « La santé au miroir de l'économie » Presses Universitaires de France- 1ère édition ,
2005 .P 311.

⁴¹⁷ الإعلان العالمي لحقوق الإنسان 1948.

الاجتماعية و الثقافية تؤثر في المرض و الصحة. هكذا أقرت المواثيق الدولية الحق في الصحة كحق أصيل من حقوق الإنسان يجب على الدول أن ترعاه وتصونه، وهو لا يشمل خدمات العلاج والوقاية فقط بل يمتد ليشمل السكن الصحي والماء النقي والصرف الصحي والبيئة النظيفة كمفهوم أوسع واشمل للمقصود بالحق في التمتع بصحة جيدة كحق في الحياة مما أدي إلى وجود الأنظمة الصحية . إن المنظمات مطالبة بإعادة النظر في هياكلها و تطويرها حسبما تقتضيه ظروف العمل والبيئة⁴¹⁸ .

⁴¹⁸حوالف رحيمة "أهمية تكوين الإطار و دوره في رفع مستوى الأداء العام للمؤسسة – دراسة حالة : الشركة الوطنية للكهرباء و الغاز " رسالة ماجستير غير منشورة – 1998. ص 100.

الفصل الأول

تطور إدارة المستشفيات

في الجزائر

مقدمة:

يلعب المستشفى دوراً هاماً وحيوياً في تقديم الرعاية الصحية للسكان، في مجال تقديم الخدمات العلاجية والوقائية، وتمتد خدماته لتطال الأسرة في بيئتها المترلية إضافة لكونه مركزاً لتدريب العاملين الصحيين وإجراء البحوث الاجتماعية الحيوية. و تسعى المستشفيات العامة إلى الاستفادة من قوتها مع الاعتراف في الوقت نفسه على الحاجة إلى خفض تكاليفها ، والسعي إلى أوسع نمو العائدات ، وتقديم الاستثمارات في الهياكل الأساسية الرئيسية التي تساعد على المنافسة للمرضى والإيرادات⁴¹⁹. فالمستشفى يمثل الهيكل الأساسي و الصورة الواقعية للمنطقة التي يوجد بها⁴²⁰ ، لذا من الضروري أن يتكيف و يتطور ليستجيب للمتطلبات الصحية للمجتمع⁴²¹ . و من هذا المنطلق تسعى الدول المتقدمة إلى تعظيم كفاءة وفاعلية وجودة الخدمات المقدمة من المستشفيات على اختلاف أنواعها باعتبار ذلك مؤشراً بارزاً من مؤشرات التنمية البشرية.

لم تكن للجزائر غداة الاستقلال تقاليد راسخة في التسيير الاستشفائي، بل ورثت البلاد مستشفيات تخضر بفعل هروب عدد هائل من الكوادر الفرنسية الإدارية ، الطبية و الشبه الطبية ، و قد كان لزاماً على السلطات خوض الميدان الاستشفائي على الجبهتين : ضمان العلاج للجميع أولاً و إعادة بعث التعليم الطبي ثانياً هذه الجهود أتت بثمارها و هذا ما يتجلى واضحاً من خلال التطور الكمي و النوعي للمستشفيات. ولقد سيرت المؤسسات الاستشفائية العمومية التي تميزت بميزة المؤسسات العمومية الإدارية⁴²² إلى غاية 1975 بالقانون الفرنسي للصحة طبقاً لنصوص القانونية الصادرة في 31 ديسمبر 1962⁴²³، ثم بقانون الصحة الصادر في 1976⁴²⁴ وبعد ذلك بقانون الصحة الصادر في 1985⁴²⁵ و المعدل و المكمل بقانون 1990⁴²⁶ . كما عرف قطاع الصحة مثله مثل العديد من القطاعات الأخرى قبضة قوية من الدولة على الإدارة. وفي هذا

⁴¹⁹ Marion Ein Lewin & Stuart Altman « America's Health Care Safety Net » Institute of medicine – National Academy Press – Washington , D ,C-2000.P144.

⁴²⁰ Antoine Bailly /Michel Periat « Médiométrie une nouvelle approche de la santé » Economica-1995. p 56.

⁴²¹ Véronique Thomas « L'organisation en pole d'activité : de la démarche expérimentale à la réalité » ENSP- mémoire de l'école nationale de la santé publique - Rennes- 2006. P8.

⁴²² Younsi - Haddad « la responsabilité médicale des établissements publics hospitaliers » p 9.Revue- IDARA – Volume 8, numéro 2- 1998.

⁴²³ Loi n° 62.157 du 31.12.1962 tendant à la reconduction, jusqu'à nouvel ordre , de la législation en vigueur au 31.12.1962.

⁴²⁴ Ordonnance .n°76-79 du 23.10.1976, portant code de la santé publique.

⁴²⁵ Loi n° 85-05 du 16.2.1985, relative à la protection et à la promotion de la santé.

⁴²⁶ Loi n° 90-17 du 31.07.1990, portant modification de la loi du 16.2.1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

السياق و بتجاوز جوانب السياسة الصحية ، قدم هذا القطاع خدمات لسياسة العمالة التي وضعتها الحكومة منذ الاستقلال لحد من البطالة ، و هذا ما يفسر ارتفاع مستوى تكاليف الموظفين في ميزانيات المرافق الصحية و الكثير من المستشفيات التي تبلغ 90 ٪ . ومن الواضح أن قطاع الصحة تتميز بغلبة الجانب الاجتماعي على المنطق الاقتصادي و هذا يتناقض مع منطق الإدارة الرشيدة⁴²⁷ . و تتزايد الجهود لتطوير مجال إدارة المستشفيات و ذلك عن طريق تحسين نوعية رعاية المرضى وتعزيز الطابع الإنساني في المؤسسات الصحية وتوسيع السيطرة على جميع مستويات النظام الصحي⁴²⁸ ، بالرغم من نقص الموارد والافتقار إلى المرونة في إدارة المستشفيات ، فإن مسألة أن يعطي معنى و مكانة لهذه المشاكل في "السياسية الصحية" للبلاد.⁴²⁹ و يتفق جميع الاقتصاديين على أن الإدارة المتطورة و الجيدة أصبحت ضرورة حتمية يقتضيها التطور التقني⁴³⁰ ، وهي تزيد من موارد المستشفى الذي سوف يؤدي إلى تحسين نوعية الرعاية الصحية ، و هذا تلبية لطلب مستخدمي و المهنيين العاملين في مجال الصحة⁴³¹ . و لكن فكرة "إدارة المستشفى" في الجزائر لا تزال مهيمنة و متأصلة في عقول المديرين على أنها عملية تسيير عادية مثلها مثل إدارة مصلحة الضرائب، مع انعدام استقلالية حقيقية في التسيير والوسيلة الوحيدة هي الحسابات العامة (الإيرادات النفقات) ، إن الإدارة الاستشفائية مدعوة لأن تكون في مستوى التطور التقني الذي عرفه المستشفى، كما أن وزارتي الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات والتعليم العالي تعملان في إطار مشترك على وضع قاعدة تكوين متخصص في تسيير الهياكل الاستشفائية، الذي أصبح جد استراتيجي خاصة بعد ارتفاع نفقات الصحة العمومية.

⁴²⁷ Lamri Larbi « Réforme Hospitalière - Les cinq plaies du système de gestion » El-Watan- Algérie- 03/07 /02. http://www.santetropicale.com/SANTEMAG/actualites/0702/0702_2.htm

⁴²⁸ Dans le cadre des auditions des membres du gouvernement « une séance au secteur de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière ». "http://www.entv.dz/fr/Actualites/index.php?voir=640- octobre 2007.

⁴²⁹ Mohamed Mebtoul « La médecine face aux pouvoirs : L'exemple de l'Algérie- Médecine et Santé : symboliques des corps, N° 5- 1999. <http://socio-anthropologie.revues.org/document56.html>

⁴³⁰ Abdelaziz Meziane « la modernisation de l'administration pour une meilleur qualité du service public » ASAMEF (Actes du 3ème colloques de l'association des administrateurs) IFANE 12-13 mai 1990. P3.

⁴³¹ Lamri Larbi Opcit

المبحث الأول: واقع إدارة المستشفيات في الجزائر.

I - تطور المنظومة الصحية في الجزائر

1- تاريخ المنظومة الصحية في الجزائر

لقد عرف قطاع الصحة في الجزائر حقبات تاريخية متباينة امتدت عبر سنوات طويلة تعتبر منعرجات حاسمة في تاريخ قطاع الصحة بالجزائر ، و قد عرف القطاع الصحي انهيار في عدد العاملين ، حيث انخفض عدد الأطباء من 2500 طبيب منهم 285 جزائري إلى 600 طبيب، أي بمعدل طبيب واحد لكل 100.000 ساكن⁴³² (أنظر الجدول رقم 7)، متمركزين في المناطق الكبرى بالإضافة إلى طاقم صحي من الممرضين لا يتعدى 1380 أين الأغلبية غير مؤهلة و ليست لديها شهادات و كذا انعدام التجربة للطاقم الإداري المسير .

و اتسمت المؤشرات الصحية في ذلك الوقت بارتفاع معدلات الوفيات و الإصابات بسبب انتشار الأمراض المعدية و المنقولة⁴³³ الرضع 180 % ، و متوسط العمر المتوقع أقل من 50 عاما ، و انتشار الأمراض المتوطنة على نطاق لم يسبق لها مثيل مما دفع الدولة بالانشغال بقضية هامة الوفاة والعجز ، ونظرا لمحدودية الموارد وضعت وزارة الصحة اثنين من الأهداف الرئيسية لمعالجة هذا الوضع ، مكافحة الأمراض المعدية وتحسين الحصول على الرعاية. وتميز العمل على أرض الواقع بتنفيذ برنامج الصحة لحماية الناس و المجتمع (التطعيم الإجباري لجميع الأطفال) والوقاية من الأمراض المنتشرة(القضاء على الملاريا و السل). و من هنا أصبح لزاما انتهاج سياسة واضحة بتطبيق المشروع الاشتراكي⁴³⁴ الذي يدعوا إلي أن النظام الصحي خدمة عمومية والعيادات الخاصة تساهم في هذه الخدمة⁴³⁵ ، والمهم بالنسبة لمسؤولي الصحة هو إبراز الجهود المبذولة لبناء المستشفيات ، والإصرار على الزيادة في تكوين عدد الأطباء والاستقلال الذاتي النسبي الذي يتمتع

⁴³² بويوسف عصام الدين زهير " نظام تسيير المستشفيات في الجزائر " رسالة ماجستير - جامعة الجزائر - ص 28.

⁴³³ Fatima-Zohra Oufriha « Cette Chère Santé :une analyse économique du système de soins en Algérie » O.P.U-1992.P89.

⁴³⁴ Boulahrik Mohand « Planification sanitaire et Gestion des services de santé-Cas de l'Algerie » Mémoire de Magister -Institut des sciences économiques-UNIVERSITE D'ALGER - Juin 1993. P 81.

⁴³⁵ Daniel Benamouzig « la santé au miroir de l'économie » PUF -2005 P300.

به الممارسين في مجال الرعاية الصحية⁴³⁶ ، لأن العديد من الحكومات لا تريد تشغيل مستشفياتها على أساس تجاري لأنها جزء من ميراثها القومي⁴³⁷ .

الجدول رقم 9 : عدد العاملين في القطاع الصحي خلال 1962

عدد العاملين في القطاع	1962
عدد الأطباء	600
عدد أطباء الأسنان	135
عدد الصيادلة	266
الشبه الطبي	1380

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على مجموعة من المصادر.

وقد تميز النظام الصحي في العقد الثاني بعد الاستقلال بثلاثة ميزات رئيسية و هي :

- 1- تقديم الرعاية المجانية و إقرارها رسميا ابتداء من يناير 1974⁴³⁸ ، تطبيقا للمرسوم التنفيذي في ديسمبر 1973 و الذي يتضمن مشروع كل الوثائق التاريخية للثورة الجزائرية⁴³⁹ و هذا ما عزز من وضعية السكان في الحصول على الرعاية الصحية.
- 2- إصلاح التعليم الطبي في مختلف التخصصات.
- 3- إنشاء قطاع الصحة و محاولة تطويره بتوسيع نطاق التغطية الصحية بإنجاز العديد من المرافق الصحية ، و خصوصا المستشفيات ، والهياكل الخفيفة الوزن كالعيادات الشاملة والمراكز الصحية وذلك لتحقيق ثلاثة مهام أساسية و هي الرعاية ، التدريب والبحث.

وخلال عقدين الثمانينات و التسعينيات و بسبب انخفاض عائدات النفط من جهة و مرور بلادنا بالعيشية السوداء من جهة أخرى ، اضطر النظام للرضوخ إلى التعديل الهيكلي منذ 1994 ، بعد

⁴³⁶ Mohamed Mebtoul « La médecine face aux pouvoirs : L'exemple de l'Algérie- Médecine et Santé : <http://socio-anthropologie.revues.org/document56.html> symboliques des corps, N° 5- 1999.

⁴³⁷ العولمة و الرعاية الصحية ص2

⁴³⁸ Abdelhak SAIHI « Le système de santé publique en Algérie – Analyse et Perspectives » Gestion hospitalière- Avril 2005. P 241 .

⁴³⁹ Fatima-Zohra Oufriha –Opcit .P13.

أن شهد نظام الرعاية الصحية انهياراً جعله يعاني من نقص في المجالين التقني والعلاجي. وخلال الفترة ما بين 1989-1998 شهد المجال الطبي انتكاسات قوية الحجم تسببت في العديد من الممارسات تمثلت في تدهور وضعية مختلف الهياكل الاستشفائية و تدهور الخدمات المقدمة بها ، بالإضافة إلى تدمير العديد من الأطباء بسبب سوء الوضعية المهنية و الاجتماعية ، وظهور العيادات الخاصة المنافسة⁴⁴⁰.

1-1 الخريطة الصحية

تعتبر الخريطة الصحية الشكل الأساسي للنظام الوطني للصحة⁴⁴¹ و وسيلة لتطبيق السياسة الصحية التي تركز على دراسة الظواهر و التغيرات بغرض وضع خطط تتلائم و القدرات المتاحة⁴⁴²، وتعمل الخريطة الصحية على تصحيح الفوارق بين المناطق و المدن على أساس التمرکز السكاني⁴⁴³ ارتكز نشاط القطاع الصحي الحكومي في مجالي الخدمات الصحية الوقائية و الرعاية الصحية الأولية وفي مجال المستشفيات العامة، إلى جانب القطاع الخاص الذي تمحور نشاطه في الطب العلاجي، فمعظم منشآته عيادات طب عام أو اختصاص أو طب أسنان، بالإضافة إلى عدد من الأنشطة الطبية المساعدة، ومستشفيات الاختصاص. إن سياسة المستشفى تضعها الحكومة⁴⁴⁴، ويقوم النظام الصحي على أساس مجموعة من الهياكل الإدارية والتقنية ، والمؤسسات والهيئات العلمية والتقنية. وهذا النظام أساسه الوزارة برئاسة وزير الصحة و إصلاح المستشفيات و تتكون الإدارة العامة للوزارة كما هو مبين في الشكل التالي⁴⁴⁵:

⁴⁴⁰ Mohamed Mebtoul « La médecine face aux pouvoirs : L'exemple de l'Algérie- Médecine et Santé : symboliques des corps, N° 5- 1999. <http://socio-anthropologie.revues.org/document56.html>

⁴⁴¹ Article 6 - Loi N° 85-05 de 16/12/1985 « Relative à la protection et a la promotion de la santé ». www.lexalgerie.net

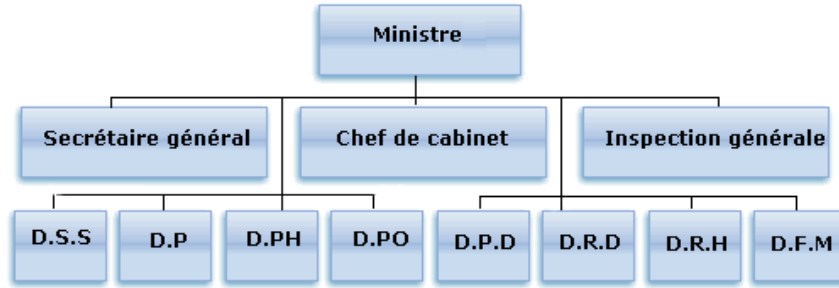
⁴⁴² Rapport –OCDE « Le vieillissement démographiques dans pays de l'OCDE : un défi fondamental pour l'action des pouvoirs publics » Problèmes économiques n°2505- 29Janvier 1997.P24.

⁴⁴³ M.Aguercif et F. Aguericif-Meziane « Le système de santé publique en Algérie – évaluation 1974-1989 et perspectives » Les cahiers du CREAD – N°35-36 , 3eme et 4ème trimestre 1993. P 97.

⁴⁴⁴ Irina Peaucelle « Industrie Hospitalière : Les Conséquences des Réformes en ex- RDA » Paris-Jourdan Sciences Economiques – Working paper N° 2006-31 , P4. <http://www.pse.ens.fr/document/wp200631.pdf>

⁴⁴⁵ Ministère de la santé et la Réforme Hospitalière - <http://www.sante.gov.dz/sante/>

الشكل رقم 8 : الهيكل التنظيمي للوزارة الوصية



المصدر: وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات

تقوم البطاقة الصحية الجديدة على إعادة تنظيم وحدات الرعاية في الفصل بين الهياكل خارج نطاق المستشفيات كالمستوصفات وغرف العلاج و هياكل العلاج في المستشفيات ، وتكريس المزيد من وحدات الوقاية والرعاية الأساسية و الاستشفاء ، والرعاية المتخصصة والعلاج على مستوى عال. تتميز هذه البطاقة الصحية الجديدة بإنشاء مؤسسات العمومية للصحة الجوارية Etablissements publics de santé de proximité والتي من مهامها ضمان تنفيذ برامج الوقاية والرعاية الأساسية . وإنشاء المستشفيات العامة Etablissements publics hospitaliers و التي تتمتع بالاستقلالية الإدارية ومن مهامها تقديم مجموعة واسعة من الخدمات العلاجية ومحو الفوارق الجغرافية⁴⁴⁶ ، و من حيث تنفيذ السياسة الصحية الوطنية واستعراض آفاق التنمية للقطاع ، تبين أن تقييم المؤشرات الديموغرافية يوضح ثلاث حقائق :الانخفاض المتواصل في معدل الوفيات ، الانخفاض في الخصوبة والولادة وكذا التغيرات في الهيكل السكاني حسب العمر ولكن مع وجود التفاوت الجغرافي. و تتحقق الرعاية الصحية الشاملة من خلال⁴⁴⁷ :

- الوقاية من الأمراض على جميع المستويات.
- التشخيص المبكر والعلاج.
- إعادة تأهيل المرضى.
- التثقيف الصحي.

⁴⁴⁶ Dans le cadre des auditions des membres du gouvernement « une séance au secteur de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière ». "http://www.entv.dz/fr/Actualites/index.php?voir=640- lundi 08 octobre 2007.

⁴⁴⁷ Article 8 - Loi N° 85-05 de 16/12/1985 « Relative à la protection et a la promotion de la santé ». www.lexalgerie.net

2- تطور النظام الإداري الاستشفائي في الجزائر

تعتبر إدارة المستشفى أكثر حساسية عن غيرها من المنشآت لأنها مكان يستسلم فيه العميل إلى أيدي الأطباء و المرضى و كل من يقدم له الخدمة، حيث يعرف Hutchinson الإدارة على أنها فن ومهارة تجمع بين بعض الموارد البشرية و المادية لتحقيق نتائج محدودة⁴⁴⁸. و تكون العملية الإدارية من عدة عناصر هي: التخطيط، التنظيم، التوجيه، التنسيق، الرقابة بالإضافة إلى التقدم التكنولوجي والصيانة. وتعتبر المستشفى منظمة معقدة التركيب و متعددة الأنشطة و متنوعة الفئات و لذلك فإن العملية الإدارية بها تكون على مستوى التعقيد، و لذا أصبح مجال إدارة المستشفيات مجالاً واسعاً للدراسة و البحث و وضع البرامج لتنمية القدرات الإدارية. فمدير المستشفى يجب أن يحصل على قدر من التعليم في مدرسة الخبرة⁴⁴⁹، فهي عادة ما تتسع لاستقبال العديد من الأفراد و لهذا فهي تصنف إلى أصناف مختلفة منها المستشفيات الشاملة و الخاصة و المتخصصة، الاستثمارية.. الخ. ولكن رغم اختلاف مستوياتها و أنواعها و تخصصاتها ما زالت الإدارة هي الفيصل بين نجاح المستشفى أو فشلها في أداء الخدمات الطبية و لاشك في أن إدارة المستشفى الناجحة لا يمكن أن تتساوى مع غيرها من المستشفيات الغير الناجحة لان كفاءة الإدارة و حسن تعاملها مع الجمهور هما السر في نجاحها و في كسب ثقة الناس⁴⁵⁰. ولا يمكن الفصل بين المناخ التنظيمي و العلاقات الإدارية السائدة و بين المؤثرات البيئية التي تحيط بها و تؤثر فيها بل يمكن القول بأن المؤثرات تمثل الإطار التنظيمي للمستشفى و للنظام الصحي ككل⁴⁵¹.

تميز النظام الإداري في الجزائر بتصنيفه إلى طبقتين: البرجوازية التكنوقراطية و البرجوازية الصغرى⁴⁵²، و هناك من يعتقد بوجود أنظمة معقدة تتحكم في تنشيط الجهاز الإداري، و هذه الأنظمة أساسها العلاقات الشخصية، و هي تحالفات يصعب تحديدها، تعمل داخل و خارج الجهاز الإداري الرسمي و ليس هناك نظام إداري قائم على أسس و مبادئ علمية⁴⁵³. و يعاني النظام الإداري الصحي نفس ما تعانيه باقي الأنظمة الإدارية الحكومية إلا أن ارتباطه الوثيق

⁴⁴⁸ أحمد محمد المصري « إدارة المستشفيات » ص 10.

⁴⁴⁹ Mac Eachern « Hospital organization and Management , Berwyn ,Illionis ,physicians, Record co , 1982 p3.

⁴⁵⁰ أحمد محمد المصري " إدارة المستشفيات " مؤسسة شباب الجامعة - ص 3.

⁴⁵¹ سيد محمد جاد الرب - نفس المصدر ص 248.

⁴⁵² الأولى تحتل المناصب العليا و الثانية تحتل وسط و أدنى السلم الإداري.

⁴⁵³ د. ناصر دادي عدون " إدارة الموارد البشرية و السلوك التنظيمي - دراسة نظرية و تطبيقية " دار المحمدية العامة الجزائر 2004 ص 183.

بمختلف شرائح المجتمع جعله من الملفات الصحية الساخنة و الحساسة التي تشغل بال القادة السياسيين ، وهذا ما أدى إلى إصلاح المنظومة الصحية لتحسين الآفاق المستقبلية في هذا المجال .

لقد كانت المؤشرات الصحية للسكان غداة الاستقلال تنذر بالخطر بسبب الوضعية المتدهورة التي كان يعاني منها قطاع الصحي عموماً و قطاع المستشفيات خصوصاً بسبب قلة الأطباء والمرضى وكذا الإداريين بالإضافة إلى انعدام الخبرة في تسيير المؤسسات الصحية الضخمة من جهة و تدهور الحالة الصحية للسكان من جراء دمار الحرب و انتشار العديد من الأمراض الخطيرة و الفتاكة الناتجة عن سوء الحالة الاجتماعية (الفقر، البطالة، سوء التغذية... الخ) من جهة أخرى . و لقد قطعت الجزائر أشواطاً كبيرة لتحسين الوضع الصحي والتي لا ينكرها أحد، إلا أننا لا نزال نسجل عجزاً اجتماعياً خطيراً في بعض المناطق النائية في مجال الخدمات الصحية بسبب الفوارق الجهوية و عدم ملائمة الهياكل الصحية نسبة لتطور الخدمة الصحية⁴⁵⁴ ، لذا لا بد من الإقرار بالحاجة إلى المزيد من الجهود للوصول إلى المستوى المطلوب من الخدمات بما يرتقي بهذه النوعية إلى مستوى المقاييس الدولية ، والتي تطلبت و تتطلب البحث عن أنجع السبل لبلوغ الأهداف المسطرة و استغلال الموارد المالية استغلالاً عقلانياً لذا تعمدت الدولة على تحسين الرعاية الصحية لمواطنيها بالتحصين ضد الأمراض وعلاج المرضى عن طريق المستشفيات والعيادات الصحية، غير أن الزيادة المطردة في عدد السكان تتطلب إنشاء مستشفيات جديدة و زيادة عدد الأسرة في المستشفيات القائمة و توفير الأدوية اللازمة ، و هذا يستوجب توفير أموال طائلة⁴⁵⁵. ولقد أشار برنامج العمل التاسع 1996 لمنظمة الصحة العالمية أن الصحة جزء لا يتجزأ من التنمية الاقتصادية والاجتماعية لذا أضحى من المسلم به استناداً إلى العديد من الدراسات والتقارير أن الفوارق في المؤشرات الصحية بين الدول وبين المجموعات المختلفة داخل الدولة الواحدة ما هي إلا انعكاسات للفوارق في التنمية الاقتصادية والاجتماعية وعليه اعتبرت هذه المؤشرات مقياساً لمخرجات التنمية الشاملة⁴⁵⁶ ، فالصحة ليست فقط حقاً أساسياً من حقوق الإنسان وإنما أيضاً مصدراً رئيسياً للرفاهية الاجتماعية والاقتصادية والفردية ، وعملاً بهذا المبدأ أقرت الجزائر في دستورها حق المواطنين في حماية صحتهم. و قد اتخذت الدولة منذ 1995 العديد من الإجراءات لتحقيق أهداف

⁴⁵⁴ Abdelhak SAIHI « Le système de santé publique en Algérie – Analyse et Perspectives » Gestion hospitalière- Avril 2005. P 242 .

⁴⁵⁵ محمود عبد المولى " البيئة و التلوث" ص 157

⁴⁵⁶ محمد عثمان عبد المالك " الصحة ، التنمية و الفقر " ص 1 . <http://www.sjph.net.sd/files/vol2i4p232-235.pdf>

سياسة الصحة العامة و المتمثلة في ضمان تطبيق مصلحة الرعاية الصحية الأساسية وبرامج صحية وطنية بتوفير إمكانية الحصول على المزيد من المساواة في الحصول على فوائد الرعاية الصحية. لقد سجلت العديد من المؤشرات وإن كانت متباينة و لكنها تظهر التقدم الحقيقي على الصعيد الصحي و التي لا ينبغي تجاهله كالأخفاض المحسوس في معدل الوفيات وارتفاع معدل العمر المتوقع و ذلك يعود لتحسين مستوى معيشة السكان وتنفيذ البرامج الوطنية للصحة مثل مكافحة السل⁴⁵⁷ ، البرنامج الموسع للتطعيم⁴⁵⁸ و التحكم في معدلات الخصوبة للسكان ، و إلى جانب ذلك تبرز هذه المؤشرات تنامي الأمراض غير المتقلبة⁴⁵⁹ وهذه الوضعية شبيهة بتلك السائدة في الدول المتقدمة⁴⁶⁰.

الجدول رقم 10: المؤشرات ما بين 1962 و 2008

المؤشرات	1962	1990	2000	2008
متوسط العمر المتوقع	50 سنة	67,8 سنة	72,5 سنة	73,7 سنة
انخفاض الوفيات الرضع	180 ‰	80 ‰	43 ‰	28,75 ‰

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على العديد من المصادر، البنك العالمي ONS , CNES

و لكن تظل الحقيقة المفزعة أن النظام الصحي الوطني في الجزائر يواجه العديد من المعوقات التي تقوض فعاليته وأدائه بسبب عدم كفاية المنظمة في الإدارة والتمويل والتعامل مع التغيرات الاجتماعية والاقتصادية ، لذا لا بد من محاربة هذه النواقص دون التشكيك في مبادئ المساواة والتضامن التي يقوم عليها النظام الصحي الوطني. كما يتصف وضع اليوم بالفوارق الإقليمية الكبيرة في مجال الموارد البشرية بسبب حركة الممارسين و انتقلهم إلى القطاع الخاص لا سيما المتخصصين منهم بالإضافة إلى عدم كفاية المؤسسات الصحية العامة لمراقبة الطلب على الرعاية الصحية في ظل استمرار و انتشار الأوبئة بوجود بعض الأمراض العرضية وظهور الأمراض المعدية

⁴⁵⁷ داء السل يشكل رغم تراجع قدر ملموس انشغالا بالنسبة للجزائر شأنها شأن منظمة الصحة العالمية فيما يتعلق ببقية مناطق العالم. إلا أن التشخيص يبين في ذات الوقت فيما يخص صنف السل الذي يتميز بمقاومة شديدة للعلاج وبمقاومة لأنواع عديدة من الأدوية أن معدل الإصابات سجل ما بين 2002 و 2007 انخفاضا وصل إلى 0,73 % وهو معدل بعيد جدا عن الحد الخطير (3 %) حسب معايير منظمة الصحة العالمية.

⁴⁵⁸ ورغم أن نسبة تغطية الأطفال من التطعيم وصلت إلى 86% العام 2004 نتيجة اهتمام الدولة بالرعاية الصحية ، لكنها لم تصل إلى التغطية الكاملة و الشاملة على مستوى كل التراب الجزائري وهذا يشكل تحديا أمام النظام الصحي الجزائري الذي يسعى للوصول إليه في السنوات المقبلة.

⁴⁵⁹ مثل ارتفاع ضغط الدم الشرياني والأمراض القلبية وداء السكري والسرطان وأمراض التنفس المزمنة

⁴⁶⁰ اجتماع مجلس الوزراء برئاسة السيد عبد العزيز بوتفليقة رئيس الجمهورية يوم 13 أبريل 2008

http://193.194.78.233/ma_ar/stories.php?story=08/04/14/3431172

من جديد على الساحة الصحية و الزيادة المطردة للأمراض المزمنة مثل أمراض القلب والأوعية الدموية ، السرطان ، وأمراض التمثيل الغذائي دون أن ننسى التحولات الاقتصادية و التي تترجم إلي حد ما الاضطرابات الاجتماعية والاقتصادية.

II - واقع التطور الكمي و النوعي للمستشفيات

يمثل التقدم في مجال الخدمات الصحية واجهة حضارية للمجتمع و قد انعكس ذلك على خطط التنمية الاقتصادية في الجزائر حيث تزايد الاهتمام بقطاع الخدمات الصحية ممثلا في زيادة الإنفاق، تزايد عدد العاملين و التوسع في إنشاء المستشفيات و المراكز الصحية منذ الاستقلال إلي يومنا هذا و قد حقق القطاع الصحي خلال هذه الفترة خطوات عملاقة سواء من جهة توفير أحدث الأجهزة الطبية والمعدات أو من جهة تكوين و تدريب أفضل الكوادر الطبية والفنية وتوسيع رقعة الخدمات الصحية من خلال افتتاح عدة مراكز ومستشفيات في أنحاء متفرقة من البلاد. و يتميز قطاع الخدمات الصحية في الجزائر بتنوع كبير في مستوى المؤسسات التي تقدم هذه الخدمات ومن ثم وجود تفاوت كبير في مستوى الخدمات المقدمة من حيث الجودة و التكاليف.

1 - واقع البنية التحتية

يتميز المستشفى العمومي في الجزائر بالمميزات الكلاسيكية للمؤسسة العمومية، له الشخصية المعنوية والاستقلال الواسع في التسيير ، فمنذ نشأتها أوكلت للمؤسسة الاستشفائية مهمة استقبال و علاج جميع المرضى خاصة بعد إقرار مجانية التعليم والصحة⁴⁶¹. و لقد عرفت المستشفيات في الجزائر زيادة محتشمة فمن 156 مستشفى في 1962 إلي 181 مستشفى في 1990⁴⁶² ليصل العدد إلي ما يقارب 460 مستشفى عام في سنة 2009⁴⁶³. هذه الزيادة الطفيفة في الفترة ما بين 1962 و 1990 سببها عدم قدرة الدولة على توجيه استثمارات جديدة في هذا المجال، بالإضافة إلي أن ميزانية الصحة كانت مركزة على تجهيز المستشفيات الموجودة و تطويرها و التي كانت ولا تزال بحاجة دائمة و مستمرة إلي تدعيم الدولة. لقد أثرت إعادة الهيكلة على البنية الأساسية للصحة خلال عام 1998 ، و ذلك بإنشاء قطاعات صحية جديدة كالمستشفيات المتخصصة EHS

⁴⁶¹ بويوسف المصدر السابق - رسالة الماجستير ص30.

⁴⁶² Les Cahiers de CREAD 1993 n° 35-36 p85.

⁴⁶³ موقع الإنترنت لوزارة الصحة www.ands.dz

والمراكز الصحية الجوارية إلى جانب المستشفيات الجامعية CHU⁴⁶⁴، قدر خلال العشرية الماضية بضعف ما أنجز منذ الاستقلال إلى غاية 1998.

ويتألف قطاع الصحة من مجموع الموارد المادية كالهياكل و التجهيزات و الموارد البشرية و الموارد المالية⁴⁶⁵ المساعدة على أداء دور الخدمة الصحية حسب المعايير العلمية و العالمية و سوف نتطرق لها فيما يلي بالتفصيل.

1-1 الهياكل الصحية

تتكون الهياكل الصحية وفق النظام الصحي الجزائري من مجموعة متكاملة من المستشفيات، المراكز الصحية و العيادات و قاعات العلاج تختلف فيما بينها من حيث الحجم و نوعية الخدمة المقدمة باختلاف دورها و درجة تخصصها ، هذا التنوع يسمح و يسهل على كل أفراد المجتمع اقتناء الخدمة الصحية دون عناء. و قد عرفت الهياكل الصحية تطورا ملحوظا من الفترة 1998 الي 2006 مثل ما تبينه آخر الاحصائيات لوزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات⁴⁶⁶.

الجدول رقم 11 : وضعية القطاع الصحي في سنة 2006

النوع	العدد
الهياكل الاستشفائية	231
العيادات المتعددة الخدمات	520
المراكز الصحية	1248
قاعات العلاج	4684
عدد الأسرة	74144

المصدر : وزارة الصحة - 2006.

⁴⁶⁴ voir les décrets exécutifs n° 97-467, n° 97-465, n° 97-466 du 02 décembre 1997, portant les règles de création des CHU, des EHS et des secteurs sanitaires .

⁴⁶⁵ Infrastructures - <http://www.sante.dz/Dossiers/direction-planif/stat.htm>

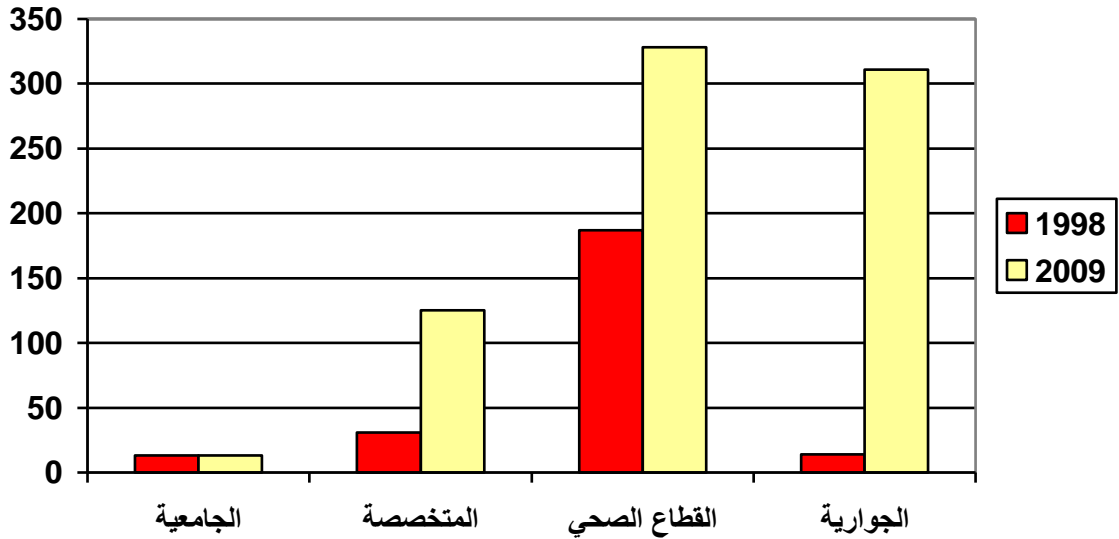
⁴⁶⁶ Ministère de la Santé , de la Population et de la Réforme Hospitalière « Statistiques Sanitaires – Année 2006 » Direction de la Planification et de la Normalisation – Février 2008. P25

الجدول رقم 12: تطور قطاع المستشفيات من سنة 1998 إلى 2009

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

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على العديد من المصادر وزارة الصحة ، الصحافة المرئية و المسموعة

الشكل رقم 9: تطور وضعية مختلف المستشفيات من حيث العدد



المصدر: من إعداد الباحثة

هذه الزيادة في عدد الهياكل الصحية ترجمت بتعزيز قدرة إضافية ارتفعت إلى 64.500 سرير في عام 2009 ، مقابل 54,000 سريرا في عام 1999 ، بالإضافة إلي 7200 سرير التي تقدمها 390 عيادة من القطاع الخاص خلال السنة الجارية⁴⁶⁷.

⁴⁶⁷ Carole CREVEL « Le marché de la santé en Algérie - Mission Economique d'Alger » Ambassade de France en Algérie - Actualisation : novembre 2006. http://www.profluid.org/club-export/index_fichiers%5CDossier%20Alg%C3%A9rie%5Cmarch%C3%A9%5CLe%20march%C3%A9%20de%20la%20Sant%C3%A9.pdf

■ المستشفيات الجامعية

يرتكز دور المستشفيات الجامعية على النواحي التعليمية والتدريبية والعلاجية ويخدم طلبة الجامعات للكليات الصحية، إضافة لدورها في خدمة المجتمع وتأمين العناية الطبية للبيئة المحيطة بها. والمستشفى التعليمي يمثل وحدة متكاملة يحتوي على الخدمات الأساسية والثانوية، بالإضافة إلى جانب التخصصات الطبية الدقيقة والأقسام التخصصية والتشخيصية والعلاجية المتميزة، كما يضم المستشفى مراكز أقسام التميز في كثير من التخصصات ويلعب دورا كبيرا في مجال الأبحاث كلها ضمن منظومة الخدمات الصحية التعليمية لتوفير الخدمات اللازمة والمساندة. و يوجد 13 مؤسسة استشفائية جامعية والتي لا تزال دون تغيير. بيد أن بعض من وحداتها قد تم ربطها ببعض القطاعات الصحية والمستشفيات المتخصصة.

■ المستشفيات المتخصصة :

تعدّ مسألة الوضع الصحي للسكان واحدة من القضايا الرئيسية التي يتوجّب أخذها بالاعتبار لدى القيام بعملية تطوير السياسات المتعلقة بالصحة. وبصورة عامة تسجلّ المؤشرات الصحية مستويات مقبولة، مع معدلات منخفضة نسبياً لوفيات الأطفال الرضع ودون سن الخامسة، ومعدلات مرتفعة نسبياً لمؤشر الأمل في الحياة. غير أن المؤشرات الإيجابية المتعلقة بصحة الطفل والصحة الإنجابية تحجب اختلافات كبيرة على المستوى الجغرافي، إذ تشير إلى وجود تفاوت ملحوظ في الأوضاع الصحية والاجتماعية والاقتصادية بحسب المناطق المختلفة. وبالرغم من المستوى الصحي المقبول، لا تزال هناك مناطق يمكن القيام فيها ببعض التحسينات والإجراءات الوقائية بغية التخفيف من المشاكل الصحية ومن سيطرة السلوكيات الصحية السائدة والخفوفة بالمخاطر⁴⁶⁸. وهذا ما دفع بالدولة إلى التفكير في إنشاء المستشفيات المتخصصة، تعزيز شبكة الرعاية الصحية رفيعة المستوى على وجه الخصوص في طب الأطفال جراحة القلب والعظام وجراحة المخ والأعصاب، وطب العيون وزرع الأعضاء، وإنشاء مستشفى مرجعي للأطفال⁴⁶⁹. ويتكون النظام الصحي الجزائري الحالي من 62 مؤسسة استشفائية متخصصة، منها 31 مؤسسة مسجلة على موقع الوزارة (أنظر الملحق رقم 3 أ) و 16 مستشفى متخصص في صحة الأم والطفل و15 المركز

⁴⁶⁸ مراد بوشحيط " العهدة الثانية للرئيس بوتفليقة - الإنجازات والآفاق " ملفات - التلفزيون الجزائري <http://www.entv.dz/ar/Dossiers/president.php>
⁴⁶⁹ Dans le cadre des auditions des membres du gouvernement - Opcit - octobre 2007.

مضاد للسرطان. و لم تكن التخصصات الموجودة في الجزائر إلى غاية 1998 تلبى الاحتياجات الوبائية ، وأمام هذا الوضع الجديد لاحظ الخبراء ضرورة الاهتمام أكثر بالجانب الصحي للمواليد الجدد وكذا للأمهات بالنظر إلى خطورة الولادة في سن متقدمة، ودعا إلى ضرورة توفير رعاية صحية أثناء الولادة وبعدها عبر ضمان قاعات جديدة للولادة والعلاج الموجهة لهؤلاء⁴⁷⁰. و هذا ما دفع ببلادنا إلى إنشاء ستة عشر 16 المؤسسة استشفائية متخصصة في صحة الأم والطفل ، وأول تقييم لتنفيذ هذا الجهاز الجديد يمكننا من توقع حدوث انخفاض كبير في وفيات الرضع والأمهات وتحقيق أو تجاوز الأهداف الإنمائية للألفية les objectifs du millénaire pour le développement OMD المحددة في سنة 2011 و هذا قبل الموعد المحدد في عام 2015⁴⁷¹. وقد سجل التقرير في مجال الصحة تراجعاً في نسبة وفيات الأطفال الرضع إلى 26.9 / ألف ولادة سنة 2006 بعدما كانت 36.9 حالة وفاة لكل ألف ولادة عام 2000. كما تراجعت نسبة الوفيات بالنسبة للأطفال والمراهقين بنسبة 11.59 بالمائة في حين سجل تراجع محدود في وفيات الأمهات في نفس الفترة⁴⁷². وفي مجال الرعاية المتخصصة و إلى جانب اهتمام الدولة بصحة الأم والطفل خصصت برامج محددة لمكافحة السرطان ، ارتفاع ضغط الدم ، الصحة العقلية و مكافحة المخدرات و تنفيذ هذه البرامج المسطرة لغاية 2010 يهدف إلى الوقاية على نطاق واسع لمنع مخاطر محددة من السرطان، و ذلك بتعزيز الفحص لأنواع السرطان أكثر انتشاراً ، تعزيز التدريب في التخصصات ذات الصلة لعلم الأمراض و الاعتناء بالمصابين بداء السرطان و ذلك بتقريب مراكز العلاج من المواطن وإنشاء 15 المركز مضاد للسرطان ، 8 منها هي في طريق الانجاز منها مركز مكافحة السرطان قيد التنفيذ في منطقة شتوان و 7 أخرى سجلت ضمن مخطط إنشاء مصالح علم الأورام الطبية و المسجلة في قانون المالية لعام 2008.

■ القطاعات الصحية :

يتكون النظام الصحي من 185 قطاع صحي يتضمن حوالي 240 من المستشفيات العامة (EPH) Etablissements publics hospitaliers و التي تتمتع بالاستقلالية الإدارية و من مهامها تقديم مجموعة واسعة من الخدمات العلاجية لمحو الفوارق الجغرافية. و يتراوح عدد الأسرة في المستشفيات

⁴⁷⁰ تقرير التنمية البشرية للمجلس الاقتصادي و الاجتماعي: 28 بالمائة من الجزائريين أميون وانخفاض نسبة الوفيات – الأمم المتحدة-مركز المعلومات -الجزائر www.unic.org.dz

⁴⁷¹ Dans le cadre des auditions des membres du gouvernement Opcit

⁴⁷² نفس المرجع

بالنسبة لعدد السكان الإجمالي بين 2 سرير لكل 1000 شخص و مستشفى ل 19.026 نسمة في الشمال بينما 1.6 سرير لكل 1000 شخص و مستشفى ل 13.728 نسمة في الجنوب. و قد تمكنت الجزائر خلال العشرية الماضية تدارك إنجاز و ترميم المنشآت الصحية . و لقد تم تعزيز برنامج تطوير البنية التحتية في المستشفيات و ذلك بالاستمرار في زيادة الكثافة المحلية في المستشفيات العامة بمعدل 60 سريرا لكسر العزلة من حيث العلاج في المستشفيات بسبب بعد المسافات خاصة في المناطق الجنوبية و الهضاب العليا⁴⁷³ ، و إنشاء 30 عيادة لتحقيق نسبة عيادة لكل 25,000 شخص.

■ المؤسسات الاستشفائية الجوارية :

كانت تسمى بالعيادة المتعددة الخدمات قبل الإصلاح و عددها حسب آخر الإحصائيات في 2004 حوالي 512 عيادة (أنظر الجدول رقم) ، ثم حولت في 2007 إلى مؤسسات عمومية للصحة الجوارية (EPSP) Etablissements publics de santé de proximité و التي من مهامها ضمان تنفيذ برامج الوقاية والرعاية الأساسية.

الجدول رقم 13 : المنشآت القاعدية خارج المستشفيات

التعيين	2002	2003	2004
عيادات متعددة الخدمات	513	516	512
مراكز صحية	1281	1285	1275
قاعات العلاج	4228	4412	4545
مراكز طبية اجتماعية	563	603	599
مجموع الصيدليات	6046	6514	6914
الصيدليات الخاصة	4995	5502	5860

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات "الجزائر بالأرقام - نتائج 2004" رقم 35 نشرة 2006 - ص 19

⁴⁷³Dans le cadre des auditions des membres du gouvernement -Opcit

و يتفاوت نظام تقديم الرعاية الصحية بدرجة كبيرة من حيث التوزيع المادي و البشري العادل للموارد الصحية بين مختلف جهات الوطن ، وبغرض مواصلة تنفيذ برنامج البطاقة الصحية تم تكثيف شبكة من المؤسسات الصحية لتحسين الحصول على خدمات الوقاية الأساسية والرعاية الصحية الأولية بما في ذلك التشخيص، بإنشاء حزام من المستوصفات و المؤسسات الصحية الجوارية حول المستشفيات العامة للمدن الكبرى للاستفادة كاملة من المرافق العامة و تكثيف شبكة من قاعات العلاج التي تعتبر الرباط الأساسي والاتصال الصحي الأول المباشر مع السكان ، حسب المخطط المدرج لسلطات كل ولاية في إطار خطط التنمية المحلية⁴⁷⁴.

1-2 المعدات و التجهيزات

عرفت الأجهزة و المعدات الطبية حالات من العطب و الإهمال من جميع الفئات فحسب تقديرات سنة 1998 قدر 4058 جهاز في حالة عطب من بين 20.418 أي بمعدل 20% من عدم التشغيل ، و هذا ما يظهره الجدول رقم . و بقي هذا المعدل ثابتا لفترة من الزمن ، فالنسبة الأكبر و الأهم لمعدل العطب سجلت على مستوى أجهزة " التخدير والعناية المركزة" 35 % والأجهزة " التصوير الطبي" 17 % ، و الأجهزة " التطهير والتعقيم" 8 % ، و حسب الهياكل فان معدل العطب أو عطل التجهيزات كان على النحو التالي :

■ 61 % على مستوى القطاعات الصحية.

■ 34 % من المعدات و الأجهزة في المستشفيات الجامعية.

■ 5 % على مستوى المستشفيات المتخصصة.

و لم يقتصر العطب و الإهمال على التجهيزات و إنما امتد إلى أسطول السيارات فمن مجموع 3465 سيارة من جميع الفئات أصاب العطب حوالي 807 أي بنسبة توقف تقدر ب 23 % . و لا يزال متوسط معدّل الإشغال في المستشفيات منخفضاً بسبب عطل و عطب بعض المعدات والأجهزة الطبية بالرغم من انعدام البيانات و الإحصائيات الخاصة بالسنوات القليلة الماضية .

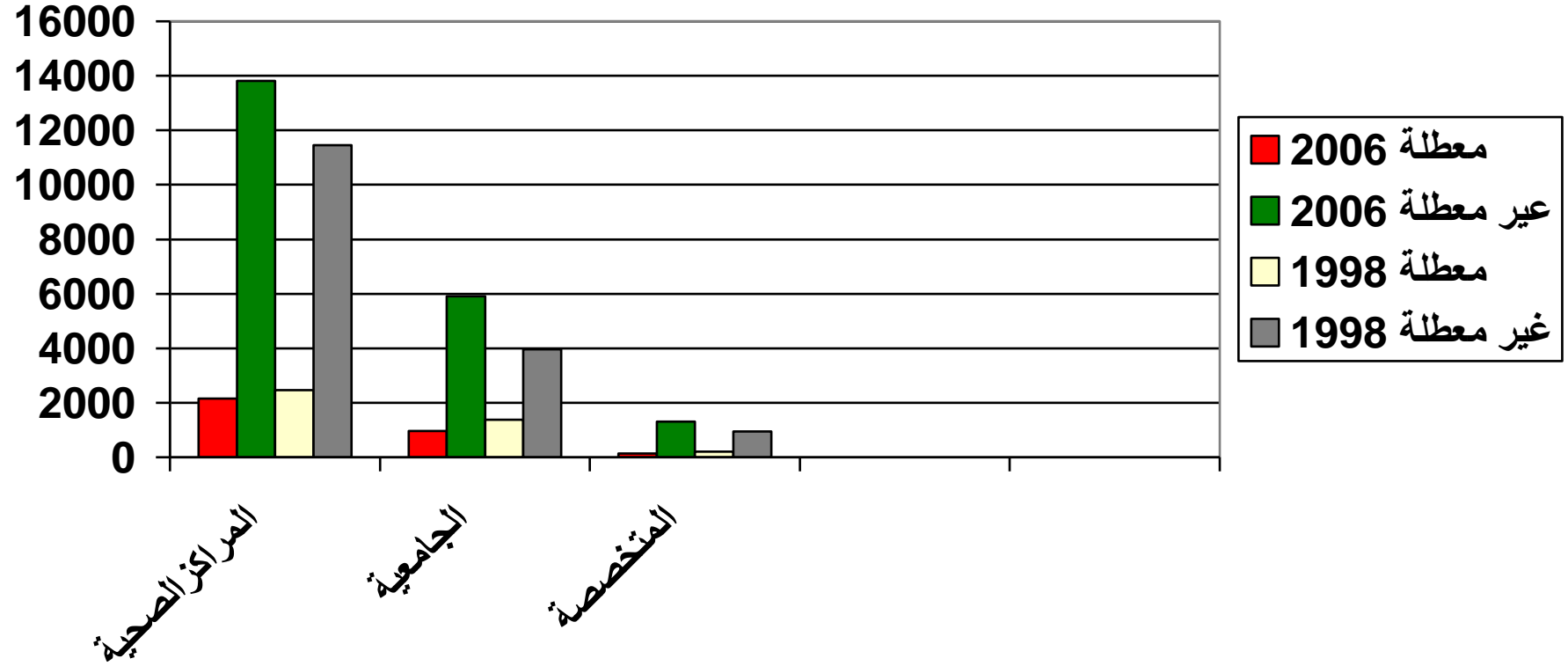
⁴⁷⁴ OPCIT - <http://www.entv.dz/fr/Actualites/index.php?voir=640>- lundi 08 octobre 2007.

الجدول رقم 14 : مقارنة الوضعية الإجمالية للتجهيزات الطبية في الفترة ما بين 1998 و 2006

Exploration Fonctionnelle		Steri.Désinf		Tech.Opérat		التخدير و العناية المركزة		التصوير الطبي		الهياكل	السنوات
معطل	يعمل	معطل	يعمل	معطل	يعمل	معطل	يعمل	معطل	يعمل		
506	1289	231	846	432	3857	812	3269	479	2194	المراكز الصحية	1998
439	506	76	323	155	1187	543	1572	167	373	المستشفيات الجامعية	
56	123	18	117	18	199	78	402	30	103	المستشفيات المتخصصة	
1001	1918	325	1286	605	5243	1433	5243	694	2670		المجموع الكلي
433	1712	159	988	334	4228	745	5555	479	1123	المراكز الصحية	2006
119	495	262	419	102	1449	370	3169	113	367	المستشفيات الجامعية	
30	184	7	142	9	186	80	794	15	128	المستشفيات المتخصصة	
582	2391	428	1549	445	5863	1195	9518	877	1618		المجموع الكلي

المصدر : من اعداد الباحثة بالاعتماد على مصادر وزارة الصحة

الشكل رقم 10: وضعية المعدات و الهياكل من 1998 و 2006



المصدر : من اعداد الباحثة بالاعتماد على مصادر وزارة الصحة

2 - الوضعية المالية و البشرية

1-2 النفقات الصحية و تمويل الميزانية

إن مبلغ الميزانية يغير من قدرات المستشفى و يجد من نفقاتها المتصاعدة لذا فهي تبحث عن تنمية قدراتها الداخلية في مجال التسيير⁴⁷⁵ ، كما أن الضغوطات المتزايدة والغير محدودة بموضوع الإنفاق على الصحة ناجمة عن ضعف تركيبة النظام الصحي والأطر الرقابية وإدارة القطاع عموماً، وترجم في مستويات إنفاق عالية (غير مرتبطة بمستوى النوعية) لجهة حجم هذا الإنفاق من الناتج المحلي الإجمالي. و تتراوح حصة الإنفاق على الصحة في الدول المتقدمة ما بين 11.5% و 12.5% من إجمالي الناتج المحلي وهي نسبة مرتفعة استناداً للمقارنات الدولية، وبخاصة عند تقدير فعالية الخدمات المقدمة. و تبين المؤشرات المتوفرة عن الإنفاق على الصحة وجود تفاوت واضح بين مختلف دول العالم ، وتصنف الدول العربية إلى مجموعتين من ناحية درجة الاعتماد على أي من القطاعين العام أو الخاص في الإنفاق على الخدمات الصحية ، و يتولى القطاع العام المسؤولية الرئيسية في تمويل قطاع الصحة في 10 دول عربية وتضم هذه المجموعة، حسب ترتيب الأهمية النسبية لهذا الإنفاق الكويت ، عُمان ، الجزائر ، السعودية ، الإمارات ، قطر ، البحرين وليبيا . في حين يتولى القطاع الخاص المسؤولية الرئيسية في تمويل قطاع الصحة في 9 دول عربية وتضم لبنان ، تونس ، المغرب ، مصر والأردن . ويضم الإنفاق الصحي الإنفاق الحكومي وكذلك الإنفاق الخاص وبصورة عامة فهو يغطي مخصصات الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية ونشاطات تخطيط الأسرة والمراقبة الغذائية. و يتألف الإنفاق الحكومي على الصحة من الإنفاق الجاري والإنفاق الرأسمالي. فالخدمات الصحية العامة التي تقدمها الدولة هي بتمويل من الضمان الاجتماعي، وفقاً لمعايير والنسب التي حددتها القوانين واللوائح⁴⁷⁶ .

تاريخياً شهد نظام تمويل القطاع الصحي مرحلتين أساسيتين الأولى امتدت من 1962 إلى 1974 والقائمة على آلية التمويل فرض رسوم على سعر اليوم ، و تنطوي على ثلاثة مصادر رئيسية للتمويل هي الدولة والضمان الاجتماعي ، و المستعملين بالدفع مباشرة . و أثبتت الدراسات أن

⁴⁷⁵ Daniel Benamouzig OPCIT P305.

⁴⁷⁶ Article 228 - Loi N° 85-05 de 16/12/1985 « Relative à la protection et a la promotion de la santé » .
www.lexalgerie.net

الوسائل المادية الهائلة المستثمرة خلال هذين العقدین كانت بعيدة كل البعد عن النتائج المرجوة⁴⁷⁷. أما الفترة ثانية من سنة 1974 إلى يومنا هذا و التي تتسم بتنفيذ إجراءات جديدة⁴⁷⁸. إن نظام الرعاية الصحية مهدد بالزيادة المطردة للنفقات و عجز الحكومة ماليا لإمتصاص هذه التكاليف⁴⁷⁹ ، فالزيادة المستمرة في الإنفاق على الرعاية وتشغيل المستشفيات تتطلب ترشيد النفقات اللازمة و هي تحول و انتقال خطير من منطق الإدارة الرشيدة إلى منطق إنفاق الميزانية⁴⁸⁰ ، و هي من بين التحديات التي يواجهها المديرون في المستشفيات⁴⁸¹.

الجدول رقم 15 : نسبة الإنفاق الصحي إلي الناتج الإجمالي

السنوات	1973	1990	2002	2006	2009
النسبة %	1,6	4,2	3,7	2,4	8,4

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على مجموعة من المصادر⁴⁸²

و توزع الميزانية حسب الهياكل الصحية كمايلي:

- القطاعات الصحية secteurs sanitaires بنسبة 69% .
- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة E.H.S بنسبة 8% .
- المؤسسات الاستشفائية الجامعية C.H.U بنسبة 23% .

و تتوزع نفقات الصحة بين نفقات التشغيل و نفقات الاستثمار مثل ما تبينه لنا المعطيات المتوفرة لدينا في هذه الدراسة في الجدولين الآتيين:

⁴⁷⁷ A . Ouchfoun et D. Hammouda « Bilan de vingt huit années de politique sanitaire en Algérie » Les cahiers du CREAD – N°35-36 , 3eme et 4eme trimestres 1993. P59.

⁴⁷⁸ قرار وزاري مشترك مؤرخ في 22 أكتوبر 1988 يحدد جزافيا سعر يوم من الاستشفاء و خدمات الفندقة و الإطعام في العيادات الخاصة وتعريفه ما يعوضه الضمان الاجتماعي - الجريدة الرسمية رقم 44 بتاريخ 2 نوفمبر 1988 . ص 1510 .

⁴⁷⁹ MaryLou Harrigan « Amélioration Continue de la Qualité - Enquête de Qualité dans les Soins de Santé Canadiens » Deuxième Edition, P7.

http://www.scinf.umontreal.ca/Cours/SOI6230/Documents/Harrigan_2000.pdf

⁴⁸⁰ Lamri Larbi « Réforme Hospitalière - Les cinq plaies du système de gestion » El-Watan- Algérie- 03/07 /02.

http://www.santetropicale.com/SANTEMAG/actualites/0702/0702_2.htm

⁴⁸¹ Actualité Maroc « Réforme Hospitalière : Plus 40% des recettes en deux ans »

<http://www.yawatani.com/reforme-hospitaliere-plus-40-des-recettes-en-deux-ans.html>

⁴⁸² وزارة الصحة ، المنظمة العالمية للصحة ، البنك العالمي.

الجدول رقم 16 : تطور النفقات التشغيل الصحية من 1998 – 2025 بملايير دينار

2025	2006	1998	
-	-	69%	القطاعات الصحية
-	-	8%	المستشفيات المتخصصة
-	-	23%	المستشفيات الجامعية
1819,63	1110,03	200,48	المجموع

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على وزارة الصحة

و يتضح من الجدول اعلاه الاهتمام الكبير من طرف الدولة لزيادة النفقات لمواجهة الزيادة المطردة على طلب الخدمات الصحية المتزايدة. و توزع الاعتمادات المالية في الميزانية على النحو المبين في الجدول التالي :

الجدول رقم 17 : توزيع الاعتمادات المالية في الميزانية

الرقم	طبيعة النفقات	نسبة الميزانية %
1	العاملين	68,5
2	التكوين	3,0
3	التغذية	2,2
4	الأدوية	14,3
5	الوقاية	2,0
6	الأجهزة الطبية	2,4
7	الصيانة	1,7
8	نفقات أخرى	4,8
9	الخدمات الاجتماعية	1,1
10	البحث الطبي	0,03

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على وزارة الصحة

2-2 العاملين في القطاع الصحي

قدر عدد العاملين في القطاع الصحي ب 191885 شخص في سنة 1998 ، حيث عرف هذا العدد زيادة معتبرة خلال العشرية الماضية أي ما بين 1998 و 2008 . و ينقسم عمال هذا القطاع الحساس و الحيوي إلي كوادر طبية ، كوادر شبه طبية ، إداريين ، تقنيين و آخرين . ويمثل الأطباء 22% من مجموع عمال القطاع الصحي و رغم أن هذا المعدل يعرف زيادة مستمرة إلا انه يبقى غير كافيا، كما بقي توزيع الطاقم الطبي حسب المناطق بدون تغيير لفترة طويلة بسبب تمركز هذه الفئة في الولايات الكبرى كالجائر العاصمة ، وهران ، قسنطينة وغيرها ، مما تسبب في نقص فادح في الأطباء المختصين في الولايات المتبقية خاصة ولايات الجنوب و هذا ما دفع بالدولة إلي تطبيق إجراءات صارمة تحتم على الأطباء ضرورة خدمة المناطق النائية والمعزولة لفترة محددة⁴⁸³ ، كما دعمت الزيادة من الاهتمام بهذه المناطق من خلال رفع الحوافز المادية بزيادة نسبة الأجور.

الجدول رقم 18 : السلك الطبي حسب التخصصات و القطاعات الصحية خلال 2006.

التعيين - السنة	المستشفيات الجامعية	المستشفيات المتخصصة	المراكز الصحية
أطباء عامون، أخصائيون	1706	1560	12489
أساتذة ، دكاتره ، مساعدين مقيمون	7295	701	-
جراحو الأسنان	82	29	4728
صيادلة	44	34	7009
المجموع	9127	3224	24226

المصدر: الاحصائيات الصحية سنة 2006 - وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

و تظهر الأرقام و الإحصائيات مشاركة المرأة الفعالة في العمل الإستشفائي ، إذ لم تعد تقتصر فقط على السلك الشبه الطبي و لكنها إقتحمت ميدان الطب بجدارة و تبوأ أعلى المناصب بحصولها على أعلى الشهادات و في تخصصات دقيقة .

⁴⁸³ قانون الوظيفة العمومي يجبر الأطباء ضرورة العمل في المناطق النائية و الصحراوية لمدة تتراوح ما بين 3 الي 5 سنوات.

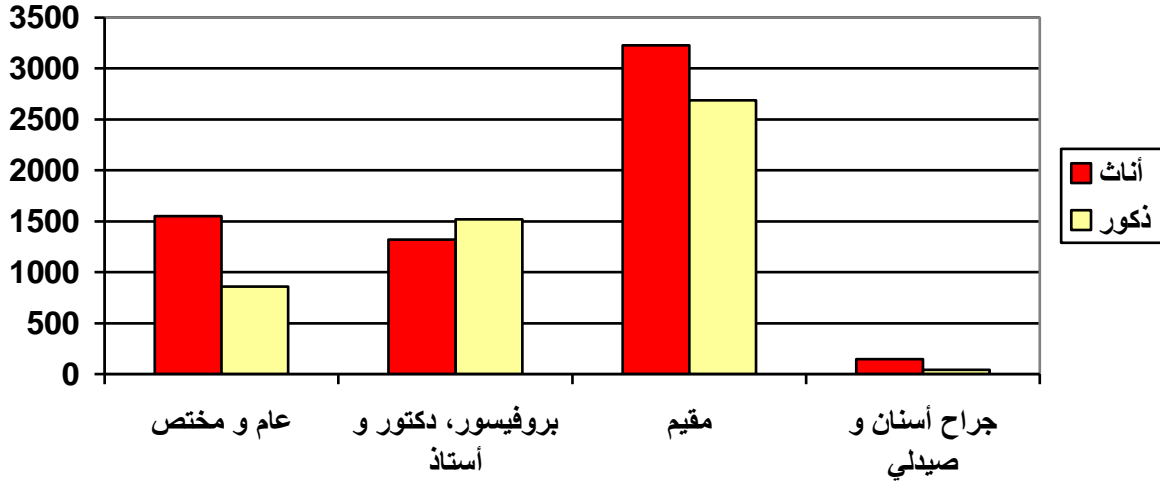
الجدول رقم 19 : نسبة وجود العنصر النسوي في السلك الطبي في المستشفيات .

التعيين - السنة	ذكور	إناث	%
أطباء عامون، أخصائيون	858	1549	64,37
أساتذة ، دكاتره ، مساعدين	1517	1321	46,54
مقيم	2690	3227	54,53
جراحو الأسنان و صيادلة	40	149	78,83
المجموع	5105	6246	55,02

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على وزارة الصحة

يمثل وجود العنصر النسوي أهمية قصوى حيث بلغت مشاركتها نسبة 55,02 من مجموع السلك الطبي العامل بالمستشفيات الجزائرية مما يحتم على ادارة المستشفيات بأن تلتفت الى تكييف ظروف العمل بما يتلائم و وضعية المرأة العملية و الأسرية.

الشكل رقم 11 : تطور العنصر البشري في المستشفيات



المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على وزارة الصحة

و يمكن توزيع الطاقم الشبه الطبي حسب المؤهلات و التخصصات المطلوبة كمايلي:

الجدول رقم 20 : الشبه الطبي حسب المؤهلات

التعيين - السنة	2002	2003	2004
تقنيون سامون	51768	53348	55127
تقنيون	25752	24836	24050
مساعدون	10051	9607	9322
المجموع	87571	87791	88499

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

ان الزيادة المعتبرة في أعداد الطواقم الطبية و الشبه الطبية مما يعزز رفع نسبة التغطية الصحية و التي تعتبر من بين عوامل و معايير التنمية الشاملة و قد وصلت هذه التغطية الي المؤشرات التالية والظاهرة على الجدول:

الجدول رقم 21 : التغطية الصحية حسب كل تخصص

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

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

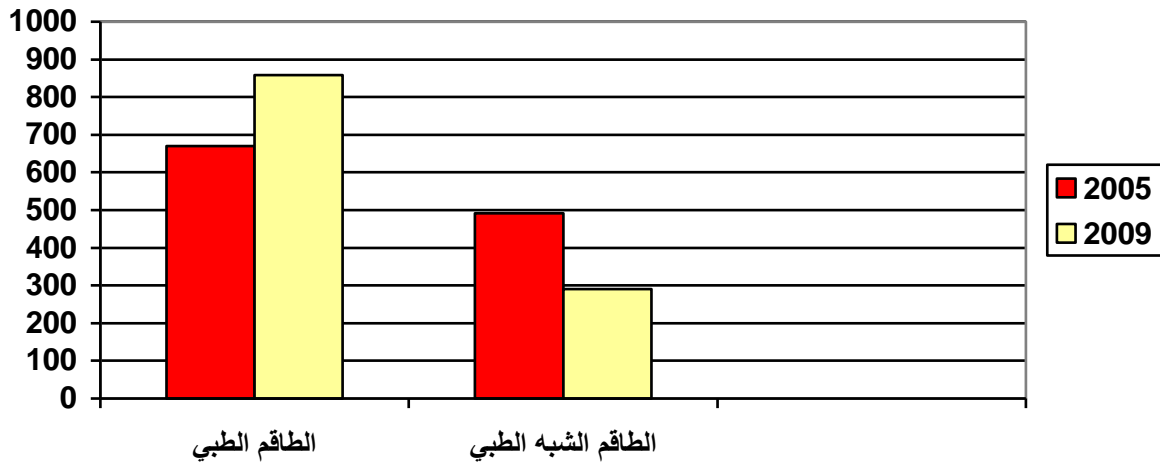
أما التغطية الصحية العامة فقد وصلت الى طبيب واحد لكل 491 نسمة و طاقم شبه طبي واحد لكل 290 نسمة ، و هذا ما يبرزه الجدول التالي :

الجدول رقم 22 : التغطية الصحية حسب عدد السكان

واحد لكل نسمة	2005	2009
الطاقم الطبي (1)	670	491
الطاقم الشبه الطبي	367	290

المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على وزارة الصحة.

الشكل رقم 12 : وضعية التغطية الصحية



المصدر : من إعداد الباحثة بالاعتماد على وزارة الصحة

المبحث الثاني : مشاكل و عراقيل إدارة المستشفيات

يعرف قطاع المستشفيات عموماً في أغلبية الدول النامية مجموعة من المشاكل المختلفة⁴⁸⁴ و التي تعيق السير الحسن و تساهم بشكل أو بآخر في تدني مستوى الخدمات الصحية المقدمة و تبلور هذه المشاكل في الصعوبات المالية و المادية و العوائق البشرية. و قد اتفقت معظم الدراسات على أن جلها تصب في القالب الإداري بسبب تخلفه و عدم مواكبته للتطورات الآنية و المستقبلية . ويمكن حصر مظاهر التخلف الإداري فيما يلي :

- تعقد و بطء إجراءات و نظم العمل.
 - تضخم الجهاز الوظيفي متمثلاً في كثرة عدد الموظفين و قلة ساعات العمل.
 - تضخم الجهاز الإداري متمثلاً في كثرة الإدارات، الأقسام و الوحدات الوظيفية.
 - الجمود بمعنى عدم المرونة و مقاومة التغيير و عدم القدرة على التكيف مع المستجدات و التطورات.
 - ضعف الخلق الإداري من خلال استغلال في تحقيق المصالح الشخصية.
 - مركزية السلطة و ما ينتج عنها من تراكم الأعمال و تأخير إنجازها و إضعاف روح المعنوية للموظفين.
 - الإهمال و اللامبالاة نتيجة ضعف نظم الحوافز و الرقابة و متابعة الأداء.
 - النمطية في أنظمة و أساليب العمل أي تجاهل الاختلافات في طبيعة عمل الوحدات المختلفة.
 - التمسك بحرفية القوانين بما في ذلك التفسير الحرفي الضيق للوائح و التعليمات و نظم العمل.
 - ضعف نظم المتابعة و المساءلة و غياب منهجية تقييم الأداء
- و تتعدد المشاكل و تختلف باختلاف حجم و هيكل و الطاقة التشغيلية للمستشفى ، و دراستنا تعتمد على المستشفى الجامعي باعتباره قطبا علميا و مجمعا صحيا من حيث المعدات و التجهيزات و الطاقات البشرية و الجهود التسييرية التي تتطلبها التخصصات الموجودة داخل كل مستشفى . ويمكن تقسيم هذه المشاكل حسب طبيعتها إلى مايلي :

⁴⁸⁴ Eric de Roodenbeke « Privatisation des hôpitaux dans les pays en voie de développement » P2.
<http://www.cerdi.org/colloque/Sante2003/Roodenbeke.pdf>

I - مشاكل المستشفيات

1 - المشاكل المالية و المادية

1-1 المشاكل المالية

ما زال النظام الصحي الجزائري يعاني من عدة أوجه الاختلال وعدم وجود وسائل مالية ويجب أن يتكيف مع التحولات المختلفة (صحية ، الوبائية و الديموغرافية والاقتصادية) في البلاد⁴⁸⁵ . و أمام غياب إستخدام تقنيات المحاسبة التحليلية في النظام الصحي ، أصبحت النفقات الصحية تكاليف ثابتة لا ترتبط لا بمستوى النشاط و لا بنتائج المحققة⁴⁸⁶. لقد أصبحت العمومية الصحية تطرح مشكلا أمام الوضع المتدهور للمستشفيات من جهة و كذا ضخامة هذه النفقات من جهة أخرى و التي أضحت تتزايد باستمرار بسبب سوء الحالة الصحية للسكان و الناتجة عن عوامل اجتماعية، سياسية، اقتصادية كالبطالة و الفقر.. الخ. و تعترف الدولة أمام هذه الوضعية الصعبة و المتفاقمة أن النفقات الصحية تشكل عبئا لا تستطيع تحمله بالرغم من أن هذا القطاع ما زال يحمل طابع العمومية و تخلي الدولة عن مسؤولياتها في هذا المجال غير ممكن لأنه يعتبر مأساة حقيقية لذوي الأمراض الخطيرة و المزمنة و الفتاكة.

1-2 مشكلات التجهيزات و الهياكل

إن التفكير في أساليب و أنماط جديدة لتنظيم العمل البشري لا يعتمد على المفاهيم والقواعد التقليدية ولكن تستثمر الوجود التكنولوجي الكثيف في استنهاض الأفراد لأداء أفضل وأعلى قيمة، ويظل التحدي الأكبر أمام المنظمات هو خلق فرص عمل جديدة بالإضافة إلى استخدام التكنولوجيا الجديدة إلى الحد الأمثل.

- قدم بعض المباني وقصورها عن الوفاء بمتطلبات العمل، سواء من ناحية الحجم، التصميم أو الحالات الإنشائية⁴⁸⁷

⁴⁸⁵ Carole CREVEL « Le marché de la santé en Algérie - Mission Economique d'Alger » Ambassade de France en Algérie - Actualisation : novembre 2006. http://www.profluid.org/club_export/index_fichiers%5CDossier%20Alg%C3%A9rie%5Cmarch%C3%A9%5CLE%20march%C3%A9%20de%20la%20Sant%C3%A9.pdf

⁴⁸⁶ Boulahrik Mohand - Opcit 316.

⁴⁸⁷ وزارة الصحة " الخدمات الطبية التي تقدمها مستشفيات وزارة الصحة و المشكلات التي تواجهها" ندوة واقع خدمات المستشفيات و كيفية تطويرها- معهد الإدارة العامة - 1990 . ص343.

- عدم وجود معايير قياسية تحدد نوع و عدد التجهيزات الطبية اللازمة لكل قسم من أقسام المستشفى حسب طبيعة وحجم العمل.
- تباين التجهيزات الطبية بالمستشفيات لغياب المواصفات الموحدة للأجهزة الطبية
- سرعة التقدم التقني في مجال التجهيزات الطبية و متطلبات إحلال التجهيزات القديمة
- كثرة الأعطاب و الأعطال و قلة كفاءة صيانة الأجهزة و المعدات الطبية⁴⁸⁸
- انعدام صيانة المباني و المنشآت
- عدم وجود مقاييس موحدة تحدد نوع و حجم الساعات و طريقة توزيعها حسب حجم العمل و سياسات التشغيل.

2- المشكلات المتعلقة بأنظمة التشغيل

1-2 رعاية الطوارئ

إن مصلحة الطوارئ هي المرآة العاكسة للوضعية الحقيقية للمستشفى⁴⁸⁹، و هو من الأقسام المهمة الذي يقوم على استقبال الحالات الطارئة التي تتطلب العلاج السريع⁴⁹⁰ و إنقاذ المرضى ذوي الحالات الحرجة⁴⁹¹. و عملية الإصلاح تتطلب منا مراعاة مصير هؤلاء المرضى و أوضاعهم الاجتماعية و الديموغرافية برفع مستوى الخدمة و الرعاية الصحية الضرورية . و ذلك يتأتى بالتشغيل الفني والتقني لكل الأقسام التي يمكن أن يحتاج إليها قسم الطوارئ(قسم الأشعة ، مختبر علم الأحياء ، و المناظير) و تخصيص يد عاملة مؤهلة و مجتدة لهذه المهمة الصعبة من جراحين وأطباء متخصصين و ممرضين و مساعدين ..الخ. إن الرعاية و التكفل الصحي الحقيقي بالمرضى لأول وهلة يخفف من عبء المستشفيات فيما بعد و يؤدي إلي رفع و تحسين مستوى الخدمة الصحية من جهة و التقليل من هدر النفقات من جهة أخرى.

تعاني خدمات الطوارئ من نقص في المساعدين الطبيين لذا لا بد من إعادة النظر في معايير التوظيف لضمان الأمن والرعاية الصحية للمرضى. في بعض المصالح هناك أوقات أين يتوقف عمل فريق جراحي و يبقى في انتظار إنهاء العملية القيصرية (أمراض النساء) على سبيل المثال لأن هناك

⁴⁸⁸ وزارة الصحة " الخدمات الطبية التي تقدمها مستشفيات وزارة الصحة و المشكلات التي تواجهها" ندوة واقع خدمات المستشفيات و كيفية تطويرها- معهد الإدارة العامة - 1990 . ص344.

⁴⁸⁹ Larbi Abid « Les Urgences Médico-Chirurgicales » SantéMaghreb-Le guide de la médecine et de la santé en Algérie. -19 Juillet 2003- <http://www.santetropicale.com/santemag/algerie/pointvu8.htm>

⁴⁹⁰ د. تامر ياسر البكري " إدارة المستشفيات " دار البازوري العلمية - عمان ، الأردن - 2005 - ص 141.

⁴⁹¹ حسان محمد نذير حريستاني " إدارة المستشفيات " الإدارة العامة للبحوث ، معهد الإدارة العامة- المملكة العربية السعودية - 1990 . ص 181.

ممرضة واحدة فقط مخصصة لغرفة العمليات الجراحية تعمل ليلاً⁴⁹². ينبغي أن نراعي الحد الأدنى من المعايير العلمية الطبية الموصى بها ، مع الأخذ بعين الاعتبار البيانات الطبية و الموارد المتاحة في بلادنا حتى تكون الرعاية في حالات الطوارئ أكثر إنسانية. ومن غير المقبول من حيث المبدأ الموافقة على العمل بدون القفازات الجراحية أو المخدر و المطهر ، لان ذلك يزيد من ارتفاع نسبة العدوى Les Infections nosocomiales في المستشفيات.

