



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



جامعة باتنة 1

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية

- دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري -

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه (ل.م.د) في علوم التسيير تخصص تسيير المنظمات

إشراف:

أ.د. ايمان بن زيان

إعداد:

ريمة أوشن

لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة الأصلية	الصفة
أ.د. إلهام يجياوي	أستاذة	جامعة باتنة 1	رئيسة
أ.د. إيمان بن زيان	أستاذة	جامعة باتنة 1	مقررا
د. نجمة عباس	أستاذة محاضرة أ	جامعة باتنة 1	عضوا
د. فؤاد بوفطيمة	أستاذ محاضر أ	جامعة باتنة 1	عضوا
أ.د. نوار قايدي تليلان	أستاذة	جامعة بجاية	عضوا
د. عمر بن سديرة	أستاذ محاضر أ	جامعة سطيف 1	عضوا

السنة الجامعية: 2017 / 2018

*"Les hôpitaux sont en quelque sorte la mesure de la civilisation
d'un peuple" Jacques Tenon*

الإهداء

إلى والدي حفظهما الله
إلى روح والدي رحمه الله
إلى روح يامين قندوز رحمه الله

شكر وعرفان:

إلى الأستاذة المشرفة أ.د. ايمان بن زيان أتقدم لها بأسمى آيات الشكر والعرفان والتقدير لقبولها الاشراف على هذه الأطروحة وعلى توجيهها وصبرها ونصائحها الدائمة لنا، فمنها تعلمنا جودة التّعلم والبحث. إلى الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة لموافقة سيادتكم على المشاركة في مناقشة هذه الأطروحة، ولما بذلوه من جهد في قراءتها، فجزاهم الله عن الطالبة خير الجزاء.

إلى الأساتذة: أ. ادريس أوهلال، أ. أ لعماري، أ. مختاري، أ. ح سرار، أ. ش بلخضر، أ.ز بوسعد. على المساعدات التي قدموها لإنجاز هذا البحث.

إلى العاملين في المراكز الاستشفائية الجامعية وعلى رأسهم: د. أوجحيج، د. عويدان، د. هادف، د. براهيم، د. عايشي، د. بشقة. د. فراح، د. حمزة، د. بلحناوي، د. سماح أوشن، د. حياة أوشن، د. دهيمي، ود. بن عمري لمساعدتهم وتسهيل عملية إنجاز الدراسة الميدانية، دون أن ننسى د. عبد السلام فريد من مديرية الصحة العمومية فرع باتنة.

إلى أفراد أسرتي: الأخ الأكبر سليم عايشي وأخوتي وأخواتي: السعيد، ياسمين، وسيلة، نصر الدين، سمية، سعاد، لمياء، ومؤمن عايشي، والأحفاد: مريم، نور، أنس، رميساء، حسان. ع، هبة الرحمن، صفاء، سلسبيل، فاطمة الزهراء، رؤى، وجيه، حسان. أ، بشير، رتاج، تقوى، زكرياء، عبد الجليل. إلى زميلات الدفعة: هاجر، مريم، همامة، نور الهدى، نسيم، فاطمة، نورة. إلى الأستاذة ك. سليمان على مراجعة الأطروحة.

إلى أعضاء الجمعيات التالية: CASL، الكشافة الإسلامية فوج -الأوراس، المجد- الجمعية الباتنية لمكافحة الشلل العضلي، والتالية أسمائهم: سعيدة، زينب، إيمان، رحمة، إيمان، رميساء.ش، مارياء، زينب، حياة، هيام، حنان، سندس، أماني، رميساء.ب، أمينة، حوراء، نرمان، لمياء، أكرام، أسماء، خولة، رحمة.م، ياسمين، شفياء، سمية، كنزة، حمزة، لطفي، فوزي، أنيس، بسام، عصام، يزيد، محمد الفاتح، مصطفى، فارس، محمد الأمين، عادل، صهيب، سامي، زكرياء، أكرم، يوسف، عقبة، سيف الله.

عذرا لكل من سقط اسمه سهوا هنا، لكنه على الأکید كان جزءا لا يستهان به من مشواري العلمي.

إلى رفيقة البحث لبنى رباب مازوز

إلى الصديقة جوهرة بوراس

إلى أ.ع. دردور، أ.أ. الأسعد، أ.ج عايشي، أ.س. بوقنة، د. يمينة أوشن، طارق أوشن، ليلي أوشن بسبب توجيههم، دعمهم، ومساندتهم رأی هذا البحث النور.

والله ولي التوفيق وعليه قصد السبيل

الطالبة: ريمّة أوشن

ملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على واقع الخدمات الصحية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري، ومدى جاهزيتها لتبني إدارة الجودة الشاملة عن طريق تحليل العوامل الحرجة لنجاح التطبيق في ظل الظروف التي تمر بها الجزائر من إصلاحات في المنظومة الصحية، وذلك عن طريق معرفة اتجاهات المبحوثين من الأطباء نحو درجة ملاءمة كل من التزام الإدارة العليا، ظروف الموارد البشرية، الجودة، ونظام الاتصال والمعلومات المعتمد في المراكز الاستشفائية الجامعية.

لتحقيق ذلك تم الاعتماد على كل من تحليل المؤشرات الصحية، المقابلة، الملاحظة، والاستبيان كأدوات للدراسة، حيث تم توزيع الاستبيان على أربعة مراكز استشفائية جامعية، وتم اللجوء إلى الأساليب الإحصائية لتحليل وتفسير النتائج المسجلة.

وقد توصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها أن ظروف عمل الموارد البشرية تحقق مستويات مقبولة خصوصا ما تعلق بالتكوين رغم أن الإدارة لا توفر الظروف الملائمة لتقديم الخدمات الصحية، تم تقييم جودة هذه الأخيرة على أنها في أدنى مستوياتها، والحاجة إلى تحديث نظام الاتصال والمعلومات الذي أصبح عاجزا عن تحقيق الأهداف المرجوة منه.

من خلال هذه النتائج يمكن القول أن المراكز الاستشفائية الجامعية مطالبة بدراسة بيئتها الداخلية والخارجية للوقوف على أهم التحديات والمعوقات التي تحول دون تحسين جودة الخدمات الصحية، واختيار الطرق والأساليب الملائمة من مجموع ما تقترحه إدارة الجودة الشاملة مع ما يتلاءم وهذه الظروف.

الكلمات المفتاحية: إدارة الجودة الشاملة، الخدمات الصحية، المركز الاستشفائي الجامعي، العوامل

الحرجة.

Abstract

This study aims to identify the reality of health services within the Algerian east university hospital centers, and how ready they are to adopt Total Quality Management (TQM), by analysing the critical success factors to this implementation's success under what Algeria is witnessing of health system reforms circumstances. And this through knowing the trends of the respondents from doctors to the relevance degree of both top management commitment, human resources conditions, quality, and the communication and information system adopted within the university hospital centers.

In order to achieve the previous, we relied on analysing health indicators, interviewing process, observation and the survey as tools of the study; where the questionnaire was distributed to four university hospital centers, then statistical methods were used to analyse and interpret the recorded results.

The study reached several results, mainly that human resources conditions are fulfilling acceptable levels especially with regard to training, despite the fact that the administration does not provide the appropriate conditions to offer health services; the quality of the latter was assessed as at its lowest levels, and the need to update the communication and information system which has been unable to achieve its desired objectives.

Through these results, it can be said that the university hospital centers are required to study their internal and external environment to identify the most important challenges and obstacles that prevent improving the quality of health services and choosing the appropriate procedures and methods from the sum of what Total Quality Management proposes with what fits these conditions.

Keywords: Total Quality Management (TQM), Health Services, University Hospital Center, Critical Factors.

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
	الإهداء
	شكر وعرهان
	ملخص الدراسة باللغة العربية
	ملخص الدراسة باللغة الانجليزية
	فهرس المحتويات
	قائمة الأشكال
	قائمة الجداول
أ	مقدمة
ث	إشكالية وفرضيات البحث
ج	أهمية البحث
ج	أهداف البحث
ح	حدود البحث
د	الدراسات السابقة
ص	هيكال البحث
16	الفصل الأول: مفاهيم عامة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية
17	تمهيد
18	المبحث الأول: أساسيات حول إدارة الجودة الشاملة
18	المطلب الأول: ماهية إدارة الجودة الشاملة
30	المطلب الثاني: التطور التاريخي ونماذج إدارة الجودة الشاملة
48	المطلب الثالث: مبادئ، أوجه نجاح ومعوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة
56	المبحث الثاني: الخدمات الصحية من منظور مفاهيمي
56	المطلب الأول: ماهية الخدمات الصحية.
60	المطلب الثاني: مفهوم الجودة في الخدمات الصحية
74	المبحث الثالث: تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية
74	المطلب الأول: ماهية إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية
81	المطلب الثاني: محددات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية
88	خلاصة الفصل
89	الفصل الثاني: متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات
90	تمهيد
91	المبحث الأول: أساليب وأدوات إدارة الجودة الشاملة
91	المطلب الأول: أساليب إدارة الجودة الشاملة
108	المطلب الثاني: أدوات إدارة الجودة الشاملة

128	المبحث الثاني: دراسة تحليلية للعوامل الحرجة لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية
128	المطلب الأول: العوامل الحرجة لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة
143	المطلب الثاني: العوامل الحرجة لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية
154	المبحث الثالث: مقارنة 5S-kaizen- TQM في المستشفيات
154	المطلب الأول: مدخل مفاهيمي للمستشفيات
161	المطلب الثاني: مقارنة 5S- Kaizen- TQM من أجل تحسين الخدمات الصحية في المستشفيات
183	خلاصة الفصل
184	الفصل الثالث: دراسة تحليلية للنظام الصحي في الجزائر
185	تمهيد
186	المبحث الأول: مدخل نظري للنظم الصحية
186	المطلب الأول: مفهوم النظام الصحي
194	المطلب الثاني: العوامل المؤثرة في النظم الصحية
201	المبحث الثاني: تقديم النظام الصحي الجزائري
201	المطلب الأول: التطور التاريخي للنظام الصحي الجزائري والمعوقات التي يواجهها
219	المطلب الثاني: مشروع الإصلاح الجزائري
233	المبحث الثالث: تقييم واقع النظام الصحي في الجزائر
233	المطلب الأول: النظام الصحي الجزائري حسب معايير منظمة الصحة العالمية
249	المطلب الثاني: التغطية بالخدمات الصحية والنقائص التي تواجهها في الجزائر
263	خلاصة الفصل
264	الفصل الرابع: دراسة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري
265	تمهيد
266	المبحث الأول: اجراءات الدراسة الميدانية وتحليل واقع المراكز الاستشفائية الجامعية محل الدراسة
266	المطلب الأول: تصميم الدراسة الميدانية وخطواتها الاجرائية
282	المطلب الثاني: دراسة تحليلية للمراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري
296	المبحث الثاني: عرض نتائج تقييم مجالات الدراسة
296	المطلب الأول: درجة استجابات المبحوثين نحو بعد العاملين
306	المطلب الثاني: درجة استجابات المبحوثين نحو بعد الإدارة والاتصال
314	المطلب الثالث: درجة استجابات المبحوثين نحو بعد الجودة
325	المبحث الثالث: عرض نتائج الأسئلة المفتوحة وتحليل محتوى المقابلة
325	المطلب الأول: تحليل استجابات الأطباء نحو الأسئلة المفتوحة
343	المطلب الثاني: تحليل محتوى المقابلة
352	المبحث الرابع: اختبار ومناقشة فرضيات البحث
353	المطلب الأول: الاختبار الإحصائي للفرضية الأولى
358	المطلب الثاني: الاختبار الإحصائي للفرضية الثانية

359	المطلب الثالث: الاختبار الإحصائي للفرضية الثالثة
364	المطلب الرابع: الاختبار الإحصائي للفرضية الرابعة
365	خلاصة الفصل
366	الخاتمة
372	قائمة المراجع
	قائمة الملاحق

قائمة الأشكال والجداول

قائمة الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
01-01	إدارة الجودة الشاملة كنظام للتسيير يتكون من قيم ومنهجيات وأدوات	25
02-01	الثلاثة أبعاد لإدارة الجودة الشاملة	26
03-01	سلسلة الجودة الشاملة	28
04-01	مراحل تطور مفهوم الجودة	33
05-01	نموذج همبر لتطبيق إدارة الجودة الشاملة	35
06-01	نموذج أشوك ومتواني لتطبيق إدارة الجودة الشاملة	37
07-01	نموذج ماكينزي 7S	39
08-01	نموذج معهد إدارة الإمداد للتحسين المستمر للعملية	41
09-01	نموذج أرفن لتطبيق إدارة الجودة الشاملة	43
10-01	نموذج النظام في إدارة الجودة الشاملة	44
11-01	نموذج أندرسون	46
12-01	نموذج Donabidian	71
13-01	عوامل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات	84
01-02	دائرة PDCA	93
02-02	مراحل الطريقة العلمية للتحسين المستمر	98
03-02	تصنيف المواصفات ISO 9000 بين توكيد الجودة وإدارة الجودة	104
04-02	أسلوب عمل حلقات الجودة	111
05-02	رسم التأثير والسبب متعدد	114
06-02	خريطة التدفق لعملية دخول مريض المستشفى	115
07-02	شجرة التلف	120
08-02	خرائط العمليات	123
09-02	مراقبة العملية احصائيا	125
10-02	بطاقة الأداء المتوازن	126
11-02	مراحل تحديد احتياجات الزبون	135
12-02	ادراكات الزبون	136
13-02	موقع ثقافة الجودة في المنظمة	138
14-02	موقع العمليات في ظل إدارة الجودة الشاملة	141
15-02	أهم العوامل الحرجة لإدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية	145
16-02	نموذج مفاهيمي للعوامل الحرجة التي تؤثر على تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية	148
17-02	النتائج المحققة في خدمات مستشفى CSHW	169
18-02	التغيير في ثقافة مستشفى CSHW ضمن الثقافة والقيم الوطنية لسيريلانكا	170
19-02	إطار عمل 5S- kaizen- TQM	174
20-02	مراحل تطبيق 5S	176

182	من 5S إلى TQM المحاور الواجب التركيز عليها	21-02
190	التوجهات العالمية	01-03
218	هيكلية عرض العلاج في الجزائر	02-03
233	مؤشر الرعاية الصحية لسنة 2016	03-03
234	مؤشر التنمية البشرية لسنة 2015	04-03
255	ترتيب أهم أسباب الوفيات في الجزائر لكل 100.000 نسمة (مقارنة سنة 1990-2015)	05-03
256	الخدمات الصحية الأساسية حسب الدولة سنة 2016	06-03
268	تكامل الأنماط الاستدلالية	01-04
269	مجتمع البحث	02-04
275	رسم تخطيطي لخطوات تصميم الإستبانة	03-04
293	توزيع عينة الدراسة حسب المصلحة التي يعملون بها	04-04
294	التمثيل البياني لمدى وجود دائرة أو قسم مختص بالجودة في المستشفى	05-04
295	التمثيل البياني عن امكانية تخطيط المستشفى لإنشاء وحدة أو دائرة متخصصة في الجودة	06-04

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01-02	مدخل أسلوب التدبير الياباني	95
02-02	التصميم من أجل الحيود السنة دورات التحسين	106
03-02	حلقات الجودة وفرق تحسين الجودة	112
04-02	مدخل استخدام أدوات الاستفهام	118
05-02	مخطط الاتصال	121
06-02	أهم الدراسات التي تناولت العوامل الحرجة	129
07-02	أهم ممارسات إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية بالاعتماد على مراجعة الأدبيات	144
08-02	مؤشرات تقييم أداء الموارد البشرية	150
09-02	مؤشرات تقييم الأداء للموارد المادية والمالية	152
10-02	مؤشرات تقييم أداء جودة الخدمات الصحية	152
11-02	أمثلة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية	167
01-03	أهم هيئات وهيكل المنظومة الصحية الجزائرية لسنة 2014	214
02-03	مؤشرات متعلقة بالفعالية (النوعية).	231
03-03	مؤشرات متعلقة بالأنشطة	232
04-03	تحقيق أهداف الألفية الخاصة بالمنظمة العالمية للصحة	235
05-03	الاحصاءات الديموغرافية في الجزائر	236
06-03	تعداد الهياكل الصحية في الجزائر	239
07-03	توزيع الولايات على المناطق الصحية	242
08-03	توزيع المنشآت الصحية حسب المناطق الصحية سنة 2013	242
09-03	معدل التغطية حسب المنطقة الصحية سنة 2013	244
10-03	وضعية العتاد الطبي في المنشآت الصحية	245
11-03	توزيع الأطباء والصيدالة على مختلف المنشآت الصحية القطاع العمومي، القطاع الخاص	246
12-03	كثافة القوى العاملة في كل من الجزائر، تونس، المغرب	247
13-03	توزيع الطاقم الشبه الطبي، التقني، والاداري في المنشآت الصحية	249
14-03	التغطية بالخدمات الصحية	250
15-03	تطور معدل مأمول العمر	252
16-03	معدلات الوفيات والمواليد	253
01-04	عينة البحث من المراكز الاستشفائية الجامعية	270
02-04	الخيارات المستعملة في الاستبيان بناءً على مقياس ليكرت	276
03-04	أوزان أو درجات الخيارات على سلم ليكرت	276
04-04	مجالات تقييم المتوسط الحسابي	277
05-04	قيم معامل ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد البحث	279
06-04	تعداد السكان لكل ولاية	283

284	تعداد الأسرة في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري	07-04
285	وضعية التجهيزات والمعدات الطبية في المراكز الاستشفائية الجامعية	08-04
287	تعداد الأطباء في المراكز الاستشفائية الجامعية بحسب الرتبة	09-04
288	توزيع الأطباء المختصين على التخصصات الطبية والجراحية في المراكز الاستشفائية الجامعية	10-04
289	تعداد المهنيين الصحيين في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري	11-04
291	الخصائص الديموغرافية لعينة البحث	12-04
293	توزيع عينة الدراسة حسب المصلحة التي تعمل بها	13-04
294	مدى وجود دائرة أو قسم مختص بالجودة في المستشفى	14-04
295	امكانية تخطيط المستشفى لإنشاء وحدة أو دائرة متخصصة في الجودة	15-04
296	قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة المبحوثين نحو مؤشر التكوين	16-04
301	قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة المبحوثين نحو مؤشر التحفيز	17-04
304	قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة المبحوثين نحو مؤشر التمكين	18-04
306	قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة المبحوثين نحو بعد الإدارة	19-04
311	قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة المبحوثين نحو بعد الاتصال	20-04
314	قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة المبحوثين نحو مؤشر المواصفات والمقاييس	21-04
317	قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة المبحوثين نحو مؤشر طرق العمل	22-04
322	قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة المبحوثين نحو مؤشر موقع وتصميم المستشفى	23-04
324	المتوسطات الحسابية الاجمالية لمتغيرات وأبعاد الدراسة	24-04
325	الأسباب التي أدت إلى تدني جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء	25-04
329	استجابة الأطباء نحو التحديات التي تواجهها المستشفيات	26-04
333	استجابة الأطباء نحو العراقيل الأساسية التي يواجهونها والتي تحول دون القيام بعمل ذي جودة	27-04
336	استجابات الأطباء نحو اقتراحات لتحسين الخدمات التي يقدمها المستشفى	28-04
339	استجابات الأطباء نحو اقتراحات لتحسين مستوى جودة الخدمات التي يقدمها المستشفى	29-04
354	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمؤشر التكوين	30-04
354	اختبار T للعينة الواحدة لمؤشر التكوين	31-04
355	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمؤشر التحفيز	32-04
355	اختبار T للعينة الواحدة لمؤشر التحفيز	33-04
356	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمؤشر التمكين	34-04
356	اختبار T للعينة الواحدة لمؤشر التمكين	35-04
357	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعده العاملين	36-04
357	اختبار T للعينة الواحدة لبعده العاملين	37-04
358	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعده الإدارة	38-04
358	اختبار T للعينة الواحدة لبعده الإدارة	39-04

359	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمؤشر المواصفات والمقاييس	40-04
360	اختبار T للعينة الواحدة لمؤشر المواصفات والمقاييس	41-04
361	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمؤشر طرق العمل	42-04
361	اختبار T للعينة الواحدة لمؤشر طرق العمل	43-04
362	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمؤشر موقع وتصميم المستشفى	44-04
362	اختبار T للعينة الواحدة لمؤشر موقع وتصميم المستشفى	45-04
363	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعد الجودة	46-04
363	اختبار T حول العينة الواحدة لبعد الجودة	47-04
364	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعد الاتصال	48-04
364	اختبار T للعينة الواحدة لبعد الاتصال	49-04

مقدمة

يشهد قطاع الخدمات تحول في التوجه نحو الجودة بسبب التغير الحاصل في تفضيلات الزبائن، والتطور المعرفي والتكنولوجي الذي يشهده مما أدى إلى المطالبة بخدمات تلبي وتتعدى احتياجات وتوقعات الزبائن، وهذا ما جعل تحسين أدائها يشكل اهتماما عالميا لما يشكله قطاع الخدمات من نسبة كبيرة من القوى العاملة من جهة والنمو المتسارع الذي يشهده القطاع من جهة أخرى، يضاف إلى ذلك أن قدرة أي مجتمع على إدارة منظمته وبرامجه الحيوية، ليس فقط بفعالية وكفاءة، وإنما بعدالة يعتبر من أهم الخصائص التي تميز أي مجتمع عن غيره من المجتمعات، والمحافظة على تلك القوى العاملة وحسن الاستثمار فيها لتحقيق التنمية.

ولا يمكن التحدث عن التنمية سواء كانت اقتصادية أو اجتماعية ما لم يتمتع المورد البشري الذي هو منطلق التنمية وغايتها بالصحة الجيدة والسليمة إذ يمثل أساسها وعاملها المحوري، لذلك تعد الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي من أهم ركائز تحقيق رفاهية المجتمع كون تحسين الخدمات الصحية له فوائده الاقتصادية والاجتماعية على جميع شرائح المجتمع، من هذا المنطلق سعت العديد من الدول لإدخال مجموعة إصلاحات كان هدفها الأساسي تحسين أداء النظام الصحي والذي يشهد هو أيضا تغييرا في التوجه بسبب الأخطاء الطبية التي انتشرت في فترة الثمانينات وبداية التسعينات، تغير تفضيلات واحتياجات الزبائن وزيادة وعيهم واهتمامهم المتزايد بالجودة وزيادة المطالبة بتحديد المسؤوليات، وغياب المعايير والمقاييس الصريحة والموضوعية لتقييم كفاءة وفعالية الأداء الإداري، التطور التقني السريع الذي تشهده العلوم الطبية شكلت في مجموعها ضغوطا وقوة دفع لبناء نظام يتأكد من خلاله المرضى أن المنظمات الصحية قد تحولت فعلا إلى منظمات أكثر استجابة لمتطلباتهم وأقل تعقيدا وأحسن أداء لرسالتها الإنسانية قبل كل شيء وتهدف لتحسين جودة الخدمات الصحية.

للقطاع الصحي والخدمات الصحية مميزات وخصائص من أهمها مبدأ عدم الربحية، وجود مجموعة كبيرة من المهنيين الطبيين، الفردانية، مستويات عالية من الجدارة مما جعل المطالبة بتحسين الجودة وضمانها ضرورة وتحد يتوجب على المؤسسات الصحية تليبيتها، فالخدمات الصحية لا تختلف في مضمونها عن الخدمات الأخرى إلا أنها تتطوي على أهمية كبيرة وخصوصية، لذلك من الصعب في كثير من الأحيان على المؤسسات الصحية اعتماد ذات المعايير والمفاهيم المطبقة في الخدمات الأخرى لأن ذلك يتعارض مع الأهداف التي تم وضعها بسبب ارتباطها بحياة الانسان وشفائه وليس بأي شيء مادي آخر يمكن تعويضه أو إعادة شرائه، مما جعلها تتفرد بخصائص ومميزات تزيد من تعقيد وصعوبة تقديمها

ويحمل القائمون عليها مسؤولية أكبر أمام المجتمع الذي يخدمونه، مما جعلها من أكثر المؤسسات حساسية للجودة.

لذا أصبح للمؤسسات التي تتولى تقديم الخدمات الصحية دور بارز في الحياة الاقتصادية، فلم يعد نشاطها مقتصرًا على تقديم خدمات علاجية وإنما يشمل الناحية الوقائية والمشاركة في البرامج التي تكفل التوعية والوقاية والبحث والتطوير ومختلف النواحي المتعلقة بصحة وسلامة المجتمع، ذلك في ظل تأثير القوانين والأنظمة الحكومية فيما يتعلق بتحديد المناهج وآليات عملها، والخدمات التي تقدمها مما يخلق نوعًا من الضغوط التي تجعلها مسؤولة بحكم القانون أولاً ومكانتها الاجتماعية ثانياً من أجل تأمين العلاج المطلوب للزبائن وفق المعايير الدولية والتي حددتها منظمة الصحة العالمية لترتقي للمكانة التي يتطلعون إليها في ظل الحق في الصحة للجميع.