و تضمن المؤسسة الصحية تأمين الاحتياجات اللازمة في مصلحة الاستعدادات من القوى العاملة (الأطباء – الممرضات – الموظفين الإداريين) و كذلك من الأجهزة و المعدات و الأدوية و اللوازم الطبية⁴⁹³ لمدة 24 ساعة على مدار اليوم ، و التي يتطلب أن يكون موقعها مناسب في سهولة الوصول بسيارات الإسعاف أو غيرها و حتى مشياً على الأقدام ، كما يتم التعرف إليه بسهولة من خلال الإشارات سواء داخل المستشفى أو من خارجه ، بالإضافة إلي سهولة الوصول إلى الخدمات الأخرى مثل قسم الأشعة دون الحاجة للعبور خلال المناطق الأخرى للمستشفى. و يجب أن يتم تدريب كافة أعضاء قسم الطوارئ على طريقة رعاية الحالات الطارئة وعلى كيفية استخدام الأجهزة . و يجب أن تتوفر لدى المستشفى خطة إسعاف خاصة للتعامل مع الكوارث الداخلية للمستشفى كوصول حالة أو عدة حالات طارئة من المرضى المصابين بإصابات وجروح بليغة. وتتضمن الخطة :

- تعليق قائمة بأسماء الأطباء والتمريض وفنيين المختبر و الأشعة العاملين في قسم الطوارئ.
- قدرة الفريق العامل على التعامل مع مختلف الوضعيات القادمة إلي القسم الطوارئ و السرعة في تقديم الخدمة.
- إعداد قائمة بمراكز التحويل.
- وضع خطة لتوزيع كادر المستشفى بين الأقسام المختلفة وتوزيع المسؤوليات عليهم.

⁴⁹² Larbi Abid - Opcit.

⁴⁹³ حسان محمد نذير حريستاني – المصدر السابق – ص 185.

2-2 السجلات الطبية

يستهدف توفير سجلات متكاملة للمرضى لحفظ معلومات شخصية و نتائج الفحوص و التطور التاريخي للحالة الصحية⁴⁹⁴، إن وجود نظام للسجلات الطبية منظم و متكامل بالمستشفى مهم و ضروري لأنه يساعد في تعزيز البحوث الطبية، لما تحويه من معلومات عن السيرة المرضية و التطور المرضي للمريض. و يعتبر الملف الطبي من الوثائق الهامة في المستشفى حيث تبنى حوله معظم المعايير التي لها علاقة بتقديم الرعاية الطبية المباشرة للمرضى.

يجب أن يحتوي الملف الطبي على وثيقة تبين أن الأطباء أو مقدمي الرعاية الصحية الآخرين قد قاموا بتفسير و شرح التشخيص و طريقة العلاج و خطوات المتابعة لجميع المرضى. مع التعرف على الشخص المسئول عن تسجيل البيانات في الملف الطبي من خلال الاسم و اللقب (مثال: طبيب، ممرضة، علاج طبيعي). و يحفظ هذا الملف في مكان رئيسي يدعي بأرشفة الملفات الطبية و التي لا يستغرق وقت استخراجها أكثر من 15 دقيقة. كما تحدد اللغة المرغوبة من قبل المستشفى في تدوين المعلومات الضرورية كسبب الإدخال إلى المستشفى، السيرة المرضية، النتائج الهامة للفحص السريري و تاريخ العملية الجراحية و سببها مع تسجيل ملاحظات تطور حالة المريض، حيث توقع النماذج الطبية من الطبيب الاختصاصي المشرف على المريض.

ويمكن تلخيص أهمية الملف الطبي واستخداماته على النحو التالي:

- تقييم جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى و يوفر الحماية القانونية له و مقدمي الخدمة.
- أداة للاتصال و التنسيق بين مقدمي الخدمة و هو مصدر معلومات مهمة للتعليم و البحث الطبي .
- تقديم الرعاية الطبية المستمرة للمريض أثناء إقامته و بعد خروجه من المستشفى .
- يوفر المعلومات اللازمة للتخطيط و اتخاذ القرارات الرشيدة و هو أحد المصادر الرئيسية للإحصاءات الحيوية.

⁴⁹⁴ د. عبد الإله الساعاتي "مبادئ إدارة المستشفيات" دار الفكر العربي - القاهرة - مصر - 1998 . ص 142.

3-2 استخدام الأدوية و أدوات الصيدلة

تحتل الأدوية مكانة إستراتيجية في سياسة الصحة الوطنية⁴⁹⁵، و يعتبر استخدامها أحد أكثر الطرق شيوعاً وفاعليةً في معالجة المرضى، ولكن إستعمالها الخاطئ يشكل الأكثر خطورة، و تؤكد مجلة التمريض الأمريكية أن حوالي 90 بالمئة من ممرضات المستشفيات يقدمن اقتراحات حول استخدامات الدواء⁴⁹⁶، و تشير المعلومات من مختلف أنحاء العالم بأن الأخطاء التي ترتكب عند وصف و طلب و إعطاء الأدوية تشكل السبب الوحيد الرئيسي لإيذاء المرضى خلال فترة إقامتهم في المستشفى، ومن هنا برزت أهمية أن يولى المرضى أثناء فترة علاجهم بالأدوية في المستشفى، أعلى مستويات الرعاية الصحية. ولا بد من أن يتم تفهم هذه المجموعة من المعايير على أنها ليست حول الخدمات الصيدلانية فقط وإنما حول عملية استخدام الأدوية التي تتضمن العديد من المهارات المختلفة. فليست كل الأدوية أو العقاقير التي تباع في الصيدليات أو المخازن مفيدة. وقد حددت منظمة الصحة العالمية حوالي 200 دواء أساسى لمعالجة معظم المشكلات الصحية وذلك من أصل ما مجموعه 60 ألف اسم دواء يباع في معظم البلدان! وكثيراً ما يستعمل الناس أفضل الأدوية بطرق خاطئة. فيسبب ذلك ضرراً يؤدي أحياناً إلى الوفاة.

إن تحقيق الفائدة الصحية يقتضي استعمال الدواء استعمالاً صحيحاً و من المؤسف أن الناس (عن غير قصد أو علم منهم) يستعملون أحياناً أدوية خطيرة للغاية لمعالجة أمراض بسيطة⁴⁹⁷. و قد شملت الدراسة توصلت إلى أن المضادات الحيوية تصرف بشكل عشوائي سواءً من قبل الأطباء أو من قبل الصيادلة أو من قبل المرضى أنفسهم هذا ما سيجعل هذا المضاد غير فعال مع الجراثيم الأخرى حين يصاب بها المريض لاحقاً⁴⁹⁸. إن توفر عدد كافٍ من الصيادلة المؤهلين والموظفين المساندين لتلبية احتياجات المستشفى توفر نظام لضمان سلامة وأمان المرضى وكذلك يوفر معلومات للكادر الطبي والتمريضي عن كيفية استخدامه للأدوية وإعطاؤه البيانات اللازمة عن آثارها الجانبية، إضافة إلى التفاعلات العكسية المحتملة.

⁴⁹⁵ Boulahrik Mohand « Planification sanitaire et Gestion des services de santé-Cas de l'Algerie » Mémoire de Magister -Institut des sciences économiques-UNIVERSITE D'ALGER - Juin 1993. P 128 .

⁴⁹⁶ بشير العلاق " التسويق الصيدلاني " دار اليازوري العلمية - الطبعة العربية - 2007 . ص 103 .

⁴⁹⁷ عن كتاب الصحة للجميع "استعمل الأدوية الحديثة" <http://www.mawared.org/hfap/node/3687>

⁴⁹⁸ أريج "جرائم المشافي تخرج عن السيطرة "

4-2 إدارة المعلومات

في ظل هذه الألفية أصبحت تكنولوجيا المعلومات هي لغة العصر و قد أحدثت الثورة المعلوماتية قفزة بالخدمات الصحية⁴⁹⁹. وبالتالي أصبح هناك العديد من وسائل الدعم التي تقوم بمساندة العمليات الإدارية وتحقق نجاحها، والمعنى بهذا هنا هو أسلوب الفهرسة وحفظ وتنظيم الوثائق والمستندات والملفات والإتقان في حفظه وفهرسته يؤدي إلى نجاح المؤسسة لما يمثله لها من ذاكرة تساعد وتساهم في اتخاذ القرارات التي تقوم بالارتقاء بمستوى العمل والأداء. بالإضافة إلى تبادل المعلومات والخبرات من خلال ربط المستشفيات والمخابر العلمية بعضها ببعض بشبكة اتصالات متطورة كالإنترنت فمثلا نلاحظ أن جميع المختبرات في الجزائر ليست مرتبطة بالشبكة بسبب تردد بعض مديري الصحة أو بعض المديرين⁵⁰⁰.

وتعتمد الرعاية الصحية الحديثة وتطورها المستمر على المعلومات، بوضع قواعد وآليات محددة وفعالة لتنظيم تجميع وفهرسة وتنظيم ومعالجة وتداول البيانات والمعلومات الصحية والطبية المتراكمة بعيادات الأطباء والمستشفيات والمؤسسات الخاصة والعامة والأجهزة الصحية، بحيث يسهل إستخدامها في إجراء البحوث الطبية متنوعة التي تنقسم إلى البحوث الطبية الأساسية لفهم الجسم البشري و إبتكار وإثبات فعالية علاجات جديدة أو تقنيات⁵⁰¹ حول الأوضاع الصحية للمواطنين واحتياجاتهم الآنية والمستقبلية وغيرها. و يعتقد أن المنظمة تستفيد بصورة أكبر من عملية القياس و استخدام المعايير إذا ما تم ربطها بنظام عرض و مساندة معتمد على استخدام تكنولوجيا المعلومات⁵⁰²، بالرغم من أن هذه التطورات التكنولوجية السريعة تشكل عائقا و قيادا مستمرا على الأفراد⁵⁰³ حيث يجب أن يكون لدى المستشفى خطة لتلبية احتياجات الكادر الطبي والفني والإداري من المعلومات فهي فاعل في تنفيذ الرعاية الخاصة بها⁵⁰⁴، و ذلك لمقارنة الأداء مع قواعد البيانات الأخرى عند الحاجة، و تعكس أيضاً أنواع الخدمات المقدمة. و تركز إدارة

⁴⁹⁹ علي عبد الله خاطر " الثورة المعلوماتية تحقق قفزة بالخدمات الصحية". الصحة www

⁵⁰⁰ Présentation - <http://www.sante.dz/aarn/presentation.htm>

⁵⁰¹ AVC France « Définition de la recherche médicale. »

http://www.franceavc.com/?rep=lexique&ido=57&recherche_medicale

⁵⁰² نيلز جوران/جان روى و ماجتر ووتر " الأداء البشري الفعال بقياس الأداء المتوازن - أفكار عالمية معاصرة " ترجمة : علا احمد إصلاح - سلسلة إصدارات بريك - القاهرة - 2003 . ص 427.

⁵⁰³ صلاح الدين محمد عبد الباقي " الجوانب العلمية و التطبيقية في إدارة الموارد البشرية بالمنظمات " الدار الجامعية للنشر و التوزيع -2001- ص 61.

⁵⁰⁴ Laure Amar et les autres « Une approche expérimentale de consultation des usagers sur les informations relatives à L'hôpital » Etudes et Résultats – Drees – N°115- mai 2001. P6.
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er115.pdf>

المعلومات خطة أو خطط تتضمن سياسة خاصة بمدة الاحتفاظ بالسجلات والبيانات والمعلومات وأي وثائق تبين استخدام قواعد البيانات الخارجية بما فيها البيانات التي تتطلبها القوانين والأنظمة. إن الافتقار إلى الوعي بالمشاكل يتأتى بسبب الافتقار إلى المعلومات وتدريب العاملين في المستشفيات⁵⁰⁵.

5-2 السلامة الطبية

تغطي هذه المجموعة ثلاث وظائف هامة والتي يجب أن تتوفر لدى كل مستشفى. إن هذه الوظائف الثلاث هي طرق الوقاية من انتشار العدوى، التي من الممكن اكتسابها من المرضى أو كادر المستشفى أو الزائرين خلال تواجدهم في المستشفى، ثانياً: توفير تعقيم الأجهزة والمستلزمات بشكل آمن و ثالثاً: ضمان صحة الموظفين. و لدى المستشفى خطة من اجل السيطرة على العدوى ومنع انتشارها في المستشفى و التي تتطلب سياسات وإجراءات للسيطرة ومنع انتشار العدوى، وسياسة التعقيم ، و سياسة لتوفير صحة الموظفين و مسح المخاطر المهنية.

■ الوقاية من انتشار العدوى

يقوم المستشفى بتأسيس لجنة عاملة لمنع انتشار العدوى و التعرف على الإجراءات والعمليات المرافقة للخطورة المتزايدة لانتشارها ، كما يجب أن يتوفر لدى المستشفى برنامج فعال للتقليل من مخاطر العدوى المكتسبة من المستشفى و هو يغطي كل من المرضى، الكادر، والزائرين. هذا البرنامج مبني على أساس المعرفة العلمية الحالية، والقوانين والأنظمة المطبقة ، شريطة أن تنقل كل المعلومات المعالجة وتستخدم من طرف المستويات الإدارية العليا والدنيا والعكس يولد التغذية العكسية و يتم التبليغ عن جميع الأمراض السارية والمعدية ، حسب أنظمة وقوانين وزارة الصحة. و تقوم المستشفيات بكتابة وتنفيذ سياسات وإجراءات السيطرة ومنع انتشار العدوى ، حيث تطبقها في مناطق معينة وعالية الخطورة مثل غرف العمليات ، وحدات الخدج⁵⁰⁶ ، وحدات الحروق ، قسم الطوارئ ، وحدات غسيل الكلى ، وحدات العناية المركزة الخ...، التخلص من النفايات المعدية وسوائل الجسم. و تتضمن هذه السياسات: غسل الأيدي ، سياسة العزل ، مراقبة وجمع بيانات السيطرة لمنع انتشار العدوى .

⁵⁰⁵ Dr Boulaghmen Nabil Ahmed « Infection Hospitalières ou Nosocomiales »

<http://www.newsdoc.net/sections.php?op=viewarticle&artid=5053>

⁵⁰⁶ تخصص وحدات الخدج للأطفال حديثي الولادة و الذين يولدون قبل الوقت المحدد أي قبل اكتمال الشهر التاسع مما يلزمهم رعاية خاصة. و توجد وحدة مخصصة لهذه الفئة بالإضافة إلى فئة أخرى من المواليد الجدد و لكن لديهم صعوبات صحية .

■ التعقيم

إن المستشفى مُجهّز بقسم لتزويد التعقيم المركزي أو وحدة أخرى مجهزة لهذه الغاية يتم إدارة هذا القسم من قبل شخص مؤهل و مدرب من الناحية العلمية و العملية. ويجب أن يتوفر مجرى هوائي جيد في جميع المناطق التي يتم فيها تنظيف الأدوات، الذي يساعد على منع انتشار التلوث و يمنع المواد الملوثة من الخروج من هذه المنطقة. و استناداً إلى الخدمات المقدمة و حجم المستشفى، فإن لمنطقة التعقيم جهاز تعقيم (autoclave) واحد على الأقل يعمل. مهما كانت تقنية التعقيم المستخدمة متضمناً ذلك التنظيف الكيميائي و تعقيم المناظير.

■ صحة الموظف

يتضمن كل مستشفى برنامج خاص بصحة الموظف الموصوف في السياسات و الإجراءات ليغطي جميع الموظفين الجدد و الموظفين الحاليين، بحيث يعمل وفقاً لقوانين و أنظمة الوزارة الوصية. ولكن من حق المستشفى أن يطلب و يحدد الفحوصات الضرورية التي يراها ضرورية غير الواردة في القانون. إن كوادر المستشفى مدربة على مخاطر الصحة المهنية و إجراءات السلامة، حيث أن هذا التدريب يتضمن التحضير الأولي للوظيفة و يتبعه تدريب إضافي عندما ينتج عن الإجراءات الجديدة أو الأجهزة مخاطر جديدة.

2 - 6 النفايات و المخلفات الطبية

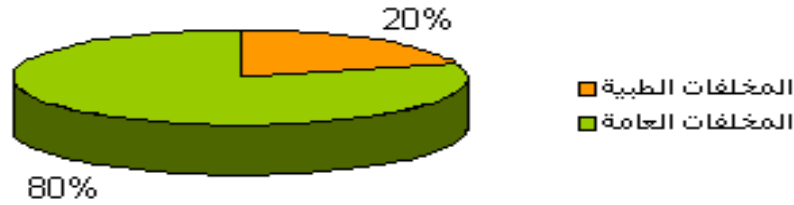
تعرف النفايات الطبية⁵⁰⁷ من أكثر المخلفات خطورة لما قد تسببه من أضرار للأفراد و البيئة بصفة عامة. و قد قامت منظمة الصحة العالمية بمجهود عظيم في هذا المجال، ولكن العديد من المؤسسات الصحية تتعامل مع الظاهرة بالإهمال و لامبالاة مما يدعو إلى القلق الكبير بشأن هذه المشكلة، و ما نراه اليوم دليل ثابت في عدم وجود منظومة وطنية للتخلص من المخلفات الطبية. و تعتبر المستشفيات بأنواعها المختلفة المصدر الرئيسي لإنتاجها⁵⁰⁸ و ذلك من خلال العناية بالمرضى فينتج عن كل ذلك يومياً كميات كبيرة جدا من القمامة تحتوي على المخلفات الطبية

⁵⁰⁷ المخلفات الطبية هي كل المواد المستخدمة للتشخيص أو للعناية بالمرضى داخل المرفق الصحي أو خارجه، في حالة تلوثها بدم و سوائل جسم المريض بطريقة مباشرة أو غير مباشرة و في حالة كان المريض مصاب بمرض معدي أو عدم مصاب و يراد التخلص منها فترمي كنفائات. و تعتبر من ضمن المخلفات الطبية الخطرة و يجب التخلص منها بطرق السليمة عن طريق المحارق و الأفران و التعقيم و غيره و يستثنى من ذلك الأطعمة و الأوراق التي يستهلكها المرضى خلال فترات العناية بهم.

⁵⁰⁸ د. سعد علي العنيزي " الإدارة الصحية " دار اليازوري العلمية - الطبعة العربية - 2009. ص 277.

وبقايا العينات الملوثة ومخلفات صيدلانية وكيميائية وأحيانا مخلفات مشعة ومخلفات العمليات من أعضاء بشرية وغيرها بنسبة 20 % ، أما الباقي 80 % فهو عبارة عن نفايات وقمامة عامة من بقايا أكل وأطعمة وعلب وورق وغيره ناتجة من المرضى والطاقم الطبي والعاملين بالمرفق الصحي. وبما أن المخلفات و النفايات مصدرها المريض فهي تحتوي على مسببات المرض ، الأمر الذي دعا العديد من الدول والمنظمات العالمية خلال العقدين الآخرين إلى الاهتمام بهذه المشكلة بعدما أثبتت بعض الدراسات والبحوث مسؤولية هذا النوع من المخلفات في أحداث أمراض وأوبئة فتاكة وسريعة الانتشار.

الشكل رقم 13: مكونات نفايات وقمامة المستشفى



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على الدراسات السابقة

إن عدم الإدراك بالمخاطر الصحية للمخلفات الطبية لدى الأفراد بصفة عامة ولدى صانعي القرار بصفة خاصة يؤكد جهل الأفراد سواء العاملين بالصحة أو المحيطين بخطورة تلك النفايات من حيث أنواع الأوبئة والأمراض والجراثيم التي قد تنقلها للأصحاء وما ينتج عن ذلك من خسائر في الأرواح والخسائر المالية والخسائر في الوقت نحن في أمس الحاجة إليه ، زد على ذلك ضعف الميزانية المخصصة لتخلص من النفايات، فتأتي الأوليات عادة لدى المسؤولين بالمرفق في ما قبل وأثناء العناية بالمريض وما ينتج عن ذلك بعد العناية فلا أحد يهتم. بالإضافة إلى عدم وجود لوائح وقوانين صارمة وكافية بخصوص المخلفات الطبية، وعدم الإحساس بالمسؤولية من مسيري المرافق الصحية ، عدم وجود طرق آمنة ورخيصة للتخلص من النفايات الطبية حتى الآن، فكل الطرق التي تتم بها المعالجة تعتبر مكلفة إذا نظرنا بعين الاعتبار إلى الجانب البيئي. إن كل الأشخاص المحيطين بالنفايات الطبية معرضين لخطر الإصابة بما في ذلك المنتج لتلك النفايات بالمرفق الصحي أو الأشخاص في الخارج المسؤولين عن نقل والتخلص من تلك النفايات⁵⁰⁹. و الأشخاص الأكثر

عرضة للإصابات هم: الأطباء ، طاقم التمريض والعاملين بالمرفق الصحي ، المرضى و الزائرين للمرفق الصحي ، العاملين والعاملات بالنظافة والمغسلة ونقل القمامة داخل المرفق وعمال المكبات. في الواقع و دون أي مفاجأة لا يوجد أي من المستشفيات الجزائرية بما فيها القطاع الخاص تستوفي المعايير الدولية المطلوبة لمعالجة مختلف النفايات والتخلص منها، فمستشفياتنا في كل أنحاء البلاد ليست لديها حاليا معدات متخصصة لفرز النفايات الخطيرة خاصة تلك المتعلقة بالعلاج الكيميائي، على سبيل المثال ، ترمي مع القمامات المنزلية ، والتي يمكن أن تسبب العقم للرجال الذين يستهلكون المياه الملوثة⁵¹⁰ . و هذه هي النتيجة⁵¹¹ التي تم التوصل إليها حسب تشخيص الشركة الفرنسية AC'SEES هي شركة المعنية في قطاع الصحة والبيئة.

3- المشاكل البشرية

تعتبر الموارد البشرية في المستشفى أهم الموارد قيمةً وأكثر فعالية ، حيث يتوجب على إدارة المستشفى أن تكون تتأكد من أن لديها العدد والنوع الكافي من الإطارات لكي تستطيع أن تحقق رسالتها، بمعنى التأكد من وجود الكفاءات والخبرات الكافية لكل وظيفة من وظائف المستشفى، و يتم تقييم ذلك قبل تعيينهم بشكل رسمي وقبل البدء بالعمل . و يمثل أفراد القطاع الصحي مجموع العاملين الذين يقومون بحماية و تحسين الصحة. إن تقرير منظمة الصحة العالمية 2006 يشير إلى أهمية التوزيع الصحي من حيث عدد الأفراد، وكذا خصائص اليد العاملة. كما بين التقرير أن عدد أفراد القطاع الصحي، عدد قليل و غير كاف لمواجهة الحاجيات العالمية المتزايدة و لكن هذه الندرة ليست عامة⁵¹² (أنظر الملحق رقم 1- ب) .

ولا بد من تحديد أدوار ومسؤوليات كل عضو من أعضاء الكادر بشكل واضح، وأن يتم تحضيرهم مسبقاً للعمل في المستشفى، وفي أقسامهم وفي وظائفهم. فيتم العمل على زيادة وتحسين قدراتهم ومهاراتهم ومعارفهم باستمرار وتقييم أدائهم بشكل منتظم، فعندما يتم التعرف على تحديد مواطن الضعف والنقص في هذه المعارف أو المهارات أو القدرات، فإنه يتم تقديم التدريب اللازم لهم. و تتضمن المستشفى الكثير من المهن و علاقات عمل متداخلة و متشابكة لذا فان عملية

⁵¹⁰ le jeune indépendant – <http://www.algerie-dz.com/forums/archive/index.php/t-66090.html>

⁵¹¹ توصلت الشركة الفرنسية إلى النتائج التالية : لا توجد قواعد احترام الصحة في معالجة النفايات و المستشفيات هي الملوث الرئيسي للمدن. وهذه الأخيرة ليس لديها موظفين مدربين و متخصصة في معالجة النفايات أنشطة الرعاية المعديّة (DASRI) ، و النفايات السامة والمخاطر الكيميائية (DRCT) والنفايات المشعة . و قد تم اقتراح اثنين من الخيارات التقنية إما اعتماد سياسة المحارق ومنبرا الصناعية ، في هذه الحالة سيتم شحن النفايات موحدة مع وسائل النقل إلى المناطق الصناعية أو اعتماد سياسة banaliseurs التعقيم على المستشفيات.

⁵¹² Le rapport de la santé 2006 chap. 1 p1 www.who.org

تشغيلها تتطلب وضع أصول وقواعد الخاصة⁵¹³، و ذلك بسبب صعوبة تحديد النشاط الصحي. ومن هذا المنطلق يؤكد التقرير⁵¹⁴ على ضرورة التمييز بين النشاطات و معالجة من لها علاقة مباشرة بتحسين الصحي ، مما يحتم علينا تحديد ماهية الافراد المتعاملين مع القطاع الاستشفائي.

3-1 مشكلات القوى العاملة

أصبحت المستشفيات الجزائرية غير قادرة على التعامل مع العدد الكبير من المرضى الذين يقصدونها بالإضافة إلى النقص الحاد في الموارد والهياكل الأساسية والموارد التقنية والبشرية مما أدى إلى تدهور مستوى الخدمات الصحية داخل المستشفيات الجامعية بسبب قلة الوعي الصحي لدى المرضى ونقص نظام الرقابة لدى الزوار من جهة و عدم كفاية التنسيق بين مختلف المصالح الذي يؤدي إلى زيادة فترة الانتظار⁵¹⁵ و تعريض حياة المريض للخطر من جهة أخرى. لذا ركزت الدولة على الجانب الوقائي والرعاية الصحية الأولية بزيادة إنتاج مختلف المهن والمهارات الصحية⁵¹⁶. و تزداد حدة هذه المشاكل بسبب حساسية العمل في المستشفيات و قصور الحوافز المادية و المعنوية عن تغطية هذه الفجوة⁵¹⁷ بالإضافة إلى ضعف التوازن في توزيع القوى العاملة بين المستشفيات و غياب المعايير القياسية للقوى العاملة حسب السعة السريرية و طبيعة الخدمات التي تقدمها، و قصور برامج التدريب و التعليم المستمر في المستشفيات عن متطلبات القوى العاملة كما و نوعا مما سبب في عدم استقرارها و هجرتها .

أ- الطاقم الطبي

لقد أوضحت الكثير من البحوث الاقتصادية أن الأطباء مدخل هام في إنتاج الرعاية الصحية في المستشفى⁵¹⁸، لذا تحاول المستشفيات حاليا أن تمد الوشاج و الروابط معهم من خلال تحسين الرواتب و الحوافز و توفير السكن⁵¹⁹ لاستقطابهم . إن الأطباء وأطباء الأسنان وغيرهما من المهن

⁵¹³ Irina Peaucelle « Industrie Hospitalière : Les Conséquences des Réformes en ex- RDA » Paris-Jourdan Sciences Economiques – Working paper N° 2006-31 , P4. <http://www.pse.ens.fr/document/wp200631.pdf>

⁵¹⁴ تقرير منظمة الصحة العالمية 2006

⁵¹⁵ عامل الوقت مهم جدا في مجال الرعاية الصحية (الابطاء يؤدي الذي الموت).

⁵¹⁶ Mohamed Mebtoul « La médecine face aux pouvoirs : L'exemple de l'Algérie- Médecine et Santé : <http://socio-anthropologie.revues.org/document56.html> symboliques des corps, N° 5- 1999.

⁵¹⁷ وزارة الصحة " الخدمات الطبية التي تقدمها مستشفيات وزارة الصحة و المشكلات التي تواجهها" ندوة واقع خدمات المستشفيات و كيفية تطويرها- معهد الإدارة العامة – 1990 . ص343.

⁵¹⁸ تشارلز فيليبس " نحو مفهوم لاقتصاديات الصحة و الرعاية الصحية و التأمين الصحي (المسار الأمريكي) " ترجمة : جلال البنا – المجلس الأعلى للثقافة -2003 – ص 272 .

⁵¹⁹ د . فوزي مذكور " تسويق الخدمات الصحية " إيتراك للنشر و التوزيع – الطبعة الأولى -1998. ص225 .

الطبية، المسموح لهم بتقديم الرعاية الصحية المباشرة للمرضى دون الحاجة لمن يشرف عليهم، هم الأشخاص أصحاب المسؤولية الأولى عن الرعاية الصحية ونتائجها ، لأنهم يشاركون في تحسين الجودة ونشاطات تحقيق السلامة و يقدمون معلومات عن طبيعة المرض وإدارتها ويحفزون المريض على التعاون في مجال الرعاية⁵²⁰. لذلك لا بد أن يتوفر لدى المستشفى إجراءات معينة تضمن أن يقوم الجميع بتقديم خدمات الرعاية الصحية وفقاً لمستواهم التعليمي والتدريب الذين تلقوه والخبرة التي حصلوا عليها، إضافة إلى الكفاءة التي أظهروها .

و من المنطق أن تتغير هذه الكفاءة عبر الزمن لذا لا بد من توفير إجراءات محددة وواضحة، يتم تطبيقها بشكل موحد، للقيام بعملية إعادة التقييم الدورية للأداء الفردي لكل عضو من أعضاء الكادر الطبي يتم هذا من خلال عمليات الإشهاد ، الترخيص و الاعتماد⁵²¹. و يتكون الكادر الطبي من الجنسين و توصلت دراسة Philippe Lombardo أن الطبيبات سيمثلن النسبة الأكبر من مجموع الأطباء العاملين في القطاع الصحي⁵²²، و يمثل MCO (médecin, Chirurgie, Obstétrique) طب ، جراحة و توليد 59٪ من مجموع النشاط الطبي⁵²³. و قبل القيام بعملية تقييم أداء الطبيب يجب أن نعرف بأوجه القصور في الوسائل المتوفرة لديه مالية كانت علمية أو تكنولوجية⁵²⁴، لأن هناك فجوة بين ما تتطلبه الممارسة الطبية و الواقع الملموس للأطباء الذين يعايشون واقع التهميش و العزلة⁵²⁵ حيث لا علاقة لهم لا بالموارد و لا بالهرم الإداري⁵²⁶. فالطبيب لا يملك المهارات الضرورية لمعالجة المريض بسبب الظروف المهنية الموجودة داخل المستشفى فعلى سبيل المثال في العديد من المستشفيات، المختبرات le plateau technique تغلق بعد الساعة 16 أي الرابعة مساءً ، و الموجات فوق الصوتية l'échographie تتم بعد هذا التوقيت

⁵²⁰ Avedis Donabedian “ The Quality of Care: How Can it be Assessed?” chapter 4-P3
<http://www.scinf.umontreal.ca/Cours/SOI6230/>

⁵²¹ سيتم شرح هذه المصطلحات في الفصل الثاني الخاص بإدارة الجودة الشاملة

⁵²² Xavier Niel « La Démographie médicale à L’horizon 2020 Une réactualisation des Projections à partir de 2002 » Etudes et Résultats – N°161- Mars 2002.P3. <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er161.pdf>

⁵²³ Philippe Lombardo “ La spécialisation des établissements de santé en 2006.” Etudes et Résultats – Drees – N°664 – Octobre 2008. P5.
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/index.htm>

⁵²⁴ Avedis Donabedian « Evaluating Physician Competence » Bulletin of the world Health Organisation, 2000, 78-World Health Organisation – P857, [http://www.who.int/bulletin/archives/78\(6\)857.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(6)857.pdf).

⁵²⁵ تندخل هذه الأمور في الضغوط التنظيمية التي تحد و تعرقل أداء الطبيب و الفريق العامل معه وهي موضوع التحليل و النقاش في الفصل الثالث من هذه الدراسة.

⁵²⁶ Mohamed Mebtoul « La médecine face aux pouvoirs : L’exemple de l’Algérie- Médecine et Santé : symboliques des corps, N° 5- 1999. <http://socio-anthropologie.revues.org/document56.html>

برعاية العامل التقني وليس من قبل طبيب الأشعة⁵²⁷. ورغم ذلك ينتظر أن يتم التعامل مع حالات الطوارئ من قبل الأطباء المناوبين ليلا و أغليتهم من الأطباء المقيمين Residents، وهناك فئتان من أساليب لتقييم رسمي للطبيب: التقييم الأداء في حالات الاختبار، و تقييم الأداء في الممارسة الفعلية. لاختبار الكفاءة ويمكن تقدير المراقبة، إما مباشرة أو من خلال شريط الفيديو؛ به سجلات الرعاية التي يحتفظ بها الأطباء، وغيرهم من المهنيين ، والحصول على وسائل رسمية من أشخاص ذوي دراية و اختصاص في الميدان⁵²⁸

ب - خدمات التمريض

تعتبر الرعاية التمريضية جزءاً هاماً من عملية رعاية المرضى بشكل عام لأن الطاقم التمريض هو طاقم طبي يرتكز على أدوات غير فعالة⁵²⁹، و هو الطاقم الوحيد من مهنيي الرعاية الصحية التي يبقون مع المريض لمدة 24 ساعة في اليوم⁵³⁰، لذلك نجد بأن الدور الذي يقومون به ذو أهمية كبرى تقريباً في كافة مجالات تقييم ورعاية المرضى. ويتم تخطيط وتوثيق التعاون ما بين الكادر التمريضي والأطباء والعاملين الآخرين في مجال رعاية المرضى ، كما يشارك في تثقيف المرضى بما فيها إجراءات الخروج من المستشفى. و يعتبر قسم التمريض أكبر الأقسام حجماً في المستشفيات حيث تتم إدارته من قبل مدير حاصل على الخبرة والتعليم ، إلى جانب قدرته على الإدارة والقيادة يدعى بالمراقب الطبي⁵³¹. و يتم تحديد المهام التمريضية بناءً على الوصف الوظيفي و على تقييم كفاءة الممرض/الممرضة الفردية، كما يشارك الكادر التمريضي في لجان المستشفى المختلفة التي تتضمن، تحسين الجودة، السيطرة على انتشار العدوى و استخدام الأدوية، السجلات الطبية، السلامة والأمن. و من أجل تقديم رعاية صحية ذات جودة عالية، يجب على المستشفى أن تتأكد من أن لديها كادر تمريضي مؤهل يتماشى مع رسالتها وإمكانياتها لتلبية احتياجات المرضى مقارنة مع المعايير الدولية. و لقد تمكنت هذه الفئة من تحصيل حقوقها المادية التي تتطابق و كفاءتهم⁵³² مما زاد من أهمية وجودها في المستشفى.

527 Larbi Abid « Les Urgences Médico-Chirurgicales » SantéMaghreb-Le guide de la médecine et de la santé en Algérie. -19 Juillet 2003- <http://www.santetropicale.com/santemag/algerie/pointvu8.htm>

528 Avedis Donabedian « Evaluating Physician Competence » Opcit.

529 Christian Cauvin /Catherine Coyaud « Gestion Hospitalière :Finance et contrôle de gestion » Editions Economica ,1990.P233 .

530 وزارة الصحة "المعايير الأردنية لاعتماد المستشفيات" ص161.

531 المراقب الطبي هو من هيئة التمريض يكون مؤهلاً من الناحية العلمية والخبرة الإدارية، كما هو مطلوب في الوصف الوظيفي في المستشفيات الجزائرية

532 Jean De Kervasdoué « La Santé Intouchable - Enquêtes sur une crise et ses remèdes » Editions JC Lattès 1996. P 243.

3-2 مشكلات المستفيدين من الخدمة (رعاية المرضى)

إن الوظيفة الرئيسية للمستشفى هي رعاية المرضى ، حيث يتطلب تقديم الرعاية الصحية المثالية أن يكون هناك تخطيط وتنسيق وتواصل، وحيث أنه من النادر بأن يقوم شخص واحد أو قسم واحد بتقديم كافة خدمات الرعاية الصحية، وبالتالي، يتطلب تخطيط وتقديم الرعاية الصحية التنسيق والتعاون الوثيق ما بين مزودي خدمات الرعاية الصحية، وبالتالي، يتطلب تخطيط وتقديم الرعاية الصحية التنسيق والسيادة، أخصائي إعادة التأهيل والباحثين الاجتماعيين وغيرهم الخ...) . و تقع على المؤسسات الصحية و الطبية و من بينها المستشفيات مسؤولية ضمان حقوق المرضى والحفاظ عليهم و على أسرهم لأن ذلك في مصلحة المريض⁵³³، حيث تتوقع المستشفيات سلوكيات مغايرة من المرضى و ذويهم نظرا لطبيعة المرضى و حالاتهم الاعتلالية و النفسية المتأثرة بتغير وضعيتهم نتيجة هذا الإختلال. ويعتبر حق الحصول على الرعاية الصحية الجيدة و بدون تمييز أو تحيز و بمعايير محددة حق شرعي لجميع المرضى بغض النظر عن العرق أو المعتقد أو الجنس و مهما كان مصدر تسديد نفقات العلاج⁵³⁴، لكن يبقى عدم الإهتمام بالمريض و الحديث عنه و عن حاجياته قليل و مهمش⁵³⁵، لذا جاء مفهوم إدارة الجودة الشاملة الذي يعتبر المريض عميلا و يجب إرضائه ، و هنا الاعتراف والقناعة التامة بأهمية العميل و ضرورة الاقتراب منه و الانحياز له و المحاولة الدائبة لإرضائه⁵³⁶.

تختلف المستشفيات حسب نوع الخدمات التي تقدمها، وبالتالي هناك اختلاف في نوعية المرضى الذين تقدم لهم الخدمات ، فعادة ما يتلقى المرضى الرعاية الصحية من أكثر من قسم و في أكثر من موقع. لذلك لا بد من أن يُنظر لكل حالة على اعتبار أنها سلسلة مترابطة منذ دخول المريض وحتى إخراجهم من المستشفى، و تختلف أسباب دخول المرضى الى المستشفيات حسب الحالات (أنظر الجدول رقم 23) ولا أن يُنظر إليها على اعتبار أنها سلسلة من النشاطات المنفصلة. ومن هنا، يجب على المستشفى وكادره أن يوحّدوا الجهود لكي تتم هذه السلسلة المترابطة من

⁵³³ Khadir Mohammed / Hannouz Mourad « La médecine de contrôle et d'expertise » - O.P.U- 2003-P65.

⁵³⁴ عبد المهدي بواعنة - المصدر السابق ص 158.

⁵³⁵ Danièle Roberge « La petite Histoire des Urgences au Québec de 1960 à ce Jour » Colloque Pour en Finir Avec Les Urgences – Montréal – 17 Avril 2008.P17.

www.amuq.qc.ca/AxisDocument.aspx?id=2641&language=fr&download=true&document=La_petite_histoire_des...au...a... -

⁵³⁶ مصطفى محمد سعيد سالم " إدارة الجودة الشاملة ... و أثرها في التغيير المؤسسي " المؤتمر الوطني الأول للجودة ، 26-28 ربيع الأول

الإجراءات والنشاطات بشكل تام و جيد. و يحتاج المريض إلى عناية خاصة لكي يقوى ويتغلب على المرض الذي يضعف جسمه⁵³⁷، عناية كثيراً ما تكون أهم جانب في معالجة المريض لاكتشاف حاجاته الشخصية⁵³⁸. ففي معظم الأحوال، لا يحتاج المريض إلى دواء فقط، ولكن يحتاج للمعاملة الحسنة بإبتسامة تلين العلاقة بينه و بين مقدم الرعاية الصحية⁵³⁹، كما يحتاج الي العناية الجيدة والصحيحة تقوم على راحته فيحتاج إلى مكان هادئ نظيف و مريح تدخله الشمس جيد التهوية يحميه من البرد والحر، كما يقدم للمريض الطعام على دفعات متكررة⁵⁴⁰، ويتم تشجيعه على شرب الكثير من السوائل. و بشكل عام يثق المرضى وأفراد عائلاتهم بالأطباء والمستشفيات و يثقون بمقدمي الرعاية الآخرين، إلا أنه يمكن تحسين الخدمات المقدمة وتحسين درجة رضا المرضى وعائلاتهم عندما يتلقى المرضى معلومات كافية للمشاركة في القرارات التي تتعلق بالرعاية المقدمة إليهم، إلى الدرجة التي يودون أن يشاركوا بها⁵⁴¹، و ذلك :

- بالحصول على موافقة المريض أو أفراد أسرته للقيام بالمعالجة والإجراءات الطبية.
- التأكد من أنه تم إعلام وحماية المريض إذا كان من ضمن المشاركين في بحث معين بالمستشفى.
- إتاحة المجال للمريض وأفراد أسرته لتقديم الاقتراحات من أجل تحسين الخدمة وكذلك تقديم الشكاوي و تقييم درجة رضا المرضى وأسرهم عن الخدمات المقدمة و توضيح وحماية حقوق المرضى.

⁵³⁷ عن كتاب الصحة للجميع " العناية بالمريض " [http :www.mawared.org/hfap/node/3648](http://www.mawared.org/hfap/node/3648)

⁵³⁸ يفحص المريض دائماً في غرفة مضاعة و الأفضل أن تكون مضاعة بنور الشمس، و يتطلب أن نسأله أولاً أسئلة مهمة ثم نفحصه أو "نكتشف عليه" بدقة و أن نبحث عن الأعراض والعلامات التي تساعدنا في معرفة مدى ونوع المرض الذي يعاني منه. هذه العلامات مهمة وبخاصة عند الأطفال والأشخاص الذين يعجزون عن الكلام أو التعبير.

⁵³⁹ Dominique Rispaïl « Mieux se connaître pour mieux soigner – une approche du développement personnel en soins infirmiers » Editions –Masson , Paris – 2002. P72.

⁵⁴⁰ أن يأكل الأطعمة المغذية المتاحة فالمأكولات الغنية بالوحدات الحرارية مهمة جداً.

⁵⁴¹ وزارة الصحة "المعايير الأردنية لاعتماد المستشفيات" المسودة الثالثة أيلول 2006. – USAID - ص 111.

الجدول رقم 23 : أسباب دخول المستشفيات الإحصاءات البيئية لعام 1970-1990-2003

2003	1990	1970	الأمراض
27.1	41.5	14.5	الولادة و أمراض النساء
10.7	7	12.7	الجهاز التنفسي
9.9	12.2	12	الجهاز الهضمي
7.1	6.9	9.1	الصددمات و الحروق
5.1	6,5	13.4	الأمراض المعدية و الطفيلية
4,9	3.7	7.9	أمراض القلب و الأوعية الدموية
4.6	1.8	-	الأورام
4.3	4.2	9.1	أمراض الكلى و المسالك البولية
3.8	4.3	-	الجهاز العصبي
3.7	2.1	-	أمراض الغدد الصماء

Source : Ouchfoun.A« *Transition sanitaire et formation des médecins généralistes* » Journées de pédagogie médicale – Annaba 15/16 Février 2006.
<http://www.santemaghreb.com>

II - طبيعة التنظيم في قطاع المستشفيات الجامعية

تسعى المنظمات إلى تحقيق أهدافها المسطرة من خلال القيام بمجموعة من الأنشطة تتضافر فيها جهود مختلف العناصر البشرية المكونة لها⁵⁴² ، و يعتبر التنظيم وسيلة مثلى لتحقيق نوع من الانسجام والتوافق في تنفيذ الأعمال بعيداً عن الازدواجية والتضارب و يساعد ذلك على تحقيق الاستفادة من قدرات وإمكانات الفرد ، حيث يتم توزيع الأعمال بين الأفراد على أساس من التخصص في عمل دون آخر ، كما يعمل التنظيم على التحديد الدقيق للعلاقات بين الأفراد بعضهم البعض وبين الإدارات في مختلف أجزاء التنظيم .

⁵⁴² د . عبد الوهاب سويسي " المنظمة - المتغيرات ، الأبعاد ، التصميم " دار النجاح للكتاب - 2009 . ص 87.

ولقد أثبتت التجارب أن نجاح التنظيم يكمن في إتباع المبادئ السليمة، وأن فشله ينجم عن عدم وضوح الأهداف وغموض الاختصاصات، وعدم تكافؤ السلطة مع المسؤولية وسوء تحديد العدد المناسب من المرؤوسين الذي يتم الإشراف عليه، وعدم تفويض السلطة بالشكل المناسب، وإغفال العوامل الفنية والإنسانية التي تؤثر في اختيار الدرجة الملائمة من المركزية ولامركزية. يعتبر نظام الرعاية الصحية في الجزائر من بين أكثر الأنظمة العالمية المتوجهة نحو تحقيق العدالة الاجتماعية باعتمادها على أسلوب مجانية الخدمات الصحية، و قد كان هذا القطاع و لا يزال يخضع لقيود سعرية مستمرة و مفروضة من قبل الوزارة الوصية التي تتكفل بالرقابة و المتابعة في تسيير شؤون القطاع الصحي عموما و القطاع الاستشفائي خصوصا.

1- إعادة هيكلة قطاع المستشفيات في الجزائر

تعاني المستشفيات الجزائرية بدرجات متفاوتة من مظهر أو أكثر من مظاهر التخلف الإداري مثلها مثل معظم المستشفيات العربية وفقا لطبيعة النظم السياسية والاجتماعية ومدى اهتمام الحكومات بالقطاع الصحي ومعالجة مشاكله⁵⁴³، و لكن الوسائل الهائلة التي استغلت في ميدان الصحة العامة بالجزائر لأكثر من ثلاثة عقود كانت بعيدة كل البعد عن النتائج المرجوة هذا التناقض فسر من قبل البنك العالمي بطريقة موضوعية. و يتصدى الإصلاح للعقبات التي تعترض سبيل النمو في المدى الأطول حيث يستخدم لتحقيق الاستقرار الاقتصادي⁵⁴⁴. إن إصلاح قطاع المستشفيات يوجه غالبا نحو ثلاثة مجالات⁵⁴⁵: زيادة القيود التنظيمية؛ تعديل العرض إلى الطلب؛ توحيد تكاليف البحث.

1-1 مفهوم و أسباب إصلاح المستشفيات

لقد حاز موضوع التطوير و الإصلاح الإداري اهتمام الكثير من الدراسات و الأبحاث خاصة في هذه الآونة التي يكثُر فيها الحديث عن الإصلاح الاقتصادي لتطوير القطاع العام الذي خصصت له استثمارات هائلة⁵⁴⁶ مما تسبب في تضارب التعاريف و اختلافها المختلفة. و تعود أسباب الإصلاح

543 - د. عبد العزيز مخيمر، ص 19.

544 د. سهير محمود معنوق " سياسات التصحيح الهيكلي في البلدان النامية " المجلة العلمية للبحوث و الدراسات - ملحق المجلد 5 / السنة 5 / العدد 2 / 1991. ص 16.

545 Suzanne Charvet-Protal , Agnès 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 - Septembre 1998. P8.

546 طارق حجي " الإدارة و الواقع العربي - فصول في الإدارة " المنظمة العربية للتنمية الإدارية - بحوث و دراسات - 2006. ص 51.

عموماً إلى الظواهر السلبية المتراكمة من التعاملات الإدارية و الناتجة من سلوكيات غير سوية للأفراد . و يمكن التعرض إلى أهم أسباب اصلاح القطاع الصحي و هي:

■ الفساد الإداري

إن ظاهرة الفساد الإداري ظاهرة طبيعية في المجتمعات الرأسمالية حيث تختلف درجات هذا الفساد إلى اختلاف تطور مؤسسة الدولة. أما في بلدان العالم الثالث فإن لفساد مؤسسات الدولة وتدني مستويات الرفاهية الاجتماعية فهذا ناتج عن درجة التخلف وازدياد معدلات البطالة. فالفساد قد ينتشر في البنى التحتية في الدولة والمجتمع، وفي هذه الحالة يتسع وينتشر في الجهاز الوظيفي ونمط العلاقات المجتمعية فيطوى من حركة تطور المجتمع ويقيد حوافز التقدم الاقتصادي.

يعرف الفساد بأنه سلوك غير سوي ينطوي على قيام الشخص باستغلال مركزه و سلطاته في مخالفة القوانين و اللوائح و التعليمات لتحقيق منفعة لنفسه أو لذويه على حساب المصلحة العامة . و يظهر هذا السلوك المخالف في شكل جرائم و مخالفات كالرشوة و السرقة و سوء استخدام المال العام مما ينتج عنه إهدار الموارد الاقتصادية للدولة و ينعكس سلباً على عمليات التنمية و عدم الاستقرار⁵⁴⁷، و اذا ما اشتد الفساد يظهر في شكل صورة مستترة غير مرئية في شكل سلوك يحاول الموظف اخفائه لرفضه من المجتمع و لكن مع مرور الوقت تتحول بعض صور الفساد إلى سلوك اجتماعي مقبول⁵⁴⁸.

إن ظاهرة الفساد تتحلى بمجموعة من السلوكيات التي يقوم بها بعض من يتولون المناصب العامة⁵⁴⁹، و لا يزال الفساد يقوض صورة المستشفيات و يؤثر عليها وعلى جميع مستوياتها لذا لا بد من أخذ التدابير لتعزيز مزيد من الشفافية في إدارة و توفير الخدمات الصحية⁵⁵⁰. والواقع إن مظاهر الفساد الإداري متعددة ومتداخلة وغالباً ما يكون انتشار احدها سبباً مساعداً على انتشار بعض المظاهر الأخرى . وقد أظهر العمل الميداني أنه بالنسبة للجزائر لا توجد رشوة أو ابتزاز. بينما الشكل الأكثر شيوعاً هو المحسوبية⁵⁵¹ و نهب المال العام⁵⁵². و من المفيد التذكير في هذا

⁵⁴⁷ د. حسنين المحمدي بوادي " الفساد الإداري - لغة المصالح " دار المطبوعات الجامعية - الإسكندرية - 2008 . ص 13- 14 .

⁵⁴⁸ د . محمد محمد عبد الوهاب " البيروقراطية في الإدارة المحلية " دار الجامعية الجديدة - 2004 - ص88.

⁵⁴⁹ ياسر شلبي وحسن لدادوة " الثقافة المهنية في القطاع الصحي الحكومي في الأراضي الفلسطينية " مؤسسة مواطن-المؤسسة الفلسطينية لدراسة الديمقراطية- شباط 2007 . www.aman-palestine.org/Documents/FreeAccess/HealthCulture.doc

⁵⁵⁰ Actualité Maroc « Réforme Hospitalière : Plus 40% des recettes en deux ans »

<http://www.yawatani.com/reforme-hospitaliere-plus-40-des-recettes-en-deux-ans.html>

⁵⁵¹ المحسوبية (Nepotism): أي تنفيذ أعمال لصالح فرد أو جهة ينتمي لها الشخص مثل حزب أو عائلة أو منطقة... الخ، دون أن يكونوا مستحقين لها. الطريقة الشائعة التي يلجأ لها المواطن للحصول على هذه الخدمة هي اللجوء إلى أحد المسؤولين، وتيسير حصولهم على التوقيعات والتحويلات اللازمة. وتكاد تكون هذه الطريقة متاحة لمعظم المواطنين.

المجال أن أشكال الفساد المختلفة لا تفسد، في العادة، في حق الحالات المرضية ذات الأولوية من الاستفادة من الخدمات اللازمة. كما لا يوجد إجراءات من قبل الوزارة لتجنب الواسطة، فهناك تجاوزات كبيرة في مجال إجراء العمليات الجراحية من قبل الأطباء، خاصة أن الأطباء هم من يحددون مواعيد إجراء العمليات. إن تأجيل مواعيد العمليات الجراحية التي باستطاعة المستشفى أن يقوم بها إلى تواريخ و مواعيد تبعد شهوراً وأكثر تحت ذريعة أن هنالك أعداد كبيرة تنتظر لإجراء هذه العمليات ، يدفع بالعديد من المرضى بالتوجه إلى المستشفى الخاص لإجراء نفس العملية تحت إشراف نفس الطبيب، وذلك كي يستفيد هذا الطبيب مادياً، وكثيراً ما تنجح تلك الطريقة خاصة إن كان المريض يمتلك المال اللازم لإجراء العملية في مستشفى خاص ولا يريد الانتظار لفترة طويلة من الوقت.

■ اختلال سياسات الأفراد

هناك تباين واضح في النواحي المتعلقة بسياسات الأفراد في مختلف المنظمات بما فيها المستشفيات من اختيار و تدريب و تحفيز و تأتي الدراسات الحديثة في البلدان العربية لتؤكد أن الاختيار للمستويات الأعلى ما زال يتم على أساس الأقدمية أو أهل للثقة حتى و لو كان البعض من هؤلاء غير قادر على القيادة ، مع شيوع القيم السلبية التي أصبحت تسود طبقة الإدارة منها الأخذ بالأحوط للاحتفاظ بالكرسي و اعتماد المديرين على نوع يسمى بالشللية في العمل و الإنصات إلي عدد محدد من المقربين لهم⁵⁵³ ، و التعامل مع العاملين بالكيل بمكيالين .

■ مشاكل النظام الصحي

بالرغم من الجهود المتواصلة من قبل الدولة إلا أن النظام الصحي الجزائري لا زال يعاني من العديد من أوجه القصور المتمثلة في:

أ - التوزيع الغير العادل للموارد

يتفاوت نظام تقديم الرعاية الصحية بدرجة كبيرة من حيث التوزيع المادي و البشري العادل للموارد الصحية بين مختلف جهات الوطن . و يتراوح عدد الأسرة في المستشفيات بالنسبة لعدد

⁵⁵² نهب المال العام: أي الحصول على أموال الدولة والتصرف بها من غير وجه حق تحت مسميات مختلفة. ويقتصر هذا النوع من خلال استغلال العمل في المستشفى و استخدام مرافقه لتحقيق أغراض شخصية.

⁵⁵³ د . توفيق محمد عبد المحسن " الجودة الشاملة و ستة سيجمما - اتجاهات حديثة في التخطيط و الرقابة على الجودة " دار الفكر العربي - دار الكتاب الحديث - 2005- 2006 - ص200 .

السكان الإجمالي بين 2 سرير لكل 1000 شخص و مستشفى ل 19.026 نسمة في الشمال بينما 1.6 سرير لكل 1000 شخص و مستشفى ل 13.728 نسمة في الجنوب إن عدم التوازن في التغطية الصحية بين المدن الكبيرة وبقية البلاد ، لا سيما فيما يتعلق الممارسين المتخصصين المعنيين يتطلب اتخاذ تدابير عاجلة لضمان حد أدنى من الصحة العامة بتقديم حوافز لتشجيع الممارسين في تنفيذ الفعال للإجراءات الإدارية. و تتمركز معظم الرعاية المتخصصة بتقديم الدعم التقني في أربع مؤسسات من المدن الكبرى بسبب وجود الأخصائيين في مختلف التخصصات بها ، وهذا ما يزيد من اكتظاظ و تدفق المرضى في هذه المناطق. وعلاوة على ذلك ، وجود الكثير من النقص في تقديم الخدمات الموزعة عشوائيا . و رغم وجود القطاع الخاص إلا أنه يقدم الخدمة الصحية المساعدة و بتكلفة باهظة للأفراد مع تناقض كبير في مسألة التأمين.

ب - سوء الإدارة و استخدام الموارد

أصبح من الضروري تغيير إيجابي في الأنماط الحالية للمنظمة وإدارة وتشغيل المرافق الصحية ، لأن تحسين مستوى صحة المواطنين وأداء النظام الصحي يتطلب تطوير سياسة صحية وطنية قائمة على أسس علمية وتحديد الاحتياجات تقوم على تقدم العلم والتكنولوجيا (علم الأوبئة ، والأحياء ، والإدارة ، والتركيب السكانية ، وما إلى ذلك).. وتحديد الأهداف والاستراتيجيات وخطط العمل لتلبية تلك الاحتياجات مع ضرورة المشاركة الديمقراطية لجميع الأطراف المعنية لوضع وتنفيذ وتقييم البرامج الصحية ونظام الإدارة. و هذا من خلال الإصلاحات العميقة من خلال الرغبة في التغيير على نطاق واسع ، مع توافر الموارد ، والطاقات البشرية وخاصة التي لديها المعرفة والخبرة الحقيقية.

إن توزيع الأموال بين المؤسسات الصحية تعرف تناقضات ولا تستند إلى أي معايير ولا للمنطق الاقتصادي ، فنظام الصحة الجزائرية يتسم بعدم كفاءة تخصيص الموارد⁵⁵⁴. كما أن آلية التمويل على أساس تكلفة الوحدة اليومي يحتم على مديري المستشفيات تطبيق المحاسبة التحليلية لرصد تطور النفقات والعمل على السيطرة عليها. و لكن على النقيض من ذلك ، فإن صيغة الميزانية العامة لم تسمح لمديري المستشفيات سوى بإنفاق الميزانية التي وزعت و قسمت بالتفصيل من قبل السلطة المركزية ، و بهذا انتقل دور المديرين من وضعية المسير إلي وضعية المنفق.

ج - عدم تحسين الخدمات الصحية و الفندقية المقدمة

⁵⁵⁴ Lamri Larbi - Opcit

يجب أن ينصب الجهد الرئيسي حول الإدارة والاستقبال وتغيير العقلية الإدارية⁵⁵⁵. فمن حيث الاستقبال والتعامل الإنساني مع المرضى تنعدم العلاقة بين المرضى من جهة و الطبيب و هيئة التمريض من ناحية أخرى و هذا ما أصبح شائع نسبيا ؛ لذا هناك إجراءات تركز على تحسين نوعية الرعاية الصحية للمستخدمين ، والتدريب القائمين على الاستقبال في المستشفيات⁵⁵⁶.

د - صعوبة تلبية احتياجات السكان المتزايدة في ظل تطبيق مجانية الصحة للجميع.

ان الطلب على الرعاية المتخصصة تسارع نتيجة لعدة عوامل ، منها تحسين فرص الحصول على الرعاية الأساسية ، وظهور الأمراض المزمنة ، والمبالغة في توجيه الخدمات الصحية العلاجية ، والتقدم في العلوم الطبية والتكنولوجيا... الخ ، مما تطلب الدعوة لتنظيم الخدمات الصحية في تسلسل هرمي ، من البسيط الى المعقد ، وذلك من مسؤولي الرعاية الصحية من المشاكل كل أو جزء من المجتمع. و وضع شبكة رئيسية من العيادات الخارجية المتخصصة و المراكز الصحية لضمان الرعاية المناسبة بناء على ضوء توفير التقنية الملائمة لتحديد الحاجة بمزيد من الكفاءة وتحقيق الفوائد الصحية برفع الضغط على المستشفيات لكي تكون أكثر قدرة على أداء دورها.

1-2 طبيعة إصلاح المستشفيات

إن التوجهات المستقبلية العامة للسياسة الإصلاحية ليست مرشحة بان تحرز نجاحات كاملة، ما لم تترافق مع إصلاحات ماكرو اقتصادية موازية، بالإضافة إلى إجراءات تصحيحية تشمل الصعيدين الاقتصادي والسياسي في آن معاً ، لأن التغييرات و التحولات تعتبر ذات أهمية كبيرة في ميدان المستشفيات ، حتى لو كانت في مجال الاستمرارية لأن في السنوات الأولى يكون الإصلاح محدودا و جزئيا⁵⁵⁷. فمن الصعب، إن لم يكن من المستحيل، الفصل بين الاقتصادي والاجتماعي من جهة وبين السياسي من جهة أخرى؛ وبالتالي لا بدّ لأي برنامج يطمح إلى تحسين الوضع الاقتصادي أن يأخذ بالاعتبار البيئة السياسية ، هذا ما جعل الإصلاحات التي باشرتها الجزائر في عهدة الرئيس بوتفليقة تشمل كافة نواحي الحياة الوطنية الحيوية مثل التربية ، العدالة ، الصحة ، الإدارة والاقتصاد. إلى جانب هذه الإصلاحات الهيكلية يجري الشروع في انجاز المخطط الثاني للإنعاش الاقتصادي 2005-2009. بمنح الأولوية للبنية التحتية و السكن والصحة و التجهيزات الجماعية و

⁵⁵⁵ Actualité Maroc - Opcit

⁵⁵⁶ Dans le cadre des auditions des membres du gouvernement - Opcit

⁵⁵⁷ Daniel Benamouzig OPCIT P302.

الفلاحة و تنمية الجنوب و كذا الهضاب العليا التي تم بشأنها إقرار برنامج بلغ مخصصه المالي 620 مليار دج⁵⁵⁸. و تهدف الإصلاحات إلى إدخال مفاهيم "القدرة التنافسية" و المنافسة بين المتعاملين في النظام الصحي مما يلزم ضرورة وضع معايير لتقييم المرافق الصحية وبالتالي إقامة نظام الجودة⁵⁵⁹.

و يُمكنُ الإصلاح من إعادة تأهيل المستشفيات والحصول على معدات جديدة ، لذا يجب أن يبدأ الإصلاح من داخل المستشفى. وهذا ما جرى بالضبط في الكثير من البلدان كتونس ، فالتركيز في الإصلاح يكون على "قلب" و مضمون المستشفى⁵⁶⁰. و عندما أصبح العرض أكبر من الطلب، لذا اقترحت العديد من الحكومات إجراء تخفيض في عدد الأسرة لان تنمية النشاط لا يمكن أن يتم عن طريق زيادة عدد الأسرة، وهذا ما جعل الجودة فرصة لا تعوض للمرافق الصحية⁵⁶¹. كما اقترح نقل الخدمات الصحية إلى المنزل والمجتمع ، باعتباره الخيار أرخص و أقل تكلفة من الرعاية المؤسسية بالمستشفى⁵⁶².

و على المستوى العالمي يبحث القطاع الصحي عن الجودة و لكن بمقاربات مختلفة ، و القطاع الاستشفائي الذي يهتما يتطلب الكثير من الجودة خاصة في ظل الإصلاحات⁵⁶³. و يبنى هيكل أولويات الإصلاح حول أربعة محاور رئيسية: الكفاءة، تقديم الخدمات، التمويل والصحة العامة. و يجب تنسيق صنع السياسة وإدارتها عبر الوكالات الكثيرة التي تمول وتقدم الخدمات الصحية، بالإضافة إلى التنسيق بين القطاعين العام والخاص. ولضمان تلبية نظام الصحة لاحتياجات السكان، يجب أن تضمن الحكومة توفير ما يكفي من الموارد الصحية والبنى التحتية الأساسية المناسبة، فضلا عن ضمانها لتوزيع هذه الموارد بصورة مناسبة عبر المناطق الجغرافية ومستويات الدخل. ويلزم أيضا أن تحمي السكان من الأزمات الاقتصادية نتيجة الأمراض التي تؤدي إلى كوارث مالية وأن توفر ما يكفي من الموارد المالية لتحقيق تدخلات الصحة العامة. وأخيرا، فإنه

⁵⁵⁸مراد بوشحيط " العهدة الثانية للرئيس بوتفليقة- الإنجازات والآفاق " ملفات – التلفزيون الجزائري

<http://www.entv.dz/ar/Dossiers/president.php>

⁵⁵⁹ Suzanne CHARVET-PROTAT, Agnès JARLIER, Nathalie PRÉAUBERT « Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital » ANAES- septembre 1998.P11.

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cout.pdf>

⁵⁶⁰ Lamri Larbi - Opcit

⁵⁶¹ Suzanne CHARVET-PROTAT, - Opcit

⁵⁶² Groupe de coordination national sur les femmes et la réforme du système de la santé « Les conséquences de la réforme de la santé sur les femmes » P5.

<http://www.cwhn.ca/PDF/health-reform.fr.pdf>

⁵⁶³Christine Delagneau & Christelle Ladislas « Qualité & Rentabilité » Université de Technologie de Compiègne DEES- P12. http://www.utc.fr/~farges/dess_tbh/96-97/Projets/QR/QR.htm

من أجل تحقيق تدخلات تتصف بفعالية التكلفة و المنفعة على حد سواء, يجب أن تدار الرعاية الصحية العامة بصورة أفضل⁵⁶⁴.

2- المبادئ الأساسية للإصلاح

إن أهمية تطوير جملة من الأدوات لمتابعة النشاط الطبي تظهر التعقيدات التقنية للإصلاح⁵⁶⁵. ولقد ارتكز إصلاح المستشفيات في العديد من التجارب و من بينها التجربة الفرنسية على أربعة المبادئ الأساسية جاءت في مرسوم 24 أبريل 1996 كمايلي:⁵⁶⁶

1-2 التعاقد بين المستشفيات و مختلف الهيكل.

إذا كانت مسألة اتخاذ القرارات تحتل مكانة عالية بالنسبة للقيادات الإدارية في كافة المؤسسات، سواء كانت حكومية أو خاصة وأيا كان طبيعة نشاطها، إلا أنه من الثابت أن نشاط أي مؤسسة لا يمكن أن يؤدي إلا بالتعاون والاتفاق مع جهات أخرى وأفراد آخرين حتى تستوفي احتياجاتها التي لا تستطيع أن تدبرها بإمكانياتها الداخلية. ومن هنا ظهرت منذ القدم أهمية إبرام العقود بين الأفراد. ومع نشأة المؤسسات الخاصة والحكومية بدت الحاجة واضحة وملحة لإعطاء موضوع إبرام العقود أهمية خاصة ومتميزة، لاسيما وأن هذه العقود تتناول مشروعات كبيرة وتتكلف مبالغ طائلة وترتب حقوقا والتزامات خطيرة ومتعددة على الجانبين. ولا شك أن الأمر يكتسب أهمية أكبر وأعظم في ظل التحولات العالمية المتسارعة نحو العولمة ودخول اتفاقيات حرية التجارة الدولية مجال التطبيق والتنفيذ. وإذا كان الأمر على هذا القدر من الأهمية والخطورة فإنه يتعين على المؤسسة، سواء كانت حكومية أو خاصة أن تولي اهتماما خاصا بتأهيل ورفع كفاءة وتنمية مهارات العاملين فيها ممن يتصل عملهم بعمليات إبرام العقود، سواء كانوا مهندسين أو غيرهم من المتخصصين في مجالات التنفيذ أو العاملين بإدارة المشتريات، أو العاملين في الشؤون القانونية بوجه عام وإدارات العقود بوجه خاص.

⁵⁶⁴ الصحة، التغذية و السكان
doc.abhatoo.net.ma/IMG/doc/_doc

⁵⁶⁵ Marie Taczanowski « Les Mutations de la profession hospitalier à travers l'aménagement et la réduction du temps de travail médical : évolutions sociologiques et implications manageriels, l'exemple du centre hospitalier régional d'Orléans » ENSP- directeur de l'hôpital – 2005. P93.

⁵⁶⁶ P.Lachéze-Pasquet « Management Hospitalier pour le praticien » (D.Metezen-Ivars) ED Masson –paris 1997 p12.

و يقصد بالتعاقد مع طرف ثانٍ و الذي يعرف ذلك أيضاً باسم Outsourcing و يعني التعاقد مع طرف -شركة متخصصة مثلاً- قادرة على توفير و تأمين الخدمات المطلوبة نظير رسوم أو أجور محددة. يتميز هذا الأسلوب بتوفير المهارات و الخبرات المطلوبة بصورة سريعة و مستديمة حيث أن مقدم الخدمة عادة يضمن توافرها بنطاق زمني مقبول ، بينما يعيبه ارتفاع التكلفة عن الأسلوبين السابقين بدرجة واضحة. إن اعتماد نهج التعاقد مع الخدمات يعتبر و من أهم مبادئ الإصلاحات لأنه يتيح فرصاً كثيرة لأفضل تعاون و لأفضل أداء للمهام⁵⁶⁷. و الهدف منه هو تحقيق أقصى تقنية ممكنة بحل مشكلة صيانة المعدات و صيانة المباني لمعالجة أوجه القصور الرئيسية التي تؤثر على البنية التحتية في المستشفيات⁵⁶⁸. لقد جاء الإصلاح لحل المشاكل الموجودة في مستشفياتنا التي تتسم بالاضطراب ، الفساد و قدم المعدات و المباني. كما أن عملية التعاقد بين وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات و وزارة التعليم العالي ضرورية بغرض تكوين جيل يمكن أن يعتمد عليه مستقبلاً لتطبيق الإصلاحات الحالية و الاستمرار فيها لأنه الهدف الأساسي لمبدأ إدارة الجودة الشاملة. إن إصلاح القطاع الصحي عموماً و قطاع المستشفيات خصوصاً يرتكز على ضرورة إصلاح قطاع التعليم العالي الذي يتحتم عليه مواكبة التغيرات و التطورات المختلفة، بحيث يتوجب إدخال و تدريس اقتصاد الصحة في كليات الاقتصاد و الذي اعتمد في الدول المتقدمة و من بينها فرنسا منذ 1970⁵⁶⁹، و كذا السماح و فتح المجال للأساتذة و خبراء الاقتصاد لإجراء دراسات ميدانية و واقعية للوقوف على مدى مختلف المشاكل و الصعوبات التي يعاني منها القطاع الصحي عموماً و قطاع المستشفيات خصوصاً و هذا بغرض الوصول إلى حلول و تفادي صعوبات و عراقيل لتحسين مستوى عملية التسيير و بالتالي الوصول بالخدمة الصحية إلى أعلى مستوياتها.

إن عقلنة عملية التسيير الإداري تحتم علينا ضرورة وضع الصيغة النهائية لملف التعاقد من قبل المسؤولين لرفع التحدي في كل من المستشفيات والضمان الاجتماعي⁵⁷⁰. و إذا ما أحسن استخدام التعاقد يمكن أن يكون أداة فعالة لتحسين أداء النظم الصحية لا سيما في البلدان النامية الذي يسمح بمضاعفة وتنويع الخدمات المقدمة ولكن بضرورة توفير التخصص من الجهات الفاعلة

⁵⁶⁷ Jean Perrot et Eric de Roodenbeke « La contractualisation dans les systèmes de santé- Pour une utilisation efficace et appropriée » Editions Karthala ,2005. P89 .

⁵⁶⁸ Actualité Maroc - OPCIT .

⁵⁶⁹ Daniel Benamouzig - OPCIT P206.

⁵⁷⁰ Dans le cadre des auditions des membres du gouvernement - Opcit

التي تعمل في مجال الصحة و هذا بتنظيم عقد يسمح بتحسين الوضعية داخل المؤسسات الصحية⁵⁷¹. و نظرا لضخامة الاستثمارات في المجال الاستشفائي فان الواقع يحتم عليها توفير المهارات الضرورية لتشغيل المعدات و التجهيزات الطبية و ضمان صيانتها. و من المؤسف أن معظم المستشفيات إن لم نقل جميعها لا تعطي هذه النقطة الأهمية المناسبة ، حيث يتم جلب و شراء معدات بأسعار باهضة دون التفكير في تدريب مختصين يقومون بتشغيلها و صيانتها مما ينعكس سلباً على كفاءة و مستوى الخدمة الصحية المقدمة للمرضى و هذا ما يحتم على صانعي القرار توفير المهارات و تأمين خدمات البنية التحتية للمباني و الأجهزة عن طريق التعاقد مع طرف ثان Outsourcing طالما تم توفير كل الخدمات المطلوبة مع ضمان جدي بقدره هذا الطرف على القيام بمسئوليته و هو أنسب الحلول.

2-2 التسيق على أساس التطوع كمرحلة أولى بين المستشفيات الخاصة والعامة.

إن إنشاء الوكالة الوطنية في فرنسا لتطوير التقييم الصحي منذ 1989 يترجم إرادة السلطات العامة بإدخال تعديلات جديدة في القطاع الصحي و عالم المستشفيات بفرنسا من خلال البحث عن الكفاءة و جودة الخدمات الصحية و التي طبقت سابقا في العديد من الدول الأوروبية و كذا في الو.م.أ ، كندا و أستراليا⁵⁷². على وزارة الصحة أن تنجز عملية توحيد الأنظمة التي تعمل بموجبها النظم والبرامج الصحية المختلفة. ولكي تنجح في تحقيق ذلك، ينبغي تحقيق مجموعة من العناصر، أولها تطوير قاعدة معلومات موحدة.

2-3 الجهوية في تمويل القطاعات الصحية العامة و الخاصة

تمثل الجهوية في التوزيع الغير عادل للمستشفيات حيث تتركز المستشفيات، وعلى الأخص الكبيرة منها، في منطقة العاصمة، وهران و قسنطينة ويستفيد منها ميسورو الحال نسبيا على حساب الفقراء المقيمين في المناطق الطرفية والنائية، لذا لا بد من ترشيد الاستثمارات الجديدة، في ضوء خارطة الاستشفاء التي ينبغي إنجازها. وضمن هذا الإطار، فإن سياسة وزارة الصحة يجب أن تهدف إلى تفعيل المستشفيات المنجزة غير الموضوعة بالخدمة ، وبالتالي رفع معدلات الإشغال

⁵⁷¹ Jean Perrot et Eric de Roodenbeke - OPCIT P 123 .

⁵⁷² P.Lachéze-Pasquet OPCIT P125.

المتدنية، وإخضاع عملية بناء مستشفيات جديدة، إلى شروط وأحكام ومواصفات صارمة، على نحو يتلاءم وجدول الاحتياجات المرتكز على الخارطة الاستشفائية.

إن وجود تفاوتات كبيرة في حجم ومصادر الموارد المالية بحسب صناديق التأمين المختلفة، مما يؤدي إلى تفاوت في مستوى التقديمات الصحية للمستفيدين من هذه الصناديق من جهة، و في ما تنفقه الأسر للحصول على الخدمات الصحية، كنسبة من إجمالي إنفاقها بسبب انعدام التأمين الاجتماعي لشرائح واسعة من المجتمع الجزائري من جهة أخرى (أنظر الجدول رقم 35).

يشارك الضمان الاجتماعي في تمويل تنفيذ خطة صحية يندرج ضمن التنمية الصحية، فيقوم بتغطية المخاطر المرضية، الأمومة، الوفاة، حوادث العمل و الأمراض المهنية⁵⁷³، و يخضع لإجراءات الاستثمار في مسائل التخطيط⁵⁷⁴. و ضمن الإصلاحات التي قامت بها وزارة العمل والضمان الاجتماعي، أن نظام التأمين الاجتماعي سيستفيد منه 1,200,000 مؤمن و أن جميع المرضى الذين يتقدمون لأحد المستشفيات أو غيرها من المرافق الصحية التي ينبغي أن تشملها للضمان الاجتماعي الصندوق الوطني للعمال الأجراء CASORAN و الصندوق الوطني للعمال الغير الأجراء CASNOS و حتى الفقراء ستصدر لهم بطاقات التضامن الوطني، و المهمة عهد بها إلى مديرية الشؤون الاجتماعية (DAS) هذا النظام الجديد الذي ينطوي على تحمل تكاليف العلاج في المستشفيات ولكن، إذا كان المريض من دون الانتماء إلى أي من هذه الهيئات الضمان الاجتماعي فكيف يتلقي العلاج المستشفى؟

ولتفادي أي إزعاج للمرضى صدرت تعليمات وزارية بتاريخ 31 ديسمبر 2004 تدعوا مسؤولي المؤسسات الاستشفائية بعدم إحراج الأشخاص الذين لا يتمكنون من تقديم بطاقة التأمين وعلى الجانب الآخر، ليكون هذا النظام فعالا، و حسن التنظيم والتنسيق بين مختلف الخدمات من صندوق الضمان الاجتماعي والتضامن الوطني والمستشفيات أمر ضروري لضمان أن تقدم التعاقد إلى 100%⁵⁷⁵.

⁵⁷³ Khadir Mohamed & Hannouz Mourad « La médecine de contrôle et d'expertise » O.P.U .2003.P 19.

⁵⁷⁴ Article 232 - Loi N° 85-05 de 16/12/1985 « Relative à la protection et a la promotion de la santé ».

www.lexalgerie.net

⁵⁷⁵ B. Mokhtaria "Hôpitaux : les frais d'hospitalisation reviennent en Algérie" - Quotidien d'Oran

<http://www.algerie-monde.com/actualite/article1180.html>

الجدول رقم 24 : تطور المؤمنين الاجتماعيين

2004	2003	2002	2001	الصندوق الوطني
5.528.225	5.751.698	4.259.744	4.233.898	لضمان الاج لالأجراء
1.605.527	1.512.681	1.422.645	1.341.161	للتقاعد
630.634	824.411	791.655	743.664	لضمان الاج لغير الأجراء
39.971	42.371	38.746	30.091	للعطل و البطالة

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات رقم 35 - نشرة 2006. ص 16

إن الأرقام المبينة في الجدول أعلاه تظهر أن الشريحة المؤمنة في الجزائر قليلة اعتباراً إلى عدد السكان الإجمالي و تؤثر هذه التفاوتات على الشرائح الاجتماعية الأشد عوزاً ، فضخامة ما تنفقه الأسر من جيبتها الخاص على الصحة يبلغ مستويات عالية ويؤثر بشكل رئيسي على القدرة الشرائية و المستوى المعيشي للطبقات الهشة في المجتمع .

2-4 الاعتماد و التقييم للقطاعات الصحية من طرف مؤسسة مستقلة

إن انتهاج سياسة الجودة الشاملة في مستشفياتنا يتطلب ضرورة التركيز و الاهتمام بالعمل من خلال تحسين الاستقبال و ضمان الأمن لتحسينه بمدى تحسين مستوى الجودة الصحية المقدمة⁵⁷⁶ ، و تطبيق طرُقاً للتقييم يؤخذ بها في تقييم الجودة لدى المنظمات (والأفراد) ومكافآتهم عليها مثل الاشهاد⁵⁷⁷ certification ، الترخيص license⁵⁷⁸ و الاعتماد accreditation . والاعتماد⁵⁷⁹ Accreditation هو إلزام المستشفيات التي يجري تطويرها ، بملائمة مجموعة معايير محددة تسمح لها باجتياز امتحان « الاعتماد ». وهذه المعايير تتضمن إلى جانب أمور أخرى

⁵⁷⁶Richard Poilroux « Management Individuel et communication des établissements sanitaires et sociaux » Audit Hopital – Berger – Levraut – 2000. P256.

⁵⁷⁷ الإشهاد certification هو عملية تقدير الدرجة التي تحقق بها خدمة معينة الحد الأدنى للمعايير المقررة. وهو يختلف بحسب طبيعة التقييم، بحيث يصبح مجازاً أو "مشهوداً" له بالاختصاص الذي اجتازه. و هو يُستخدم لغرض معيّن،
⁵⁷⁸ أما الترخيص licensure هو عملية طوعية يتضمن نشاطاً ترعاه الحكومة، مهمته ضبط ممارسة أي مهنة أو عمل قد ينطوي على خطر لمتلقيه أو المستفيد منه. والترخيص بدوّه محدود المدة، إذ يجري عادةً تجديده، وقد لا يتطلب تجديده سوى دفع المستحقات، وأن يكون طالب الترخيص حسن السمعة في مجتمعه.

⁵⁷⁹ أول ما بدأ في الولايات المتحدة الأمريكية في خمسينات القرن العشرين. ويُعتبر الاعتماد حالياً الأداة الرئيسية التي تستخدمها البلدان الصناعية المتقدمة لضمان جودة الرعاية.

متعدّدة، معيار الحجم (لضمان فوائد اقتصاديات الحجم) والتجهيزات وقواعد المعلومات والموارد البشرية⁵⁸⁰. و لقد اعتمد هذا الإجراء حديثاً في فرنسا منذ 1996⁵⁸¹ و دخل حيز التنفيذ في مايو 2001، فهو إجراء خارجي من هيئة مستقلة مثل (ANAES)⁵⁸²، و التي تشجع الجودة داخل المستشفيات بمساعدة معايير مطبقة على الإجراءات و أفضل الطرق السريرية و الإكلينيكية و كذا على النتائج المختلفة و يُمكن الاعتماد المؤسسات الصحية من ضمان استمرارية جودة الخدمة المقدمة للمرضى لأننا بحاجة لتأمين كل شروط الأمان و الجودة الصحية للتكفل بالمرضى⁵⁸³، كما لا يمكن للمستشفى مناقشة إجراءات الاعتماد التي من المفروض أن تكون مماثلة و متشابهة في القطاعين العام و الخاص⁵⁸⁴، و تشارك جميع المرافق الصحية في الاعتماد التي تعتبر عملية تقييم خارجي⁵⁸⁵.

و يعاني قطاع المستشفيات في الجزائر من التشوّهات الاختلالات على عدّة مستويات، لذا فإن آلية « الإعتدال»، يجب إرساؤها و لا يمكن ذلك إلا بتطبيق ادارة الجودة الشاملة، بغرض تقييم وتصنيف المستشفيات وزيادة فعالية و أداء الخدمة الصحية بالمنافسة الشريفة، فضلاً عن تعميم الأنظمة الموحّدة، و التي سوف تحدّ إلى درجة كبرى من الأعمال غير المشروعة، وبالتالي سوف يدفع بأعداد كبيرة من المستشفيات التي تفتقر إلى الكفاءة والفعالية إلى البحث عن تحسين مستوى الخدمة المقدمة. إن الرقابة في إصدار التراخيص يمكن أن تقدم نوعين من المعلومات بخصوص الجودة، أولها يتعلق بالإشهاد بأن الشخص المرخص له تتوفر فيه شروط الريادة و الثاني يسمح لها بتجميع معلومات عن النتائج الرديئة لممارسات الخدمة الطبية⁵⁸⁶.

⁵⁸⁰ راند الخطيب- 41% من الشعب اللبناني ليس لديهم ضمان أو تأمين، سواء كان عاماً أو خاصاً -جريدة المستقبل 2005/12/5

⁵⁸¹ Ordonnance 96-346 du 24 avril 1996, complétée par le décret 97-311 du 7 avril 1997.

⁵⁸² Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

⁵⁸³ Marc Lecardez « La gestion prévisionnelle des études et des compétences : les prémices d'une expérience au centre hospitalier universitaire de Nice » Mémoire de directeur de l'hôpital – Ecole Nationale de la santé publique- P4.

⁵⁸⁴ Jean Perrot et eric de Roodenbeke « La Contractualisation dans le système de santé- Pour une utilisation efficace et appropriée » Edition KARTHALA – Paris – P241.

⁵⁸⁵ Renaut Laurent « Etude de la satisfaction des usagers : De la mesure de la satisfaction ...à l'amélioration de la qualité au centre Hospitalier de sens » Mémoire de L'E.N.S.P – P6.

⁵⁸⁶ تشارلز فيليبس، ترجمة جلال البنا " نحو مفهوم لاقتصاديات الصحة و الرعاية الصحية و التأمين الصحي – المسار الأمريكي " المشروع القومي للترجمة – المجلس الأعلى للثقافة – 2003. ص 478-480.

الخلاصة

نحن بحاجة ماسة لإعادة هيكلة القطاع الصحي بأكمله لينتقل من حالته الراهنة القائمة على نمط إداري ومؤسسي تقليدي يتبنى مفهوم حل المشكلات بالمزيد من تقسيم المؤسسات الاستشفائية إلى مؤسسات مصغرة , إلى حالة مختلفة يكون مفهومها الأساسي هو رعاية المواطن استنادا إلى بنية معلوماتية ومعرفية تضطلع بالمسئولية. من واقع الخبرات العالمية السائدة في مجال إعادة الهيكلة تعني إعادة صياغة أساليب ومفاهيم تقديم الرعاية الطبية لتكون مدارية ومستندة كلية إلى معلومات دقيقة ومتجددة ومناسبة لكل من المريض والطبيب والمستشفى والمخطط الصحي. بما يهيئ الفرصة لتوفير رعاية طبية مناسبة للجميع, مع وجود أسس للمحاسبة والتقييم والحفاظ على الجودة و التحسين المستمر. ولو نظرنا إلى العناصر أو المسارات الأساسية التي انتهى إليها الخبراء والمتخصصون على مستوى العالم وهم يتناولون قضايا الرعاية الصحية من المنظور المعلوماتي و باتوا يطالبون بتطبيقها من أجل تفعيل عمليات إعادة الهيكلة الكاملة للمرافق الصحية, ستأكد على الفور أن شعار إعادة الهيكلة هي الطريقة الوحيدة التي بإمكانها انتشال الرعاية الصحية من هوة التدهور والاهتراء والأخطاء, ليحصل المواطن في النهاية على رعاية طبية كريمة جيدة المستوى, وحقه كذلك في التمتع بمعايير واضحة للمحاسبة والتقييم.

لقد أصبحت الجودة الشاملة هدفاً لكل المؤسسات الطموحة التي تترفع بنظرها عن مواقع أقدامها وتنظر إلى المستقبل المشرف بمنظور العصر وديناميكية الاقتصاد العالمي الحديث. ومن المؤكد أن أهم ما يميز نظريات ونظم وآليات الجودة الشاملة أنها تركز على مفهوم البقاء والاستمرار والتطوير من خلال استشراف آفاق المستقبل بدلاً من الربح السريع المتعجل. ولقد أثبت الواقع والتجربة أن الجودة الشاملة بمفهومها وأبعادها وأصولها العلمية والمهنية هي السلاح الذي يمكن التعامل بواسطته مع مستجدات العصر وتطوراتها والذي ساعد المؤسسات الإنتاجية العالمية الكبرى على كسب السبق وكسب المنافسة والتربع على قاعدة صلبة في السوق العالمية الدولية، ومن هذا المنطلق فإن المؤسسة الجزائرية مطالبة بالتأكيد على هذا المبدأ واعتباره أساساً وهدفاً تبني عليه هيكلة أعمالها وإنتاجها بالرغم مما يكتنف النظم الإدارية من مشاكل و عراقيل و سلبيات تتمثل في الضغوط التنظيمية التي سوف نتطرق إليها في الفصل الموالي .

الفصل الثاني

الضغوط التنظيمية

و علاقتها بعرقلة

تطبيق إدارة الجودة الشاملة

مقدمة :

تعرض المستشفيات لمشكلات و أزمات و نكبات بسبب التطبيقات الخاطئة Mispractices في إدارتها بمجالات عديدة و التي تزيد من الضغط على طاقاتها و قدراتها و مواردها و إدارتها العليا، مما يستلزم الأمر المواجهة السريعة و التغيير المخطط لإعادة التوازن بالابتعاد عن الطرق الروتينية و التقليدية للتعامل مع الوقائع السلبية المتأتية من تطبيقات إدارة عشوائية مبنية على أسلوب المحاولة و الخطأ⁵⁸⁷. و بالرغم من الأهمية الكبيرة التي تحظى بها ظاهرة الضغوط المهنية في الدراسات النفسية ، إلا أن الباحثة قد لاحظت عدم وجود مقياس للضغوط المهنية و البيئية داخل المستشفى التي يتعرض لها كل من الموظف و المريض. كما تكمن مشكلة البحث الحالي أيضا في عدم وجود دراسات في البيئة العربية و الأجنبية - على حد علم الباحثة - و هذا ما دفع بنا إلى تخصيص فصل لدراسة مشكلة الضغوط التنظيمية من جهة و التي تتسبب في عرقلة مسار تطبيق إدارة الجودة الشاملة ، و دراسة سلوك منتج الخدمة الصحية الطبيب و المستهلك (المريض) للتعرف على مواقفهم و اتجاهاتهم المستقبلية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.

لقد حظيت ظاهرة الضغوط باهتماما كبير من حيث المناقشة و التحليل و التعريف و القياس، و يرجع هذا الاهتمام إلى ما تتركه هذه الضغوط من آثار سلبية على سلوك الأفراد و مواقفهم اتجاه وظائفهم . فالضغوط هي تعبير عن حالة من الإجهاد العقلي أو الجسمي و تحدث نتيجة للحوادث التي تسبب قلقاً أو إزعاجاً أو تحدث نتيجة لعوامل عدم الرضا أو نتيجة للصفات العامة التي تسود بيئة العمل أو أنها تحدث نتيجة للتفاعل بين هذه المسببات جميعاً . قد تؤثر هذه الضغوط و التوترات على الأفراد في حياتهم اليومية و أعمالهم الشخصية و المهنية ، وهذا ما يطلق عليه " الضغوط المهنية " في علم النفس . و يشكل العمل شكلا هاما من أشكال النشاط البشري الذي يلقي قبولا اجتماعيا ، و العمل مجال أساسي للطاقة البشرية ، و يرتبط إحساس الفرد بالرضا عن العمل الذي يؤديه ارتباطا وثيقا بما يحققه العمل له في مختلف النواحي الاقتصادية و الاجتماعية و النفسية . و يعتبر الرضا عن العمل أحد الأمور الرئيسية للتوافق المهني ، و يقصد به تلك العملية الديناميكية المستمرة التي يقوم بها الفرد لتحقيق التوافق بينه و بين البيئة المهنية ، كما يعد الرضا الوظيفي عن مسألة مهمة بالنسبة للأفراد و المجتمعات ، فرضا الفرد عن مهنته يعتبر الأساس الأول

⁵⁸⁷ د.سعد علي العنزي " الإدارة الصحية " دار البازوري - الطبعة العربية - عمان - الأردن - 2009 . ص 13.

لتحقيق التوافق النفسي الاجتماعي ، وذلك أن الرضا يرتبط بالنجاح في العمل والنجاح في العمل هو المعيار الموضوعي الذي يقوم على أساسه تقييم المجتمع لأفراده ، كما أنه يمكن أن يكون مؤشراً لنجاح الفرد في جميع جوانب حياته الأخرى .

و لقد تزايدت أهمية دور العنصر البشري في زيادة الكفاءة الإنتاجية خاصة بعد اتساع حجم المؤسسات الصحية وتعقد أعمالها وتعدد أقسامها، كما أن للتغير المستمر والسريع في المحيط الاقتصادي والاجتماعي والسياسي والتقني أثراً كبيراً في تعرضها للضغوط. فالتغيير قد يشكل تهديداً للبعض و إشراكاً للآخرين في سلطة القرار⁵⁸⁸ ، و لكن الإدارة الرشيدة هي التي تولي الاهتمام إلى هذا النوع من المشاركة من جانب العاملين لحثهم على بذل مزيد من الجهد و تحقيق أكبر إنتاجية ممكنة⁵⁸⁹

تمثل الضغوط أحد المتغيرات التي تؤثر في استجابة العنصر البشري لتلك التغيرات المحيطة، وتنشأ هذه الضغوط من مصادر مختلفة ومتعددة. ويهدف هذا الفصل إلى معرفة مصادر الضغوط التنظيمية التي قد تمثل أهم مصادر للضغوط الإدارية التي يواجهها مختلف الشرائح العمالية في العمل، ومن الممكن أن تؤثر هذه الضغوط التنظيمية على إنتاجيتها وتعوقها من أداء عملها ، واستمرارية بقاء هذه الضغوط سوف يحد و يعرقل عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة لذلك نسعى في هذا الفصل إلى محاولة التخفيف من حدة هذه الضغوط. ولتحقيق ذلك فقد استعرضت الباحثة ظاهرة ضغوط العمل من خلال تناول مفهوم ضغوط العمل التنظيمية ومصادرها وآثارها واستراتيجيات التعامل معها. و أكد الباحثون على أن الواقع الفعلي يشير إلى أن المنظمات تضم في داخلها تحالفات وكيانات متعددة (المالكون - المديرون - الموظفون - العملاء..) وكل منهم له أهدافه وقيمه الخاصة والتي قد تتطابق أو تتعارض مع قيم المنظمة ذاتها ولذلك يمكن فهم الانتماء التنظيمي بشكل أفضل إذا ما تمت دراسته كمجموعة من الانتماءات المتعددة وبناءً على ذلك قد يتم قياس الانتماء الإجمالي للمنظمة إذا كان المطلوب فهم وتوقع السلوك على مستوى المنظمة.

⁵⁸⁸ حسن إبراهيم البلوط "المبادئ والاتجاهات الحديثة في إدارة المؤسسات " دار النهضة العربية - الطبعة الأولى - 2005 - ص 229 .

⁵⁸⁹ نفيسة محمد باشري "العلاقات الإنسانية " مكتبة نهضة الشرق -1986- ص 121 .

المبحث الأول : مفهوم و أثر الضغوط التنظيمية على المنظمات

I- ماهية الضغوط التنظيمية

حظيت مسألة الضغوط بكثير من الاهتمام و الدراسة من قبل الباحثين ، حيث قام العديد من المختصين بتصنيفها إلى أربعة أصناف منها ضغوط اقتصادية و اجتماعية ، ضغوط شخصية وأسرية، ضغوط داخلية و أخيراً ضغوط المهن و الوظائف و هو النوع الذي يهمننا في هذه الدراسة و الذي يتضمن بدوره كل من الضغوط التنظيمية ، ضغوط المهنة ، ضغوط المسار المهني و ضغوط مشكلات العلاقات⁵⁹⁰ .

1- مفهوم الضغوط الإدارية

1-1 تعريف الضغوط و مراحلها

لقد ارتبط مفهوم الضغوط أو التوتر وهي مشتقة من اللغة اللاتينية بمفاهيم أخرى كالقلق⁵⁹¹، الإحباط⁵⁹²، التعب⁵⁹³، الإجهاد⁵⁹⁴ و الاحتراق⁵⁹⁵، فهي ظروف تتسم بالشدة تواجه الإنسان فتفقد توازنه و تجبره على الانحراف عن سلوكه المعتاد⁵⁹⁶. وقد عرف كاراسيك Karasek على أنها: "متطلبات العمل التي قد تفوق قدرات وطاقات الموظف". أما سيلاي Seley فقد عرف بأنها أمراض التكيف فهي "الاستجابة الفسيولوجية التي ترتبط بعملية التكيف، فالجسم يبذل مجهوداً لكي يتكيف مع الظروف الخارجية والداخلية محدثاً نمطاً من الاستجابات غير النوعية التي تحدث حالة من السرور أو الألم" و تمر بثلاث مراحل⁵⁹⁷ كما هو مبين في الشكل التالي:

⁵⁹⁰ الفصل الثالث " مصادر الضغوط " http://pathways.cu.edu.eg/subpages/downloads/Stress-Ar_Chapter3.pdf

⁵⁹¹ القلق هو حالة غير محددة للفرد تعبر عن عدم شعوره بالسعادة تجاه المستقبل نتيجة لتعرض الفرد للضغط.

⁵⁹² الإحباط يعبر عن إعاقة الفرد عن وصول لأحد الأهداف العامة التي يرغب في تحقيقها أو منعه من التصرف بالطريقة التي يفضلها للقيام بعمله.

⁵⁹³ التعب هو فقدان الكفاءة و عدم الرغبة في القيام بأي مجهود عقلي أو جسماني.

⁵⁹⁴ الإجهاد يعني عدم قدرة الفرد على تحمل أو مواجهة الضغوط التي تواجهه ، فهي حالة فقدان لجميع القوى التي يمتلكها الفرد.

⁵⁹⁵ الاحتراق هو استجابة للضغط المستمر المزمن الذي يؤدي لإجهاد مادي أو نفسي للفرد و يعرضه للصراع و الإحباط و تدهور الأداء و سرعة

الغضب.

⁵⁹⁶ أحمد جاد عبد الوهاب " السلوك التنظيمي - دراسة لسلوك الأفراد و الجماعات داخل منظمات الأعمال " مكتبة الإشعاع - 1996 . ص 86.

⁵⁹⁷ صلاح الدين محمد عبد الباقي " السلوك الفعال في المنظمات " الدار الجامعية الجديدة - الإسكندرية - 2002 . ص 309 .

الشكل رقم 14 : مراحل الضغط عند سيلاي

المرحلة الأولى	المرحلة الثانية	المرحلة الثالثة
مستوى طبيعي للمقاومة	المقاومة	إنهاك / تعب
حركة المنبه (الجرس)	المقاومة	إنهاك / تعب
يبدأ الجسم بالتغيير في أول كشف	يزداد ظهور عوامل الضغط غير أن	بعد فترة يبدأ الجسم في الإحساس
للعوامل الضاغطة و كذلك تقل	المقاومة تزداد أكثر من المعدل	بالإنهاك و التعب
المقاومة		

المصدر : صلاح الدين محمد عبد الباقي - المصدر السابق - ص 309 .

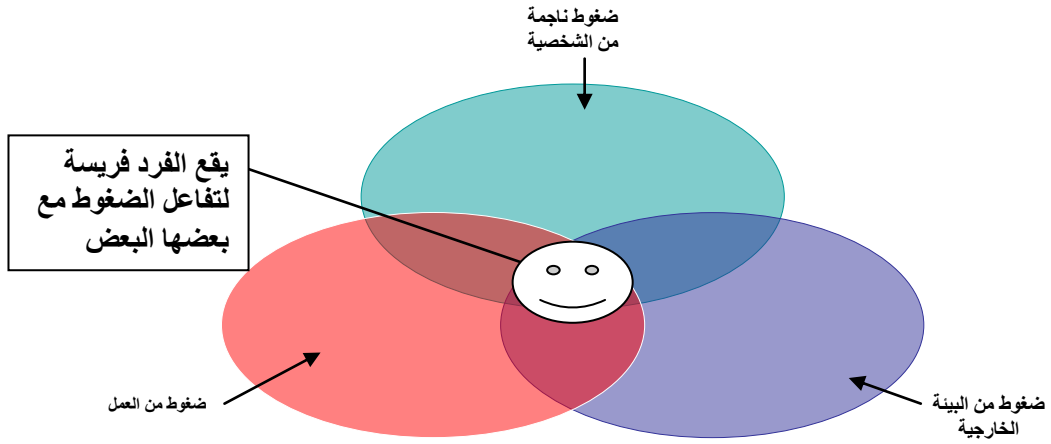
1-2 علاقة الضغوط المختلفة بالفرد

تعتبر ضغوط العمل⁵⁹⁸ و صراعاته و احباطاته من العوامل الهامة المتسببة في التدهور الجسدي والانفعالي ، و ما يعقبه من أمراض و قصر العمر أي الموت المبكر لكثير من الناس إذا لم يتم مواجهتها و تحقيق التوازن العادل في مجال العمل⁵⁹⁹ . وهناك ضغوط تتصل أساساً باعتبارات الوظيفة وبالأعمال التي تتم فيها ، والأنشطة التي تمارس، والغايات التي يسعى العاملون لتحقيقها، فهي العوامل والظروف المهنية التي ينتج عنها الشعور بعدم الراحة والاستقرار مما يؤدي إلى الاضطراب و التوتر . فالضغط هو حالة ديناميكية يواجه فيها الفرد فرصة و محددات أو متطلبات مرتبطة بما يرغب به و لكن النتائج المرتبطة بها تدرك على أنها غير مؤكدة و مهمة ، و تختلف مصادر الضغوط باختلاف البيئة والمنظمة ، البيئة و الفرد . ويتضح مما سبق أن ضغوط العمل التنظيمية تعد استجابة الفرد للعوامل التنظيمية بدرجة قد تحدث نوعاً من الضيق النفسي أو الخلل العضوي للفرد يصعب التكيف معها. وهذا ما يظهره الشكل الآتي في علاقة الفرد بمختلف الضغوط.

⁵⁹⁸ يشير بارون Baron في هذا الصدد إلى أن ضغوط العمل "تستخدم للدلالة على حالتين مختلفتين تشير فيهما الأولى إلى الظروف البيئية التي تحيط بالفرد في بيئة العمل وتسبب له الضيق والتوتر (المصادر الخارجية للضغوط) أما الحالة الثانية فإنها تشير إلى ردود الفعل الداخلية التي تحدث بسبب هذه المظاهر".

⁵⁹⁹ د.محمد الصيرفي " السلوك الإداري - العلاقات الإنسانية " دار الوفاء لدنيا للطباعة و النشر - الطبعة الأولى -2007. ص308 .

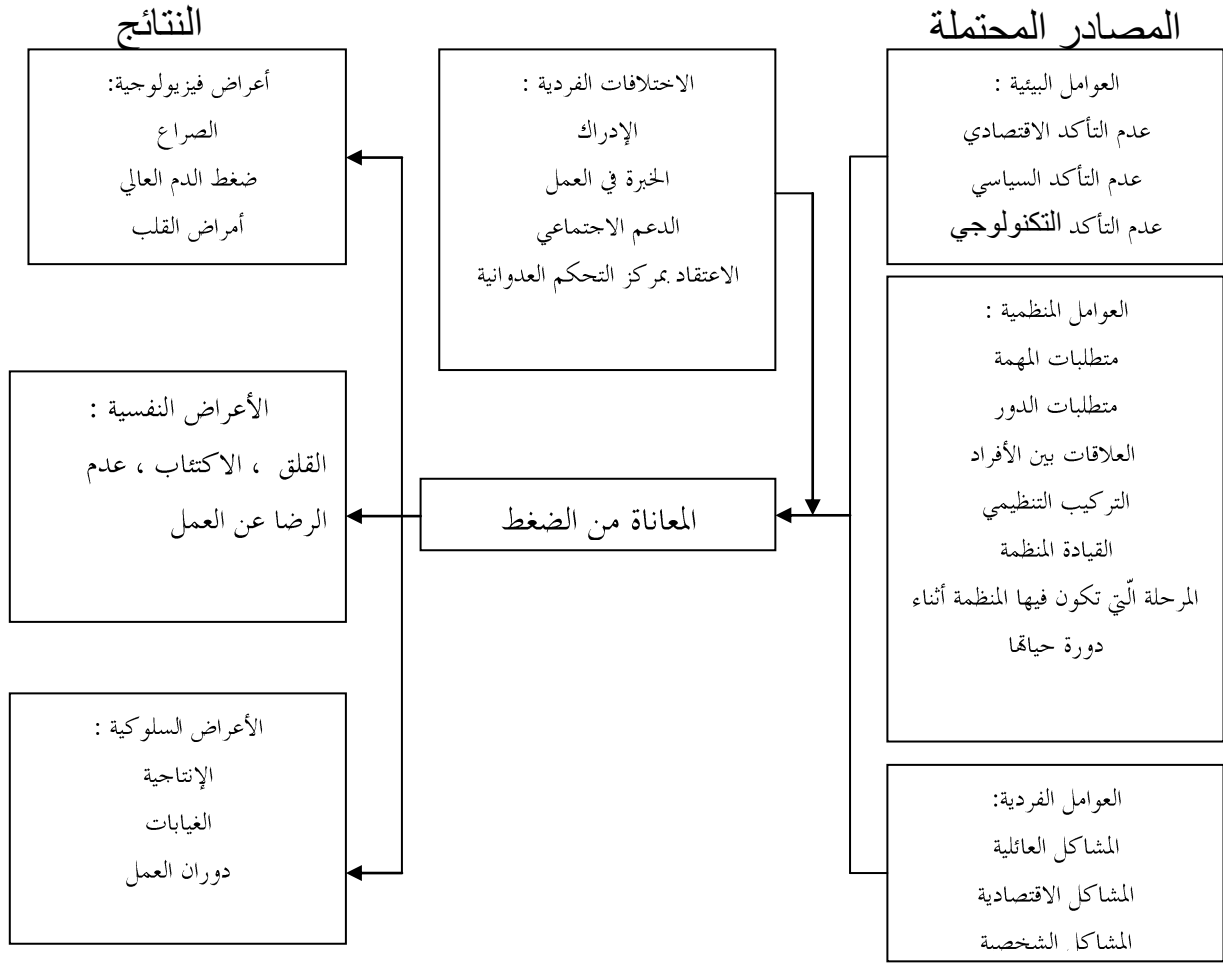
الشكل رقم 15 : علاقة الضغوط المختلفة بالفرد



المصدر : أحمد ماهر " كيفية التعامل مع إدارة الضغوط " الدار الجامعية - الإسكندرية - 2005. ص 91.

و في نفس الوقت يحدد نموذج الضغط (الشكل رقم 10) ثلاث مجموعات من العوامل البيئية و المنظمة و الفردية التي تعتبر مصادر محتملة للضغط فعليا⁶⁰⁰.

⁶⁰⁰ د. ماجدة العطية " سلوك المنظمة - سلوك الفرد و الجماعة " دار الشروق- الطبعة الأولى - 2003 - ص 371 و 372



المصدر: د. ماجدة العطيبة " سلوك المنظمة - سلوك الفرد و الجماعة " دار الشروق - الطبعة الأولى - 2003 - ص 372.

2 - مصادر ضغوط العمل

إن جوهر عملية إدارة الضغوط داخل منظمات الأعمال هو تحديد مصادر الضغوط ثم وضع البرامج اللازمة للسيطرة عليها⁶⁰¹. تنشأ ضغوط العمل من أسباب كثيرة و مختلفة حتى أنه يمكن القول: إن أي شيء داخل العمل قد يكون مصدراً للتوتر والقلق. و يعتمد هذا على إدراك الفرد لهذه الأسباب وعلى أبعاد العمل والبيئة المحيطة به، و في الوقت ذاته تتعامل أي منظمة مع مجموعة متباينة من الأفراد تختلف اختلافاً كبيراً من حيث الصفات الشخصية، المستوى المعرفي و الإدراكي، القدرات الذهنية و العقلية، مستوى المهارة و المركز الاجتماعي و الوظيفي، الاختلاف في

⁶⁰¹ أحمد جاد عبد الوهاب " السلوك التنظيمي - دراسة لسلوك الأفراد و الجماعات داخل منظمات الأعمال " مطبعة الإشعاع الفنية - ص 99.

المشاعر و المعالم سواء أكانت سلبية أو إيجابية⁶⁰². إن اختلال ظروف العمل المادية يمكن أن يؤدي إلى شعور الفرد بعدم مناسبة العمل و ظروفه و يؤدي هذا بالطبع إلى زيادة الشعور بالتوتر والضغوط النفسية⁶⁰³ و يمكن تصنيف أهم هذه المصادر كمايلي: التعامل الإداري، والتعامل مع المريض، والتعامل مع الطبيب، والتعامل مع الزملاء ، والتعامل مع الآلات والمعدات الطبية، والتعامل مع زوار المريض، وكذلك متغيرات البيئة الشخصية للطبيب والتي تشمل العمر، والجنس، والحالة الاجتماعية ، وعدد سنوات الخدمة، والتحصيل الأكاديمي، وقسم العمل، و الشعبة، والمسمى الوظيفي، والدخل الشهري، و مكان الإقامة.

2-1 المصادر التنظيمية

تتعدد المصادر التنظيمية لضغوط العمل التي حددها مجموعة من الدراسات في متطلبات الدور، فالدور هي مجموع التوقعات السلوكية التي يتصل بها مختلف الأفراد و الجماعات و المرتبطة بمركز أو وظيفة محددة في المجموعة أو المنظمة ، و التي يمكن أن تكون مصدر ضغط للفرد في المنظمة كالآتي:

- صراع الدور: ينشأ صراع الدور عن السياسات التنظيمية أو الأشخاص أنفسهم و هذا ما أكدته العديد من الأبحاث مثل دراسات كاهن Kahn و كودر سبايس⁶⁰⁴ Godder Space ، و ينشأ الصراع إذا ما واجه الفرد أوامر متعارضة لا يرغب في أدائها و لا يعتقد أنها جزء من عمله⁶⁰⁵ ، أي تعارض دور الفرد الوظيفي مع مفاهيمه وقيمه الشخصية أو مع ظروفه الخاصة أو الاثنين معاً. ومن أمثله تعارض الدور مع المعتقدات أو المبادئ والقيم.
- غموض الدور: و تتمثل عملية غموض الدور في نقص أو عدم كفاية المعلومات المطلوبة لسلوك الدور المتوقع⁶⁰⁶ ، أي افتقار الفرد للمعلومات اللازمة لأداء العمل مثل المعلومات الخاصة بأهداف وسياسات وإجراءات العمل بحدود سلطاته ومسؤولياته.

⁶⁰² نفيسة محمد باشري "العلاقات الإنسانية" مكتبة نهضة الشرق -1986- ص 177.

⁶⁰³ أحمد ماهر " كيفية التعامل مع إدارة الضغوط " الدار الجامعية - الإسكندرية - 2005 . ص "34.

⁶⁰⁴ د. فوزي شعبان مذكور " مصادر و مسببات ضغوط العامل و الآثار الايجابية و السلبية الناجمة عنها "ندوة ضغوط العمل و الصراعات - المنظمة العربية للتنمية الإدارية - 2006. ص3.

⁶⁰⁵ د. عبد الحميد عبد الفتاح المغربي " المهارات السلوكية و التنظيمية لتنمية الموارد البشرية " المكتبة العصرية -مصر- 2007 . ص 328

⁶⁰⁶ حسن صادق حسن عبد الله " ضغوط العمل : مصادرها و مسبباتها ، نتائجها و آثارها " ندوة ضغوط العمل و الصراعات -المنظمة العربية للتنمية الإدارية - 2006. ص9.

- عبء العمل: هناك نوعان من عبء العمل (كمي ونوعي). العبء الكمي يعني حجم العمل اليومي سواء الزيادة أو النقصان. أما عبء العمل النوعي فيعني صعوبة العمل ومستوى تعقيده.
- اتخاذ القرار: وتتحدد خطورته في الافتقار إلى المشاركة في اتخاذ القرارات في حين أن ضعف المعلومات تؤدي إلى مخاطرة كبيرة في اتخاذ القرار.
- المساندة الاجتماعية وجوداً وعدماً.
- المسؤولية عن الأفراد (الإشراف).
- المستقبل الوظيفي والطموح.

2-2 المصادر البيئية و الفردية

تتمثل بيئة العمل المادية في مدى توافر التجهيزات، مدى صلاحية المباني، مستوى الإضاءة والتهوية، الحرارة و الضوضاء، تلوث الهواء و الارتجاج⁶⁰⁷ وغيرها. أما المصادر الفردية فهي التي تتعلق بحياة الفرد وقدراته وحاجاته، وهي تختلف من فرد إلى آخر حسب الفروق الفردية بينهم حيث أثبتت الدراسات أن الفروق الفردية عامل مهم في التأثير على استجابة الفرد للمواقف الضاغطة. فالأفراد يختلفون في درجة الاستجابة لموقف معين، فما يكون مصدر ضغط لفرد ما، يمكن أن لا يراه البعض الآخر مصدر ضغط. وتشير العديد من الدراسات إلى أن الاستجابة لمصدر الضغوط يمكن تفسيره في ضوء شخصية الفرد. فلقد صنف فريدمان وروزمان Roseman & Fredman في 1974 هذه الأنماط السلوكية إلى نمطين (أ) و(ب). وقد أوضحت الدراسة أن كل إنسان يمتلك خصائص كل من السلوك (أ) والسلوك (ب) ولكن الفرق الوحيد هو مدى سيطرة أي من الخصائص على شخصية الإنسان⁶⁰⁸، إن مدى سيطرة أي من الخصائص يؤثر بالتالي على شخصية الفرد ونمط سلوكه، كما يؤثر أيضاً على إدراكه وتحمله لضغط العمل. والإداري الذي ينطبق عليه خصائص ونمط السلوك (أ) هو الإداري الذي تتمثل فيه الرغبة للقلق، الاهتمام الزائد بالعمل وبما يدور حوله، حب المنافسة مع الآخرين، نادراً ما يتأخر في إنجاز أعماله بعد الوقت المحدد، يقوم بأكثر من عمل في الوقت الواحد، لا يحسن الاستماع للآخرين فهو عادة ما يقاطع حديثهم ويكمل لهم جملهم، سريع الاستثارة، يميل إلى أن يكون أكثر عدوانية، ليس لديه قدرة

⁶⁰⁷ أحمد جاد عبد الوهاب " السلوك التنظيمي - دراسة لسلوك الأفراد و الجماعات داخل منظمات الأعمال " مطبعة الإشعاع الفنية - ص95.
⁶⁰⁸ د.معن محمود عياصرة / أ. مروان محمد بتي أحمد "ادارة الصراع و الأزمات وضغوط العمل " دار الحامد - عمان - الطبعة الأولى - 2008. ص129.

العمل مع الآخرين بشكل جيد. هذا الإداري يكون عرضة أكثر ويتأثر أكثر بضغط العمل كما أنه أكثر عرضة للإصابة بأمراض نفسية وجسدية ولا يكون قادراً على تحمل الضغوط. فهؤلاء يجرقون أنفسهم بشكل سريع بالمتطلبات الزائدة⁶⁰⁹. في حين أن الغياب النسبي لهذه الخصائص السلوكية تمثل الإداري الذي تنطبق عليه خصائص السلوك (ب)، فإنه على العكس تماماً حيث إنه يتميز بالثقة والهدوء والعمل باعتدال. فهو يشعر دائماً أن هناك وقتاً كافياً لإنجاز الأعمال. وقد أوضحت الدراسات أيضاً أن ضغوط العمل التي تضايق النوع (أ) قد لا تعد ضغوطاً للنوع (ب).

3 - أسباب الضغوط الإدارية

تعتبر الإدارة مسئولة مسؤولة كبيرة تجاه التغيير ، فهو يعتبر تحدياً لنجاحها وإثباتاً لقدراتها واختباراً لأدائها لدورها في المنظمة ، و هو عبارة عن تغير موجه و مقصود و هادف و واع يسعى لتحقيق التكيف البيئي (الداخلي و الخارجي) بما يضمن الانتقال إلى حالة تنظيمية أكثر قدرة على حل المشكلات⁶¹⁰. فإحداث تغيير في المنظمة ذات تنظيم مركب ومعقد يتطلب أولاً تغيير الهيكل التنظيمي⁶¹¹ و تتضمن مسؤولية الإدارة مواجهة التغيير و التكيف معه و الإفادة و إنشاء التغيير لتحقيق أهداف محددة⁶¹²، و يعتبر الاستعداد أحد الاعتبارات الرئيسية التي تتحكم في رد فعل الأفراد تجاه التغيير بالإضافة إلى الاعتبارات الأخرى المرتبطة بجماعات العمل و بالمنظمة ككل⁶¹³، لذا تمثل المتغيرات و التغيرات أحد أهم أسباب نشأة الضغوط الشديدة الخطورة التي تمارس تأثيرها على كل من متخذ القرار ، العاملين و المتعاملين مع المنظمة و من بين أهم الأسباب:

● التغيير في النظم و السياسات

تعتبر السياسة من الأدوات المثبتة للمفاهيم و الطرق و الأساليب المتبعة من طرف المنظمة التي تتسم بالاستقرار النسبي ، و لكن إذا أصبحت عنصر دائم التغيير فهنا تصبح أداة عدم استقرار واضطراب⁶¹⁴. و ترتبط الأفعال السياسية بالخصائص التنظيمية أكثر من ارتباطها بمتغيرات الاختلافات بين الأفراد⁶¹⁵، لأن التغيير في النظام السياسي و الاقتصادي يفرض قيوداً و محددات

⁶⁰⁹ في هذه الفقرة يكمن شرح مصطلح الاحتراق الوظيفي و الذي سوف يستعمل في العديد من الدراسات السابقة و التي تناولت موضوع الضغوطات التنظيمية

⁶¹⁰ د . زيد منير عبوي " إدارة التغيير و التطوير " دار كنوز المعرفة - عمان - الطبعة الأولى - 2007 . ص 21 .

⁶¹¹ د . فريد راجب النجار " السلوك التنظيمي الاستراتيجي " ص 160 .

⁶¹² علي محمد عبد الوهاب " التغيير - مناهجه ، مقوماته ، خطواته ، مقاومته " المؤتمر السنوي السادس - الإدارة في ظلال التغيير - ص 205 .

⁶¹³ د . سعيد يس عامر " الاستعداد و كيفية تأثر الناس بالتغيير " المؤتمر السنوي السادس - الإدارة في ظلال التغيير - ص 183 .

⁶¹⁴ د . محسن أحمد الخضير " الضغوط الإدارية : الظاهرة - الأسباب - العلاج " مكتبة المدبولي - 1991 . ص 88 .

⁶¹⁵ د . ماجدة العطية " سلوك المنظمة - سلوك الفرد و الجماعة " دار الشروق 2003 . ص 255 .

تولد ضغوطات شديدة التأثير على السلوك ، مثلا التحول إلى نظام اقتصاد السوق غير الكثير من المفاهيم و فرض قيود جديدة على العديد من المنظمات.

● التغيير في تكنولوجيا المعلومات

تعرف تكنولوجيا المعلومات على أنها البرمجيات و الأجهزة و الاتصالات و إدارة قواعد البيانات، و تعود أهميتها و دورها في الابتكار و التغيير إلى تزايد نفوذ المعرفة و المعلومات في المجتمعات مما يزيد من نفوذ العاملين بالمنظمات ، تنمية و تطوير شبكات الاتصالات أدى إلى ظهور نظم معلومات جديدة و متقدمة ، فأصبح ينظر إليها على أنها مورد إستراتيجي هام⁶¹⁶ . و بالرغم من أهميته يشكل هذا النوع من التغير أكبر الأثر على السلوك الإدراكي و الفعلي إذ يشكل ضغطا على أفراد المنظمة خاصة عند قيامها بعملية تغيير مفاجئة و دون تحضير مسبق.

II - آثار الضغوط التنظيمية (دراسات و تجارب)

1 - آثار ضغوط الإدارية

لقد حظي موضوع ضغوط العمل باهتمام العديد من المختصين. هذا الاهتمام يمكن أن يرجع لتعدد الآثار الناجمة عن ضغوط العمل في الميدان الاستشفائي ، فمنها ما هو إيجابي ومنها ما هو سلبي ، ومنها ما يقع على الأفراد العاملين ويؤثر بالسلب على أدائهم ، ومنها ما يقع على المستشفى ويؤثر على أدائها ككل و قد تمكن هؤلاء من التمييز و التفريق بين الضغوط الايجابية والضغوط السلبية ، حيث أن النوع الأول من الضغوط هي لازمة و ضرورية تتطلبها طبيعة العمل ، يحتاج إليه المدير و المسؤولين في المستشفى للضغط على العاملين للاحتفاظ بحيويتهم ودافعيتهم ، وفي الوقت نفسه لقهر أي تكاسل أو تخاذل ينجم عنه رتابة العمل .فهي تزيد وتنمي قدرات الفرد على أداء الجيد وبذل أقصى الجهود لتقليل ضغوط العمل ، وبذلك يؤدي إلى نتائج إيجابية وتحقيق رضا العاملين ، ويصبح غياب هذا النوع من الضغوط مصدراً لعدم الرضا الوظيفي عن العمل . ومن الآثار الإيجابية للضغوط داخل المستشفى التعاون المشاركة في حل المشكلات، انخفاض الغياب والتأخر و الرغبة في العمل وزيادة الدافعية ، الشعور بالرضا الوظيفي و التنافس البناء . أما النوع الثاني الضغوط السلبية فهي الضغوط التي تؤثر على سلوك كل من المدير والعاملين معه بشكل سيء وضار وتتولد معها مجموعة من الإجراءات الإدارية ويطلق عليه اسم الضغوط الهدامة التي

⁶¹⁶ د . نجم عبود نجم " أخلاقيات الإدارة و مسئولية الأعمال في شركات الأعمال " مؤسسة الوراق - عمان ، الطبعة الأولى 2006 ص 69-70.

يرتكز معظمها حول فقدان الرغبة في العمل ، العزوف عن المبادرات الفردية والاستسلام إلى الرتابة ونمطية العمل ، تنامي الإحساس بالإحباط و عدم التوافق والاكتئاب والقلق وعدم النضج الإداري . و من آثارها السلبية الغياب والتأخر عن العمل ، الإحجام والتوقف عن مهام العمل وترك العمل ، كثرة التظلمات والشكاوي و ضعف الاتصال ، اتخاذ القرارات الخاطئة مع ظهور علاقات عمل سيئة .

لقد انصب اهتمام المختصين بمعالجة الضغوط السلبية الهدامة لما تنتجه من أضرار على الفرد والمنظمة و هذا يعود لسببين رئيسيين هما: الأمراض المترتبة على ضغوط العمل و التكاليف الاقتصادية الناجمة عنها.

1-1 الأمراض المترتبة على ضغوط العمل

أثبتت العديد من الدراسات والبحوث من خلال وجود علاقة بين ضغوط العمل والمشكلات أو الاضطرابات الصحية ، مما دفع بالعديد منهم إلى اعتبار أن أكثر من 50% من الأمراض التي تصيب الفرد تعود إلى أسباب ترتبط بضغوط العمل . فالتعرض لضغوط العمل يمكن أن يؤدي بالفرد إلى الشعور بعدم الرضا ومن ثم يمكن ان يتطور الأمر ليؤدي في النهاية إلى اضطرابات جسدية ونفسية.

إن تزايد مستويات الضغط لدى الفرد فوق المعتاد يؤدي إلى الشعور بأعراض فسيولوجية مثل ارتفاع ضغط الدم، ارتفاع نسبة السكر في الدم، أمراض الشرايين، قرحة المعدة، الصداع، البرد والزكام وغيرها. فمثلاً تعرض الفرد لموجات عديدة من الضغوط يؤدي إلى زيادة إفراز هرمون الكورتيزون (خاص بمقاومة الجسم)، هذه الزيادة تؤدي إلى ضعف المناعة بالجسم ضد الميكروبات وبالتالي تكثر الإصابة بالبرد والزكام وغيرها من الأمراض ، و نفسية مثل الشعور بالقلق، التوتر، اللامبالاة، الإحباط، الاكتئاب، الأرق، عدم الرضا الوظيفي، الأحلام المزعجة، التوتر العصبي، وسلوكية كالتأخر المتكرر، كثرة الغياب، انخفاض مستوى الأداء، الميول العدوانية، سرعة الغضب، الارتباك، ضعف الولاء للمنظمة، تشتت التركيز، الإدمان على التدخين، الإصابة بحوادث العمل⁶¹⁷، ارتفاع معدل دوار العمل.

⁶¹⁷ محمود عيد المولى " علم الاجتماع العمل الصناعي " الدار العربية للكتاب - تونس - ص 201.

1-2 التكاليف الاقتصادية الناجمة عنها

تشير هنا العديد من الدراسات إلى وجود خسائر اقتصادية كبيرة ناجمة عن تعرض العاملين للضغوط فمثلاً تقدر التكاليف التي تسببها ضغوط العمل في الاقتصاد الأمريكي بمبالغ تتراوح بين 100 إلى 300 بليون دولار سنوياً ، وتصل التكاليف في بريطانيا إلى 9 بلايين جنية إسترليني سنوياً فأمراض القلب تكلف 8 ملايين أما الجلطة الدماغية 62 مليون⁶¹⁸ و لا يخفى علينا بأن الجوائز حالياً أصبحت تعاني من ارتفاع معدل الإصابات في هذين النوعين من الأمراض القاتلة. و من الممكن أن تكون الضغوط مفيدة ونافعة للفرد والمنظمة أحياناً عندما تكون معتدلة فتكون عامل تحفيز وتحدي للفرد. أي أنها حالة يتسم فيها الحدث أو الموقف الضاغط بتوتر وقلق، ينجح فيه الفرد في التكيف الإيجابي مع الحدث وذلك بتحويله إلى حافز يستنفذ جهد وطاقات الفرد الإبداعية فيؤدي إلى حالة من الحماس والفرح بالنجاح في التحدي. فهي تمثل ذلك الجزء من الإثارة لحياة العمل كي يشعر الفرد بالتجديد والمتعة والتغيير والتحدي ، فالمقدار المنخفض أو المرتفع من ضغوط العمل قد لا يكون مثيراً أو مشجعاً للأداء، بل قد يسبب الضرر للفرد سواء على المستوى الصحي أو السلوكي، الأمر الذي يؤدي إلى تدني مستوى أداء الفرد وإنتاجه. في حين أن الاستجابة للدرجة المعتدلة للضغوط نسبية فهي تختلف من شخص لآخر حسب نمط الشخصية فمثلاً بعض الأفراد يؤدون أداءً جيداً عندما يكون عليهم أداء مطالب عالية ويتعرضون لدرجة عالية من الضغوط. وفي المقابل يعمل بعض الأفراد بشكل أفضل عندما يتعرضون لدرجة منخفضة من الضغوط. وعليه فإن الدرجة المقبولة من الضغوط لدى أي فرد هي الدرجة التي يزداد فيها عطاؤه.

⁶¹⁸ الوسائل السمعية و البصرية

الجدول رقم 25 : الآثار المباشرة و الغير مباشرة

الآثار المباشرة	الآثار الغير مباشرة
<p><u>المشاركة و العضوية</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ الغياب ▪ التأخر ▪ توقف العمل 	<p><u>فقدان الحيوية</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ روح معنوية منخفضة ▪ دوافع منخفضة ▪ عدم الرضا
<p><u>أداء في العمل</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ جودة الإنتاجية ▪ كمية الإنتاجية ▪ شكوى (تظلم) ▪ حوادث ▪ آلات غير مجدولة(توقف ، إصلاح) ▪ مواد و عروض ▪ انكماش الواقعية 	<p><u>تدهور في الاتصال</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ انخفاض في الاتصال المتكرر ▪ انخفاض في الرسائل
<p><u>جوائز جدارة واقعية</u></p>	<p><u>عيب في اتخاذ القرارات</u></p>
	<p><u>جودة علاقات العمل</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ عدم الثقة ▪ عدم تقدير و اهتمام ▪ حقد و عدااء

المصدر : حسن صادق حسن عبد الله " ضغوط العمل : مصادرها و مسبباتها ، نتائجها و آثارها " ندوة ضغوط العمل و الصراعات -المنظمة العربية للتنمية الإدارية - 2006. ص 19 .

2- الدراسات المتعلقة بالضغوط التنظيمية

نظراً لخطورة قضية ضغوط العمل التنظيمية في عرقلة تطبيق مسار إدارة الجودة الشاملة فقد تزايد الاهتمام بالتعرف على أهم مصادر هذه الضغوط مما دفع بنا إلي البحث عن مختلف الدراسات السابقة و التي تناولت هذا الموضوع و هي عديدة منها:

1-2 الدراسات الغربية

من بين الدراسات الغربية التي تناولت هذا الموضوع مايلي :

■ دراسة ريتشارد كلارك وكيث سميث Keith Smith & Richard Clark

توصلت دراسة ريتشارد التي تناولها في سنة 1987 تحت عنوان: "الاحترق الوظيفي والعوامل المشتركة بين المديرين والمشرفين في شمال ووسط المنطقة" بولاية أوهايو التي تهدف إلى التعرف على مستوى الاحترق الوظيفي، الرضا الوظيفي، ضغوط العمل وعوامل التكيف الشخصية لدى أفراد الدراسة. توصلت الدراسة إلى أن حوالي واحد من خمسة مديرين أي 20% من عدد المديرين لديهم مستوى مرتفع من الاحترق الوظيفي كذلك شارك المشرفون المديرين النسبة ذاتها تقريباً. كما أوضحت الدراسة أيضاً أن هناك علاقة ضعيفة بين المتغيرات الديموغرافية ومستوى الاحترق الوظيفي. وقد أوصت الدراسة بعدد من التوصيات منها تنظيم ورش عمل عن استراتيجيات التكيف لضغوط العمل.

■ دراسة كيري باريك (Barrick Kirby 1989)

جاءت هذه الدراسة تحت عنوان: "الاحترق الوظيفي والرضا الوظيفي لدى المشرفين المهنيين" التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الاحترق الوظيفي والرضا الوظيفي لدى المشرفين. وتوصلت الدراسة إلى أن الغالبية من أفراد الدراسة لديهم مستوى عال من الاحترق الوظيفي. وقد أوضحت الدراسة أن هناك علاقة وثيقة بين الاحترق الوظيفي والرضا الوظيفي حيث سجل الأفراد الذين لديهم رضا وظيفي مرتفع درجة منخفضة على اختبار الاحترق الوظيفي.

■ دراسة واين (Wayne 1993)

قام (Wayne 1993) بإجراء دراسة على عينة من 73 ممرضة و25 من مديري التمريض بثلاث مستشفيات وإحدى المراكز الطبية الكبرى بوسط إنجلترا لاختبار العلاقة بين علاقة الفرد برئيسه وسلوك المواطنة التنظيمي. وتوصل في دراسته إلى أن هناك ارتباطاً إيجابياً بين جودة علاقة الفرد برئيسه وسلوك المواطنة التنظيمي. بمكونيه: الإيثار والالتزام العام⁶¹⁹.

619 د. سعيد شعبان حامد " اثر علاقة الفرد برئيسه وإدراكه للدعم التنظيمي كمتغيرين وسيطين على العلاقة بين العدالة التنظيمية وسلوك المواطنة التنظيمي: دراسة ميدانية " كلية التجارة - جامعة الأزهر. ص 5 . faculty.ksu.edu.sa/72461/Publications/

■ دراسة والتر جملش وجوزف توريلي Joseph Torelli & Gmelch Walter

قام هذين الباحثين في سنة 1993 بدراسة عنونها: "العلاقة بين غموض الدور وضغوط العمل والاحترق الوظيفي لمديري المدارس" وقد هدفت إلى التعرف على العلاقة بين غموض الدور وضغوط العمل والاحترق الوظيفي. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن العلاقة القوية بين ضغوط العمل وغموض الدور. وقد أوصت الدراسة بتدريب المديرين على أساليب الاسترخاء قبل استلام مهام العمل الإدارية.

■ دراسة بيترسون والآخرون Peterson et al 1994

لقد اهتمت هذا البحث بدراسة مدى شعور المديرين بضغوط الأدوار الثلاثة (الصراع ، الغموض و زيادة العبء) على عينات من المديرين بالإدارات الوسطى في 21 دولة من دول العالم ، و قد توصلت الدراسة الي ان الشعور بضغوط الدور يظهر تباينا بين البلدان المدروسة أكثر من تباينه بين الافراد أنفسهم ، كما أثبتت الدراسة ان تقبل العاملين لفجوة القوة و توجيههم نحو الجماعية في مقابل الفردية مترابطان سلبيا مع شعورهم بغموض الدور و ايجابيا مع شعورهم بعبء هذا الدور⁶²⁰.

■ دراسة بيرك وجرينجلاس وشوارزر

وفي دراسة بيرك وجرينجلاس وشوارزر (Schwarzer, 1996 & Burk, Greenglass) بعنوان: "توقع الاحترق الوظيفي: دراسة تأثير ضغوط العمل، والدعم الاجتماعي وأثر عدم الثقة بالنفس على الاحترق الوظيفي ونتائجه". هدفت الدراسة إلى معرفة مسببات وآثار الاحترق الوظيفي بين المعلمين ومديري المدارس وذلك عبر استبانته قدمها الباحثون وقاموا بمقارنة نتائجها مع نتائج الاستبانة نفسها بعد توزيعها مرة ثانية بعد مرور سنة من توزيع الاستبانة الأولى. و قد أسفرت النتائج عن أن مصادر ضغوط العمل لدى أفراد الدراسة تتركز في كمية العمل، وغموض الدور، وصراع الدور، والدعم الإشرافي. و قد أوضحت الدراسة أن من بين الآثار الناتجة عن ضغوط العمل أمراض القلب والشعور بالاكتئاب. وأظهرت النتائج أيضاً أن هناك علاقة قوية بين التوقعات ومستوى الاحترق الوظيفي بعد سنة من توزيع الاستبانة.

⁶²⁰ د . عبد الناصر محمد علي حمودة " إدارة التنوع الثقافي في الموارد البشرية " المنظمة العربية للتنمية الإدارية - بحوث و دراسات - 2005 . ص 143.

■ دراسة ماترسون (Masterson 2000)

قد أوضح (Masterson 2000) أن جودة العلاقة بين الرئيس والمرءوسين تؤدي إلى أن يسلك الفرد سلوكاً إيجابياً مع رئيسه مثل سلوك الدور الرسمي لأداء العمل وكذلك سلوك المواطنة التنظيمي. كما وجد أن هناك ارتباطاً إيجابياً بين جودة علاقة الفرد برئيسه واتجاهات الفرد تجاه وظيفته وكذلك نظم تقييم الأداء بالمنظمة⁶²¹.

■ دراسة إليزابيث كربي (Elizabeth Kirby 2003)

وفي دراسة إليزابيث كربي (Elizabeth Kirby 2003) بعنوان: "تحليل بيئة العمل وأعراض الضغوط التي يعاني منها مديرو المدارس الثانوية على الإدارة التعليمية" وقد هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين ضغوط العمل لدى مديري المدارس الثانوية في ولاية ميشيغان بأمريكا وبيئة العمل. وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أن بيئة العمل ذات المناخ الإيجابي التي تركز على تحصيل الطلاب ويوجد بها فرق عمل متعاونة وعلاقات إيجابية بين العاملين تتصف بمستوى مرتفع من الضغوط، وذلك بسبب قضايا ذات علاقة بحدودية الصلاحيات (نوع العمل) والتوقعات العالية (صراع الدور) والمسؤولية، وكمية العمل، والالتزامات السياسية وضغوط من مجتمع المقاطعة. كما أسفرت النتائج عن أن بيئات العمل المختلفة أصبحت تمثل تحد، وتتصف بالتعقيد وصعوبة التحكم فيها من قبل المديرين .

■ دراسة لندا ماري لوكس (Lenda Marie Lucas 2003)

أشارت دراسة لندا ماري لوكس (Lenda Marie Lucas 2003) بعنوان: "ضغوط العمل واستراتيجيات التكيف بين مديرات المدارس في كاليفورنيا" التي تهدف إلى التعرف على عوامل ضغوط العمل كما تراها مديرات المدارس الثانوية والفروق بين عوامل الضغوط التي تم تحديدها من المديرات واستراتيجيات التكيف لدى حديثات التعيين (أقل من 3 سنوات) والمديرات ذوات الخبرة (أكثر من 3 سنوات). كما قامت الدراسة أيضاً بالبحث في استراتيجيات التكيف. وقد أسفرت الدراسة عن عدد من النتائج من أهمها:

⁶²¹ د. سعيد شعبان حامد "المرجع السابق" ص 4 .

- الوقت كان من أهم العوامل التي مثلت ضغطاً على أفراد الدراسة لعدم التمكن من الانتهاء من الأعمال المرادة (كمية العمل) والتوقعات العالية والالتزام بأنظمة الولاية والمقاطعة.
- المديرات ذوات الخبرة أكثر من 3 سنوات لديهن نظرة مختلفة للضغوط عن نظرة المديرات ذوات الخبرة الأقل.
- غالبية المديرات يعملن لفترة أطول ويأخذن العمل إلى البيت للتكيف مع كمية العمل الكبيرة.
- المديرات ذوات الخبرة الأكثر يفترضن وضع الأولويات والتفويض كعادات مهمة للمديرات حديثات التعيين.
- وقد أوصت الدراسة بضرورة زيادة استراتيجيات التكيف لمديرات المدارس .

■ دراسة مارك هالينغ 2003 Halling Mark.

قام مارك هالينغ بدراسة "ضغوط العمل واستراتيجيات إدارتها بين مديري المدارس الابتدائية" التي تهدف إلى التعرف على أسباب الضغوط لدى مديري المدارس الابتدائية الحكومية في جنوب داكوتا بأمريكا واستراتيجيات التكيف عند أفراد الدراسة. وقد أسفرت الدراسة عن أن ضغوط العمل المتمثلة في كمية العمل، والالتزام بأنظمة وسياسة الولاية والمنظمة، من أكثر عوامل الضغوط لدى أفراد الدراسة. كما أوضحت الدراسة أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية ترجع إلى عدد الطلاب بالمدرسة، وسنوات الخبرة. أما فيما يتعلق باستراتيجيات التكيف التي يستخدمها المديرون فقد أشار أفراد الدراسة إلى أن الأنشطة الرياضية والمعتقدات الدينية والأنشطة الاجتماعية مثل قضاء الوقت مع العائلة والأصدقاء والاسترخاء من بين الاستراتيجيات التي يستخدمونها للتكيف مع الضغوط.

■ دراسة زيتينوغلي وآخرون 2007 zeytinoglu.

تهدف هذه الدراسة التي قام بها zeytinoglu وآخرون في المستشفيات الجامعية بـ Ontario سنة 2007 لفحص العلاقة بين الرضا في العمل والضغوط وشدة العمل وأيضاً إلى تطوير المعارف والخبرات في إدارة الموارد البشرية، وفحص شدة العمل وتأثيرها على الصحة و الحالة المثلى للممرض وخاصة في ما يتعلق باتجاهاته تجاه وظيفته وتحديد دراسة الرضا الوظيفي في عمل الممرضين والممرضات . و قد كشفت الدراسة أن شدة العمل تساهم في ارتفاع مستوى الضغوط لدى الممرضين والممرضات وهذه الضغوط بدورها تؤثر سلباً على الرضا الوظيفي في العمل.

2-2 الدراسات العربية

رغم قلة الدراسات و ندرة المراجع إلا أننا تمكنا من تجميع هذه الدراسات و المتمثلة فيمايلي :

■ دراسة الجبر (1998)

وفي دراسة الجبر (1998) بعنوان: "الضغوط النفسية التي يواجهها مديرو ومديرات مدارس تجرية الإدارة المدرسية المطورة بدولة الكويت (دراسة ميدانية)" التي هدفت إلى التعرف على الفروق بين مديري المدارس من حيث إحساسهم بضغوط العمل وفقاً لمتغير الجنس والمرحلة التعليمية والخبرة. وقد أسفرت نتائج الدراسة إلى أن مديري المدارس الذين أمضوا عاماً واحداً في العمل أكثر معاناة من الضغوط المهنية عن الذين أمضوا ثلاث سنوات كما أوضحت الدراسة أن مديري المدارس الابتدائية يعانون من ضغط أعلى مقارنة مع نظرائهم في المرحلتين المتوسطة والثانوية.

■ دراسة سعاد السلوم (2002)

في دراسة سعاد السلوم بعنوان: "عوامل ضغوط العمل التنظيمية وعلاقتها بالرضا الوظيفي للمشرفات الإداريات" التي هدفت إلى التعرف على العوامل الرئيسة لضغوط العمل التنظيمية التي تتعرض لها المشرفات الإداريات العاملات في مكاتب الإشراف التربوي ومستوى الرضا الوظيفي لديهن ومن ثم تحديد العلاقة بين ضغوط العمل التنظيمية والرضا الوظيفي وقد توصلت الدراسة إلى أن بيئة العمل المادية، والنمو المهني، وكمية العمل، وغموض الدور، واتخاذ القرارات هي على التوالي من أكثر العوامل المسببة للضغوط.

المبحث الثاني: العلاقة بين الضغوط و إدارة الجودة الشاملة

يعد الحد من الضغوط التنظيمية في مختلف المنظمات مكونا هاما من مكونات السياسة العامة ولتحقيق ذلك تسعى الإدارة لإلغاء القوانين التنظيمية القديمة و الغير ملائمة و سن بدلا منها قوانين جديدة وفعالة لتطوير و تحسين مستوى الخدمة الصحية.

إن العلاقة بين ضغوط العمل و مستوى الأداء في المنظمة أصبحت من الجوانب الهامة في دراسة آثار و نتائج الضغوط ،لأن تزايد الضغط و استمراره يؤدي إلي تدني مستوى الأداء مما يجعل الفرد يتمادى في تصرفاته الغير منتجة و يصاحب ذلك اتجاهات و أنماط سلوكية سلبية جدا مثل اليأس و الإحباط و الإرهاق و الاستنزاف . و هذه جميعها تلحق أضرارا كبيرة بالمنظمات من حيث تدني الأداء و الإنتاج و الالتزامات المالية الكبيرة التي تتحملها المنظمة⁶²².

I – أهمية السلوك التنظيمي في التقليل من الضغوط التنظيمية

يعد الإنسان العنصر الفعال في عملية التطوير التنظيمي و ضرورة من ضرورات إدارة الأعمال و بناء و نمو المنظمات ، فالعامل يريد للمنظمة البقاء والنمو والمنظمة تريد من العامل الولاء والالتزام بمصلحة العمل. لا بد أن يكون ذلك واضحا في عملية التطوير التنظيمي والحكمة من التطوير ومتطلباته وأهدافه هي أساس التهيئة لقبول خطة التطوير الموسوعة ورعاية التنفيذ .

1- مفهوم علم السلوك التنظيمي

هو دراسة المنظمة لأفعال و اتجاهات الأفراد بالمنظمات حيث يسعى السلوك التنظيمي لإحلال الطريقة العلمية محل الاعتماد على الخبرة والتجربة في تفسير السلوك الانساني. ويقصد بالسلوك التنظيمي هو سلوك الإنسان في مختلف التنظيمات و محصلة عوامل نفسية و اجتماعية معقدة ومادية و ليس نتيجة استجابة ميكانيكية للحوافز المادية فقط⁶²³ ويحدد هذا السلوك طبيعة الإنسان، نمط تطوير الشخصية... الخ. ويعرف السلوك التنظيمي بأنه الاستجابات التي تصدر عن الفرد نتيجة لاحتكاكه بغيره من الأفراد أو نتيجة لاتصاله بالبيئة الخارجية من حوله . كما عرف هود جيتس وألتمان السلوك التنظيمي بأنه ذلك الجزء من المعرفة الأكاديمية التي تهتم بوصف

⁶²² حسن صادق حسن عبد الله " ضغوط العمل : مصادرها و مسبباتها ، نتائجها و آثارها " ندوة ضغوط العمل و الصراعات -المنظمة العربية للتنمية الإدارية - 2006. ص 20 .

⁶²³ سامر جلد " السلوك التنظيمي و النظريات الادارية الحديثة " دار أسامة للنشر و التوزيع - الطبعة الأولى - 2009. ص 22.

وتفهم وتنبؤ وضبط السلوك الإنساني في البيئة التنظيمية. و يتحكم سلوك الأفراد داخل المنظمات بمجموعة من القوانين وتعليمات المنظمة التي يعمل بها الأفراد ، حيث أن الدافع هو مؤثر داخلي يؤثر في سلوك الأفراد مما يدفعه إلى بذل الجهود للارتقاء بأداء الفرد للوصول الى تحقيق أهدافه. كما يسعى المديرون لتوقع النتائج والأحداث المستقبلية الناتجة عن اتخاذ تصرفات أو قرار معين ويمكن للمدير التنبؤ بالاستجابات السلوكية للأفراد⁶²⁴ ، وذلك بناء على المعلومات المستمدة من علم السلوك التنظيمي، كما يمكن أيضا اختيار المدخل الملائم لتنفيذ التغيير المناسب لضمان تقليل مقاومة العاملين له من خلال المؤثرات التنظيمية التي تعبر عن مجموعة من المدخلات⁶²⁵ التي تؤثر على النظام السلوكي في منظمة معينة و قد تأتي في شكل معلومات توضح حقائق وخصائص التنظيم والعلاقات السائدة فيه وطبيعة المناخ السائد في المنظمة.

1-1 مفهوم سلوك العاملين في المنظمة

يعد مفهوم السلوك⁶²⁶ من أكثر مفاهيم العلوم الاجتماعية غموضا لارتباطه بفعل و مواقف واستجابات الأفراد تجاه شيء ما . حسب عبد الرحمن عيسوي هو عبارة عن " الاستجابات الحركية و الغددية أي الاستجابات الصادرة عن عضلات الكائن الحي " أي مختلف حركات الإنسان الظاهرية و مختلف الأنشطة الباطنية مثل التفكير و الإدراك وغيرها⁶²⁷ . إذن هي استجابة لمثير ما على شكل ردود أفعال ظاهرية أو داخلية تظهر على ملامح الأفراد وتعتمد ردود أفعال الفرد على طبيعة شخصيته وعلى قدراته وعلى ما يمتلك من ثقافة والتي يتمكن من خلالها على ضبط سلوكه بحيث يتناسب مع ما متاح في المجتمع . لقد توصلت الدراسات الى وجود مثلث السلوك المتكون من المنبه ، الاستجابة و التنسيق أو التوفيق أو التكيف بينهما⁶²⁸ و تكمن أهمية دراسة سلوك الأفراد في المنظمات من خلال إمكانية تطوير نمط شخصية القائد وفي اختبار الأسلوب الملائم لتقييم أداء العاملين . إن فهم سلوك الآخرين يعد إنجازاً أو مكسباً شخصياً

⁶²⁴ دراسة السلوك الحالي و التنبؤ بالسلوك المستقبلي هو أساس النظرية المطورة لكل من Fishbein & Ajzen التي نعتمد عليها في الدراسة التطبيقية في الفصل الخامس.

⁶²⁵ المدخلات هي مجموعة المؤثرات التي تؤثر في سلوك الفرد و الناتجة عن تفاعله مع الأفراد و الجماعات المختلفة.

⁶²⁶ سلسلة من الاختبارات والممارسات التي يقوم بها الفرد عند الانتقال من موقف لآخر سواء كانت عقلية أو حركية أو انفعالية أي هو حسيبة استجابة الفرد لمثير أو أكثر في موقف معين في ضوء طبيعته و ملامح شخصيته.

⁶²⁷ د.ناصر دادي عدون " إدارة الموارد البشرية و السلوك التنظيمي - دراسة نظرية و تطبيقية " دار المحمدية العامة - الجزائر -

2004ص.58.

⁶²⁸ خليل ابراهيم البياتي " علم النفس الفسيولوجي - مبادئ أساسية " دار وائل للطباعة و النشر- الطبعة الأولى- 2002. ص.4.

حيث تزداد معرفة وإدراك الفرد لذاته ويعد ذلك أحد أشكال التعلم، وتعد القدرة على فهم الآخرين و هم يختلفون من حيث الشخصية ، التفكير، المشاعر و الدوافع⁶²⁹ والعمل بفاعلية مع الرؤساء والزملاء والمرؤوسين أمر ضروري لتحقيق التقدم في العمل وشغل الوظائف القيادية.

1-2 أنواع السلوك الإنساني

يستند سلوك من وجهه نظر فرويد وهو صاحب مدرسه التحليل النفسي إلى العواطف والغرائز حيث يعتبر الدوافع اللاشعورية البدائية أو ما يسميه الذات الدنيا عنصر أساسي لفهم الشخصية الإنسانية والسلوك الإنساني ، و الذي يمكن تقسيمه إلى نوعين هما : سلوك خفي وهو ناتج عن صفه نفسيه و سلوك إنساني غير خفي وهو استجابة لغريزة جسمية ، كما يمكن أن نميز بين نوعين من السلوك الإنساني:

■ السلوك الفردي

و يخص شخص معين هو عبارة عن عناصر ومتغيرات تؤثر بشكل عام على سلوك الفرد فهي تختص بالفرد نفسه دوناً عن الجماعة وتتضمن مايلي:

- الإدراك : وهو يمثل ما يفسره الفرد لما يحصل من حوله وكيفية التفاعل مع الأحداث ، و يتأثر الإدراك بالاتجاهات و الميول و التفاعلات الشخصية للفرد⁶³⁰.

- التعليم : وهو عنصر يفيد المديرين في فهم مصدر قوة العاملين ، وكيف يكتسب العاملون سلوكهم ، وكيف يمكن تقوية وإضعاف أنماط معينه من السلوك لديهم.

- الدافعية : وهو عنصر مهم أيضا للمديرين لمعرفة ما هي العوامل التي قد تزيد من قوة عطاء العامل و ترفع من حماسه ، والدافعية تفيد في اكتشاف تلك العوامل للعمل على التزود بكل ما يزيد من حماس ونشاط العاملين.

- الشخصية : وهي نقطة مهمة أيضا حيث تمكن المديرين من معرفة شخصية العامل وفهم مكونات وخصائص الشخصية لديه ، و طريقة تأثير هذا العنصر على سلوك الأفراد داخل أعمالهم ، وتكمن أهميته لما له من دور في تمكين المديرين من توجيه النصيح وتوجيه المرؤوسين للأداء السليم.

⁶²⁹ صلاح الدين محمد عبد الباقي " السلوك الفعال في المنظمات " الدار الجامعية الجديدة - الإسكندرية - 2002 . ص 5 و ص 6 .
⁶³⁰ عبد الرحمن محمد عيسوي " علم النفس الفسيولوجي - دراسة في تفسير السلوك الإنساني " دار النهضة العربية - 1991 . ص 153 .

- الاتجاهات النفسية: ويفيد لمعرفة آراء و مشاعر و ميول الناس للتصرف في مواقف معينة و كيف يمكنه من التأثير عليها لصالح العمل ينقسم إلى ثلاث أقسام العنصر المعرفي (المعرفة والمعلومات)⁶³¹، لعنصر العاطفي(الوحدات والمشاعر)⁶³² والعنصر السلوكي (الميل السلوكي)⁶³³.

■ السلوك الاجتماعي

هو السلوك الذي يظهر من خلال علاقه الفرد بالجماعه .وهي العناصر و المتغيرات المؤثرة في السلوك الجماعي للأفراد أو الجماعات وعناصرها هي:

1 - الجماعات : ويتم فيها التعرف على الجماعة وظواهر التماسك الجماعي و علاقتها بالعمل، كما تهتم بظاهرة اتخاذ القرارات داخل الجماعة.

2 - القيادة : للتعرف على كيفية اكتساب الأنماط القيادية المؤثرة على سلوك الآخرين.

3 - الاتصال : يهتم في فهم كيف يحدث الاتصال داخل العمل ، وكيف يمكن جعله يتم بدون معوقات، وكيف يمكن رفع المستوى مهارات الاتصال بالطرق المختلفة كالاستماع ، المقابلات الشخصية ، الاجتماعات.

1-3 هدف دراسة السلوك الإنساني

تهدف دراسة السلوك التنظيمي إلى تفهم الأبعاد النفسية والسلوكية للإنسان بصفته موظفاً أو عاملاً وذلك باعتبار الإنسان يخضع لقوانين وتعليمات وأعراف تنظم سلوكه إدارياً وتنظيماً سواء يقوم بهذا العمل منفرداً أو عضواً في الجماعة. و ذلك لان فهم المؤثرات الايجابية والسلبية على سلوك الموظف أو العامل سواء كانت تلك المؤثرات من داخل المنظمة التي يعمل بها أو خارجه من البيئة الاجتماعية الأكبر التي ينتمي إليها ، و يسهم ذلك الفهم في تسخير تلك المعرفة والمعلومات لما فيها صالح العمل . وبما أن السلوك التنظيمي يركز على سلوكيات وتفاعلات العنصر البشري والذي يعتبر أهم عناصر الإنتاج في المنظمة لذا فان نجاح المنظمة مرهون بنجاح وتفعيل العنصر البشري وتحسين أدائه ، و بجانب هذه الأهمية يجب أن نعترف بصعوبة إدارة السلوك الإنساني، وذلك لتعدد المتغيرات التي تؤثر في هذا السلوك من ناحية، ولعدم استقرار هذه المتغيرات المؤثرة فيه

⁶³¹ ما يتوفر لدى الفرد من معلومات و تعلم وخبرة وثقافة تساعد على تكوين معارف ومعتقدات الفرد اتجاه موضوع معين و هي تساعد في تكوين ردود فعله في مشاعره و تحركاته اتجاه هذا الموضوع.

⁶³² بناء على معرفته ومعتقداته تتكون لدى الفرد مشاعر والتي تكون في شكل تفضيل أو عدم تفضيل وحب و كراهية و إعجاب أو عدم إعجاب والارتياح أو عدم الارتياح .

⁶³³ يفهم ذلك في شكل التنبيه للتعرف بطريقة معينة حول الأشياء الموجودة في البيئة المحيطة.

من ناحية أخرى . كما يمكن الجزم بأن دراسة السلوك التنظيمي تساهم في التعرف بشكل أكثر دقة وشمولا على البيئة المحيطة مما يساعد في تدعيم التفاعل الإيجابي لها من خلال الاستجابة لمطالبها التي لا تتعارض مع مصالح المنظمة. و أيضا تساعد في تحقق معرفة الفرد لمحددات وعناصر سلوكه مزايا كثيرة من أهمها تدعيم فرص الالتزام بالسلوك الصحيح ، وتجنب العوامل التي تؤدي إلى الإدراك الخاطئ للمواقف والتي تشوه عملية الاتصال أو التعرض لمستوى غير ملائم من الضغوط أو عدم التفاعل والاستجابة غير الصحيحة للزملاء والإدارة.

2 - الطرق التنظيمية لعلاج و منع الضغوط

تمارس المنظمات سياسات مختلفة لإدارة الضغوط و جوهر هذه العملية هو تحديد مصادرها ، كما أن العاملين فيها يدركون هذه السياسات بطرق مختلفة مما يصعب احتواء جميع المشاعر الناجمة عن هذه الإدراكات بالشكل الذي يتوافق مع أهداف المنظمات⁶³⁴ . و بالرغم من هذا يمكن للمنظمات أن تمارس بعض السياسات التي من شأنها أن تعالج أو تمنع تصاعد هذه الضغوط وتساعد على تخفيض معدل الحوادث و التقليل من الغيابات مع تحسين الإنتاجية و زيادة درجة رضا الفرد عن العمل⁶³⁵ و فيمايلي شرح بعض هذه السياسات:

2-1 التطبيق الجيد لمبادئ الإدارة و التنظيم

إن المستشفيات الجزائرية مثلها مثل معظم المنظمات العربية تتميز بجمود التنظيم لأنها تهتم بالشكل التنظيمي ، بغض النظر عن مدى ملائمتها لظروف و احتياجات العمل ، حيث يكون التركيز على المبادئ التنظيمية المجردة كتفويض السلطة أو تسلسل خط القيادة دون النظر إلي مناسبة تلك المبادئ لظروف التنفيذ و متطلباته ، هذا بالإضافة إلي غموض الأهداف و عدم تحديدها بل وتناقضها في بعض الأحيان ، فكثير من أوجه النشاط الإداري تتم بلا أهداف محددة⁶³⁶ . و تقوم بعض الإدارات باستخدام أساليب ارتجالية في تحقيق أهدافها ، بعضها قائم على الصدفة و البعض الأخر قائم على التخمين⁶³⁷ مما يسبب هدر للنظام الإداري الصحي.

⁶³⁴ أحمد ماهر " كيفية التعامل مع إدارة الضغوط " الدار الجامعية - الإسكندرية - 2005. ص398 - 400 .
⁶³⁵ د . أحمد جاد عبد الوهاب " السلوك التنظيمي - دراسة لسلوك الأفراد و الجماعات داخل منظمات الأعمال " مكتبة الإشعاع الفنية - مصر - 1996 . ص99.
⁶³⁶ د . توفيق محمد عبد المحسن " الجودة الشاملة و ستة سيجمما - اتجاهات حديثة في التخطيط و الرقابة على الجودة " دار الفكر العربي - دار الكتاب الحديث - 2005-2006 - ص193 ، 194 .
⁶³⁷ د . محمد محمد عبد الوهاب " البيروقراطية في الإدارة المحلية " دار الجامعية الجديدة - 2004 - ص93 .

إن إتباع أسلوب الإدارة التقليدية من طرف المنظمات الصحية في ظل التطورات العلمية والتكنولوجية و السلوكية للفرد جعل من المخالفات التي تحدث في الممارسات اليومية أحد أهم أسباب تصعيد درجة الضغوط بين العاملين في المنظمة . إن التنظيم الإداري تحكمه فلسفة معينة وقيم و مصالح ينعكس تأثيرها على سلوك المدير والعاملين فيه ، و تؤثر بالتالي على اتخاذ القرارات وعلى تنفيذها⁶³⁸، مما يستدعي ضرورة التفكير من قبل القائمين عليها بانتهاج أسلوب الإدارة الحديثة و المتمثل في تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

2-2 تصميم وظائف ذات معنى

تفقد العديد من الوظائف معناها و قيمتها بسبب زيادة حدة التخصص و انعدام حرية التصرف فيها و عدم قدرة الفرد على أداء عمل متكامل بالقدر الذي يفقد الموظف لذة و متعة في أداء العمل ، و عليه يكون العلاج في تصميم إعادة الوظائف بالشكل الذي يجعلها ذات معنى . إن تعيين موظفين يملكون الخبرات و المهارات المطلوبة و ذلك بتحديد المهارات المطلوبة بصورة احترافية ، و اختيار من لديهم خبرة موثقة ، أو مختبرة ، بهذه المهارات. و يشمل التعيين أيضاً تعيين بعض الموظفين بنظام نصف الدوام إذا كان حجم الأعباء المطلوبة يسمح بذلك. يتميز هذا الأسلوب بسرعة رفع كفاءة المنظمة.