لقد تطورت المستشفيات كإحدى دعائم القطاع الصحي لتقديم الخدمات الصحية في دورها ووظائفها وحجمها وإمكانياتها وتقنياتها، وهياكلها وتنظيمها، وتتحمل مسؤوليات أكبر اتجاه الزبائن كونها تشغل مهام متنوعة من استشفاء، تعليم وتكوين، بحث وتطوير، كما لم يعد دور الأطباء والمهنيين الصحيين فيها مقتصرًا على شفاء المرضى بل انتقل إلى البحث عن تدابير الوقاية والارتقاء بصحة الفرد والمجموعات، وكان للتطور المذهل الذي شهدته العلوم الطبية والنمو الديموغرافي وزيادة وعي المريض دور محوري في ذلك مما أظهر إلى السطح العديد من التحديات والمشاكل التي أصبحت تواجهها هذه المستشفيات بسبب عدم مسايرة طرق إدارتها لهذه التطورات، مما اقتضى اللجوء إلى أساليب حديثة في إدارتها وتوفير الإمكانيات المادية، البشرية، والتنظيمية لذلك الغرض بما يكفل تحقيق الكفاءة والفعالية، والجودة في تقديم الخدمات الصحية.

من هذا المنطلق سعت العديد من الدول إلى تعظيم كفاءة الخدمات المقدمة من قبل المستشفيات على اختلاف أنواعها باعتبار ذلك مؤشراً بارزاً من مؤشرات التنمية البشرية، من بين البدائل المطروحة إدارة الجودة الشاملة التي سعت المستشفيات لتبنيها بهدف تحقيق مستويات أفضل من الرعاية الصحية والاستخدام الأمثل للموارد المادية والبشرية وترشيد النفقات والعمل الدائم والمستمر على تحسين جودة الخدمات، كونها يمكن أن تكون ممارسة تنظيمية فعالة لخلق تغيير تنظيمي ناجح، ذلك لكون مفهوم الجودة يشمل جوانب متعددة متعلقة بتسيير الخدمات المتعلقة بالمريض والخدمات الداعمة لها التي

يصعب تحقيقها ما لم يتم مشاركة وتنسيق مع كل المستويات فيما بينها تحت مبدأ العمل الجماعي وبدعم والتزام من الإدارة العليا ومختلف فرق المصالح الاستشفائية.

أولاً: إشكالية وفرضيات البحث.

رغم الاهتمام المتزايد بالقطاع الصحي في الجزائر، إلا أنه لا يزال يواجه العديد من المشاكل والمعوقات التي حالت دون تحقيق الأهداف المسطرة، وفي نفس الوقت تصاعد الانتقادات الموجهة إلى المنظومة الصحية في الجزائر بسبب عجزها وعدم قدرتها على مواجهة الطلب المتزايد على خدماتها مما أدى إلى عدم رضا المواطنين المتزايد عن مستوى نوعية الخدمات التي يحصلون عليها. وعليه جاء هذا البحث ليجيب على الإشكالية التالية:

ما مدى جاهزية المراكز الاستشفائية الجامعية لتبني إدارة الجودة الشاملة؟

من خلال هذا التساؤل المحوري يمكن طرح جملة من الأسئلة الفرعية التالية:

- ما مستوى إدراك الأطباء العاملين في المؤسسات الاستشفائية لمفهوم الجودة الصحية؟
- ما هي أهم العوامل الحرجة التي تسمح بتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة؟
- ما هي المتطلبات التنظيمية، البشرية، والتكنولوجية لتطبيق إدارة الجودة لتحسين الخدمات الصحية؟
- ما هي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية من وجهة نظر العاملين؟

فرضيات البحث:

بعد القراءات الأولية للموضوع، تم التوصل إلى أن أكثر الإجابات ملائمة للأسئلة المطروحة هي الفرضيات التالية:

- ظروف العمل للموارد البشرية في المراكز الاستشفائية الجامعية محل الدراسة غير ملائمة ولا تلقى رضا العاملين.
- الإدارة في المراكز الاستشفائية الجامعية محل الدراسة لا توفر الظروف الملائمة لتقديم الخدمات الصحية.
- جودة تقديم الخدمات الصحية في المراكز الاستشفائية الجامعية محل الدراسة في أدنى مستوياتها.

- نظام الاتصال في المراكز الاستشفائية الجامعية محل الدراسة ضعيف ولا يؤدي الغرض.

ثانيا: أهمية البحث.

تساهم أهمية البحث في ابراز القيمة الحقيقية المرجوة من البحث فهي توضيح لحجم المشكلة المبحوثة وجديتها وتبرز أهمية هذا البحث في:

- تسليط الضوء على آراء الأطباء حول واقع جودة الخدمات الصحية في المراكز الاستشفائية للشرق الجزائري؛

- التعرف على واقع العوامل الحرجة لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري؛

- يضيف هذا البحث إلى أن المستشفيات الحديثة في حاجة مستمرة ومنتزادية لتحسين جودتها مع التقدم الزمني والتطورات التكنولوجية المتسارعة وفي ظل المنافسة الشديدة، الأمر الذي يستدعي القيام بهذا النوع من الدراسات التي تبحث في تزايد الحاجة لتحسين الجودة في هذا النوع من المؤسسات لرفع مستوى أدائها وكفاءتها.

ثالثا: أهداف البحث.

يمكن تحديد أهداف هذا البحث في النقاط التالية:

- عرض واقع جودة تقديم الخدمات الصحية بالمراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري من وجهة نظر الأطباء؛

- عرض أهم العراقيل التي تقف أمام الطاقم الطبي للوصول إلى الأولويات الخاصة بمشاكل جودة الخدمة بالمراكز الاستشفائية حتى تتمكن من توفير سبل العلاج الملائمة؛

- التعرف على الممارسات التي تؤدي إلى تحسين الخدمات الصحية وتلك التي تؤدي إلى تراجع مستواها؛

- الوصول إلى الأولويات الخاصة بمشاكل جودة الخدمة بالمراكز الاستشفائية حتى يمكن توفير سبل العلاج؛

- دراسة اتجاهات الأطباء نحو واقع الخدمات الصحية في المراكز الاستشفائية الجامعية؛

- إبراز مدى حاجة بالمراكز الاستشفائية لتبني مدخل الجودة في خدماتها، وتبيان القيمة المحصلة من جراء ذلك؛

- الوصول إلى الأولويات الخاصة بمشاكل جودة الخدمة بالمراكز الاستشفائية حتى تتمكن من توفير سبل العلاج؛
- عرض أوجه قصور النظام الصحي في الجزائر كخطوة أولى، من أجل اقتراح الحلول لمعالجتها؛
- التوصل إلى بعض الاقتراحات التي يمكن أن تساهم في تنمية وتطوير أداء المراكز الاستشفائية الجامعية وتدعيم قدرتها على تقديم خدمات صحية ذات جودة.

رابعاً: حدود البحث.

ليس هناك حد فاصل بشكل قطعي للمشكلات البحثية في العلوم الإنسانية، فقد تكون المشكلة الواحدة ذات امتداد موضوعي أو زمني أو مكاني بالمشكلات الأخرى، وحدود هذا البحث هي:

الحدود الموضوعية: اقتصر البحث على تحديد العوامل الحرجة لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة لتحسين الخدمات الصحية والمتمثلة في:

- العاملين في المراكز الاستشفائية الجامعية؛
- الإدارة في المراكز الاستشفائية الجامعية؛
- جودة تقديم الخدمات الصحية في المراكز الاستشفائية الجامعية؛
- نظام الاتصال في المراكز الاستشفائية الجامعية.

الحدود الزمانية: يمتد المجال الزمني لهذا البحث بشقيه النظري والتطبيقي على مدار ستة سنوات، ابتداءً من تاريخ بداية جمع المادة النظرية حول الموضوع، وصولاً للدراسة الميدانية التي امتدت من شهر أفريل 2016 إلى شهر جانفي 2017، أين تم الاتصال بالمراكز الاستشفائية الجامعية والحصول على الموافقة لإجراء البحث بالمؤسسات المعنية.

الحدود المكانية: جرى هذا البحث على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري المتواجدة في الولايات التالية: باتنة، سطيف، عنابة، وقسنطينة.

خامسا: أسباب اختيار الموضوع.

تعددت الأسباب التي دفعت بالباحثة لتناول الموضوع، ويمكن اجمالها في التالي:

- الإصلاحات الاقتصادية الأخيرة التي مست قطاع الصحة، وانعكاساتها على الجودة في خدمات المستشفيات؛
- عزوف الباحثين والطلبة عن اقتحام مجال اقتصاديات الصحة، وذلك لصعوبة وحساسية تناول مواضيعه الشائكة والمترايبة؛
- أهمية المؤسسات الصحية بالنسبة للمجتمع، لما لها تأثير على العنصر البشري، والذي يعتبر أساس التنمية الاقتصادية والمحرك الأساسي لعملية الإنتاج؛
- التحديات التي تواجهها المؤسسات الصحية وتعكسها المؤشرات الصحية والتي تنذر بوجود مشاكل يجب الالتفات إليها؛
- إن الإصلاحات الخاصة بالمنظومة الصحية هي من أهم الإصلاحات التي تأخذها الدولة على عاتقها وتضعها ضمن أهم أولوياتها وجعل هذه الإصلاحات ذات أهمية وفائدة يتطلب ترجمتها إلى حلول عملية تساعد في تحسين أداء القطاع الصحي والارتقاء به إلى مستوى الأهداف المسطرة والغايات المنشودة؛
- المشاكل التي تعاني منها المؤسسات الصحية في الجزائر والتي تعكسها المؤشرات الصحية.

سادسا: صعوبات الدراسة.

لا يمكن لأي بحث علمي أن يرى النور دون أن تعتريه الصعوبات، إلا أن صعوبات هذا البحث كانت متمثلة في:

- التباين في الإحصاءات المقدمة من طرف وزارة الصحة والمراجع الأخرى؛
- طول الإجراءات الواجب اتباعها للحصول على استمارة الموافقة للقيام بالبحث الميداني، بالإضافة إلى التنقلات بين مصالح المستشفى لاسترجاع الاستبيانات المملوءة؛
- مفاهيم وأساسيات الجودة والتسيير كانت غامضة وغير مفهومة لدى الطاقم الطبي رغم أنهم يمارسون البعض منها، لكن هناك غياب للفهم الاصطلاحي للمهام والسلوكيات ولما يجب أن يتم القيام به لتحسين الخدمات وليس عدم الرغبة.

سابعاً: الدراسات السابقة.

لقد تم الاطلاع على مجموعة من الدراسات التي تتوافق مع موضوع الدراسة أو تقترب منه ويذكر منها ما يلي:

1. دراسة **Toshihiko Hasegawa**: تحت عنوان Organizational reinforcement through total quality management in the health care sector، اليابان، سنة 2006 نشرت من قبل المؤسسة الوطنية للصحة العمومية التابعة لـ JICA*، هدفت هذه الدراسة إلى عرض تجارب تبني إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي في كل من سيريلانكا، اليابان، تايلاندا، الفيليبين، زامبيا، وذلك بالاعتماد على ثلاثة أبعاد:

- تحليل الخلفية التاريخية والتجارب السابقة في تحسين جودة الخدمات الصحية؛
- دراسة الظروف والأحداث التي أدت إلى المطالبة بتحسين جودة الخدمات الصحية؛
- دراسة وتحليل عوامل النجاح في تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

بالإضافة إلى عرض أهم التحديات التي واجهتها المؤسسات الصحية. وتمثلت أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة في:

- أهم عامل ساهم في نجاح التبني في اليابان هو انتشار أهمية الجودة الشاملة من خلال إدارة المخاطر وخاصة في المؤسسات الحكومية التي تعمل على ضمان سلامة وصحة السكان والمحيط بعيداً عن الأهداف الربحية؛
- تمثلت أهم عوامل النجاح في سيريلانكا إلى اعتماد تحسين النظام أولاً، ثم الانتقال إلى تطوير الموارد البشرية والإصلاح الإداري كخطوة ثالثة، كون البدء بتطوير الموارد البشرية دون إجراء تغييرات في النظام قد يؤدي إلى استنزاف الطاقات وحدوث التسرب الوظيفي بسبب سوء ظروف العمل؛
- بالنسبة للتجربة التايلندية فرغم انتشار التحسين في الخطوط الأمامية إلا أنه فشل في تحسين جودة الخدمات في المؤسسات الحكومية، لذلك تم اللجوء إلى مقارنة تحسين الأنظمة أين تم التحسين في عدد محدود من المؤسسات ليتوسع بعد ذلك إلى باقي المؤسسات الصحية أين تم

* Japan International Cooperation Agency

الاعتماد على تطبيق أنشطة 5S ثم الانتقال إلى التحسين المستمر وصولاً إلى إدارة الجودة الشاملة.

وقد قامت الدراسة بتحديد العوامل التالية على أنها أهم العوامل المساهمة في نجاح تجارب التبرني وهي: القيادة والتزام الإدارة العليا، تسيير العمليات، المقاربة التنظيمية، ومقارنة الأداء.

2. دراسة عدمان مريزق: وكانت في إطار الحصول على درجة دكتوراه في علوم التسيير، سنة 2007-2008 بجامعة الجزائر تحت عنوان واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، وقد هدفت هذه الدراسة إلى عرض واقع جودة الخدمات بالمؤسسات الصحية الجزائرية للوصول إلى الأولويات الخاصة بمشاكل جودة الخدمة بالمؤسسات الصحية، وكذا عرض أهم أوجه القصور في النظام الصحي الجزائري من أجل اقتراح الحلول لمعالجتها بتحليل المدخل التكاليفي للجودة في المؤسسات الصحية، وتحديد أهم العراقيل التي تقف أمام الطاقم الطبي والشبه الطبي من أجل تقديم خدمات ذات جودة.

وقد طرح الباحث الإشكالية التالية: "ما هو واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر العاصمة؟"

ومن أجل الإجابة على هذه الإشكالية اعتمد الباحث في الدراسة على المقابلات الشخصية مع الأطباء وأفراد الطاقم الشبه الطبي والمرضى بالمؤسسات الصحية في عينة الدراسة.

تصميم ثلاثة أنواع من الاستمارات الأولى موجهة للمرضى بحجم عينة 96، الثانية موجهة للطواقم الشبه الطبي بحجم عينة 60 والثالثة موجهة للطواقم الطبي بحجم عينة 78.

وقد توصل الباحث في دراسته إلى مجموعة من النتائج يذكر منها مايلي:

- تسيير المصالح الصحية يمتاز بمركزية مفرطة وغير مرنة؛
- نظام المعلومات والتقييم يتميز بجمع عدد كبير من البيانات بطريقة آلية بدون تحليل وبدون تحديد مجالات الاستفادة منها، بالإضافة إلى أن البيانات المجموعة تنصب غالباً على الوسائل والنشاطات دون الإشارة للوضعية الصحية والنتائج المنتظرة؛
- عدم رضا الأفراد العاملين في القطاع الصحي العام بالأجور المقدمة، مقارنة بالقطاع الخاص وغياب مؤشرات واضحة المعالم لتقويم نشاط الأفراد؛

- من وجهة المرضى تمثلت أهل المشاكل في عدم تكفل الطاقم الشبه الطبي بالمرضى بالشكل الكافي على مستوى المؤسسات محل الدراسة، طول مدة استخراج نتائج التحاليل والأشعة، وطول مواعيد اجراء العمليات الجراحية؛
- من وجهة نظر الطاقم شبه الطبي تمثلت أهم المشاكل في: قلة فرص التكوين، عدم ملاءمة التكوين لاحتياجاتهم، وعدم الرضا عن ظروف العمل؛
- من وجهة نظر الطاقم الطبي تمثلت أهم المشاكل في: قلة امكانيات التكوين المستمر، وقلة توافر وسائل العمل، سوء التنظيم، وانخفاض مستوى الأجر، وضعف التوعية بمشروع الإصلاح.

3. دراسة علي سنوسي: وكانت في اطار الحصول على درجة دكتوراه في علوم التسيير من جامعة الجزائر 3، سنة 2009-2010، تحت عنوان "تسيير الخدمات الصحية في ظل الاصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010"، جاءت لدراسة سبل تحسين أداء تقديم الخدمات الصحية في ظل إصلاح المنظومة الصحية العمومية في الجزائر مع ما يتوافق وتوقعات المرضى واحتياجاتهم العلاجية والصحية.

وقد تمت الدراسة الميدانية في المنظومة الصحية العمومية بولاية البويرة حيث شملت عينة الدراسة 346 استمارة تم توزيعها على المسؤولين عن إدارة المستشفيات والمستفيدين من الخدمات التي يقدمها ذات المستشفى.

وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج في ظل التحليل الإحصائي المتعلق بعناصر تقييم مستوى الأداء ودرجة تحقيقها في المؤسسات الاستشفائية، يذكر منها:

- لا تزال المفاهيم الإدارية السائدة لدى المسؤولين عن إدارة المؤسسات الاستشفائية مفاهيم تقليدية تقوم على تجاهل التحولات البيئية المؤثرة في أدائها؛
- هناك فهم خاطئ من جانب مديري المؤسسات الاستشفائية العمومية محل الدراسة لمدلول ومفهوم الجودة وعوامل تحقيقه، حيث لا تتجاوز الجهود المبذولة في هذا المجال مجرد اجراءات خاصة بالتفتيش والرقابة على الأداء تهتم بالجوانب الشكلية ولا ترتبط بنظام متكامل؛
- الثقافة التنظيمية السائدة بهذه المؤسسات الصحية لا تشجع على التطوير والتحسين المستمر للأداء؛

- وجود حالة من عدم الرضا لدى المرضى بسبب ضعف ما يقدم إليهم من خدمات، وعدم قدرة الإدارة على اتخاذ الاجراءات اللازمة نحو التحسين والتطوير لمعالجة الشكاوى وضمان عدم تكرارها؛

- غياب شبه تام لإدراك قيمة المعلومة واعتبارها موردا ثانويا وسوء توظيفها في المعالجة من أجل تحليل الوضعيات التي تمر بها المؤسسات الصحية.

وأوصت الدراسة بضرورة تبني برامج الجودة من أجل تحسين وتنظيم الخدمات الصحية وطرق التكفل بالمرضى.

4. دراسة Harry D. Holt: تحت عنوان Hospital quality and Medicare payment: A

theoretical and empirical investigation، هي دراسة تتدرج ضمن متطلبات نيل درجة دكتوراه من جامعة Wayne، الولايات المتحدة الأمريكية، سنة 2011، جاءت هذه الدراسة للبحث في العلاقة بين معدلات الدفع الخاصة بالرعاية الصحية وجودة الخدمة في المستشفيات وأثرها عن طريق تطوير نموذج لاتخاذ القرارات الخاصة بالجودة والذي يساهم في تحسين طرق تسديد التكاليف خاصة لدى مرضى القلب ومرضى الالتهاب الرئوي وأين يتم التفرقة بين مدخلات المستشفى وجودة المستشفى لإلغاء الاعتقاد أن التمويل الكبير يؤدي بالضرورة إلى جودة أعلى.

قد توصلت الدراسة أن زيادة معدلات الدفع أو انخفاضها لا يؤثر بصورة مباشرة على تحسين جودة الخدمات في المستشفيات محل الدراسة بحيث لا يمكن تحقيق ذلك إلا في حالة وضع نظام مالي يشجع المنظمة على تحسين جودة الخدمة الصحية يكون معتمد على قيم.

5. دراسة سيد أحمد حاج عيسى: تتدرج ضمن متطلبات نيل درجة دكتوراه في العلوم التجارية من

جامعة الجزائر3، سنة 2011-2012، تحت عنوان أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية "دراسة حالة عينة من المستشفيات الجزائرية"، سعت هذه الدراسة إلى التعريف بأهم النظريات والمساهمات الفكرية التي تتعلق بأثر تدريب الموارد البشرية على الجودة وعلاقتها بتحسين الجودة وتقييمها، التعرف على تأثير التدريب على مستوى الرضا والانتماء الوظيفي، مستوى الكفاءة التشغيلية، مستوى التحسين المستمر للعلاقة مع المرضى والتي تساعد على قياس أثر التدريب على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية. وقد تمت الدراسة الميدانية على مستوى

11 مؤسسة استشفائية وزعت فيها 163 استمارة للأطباء، 315 استمارة للطاقم الشبه الطبي، و56 استمارة للإداريين.

من بين النتائج التي توصلت إليها الدراسة ما يلي:

- اتجاهات الأفراد العاملين في المستشفيات الجزائرية محل الدراسة للتدريب وأثره في تحسين الجودة الشاملة قد كشف عن موافقتهم للطريقة التي تدار بها العملية التدريبية؛
 - هناك موافقة كبيرة على أن تحسين الجودة الشاملة في المستشفيات يتم تحقيقه من خلال تفعيل العملية التدريبية؛
 - وجود اتجاهات قوية لدى مفردات العينة في المستشفيات محل الدراسة بصلاحيات التدريب لتحقيق الارتقاء بأداء العاملين وتحسين الجودة الشاملة فيها؛
 - لدى العاملين قناعة كاملة بأن التدريب يؤدي إلى رفع كفاءتهم، وبأنه يساعد في حل المشاكل التي تواجههم، كما يساهم في تحسين العلاقة بينهم وبين المرضى وكذا عائلاتهم من خلال حسن المعاملة والاهتمام بمشاكلهم وتقديم الخدمة الصحية في الزمان والمكان المناسبين.
- بناءً على ما تم التوصل إليه من النتائج فإن الدراسة قدمت مجموعة توصيات من بينها:
- ترسيخ القناعة لدى إدارة المستشفى والعاملين في كافة المستويات التنظيمية بأهمية التدريب والفوائد الناجمة عن تطبيقه؛
 - العمل على توفير الموارد البشرية المؤهلة والقادرة على تطبيق العملية التدريبية، وتوفير البرامج التدريبية والتعليمية الخاصة بإدارة الجودة الشاملة لكافة العاملين والمعنيين بالجودة، وذلك لإكسابهم معارف ومهارات إدارية وطبية؛
 - تبني مفهوم الجودة في التدريب، وأنها تؤثر إيجاباً على نتائج التدريب وبالتالي تحسين الجودة الشاملة في المستشفيات الجزائرية، وعملية تبني هذا المفهوم يجب أن تتوسع لتشمل تدريب جميع العاملين خاصة وأن التطورات في الطرق والأساليب مستمرة بالإضافة إلى التطورات التقنية التي تساعد على رفع جودة التدريب.

6. دراسة Apinan aueungkul : تحت عنوان An investigation of critical success factors and Thai cultural impact، دراسة تدخل ضمن متطلبات نيل درجة دكتوراه في جامعة Wollongong، تايلاند، سنة 2013، جاءت هذه الدراسة لتحليل العوامل الحرجة لنجاح تبني إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات التايلندي وعلاقتها بخصائص الثقافة التايلندية وذلك في القطاعين التعليم العالي والصحة. تم الاعتماد على الاستبيان كأداة لجمع المعلومات عبر 127 مستجوبا في 84 مستشفى، و43 جامعة الذي درس مستوى تبني ادارة الجودة الشاملة في كل مستشفى وجامعة، تحديد العوامل الحرجة، كيف أن خصائص الثقافة التايلندية إما تعيق أو تسهل عملية التبني في كل مؤسسة. تم الاعتماد على أسلوب المقابلة في مؤسستين من أجل جمع معلومات أكثر حول أهم الممارسات التي يتم تبنيها وتطبيقها.

وقد توصلت الدراسة إلى:

- وجود التزام عالٍ نحو تحسين الجودة في المؤسسات محل الدراسة سواء التعليمية أو الصحية وذلك عن طريق العوامل التالية: التزام الإدارة العليا، التحسين المستمر، إدارة العلاقات مع الموردين، تصميم المنتج والخدمة، جودة البيانات والتقارير، الاتصال من أجل تحسين الجودة، سياسات الجودة، التوجه نحو رضا الزبون، دور قسم الجودة، مشاركة العاملين، التكوين والتعليم؛
- وجود فروق يجب أخذها بعين الاعتبار بين القطاعين كون قطاع التعليم العالي يحتوى تنوعا في أدوار الطلبة وطرق إشراكهم في التحسين المستمر للعمليات، تحديد احتياجات الزبائن متمثلة في احتياجات الطلبة، عائلاتهم، والمحيط الاقتصادي، تشكيل فرق العمل والإبداع، نقص الموارد والتمويل. أما بالنسبة للقطاع الصحي أهم التحديات تتعلق بمشاركة الأطباء، التنقيف والتعليم ونشر الوعي حول الجودة للطواقم العامل وإدماج أنظمة التسيير بالإضافة إلى الدعم التقني؛
- وجود العديد من نقاط التقاطع بين القطاعين تمثلت في: بناء نظام الكتروني للاتصال حول الجودة، التوجه نحو التركيز على الزبون، المراقبة الفعالة لسياسات الجودة والتركيز على التحسين المستمر؛
- اعتماد المؤسسات محل الدراسة على طرق، رؤية، ومستويات مختلفة في التبني، رغم هذه الاختلافات إلا أنها حققت الأهداف المسطرة في تحسين الجودة.

مساهمة البحث:

تركز الدراسة الحالية على قطاع الصحة ممثلا في المستشفيات باختلاف هياكلها والذي يعد من أهم القطاعات حيوية ونشاطا ويقدم خدمات حساسة، وعلى اعتبار أن هذا القطاع محط أنظار المسؤولين والمواطنين من داخل الوطن وخارجه الأمر الذي كان حافزا نحو ضرورة تسليط الضوء على واقع الخدمات الصحية ومدى تبني مبادئ الجودة من قبل المستشفيات الجزائرية على وجه التحديد، كما تناولت الدراسة أهمية الطاقم الطبي في تحقيق إدارة الجودة الشاملة، إذا ما أرادت المستشفيات الجزائرية تحقيق الجودة الشاملة فعليها الاستثمار في المورد البشري أكثر شيء.

التركيز على دراسة الوضعية الحالية للمؤسسة الصحية في الجزائر والوقوف على أهم نقائصها التي تمكن من اقتراح بعض التوصيات وانتهاج إجراءات أفضل يمكن أن تؤدي إلى تحسين أدائها وترقية خدماتها في ظل برنامج إصلاحي شامل للقطاع الصحي في الجزائر.

ركزت على مفهوم الجودة من منظور الأطباء كونهم حلقة الوصل بين الإدارة والمرضى والطاقم الشبه الطبي وهم من يؤثرون ويتأثرون أكثر شيء بالجودة، كما وقفت عند معوقات تقديم خدمات ذات جودة من طرف الطاقم الطبي، بهدف معرفة أسبابها وسبل علاجها.

ثامنا: هيكل البحث.

تقوم هذه الدراسة على شقين أحدهما نظري والآخر تطبيقي خاص بالمراكز الاستشفائية محل الدراسة، لذلك سيتم وضع خطة الدراسة على ضوء الاشكالية المطروحة والفرضيات المقترحة وقد شملت الفصول التالية:

الفصل الأول تحت عنوان "مفاهيم عامة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية" أين تم التركيز على موضوع الجودة الشاملة من خلال عرض الإطار النظري للجودة والمفاهيم المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة، ومختلف النماذج التي تم اقتراحها للتبني الناجح لإدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات، مع سرد لأهم المبادئ، معوقات، الأخطاء الشائعة في التبني وأوجه النجاح؛ ليتم الانتقال إلى عرض الخدمات الصحية من منظور مفاهيمي ومفهوم الجودة في الخدمات الصحية، ودراسة أهم الأبعاد والعوامل المؤثرة فيها؛ وصولا إلى تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية مروراً بمتطلبات ومبررات التبني.

الفصل الثاني تحت عنوان "متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات" يتضمن طرح أهم الأساليب والأدوات التي تقترحها ادارة الجودة الشاملة، وتم تناول العوامل الحرجة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية بصفة عامة والخدمات الصحية بصفة خاصة؛ عرض مقارنة 5S-kaizen- TQM في المستشفيات، مدخل مفاهيمي للمستشفيات وأساليب متابعة الأداء فيها وأهم التحديات المفروضة عليها.

الفصل الثالث تحت عنوان "دراسة تحليلية للنظام الصحي في الجزائر" خصص لعرض مدخل مفاهيمي للنظام الصحي والتطور الذي عرفته النظم الصحية، العوامل الأساسية للسير الحسن للنظام الصحي، ليتم الانتقال لتقديم النظام الصحي الجزائري عن طريق عرض التطور التاريخي الذي شهده وأهم المعوقات التي واجهها وصولاً إلى هيكلة عرض العلاج وتنظيم النظام الصحي الحالي عن طريق مشروع الاصلاح الجزائري وانجازاته، كما سيتم التطرق إلى تقييم واقع النظام الصحي عن طريق مجموعة مؤشرات للتوصل إلى أهم النقائص التي تواجه الخدمات الصحية في الجزائر.

الفصل الرابع تحت عنوان "دراسة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري" خصص لتحليل وتفسير بيانات الدراسة الميدانية من المقابلة والاستبيان الموجه للأطباء العاملين بالمراكز الاستشفائية الجامعية محل الدراسة من خلال التطرق إلى خصائصهم الشخصية والوظيفية، درجة استجابتهم لأبعاد الدراسة، ثم الإجابة على فرضيات البحث من وجهة نظرهم من أجل معرفة واقع العوامل الحرجة لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

الفصل الأول

مفاهيم عامة حول تطبيق إدارة الجودة الشاملة في
الخدمات الصحية

تمهيد:

يعتبر موضوع الجودة من المواضيع الجوهرية المتعلقة بجميع مناحي الحياة، وهو انعكاس لمدى الإبداع الحضاري والإنساني الموجود في المجتمع، لذلك هناك اهتمام من قبل مختلف المنظمات من أجل المحافظة على الذوق والحس الجمالي والإنساني في تقديم الخدمات كون الزبون يتمكن من تقييم هذه الأخيرة عند الاتصال المباشر بمقدم الخدمة أثناء تلقيها، وهذا ما أدى إلى ظهور العديد من المقاربات والفلسفات حول السبل الفعالة لتحقيق الجودة انطلاقاً من القطاع الصناعي الذي شهد تغيرات كثيرة اتجاه سبل تحقيق الجودة انطلاقاً من مرحلة فحص الجودة، مراقبة الجودة احصائياً، وضمان الجودة وصولاً إلى إدارة الجودة الشاملة لتتنقل هذه التغيرات إلى قطاع الخدمات كالتعليم والصحة.

تأكيداً على أهمية إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية تبنت اللجنة الأمريكية المشتركة للاعتراف بالمستشفيات هذا المفهوم ووضعت منذ سنة 1994 كمعيار أساسي من معايير الاعتراف بالمستشفيات الأمر الذي دعا الكثير من المستشفيات نحو تطبيقه. وهذا التطبيق لا يمكن أن يكون دقيقاً وفعالاً دون أن يتم تحديد تعريف للصحة والخدمات الصحية بسبب ما تحويه من خصائص ومميزات بما فيها مبدأ عدم الربحية، وحق الإنسان في العلاج، ووجود مجموعة كبيرة من المهنيين الصحيين ذوي مستويات عالية مما جعل المطالبة بتحسين الجودة وضمانها أمراً لا مفر منه.

لذلك سيتم التطرق في هذا الفصل إلى أهم المواضيع المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية كما يلي:

- المبحث الأول: أساسيات حول إدارة الجودة الشاملة.
- المبحث الثاني: الخدمات الصحية من منظور مفاهيمي.
- المبحث الثالث: تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية.

المبحث الأول: أساسيات حول إدارة الجودة الشاملة.

تزايد اهتمام المنظمات في السنوات الأخيرة بمفهوم الجودة بعدما تبين أن الجودة تؤثر وبقوة في تقرير مصيرها، ولما لها من دور فعال وهام في تحسين العمليات وتخفيض التكاليف من جهة، ومن جهة أخرى إلى دورها الفعال في تحقيق موقع تنافسي متميز في السوق، كما أنه وبدون تبني استراتيجية فعالة اتجاه جودة الخدمات والمنتجات فلن تتمكن المنظمات من تحقيق الاستقرار والاستمرارية في ظل بيئة عمل دائمة التغير، مما دفع بالمنظمات إلى تكثيف الجهود لتحقيق الجودة على مستوى العمليات الإنتاجية والخدمية.

المطلب الأول: ماهية إدارة الجودة الشاملة.

تعتبر إدارة الجودة الشاملة أحد المفاهيم الإدارية الحديثة الذي لا يزال الخلاف في تحديد أبعاده الأساسية ومبادئه الرئيسية واضحا بين الباحثين والمختصين الأمر الذي أدى إلى عدم وجود اتفاق على تعريف موحد مقبول لها حتى الآن، ويتناول كل من تلك التعاريف إبراز سمة أو خاصية معينة لها، فلعل مفهوم إدارة الجودة الشاملة كغيره من المفاهيم الإدارية التي تتباين بشأنها الأفكار وفقا لزاوية النظر إليه من قبل هذا الباحث أو ذاك¹. ويمكن عرض مجموعة من التعاريف منها:

أولا: تعريف الجودة.

الجودة عادة تعني المقارنة بين المنتجات، منتج A أفضل من المنتج B، لذا هو ذو جودة أعلى. لكن كلمة "أفضل" تحتل العديد من التفسيرات لذا يشار إلى الجودة على أنها:²

- درجة خدمة أو سلعة؛
- الموثوقية؛
- الأمان؛
- التماسك والثبات.

عرف معهد الجودة الأمريكي الجودة على أنها: "أداء العمل الصحيح وبشكل صحيح من المرة الأولى، مع الاعتماد على تقييم المستفيد في معرفة مدى تحسن الأداء."³

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص 143.

² S.Shiba, A.Graham, D.Walden, 1993, **Total Quality management**, Productivity Press, Portland, P03.

³ مهدي صالح السامرائي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي، دار جرير للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2007، ص28.

كما عرفها عمر وصفي عقيلي بمعناها العام على أنها: "إنتاج المنظمة لسلعة أو تقديم خدمة بمستوى عال من الجودة والتميز تكون قادرة من خلالها على الوفاء باحتياجات ورغبات عملائها، بالشكل الذي يتفق مع توقعاتهم وتحقيق الرضا والسعادة لديهم. ويتم ذلك من خلال مقاييس موضوعة سلفا لإنتاج السلعة أو تقديم الخدمة وإيجاد صفة التميز فيهما."¹

يمكن تعريف الجودة من وجهة نظر الزبون على أنها مرتبطة بارتباطه وتلبية حاجاته، وهي نتيجة مقارنة بين مستوى ما يتوقعه من الخدمة أو السلعة التي يتلقاها وبين مستوى الخدمة التي تلقاها بالفعل. فإذا كان مستوى الخدمة المقدمة مساويا لمستوى الخدمة المتوقعة أو أكثر منها فإن تلك الخدمة تتمتع بالجودة في المنظمة. أما إذا كان مستوى الخدمة المقدمة فعلا أقل من مستوى الخدمة المتوقعة فإن تلك الخدمة لا تتمتع بالجودة المطلوبة.

إن مصطلح الجودة يعني مفهومين، كلاهما مرتبط ارتباطا وثيقا بالآخر، المفهوم الأول يرتبط بالخدمة أو المنتج نفسه، والمفهوم الثاني يرتبط بالعلاقة بين الزبون والخدمة أو المنتج، وبناء على هذا الارتباط فإن المفهوم الأول ينظر إلى الجودة من حيث مدى مطابقة الخدمة أو المنتج للمواصفات المحددة له، مما يدل على أنه يمكن تحديد مواقع الخطأ بسهولة وإصلاحها أو تفاديها قبل تقديمه للزبون². والاتجاه الثاني يرى أن الجودة تعنى بسعي المنظمة لتحقيق وتلبية رغبات واحتياجات الزبائن الحالية والمستقبلية، وكذا ملاءمة المنتج أو الخدمة للاستخدام والمطابقة للمواصفات الموضوعة مع توفر كل من الثقة والأمان، وهذا يقود إلى أن الجودة تعتبر معيارا جوهريا في تحقيق كل من الكفاءة والفعالية في تحقيق أهداف المنظمة.³

ومن هنا جاءت الأهمية لتحديد ثوابت الجودة وهي كالاتي:⁴

- أن تعريف الجودة هو التطابق مع احتياجات المستفيدين؛
- أن الجودة هي المنع والوقاية، وليست مجرد اكتشاف الأخطاء؛

¹ يحي برويفات عبد الكريم، إشكالية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصناعية الجزائرية الحاصلة على شهادة الايزو 9001، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة ابي بكر بلقايد، تلمسان، 2009/2008، ص14.

² قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 25.

³ سيد أحمد حاج عيسى، أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر3، 2011-2012، ص 04.

⁴ نفس المرجع، ص 04.

- أن معيار الجودة هو اللاخطأ، أو الخلو من العيوب؛
- أن مقياس الجودة هو التكلفة، وفي هذا المجال تفسر تكلفة الجودة بأنها التكلفة الناشئة عن الأخطاء.

ثانيا: تطور مفهوم الجودة.

مر مفهوم الجودة بالتطورات التالية:¹

1. الملاءمة للمعايير:

الملاءمة للمعايير تعني فحص الجودة عن طريق المقارنة بين المدخلات والمخرجات باستعمال (المعايير القياسية، المراقبة الإحصائية للجودة، الفحص والتفتيش). المعايير تتمثل في مجموعة الإجراءات التي يتم تطبيقها على المنتج، والتخطيط للعمليات كي تكون واضحة ومحددة بدقة، أي أن تكون مكتوبة ويمكن الاطلاع عليها عند الحاجة.

2. الملاءمة للاستعمال:

المنتج يكون ذو جودة إذا كان أداءه كما هو متوقع ليس كما هو محدد، الفرق يكمن في المقاصد وراء استخدام المنتج وكذا الغرض الحقيقي منه.

هنا يجب إجراء "دراسات للسوق" والاستعانة بقسم التسويق بهدف الاستفسار من الزبائن حول ما يحتاجون إليه وما يريدونه من المنتج. في هذا الجانب يكون أساس تحديد الخصائص "حاجات الزبائن" والانتقال من فحص الجودة إلى بناء الجودة.

3. الملاءمة للتكاليف:

المنتج يكون ذو جودة عالية من وجهة نظر المستعملين ولكن يجب أن يكون بتكلفة معقولة أو بأقل تكلفة.

الملاءمة تكون ملاءمة الاستعمال مع ملاءمة السعر، لتحقيق هذا الهدف يجب التخلص من الانحرافات التي تحدث على مستوى العمليات التي تولد منتجات معيبة، بالتالي لا تكون هناك حاجة للفحص، والسبيل الوحيد هو مراقبة العمليات وليس المنتجات عن طريق المراقبة الإحصائية للجودة،

¹ S.Shiba, A.Graham, D.Walden, op. cit, P02-03.

توفير تغذية راجعة في كل المراحل والخطوات، تشجيع مشاركة العاملين في التصميم والتحسين من أجل رصد أي خلل في العمليات ومعالجته في حينه مع تقديم تقارير ليتعلم الآخرون منها.

4. الملاءمة للحاجات الكامنة:

المنتج يكون ذو جودة عالية من وجهة نظر الزبون وبأقل تكلفة، أي الملاءمة لحاجات غير المتوقعة، والهدف هو إعطاء ميزة احتكارية للمنظمة لفترة زمنية معينة.

ثالثاً: تعريف إدارة الجودة الشاملة.

ليس من السهل ايجاد تعريف موحد لإدارة الجودة الشاملة وذلك يعود لكون كل باحث في موضوع الجودة يملك تعريفه الخاص بما يتناسب مع معتقداته (الأحكام المسبقة، التجربة الأكاديمية والميدانية) ورغم أن ISO 8402/1994 نشرت تعريفها الخاص لإدارة الجودة الشاملة إلا أنه لم يتم اعتماده، وهذا ما صعب ايجاد تعريف موحد للمضمون الحقيقي لإدارة الجودة الشاملة.¹

تم وصف إدارة الجودة الشاملة على أنها مجموعة أدوات للتحسين تساعد المنظمة Olsson and Bokor، كفلسفة تسيير Hakman and Wageman، كبرنامج للتغيير يقوم على أساس ثقافة المنظمة Witcher and James، كنظام للتسيير Dale, Baaden, Hellstenm and Klesfsjo، في السنوات الأخيرة الجوائز التي تمنح للجودة كمالكوم بالدريج يتم استعمالها كمفاهيم لإدارة الجودة الشاملة من قبل مختلف المنظمات في عملها على تطبيق الجودة، البعض يقترح أن المسمى إدارة الجودة الشاملة يجب أن يتم استبداله بـ Dale et al Business Excellence.

هذا اللبس في تعريف وتحديد إدارة الجودة الشاملة يعود جزء كبير منه إلى التطور التاريخي الذي حصل مع إدارة الجودة الشاملة وحتى في معاني الجودة، التي تغيرت من باحث إلى آخر، ولا يوجد اتفاق عام حول أين ومتى استعملت إدارة الجودة الشاملة أول مرة.

لذلك هناك توجه قائل أن إدارة الجودة الشاملة لم يتم تطويرها من قبل باحث واحد، ولكن هي مجموعة تراكمات لجهود باحثين وهذا يلغي احتمالية ايجاد تعريف موحد.²

¹ Angel Martinez-Lorente, Frank Dewhurst, Barrie. Dale, 2006, **Total Quality Management: Origins and evolution of the term**, in *The TQM magazine*, Volume 10, Issue 05, P384.

² Bjane Bergquist, Maria Fredriksson, Magnus Svensson, 2005, **TQM- Terrific Quality Marvel or Tragic Quality Malpractice**, in *The quality magazine*, Volume 17, Issue 4, P 03.

يعرف جوران Juran إدارة الجودة الشاملة بأنها: "مفهوم يستلزم ضرورة تحديد الأهداف من تطبيقه وتحديد العمل واحتياجاته وتحديد ملامح المنتج والخدمة المقدمة وتحديد ملامح العمليات ووسائل التحكم بالعمليات".¹

يعرفها Crosby.P. B على أنها: "الطريقة المنهجية للمنظمة لضمان سير النشاطات التي خطط لها مسبقاً، كما أنها الأسلوب الأمثل الذي يساعد في منع وتجنب حدوث المشكلات، وذلك من خلال التشجيع على السلوكيات الجيدة وكذلك الاستخدام الأمثل لأساليب التحكم التي تحول دون حدوث هذه المشكلات وتجعل منعها أمراً ممكناً".²

يعرفها إيشيكاوا على أنها: "مراقبة الجودة الشاملة تتكون من تطوير، تصميم، إنتاج، تسويق، وتقديم منتجات وخدمات بأقل تكلفة وذات منفعة وفائدة على الزبون، التي تجعل هذا الأخير راض عند قيامه بشراء المنتج أو الخدمة، لتحقيق هذه الأهداف يجب أن تعمل مختلف أجزاء وأقسام المنظمة معاً".³

يعرف معهد الجودة الفيدرالي الأمريكي، إدارة الجودة الشاملة بأنها: "نظام إداري استراتيجي متكامل يسعى لتحقيق رضا الزبائن، إن تطبيق هذه الفلسفة الإدارية يستدعي مشاركة جميع المديرين والأفراد العاملين، ويقوم باستخدام الطرق الكمية لتحسين عمليات المنظمة بشكل مستمر".⁴

لقد عرف معهد المقاييس البريطاني إدارة الجودة الشاملة بأنها: "فلسفة إدارية تشمل كافة نشاطات المنظمة التي من خلالها يتم تحقيق احتياجات وتوقعات العميل والمجتمع، وتحقيق أهداف المنظمة بكفاءة الطرق وأقلها تكلفة عن طريق الاستخدام الأمثل لطاقت جميع العاملين بدافع مستمر للتطوير".⁵

عرفت إدارة الجودة الشاملة على أنها: "فلسفة تسعى الإدارة من خلالها توجيه الممارسات التنظيمية داخل المنظمة نحو التركيز على احتياجات الزبون والأهداف التنظيمية، بالتالي هي مقارنة متعددة الأوجه لخلق تغيير تنظيمي عن طريق عدة مؤشرات مختلفة أهمها الجودة، الزبون، العاملين، الإنتاج التنظيمي، دور الإدارة العليا. تدعو إدارة الجودة الشاملة إلى خلق مناخ يشجع ويدعم الإبداع، الإختراع، والمخاطرة

¹ سيد أحمد حاج عيسى، مرجع سابق، ص 19.

² يحي برويقات عبد الكريم، مرجع سابق، ص 49.

³ Angel R.Marting-Lorente, Frank Dewhurs, Barrie G. Dale, op. cit, P384.

⁴ يحي برويقات عبد الكريم، مرجع سابق، ص 49-50.

⁵ محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، دار وائل للنشر، عمان، 3، 2008، ص 22.

لتحقيق احتياجات ورغبات الزبائن، المشاركة في حل المشكلات من قبل جميع الأطراف من مسيرين، عمال، وزبائن.¹

تعرف إدارة الجودة الشاملة على أنها: 'فلسفة' ضرورية لتحديد طريقة تبني وتطبيق ممارساتها بحيث يمكن مناقشتها وإعادة تشكيلها، أقيمتها مع مختلف الظروف التي تمر بها المنظمة. لا يمكن أن تكون حلا مباشرا وجاهزا لمشاكل المنظمات، فهيكلة إدارة الجودة الشاملة في المنظمة تعتمد على القيم التي على المسير أن يحددها ويُسَطِّرها بهدف الانتقال إلى التوجه الجديد والتطبيق الفعال لها".²

عرفت إدارة الجودة الشاملة على أنها: 'فلسفة' تدفع المنظمة نحو طرح تساؤلات حول المشاكل والتحديات التي تواجهها من أجل تحقيق أهدافها، تطرح أمام المسيرين مجموعة متنوعة من الأدوات والأساليب والبرامج التي تساعدهم على مواجهة وحل هذه المشكلات والتحديات بهدف إرضاء الزبون ومختلف الشركاء".³

هذا المدخل موجود في تعاليم رواد الجودة أمثال كروسبي، ديمينغ، فيجينيوم، أيشيكواوا، وجوران.⁴

تتم التفرقة بين التركيز على الجودة وإدارة الجودة الشاملة من خلال مدى اندماج فلسفة إدارة الجودة الشاملة مع بيئة المنظمة، إذ أن التركيز على الجودة عملية مؤقتة في الغالب بينما إدارة الجودة الشاملة هي عملية طويلة الأجل لا تأخذ الصفة المؤقتة وإنما تأخذ البعد الاستراتيجي، بحيث توجه كل الخطط الإنتاجية والتسويقية والمالية والإدارية بالاتجاه الذي يخدم هذا البعد الاستراتيجي.⁵

يتضح من التعاريف السابقة أنه على الرغم من اختلاف وجهات نظر الباحثين حول إعطاء مفهوم واضح وموحد لإدارة الجودة الشاملة إلا أن هناك تقارب وتوجهين حددا أنها فلسفة ونظام إداري متكامل يرتكز على إحداث تغييرات جذرية وتدرجية على مختلف مستويات المنظمة وثقافتها ونظم إجراء الأعمال، من أجل تحسين العمليات في كل أنحاء المنظمة للوصول بها إلى أعلى جودة يمكن تقديمها

¹ Jose C. Flores-Molina, 2011, **A total quality management methodology for universities**, A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in industrial and systems engineering, Florida International University, Florida, P 926.

² Benjamin Osayawe Ehigie, Elizabeth B. Mc Andrew, 2005, **Innovation Diffusion and adoption of total quality management, in management decision**, Volume 43, Issue06, P 934.

³ Bjane Bergquist, Maria Fredriksson, Magnus Svensson, op. cit, P 01.

⁴ سيد احمد حاج عيسى، مرجع سابق، ص 22.

⁵ مأمون سليمان الدرادكة، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2006، ص 19.

للزبائن وبأقل تكلفة، بهدف تحقيق رضا الزبون، بشرط أن تدرس المنظمة جيدا ظروفها قبل التفكير في تبني إدارة الجودة الشاملة واختيار ما يناسبها من مجموع البدائل التي تطرحها أمامها.

يمكن الإشارة إلى الأفكار الأساسية التي تعبر عن مفهوم إدارة الجودة الشاملة وهي:¹

1. التميز Excellence: وهذا يعني أن المنظمات تأخذ رغبات العملاء واحتياجاتهم وتوقعاتهم على شكل معلومات مرتدة، وذلك من أجل تقديم السلع والخدمات التي تتناسب هذه الرغبات والتوقعات بحيث تصمم خططها واستراتيجياتها بالشكل الذي يخدم هذا الأمر.

هذا الوضع سيجعل المنظمات تضع رغبات المستهلكين في سلم أولوياتها وتتحول من الأسلوب التقليدي للإدارة إلى أسلوب المشاركة الفعالة لكل فرد في المنظمة.

2. التركيز على الجودة بمعناها الواسع وهذا يتطلب معرفة الخصائص الممكن قياسها للسلع والخدمات التي تقدمها المنظمة والطريقة التي يدرك بها العملاء تلك السلع والخدمات.