2-3 إعادة تصميم هيكل التنظيم

إن الهدف الجوهرى من وراء إعادة تصميم المستشفى هو تحقيق الانسيابية في العمل و الاستجابة السريعة لتلبية الطلبات لتقديم الخدمة الصحية و تحقيق التوافق بين الأقسام المختلفة في المستشفى لأداء العمل بصورة صحيحة⁶³⁹. و بالرغم من أهميته إلا أن المنظمات تعاني من مشاكل تنبع من تغييرات في هيكل الوظائف و العلاقات و السياسات و الإجراءات و يؤدي هذا التغيير إلى إلقاء مزيد من الضغوط و الإجراءات على العاملين في المستشفى. كما أن فعالية القوانين والأنظمة تتضاءل على مر السنين ، وتأخذ في إعاقة القطاعات و عرقلة المستفيدين من الخدمة العامة. فالمغلاة في القواعد والأنظمة تتسبب في عديد من المشاكل مثل تداخل الإجراءات وازدواجيتها و تناقضها وتعقيدها، وتصبح القواعد والأنظمة أكثر اهتماماً بالمدخلات منها بالمخرجات، كما تفتقر إلى اللغة الدقيقة والواضحة التي تجعل فهم هذه القواعد والأنظمة وتطبيقها أمراً ممكناً. لذا

⁶³⁸ د. نواف كنعان " اتخاذ القرارات الإدارية - بين النظرية و التطبيق " دار الثقافة - عمان - 2007 . ص 287.
⁶³⁹ د. ثامر ياسر البكري " إدارة المستشفيات " دار البازوري العلمية - الطبعة العربية - عمان - الأردن - 2005 . ص 131.

بادرت العديد من الدراسات إلى العمل على التخلص و تجميد القوانين والأنظمة ما لم تكن هناك حاجة إليها وفقاً لمعايير محدّدة وصارمة. و التي تنطوي على عدة ضغوط تنظيمية بغية التخلص منها أو تبسيطها. و لقد تكفل المشرع الجزائري بمسألة الحماية و الأمن و الوقاية من الأخطار و حوادث العمل و الأمراض المهنية ، و أولها عناية كبيرة⁶⁴⁰ ، إذ خصص لها جوانب كثيرة في تشريعات العمل⁶⁴¹ و قوانين الضمان الاجتماعي. و يمكن للمستشفيات في الجزائر دون أن تنتظر اللوائح والقوانين الخاصة بالجودة و معاييرها و التي تتطلب دراسة و وقت كبير، لذا عليها أن تبادر إلى تطبيق إدارة الجودة الشاملة من اجل تحسين الخدمة الصحية من جهة و رفع مستوى أداء العاملين بها من جهة أخرى و هذا لتحقيق طموح كل المتعاملين مع المستشفى.

2-4 نظام المشاركة في اتخاذ القرارات

لقد حظي مفهوم المشاركة بجهد وافر في محاولة التعريف به و تحليل مضمونه ، فهو بمثابة التطبيق العملي لرفع مستوى العمل لدى الفرد بما يتفق و مستوى طموحه⁶⁴² ، و لكن يثار التساؤل لدى كتاب الإدارة حول الوضع الأمثل للمشاركة في اتخاذ القرار .. و ما إذا كانت تعني إشراك كل العاملين في التنظيم على اختلاف مستوياتهم في صنع القرار، أو إشراك أصحاب الكفاءة و الخبرة فقط ، و يترتب على تطبيق اسلوب المشاركة مزايا و نتائج إيجابية من خلال ترشيد عملية صنع القرارات و تحسين نوعيته . و لكن من أبرز ما يؤخذ عليه ما يراه ماكجريجور Mc-Gregor " أنها مظهر من مظاهر تنازل المدير عن بعض مهامه القيادية " و إن كانت المشاركة تتلائم مع نمط الإدارة اللينة فإن هناك من يستخدمها كأداة مناورة للتأثير في الرؤوسين بهدف إنجاز العمل بالشكل اللائق⁶⁴³ .

2-5 استراتيجيات التعامل مع ضغوط العمل

تستطيع المستشفى التخفيف من الضغوط الناشئة عن عبء العمل وجماعة العمل ، من خلال الوسائل والطرق المناسبة للتغلب على مسببات ومصادر تلك الضغوط ، بالإضافة إلى علاج آثارها

⁶⁴⁰ رشيد واضح " علاقات العمل في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر " دار هومة - بوزريعة - الجزائر - ص135 .
⁶⁴¹ القانون المتعلق بحوادث العمل و الأمراض المهنية رقم 83 / 13 الصادر بتاريخ 1983 و القانون 07/88 الصادر بتاريخ 26 جانفي 1988 المتعلق بالوقاية الصحية و الأمن و طب العمل
⁶⁴² سميرة كامل محمد علي " التنمية البشرية و إدارة المنظمات غير حكومية - مشروع إعداد الكوادر للعمل بالمنظمات غير حكومية " جمعية الشبان - الإسكندرية - 2006. ص 37-38.
⁶⁴³ د . نواف كنعان " اتخاذ القرارات الإدارية بين النظرية و التطبيق " دار الثقافة - عمان - الطبعة الأولى - الإصدار السابع - 2007 . ص 229 - 233 .

السيئة المترتبة عليها ، ولذلك أصبح لزاماً على المستشفى وضع استراتيجيات تهدف إلى تخفيف ضغوط العمل وعلاج آثارها السلبية ، وتتم هذه الاستراتيجيات بمراحل مختلفة هي :

1- التعرف على وجود مشكلة تتعلق بضغوط العمل : في هذه المرحلة يجب أن تقتنع المؤسسة الصحية بأن هناك مشكلة تواجهها ناجمة عن ضغوط العمل .

2- الكشف عن مسببات ضغوط العمل : ويتم ذلك عن طريق إدارة المستشفى من خلال انخراطها في العمل بغرض كشف مسببات الضغوط ، وذلك لإيجاد الحلول .

3- وضع حلول لضغوط العمل : وتعد هذه المرحلة من أهم المراحل لأنها متعلقة بوضع خطة فاعلة لحل مشكلات الضغوط ، وقد يكون من الأفضل تحديد المجالات التي سيتم التركيز عليها .

4- التنفيذ والمتابعة : وفي هذه المرحلة يتم اتخاذ الإجراءات اللازمة لتنفيذ برامج إدارة الضغوط في المدرسة من خلال لجان التنفيذ التي يتم اختيارها مع وجود لجان متابعة لضمان تنفيذ هذه الإجراءات .

ولأن الضغوط لا يمكن القضاء عليها والتخلص منها في الحياة اليومية بسهولة فإن الحل هو إدارتها الفاعلة وتحويلها إلى ضغوط إيجابية ، وفيما يلي عرض لاستراتيجية إدارة الضغوط في المنظمات كالتطبيق الجيد لمبادئ الإدارة والتنظيم ، نظم المشاركة في اتخاذ القرارات ، وضع الأهداف وتحديدتها ، الدعم الاجتماعي ، بناء فرق العمل و تفويض السلطة .

3- العناصر المؤثرة في إدارة الجودة الشاملة

أصبح موضوع إدارة الجودة الشاملة يحتل موقع الصدارة في أبحاث و كتابات ودراسات العديد من الباحثين، حيث أصبحت هذه الفلسفة بمثابة هوية العبور لأي منتج أو خدمة قابلة للاستهلاك⁶⁴⁴ ، و تعني إدارة الجودة الشاملة تحقيق تحسينات قابلة للقياس في العمليات والإجراءات بهدف حصول جميع المنظمات على شهادة الجودة آيزو 9000. وضمن هذا السياق، اقترح برنامج الأمم المتحدة⁶⁴⁵ الإنمائي إطاراً لإعادة التنظيم الهندسي للحكومات الراغبة في هذا المجال. وتأثر إدارة الجودة الشاملة على التغيير الثقافي و السلوكي للأفراد من خلال العناصر التالية⁶⁴⁶ :

⁶⁴⁴ د. مؤيد عبد المحسن الفضل- د. يوسف حجيم الطائي "إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلي المستهلك منهج كمي " الوراق -الأردن 2004 - ص13.

⁶⁴⁵ يعمل البرنامج شريكاً في تقييم تنفيذ مشروع الجودة الشاملة ومدى نجاحه، علماً بأن هذا المشروع يركّز على تحقيق رضا العملاء وتلبية حاجاتهم، وعلى العمل بروح الفريق الواحد ومشاركة الموظفين، فضلاً عن تركيزه على إقامة هياكل تنظيمية تتصف بالانفتاح أو المرونة.
⁶⁴⁶ مصطفى محمد سعيد سالم " إدارة الجودة الشاملة .. و أثرها في التغيير المؤسسي " المؤتمر الوطني الأول للجودة ، 26-28 ربيع الأول 1425هـ.

■ وضوح الغرض

يمكن من فهم رؤية و رسالة المستشفى، يدرك الحقوق و الواجبات و التوجهات العامة للمستشفى و يعرف ما يتوقع منه من أعمال ، لأن فهم العاملين لأسباب و أنظمة التقييم بمفهوم واحد و عدم وجود أي سوء فهم أو سوء استخدام يمكن أن يؤدي الي الفشل في تحقيق الأهداف ، و أن يحتوي نظام التقييم على مؤشرات واضحة و مفهومة لكل المستويات الإدارية و المشرفين و العاملين بنفس المستوى الإداري أو نفس المهنة⁶⁴⁷.

■ المشاركة

تتضمن المشاركة⁶⁴⁸ مزايا عديدة من بينها شعور الأعضاء بالمكانة و الأهمية ، و تقبلهم لعمليات التغيير و زيادة الكفاءة في الأداء و تحسين الإنتاجية و التوصل إلي قرارات فعالة نتيجة الاستفادة من خبرات العديد من الأفراد⁶⁴⁹ ، و تتمثل أيضا في مسؤولية إعلام الزبائن المرضى أو مرافقيهم بشروط السلامة لتحقيق الحماية الجماعية⁶⁵⁰ ، حيث أن إتاحة الفرصة للعاملين للمساهمة بأفكارهم و تشجيعهم لتحمل المسؤولية من شأنها تقوية الروابط و إيجاد الجو النفسي و الاجتماعي البناء في بيئة العمل. وقد أوضحت الدراسات أن المشاركة تعمل على زيادة الانتماء التنظيمي لدى الأفراد بشكل أكبر بحيث يدركون أن ما يواجهه المنظمة من مشكلات هو تهديد لهم ولأمنهم ولاستقرارهم الأمر الذي يؤدي لتقبلهم لروح المشاركة برغبة و بروح معنوية عالية بما يؤدي في النية لرفع درجة انتمائهم التنظيمي للمنظمة الإدارية التي يعملون بها .

■ التعريف و التقدير

قد تنشأ الأزمات الكبرى بسبب عدم الاعتراف و التقدير ، و كل الدراسات التي أجريت في هذا المجال تؤكد على ذلك⁶⁵¹ ، الإعلام و الإعلان عن الأعمال الجيدة و إبداعات و تميز الموظفين، بالإضافة إلى مكافئة الجهود الفردية و الجماعية للمبدعين و المميزين.

⁶⁴⁷ د. صلاح محمود ذياب " إدارة المستشفيات و المراكز الصحية الحديثة " المرجع السابق – ص 302.

⁶⁴⁸ هي اندماج الفرد العقلي و العاطفي في عمل الجماعة بعد أن تتيح له الجماعة التي هو عضو فيها الفرص للمساهمة في الأهداف و المشاركة في المسئوليات

⁶⁴⁹ د. عبد الحميد عبد الفتاح المغربي " المهارات السلوكية و التنظيمية لتنمية الموارد البشرية " المكتبة العصرية – مصر - 2007 . ص 51.

⁶⁵⁰ Gaetan Gibeault , Olivier Gauthey , Xavier Bernard « Les clés de la santé – sécurité au travail – Principes et méthodes de management » AFNOR ,2004. P207.

⁶⁵¹ Jacques – Antoine Malarewicz « Gérer les Conflits au travail » Village Mondial – Pearson Education France , Paris 2004. P25- P26.

■ تمكين العاملين

إن تمكين العاملين هو الصيغة التي تتردد مؤخرا في مجال تطور الفكر الإداري بعد أن تحول الاهتمام تماما من نموذج منظمة التحكم و الأوامر Command and Control Organization إلي ما يسمى الآن بالمنظمة الممكنة Empowered Organization⁶⁵². لقد أثبتت التجارب أن الحاجة إلي الإعداد والتكليف للأفراد حسب درجة أهمية المنصب و الدور الذي يقوم به في المنظمة⁶⁵³، كما تتطلب عملية التمكين التكوين و التدريب في مقر العمل⁶⁵⁴ لكي يتأقلم من ناحية و يحمي نفسه من الحوادث الممكنة الوقوع من ناحية أخرى. فالإدارة الفعالة في الجودة الشاملة هي التي تخلق الاهتمام الكبير لدى العاملين بأعمالهم ووظائفهم و الشعور بامتلاك المنظمة و هذا ما يسمى بالملكية النفسية، فالتمكين هو الرفع من قدرة الموظف على اتخاذ القرارات بنفسه و بدون إرشاد الإدارة⁶⁵⁵. وتظهر الدراسات أن هناك تطابقا كبيرا بين استراتيجية التمكين و ادارة الجودة الشاملة فالفلسفتان اعتمدتا التغير الهيكلي و التنظيمي و الثقافي المتمثل في اعتماد فرق العمل و الادارة التشاركية و احلال الالتزام الداخلي بديلا عن الرقابة الرسمية⁶⁵⁶. و يتحقق التمكين بفضل التدريب و تأهيل الكوادر الطبية و الشبه الطبية ذلك عن طريق توفير برامج تدريبية عالية الجودة إما داخل المستشفى نفسها أو بأحد مراكز التدريب وذلك بهدف إمداد الكوادر الطبية و الشبه الطبية بالمهارات المطلوبة. يتميز هذا الأسلوب بمحدودية الاستثمار المطلوب و الذي يتمثل في تكلفة التدريب بينما يعيبه استحالة استجابة كل الموظفين للتدريب بنفس الدرجة، بل و احتمال فشل بعضهم في استيعاب المهارات المطلوبة. كما يعيب هذا الأسلوب أيضاً أن المتدرب يحتاج عادةً إلى بعض الوقت بعد قيامه بالتدريب من أجل صقل مهاراته الجديدة بالخبرة العملية التي تحقق أهداف التدريب.

⁶⁵² د. عطية حسين أفندي " تمكين العاملين : مدخل للتحسين و التطوير المستمر " المنظمة العربية للتنمية الإدارية - بحوث و دراسات-2003 ص.9.

⁶⁵³ د.ناصر دادي عدون " إدارة الموارد البشرية و السلوك التنظيمي - دراسة نظرية و تطبيقية " دار المحمدية العامة - الجزائر - 2004 . ص 42.

⁶⁵⁴ Gaetean Gibeault , Olivier Gauthey , Xavier Bernard « Les clés de la santé – sécurité au travail – principes et méthodes de management » AFNOR , 2004,P145.

⁶⁵⁵ محفوظ أحمد جودة " إدارة الجودة الشاملة - مفاهيم و تطبيقات " المرجع السابق - الطبعة الثانية - ص137-138.

⁶⁵⁶ زكريا مطلق الدوري / أحمد علي صالح " إدارة التمكين و اقتصاديات الثقة في منظمات أعمال الألفية الثالثة " دار اليازوري العلمية - الطبعة العربية - 2009. ص 45-46.

■ رفع المعنويات

تتأثر المعنويات في المنظمة بصورة سلبية بسبب تقليص فرص الترقية و زيادة الإستهغاءات عن العاملين و إعادة توزيع الأعمال و خفض الرواتب و غيرها من التغييرات التي تسبب التوتر و القلق للموظفين و بالتالي تؤدي إلى تدني دافعيتهم و معنوياتهم⁶⁵⁷. و تعمل إدارة الجودة الشاملة على تصحيح هذا المسار من خلال شعور الفرد في المنظمة بالثقة و الاحترام مما يولد رفع المعنويات والشعور بالروح الايجابية في العمل.

■ الجماعة و روح العمل الجماعي

تجمع الأدبيات في مجال إدارة الجودة الشاملة على مكانة العمل الجماعي ضمن فرق العمل و التي أصبحت طريقاً لأداء الأعمال⁶⁵⁸، و تتكون الجماعات من عدد من الأفراد بينهم علاقات معينة وشعور متبادل بالإنتماء إلى كيان واحد أي المنظمة و هناك العديد من الفوائد التي تعود على الأفراد من العمل في جماعات⁶⁵⁹، و ينتهج آليات واضحة للعمل الجماعي لحل المشكلات وتحسين الأعمال و ذلك بإتباع سياسة مساعدة بعضهم البعض.

■ الاتصالات الفعالة

يعتبر نظام الاتصالات الفعال بمثابة الجهاز العصبي للمنظمة⁶⁶⁰ لقد أصبحت الاتصالات واحدة من القضايا الإدارية و التنظيمية التي تكثر فيها المشكلات، و يرجع ذلك إلى الطبيعة المعقدة للاتصالات حيث لا تقتصر على إصدار الأوامر و التوجيهات و لكن تمتد لتؤثر في دوافع العاملين و مستويات طموحهم⁶⁶¹. تهدف المنظمات عامة إلى التواصل مع البيئة المحيطة بها من خلال تفاعلها المستمر مع كل المتغيرات ذات العلاقة في طبيعة عملها⁶⁶²، فالاتصالات بين الأعضاء والإدارات أو الأقسام التي يمثلونها هامة جداً حتى يتحققوا من أن جميع العاملين لديهم الفهم الكامل بأنشطة الفريق، كما يتم تبادل مؤشرات النتائج التي يتم الحصول عليها بين الفرق المختلفة داخل المنظمة سيحفز جميع الأفراد على أن يعملوا كفريق لتحقيق الهدف.

⁶⁵⁷ د . حسين حريم " إدارة المنظمات - منظور كلي " دار الحامد للنشر و التوزيع - الطبعة الأولى - 2003 . ص 176 .
⁶⁵⁸ د . عطية حسين أفندي " تمكين العاملين : مدخل للتحسين و التطوير المستمر " المنظمة العربية للتنمية الادارية - بحوث و دراسات-2003 ص45.
⁶⁵⁹ د . أحمد جاد عبد الوهاب " السلوك التنظيمي - دراسة لسلوك الأفراد و الجماعات داخل منظمات الأعمال " مكتبة الإشعاع الفنية - ص 116-117.
⁶⁶⁰ د . عبد الحميد عبد الفتاح المغربي " المهارات السلوكية و التنظيمية لتنمية الموارد البشرية " المكتبة العصرية -مصر- 2007 . ص 23.
⁶⁶¹ د . أمين الساعاتي " أصول علم الإدارة العامة - تطبيقات و دراسات على المملكة العربية السعودية " دار الفكر العربي - القاهرة - 2008 . ص239.
⁶⁶² ثامر ياسر البكري " تسويق الخدمات الصحية " دار اليازوري العلمية - الطبعة العربية 2005 . ص 231.

■ المعلومات و المعرفة و المهارة

ترتكز آليات تطبيق مفاهيم الإدارة بالمعلومات و المعرفة على قياس الانخفاض في الأخطاء الطبية ومدى التحسن في إتاحة الرعاية الطبية و إستمراريتها و متابعتها, و قياس الانخفاض في وقت إقامة المرضى بالمستشفى, و معدل الانخفاض في التداخلات الدوائية الضارة لدى المرضى , وكذلك مستوى الانخفاض في الاختلافات و التنوعات الموجودة بالممارسات الطبية, و الانخفاض في فواتير العلاج. ووفقا لهذه المنظومة يمكننا الحديث عن إدارة مختلفة للقطاع الصحي, فعلي سبيل المثال.. بدلا من البحث عن إنشاء مستشفيات جديدة تقدم خدمة متدنية الجودة, يمكننا المضي في طريق ترشيد استخدام المستشفيات المتاحة و تحسين ما تقدمه من خدمات بميزانيات اقل, وهو دور أتقنته مفاهيم الإدارة بالمعلومات و المعرفة من خلال التوظيف الجيد لتكنولوجيا المعلومات و الاتصالات, وقد أثبتت الخبرات العالمية في هذا الصدد نجاحات كثيرة بالعديد من دول العالم, حيث أمكن من خلالها تقليص المدى الزمني لدورة العلاج بالمستشفى⁶⁶³, وإعادة تخطيط الموارد بسهولة لتناسب الاحتياجات الحقيقية لكل منطقة على حدة وعلى مستوى البلاد ككل, مما جعل المستشفيات القائمة قادرة على خدمة أعداد مضاعفة من المرضى بنفس عدد أسرقتها القائمة, وهو أمر جعل العديد من الدول تعيد النظر في سياسات بناء المستشفيات, و تركز على تجويد ورفع كفاءة ما هو قائم, كبديل عن التفكير في إضافة وحدات جديدة, بما يحققه ذلك من وفر بالموارد و تقديم رعاية صحية أفضل للمواطنين, ومثل هذا السيناريو ليس مستحيلا تحقيقه في الجزائر شريطة أن نغير من تفكيرنا البيروقراطي المتخلف.

III - دور القيم في تحديد المواقف و تعديل السلوك

ازدادت الظاهرة الأخلاقية تأزما في الوقت الحاضر بسبب تطور و تغير قيم الأفراد و غاياتهم وأهدافهم في ظل التطور العالمي للمجالات الاقتصادية و السياسية و الاجتماعية , بحيث تمثل الأخلاق لدى الكثيرين بأنها بلوغ الفرد لغاياته بكل السبل على افتراض أن أفعاله تخلق وجوده تطبيقا لما يقال " الغاية تبرر الوسيلة " . و تزداد أهمية الأخلاق باعتبارها أحد العوامل المحددة في نوعية و طبيعة القرارات المتخذة من طرف المنظمة⁶⁶⁴ و كما أفاد دافت 2003 Daft , أن تلك

<http://hosamerd.blogspot.com/2006/11/blog-post.html>

⁶⁶³ غطاس جمال محمد

⁶⁶⁴ Drucker Peter F. 1957 « La Pratique de la Direction des Entreprises » Les Editions D'organisation paris. P 205.

الظاهرة قد أخذت تطفو على السطح بسبب صعوبة تحديد السلوك الصحيح من الخاطئ⁶⁶⁵. ومن المتوقع أن ينال موضوع القيم و الأبعاد الأخلاقية في أداء المنظمات و أنشطتها وعملياتها اهتماما أكبر في المستقبل ، و ذلك نتيجة لبعض الأزمات الخطيرة التي سببتها و لا تزال تسببها بعض المنظمات . وستواجه المنظمات ضغوطات متزايدة على المستويين الداخلي⁶⁶⁶ و الخارجي⁶⁶⁷ ، وما يساعدها على التعامل مع هذه الضغوط هو تبني قانون أخلاقي للسلوك مع تطبيق سياسات وممارسات تعكس القيم الفاضلة و الأخلاق الحسنة و العمل على زرعها في نفوس العاملين والتمسك بها⁶⁶⁸.

و من سبل نجاح أي منظمة هو وجود أفراد قادرين على بذل الجهود المطلوبة للقيام بمختلف أنشطة العمل داخل المنظمة، و لكي يتحقق ذلك لا بد من وجود اتفاق بين أهداف المنظمة و بين الأخلاق و القيم الشخصية لغالبية هؤلاء الأفراد. لقد باتت المنظمات الحديثة تتميز بمجموعة من الصفات السلبية التي تعرقل سير العمل الإداري بها ، و لمواجهة هذه الظواهر والتي تسبب بلا شك في انخفاض الروح المعنوية للعاملين و من ثم انخفاض درجة الرضا⁶⁶⁹ الأمر الذي ينعكس سلبا على نوعية الخدمة مما دفع بالمنظمات للاتجاه نحو تطبيق برامج الجودة الشاملة و التي تستدعي إجراء مجموعة من المتغيرات في المجالات الآتية⁶⁷⁰ : الثقافة التنظيمية ، التنظيم الداخلي لإدارة الموارد البشرية و يتطلب هذا النوع من التنظيم إعادة تصميم الأدوار من خلال تحليل الوظائف.

و يتوقف نجاح عملية تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة على ثقافة المنظمة و مدى انسجامها مع هذا المفهوم لتحقيق المواطنة التنظيمية ، فمن أهم العوامل الرئيسية لنجاح و فعالية أي تنظيم هو وجود الطاقات الإبداعية من الأفراد العاملين فيه ، حيث يعتمد نجاح و فعالية و كفاءة هذه التنظيمات على مدى استعداد هؤلاء الأفراد للعمل بكفاءة و دقة و إتقان من اجل نجاح هذا التنظيم لهذا فان فعالية الأفراد لا تعتمد فقط على الإعداد و التدريب و التطوير فحسب بل تعتمد بقدر اكبر على درجة و مستوى انتماء هؤلاء للتنظيمات التي يعملون بها⁶⁷¹. كما أكد الكثير من الباحثين أن زيادة الإنتاج في المصانع اليابانية مقارنة مع المصانع الأمريكية تعود في المقام الأول إلي

665 د . سعيد علي العنزي " الإدارة الصحية " دار اليازوري العلمية - الطبعة العربية - 2009 . ص 144.

666 بالنسبة للعاملين : تحسبن نوعية حياة الفرد العامل في المنظمة ، و توفير فرص النمو و التطور و تحقيق الذات و تخفيف سيطرة المنظمة عليه .

667 بالنسبة للمجتمع : تبني أهداف و توجهات و سياسات و قرارات أكثر نبلا و شفافية تجاه مصالح المجتمع و موارده و قيمه م تقاليده .

668 د . حسين حريم " إدارة المنظمات - منظور كلي " دار الحامد للنشر و التوزيع - الطبعة الأولى - 2003 . ص 328 .

669 د.محمد الصيرفي " السلوك الإداري - العلاقات الإنسانية " دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر - الطبعة الأولى -2007. ص144 .

670 د.محمد الصيرفي - نفس المصدر- ص144-ص148؟

671 عبيد الله بن عمر العمري " بناء نموذج سببي لدراسة تأثير كل من الولاء التنظيمي و الرضا الوظيفي و ضغوط العمل على الاداء الوظيفي و الفعالية التنظيمية " مجلة جامعة ام القرى للعلوم التربوية و الاجتماعية - المجلد 16 ، العدد الأول - 2004 ، ص 119.

وجود مستوى عال من المواطنة و الانتماء التنظيمي عند العاملين اليابانيين⁶⁷² ، لذا تحاول الإدارة في التنظيمات الحديثة بقدر الإمكان تنمية العلاقة بين التنظيم و الأفراد المنتمين إليه و ذلك بهدف استمرارهم فيه و خاصة أولئك الذين لديهم مهارات و خبرات و تخصصات هامة ، كما تهدف أيضا إلى تنمية مشاعر الولاء التنظيمي لديهم⁶⁷³ .

و يعتبر نجاح العديد من المنظمات الاستشفائية دليلا واقعا على فعالية إدارة الجودة الشاملة و ذلك بتطبيق مجموعة من القواعد كرسم و وضوح الرسالة العامة و العمل على تطبيقها و تثقيف جميع العاملين حول دور الجودة الشاملة⁶⁷⁴ في التقليل من الصعوبات و الفائدة المتحصل عليها من طرف الجميع لان الشمولية و التكامل هو من أهم مطالب تطبيق الجودة الشاملة.

1- تحديد الإطار المفاهيمي لكل من القيم و الأخلاق

لقد ظل الاقتصاد منذ آدم سميث إلى حد الآن يتجاهل الأخلاقيات بقدر كبير أولا و يركز على فكرة الإنسان العقلاني الرشيد الذي يجب أن يختار القرار الرشيد الذي هو المعادل المحايد للكفاءة ثانيا . و فيما يتعلق بتجاهل الأخلاقيات فان الاقتصاديين حاولوا إنكار الإيثار و الغيرية و تفسير السلوك الإنساني عموما و ضمنه الأخلاقي بالمصلحة الذاتية ، لذا لا بد من مرحلة جديدة من المصالحة بين الاقتصاد و الأخلاقيات لكي يكون الاقتصاد أكثر أخلاقية و تكون الأخلاقيات أكثر رشدا و كفاءة بالمنظور الاقتصادي⁶⁷⁵ .

1-1 تعريف الأخلاق و أخلاقيات الإدارة

تعتبر الأخلاق⁶⁷⁶ جزء من الفلسفة تقوم بدراسة أسس الأخلاق ، وجميع قواعد السلوك ، و أخلاقيات مهنة الطب : أخلاقيات علم الأحياء⁶⁷⁷ . فقد أخذت تعاريف عديدة ليس بينها كبير الاختلاف ، فقد عرفها قاموس وبستر Webster بأنها التصرف بشكل منضبط مع ما هو جيد و ما

⁶⁷² آدم غازي العنبي " أثر الولاء التنظيمي و العوامل الشخصية على الأداء الوظيفي لدى العمالة الكويتية و العمالة العربية الوافدة في القطاع الحكومي لدولة الكويت " المجلة العربية للعلوم الإدارية - المجلد الأول ، العدد الأول - 1993 ، ص 110.

⁶⁷³ عايدة سيد الخطاب " الانتماء التنظيمي و الرضا عن العمل : دراسة ميدانية عن المرأة العاملة السعودية " مجلة العلوم الإدارية - العدد 13 - جامعة الملك سعود - الرياض - 1998 - ص 50.

⁶⁷⁴ حسين الراوي الرويلي " الجودة الشاملة في المؤسسة الخدمية " مدير إدارة الجودة - المملكة العربية السعودية -

<http://www.arado.org.eg/tqm/montada/QNPSO.doc>

⁶⁷⁵ P.Groenewegen (Ed) (1996) : Economics and Ethics , Rutledge , London , pp13 and 37.

مأخوذ من مرجع : د . نجم عبود نجم " أخلاقيات الإدارة و مسؤولية الأعمال في شركات الأعمال " مؤسسة الوراق - عمان ، الطبعة الأولى 2006 ص 15.

⁶⁷⁶ جاءت في اللغة العربية من جمع خُلِقَ ، و الخُلُق هو المُرُوءة و الالتزام بالقيم و المعيار الصائب ، أما في اللغة اللاتينية فمصطلح مشتق من كلمتي و التي يقصد بها المبادئ الخُلُقِيَّة.

⁶⁷⁷ Jacques Benoit « Pédagogie de l'Ethique - le Coeur du développement durable est le développement durable du cœur » Editions management & société - ems - 2005 ;P41.

هو سيء أو ما هو صحيح و غير صحيح وفقا للالتزامات و الواجبات المحددة سلفا ، و هي مجموعة من القواعد و العادات و التقاليد و أنماط مختلفة من السلوك الأخلاقي المقبولة من المجتمع أو المنظمة التي تحكم تصرفات الأفراد بعمل الشيء الصحيح منذ الوهلة الأولى لتقليل حالات الفشل في أي منظمة كانت⁶⁷⁸ و ترتبط ظاهرة الأخلاق ارتباطا وثيقا بما ينتج من ظواهر سلبية في المجتمع كالفساد و الانحلال الخلقي.... الخ. و تواجه إدارة المستشفيات اليوم معضلات أخلاقية من جراء تعاملها مع العاملين و المجتمع. فقضايا الرشوة و التزوير ، التواطؤ و المحسوبية ، قضايا التلاعب بمعدلات الانجاز و التأجيل المتعمد و كل ما يدخل في موضوع الفساد الإداري يعتبر قضية أخلاقية بالدرجة الأولى⁶⁷⁹. و يكون من الصعب إصلاح الفساد في حالة انتشاره - فهو أحد مظاهر إخفاق المؤسسات⁶⁸⁰ - فيتحول إلي سلوك مستقر و متعارف عليه و بدلا من أن يقاومه الضمير العام يتغاضى عنه و يعمل على مجاراته⁶⁸¹ و هنا تكمن الخطورة بتغير السلوك الأخلاقي.

و تعرف أخلاقيات الوظيفة من المواضيع المهمة في الفكر الإداري و أصبحت جزء من السياسات الرسمية و الثقافة الغير الرسمية في العديد من المنظمات⁶⁸² بأنها مجموعة القواعد و المعايير القيمية و التقاليد و الاعتبارات السلوكية التي يفترض بالعاملين في المنظمات الصحية (المستشفيات) التمسك بها و التصرف من خلالها في عمله ، و تحديد الأسلوب المرضي للتعامل مع الزبائن (المرضى و مرافقيهم و ذويهم) ، فضلا عن المعاملة الطيبة و المبدئية مع الآخرين من مدراء ، زملاء ، مرؤوسين و على قدر كبير من الثقة و الصدق و الإخلاص⁶⁸³. و تتأثر أخلاقيات الوظيفة بالقيم و العادات و التقاليد الاجتماعية السائدة و القوانين و التشريعات النافذة ، فضلا عن العوامل الموقفية التي تواجه المنظمة في المجتمع المحلي و العالمي. و تلك العوامل التي تتأثر بها أخلاقيات الوظيفة تحدد ما ينبغي أن تكون عليه علاقات المدراء ، العاملين بكل من الأفراد الآخرين بالمنظمة و خارجها من زبائن و مجهزين.

⁶⁷⁸ د. مهدي السامرائي " إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي و الخدمي " دار جرير - الطبعة الأولى - 2007. ص 353.
⁶⁷⁹ د. أمين الساعاتي " أصول علم الإدارة العامة - تطبيقات و دراسات على المملكة العربية السعودية " دار الفكر العربي - القاهرة - 2008. ص 392..
⁶⁸⁰ تقرير التنمية الانسانية العربية " الفساد و التنمية - مكافحة الفساد من أجل الحد من الفقر ، تحقيق أهداف الإنمائية و تعزيز التنمية المستدامة " 2008 -
⁶⁸¹ "http://www.pogar.org/publications/finances/anticor/Corruption-and-Development-Primer-08a.pdf"
⁶⁸² د. حسنين المحمدي بواوي " الفساد الإداري - لغة المصالح " دار المطبوعات الجامعية - الإسكندرية - 2008. ص 27.
⁶⁸³ زكريا مطلق الدوري / أحمد علي صالح " إدارة التمكين و اقتصاديات الثقة في منظمات أعمال الألفية الثالثة " دار اليازوري العلمية - الطبعة العربية - 2009. ص 249.
⁶⁸³ د. سعد علي العنزي " الإدارة الصحية " دار اليازوري العلمية - الطبعة العربية - 2009. ص 146.

■ مفهوم القيم

يرى العلماء و الباحثين أن القيم هي المرشد الأساسي في توجيه التصرفات و اتخاذ القرارات ، نجد أن سشاين Schein أنها عبارة عن مجموعة من المشاعر و الأحاسيس الداخلية التي تؤثر في توقعات وأنماط سلوك الأفراد تجاه مواقف مختلفة⁶⁸⁴ ، و تتضمن المواقف ثلاث عناصر هي الاتجاهات ، الأحاسيس و الاعتقادات و يسمى هذا النموذج في الأدبيات الانجلوسكسونية بنموذج ABC للمواقف⁶⁸⁵ ، و تعرف القيم أيضا على أنها اتجاهات و ميول الافراد لاوضاع معينة تحركهم في البيئة المحيطة⁶⁸⁶.

تلعب القيم و الاتجاهات و المعتقدات دورا مهما بالنسبة لإدارة الأفراد، فلا شك أنها تؤثر على دوافع و سلوك العاملين في مختلف المستويات التنظيمية⁶⁸⁷ ، و قد تختلف القيم التنظيمية في العمل مع القيم الأساسية و المواقف و الاتجاهات و العلاقات السائدة لدى الأفراد و الجماعات في المنظمة⁶⁸⁸ . و لقد ثبت من خلال الممارسة العملية أن الكثير من العادات و التقاليد الاجتماعية التي تمارس في المجتمع و لا سيما في الدول النامية تمتد إلى الأجهزة الحكومية و تتأثر بها قيادتها ، و تعتبر القيم الدينية عاملا مؤثرا في الإدارة بشكل عام و القرارات الإدارية بشكل خاص و يبدوا تأثير هذا العامل واضحا ، إذ أن الدين يعتبر عاملا فعالا في إقناع الجماهير بكثير من القرارات كتمهيد لإصدارها و تنفيذها⁶⁸⁹.

■ أنواع القيم

يتغير مضمون القيم لدى الأفراد حسب المحيط الاجتماعي و الثقافي الذي يعيشون فيه و مضمون الثقافة ، و يقول الفيلسوف الألماني " سبرينجر " E. Spranger " ربما تكون دراسة الإنسان أجدر من أي علم آخر و انه لمن العجيب أن تقوم على مدى العصور بعمل تصنيفات جيدة الإعداد

⁶⁸⁴ د. عبد الحميد عبد الفتاح المغربي " المهارات السلوكية و التنظيمية لتنمية الموارد البشرية " المكتبة العصرية - مصر - 2007 . ص 63.
⁶⁸⁵ J.Lendrevie, J.Lévy & D.Lindon « MERCATOR- Théorie et pratique du marketing » 7ème Editions – Dalloz-2003. P155-P156.

⁶⁸⁶ د . زيد منير عبوي " إدارة التغيير و التطوير " دار كنوز المعرفة – عمان – الطبعة الاولى – 2007 . ص 173.
⁶⁸⁷ صلاح الدين محمد عبد الباقي " الجوانب العلمية و التطبيقية في إدارة الموارد البشرية بالمنظمات " الدار الجامعية – 2001 . ص 62 ، 63.
⁶⁸⁸ د . زيد منير عبوي " المرجع السابق " . ص 174.
⁶⁸⁹ دنوف كنعان " اتخاذ القرارات الإدارية – بين النظرية و التطبيق " دار الثقافة – الطبعة الأولى – الاصدار السابع – 2007 . ص 299.

للعديد من النباتات و الحيوانات ... و لكن ما زلنا ننظر إلي الناس و كأنهم إنسانا واحدا⁶⁹⁰ .
و قد قام بتصنيف القيم⁶⁹¹ إلي ستة مجموعات كمايلي :

القيم الفكرية أو النظرية : و تعني مدى اهتمام الفرد بالبحث و الكشف عن القوانين التي تحكم الظواهر و الاشياء حوله بقصد معرفتها دون النظر الي قيمتها العلمية
القيم الاقتصادية و الاجتماعية : تتمثل في الاهتمام بكل ما هو نافع محققا للكسب المادي و النظر الي العالم باعتباره مصدرا لزيادة الثروة و تنميتها، اما القيم الاجتماعية اهتمام الفرد بالآخرين و تقديم العون و المساعدة لهم و النظر إليهم باعتبارهم غايات و السعي لخدمتهم.
القيم الجمالية : تتعلق بالاهتمام بتحقيق التناسق و الانسجام الشكلي و اللوني سواء كان مسموعا او مرئيا.

القيم السياسية و الدينية : تتمثل في الاهتمام بالسيطرة على الآخرين و قيادتهم و التحكم فيهم والاستثمار بممارسة عوامل الضغط عليهم. أما القيم الدينية اهتمام الفرد بعلاقة الإنسان بربه و السعي لإتباع التعاليم الدينية و وحدة هذا الكون و تأمل غايات خلقه.

■ مفهوم الاتجاهات Attitudes

لقد أشار Gorden منذ أكثر من نصف قرن الى أن الاتجاهات هي أكثر المفاهيم السلوكية المميزة⁶⁹² تلعب الاتجاهات دورا كبيرا في حياة الإنسان كدافع لسلوكه فهي أحد محددات السلوك لأنها مرتبطة بالإدراك ، الدافعية و الشخصية ، فقد عرفها كامبل Campbell على أنها تعبير عن درجة الاتساق في الاستجابة لموقف أو موضوع ما ، أما جيبسون Gibson فيعرف الاتجاه على أنه شعور أو حالة استعداد ذهني ايجابية أو سلبية مكتسبة من خلال الخبرة و التجربة و الذي يحدث تأثيرا في استجابة الفرد نحو الناس و الأشياء و المواقف⁶⁹³ . فهي ميل أو استعداد ذهني و عصبي تنظمه الخبرة الشخصية و ينتج عنه تأثير محدد على سلوك الفرد. ان الاتجاه هو أحد محددات السلوك لأنها مرتبطة بالإدراك،الدافعية،الشخصية ، فهو ” ميل أو استعداد ذهني وعصبي تنظمه الخبرة

⁶⁹⁰ د . أحمد جاد عبد الوهاب " السلوك التنظيمي - دراسة بسلوك الأفراد و الجماعات داخل منظمات الأعمال " مكتبة الإشعاع الفنية - مصر - 1996 ص52-53.

⁶⁹¹ د . ناصر دادي عدون " إدارة الموارد البشرية و السلوك التنظيمي - دراسة نظرية و تطبيقية " دار المحمدية العامة - الجزائر- 2004 . ص113-114.

⁶⁹² سامر جلدة " السلوك التنظيمي و النظريات الادارية الحديثة " دار أسامة للنشر و التوزيع - الطبعة الأولى - 2009. ص73.
⁶⁹³ د.محمد الصيرفي " السلوك الإداري - العلاقات الإنسانية " دار الوفاء لدنيا للطباعة و النشر - الطبعة الأولى -2007. ص181- 182 .

الشخصية وينتج عنه تأثير محدد على سلوك الفرد⁶⁹⁴. و تعرف الاتجاهات⁶⁹⁴ بخصائصها المتعددة و المتمثلة في أنها مكتسبة (من خلال التعلم) ، تحدد ميول الفرد (اتجاه إيجابي-اتجاه سلبي) ، هي الأساس لعلاقات الفرد بالآخرين و وثيقة الصلة بالشخصية.

■ مكونات و وظائف الاتجاهات:

تتكون الاتجاهات أثناء محاولة الفرد إشباع حاجاته المختلفة و طبقا للمعلومات المتوفرة لدى الفرد عن موضوع معين ، كما أنها تعكس اتجاهات الفرد لمعتقدات وقيم الجماعات التي ينتمي إليها. ويمكن القول بان أي اتجاه شيء معين يتكون من ثلاث عناصر و التي سنشرحها تباعا⁶⁹⁵ :

1) العنصر المعرفي: cognitive component ما يتوفر لدى الفرد من معلومات وخبرة و ثقافة يساعد على تكوين معارف ومعتقدات الفرد تجاه موضوع معين وتساعد على تكوين ردات أفعاله ومشاعره وتصرفاته تجاه هذا الموضوع.

2) العنصر العاطفي و المشاعر: affective component بناء على معرفة ومعتقدات تتكون مشاعره وعواطفه و التي تظهر في شكل تفضيل أو عدم تفضيل ، حب أو كراهية، إعجاب أو عدم إعجاب ، ارتياح أو قلق ، رضا أو استياء.

3) العنصر السلوكي: behavioral component يشير إلى ميل الشخص للتصرف بطريقة معينة نحو شخص أو نحو شيء ما إما بطريقة جيدة أو عدوانية أو بأي طريقة أخرى. وقد يكون السلوك في شكل تعزيز و دفع أو عرقلة.

أما وظائف الاتجاهات تتمثل في:

1- التكيف adjustment تساعد الاتجاهات في جعل الأفراد أكثر تفاعلا مع بيئتهم ، وتساعد على التكيف مع المواقف الجديدة والمتغيرة وتجعل تصرفاتهم أكثر عقلانية (رشدا) .

2- الدفاع عن النفس ego-defensive : تسمح الاتجاهات للأفراد حماية أنفسهم من معرفة الحقائق السلبية أو غير المرغوبة عن أنفسهم.

3- التعبير عن القيم value-expressive : الاتجاهات تقدم للأفراد فرص للتعبير عن المعتقدات والقيم التي تعتبر هامة جدا بالنسبة لهم .

⁶⁹⁴ تعتبر الاتجاهات عملية معرفية ذهنية معقدة لأنها ذات أنواع متعددة و كثيرة تختلف حسب الموضوع و الشيء ، و ترتبط ارتباطا وثيقا بما يميل إليه الفرد أو يكرهه لذلك فان لها جانب انفعالي و عاطفي . كما تكتسب الاتجاهات بالتعلم و نتيجة الاحتكاك بالبيئة و الاندماج الاجتماعي لذلك فهي تخضع في تكوينها لمجموعة من العوامل كالتجارب و الخبرة الشخصية، التعاليم ، التقليد و المحاكاة و ثقافة البيئة الاجتماعية.

⁶⁹⁵ د . أحمد ماهر " السلوك التنظيمي - مدخل بناء المهارات " الدار الجامعية - 2003 . ص 216.

4- المعرفة knowledge : أي تسهيل عملية شرح وتنظيم البيئة المحيطة بالأفراد . تغيير الاتجاهات يكون نتيجة تغيير العوامل التي كونت هذا الاتجاه وعلى ذلك يستطيع المدير تغيير بعض الاتجاهات بتوفير المعلومات أو المعرفة أو الحقائق. و قابلية الاتجاه للتغيير يتوقف على العوامل الآتية:

1. طبيعة الاتجاه ذاته وخصائصه.
2. درجة بساطة أو تعقيد الاتجاه.
3. مدى التوافق بين الاتجاه الجديد وباقي الاتجاهات الأخرى التي تكون التنظيم الإجمالي للفرد.

4. صفات الشخص صاحب الاتجاه وخصائصه. إن الاتجاهات بطيئة التغيير وهي مشاعر غامضة فالإنسان أحيانا قد لا يعرف مشاعره الخاصة.

5) الشخصية personality : عبارة عن نموذج متفرد من العمليات السلوكية والعقلية التي تميز الفرد . وهي تظهر على شكل مجموعة من الصفات والميول الثابتة نسبيا والتي تكونت نتيجة لمجموعة من العوامل : الثقافية , الاجتماعية , الوراثية , الاسرية . وهناك حقيقة يجب ان يضعها المدير في الاعتبار بالنسبة لموضوع الشخصية وهي : ان الفرد يلتحق بالعمل في المنظمة في مرحلة تكون فيها شخصيته قد تكونت ونمت بدرجة كبيرة من خلال الوراثة والأسرة والبيئة التي عاشت فيها ... وغيرها .

■ تغيير و قياس الاتجاهات

تشير الدراسات و البحوث إلى أن تغيير الاتجاهات يعتمد بدرجة كبيرة على قدرة الشخص على إقناع الآخرين بمعلومات معينة ، و بناء مشاعرهم و تقوية ميولهم السلوكية تجاه شيء جديد ، ويكون نتيجة تغيير العوامل التي كونت هذا الاتجاه وعلى ذلك يستطيع المدير تغيير بعض الاتجاهات بتوفير المعلومات أو المعرفة أو الحقائق ، و يسمى بالقائم بالإقناع / Communicator Persuader⁶⁹⁶ و قابلية الاتجاه للتغيير يتوقف على العوامل الآتية:

- طبيعة الاتجاه ذاته وخصائصه.
- درجة بساطة أو تعقيد الاتجاه.
- مدى التوافق بين الاتجاه الجديد وباقي الاتجاهات الأخرى التي تكون التنظيم الإجمالي للفرد.
- صفات الشخص صاحب الاتجاه وخصائصه.

⁶⁹⁶ د . أحمد ماهر " السلوك التنظيمي - مدخل بناء المهارات " الدار الجامعية - 2003 ص 218 .

إن الاتجاهات بطيئة التغيير وهي مشاعر غامضة فالإنسان أحياناً قد لا يعرف مشاعره الخاصة. و يتم قياس الاتجاهات عن طريق:

1) المسح الشامل لاتجاهات الأفراد.

2) إجراء اختبارات (مقال أو اجابة قصيرة أو نفسية)

3) استخدام المقاييس. حيث قام علماء النفس بوضع مقاييس للتعرف على نوع الاتجاه

(سليبي-إيجابي) ودرجته . من أهمها :مقياس ثرستون ،مقياس بوجاردس ، مقياس ليكرت.

لقد بدأ الاهتمام في الآونة الأخيرة ينصب على دور القيم في تحديد السلوك و تأثير ذلك على أداء المنظمات ، و يتفق معظم الدارسين في هذا الميدان على أن هيكل القيم الشخصية للفرد يعد عاملاً من العوامل التي تؤثر على سلوكه في العمل⁶⁹⁷ ، و تحقق التربية و السلوك الفردي و الجماعي درجات عالية من الالتزام بقوانين و ضوابط الكود الأخلاقي⁶⁹⁸ و السعي نحو بناء العلاقات الاجتماعية في داخل المنظمة الواحدة مما يعزز أسس الثقة و المودة بين العاملين⁶⁹⁹ ، و هذا أساس نجاح التجربة اليابانية. و تواجه إدارة المستشفيات اليوم معضلات أخلاقية من جراء تعاملها مع العاملين و المجتمع ، و التي تستلزم منها الجرأة في اتخاذ قرارات جديده بصدد⁷⁰⁰.

1-2 مفهوم الانتماء التنظيمي

يعتبر الانتماء أحد الأهداف الإنسانية الذي تسعى جميع المنظمات لبلوغه لما له من أثر فعال في استمرارية العمالة واستقرار العمل فضلاً عن تنمية الدوافع الإيجابية لدى العاملين وزيادة رضاهم . وقد تناولت العديد من الدراسات العربية فكرة الانتماء التنظيمي⁷⁰¹ organizational commitment في الفكر الإداري المعاصر كتعبير على مدى الإخلاص والاندماج والمحبة التي يبديها الفرد تجاه عمله وانعكاس ذلك على تقبله لأهداف المنظمة التي يعمل بها وتفانيه ورغبته القوية وجهده المتواصل لتحقيق تلك الأهداف. وقد عرف الانتماء التنظيمي باللغة الإنجليزية بطرق متعددة تبعاً لخلفيات الباحثين المختلفة ويعتبر تعريف مووداي و زملائه (Mowday et al.) من أبرز التعريفات

⁶⁹⁷ د. أحمد جاد عبد الوهاب " السلوك التنظيمي - دراسة لسلوك الأفراد و الجماعات داخل منظمات الأعمال "مكتبة الإشعاع الفنية - ص 51 .

⁶⁹⁸ د. فريد راغب النجار " التنمية الإدارية "الدار الجامعية - الإسكندرية - 2008 - ص145.

⁶⁹⁹ د. خضير كاظم حمود " إدارة الجودة الشاملة " دار المسيرة - عمان ، الأردن - الطبعة الثالثة - 2007 - ص 42.

⁷⁰⁰ د. سعيد علي العنزي " الإدارة الصحية " الطبعة العربية - عمان - 2009 . ص 149 .

⁷⁰¹ هو استثمار متبادل بين الفرد والمنظمة باستمرارية العلاقة التعاقدية بينهما يترتب عليه سلوك الفرد سلوكاً يفوق السلوك الرسمي المتوقع منه من جانب المنظمة ورغبة الفرد في إعطاء جزء من وقته وجهده من أجل الإسهام في نجاح واستمرار المنظمة والاستعداد لبذل مجهود أكبر والقيام بأعمال تطوعية وتحمل مسئوليات إضافية.

التي استخدمت على نطاق واسع في الأدبيات والدراسات السابقة فقد عرفوا الانتماء التنظيمي على أنه قوة ارتباطية تتعلق باندماج الفرد واستغراقه في منظمته الخاصة⁷⁰². فالانتماء التنظيمي مختلف تماماً عن مفهوم الرضا عن العمل فالفرد قد يكون راضياً عن عمله ولكنه يكره المنظمة التي يعمل فيها ويود ممارسة نفس العمل في منظمة أخرى وبالعكس قد يحب الفرد العمل في منظمة معينة ولكنه يكره العمل الذي يمارسه . و يوجد العديد من الدراسات التي حاولت بحث ظاهرة الانتماء التنظيمي سواء ما يتعلق بموضوعها أو بأسبابها أو بنتائجها أو مزيج من هذا كله لكن لا يوجد نموذج واحد يمكن القول بأنه يحيط بظاهرة الانتماء التنظيمي ومن هنا تأتي أهمية إيضاح النماذج المختلفة لظاهرة الانتماء التنظيمي حسب تطورها تاريخياً ، حيث تعتبر كتابات اتريزني 1961 من الكتابات الرائدة حول موضوع الانتماء التنظيمي حيث يرى أن السلطة التي تملكها المنظمة على حساب الفرد هي نابعة من طبيعة اندماج الفرد في المنظمة وهذا الاندماج الذي يسميه أحياناً بالانتماء أو الالتزام يمكن أن يتخذ أشكالاً ثلاثة الانتماء المعنوي⁷⁰³ ، الانتماء القائم على حساب المزايا المتبادلة⁷⁰⁴ و الانتماء الاغترابي⁷⁰⁵ ويرى اتريزني أن هذه الأنواع منفصلة عن بعضها البعض وتطبق في منظمات مختلفة ، أما ستيرز فيرى أن الخصائص الشخصية وخصائص العمل وخبرات العمل تتفاعل معاً كمدخلات وتكون ميل الفرد للاندماج بمنظمته ومشاركته لها واعتقاده القوي بأهدافها وقيمها وقبول هذه الأهداف والقيم ورغبته الأكيدة في بذل أكبر جهد لها مما ينتج عنه رغبة قوية للفرد في عدم ترك التنظيم الذي يعمل فيه وانخفاض نسبة غيابه وبذل المزيد من الجهد والانتماء لتحقيق أهدافه التي ينشدها وقد بين ستيرز في نموذج العوازل المؤثرة في تكوين الولاء التنظيمي وما يمكن أن ينتج عنه من سلوك متبعاً منهج النظم ومصنفاً العوازل والسلوك في مجموعات . و قد أكد كل من ستاو وسلانك في نموذجهما على ضرورة التفريق بين نوعين من الانتماء ، الانتماء الموقفي⁷⁰⁶ والانتماء السلوكي⁷⁰⁷ ، لكن هذه التفرقة بين

⁷⁰² أحمد عيسى سلمان ، تأثير الضغوط الوظيفية على الانتماء التنظيمي بالتطبيق على مستشفيات جامعة عين شمس ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التجارة جامعة عين شمس ، 2004، ص.78

⁷⁰³ ويمثل الاندماج الحقيقي بين الفرد ومنظمته والنابع من قناعة الفرد بأهداف وقيم ومعايير المنظمة التي يعمل بها .
⁷⁰⁴ وهو أقل درجة من حيث اندماج الفرد مع منظمته وهو يتحدد بمقدار ما تستطيع المنظمة أن تلبيه من حاجات الفرد حتى يتمكن أن يخلص لها ويعمل على تحقيق أهدافها لذلك فالعلاقة هنا علاقة نفع متبادلة بين الطرفين الفرد والمنظمة.

⁷⁰⁵ وهو يمثل الجانب السلبي في علاقة الموظف مع المنظمة التي يعمل بها حيث إن اندماج الفرد مع المنظمة غالباً ما يكون خارجاً عن إرادته وذلك نظراً لطبيعة القيود التي تفرضها المنظمة على الفرد كما هو الحال في نزلاء السجون حيث إن طبيعة اندماجهم مع هذه المنظمات عائد إلى القيود والممارسات الاجتماعية الخارجية التي تفرضها السجون على نزلائها.

⁷⁰⁶ هذا النوع من الولاء يمثل وجهة نظر علماء السلوك التنظيمي وينظر إليه على أنه يشبه الصندوق الأسود حيث إن محتويات هذا الصندوق تتضمن بعضاً من العوامل التنظيمية والشخصية مثل السمات الشخصية وخصائص الدور الوظيفي والخصائص التنظيمية وخبرات العمل وبالمقابل فإن مستوى الولاء الناجم عن هذه الخصائص يحدد سلوكيات الأفراد في المنظمة من حيث التسرب الوظيفي والحضور والغياب والجهود التي تبذل في العمل ومقدار المساندة التي يقدمها الأفراد لمنظمتهم.

النوعين من الانتماء الموقفي أو السلوكي لا بعني تميز أي منهما عن الآخر في تفسير الانتماء فكل منهما يؤثر على الآخر.

■ تأثير الإنتماء التنظيمي على الفرد والمنظمة:

تنقسم آثار أو نتائج الانتماء التنظيمي على الفرد⁷⁰⁸ إلى قسمين ، الأول ويتمثل في آثار الانتماء التنظيمي على الفرد خارج نطاق العمل وتنقسم هذه الآثار إلى نوعين : هما الآثار الإيجابية والآثار السلبية . فالآثار الإيجابية تتمثل في أن الانتماء التنظيمي يقوي رغبة الفرد في الاستمرار في العمل في المنظمة كما يجعله يستمتع عند أدائه لعمله الأمر الذي ينعكس على رضاه الوظيفي ورضاه الفرد الوظيفي يجعله يتبنى أهداف التنظيم ويعتبرها أهدافه وبالتالي يعمل جاهداً لتحقيق تلك الأهداف. وكذلك فإن آثار الانتماء التنظيمي تنعكس حتى على حياة الفرد الخاصة خارج نطاق العمل حيث يتميز الفرد ذو الانتماء التنظيمي المرتفع بدرجات عالية من السعادة والراحة والرضا خارج أوقات العمل إضافة إلى ارتفاع قوة علاقاته العائلية.

أما بالنسبة للآثار السلبية فإن الانتماء التنظيمي يجعل الفرد يوجه ويستثمر جميع طاقاته بعمله ولا يترك أي وقت للنشاطات خارج العمل وهذا بدوره يؤدي إلى أن يعيش الفرد في عزلة عن الآخرين إضافة إلى ذلك فإن العمل وهمومه تسيطر على تفكيره خارج العمل وبالتالي يصبح دائم التفكير في عمله. أما القسم الثاني فيتمثل في آثار الانتماء التنظيمي على المسار المهني للفرد ، فالموظف ذو الانتماء التنظيمي المرتفع يكون مجداً في عمله وبالتالي يكون أسرع ترقياً وتقدماً في المراتب الوظيفية ، كذلك فإن الانتماء التنظيمي المرتفع يجعل الفرد أكثر إخلاصاً واجتهاداً في تحقيق أهداف المنظمة التي يعتبرها أهدافه كما أنه يرى أن من مصلحته النهوض بالمنظمة لثقتة بأنها سوف تكافئه على ولائه وإخلاصه وأدائه المتميز.

⁷⁰⁷ هذا النوع من الانتماء يمثل وجهة نظر علماء النفس الاجتماعي وتقوم فكرة هذا الولاء على أساس العمليات التي من خلالها يعمل السلوك الفردي على تطوير علاقة الفرد وربطه بمنظمته ويوضح ذلك نظرية الأخذ والعطاء لبيكر حيث يصبح الأفراد مقيدون بأنواع خاصة من السلوك أو التصرف داخل المنظمات ذلك لأنهم خبروا في الماضي بعض المزايا والمكافآت التي ترتبت على هذا السلوك وبالتالي فإنهم يخشون أن يفقدوا هذه المزايا إذ هم أقلعوا عن هذا السلوك

⁷⁰⁸ أحمد ماهر ، السلوك التنظيمي : مدخل بناء المهارات (الإسكندرية : الدار الجامعية للنشر ، 2000)ص.231.

2 - تحقيق المواطنة التنظيمية

1-2 مفهوم سلوكيات المواطنة التنظيمية

في بداية الستينيات فرق كاتز katz (1964) بين ثلاثة أنواع من السلوكيات تكمن في تحفيز الأفراد العاملين على الالتحاق بالمنظمة والمحافظة على عضويتها، تنفيذ المهام الرئيسية لوظائفهم والقيام بأنشطة تتجاوز المهام الرسمية لوظائفهم مثل: الإسراع لمعاونة الرؤساء والزملاء عند الحاجة ، تقديم المقترحات التي تسهم في تطوير أداء المنظمة وحماية موارد المنظمة. حيث قال (Katz 1964) إن المنظمات التي تعتمد فقد على السلوك الرسمي تعتبر نظم هشة سهلة الكسر ، كما أن المنظمات يجب أن تترك جزءاً من السلوك غير محدد للأفراد حتى يكون لديهم مقدرة على التعامل مع المواقف غير المتوقعة و التي تتطلب التصرف الابتكاري من قبل الأفراد⁷⁰⁹.

و قد أشار كاتز إلى أن المنظمات التي تعتمد على قيام العاملين بمهامهم الرسمية فقط هي منظمات ضعيفة و غير قادرة على الصمود في الأجل الطويل. حيث أنه غالباً ما تحتاج المنظمات إلى قيام العاملين بمهام تتجاوز دورهم الرسمي وهو ما أطلق عليه الباحثون مؤخرًا مصطلح " سلوكيات المواطنة التنظيمية." وعلى الرغم من تنبيه كاتز لأهمية هذا النوع من السلوك التطوعي إلا أن اهتمام الباحثين به لم يبدأ إلا في الثمانينيات حيث أستخدم مصطلح سلوكيات المواطنة التنظيمية في عام 1983. و يعرف Organ سلوكيات المواطنة التنظيمية على أنها "سلوك تطوعي يقوم به الفرد يتعدى حدود دوره الرسمي ومتطلبات وظيفته و لا تشمل لوائح المنظمة الخاصة بمكافئات وترقيات العاملين" هذا و قد أشار أورجان أيضا إلى أن هذا التعريف لا يعني بالضرورة أن سلوكيات المواطنة التنظيمية مقصورة فقط على السلوكيات التي لا يشملها النظام الرسمي للمكافئات بالمنظمة حيث أن قيام العامل بسلوكيات المواطنة التنظيمية باستمرار يترك انطبعا طيبا عنه لدى رؤساءه مما يؤدي إلى حصوله على المكافئات (مثل: الترقية، العلاوة). كما أضاف أورجان أيضا بأن هذه السلوكيات يمكن أن توجه نحو الأفراد (زملاء، رؤساء) أو نحو المنظمة. أما بريقتمان و موران Brightman and Moran فيعرفان السلوكيات التنظيمية على أنها عبارة عن التزام تطوعي نحو

⁷⁰⁹ د. سعيد شعبان حامد " اثر علاقة الفرد برئيسه وإدراكه للدعم التنظيمي كمتغيرين وسيطين على العلاقة بين العدالة التنظيمية وسلوك المواطنة التنظيمي: دراسة ميدانية " كلية التجارة - جامعة الأزهر. ص 5. faculty.ksu.edu.sa/72461/Publications/

أهداف وأساليب المنظمة والعمل على نجاحها . و حسب كل من Chompookum and Derr فهي السلوكيات التي يقوم بها الفرد وتنفوق المهام المطلوبة منه.

ويرى جراهام أن سلوكيات المواطنة التنظيمية تشتمل على ثلاثة أبعاد: الطاعة و هي قبول جميع لوائح ونظم المنظمة والتوصيف الوظيفي والتدرج الرئاسي وسياسات العاملين الولاء وهو التوحد مع أفكار المنظمة وقادتها ويشمل هذا البعد أيضا الدفاع عن مصالح المنظمة والتعاون مع الآخرين لخدمة مصالح المنظمة. أما البعد الثالث المشاركة التنظيمية هو عبارة عن الاهتمام بشؤون المنظمة مثل حضور الاجتماعات وإبداء الرأي والمقترحات التي تسهم في تطوير المنظمة. ومن الناحية النظرية فان أهمية سلوكيات المواطنة التنظيمية تنبع من عدم قدرة نظم الحوافز التقليدية على التعامل معها أما من الناحية العملية، فان أهمية سلوكيات المواطنة التنظيمية تنبع في قدرتها على تطوير كفاءة وفاعلية المنظمة من خلال حماية المنظمة وتقديم المقترحات الأزمة للتطوير.

2-2 ترسيخ سلوكيات المواطنة التنظيمية

لم يتفق الباحثون في مجال سلوكيات المواطنة التنظيمية حول ما يتضمنه هذا المفهوم من سلوكيات. ففي حين يرى سميث ورفاقه أن مفهوم سلوكيات المواطنة التنظيمية يشمل نوعين فقط من السلوكيات هما: الإيثار⁷¹⁰ altruism ، الطاعة⁷¹¹ generalized compliance نجد اورجان قد قام بتوسيع هذا المفهوم ليشمل: الإيثار، الكياسة⁷¹² courtesy ، تشجيع الغير cheerleading ، حفظ النظام peacekeeping ، الروح الرياضية sportsmanship⁷¹³ ، قيم المواطنة civic virtue⁷¹⁴ ، مراعاة الضمير⁷¹⁵ conscientiousness. هذا وقد أشار ما كتري وآخرون أن المديرين يجدون صعوبة في التفرقة بين كل من الإيثار، قيم المواطنة، الروح الرياضية، مراعاة الضمير .

و سوف تتناول الباحثة العلاقة بين سلوكيات المواطنة التنظيمية وبعض المتغيرات الأخرى وتشمل: الرضا الوظيفي، الانتماء التنظيمي، دعم القائد، دعم المنظمة للعاملين ، أساليب مراقبة الأداء والعدالة التنظيمية.

⁷¹⁰ الإيثار عبارة عن سلوك موجه لمساعدة الآخرين (زملاء أو رؤساء) داخل المنظمة في أداء وظائفهم دون توقع أي مكافأة.

⁷¹¹ الطاعة هو سلوك موجه لتحقيق أهداف المنظمة كالحفاظ على موارد المنظمة.

⁷¹² الكياسة هو سلوك يهدف إلى حل المشاكل بين العاملين وبينهم وبين العملاء.

⁷¹³ الروح الرياضية رغبة الفرد في القيام بالمهام المطلوبة منه تحت أي ظروف ودون أي شكوى أو تذمر.

⁷¹⁴ قيم المواطنة سلوكيات يقوم بها الفرد بهذه المشاركة بفاعلية في المنظمة والاهتمام بأمرها (مثل: تقديم المقترحات التي تفيد المنظمة

⁷¹⁵ مراعاة الضمير هو سلوك تطوعي يعدى الحد الأدنى لمهام الدور الرسمي الذي يقوم به الفرد مثل العمل أوقات إضافية دون اجر، إتباع اللوائح بدقة.

■ الرضا الوظيفي

يعتبر الرضا الوظيفي من الموضوعات التي حظيت بأهمية كبيرة من قبل الباحثين و المختصين في مجال الإدارة و السلوك التنظيمي ، و على الرغم من أن الاهتمام كان على يد علماء النفس و ذلك منذ 1930 إلا انه يمكن القول أن هناك قدرا ضئيلا من الاتفاق حول ما تعنيه عبارة الرضا الوظيفي فيعرف "هوبك" على أنه " مجموعة من الاهتمامات بالظروف النفسية و المادية و البيئية التي تحمل المرء على القول بصدق أنني راضي في وظيفتي"⁷¹⁶ ، و هو أحد المحددات الأساسية لسلوكيات المواطنة التنظيمية حيث يعتقد أن العلاقة بين الرضا الوظيفي و سلوكيات المواطنة التنظيمية يعد أقوى من العلاقة بين الرضا و الإنتاجية⁷¹⁷ . و يعبر عن الرضا الوظيفي بالمعادلة التالية⁷¹⁸ :

الرضا عن العمل = الرضا عن (الأجر + محتوى العمل + فرص الترقية + الإشراف + جماعة العمل + ساعات العمل + ظروف العمل)

و يعتبر الرضا عن العمل احد الأمور الرئيسية للتوافق المهني ، و يقصد به تلك العملية الديناميكية المستمرة التي يقوم بها الفرد لتحقيق التوافق بينه و بين البيئة المهنية ، كما يعد الرضا الوظيفي عن مسألة مهمة بالنسبة للأفراد و المجتمعات ، فرضا الفرد عن مهنته يعتبر الأساس الأول لتحقيق التوافق النفسي الاجتماعي لأنه يرتبط بالنجاح في العمل و النجاح في العمل هو المعيار الموضوعي الذي يقوم على أساسه تقييم المجتمع لأفراده ، كما انه يمكن أن يكون مؤشرا لنجاح الفرد في جميع جوانب حياته الأخرى .

2-2 الانتماء التنظيمي Organizational Commitment

يعد مفهوم الانتماء من أكثر المفاهيم انتشارا و يعتريه الكثير من الخلط و التضارب ، فهناك من يرى الانتماء بأنه عضوية الفرد في الجماعة أي ضرورة أن يكون الفرد جزءا من الجماعة ، أما الارتباط بها فيخضع للسعي العام للفرد نفسه و هناك من يرى اشتمال الانتماء على الجانبين أي كون الفرد جزءا من الجماعة و ارتباطه بها في الوقت نفسه⁷¹⁹ .

يعتبر الانتماء التنظيمي من المتغيرات السلوكية التي بدأ الباحثون مؤخرا في الاهتمام بها و استخدامها في التنبؤ بسلوكيات المواطنة التنظيمية ، و من أبرز التعريفات التي استخدمت على نطاق واسع في

⁷¹⁶ د. محمد الصيرفي " السلوك الإداري - العلاقات الإنسانية " دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر - الطبعة الأولى -2007. ص131 .
⁷¹⁷ د. عبد الحميد عبد الفتاح المغربي " المهارات السلوكية و التنظيمية لتنمية الموارد البشرية " المكتبة العصرية - مصر - 2007 ، ص326.

⁷¹⁸ صلاح الدين محمد عبد الباقي " السلوك الفعال في المنظمات " الدار الجامعية - الإسكندرية - 2002 - ص 210 ، 211.

⁷¹⁹ محمود محمد السيد " تأثير التمكين الوظيفي على ولاء العاملين في ظل تخفيض حجم العمالة : دراسة تطبيقية على شركات قطاع الأعمال الصناعي " - المجلة العلمية للاقتصاد و التجارة - كلية التجارة بجامعة عين شمس- العدد الثاني - 2002 ، ص 430.

الأدبيات و الدراسات السابقة فقد عرفوا الانتماء التنظيمي على انه قوة إرتباطية تتعلق باندماج الفرد و إستغراقه في منظمته الخاصة⁷²⁰. و قد قام الباحثون بطرح نموذجين للانتماء التنظيمي يدعمان بشكل غير مباشر وجود علاقة معنوية بينه وبين سلوكيات المواطنة التنظيمية وهما:
النموذج الأول:وفقا لهذا النموذج يقترح شول بان الانتماء التنظيمي يعتبر عامل توازن في شأن المحافظة على الاستمرار في توجيه سلوك العاملين نحو خدمة أهداف المنظمة عندما تفشل نظم الحوافز المطبقة في ذلك. ونظرا لان سلوكيات المواطنة التنظيمية بطبيعتها هي سلوك تطوعي يفترض أن يصدر من العاملين دون توقع للمكافأة فان الانتماء التنظيمي يعد أحد المتغيرات المرشحة للتنبؤ بسلوكيات المواطنة التنظيمية.

النموذج الثاني:وفقا لهذا النموذج فان ويتنر ينظر إلى الانتماء التنظيمي من منظور المعتقدات والمعايير الداخلية للأفراد. حيث انه كلما ارتفع مستوى الانتماء التنظيمي لدى العامل كلما كان أكثر استعدادا للتضحية بالمصلحة الشخصية في سبيل تحقيق أهداف المنظمة، وكلما كان أكثر استغراقا في مشاكل المنظمة والأمور المؤثرة على مستقبلها، وكلما كان اقل اعتمادا في سلوكياته على نظم الثواب والعقاب. ونظرا لان النتائج الثلاثة السابقة تصف إلى حد كبير سلوكيات المواطنة التنظيمية فانه يمكن القول بان الانتماء التنظيمي يؤثر تأثيرا مباشرا على سلوكيات المواطنة. و يرجع الباحثين السبب في ذلك إلى أن الأفراد الذين يشعرون بمسئولية مرتفع من الرضا الوظيفي تكون حالتهم المعنوية جيدة وبالتالي فإنهم يميلون إلى انتهاج سلوكيات المواطنة التنظيمية. و وفقا لنظرية التبادل الاجتماعي فان الأفراد يميلون إلى مبادلة ما يفيدهم بالمثل. وبالتالي فان في حالة اعتبار العاملين للرضا الوظيفي كنوع من المنفعة المقدمة من المنظمة فإنهم يحاولون الرد على ذلك عن طريق سلوكيات المواطنة التنظيمية.

2-3 دعم القائد Leadership Support

يمكن تعريفه بأنه درجة المساندة التي يشعر بها الفرد من ناحية مشرفه أو رئيسه في العمل وتكون هذه المساندة عن طريق التوجيه الصحيح، المعاملة العادلة، وإشعار الفرد بقيمته. فالقائد الكفء يستطيع تحسين علاقاته و اتصالاته بباقي أفراد المنظمة و يعمل على تحديد احتياجات و متطلبات

⁷²⁰ أحمد عيسى سلمان " تأثير الضغوط الوظيفية على الانتماء التنظيمي بالتطبيق على مستشفيات جامعة عين شمس " رسالة ماجستير غير منشورة - كلية التجارة جامعة عين شمس - 2004 - ص 78.

الأفراد⁷²¹. ومن أهم آثار دعم القائد ارتفاع مستوى الرضا الوظيفي للعاملين. وقد قامت بعض الدراسات باختبار العلاقة بين دعم القائد و سلوكيات المواطنة التنظيمية إلا أنها لم تتوصل إلى نتيجة محددة بهذا الشأن وفي نفس الوقت فان هذه الدراسات قد توصلت إلى انه يوجد علاقة غير مباشرة بين دعم القائد و سلوكيات المواطنة التنظيمية حيث يتوسط هذه العلاقة الرضا الوظيفي . فمثلا توصلت دراسة (Smith, et al., 1983) إلى أن دعم القائد يؤثر في الرضا الوظيفي الذي يؤثر بدوره في سلوك الإيثار (أحد أبعاد المواطنة التنظيمية). وفي نفس الوقت توصلت الدراسة إلى وجود علاقة مباشرة بين دعم القائد و سلوك الطاعة compliance. إن القيادة الإدارية الفعّالة⁷²² ضرورية جداً لتقديم الرعاية الصحية الممتازة للمرضى. ويجب أن تنبثق هذه القيادة عن مجلس الإدارة أو أي هيئة أخرى تدير وتشرف على الأمور الإدارية في المستشفى. وترتب على الإدارة العليا⁷²³ للمستشفى مسؤولية وضع رسالة واضحة. إن تعاون أعضاء إدارة المستشفى يضمن سلامة وجودة الخدمات الصحية، لذلك يترتب على الجميع أن يتفهموا رسالة المستشفى وأن يقوموا بدورهم بتفسيرها لكافة أعضاء الكادر. وتتضمن مسؤولياتهم أيضاً التحقق من أن جميع الموظفين على علم بالأدوار والمسؤوليات المترتبة عليهم وأن يتم تحديد خطوات واضحة للمسؤولية.

و يتطلب تطبيق الجودة الشاملة اللجوء إلى ما يسمى بالإدارة الجواله. بمعنى قرب الرؤساء من مواقع العمل لتحقيق التفاعل و الانسجام وتخفيف الروتين بكسر الحواجز الموجودة بين الرئيس والمرؤوس مع التمكن من اكتشاف الأخطاء قبل وقوعها أو عند حدوثها. و هنا يجب التأكيد على تدريب القادة على امتلاك القدرة على إدارة و معالجة الصراع لتحويله إلى صراع بناء و بشكل عام يمكن تصنيف القادة الإداريين في معالجتهم للصراع وفقا لتصنيف الشبكة الإدارية التي قدمها

⁷²⁴ R.&J. Mouton Black

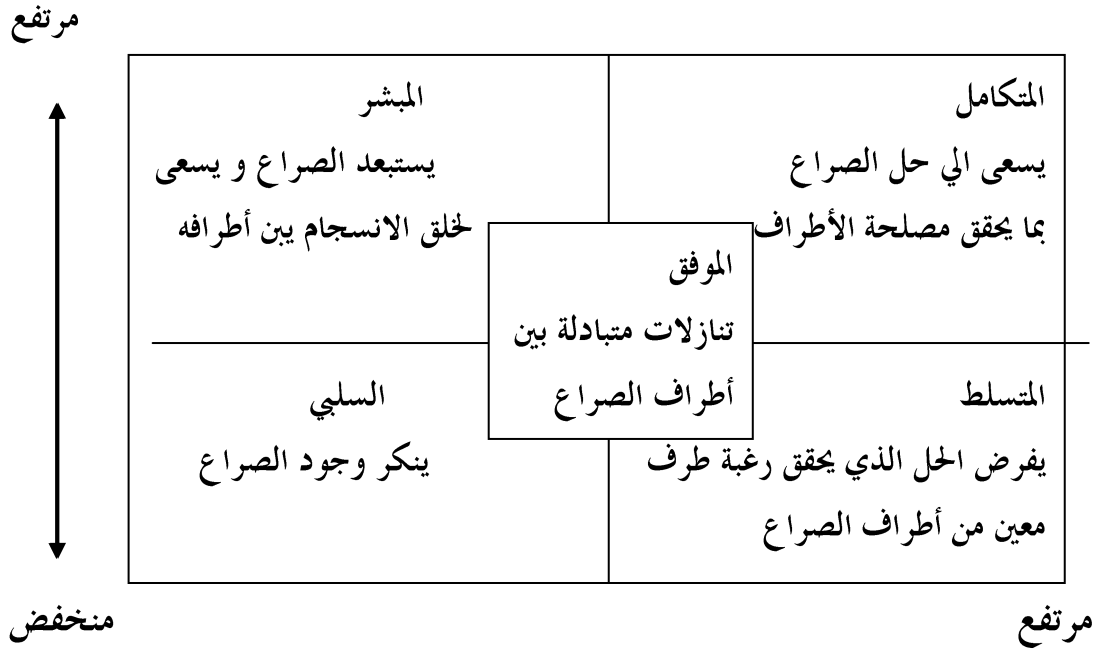
⁷²¹ حوالمف رحيمه "أهمية تكوين الإطار و دوره في رفع مستوى الأداء العام للمؤسسة - دراسة حالة : الشركة الوطنية للكهرباء و الغاز " رسالة ماجستير غير منشورة - 1998. ص 99.