3. التحسينات المستمرة وهذا يتطلب ابتعاد المنظمات عن التحسينات على فترات متباعدة والتركيز على التحسين المستمر في كافة العمليات التي تقوم بها، وليس فقط في مرحلة تصنيع المنتج، ذلك من أجل زيادة حصتها في السوق وخلق طلب جديد يساهم في تحسين وضعها التنافسي.

4. التعاون بين الأفراد والعاملين والمنظمة عن طريق إقناع العاملين بأن نجاحهم على المستوى الفردي سيؤدي إلى نجاح المنظمة.

5. اعتماد عملية اتخاذ القرارات على البيانات ويتطلب ذلك التسجيل الدائم للأحداث التي تتم في المنظمة والعمل على تحليلها لضمان التطوير والتحسين المستمر بعملها.

6. الاعتماد على العمل الجماعي من خلال استغلال جماعات العمل الفعالة وتدريبها على الأساليب الخلاقة في عملية اتخاذ القرارات بالشكل الذي يضمن ترسيخ التعاون الفعال داخل المنظمة.

7. إعطاء العاملين سلطات وصلاحيات أكبر خصوصا في مجالات تصميم الوظائف والسياسات التنظيمية المتعلقة بهم.

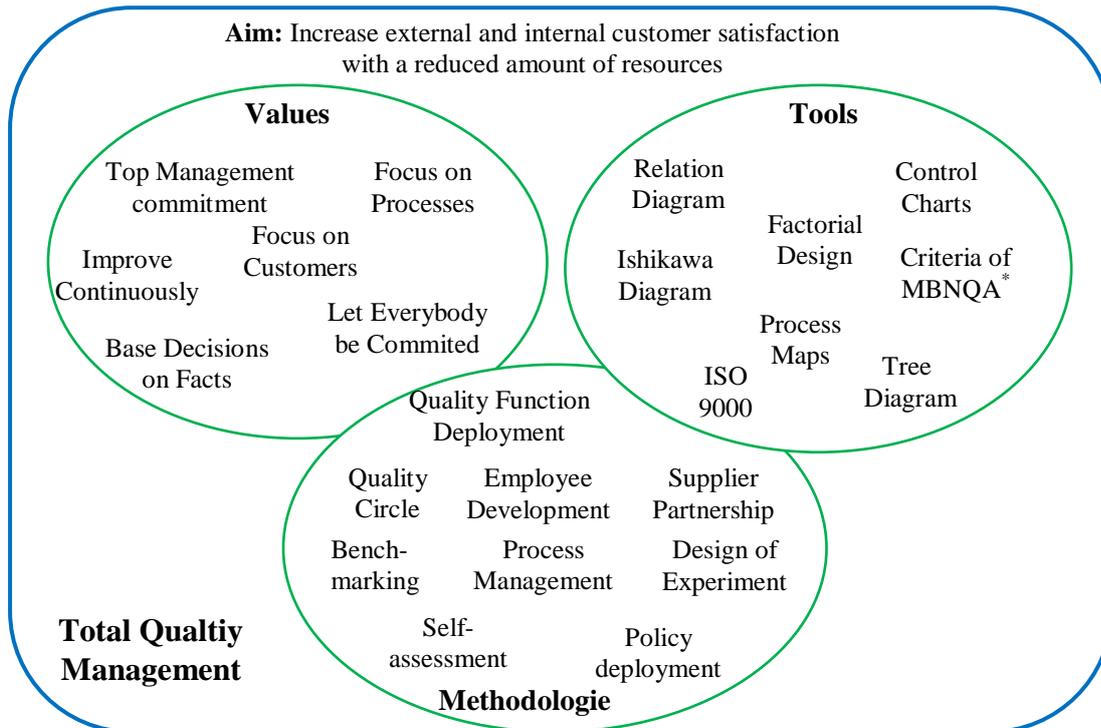
8. الاهتمام بالتدريب وتقدير جهود الأفراد العاملين: فالتدريب سيضمن إكساب الأفراد العاملين المهارات والقدرات اللازمة لتطوير وتحسين الجودة في العمل، وتقدير الجهود سيضمن المزيد من العطاء والإبداع من قبل الأفراد العاملين وهذا سيؤثر إيجابا على نوعية المنتج.

¹ المرجع سابق، ص 20-21.

9. الرؤية المشتركة shared vision: لكل من العاملين والمديرين يجب أن تكون واضحة وتمثل توجهها محددًا للمنظمة بشكل يضمن التنسيق وتوحيد الجهود وتلاشي التكرار والتعارض في جهودهم.
10. وجود قيادة فعالة effective leadership: تمثل القدوة بالنسبة للعاملين وتمتاز بالموضوعية وتهتم بالإنجازات أكثر من الشعارات.

تقودنا القيم والمفاهيم السابقة إلى أن ظاهرة إدارة الجودة الشاملة تركز على إدارة مصادر الطاقة البشرية، لأن القوى العاملة تعتبر العمود الفقري في المنظمة للقيام بإنتاج السلع أو تقديم الخدمة بجودة عالية، وتحتاج هذه القوى إلى قيادة فعالة، تقوم بتحفيزها وحثها والتأثير عليها من أجل تبني جميع النشاطات والإجراءات والأعمال المطلوبة للتحسين المستمر، وأن تشارك مشاركة فعالة بل وتندمج في جميع العمليات مستندة إلى المنهجية في حل المشكلات وصنع واتخاذ القرارات واستحداث بيئة تنظيمية لا تتوقف عن إحداث التحسين المستمر لكل عمليات ونشاطات وأعمال المنظمة. وينظر إلى إدارة الجودة الشاملة بأنها نظام إدارة ناشئ ومستمر يتضمن قيما وطرائق وأدوات، بهدف تعزيز قناعة الزبون الداخلي والخارجي وبأقل كمية من الموارد المستخدمة وأنها تختلف ما بين المنظمات وحدثت التطورات خلال فترات زمنية. ويمكن تمثيل إطار إدارة الجودة الشاملة في الشكل المقترح:¹

شكل رقم (01-01): إدارة الجودة الشاملة كنظام للتسيير



Source: Rallabandi Srinivasu, G. Satyanarayana Reddy, and all, 2010, **The contribution of TQM and six Sigma in the organizations to achieve the success in terms of quality**, in *International Journal of computer applications*, Volume 8, Issue 4. P.11

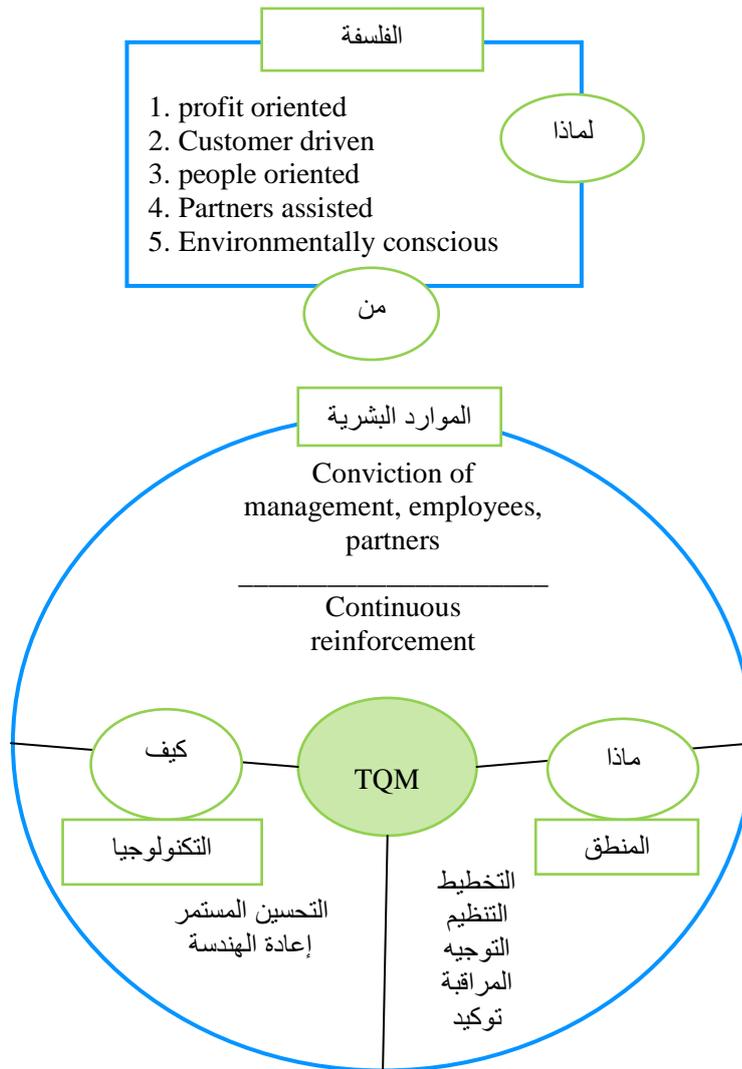
¹ سيد احمد حاج عيسى، مرجع سابق، ص 23-24.

*MBNQA: The Malcolm Baldrige National Quality Award

رابعاً: أبعاد إدارة الجودة الشاملة.

اعتماداً على منهج الجودة الشاملة تأخذ إدارة الجودة الشاملة ثلاثة أبعاد ممثلة في الشكل رقم (01-02) وهي البعد البشري (النفسي، السياسي)، البعد المنطقي (الرشيدي، النظامي، التقنية)، والبعد التقني (ميكانيكي، نظمي)، ويمكن اعتبار البعد الأول الأكثر أهمية رغم أنه الوجه المرئي بصورة أقل في إدارة الجودة الشاملة.¹

شكل رقم (01-02): الثلاثة أبعاد لإدارة الجودة الشاملة



المصدر: جوزيف كيلادا، ترجمة سرور على ابراهيم سرور، تكامل إعادة الهندسة مع إدارة الجودة الشاملة، دار المريخ، الرياض، 2004، ص 111.

البعد الأول لإدارة الجودة الشاملة هو البعد البشري حيث تستمر إدارة الجودة الشاملة وتنشط بواسطة الإرادة في عملها (الإرادة will مميزة عن الرغبة wish) بدلاً من معرفة كيف يتم عملها. وتتادي

¹ جوزيف كيلادا، مرجع سابق، ص 110-114.

إدارة الجودة الشاملة بالجودة في كل مكان، وفي كل قطاعات المنظمة، ومن كل فرد وفي كل الأوقات. وتتمارس على كل المستويات، ويجب أن تبدأ في القمة وتتجه للأسفل حتى تصل العامل الذي يكمل الأمر. ينبع رضا العملاء من خلال المشاركة الحقيقية من جانب كل الأفراد في المنظمة (الإدارة وغير الإدارة) والملاحظون وغير الملاحظين، والرؤساء والعاملين بالإضافة إلى شركاء المنظمة الخارجيين.

يشمل هذا الوجه تعبئة الجهود اللازمة في مرحلة البداية، والتي تنشط الاهتمام بالجودة الشاملة لدى كل أعضاء التنظيم، وإنتاج الحماس والتحفيز لبدء مثل هذه العملية. كما يشمل أيضا تقوية الأنشطة والاحتفاظ بصورة مستمرة بالتحفيز، والاهتمام، والحماس للجودة الشاملة.

يرتبط البعد الثاني بماذا تكون إدارة الجودة الشاملة، وهذا هو بعدها المنطقي حيث يجب:

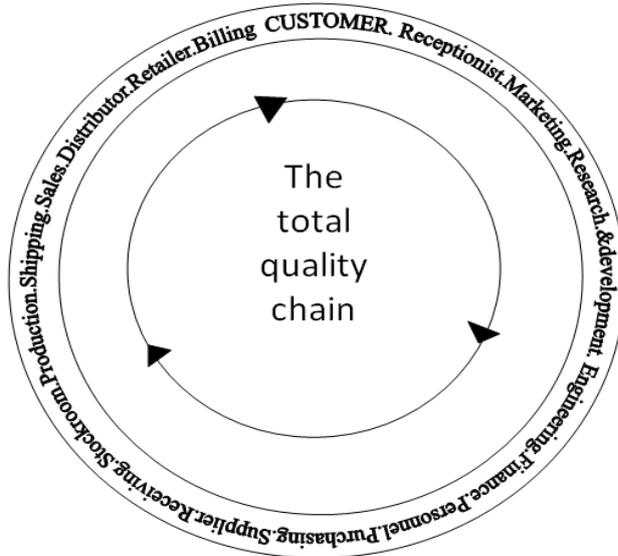
- تعريف العميل؛
- تعريف الجودة الشاملة، وذلك مع دور كل فرد وما يلعبه لتحقيقها؛
- أن تدار الجودة الشاملة باستخدام إجراءات، ومناهج تكون شاملة، رشيدة، منطقية، ومنظمة جيدا؛
- تطوير آليات لتسهيل عمل الفريق وتشبيدها؛
- تحسين عملية الأعمال، أو إعادة تصميمها، أو إعادة هندستها؛
- أن تراجع عملية اتخاذ القرارات دوريا؛
- تكييف الإجراءات لتعريف المشكلة وحلها ومنعها.

يمثل البعد الثالث لإدارة الجودة الشاملة "كيف". تشمل تقنية الجودة الشاملة عددا من المنهجيات والأدوات والأساليب المستخدمة على أي من المستوى الاستراتيجي أو مستوى التشغيل أو على المستويين، منها إعادة هندسة الأعمال Business reengineering، أو إعادة هندسة عملية الأعمال business process reengineering، وإدارة العملية ونشر وظيفة الجودة Quality function deployment وأدوات مراقبة الجودة السبع، وتصميم التجارب design experiments، وأساليب حل المشكلة، و ISO 9000، ونظم توكيد الجودة.

يعتمد منطق إدارة الجودة الشاملة على حقيقة أن لا شيء يكون كاملا، وأن كل شيء يمكن ويجب تحسينه عن طريق مشاركة كل فرد في كل أجزاء التنظيم، وهذا ما تمثله سلسلة الجودة الشاملة Total quality chain، حيث تكون كل وصلة بنفس أهمية الوصلة الثانية لها. وتمثل كل الأقسام، وكل مدير أو موظف، وكل مشرف خط أو عامل وصلة في السلسلة التي تكون بنفس قوة أضعف سلسلة "انظر الشكل

رقم (03-01)"، أكثر من هذا لا تأتي الجودة الشاملة من فراغ، وإنما يجب أن تدار أي يجب أن تخطط، تنظم، تراقب، ويتم توكيدها.

شكل رقم (03-01): سلسلة الجودة الشاملة



المصدر: جوزيف كيلادا، ترجمة سرور على ابراهيم سرور، تكامل إعادة الهندسة مع إدارة الجودة الشاملة، دار المريخ، الرياض، 2004، ص 113.

خامسا: أهمية إدارة الجودة الشاملة.

رغم أن إدارة الجودة الشاملة لها عقبات كثيرة وصعوبات كونها تتميز بالغموض، إلا أنها بقيت ذات رواج كنظرية ومنهج بين أوساط الأكاديميين المنهمكين في دراسات تجريبية حولها. ذلك كون العديد من المنظمات لا تزال تتبناها أو تسعى لتبنيها على المستوى العالمي.¹

ومن بين العوامل التي أدت إلى تصاعد أهمية إدارة الجودة الشاملة ما يلي:

- زيادة حدة المنافسة بين المنظمات، والتي تركز على تقديم أفضل المنتجات بأقل سعر ممكن؛
- انتقال التنافس من الصعيد المحلي إلى الصعيد العالمي، مما يجعل الجودة الشاملة في سلم أولويات المنظمة؛
- ضرورة اللجوء إلى ابتكار أساليب وتقنيات إدارية جديدة لمواجهة التغيرات الحالية السريعة والمستمرة؛²
- تقليص شكاوى المستهلكين وتخفيض تكاليف الجودة، مما يساهم في تحقيق رضا العميل؛

¹ Jose C. Flores-Molina, op. cit, P 925.

² سيد أحمد حاج عيسى، مرجع سابق، ص 24-25.

- زيادة الإنتاجية والأرباح المحققة مما يؤدي إلى رفع الحصة السوقية؛
- تقليص حوادث ومشاكل العمل، مما يساهم في رفع الكفاءة الإدارية والإنتاجية؛
- تحقيق منافع ووفرات متعددة في تكاليف وأجال العمليات الإنتاجية، مما يرفع من مستوى جودة المنتجات¹؛
- تحسين عملية الاتصال بين مختلف مستويات المنظمة وضمان المشاركة الفعالة لجميع أفرادها في تحسين الأداء.²

وتؤكد إدارة الجودة الشاملة على أن الإصغاء لرغبات المستهلك وتلبيتها هي السبيل الوحيد والأكثر دواما بالنسبة للمؤسسة لتحقيق النجاح والريادة. إذ تستمد أسسها من تحقيق أعلى درجات الرضا لدى المستهلكين بشكل مستمر. وتعد المحافظة على المستهلكين الحاليين والحصول على آخرين محتملين أكبر تحد تواجهه المنظمة حاليا مما يتطلب تحقيق منتج ناجح في ظل سوق التنافسية الآنية. ولا يمكن تحقيق ذلك إلا بتطبيق إدارة الجودة الشاملة.

سادسا: أهداف إدارة الجودة الشاملة.

إن الهدف الرئيسي من تطبيق إدارة الجودة الشاملة هو تطوير جودة المنتجات والخدمات مع تحقيق تخفيض في التكاليف والتقليص من الوقت والجهد الضائع لتحسين الخدمة المقدمة للمستهلكين وكسب رضاهم من خلال تلبية حاجاتهم. وعموما يمكن تحديد أهداف إدارة الجودة الشاملة من خلال:³

1. تحقيق الربحية والقدرة التنافسية في السوق: إذ يعد التحسين في الجودة مؤشرا لزيادة المبيعات التي من شأنها زيادة الربحية وخلق الحصة السوقية الكبيرة والقدرة التنافسية العالمية.
2. تحقيق رضا المستهلك: تهتم إدارة الجودة الشاملة إلى التعرف على المستهلكين الحاليين والمرتبين، وتحديد ما ينبغي تقديمه لهم.
3. زيادة الفعالية التنظيمية: تسعى إدارة الجودة الشاملة إلى الاهتمام بالعمل الجماعي وتشجيعه وتحقيق التحسين المستمر بالاتصالات، واشتراك أكبر للعمال في معالجة وحل المشاكل الإنتاجية وتحسين العلاقات الوظيفية والتنظيمية بينهم.

¹ المرجع السابق، ص 24-25.

² طارق سليبي، مأمون الدراكية، الجودة في المنظمات الحديثة، دار صفاء للنشر، عمان، ط1، 2002، ص46.

³ سيد احمد حاج عيسى، مرجع سابق، ص 26-27.

المطلب الثاني: التطور التاريخي ونماذج إدارة الجودة الشاملة.

شهد مفهوم الجودة تطورات كثيرة ساهم فيها الكثير من الباحثين بحيث انتقل فحص الجودة إلى مراقبة الجودة، توكيد الجودة وصولاً إلى إدارة الجودة الشاملة، كما شهد هذا الأخير طرح العديد من النماذج التي تقترح سبل تبنيه من قبل المنظمات سيتم عرضها كما يلي.

أولاً: التطور التاريخي لإدارة الجودة الشاملة.

لا يوجد اتفاق حول بداية ظهور استعمال مصطلح إدارة الجودة الشاملة، إلا أن بعض الأبحاث ترجح أن أول المؤسسين لها هم رواد الجودة Juran, Deming, Grosby, Ishikawa, Feigenbaum، تعود آثار إدارة الجودة الشاملة إلى سنة 1926 في كتاب "My life and work" Ford and Growter.¹

في حين أشار Powell إلى أن أصول إدارة الجودة الشاملة تعود إلى سنة 1949 أين قام الاتحاد الياباني للعلماء والمهندسين JUSE بإنشاء هيئة من الباحثين والمهندسين وممثلين حكوميين كانت مهمتهم تحسين مستويات الإنتاجية اليابانية والمستوى العام للمعيشة في البلاد بعد الحرب، في حين بدأت المنظمات الأمريكية الاهتمام بإدارة الجودة الشاملة حوالي سنة 1980، كما حدث هناك لبس في ترجمة إدارة الجودة الشاملة من اليابانية إلى الإنجليزية والتي كان يشار إليها TQC.*²

كما تم استبدال كلمة "مراقبة" بـ "إدارة" كون الجودة لا يجب أن يتم مراقبتها فقط، لكن أن يتم إدارتها. هذه الفكرة مهدت الطريق لظهور إدارة الجودة الشاملة، العديد من الكتاب منهم Davis and Fisher, Grandzband Traaen, Mila Kovich, Muchinsky, Schay, Tamimi and Gershon أشاروا إلى أن إدوارد ديمينج هو أول من استعمل مصطلح إدارة الجودة الشاملة.³

هناك عدت توجهات لتقسيم مراحل التطور التاريخي لإدارة الجودة الشاملة يذكر منها:⁴

1- بحسب Kroshid التطور التاريخي لإدارة الجودة الشاملة يجب أن يتم وصفه وتقسيمه حسب المدارس التي تبنت المفهوم وهي:

- The deterministic school: والتي كانت انطلاقتها مع النظريات التي وضعها تايلور وعملت

على تطوير المعايير الخاصة بالجودة كـمعيار "صفر خطأ".

¹ Jose C. Flores-Molina, op. cit, P926.

*TQC: Total quality control.

² Angel R.Martinez-Lorente, Frank Dewhurs, Barrie G. Dale, op. cit, P 381.

³ Benjamin Osayawe Ehigie, Elizabeth B. Mc Andrew, op. cit. P928.

⁴ Bjane Bergquist, Maria Fredriksson, Magnus Svensson, op. cit, P 04.

- مدرسة التحسين المستمر: تمثل هدفها في البداية في تطوير طرق لتقليل وتقليص الفروقات، وتطورت إلى ما يعرف الآن بمراقبة الجودة الشاملة total quality control وكذا Company wide quality control، التي تشير إلى أن تحسينات الجودة يجب أن تشمل كل جزء وكل شخص في المنظمة.

2- بحسب Dale هناك اتفاق حول التطور التاريخي للجودة عبر المراحل التالية: فحص الجودة، مراقبة الجودة، ضمان الجودة، إدارة الجودة الشاملة وبعدها في مراحل متقدمة التركيز على العميل الداخلي والخارجي، العمليات وتحسينات الجودة.

وأهم ما يميز هذه المراحل هي الترابط الموجود فيما بينها، فمراقبة الجودة تتضمن الفحص، وتأكيد الجودة تتضمن مراقبة الجودة، وإدارة الجودة الشاملة تتضمن تأكيد الجودة كما هو موضح في الشكل رقم (01-04).¹

وفيما يلي شرح لتقسيم مراحل إدارة الجودة الشاملة (أنظر الملحق رقم "01"):²

1. مرحلة ما قبل الثورة الصناعية: هي مرحلة ضبط جودة أداء العامل المنفذ للجودة التي تتلخص بأن عاملاً أو مجموعة من العمال هم المسؤولون عن تصنيع المنتج بالكامل بوحدة صناعية صغيرة. وفي هذه المرحلة كان الإحساس بالإنجاز والفخر موجود لدى العامل الذي يخلق حافظاً للعمل لديه.

2. مرحلة ما بعد الثورة الصناعية: ضبط رئيس العمل للجودة، وبدأت هذه المرحلة منذ بداية القرن العشرين حتى أواخر العقد الثاني منه نتيجة توسع المصانع والتخصص في العمل وظهور الصناعات الحديثة وتوسعها فقد أدى إلى أن يتوزع العمل على أكثر من عامل، ويتطلب ذلك أن يكلف رئيس عمال بمسؤولية الجودة في الإنتاج.

3. مرحلة الإدارة العلمية: مرحلة ضبط الجودة والتفتيش ظهرت مطلع القرن العشرين بقيادة فريدريك تايلور الذي عمل على ضبط الحركة مع الوقت اللازم لها، بقصد زيادة الإنتاج ومن خلال سبل تخفيض تكلفة الإنتاج بالحد من الهدر والضياع وقد خيمت الحرب العالمية الأولى بظلالها على الصناعة فتعددت أنظمتها وتنوعت أساليب الإنتاج وأصبح رئيس العمال مسؤولاً عن أعداد كبيرة من العمال، فأدى ذلك إلى ظهور المفتش وتطلب ذلك تكليف مفتشين في ورشات الإنتاج متخصصين لإنجاز مهمة

¹ محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص 24.

² مهدي صالح السامرائي، مرجع سابق، ص 45-47.

التفتيش، وقد وضعت مواصفات قياسية في التصنيع ومورست عمليات تفتيش صارمة وسميت بالرقابة البوليسية.

4. مرحلة ضبط الجودة إحصائياً: أو مرحلة الفحص يؤرخ لهذه المرحلة من 1930 إلى 1970، وتتميز هذه المرحلة بزيادة في الإنتاج بشكل كبير الأمر الذي أدى إلى صعوبة ضبط وفحص المنتج الكلي، مما أدى إلى اتباع أسلوب فحص العينات مع الاعتماد على لوحات الضبط.

5. مرحلة ضمان الجودة: (من 1970 إلى 1985) وهي مرحلة جاءت بعد تحقيق اليابانيين لنتائج ملموسة بتطبيقهم لفكرة حلقات الجودة التي ضمنت لهم نتائج خالية من العيوب وهذا تطلب رقابة شاملة على العمليات، وجهوداً مشتركة من الإدارة المعنية بتنفيذ مراحل العمل. اعتماد ثلاثة أنواع من الرقابة (الوقائية - المرحلية - البعدية)، وقد أصبح ضمان الجودة إحدى الاستراتيجيات الأساسية التي تقوم عليها إدارة الجودة الشاملة.

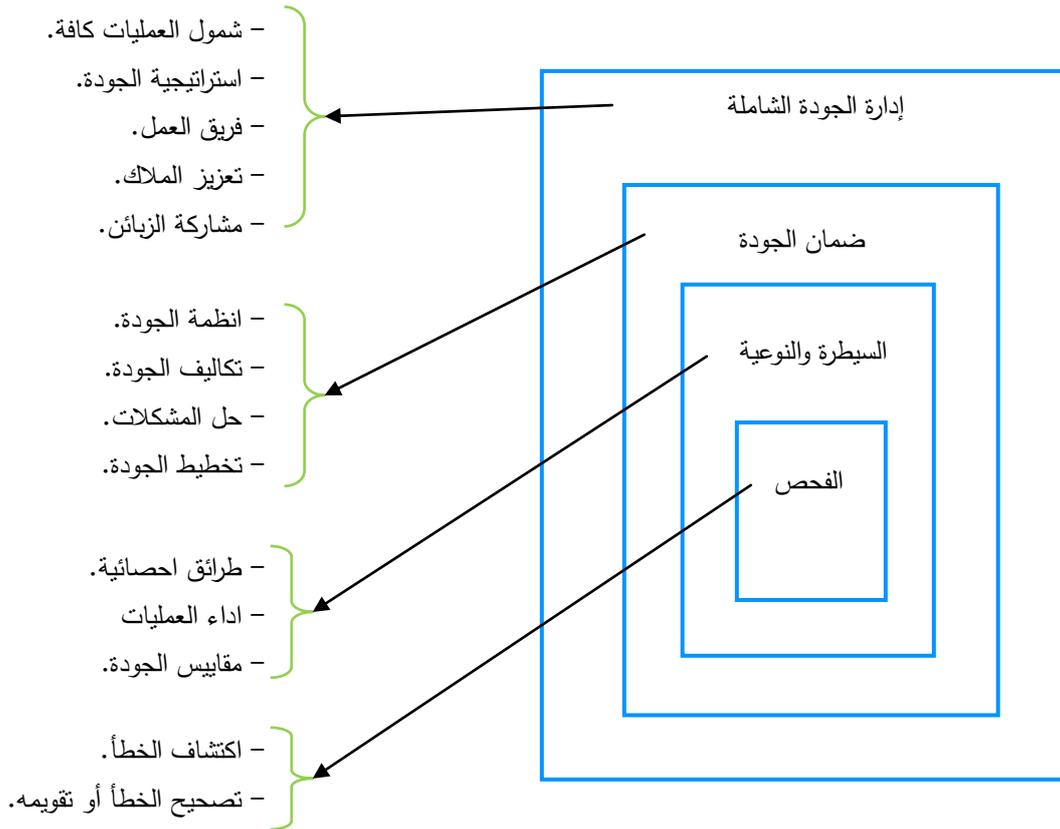
6. مرحلة إدارة الجودة الاستراتيجية: وكانت بدايتها في بداية التسعينيات حين دخلت التجارة العالمية في حالة منافسة شديدة بين المنظمات لكسب حصص أكبر من السوق، ولاسيما المنظمات اليابانية، وقد اعتمدت شركة (IBM) إدارة الجودة الاستراتيجية لمواجهة التقدم والزحف الياباني ونفذت المعايير الآتية:

- إرضاء المستفيد وتلبية ما يريده؛
- الجودة مسؤولية الجميع من قمة الهرم التنظيمي حتى قاعدته؛
- المطلوب تحقيق الجودة في كل شيء (الأنظمة، الثقافة التنظيمية، الهيكل التنظيمي، أساليب وإجراءات العمل).

إن إدارة الجودة الاستراتيجية تركز على أن الجودة وإرضاء المستهلك هي الأساس الذي تقوم عليه استراتيجيات المنظمات العالمية في الوقت الحاضر.

7. مرحلة إدارة الجودة الشاملة: لقد تطورت مفاهيم الجودة على مر العصور من مفهوم نوعية المنتج النهائي إلى مفهوم نظام الجودة الشاملة.

شكل رقم (01-04) مراحل تطور مفهوم الجودة:



المصدر: مهدي صالح السامرائي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الانتاجي والخدمي، دار جرير للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2007، ص 48.

أشار Pierre Longin إلى أن إدارة الجودة ما هي إلا الانتقال من ضمان الجودة (أين تقوم المنظمة فيه بإظهار ما تحسن القيام به بصورة يومية لمن يريد التعرف على آلية عمل المنظمة) إلى الجودة والتي تعني التسيير (أي أن الجودة موجودة وجزء من المنظمة ويتم التركيز والاعتماد عليها لتسيير المنظمة).¹

ثانيا: نماذج تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات.

تتضمن أدبيات إدارة الجودة الشاملة مجموعة من النماذج المقترحة التي تساعد الإدارة على البدء في تطبيق إدارة الجودة الشاملة واغلب هذه النماذج ترتكز على تحقيق التداوب (synergy) بين التخطيط الاستراتيجي وإدارة الجودة الشاملة²، وأهم هذه النماذج ما يأتي:

¹ Pierre longin, Henri Denet, 2008, **Construisez votre qualité**, L'usine Nouvelle Dunod, Paris, 2^e édition, P05.

² قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 154.

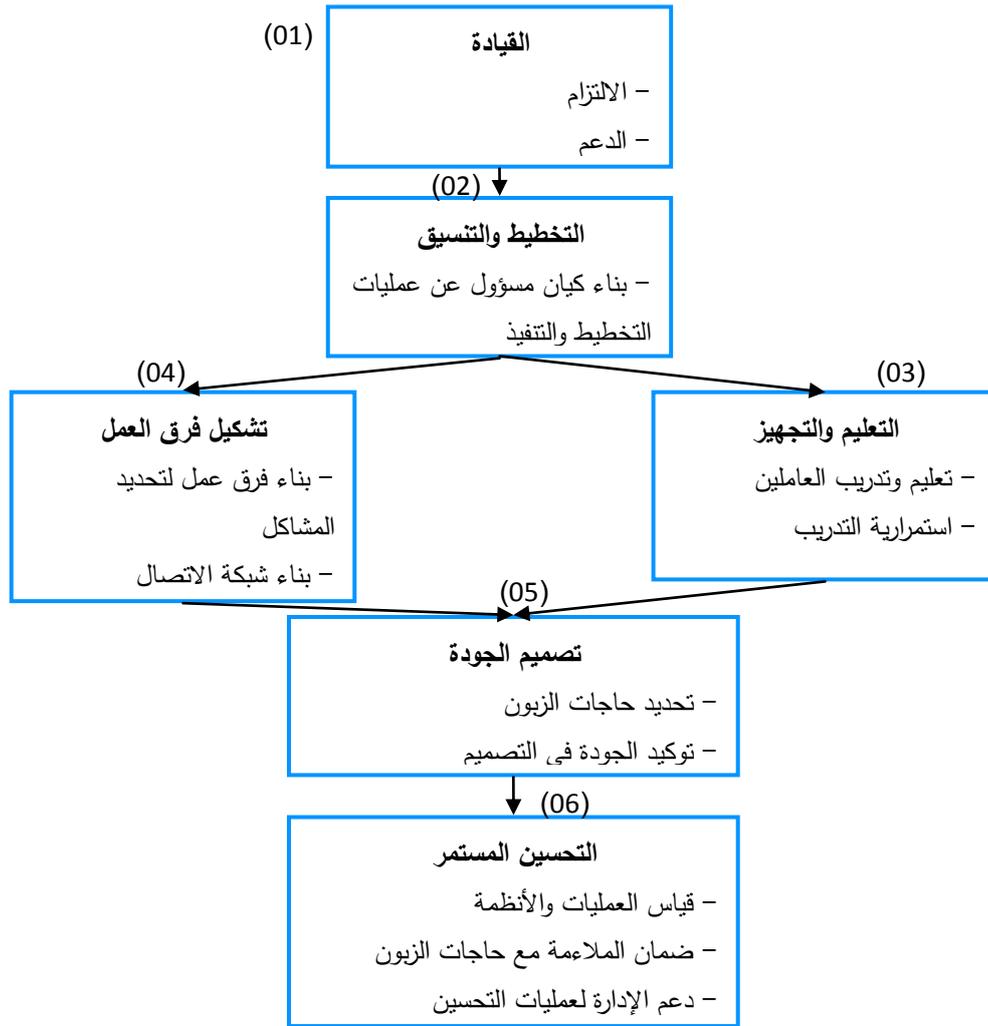
1. نموذج همبر Hamper:

يقوم نموذج همبر بتطبيق الجودة الشاملة وتحقيق التحسين المستمر على ستة مراحل متتابعة في معظمها يضمن تطبيق إدارة الجودة الشاملة بشكل ناجح وفعال وهذه المراحل هي:¹

- **القيادة:** يقصد بها أن تتعهد الإدارة العليا للمنظمة بالدعم والتأييد لجميع برامج الجودة الشاملة فإذا لم يتوفر هذا الدعم والالتزام بتطبيق الجودة الشاملة لم يكتب لها النجاح في المنظمة؛
- **التخطيط والتنسيق:** يتطلب تطبيق إدارة الجودة الشاملة أن يكون هناك تخطيط استراتيجي، تتبثق منه كيانات تنظيمية للمراجعة والتعديل والتحديث في برامج التطبيق، وأن يكون لها جهة مشرفة تقوم بمتابعة عمليات التنسيق والمتابعة بين هذه الكيانات بهدف تسهيل عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة بنجاح في المنظمة؛
- **التعليم والتدريب:** يتطلب تطبيق إدارة الجودة الشاملة توعية وثقافة جميع العاملين في المنظمة بمبادئ فلسفة إدارة الجودة الشاملة ومراحل تطبيقها، وهذا يتم من خلال برامج التعليم والتدريب التي تعد لهذا الغرض؛
- **تشكيل فرق العمل:** إن من المبادئ الأساسية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة هو مشاركة العاملين بالتطبيق، من خلال فرق عمل متخصصة تساهم في تشخيص المشاكل التي تواجه عملية التطبيق ومن ثم اقتراح الحلول المناسبة لها؛
- **تصميم الجودة:** يتطلب تحديد حاجات ورغبات الزبون بشكل مستمر بأن يكون تصميم جودة الخدمة مبنيًا على هذا الأساس، ويتضمن ذلك ما يؤكد تصميم الجودة في جميع مراحل تقديم الخدمة؛
- **التحسين المستمر:** في هذه المرحلة من التطبيق يتطلب تهيئة المقاييس التي يمكن من خلالها قياس جودة العمليات والأنظمة المصممة لضمان توافرها مع حاجات وتوقعات الزبون، وأن يكون هناك باستمرار جهود مبدولة لإحداث تغييرات وتعديلات لاستمرار هذا التوافق الذي يعطي ميزة تنافسية ويجب الاهتمام بتوفير الحوافز لدى المسؤولين عن التحسين المستمر للجودة لبذل المزيد من الجهود واستمراره ويوضح الشكل رقم (01-05) نموذج همبر لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 170-171.

شكل رقم (01-05): نموذج همبر لتطبيق إدارة الجودة الشاملة



المصدر: قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص 173.

2. نموذج أشوك وموتواني Motwani and Ashok:

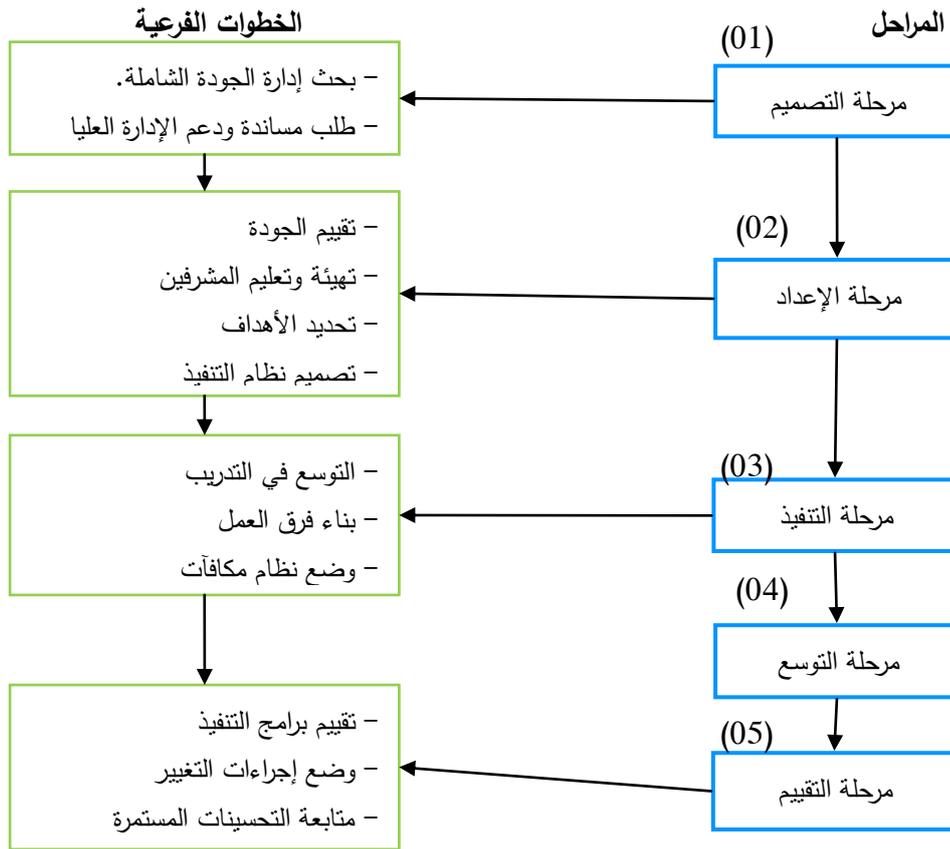
اقترح الباحثان أشوك وموتواني عام 1997 نمودجا لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في منظمات الخدمة. والباحثان يعملان في كلية سايدمان للأعمال في جامعة جراندفالي في مدينة مشيغان الأمريكية، يتكون النموذج من خمس مراحل للتطبيق وهي:¹

- **مرحلة التصميم:** وتتضمن هذه المرحلة عملية بحث موضع التطبيق مع الإدارة العليا للمنظمة ومحاولة كسب مسانبتها وتعهدها بتقديم الدعم الكامل لعمليات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمة؛

¹ المرجع السابق، ص 174.

- **مرحلة الإعداد:** تتضمن جميع العمليات التي تسبق التنفيذ والتي تتطلبها عمليات التهيئة والإعداد من حيث تقييم الجودة الحالية، وتوعية وتثقيف المشرفين، وتحديد الأهداف والتطورات المستقبلية للتنفيذ؛
 - **مرحلة التنفيذ:** في هذه المرحلة يتم تحديد الأهداف بشكل دقيق وتدريب جميع العاملين، وبناء مكتب يشرف على عملية تنفيذ برامج إدارة الجودة الشاملة في المنظمة، وتحديد حاجات الزبون ووضع المعايير اللازمة للقياس؛
 - **مرحلة التوسع:** تمثل هذه المرحلة الإجراءات التي تتبعها المنظمة أثناء عملية التنفيذ بما يساهم في استكمال جميع المتطلبات الأساسية لنجاح برامج إدارة الجودة الشاملة في المنظمة؛
 - **مرحلة التقييم:** جميع العمليات التي تتخذها المنظمة بهدف تقييم ما تم تنفيذه وتهيئته من إجراءات بصدد التنفيذ، وتحديد ما هي المشاكل والمعوقات التي واجهت عملية التنفيذ وما هي النتائج التي تم الحصول عليها في هذه الفترة، وما هي إجراءات التنفيذ والتحسين لعمليات الجودة وكيفية إتمام تطويرها بما يحقق الإيفاء بحاجات ورغبات الزبون وتوقعاته من المنظمة.
- ويمكن توضيح مراحل نموذج أشوك موتواني في الشكل رقم (01-06).

شكل رقم (01-06): نموذج أشوك ومتواني لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.



المصدر: قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص 175

3. نموذج سفن أس The Seven S model:

يتضمن هذا النموذج سبعة أبعاد يمكن من خلالها تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمة، والتي يمكنها من التركيز على العناصر أو الأبعاد السبعة في إطار استراتيجية تغيير وتحقيق إدارة الجودة الشاملة بنجاح كما هو موضح في الشكل رقم (01-07). ويتكون هذا النموذج من الأبعاد التالية:¹

- **الاستراتيجية:** ينبغي أن تركز استراتيجية المنظمة على الزبون ويكون ذلك من خلال تحديد حاجاته ورغباته والعمل على تحقيق رضا الزبون؛
- **الهيكل التنظيمي:** يقدم إطار عمل للمنظمة، ويبين المهام المختلفة لها والأساليب اللازمة لتنفيذها. ويجب أن يبتعد الهيكل التنظيمي عن تبني النظرة الوظيفية والتوجه نحو التركيز على العملية، وأن يكون هناك اتصال واسع بين الأقسام التنظيمية المختلفة للمنظمة؛
- **النظم:** يقصد بالنظم الأساليب والأدوات التي تمكن المنظمة من القيام بعملياتها التشغيلية، وهناك نوعان من النظم هما:

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 176-177.

- نظم مادية مثل التقارير والمراجعات المالية؛
- نظم برمجية وهي المتعلقة بعمليات التفاعل والاتصالات (مثل المقابلات).

ويتطلب تطبيق إدارة الجودة الشاملة دعم المقاييس المالية وتكميلها بمقاييس أخرى تركز على تحقيق النجاح الشامل للمنظمة، مثل المقاييس المتعلقة برضا الزبون، وزيادة الإنتاجية وتحسين الجودة وغيرها.

– **نمط الإدارة:** هذا البعد يعبر عن نمط الإدارة وما يتضمنه من دلالات، ويعبر عن المناخ التنظيمي السائد في المنظمة. يتطلب تطبيق إدارة الجودة الشاملة تقليل المركزية في اتخاذ القرارات والاهتمام الكبير بمعنويات العاملين ومشاركتهم في اتخاذ القرارات المناسبة في معالجة المشاكل التي تواجههم أثناء العمل في المنظمة؛

– **الهيئة الإدارية:** يقصد بالهيئة الإدارية الموظفون داخل المنظمة وكل ما يرتبط بهم من سياسات التوظيف والتطوير والتدريب، وكيفية تقويم أدائهم وتحديث نظم دفع التعويضات وغيرها. إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يتطلب الالتزام العالي بالتعليم والتثقيف والتطوير المستمر للعاملين. وبناء هيكل للمكافآت بما يساهم في تحقيق نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة، ويركز هذا البعد على الرقابة الذاتية والإشراف الوظيفي للتحسين المستمر للجودة الشاملة؛

– **المهارات:** يعبر هذا البعد عن القدرات الجوهرية والحرية، وخصائص العاملين في المنظمة، وكذلك المهارات والقدرات الكلية للمنظمة. وينبغي أن يمتلك أفراد المنظمة المهارات الأساسية اللازمة في معالجة المشاكل ضمن فريق العمل، وأن توجه هذه المهارات باتجاه منهج التركيز على الزبون، بحيث يكون أفراد المنظمة قادرين على جمع البيانات الخاصة بالزبون، وترجمتها إلى خدمات تلبي رغبات الزبون بنجاح، ويكون ذلك من خلال استثمار كل المهارات الحالية والكامنة لدى الأفراد وتشجيعهم على الابتكار والتطوير دائما إلى الأفضل؛

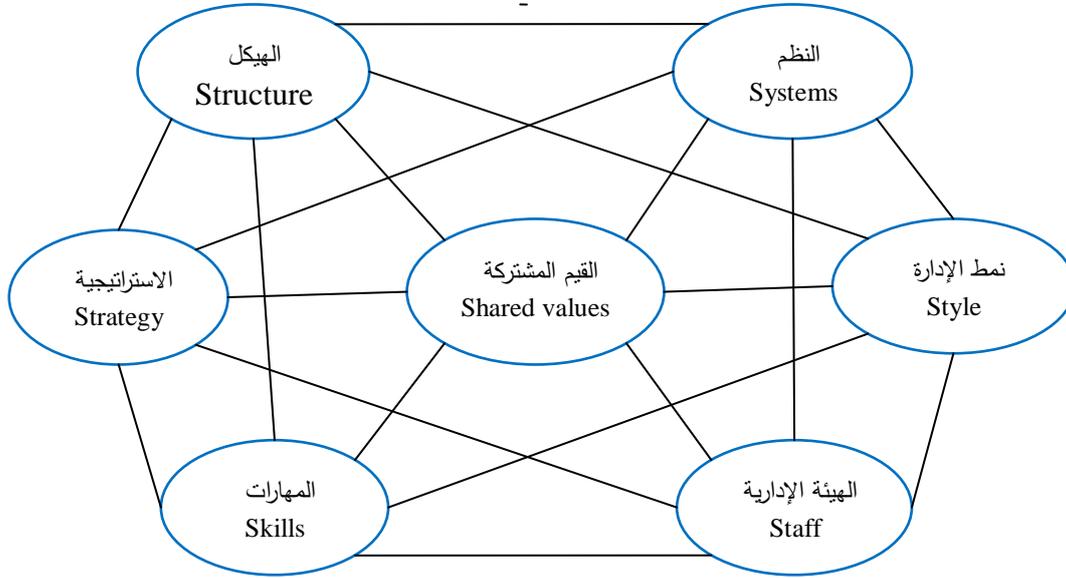
– **القيم المشتركة:** تعبر القيم المشتركة عن المفاهيم الموجهة والقائدة التي تحكم شخصية المنظمة وفلسفتها وثقافتها والتي ينبغي أن تحقق ما يأتي:

- الالتزام بتحقيق رضا الزبون؛
- اعتماد أنماط قيادية أكثر ديمقراطية؛
- درجة عالية من مشاركة العاملين؛

- الالتزام بمدخل الإدارة المعتمدة على الحقائق.

إن القيم المطلوبة للمنظمة هي القيم السائدة في ظل ثقافة المنظمة التي تؤمن بالجودة الشاملة وتكون بمثابة معايير تصحيحية لأي انحراف عن الأهداف المطلوبة.

شكل رقم(01-07): نموذج ماكينزي 7S



المصدر: قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص 178.