⁷²² تعتمد القيادة الإدارية الفعّالة على إتقان مجال عريض من المهارات بدءا من تنفيذ العمليات وإدارتها وانتهاء بالهام الآخرين لتحقيق التميز. ففي ظل التغييرات الحادة التي حدثت بنهاية القرن العشرين حيث أحدثت التكنولوجيا المتطورة ثورة كبيرة في المعلومات والاتصالات وأدى ذلك إلى اختلاف طريقة أداء الأعمال من جانب وطريقة التخطيط والتنظيم والرقابة من الجانب الآخر. وعلى صعيد آخر أدى تحرير التجارة عالميا والتوجه إلى العولمة بخطوات ثابتة وانتشار ظاهرة الاندماجات والتكتلات الاقتصادية إلى زيادة المنافسة الشرسة التي تواجهها القيادة الإدارية على المستوى المحلي والعالمي.

⁷²³ تتألف إدارة العليا من المدير العام والمدير الطبي ورئيسة التمريض والكادر الإداري والكادر الطبي و الشبه الطبي.

⁷²⁴ د. عمر وصفي عقيلي /د. عبد المحسن نعساني " تحويل الصراعات لقوة منتجة " ندوة ضغوط العمل و الصراعات - المنظمة العربية للتنمية الإدارية - 2006 - ص 9.

الشكل رقم 17: مختلف أنماط القادة الإداريين



4-2 دعم المنظمة للعاملين Organizational support

يمكن تعريف الدعم التنظيمي بأنه: شعور عام بمدى تقدير المنظمة للعاملين بها ورعاية مصالحهم. وفقا لنظرية التبادل الاجتماعي social exchange theory . فانه عندما تقدم المنظمة الدعم والمساندة للعاملين بها يقوم هؤلاء العاملين في المقابل بسلوكيات تفيد المنظمة مثل سلوكيات المواطنة التنظيمية. وقد توصلت الدراسات إلى وجود علاقة مباشرة بين الدعم التنظيمي وسلوكيات المواطنة التنظيمية.

5-2 أساليب مراقبة الأداء Methods of Monitoring

يمكن تعريف أساليب مراقبة الأداء بأنها: السلوكيات المرتبطة بجمع البيانات الخاصة بالأداء وتشمل أربعة أساليب هي العينات أي ملاحظة العاملين خلال أداء وظائفهم باستخدام العينات ، التقارير بمعنى مراجعة النتائج التي تم التوصل إليها عن طريق التقارير و التقارير الشخصية التي يقدمها العاملون حيث يتم مناقشتها فرديا أو خلال الاجتماعات مع المصادر الثانوية التي يقصد بها مناقشة أداء العاملين من خلال زملائهم . و قد توصلت الدراسات إلى وجود علاقة إيجابية بين المراقبة وبين سلوكيات الدور الرسمي في حين أنها ترتبط بعلاقة سلبية مع سلوكيات المواطنة التنظيمية أي أنها تؤدي إلى تقليل هذه السلوكيات. و يرجع السبب في ذلك إلى أن هذه الأساليب تمثل رقابة

مباشرة على العامل من قبل المشرف مما يؤدي إلى تقليل شعور العامل بالحرية والمسؤولية الشخصية مما يؤدي بدوره إلى تخفيض الجهود المبذولة وعدم المشاركة في السلوكيات التطوعية مثل سلوكيات المواطنة التنظيمية.

و من ناحية أخرى فإن أساليب المراقبة المباشرة من قبل المشرف نحو العامل تعني للعامل أن المشرف يركز على أداء مهام الدور الرسمي وبالتالي يركز العامل كل جهده على أداء هذه المهام على حساب سلوكيات المواطنة التنظيمية. وبتكرار القيام بذلك يشعر العامل بان أدائه اقل من المستوى المطلوب وان المشرف يهتم فقط بأداء المهام الرسمية مما يدعو العامل إلى إهمال سلوكيات المواطنة التنظيمية لأنها سوف تعطله عن أداء الدور الرسمي مما يدفعه لتجاهلها.

2-6 العدالة التنظيمية

لقد استطاعت مفاهيم ونظريات العدالة التنظيمية اختراق أدبيات الدراسات السلوكية بصورة سريعة ومؤثرة ، وتعود جذور مفهوم العدالة التنظيمية إلى نظرية العدالة التي نادى بها (Adams 1963). وبشكل موجز فإن هذه النظرية تفترض أن الفرد يوازن ويقارن بين معدل مخرجاته إلى مدخلاته مع معدل مخرجات الآخرين إلى مدخلاتهم ، فإذا تساوى المعدلان يشعر الفرد بالعدالة ، أما إذا لم يتساوى المعدلان بسبب حصول الفرد على مخرجات أكثر من المدخلات التي يقدمها أو العكس ، فإن الفرد يشعر بعدم العدالة مما يولد لديه شعوراً بالتوتر.

الخلاصة

ليس من قبيل المصادفة أن الدول التي تتمتع بأكبر اقتصاديات و أعلى دخول على مستوى الفرد هي أيضاً الدول التي تتمتع بأعلى مستويات التعليم و أكبر كم -وكيف- من العلماء و الفنيين والخبراء في مختلف المجالات التقنية. بل إن أحد معايير التقدم و التنمية التي تتبناها الأمم المتحدة يقيس مستوى تقدم الدول بقدر ما تملكه هذه الدول من خبرات و قدرات بمجالات البحث العلمي و التطبيق التقني ، أي أن معيار القياس يشمل كم الأبحاث الجارية و عدد المهندسين و عدد الأطباء و غيرهم كما يتضمن عدد الخبراء بالمجالات الاقتصادية و الاجتماعية و نوعية خبراتهم وتميزها و ندرتها.

خلاصة القول أنه يتضح لنا مما سبق مدى أهمية السلوك التنظيمي فهو يركز على فهم وتوجيه سلوكيات وتفاعلات العنصر البشري ، والذي يعتبر أهم عناصر الإنتاج في المنظمة ، ونجاح المنظمة مرهون بنجاح تفعيل العنصر البشري وتحسين أدائه ، وبجانب هذه الأهمية يجب أن نعترف بصعوبة إدارة السلوك الإنساني، وذلك لتعدد المتغيرات التي تؤثر في هذا السلوك من ناحية ، ولعدم استقرار هذه المتغيرات المؤثرة فيه من ناحية أخرى ، وحتى تكون دراسة السلوك الإنساني داخل المنظمات صحيحة متكاملة تتم الدراسة على ثلاثة مستويات : الفرد و الجماعة و التنظيم الرسمي.

الجزء الثالث

دراسة تحليلية

للمستشفى الجامعي بتلمسان

مقدمة

تهتم الدراسة الميدانية بالمستشفيات الجامعية و التي تعتبر من أكبر المنظمات الاستشفائية لأن هذه الأخيرة تعمل على تحقيق مجموعة من المهام المختلفة : العلاج ، الوقاية ، التعليم و التدريب، البحث العلمي .. الخ .ففي ظل الإستراتيجية المطبقة كيف يمكن أن تجد كل مهمة مكانتها الصحيحة⁷²⁵ ، مما يزيد من التعقيدات و مشاكل هذا القطاع .

لقد أختير المستشفى الجامعي بتلمسان مكانا لإجراء الدراسة الميدانية كونه مستشفى تعليمي كبير، يتميز بـكبر حجم الكوادر الطبية و الشبه الطبية العاملة به و تنوع خبراتها و مهاراتها ، بالإضافة إلي الكم الهائل من المرضى المنومين داخل المستشفى. و تعتبر المشاكل التي تواجه المستشفى الجامعي بتلمسان صورة يمكن تعميمها على كل المستشفيات الجزائرية في صعوبة تسييره، تدني مستوى الخدمات الصحية المقدمة به، وعدم انسجام تركيبته البشرية و تناقضاته الداخلية مما يعكس صورة الوضعية الحرجة التي تتخبط فيها المستشفيات بالجزائر. و تعتبر عملية التقييم الذاتي عملية صعبة! لأن هناك ميل طبيعي ومفهوم " لإخفاء " النواقص، ولذلك على إدارة المستشفى أن تنشر توقعاتها بأن تتم هذه العملية بدرجة عالية من الصدق والأمانة. إن خصوصية المرافق الصحية بما فيها المستشفيات هي أن المريض يتلقى الخدمة في الوقت ذاته أي في الوقت الحقيقي لهذه الخدمة ، لا يمكن التحقق منها قبل إعطائها للمريض ولا حتى للتفتيش قبل إصدارها. و هذا ما يجعل المستشفى وجميع الموظفين يواجهون المشاكل بعد عرض الخدمة الصحية لأن المستهلك (المريض) يتلقى الخدمة كما كانت منتجة في حينها.

لقد ركزت دراستنا في هذا الجزء الأخير على ضرورة التعريف بالمستشفى الجامعي بتلمسان ومحاولة التعرض الي كل السلبيات و النقائص من خلال عرض دراسة حقيقية عن موقف كل من منتج الخدمة الصحية و مستهلكها و التي تفسر الانطباع لقياس درجة الرضا عن الخدمة و الوفاء للمؤسسة محل الدراسة.إن النتائج المتوصل اليها في هذا الفصل رغم حدتها فلم تكن بغرض التقليل من شأن هذا الصرح الصحي و العلمي الذي يسعى بكل طاقاته الي تقديم مستوى جيد و إنما حُباً فيه و في الوطن من أجل رفع مستواه و تحسين صورته و نحن نطالب دائما بالمزيد.

⁷²⁵ Michel Chanteur « Le projet d'établissement dans la loi Hospitalière : Une illustration avec le cas des hospices civils de Lyon » papier du Colloque : Management Innovant de l'Hôpital- 2006- P 19

الفصل الأول

المستشفى الجامعي بتلمسان

واقع و آفاق

مقدمة :

يعتبر المستشفى الجامعي بتلمسان "مصطفى دمرجي" من أقدم و أكبر المستشفيات الموجودة على المستوى المحلي و الوطني ، يعود تاريخ إنشائه إلى الحقبة الاستعمارية ، حيث أنشئ المستشفى على مساحة واسعة و بعيدة عن السكان، و لكن مرور أكثر من نصف قرن غير من ملامحه و غير أيضا من التوزيع الجغرافي للمباني و السكان.

يعتبر هذا الصرح الصحي من بين 13 مركز استشفائي جامعي موزع على التراب الوطني (أنظر الملحق رقم 2-ج) ويعتبر من أكبر المستشفيات الموجودة على المستوى الولاية ، وهو المستشفى الوحيد الذي يحتوي على مختلف التخصصات الطبية بالولاية⁷²⁶، ويوجد إلى جانبه مستشفيات صغيرة⁷²⁷ موجودة بدوائر ذات كثافة سكانية معتبرة (كمستشفى مغنية، مستشفى أولاد ميمون، مستشفى سبدوا و مستشفى ندرومة⁷²⁸.. الخ) و لكن رغم وجود هذه المستشفيات إلا أنها لا تحتوي على تخصصات دقيقة، مما يجعل ضرورة وجود نظام الإحالة ، و يعيش المستشفى الجامعي حالة ضغط من جراء تدفق العديد من الحالات الصعبة من مختلف أرجاء الولاية و كذا من ولايات أخرى مجاورة (البيض، بشار، غليزان... الخ) . إن الهياكل الموجودة بالمستشفى هي هياكل قديمة ولا تتناسب مع المعايير الصحية وذلك بسبب قدم المباني و بعض المعدات التي ورثناها عن الاستعمار الفرنسي.

⁷²⁶ تعتبر ولاية تلمسان من الولايات الشاسعة و المترامية الأطراف، تتكون من 53 بلدية أغلبيتها تبعد عن وسط المدينة أين يقع المستشفى بين 35 كلم و 100 كلم.

⁷²⁷ هذا النوع من المستشفيات تسمى بالمستشفيات العامة لأنها لا تتضمن كل التخصصات و لا يوجد بها أطباء إستشفائيين.

⁷²⁸ تم افتتاح مستشفى ندرومة مؤخرا في السادس الأول من السنة الجارية 2009.

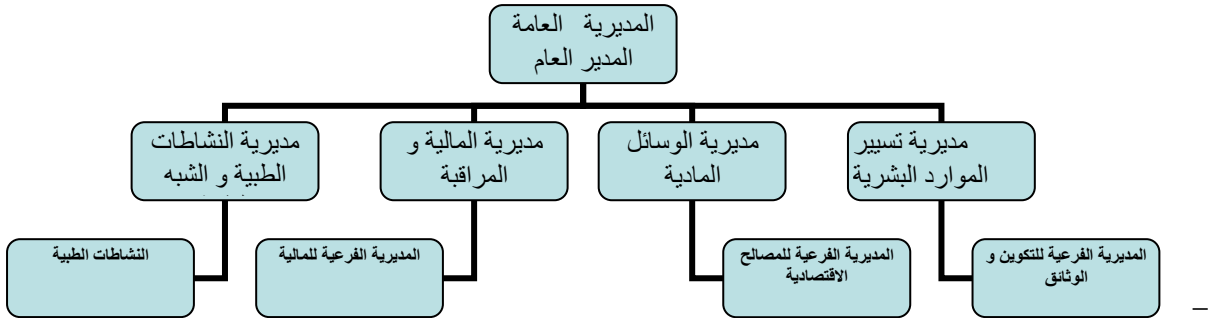
المبحث الأول : تقديم المستشفى الجامعي بتلمسان

I - الهيكل التنظيمي للمستشفى الجامعي

المستشفى هو المؤسسة العمومية التي تمتلك استقلالية في عملية التسيير لتمكينه من السيطرة على مستقبلها⁷²⁹. وتتوقف عملية اختيار الهيكل التنظيمي لأي منظمة كانت على مجموعة من العوامل كإستراتيجية المستشفى و حجمها لأنه كلما زاد الحجم كلما ازداد مبدأ التخصيص في العمل⁷³⁰. و يتكون الهيكل التنظيمي للمستشفى الجامعي بتلمسان (أنظر الملحق رقم 1- أ) من المديرية العامة و أربعة مديريات أساسية مثل ما يبينها الشكل التالي و هي :

- مديرية تسيير الموارد البشرية
- مديرية الوسائل المادية
- مديرية المالية و المراقبة
- مديرية النشاطات الطبية و الشبه الطبية

الشكل رقم 18: الهيكل التنظيمي للمستشفى الجامعي - تلمسان -



المصدر : وثائق المستشفى

⁷²⁹ Jean De Kervasdoue « « La Santé Intouchable - Enquêtes sur une crise et ses remèdes » Editions JC Lattès 1996. P245.

⁷³⁰ د. زاهر عبد الرحيم عاطف " هندرة المنظمات - الهيكل التنظيمي للمنظمة " دار الراية للنشر و التوزيع - عمان - الأردن - 2009. ص

1- المصالح الادارية

1-1 مصلحة الوسائل المادية Direction des Moyens Matériaux

مهمة هذه المصلحة تحديد أحسن الوسائل لتنظيم عملية إنتاج الخدمات و توزيعها بغرض تخفيض التكاليف الإجمالية لتحقيق هدف معين للحصول على رضا الزبون (المريض)⁷³¹ ، و إرساء التحكم والترشيد في مشتريات المستشفى التي تشكل أداة قوية لاستعادة و السيطرة على السوق الداخلية في ظل قطاع تهيمن الشركات المتعددة الجنسيات على إنتاجه و وارداته⁷³². فعندما تعرض الاقتصاديين إلى مشكل الأسعار في المجال الصحي، اهتموا بقضية أسعار المنتجات التي تدخل في تكوين النظام الاستشفائي ، و نعلم أننا نواجه صعوبات سواء من الناحية النظرية أو التطبيقية لتحديد الأسعار الاستشفائية⁷³³

إن عملية تحليل الأسواق الصحية و التي تتعامل معها المستشفيات لتزويد نفسها بمختلف المعدات والتجهيزات الطبية ، و كذا الأدوية المستخدمة يعرف نفس مراحل تحليل أي سوق من أسواق المنتجات الأخرى و الذي يخضع لعمليتي العرض و الطلب ، بالإضافة إلى أن عملية الشراء تختم معرفة السوق معرفة جيدة و الأشخاص الذين يقومون بهذه المهمة يكونون على دراية تامة ومعرفة مسبقة بالميدان الصحي الاستشفائي لتحديد نوع التجهيزات و المعدات التي يحتاج إليها المستشفى، لأننا نجد في الأسواق منتجات متعددة من نفس الشكل⁷³⁴ ، ويمكننا التمييز بين مختلف المنتجات التي تقتنيها الإدارة في أي مؤسسة صحية بطرق عديدة : السلع المادية أو الخدمات، السلع الدائمة ، السلع القابلة للتخزين . وبالنظر إلى العلاقة الموجودة بين درجة الدقة في التمييز بين المنتجات و أهمية معايير القرارات الاقتصادية⁷³⁵ .

يمكن تصنيف الموارد حسب الهياكل الصحية التي تتمثل في المستشفيات ، والرعاية الصحية الأولية والرعاية الإسعافية والطبية والتكنولوجيا الطبية والمهن الصحية فعالة⁷³⁶ . إن إدارة التموين الطبي هي واحدة من أهم المصالح نظرا لدورها الحيوي في تأمين الموارد و المستلزمات الطبية اللازمة

⁷³¹ Yves Dallery « Ingénierie de la santé » Ecole centrale –Paris- 26 mai 2004.P10.

⁷³² Michel Mougeot « Les Marchés Hospitaliers » – Analyse théorique et application aux achats des pharmacies hospitalières » Editions ECONOMICA- 1984. P5 .

⁷³³ Opcit. P2.

⁷³⁴ Opcit. P12.

⁷³⁵ Michel Mougeot « Les Marchés Hospitaliers – Analyse théorique et application aux achats des pharmacies hospitalières » Editions ECONOMICA- 1984. P86

⁷³⁶ Florence Nightingale « Les besoins sanitaires et la demande santé » Maison de santé protestante de Bordeaux – Bagatelle. P5. http://www.mspb.com/formation/fichiers/besoins_sanitaires.pdf

للمؤسسة الصحية من اجل تشغيلها بكفاءة و فعالية، و تعمل هذه المديرية على تامين و توفير الدواء الفعال و التجهيزات الطبية الحديثة بصورة سليمة، جودة و كفاءة عالية⁷³⁷.

تحتاج المستشفيات إلي معرفة و دراية مسبقة لمختلف أسواق القطاع الصحي الذي يتعدد بتعدد المنتجات المعروضة وهناك ثلاثة خصائص لشراء مدخلات من جانب نظام المستشفيات و هي أهمية هياكل السوق ، إجراءات تحديد الأسعار ، والأثر الاقتصادي الكلي⁷³⁸ ، فعملية ترشيد وتحسين الخدمات الرعاية الصحية تمكنا من الحصول على نتائج الجيدة من خلال البحث عن الكفاءة و فعالية التكاليف إلى أقصى حد مع الحفاظ على جودة الخدمات و إدماج السكان في عملية تطوير معايير الجودة. كما أنه يتطلب جمع وتحليل معلومات موثوق بها عن المرضى المعالجين والنتائج والتكاليف الرعاية الصحية⁷³⁹ ، و ينظر دائما إلي الموارد على أنها نادرة و محدودة ، وتتنافس الأقسام و الإدارات و الأفراد في الحصول على أكبر قدر ممكن منها مما يتطلب اللجوء إلي المساومة و المناورة و المقايضة و هي أمور قد تؤدي إلي الشعور بالضغط النفسي⁷⁴⁰ الذي يؤثر بصورة أو بأخرى على سلوكيات المتعاملين مع النظام الاستشفائي.

2-1 مصلحة تسيير الموارد البشرية Direction de Gestion de Ressources Humaines

إن وظيفة تسيير الموارد البشرية في المستشفى الجامعي بتلمسان هي مهمة معقدة و تتطلب إستراتيجية نظرا لتنوع الفئات العاملة به ، و هذا التباين أوجب سن القوانين لتسهيل عملية تسييرها ، فالإيمان التام بان العنصر البشري هو الأساس الأقوى و الأهم في نجاح بل تميز أي مؤسسة⁷⁴¹.

■ **تركيبة المستخدمين بالمستشفيات الجامعية :** عموما تقسم تركيبة المستخدمين بالمستشفيات الجامعية إلى ثلاث فئات الطاقم الطبي ، الطاقم الشبه طبي و البقية المتكونة من الادتريين و التقنيين و الاقتصاديين. و قد عرف المستشفى الجامعي زيادة في عدد الموظفين

⁷³⁷ الإدارة العامة للتموين الطبي " الخطة الإستراتيجية الخمسية مارس 2005 – مارس 2010 " وزارة الصحة – الرياض - المملكة العربية السعودية.

⁷³⁸ Michel Mougeot « Les Marchés Hospitaliers » Ed , Economica , 1984. P5

⁷³⁹ Florence Nightingale « Les besoins sanitaires et la demande santé » Maison de santé protestante de Bordeaux – Bagatelle. P7. http://www.mspb.com/formation/fichiers/besoins_sanitaires.pdf

⁷⁴⁰ أحمد ماهر " كيفية التعامل مع إدارة الضغوط " الدار الجامعية – الإسكندرية – 2005. ص33.

⁷⁴¹ مصطفى محمد سعيد سالم " إدارة الجودة الشاملة ... و أثرها في التغيير المؤسسي " المؤتمر الوطني الأول للجودة، 26-28 ربيع الأول 1425هـ.

به من كل الفئات بسبب ارتفاع الحاجة و الجدول أدناه يبين هذا التطور من الفترة ما بين 2002 و 2009 و سنتعرض لها فيمايلي:

أ- الطاقم الطبي: تنقسم هذه الفئة إلى قسمين:

1- فئة الاستشفائيين الجامعيين Hospitalo-universitaire و الذي يشمل مجموع الأطباء الذين يقرون مهمة العلاج مع التعليم ، و قد كانت وصاية هذا القسم مشتركة بين وزارتي التعليم العالي و الصحة إلى غاية 1982 بالنسبة للأجرة و إلى 1987 بالنسبة إلى تسييره ، أين انتقلت إلى الأول.

2 - فئة أطباء الصحة العمومية Médecin de santé publique و الذي يشمل الأطباء العاميين و المختصين ، هذا النوع من الأطباء هم تحت الوصاية المباشرة لوزارة الصحة وإصلاح المستشفيات.

ب - الطاقم الشبه الطبي: عرف هذا القسم تطورا هائلا كميًا و نوعيًا ، و ينقسم حسب درجة التكوين و التخصص إلى المستويات التالية:

- التقنيون السامون للصحة أين يجمع كل من القابلات ، الممرضون المؤهلون..... إلخ (Prothésistes dentaires, Kinesitheropentes, Infermiers, Radiologue, Assistants, Secrétaires médicales) و يعرف هذا المستوى تطورا مضطردا و سريع أكثر من المستويات الأخرى نتيجة الجهود المكثفة من طرف الدولة فيما يخص التكوين. وتعاني المرافق الصحية في الجزائر من عجز يقدر ب 40000 فنيين سامين للصحة لذا يجب إجراء تجنيد واسع النطاق وتحسين الاستفادة من المهارات البشرية في هذا القطاع لضمان رعاية مقبولة للمواطنين. و في ظل الظروف الراهنة ، لا مستشفى ولا المرافق الصحية هي قادرة على تلبية المعايير الطبية اللازمة. هذه الحالة التي تؤثر في تطبيق البطاقة الصحية الجديدة ومعلومات عن "إدارة عشوائية" من قطاع الصحة في الجزائر⁷⁴².

- التقنيون الصحيون و يشمل على كل من الممرضين في العلاج العام ، الممرضين في النظافة والتطهير ، نواب الممرضين في الأشعة و الصيدلة.

⁷⁴² Mourad, D'après Le Jour d'Algérie « L'Algérie manque de techniciens de la santé » le 30 septembre 2008. - www.algerie-dz.com

- المستخدمون التقنيون و يشمل المساعدات في علاجات التمريض ،علاجات التوليد ، النظافة والتطهير و سائقي السيارات الإسعاف.

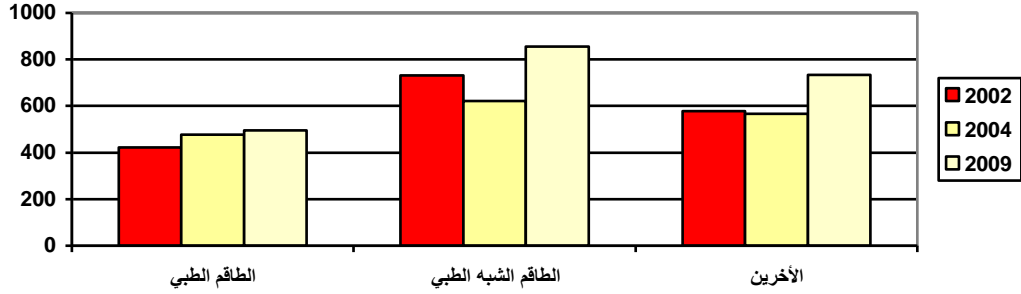
ج - التقنيين و الإداريين: عرف تعداده تضخما كبيرا جراء مختلف مهام التسيير الإداري، مثله مثل الطاقم الشبه الطبي تنقسم هذه الفئة حسب درجة التأهيل إلى ثلاثة أقسام ، و رغم عدم اتصاله المباشر بالمرضى إلا أن مرونته في تسيير الملفات و الاحتياجات يجعل من الخدمات المقدمة للمرضى ذات نوعية عالية. وتهتم وظيفة الموارد البشرية بعملية التكوين و التعليم المستمر لمختلف الفئات المهنية في المستشفى.

الجدول رقم 26: تطور اليد العاملة (الموظفة) في المستشفى ما بين 2002 و 2009

البيان	2002	%	2004	%	2009	%
بروفيسور	3		6		12	
دكتوراه في الطب	10		10		9	
أستاذ مساعد (طب)	61		78		86	
أخصائي	64		66		67	
طبيب العام	39		41		44	
صيادلة	4		3		3	
جراح اسنان	9		9		9	
أطباء مقيمين	232		265		267	
مجموع الكادر الطبي	422	24,36	478	23,56	496	0,80↓
Et orthoph	6		6		5	
بيولوجي	10		12		0	
P.E.P.M	1		0		0	
تخدير			40		39	
قابلات			30		-	
ممرض رئيسي			23		44	
Dip-d'état	601		395		622	
breveté	105		108		61	
مساعد شبه طبي	9		7		46	
مجموع الكادر الشبه الطبي	732	42,23	621	40,66	856	1,57↓
الإداريين			113		130	
التقنيين			29		30	
الاقتصاديين			425		593	
مجموع الآخرين	579		567	35,78	753	2,37↑
المجموع الكلي	1733		1666	100	2105	

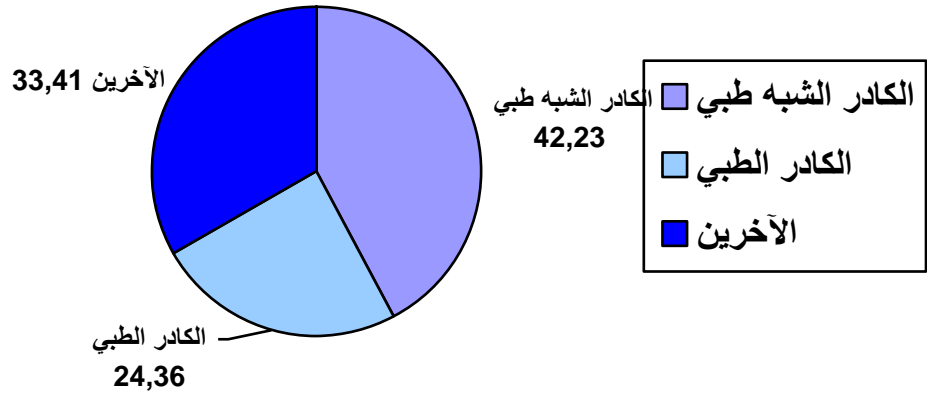
المصدر : وثائق المستشفى

الشكل رقم 19 : تطور وضعية الموظفين خلال الفترة 2002-2004-2009



المصدر: وثائق إحصائيات المستشفى

الشكل رقم 20 : نسب الموظفين العاملين في المستشفى سنة 2008-2009



المصدر: وثائق إحصائيات المستشفى

■ مهام مديرية تسيير الموارد البشرية

تتعدد مهام المديرية من التوظيف و التعيين و الترقية إلى التكوين و التدريب و التعليم الطبي المستمر، إلى استخدام وسائل المراقبة و الردع للتقليل من الغيابات و تقليص معدل الدوران. وسوف نتطرق لأهم هذه المهام داخل المصلحة المعنية.

1- التكوين

لقد عرفت عملية التكوين داخل المستشفيات قفزة كمية و نوعية ، حيث أقيمت لهذا الغرض عدة مدارس و ورشات قصد وضع المستخدمين في الصورة ، خاصة و أن القطاع الصحي يعرف تموجات و تغييرات متتالية و هذا على كل المستويات. و تطبيقا للمادة 172 من القانون رقم 78-12 بتاريخ 5 أوت 1978 يتعين على المستشفى ضمان حملة التكوين و التحسين و الرسكلة من أجل التطوير المستمر لمؤهلات المستخدمين و هذا تماشيا مع متطلبات التقدم. ولتحقيق هذا الغرض أنشئت مدارس للتكوين الشبه الطبي المتواصل و مدرسة إطارات الصحة العمومية و معاهد للتنظيف و الصيانة خاصة بالعمال المهنيون.

و يعتبر التكوين قاعدة لعملية إنتاج مستخدمي الصحة ، و يجب أن يكون نوعيا لرفع مستوى التأهيل و كمي لسد احتياجات القطاع ، لذا فوزارة الصحة و إصلاح المستشفيات مدعوة الآن إلى التكثيف من عملية التكوين للمستخدمين و المسيرين للمستشفيات كمي و نوعيا ، و في هذا الإطار يجب الاستعانة بكل الأطراف المختصة للمضى و بسرعة هذا العجز . و يختلف التكوين باختلاف الفئة المكونة :

أ - تكوين الأطباء : عملية تكوين الأطباء مضمون قاعديا بين وزارتي الصحة و إصلاح المستشفيات و التعليم العالي ، لذا لا بد من العمل المشترك لتحديد سياسة للتكوين الطبي (الكم ، النوع ، التخصص ... الخ) بما يخدم المردود الجيد و الحسن داخل المستشفيات . فرغم النقص الكبير الذي كانت تعاني منه المنظومة الصحية الجزائرية، إلا أن عملية التكوين تجاوزت كل الطموحات المرجوة على المستوى الكمي ، و إذا كانت هذه النسب تجعل من الجزائر في مصف الدول المتطورة كمي ، إلا أنه يمكننا تسجيل عدة نقائص على مستوى التكوين أولا ، و مستوى استغلال المستخدمين المكونين ثانيا. من خلال :

✓ التراجع الكبير في نوعية التكوين : يعاني الأطباء في مختلف مستوياتهم و تخصصاتهم من انعدام فرص التكوين المستمر و من غياب المكونين ، و قد ارتفعت نسبة التذمر خاصة عند فئة الأطباء العموميين و الأطباء المقيمين.

✓ التباعد و الفرق الكبير بين عدد الأطباء العاميون و المختصون و الأساتذة الاستشفائيين الحاصلين على درجات عالية في الدراسة و الخبرة الطبية . و نسجل النقص الفادح في المختصين الأساسيين (Spécialistes de base) كالطب الداخلي ، الجراحة العامة، التوليد و أمراض النساء ، طب العيون ، الطب العقلي ، طب الأذن و الأنف و الحنجرة.

✓ التقسيم الغير العادل لهذه الفئة زاد من حدة هذا النقص في الأطباء الاختصاصيين.

ب - تكوين الشبه طبي :

هذا النوع مضمون من وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات و لكن لم يتواكب لا كميًا و لا نوعيًا مع فئة المستخدمين الطبيين حتى أن العلاقة بين النوعين انعدمت بسبب التكوين العشوائي الذي لم ينسجم مع زيادة الهياكل الصحية.

ج - تكوين مسيري الصحة :

بالرغم من وجود تخصص مسيري الصحة على مستوى المدرسة الوطنية للإدارة إلا أن هذا النوع من التكوين يعتبر شبه منعدم بسبب غياب معطيات رسمية عن هذه الشريحة.

ومن خلال كل ما سبق يستوجب إعادة النظر في إستراتيجية التكوين ، و هذا بتبني تخطيط جيد على ضوء أهداف الكمية و النوعية المحددة لتتماشى و المعطيات الاقتصادية و الاجتماعية ومؤشرات الصحة الحالية .

2 - التعليم الطبي المستمر:

يلعب التعليم الطبي المستمر دورًا حيويًا في تحسين وتنظيم الرعاية الطبية في الجزائر، فهو حاجة حيوية للممارسين عامين ، نظرا لتطور العلوم الطبية ، وظهور بروتوكولات جديدة وطرق علاجية أو تشخيصية في مجال مختلف الأمراض مع التركيز على " نظام التدريب ، التي بدأت في تطبيقه وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ، بغرض تحسين الممارسات الإدارية و رفع جودة الخدمات الطبية و العلاجية. فدورات التعليم الطبي المستمر ، تهدف إلى "تحسين المعارف الطبية للنظام حتى يتسنى تقديم رعاية أفضل للمرضى واكتساب المفاهيم العلاجية الجديدة." فهو

يمكن من اختبار وتقييم المهارات الطبية الوطنية لرفع مستوى الطبيب والممارس العام الذي يشكل محور النظام الصحي الوطني⁷⁴³.

3- عملية تقييم الكوادر

إن عملية اختيار الكوادر أمر في غاية الأهمية، فكلما كان الاختيار موفقا و جيدا، كلما كانت النتائج المتوقعة و الأهداف المراد تحقيقها أكبر ، و تخضع عملية الاختيار إلي قوانين و أنظمة ومعايير و مقاييس خاصة بالمؤسسة الصحية نفسها⁷⁴⁴. و تتم عملية تقييم الكفاءات وفقا للأهداف المحددة⁷⁴⁵ لأن إدارة الكوادر البشرية تعتبر في غاية الصعوبة خاصة و أن أهداف الإدارة يجب أن تحقق أهداف الأفراد و الجماعات و الفريق الصحي إضافة إلي تحقيق أهداف المستشفى في ظل المتغيرات المادية و المعنوية و ضمن الموارد المتوفرة و المتاحة للمؤسسة الصحية. و لإدارة هذه الكوادر بكفاءة و فاعلية لا بد من توفر مهارات و قيادات إدارية متميزة تستطيع التعامل مع نظام و أساليب الحوافز المقترحة، أساليب الاتصالات و أنواع القيادات⁷⁴⁶.

لقد أصبحت عملية تقييم الأداء الوظيفي إحدى أهم الوظائف الإدارية و تشمل كافة مدخلات العملية الإدارية و مراحل المعالجة للوصول إلي الأهداف المنشودة ، فهي أحد العناصر المكونة للإطار العام لنظام الجودة⁷⁴⁷. و تهدف عملية التقييم إلي تطوير و تشجيع زيادة الانجاز في العمل من قبل الموظفين بالإضافة إلي إعطاء الفرص للعاملين لتحقيق أهدافهم و رغباتهم من خلال إنتاجيتهم المتميزة و التي يكشف عنها التقييم⁷⁴⁸. و ترافق عملية تقييم الموظف داخل المستشفى سواءا كان من الأطباء، المرضى أو التقنيين و الإداريين طيلة فترة مشواره المهني ، فهذه العملية تتم على مختلف المراحل : قبل و بعد تعيينه و ترسيمه في الوظيفة العمومي أي خلال فترة عمله⁷⁴⁹.

إن عملية التعيين للموظفين داخل المستشفيات تكون بقرار من المؤسسة ذاتها و هذا من أجل تحديد التغيرات المستقبلية ومواجهة التطورات الداخلية⁷⁵⁰ و لا يمكن لمستشفى كبير و متعدد

⁷⁴³ EL MOUDJAHID, édition du 6 AOUT 2008 « Algérie - Promouvoir la formation médicale continue » <http://www.algerieautrefois.com/news/news.php?news=1307>

⁷⁴⁴ صلاح محمود ذياب - المصدر السابق ص115-116 .

⁷⁴⁵ Marie Tresanini « Evaluer les compétences – Du recrutement à la gestion de carrière » EMS, 2004. P 241.

⁷⁴⁶ صلاح محمود ذياب - المصدر السابق ص119 .

⁷⁴⁷ أحمد بن حماد الحمود " تقييم الأداء الوظيفي- الطرق المعوقات البدائل "مجلة الإدارة العامة-المجلد 34- العدد 2 -سبتمبر 1994 . ص310.

⁷⁴⁸ Howar " Hospital-Based Emergency care at the Breaking point » P49..

⁷⁴⁹ Marie Tresanini « Evaluer les compétences – Du recrutement à la gestion de carrière » EMS, 2004. P 241

⁷⁵⁰ Marie Tresanini OPCIT P 23- 25.

التخصصات كالمستشفى الجامعي بتلمسان أن يتعرض إلى نقص في الإطارات الطبية و الشبه الطبية لان ذلك يعرض حياة المرضى إلى الخطر.

1-3 مصلحة المالية Direction des Finances

تخصيص الموارد الصحية واستخدامها من قبل السكان تختلف اختلافا كبيرا فيما بين النظم الوطنية. فجميع الخدمات الصحية معقدة خاصة المتعلقة بالمستشفيات⁷⁵¹ ، و يشكل عدم التوزيع العادل للاعتمادات المالية تأثيرا على المردود الصحي مما يؤدي إلى التفاوت الاجتماعي ، فمجتمع غير متكافئ يولد عجز متزايد لتلبية المعايير⁷⁵² حيث يوجد ارتباط بين زيادة درجة الخطورة في الوفيات ودرجة التفاوت بالمناطق الجغرافية⁷⁵³ ، و تحصل الخدمات الصحية الاستشفائية على النصيب الأكبر في مجال الاستهلاكات الطبية⁷⁵⁴ . و تهدف الإدارة المالية إلى تطبيق السياسات و التعليمات المالية الخاصة بإدارة النشاط المالي في المستشفى و التأكد من أن نفقاته هي ضمن الحدود المرسومة له ، و لكن Berman & Wikz برمان و ويكرز بينا أن الإدارة المالية تطورت من إدارة متخصصة في الحسابات إلى إدارة متكاملة تعمل مع باقي الإدارات الأخرى على تحقيق أهداف المستشفى⁷⁵⁵ . و لكن لا زالت الإدارة المالية في المستشفيات الجامعية و من بينها المستشفى الجامعي بتلمسان تقوم بالوظيفة التقليدية أي إدارة متخصصة في الحسابات و الميزانية ، كما ان الإدارة لم تعتمد على ادخال مبدأ العمل بالمحاسبة التحليلية إلا في سنة 2002 لحساب تكلفة الوحدة من الخدمة الصحية بتطبيق طريقة الأقسام المتجانسة⁷⁵⁶ . و نلاحظ أن حجم النفقات الاستشفائية في ارتفاع مستمر ولكن بملاحظة استطلاعية لميزانية المستشفى نكتشف بأن الزيادة مخصصة للمستخدمين خاصة⁷⁵⁷ ، علما أن 70 % إلى 80 % من الميزانية لتغطية الأجور فقط و هذا ما يبينه الجدول التالي:

⁷⁵¹ Florence Nightingale « Les besoins sanitaires et la demande santé » Maison de santé protestante de Bordeaux – Bagatelle. P5. http://www.mspb.com/formation/fichiers/besoins_sanitaires.pdf

⁷⁵² Rapport de recherche « Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé » réalisé dans le cadre du programme – IRDES – Juin 2004. P 12.

⁷⁵³ Rapport de recherche « Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé » réalisé dans le cadre du programme – IRDES – Juin 2004. P 15.

⁷⁵⁴ ECO-SANTE « Données de cadrage- l'hôpital » IRDES -5 Avril 2006.

⁷⁵⁵ د. محمود حسين مطر " واقع الإدارة المالية في المستشفيات: دراسة تطبيقية على بعض مستشفيات مدينة الرياض " الإدارة العامة – العدد 73 /يناير 1992. ص 61.

⁷⁵⁶ Ministère de santé et de la population - Direction de la planification et de la normalisation « calcul des couts par la méthode des sections homogènes » Septembre 2001.

⁷⁵⁷ هذه الملاحظة لا تخص المستشفيات الجزئية فقط و انما هي سارية المفعول بالنسبة لكل المستشفيات على المستوى العالمي.

الجدول رقم 27 : تطور ميزانية المستشفى الجامعي لتلمسان من 2003 - 2008

نسبة الزيادة	2008	2003	
58,8	680.000.000,00	400.000.000,00	العاملين
66,9	115.000.000,00	77.000.000,00	التكوين
34,6	52.000.000,00	18.000.000,00	التغذية
64,5	465.000.000,00	300.000.000,00	الادوية
87,5	8.000.000,00	7.000.000,00	الوقاية
30,5	131.000.000,00	40.000.000,00	الاجهزة الطبية
37,7	45.000.000,00	17.000.000,00	الصيانة
38,8	90.000.000,00	35.000.000,00	نفقات اخرى
50,0	12.000.000,00	6.000.000,00	الخدمات الاج
100	2.000.000,00	00,00	البحث الطبي
56,25	1600.000.000,00	900.000.000,00	المجموع

المصدر : وثائق المستشفى

و تظهر ميزانية المستشفى التطور المستمر للنفقات الصحية بالمستشفى الجامعي بتلمسان و التي تعرف زيادة خاصة في أجور العاملين و الأدوية ، بينما نلاحظ انخفاض قيمة هذه النفقات في كل من التغذية ، الصيانة و الوقاية ، أما فيما يخص البحث العلمي فتكاد النفقات تكون منعدمة تماما.

1-4 مصلحة الخدمات الطبية

تعتمد هذه المصلحة على تنظيم الأمور الطبية المتعلقة بسيرورة عمل المستشفى ، حيث تعتمد الي اقرار برامج المداومة و مراقبة الأعمال الجارية في كل المصالح الطبية . كما تعمل على إعادة هيكلة الخدمات لحالات الطوارئ و الإسعاف والمعونات الطبية لمتطلبات الإدارية،الاقتصادية والاجتماعية الجديدة.

2- مكونات المستشفى

يتكون المستشفى الجامعي بتلمسان من مجموعة من الموارد المادية و المالية و البشرية. مقسمة على عدة مصالح طبية أساسية و مصالح طبية مساعدة و أخرى إدارية و التي تطرقنا إليها في الجزء الأول من هذا المبحث .

2-1 المصالح الطبية الأساسية

تعتبر المصالح الطبية هي أساس النشاط و الخدمة الصحية في المستشفى و تتمحور في مختلف الأقسام ذات تخصصات طبية دقيقة و مهمة ، و لم يكن المستشفى الجامعي بتلمسان منذ سنوات يتضمن كل هذه التخصصات و لكن الحاجة الملحة و الدراسات الوبائية أكدت ضرورة وجودها . وللعلم لا يمكن فتح قسم أو مصلحة طبية إلا إذا توفرت لدى المستشفى كل الإمكانيات المادية و خاصة البشرية التي تتمثل في طاقم طبي اختصاصي في المجال و ذلك لتسهيل تسيير المصلحة طبيًا ، و غالبًا ما يعين الأطباء ذوي الدرجات العلمية العالية بالترتيب⁷⁵⁸ كرئيس للأطباء في القسم. و تعتبر هذه المصالح الطبية أقسامًا أساسية لذا يعمل نظام المحاسبة داخل المستشفى على إتباع طريقة الأقسام المتجانسة (أنظر الملحق رقم 1- هـ ، و) في حساب تكلفة اليومية (أنظر الملحق رقم 1- ج ، د) في تحصيل المنتج أي تقديم الخدمة في إطار تطبيق نظام المحاسبة التحليلية منذ سنة 2002. و قد كان المستشفى الجامعي بتلمسان إلى غاية سنة 2007 يحتوى على 29 مصلحة طبية أساسية قبل أن يدخل في إجراءات الإصلاح لعزل بعض المصالح الطبية بغرض إنشاء المستشفيات المتخصصة . و بتطبيق التعليمات الوزارية تم فصل 3 مصالح طبية عن المستشفى الجامعي و جعلها مصالح طبية تابعة للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأأم و الطفل و ذلك ابتداءً من 1 يناير 2008 . و تتمثل في مصلحة الولادة و أمراض النساء ، مصلحة طب الأطفال و مصلحة جراحة الأطفال، و بهذا تقلص عدد المصالح الطبية في المستشفى الجامعي (أنظر الملحق رقم 2- د). و تعتمد عملية تسيير المصلحة على وجود رئيس للأطباء Médecin Chef يقوم بتسيير الشؤون الطبية للمصلحة و يساعده في ذلك مراقب طبي Surveillant Médical و هو من هيئة التمريض. و فيما يلي نتطرق لدراسة لبعض أهم هذه المصالح .

⁷⁵⁸ بوفيسور ، دكتوراه ، أستاذ مساعد

1 - مصلحة الاستعجالات

إن الدور الناشئ للعناية الطارئة و تحسين الكفاءة بها أساسها المستشفى⁷⁵⁹ ، فمنذ أكثر من ثلاثين سنة ، كانت و لا تزال الاستعجالات هي قلب موضوع كل الخطابات الرسمية للسياسيين، الإعلاميين ، الإداريين ، الباحثين ، المتعاملين مع النظام الصحي و حتى المرضى ، فمصلحة الاستعجالات هي القلب النابض للمستشفى ، كما تعتبر المدخل الأساسي للعديد من الحالات المرضية .

لقد أصبحت الوضعية الحالية لمستشفياتنا أكثر توترا ، بسبب نقص و ندرة الموارد ، فغالبا ما تتوقف الخدمة بسبب نقص المواد الأساسية ما عاد حالات الطوارئ الطبية والجراحية urgences médico-chirurgicales (UMC) التي يطلب فيها المحافظة على مستوى الخدمة مهما كان الثمن. و في محاولة للحصول على صورة دقيقة لحالات الطوارئ الطبية والجراحية UMC ، نظمت وزارة الصحة دراسة استقصائية وطنية خلال سنة 2003 لتحديد⁷⁶⁰ : حصة الطوارئ في ما يتعلق بجميع الفحوصات ، الخصائص الاجتماعية و الديموغرافية لمستخدمي القطاع الصحي ، دائرة العلاج و الرعاية الصحية ، سبب الاستخدام في حالات الطوارئ و مصير المرضى و توصلت الدراسة الى أن حوالي 86 ٪ من المرضى يتلقون الرعاية من جانب الممارسين العامين و المريض يحتاج لعناية متخصصة لان حالات الطوارئ تتطلب أطباء متخصصين ذو كفاءات مهنية عالية . كما أنه من غير المعتاد انعدام وجود الخدمة في المستشفيات خلال نهاية الأسبوع مما يجعل أسرة المراقبة في مصالح الطوارئ تعوض أسرة المستشفيات⁷⁶¹ و هذا ما دفع بالدولة الى زيادة الاهتمام باقسام الطوارئ في المستشفيات الجامعية من خلال إنشاء 628 مصلحة استعجالات في إطار برنامج الطب الجوارى. و تحتوي هذه المصالح على معدات حديثة لتمكينها من السيطرة على التدفق الهائل للمرضى، وبالتالي تلبية احتياجاته⁷⁶² ، و لكن كل ذلك يجب أن يتمشى و تنظيم وقت العمل مع حسن استخدام المعدات. من مختلف المجموعات المهنية : الأطباء ، ومقدمي الرعاية

⁷⁵⁹ Howar « Hospital-Based Emergency care at the Breaking point » P39.

⁷⁶⁰ Larbi Abid « Les Urgences Médico-Chirurgicales » SantéMaghreb-Le guide de la médecine et de la santé en Algérie. -19 Juillet 2003- <http://www.santetropicale.com/santemag/algerie/pointvu8.htm>

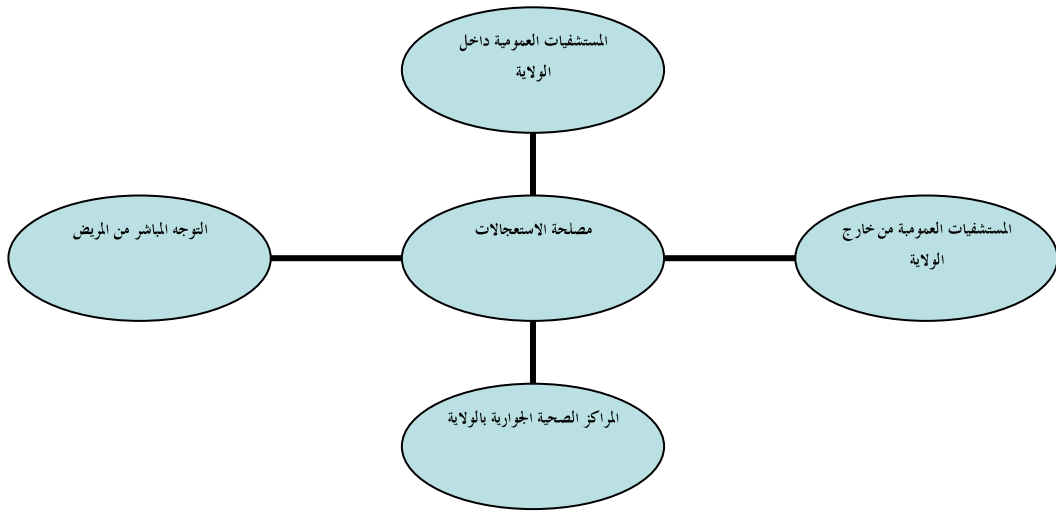
⁷⁶¹ Opcit

⁷⁶² Algérie autrefois news « Médecine de proximité : Réalisation de 628 services des urgences » El Moudjahid, Edition du 22 Septembre 2008- <http://www.algerieautrefois.com/news/news.php?news=1698>

والخدمات من مختلف فرق داخل الإدارة⁷⁶³. ويعاني قسم الإسعاف في المستشفى الجامعي بتلمسان من ضيق المصلحة و الاكتظاظ و من تناول بعض المرافقين, فالمرافق يظن أن لا أحد غير مريضه في الاستعجالات , بالإضافة لجهل المريض لمرضه.

كما يعاني القسم أو المصلحة من الضغط بسبب الاكتظاظ المتزايد من عدد الحالات حيث أن أكثر من 60 % من هذه الحالات لا تعتبر حالات استعجالية و هذا ما يجعل القائمين على هذه الوحدة لا يتمكنون من خدمة هذا الكم الهائل من المرضى ، و بالرغم من تنفيذ التعليمات الوزارية منذ يناير 2008 و التي تنص على ضرورة تشغيل كل المراكز الصحية الجوارية بالدوام المتواصل للتخفيف نوعا ما من حدة الضغط إلا أن مصلحة الاستعجالات لا تزال تعاني بسبب نظام الإحالة الذي يتم من مختلف النقاط⁷⁶⁴ من جهة مثل ما يفسره الشكل التالي ، و ضيق المصلحة و الاعتماد على الأطباء المقيمين في تقديم الخدمة الصحية من جهة أخرى مما يفسر تدني مستوى الجودة الصحية المقدمة للمرضى.

الشكل رقم 21 : نظام الإحالة في مصلحة الاستعجالات



المصدر : وثائق المستشفى

⁷⁶³ Jean-Paul Dumont & Anne-Marie Gallet et les autres « L'organisation du temps de travail dans les Hôpitaux Publiques : diagnostic post-accord » Etudes et Documents : Editions anact 2002,p10.
www.anact.fr

⁷⁶⁴ يتم نظام الإحالة من المراكز الصحية الجوارية مثل مركز الصحي باب وهران ، منصور ، شتوان ، أبوتاشفين ، الرمشي...الخ. و من المستشفيات العمومية من داخل الولاية كمستشفى أولاد ميمون ، سيدوا ، مغنية و مستشفى ندرومة...الخ. و كذا من المستشفيات العمومية من خارج الولاية مثل مستشفى بشار ، مستشفى غليزان ، مستشفى سعيدة، مستشفى تيارت...الخ. و غالبا من المريض نفسه الذي يتوجه مباشرة إلي المصلحة بغرض ربح الوقت.

إن غياب التنسيق بين المراكز الصحية و المستشفيات جعل هذا الأخير يتخبط في مشاكل صعبة خاصة فيما يتعلق بكثرة المرضى الوافدين على المصلحة مما يتسبب في سوء تقديم الخدمة الصحية للمريض . فالحالات العادية مثل ارتفاع الضغط الدموي و السكري ، الإصابات بجروح طفيفة يمكن للمركز الصحي أو المؤسسة الصحية الجوارية القيام بها ، إذا وفر بطبيعة الحال أطباء مختصين يقومون بالمناوبة الليلية و تحويل الحالات الصعبة و الحرجة فقط على مصلحة الطوارئ ، و هذا ما يمكن الفريق المناوب من الأطباء المختصين و ليس فقط المقيمين أو العامين من تقديم الخدمة الصحية اللازمة في أحسن صورة و بالمعايير المطلوبة.

يجب أن تعتمد إعادة هيكلة الخدمات لحالات الطوارئ و الإسعاف و المعونات الطبية لمتطلبات الإدارية ، الاقتصادية والاجتماعية الجديدة، إن خدمة المساعدة الطبية الطارئة لا ينبغي أن يعتبر مجرد "خدمة إسعاف ، ولكن على العكس من ذلك ، فهي خدمة طبية مع معدات متطورة و عالية الأداء." و شدد في هذا الصدد السيد الوزير الصحة الحالي سعيد بركات إلى أن "يجب ألا ننسى أن مصالح الطوارئ و الاستعجالات هي المرآة العاكسة للصحة. فإعادة التنظيم هذا له ما يبرره بما في ذلك ظهور أمراض جديدة وعودة ظهور بعض الأمراض الأخرى ، وارتفاع معدل الوفيات الناجمة عن حوادث الطرق. وأكد على ان القطاع "يتوقع أن يضع في الخدمة 700 مستشفى و 17 مركز لمعالجة أمراض السرطان و تدريب حوالي 46 000 من المساعدين الطبيين في عام 2015⁷⁶⁵

2 - مصلحة الأمراض العصبية

جاء في تقرير أصدرته منظمة الصحة العالمية⁷⁶⁶ أن نحو مليار من الناس يعانون، في جميع أرجاء العالم، من الاضطرابات العصبية، من الصرع إلى آلزهايمر⁷⁶⁷، ومن السكتة الدماغية إلى الصداع. وتشمل تلك الاضطرابات أيضاً الإصابات الدماغية وحالات العدوى العصبية والتصلب المتعدد وداء باركنسون. وتشير التقديرات إلى أن نحو 6,8 ملايين نسمة يلقون حتفهم في كل عام جراء

⁷⁶⁵ Nabila Belbachir « Insistant sur la nécessité de réorganiser le SAMU, le ministre de la santé affirme : les services des urgences est la vitrine de la santé » La Tribune , édition du 09 Septembre 2008.
<http://www.algerieautrefois.com/news/news.php?news=1574>

⁷⁶⁶ تقرير منظمة الصحة العالمية " الملايين يعانون من الاضطرابات العصبية في شتى أنحاء العالم " دراسة نشرت في المجلة الأوروبية لطب الأعصاب حزيران- يونيو 2005.

⁷⁶⁷ وتكلف الرعاية الطبية لمرضى الزهايمر في دول العالم ما مجموعه 169 مليار دولار سنوياً، وفقاً لدراسة سويدية أجريت عام 2003 وهي الأولى التي بحثت تحديد الكلفة السنوية المباشرة.
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr04/ar/index.html>

اضطرابات عصبية. وقُدّر حجم التكاليف المرتبطة بالأمراض العصبية، في أوروبا، بنحو 139 مليار يورو في عام 2004.⁷⁶⁸ و تقوم المصلحة بتشخيص و معالجة أمراض الدماغ والنخاع الشوكي، و الأعصاب المحيطية : الشقيقة ، الصرع ، الصداع التوترى ، داء باركنسون الشلل الرعاشي ، التزف الدماغى ، التهاب السحايا ، التهاب الدماغ ، التصلب اللويحي، الجلطات الدماغية ،أمراض الديسك بين الفقري و التهاب الأعصاب المحيطية . الوحدة مجهزة بأجهزة متطورة جدا لإجراء الفحوصات العصبية الفيزيائية مثل : (جهاز تخطيط الأعصاب والعضلات EMG و جهاز تخطيط الدماغ EEG).

3 - مصلحة جراحة الأعصاب

تقوم المصلحة باستقبال المرضى الذين يتطلبون جراحة للأعصاب، حيث يمر المريض بسلسلة من الفحوصات والتحليل المخبرية العامة قبل تجهيزه للجراحة. ثم تجرى له أشعة مغناطيسية دقيقة جداً لمنطقة الرأس يتم بعدها إجراء عدة حسابات دقيقة لتحديد الطريقة الهندسية للوصول إلى الهدف، ثم ينقل المريض لغرفة العمليات لإجراء الجراحة. لقد حققت المصلحة إنجازات جيدة بفريق طبي فتي متكون من طبيب واحد متحصل على شهادة الدكتوراه و ثلاث أطباء أساتذة مساعدين بالرغم من قلة الوسائل المادية المتاحة ، كثرة المرضى الوافدين للمصلحة من كل الأعمار.

4 - مصلحة الأمراض المعدية

تصبح الأمراض المعدية الناشئة والتي تعاود الظهور مشكلة كبيرة بصورة متزايدة تتعلق بالصحة العامة⁷⁶⁹. و تعد الأمراض المعدية أكبر سبب لوفيات الأطفال و البالغين في العالم و التي يمكن الوقاية منها . و تحصد هذه الأمراض مجتمعة حياة أكثر من 15 مليون شخص كل عام، أكثر من 80 في المائة منهم في البلدان النامية. ويمثل عكس اتجاه أوبئة الأمراض المعدية أحد الأهداف الإنمائية للألفية. و قد برزت أهمية تعزيز قدرات وإمكانات نظم الرعاية الصحية لاكتشاف الأمراض المعدية ورصدها والتخفيف من انتشارها بصورة جلية مع ظهور أمراض معدية جديدة مثل إنفلونزا الطيور ، والمتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (سارس) التي كانت تمثل خطراً على أرواح البشر والاقتصاد العالمي. ويمكن تحقيق مكاسب مستمرة في مجال الوقاية من هذه الأمراض وغيرها من

⁷⁶⁸تقرير منظمة الصحة العالمية " المرجع السابق "

⁷⁶⁹ الصحة ، التغذية و السكان doc.abhatoo.net.ma/IMG/doc/_doc

الأمراض القاتلة الأخرى مثل الإيدز والملاريا والسل ومكافحتها من خلال أنظمة رعاية صحية تقدم إجراءات تدخلية فعالة والتعاون مع العديد من القطاعات بجانب قطاع الرعاية الصحية. و تمثل الأمراض السارية⁷⁷⁰ عبئاً ضخماً في معظم البلدان النامية، كما أن تأثير الأساليب التقليدية والشعبية في مكافحة الأمراض السارية لا يبعث على الارتياح. ومن ثمَّ فهناك حاجة ماسّة للوسائل المساعدة والتكنولوجيات النوعية والمحسنّة للتمكن من خفض عبئها في البلدان النامية⁷⁷¹. كما أن هناك توافق متنامٍ في الآراء على أن من بين العقبات الرئيسية عدم كفاية الموارد البشرية للقدرات الصحية وسوء إدارتها. وإذا كان لجهود معينة تستهدف تحسين قدرات البلدان أن تحقق نتائج في مجال مكافحة الأمراض المعدية فيجب أن تُدمج في البرنامج الصحي العام في كل من تلك البلدان وأن تكون متفقة مع الجهود المبذولة في قطاعات أخرى تؤثر على الصحة مثل المياه والصرف الصحي والتعليم والزراعة.

و لا يزال السل مشكلة عالمية خطيرة في مجال الصحة العامة مع وجود نحو 9.2 مليون إصابة جديدة ووفاة 1.7 مليون شخص كل عام⁷⁷². وقد أفصح المستشفى الجامعي بتلمسان عن وجود حالات مرضى السل تنذر بالقلق من مختلف الأعمار والفئات و من مختلف المناطق، مما يؤكد التخوف الذي أطلقته منظمة الصحة العالمية و يحتم عملية العزل سواء في المؤسسات الصحية أو لأماكن السكن لأن في حالة الأمراض الخطيرة يملك وزير الصحة صلاحيات استثنائية مثل منع التحول أو عزل المناطق السكنية عن بعضها البعض وإتلاف أي مواد يرى علاقتها بالأمراض السارية⁷⁷³. لقد عرفت المصلحة تزايداً مستمراً لعدد المرضى الوافدين إليها و الذين يعانون من أمراض معدية كالسل و البريسيلوز و الكوليرا و غيره من الأمراض التي من المفروض قد تم القضاء عليها منذ عقود، و لكن بسبب انعدام شروط الصحة العامة و الوعي لدى كل الأطراف الفاعلة للمجتمع لا يزال المجتمع يتكبد الخسائر المادية و البشرية في هذا المجال.

⁷⁷⁰ الأمراض السارية هي أمراض وبائية تظهر في فترة محدودة، وتواجه من خلال إجراءات احترازية مثل القضاء على وسائل نقل المرض واستخدام اللقاحات

والتطعيمات

⁷⁷¹ اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط " المناقشات التقنية: استثمار الجينوميّات والتكنولوجيا البيولوجية في مجال الصحة العمومية- الدورة الحادية والخمسون - أيلول/سبتمبر 2004 - البند 7 (ج) من جدول الأعمال، ص10.

www.emro.who.int/RC51/media/EMRC51TechDisc03ar.doc

⁷⁷² يتفاقم هذا الوضع مع تنامي ظهور عصيات السل المقاومة للعقاقير المتعددة- (MDR) (TB و المقاومة بشدة للعقاقير (XDR-TB). تزايدت مخاوف أخصائيين من أنّ كفة المعركة المحتملة بين الإنسان والميكروب باتت تميل أكثر لمصلحة البكتيريا المقاومة لأكثر من نوع من المضادات الحيوية. ووصل الأمر ببعض العلماء، أن أطلقوا صيحة فزع مفادها أنه "في حال لم يتم اتخاذ إجراءات فعالة، فإننا على وشك العودة إلى زمن ما قبل المضادات". وعلى سبيل المثال كان وجود السلالات الميكروبية المقاومة للميثيسيلين يقتصر على المستشفيات. لكنها الآن تنتشر على مدى أوسع، بل إن بعض الإصابات تقاوم حتى عقار فانكوميسين القوي الذي يستخدم في العادة كملأذ أخير.

⁷⁷³ د. فاطمة دشني " تقرير خاص بالتشريحات الكويتية بمواجهة الأمراض " harpas.org/reports/KuwaitReport.doc

5 - مصلحة أمراض القلب

أكدت العديد من الدراسات ان الأمراض القلبية ستشكل ما نسبته 24% من تكاليف قطاع الرعاية الصحية، وتتبعها الأمراض المعدية، وأمراض الأمهات وحديثي الولادة، وأمراض الجهاز الهضمي، والاضطرابات البولية والتناسلية وغيرها. و تستقبل المصلحة المرضى من مختلف الفئات العمرية و الأجناس ينومون لفترات متباينة تبعا لطبيعة المرض الذين يعانون منه.

6 - مصلحة الأمراض الجلدية و الزهريّة

يعتبر هذا التخصص في مجال الأمراض الجلدية و الزهريّة من أقدم التخصصات و التي جاءت لإنقاذ الطب العام⁷⁷⁴، لكن رغم أهميته و خطورة الامراض الجلدية التي تصيب بعض فئات المجتمع الجزائري إلا أن ترتيب أهمية المصالح في المستشفى الجامعي يخضع لمنطق نسبة المرضى المترددين على المصلحة و درجة انتشار و الاصابة بالأمراض . يشرف على هذه المصلحة بروفيسور و مجموعة من الطاقم الطبي الذي يسهر على راحة و تلبية حاجيات المرضى.

7 - مصلحة الأمراض النفسية

يقوم بالإشراف على هذا قسم مصلحة الامراض النفسية استشاري في هذا التخصص بمساعدة أخصائيين من ذوي الخبرة الطويلة .ويتشرف قسم الطب النفسي في تقديم الخدمات التالية للمرضى النفسيين في مجال التشخيص والعلاج والمتابعة لكافة الاضطرابات النفسية التي قد تصيب الإنسان مثل القلق بأنواعه وحالات الخوف، الفوبيا والاكتئاب التفاعلي نتيجة الضغوط ومشاكل الحياة وحالات الهستيريا وغيرها من الأمراض⁷⁷⁵.

8 - مصلحة طب الوباء Epidemiologie

الوبائيات هي دراسة كمية للوضعيات الفيزيولوجية ، المرضية الموجودة في المجتمعات الإنسانية والتي ترتبط بالعديد من العوامل و الشروط فرضتها العوامل البيئية⁷⁷⁶ . و تستقبل المصلحة جميع الحالات الوبائية الخطيرة و المصرح عنها و المحولة من القطاعات الصحية الأخرى ، حيث يستقبل الأطباء المتخصصين هذه الحالات بغرض التوجيه و المراقبة .

⁷⁷⁴ البروفيسور " بودغن سطنبولي " بحث ميداني عن الحالات المرضية في المصلحة لمدة 20 سنة " رئيس مصلحة الأمراض الجلدية و الزهريّة بالمستشفى الجامعي بتلمسان

⁷⁷⁵ الإضرابات الذهانية و النفسية ، اضطرابات النوم الأمراض النفسجمانية '

⁷⁷⁶ Abdeldjellil Bezzaoucha « Epidemiologie et Biostatistique à l'usage des étudiants en sciences médicales » O.P.U – 1996-P3.

تقوم المصلحة بفتح ملفات سرية لكل مريض في حالة الأمراض الخطيرة و المعدية مثل مرض السيدا، الادمان على المخدرات ، التهاب الكبد الفيروسي... الخ . و يتلقى هؤلاء المرضى متابعة مستمرة ، كما يعمل الفريق الطبي العامل في المصلحة على إجراء دراسات حقيقية تظهر حجم الوفيات و الإصابات من كل مرض مما يساعد الإدارة على اتخاذ اجراءات للتقليل من مثل هذه الظواهر ، كما يسهل المهمة على المقررين أثناء إعادة هيكلة النظام الصحي بما يتوافق و الوضعية الراهنة

9 - مصلحة الجراحة العامة

تستقبل مصلحة الجراحة العامة شرائح مختلفة من المرضى الذين يعانون مشاكل مختلفة و يقصدونها بغرض اجراء عملية جراحية و يتراوح عددهم ما بين 1600 و 2000 مريض سنويا ، بعدد من الأسرة تتراوح ما بين 123 سرير و 120 سرير حسب الحاجة. و يحتوي هذا القسم على 43 طبيب يتوزعون حسب الدرجات العلمية .

من المعلوم أنّ هذه المصلحة تقوم بإعداد العديد من العمليات الجراحية يوميا ، ولديها ضغط من حيث عدد المرضى الذين يقصدون المصلحة و يحولون من مستشفيات أخرى من الجنوب الغربي أو من الاطباء الخواص.

10 - مصلحة جراحة و تقويم العظام

تتكون هذه المصلحة من 60 سرير و تعرف تزايدا مستمرا في استقبال المرضى خاصة من فئة الرجال و الذين يوجهون إلي المستشفى بسبب حوادث المرور أو حوادث العمل الناتجة من السقوط أو الاستعمال السيئ للمعدات و الآلات في العمل. و تعاني المصلحة من قلة و انعدام بعض المعدات الطبية الضرورية ، حيث يوجد بها وسائل طبية قديمة موروثه عن الاستعمار الفرنسي ، و بما أن المصلحة تعمل بوتيرة كبيرة و سريعة فهي تحتاج إلي معدات عصرية لتفادي التعففات التي تتسبب في العديد من الأحيان بعجز كلي للمريض.

11 - مصلحة جراحة المسالك البولية

يعتبر هذا الاختصاص حديث في المستشفى الجامعي بتلمسان، حيث أنشئت هذه المصلحة منذ سنة 2003 و التي كان يعاني مرضاها من التنقل إلي ولاية وهران سابقا. و يشرف على هذه المصلحة طاقم طبي شاب يمتلك حسب شهادة العديد من المرضى كفاءة طبية عالية المستوى و قد لاحظنا حماس هذا الفريق الطبي الذي نعول عليه و على الكثير من أمثاله في المصالح الاخرى

تتكون المصلحة من 5 غرف للمرضى و بمعدل 10 أسرة، اما الفريق العامل فيتكون من 4 أطباء و 11 ممرضا موزعين بين المداومة الليلية و العادية وتستقبل هذه المصلحة المرضى الذين يشتكون من خلل في الجهاز البولي، أما المرضى المقيمين فأغلبيتهم الذين أجريت لهم عمليات جراحية و قد قدر عدد المرضى في هذا الصدد حوالي 213 مريض خلال سنة 2009. و قد بلغ عدد الوفيات في هذه المصلحة خلال نفس السنة 5 حالات و يقوم الأطباء بالمراقبة المنتظمة و المتابعة للمرضى من خلال الزيارات المستمرة خاصة بالنسبة لذوي الحالات الحرجة.

و بما أن الهيكل للبناء غير ملائم فقد علمنا أن هناك مشروع لبناء مركب يتكون من عدة طوابق لمجموعة من التخصصات و التي تتطلب الجراحة ، حيث يحتوي هذا المركب على منح طابق لكل تخصص بالإضافة إلي وجود قاعات للعمليات الجراحية. هذا المركب يمكن المستشفى من حل مشكلة العديد من المصالح و التي تشتكي ضيقها و عدم مطابقتها للشروط و المعايير العلمية في البناء و ملائمتها لحالات المرضى المختلفة. نأمل أن يتحقق هذا المشروع بالنسبة للعديد من الأطباء و الممرضين و المرضى لتحسين شروط العمل و الذين يرون فيه الحل الوحيد لتوسيع المصالح من جهة و استفادتهم من المعدات و الأجهزة الطبية الحديثة من جهة أخرى و بالتالي يؤدي إلي رفع الأداء و تحسين جودة الخدمات الصحية.

12- مصلحة طب العمل

يوجد بالمستشفى الجامعي بتلمسان مصلحة متخصصة في طب العمل ، يعمل بها أطباء متخصصين في المجال. و تختلف مهام أطباء هذه المصلحة عن المصالح الأخرى في كون أنهم يقومون بالمراقبة و التقييم لوضعية المريض بعد تعرضه لحادث في العمل ، فيقدم هؤلاء تقارير تقنية على أساس علمي و طبي⁷⁷⁷ تطبيقا للقوانين والمراسيم.

⁷⁷⁷ Khadir Mohamed & Hannouz Mourad « La médecine de contrôle et d'expertise » O.P.U .2003.P8.

الجدول رقم 28 : تطور عدد الأسرة ، المرضى ، أيام الاستشفائية

2009		2004		المصالح الطبية		
الأيام	الأسرة	المرضى	الأيام	الأسرة	المرضى	
2005	118	1975	1850	121	1649	الجراحة العامة
3899	12	242	3201	10	249	المسالك البولية
--	-		1643	11	126	Chirur- thorax
--	-	--	11308	25	1170	جراحة الأطفال
1674	42	1432	13054	26	1020	جراحة الأعصاب
9670	40	1280	9799	34	1151	طب العيون
6765	38	1367	6910	37	1011	أمراض الأنف الأذن و الحنجرة
---	-	---	29249	106	8501	أمراض النساء و التوليد
20354	65	1347	18395	60	1142	جراحة العظام
11009	29	8756	10547	24	7060	الاستعجالات
8675	30	1780	8105	30	1694	الطب الداخلي
15398	38	856	15170	18	839	أمراض الأعصاب
7213	29	796	6423	29	684	أمراض المعدة
4894	47	438	4041	43	574	الأمراض المعدية
11578	36	598	10267	27	676	أمراض الصدرية
13290	57	2198	14152	53	1929	أمراض القلب
10967	24	1978	10885	24	2102	Hemato – cliniq
----	-	--	16458	50	2290	طب الأطفال
4290	13	945	4165	9	893	الإنتعاش
4354	22	423	4738	23	375	الأمراض الجلدية
---	5	---	---	--	--	الطب النووي
----	10	----	---	--	--	الطب الشرعي
4875	10	95	4237	10	88	Réed- fonct
14654	19	835	13135	54	755	الأمراض النفسية
6302	20	699	5401	15	709	Unité – nephrology
---	--	---	----	--	--	طب العمل
---	--	---	----	--	--	العيادة الخارجية
----	13	---	-----	---	----	امراض الدم oncologie
---	13	---	-----	---	----	Hemodialise
241824	738	28135	239834	839	36684	المجموع الكلي

المصدر: وثائق المستشفى

و يعرف المستشفى الجامعي حركة دائمة من سنة الي أخرى بل من شهر لأخر (أنظر الملحق رقم 1- ب) فيما يخص عدد المرضى و الأسرة و ذلك بسبب احتياجات كل مصلحة و نسبة طلب الخدمة الصحية عليها.

2-2 المصالح الطبية المساعدة

تقوم المصالح الطبية المساعدة بتقديم الخدمة الصحية للمصالح الأساسية بغرض مساعدة الفريق الطبي على إتخاذ القرارات المناسبة بشأن المريض لأن تقدم الطب الحديث لا يعتمد على التشخيص فقط بل يدعم براهين واقعية من خلال نتائج التحاليل المخبرية و نتائج الأشعة و ما يرافق ذلك من خدمات مساعدة . و يشتمل المستشفى الجامعي بتلمسان على مجموعة متكاملة من المصالح الطبية المساعدة و التي يمكن التطرق إليها كمايلي:

1 - مصلحة المخابر

يوجد بالمستشفى محابر لتحليل الدم و لا يقتصر عملها على تحليل عينات الدم للمرضى المنومين داخل المستشفى فقط بل يقصدها المرضى من خارج المستشفى خاصى أولئك الذين لا يمكنهم التوجه الي المخابر الخاصة . و لكن رغم الجهود المبذولة من طرف الطاقم العامل بهذه المصلحة إلا أنها تعاني من نقص الخبرات و الكفاءات الطبية المتخصصة في هذا المجال ،بالاضافة الي نقص ان نقل انعدام المعدات العصرية المتطورة ، مما يدفع بالمريض الي التوجه الي المخابر التحليل الخاصة.

2 - مصلحة الأشعة

لقد جهزت مصلحة الأشعة بمجموعة من الأجهزة المتطورة و الدقيقة ، كالتصوير الطبي ، السكانير.. الخ ، و يواجه موظفي هذه المصلحة من مشاكل تتمثل في نقص عملية التدريب و التي لا يزال غير كاف لضمان تغطية وطنية ، وخاصة المعدات التي يجري إنشاؤها في جميع المرافق الصحية العامة. كما عرفت المصلحة تطورا ملحوظا في تقديم خدماتها التي يحتاج إليها كل من الطبيب لاتخاذ القرارات السريعة و المريض من أجل عدم تدمره و تجنبه نفقات مكلفة ، حيث أصبح من الممكن إجراء فحص سريع بالأشعة بتقريب فترة المواعيد التي أصبحت لا تتعدى الأسبوع بعد أن كانت تفوق الاشهر.

3- مصلحة العيادات الخارجية

يمكن تعريف العيادة الخارجية و انسجاما مع طبيعة عملها بأنها " ذلك القسم الذي يتم فيه استقبال المرضى و المصابين و المراجعين لها ، و تقدم لهم الخدمات الطبية من قبل الاختصاصات الطبية دون مكوثهم في المستشفى ، و إحالة الحالات الطارئة و المستعصية إلي الأقسام الداخلية التخصصية في المستشفى⁷⁷⁸ . و تعتبر مصلحة العيادة الخارجية و المتواجدة بمنطقة بودغن المصلحة

⁷⁷⁸ د . ثامر ياسر البكري " إدارة المستشفيات " المرجع السابق - ص 138.

الوحيدة التابعة للمستشفى الجامعي بتلمسان من الناحية الإدارية و هي في الوقت الحالي قيد عملية إعادة الأشغال⁷⁷⁹ ، و يقوم الأطباء باستقبال المرضى للقيام بعملية المراقبة و المتابعة الطبية ، و بما أنها العيادة الوحيدة فان المصالح الطبية في المستشفى تعتمد نظام المناوبة في عملية الاستقبال.

⁷⁷⁹ بدأت عمليات الترميم و البناء في العيادة منذ الثلاثي الأول من سنة 2009 ، و هذا ما دفع بالمستشفى إلي اعتماد استقبال المرضى بالعيادات المتعددة الخدمات مثل عيادة سيدي شاكور ... الخ .