4. نموذج معهد الإمداد للتحسين المستمر LMISCIP Model:

يركز هذا النموذج على التغييرات التنظيمية والسلوكية المطلوب القيام بها لإيجاد ثقافة للتحسين المستمر بالمنظمة. يتكون هذا النموذج من خمسة أبعاد رئيسية تشكل في مجموعها إطاراً للتحسين المستمر، وفي ما يلي الأبعاد المكونة للنموذج:¹

– توضيح الرؤية: تمثل الرؤية طموحات المنظمة وآمالها في المستقبل، والتي لا يمكن تحقيقها

في ظل الموارد الحالية، وهذا البعد يتضمن العناصر التالية:

- تطوير رؤية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة: وهذه تتضمن فهم احتياجات ومتطلبات الزبون، تقييم الاستراتيجيات القائمة وفهم عملية التحسين المستمر؛
- بناء وعي لدى رؤساء العاملين في المنظمة: وهذا العنصر يتضمن تهيئة برامج التدريب، والتنوعية بمفاهيم الجودة الشاملة، وإظهار دعم والتزام الإدارة العليا بجميع برامج التحسين والتطوير للجودة؛

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 179-184

- تحديد وتوثيق رسالة المنظمة: ويمثل هذا العنصر توضيح حول ماهية المنظمة، طبيعة العمل الذي تقوم به، التوجه الذي تتبعه والغرض الأساسي منها؛
- تحديد هيئة إدارية عليا: هذا العنصر يتضمن قيادة التنظيم نحو تطبيق برامج الجودة الشاملة، يتم من خلال تمكين رؤية للجودة الشاملة خلال الفترة الزمنية المستقبلية للمنظمة.
- **التمكين:** يقصد بهذا العنصر توفير الموارد التي تمكن منظمة الخدمة من تنفيذ وتطبيق مبادئ وفلسفة إدارة الجودة الشاملة، وهذا يتضمن مجموعة من الخطوات هي:
 - تنمية تعهد القيادة: وهذا يتطلب قيادة إدارية تلتزم بخلق بيئة تتجلى فيها رؤية لتطبيق الجودة الشاملة من الأعلى إلى الأدنى لجميع أنشطة المنظمة؛
 - تهيئة البيئة: في هذه الخطوة يتطلب من الإدارة العليا للمنظمة خلق بيئة ملائمة لهذا التطبيق تشمل على إنشاء نظم الإجراءات من حيث كيفية رؤية أداء الإجراءات من ناحية جودتها، تكلفتها، والوقت المستغرق، فالهدف من ذلك رفع جودة الخدمة المقدمة وإزالة حواجز الخوف ومنع الاتصال، وتحفيز العاملين الممانعين لعملية التغيير؛
 - توفير الموارد: يتطلب في هذه الخطوة توفير الموارد اللازمة لتوفير التدريب وجعله متاحا لجميع العاملين، وتهيئة الأفراد القادرين على حل المشاكل التي تواجههم في عملية التغيير والتطوير؛
 - توفير المناخ التنظيمي: لا يتطلب توفير إدارة الجودة الشاملة توفير الموارد اللازمة للتطبيق، بل يتطلب ذلك تهيئة المناخ التنظيمي المناسب والملائم لعمل تلك الموارد، وهذا يتطلب إشراك جميع العاملين ومنحهم المشاركة في اتخاذ القرارات التي تمكنهم من معالجة المشاكل المتعلقة بأداء عملهم.
- **التركيز:** تتطلب عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة الانتقال من العموميات والأهداف العريضة إلى أهداف محددة وضيقة، وهذا بالتحديد يتطلب عدة خطوات منها:
 - تحديد الأهداف: وهي تنطلق من التركيز على احتياجات الزبون والتأكد من شمولية التطبيق لجميع وظائف وأنشطة المنظمة، ولجميع العاملين في المنظمة؛
 - نشر الأهداف: لا يمكن أن تكتسب عملية تحديد الأهداف النجاح ما لم تنشر بين جميع العاملين وتحديد الأهداف الفرعية المطلوب تحقيقها من قبلهم، وهذا يتم من خلال ترجمة

تلك الأهداف إلى ممارسات وأفعال يتم من خلالها توجيه جهود التحسين بحيث تتلاءم وتتوافق مع أهداف المنظمة؛

• إشراك الزبون: في هذه الخطوة يتم إشراك الزبون المورد في جهود التحسين، من خلال فهم

الاحتياجات وتبادل الخبرات بين جميع الأطراف المعنية لعملية التحسين والتطوير.

– التحسين: يمثل التحسين هدفا رئيسا للمنظمة تركز عليه لتحقيق الأداء المتميز في الجودة

الشاملة والتحسين المستمر للعمليات، ويمثل هذا العنصر الأعمال التي تتخذها المنظمة لزيادة

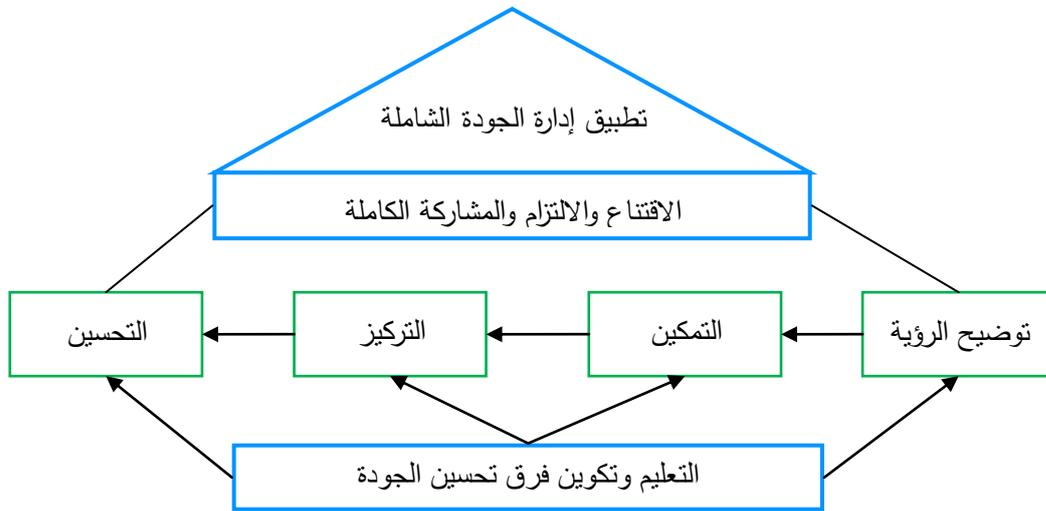
فاعلية الأنشطة والعمليات ومردودها بهدف تزويد المنظمة وزبائنها بفوائد إضافية.

– التعليم: من العناصر الأساسية لضمان نجاح جهود إدارة الجودة الشاملة أن يكون معتمدا على

التعليم والتدريب، لأنه يضمن تزويد العاملين بالقدر الكافي من المعرفة.

ويمكن توضيح نموذج معهد إدارة الإمداد للتحسين المستمر للعملية في الشكل الموالي

شكل رقم (01-08): نموذج معهد إدارة الإمداد للتحسين المستمر للعملية



المصدر: قاسم نايف علوان المحيوي، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص 185.

5. نموذج أرفن:

يقترح أرفن نموذجاً لتطبيق إدارة الجودة الشاملة يتكون من خمسة أبعاد تشكل مجموعها إطاراً

لمنظمة الخدمة يمكنها من التطبيق الناجح والفعال لإدارة الجودة الشاملة وهذه الأبعاد هي:¹

– **ضغوط التغيير:** يتمثل هذا البعد بالضغوط البيئية الخارجية والداخلية للمنظمة الداعمة للتغيير، وينبغي تسخيرها من أجل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في عمليات المنظمة الهادفة لتحسين الجودة وتطويرها؛

– **التزام الإدارة:** ويقصد بهذا البعد أن تلتزم الإدارة العليا بالمنظمة بالدعم والتأييد بصفة مستمرة للتحسين المستمر، لأن توفير ذلك يكسب المنظمة عنصر النجاح في تطبيق إدارة الجودة الشاملة؛

– **الاستراتيجية:** يتطلب تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمة وضع استراتيجيات تمثل الاستجابة الفورية والمرنة لاحتياجات الزبون، ومن ثم الانتقال لوضع آليات التنفيذ لهذه الاستراتيجيات مستفيدين من ذلك من دعم الإدارة العليا والتزامها بجعل فكرة التطبيق حقيقة واقعة؛

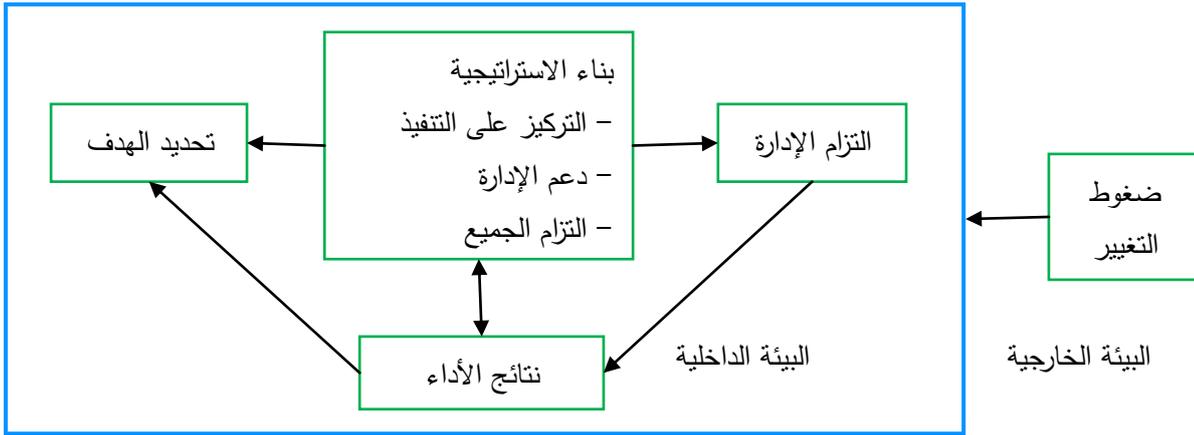
– **نتائج الأداء:** من أجل معرفة التقدم الذي يحصل في عملية التطبيق ينبغي على المنظمة تحديد مقاييس لقياس نتائج جودة الخدمة، وكذلك قياس جميع العمليات المكونة لها، ونشر نتائج القياس بين جميع العاملين في المنظمة؛

– **تحديد الهدف:** لا بد من تحديد الأهداف المطلوب تحقيقها، التي تعتبر ترجمة لمتطلبات واحتياجات الزبون وتوقعاته المستقبلية لما ستقدمه المنظمة له، وهذا ما يساهم في تحقيق وتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمة.

بهذا الصدد يجب أن يعكس الهدف مجموعة أهداف أخرى ليس فقط ما يرتبط منها بضمان احتياجات الزبون، وإنما يرتبط بجميع العاملين من توفير بيئة عمل مناسبة لهم، وتوفير احتياجاتهم تبعاً لعملهم في المنظمة، بالإضافة إلى حصولهم على تقدير لما سيقومون به من أعمال إبداعية في عملية التطوير والتنفيذ؛ والشكل رقم (01-09) يجسد أبعاد النموذج.

¹ قاسم نايف علوان المحيوي، مرجع سابق، عمان، ص 183-184.

شكل رقم (01-09): نموذج أرفن لتطبيق إدارة الجودة الشاملة



المصدر: قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص 185.

6. نموذج شيبه وزملائه Shiba:

قدموا نموذجاً متكاملاً في تخطيط وتنفيذ إدارة الجودة الشاملة، وهذا النموذج يدمج أفكار الرواد في مجال الجودة (وهي إجراء تغييرات جوهرية في المنظمة) ويمكن تطبيق هذا النموذج بثلاث مراحل هي:¹

– **مرحلة التكيف والتوجيه:** يتم في هذه المرحلة تحديد الحاجة إلى تبني إدارة الجودة الشاملة وبالتالي يشار إلى تطوير الرؤية، وتحديد فريق، وتأسيس مكتب لإدارة الجودة وهذه المرحلة تتضمن خطوتين هما:

- تحديد الأهداف العامة اللازمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة وتحديد الأهداف العامة للمنظمة، وهذه الأهداف تكون بثلاثة مستويات: طويلة الأمد، وأهداف متوسطة الأمد، وقصيرة الأمد؛

- تحديد متطلبات المنظمة من الإدارة العليا، العاملين، والأقسام التنظيمية المختلفة، بما يضمن التخطيط والتنفيذ اللازمين لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.

– **مرحلة التمكين:** هذه المرحلة تتضمن ثلاث خطوات هي :

- وضع البرامج التدريبية التي تركز على تطبيقات إدارة الجودة الشاملة؛
- وضع البرامج الترويجية لإدارة الجودة الشاملة، واختيار المشاريع الريادية وترويج القصص التي تتعلق بالنجاح العملي والوظيفي؛

¹ المرجع السابق، ص 155-156.

- مشاركة جميع أفراد المنظمة في النشر والترويج للنجاح العملي والوظيفي الذي يتحقق في وحدات المنظمة المختلفة.

– مرحلة حشد القوى لدعم تطبيق إدارة الجودة الشاملة: هذه المرحلة تتضمن خطوتين هما:

- وضع حوافز وجوائز مناسبة تدعم سلوك أفراد المنظمة نحو تبني وتطبيق إدارة الجودة الشاملة؛
- تشخيص ومراقبة جهود التنفيذ بواسطة الإدارة العليا.

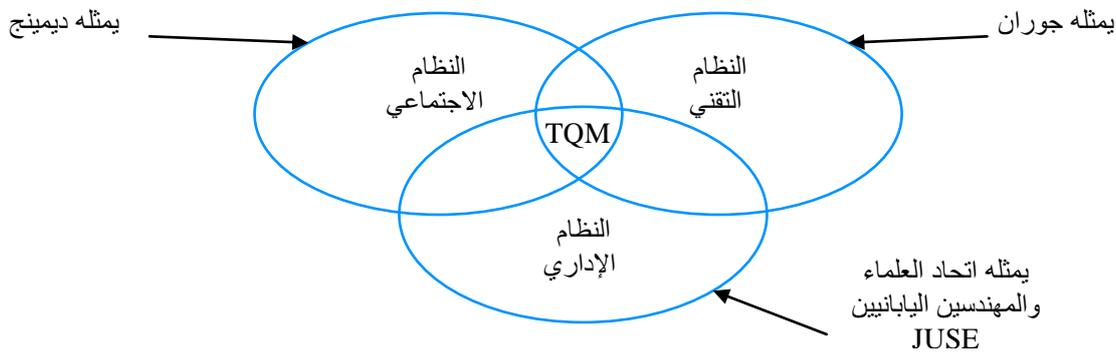
7. نموذج النظام System model:

إن المنهج الذي ساد في السنوات الأخيرة القائم على أساس أن إدارة أنشطة التنظيم تستند إلى ما يعرف بالأنظمة الاجتماعية التقنية Sociotechnical systems وهذا يعني أن في كل منظمة نظامين هما:¹

- نظام تقني: وهو الذي يحدد المهام التي تؤدي؛
- نظام اجتماعي: يحدد الأسلوب الذي تؤدي به المهام.

والشكل التالي يعبر عن تلك الرؤية التي تنظر إلى إلتقاء وتداخل النظم الثلاثة في مساحة مشتركة يعبر عنها بإدارة الجودة الشاملة .

شكل رقم (01-10): نموذج النظام في إدارة الجودة الشاملة



المصدر: مهدي صالح السامرائي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الانتاجي والخدمي، دار جرير للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2007، ص 112.

– النظام الاجتماعي: الذي أيده ودافع عنه Deming ويتضمن العوامل التي تربط بين الخصائص

الرسمية وغير الرسمية للتنظيم وهي:

- العادات التنظيمية، مسؤوليات الدور، التوقعات للعلاقات المجتمعية؛

¹ مهدي صالح السامرائي، مرجع سابق، 2007، ص 112-115.

- علاقات المكانة والقوة بين الأفراد الأعضاء وبين المجموعات؛
 - المدى الذي يكون فيه نشاط المنظمة عملاً جماعياً.
- إن هذا النظام الاجتماعي له الأثر الكبير على المنافسة، التعاون، التحفيز، السلوك الإبداعي، وجماعات العمل.

– **النظام التقني:** الذي يتبنى فكرته Juran فهو يتضمن الآلية والأدوات المستخدمة في الأداء وتطبيق الجودة، والجوانب الكمية في الجودة، والنظام التقني يتكون من العناصر الأساسية الآتية:

- التراكم التكنولوجي؛
- السعي لإيجاد مقاييس معيارية؛
- تدفق العمل، والمواد الأولية، والمواصفات؛
- تعريف الوظائف والمسؤوليات؛
- الحيز أو الحدود المشتركة لكل فرد/ ماكينة؛
- إدارة المعلومات واستخدامها؛
- عمليات صنع القرار؛
- أدوات حل المشكلة؛
- تنظيم المعدات والأدوات والأفراد.

أما الفوائد المتوقع من تحليل وتحسين النظام التقني فهي:

- تقليل (إزالة) الهدر وإعادة الأعمال؛
- تقليل (إزالة) التباين السلبي؛
- تقليل (إزالة) المعوقات؛
- توفير المال والوقت؛
- زيادة قدرة الموظفين على مراقبة العمليات أثناء العمل؛
- تقليل الإحباط والاختناقات؛
- تحسين الأمن وجودة حياة العمل؛
- زيادة السرعة والاستجابة؛

- زيادة رضا الزبون.

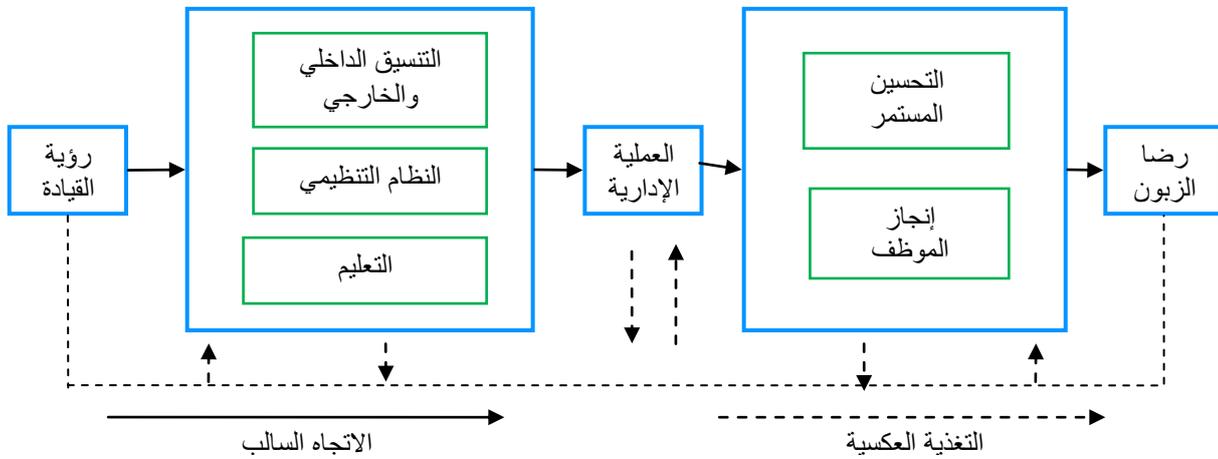
– النظام الإداري: الذي تبنى فكرته اتحاد العلماء والمهندسين اليابانيين يتضمن عوامل ترابط بين الهيكل التنظيمي (التصميم الرسمي والسياسات وأنماط السلطة والرقابة على الموازنة) رسالة المنظمة ورؤيتها وأهدافها، وكذا الأنشطة الإدارية (التخطيط والتنظيم والتوجيه والتنسيق والرقابة).

8. نموذج أندرسون Anderson Model:

يمثل النموذج محاولة لتجسيد العناصر المفاهيمية لإدارة الجودة عند Deming وتبسيطها في

النموذج الآتي:¹

شكل رقم(01-11): نموذج أندرسون



المصدر: مهدي صالح السامرائي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الانتاجي والخدمي، دار جرير للنشر والتوزيع، عمان،

ط1، 2007، ص115

ووفقا لهذا النموذج فإن:

– القيادة: التي تتمتع بالرؤية هي القادرة على تأصيل رؤية قيادية طويلة الأمد وتمارس فعاليتها في المنظمة ضمن هذا الاتجاه، والاندفاع نحو معرفة ما يحدث من تغيرات في متطلبات الزبائن أو بمعنى آخر أن تكون هناك: رؤية واضحة، توجه طويل الأمد، نمط الإدارة المتجه نحو التدريب، التغيير بالمشاركة، تمكين الموظفين لإنجاز أعمالهم، التخطيط والتنفيذ للتغيير التنظيمي؛

¹ مهدي صالح السامرائي، مرجع سابق، ص 115-123.

- **التعليم:** قدرة المنظمة على تأصيل وإبراز أهمية التطوير للمهارات والقدرات والأساس المعرفي والاستمرار في التحسين الذاتي وتطوير العملية التعليمية؛
- **إدارة العملية:** هي الممارسات المنهجية والسلوكية التي تركز على إدارة العملية أو التي تركز على الوسائل بدلا من الغايات وتتمثل فيما يأتي: التوجه الوقائي، التقليل من التفتيش المكثف، تصميم الجودة، استخدام المراقبة الإحصائية للجودة، وإدارة التباين؛
- **التحسين المستمر:** ميل المنظمة لإجراء تحسينات تدريجية وإبداعية في العملية/ الإنتاج/ الخدمة؛
- **إنجاز الموظف:** الدرجة التي يشعر بها الموظف أن المنظمة تشبع حاجاته وذلك يتمثل في الرضا الوظيفي والولاء الوظيفي؛
- **رضا الزبون:** الدرجة التي يدرك فيها الزبائن باستمرار أن احتياجاتهم تلبىها الخدمة.

9. نموذج بارتون ومارسون Parton & Marsson:

يدعى بأنموذج القطاع العام، لقد قام كل من بارتون ومارسون بتطوير هذا الأنموذج لإدارة الجودة الشاملة الذي يمكن تطبيقه في المنظمات الحكومية، ويتضمن العناصر الآتية كما وضعها كل من لام وواطسن وهي:¹

- الجهاز الحكومي يتألف من عدد كبير من المؤسسات التي تقوم بدورها بتقديم خدمات متنوعة وكثيرة، للمواطنين وهم المنتفعين بها لذا ينبغي على هذه المؤسسات الحصول على خدمات ذات جودة عالية نظير ما يدفعونه من ضرائب، لذا فإن على أي منظمة حكومية ترغب في تطبيق هذا النموذج أن تحدد بدقة الشريحة الاجتماعية المستفيدة من الخدمات التي تقدمها؛
- يجب على المنظمة القيام بتصميم سياساتها وطرق أداء الخدمة، بشكل يؤدي إلى تلبية طلبات الجمهور وتستدعي هذه الخطوة وضع معايير أداء لتحقيق الجودة العالية للخدمات؛
- تأتي بعدها خطوة تحديد التقنيات الحديثة التي سوف تستخدم لتقديم الخدمة؛
- اشراك جميع الموظفين في دورات تدريبية مستمرة من أجل التمكن من أداء الأعمال التي تحقق رضا الجمهور؛

¹ المرجع السابق، ص 123-124.

- تبني سياسة لا مركزية السلطة وتفويضها إلى جانب لامركزية أداء الخدمة؛
- إجراء استطلاعات مستمرة للوقوف على رأي المستفيدين من الخدمة؛
- إجراء مقارنات بين مستوى جودة الخدمات المقدمة من قبل المنظمات بعضها مع بعض لتحديد المنظمات التي أمكنها تقديم الجودة العالية في خدماتها وإطلاع بقية المنظمات على نتائج المقارنة لتحذو حذوها؛
- تقديم مكافآت للمنظمات أو الموظفين المتفوقين تقديرا لجهودهم ولتكون حافزا لهم ولغيرهم من الموظفين والمنظمات.

المطلب الثالث: مبادئ، أوجه نجاح ومعيقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

قبل الشروع في تبني وتطبيق إدارة الجودة الشاملة يتوجب على المنظمة دراسة مختلف المبادئ التي تقترحها إدارة الجودة الشاملة، بالإضافة إلى مختلف عوامل النجاح والمعوقات التي تحول دون التطبيق الناجح لها ومختلف الأخطاء التي يمكن أن تقع فيها.

أولا: مبادئ تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

تتمثل أهم مبادئ إدارة الجودة الشاملة في:¹

1. يمكن للجودة أن تدار: أي يمكن التخطيط لها من خلال وضع سياسات وخطط وقواعد لها. كما يمكن تنظيمها من خلال اللجان، والاجتماعات والمسؤوليات توزع على كافة المستويات. وأيضا يمكن متابعة الجودة والرقابة عليها من خلال جهود المقارنة والتحليلات الإحصائية للتباين بين الأداء الفعلي والمعايير.
2. العميل هو محور الجودة: هذا يعني أن على المديرين أن يحددوا مواصفات السلع والخدمات من وجهة نظر العميل وليس من وجهة نظر المنظمة.
3. المعايير والمعدلات والمواصفات: هي لب الجودة حيث يمكن ترجمة احتياجات ورغبات العملاء في شكل مواصفات للسلعة أو الخدمة أو معايير تحدد ما هو سليم، ومعدلات للأداء البشري والعمليات.

¹ رشيد مناصرية، الكفاءات البشرية وأهميتها في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الاقتصادية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير تخصص إدارة الأعمال، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، 2013، ص 16-

4. العمليات تحتاج إلى معايير ومعدلات: حيث أن الأفراد يمكن تدريبهم وتحفيزهم وتشجيعهم على الالتزام بمعايير الأداء والمعدلات.
5. الاستمرارية: نظام إدارة الجودة الشاملة نظام يومي دائم، وعلى كافة العاملين الالتزام به كنظام حياة.
6. الأفراد هم السبب في تحقيق الجودة: المعايير توضح العمليات وقد يلتزم بها أو لا يلتزم بها الأفراد، إلا أنه يمكن دفعهم إلى الانضباط والالتزام من خلال التدريب، والحوافز، ومنح الصلاحيات وتكوين جماعات العمل، والاتصال.
7. القياس أداة هامة للجودة: يتم قياس أداء العمليات بمدى سرعتها وتكلفتها، والالتزام بمواصفاتها. ثم بعد ذلك يتم مقارنة ما تم تنفيذه بالمعايير أو بأقرب منافس لمعرفة الفرق أو التباين بينهما.
8. الالتزام بمبدأ التحسين المستمر: تعتمد الجودة الشاملة على التحسين المستمر الذي يضمن تحديد العملية وقياسها، ومعرفة المشاكل في العمليات وأسبابها، وإدخال التحسينات والتعديلات في المعايير. قياس الأداء بعد التعديلات، التنفيذ، والاتصال بالعملاء لقياس رضاهم والاتصال بالعاملين وتدريبهم على التعديلات الجديدة.
9. أهداف العمل هي ضروريات: أي أن أهداف العمل هي متطلبات ضرورية يجب الالتزام بها وليس التفاوض عليها، وإنما يمكن التفاوض في العمليات والإجراءات للتوصل إلى الأفضل والذي يحقق الأهداف الموضوعية. ومن هذه الأهداف رضا العميل، وتخفيض التكلفة والسرعة في العمل.

ثانياً: أوجه النجاح في تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

- ترتكز إدارة الجودة الشاملة على ثقافة تنظيمية مشتركة والتزام مشترك لتحقيق أهداف مشتركة¹، تتمثل أوجه نجاح في الآتي:
- لتحقيق الجودة الشاملة، يذكر الخبراء أن ثقافة المنظمة يجب أن تتغير، ويجب أن تطبق الإدارة بالمشاركة في المنظمة؛
 - تبدأ العملية على أعلى مستوى إداري، وبعد ذلك يحدد كل جزء كيف يخطط ليلحق بالعملية؛
 - يجب أن يكون هناك تدريب لكل فرد، ويجب أن يكون التدريب متزناً بمقاييس متساوية للإدارة والأساليب، ولا يوجد أي تدريب اختياري حيث يدرب بعض العاملين ولا يدرب البعض الآخر، ويحصل المديرون والعاملون على نفس التدريب؛

¹ Bjane Bergquist, Maria Fredriksson, Magnus Svensson, op. cit, P 09.

- تهدف العملية أن تكون طويلة المدى وليس الهدف إلغاء شكاوى العملاء ببساطة، وإنما يجب أن يجد ما يريده العملاء، وبعد ذلك يتعدى توقعاتهم؛
- تحسين الجودة بالتفويض، يجب تحسين الجودة ويوافق كل المديرين على ذلك، ويتخذون إجراء فوراً وواقعاً، فيقومون بتعيين مدير جودة ممتاز، يعطونه مطلق الحرية، ويكون التزام الإدارة واضحاً كي تتفرغ للمشاكل الأكثر أهمية¹؛
- اللقاءات المباشرة مع العملاء والتعرف من خلالها على معايير الجودة كما يراها العملاء.
- أن تكون المنظمات على علم ومعرفة بالعملاء والزبائن وأيضاً احتياجاتهم، وأن تعمل على تعديل وتطوير السلوك أو الأساليب اللازمة والضرورية بما يتماشى مع احتياجات الأفراد والتغيرات البيئية المحيطة، وتستطيع المنظمات تطوير آليات تساعد على تفهم احتياجات العاملين وتساعد على دراسة التغيرات البيئية المحيطة؛
- استخدام الدراسات التقييمية والاستطلاعية للوقوف على مدى رضا الأفراد عن السلع والخدمات المقدمة؛
- ضرورة تعرف المنظمات على منافسيها في السوق المحلي والعالمي، وهذا يعتمد على قدرة المنظمة على تحليل الأسواق للتعرف على الجهات المنافسة من حيث الحجم والموارد والمنتج، حتى تستطيع وضع استراتيجيات معينة تيسر عليها عمليات إنتاج وتسويق منتجاتها، وإجراء مقارنات كلية مع هذه المنظمات، والعمل على رفع مستوياتها إلى الحد المطلوب، ويتطلب ذلك من المنظمات أن تكون على درجة كبيرة من الوعي لجميع المتغيرات البيئية والاستجابة للفرص والتحديات؛
- اعتماد تطبيق مفهوم البوادر الوقائية وليس العلاجية عند القيام بتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة، الأمر الذي يساعد المنظمات على زيادة قدراتها في مواجهة المشكلات قبل حدوثها ومن ثم تقليل التكاليف وزيادة الإنتاجية.²

¹ جوزيف كيلادا، ترجمة سرور على ابراهيم سرور، تكامل إعادة الهندسة مع إدارة الجودة الشاملة، دار المريخ، الرياض، 2004، ص 224-225.

² موسى اللوزي، إدارة الجودة الشاملة، مداخلة في المؤتمر العربي السنوي الخامس في الإدارة: الابداع والتجديد، مصر، 27-29 نوفمبر، 2004، ص 373-375.

ثالثاً: معيقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

إن تبني وتنفيذ إدارة الجودة الشاملة لا يمثل ضماناً للنجاح بل في حالات كثيرة قد يؤدي إلى تحمل تكاليف إضافية دون أن يؤدي ذلك إلى نتائج تذكر، وأحياناً قد يؤدي ذلك التبنّي والتنفيد إلى نتائج سلبية، وهذا يعود إلى أن الكثير من المنظمات لا تتوفر فيها متطلبات التطبيق الناجح سواء فيما يتعلق بدعم الإدارة العليا أو وضوح الأهداف أو شيوع الثقافة التقليدية المرتبطة بالعلاقات الهرمية الصارمة، وهذا يعني أن الكثير من المنظمات تعاني من عقبات كثيرة تقف حائلاً بينها وبين تحقيق إدارة الجودة الشاملة للنتائج المتوقعة منها، ويمكن الإشارة في هذا المجال إلى العقبات الأساسية التي تجعل تطبيق إدارة الجودة الشاملة صعبة وفي أحيان كثيرة تعرضها للإخفاق¹ والتمثلة في:

- الثقافة التنظيمية السائدة في منظمات الخدمة ترعى وتشجع وتكافئ الإنجازات الفردية أكثر بكثير من رعاية وتشجيع ومكافأة الإنجازات الجماعية والإنجازات التنظيمية؛
- التغيير المستمر في القيادات الإدارية، مما يحول دون تمكنها من السيطرة على برنامج الجودة الشاملة؛
- الوقت الطويل الذي تستغرقه أو تتطلبه عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة، قد يؤدي إلى العزوف عن تطبيق أو استكمال تطبيق برنامج التحسين والتطوير؛
- الفشل في تعريف تحديات تطبيق إدارة الجودة الشاملة؛
- عدم توفر التمويل المالي، وعدم توفر الكوادر المدربة والمؤهلة في مجال إدارة الجودة الشاملة؛²
- العجز في التزام الإدارة نحو الجودة الشاملة؛
- عدم المقدرة على تغيير ثقافة المنظمة؛
- النقص في التدريب المستمر والتعليم؛
- الهيكل التنظيمي غير الملائم والأفراد والإدارات المنعزلة عن بعضها البعض؛
- عدم وجود أساليب فعالة للقياس، والعجز في الوصول إلى المعلومات والنتائج؛
- التطبيق والاستخدام غير المناسب لعمليات التمكين والعمل الجماعي؛
- عدم توافر أنظمة معلومات فعالة تساعد على تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة؛

¹ نجم عبود نجم، إدارة الجودة الشاملة في عصر الانترنت، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2010، ص 48.

² قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 195-196.

- التسرع في تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة دون الإعداد الجيد لهذا النظام عن طريق خلق ثقافة مقاومة للتغيير لدى العاملين وعدم استجابتهم مما يهدد النظام بالفشل؛
- عدم وضوح المفهوم أو عدم اقتناع بعض القيادات العليا في بعض المشروعات مما قد يترتب عليه عدم التفكير في الأخذ بهذا النظام أو الأخذ به بشكل غير سليم؛
- انخفاض قدرات بعض العاملين مما يعوق استخدامهم للأساليب الإحصائية، وبالتالي يقلل من قدراتهم في الاقتناع وتطبيق أساليب إدارة الجودة الشاملة؛
- ضعف إمكانية المنظمة في التعرف على آراء المستهلكين وبالتالي ضعف أنظمة التغذية العكسية في برنامج تطبيق الجودة الشاملة كأحد الأساليب الرقابية؛
- إهمال أو عدم التركيز على المشاركة الفعالة للعاملين في برنامج تطوير الجودة الشاملة، حيث تمثل حلقات الجودة محورا أساسيا من محاور تطبيق مفهوم الجودة الشاملة؛
- الاستماع دون إصغاء والنظر دون رؤية؛
- صعوبة وضع تعريف محدد للجودة وبالتالي صعوبة قياس مستوياتها؛¹
- عدم وجود دوافع للمبادرة، وضعف التحفيز؛
- التكاليف الباهظة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة؛
- ضعف الاتصال البيئي التنظيمي؛
- ضعف تعاون الأفراد؛
- التركيز على النتائج المالية قصيرة الأجل؛
- ضعف الاهتمام بالموارد البشرية؛
- ضعف التخطيط للجودة؛²
- ضعف في وضع وتحديد المفاهيم الواجب تبنيها، أخطاء في تصميم التوجه الجديد، والتنفيذ غير الفعال؛
- الأخطاء في التصميم تقع عندما لا تكون أنظمة وبرامج إدارة الجودة المختارة مصممة لتناسب مع ظروف وثقافة المنظمة؛

¹ سيد احمد حاج عيسى، مرجع سابق، ص 34-35.

² يحي برويقات عبد الكريم، مرجع سابق، ص 165-168.

- التنفيذ غير الفعال لإدارة الجودة الشاملة عندما تصبح إدارة الجودة الشاملة عبارة عن كم هائل من العمل الإضافي بدل أن تكون طريقة جديدة لأداء الأعمال.¹

يمكن استخلاص أن هناك تقارب في طبيعة العقبات التي تقف في وجه نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة، والتي يجب على لجنة توجيه الجودة أن تكون على علم ودراية بها، كي تستطيع التفكير في كيفية تذليلها.

رابعاً: معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي (المنظمات الحكومية).

تواجه المنظمات الحكومية التي يتركز عملها بالدرجة الأولى على تقديم الخدمات للمجتمع على جملة من المعوقات التي تحول دون الاستفادة القصوى أو التامة من تطبيق إدارة الجودة الشاملة²، إن المديرين والأفراد العاملين في القطاع العام غالباً ما يقررون ويحددون الخدمات المطلوبة على اعتبار أن القطاع الحكومي هو الجهة الوحيدة التي تتولى تقديم هذه الخدمات للمستفيدين وليس أمامهم أي خيار في طلب هذه الخدمات من الحكومة، لذلك فإن عدم توفر الاتصالات بين القطاع العام والعالمين به وبين المستفيدين يعتبر من أهم الأسباب في تدني رضاهم عن مستوى وجودة الخدمات التي تقدمها تنظيمات القطاع الحكومي³، ومن بين الأسباب ما يلي:

1. عدم قناعة الإدارة العليا بجدوى تدريب العاملين على مبادئ إدارة الجودة الشاملة.
2. انعدام الأنموذج المثالي للجهاز الإداري الفعال الذي يمكن الاستشهاد بمنهجه الإداري.
3. ضعف النظام وتعبده في أجهزة القطاع الحكومي.
4. عدم وجود المنافس لمؤسسات القطاع العام كما هو الحال في المؤسسات الخاصة الأمر الذي يشكل حافزاً لتحسين الجودة.
5. التركيز على تحسين المدخلات أو العمليات أكثر من التركيز على تحسين المخرجات.
6. تعدد المستفيدين من خدمات المنظمات الحكومية وتنوع مطالبهم واختلاف أنواقهم واهتماماتهم في المجتمع الواحد، في حين يتم التركيز على نظام الرقابة والتدقيق بصورة تقليدية

¹ Rose Sebastianelli, Nabil Tamimi, 2003, **Understanding the obstacles to TQM success**, ASQ, *in Quality management journal*, Volume 10, Issue03, USA, P 46-47.

² مهدي صالح السامرائي، مرجع سابق، ص 351.

³ موسى اللوزي، مرجع سابق، ص 381.

7. مشكلة طول الوقت الذي يقتضيه إنجاز الأعمال باستخدام إدارة الجودة الشاملة.
 8. عدم مرونة القوانين والأنظمة التي تحول نصوصها دون معالجة حالات الطوارئ ومقتضيات العمل بالسرعة المطلوبة.¹
 9. تأثير العوامل السياسية على اتخاذ القرارات كون معظم القرارات التي تتخذ تتأثر بأبعاد سياسية واجتماعية مما ينعكس على موضوعية القرارات وطول فترة اتخاذها.
 10. تأثير قوانين الخدمة المدنية حيث أصبحت الأنظمة والقوانين وإجراءات تنفيذها تحد من قدرة المسؤولين في القطاع على اتخاذ القرارات المتعلقة بتعيين المرشحين الأكثر كفاءة، وذلك يتوجب تقديم عملية اختيار العاملين وفقا لآليات السوق.
 11. عدم تطبيق أنظمة العقوبات والمساءلة في حالة التجاوزات، مما يؤدي إلى ظهور السلوك غير المتوازن من اللامسؤولية لدى بعض الأفراد العاملين مما يؤثر سلبا على الأداء وعلى استمرارية المنظمات الإدارية.
 12. تغلب المصلحة الشخصية على المصلحة العامة.
 13. عدم توافر الخبرات والمهارات الجيدة.
 14. عدم توافر أنظمة المعلومات، مما يؤدي إلى حالة من عدم التأكد في اتخاذ القرار، ومن ثم ارتفاع مستوى حالة المخاطرة، بشكل يؤثر سلبا على عامل التكلفة والوقت والكفاءة والفعالية.
- هذا بالإضافة إلى الاتجاه السائد خاصة في الدول النامية نحو اعتبار القطاع الحكومي وكالة للتوظيف دون الإنتاجية، ودون اعتماد الاعتبارات العلمية في عملية استقطاب العاملين وهو ما يؤدي إلى تدني الإنتاجية وارتفاع التكاليف نتيجة لتزويد الإدارات في القطاع العام بكفاءات بشرية غير مؤهلة، كما أن عدم تمتع الأنظمة والقوانين بدرجة عالية من المرونة يجعل من الصعب تطبيق إدارة الجودة الشاملة.²

¹ مهدي صالح السامرائي، مرجع سابق، ص 351-352.

² موسى اللوزي، مرجع سابق، ص 381-384.

خامسا: الأخطاء الشائعة عند تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

تمثل أهم انتقادين وجها لإدارة الجودة الشاملة في:¹

- فشل تبني إدارة الجودة الشاملة في تحقيق الأهداف المرجوة منها؛
- مكانة إدارة الجودة الشاملة كنظرية في التسيير، وغياب الإجماع حول التعاريف من جهة والخصائص الأساسية لإدارة الجودة الشاملة غير الموحدة من جهة أخرى، وكذا عدم ارتباط إدارة الجودة الشاملة بباقي نظريات التسيير وانفصالها عنها؛

حراك إدارة الجودة الشاملة الدائم جعل من الصعب الثبات على هذه الانتقادات واستمرارها، ذلك بسبب إضافة أفكار وأدوات جديدة كل مرة إلى مفهومها، مما جعل أيضا من الصعب تحديد ما هي عليه فعلا وما ليست عليه، والذي يعتبر تحد وإشكال أمام أي مراقب لإيجابيات وسلبيات مخرجات ونتائج هذا التطبيق.

لذا يعتبر تركيز المنظمات على بعض الأخطاء الشائعة التي تؤدي إلى فشل تطبيق إدارة الجودة الشاملة، أو تبطؤ من نجاحها أمر مهم لمساعدتها على تجنب الوقوع في مثل هذه الأخطاء وبالتالي فشلها، وهذا الفشل يرجع إلى سببين هما:

1. سلوكيات الإدارة أو العاملين في المنظمة أثناء عملية تقديم الخدمة للزبون.²
2. أخطاء فنية ناتجة عن استخدام التكنولوجيا والأدوات الإحصائية المستخدمة في عملية تقديم الخدمة للزبون.³

¹ Bjane Bergquist, Maria Fredriksson, Magnus Svensson, op. cit, P 02.

² قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 309-312.

³ Bjane Bergquist, Maria Fredriksson, Magnus Svensson, op. cit, P 05.

المبحث الثاني: الخدمات الصحية من منظور مفاهيمي.

تحتل الخدمات الصحية دورا مهما في حياة المجتمع أين تساهم في رفاهية أفرادها، وتحسين الحالة الاقتصادية والاجتماعية، فمستوى الخدمة الصحية المقدمة في مجتمع ما، هي مقياس لمدى تقدمه أو تخلفه.

الخدمة الصحية مطلب أساسي لكل إنسان في الحياة، تسعى المجتمعات الانسانية إلى تحقيقه مهما اختلفت نظمها السياسية والاقتصادية، كما تحاول مختلف الدول توفير الامكانيات المناسبة في مؤسساتها الصحية، سواء كانت بشرية أو تقنية أو مالية، للارتقاء بمستوى أداء الخدمة الصحية.¹

المطلب الأول: ماهية الخدمات الصحية.

تعتبر الخدمات الصحية خدمات مرتبطة بحياة الانسان وشفاءه مما يجعلها تنفرد بخصائص ومميزات تزيد من صعوبة وتعقيد تقديمها، فلم تعد تقتصر على تقديم الخدمات العلاجية فقط وإنما امتدت إلى الناحية الوقائية والمشاركة في برامج التكفل والتوعية والاهتمام بالنواحي الصحية مما يفرض الاهتمام بالجودة الموجودة في الخدمات الصحية.

أولا: تعريف الخدمات الصحية.

تعرف الخدمات الصحية بأنها: "جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة، أو إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية".²

كما أنها تعرف على أنها: "الخدمات التشخيصية العلاجية، التأهيلية، الاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية والأقسام المساندة وما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات

¹ عدنان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008/2007، ص 19-23.

² محمد عدنان مريزق، مداخل في الإدارة الصحية، دار الراية، عمان، 2012، ص 35.

المعملية (المختبرية) العادية والمتخصصة، خدمات الإسعاف والطوارئ، خدمات التمريض والخدمات الصيدلانية".¹

ثانياً: أصناف الخدمات الصحية.

تصنف الخدمات الصحية إلى:²

- خدمات صحية مرتبطة بصحة الفرد: وتتعلق بالتشخيص والعلاج وتؤدي عبر الأقسام والمصالح؛
 - خدمات طبية مساعدة: تشمل كل ما يتعلق بالرعاية السريرية داخل المستشفى، ويندرج ضمنها خدمات التمريض وخدمات الصيدلية؛
 - الرعاية الصحية: تهدف الرعاية الصحية إلى تعزيز وتشجيع المستوى الصحي للأفراد والجماعات وترتبط بالجوانب الجسدية والنفسية والعقلية والذهنية والاجتماعية كافة، ومن المفيد الإشارة إلى وجود خطأ شائع في حقل الصحة وهو الخلط بين مفهومي المعالجة الطبية Curing والرعاية الصحية Caring حيث ينظر إليها على أنهما متطابقان، إلا أن ذلك خطأ، لأن المعالجة الطبية ما هي إلا فرع أو ميدان من ميادين الرعاية الصحية، وإذا كانت المعالجة الطبية هي التي تتعامل مع المرضى، فإن الرعاية الصحية لا تنتظر حتى وقوع المرض بل تعمل على منع حدوثه بوسائل عديدة وإذا ما حدث المرض تتدخل لمعالجته، ولا ينتهي عمل الرعاية عند هذا الحد، ففي كثير من الأحيان لا يكفي العلاج وحده بل يتطلب مرحلة لتأهيل المريض بعد إجراء العمل الجراحي والعلاج.
 - يمكننا إضافة قسم آخر لا يمكن إهماله إطلاقاً، يتعلق بصحة المجتمع أو ما يسمى بالخدمات الصحية البيئية و ترتبط بالحماية من الأوبئة والأمراض المعدية، التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات، وهي خدمات صحية وقائية تقيه من الأمراض كاللقاحات وخدمات الرقابة الصحية على متاجر الغذاء، إضافة إلى خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي.
- كما يمكن تصنيف الخدمات الصحية حسب طبيعتها وميادينها إلى ثلاثة أنواع رئيسية هي:

¹ عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات "المفاهيم والتطبيقات"، المنظمة العربية للتنمية الإدارية بحوث ودراسات، 2003، ص 8-9.

² صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة منظور شامل، دار الفكر، عمان، ط1، 2009، ص 36-39.

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

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

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

ثالثاً: خصائص الخدمات الصحية.

تعتبر الخدمة الصحية سلعة اقتصادية غير ملموسة شأنها شأن السلع الخدمية الأخرى، ولكنها تتميز بمجموعة من الخصائص التي تؤثر في الطلب عليها، والمتمثلة في:¹

1. قلة التمييز والتوحيد للخدمة الصحية: صناعة الخدمة الصحية تتجه حيث يتواجد الأفراد، ونظراً لاختلاف طبيعة الأفراد وأمراضهم وحالاتهم النفسية، فإن الخدمة تنتوع من فرد لآخر. نفس الشيء بالنسبة للوحدات التي تنتج الخدمة فإنها تنتوع باختلاف الأمراض والتخصصات.

بالتالي فالخدمات الصحية، مثل الخدمات العلاجية، هي خدمات فردية بمعنى أنها تقدم لكل فرد على حدى في مجالات تخصص معينة.

2. التنبؤ بالطلب على الخدمات الصحية: يؤدي عدم تجانس الخدمة وتباينها من فرد لآخر طبقاً لحاجاته الشخصية إلى صعوبة التنبؤ بالطلب في المنظمات الخدمية.

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

¹ محمد عدنان مريزق، مرجع سابق، ص 36-41.

3. الخدمة الصحية منتج غير ملموس: الأمر الذي يستوجب ضرورة وجود اتصال مباشر قوي وفعال بين مقدم الخدمة (المنظمة الصحية) والمستفيد منها، حتى تتحقق الاستفادة الكاملة من هذه الخدمات.

4. الخدمات الصحية غير قابلة للتأجيل: تتطلب الخدمات الصحية في غالبيتها السرعة في تقديمها، فالإصابة بمرض معين على سبيل المثال يقتضي سرعة علاجه للقضاء عليه عند ظهور الأعراض.

5. الحاجة والطلب على الخدمة الصحية يختلف منظورها من جانب المريض والطبيب ففي الوقت الذي يرى فيه المريض أن التوقف عن العلاج يعد بداية التحسن في صحته، فإن الطبيب يرى العكس وذلك بسبب وجود احتمال حدوث مضاعفات وأعراض جانبية تستوجب متابعة بعد التوقف عن تلقي العلاج.

6. نظرا لكون الخدمات الصحية مرتبطة بالإنسان، فإنه يكون من الصعب في كثير من الأحيان على إدارات المستشفيات أن تعتمد المعايير نفسها والمفاهيم الاقتصادية التي تطبق في الخدمات الأخرى على عملها، فقد يتعارض أحيانا مع الرسالة التي أوجدت من أجلها.

7. لا يعرف المريض أساليب ومراحل العلاج المختلفة التي تعد من اختصاص طبيبه، فهو وحده من يحدد ويقرر الفعالية والكفاءة لتلك الأسباب.

رابعاً: أهداف الخدمات الصحية.

على الرغم من سعي المسؤولين إلى تقديم الخدمات الصحية من أجل تحقيق مجموعة من الأهداف، المتمثلة في تطوير الخدمات الصحية المقدمة وزيادة العائد على رأس المال المستثمر، إلا أنها في نفس الوقت تتحمل مسؤولية اتجاه المجتمع لتحقيق متطلباته المتمثلة في خفض معدلات الأمراض. وزيادة مساهمة الخدمات الصحية في الناتج القومي، كما تعمل الإدارة على إرضاء فريق العاملين من أجل تحسين الأداء برفع الأجور والزيادة في الحوافز، وإرضاء المرضى عن طريق تقليل تكلفة الحصول على الخدمات الصحية المختلفة وتحسين تصميمها. ويرجع تعدد أهداف الخدمات الصحية إلى اختلاف

توقعات كل من العملاء "المرضى" ومقدمي الخدمة، وتنظيم الخدمة ويمكن تصنيف أهداف الخدمة الصحية طبقاً لما يلي:¹

1. أهداف تقديم الخدمة طبقاً لتوقعات المرضى:

- تقريب الخدمات الصحية منهم؛
- الحصول على خدمات صحية ذات جودة عالية؛
- حفظ الحريات الشخصية وحرية الاختيار فيما يخص الطبيب المعالج.

2. أهداف توقعات مقدمي الخدمات:

- حرية الاحتراف المهني واختيار النشاط؛
- إمكانية التحكم في التفوق المهني وجودة العلاج؛
- التحكم في رقابة الحالات المرضية، وفي طرق متابعتها؛
- الاحتفاظ بالأنماط المهنية.

3. أهداف التنظيم:

- الرقابة والتحكم في تكلفة الخدمات الصحية؛
- رقابة جودة الخدمات؛
- الكفاءة والرشادة في استخدام الوسائل المالية والمادية والبشرية المتاحة.

المطلب الثاني: مفهوم الجودة في الخدمات الصحية.

تعتبر الصعوبة الرئيسية في موضوع جودة الخدمات الصحية في تحديدها وقياسها، لذلك سيتم التعرّيج على المحطات التاريخية لمفهوم جودة الخدمات الصحية.