المبحث الثاني : كيفية تطبيق الجودة الشاملة في المستشفى

تعتبر الجودة الشاملة أحد التقنيات الحديثة التي تسهم في الارتقاء بمستوى أداء الأعمال و مواجهة التحديات و التغييرات المستقبلية و التعامل معها بكفاءة و فعالية⁷⁸⁰ ، و قد أصبح تطبيقها إلزاميا في الأنظمة الصحية لان طبيعته تتسم بتعدد الإجراءات و الاختصاصات و التداخلات⁷⁸¹ complex system . إن حرصنا على تطبيق الجودة الشاملة في المستشفيات الجزائرية عامة ، و المستشفيات الجامعية خاصة ماهو إلا إدراكا و وعيا منا بضرورة حصولها على التميز في تقديم الخدمات المطلوبة بفعالية بحيث تكون خالية من الأخطاء و العيوب و الشوائب و تقدم الخدمة الصحية بأقل تكلفة مالية ممكنة ، و ترقى لمستوى توقعات و رغبات الزبائن (المرضى) و تحقق رضاهم التام حاضرا و مستقبلا و ذلك من خلال التحسين و التطوير المستمر و الالتزام بمتطلبات و معايير الأداء ، فتتوصل إلي تحقيق المعادلة الصعبة أداء العمل الصحيح بشكل صحيح من المرة الأولى و كل مرة. لقد إرتبط مفهوم الجودة الشاملة في الكثير من الدراسات الغربية بالنظرة الإيجابية لدور تأثير التحسينات الصغيرة على جودة الخدمة المقدمة و التي يمكن أن تكون ذات تأثير كبير على الجودة العامة و هذا ما أكده أجيرو في دراسته على سبب تفوق الشركات الأجنبية⁷⁸² ، و هذا ما نسعى لتحقيقه من خلال الإهتمام بعمليات التحسين الصغيرة و التي تؤدي إلي تحقيق الجودة الشاملة في المستشفى الجامعي بتحسيس كل العاملين في المنظمة بأهمية الجودة داخل كل مصلحة من مصالح المستشفى.

1- مؤشرات تقييم الأداء في المستشفى الجامعي

إن الروتين الإداري العتيق و العادات و وجهات النظر التقليدية تعتبر جزءا من الصعوبة في تعلم و ممارسة معاني الأداء الأكثر ثراء و حداثة ، لان وجهات النظر الإدارية التقليدية تعززها الترتيبات التنظيمية و بصرف النظر عن نوع المنظمة فان تصميم المشاريع لا يزال يتم على أساس وظيفي بدلا من أساس العمليات⁷⁸³ . هذا ما جعل تقييم المستشفى يثير أكثر من تساؤل بين الأكاديميين

⁷⁸⁰ عبد اللطيف العويضي " تجربة تطبيق الجودة في معهد الإدارة العامة" ورقة عمل مقدمة في ملتقى الجودة الشاملة : 15-03-1428 هـ. ص2.

⁷⁸¹ د. بنية المصطفى " تطبيق برامج الجودة في القطاع الصحي الحكومي بدولة الكويت" ورقة مقدمة- الملتقى الخليجي الرابع للجودة- تطبيقات الجودة في الشركات و المؤسسات الحكومية - الكويت- مايو 2006.

⁷⁸² د. عبد الرحمن أحمد محمد هيجان " منهج عملي لتطبيق مفاهيم إدارة الجودة الكلية" الإدارة العامة - المجلد 34/العدد3. ديسمبر 1994 . ص

416.

⁷⁸³ دوجلاس ك. سميث " إدارة تغيير الأفراد و الأداء ، كيف ؟ المبادئ - الاستراتيجيات - الرؤى " ايتراك للطباعة و النشر - الطبعة الأولى -

2001. ص 98.

والممارسين سواء من الأطباء أو رجال الإدارة خاصة ما يتصل منها بأساس التقييم و المعايير المستخدمة في القياس ، و تزداد المسألة تعقيدا في المستشفيات الحديثة كونها منظمة مركبة يعمل بها مجموعات مهنية و تخصصية مختلفة ، و من ثم فان أسلوب القياس يعجز عن تقييم الأداء بما يتفق وتوقعات هذه الأطراف جميعا⁷⁸⁴ .

و على ضوء هذه الحقيقة التي توضح أن المستشفى نظام معقد و مفتوح ، أظهرت العديد من الدراسات أن تقييم كفاءة أداء المستشفى تتوقف على إعتبرات عديدة مثل قدرتها على التفاعل والتكيف مع البيئة الخارجية و قدرتها على مواجهة الضغوط و المشاكل المفروضة. ويختلف قياس أداء المستشفيات الخاصة عن المستشفيات العامة ، بحيث أن النوع الأول يعتمد على مقاييس وأسس اقتصادية ، لذا نجد أن تحليل التكلفة و العائد ذو أهمية كبرى في هذه النوعية من المستشفيات ، أما المستشفيات الحكومية نجد أن أدائها يقاس من خلال المعايير الثلاثة و هي: الفعالية ، الكفاءة ، العدالة⁷⁸⁵ .

1-1 دراسة مؤشرات الأداء

تحتاج المستشفيات إلى مؤشرات محددة لقياس و معرفة مستوى الأداء المتحقق و التقدم الحاصل عليها ، و تستخدم المعايير لتقييم أداء الإدارة و العاملين . و طالما أن أهداف المنظمة هي تعبير عن أهداف العاملين ، فان العاملين يقيمون الإدارة وفقا لمدى انجازها لأهداف المنظمة و أهدافهم ، كما أن المجتمع يستخدم الأهداف للحكم على مدى إسهام المنظمة في خدمة المجتمع ، بالإضافة إلى ذلك فان الأهداف كمعايير تقدم المقياس اللازم لتقييم الفعالية الإدارية التنظيمية⁷⁸⁶ . و سوف نقوم في هذا الجزء من الدراسة بتقييم أداء المستشفى من خلال المؤشرات المعتمدة في مختلف الدراسات السابقة.

■ مؤشرات تتصل بالعنصر البشري

و يتمثل هذا المؤشر بعدد من التخصصات التي تتضمن : الأطباء ، هيئة التمريض ، التقنيين ذو المهن الصحية و الإداريين . و يمكن اعتماد المقاييس التالية في تحديد مستوى أداء العنصر البشري المتواجد بالمستشفى و محاولة إجراء مقارنة بين معطيات 2007 و 2009.

784 د. متولي السيد متولي أحمد / د. محمد محمد نور قوته " تقييم أداء المستشفيات السعودية - بحث ميداني بالتطبيق على مدينة جدة " المجلة العلمية للبحوث و الدراسات التجارية - المجلد الأول / السنة الأولى / العدد الثاني- ملحق العدد - جامعة حلوان 1987. ص 39.

785 د. فوزي مذكور " تسويق الخدمات الصحية " إيتراك للنشر و التوزيع - الطبعة الأولى -1998. ص119.

786 د. محمد نبيل سعد سالم / د. محمد محمد جاب الله عمارة " إدارة الموارد البشرية في المؤسسات الاجتماعية " دار الطباعة الحرة - الطبعة الثانية - الإسكندرية - 2006. ص209 .

$$1- \text{عدد الأطباء المقيمين} / \text{عدد الأطباء الكلي} = 496 / 267 = 53,83\%$$

يشير هذا المعيار إلى نسبة التكوين في المستشفى و بالرغم من أنه معيار جيد إذا أخذناه من ناحية التخطيط الجيد في إعداد قوى عاملة طبية مستقبلا و لكن يأخذ عليه عدم إمكانية التأطير الجيد و الذي يرجع للعدد الهائل نسبة إلى الأطباء المكونين . و بالرجوع إلى الجدول يمكن حساب هذه النسب كالتالي:

$$\text{عدد الأطباء الاستشفائيين} / \text{عدد الأطباء المقيمين} = 107 / 267 = 40\%$$

وهذه النسبة أيضا جيدة تضمن التكوين الجيد لهؤلاء الأطباء ، بمعنى طبيب مكون واحد لكل 3 أطباء تقريبا في مرحلة التكوين.

$$\text{عدد البروفيسور} / \text{عدد المصالح} = 12 / 26 = 46,15\%$$

يظهر هذا المعيار عدم وجود أطباء بدرجة بروفيسور في العديد من المصالح و هذا ما يفسر تدني مستوى الخدمة بسبب نقص الخبرة و الكفاية العلمية للطواقم المسير للمصلحة.

$$2- \text{عدد الأطباء الاختصاصيون} / \text{عدد الأطباء الكلي} = 67 / 496 = 13,50\%$$

النسبة المتحصل عليها ضعيفة مما يسجل نقصا فادحا في الأطباء المتخصصين

$$3- \text{عدد الكوادر الشبه طبية} / \text{عدد الأطباء الكلي} = 856 / 496 = 1,72\%$$

$$4- \text{عدد الممرضين} / \text{عدد المرضى} = 36684 / 856 = 2,3\%$$

$$5- \text{عدد الأسرة} / \text{عدد الأطباء الكلي} = 834 / 496 = 1,68\%$$

يشير هذا المعيار إلى ما يصيب الطبيب الواحد من الأسرة في المستشفى، فزيادة عدد الأسرة للطبيب الواحد يعني تدني مستوى الخدمات الصحية و العكس صحيح و المستوى المقبول هو 4 أسرة لكل طبيب⁷⁸⁷ . و رغم أن المستشفى الجامعي بتلمسان يحقق المستوى المقبول وهو 2 أسرة لكل طبيب لكننا نشير إلى أمر مهم و هو أن نصف هذا العدد من الأطباء هم أطباء مقيمين أي لا يزالون في مرحلة التدريب و التكوين ، مما يجعلنا في ريب من اتخاذ هذا المؤشر في صالح المستشفى.

$$6- \text{عدد الأسرة} / \text{عدد الممرضين} = 834 / 856 = 97\%$$

أي نصيب خدمة الممرض أو الممرضة من أسرة المستشفى فانخفاض هذا المعيار يرفع من مستوى الخدمة الصحية و المستوى المقبول هو سريران لكل ممرض أو ممرضة.

$$7- \text{عدد الأسرة} / \text{عدد الصيادلة} = 3 / 834 = 278 \text{ سرير}$$

⁷⁸⁷ سليم بطرس جلة " إدارة المستشفيات و المراكز الصحية " دار الشروق - الطبعة الأولى 2007. ص106.

لا يقتصر تطبيق مؤشر عدد الأسرة على الأطباء و المرضى فقط و إنما يشمل أيضا الصيادلة ،
والعدد المقبول به هو 100 سرير لكل صيدلي فأى انخفاض في هذا المستوى يفسر ارتفاع مستوى
الخدمة و أي زيادة في هذا العدد يؤدي إلي تدني الخدمة الصحية . و هذا ما نلاحظه في عملية
التقييم داخل المستشفى حيث أن المعيار يصل إلي مستوى 278 سرير

$$8- \text{عدد الأسرة} / \text{عدد الموظفين الإداريين} = 834 / 753 = 1,11$$

تشمل فئة الموظفين كافة الأفراد العاملين في أنجاز المهام الإدارية في المستشفى و يفترض أن يساوى
عدد الموظفين عدد الأسرة و أي خلل في هذه المعادلة سينعكس سلبا على أداء المستشفى. و هنا
يبرز هذا المؤشر بأن عدد الموظفين أقل من عدد الأسرة في المستشفى.

■ معايير الأداء الخاصة بتشغيل المستشفى

$$1- \text{معدل أيام رقود المرضى} = \text{مج عدد الأيام المرضى الراقدين} / \text{مج عدد المرضى} \\ = 36684 / 250000 = 7,3 \text{ يوم} \sim 8 \text{ أيام}$$

يرتبط هذا المعيار بأيام مكوث المرضى في المستشفى إذ يدل انخفاض هذا المعدل على تصاعد تحسن
أداء المستشفى و يعكس جودة الخدمة الصحية المقدمة و المستوى العالي لرضا المرضى

$$2- \text{نسبة إشغال السرير} = (\text{مج عدد الأيام المرضى الراقدين خلال سنة} / \text{عدد الأسرة} \times 365 \\ \text{يوم}) \times 100 = (365 \times 834 / 250000) \times 100 = 82,12 \%$$

يؤثر هذا المقياس بنسبة الاستغلال الفعلي للأسرة المتاحة في المستشفى على النحو الذي يعزز من
أداء المستشفى .

$$3- \text{معدل كلفة التمريض لليوم} = \text{مجموع النفقات في المستشفى خلال فترة معتبرة} / \text{مج أيام} \\ \text{مكوث المرضى خلال الفترة نفسها}$$

$$= 1.600.000.000,00 / 250000 = 6400,00 \text{ دج}$$

$$4- \text{معدل كلفة المريض الواحد} = \text{مجموع النفقات في المستشفى خلال فترة معتبرة} / \text{مج عدد} \\ \text{المرضى خلال الفترة نفسها}$$

$$= 1.600.000.000,00 / 36684 = 43.615,82 \text{ دج}$$

■ مؤشرات الأداء الخاصة بنتائج التشغيل

و تضم المؤشرات التالية:

1- معدل الوفيات العام = (مجموع الوفيات في المستشفى خلال فترة معتبرة / مج المرضى الراقدين خلال نفس الفترة) × 100

يظهر هذا المعيار نسبة المرضى المتوفين من مختلف الأعمار و لأسباب مختلفة إذ يدل ارتفاع المؤشر على تدني أداء المستشفى و انخفاضه على ارتفاع مستوى الأداء بها

2 - معدل البحوث = عدد البحوث المنجزة من قبل الكادر الطبي / عدد الأطباء في المستشفى

3- نسبة الأجهزة الطبية المعطلة = عدد الأجهزة الطبية المعطلة / العدد الكلي للأجهزة الطبية

4 - معدل حصة المريض من الأدوية = كلفة الأدوية المستخدمة / عدد المرضى الكلي

5 - مسعف لكل سيارة = عدد المسعفين / عدد سيارات الإسعاف

بالنسبة لهذه المؤشرات فلم تتمكن من حسابها بسبب انعدام المطيات و المعلومات.

1-2 تحليل المؤشرات وفق الوضعية الحالية للمستشفى

بالرغم من عدم وجود إدارة الجودة في المستشفيات ، و انعدام استخدام معايير لقياس أداء الأفراد العاملين بها من أطباء و ممرضين و إداريين إلا أننا حاولنا قياس هذا الأداء اعتباراً إلى النتائج المتحصل عليها ، و اعتماداً على ذلك سوف نحاول تحليل المؤشرات وفق الوضعية الحالية للمستشفى و ذلك من خلال مايلي:

■ عوامل الاختلاف بين المصالح

تتسبب عوامل الاختلاف بين المصالح الطبية في حتمية اختلاف مستوى جودة الخدمة المقدمة مما يجعلنا نركز على هذا الجانب من خلال ضرورة إزالة الفوارق بين المصالح و المتمثلة فيمايلي:

1) التفاوت في درجة التشغيل بين المصالح

تعرف العديد من المصالح كثافة كبيرة في درجة التشغيل و مرضاها من النوع الثقيل بسبب طول فترة الإقامة في المستشفى كمصلحة جراحة العظام مثلاً ، في حين هناك مصالح طبية أخرى لا تعرف مثل هذه الدرجة من التشغيل.

2) الاختلاف في الحجم و عدد الأسرة

يوجد تباين كبير بين المصالح فيما يخص حجم المصلحة من حيث استغلالها للمساحة و المبنى، فهناك مصالح ذات مساحات معتبرة و مقبولة في حين يوجد مصالح أخرى بمساحات ضيقة

ومحدودة رغم توافد المرضى عليها، طبعاً ضيق المصلحة يجتم التخفيض في عدد الأسرة بالمصلحة والعكس بالعكس صحيح.

3) الاختلاف في اليد العاملة

يكمن الاختلاف في تفاوت المصالح من حيث عدد الأطباء الاستشفائيين في كل مصلحة و من حيث عدد المهنيين الصحيين من ممرضين و مؤهلين ، ففي كل مصلحة من المصالح الطبية من الضروري تقسيمها إلي ثلاث مستويات لتحديد العدد المطلوب من الممرضين و المساعدين الصحيين ، فالمستوى الأول يعني وجود مرضى بحالات بسيطة و سريعة الشفاء ، و هنا المعايير تتطلب وجود ممرضة واحدة لكل 6 مرضى حتى تتمكن من تقديم خدمة صحية فعالة و ذات كفاءة جيدة. أما المستوى الثاني فيقصد به المستوى ذوي الأمراض المتوسطة التي تتطلب رعاية طبية أكبر من المستوى الأول و هذا ما يجعل المعايير تتطلب وجود ممرضة واحدة لكل 3 إلي 4 مرضى حتى تتمكن من تقديم خدمة صحية فعالة و ذات كفاءة جيدة. أما المستوى الثالث و الأخير هو المستوى الخطير، حيث يعتبر من مراحل الإنعاش و عناية مركزة و رعاية صحية فائقة ، بالإضافة إلي ضرورة السهر الدائم و المتواصل ذوي الأمراض المتوسطة التي تتطلب رعاية طبية أكبر من المستوى الأول و هنا تتطلب المعايير تقليص أكثر، حيث يستوجب وجود ممرضة واحدة متخصصة ما بين 1 و 2 مرضى حتى تتمكن من تقديم خدمة صحية فعالة و ذات كفاءة جيدة.

4) الاختلاف في التجهيزات و المعدات الطبية

ان زيارتنا للمستشفى و التقرب أكثر من الموظفين من كل المستويات أظهرت وجود تفاوت كبير فيما يخص الاجهزة المتوفرة لكل مصلحة، و هذا سيربز أكيد التفاوت و النتائج المتحصل عليها.

■ المتطلبات الهندسية في المستشفى :

إن هندسة المباني وفق المعايير العلمية تعتبر أساسية و مهمة في عملية تقليص المشاكل العملية للفئة العاملة داخل المستشفى، فمن الضروري أن يخضع تصميم غرف المرضى للاعتبارات البيئية والصحية وفقاً لما ذكر بمرجع مركز التحكم في الأمراض و منعها . و من الأفضل أن تحتوى غرف المرضى على سرير واحد في الغرفة ، و أن لا يزيد عدد الأسرة عن أربعة في حالة الضرورة القصوى و أن تبلغ المساحة المغطاة ما بين 10 و 11 متراً ، مع التأكيد على استعمال النوافذ للإضاءة فقط لمنع دخول الأتربة و الميكروبات خاصة في المستشفيات المقامة داخل الكتل السكنية

المزدحمة⁷⁸⁸ ، و يجب أن يتاح للمريض استخدام المراض و حوض غسيل الأيدي دون الخروج إلى خارج الغرفة مع ضرورة توفر المبنى على شروط التهوية و الإضاءة بالإضافة إلى توفير نقاط المياه (une pointe d'eau) تبعد عن المريض في حدود مسافة لا تتعدى 3 أمتار حتى نضمن إتباع شروط النظافة و التعقيم داخل المستشفى.

إن العديد من المصالح التابعة للمستشفى تعتبر غير ملائمة و تفتقر إلى ادني معايير الجودة الطبية من حيث طبيعة البناء و تقسيم و توزيع الغرف و نظافة المحيط و السبب الرئيسي يعود إلى قدم المستشفى من حيث المباني و المعدات و التجهيزات و لم تعد تتماشى و التطور العلمي والتكنولوجي ، لذا من الضروري إعادة النظر في وضعية المستشفى ككل خاصة و انه أصبح اليوم يتموقع وسط المدينة ، ففي الو.م.أ يوجد أكاديمية خاصة بكل اختصاص تقوم بتحديد المعايير الطبية و المعايير المساعدة⁷⁸⁹ على الشفاء .

■ مشاكل المستشفى الجامعي

يعرف قطاع المستشفيات مشاكل متعددة من بينها:

1 - نقص التأطير و التكوين في المجال الطبي و الشبه الطبي.

تعرف التكنولوجيات الطبية يوميا تقدما هائلا و سريعا من جراء الاكتشافات و الاختراعات التي أصبحت تغير من استعمال التقنيات مما يؤثر على مستوى أداء العاملين من كل المستويات (أطباء ، ممرضين ، تقنيين ، إداريين ... الخ) في المستشفى ، لذا لا بد من تدعيم التكوين و الاهتمام به بغرض رفع الأداء لأن المعدات الطبية الحديثة والتقنيات الفعالة المعمول بها تتغير باستمرار لذا يجب على موظفي مختلف الأقسام مثل قسم الأشعة و المخبر أن يكونوا في مستوى هذا التطور الذي يتطلب موظفين ذوي مؤهلات عالية . كما أن الوسائل و المعدات الطبية في مختلف التخصصات في الجزائر تعيش واقع التخلف و التأخر سواء من جراء مواكبة المعدات الحديثة من جهة أو من حيث واقع التكوين الذي أصبح يشكل خطرا على صحة الفرد و مستوى أداء القطاع الصحي ككل. فالتقنيات الحديثة المتطورة و الفعالة تتطلب كفاءات بشرية عالية الأداء. و من المهم تعزيز التكوين التدريبي النظري والعملي في مختلف مراكز التدريب. إن انخفاض مستوى الأداء الأطباء الجدد يرجع عادة للتكوين و التدريب الناقص و ذلك لسببين :

⁷⁸⁸ د. سامية جلال سعد " الإدارة البيئية المتكاملة للمستشفيات " المنظمة العربية للتنمية الإدارية - مصر 2006 . ص148.

⁷⁸⁹David Rosenberg / Michelle Moss "Guidlines and levels of care for pediatric intencive care unite"-American Academy of Pediatric Official Journal, October 2007.

الأول يتعلق التأطير الغير الجيد و الذي يعود إلي نقص المراقبة و الصرامة أثناء التدريب. أما الثاني يعود لضرورة بقاء المعنيين بالتكوين في المستشفى للاستفادة و التعلم قدر الإمكان من الحالات المرضية الموجودة .

2 - نقص الأبحاث الميدانية

يشتكي الأطباء من عدم اهتمام الإدارة بإجراء البحوث الميدانية خاصة فيما يتعلق بالعدوى داخل المستشفى و التي أصبحت هاجسا يؤرق الطبيب و يجد من فعالية أدائه و يتسبب في تدهور مستوى الخدمة الصحية ، ففي دراسة⁷⁹⁰ قام بها الدكتور فھاري حبيب أخصائي في الأمراض المعدية أن 60 % من عمال الشبه الطبي لا يحترمون قواعد النظافة كغسل الأيدي مثلا. كما أن التصريح بالمعلومات و البيانات الحقيقية يجد من المشاكل الصعبة التي تواجه نظام المستشفيات وتنمي وعي المجتمع بهذه المشاكل ، كما ارتبطت المشاكل بمصدقية هذه المعلومات⁷⁹¹ .

3 - سوء التنسيق و التوجيه بين المصالح

سوء التنسيق و التوجيه بين المصالح يتمثل في توجيه العديد من الكوادر الشبه الطبية إلي مصالح لا وجود فيها للمرضى كالإدارة (10 ممرض) و مصلحة الطب النووي (25 ممرض)⁷⁹² و هذا ما يؤدي إلي نقص في اليد العاملة في العديد من المصالح الطبية الأخرى.

4 - مشاكل المرضى

إن مستوى الخدمات الصحية المقدمة وفقا لأراء المرضى تتراوح ما بين السيئ و المقبول إلا أن الخدمات الصحية المقدمة تحقق بعض متطلباتهم ولكن بشكل ضعيف و من العوامل المؤثرة على تحقيق متطلبات و احتياجات المرضى:

1- قدرة الأطباء على التشخيص الدقيق و العلاج السليم.

2- معاملة الأطباء مع المرضى و عائلاتهم.

3- متابعة الأطباء لنتائج العلاج.

4- قرارات الأطباء في التنويم و خدمات التمريض

5- تقديم المعلومات الكافية للمرضى.

⁷⁹⁰ R.N « Algérie : Hygiène des Hôpitaux – Des virus dans l'air » infosoir – Mardi 18 avril 2006/

⁷⁹¹ « Hospital-Based Emergency care at the Breaking point » P 76.

⁷⁹² شهادات من أعضاء هيئة التمريض و الكادر الطبي.

ومن المشاكل التي تواجه المرضى:

- عدم إعطاء الطبيب الوقت الكافي للمرضى.
- شراء المرضى بعض الأدوية و المستلزمات الطبية.
- المعرفة والمحسوبة: سوء المعاملة من طرف الفريق العامل (أطباء ، ممرضين ، عاملين).
- الانتظار الطويل للحصول على مواعيد في المستشفى.
- تعرض المعدات و الأجهزة و سيارات الإسعاف لكثرة التوقف و العطب.
- نقص في توفير المرافق المساعدة على تقديم الخدمة الصحية كالمطبخ ، و المغسلة ... الخ .
- عدم ضرورة وجود مساحات خضراء للاستحمام.
- الهياكل لا تتماشى و المعايير الصحية العلمية للمستشفيات.
- قلة و انعدام النظافة بتواجد العديد من الحيوانات و الحشرات الملازمة للمريض (الجرذان، القطط ، البعوض ، كفار... الخ
- عدم اتساع المصالح يؤدي إلى عدم عزل الحالات الخاصة عن بعضها البعض و العديد من المصالح الحالية غير مناسبة

5- مشاكل اليد العاملة

- تعاني اليد العاملة في المستشفى الجامعي من مجموعة من المشاكل تتلخص فيمايلي:
- ضعف تحقيق المستشفى لمتطلبات و توقعات موظفيها و يتأثر هذا المستوى بمدى تحقيق المسؤولين لتوقعاتهم و التفاعل معهم.
 - مشكل قانون الخاص بالأطباء المقيمين Les résidents الذين يعانون من تحديد هويتهم ومكانتهم في المستشفى بضرورة اهتمام الدولة بهم.
 - نقص الوسائل المادية (كالأجهزة ، المعدات الطبية ، الأدوية ، التحاليل التي تساهم في نجاح التشخيص الطبي).
 - نقص سيارات الإسعاف على المستوى الداخلي للمستشفى ، فهناك سيارة واحدة تلبّي كلّ احتياجات مصالح المستشفى.

2- تحديد الرؤية المستقبلية للمستشفى

لا بد من وضع رؤية مستقبلية للمستشفى و هذا يتطلب التحرر من الأسلوب التقليدي الذي تعمل به المنظمة و تغير الاتجاهات و التفكير الابتكاري⁷⁹³ ، لأن خصوصية الخدمة الصحية وتميزها تحتم حالياً على المنظمات الصحية بما فيها المستشفيات ضرورة العمل على تطبيق الإدارة العلمية المتمثلة في إدارة الجودة الشاملة فالمستشفيات تبحث عن التميز و الريادة في تقديم الخدمات الصحية ذات الجودة العالية، حتى تكون نموذجاً يحتذى به على المستوى المحلي و الإقليمي والدولي. و للمحافظة على التميز يجب إخضاع جميع نشاطات المستشفى إلى عملية التقييم المستمر، مستفيداً من نتائج التقييم بتطوير جميع البرامج و النشاطات المختلفة بما يتناسب مع الاحتياجات المستقبلية⁷⁹⁴.

إن الحاجة إلى تطبيق الجودة في القطاع الصحي تعود إلى تمييز بين معايير للعدالة و الإنصاف كالحاجة Besoin، الوصول l'accès و النتائج Résultat⁷⁹⁵ ، و إلى ارتفاع تكاليف تقديم الخدمة (التشغيلية، الصيانة) مع محدودية الموارد بسبب زيادة الهدر في النظام الصحي من خلال الحجز الغير ضروري و المبالغة في استعمال الأدوية المرتفعة الثمن⁷⁹⁶ ، بالإضافة إلى ارتفاع مستوى الوعي الصحي و مستوى توقعات العملاء مع الرغبة في التميز.

2-1 محاور الاهتمام لتحصيل خدمة صحية متميزة

و اعتماداً على مبادئ إدارة الجودة الشاملة نرى أنه من الضروري على المستشفى الجامعي أن يركز عليها للوصول إلى خدمة صحية متميزة. و تكاد تجمع آراء المختصين و الكتاب حول المحاور التالية:

■ محور المرضى

و يرغب المرضى النومين في المستشفى في التسريع بعملية التغيير التي تتطلب إعادة النظر في المصالح كون بعضها ضيق و غير مناسب لوضعية المرضى و ينقصها عامل النظافة. و تؤثر المستشفى على وضعية المريض خاصة إذا كانت مجانية ، يضاف إلى أعباء المريض النفسية و المادية ، وقوفه في

⁷⁹³ د . سونيا محمد البكري " إدارة الجودة الكلية " الدار الجامعية – الإسكندرية 2004/2003 . ص 320.

⁷⁹⁴ عبد اللطيف العويضي " تجربة تطبيق الجودة في معهد الإدارة العامة" ورقة عمل مقدمة في ملتقى الجودة الشاملة : 15-03-1428 هـ. ص 4.

⁷⁹⁵ Michel Grignon « Etude sur un mécanisme de type APS » Travail réalisé , CREDES – Mars 2003. P9.

⁷⁹⁶ د . علي أحمد عواد الروابدة " عوامل الهدر في النظام الصحي الأردني : دراسة تحليلية لوجهة نظر الأطباء العاملين في محافظة العاصمة " المجلة العربية للإدارة – المنظمة العربية للتنمية الإدارية – المجلد 26 / العدد 2 / ديسمبر 2006. ص 85.

صف طويل لانتظار دوره مما يشعره بالمهانة و يفقده الثقة في العلاج⁷⁹⁷. إن تطور نظام الإحالة, هناك حالات كثيرة لا تحتاج لرعاية المشفى ومن الممكن حل أمورهم بمركز صحي, من خلال هذا النظام لا يأتي المريض للمستشفى إلا بحالتين إما محمولاً بسيارة إسعاف, أو محالاً من مركز صحي,

■ محور الكوادر الطبية و الشبه الطبية

تتوقف عملية تطبيق الجودة الشاملة في المستشفيات العمومية على مدى الاهتمام بتسيير الموارد البشرية و التي أصبحت عامل مهم في ضمان الجودة⁷⁹⁸, و من حرصها الشديد على جذب الأطباء إليها و هذا ما يمنع هجرة الكوادر الطبية من جهة و يضمن الرعاية الصحية الجيدة للمرضى⁷⁹⁹.

■ العمل على تغيير السلوكات السلبية

ثمة معتقدات خاطئة عند عامة الناس تجاه المستشفيات الحكومية تتمثل في الدخول للمستشفى مع عدد كبير من المرافقين, الدخول والخروج بغير وقت الزيارة إحضار الأطعمة, جلب الأطفال, علماً أن المواطن في المستشفيات الخاصة يلتزم بالتعليمات و تتفاهم حالة المريض بسبب الجهل والإهمال⁸⁰⁰ و تركزت شكاوى المواطنين والمرضى حول الزيارة والمرافقة والطعام وانقطاع الدواء أحياناً وتصرفات بعض المرضات. أما شكاوى المستخدمين من وضع الأطعمة على الأسرة ورمي الأوساخ على الأرض وتخريب أسرة المرضى, لكن أكثر ما يجز في النفس موضوع السرقات بعض الناس للصنابير والبلايخ والشراشف.

2-2 عملية التقييم الذاتي و الحصول على الاعتماد

يجب على كل مستشفى أن يقرر الطريقة المثلى للبدء في إجراء عملية التقييم الذاتي لمعرفة مدى امتثال المستشفى للمعايير الموضوعية وما هي الطريقة المثلى لوضع الخطط الفعلية للمعايير التي يرى المستشفى بأنه لم يتم تحقيقها بشكل كامل. ومع ذلك، تتوفر نماذج متعارف عليها عبر الزمن، وهي مرتبة كالتالي حسب درجة الأولوية:

⁷⁹⁷ إبراهيم عبد الهادي المليجي " الممارسة المهنية في المجال الطبي و التأهيلي " المكتب العلمي للكمبيوتر- 1997. ص127.

⁷⁹⁸ Marc Lecardez OPCIT – P25.

⁷⁹⁹ Médiométrie P54-P55/

⁸⁰⁰ بثينة النونو " معاناة الأطباء في المشافي العامة..بين الواجب الإنساني والمشاهد المؤذية" مجتمع – 2005

http://thawra.alwehda.gov.sy/_print_veiw.asp?FileName=98479768920050914223656

■ لجنة تحسين الجودة :

الطريقة الفضلى والمستحبة هي استخدام لجنة تحسين الجودة الحالية. تكمن مميزات هذه الطريقة في أنها تنقل الصورة لكافة العاملين في المستشفى بأن الإدارة تعلق أهمية كبيرة على تحقيق معايير اعتماد المستشفيات واعتبارها جزء لا يتجزأ من عملية تحسين الجودة. وبالتالي يجب أن يتم إعطاء اللجنة المسؤولية وتفويض السلطة اللازمة إما لتقييم مدى امتثال المستشفى كل معيار بشكل منفصل أو تشكل عدد من اللجان الفرعية أو فرق عمل، حيث يتم توكيل كل لجنة فرعية أو فريق عمل بمجموعة معينة من المعايير وأن يكون أعضاء تلك اللجان وفرق العمل من الأفراد الأكثر خبرة ومعرفة في الموضوع الذي تغطيه المعايير ليتم تقييمه. ومن هنا، يطلب من كل فريق عمل أن يقوم بكتابة التقارير الدورية عن سير تقدم عملها وعن النتائج التي توصلت إليها ومن ثم عرضها على أعضاء لجنة تحسين الجودة.

■ تشكيل لجنة جديدة أو فريق عمل

إن تشكيل فرق العمل أو لجنة جديدة للإشراف على عملية التقييم الذاتي وعملية وضع خطط العمل الفعلية. تكمن سلبية هذه الطريقة في أنها تحذف مبدأ تحقيق المعايير والخطط الفعلية لتحقيق المعايير التي لم تحقق مني هيكل تحسين الجودة والذي قد يؤدي إلى الاعتقاد بأن الاعتماد يختلف كل الاختلاف عن تحسين الجودة. بينما تكمن النقطة الإيجابية لهذه الطريقة بأنها من الممكن أن تزيد من عدد الأفراد الذين على علم ودراية بالجوانب التي تغطيها هذه المعايير نحو العملية التحضيرية. لذلك، يجب أن يؤخذ تطبيق هذه الطريقة بعين الاعتبار في المستشفيات التي لديها أصلاً لجنة تحسين الجودة فعالة حالياً ولجنة هي أصلاً مشغولة في الكثير من نشاطات تحسين الجودة.

■ التقييم الذاتي لكل قسم

عملية التقييم الذاتي لكل قسم ما هي إلا تكليف كل رئيس قسم أو وحدة بمسؤولية القيام بتنفيذ التقييم الذاتي لأقسامهم والعمل على وضع خطة فعلية للمعايير التي هم غير قادرين حالياً على تحقيقها. وبالرغم من أن العديد من المستشفيات تختار هذه الطريقة بالبداية، إلا أن أغلبهم سرعان ما يجدون بأنها ليست ذات فعالية وسرعان ما يتبنون طريقة من الطرق المذكورة سابقاً. إن عملية حصول المستشفى على الاعتماد هي رحلة طويلة ومليئة بالتحديات بحيث تتطلب غالباً القيام بإجراء تغييرات هامة في الممارسات المألوفة وفي سلوك الأفراد على السواء. فهذه العملية

تتطلب من المستشفى ومن كافة أعضاء كادرها القيام بإجراء تقييم شامل لأدائهم الحالي والتعرّف على الممارسات التي يجب تغييرها أو العمليات والإجراءات الجديدة التي يتم استحداثها. و يمكن تقسيم عملية حصول المستشفى على الاعتماد إلى خطوات متسلسلة كالتالي⁸⁰¹:

1. أن يتبنى الكادر القيادي في المستشفى مبدأ الاعتماد ومدى أهمية وقيمة الحصول على مجموعة من معايير، بحيث يتم تقييم وقياس أداء المستشفى مقارنة بهذه المعايير.
2. يقوم الكادر القيادي بنشر مبدأ ومدى أهمية العمل نحو تحقيق الاعتماد لكافة الموظفين وأعضاء الكادر.
3. وبما أن المفهوم الأساسي للاعتماد يكمن في تحسين الجودة، فإن على المستشفى أن يقوم بوضع ونشر تعريفه للجودة بشكل واسع وواضح.
4. أن يقوم المستشفى بتشكيل لجنة تحسين الجودة ويبدأ بكتابة والاحتفاظ بمحاضر الاجتماعات التي تعكس فكرة واضحة وتفصيلية عن تقدم سير عمل ونجاحات تحسين الجودة، بما فيها تحقيق معايير الاعتماد.
5. يقوم المستشفى بتثقيف موظفيه وأعضاء كادره حول تحقيق معايير الاعتماد الفردية.
6. يقوم المستشفى بالانتهاء من إجراء تقييم ذاتي، لوضع المستشفى الحالي، بما يخص الامتثال والتطابق مع معايير الاعتماد الموضوعية.
7. التقييم الذاتي للمستشفى مدعم بأدلة بحيث يتضمن توثيق ما يتطابق وكذلك ما لا يتطابق.
8. التقييم الخارجي الغير متحيز مدى دقة ومصداقية نتائج التقييم الذاتي والخطة الفعلية الموضوعية.
9. الحصول على الاعتماد.

⁸⁰¹وزارة الصحة "المعايير الأردنية لاعتماد المستشفيات" ص14.

الخلاصة :

يعتبر المستشفى الجامعي بتلمسان قطبا علميا و طبيا متميزا ، و الاهتمام بدراسته من كل النواحي خاصة الناحية الإدارية يثبت نجاعته و يحقق كفاءة علمية و عملية تسمح بتقليل الهدر الصحي الذي يشكل الفاقد الاقتصادي للمنظمات الصحية . إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات يعد من أهم الخطوات التي يجب أن تتخذ من طرف الإدارة لتحسين مستوى الخدمة الصحية المقدمة و حلّ مختلف المشاكل التنظيمية ، و بالتالي تحسين صورة المستشفى .

إن دراسة هذا الصرح الطبي يمكننا من تطبيق نتائجه على مختلف المستشفيات العمومية المتواجدة في الجزائر. و هذا ما دفع بنا إلي تطبيق نظرية السلوك المخطط لقياس مواقف و آراء الأطباء والمرضى في الفصل الموالي للدراسة

الفصل الثاني

دراسة تحليلية

لمواقف الأطباء و المرضى بالمستشفى

الجامعي

مقدمة

تكمن أهمية البحوث الميدانية في بناء أسس واضحة وعلمية للجودة وتصميم الأدوات اللازمة لتحقيق ذلك، والمشكلة في هذه الدراسة تتعلق بدراسة و اختبار الأهمية النسبية التي تمثلها أبعاد النوعية للخدمة الصحية المقدمة من قبل الأطباء العاملين في المستشفى الجامعي بتلمسان. ومن أجل ذلك تم جمع المعلومات والبيانات من مصدرها الميداني وذلك عن طريق الاتصال المباشر بينها وبين الطبيب كمنتج للخدمة الصحية وعميل من داخل المنظمة ، وكذا المريض المستهلك النهائي والمستخدم الفعلي للخدمة الصحية وعميل من خارج المنظمة وذلك بالاعتماد على استمارتي الاستبيان اللتان أعدتا لهذا الغرض بالإضافة إلى ما تم إجرائه من المقابلات الشخصية مع عينة البحث.

يفترض الباحثون انه يمكن التنبؤ بسلوك الأفراد حيث أن قابلية السلوك للتنبؤ تأتي من بعض العموميات التي نلاحظها في سلوكياتنا وسلوكيات الآخرين حيث أن السلوك الانساني لا يتصف بالعشوائية حيث أصبح من الممكن التنبؤ به. و هي من بين الافتراضات التي قام عليها السلوك التنظيمي في المنظمة الاستشفائية .

وقد حاولت الباحثة في هذه الدراسة من اختبار درجة موقف العينة المبحوثة من سلوكها اتجاه مستوى الخدمة المقدمة في المستشفى الجامعي وموقف قبولها لتطبيق ادارة الجودة الشاملة و ذلك باستخدام مقياس ليكرت R.A Likert⁸⁰² ، لقياس الاتجاهات بغرض دراسة صحة الفرضيات المقترحة.

⁸⁰² سمي هذا المقياس باسم صاحبه ، صمم في سنة 1932 لمعالجة نقائص مقياس ثرستون و الذي يعتبر من المقاييس الأكثر استعمالا ، حيث يعطى للفرد حرية الاختيار في التعبير عن رأيه باختيار الإجابات التي تنفق مع ميوله أو رأيه و التي تتراوح ما بين موافق بشدة، موافق ، لا أدرى ، غير موافق ، غير موافق بشدة.

المبحث الأول : تحليل البيانات باستخدام النماذج في الدراسة الميدانية

I - كيفية تحليل البيانات

1-1 أدوات تحليل عينة البحث

بما أن الاهتمام ينصب هنا على معرفة موقف مستهلك الخدمة الصحية الزبون (المريض) تجاه الخدمة الصحية المقدمة من المستشفى الجامعي بتلمسان والكيفية التي يتم بها معالجة السلبيات والنقائص الموجودة داخل المستشفى وانعكاس ذلك على الجودة النهائية للخدمة الصحية، فإن التقييم النهائي سيكون لكل من الزبون (المريض) لأنه الشخص الوحيد في علاقة مباشرة مع منتج (مقدم) الخدمة الصحية (الطبيب) باعتباره الشخص الوحيد القادر على تقييم وضعية ومستوى الخدمة المقدمة لهذا المريض، فكانت عينة البحث الموزعة داخل المستشفى الجامعي بين فئتين هما:

الفئة الأولى: منتج (مقدم) الخدمة [الطبيب].

الفئة الثانية: مستهلك الخدمة [المريض].

الفئة الأولى: العميل الداخلي منتج الخدمة الصحية (الطبيب):

يتضمن المستشفى مجموعة من الشرائح العاملة لإنتاج الخدمة الصحية وهي الكوادر الطبية - الشبه الطبية - الإداريين وآخرين، وقد اختارت الباحثة فئة الكوادر الطبية لتكون عينة لهذه الدراسة، وسبب اختيار هذه الفئة يعود لخبرتها وقربها من المريض وإمكانيتها في تحليل المشكلات وإيجاد حلول ناجعة لها ، وهذا ما لمسناه من خلال المقابلات الشخصية مع العديد من الأطباء بمختلف درجاتهم العلمية ومؤهلاتهم .

لقد اعتمدت الباحثة في جمع معلومات البحث بشكل أساسي على الاستبانة كأداة وقد روعي في جعلها مقياسا علميا لكونها اعتمدت على الخطوات التالية:

- إجراء دراسة استطلاعية ببحث وجهت لعينة البحث الأولى المختارة من الأطباء استبانة مفتوحة تضمنت سؤاليين :

الأول : ماهي الأمور التي يرغب الطبيب في تواجدها بالمستشفى و تجعله سعيدا في عمله الطبي لتقديم خدمة صحية جيدة و التي تثير فيه الهمة و الحماس للأداء الجيد؟

الثاني : ماهي الأشياء التي تزعج الطبيب في عمله و تجعل أداءه ضعيفا ؟
و لقد كان لهذه الدراسة الأهمية البالغة قي تصميم الاستبانة الأصلية ففي إطار الإجابة على السؤال الأول من هذا الاستطلاع ذكرت متغيرات التزام الإدارة ، التعاون و العمل الجماعي ، المكافأة و تقديس العمل الطبي ، و كانت النسب المثوية للإجابات حول هذه المتغيرات (85 % ، 80 % ، 75 % ، 70 %) . و بخصوص السؤال الثاني من الدراسة الاستطلاعية فقد ذكر الأطباء أن ما يجعلهم مترعجين في العمل يتمثل في سوء النظافة ، سوء التنسيق ، اختلال في العمل الجماعي ، ضعف العلاقة مع الإدارة و كانت النسب حول هذه العوامل (90 % ، 83 % ، 85 % ، 74 %)

وقد تم توزيع استمارة للوقوف على السلبيات الحقيقية للمستشفى حسب وجهة نظر هذه الفئة، ومعرفة الخصائص التي ترغب في تحقيقها لتحسين جودة الخدمة الصحية وما هي المقترحات المستقبلية للقضاء على السلبيات وزيادة مستوى الجودة، وكان عدد الاستمارات الموزعة على الأطباء العاملين بالمستشفى حوالي (390) استمارة استبيان حيث تم إقصاء جراحي للأسنان والصيدالة وبعض المصالح التي كان من الممكن أن تعيق الدراسة وقد تم استرجاع حوالي (260) استمارة أهملت منها (10) استمارة فكان العدد الفعلي (250) استمارة.

الفئة الثانية: العميل الخارجي مستهلك الخدمة الصحية (المريض):

لقد واجهت الباحثة صعوبات مختلفة أثناء المقابلات الشخصية مع هذه الفئة لعدة أسباب وهي:

1- المستوى الثقافي.

2- السن.

3- التخوف من الإدارة.

ورغم هذه الصعوبات المتمثلة في ملئ كل استمارة في حوار مباشر مع المريض، و بعد أن اتبعنا نفس الخطوات المتبعة في العينة الأولى ، إلا أننا تمكنا من استرجاع كل الاستمارات، وكان عددها 600 استمارة مقدمة إلى المرضى المنومين بالمستشفى، وكانت الأجوبة إما من المريض نفسه أو من مرافق المريض في حالة سوء حالته الصحية ، ولكن هناك استمارات أهملت بسبب عدم إمكانية بعض المرضى من الإجابة على كل الأسئلة الموجودة في الاستمارة، مما جعل العدد الفعلي للاستمارة 450 استمارة، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم 29 : عملية توزيع الاستثمارات للفتتين الأطباء و المرضى

عدد الفعلي للاستثمارات	الاستثمارات المهمة	الاستثمارات المسترجعة	الاستثمارات الموزعة	
250	10	260	390	الطبيب
450	30	480	600	المريض

المصدر: تحليل استثمارات الاستبيان

قبل توزيع الاستثمارات المخصصة بكل فئة، قامت الباحثة بزيارات ميدانية متكررة إلى عدد من المصالح الطبية المختلفة في المستشفى أثناء المواعيد الرسمية والغير الرسمية للعمل، و هذا ما دفع بنا إلى تصميم الاستبانة الاستطلاعية لأجل الوقوف على أهم السلبيات التي تؤثر على مستوى الخدمة الصحية المقدمة وقد تمكننا من خلال الممارسة الميدانية و تفرغ بيانات الاستثمارة من تحديد مجموعة من السلبيات المشتركة التي تؤثر على مستوى جودة الخدمة الصحية حسب تقدير كل من منتج الخدمة (الطبيب) ومستهلك الخدمة (المريض).

وتقسم عملية التحليل استثمارة الاستبيان إلى اتجاهين أساسيين هما:

▪ **تحليل استثمارة الاستبيان الخاصة بالأطباء.**

في البداية سوف يتم دراسة وتحليل استثمارة للاستبيان الخاصة بالأطباء من حيث توزيع أفراد العينة حسب السن ، الجنس و الدرجة العلمية المتحصل عليها و قد توصلت الدراسة للنتائج التالية:

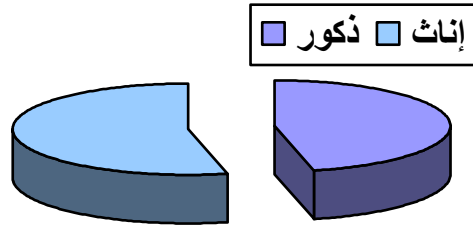
الجدول رقم 30 : توزيع العينة (الأطباء) حسب الجنس و السن

العينة	أقل من 30	من 30-39	40 - 49	50 - 59	أكثر من 60	المجموع
ذكور	58	8	39	10	2	116
إناث	74	14	41	4	-	134
المجموع	132	22	80	14	2	250

المصدر: استثمارة الأسئلة

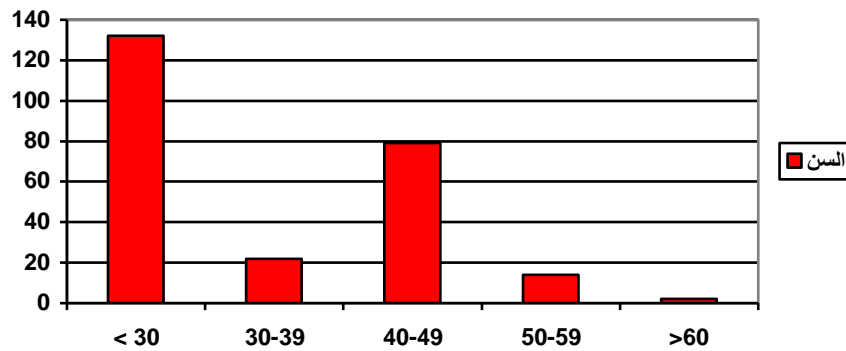
تمثل العينة المدروسة 53,6 % من النساء و 46,4 % من الذكور و هذا يعود الي ارتفاع نسبة وجود الأطباء من الجنس اللطيف داخل المستشفى عموما.

الشكل رقم 22 : تقسيم العينة حسب الجنس



المصدر: استمارة الأسئلة

الشكل رقم 23 : التقسيم حسب السن



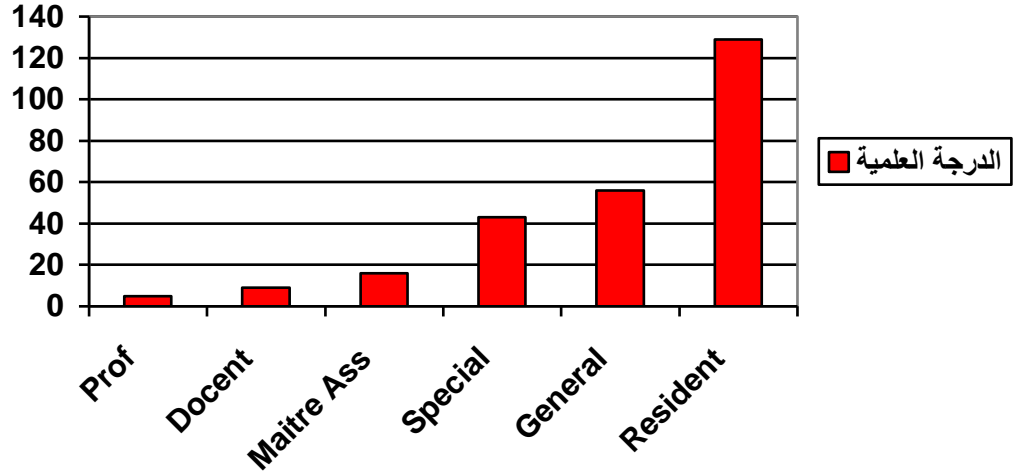
المصدر: استمارة الأسئلة

الجدول رقم 31 : التوزيع حسب الدرجة العلمية

العينة	مقيم	عام	أخصائي	أستاذ مساعد	دكتوراه	بروفيسور
250	121	56	43	16	9	5

المصدر: استمارة الأسئلة

الشكل رقم 24 : التوزيع حسب الدرجة العلمية



المصدر: استمارة الأسئلة

يظهر التصنيف الثاني و الثالث للعينة محل الدراسة أن نسبة الأطباء المقيمين تمثل الشريحة الأكثر و هذا ما يفسر وجود نسبة 52,8% لا يتجاوز سنهم 30 سنة ، كما لا يخفى على الجميع أنه لا يمكن الحصول على شهادة طبيب عام الا بعد اكمال 7 سنوات من الدراسة الجامعية.بينما النسبة الأقل تمثل درجة بروفيسور بسبب طول فترة البحوث و الدراسات . و تناولت عملية الاستبيان سلبيات قطاع المستشفيات عموما وعراقيل العمل والصعوبات التي تحد من تقديم مستوى جيد من الخدمة الصحية، وتم تحليل إجابة العينة، ثم قمنا بترجيح الاجابات المتعلقة بالسلبيات بتطبيق مقياس من 1 الى 5 فتحصلنا على النتائج المعروضة في الجدول الموالي الذي يظهر الوزن المرجح لكل عنصر من عناصر السلبيات والمجموع و المعدل الموزون الذي يحسب على أساس العلاقة التالية: المعدل الموزون = المجموع / مجموع وحدات المقياس

الجدول رقم 32 : ترجيح الإجابات المتعلقة بسلبيات المستشفى الجامعي حسب الأطباء (عينة 250 بتلمسان).

السلبيات	الوزن المرجح					المعدل الموزون
	مؤثر جدا	مؤثر	نوعا ما	غ مؤثر	غ مؤثر جدا	
سوء الاستقبال	500	240	90	100	10	62,6
نقص المراقبة الطبية	1150	80	-	-	-	82
قلة الكوادر الطبية	1000	160	30	-	-	79,3
انعدام النظافة	615	452	6	24	-	73,1
سوء التنسيق	725	40	9	-	-	51,6
تأخر المواعيد	1100	80	30	-	-	80,6
قلة و عطب الأجهزة الطبية	1090	124	3	-	-	81,1
عدم ملائمة الهياكل	1130	48	-	24	-	80,1

المصدر: استمارة الأسئلة

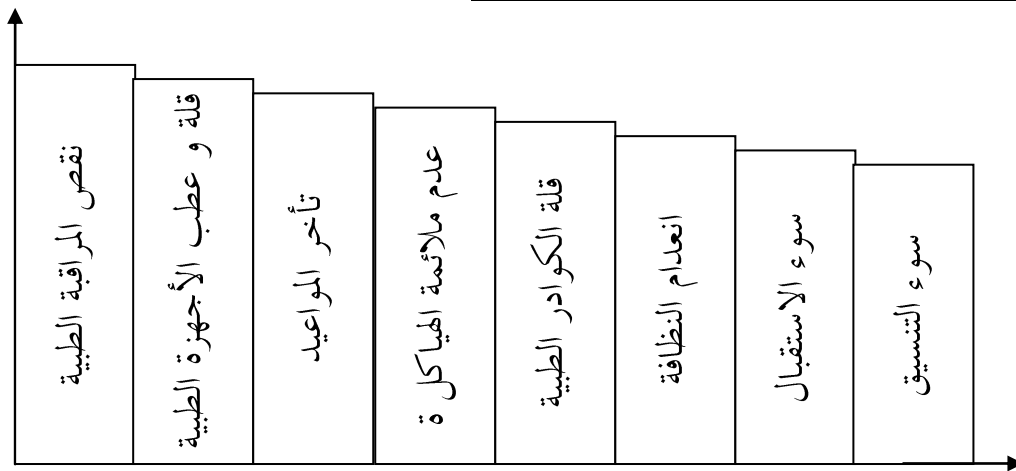
ومن خلال الجدول أعلاه يتضح تكرار الإجابة وكذلك المجموع الترجيحي الكلي للإجابة المتعلقة برغبة الطبيب اتجاه مواصفات الجودة للمستشفى، والجدول الآتي يوضح ترتيب الأهمية النسبية عامل (السلبيات) والنسب المئوية لها.

الجدول رقم 33 : ترتيب الأهمية النسبية لكل عامل والنسب المئوية لها

الترتيب	السلبيات	المجموع الترجيحي
1	نقص المراقبة الطبية	1230
2	قلة و عطب الأجهزة الطبية	1217
3	تأخر المواعيد	1210
4	عدم ملائمة الهياكل	1202
5	قلة الكوادر الطبية	1190
6	انعدام النظافة	1097
7	سوء الاستقبال	940
8	سوء التنسيق	774
	المجموع	8860

ويمكن عرض مؤشرات الجداول أعلاه من خلال أحد أدوات إدارة الجودة الشاملة، وهو مخطط باريتو Pareto الذي يوضح لنا العوامل التي لا تحقق مستوى الرضا من الخدمات الصحية المقدمة وكذلك النسب المئوية لها كما هو موضح في الشكل التالي:

الشكل رقم 25 : مخطط باريتو بدليل السلبيات حسب فئة الأطباء.



المصدر : من اعداد الباحثة

وكما هو موضح في المخطط السابق بأن نقص المراقبة الطبية و عطب الاجهزة الطبية و تأخر المواعيد يعتبر من أهم السلبيات وأولها حيث كان لها أعلى النسب وبالتالي ستؤثر حتما على مستوى الخدمة الصحية والتي يعود انخفاضها إلى جملة هذه الأسباب، لذلك على الإدارة العليا أن تأخذ بعين الاعتبار جميع هذه السلبيات والكيفية التي يتم معالجتها لأجل التقليل منها ثم القضاء عليها نهائيا.

■ تحليل استمارة الاستبيان الخاصة بالمريض.

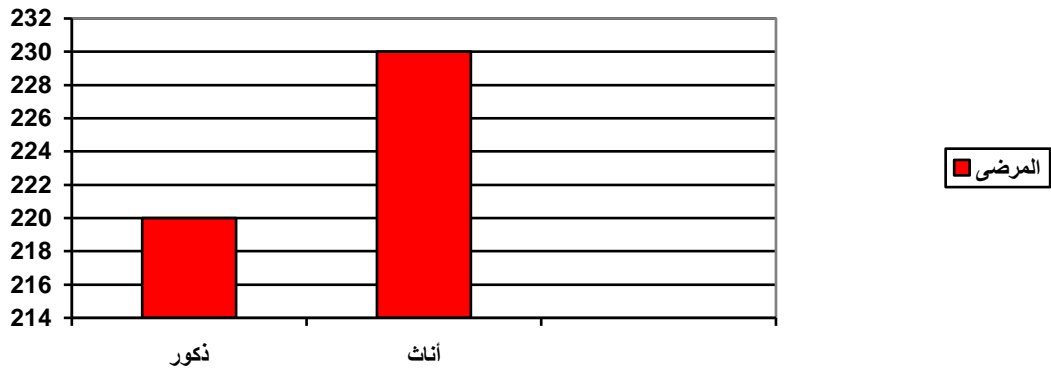
إن عملية الاستبيان الخاصة بالمريض تتعلق في البداية بالخصائص الديموغرافية للعينة محل الدراسة والتي تتمثل في الجنس و السن و المستوى العلمي ، كما تبينه الجداول و الأشكال التالية :

الجدول رقم 34 : توزيع عينة المرضى حسب الجنس

العدد	ذكور	إناث
450	220	230

المصدر: استمارة الأسئلة

الشكل رقم 26 : التوزيع حسب الجنس



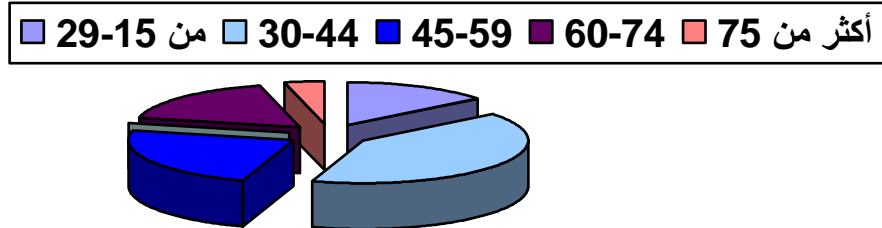
المصدر: استمارة الأسئلة

الجدول رقم 35 : التوزيع حسب السن و المستوى الثقافي

المجموع	75+	74-60	59-45	30-44	29-15 من	المستوى الثقافي
				44		
144	3	48	15	69	9	معدوم
185	4	24	59	73	25	منخفض
86	9	7	32	28	10	متوسط
35	1	-	-	13	21	عالي
450	17	79	106	183	65	مجموع العينة

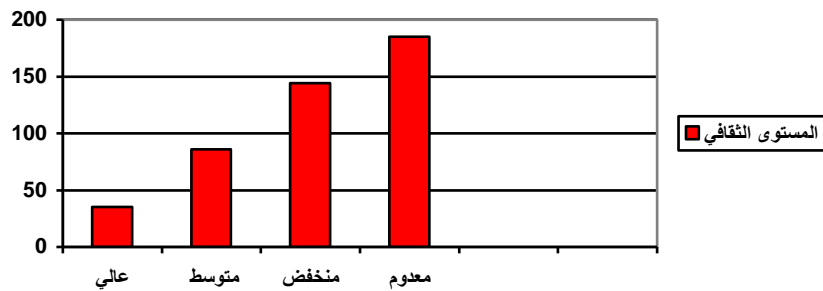
المصدر: استمارة الأسئلة

الشكل رقم 27 : التوزيع حسب السن



المصدر: استمارة الأسئلة

الشكل رقم 28 : التوزيع حسب المستوى الثقافي



المصدر: استمارة الأسئلة

تمثل العينة الخاصة بالمرضى تقارباً كبيراً ما بين عدد النساء و الرجال على التوالي: 51,1% و 48,9% و لكنها تختلف من حيث توزيع السن و قد اعتمدنا على مقياس 15 سنة فما فوق بسبب عزل المصالح الطبية الخاصة بالطفل عن المستشفى الجامعي و لكن رغم ذلك نشير الي تواجد عدد من الاطفال في مصلحة جراحة الاعصاب بسبب عدم توفر اطباء اطفال متخصصين في هذا المجال. اما التوزيع حسب المستوى الثقافي حوالي 41,1% ليس لديها أي مستوى ، مما يصعب من مهمة الأطباء في التفاهم و اتباعهم لرأي الطبيب.

و قد تناولت الاستمارة الخاصة بالمرضى أيضا السلبيات الموجودة في قطاع المستشفيات عموماً والمستشفى الجامعي بتلمسان خصوصاً، ورغم أن السلبيات المحصورة مشتركة بين الفئتين إلا أن ترتيبها وأولوياتها تختلف من فئة لأخرى باختلاف الاهتمامات وتحصيل المنفعة، وقد تم تحليل إجابات العينة العشوائية من المرضى و ترجيحها كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم 36 : ترجيح الإجابات المتعلقة بسلبيات المستشفى الجامعي حسب المرضى (عينة 450 بتلمسان).

السلبيات	الوزن المرجح					المجموع	المعدل الموزون
	مؤثر جدا	مؤثر	نوعاً ما	غ	غ		
سوء الاستقبال	2055	84	39	6	2	2186	62,6
نقص المراقبة الطبية	2165	48	6	4	1	2224	82
قلة الكوادر الطبية	1950	140	45	16	2	2153	79,3
انعدام النظافة	1975	184	24	1	-	2184	73,1
سوء التنسيق	2100	100	15	-	-	2215	51,6
تأخر المواعيد	1985	32	84	34	-	2135	80,6
قلة و عطب الأجهزة الطبية	2200	32	6	-	-	2238	81,1
عدم ملائمة الهياكل	2150	60	15	-	-	2225	80,1

المصدر: استمارة الأسئلة

و من خلال الجدول أعلاه يتضح تكرار الإجابات الخاصة بعينة المرضى وكذلك المجموع الترجيحي الكلي للإجابات المتعلقة برغبة المريض اتجاه مواصفات الجودة الصحية للمستشفى والجدول الآتي يظهر ترتيب الأهمية النسبية لكل عامل (السلبيات) والنسب المئوية لها.

الجدول رقم 37 : ترتيب الأهمية النسبية للسلبيات والنسب المئوية لها

الترتيب	السلبيات	المجموع الترجيحي
1	سوء الاستقبال	2186
2	نقص المراقبة الطبية	2224
3	قلة الكوادر الطبية	2153
4	انعدام النظافة	2184
5	سوء التنسيق	2215
6	تأخر المواعيد	2135
7	قلة و عطب الأجهزة الطبية	2238
8	عدم ملائمة الهياكل	2225
	المجموع	17560

ويمكن عرض مؤشرات الجداول المبينة أعلاه من خلال مخطط باريتوا الذي يعتبر أحد أدوات إدارة الجودة الشاملة والذي يوضح لنا العوامل التي لا تحقق مستوى رضا الزبون أي المريض وبالتالي تتسبب في سوء الخدمة الصحية ، أي عدم توفر جودة في الخدمات المقدمة لهذه الفئة ويظهر هذا المخطط أيضا النسب المئوية لهذه السلبيات كما هو موضح في الشكل الآتي:

الشكل رقم 29: مخطط باريتو: بدليل السلبيات حسب فئة المرضى



المصدر: من اعداد الباحثة

يشير المخطط السابق إلى مجموعة من السلبيات بنسب متفاوتة لكن متقاربة مما يدل على عدم إدراك الإدارة بضرورة حل هذه المشاكل قبل تراكمها وتسببها في حدوث مشاكل أخرى فرعية ناتجة عنها ومن خلال مقارنة النتائج بين الجدولين يتضح لنا بأن هناك سلبيات مشتركة تحتل المراتب الأولى في عملية سوء الجودة الصحية.

1-2 نماذج دراسة سلوك المستهلك

تعتمد المؤشرات و البيانات الإحصائية و الدراسات الامريقية بصورة عامة على الأدبيات النظرية التي تحاول تفسير سلوك المستهلك و التي تنطلق من الفرض الأساسي هو أن الإنسان كائن عاقل رشيد يهدف من تصرفه إلي الوصول بمنفعته إلي أقصى مستوى ممكن و التقليل من التكلفة التي يتحملها إلي أدنى حد ممكن⁸⁰³.

1 - النماذج الاقتصادية التقليدية

و يعتبر الاقتصاديين أول من حاول تغيير ودراسة و تحليل سلوك المستهلك في بناء نظرية سلوك المستهلك للوقوف على العوامل المؤثرة ، و تقوم هذه النظريات على أساس أن قرارات المستهلك

⁸⁰³ أ. حسن الحاج " مؤشرات سوق العمل " مجلة جسر التنمية - المعهد العربي للتخطيط بالكويت - العدد 16 / 2003 . ص2.

تعتمد على حسابات دقيقة ، و يرجع الفضل في ادخال المفاهيم الاقتصادية في مجال سلوك المستهلك الى " ألفريد مارشال " الذي وضع نموذجاً يفسر السلوك الاقتصادي الرشيد. ثم تم تطوير مفهوم آخر يعتمد على النماذج السلوكية⁸⁰⁴.

2 - النماذج السلوكية

جاءت هذه النماذج من المدرسة السلوكية و التي تذكر بأنه من الممكن التنبؤ بالسلوك و الرقابة عليه ، و يمكن تفسير السلوك كقاعدة للقيم و العادات لدى الفرد ، و يتغير السلوك كدالة ديناميكية بتغير القيم و العادات و تعتمد على دراسة الاستجابات⁸⁰⁵

- نموذج 1966 Nicosia

يُجد نكوسيا بأن المستهلك يمثل نظام متميز يتم التعرف عليه من خلال المخرجات ، و أن الاجراءات تمثل عناصر تكوين السلوك و تظهر على شكل اجابات نموذجية للمدخلات المتمثلة بالمنبهات و أن الاجراءات اتخاذا القرارات تمر من خلال تكوين مواقف و تحريك دوافع و تهيئة الفرد اتجاه موضوع ما⁸⁰⁶.

- نموذج Engel

وفق هذا النموذج فان سلوك المستهلك يستند على ثلاث اجراءات هي:

1 - المعرفة ، 2 - التعرف على المشكلة ، 3 - نتيجة القرار

- نموذج Howard & Sheth

يعتبر هذا النموذج من أكثر النماذج السلوكية شمولاً و ذلك نتيجة احتوائه على عدد كبير من العوامل و المتغيرات المختلفة التي اتفق عليها جل الباحثين باعتبارها الأساس في دراسة سلوك المستهلك و المتكونة من :

1- المدخلات : تسمى أيضا بمثيرات السلوك و التي تؤثر على سلوك المستهلك اتجاه الخدمة

2- المعلومات : و تمثل مجموع العوامل الداخلية التي تنمو داخل تكوين الفرد.

3 - المخرجات : و تكون من الانتباه ، الفهم ، المواقف ، القصد أو النية و السلوك.

⁸⁰⁴ نموذج Engel ، نموذج Nicosia ، نموذج Dulany ، نموذج Rosenberg ، نموذج Fishbein و غيرهم

⁸⁰⁵ فريد راغب النجار " السلوك التنظيمي الاستراتيجي - مهارات و فنون " الدار الجامعية - 2009 . ص 75.

⁸⁰⁶ بن يعقوب الطاهر " دور سلوك المستهلك في تحديد السياسات التسويقية - حالة الجزائر " أطروحة دكتوراه - اشراف د.عماري عمار - جامعة فرحات عباس - 2003-2004 ص 30.

3 - النماذج المتعددة الخصائص

ان استخدام النماذج السلوكية و الكمية في مجال الدراسات الاجتماعية جاء نتيجة اعطاء الأهمية الكبرى للجانب السلوكي للانسان ، مما دفع بالباحثين الي اختيار هذه النماذج في مختلف الميادين البحثية⁸⁰⁷ . و تنقسم النماذج المتعددة الخصائص من الناحية النظرية و التطبيقية الي مجموعتين :

- النماذج التعويضية

على حسب هذه النماذج فان المنفعة الناتجة من كل فعل أو تصرف يتخذ من قبل المقرر تكون معروضة بعلاقة كمية ، و إن قيمة هذه العلاقة الكمية هي التي تسمح بترتيب مختلف الافعال ، وبالتالي فان جميع المعايير و المحددات ستسمح بترتيب الافعال بشكل تنازلي إذ يستطيع بموجبها المقرر أن يتخذ أي مستوى من القرارات السابقة ، و بالتالي ترتب تلك القرارات حسب الأفضلية.

النماذج الخطية : تتبع النماذج الخطية الطريق الخطي في تفضيل الشخص ، بحيث أن قيمة ومستوى المنفعة لأي خاصية تكون متناسبة مع امكانية التعويض بين المستويات المختلفة للخصائص. و يعود تاريخ النموذج الخطي *Modèle Additif linéaire* الي منتصف الخمسينيات ، حيث قام العديد من الباحثين بوضع نماذج سميت بأسمائهم أمثال روزنبرغ *Rosenberg* و فيشبن *Fishbein* ، و كل من باس و تالاغزاسكي *Bass & Talarzaski* و قد شاع استعمالها واستخدامها في النشاطات التسويقية و بالتحديد عند دراسة و قياس سلوك المستهلك . و التي تعتمد على العلاقة التالية:

$$A_j = \sum_{i=1}^N b_{ij} a_i$$

نموذج فيشبن *Fishbein* : قام فيشبن بتطوير نظرية تكوين و تغيير المواقف و تفسيرها من خلال إيجاد العلاقة بين الاعتقادات المتولدة لدى الشخص و الموقف ، حيث اقترح نموذجين :
الأول : لقياس الاتجاه الكلي أما الثاني : لقياس الاتجاه المتوقع

⁸⁰⁷ صحراوي بن شيه " التسويق السياسي في الجماعات المحلية - كيفية استخدام النماذج السلوكية و الكمية في تسويق المنتجات السياسية " أطروحة دكتوراه - إشراف : البروفيسور بن حبيب عبد الرزاق - 2008-2009 . ص 258-265 .

النماذج الغير خطية : بعد ذلك ظهرت أبحاث و دراسات أخرى تعتمد على نماذج غير خطية كالتالي قدمها Einborn هو نموذج غير خطي و يعتمد على الضرب Modèle multiplicatif non- linéaire

$$U_b = \prod_{i=1}^n b_{ij}^{ai}$$

و في سنة 1990 قدم البروفيسور بن حبيب عبد الرزاق نموذجاً حاول من خلاله الدمج بين النموذجين السابقين هو نموذج غير خطي يعتمد على الجمع⁸⁰⁸ Modèle Additif non- linéaire

$$A_j = \sum_{i=1}^n b_{ij}^{ai}$$

و الجدول التالي يوضح ماهية هذه النماذج

الجدول رقم 38 : أنواع النماذج و أصحابها

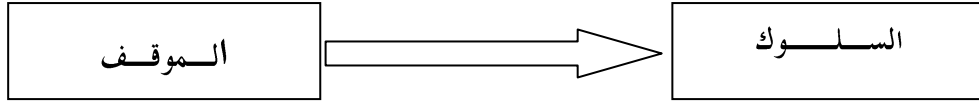
أنواع	Additif تعتمد على الجمع	Multiplicatif تعتمد على الضرب
الخطية	Fishbein	?
الغير خطية	Benhabib	Einborn

المصدر : من اعداد الباحثة بالاعتماد على الدراسات السابقة

إن النموذج الخطي لفيشبن Fishbein كان في البداية يعتمد على تحديد السلوك على أساس الموقف فقط و هذا ما بينه الشكل التالي:

⁸⁰⁸ Abderezak BENHABIB « Instrument D'analyse appliques en marketing : Exemple de modeles Multi-Attributs » REVUE Administration & Management – N° 1 – 2 éme semestre 1995 . P64.

الشكل رقم 30 : نموذج Fishbein 1957



المصدر : من اعداد الباحثة بالاعتماد على نظرية فيشبين

المبحث الثاني : الاطار النظري للنموذج المطبق

لقد عرف القطاع الصحي دراسات متعددة قامت بتطبيق مجموعة من النماذج و من بينها نموذج الإيمان أو الاعتقاد بالصحة (HBM) ⁸⁰⁹ The Health Belief Model ، و قد ارتكزت دراستنا على تطبيق نظرية السلوك المخطط La théorie du comportement planifié — إ.أجزن Icek .Ajzen والتي طورت من نموذج كل من مارتن فيشبن Martin Fishbein وإ.أجزن اللذان تمكنا في البداية من صياغة نظرية القصد أو الأفعال المنطقية La Théorie des actions raisonnées " Theory of Reasoned Actions".

و يعتمد هذا النموذج على النظرية الموقفية Contingency Theory التي تمثل اتجاهها حديثا يقوم على أساس انه ليس هنالك نظرية أو مدرسة في التنظيم يمكن تطبيقها في مختلف الظروف و في كل أنواع المنظمات ، و إنما يجب استخدام النظرية بشكل انتقائي بحيث تتلاءم مع الظروف والأوضاع التي تعيشها المنظمة ، أي أن جوهر هذه النظرية هو أن علاقات المنظمة ككل و أنظمتها الفرعية بالمنظمات الأخرى و بالبيئة العامة تعتمد على الموقف ⁸¹⁰ .

1- النظريات السلوكية

تتضمن الدراسة الميدانية لهذه الأطروحة تطبيقا لنظرية السلوك المخطط لأيزنك أجزن ، لذا من الضروري المرور بمراحل تطور هذه النظرية.

1-1 نظرية السلوكيات العقلانية La Théorie des actions raisonnées

طورت هذه النظرية بالاعتماد على تطوير النموذج المتعدد السمات Les Modèles Multi-attribute و تهدف هذه النماذج إلى إعادة بناء السلوك. و يتحدد الموقف أو قرار الاختيار بإضافة الجزئية فائدة او منفعة كل واحدة من صفات المنتج أو الخدمة ⁸¹¹ و تعود هذه الأخيرة أصلا إلى النماذج التي تستند على نظرية تكوين الموقف Attitudes و الذي ينتمي إلى النماذج التعويضية Compensatory ، و لقد طرح Martin Fishbein نموذجه على أساس أن للقصد أو النية الدور

⁸⁰⁹ هو نموذج نفسي يسعى إلى تفسير السلوكيات الصحية والتنبؤ بها. ويتم ذلك من خلال التركيز على المواقف والمعتقدات للأفراد. وقد وضع لأول مرة في سنوات الخمسينيات من جانب علماء النفس الاجتماعي كوشباوم Hochbaum ، و روزنستوك Rosenstock و كيجل Kegels في خدمات الصحة العامة استجابة لحل المشاكل الصحية من خلال تفسير السلوكيات.

⁸¹⁰ د . حسين حريم " إدارة المنظمات - منظور كلي " دار الحامد للنشر و التوزيع - الطبعة الأولى - 2003 . ص 32 .
⁸¹¹ John V.Petrof « Comportement du Consommateur et Marketing » 5ème Edition - Les Presses de l'université laval - Québec - Canada, 1993.P216.

الأساسي في تحديد السلوك ، حيث يرى Fishbein بأن السلوك الظاهر للفرد يقارب جدا أو يمثل تقريبا السلوك⁸¹² .

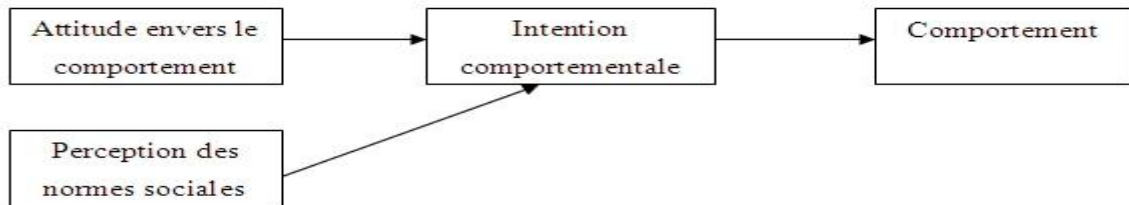
▪ تعريف الموقف:

يعرف (1980) Triandis الموقف على انه⁸¹³ "المسؤول عن الشعور العاطفي ، الذي تتعرض له فئة العمل وفقا للفئات الاجتماعية الحالات" و يتوصل البروفيسور بن حبيب الي نتيجة مفادها أن جلّ الباحثين يعتبرون أن الموقف مرتبط بقوة الاعتقاد في زمن أو وقت محدد ، هذه القوة تتميز بالجاذبية، الانتباه و البعد⁸¹⁴ . و لقياس هذا الموقف قام Martin Fishbein بوضع نموذج خطي يعتمد على الجمع Modèle Additif linéaire و الذي وضعه في سنة 1957 ، والتي تعتمد على العلاقة التالية:

$$A_j = \sum_{i=1}^N b_{ij} a_i$$

و بعد ذلك بسنوات في 1975 قام Martin Fishbein بمساعدة Icek Ajzen بوضع نموذج لنظرية السلوكيات العقلانية و الذي يعتمد على عاملين أساسيين الموقف و المعيار الذاتي. المعيار الذاتي Norme Subjective يولي الأهمية للتأثيرات الاجتماعية على سلوك الأفراد و تتكون من عاملين: تشمل الأولى الاعتقاد الفرد بما يظنه الآخرون اتجاه سلوكه ،أما الثاني فيتعلق بالحافز الذي يدعم هذا الاعتقاد⁸¹⁵ ، كما هو مبين في الشكل التالي :

الشكل رقم 31 : نظرية السلوكيات العقلانية



Source : Martin Fishbein & Icek Ajzen « Belief , Attitude ,Intention and Behavior : An Introduction to theory and research”

⁸¹² د. محمود جاسم الصميدعي / د. ردينة عثمان يوسف " سلوك المستهلك " دار المناهج- عمان – الاردن . الطبعة الأولى 2007. ص 44

⁸¹³ Isabelle Bourdon / Claudio Vitari / Aurelio Ravarini « Les facteurs clés de succès des Systèmes de Gestion des Connaissances : proposition d'un modèle explicatif » www.aim2003.iut2.upmf-grenoble.fr/ P8.

⁸¹⁴ Abderezak BENHABIB « Instrument D'analyse appliques en marketing : Exemple de modeles Multi-Attributs » REVUE Administration & Management – N° 1 – 2 éme semestre 1995 . P61

⁸¹⁵ Denis Darpy & Pierre Volle « Comportements du consommateur – Concepts et outils » 2éme Edition – Paris ,2007. P 142.

و يفسر هذا النموذج من خلال معادلة الانحدار الخطي المتعدد⁸¹⁶ التالية⁸¹⁷ :

$$B \sim I = (A_B) w_1 + (SN) w_2$$

حيث أن :

B = السلوك الظاهر أو التصرف

I = القصد الذي يؤدي إلى هذا السلوك

(A_B) = هو موقف و السلوك اتجاه الخدمة

(SN) = المعيار الذاتي أو الشخصي

w_1 و w_2 = الأوزان النسبية و هي معاملات الانحدار

$$A_j = \sum_{i=1}^N b_{ij} a_i$$

حيث أن :

A_B = موقف الفرد من الخدمة الصحية المقدمة

a_i = التقييم السلبي أو الإيجابي للخاصية

b_{ij} = قوة الاعتقاد بان الخدمة تمتلك او لا تمتلك

حيث أن⁸¹⁸ :

$$b_i = \frac{e_i}{\sum_{i=1}^n m}$$

أما معادلة إدراك المعايير الاجتماعية تتمثل في :

⁸¹⁶ John V.Petrof « Comportement du Consommateur et Marketing » 5ème Edition – Les Presses de l’université laval – Québec – Canada, 1993.P215.

⁸¹⁷ Martin Fishbein & Icek Ajzen « Belief , Attitude ,Intention and Behavior : An Introduction to theory and research” Addition-wesley publishing company – 1979. P310.

⁸¹⁸ د . مؤيد عبد المحسن الفضل / د . يوسف حجيم الطائي " إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلى المستهلك – منهج كمي " مؤسسة الوراق – عمان - الطبعة الأولى – 2004 . ص 222 .

$$SN = \sum_{i=1}^N cn_i mc_i$$

SN = إدراك المعايير الاجتماعية

cn_i = اعتقاد الشخص على احتمال أن يكون الشخص أو مجموعة من الناس المهمين يعتقدون أنه ينبغي أن يعتمد أو لا يعتمد على سلوك في تقييم خواص الجودة الصحية .

mc_i = دوافع الشخص إلى الامتثال إلى هذا الاعتقاد

n = عدد الأشخاص أو مجموعات من الأشخاص

فمن خلال دراستنا لحركة تغيير الموظفين بالمستشفى اكتشفنا أن معدل الكوادر الطبية عرف تغييرا واضحا من خلال ترك الوظيفة من طرف الطبيب نهائيا للعمل في القطاع الخاص ، أو ممارسة هذا العمل بصورة مزدوجة مما يؤثر سلبا على مستوى الخدمة الصحية المقدمة بالمستشفى . و هذا ما دفع بنا إلى دراسة موقف الطبيب من بقاءه أو عدم بقاءه للعمل في المستشفى و من بين المعايير الاجتماعية المعتمدة لتفسير هذا حاولنا دراسة كل من الانتماء و الرضا الوظيفي الذي ينعكس على زيادة مستوى الوفاء و بالتالي التثبيت بطلب الخدمة الصحية من المستشفى الجامعي .

1-2 نظرية السلوكيات المخططة La Théorie des Comportements Planifiées

تمكن إسك.أجزن Icek.Ajzen في 1985 من تطوير هذه النظرية ، بإضافة عامل ثالث لمعادلة الأفعال المنطقية TAR وهو عامل المراقبة الذي يخطط السلوك فسميت بنظرية السلوك المخطط . (Ajzen, 1985, 1988) La théorie du comportement planifié -TBP و ذلك بتطبيق المعادلة التالية :

$$B \sim I = (A) w_1 + (NS) w_2 + (PCC) w_3$$

حيث أن :

B : is the behavior = السلوك أو التصرف

I : is the intention = القصد الذي يؤدي إلى هذا السلوك

(A_B) = هو موقف و السلوك اتجاه الخدمة

(SN) = المعيار الذاتي أو الشخصي

PCC = la perception du contrôle sur le comportement; المراقبة =
 = معاملات الانحدار : les coefficients de régression multiple linéaire. وw1 وw2 وw3 =

الخطي المتعدد

$$PCC = \sum_{i=1}^N c_i i_i$$

حيث أن :

PCC = السيطرة على مراقبة السلوك

Ci = اعتقاد الشخص على احتمال أن بعض العوامل التي تسهل أو تعوق اعتماد سلوك لاتخاذ

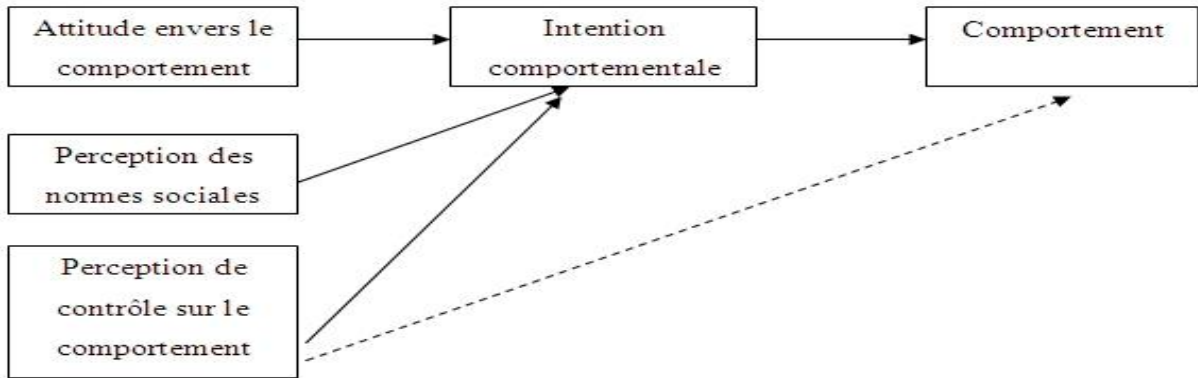
الاجراءات

Ii = تقييم الشخص لشدة هذه العوامل التي قد تؤدي الي تعديل و ردع السلوك

n = عدد من العوامل المساعدة و العوامل الضارة

و يبين الشكل التالي العلاقة كمايلي:

الشكل رقم 32 : نظرية السلوكيات المخطط



المصدر: الموقع الرسمي و الخاص بصاحب النظرية

ومن خلال هذا الشكل نلاحظ بان النظريتين متشابهتين ، إلا أن هذه الأخيرة تحمل عاملا إضافيا
 (PCC - la perception de contrôle sur le comportement) ، و تعتمد كل من النظريتين على
 النموذج الخطي Modèle Additif linéaire الذي جاء به في منتصف الخمسينيات ، حيث قام العديد

من الباحثين أمثال روزنبرغ Rosenberg وباس، تالازاسكي Bass & Talarzaski بوضع نماذج خطية مماثلة لإمكانية قياس سلوك المستهلك . وقد تلقت لنظرية السلوك المخطط اهتماما كبيرا في أدبيات الدراسات وتعتبر نظرية متكاملة من حيث تفسير السلوك الانساني Ajzen & Fishbein, (1975، 1998، Conner & Armitage)⁸¹⁹ ، فمن قاعدة بيانات من 185 دراسة نشرت حتى نهاية عام 1997 ، مثلت ما بين 27 % و 39 % من التباين في السلوك و نية⁸²⁰ ، كما أثبتت الدراسات امكانية تطبيقها في المجال الصحي⁸²¹ .

2- نتائج الدراسة بتطبيق نظرية السلوك المخطط

لاقت مشكلة قياس جودة أداء الخدمة و تحديد أبعادها الرئيسية ، اهتماما و جدلا كبيرين من قبل الباحثين ، و من أهمها مقياس الفجوات الخمسة⁸²² ، خصائص و أبعاد الجودة الصحية في المستشفى حسب رأي كل من الطبيب و المريض ، معتمدين في عملية القياس على مقياس كوتلر Kotler و الذي تناولنا دراسته بالتفصيل في الفصول السابقة. و تركز دراستنا على تطبيق نظرية السلوك المخطط و التي تنقسم صيغتها الرياضية الي ثلاثة أجزاء و هي :

■ الموقف و السلوك اتجاه الخدمة

■ المعيار الذاتي أو الشخصي

■ المراقبة PCC = la perception du contrôle sur le comportement

و سوف نتناول في هذا الجزء من الدراسة البحث عن درجة تأثير العوامل الفردية في التوجه نحو استعمال و تطبيق ادارة الجودة الشاملة من طرف الأطباء و استحسان تطبيقها من طرف المرضى. و هذا ما دفع بنا لإختبار الفرضيات موضوع الدراسة بغرض تحديد مفهوم التأثير.

⁸¹⁹ JAIDI Yasmine / A.J.VAN HOOFT Edwin « Effets compares des outils de communication de recrutement et du bouche –a – oreille sur le processus de recherche et de choix d’emploi des jeunes diplomes » P6 .
<http://www.unifr.ch/rho/agrh2007/Articles/pages/papers/Papier77.pdf>

⁸²⁰ Armitage, C. J., & Conner, M. (in press). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. British Journal of Social Psychology – 40 p 471-499.

⁸²¹ Andréanne Tanguay « Théorie du comportement planifiée et adoption de comportements professionnels en santé : L’exemple de la pratique des soins buccodentaires aux soins intensifs » faculté de médecine et des sciences de la santé – Université de Sherbrooke – Quebec- Canada. P 6

⁸²² د . فتحية أبو بكر إدريس / د. قاسم نايف علوان المحياوي " قياس جودة أداء الخدمات الصحية و تأثيرها على رضا المرضى " المؤتمر العلمي الثاني : الجودة الشاملة في ظل إدارة المعرفة و تكنولوجيا المعلومات " دار حامد للنشر و التوزيع - نيسان - 2006- ص 142.

1-2 نتائج الدراسة بالنسبة للطبيب باعتباره منتج الخدمة الصحية

■ الموقف و السلوك اتجاه الخدمة

وقد تناولت المجموعة الأولى من الأسئلة تحديد الخصائص حسب ما يراه الطبيب وهو يعبر عن تقييم الخدمة الصحية وقد تم تضمينها في استمارة الاستبيان ، و اعتمادا على تكرار الاجابات المقدمة من طرف أفراد العينة الأولى محل الدراسة سيتم القيام بجدول يأخذ بعين الاعتبار المعدل الموزون الترجيحي لكل خاصية من الخصائص التالية:

الجدول رقم 39 : الترجيح الكلي والمعدل الموزون لكل خاصية بصورة عامة.

الخصائص	مهمة جدا	مهمة	نوعا ما	غ مهمة	غ مهمة إطلاقا	المعدل الترجيحي
النظافة	412	17	0	6-	-	423
سرعة الخدمة	450	20	0	-	-	470
المتابعة الصحية	390	15	0	-	-	405
التكوين	394	23	0	14-	-	397
الهيكل والمعدات	420	20	0	4-	-	436
الإدارة العصرية	400	30	0	-	-	430
المجموع	-	-	-	-	-	2561

المصدر: استمارة الأسئلة

وتأسيسا على ما تقدم وبعد أن حددت أهم الخصائص التي يرغبها المستهلك الأولي (الطبيب) في المستشفى الجامعي بتلمسان وبعد أن استخرج المجموع الترجيحي لكل خاصية ، سيتم الآن التركيز على مدى توفر هذه الخصائص في المستشفى الجامعي والذي يمثل محور اهتمامنا وكذلك مقارنته بالخصائص العالمية و مدى ما يرغب الطبيب في توفرها بالمستشفى محل الدراسة.

والجدول التالي يوضح لنا تسلسل أهمية الخصائص حسب ما يرغبها الطبيب في المستشفى بصورة عامة وفيما يلي تحليل للسؤال الذي يتعلق بمدى توفر الخصائص السابقة الذكر في المستشفى الجامعي وفيما يأتي نتائج تقييم كل واحدة على حدة.

الجدول رقم 41 : نتائج تقييم المستشفى الجامعي حسب رأي الأطباء.

المعدل الموزون	المجموع الترجيحي	غ متوفرة إطلاقاً	غ متوفرة	نوعاً ما	متوفرة	متوفرة جداً	الخصائص
21,0	355 -	105	145	-	-	-	النظافة
34,4	105 -	-	140	75	35	-	سرعة الخدمة
49,8	183 +	-	8	79	135	28	المتابعة الصحية
34,0	112 -	21	96	107	26	-	التكوين والتدريب
34,6	101 -	25	89	98	38	-	الهياكل العصرية
28,1	313 -	130	53	97	-	-	الإدارة العصرية

المصدر: استمارة الاستبيان

المجموع = - 803

$$A_j = \sum_{i=1}^N b_{ij} a_i$$

فيما يلي جدول يوضح التباين و الاختلاف بين موقف المرجو و الموقف الحقيقي

الجدول رقم 42 : الاختلاف بين الموقف الموجو و الموقف الحقيقي

الخصائص	مجموع ترجيح لموقف المستهلك	مجموع ترجيح المستشفى الجامعي	الفرق بين الموقفين
سرعة الخدمة	423	355 -	778
الهياكل والمعدات	470	105 -	575
الإدارة العصرية	405	183 +	222
النظافة	397	112 -	509
الكفاءة الطبية	436	101 -	537
المتابعة الصحية	430	313 -	743
المجموع	2561	803 -	3364

المصدر: استمارة الأسئلة

و بما أن :

$$b_i = \frac{v_i}{\sum_{i=1}^n m}$$

الجدول رقم 43 : موقف المستهلك تجاه الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات الجامعية

Vi	Aij	Ei	bi	
423	58,575 -	355 -	0,165	سرعة الخدمة
470	19,215 -	105 -	0,183	الهياكل والعيادات
405	28,914 +	183 +	0,158	الإدارة العصرية
397	17,36 -	112 -	0,155	النظافة
436	17,17 -	101 -	0,170	التكوين والتدريب
430	52,271 -	313 -	0,167	المتابعة الصحية
2561	135,677-	803 -		المجموع

$$b_i e_i = 135,677 - \sum_{i=1}^N A_B -$$

الجدول رقم 44 : حساب معامل الانحدار لموقف الطبيب

X2	XY	Y	X	
138929	150165 -	355 -	423	سرعة الخدمة
220900	49350 -	105 -	470	الهياكل والعيادات
164025	74115 +	183 +	405	الإدارة العصرية
157609	44464 -	112 -	397	النظافة
110096	44036 -	101 -	436	التكوين والتدريب
184900	134590-	313 -	430	المتابعة الصحية
976559	418490 -	803 -		المجموع

$$w_1 = 0.43$$

تظهر النتائج المتحصل عليها من جراء عملية تقييم أن رأي الطبيب سلمي .مجموع نقاط -803 من المستشفى الجامعي ، كما نلاحظ الفرق الشاسع بين ما يرجوا و يتمنى الطبيب الجزائري ان يكون عليه مقر عمله و ما هو موجود في الواقع و هذه النتائج تعكس استياء الطبيب و بالتالي تدني مستوى الخدمة الصحية. و بتطبيق معادلة فيشبن التي هي محور نظرية السلوك المخطط نصل الي حقيقة مفادها أن موقف الطبيب سلمي من المستشفى .مجموع -135,677

■ نتائج الدراسة المعيار الاجتماعي

يقصد به الضغوطات الاجتماعية التي تؤثر في احداث او عدم احداث سلوك معين ⁸²³ ، و يتأثر سلوك المستهلك عموما بمجموعة من العوامل الخارجية التي توجه تصرفاته و هذا ما دفع بأصحاب النظرية اضافة هذا العامل المهم في تغيير مواقف المستهلك عموما ، مما دفع بنا الي محاولة اختبار ذلك على كل من الطبيب و المريض داخل المستشفى و تأثير ذلك على السلوك العام. و يتضمن هذا المعيار درجة تأثير كل من الأسرة و الجماعات المرجعية ⁸²⁴ في تغيير سلوك مستهلك الخدمة

⁸²³ Ajzen, I.).The theory of planned behavior. *Organizational and Human DecisionProcesses* 50 1991 - P, 179-211

⁸²⁴ Sana El Habri / Naima Mansour « La théorie du comportement planifié d'AJZEN 1991 : Application empirique au cas Tunisien P 8 . <http://web.hec.ca/airepme/images/File/2008/C20.pdf>

الصحية. لقد أعطت أفراد العينة المبجوة الأهمية القصوى لرأي كل من أفراد الأسرة خاصة مثل الأم والأب، الاخوة ، الزوج و كذا الي أفراد آخرين لديهم الأهمية في التأثير .

$$SN = \sum_{i=1}^N cn_i mc_i$$

وقد تناولت المجموعة الثانية من الأسئلة تحديد أهمية الأشخاص المؤثرين في سلوكهم عند تقييم الخدمة الصحية حسب ما يراه الطبيب (أنظر الملحق رقم) وفيما يأتي جدول يوضح ترتيبهم حسب ما جاء في استمارة الاستبيان.

الجدول رقم 45 : ترتيب أهمية الأشخاص المهمين في توجيه قصد العينة الأطباء

أهمية رأي كل من	التكرار	النسب	الترتيب
الزوج / الزوجة	220	88,0	المرتبة الأولى
مسؤولي المستشفى	216	86,4	المرتبة الثانية
الأم	212	84,8	المرتبة الثالثة
الأب	192	76,8	المرتبة الرابعة
الأشخاص الآخرين	186	74,4	المرتبة الخامسة
الأخ / الأخت	179	71,6	المرتبة السادسة

المصدر: استمارة الأسئلة

و اعتمادا على إجابات العينة بالنسبة لأهمية تأثير الأشخاص المهمين في توجيه قصد العينة سيتم القيام بجدول و الذي يأخذ بعين الاعتبار المعدل الموزون الترجيحي لتأثير رأي كل من الأشخاص التالية في موقف الطبيب اتجاه المستشفى الجامعي بتلمسان مع ترتيبها :

الجدول رقم 46 : الترجيح الكلي لتأثير الآراء في موقف الطبيب مع ترتيب الآراء حسب أهميتها

المجموع الترجيحي	
305	الأب
277	الأم
261	الزوج / الزوجة
257	مسؤولي المستشفى
254	أفراد آخرين مهمين
207	الأخ / الأخت
1561	المجموع

وتأسيسا على ما تقدم يتضح أن أفراد العينة متأثرة بالمواقف و الآراء الاجتماعية ويعود السبب في ذلك الي ارتباط و تماسك الأسرة الجزائرية ، وبعد أن حددت أهمية الأشخاص في التأثير على موقف الطبيب اتجاه المستشفى الجامعي بتلمسان ، حاولنا معرفة ماهية الدوافع التي تجعل من الطبيب يمثل الي هذا الاعتقاد . فتركنا حرية اختيار مجموعة من الدوافع مع التأكيد على ضرورة اضافة دوافع أخرى ان لم يجدها أفراد العينة في الإستمارة ، و ما تم ملاحظته هو تشابه مجموعة من الدوافع و ارتباطها بأفراد معينين ذوي الأهمية في إتخاذ مواقف معينة رغم أن هذه الدوافع ليست خاصة بشخص واحد لكننا حاولنا ربطها على أساس اجابات العينة. واعتمادا على الاجابات المتعلقة بأهمية الدوافع في التأثير في موقف الطبيب قمنا بوضع جدول يبرز أهمية الدوافع في الامتثال لاعتقاد تاتير رأي الأشخاص في موقف الطبيب.

الجدول رقم 47 : ترتيب أهمية الدوافع في الامتثال لاعتقاد تاتير رأي الأشخاص في موقف الطبيب

الدوافع	المجموع الترجيحي
الارتباط و الطاعة	136 +
التجربة	117+
الانسياق	85+
الثقة	5 +
التعود	40 -
الرضا	130 -

المجموع = + 173

المصدر : تفرغ الاستمارة

و قد تم تقييم المعايير الاجتماعية إتجاه الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات الجامعية حسب المعادلة التالية :

$$SN = \sum_{i=1}^N cn_i mc_i = 31,113$$

و قد تم حساب معامل الانحدار في المعيار الاجتماعي و الذي كان مساويا لـ $w_2 = 0.90$ ، كما تظهر النتائج المتحصل عليها من جراء عملية تقييم المعايير الاجتماعية المؤثرة على رأي الطبيب أن النتيجة المؤثرة ايجابية . بمجموع نقاط +173 و هذه النتائج تنعكس على موقف الطبيب و تقلل من استيائه الشخصي و بالتالي تزيد من تحسين مستوى الخدمة الصحية . و معامل الانحدار يظهر قوة العلاقة بين المتغيرين .

■ نتائج دراسة مراقبة السلوك

تناولت المجموعة الثالثة من الاسئلة في الاستمارة تحديد أهمية العوامل المتوفرة حاليا و التي تخطط وتعديل السلوك المتوقع للطبيب من أجل تحسين مستوى الخدمة الصحية حسب ما يراه الطبيب وهو يعبر عن تقييم لمنتج الخدمة الصحية وفيما يأتي جدول يوضح تكرار حسب ما جاء في استمارة الاستبيان

الجدول رقم 48 : الترتيب الكلي لأهمية العوامل المعدلة و المخططة لسلوك الطبيب

العوامل	مهمة جدا	مهمة	نوعا ما	غ مهمة	غ مهمة إطلاقا	المعدل الترتيبي
اللوائح الداخلية	234	46	-	35	46-	269
القوانين العامة	350	50	-	20	-	420
القيم و المعتقدات	250	35	-	40	-	325
الأخلاق الدينية	412	37	-	-	-	449
المصلحة العامة	286	67	-	5	-	358
التزام الوزارة	250	80	-	25	-	355
المجموع	-	-	-	-	-	2176

المصدر: استمارة الأسئلة

و اعتمادا على الجدول أعلاه سيتم القيام بجدول آخر وهو الذي يأخذ بعين الاعتبار المعدل الترجيحي لشدة هذه العوامل:

الجدول رقم 49 : تقييم الشخص لشدة هذه العوامل

العوامل	الاجابي جدا	الاجابي	نوعا ما	سلي	سلي جدا	المعدل الترجيحي
اللوائح الداخلية	192	94	-	-35	-36	215
القوانين العامة	152	88	-	-39	-32	169
القيم و المعتقدات	134	94	-	-69	-30	129
الأخلاق الدينية	86	162	-	-25	-28	195
المصلحة العامة	68	162	-	-45	34 -	151
التزام الوزارة	84	112	-	-33	-104	59
المجموع	-	-	-	-	-	918

المصدر: استمارة الأسئلة

وبناء على ذلك سيتم حساب مراقبة السلوك كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم 50 : تقييم ادراك مراقبة السلوك تجاه الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات الجامعية

Vi	PCC	Ci	Ii	
269	26,66	215	0,124	مراقبة السلوك
420	32,617	169	0,193	
325	19,35	129	0,150	
449	39,975	195	0,205	
358	24,915	151	0,165	
355	9,617	59	0,163	
2176	153,134	918 +		

$$PCC = \sum_{i=1}^N c_i i_i = 153,134$$

و بعد حساب $W_3 = 0.40$ ، و بناء على ذلك تم تطبيق معادلة السلوك المخطط كمايلي:

$$B \sim I = (A) w_1 + (NS) w_2 + (PCC) w_3$$

$$B \sim I = (135,677-) 0,43 + (31,113) 0,90 + (153,134) 0,40$$

$$B \sim I = - 58,341 + 28,0017 + 61,2536 = 30,91+$$

وبناء على النتائج التالية فان الطبيب بالمستشفى الجامعي بتلمسان و بالرغم من تسجيل موقف سلبي اتجاه الخدمة المقدمة من طرف المستشفى موضوع الدراسة ، إلا أن تأثير كل من المعيار الاجتماعي و مراقبة السلوك يجعلون من سلوكه العام المؤدي الي القصد بتحسين الخدمة الصحية ايجابيا ، وتأسيسا على ما تقدم فقد تم التحقق من الفرضيات التي تؤكد على أن الطبيب يسعى لتحسين هذه الخدمة و لكن لا بد من تدخل الوزارة لفرض تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المستشفيات العمومية.

2-2 نتائج الدراسة بالنسبة للمريض باعتباره مستهلك الخدمة الصحية

▪ الموقف و السلوك اتجاه الخدمة

وقد تناولت المجموعة الاولى من الأسئلة تحديد الخصائص حسب ما يراه المريض وهو يعبر عن تقييم المستهلك النهائي للخدمة الصحية وقد تم تحديد نفس الأبعاد للجودة الصحية في المستشفى وقد تم تضمينها في استمارة الاستبيان وفيما يأتي جدول يوضح تكرار حسب ما جاء في استمارة الاستبيان وفقا لمقياس التوازن ما بين 2- و 2+ . و الذي يأخذ بعين الاعتبار المعدل الموزون الترجيحي لكل خاصية من الخصائص التالية:

الجدول رقم 51 : نتائج الترتيح الكلي لكل خاصية بصورة عامة.

الخصائص	متوفرة جدا	متوفرة	نوعا ما	غ متوفرة	غ متوفرة إطلاقا	المجموع الترتيحي
النظافة	460	105	-	- 75	- 50	510
سرعة الخدمة	520	180	-	-	-	700
المتابعة الصحية	420	65	-	- 90	-	395
الكفاءة الطبية	360	157	-	- 80	- 40	397
الهياكل والمعدات	760	55	-	-	-	815
الإدارة العصرية	700	75	-	- 13	-	762

المصدر: استمارة الاستبيان

وتأسيسا على ما تقدم وبعد أن حددت أهم الخصائص التي وافق عليها المريض في المستشفى الجامعي بتلمسان وبعد أن استخرج المجموع الترتيحي لكل خاصية لذلك سيتم التركيز على مدى توفر هذه الخصائص في المستشفى الجامعي والذي يمثل محور اهتمامنا وكذلك مقارنته بمنافس المستشفيات العالمية والتي هي أمل كل مريض بأن يجد في المستشفى الجامعي ما هو متوفر بها. والجدول التالي يوضح لنا تسلسل أهمية الخصائص حسب ما يرغب فيه المريض في المستشفى بصورة عامة وفيما يلي تحليل مدى توفر الخصائص السابقة الذكر في المستشفى الجامعي وفيما يأتي نتائج تقييم كل واحدة على حدة.

الجدول رقم 52 : نتائج المجموع الترتيحي موقف المرضى من المستشفى الجامعي

الخصائص	المجموع الترتيحي
النظافة	-480
سرعة الخدمة	- 425
المتابعة الصحية	+ 69
الكفاءة الطبية	+ 326
المعدات العصرية	+ 155
الإدارة العصرية	- 433

المصدر: استمارة الأسئلة

والجدول التالي يبين مدى الاختلاف بين موقف المريض المرجوا و الموقف الحقيقي في المستشفى الجامعي.

الجدول رقم 53 : ترتيب الخصائص لأجل المقارنة بين المواقف

موقف المرضى من خصائص الجودة	المجموع الترجيحي للموقف المرجوا	المجموع الترجيحي للمستشفى الجامعي
الهياكل و المعدات	815	-480
سرعة الخدمة	762	- 425
النظافة	700	+ 69
الإدارة العصرية	510	+ 326
الكفاءة الطبية	397	+ 155
المتابعة الصحية	395	- 433
المجموع	3597	- 788

المصدر: استمارة الأسئلة

و بناءً على ما تقدم يمكن حساب موقف مستهلك الخدمة الصحية (المريض) كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم 54 : موقف المستهلك تجاه الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات الجامعية

Vi	AB	Ei	bi	
815	109,44 -	-480	0,228	سرعة الخدمة
762	90,525 -	- 425	0,213	الهياكل والعيادات
700	13,524 +	+ 69	0,196	الإدارة العصرية
510	46,292 -	+ 326	0,142	النظافة
397	17,205 +	+ 155	0,111	التكوين والتدريب
395	47,63 -	- 433	0,110	المتابعة الصحية
3579	263,158 -	788 -		المجموع

$$bi \text{ ei} = 263,158 - \sum_{i=1}^N A_B -$$

و قد تم حساب معامل الانحدار لموقف المستهلك $w_1 = 0.23$ ، و تظهر النتائج المتحصل عليها من جراء عملية تقييم أن رأي المريض سلبي بمجموع - 263,158 من المستشفى الجامعي وهذا ما يبرزه الجدول السابق ، كما نلاحظ الفرق الشاسع بين ما يرجوا و يتمنى المريض الجزائري أن يكون عليه المقر الذي يتوجه اليه للإستشفاء و ما هو موجود في الواقع و هذه النتائج تعكس إستياء المريض و بالتالي تدني مستوى الخدمة الصحية.

■ نتائج الدراسة المعيار الاجتماعي

لقد تناولت المجموعة الثانية تحديد أهمية الاشخاص المؤثرين في سلوكهم عند تقييم الخدمة الصحية حسب ما يراه المريض ، و عليه تم تحديد الأشخاص المهمين حسب ما جاء في استمارة الاستبيان و المبينة في الجدول التالي:

الجدول رقم 55 : أهمية الأشخاص التي تؤثر في سلوك المريض

أهمية رأي كل من	التكرار	النسب
الأب	392	87,1
الأم	360	80,0
الأخ / الأخت	290	64,4
الزوج / الزوجة	420	93,3
الأبناء	339	75,4
الأشخاص الأخرين	320	71,1

المصدر: استمارة الأسئلة

و اعتمادا على الجدول أعلاه سيتم القيام بجدول آخر وهو الذي يأخذ بعين الاعتبار المعدل الموزون الترجيحي لتأثير رأي كل من الأشخاص التالية في موقف المريض اتجاه الخدمة الصحية المقدمة من المستشفى الجامعي بتلمسان :

الجدول رقم 56 : الترجيح الكلي لتأثير الآراء في موقف المريض

الأشخاص CNI	إيجابي جدا	إيجابي	نوعا ما	سلي	سلي جدا	المعدل الترجيحي
الأب	300	195	-	28 -	104 -	363 +
الأم	310	109	-	107 -	120 -	192 +
الأخ / الأخت	150	165	-	148 -	154 -	13 +
الزوج / الزوجة	304	122	-	148 -	148 -	130 +
الأبناء	202	111	-	166 -	168 -	21 -
أفراد آخرين مهمين	134	199	-	139 -	162 -	32 +
المجموع	-	-	-	-	-	709

و تأسيسا على ما تقدم وبعد أن حددت أهمية الأشخاص في التأثير على موقف المريض اتجاه المستشفى الجامعي بتلمسان ، حاولنا معرفة ماهية الدوافع التي تجعل من المريض يمثل و ينساق الي هذا الاعتقاد . فتركنا حرية اختيار مجموعة من الدوافع مع التأكيد دائما على ضرورة ارتباطها مع الأشخاص الذين اختارهم عينة الدراسة ، و ما تم ملاحظته هو تشابه مجموعة من الدوافع وارتباطها بأفراد معينين. والجدول التالي يوضح أهمية الدوافع في الامتثال لاعتقاد تأثير رأي الأشخاص في موقف المريض.

الجدول رقم 57 : أهمية الدوافع في الامتثال لاعتقاد تأثير رأي الأشخاص في موقف المريض

الدوافع MCI	متوفرة جدا	متوفرة	نوعا ما	غير متوفرة	غير متوفرة إطلاقا	المجموع الترجيحي
الثقة	256	176	-	- 55	- 82	295 +
الارتباط و الطاعة	436	105	-	- 39	- 42	460 +
التعود	198	136	-	- 76	- 180	78 +
الرضا	316	75	-	- 84	- 110	197 +
الانسحاق	396	92	-	- 85	- 16	387 +
التجربة	190	206	-	- 83	- 32	281 +

المصدر: استمارة الأسئلة

و قد تم حساب المعيار الاجتماعي $SN = 314,314$ ، و كذا معامل الانحدار $w_2 = 0.41$ و تظهر النتائج المتحصل عليها من جراء عملية تقييم المعايير الاجتماعية المؤثرة على رأي المريض أن النتيجة المؤثرة ايجابية بمجموع نقاط +709 و هذه النتائج تنعكس على موقف المريض وتقلل من استيائه الشخصي ولكن رغم ذلك نلاحظ ان معامل الانحدار يظهر وجود علاقة متوسطة بين المتغيريين و هذا بسبب تضرر المريض أولا من الخدمة المتدنية المقدمة من المستشفى.

■ نتائج دراسة مراقبة السلوك

وقد تناولت المجموعة الثالثة من الأسئلة تحديد العوامل المتوفرة حسب ما يراه المريض و التي تخطط و تعدل السلوك المتوقع بهدف تحسين مستوى الخدمة الصحية وفيما يأتي جدول يوضح تكرار حسب ما جاء في استمارة الاستبيان.

الجدول رقم 58 : الترتيب الكلي لأهمية العوامل المتوفرة و التي تخطط و تعدل السلوك المتوقع للمريض من أجل تحسين مستوى الخدمة الصحية

العوامل المتوفرة	مهمة جدا	مهمة	نوعا ما	غ مهمة	غ مهمة إطلاقا	المعدل الترتيبي
اللوائح الداخلية	592	120	-	- 3	- 14	695
القوانين العامة	396	202	-	- 15	- 4	579
القيم و المعتقدات	390	187	-	- 19	- 22	536
الأخلاق الدينية	394	230	-	- 7	- 6	611
المصلحة العامة	412	147	-	- 63	- 18	478
التزام الوزارة	490	180	-	- 3	- 9	658
المجموع	-	-	-	-	-	3557

المصدر: استمارة الأسئلة

و اعتمادا على الجدول أعلاه سيتم القيام بجدول آخر لعملية تقييم المريض لشدة تأثير هذه العوامل في عملية إدراك مراقبة السلوك على مستوى الخدمة الصحية.

الجدول رقم 59 : تقييم المريض لشدة هذه العوامل

العوامل	ايجابي جدا	ايجابي	نوعا ما	سلي	سلي جدا	المعدل الترجيحي
اللوائح الداخلية	178	132	-	- 84	- 180	46 +
القوانين العامة	112	167	-	- 112	- 144	23 +
القيم و المعتقدات	180	115	-	- 138	- 156	1 +
الأخلاق	174	111	-	- 124	- 130	31 +
المصلحة العامة	240	118	-	- 119	- 42	197 +
التزام الوزارة	184	164	-	- 101	- 70	177 +
المجموع	-	-	-	-	-	475 +

المصدر: استمارة الأسئلة

الجدول رقم 60 : تقييم ادراك مراقبة السلوك تجاه الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات الجامعية

Vi	PCC	Ci	Ii	مراقبة السلوك
695	8,97	46 +	0,195	
579	3,726	23 +	0,162	
536	0,152	1 +	0,152	
611	5,301	31 +	0,171	
478	26,398	197 +	0,134	
658	32,922	177 +	0,186	
3557	77,469	475 +		

$$PCC = \sum_{i=1}^N c_i i_i = 77,469$$

و قد تم حساب معامل الانحدار لمراقبة السلوك $W_3 = 0.13$ ، ثم حساب معادلة السلوك المخطط و المساوية لمايلي:

$$B \sim I = - 228,95 + 122,58 + 10,07 = - 96,3$$

و من خلال النتائج التالية فان المريض بالمستشفى الجامعي بتلمسان و بالرغم من تسجيل موقف سلبي اتجاه الخدمة المقدمة من طرف المستشفى موضوع الدراسة ، إلا أن تأثير كل من المعيار الاجتماعي و مراقبة السلوك يجعلون من سلوكه العام المؤدي الي القصد بتحسين الخدمة الصحية ايجابيا ، وتأسيسا على ما تقدم فقد تم التحقق من الفرضيات التي تؤكد على أن المريض لا يتمنى فقط بل يسعى لتحسين هذه الخدمة.

و بناءا على النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق نظرية السلوك المخطط TCP و اثبات أن مستوى الجودة الصحية المقدمة من طرف المستشفى الجامعي بتلمسان ، لم ترقى بعد الي درجة تطلعات الزبائن خاصة الزبون الخارجي (المريض) ، لذلك سيتم اختبار الفروق المعنوية بين سلوك المريض و سلوك الطبيب بالاعتماد على الجدول التالي :

الجدول رقم 61 : نتائج التباين بين سلوك الطبيب و سلوك المريض اتجاه الخدمة الصحية

الأداة	سلوك الطبيب	سلوك المريض
الوسط الحسابي	133,8	131,3
الانحراف المعياري	350,299997	458,53596
عدد المشاهدات	6	6
اختبار t	- 8,71	- 7,16
الجدولية t	1,000	1,000

و من خلال الجدول السابق يتضح بأن الفروق المعنوية وذاك بكون المحسوبة أكبر من الجدولية و هذا يبين أن هناك تباين واضح في مستوى المتوقع للخدمة الصحية ، لذا لا بد من مواجهة الحقيقة التي مفادها أن الخدمة الصحية في المستشفى الجامعي بتلمسان تحتاج الي

تحسين في الجودة بما يلائم تطلعات و رغبات كل من الزبون الداخلي الطبيب و الزبون الخارجي المريض ، لذلك لا بد من استخدام أسلوب ادارة الجودة الشاملة للقضاء على هذه السلبيات و النقائص حتى لا تتفاقم الوضعية مستقبلا.

الخلاصة :

لقد شهدنا في الآونة الأخيرة عمليات التحديث المتسارعة التي تعرضت لها المستشفيات في جميع أنحاء العالم. وعلى الرغم من تميز شمال إفريقيا بصفات تميزه عن باقي أنحاء العالم إلا أن معظم المؤسسات الاستشفائية تتعرض لمثل هذه التغييرات وعليها التعامل مع عمليات التغيير في نمط الإدارة التقليدية. وبالرغم من تعامل كل مستشفى سواء خاصة أو عامة مع هذه التغييرات حسب واقعها واحتياجاتها الخاصة بها، إلا أنه يلاحظ بشكل عام تزامن هذه العمليات مع التحديث - ليس للعمليات التقنية فقط بل والتجارية والتنظيمية والإدارية - والتي تؤثر على الجانب الإداري من وجهة نظر تحقيق تحسينات مهمة في الكمية والجودة لخدمات المستشفى. ويعتبر التوسع التقني والتحديث مطلباً أساسياً لاستمرار المنافسة ، إلا أن هذا لا يعتبر وحده كافياً إذا لم يرافقه تنظيم دقيق وفعال للمؤسسة الاستشفائية. ولا يجب الاعتماد فقط على تطبيق الإجراءات التي تتلاءم مع العمليات التقنية في المستشفى، بل يجب إعادة تشكيل النظم والإجراءات بحيث تتلاءم و إدارة الجودة الشاملة والتي يجب أن تشمل كافة النواحي في المؤسسة الاستشفائية كما يجب إعادة التفكير في طرق أداء العمل وعمل التعديلات اللازمة على أساليب العمل وإعادة تصميم العمليات بحيث تتناسب مع الأهداف الجديدة للمستشفى. والتحدي الأساسي الذي يواجه المسؤولين عن إدارة الموارد البشرية في مختلف المؤسسات الاستشفائية يتمثل في حقيقة حدوث تغييرات في الهيكل التنظيمي والأساليب على جميع المستويات والتي يجب على موظفي الرعاية الصحية استيعابها ضمن وقت قصير. وتؤدي التحديثات التقنية غالباً إلى قدراً أعلى من المهارة الفنية لديهم و تغييرات في نظام الإدارة مثل الهيكل التنظيمي وطرق أداء العمل والنظم والمهام والتي بدورها تتطلب تغييرات في الصفات الواجب توافرها في الموارد البشرية المطلوبة من حيث العدد والتوزيع والتدريب المطلوب. و يتم دعم هذه العمليات بتكيف العنصر البشري مع المتطلبات الجديدة.

الخاتمة العامة

إن المنظمات تتغير تلقائياً أو تخطيطياً، ولعل نظرية الحاجات الآنية والمستقبلية هي العنصر الحاسم في مواجهة الإنسان للتغيير في ضوء تجارب الماضي وأبحاث الحاضر وتوقعات المستقبل. وما الإنسان إلا أحد العناصر الفاعلة في كيان المنظمة واكتشاف احتمالات التغيير والتغير فيها من اعتبارات الصراع بين النمو والبقاء.

إن ممارسة الإدارة الحديثة من خلال نظام إدارة الجودة الشاملة هو من أحدث التقنيات التي تسمح للإدارة العليا بتقييم الأداء، ومشاركة جميع العاملين في الإحساس بالانتماء إلى مؤسستهم وحثهم على تحقيق الأهداف المرجوة. فلو عقدنا المقارنة بين أداء المشاركين في نظام الجودة الشاملة والمشاركين في نظام الإدارة النمطي فسوف نرى أن الأداء في الحالة الأولى يتفوق على الأخرى في الإحساس بانتماء الموظفين لمؤسستهم و لإعمالهم، ويؤدي بهم (كل حسب قدراته و إمكانياته) إلى الإحساس بأن ما يفعلونه هو لهم لتحقيق الذات والوصول إلى الإبداع ، والارتقاء بالمؤسسة التي ينتمون إليها، وغني عن التعريف الدور الهام الذي تلعبه إدارة الجودة ضمن منهج الإدارة الحديثة، خاصة في ظل السعي الدائم لكافة المؤسسات الرسمية والخاصة لتطبيق نظام الجودة الشاملة، سعياً منهم للحاق بالركب وللحفاظ على المكانة التي تبوؤها.

لقد أثبتت نتائج الدراسة صحة الفرضية الأولى والتي تنص على إنعدام إدارة الجودة في المستشفى الجامعي بتلمسان ، و لقد أثبتت الدراسة وجود سلبيات عديدة تسببت في خلق انحرافات و زواها يتطلب تحضير المستشفى لتطبيق ادارة الجودة الشاملة كأسلوب اداري متميز.

أما بخصوص الفرضية الثانية فقد تم تأكيدها من خلال اختبار موقف عينة الدراسة كل من الأطباء والمرضى من مستوى الخدمة المقدمة ، و قد تم إختيار هاتين الفئتين بغرض البحث عن مختلف سبل تحسين الخدمة الصحية باعتبار فئة المرضى هي الفئة المتلقية للخدمة و فئة الأطباء هي الفئة المنتجة للخدمة ، و التي ينسب اليها مستوى جودة هذه الخدمة. و قد تم اختيار نظرية السلوك المخطط كأسلوب متميز أثبت نجاعته في قياس مستوى الخدمة الصحية حسب المواقف من الفئتين.

لقد أظهرت النتائج الدراسة التي توصلنا اليها أهمية نظرية السلوك المخطط ل(1991 Ajzen) في تفسير نية تطبيق ادارة الجودة الشاملة بين الأطباء في المستشفى الجامعي بتلمسان و استحسان تطبيقها من طرف المرضى . ففي الواقع يعتبر كل من الموقف الشخصي اتجاه تحسين مستوى

الخدمة الصحية والمعيار الاجتماعي الملحوظ و التحكم في مراقبة السلوك محددات للقصد من تطبيق ادارة الجودة الشاملة عند كل من الأطباء و المرضى على حد سواء في المستشفيات العمومية الجزائرية .

كما بينت النتائج أن المعيار الاجتماعي يلعب دورا هاما في تكوين القصد نحو تطبيق ادارة الجودة الشاملة مستقبلا ، و أهمية هذا المعيار في التأثير على المحيط العام ، و يعود سبب هذا التأثير لخصوصية المجتمع الجزائري لارتباطه العميق بثوابت الأمة و يعتبر أن مؤسسات الدولة لا بد من الحفاظ عليها و ترقيتها ، كما أن الأسرة تلعب دورا جبارا في ترسيخ هذه الأخلاقيات و يبقى الفرد مرتبط بالأسرة لفترة طويلة بدليل أن الابناء لا يستقلون عنها الا بعد الزواج مما يحتم وجود تأثير على مواقفه و آرائه.

إن عدم تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المستشفى يفسر من خلال الانسياق ، بحيث ينساق موظفي المستشفى من كل الفئات نحو ما يطبق عموما و لا يمكن للطبيب تغيير الوضع الحالي ، كما أن هذه الفرضية تفسر ضغوط الادارة التي تؤثر على السلوك العام. ان تأثير الانسياق سيكون سلبا على القصد والنية من استخدام و تطبيق ادارة الجودة الشاملة، بسبب حساسية الفرد للمجموعة و بحثه المتواصل لتحسين صورته أمام الادارة العامة للمستشفى ، و هو بحث للحصول على التكامل لضمان امته داخل المجموعة التي ينتمي اليها، و كذا الخوف من الرفض. خصوصا أن المسؤولين يحافظون على نوع الادارة التقليدية خوفا من التغيير . ووفقا لذلك سيؤثر سلبا على نية لاستخدام ادارة الجودة الشاملة . لهذا نطالب بضرورة الزامية تطبيق هذا النمط الاداري العصري في ادارة المستشفيات من قبل الوزارة الوصية.

وفي ضوء النتائج السابقة توصى الباحثة بما يلي :

1- ضرورة السعي لإقناع الإدارة العليا بالمستشفى الجامعي بتلمسان و منها إلي كل المستشفيات العامة بمختلف أشكالها ، أنه قد آن الأوان لوضع مدخل الجودة الشاملة موضع التطبيق العملي ، حيث ترى الباحثة أن اقتناع الإدارة العليا يحفزها لصياغة رؤى واضحة ، وتحديد أهداف خاصة بالجودة الشاملة ، ووضع معايير واضحة لقياس مدى تحقيق هذه الأهداف. ويمكن أن يتم ذلك من خلال :

- إعداد برامج خاصة يقوم بإعدادها خبراء الجودة في المجال الصحي ، تركز على بيان ما حققته المؤسسات الصحية على المستوى الدولي عند استخدامها مدخل الجودة الشاملة ، والاشتراطات التي وضعتها المؤسسات الدولية لجودة الخدمة الصحية.

- أن يتم اختيار هذه القيادات ممن تتوافر لديهم الاتجاهات الإيجابية نحو مدخل الجودة الشاملة - وضع نظام لتحفيز هذه القيادات لتبني ودعم الاتجاه نحو تطبيق الجودة الشاملة.

2- وضع معايير واضحة لاختيار القيادات للمنظمات الصحية وترى الباحثة انه يمكن أن تكون ضمن هذه المعايير : تحديد مجالات تطبيق الجودة الشاملة ، تحديد برامج عمل تنفيذية و الإيمان بمبدأ المشاركة والعمل من خلال الفريق.

3- إنشاء جهاز للجودة الشاملة على مستوى المستشفيات ، على أن يراعي عند تشكيل هذا الجهاز تمثيل جميع المستشفيات وكذا تمثيل كل فئات العاملين (إداريين ، أطباء ، فنيين ، ... الخ) ، وأن يكون لهذا الجهاز منسق (ضابط اتصال) بكل مستشفى

4- ضرورة تأسيس مركز لنظام معلومات للجودة الشاملة ، وترى الباحثة أن يتبع مركز المعلومات لجهاز الجودة على أن تتوافر لهذا المركز الكفاءات الخاصة بتجميع ، تحليل ، إعداد التقارير على أن يلحق بهذا المركز صناديق الشكاوى والاقتراحات بجميع المستشفيات لفحصها وتحليلها وتقديم التقارير الخاصة بها بشكل مستمر

إن مجال إدارة الجودة الشاملة يمثل مجالاً خصباً للدراسات المستقبلية خاصة في المجال الصحي الذي يفتقر للدراسات الأكاديمية ، و لا بد من اعتماد هذا المنهج مستقبلاً لأن المؤشرات المتوقعة على المستوى الوطني تبرز أن عدد السكان الجزائري س يرتفع إلى 44,8 مليون نسمة في سنة 2025 ويصل معدل الولادات إلى 16,9 في الألف ومعدل الوفيات العامة إلى 4,5 في الألف ، أما معدل النمو فسيبلغ 1,24 % بينما معدل طول العمر المتوقع سيصل إلى 80 سنة . وتستدعي هذه التحولات الديموغرافية إعادة النظر و دراسة للمنظومة الصحية التي يتعين عليها التكفل بالأمراض غير المتنقلة و المتنقلة و توفير مختلف أنواع العلاج المتطور و ينتظر من وراء هذه الأهداف المرسومة تحسين التغطية من حيث أسرة المستشفيات ومن حيث توفير الموارد البشرية من الناحية الكمية و النوعية . ويتمحور برنامج التطوير حول تكثيف الخارطة الصحية من حيث تطوير مقاييس تسيير المستشفيات واستبدال الهياكل القديمة وتنظيم عملية التمويل وتحسين نوعية الخدمات بتحديد مقاييس الجودة ومؤشرات النجاعة الخاصة بالهياكل الصحية لضمان التكفل

براحة المريض وبأمنه مع محور الفوارق الصحية داخل الولايات ذاتها وفيما بينها وإخراج السكان من العزلة وتحسين الوصول إلى العلاج و مستوى الخدمة الصحية لأن المرضى أصبحوا يشكون من المعاملة السيئة في الاستقبال و العلاج و الرعاية من جانب العاملين المهنيين في مجال الصحة⁸²⁵، وهذا كله يتطلب تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات لرفع من مستوى الخدمة المقدمة بالرفع من الجودة من جهة و تقليل الهدر الصحي و المالي الذي تعاني منه الإدارات الاستشفائية في الجزائر من ناحية أخرى.

⁸²⁵ Y.Jaffre & J.P.Olivier de Sardan « Une Médecine Inhospitière » Collection Homme et Societé,2003.
http://www.karthala.com/rubrique/detail_produit.php?id_oeuvre=1257

الملاحق



ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE TLEMCCEN

DIRECTEUR GENERAL

- *Bureau d'Ordre Général
- *Bureau de l'Information et de la Communication.
- *Bureau de la Sécurité et de la Surv.Général
- *Bureau des Marchés , du Contentieux et des Affaires Juridiques

1-DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

1-1 Sous-Direction Des Personnels :

- *Bureau de la gestion des carrières des personnels administratifs, techniques, et de service
- *Bureau de la gestion des carrières des personnels médicaux , paramédicaux et psychologues.
- *Bureau des effectifs , de la régulation et de la solde.

1-2 Sous-Direction de la formation et de la documentation :

- *Bureau de la formation
- *Bureau de la documentation

2-DIRECTION DES FINANCES ET DU CONTROLE :

2-1 Sous-Direction des Finances

- *Bureau du Budget et de la comptabilité
- *Bureau des recettes et des caisses .

2-2 Sous-Direction de l'Analyse et de l'Evaluation des Coûts :

- *Bureau de l'Analyse et de la maîtrise des coûts.
- *Bureau de la Facturation.

3-DIRECTION DES MOYENS MATERIELS

3-1 Sous-Direction des Services économiques

- *Bureau des Approvisionnements
- *Bureau de la Gestion des Magasins , des Inventaires et des Réformes .
- *Bureau de la restauration et de l'Hôtellerie

-المدير العام-

- * مكتب التنظيم العام
- * مكتب الإعلام و الاتصال
- * مكتب الأمن و المراقبة العلمية
- * مكتب الصفقات و المنازعات و الشؤون القانونية

1-مديرية الموارد البشرية

1-1 المديرية الفرعية للمستخدمين:

- * مكتب تسيير الحياة المهنية للمستخدمين الإداريين و التقنيين و مستخدمي المصالح
- * مكتب تسيير الحياة المهنية للمستخدمين الطبيين و شبه الطبيين و الأخصائيين في علم النفس
- * مكتب العمال و التنظيم و الأجور

2-1 المديرية الفرعية للتكوين و الوثائق :

- * مكتب التكوين
- * مكتب الوثائق

2-مديرية المالية و المراقبة

1-2 المديرية الفرعية للمالية

- * مكتب الميزانية و المحاسبة
- * مكتب الإيرادات و الصناديق

2-2 المديرية الفرعية لتحليل التكاليف و تقييمها :

- * مكتب تحليل التكاليف و التحكم فيها
- * مكتب الفوترة

3-مديرية الوسائل المادية:

1 3 المديرية الفرعية للمصالح الاقتصادية

- * مكتب التموينات
- * مكتب تسيير المخازن و الجرد و الإصلاحات
- * مكتب الإطعام و الفندقية

3-2 Sous-Direction des produits Pharmaceutiques , de l'instrumentation et du consommable:

- *Bureau des produits pharmaceutiques
- *Bureau de l'instrumentation et du consommable.

2-3 المديرية الفرعية للمنتجات الصيدلانية و

الأدوات و المستهلكات :

- *مكتب المنتجات الصيدلانية
- *مكتب الأدوات و المستهلكات

3-3 Sous-Direction des Infrastructures , des Equipements et de la Maintenance :

- *Bureau des infrastructures
- *Bureau des équipements
- *Bureau de la Maintenance

3-3 المديرية الفرعية للمنشآت القاعدية و

التجهيزات و الصيقل:

*مكتب المنشآت القاعدية

*مكتب التجهيزات

*مكتب الصيقل

4-DIRECTION DES ACTIVITES MEDICALES ET PARAMEDICALES

4-1 Sous-Direction des Activités médicales:

- *Bureau de l'Organisation et de l'Evaluation des Activités Médicales
- *Bureau de la Garde et des Urgences
- *Bureau de la Programmation et du suivi des étudiants.

4-4 مديرية النشاطات الطبية و شبه الطبية

1-4 المديرية الفرعية للنشاطات الطبية

* مكتب تنظيم النشاطات الطبية و تقييمها

*مكتب المناوبة و الامتعالجات

*مكتب البرمجة و متابعة الطلبة

4-2 Sous-Direction des Activités Paramédicales

- *Bureau de l'Organisation et de l'Evaluation des activités paramédicales.
- *Bureau des soins infirmiers
- *Bureau de la programmation et du suivi des stagiaires

2-4 المديرية الفرعية للنشاطات شبه طبية

* مكتب تنظيم النشاطات شبه الطبية و تقييمها

*مكتب العلاجات التمريضية

*مكتب البرمجة و متابعة المتكبرين

4-3 Sous-Direction de la Gestion Administrative du Malade :

- *Bureau des Entrées
- *Bureau de l'Accueil , de l'Orientalion et des Activités Socio-Thérapeutiques.

3-4 المديرية الفرعية للتسيير الإداري للمريض

*مكتب دخول المرضى

*مكتب الاستقبال و التوجيه و النشاطات الاجتماعية

*مكتب العلاجات

CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE TLEMCCEN

BLEAUBI

MOUVEMENT HOSPITALIER OCTOBRE 2002

SERVICE	NBR LITS	NBR MAL	JOUR HOSP	CONS EXT	TOM	DMS
CHIRUR -A-	80	117	838	63	33.79	7.16
CHIRUR -B-	43	52	326	49	24.45	6.26
TRAUMATOLOGIE	65	122	1417	379	70.32	11.61
EURO - CHIR	26	139	955	78	118.48	6.87
OPHTALMOLOGIE	24	157	848	741	113.97	5.40
ORL	37	57	335	362	29.20	5.87
GYNÉCOLOGIE	78	798	1569	535	64.88	1.96
OBSTÉTRIQUE	28	154	1010	561	116.35	6.55
PÉDIATRIE	54	289	1297	290	77.47	4.48
PÉDIATRIE -URG	8	187	306	1900	123.38	1.64
MÉDECINE -INTER	30	101	588	521	63.22	5.82
NEUROLOGIE	21	94	813	141	124.88	8.64
CARDIOLOGIE	53	207	1872	1433	113.93	9.04
PNEUMO -PHTISIO	28	107	925	370	106.56	8.64
ASTROLOGIE	29	91	221	163	24.58	2.42
DERMATOLOGIE	23	40	243	448	34.08	6.07
INFECTIEUX	42	45	412	195	31.64	9.15
NEPHROLOGIE	15	70	291	98	62.58	4.15
PSYCHIATRIE	43	114	1139	979	85.44	9.99
URG -CHIRUR	14	251	261	7570	60.13	1.03
MÉDUCAL -FONC	10	38	375	439	120.96	9.86
HÉMATO -CLIN	24	169	583	696	78.36	3.18
MÉDECINE NUCL	3	15	48		51.61	3.2
RÉANIMATION	9	51	222	46	79.56	4.35
DI	31	194	792	274	82.41	4.08
MÉDEC - LEGALE	10	5	39		12.58	7.8
ONCOLOGIE	6	187	2606	76	1401.10	13.93
TOTAL	834	3847	20152		77.74	5.23

SERVICES	Unité d'œuvre	Coût de U.O.
Bloc/opératoire	le K	145,10
Laboratoire	le B	14,88
Imagerie	le R	81,41
Explo-Fonctionnelle	L'Examen	377,34
Administration	le Dossier	389,54
Service-Economique	le coût économique/malade	775,70
Service-Social	le coût social	296,54
CHIRUR/ GENL	la journée d'hospitalisation	3 666,83
CHIR-INFANT	la journée d'hospitalisation	2 517,24
CHIR	la journée d'hospitalisation	2 462,20
EURO-CHIR	la journée d'hospitalisation	2 807,30
OPHTALMOLOGIE	la journée d'hospitalisation	2 338,19
RX Larynx	la journée d'hospitalisation	3 604,44
CHIR-DENTAIRE	Nbr de (D)	352,99
GYNE-OBSTETRIQUE	la journée d'hospitalisation	2 564,98
UROLOGIE	Hopital jour	6 268,63
CHIR-THOR	la journée d'hospitalisation	12 844,69
URG-MED+CHIR	LE PACKAGE	849,10
MED-INTERNE	la journée d'hospitalisation	3 882,51
UROLOGIE	la journée d'hospitalisation	2 067,80
NEUROLOGIE	la journée d'hospitalisation	3 263,72
INFECTIEUX	la journée d'hospitalisation	2 883,87
NEUMOLOGIE	la journée d'hospitalisation	2 127,29
CARDIOLOGIE	la journée d'hospitalisation	2 124,52
EM-CLINIQUE	la journée d'hospitalisation	4 803,40
ONCOLOGIE	séance/cure	1 657,30
DIETETIQUE	la journée d'hospitalisation	1 594,81
ANIMATION	la journée d'hospitalisation	15 271,43
DERMATOLOGIE	la journée d'hospitalisation	3 067,27
MEP	Actes/Prevention	7 653,87
ED-Travail	la consultation	736,99
ED-Nucléaire	R/spécialisé	139,53
ED-Légale	la consultation	1484,34
ED-Fonctionnelle	la séance	3121,43
PSYCHI+PSYCO	la journée d'hospitalisation	3059,96
NEPHRO	la journée d'hospitalisation	5145,95
HEMODIALYSE	la séance	4193,78
Sanguine	la poche de sang	2159,06
Polyclinique(C,E)	package(consult+soins)	239,30
MUrgence	package	14495,39

COUT MOYEN DE L'UNITE D'ŒUVRE EVALUE PAR SERVICE

PERIODE : 3 Trimestre ANNEE: 2007

SERVICES	Unité d'œuvre	3 TRIM 2007
Laboratoire	B	6,63
Imagerie	R	24,81
Médecine Nucléaire	R spécialisés	77,14
C T S	Nbr de poches	2 556,93
Chirurgie générale	NJH	8 902,63
Urologie	NJH	5 619,35
Chirurgie Infantile	NJH	3 587,59
OTR	NJH	4 638,38
Neuro-chirurgie	NJH	3 688,83
Ophthalmologie	NJH	5 488,06
ORL	NJH	5 187,58
Chirurgie dentaire	NBR DE D	175,19
Gyneco-Obstétrique	NJH	4 087,54
U M C	Package	1 078,50
Médecine Interne	NJH	4 050,67
Neurologie	NJH	6 026,26
Gastrologie	NJH	8 776,01
Infectieux	NJH	7 594,71
Pneumo-Phtisiologie	NJH	3 128,32
Cardiologie	NJH	3 114,07
Héмато-Clinique	NJH	5 784,34
Oncologie	NBR DE CURE	18 074,30
Pédiatrie	NJH	2 103,64
Réanimation	NJH	16 339,03
Dermatologie	NJH	2 412,15
Médecine de Travail	Consultations	1 389,71
Médecine légale	Consultations	2 672,31
Reéducation Fonct	NJH	3 143,37
Psychiatrie	NJH	4 904,97
Néphrologie	NJH	7 621,50
Hémodialyse	Nbr de séances	5 031,09
Polychinique	Consultations	290,35
SAMU	Docteurs	

REPARTITION PRIMAIRE DES CHARGES

DESIGNATION	SECTIONS PRINCIPALES									
	Chirurgie -gle	Urologie	CCI	O-T-R	Neuro-Chir	OPH	ORL	Stomato		
PERSONNEL	11 411 982	1 783 098	3 543 971	5 914 582	3 153 850	3 476 348	3 622 560	4 292 220		
ALIMENTATION	614 643	60 674	453 232	504 514	576 233	150 642	104 111	0		
PHARMACIE	3 069 091	693 676	1 534 822	3 622 407	2 149 044	829 616	463 174	223 430		
FOURNIT-DIVERSES	906 093	59 989	269 763	379 286	134 609	164 724	110 996	27 125		
ENTRET & MAINTEN	20 256	510	8 612	7 065	990	8 949	4 045	12 200		
Sous Total	16 022 064	2 597 947	5 810 400	10 427 855	6 014 726	4 630 279	4 304 886	4 554 975		
%	5,12%	0,83%	1,86%	3,33%	1,92%	1,48%	1,38%	1,45%		
CHARGES COMMUNES	1 412 934	229 105	512 401	919 599	530 419	408 329	379 634	401 689		
TOTAL	17 434 999	2 827 052	6 322 801	11 347 454	6 545 146	5 038 609	4 684 521	4 956 664		

REPARTITION PRIMAIRE DES CHARGES

TABLEAU C1

DESIGNATION	SECTIONS AUXILIAIRES								
	Med-Nucleaire	Laboratoire	C-T-S	Radiologie	Semep	Adminis	Serv -Econ	Serv-Soc	
PERSONNEL	4 146 045	6 590 747	2 600 081	6 432 887	1 656 140	14 188 877	13 293 169	401 717	
ALIMENTATION	0	0	14 492	0	0	57 967	28 983	0	
PHARMACIE	19 389	4 246 472	3 414 462	504 116	587 814	0	160 077	0	
FOURNIT-DIVERSES	216 035	224 736	177 744	443 832	128 714	2 470 853	2 372 820	87 372	
ENTRET & MAINTEN	2 270	8 151	1 175	7 120	1 685	86 861	65 945	5 600	
Sous Total	4 383 738	11 070 105	6 207 953	7 387 956	2 374 354	16 804 557	15 920 995	494 689	
%	1,40%	3,54%	1,98%	2,36%	0,76%	5,37%	5,09%	0,16%	
CHARGES COMMUNES	386 588	976 237	547 459	651 520	209 387	1 481 940	1 404 021	43 625	
TOTAL	4 770 326	12 046 342	6 755 412	8 039 476	2 583 740	18 286 497	17 325 016	538 314	

الملحق رقم 2 : وثائق عامة

رقم أ: توقعات النذرة من أطباء، ممرضين، قابلات

عدد الدول		الدول التي تعرف النذرة			
منطقة منظمة الصحة	المجموع	النذرة	العدد الإجمالي	النذرة المتوقعة	الزيادة الضرورية
إفريقيا	46	36	590.198	817.992	139
أمريكا	35	5	93.603	37.886	40
جنوب شرق آسيا	11	6	2.332.054	1.164.001	50
أوروبا	52	0	-	-	-
الشرق الأوسط	21	7	312.613	306.031	98
أمريكا الجنوبية	27	3	27.260	32.560	119
مجموع العالم	192	57	3.355.728	2.358.470	70

المصدر: تقرير منظمة الصحة العالمية 2006 ص 13.

الجدول رقم ب : خطة عمل عشرية

العقد 2015	منتصف المدة 2010	فورا 2006		
استدامة القوى العاملة العالية الأداء	إتباع الممارسات الإدارية الفعالة	تقليل الإهدار، تحسين الحوافز	الإدارة	القيادة
إعداد القوى العاملة للمستقبل	تعزيز الاعتماد و إصدار التراخيص	تجديد استراتيجيات التعليم	التعليم	القطرية
تقييم استراتيجيات و إعادة تصميمها بالاستناد إلى البيانات	تذليل العقبات فيما يتعلق بالتنفيذ	وضع استراتيجيات وطنية خاصة بالقوى العاملة	التخطيط	
تقييم الاستراتيجيات و إعادة تصميمها بالاستناد إلى قدرة وطنية قوية	تقييم الأداء بمقاييس قابلة للمقارنة تجري أولويات التمويل	وضع أطر تقنية مشتركة تجميع الخبرات	المعرفة و التعليم	التضامن العالمي
تبادل الممارسات الجيدة المستندة إلى البيانات	التقيد بالمبادئ التوجيهية للتوظيف المسؤول.	الدعوة إلى التوظيف الذي يراعي الأخلاقيات و مراعاة حقوق العمال	السياسات المواتية	
دعم الاستدامة المالية	التوسع في الأمور المالية الخاصة بالصحة	متابعة الاستثناءات في الأمور المالية		
استدامة الخطط الوطنية لكل البلدان المأزومة	زيادة التمويل المقدم إلي نصف البلدان المأزومة	تمويل الخطط الوطنية بشأن 25% من البلدان المأزومة	الاستجابة للازمات	
	اعتماد مبدأ "النصفية" في مجال الاستثمار 50:50 للبرامج ذات الأولوية.	الإففاق على أفضل ممارسات الجهات المانحة للموارد البشرية الصحية		

المصدر: التقرير الخاص بالصحة في العالم 2006 "منظمة الصحة العالمية" ص 13.

رقم ج : المراكز الاستشفائية الجامعية

المقر	الإسم
مستشفى مصطفى	المستشفى الجامعي مصطفى
مستشفى بني مسوس	المستشفى الجامعي بني مسوس
مستشفى بارنت	المستشفى الجامعي حسين داي
مستشفى بن باديس	المستشفى الجامعي قسنطينة
مستشفى وهران	المستشفى الجامعي وهران
مستشفى ابن رشد	المستشفى الجامعي عنابة
مستشفى فرانس فانون	المستشفى الجامعي البليدة
مستشفى مراد نذير	المستشفى الجامعي تيزي وزو
مستشفى باتنة	المستشفى الجامعي باتنة
مستشفى سطيف	المستشفى الجامعي سطيف
مستشفى سيدي بلعباس	المستشفى الجامعي سيدي بلعباس
مستشفى تلمسان	المستشفى الجامعي تلمسان
مستشفى باب الواد	المستشفى الجامعي باب الواد

Source : Annuaire des établissements de santé
<http://www.sante.dz/annuaire/chu.htm>

رقم د : المصالح الطبية الأساسية في 2008

services	المصالح
- Neuro-chirurgie	مصحة جراحة الأعصاب
- Réanimation	مصحة الإنعاش
- Med – travail	مصحة طب العمل
- Infectieux	مصحة الأمراض المعدية
- UMC	مصحة الاستعجالات
- Med-Inter	مصحة الطب الداخلي
- Dermato	مصحة الأمراض الجلدية والزهرية
- Cardio	مصحة أمراض القلب
- Gastro	مصحة أمراض المعدة والأمعاء
- Neuro	مصحة الأمراض العصبية
- ORL	مصحة أمراض الأنف ، الأذن والحنجرة
- Pneumo-ptis	مصحة الأمراض الصدرية
- Médec-légale	مصحة الطب الشرعي
- Psychi	مصحة الأمراض العقلية
- Hémodialise	مصحة تصفية الدم
- Néphro	مصحة طب العيون
Réed- Fonc	مصحة التقويم
- oncologie	مصحة أمراض الدم
Héma-cliniq	مصحة
O P H	مصحة أمراض العيون
O T R	مصحة
Urologie	مصحة جراحة المسالك البولية
Stomato	مصحة جراحة الأسنان
SAMU	مصحة خدمات الطوارئ
Poly-clini	مصحة العيادة الخارجية

الملحق رقم 3: إستمارة الاستبيان

أ- أسئلة إستمارة الاستبيان الموجهة للأطباء

توجه هذه الاستمارة الى كل الأطباء العاملين بالمستشفى الجامعي بتلمسان بغرض اجراء دراسة علمية حول مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة و قياس موقف الاطباء من محاولة تطبيق ادارة الجودة الشاملة .
أجب بوضع علامة X على الاجابة المناسبة :

1- حدد نوع الجنس؟

ذكر	أنثى
-----	------

2- السن :

أقل من 30	من 30-39	من 40-49	من 50-59	أكثر من 60
-----------	----------	----------	----------	------------

3- الدرجة العلمية :

مقيم	عام	أخصائي	أستاذ مساعد	دكتوراه	بروفيسور
------	-----	--------	-------------	---------	----------

4 - كيف تقيم مستوى الخدمة المقدمة في المستشفى ؟

سيء جدا	سيء	معقول	جيد	ممتاز
---------	-----	-------	-----	-------

5- ما رأيك في مستوى النظافة ؟

سيء جدا	سيء	معقول	جيد	ممتاز
---------	-----	-------	-----	-------

6- هل توفر المستشفى التكوين الملائم لكل الأطباء و بصورة عادلة ؟

متوفر جدا	متوفر	نوعا ما	غ متوفر	غ متوفر تماما
-----------	-------	---------	---------	---------------

7- ما رأيك في هياكل المستشفى ؟

سيئة جدا	سيئة	معقولة	جيدة	ممتازة
----------	------	--------	------	--------

8- ما رأيك في مستوى الجودة ؟

سيء جدا	سيء	معقول	جيد	ممتاز
---------	-----	-------	-----	-------

9- كيف تريد أن تقدم عملك ؟

سيء جدا	سيء	معقول	جيد	ممتاز
---------	-----	-------	-----	-------

10- هل تدين مستوى الكفاءات الشبه الطبية يؤثر سلبا على الخدمة المقدمة ؟

نعم	لا
-----	----

11- كيف تقيم مستوى الكوادر الشبه طبية في المستشفى ؟

سيء جدا	سيء	معقول	جيد	ممتاز
---------	-----	-------	-----	-------

12- هل يهملك أن يصبح المستشفى الجامعي على مستوى من الكفاءة و الجودة العالمية ؟

نعم	لا
-----	----

13- هل توافق على تطبيق ادارة الجودة الشاملة و التي تسعى الى رفع مستوى الخدمة المقدمة ؟

موافق جدا	موافق	نوعا ما	غ موافق	غ موافق تماما
-----------	-------	---------	---------	---------------

14- حدد درجة تأثير هذه السلبيات على الخدمة المقدمة في المستشفى؟

السلبيات	مؤثر جدا	مؤثر	نوعا ما	غ مؤثر	غ مؤثر جدا
انعدام النظافة					
سوء الاستقبال					
التكوين و التأطير					
نقص المراقبة					
عطب الأجهزة					
قدم الهياكل					
سوء التنسيق					
تأخر المواعيد					

15- حدد أهم الخصائص الموجودة في المستشفيات العالمية

الخصائص	مؤثر جدا	مؤثر	نوعا ما	غ مؤثر	غ مؤثر جدا
انعدام النظافة					
سوء الاستقبال					
التكوين و التأطير					
نقص المراقبة					
عطب الأجهزة					
قدم الهياكل					
سوء التنسيق					
تأخر المواعيد					

16- هل الخصائص المذكورة سابقا تؤثر على مستوى الخدمة المقدمة؟

الخصائص	مؤثر جدا	مؤثر	نوعا ما	غ مؤثر	غ مؤثر جدا
انعدام النظافة					
سوء الاستقبال					
التكوين و التأطير					
نقص المراقبة					
عطب الأجهزة					
قدم الهياكل					
سوء التنسيق					
تأخر المواعيد					

17- ماهي درجة ارتباطك بالمستشفى؟

قوية جدا	قوية	نوعا ما	ضعيفة	ضعيفة جدا

18- من هم الأشخاص المهمين في رأيك؟:

- الأب
- الأم
- الزوج
- الأصدقاء

19 - ما هي درجة تأثير هؤلاء في موقفك الشخصي؟

الأشخاص	مؤثر جدا	مؤثر	نوعا ما	غ مؤثر	غ مؤثر جدا
الأب					
الأم					
الأخوة					
الزوج					
المسؤولين					
الأصدقاء					

20 - ما الدوافع التي تجعل رأي هؤلاء الأشخاص يؤثر على موقفك؟

- الرضا
- الارتباط و الطاعة
- الانسياق
- التعود
- الثقة
- التجربة

21 - ما هي درجة تأثير هؤلاء في موقفك الشخصي؟

الدوافع	مؤثر جدا	مؤثر	نوعا ما	غ مؤثر	غ مؤثر جدا
الرضا					
الارتباط و الطاعة					
الانسياق					
التعود					
الثقة					
التجربة					

22 - ما نظرة المنظمة للأفراد؟

- أدوات تستخدم لصالح الإدارة.
- شركاء ملتزمين بإنشاء هدف .
- موظفين متعاقدین بأجر محدود.
- أصدقاء يرغبون في العمل.

23 - ما طريقة توجيه الأفراد؟:

- سلطة الثواب والعقاب.
- إجراءات توضح الحقوق والواجبات.
- الإلتزام الذاتي بالهدف.
- الرغبة الشخصية في العمل.

24 - ما يتوقع من العاملين أن يكونوا؟

- مجتهدين في طاعة الإدارة العليا .
- مسؤولين بمصداقية في أداء واجباتهم .
- ذاتيي الاندفاع في المبادرة .
- أعضاء فريق عمل متعاونين.

25 - ما يتوقع من المديرين أن يكونوا

- أقوياء وحازمين ولكن بعدالة.
- مجتبي لاستخدام السلطة في مصالحهم.
- أن يمارسوا الديمقراطية مع آراء الآخرين.
- يدعمون ويستجيبون لاهتمامات العاملين.

26- ما هو الهدف من الدافعية نحو العمل؟

- الحصول على الثواب أو الخوف من العقاب.
- الحصول على الراتب والمكافآت
- الرغبة القوية في الإنجاز والإبداع.
- مساعدة الآخرين وإيجاد علاقات

27 - على ماذا تقوم العلاقات بين المجموعات والأقسام؟:

- المنافسة والمصالح المتبادلة
- طلب الإدارة العليا ذلك.
- التعاون من أجل تحقيق هدف مشترك.
- الصداقة والرغبة في مساعدة الآخرين.

28 - ما رد الفعل عند التعارض مع القوانين؟

- كسرها إذا كنت تملك السلطة والنفوذ
- أخذ الإذن لتجاوزها بقنوات رسمية.
- محاولة تجاوزها لمصلحة العمل.
- التعاون لتعديلها للمصلحة العامة.

29 - ما هي أولوياتك في العمل؟

- تلبية احتياجات الإدارة العليا.
- تأدية الواجبات الوظيفية
- تلبية التحديات المهمة.
- التعاون مع الآخرين

30 - من هم المميزون في رأيك؟

- الذين يرضون رؤسائهم.
- الذين يلتزمون بالقوانين
- أصحاب الأداء العالي.
- الذين يقيمون علاقات

31 - هل العوامل التالية مهمة في تعديل و تخطيط السلوك ؟

الدوافع	مهمة جدا	مهمة	نوعا ما	غ مهمة	غ مهمة اطلاقا
اللوائح الداخلية					
القوانين العامة					
القيم و المعتقدات					
الأخلاق					
المصلحة العامة					
التزام الوزارة					

32 - ما نوعية تأثير هذه العوامل في مراقبة سلوكك ؟

الدوافع	مؤثر جدا	مؤثر	نوعا ما	غ مؤثر	غ مؤثر جدا
اللوائح الداخلية					
القوانين العامة					
القيم و المعتقدات					
الأخلاق					
المصلحة العامة					
التزام الوزارة					

ب- أسئلة إستمارة الاستبيان الموجهة للمرضى

توجه هذه الاستمارة الى كل المرضى المنومين بالمستشفى الجامعي بتلمسان بغرض اجراء دراسة علمية حول مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة و قياس موقف المرضى من محاولة تطبيق ادارة الجودة الشاملة .

أجب بوضع علامة X على الاجابة المناسبة :

1- حدد نوع الجنس؟

ذكر	أنثى
-----	------

2- السن :

من 29-15	من 30-44	من 30-44	من 60-74	أكثر من 75
----------	----------	----------	----------	------------

3- الدرجة العلمية :

معدوم	منخفض	متوسط	عالي
-------	-------	-------	------

4 - كيف تقيم مستوى الخدمة المقدمة في المستشفى ؟

سيء جدا	سيء	معقول	جيد	ممتاز
---------	-----	-------	-----	-------

5- ما رأيك في مستوى النظافة ؟

سيء جدا	سيء	معقول	جيد	ممتاز
---------	-----	-------	-----	-------

6- ما رأيك في هياكل المستشفى ؟

سيئة جدا	سيئة	معقولة	جيدة	ممتازة
----------	------	--------	------	--------

7- ما رأيك في مستوى الجودة ؟

سيء جدا	سيء	معقول	جيد	ممتاز
---------	-----	-------	-----	-------

8- كيف تقيم مستوى الأطباء ؟

سيء جدا	سيء	معقول	جيد	ممتاز
---------	-----	-------	-----	-------

9- كيف تقيم مستوى المرضى؟

سيء جدا	سيء	معقول	جيد	ممتاز
---------	-----	-------	-----	-------

10- كيف يتم استقبال المرضى؟

سيء جدا	سيء	معقول	جيد	ممتاز
---------	-----	-------	-----	-------

11- كيف تتلقى الخدمة الصحية؟

سريعة جدا	سريعة	معقول	بطيئة	بطيئة جدا
-----------	-------	-------	-------	-----------

12- كيف تقيم مدة الخدمة الصحية؟

سريعة جدا	سريعة	معقول	بطيئة	بطيئة جدا
-----------	-------	-------	-------	-----------

13- حدد درجة تأثير هذه السلبيات على الخدمة المقدمة في المستشفى؟

السلبيات	مؤثر جدا	مؤثر	نوعا ما	غ مؤثر	غ مؤثر جدا
انعدام النظافة					
سوء الاستقبال					
التكوين و التأطير					
نقص المراقبة					
عطب الأجهزة					
قدم الهياكل					
سوء التنسيق					
تأخر المواعيد					

14- حدد أهم الخصائص الموجودة في المستشفيات العالمية و مدى تأثيرها و التي ترغب في توافرها بالمستشفى الجامعي ؟

الخصائص	مؤثر جدا	مؤثر	نوعا ما	غ مؤثر	غ مؤثر جدا
انعدام النظافة					
سوء الاستقبال					
التكوين و التأطير					
نقص المراقبة					
عطب الأجهزة					
قدم الهياكل					
سوء التنسيق					
تأخر المواعيد					

15- ماهي درجة ارتباطك بالمستشفى؟

قوية جدا	قوية	نوعا ما	ضعيفة	ضعيفة جدا
----------	------	---------	-------	-----------

16- ما الذي يدفعك الي قصد المستشفى الجامعي للتداوى ؟

- المجانية. - الثقة - الانتماء - المهارات الطبية

17- حدد عوامل أخرى ان كانت موجودة؟

.....

18 - ما نظرة المستشفى للمرضى؟

.....

19 - ما طريقة توجيه المرضى؟

جيدة جدا	جيدة	نوعا ما	سيئة	سيئة جدا
----------	------	---------	------	----------

20 - هل تثقك بالطبيب عالية ؟

عالية جدا	عالية	نوعا ما	منخفضة	منخفضة جدا
-----------	-------	---------	--------	------------

21- هل تخبر الطبيب بحقيقة موقفك من المستشفى؟

نعم	لا
-----	----

22- هل سبق و أن تعرضت أنت أو أحد المقربين لخطأ طبي في المستشفى ؟

نعم	لا
-----	----

23- هل يهكم أن يصبح المستشفى الجامعي على مستوى من الكفاءة و الجودة العالمية ؟

نعم	لا
-----	----

24- هل توافق على تطبيق ادارة الجودة الشاملة و التي تسعى الى رفع مستوى الخدمة المقدمة ؟

موافق جدا	موافق	نوعا ما	غ موافق	غ موافق تماما
-----------	-------	---------	---------	---------------

25- من هم الأشخاص المهمين في رأيك؟:

- الأب
- الأم
- الإخوة
- الزوج
- الأصدقاء
- مسؤولي المستشفى

26- ما هي درجة تأثير هؤلاء في موقفك الشخصي؟

الأشخاص	مؤثر جدا	مؤثر	نوعا ما	غ مؤثر	غ مؤثر جدا
الأب					
الأم					
الأخوة					
الزوج					
المسؤولين					
الأصدقاء					

27- ما الدوافع التي تجعل رأي هؤلاء الأشخاص يؤثر على موقفك ؟

- الرضا
- الارتباط و الطاعة
- الانسياب
- التعود
- الثقة
- التجربة

28 - ما هي درجة تأثير هؤلاء في موقفك الشخصي؟

الدوافع	مؤثر جدا	مؤثر	نوعا ما	غ مؤثر	غ مؤثر جدا
الرضا					
الارتباط و الطاعة					
الانسياق					
التعود					
الثقة					
التجربة					

29 - هل العوامل التالية مهمة في تعديل و تخطيط السلوك؟

الدوافع	مهمة جدا	مهمة	نوعا ما	غ مهمة	غ مهمة اطلاقا
اللوائح الداخلية					
القوانين العامة					
القيم و المعتقدات					
الأخلاق					
المصلحة العامة					
التزام الوزارة					

30 - ما نوعية تأثير هذه العوامل في مراقبة سلوكك؟

الدوافع	مؤثر جدا	مؤثر	نوعا ما	غ مؤثر	غ مؤثر جدا
اللوائح الداخلية					
القوانين العامة					
القيم و المعتقدات					
الأخلاق					
المصلحة العامة					
التزام الوزارة					

المراجع

أولاً: باللغة العربية

1- الكتب

- إبراهيم عبد الهادي المليجي ، 1997 " الممارسة المهنية في المجال الطبي و التأهيلي " المكتب العلمي للكمبيوتر - الإسكندرية.
- إبراهيم طلعت ، 2009 " التحليل الاقتصادي و الاستثمار في المجالات الطبية " دار الكتاب الحديث.
- أحمد شاکر العسكري ، 2000 " التسويق - مدخل استراتيجي للبيئة التسويقية و سلوك المستهلكين و المزيج التسويقي " مطبعة الشروق.
- أحمد ماهر ، 2003 " السلوك التنظيمي مدخل بناء المهارات " الدار الجامعية - الإسكندرية .
- أحمد ماهر ، 2005 " كيفية التعامل مع إدارة الضغوط " الدار الجامعية - الإسكندرية.
- أحمد محمد المصري ، 2005 " إدارة الأعمال الطبية المستشفيات- الصيدليات " مؤسسة شباب الجامعة - الإسكندرية.
- أحمد محمد المصري ، 1998 " إدارة المستشفيات " مؤسسة شباب الجامعة - الإسكندرية .
- أحمد محمد غنيم ، 2006 " إدارة المستشفيات رؤية معاصرة " المكتبة العصرية للنشر و التوزيع-مصر.
- أحمد محروس محرم ، محمد عماد فهمي ، 2000 " تكاليف الجودة : مدخل إلى التطوير والتحسين المستمر " - القاهرة مركز نور الإيمان.
- أحمد جاد عبد الوهاب " السلوك التنظيمي - دراسة لسلوك الأفراد و الجماعات داخل منظمات الأعمال " مكتبة الإشعاع للطباعة و النشر- القاهرة.
- أحمد يوسف ، 1990 " القيم الإسلامية في السلوك الاقتصادي " دار الثقافة للنشر و التوزيع-القاهرة.
- إقبال إبراهيم مخلوف ، 1991 " العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية اتجاهات و تطبيقات " دار المعرفة - الإسكندرية .
- إسماعيل عبد الفتاح عبد الكافي ، 2007 " التخطيط و الجودة " مركز الإسكندرية للكتاب.
- أمين الساعاتي ، 1998 " إدارة الموارد البشرية من النظرية ...إلى التطبيق " دار الفكر العربي - القاهرة- مصر.
- أمين الساعاتي ، 2008 " أصول علم الإدارة العامة تطبيقات و دراسات على المملكة العربية السعودية " دار الفكر العربي - القاهرة- مصر.
- بشير العلاق ، 2007 " التسويق الصيدلاني " دار اليازوري العلمية - الطبعة العربية.

- توفيق محمد عبد المحسن ، 2006 " الجودة الشاملة و ستة سيجما - اتجاهات حديثة في التخطيط والرقابة على الجودة " دار الفكر العربي - دار الكتاب الحديث.
- تشارلز فيليبس ، 2003 " نحو مفهوم لاقتصاديات الصحة و الرعاية الصحية و التأمين الصحي (المسار الأمريكي) " ترجمة : جلال البنا - المجلس الأعلى للثقافة .
- ثامر ياسر البكري ، 2005 " إدارة المستشفيات " دار اليازوري العلمية - الطبعة العربية- عمان الأردن.
- ثامر ياسر البكري ، 2005 " تسويق الخدمات الصحية " دار اليازوري العلمية - عمان الأردن.
- جاي ككاندا مبولي/ كوني موك / بيفير لي سباركس ، 2002 " إدارة الجودة الشاملة في الضيافة والسياحة و وقت الفراغ " ترجمة : د . م . سرور علي إبراهيم سرور - دار المريخ للنشر - الرياض ، المملكة العربية السعودية .
- حامد الطائي / بشير العلاق ، 2009 " إدارة عمليات الخدمة " دار اليازوري العلمية - الطبعة العربية - عمان ، الأردن.
- حسان محمد نذير حرستاني ، 1990 «إدارة المستشفيات " الإدارة العامة للبحوث - المملكة العربية السعودية.
- حسن إبراهيم بلوط ، 2005 «المبادئ و الاتجاهات الحديثة في إدارة المؤسسات " دار النهضة العربية- الطبعة الأولى - لبنان.
- حسين حريم ، 2003 " إدارة المنظمات - منظور كلي " دار الحامد للنشر و التوزيع - الطبعة الأولى.
- حسنين المحمدي بوادي ، 2008 " الفساد الإداري - لغة المصالح " دار المطبوعات الجامعية - الإسكندرية .
- حرفوش مدني ، 1996 " الطريق إلى إعادة اختراع الحكومة و إدارة الجودة الشاملة (دعوة للإصلاح الإداري) مكتبة زهراء الشرق- القاهرة .
- خضير كاظم محمود ، 2005 " إدارة الجودة الشاملة " دار المسيرة للنشر و التوزيع - عمان - الأردن - الطبعة الثانية.
- خضير كاظم محمود ، 2007 " إدارة الجودة الشاملة " دار المسيرة للنشر و التوزيع - عمان - الأردن - الطبعة الثالثة.
- خليل ابراهيم البياتي ، 2002 " علم النفس الفسيولوجي- مبادئ أساسية " دار وائل للطباعة و النشر - الطبعة الأولى.

- **دوجلاس ك. سميث ، 2001 " إدارة تغيير الأفراد و الأداء ، كيف ؟ المبادئ - الاستراتيجيات - الرؤى " ترجمة : عبد الحكم أحمد الخزامي - ايتراك للطباعة و النشر - الطبعة الأولى -2001.**
- **رشيد واضح ، 2003 "علاقات العمل في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر" دار هومة - بوزريعة- الجزائر.**
- **زاهر عبد الرحيم عاطف ، 2009 " هندرة المنظمات - الهيكل التنظيمي للمنظمة" دار الراية للنشر و التوزيع - عمان - الأردن.**
- **زيد منير عبوي ، 2007 " إدارة التغيير و التطوير " دار كنوز المعرفة - عمان - الطبعة الاولى .**
- **سامر جلدة ، 2009 " السلوك التنظيمي و النظريات الادارية الحديثة " دار أسامة للنشر و التوزيع - الطبعة الأولى.**
- **سامية جلال سعد ، 2006 " الإدارة البيئية المتكاملة للمستشفيات " المنظمة العربية للتنمية الإدارية -القاهرة - مصر .**
- **ستيفن أكرويد / بول طومبسون ، 2002 "سوء السلوك التنظيمي - حقل معرفي جديد " ترجمة عبد الحكم احمد الخزامي - دار الفجر للنشر و التوزيع - القاهرة ، مصر .**
- **سليم بطرس جلدة ، 2007 " إدارة المستشفيات و المراكز الصحية " دار الشروق - الطبعة الأولى .**
- **سلوى عثمان الصديقي ، 1999 "مدخل في الصحة العامة و الرعاية الصحية و الاجتماعية" المكتب الجامعي الحديث.**
- **سميرة كامل محمد علي ، 2006 " التنمية البشرية و إدارة المنظمات غير حكومية - مشروع إعداد الكوادر للعمل بالمنظمات غير حكومية " جمعية الشبان - الإسكندرية.**
- **سمير محمد عبد العزيز ، 2000 " اقتصاديات جودة المنتج بين إدارة الجودة الشاملة و الأيزو 9000 و 10011 " مكتبة الإشعاع - الإسكندرية .**
- **سعد علي العتري ، 2009 " الإدارة الصحية " دار اليازوري العلمية - الطبعة العربية - عمان الأردن.**
- **سيد محمد جاد الرب ، 1997 " إدارة المنظمات الصحية و الطبية منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة" دار النهضة العربية - القاهرة.**
- **سونيا محمد البكري ، 2004 " إدارة الجودة الكلية " الدار الجامعية - الإسكندرية .**
- **صلاح الدين محمد عبد الباقي، 2001 " الجوانب العلمية و التطبيقية في إدارة الموارد البشرية بالمنظمات " الدار الجامعية.**

- صلاح الدين محمد عبد الباقي ، 2002 " السلوك الفعال في المنظمات " الدار الجامعية الجديدة - الإسكندرية .
- صلاح محمود ذياب ، 1995 " إدارة الخدمات الصحية " الأردن - عمان .
- صلاح محمود ذياب ، 2009 " إدارة المستشفيات و المراكز الصحية الحديثة " دار الفكر - الأردن - عمان .
- طلعت الدمرداش ، 2006 " اقتصاديات الخدمات الصحية « مكتبة القدس الزقازيق - مصر الطبعة الثانية .
- طارق حجي ، 2006 " الإدارة و الواقع العربي - فصول في الإدارة " المنظمة العربية للتنمية الإدارية - بحوث و دراسات .
- عادل حسن ، 1998 " إدارة الأفراد و العلاقات الإنسانية " مؤسسة شباب الجامعة - الإسكندرية - مصر .
- عبد الإله الساعاتي ، 1998 " مبادئ إدارة المستشفيات " دار الفكر العربي - القاهرة .
- عبد الحميد عبد الفتاح المغربي ، 2007 " المهارات السلوكية و التنظيمية لتنمية الموارد البشرية " المكتبة العصرية - القاهرة .
- عبد العزيز مخيمر - محمد الطعمانة ، 2003 " الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات المفاهيم والتطبيقات " بحوث و دراسات - المنظمة العربية للتنمية الإدارية - القاهرة .
- عبد المهدي بواعنة ، 2004 " إدارة الخدمات و المؤسسات الصحية - مفاهيم نظريات، وأساسيات في الإدارة الصحية " دار الحامد للنشر و التوزيع ، الطبعة الأولى - عمان ، الأردن .
- عبد الرحمن توفيق ، 1996 " استراتيجيات الاستثمار البشري بالمؤسسات العربية " مركز الخبرات المهنية للإدارة - بميك - القاهرة .
- عبد الرحمن محمد عيسوي ، 1991 " علم النفس الفسيولوجي - دراسة في تفسير السلوك الانساني " دار النهضة العربية .
- عبد الوهاب سويسسي ، 2009 " المنظمة - المتغيرات ، الأبعاد ، التصميم " دار النجاح للكتاب - الجزائر .
- عبد الناصر محمد علي همودة ، 2005 " إدارة التنوع الثقافي في الموارد البشرية " المنظمة العربية للتنمية الإدارية - بحوث و دراسات .
- عطية حسين أفندي ، 2003 " تمكين العاملين : مدخل للتحسين و التطوير المستمر " المنظمة العربية للتنمية الإدارية - القاهرة - مصر .

- عماد الدين عيد ، 1983 "الصحة العامة و برامجها" - المكتب الجامعي الإسكندرية.
- علي السلمي ، 2002 " إدارة التميز - نماذج و تقنيات الإدارة في عصر المعرفة " مكتبة الإدارة الجديدة -القاهرة .
- علي حسين ، 2008 " نظرية القرارات الإدارية " دار الزهران للنشر و التوزيع - عمان - الأردن.
- علي عبد الوهاب " إدارة الأفراد " الجزء الأول - الطبعة الثانية.
- فركوس محمد ، 1995 "الموازنات التقديرية -أداة فعالة للتسيير- سلسلة المعرفة ديوان المطبوعات الجامعية.
- فريد راغب النجار، 1981 "إدارة المستشفيات و المنظمات الصحية (مدخل الإدارة بالأنظمة المتوازنة)- دار النهضة العربية -القاهرة.
- فريد راغب النجار و آخرون ، 1983 " إدارة المستشفى المصري، الاتجاهات الحالية و المشكلات" دراسة ميدانية الإدارة المركزية للبحوث القاهرة.
- فريد راغب النجار، 2008 "التنمية الإدارية" - الدار الجامعية - الإسكندرية.
- فريد راغب النجار ، 2009 " السلوك التنظيمي الاستراتيجي - مهارات و فنون " الدار الجامعية .
- فريد كورتيل ، 2009 " تسويق الخدمات " دار كنوز المعرفة العلمية - عمان / الأردن.
- فوزي مدكور ، 1998 "تسويق الخدمات الصحية " إبتراك لنشر و التوزيع - مصر الجديدة.
- فوزي شعبان مدكور ، 2006 " مصادر و مسببات ضغوط العامل و الآثار الايجابية و السلبية الناجمة عنها "ندوة ضغوط العمل و الصراعات -المنظمة العربية للتنمية الإدارية.
- ريتشارد غ.ولكنسون ، 2003 " المجتمعات غير الصحية- علل عدم المساواة "ترجمة د. محمد منير الأصبحي - مركز البحوث - معهد الإدارة العامة .
- زكريا مطلق الدوري / أحمد علي صالح ، 2009 " إدارة التمكين و اقتصاديات الثقة في منظمات أعمال الألفية الثالثة " دار اليازوري العلمية - الطبعة العربية.
- لويد دوبيتز/كلير كراوفوردماسون ، 1997 " إدارة الجودة التقدم و الحكمة و فلسفة ديمينغ " ترجمة حسين عبد الواحد-الجمعية المصرية لنشر المعرفة و الثقافة العالمية-الطبعة الأولى .
- ماريون إي هايتر ، 1988 "إدارة الأداء -دليل شاملا للإشراف الفعال " ترجمة محمود مرسي /زهير الصباغ - إدارة البحوث - معهد الإدارة العامة - المملكة العربية السعودية.
- محسن أحمد الخضيري ، 1991 " الضغوط الإدارية - الظاهرة ، الأسباب ، العلاج " مطبعة الأطلس -القاهرة.

- محمد حسن مفتي، 1419هـ. " النهضة الصحية في المملكة العربية السعودية - 100 عام من الانجاز و التحدي " الرياض.
- محمد محمد عبد الوهاب ، 2004 " البيروقراطية في الإدارة المحلية " دار الجامعية الجديدة .
- محمد عبد الوهاب العزاوي ، 2005 " إدارة الجودة الشاملة " دار اليازوري - عمان .
- محمد عبد العال النعيمي / د. راتب جليل صويص / د. غالب جليل صويص ، 2009 " إدارة الجودة المعاصرة - مقدمة في إدارة الجودة الشاملة للإنتاج و العمليات و الخدمات " دار اليازوري العلمية- عمان - الطبعة العربية .
- محمد الصيرفي ، 2007 " السلوك الإداري - العلاقات الإنسانية " دار الوفاء لدنيا الطباعة- الطبعة الأولى - الإسكندرية.
- محمد نبيل سعد سالم / د. محمد محمد جاب الله عمارة ، 2006 " إدارة الموارد البشرية في المؤسسات الاجتماعية " دار الطباعة الحرة - الطبعة الثانية - الإسكندرية .
- محمود حسن ، 1984 " الرعاية الاجتماعية " مكتبة وهبة الحديثة - القاهرة.
- محمود جاسم الصميدعي / د. ردينة عثمان يوسف ، 2007 " سلوك المستهلك " دار المناهج- عمان - الأردن . الطبعة الأولى.
- محمود عبد المولى ، 1997 " علم الاجتماع في ميدان العمل الصناعي " - الدار الغربية للكتاب - تونس.
- محمود عبد المولى ، 2005 " البيئة و التلوث " مؤسسة شباب الجامعة- الإسكندرية .
- محفوظ أحمد جودة ، 2004 " إدارة الجودة الشاملة - مفاهيم و تطبيقات " دار وائل للنشر- عمان ، الأردن - الطبعة الأولى .
- محفوظ أحمد جودة ، 2006 " إدارة الجودة الشاملة - مفاهيم و تطبيقات " دار وائل للنشر- عمان ، الأردن - الطبعة الثانية .
- ماجدة العطية ، 2003 " سلوك المنظمة - سلوك الفرد و الجماعة " دار الشروق - الطبعة الأولى .
- معن محمود عياصرة / أ. مروان محمد بني أحمد ، 2008 " إدارة الصراع و الأزمات و ضغوط العمل " دار الحامد - عمان - الأردن - الطبعة الأولى.
- مهدي السامرائي ، 2007 " إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي و الخدمي " دار جرير للنشر - عمان - الطبعة الأولى.
- مؤيد عبد الحسين الفضل - يوسف حجيم الطائي، 2004 " إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلي المستهلك منهج كمي " مؤسسة الوراق للنشر و التوزيع الأردن.

- مؤيد سعيد السالم ، 2005 " أساسيات الإدارة الإستراتيجية " - دار وائل للنشر - الطبعة الأولى.
- مصطفى محمود أبو بكر ، 1996 " مقومات و معوقات تحقيق الجودة الشاملة - مدخل التوجه بالقوى العاملة " من كتاب استراتيجيات الاستثمار البشري بالمؤسسات العربية - إشراف د ، عبد الحميد توفيق - مركز الخبرات المهنية للإدارة - بميك - القاهرة.
- ناصر دادي عدون ، 2004 " إدارة الموارد البشرية و السلوك التنظيمي - دراسة نظرية و تطبيقية " دار المحمدية العامة - الجزائر.
- نجم عبود نجم ، 2006 " أخلاقيات الإدارة و مسئولية الأعمال في شركات الأعمال " مؤسسة الوراق - عمان ، الطبعة الأولى.
- نفيسة محمد باشري ، 1986 " العلاقات الإنسانية " مكتبة نهضة الشرق .
- نواف كنعان ، 2007 " اتخاذ القرارات الإدارية بين النظرية و التطبيق " دار الثقافة - عمان - الطبعة الأولى - الإصدار السابع .
- نيليز جوران / جان روى / ماجتر ووتر ، 2003 " الأداء البشري الفعال بقياس الأداء المتوازنة - أفكار عالمية معاصرة " ترجمة علا احمد إصلاح - القاهرة .
- هاني أحمد الضمور ، 2005 " تسويق الخدمات " دار وائل للنشر - الطبعة الثالثة .
- هيو كوش ، 2002 " إدارة الجودة الشاملة - تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية و ضمان الالتزام بها " ترجمة: طلال بن عايد الأحمدى - مركز البحوث - معهد الإدارة العامة ، المملكة العربية السعودية .
- يوسف حجيم الطائي / محمد عاصي العجيلي / ليث علي الحكيم ، 2009 " نظام إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية و الخدماتية " دار اليازوري العلمية - عمان - الأردن.

2 - أوراق العمل ودراسات

- أحمد بن حماد الحمود ، 1994 " تقييم الأداء الوظيفي - الطرق المعوقات البدائل " مجلة الإدارة العامة - المجلد 34 - العدد 2 - سبتمبر .
- أحمد عمر هاشم ، 1996 " القدوة في الإسلام ... كمنهج للتغيير " المؤتمر السنوي السادس - الإدارة في ظل التغيير ..
- أحمد مداوس اليامي ، 2005 " مفهوم التغذية العكسية في حقل السلوك التنظيمي : مراجعة لبعض الاديبيات الغربية " المجلة العربية للعلوم الادارية ، جامعة الكويت - المجلد 12 / العدد 3 / سبتمبر.

- آدم غازي العتيبي، 1993 " أثر الولاء التنظيمي و العوامل الشخصية على الأداء الوظيفي لدى العمالة الكويتية و العمالة العربية الوافدة في القطاع الحكومي لدولة الكويت " المجلة العربية للعلوم الإدارية – المجلد الأول ، العدد الأول –.
- أعاشور مرزوق/أحمد غربي، 2005"تسيير و ضمان جودة منتجات المؤسسات الصناعية"-مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا العدد 02 ماي.
- أمل بنت محمد شيخ دمنهوري ، 1425هـ— " نموذج مقترح لتطبيق عوامل إدارة الجودة في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة في محافظة جدة"المؤتمر الوطني الأول للجودة- السعي نحو الإتقان و التميز-الواقع و الطموح 26-28 ربيع الأول .
- أروي مصطفى سيف " نمط السلطة و دورها في العلاقات التنظيمية في المستشفيات"دراسة تحليلية في منطقة عمان الكبرى
- بثينة المصنف ، 2006" تطبيق برامج الجودة في القطاع الصحي الحكومي بدولة الكويت " ورقة مقدمة-الملتقى الخليجي الرابع للجودة- تطبيقات الجودة في الشركات و المؤسسات الحكومية – الكويت- مايو.
- بدران بن عبد الرحمن العمر ، 2002 " مدى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مستشفيات مدينة الرياض : من وجهة نظر ممارس مهنة التمريض ، الإدارة العامة ، الرياض : معهد الإدارة العامة ، المجلد (42) ، العدد (2) ، يونية.
- بشرى عبد الوهاب ، 2006 " تكاليف الجودة – أفكار جديدة لمفهوم قديم " المؤتمر العلمي الثاني : الجودة الشاملة في ظل إدارة المعرفة و تكنولوجيا المعلومات – دار الحامد – نيسان.
- جاد الرب عبد السميع حسانين ، 2003 " متطلبات تطبيق مبادئ الجودة الشاملة – وجهة نظر المسئولين بمستشفيات جامعة المنصورة" جامعة المنصورة.
- حسن الحاج ، 2003 " مؤشرات سوق العمل " مجلة جسر التنمية – المعهد العربي للتخطيط بالكويت – العدد 16 .
- حسن صادق حسن عبد الله ، 2006 " ضغوط العمل : مصادرها و مسبباتها ، نتائجها و آثارها " ندوة ضغوط العمل و الصراعات –المنظمة العربية للتنمية الإدارية .
- عايدة سيد الخطاب ، 1998 " الانتماء التنظيمي و الرضا عن العمل : دراسة ميدانية عن المرأة العاملة السعودية " مجلة العلوم الإدارية – العدد 13 – جامعة الملك سعود – الرياض.

- عبد الناصر محمد علي حمودة ، 2005 " إدارة التنوع الثقافي في الموارد البشرية " المنظمة العربية للتنمية الإدارية - بحوث و دراسات .
- عبد اللطيف العويضي ، 1428 " تجربة تطبيق الجودة في معهد الإدارة العامة " ورقة عمل مقدمة في ملتقى الجودة الشاملة : 15-03-1428هـ.
- عبد الرحيم الأحمدي حنان ، 2006 " محددات جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية - دراسة نوعية " الإدارة العامة - المجلد السادس و الأربعون - العدد الثالث - أغسطس 2006.
- عبد الرحيم الأحمدي حنان ، 2000 " التحسين المستمر للجودة : المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية ، الإدارة العامة ، الرياض : معهد الإدارة العامة ، المجلد (40) العدد (3).
- عبد الله موسى الخلف ، 1997 " ثلوث التميز: تحسين الجودة وتخفيض التكلفة وزيادة الإنتاجية " - الإدارة العامة المجلد (37)، العدد (1) - 1997 معهد الإدارة العامة - المملكة العربية السعودية - الرياض.
- عبد اللطيف ماجد عنور ، 1999 " الاغتراب الوظيفي و مصادره :دراسة ميدانية حول علاقتهما ببعض المتغيرات الشخصية و التنظيمية في القطاع الصحي الأردني بإقليم الشمال " الإدارة العامة - المجلد التاسع و الثلاثون - العدد الثاني.
- عبد الرحمن أحمد محمد هيجان 1994 " منهج عملي لتطبيق مفاهيم إدارة الجودة الكلية " الإدارة العامة - المجلد 34/العدد 3. ديسمبر .
- عبيد الله بن عمر العمري ، 2004 " بناء نموذج سبيي لدراسة تأثير كل من الولاء التنظيمي و الرضا الوظيفي و ضغوط العمل على الاداء الوظيفي و الفعالية التنظيمية " مجلة جامعة ام القرى للعلوم التربوية و الاجتماعية - المجلد 16 ، العدد الأول - 2004 .
- عبد الوهاب علي محمد " التغيير- مناهجه ، مقوماته ،خطواته ، مقاومته " المؤتمر السنوي السادس - الإدارة في ظلال التغيير.
- علي حسن العالي ، 2004 "تجربة ديوان الخدمة المدنية بالبحرين في تطبيق نظام الايزو " ورقة علمية مقدمة في ملتقى تحديث القطاعات العامة في الوطن العربي 24-25ماي.
- علي أحمد عواد الروابدة ، 2006 " عوامل الهدر في النظام الصحي الأردني : دراسة تحليلية لوجهة نظر الأطباء العاملين في محافظة العاصمة " المجلة العربية للإدارة - المنظمة العربية للتنمية الإدارية - المجلد 26 /العدد 2/ ديسمبر.
- علي عبد القادر علي 2003 " اقتصاديات الصحة " مجلة جسر التنمية - المعهد العربي للتخطيط - الكويت / العدد 22.

- عقيلي عمر وصفي / نعساني عبد المحسن ، 2006 " تحويل الصراعات لقوة منتجة " ندوة ضغوط العمل و الصراعات - المنظمة العربية للتنمية الإدارية.
- عوض سالم الحربي و الكحلوت زياد ، 1425 هـ "تكاليف الجودة و طرق قياسها" ورقة عمل - المؤتمر الوطني الأول للجودة -26- 28 ربيع الأول.
- سعيد يس عامر " الاستعداد و كيفية تأثر الناس بالتغيير " المؤتمر السنوي السادس - الإدارة في ظل التغيير.
- مصطفى محمد سعيد عالم ، 1425 هـ "إدارة الجودة الشاملة..و أثرها في التغيير المؤسسي" ورقة مقدمة في المؤتمر الوطني الأول للجودة-السعي نحو الإتقان و التميز- الواقع و الطموح-ربيع الأول.
- درويش عبد الرحمن يوسف ، 2006 " إدراك العاملين لنظام تقويم الأداء و علاقته ببعض العوامل الشخصية و التنظيمية : دراسة ميدانية على عينة عشوائية من المنظمات بدولة الإمارات العربية المتحدة" مجلة الإدارة العامة / المجلد 40 / العدد 3 / أكتوبر.
- سعيد شعبان حامد " اثر علاقة الفرد برئيسه وإدراكه للدعم التنظيمي كمتغيرين وسيطين على العلاقة بين العدالة التنظيمية وسلوك المواطنة التنظيمي: دراسة ميدانية " كلية التجارة - جامعة الأزهر.
- سهير محمود معتوق ، 1991 " سياسات التصحيح الهيكلي في البلدان النامية " المجلة العلمية للبحوث و الدراسات - ملحق المجلد 5 / السنة 5 / العدد.
- سيد محمد عبد المقصود ، 2008 " المرصد الحضري: فكرتها -نشأتها - مهامها الأساسية - متطلباتها " بحوث اقتصادية عربية - خريف - العدد 40.
- متولي السيد متولي أحمد / د. محمد محمد نور قوته ، 1987 " تقييم أداء المستشفيات السعودية - بحث ميداني بالتطبيق على مدينة جدة" المجلة العلمية للبحوث و الدراسات التجارية - المجلد الأول / السنة الأولى / العدد الثاني- ملحق العدد - جامعة حلوان.
- محمد الطعمانة ، 2001 " الثقافة التنظيمية وإدارة الجودة الشاملة مع التطبيق على بعض وحدات القطاع العام في الأردن ، المجلة العلمية لبحوث و الدراسات التجارية ، العدد (3).
- محمد أحمد عيشوني ، 2007 " ضبط الجودة - التقنيات الأساسية و تطبيقاتها في المجالات الإنتاجية و الخدمية" دار الأصحاب للنشر و التوزيع - الرياض - المملكة العربية السعودية.
- محمد حسن شعبان ، 2006 " التحديات المعاصرة أمام الموارد البشرية العربية و سبل التغلب عليها " الإدارة العامة - المجلد 46 / العدد 4 / نوفمبر.
- محمود حسين مطر، 1992 " واقع الإدارة المالية في المستشفيات: دراسة تطبيقية على بعض مستشفيات مدينة الرياض " الإدارة العامة - العدد 73 /يناير.

- محمود محمد السيد ، 2002 " تأثير التمكين الوظيفي على ولاء العاملين في ظل تخفيض حجم العمالة : دراسة تطبيقية على شركات قطاع الأعمال الصناعي " - المجلة العلمية للاقتصاد و التجارة - كلية التجارة بجامعة عين شمس - العدد الثاني.
- فاروق علي الحكيم ، 2006 " دور إدارة الجودة الشاملة في مراكز التدريب - تطبيق عملي لنظم توكيد الجودة أيزو 9000 " ورقة عمل مقدمة في مؤتمر الاتجاهات المعاصرة في التدريب و الاستشارات الإدارية - المنظمة العربية للتنمية الإدارية.
- فتحية أبو بكر إدريس / قاسم نايف علوان الخياوي ، 2006 " قياس جودة أداء الخدمات الصحية و تأثيرها على رضا المرضى " المؤتمر العلمي الثاني : الجودة الشاملة في ظل إدارة المعرفة و تكنولوجيا المعلومات " دار حامد للنشر و التوزيع - نيسان.
- فؤاد القاضي ، 1986 " التغيير في الفكر التنظيمي " المؤتمر السنوي السادس - الإدارة في ظل التغيير.
- زبيدة بوعبياد المجاد ، 2001 " الصحة و دور الجهة " المجلة المغربية لقانون و اقتصاد التنمية - عدد خاص بالجهة - الدار البيضاء - العدد 45.
- هاني يوسف خاشقجي ، 1996 " نظام الجودة الشاملة وإمكانيات القيادات الإدارية في تطبيقها في الدوائر الحكومية في المملكة العربية السعودية " ، المجلة المصرية للدراسات التجارية ، كلية التجارة جامعة المنصورة ، المجلد (20) العدد (12) .
- مها عادل أخضر ، 1994 " مفهوم الجودة في الخدمات الصحية سلسلة ضمان الجودة " وزارة الصحة الأردنية) عمان.
- ياسر شلبي وحسن لدادوة ، 2007 " الثقافة المهنية في القطاع الصحي الحكومي في الأراضي الفلسطينية " مؤسسة مواطن- المؤسسة الفلسطينية لدراسة الديمقراطية.

3 - الرسائل و الأطروحات و التقارير

- أحمد عيسى سلمان ، تأثير الضغوط الوظيفية على الانتماء التنظيمي بالتطبيق على مستشفيات جامعة عين شمس ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التجارة جامعة عين شمس ، 2004.
- الإدارة العامة للتموين الطبي " الخطة الإستراتيجية الخمسية مارس 2005 - مارس 2010 " وزارة الصحة - الرياض - المملكة العربية السعودية.
- الديوان الوطني للإحصائيات " الجزائر بالأرقام - نتائج 2004 " رقم 35- نشرة 2006 .
- اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط " المناقشات التقنية: استثمار الجينوميّات والتكنولوجيا البيولوجية في مجال الصحة العمومية- الدورة الحادية والخمسون - أيلول/سبتمبر 2004.

- اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط ، 2000 " الاتجاهات الراهنة و المستجدة في مجال ضمان الجودة و تحسينها" جدول الأعمال المبدئي القاهرة-مصر أكتوبر.
- اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا " نحو سياسات اجتماعية متكاملة في الدول العربية - أطار و تحليل مقارن " الأمم المتحدة- 2005.
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي الظرف الاقتصادي والاجتماعي للسداسي الثاني سنة 2004، الجزائر، 2005.
- المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية موضوعات و برامج الشؤون الفنية " النظم الصحية و تقييم أدائها "
- المنظمة العربية للتنمية "إدخال آليات القطاع الخاص و قوى السوق في إدارة الأجهزة الحكومية"
- بديسي فهيمة ، 2006 " تفعيل مدخل النظم لتحقيق الجودة الشاملة - دراسة تطبيقية في المؤسسة الاقتصادية الجزائرية " أطروحة دكتوراه دولة في علوم التسيير - جامعة منتوري قسنطينة - سبتمبر .
- بن يعقوب الطاهر ، 2004 " دور سلوك المستهلك في تحديد السياسات التسويقية - حالة الجزائر " أطروحة دكتوراه - إشراف د. عماري عمار - جامعة فرحات عباس .
- بهجة المعرفة" أنظر لهذا الإنسان" موسوعة علمية الطبعة 2 جنييف سويسرا. دار المختار للطباعة و نشر و التوزيع.
- بويوسف عصام الدين ، 1993" نظام تسيير المستشفيات في الجزائر "رسالة الماجستير جامعة الجزائر.
- التقرير الخاص بالصحة في العالم ، 2006 ، منظمة الصحة العالمية ، "العمل معا من أجل الصحة"
- تقرير التنمية الإنسانية العربية 2008 "الفساد و التنمية - مكافحة الفساد من أجل الحد من الفقر ، تحقيق أهداف الإنمائية و تعزيز التنمية المستدامة" .
- تقرير منظمة الصحة العالمية ، 2005" الملايين يعانون من الاضطرابات العصبية في شتى أنحاء العالم " دراسة نشرت في المجلة الأوروبية لطب الأعصاب حزيران- يونيو
- تقرير لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية ، 1988 " المستشفيات و توفير الصحة للجميع "، سلسلة التقارير الفنية رقم 774 الإسكندرية - (المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية.
- حوالم رحيمة ، 1998 "أهمية تكوين الإطارات و دوره في رفع مستوى الأداء العام للمؤسسة - دراسة حالة : الشركة الوطنية للكهرباء و الغاز " رسالة ماجستير غير منشورة - 1998.
- مونيكوسوج، 1980 " تقرير منظمة الصحة العالمية «دور المستشفى الخط الأول ضمن نظام الخدمات الصحية المحلية "جنييف منظمة الصحة العالمية.

- مؤتمر وزراء الصحة للاتحاد الأفريقي "تعزيز الأنظمة الصحية من أجل المساواة والتنمية في أفريقيا"-
الدورة العادية الثالثة- جوهانسبرج، جنوب أفريقيا، 9-13 إبريل 2007.
- موضوعات وبرامج الشؤون الفنية " النظم الصحية وتقييم أدائها "- المكتب التنفيذي لمجلس وزراء
الصحة لدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية.
- صحراوي بن شبيحه " التسويق السياسي في الجماعات المحلية - كيفية استخدام النماذج السلوكية
والكمية في تسويق المنتجات السياسية " أطروحة دكتوراه - إشراف : البروفيسور بن حبيب عبد
الرزاق - 2008 - 2009 .
- وزارة التهيئة العمرانية و البيئة "تقرير حول حالة و مستقبل البيئة في الجزائر"
- وزارة الصحة "المعايير الأردنية لاعتماد المستشفيات " المسودة الثالثة أيلول 2006. - USAID -
- وزارة الصحة " الخدمات الطبية التي تقدمها مستشفيات وزارة الصحة و المشكلات التي تواجهها"
ندوة واقع خدمات المستشفيات و كيفية تطويرها- معهد الإدارة العامة - 1990 .

4 - المراسيم و القوانين و الجرائد الرسمية

- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان 1948.
- الميثاق الوطني سنة 1976.
- الدستور الجزائري لسنة 1976.
- الدستور الجزائري 1996 المعدل لدستور 1989 , الباب الرابع الحقوق.
- القانون رقم 85-05 بتاريخ 16/12/1985 المتعلقة بحماية و ترقية الصحة
- القانون رقم 83 / 13 الصادر بتاريخ 1983 و القانون 07/88 الصادر بتاريخ 26 جانفي 1988
المتعلق بالوقاية الصحية و الأمن و طب العمل
- قرار وزاري مشترك مؤرخ في 22 أكتوبر 1988
- المادة 171 من القانون الأساسي العام للعامل المؤرخ في 05 غشت سنة 1978.
- المرسوم التنفيذي رقم 97-467 يحدد قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية الجريدة الرسمية العدد
81 سنة 1997 .
- المرسوم التنفيذي رقم 97/465 المؤرخ في 2 شعبان 1418 الموافق 1997/12/2 يحدد قواعد
إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة.
- الجريدة الرسمية رقم 44 - 1988 و العدد 81 - 1997 .
- جريدة الأيام الجزائرية-مارس 2008 - العدد 759
- جريدة المستقبل 2005/12/5

- بومدين (م) حوالمف رحيمة " دور البلديات في رفع المستوى الصحي للسكان و تحقيق التنمية- عرض للتجربة الجزائرية " ورقة عمل مقدمة - المؤتمر العمل البلدي الأول - مملكة البحرين - يناير 2006.
http://websrv.municipality.gov.bh/pls/portal/docs/PAGE/WEB_SITE_V2/CONF_MUN_2006/CONFERENCE/index.htm
- حسين الراوي الرويلي " الجودة الشاملة في المؤسسة الخدمية " مدير إدارة الجودة - المملكة العربية السعودية -
<http://www.arado.org.eg/tqm/montada/QNPSO.doc>
- رياض رشاد البنا " إدارة الجودة الشاملة - مفهومها و أسلوب إرسائها " ورقة عمل - المؤتمر السنوي 21 للتعليم الإعدادي - يناير 2007.
- سارة سيكستن " شراء الرعاية الصحية في الأسواق " - العولمة و الرعاية الصحية - 28 أبريل 2005
<http://www.kefaya.org/05znet/050428sarahlaron.htm>
- عبد الرحمن بن إبراهيم المديريس " إدارة الجودة الشاملة في التعليم " - منتديات تعليم الشرقية
<http://edueast.gov.sa>
- علاء الدين العلوان " إستراتيجية عربية لمكافحة الأمراض المزمنة و الوقاية منها " جريدة الشرق الأوسط - سبتمبر - 2001 - العدد 8318 ,
<http://www.asharqalawsat.com>
- غسان طيارة أكرم ناصر، جرجس الغضبان " الجودة و دورها في التنمية " مقالات مفيدة - مركز المدينة للعلوم الهندسية -
www.mmsec.com/m3-files/tqm3.htm
- غطاس جمال محمد -
<http://hosamerd.blogspot.com/2006/11/blog-post.html>
- فائق المطيري " تدني الجودة هدر مالي يقابله ضعف في الخدمات " جريدة الرياض - 27 مارس 2007 / العدد 14155 -
<http://www.alriyadh.com/2007/03/27/article236526.html>
- مصطفى العبد الله الكفري " التنمية الشاملة و التنمية البشرية " الحوار المتمدن - العدد: 816 - 2004
www.ahewar.org

- محمد أحمد عيشوني " ضبط الجودة - التقنيات الأساسية و تطبيقاتها في المجالات الإنتاجية و الخدمية" دار الأصحاب للنشر و التوزيع - الرياض - المملكة العربية السعودية - 2007.
http://aichouni.tripod.com/myqc_book/Chap00_preface.pdf
- محمد عثمان عبد المالك " الصحة ، التنمية و الفقر " <http://www.sjph.net.sd/files/vol2i4p232-235.pdf>
- مراد بوشحبت " العهدة الثانية للرئيس بوتفليقة- الإنجازات والآفاق " ملفات - التلفزيون الجزائري <http://www.entv.dz/ar/Dossiers/president.php>
- ياسر شلبي وحسن لدادوة " الثقافة المهنية في القطاع الصحي الحكومي في الأراضي الفلسطينية " مؤسسة مواطن-المؤسسة الفلسطينية لدراسة الديمقراطية- شباط 2007 .
www.aman-palestine.org/Documents/FreeAccess/HealthCulture.doc

1 / Ouvrages et articles

- **Abbad Jean** , 2001 « *Organisation et Management Hospitalier : mieux gérer les ressources humaines à l'hôpital* » Editions Berger-Levrault paris.
- **Abouzahr Carla & Wardlaw Tessa** , 2001 « *La Mortalité Maternelle à la fin d'une décennie : des signes de progrès ?* » Bulletin de L'OMS – Recueil d'articles N°5.
- **Aguercif . M et F. Aguercif-Meziane** , 1993 « *Le système de santé publique en Algérie – évaluation 1974-1989 et perspectives* » Les cahiers du CREAD – N°35-36 , 3eme et 4ème trimestre.
- **Ajzen, I** , 1991 « *The theory of planned behaviour* » Organizational and Human DecisionProcesses 50 .
- **Amar Laure et les autres** , 2001 « *une approche expérimentale de consultation des usagers sur les informations relatives à l'hôpital* » Etudes et Résultats - drees -N° 115- mai.
- **Armitage, C. J., & Conner, M.** (in press). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. British Journal of Social Psychology– 40.
- **Andrieu Pierre** , 1993 « *Les marchés des Hôpitaux et des Collectivités Locales* » Editions Berger- Levrault Paris.
- **Auray. J.P / G.Duru / M.Lamure /A.Pelc**, 1990 « *Les Fondements Théoriques de L'évaluation en Economie de la Santé* » Editions Alexandre Lacassange -Lyon.
- **Bailly Antoine.S. / Periat Michel**, 1995 « *Médecimétrie : une nouvelle Approche de la santé* » Editions Economica.
- **Baureeau Dominique et Pareira Céline**, 2004 « *Mesure de la performance dans le domaine de la santé* » Dossiers Solidarité et santé N° 3Juillet-septembre- Edition études diverses.
- **Beirendouck Lou Van** , 2004 « *Management des compétences – évaluation, développement et gestion* » le management en pratique – De Boeck – Paris.
- **Benamouzig Daniel** , 2005 « *La santé au miroir de l'économie* » . Edition PUF Presses Universitaires de France- 1ère édition.
- **Benhabib Abderezak** , 1995 « *Instrument D'analyse appliques en marketing : Exemple de modeles Multi-Attributs* » REVUE Administration & Management – N° 1 – 2 ème semestre.
- **Benhabib .A & Mami Elias** , 2004 « *Les coûts de la non Qualité* » Symposium International sur :Qualité et maintenance au service de l'entreprise –Université de Tlemcen -Tome 1- Qualima'01- Tlemcen 21-22Nov.

- **Bendiabdellah Abdesselam** , 2002 « *Principes d'équité pour la santé et la distribution des soins* » Deuxième forum sur la recherche en santé –Faculté de Médecine, Université de Tlemcen -18 Juin 2002.
- **Benoit Jacques** , 2005 « *Pédagogie de l'Ethique – le Coeur du développement durable est le développement durable du cœur* » Editions management & société – ems.
- **Beresniak A./ Duru G.** 2001 « *Economie de la santé – Connaissance et pratique* » 5 éme Editions - Masson.
- **Bert Francine /Mireille Leguist/ Coutry Eduord** , 1995 « *Législation Hospitalière* » Tome 1- Tome2 – Loi du 31 juillet 1991- Commentée et textes d'application , Santé : méthodes et pratiques , Berger – Levrault – Edition 1995- 1ere Semestre 1997.
- **Bezzaoucha Abdeldjellil** , 1996 « *Epidemiologie et Biostatistique à l'usage des étudiants en sciences médicales* » O.P.U .
- **Bouffechoux Thierry** , 1997 « *La Santé en France- le malade ,le médecin et l'état* » Editions le monde.
- **Brown, Janet A** , 1997 «*The Quality Management Professional's Study Guide*, 12th Ed. Pasadena, Managed Care Consultants.
- **Broyles, R. W., and Al – Assaf, A.F**, 1999 « *The Costs of Quality: An Interactive Model of Apperiasial, Prevention and Failures* » Health Serv. Manag. Res., No.14.
- **Claude Vilcot & Hervé Lecllet** , 2006 « *Indicateurs Qualité en Santé- Certification et évaluation des pratiques professionnelles* » 2 éme Edition - AFNOR .
- **Cauvin Christian / Coyaud Catherine** ,1990 « *Gestion Hospitalières : finance et contrôle de gestion* » Collection Gestion - Edition Economica .
- **Castiel Didier** , 1999 « *Economie et santé Quel avenir ?* » Edition Management.
- **Champy James** , 2006 « *Reengineering Management – The mandate for new leadership* » HarperCollins e-books. Novembre 2006
- **Chanteur Michel** , 2006 « *Le projet d'établissement dans la loi Hospitalière : Une illustration avec le cas des hospices civils de Lyon* » papier du Colloque : Management Innovant de l'Hôpital.
- **Clewer Anne and Perkins David** , 1998 « *Economics for Health Care Management* » London : Prentice Hall .
- **Collet Marc** , 2001 « *Dynamiques de précarisation, modes d'adaptation identitaire et interactions avec les logiques de santé* » Mémoire de DEA de sociologie- Septembre 2001- Paris 8.
- **Counte, M. A, Glandon, G. L, Oleske, D. M. and Hill J. P.**,1992 « *Total Quality Management in Health Care Organization: How are Employees Affected?*»«Hospital and Health Services Administration, Vol. 37, No., 4, winter.

- **Crosby Philip. B** , 1986 « *La Qualité c'est gratuit – L'art et la manière d'obtenir la qualité* » (Auteurs de la qualité sans larmes) Editions – Economica .
- **Dallery Yves** , 2004 « *Ingénierie de la santé* » Ecole centrale –Paris- 26 mai .
- **Darpy Denis & Pierre Volle** , 2007 « *Comportements du consommateur – Concepts et outils* » 2^{ème} Edition – Paris.
- **De Kervasdoué Jean** , 1996 « *La Santé Intouchable - Enquêtes sur une crise et ses remèdes* » Editions JC Lattès .
- **Deligny Jean Louis** , 1990 « *Moderniser L'administration Pourquoi ? Quand ? Comment ?* » papier du colloque – La modernisation de L'administration pour une meilleur qualité du service public- Actes du 3^{ème} colloque de l'association des administrateurs – ASAMEF – Ifrane le 12-13 mai.
- **Dobiecki Bernard** 1998 « *Diriger une structure d'action sociale aujourd'hui valoriser les ressources humaines* » Edition E.S.F paris
- **Drucker Peter F.** 1957 « *La Pratique de la Direction des Entreprises* » Les Editions D'organisation paris.
- **Drummond Michael F. / J.O'Brien Bernie / Stoddart Greg L. / Torrance George W.**, 1997 « *Méthodes d'Evaluation Economique des Programmes de Santé* » Editions Economica paris.
- **Dubernard Jean-michel** , « *L'hôpital a oublié l'homme* » Editions Plon.
- **Dumont Jean Paul & Anne-Marie Gallet et les autres**,2002 « *L'organisation du temps de travail dans les hôpitaux Publiques : diagnostic post-accord* » Etudes et Documents Editions ANACT2002 .
- **Eachern Mac** , 1982 « *Hospital organization and Management* » , Berwyn ,Illionis ,physicians, Record co.
- **Eliane Jeanne / Quénet Joel / Bondon Martine / Lupon Rose-Aimée** , 1998 « *Communication en Santé et action social* » Editions Nathan
- **Ein Lewin Marion & Altman Stuart** « *America's Health Care Safety Net* » Institute of medicine – National Academy Press – Washington , D ,C-2000.
- **Ergun Oksuz / Simten Mathan** , 2006 « *compendium of Health related quality of life- Generic instruments* » Baskent University Ankara Turkey.
- **Fishbein Martin & Ajzen Icek** , 1979 « *Belief , Attitude and Behaviour ; An Introduction to theory and Research* » Addition-Wesley publishing Company,
- **Forcioli Pascal**, 2001 « *L'accréditation Démarche, mise en œuvre et perspectives* » Editions Masson paris.
- **Gaetan Gibeault , Olivier Gauthey , Xavier Bernard**, 2004 « *Les clés de la santé – sécurité au travail – Principes et méthodes de management* » AFNOR.

- **Greenberg, Linda G and Lezzoni, Lisa I**, 1995 « Quality in Calkins D., Fernadopulle R, J., and Marino B.S. (Eds.) Health Care Policy Oxford, Blackwell.
- **Haddad -Younsi** , 1998 « la responsabilité médicale des établissements publics hospitaliers » p 9.Revue- IDARA –Volume 8, numéro 2.
- **Houalef rahima** , 2008 « Les Objectifs de la santé entre la réalité et l'espoir en Algérie » papier –colloque sur les OMD- Hammamet –TUNISIE – juin.
- **Jacquerye Agnès**, 1999« *La Qualité des Soins Infirmiers :Implantation, Evaluation, Accréditation* » Editions Maloine.
- **Kaluzny Arnold D. & AL** , 1982 « *management of health services* » printice hall, inc. Englewood cliffs, N.J.
- **Khadir Mohamed / Hannouz Mourad** , 2003 « *La Médecine de contrôle et D'Expertise* » Editions O.P.U.
- **Labayle Denis** , 2002 « *Tempête sur l'hôpital - l'épreuve des faits* » Editions du Seuil .
- **Lachéze-Pasquet Pierre**, 1997 « *Management hospitalier pour le praticien* » (D.Metezen-Ivars) Editions Masson paris.
- **Laurent Renault** « Etude de la satisfaction des usagers : De la mesure de la satisfaction ...à l'amélioration de la qualité au centre Hospitalier de sens » Mémoire de L'E.N.S.P.
- **Lecardez Marc** « *La gestion prévisionnelle des études et des compétences : les prémices d'une expérience au centre hospitalier universitaire de Nice* » Mémoire de directeur de l'hôpital – Ecole Nationale de la santé publique.
- **Iendrevie.J , J. lévy & D.lindon** , 2003 « *MERCATOR- Théorie et pratique du marketing* » 7ème Edition-Dalloz.
- **Lombrail Pierre, Naiditch Michel , Baureau Dominique et Cuneo Phillipe**, 1999 « Les éléments de la performance Hospitalière-les conditions d'une comparaison »Etudes et résultats N°42 décembre.DREES
- **Lozeau, Daniel** « L'effondrement tranquille de la gestion de la qualité : résultats d'une étude réalisée dans douze hôpitaux public au Québec » Ruptures , Revues transdisciplinaire en santé.
- **Malarewicz Jacques – Antoine** , 2004 « *Gérer les Conflits au travail* » Village Mondial – Pearson Education France , Paris.
- **Meziane Abdelaziz** , 1990 « la modernisation de l'administration pour une meilleur qualité du service public » ASAMEF (Actes du 3ème colloques de l'association des administrateurs) IFANE 12-13 mai.
- **Monica, Elaine and Morgan P.**, 1994 « *Management in Health Care: A theoretical and experiential approach Kent* » , MacMillan.
- **Morsain Marie – Agnès** , 2000 « Dictionnaire du Management stratégique » Editions Belin.
- **Mougeot Michel** , 1984 « *Les Marches Hospitaliers - Analyse théorique et application aux achats des pharmacies hospitalières* » Editions Economica paris.

- **Ouchfoun . A et D. Hammouda** , 1993 « Bilan de vingt huit années de politique sanitaire en Algérie » Les cahiers du CREAD – N°35-36 , 3eme et 4eme trimestres.
- **Oufriha Fatima-Zohra** , 1992 « *Cette Chère Santé :une analyse économique du système de soins en Algérie* » O.P.U.
- **Oufriha Fatima –Zohra** , 1993 « *Femmes, Environnement et Santé* ». Les cahiers du CREAD N° 35/36.
- **Ovretveit, J.**, 1990 « *What is Quality in Health Services*”?, Health Care Management, June.
- **Palier Bruno** « La réforme des systèmes de santé » Que sais Je ? Nouvelle Edition- PUF- 3 éme Edition 2008.
- **Petrof. John V** « *Comportement du Consommateur et Marketing* » 5éme Edition – Les Presses de l’université laval – Québec – Canada, 1993.
- **Perrot Jean et De Roodenebeke Eric** , 2005 « *La Contractualisation dans les Systèmes de Santé .Pour une utilisation efficace et appropriée* » Editions Karthala paris .
- **Poilroux Richard** , 2000 « *Management Individuel et Communication dans les Etablissements sanitaires et sociaux* » Audit Hôpital - Editions Berger-Levrault Paris .
- **Regina Okhuysen-Cawley, MD; Mona L. McPherson, MD, MPH; Larry S. Jefferson**, 2007« *Institutional policies on determination of medically inappropriate interventions: Use in five pediatric patients* » *Pediatr Crit Care Med* 2007 Vol. 8, No.
- **Rispail Dominique**, 2002 « *Mieux se connaître pour mieux soigner : une approche du développement personnel en soins infirmiers* » Editions Masson – Paris.
- **Roberge Danièle** , 2008 « La petite Histoire des Urgences au Québec de 1960 à ce Jour » Colloque Pour en Finir Avec Les Urgences – Montréal – 17 Avril .
- **Rosenberg David / Michelle Moss** , 2007 « Guidelines and levels of care for pediatric intencive care unite »-American Academy of Pediatric Official Journal, October .
- **SAIHI Abdelhak** , 2005 « *Le système de santé publique en Algérie – Analyse et Perspectives* » Gestion hospitalière- Avril 2005.
- **Scully J** , 1993« Can our Government Support T.Q.M ? » *Journal for Quality and participation*, Vol. 6, No. 4, July – Aug.
- **Shulz R. & Johnson** , 1976 « *Management of hospitals* » MC Graw-hill Book ,U.S.A .
- **Stuedler François**, 1974 « *L’hôpital en Observation* » Librairie Arnaud Colin – Paris.
- **Tanguay Andréanne** « *Théorie du comportement planifiée et adoption de comportements professionnels en santé : L’exemple de la pratique des soins*

buccodentaires aux soins intensifs » faculté de médecine et des sciences de la santé – Université de Sherbrooke – Quebec- Canada.

- **Tanti-Hardouin Nicolas** , 1994 « *Economie de la Santé* » Editions Armand Colin Paris.
- **Teichholz, L. E** , 1993 « Quality Deming's Principles and physician", the mount sinai J of Med, Vol. 60, No. 5.
- **Thevenon Marie-Odile**, 2003 « *Etude des Déterminants Individuels de la Variabilité du Mode de Prise en Charge et de la Durée des Séjours Hospitalières* » Stage Réalisé au CREDES- DEA – Santé Publique- Paris I- Paris XI, Juin .
- **Tresanini Marie** , 2004 « *Evaluer les Compétences du recrutement à la gestion du carrière* » Editions Management & société - collection pratiques d'entreprises.
- **Vilcot Claude / Lecllet Hervé** , 2006 « *Indicateurs qualité en santé – Certification et évaluation des pratiques professionnelles* » 2^{ème} Edition AFNOR

2 / Thèse et rapport :

- **Boulahrik Mohand** , 1993 « Planification sanitaire et Gestion des services de santé–Cas de l'Algerie » Mémoire de Magister –Institut des sciences économiques– Université d'Alger - Juin .
- **Dallery Yves** , 2004 « *Ingénierie de la santé* » Ecole centrale –Paris- 26 mai.
- **Escolan Marie – Catherine**, 2001 « *Human Resources Management & Total Quality Management – A propos d'une étude de cas hospitalière* » DES – Université de Montréal – Université de Technologie de Compiègne – Ecole Nationale de la santé Publique.
- **Grignon Michel** , 2003 « *Etude sur un mécanisme de type APS* » Travail réalisé , CREDES – Mars.
- **Jusot Florence** , 2003 « Revenu et Mortalité : Analyse économique des Inégalités Sociales de Santé en France » thèse de doctorat en sciences économiques - L'Ecole des Hautes Etude en Sciences Sociales – Décembre.
- **Ministère de santé et de la population** -, 2001 « *calcul des couts par la méthode des sections homogènes* » Direction de la planification et de la normalisation - Septembre 2001.
- **Ministère de la Santé , de la Population et de la Réforme Hospitalière** , 2008 « *Statistiques Sanitaires – Année 2006* » Direction de la Planification et de la Normalisation – Février.
- **Ministre de la santé** , de la famille et des personnes handicapées en France durant la periode mai 2002 et mars 2004.
- **Organisation Mondiale de la Santé**, 2006 « *Travailler Ensemble Pour La Santé* » Rapport Sur La Santé Dans Le Monde.

- **Rapport –OCDE** , 1997 « *Le vieillissement démographiques dans pays de l'OCDE : un défi fondamental pour l'action des pouvoirs publics* » Problèmes économiques n°2505- 29Janvier.
- **Rapport de recherche**, 2004 « *Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé* » réalisé dans le cadre du programme – IRDES – Juin 2004.
- **Taczanowski Marie** , 2005 « *Les Mutations de la profession hospitalier à travers l'aménagement et la réduction du temps de travail médical : évolutions sociologiques et implications manageriels, l'exemple du centre hospitalier régional d'Orléans* » ENSP- directeur de l'hôpital .
- **Véronique Thomas** , 2006 « *L'organisation en pole d'activité : de la démarche expérimentale à la réalité* » ENSP– mémoire de l'école nationale de la santé publique - Rennes.
- **Véron Jacques** , 1997 « *Population Mondiale : L'horizon 2025 reconsidéré* » Problèmes économiques N° 2505 – 29 Janvier.
- **World Health Organization**. 2000. The World Health Report 2000: Improving Health Systems. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

3/ Ordonnance et Loi

- Loi n° 62.157 du 31.12.1962 tendant à la reconduction, jusqu'à nouvel ordre , de la législation en vigueur au 31.12.1962.
- Ordonnance .n°76-79 du 23.10.1976, portant code de la santé publique.
- Loi n° 85-05 du 16.2.1985, relative à la protection et à la promotion de la santé.
- Loi n° 90-17 du 31.07.1990, portant modification de la loi du 16.2.1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.
- voir les décrets exécutifs n° 97-467, n° 97-465, n° 97-466 du 02 décembre 1997, portant les règles de création des CHU, des EHS et des secteurs sanitaires
- Ordonnance 96-346 du 24 avril 1996, complétée par le décret 97-311 du 7 avril 1997. (France)

4/ Les Sites D'Internet

- **Abid Larbi** « *Les Urgences Médico-Chirurgicales* » SantéMaghreb-Le guide de la médecine et de la santé en Algérie. -19 Juillet 2003- <http://www.santetropicale.com/santemag/algerie/pointvu8.htm>
- **BARNAY Thomas** , 2004 « *La santé comme facteur d'équité dans la cessation d'activité* » Thèse de doctorat en sciences économiques de l'Université Paris XII-Val de Marne- Décembre.

<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ThesesMemoires/ResumeTheseTBarnaySanteEquite.pdf>

- **Belbachir Nabila**, 2008 « *Insistant sur la nécessité de réorganiser le SAMU, le ministre de la santé affirme : les services des urgences est la vitrine de la santé* » La Tribune , édition du 09 Septembre
<http://www.algerieautrefois.com/news/news.php?news=1574>
- **Boulaghmen Nabil Ahmed** « *Infection Hospitalières ou Nosocomiales* »
<http://www.newsdoc.net/sections.php?op=viewarticle&artid=5053>
- **Bourdon Isabelle / Claudio Vitari / Aurelio Ravarini** , 2003 « *Les facteurs clés de succès des Systèmes de Gestion des Connaissances : proposition d'un modèle explicatif* »
www.aim2003.iut2.upmf-grenoble.fr.
- **Busse Reinhard** , 2006 « *Les systèmes de santé en Europe: données fondamentales et comparaison* » La Vie économique Revue de politique économique 12.
<http://www.dievolkswirtschaft.ch/fr/editions/200612/pdf/Busse.pdf>
- **Castro Julio** « *Déterminants de santé : Quelques elements pour nourrir la reflexion* »
<http://www.cadtm.org/Determinants-de-sante-quelques>
- **CHARVET-PROTAT Suzanne , Agnès JARLIER, Nathalie PRÉAUBERT** , 1998 « Le coût de la qualité et de la non-qualité à l'hôpital » ANAES- septembre.
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cout.pdf>
- **Collin Trierry & Grasser Benoît** , 2003 « *La gestion des compétences : vraie innovation ou trompe –l'œil ?* » Travail et relations sociales en entreprises : quoi de neuf ? – Colloque DARES -27 février 2003- Paris. groupe de recherche sur l'éducation et l'emploi, Université Nancy 2- P5.
<http://www.ptolemee.com/dares/Textes27fev/Colin.pdf>
- **Com-Ruelle Laure, Or Zeynep, Renaud Thomas** , 2008 « *Volume d'activité et qualité des soins dans les hôpitaux : quelle causalité ?* » IRDES- N° 135- Septembre.
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes135.pdf>
- **CREVEL Carole** , 2006 « *Le marché de la santé en Algérie - Mission Economique d'Alger* » Ambassade de France en Algérie - Actualisation : novembre 2006.
<http://www.profluid.org>
- **Delagneau Christine & Ladislas Christelle** « *Qualité & Rentabilité* » Université de Technologie de Compiègne DEES.
http://www.utc.fr/~farges/dess_tbh/96-97/Projets/QR/QR.htm
- **Donabedian Avedis** , 2000 « *Evaluating Physician Competence* » Bulletin of the world Health Organisation,2000,78- World Health Organisation.
[http://www.who.int/bulletin/archives/78\(6\)857.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(6)857.pdf).

- **Donabedian Avedis** « *The Quality of Care: How Can it be Assessed?* » chapter 4-P3
<http://www.scinf.umontreal.ca/Cours/SOI6230/>
- **Dusel Suzan** , 1987 « *Government puts the Brakes on Women's Movement* » Network of Saskatchewan women, Vol.4,N°7,1987. P4.
<http://www.cwhn.ca/health-reform/11.html>
- **El Habri Sana / Naima Mansour** , 2008 « *La théorie du comportement planifié d'AJZEN 1991 : Application empirique au cas Tunisien* »
<http://web.hec.ca/airepme/images/File/2008/C20.pdf>
- **Eric De Roodenbeke** , 2003 « *Privatisation des hôpitaux dans les pays en voie de développement* »
<http://www.cerdi.org/colloque/Sante2003/Roodenbeke.pdf>
- **Garcia- Morales Elisa** , 1998 « *La gestion de la qualité en Espagne* » BBF- Paris T.43- N°1- 1997.P74. <http://bbf.enssib.fr/sdx/BBF/pdf/bbf-1998-1/13-garcia.pdf>
- **Groupe de coordination national sur les femmes et la réforme du système de la santé** « *Les conséquences de la réforme de la santé sur les femmes* » <http://www.cwhn.ca/PDF/health-reform.fr.pdf>
- **Jaffre. Y & J.P.Olivier de Sardan** , 2003 « *Une Médecine Inhospitale* » Collection Homme et Société
http://www.karthala.com/rubrique/detail_produit.php?id_oeuvre=1257
- **JAIDI Yasmine / A.J.VAN HOOFT Edwin** , 2007 « *Effets comparés des outils de communication de recrutement et du bouche –a – oreille sur le processus de recherche et de choix d'emploi des jeunes diplômés* » .
<http://www.unifr.ch/rho/agrh2007/Articles/pages/papers/Papier77.pdf>
- **Huguier Michel** , 2007 « *L'hôpital public en crise ?* lundi 21 mai 2007.
<http://www.asmp.fr/travaux/communications/2007/huguier.htm>
- **Lamri Larbi** , 2002 « *Réforme Hospitalière - Les cinq plaies du système de gestion* » El-Watan- Algérie- 03/07 /02.
http://www.santetropicale.com/SANTEMAG/actualites/0702/0702_2.htm
- **Lombardo Philippe** , 2008 « *La spécialisation des établissements de santé en 2006* » Etudes et Résultats – Drees – N°664 – Octobre 2008.
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/index.htm>
- **Lou Harrigan Mary**, 2000 « *Amélioration Continue de la Qualité - Enquête de Qualité dans les Soins de Santé Canadiens* » 2ème Edition.
http://www.scinf.umontreal.ca/Cours/SOI6230/Documents/Harrigan_2000.pdf
- **Mebtoul Mohamed** , 1999 « *La médecine face aux pouvoirs : L'exemple de l'Algérie- Médecine et Santé : symboliques des corps*, N° 5- 1999.
<http://socio-anthropologie.revues.org/document56.html>
- **Meirieu Philippe** « *Si la compétence n'existait pas , il faudrait l'inventer* »<http://www.meirieu.com/ARTICLES/SUR%20LES%20COMPETENCES.pdf>

- **Mokhtaria . B** « *Hôpitaux : les frais d'hospitalisation reviennent en Algérie* » Quotidien d'Oran -<http://www.algerie-monde.com>
- **Natalie de Marcellis-Warin** , 2003 « *La gestion des risques dans les établissements de soins au Québec : une réglementation à la hauteur des enjeux* » Institut Européen de Cindyniques –Lettre n°-40- Novembre 2003. www.cindynices.org.htm
- **Nightingale Florence** « *Les besoins sanitaires et la demande santé* » Maison de santé protestante de Bordeaux – Bagatelle. http://www.mspb.com/formation/fichiers/besoins_sanitaires.pdf
- **Niel Xavier** , 2002 « *La Démographie médicale à L'horizon 2020 Une réactualisation des Projections à partir de 2002* » Etudes et Résultats – N°161- Mars 2002.P3. <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er161.pdf>
- **Peucelle Irina** , 2006 « *Industrie Hospitalière : Les Conséquences des Réformes en ex- RDA* » Paris-Jourdan Sciences Economiques – Working paper N° 2006-31 , P4. <http://www.pse.ens.fr/document/wp200631.pdf>
- **Peltenberg Michael et les autres** , 2005 « *La qualité : une interaction de toutes les forces en présence dans le domaine médical* » EMH – Communication- Deutsch erschienen in NR.18/2005 – P 1216 - [www.saez.ch.pdf](http://www.saez.ch/pdf)
- **Renée Sarrouilhe**, 1989 « *Une expérience de gestion informatisée de la qualité des soins* » Informatique et Santé -Collection dirigée par P. Degoulet et M. Fieschi -Paris, Springer Verlag France 1989 Volume 1 : Informatique et Gestion des Unités de Soins. <http://www.cybermed.jussieu.fr/Broussais/InforMed/InforSante/Volume1/vol1-pdf/1-18.pdf>
- **R.N** , 2006 « *Algérie : Hygiène des hôpitaux – des virus dans l'air* » Info soir- mardi 18 avril 2006. http://actualite.el-annabi.com/article.php?id_article=471
- **Rheaum , Francois** , 2001 « *Les risques de gestion de la qualité des soins dans les hôpitaux au Québec* » Ruptures , Revues transdisciplinaire en santé. <http://www.scinf.umontreal.ca>
- **Roch . I, Lorant .V, Closon . M.-C** « *Le coût de l'urgence : comparaison des urgences hospitalières avec la garde de la médecine générale* » <http://www.wachtdienstproject.be/documenten/2/Volet%20economique%20eindrappport.pdf>
- **Vasselle Alain** , 2006 « *Rapport sur la Politique de Lutte Contre les Infections Nosocomiales* » 22Juin 2006. www.cneh.fr

فهرس البحت

الصفحة	الترتيب
I	فهرس البحت
II	ملخص الرسالة بالعربية
III	ملخص الرسالة بالفرنسية
III	ملخص الرسالة بالانجليزية
IV	قائمة الجداول
VII	قائمة الأشكال
1	المقدمة
18	الجزء الأول : تطور إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات
19	مقدمة
20	الفصل الأول : تطور الأنظمة الصحية و الاستشفائية
21	مقدمة
22	المبحث الأول : تطور النظام الصحي
23	1 - التعريف بمفهومى الصحة و المرض
28	2 - تطور النظام الصحي
32	3 - عموميات تطور المستشفيات
40	المبحث الثاني : أسباب تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي
40	1 - تطور الأنظمة الصحية
42	2 - مشاكل النظام الصحي
46	3 - زيادة الطلب على الخدمات الصحية
48	4 - زيادة النفقات الصحية
53	5- رسم الاستراتيجيات المستقبلية
54	6 - الصراع على إدارة المستشفى
56	الخلاصة
57	الفصل الثاني : كيفية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات
58	مقدمة
59	المبحث الأول : أدبيات إدارة الجودة الشاملة
59	1- عموميات إدارة الجودة
59	1-1 تطور مفهوم الجودة
63	1-2 تكاليف الجودة

157	I- مشاكل المستشفيات
157	1- المشاكل المالية و المادية
158	2- المشكلات المتعلقة بأنظمة التشغيل
166	3- المشاكل البشرية
172	II - طبيعة التنظيم في قطاع المستشفيات الجامعية
173	1- إعادة هيكلة قطاع المستشفيات في الجزائر
179	2- المبادئ الأساسية للإصلاح
185	الخلاصة
186	الفصل الثاني : الضغوط التنظيمية و علاقتها بتطبيق إدارة الجودة الشاملة
187	مقدمة
189	المبحث الأول : مفهوم و أثر الضغوط التنظيمية على المنظمات
189	I - ماهية الضغوط التنظيمية
189	1- مفهوم الضغوط الإدارية
192	2- مصادر الضغوط
195	3- أسباب الضغوط الإدارية
196	II - آثار الضغوط التنظيمية
196	1- آثار الضغوط الإدارية
199	2- الدراسات المتعلقة بالضغوط التنظيمية
205	المبحث الثاني : العلاقة بين الضغوط و إدارة الجودة الشاملة
205	I- أهمية السلوك التنظيمي في التقليل من الضغوط التنظيمية
205	1- مفهوم علم السلوك التنظيمي
209	2- الطرق التنظيمية لعلاج و منع الضغوط
212	3- العناصر المؤثرة في إدارة الجودة الشاملة
216	III - دور القيم في تحديد المواقف و تعديل السلوك
218	1 - تحديد الإطار المفاهيمي لكل من القيم و الأخلاق
227	2 - تحقيق المواطنة التنظيمية
234	الخلاصة
235	الجزء الثالث : دراسة تحليلية للمستشفى الجامعي بتلمسان
236	مقدمة
237	الفصل الأول : المستشفى الجامعي بتلمسان واقع و آفاق
238	مقدمة

239	المبحث الأول: تقديم المستشفى الجامعي
239	I - الهيكل التنظيمي للمستشفى
240	1 - المصالح الإدارية
250	2- مكونات المستشفى
262	المبحث الثاني : كيفية تطبيق الجودة الشاملة في المستشفى
262	1 - مؤشرات تقييم أداء المستشفى
271	2 - تحديد الرؤية المستقبلية للمستشفى
275	الخلاصة
276	الفصل الثاني : دراسة تحليلية لمواقف الأطباء و المرضى بالمستشفى
277	مقدمة
278	المبحث الأول : تحليل البيانات باستخدام النماذج
278	I - كيفية تحليل البيانات
278	1 - أدوات تحليل العينة
289	2 - نماذج دراسة سلوك المستهلك
294	II - الإطار النظري للنموذج المطبق
294	1- النظريات السلوكية
299	2- نتائج الدراسة بتطبيق نظرية السلوك المخطط
317	الخلاصة
318	الخاتمة العامة
322	الملاحق
345	المراجع

ملخص

تهدف هذه الدراسة التحليلية إلى محاولة تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات العمومية الجزائرية كأسلوب متميز أثبت نجاعته في تحسين مستوى الخدمة الصحية . و لتفسير الحاجة إلى تطبيق هذا الأسلوب الإداري عمدت الباحثة إلى محاولة دراسة سلوك كل من الطبيب (باعتباره منتج الخدمة الصحية) و المريض (باعتباره مستهلك الخدمة المنتجة من طرف الطبيب) و ذلك بتطبيق نظرية السلوك المخطط لقياس و تعديل و مراقبة هذا السلوك.

و بينت نتائج الدراسة بأن العينة المتكونة من 700 فرد (250 طبيب و 450 مريض) رغم استيائها من وجود سلبيات إلا أنها ترغب في تحسين مستوى هذه الخدمة و بالتالي تحسين صورة المستشفى الجامعي محل الدراسة ، و تطمح إلى التفاتة الوزارة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة من أجل التخفيف من حدة الصعوبات التي تعيشها الإدارة الاستشفائية في الجزائر.

الكلمات المفتاحية :

إدارة الجودة الشاملة – إدارة المستشفيات – تحسين مستوى الخدمة الصحية – دراسة السلوك المستهلك – نظرية السلوك المخطط.

Résumé

Le but de cette étude analytique est d'essayer d'appliquer la méthode de la gestion de la qualité totale(TQM) dans les hôpitaux publics Algériens comme méthode distinctive qui a prouvé son efficacité dans l'amélioration du service de santé. Pour expliquer le besoin d'appliquer ce style de gestion le chercheur a tenté d'étudier le comportement à la fois du médecin (en tant que producteur de services de santé) et du patient (comme consommateur d'un service, produit par le médecin) et ceci en appliquant la théorie du comportement planifié afin de mesurer, de modifier et de contrôler ce comportement.

Les résultats de l'étude (échantillon composé de 700 personnes (250 médecins et 450 patients) ont montré que malgré la présence de certains lacunes négatives, l'existence d'une volonté d'améliorer la qualité de service et partant de l'image de l'hôpital universitaire objet d'étude. l'étude considère que les gouvernants devraient s'atteler à appliquer le TQM afin d'atténuer les difficultés rencontrées par l'administration hospitalière en Algérie.

Mots clefs

TQM---Gestion hospitalière---amélioration du service de santé hospitalier--- comportements du consommateur—la Théorie Du comportement planifié.

Abstract

The main objective of this study is to apply the analytical method of total quality management within Algerian public hospitals as a distinct method that has shown its effectiveness towards improving health service. Moreover, and in order to show the necessity of using such management tool , The researcher has made an attempt to study from one hand the behaviour of the physician (as the producer of a health service), and, from another hand, the behaviour of the patient (as a consumer of the service produced by the physician). This attempt is done by using **The Planned Behaviour Theory** to measure, modify and control such behaviour.

Using a sample of 700 individuals (250 physicians and 450 patients) , our results indicate despite some drawbacks, that the quality of health services can be largely improved with hospitals. This study suggests that governing bodies should implement the TQM in order to lessen difficulties faced by hospital administration

Keywords:

Total Quality Management - management of hospital – The Planned Behaviour Theory – .behaviour of the consumer – Amelioration of the level of the sanitary service