أولاً: تعريف جودة الخدمات الصحية.

بالرغم من الاهتمام المتزايد بجودة الخدمات الصحية وشيوع استخدام مصطلح الجودة في الأدبيات المتخصصة وفي الحياة العامة، فإنه من الصعب إيجاد تعريف لهذا المفهوم يتفق عليه الجميع ويرجع ذلك في الأساس إلى أن مفهوم الجودة يخضع لتقدير الأفراد، ويختلف باختلاف اهتماماتهم وأولوياتهم

¹ علي سنوسي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر أفاق 2010، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 03، الجزائر 2010/2009، ص 39-44.

وأهدافهم¹ من جهة، وأن تعريف الجودة في الخدمات الصحية يعد عملية في غاية التعقيد لأن العديد من أوجه الخدمة الصحية تبدو دائماً غير واضحة المعالم لبعض الأطراف المعنية بها وبالتالي فإن محاولة تعريف الجودة في الخدمات ستعكس وجهة نظر الشخص أو الطرف القائم بالتعريف من جهة أخرى.²

ينظر إلى جودة الخدمة الصحية من الزوايا التالية:³

- **الجودة من المنظور المهني الطبي:** هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، ويحكم ذلك ثلاث نقاط رئيسية هي أخلاقيات الممارسة الصحية، الخبرات ونوعيتها والخدمة الصحية المقدمة.

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

- **الجودة الصحية من الناحية الإدارية:** وتعني بالدرجة الأساسية كيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة وهذا يشمل ضمناً أهمية تقديم الخدمة المناسبة في الوقت اللازم وبالتكاليف المقبولة، ويقدر الاهتمام بالتكاليف وترشيد الموارد يجب الحرص على أن لا يكون ذلك على حساب الجودة في الأداء.

تعرف الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية الجودة بأنها: "درجة الالتزام بالمعايير الحالية والمتفق عليها للمساعدة في تحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة من الخدمة أو الإجراء العلاجي أو التشخيصي". أي أن الجودة هي درجة تحقيق النتائج المرغوبة وتقليل النتائج غير المرغوبة في ظل الحالة المعرفية في فترة زمنية معينة.⁴

من خلال هذا التعريف يلاحظ التركيز على المريض واحتياجاته ورغباته من خلال:

¹ عبد القادر دبون، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية "حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة"، in مجلة الباحث، عدد 11، الجزائر، 2012، ص218.

² صلاح محمد ذياب، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، in مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد العشرين، العدد الأول، 2012، ص 71.

³ عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 35-36.

⁴ حنان الأحمد، تحسين الجودة: المفهوم والتطبيق في المنظمات الصحية، in دورية الإدارة العامة، مركز البحوث معهد الإدارة العامة، المجلد الأربعون، العدد الثاني، الرياض، 2000، ص 13.

- تقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمريض؛

- أفضل النتائج على مستوى الصحة؛

- أقل خطراً أو صفر خطأ؛

- ملائمة لرغبة وقناعة المريض (مستوى الرضا).

وعرفت جودة الخدمات الصحية بأنها: "تحقيق أفضل نتيجة لكل مريض وتجنب المضاعفات التي قد يسببها الطبيب المعالج ثم الاهتمام بالمريض وذويه بصورة تحقق التوازن بين ما أنفقه المريض وما حصل عليه من فوائد إضافة إلى ضرورة التوثيق الفعال للعملية التشخيصية والعلاجية".¹

يعرف Donabedian الجودة على أنها: "تعظيم رضا المريض مع الأخذ بعين الاعتبار كل المكاسب والخسائر التي ستواجهها إجراءات وأنشطة الخدمة الصحية".²

مما سبق يمكن القول أن جودة الخدمات الصحية تغطي جميع العمليات التي تتم داخل المستشفى والتي يقوم بها المهنيين الصحيين والاداريين لتحقيق احتياجات ورضا الزبائن في ظل احترام المعايير المساعدة في تحديد المستوى المطلوب والمرغوب.

ثانياً: التطور التاريخي لمفهوم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية.

إن المتتبع لفكرة الرعاية الصحية سيلاحظ أن الاهتمام بهذه الفكرة قديم قدم الرعاية الصحية نفسها لكن الجديد في هذا الموضوع يكمن في عملية استخدام الطرق العلمية والأساليب الإحصائية لتطبيق برامج إدارة الجودة ووضع المعايير اللازمة لتقويم مستويات الأداء وهو ما تطمح اليه المؤسسات الصحية.

التوجه نحو تطبيق الإجراءات الخاصة بتحسين جودة الخدمات الصحية كان عالمياً وفي نفس الفترة إلا أن درجة التقدم اختلفت من دولة إلى أخرى وذلك بسبب:

- التطور التقني والتكنولوجي الذي عرفته الخدمات الصحية بصورة سريعة، لذا أصبحت معياراً

لتقييم جودة تقديم الخدمات الصحية؛

- انتشار الوعي بين أوساط المستفيدين وعموم المواطنين؛

¹ عبد القادر دبون، مرجع سابق، ص 218.

² Adbulsattar Mohammad Al-Ali, 2014, **Developing a total quality management framework for healthcare organizations**, an intervention at Proceeding of the 2014 international conference on industrial engineering and operations management, Bali, January 7-9, P889.

- تطور تكنولوجيا المعلومات وتوسع امتلاك "المعلومة الطبية" لدى المستفيدين مما خلق الحاجة إلى اعتماد أنظمة معلومات لتسيير المستشفيات.¹

وفيما يلي أهم المراحل التي مر عليها مفهوم الجودة في الخدمات الصحية:

1. في السنوات الأولى (1850-1910) كانت الجودة تركز على تحسين النتيجة، وكان هذا التركيز من السمات البارزة لعصر² "فلورانس نايتنجيل Florence Nightingale وغيرها حيث قامت بإعداد دراسة تعد من أقدم الدراسات العلمية في سنة 1860 لدراسة جودة الرعاية المقدمة في المستشفيات العسكرية الإنجليزية، واشتمل برنامجها الإصلاحي لتحسين الجودة على النظافة والصحة العامة وتحسين نظم التغذية ووضع أسس تنظيمية للإجراءات اليومية للمستشفى³، ووضعت أول مجموعة من المعايير الخاصة بالتمريض، والتي أدت إلى خفض كبير في معدلات الوفيات بالمستشفيات.

2. في سنة 1910 أدى تقرير أبراهم فلكيسنر Flexnor، المبني على دراسة شاملة للكليات الطبية في الولايات المتحدة وكندا إلى إعادة تنظيم جذري للتعليم الطبي في البلاد.⁴

3. في سنة 1917 طورت الكلية الأمريكية للجراحين برنامجا لمعايير معينة تخص أداء المنشآت الصحية وكان أحد أهداف ذلك البرنامج يكمن في وضع طريقة رسمية لاعتماد المستشفيات والتحقق من جودة الرعاية الصحية المقدمة وقد اشتمل برنامج المعايير على أربع نقاط رئيسية:⁵

- التأكيد على أهمية تنظيم الأفراد؛

- التأكيد على أهمية الاجتماعات الشهرية؛

- التأكيد على أهمية الإشراف الفعال الكفاء؛

- التأكيد على أهمية اعتماد الأطباء وإجازتهم المهنية للقيام بممارسة مهنة الطب.⁶

4. سنوات الخمسينيات: نتيجة للارتفاع المتزايد في تكاليف الخدمة الصحية دفع المرضى للمطالبة بنوعية أفضل للخدمات، وهذا ما نتج عنه ظهور أولى المحاولات لتقييم نوعية الخدمات المقدمة التي شملت في البداية ميدان الجراحة، لتعمم فيما بعد على باقي التخصصات الطبية.

¹ Toshihiko Hasegawa, op. cit, P15.

² عدنان مريزق، مرجع سابق، ص 32.

³ Alex Attewell, 2000, **Florence nightingale (1820-1910)**, Bureau international d'éducation, UNESCO, P 179.

⁴ Brenda Helen Sheingold, Joyce A. Hahn, 2014, **The history of health care quality: The first 100 years 1860-1960**, in *International journal of Africa nursing sciences*, Volume 22, Issue 1, P19.

⁵ John M. Luce, MD and Andrew B. Bindman, Philip R.Lee, 1994, **A brief history of health care quality assesment and improvement in the united states**, in *WJM*, Volume 160, Issue03, P263.

⁶ عدنان مريزق، مرجع سابق، ص 32-33.

كذلك شهدت هذه الفترة نتيجة لأبحاث كل من Reiter et Kakosh ابتكار مجموعة من المقاييس والمعايير على شكل أدوات لقياس الخدمة الطبية.¹

كما شهدت هذه الفترة إنشاء اللجنة الأمريكية المشتركة لاعتماد المستشفيات في عام 1952، والتي أعيد تسميتها لاحقاً، لتعرف باسم اللجنة المشتركة لاعتماد مؤسسات الرعاية الصحية وبهذه الطريقة ساعد مفهوم "الاعتماد" Accreditation والاشهاد "Certification" على تطور عملية الجودة، مع مواصلة التركيز على العناصر البنوية وعلى المعايير ذات الصلة بالبنية. وتم إنشاء العديد من المنظمات المهنية لتوجيه الأنشطة المهنية في دائرة اختصاص كل منها نحو اتخاذ معايير معينة وبعض الدلائل الإرشادية لرصد الامتثال لتلك المعايير.² وقد قامت اللجنة الأمريكية المشتركة بإصدار كتيب سنة 1953 عن معايير اعتماد المستشفيات، إذ أصبحت ضرورة مراقبة الجودة حاجة ملحة في المستشفيات بالنظر إلى الوضعيات الحرجة التي كانت تعرفها.³

5. سنوات الستينيات: خلال سنة 1965 اقترحت الرابطة الأمريكية للمرضين دليلاً للتقييم الذاتي يضم 600 سؤال تحت خمسة أبعاد على التوالي: تحديد المريض، حاجات ومتطلبات المريض، تنظيم وتنفيذ الخدمات، تقييم النتائج، إلى جانبها لجنة المصالح الإدارية في كاليفورنيا وضعت برامج لتقييم الجودة، تحوي على 55 معياراً يشمل: محيط وملف المريض، تنظيم الوحدات الصحية. وكان الهدف من وراء هذه البرامج الكشف عن بعض الأخطاء أثناء تقديم الرعاية الصحية.

في سنة 1966 ظهر نموذج Donabedian، حيث وضع معايير ومقاييس الجودة تشمل ثلاثة مستويات: مستوى الموارد، العمليات، النتائج.⁴

6. السبعينيات: لم يتم حتى السبعينات من القرن العشرين تحويل الاهتمام من المعايير المتعلقة بالبنية إلى المعايير المتعلقة بالعملية، واعتمدت بعض الدلائل الإرشادية لهذا الغرض. أهم ما ميز الفترة ما يلي:

¹ John M. Luce, MD and Andrew B. Bindman, Philip R.Lee, op. cit, P265.

² عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 33.

³ Martine D. Merry, Michael G. Crago, 2001, **The past the present and future of health care quality**, The physician executive, P 32.

⁴ John M. Luce, MD and Andrew B. Bindman, Philip R.Lee, op. cit, P266.

- في الولايات المتحدة الأمريكية، طلبت الحكومة إلى القطاع الخاص المساعدة على إقامة منظمات للمراجعة، من أجل وضع معايير للعملية أو الرعاية، وبنها، ورصدها. وقد استغرقت حقبة أنشطة الجودة المتعلقة بالعملية طوال عقد السبعينات واستمرت زمنا طويلا في عقد الثمانينات.¹

- تدعيما لنموذج Donabedian ظهرت نماذج مماثلة سميت بالنماذج الكلية لأنها تحتوي على مجموعة هامة من المعايير منها ما يركز على:²

- العمليات مثل نموذج Nursing. Audit Phaneuf (1976) يشمل 50 معيارا، وطريقة Wandelt et Ager (1974) تشمل 48 معيارا لتقييم الجودة؛
- العمليات والموارد معا: Rush.Medius شمل 340 معيارا؛
- النتائج: نموذج Horn et Swain (1978) شمل 539 معيارا.

إلى جانب الطرق الكلية ظهرت نماذج جزئية متعلقة ببعض التخصصات تشمل مجالات مختلفة كالقصور التنفسي، سوء التغذية، خدمات ما بعد العمليات الجراحية...ظهرت كذلك في هذه الفترة ما يسمى بالمعايير العامة واعتبرت كدليل لتقديم الخدمات الصحية وكأدوات لتقييم الكفاءات لممارسي المهنة.

7. سنوات الثمانينات: خلال هذه الفترة تم تطوير النماذج السابقة، ففي Grenier et 1982 Levesque اقترحا نمودجا لقياس الجودة يحتوي على 25 معيارا خاصا بالجراحة الباطنية وفي سنة 1989 وقد طورا مع مجموعة من معاونيهما نمودجا عاما لتقييم الجودة اعتمادا على نمودج Rush.Medius يعتمد على الموارد والعمليات والنتائج.

سنة 1984 في الولايات المتحدة الأمريكية عن طريق Formella et Shoeder ظهرت برامج تأمين الجودة داخل المصالح العلاجية Unit Based Quality Assurance Program حيث اقترحت النقاط التالية:

- اختيار مواضيع تحسين الجودة من قبل ممارسي المهنة (الأطباء، المرضى،...)
- وضع مجموعة من الشروط والمقاييس من قبل ذوي الخبرة في الممارسة؛
- جعل لكل موضوع أدوات قياس خاصة به؛
- وضع دليل أو مخططات للعمل والعمل على تطبيقها.

¹ عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 33.

² Mark R. Chassin, Margaret E. O'kane, 2011, **History of the quality improvement movement**, Marchofdimes, Volume 6, Issue 2, P 04.

قد كان لهذه البرامج الأثر الكبير في تفعيل أدوات الجودة وذلك عن طريق اقحام ومشاركة جميع الأفراد. ثم نقلت هذه البرامج إلى فرنسا عام 1985 ثم إلى بريطانيا سنة 1990.

ظهرت طريقة جديدة وهي جودة الخدمات التمريضية سنة (1982-1989) تركز في تقييمها للجودة على النتائج، فعرفت هذه النماذج كوسائل فعالة في قياس الجودة.

خلال هذه الفترة كذلك ظهرت توجهات جديدة مثل إدارة المخاطر، وحلقات الجودة، كان الهدف منها كشف وقياس وتحليل الأخطاء تقاديا لحدوثها مستقبلا تعتمد على برامج وقائية من خلالها استطاعت بعض الهيئات الاعتمادية الكشف عن العديد من الأخطاء في استعمال أدوات الجودة.¹

- وفي سنة 1984 تبنت الهيئة الأمريكية المشتركة فكرة متطلبات الاعتماد لتطوير الجودة وملاءمة أساليب تقديم ومراقبة الرعاية الصحية.

حتى إذا حلت أواخر الثمانينات أخذ قطاع الرعاية الصحية يبحث عن طرق بديلة لقياس الجودة وتطويرها، وهكذا بدأ اتجاه الاهتمام يتحول مرة أخرى من المعايير المتعلقة بالعملية إلى المعايير المتعلقة بالنتيجة.²

8. سنوات التسعينات:

ظهر في هذه الفترة تيار جديد وهو إدارة الجودة الشاملة الذي يركز على تخفيض التكاليف في المستشفيات ورفع مستوى رضا الزبون عن طريق:

- تحقيق الجودة على المدى البعيد وبصفة مستمرة؛
- مشاركة ومسؤولية كافة الأفراد في تحقيق الجودة؛
- التدريب والتعليم؛
- تصحيح الأخطاء؛
- الوقاية.

شهدت هذه الفترة توسعا في نشاط الهيئة المكلفة بتقييم الجودة داخل المؤسسات من الولايات المتحدة إلى أوروبا مثل:

¹ Agnès Jacquerye, 1999, *la qualité des soins infirmiers*, édition maloine, Paris, P10-16.

² عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 33.

1. الهيئات الاعتمادية: في أمريكا لجان اعتماد المستشفيات. الهدف منها مراقبة المستشفيات بطلب منها، بواسطة فرق متخصصة في الميدان وفق مجموعة من المعايير والمقاييس الموضوعية والمحددة مسبقاً، تشمل ثلاثة أبعاد أساسية: العناية بالمريض، النواحي المادية والداعمة للمستشفى، تسيير الجودة والوقاية من المخاطر.

2. الشهادة International standard organization: لجأت عدة مستشفيات إلى نظام (ISO 9000) (1994-1993-1991) كمعايير عالمية لضمان وتسيير الجودة داخل المؤسسات الاستشفائية

3. جوائز التسيير: شهدت انتشاراً كبيراً في بلدان أوروبا الشمالية، تشمل تقييماً ذاتياً للمؤسسة المرتكز على تسعة أبعاد (Klazinga, Pollit) هي:

- أبعاد تسييريته: القيادة، الأفراد، استراتيجية المستشفى، تسيير العمليات، تسيير الموارد البشرية؛
- أبعاد خاصة بالنتائج: رضا الأفراد، رضا المريض، صورة المستشفى، النتائج المالية.

في سنة 1992 قامت الهيئة الأمريكية المشتركة بتعديل مسمى الجودة النوعية إلى مسمى تحسين الجودة وتقويمها ومن خلال هذه المحاولات تمت إضافة معايير لتشمل الجانب الإداري والقيادي بدلا من التركيز على خدمات الرعاية الصحية فقط.¹

حاليا يسعى الاتحاد الأوروبي والمؤسسات المهنية المتخصصة للبحث عن وسيلة للتنسيق من أجل تقديم أفضل رعاية للمريض، وضمان حمايته وتوفير جميع وسائل الراحة له.

إن مفهوم الجودة في الرعاية الصحية ليس بمفهوم جديد أو وليد اللحظة أو ظاهرة سوف تنتهي في يوم، فحسب التسلسل التاريخي الظاهر فقد تم ارساء أسس المصطلح وتوضيح مفاهيمه منذ أقدم العصور وتدرج في التطور حتى وصل إلى ما يسمى بتحسين الجودة المستمر وما زال في طور التقدم والتحسين.

فضمان الجودة وتحسينها في مجال الرعاية الصحية هو نتيجة مباشرة لمبادئ الرعاية الصحية الأولية فلا يجب النظر إلى تحسين الجودة على أنها مهمة معقدة ومكلفة إذا أرادت المنظمة الوصول إلى تقديم أفضل الخدمات في الرعاية الصحية والسعي إلى تطويرها وتحسينها.

¹ Martine D. Merry, Michael G. Crago, op. cit, P 31-33.

ثالثاً: العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية.

هناك عدة عوامل تؤثر في جودة الخدمات الصحية وتتمثل في:¹

1. تحليل توقعات المريض: تحتاج المستشفيات إلى فهم اتجاهات المرضى عند تصميمهم الخدمة الصحية.

ويمكن للمرضي أن يحققوا إدراكاتهم للخدمة المقدمة من خلال التمييز بين المستويات المختلفة للنوعية وهي:

- الجودة المتوقعة: وهي تلك الدرجة من الجودة التي يرى المريض وجوب وجودها، وهذا المستوى من الجودة يصعب تحديده في الغالب إذ يختلف باختلاف خصائص المرضى وحالاتهم العلاجية فضلاً عن اختلاف الخدمات التي يتوقعون وجودها في المستشفى؛
- الجودة المدركة: وهي إدراك المريض لجودة الخدمة الصحية المقدمة له من قبل المستشفى؛
- الجودة القياسية: ذلك المستوى من الخدمة المقدمة والتي تتطابق مع المواصفات المحددة أساساً للخدمة والتي تمثل بذات الوقت إدراكات إدارة المستشفى؛
- الجودة الفعلية: وهي تلك الدرجة من الجودة والتي اعتاد المستشفى تقديمها للمرضى.

2. تحديد جودة الخدمات: عندما يفهم المستشفى حاجات المرضى فإنه يجب أن يضع التوصيف

المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة. وهذا التوصيف عادة ما يكون مرتبطاً مع أداء العاملين في المستشفى ومستوى كفاءة الأجهزة والمعدات المستخدمة في إنجاز الخدمة الطبية.

3. أداء العاملين: عندما تضع إدارة المستشفى معايير الجودة للخدمة الصحية المقدمة ويتحقق

الالتزام في تنفيذها من قبل الكادر الطبي في المستشفى فإنها في المقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب.

¹صلاح محمد زياب، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، مرجع سابق، ص73-74.

رابعاً: أبعاد الجودة في الخدمات الصحية.

أكد Kotler على وجود خمسة أبعاد لجودة الخدمة بشكل عام وأن المرضى يعتمدون في تقييمهم للخدمة الصحية المقدمة لهم على أساس مستوى ونوعية الخدمة ومعتمدين على نفس الأبعاد الخمسة وهي:

1. **الاعتمادية:** يرى Cronin بأن الاعتمادية تعني قدرة مقدم الخدمة الصحية على أداء الخدمة التي وعد بها بشكل يمكن الاعتماد عليها، وبدرجة عالية من الدقة. ويرى Slack بأن الاعتمادية في مجال الخدمات الصحية تعني الالتزام بالمواعيد المحددة للمرضى وتسليم نتائج الفحوصات المخبرية والأشعة إليهم حسب المواعيد المحددة وأن الاعتمادية في الخدمات الصحية تعتبر حلاً أو إيجاد الحلول للمشاكل المتوقعة.

2. **الاستجابة:** يرى Lovelock بأن الاستجابة تعني قدرة مقدم الخدمة وسرعة استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم. ويمكن القول أن بعد الاستجابة في مجال جودة الخدمات الصحية هو قيام العاملين في المستشفيات بالاستجابة السريعة في جميع الأوقات للحاجات المرضية وتقديم المساعدة للمرضى على جميع استفساراتهم والشكاوى المقدمة من قبلهم.

3. **الملموسية:** تشير إلى مظهر التسهيلات الداخلية للأبنية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة، والمعدات المادية والبشرية ومعدات الاتصال والتكنولوجيا المستخدمة، والمظهر الخارجي للعاملين، وصالات الانتظار للمرضى، ومكاتب الأطباء.

4. **الأمان (الضمان):** الضمان في مجال الخدمة الصحية ناتج عن اعتماد أو ثقة المرضى بالأطباء وكادر المستشفى، والثقة بمؤهلاتهم ومقدرتهم، ويقصد به معلومات القائمين على تقديم الخدمة، وقدراتهم على الإجابة عن أسئلة المرضى وتقديم الخدمة بكل ثقة، ومن معايير تقييم هذا البعد سمعة ومكانة المستشفى، المعرفة والمهارة لمقدمي الخدمة، والصفات الشخصية للعاملين وحسن المعاملة ونشر الثقة والصدق لمقدمي الخدمة.

5. **التعاطف:** درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمرضى. يشمل هذا البعد اهتمام العاملين في المستشفى بالمرضى اهتماماً شخصياً وتفهمهم لحاجات المرضى، وملاءمة ساعات عمل المستشفى مع أوقات المرضى.¹

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

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

8. **الفعالية والكفاءة:** فالفعالية تعني درجة فعالية تقديم الخدمة للحصول على النتائج المرجوة، أي أن هذا البعد يهتم بأن يتم الاجراء بطريقة صحيحة. أما الكفاءة فتعني تقديم أفضل خدمة في ظل الموارد المتاحة أي أن هذا البعد يهتم بالعلاقة بين المردود والخدمة والتكلفة.²

خامساً: معايير قياس الجودة الصحية.

هناك محاولات لتحسين الجودة في الخدمات الصحية بالاعتماد على مؤشرات مختلفة، وذلك بسبب الاهتمام بجودة وسلامة الخدمات الصحية، وكذا تطور مقاييس للخدمات الصحية التي فتحت المجال لإمكانية قياس جودتها، بينما كان في السابق يتم تقييم وتحليل الأداء في المستشفى بالاعتماد على الأهداف المالية فقط، لذا هناك حاجة للبحث عن مقاربة جديدة تهدف إلى تحسين مخرجات الخدمة الصحية. من بين المقاربات التي يتم الاعتماد عليها المقاربة النُظمية لتحديد معايير قياس الجودة الصحية وذلك بهدف تحسين الجودة بالاعتماد على المؤشرات السريرية (الاكلينيكية) والصحية كمستوى أول، والانتقال بعدها الى مؤشرات الجودة كمستوى ثانٍ، وهو توجه تم اعتماده من قبل اليابان والعديد من الدول

¹ صلاح محمد ذياب، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، مرجع سابق، ص 75-76.

² عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 36-38.

الأخرى إلى جانب جودة وسلامة الخدمة الصحية، لذا يجب اعتماد هذه النظرة والتوجه نحو الخدمات الصحية رغم أن هذا التوجه يكشف صعوبة المقارنة بين مدخلات الخدمات الصحية ومخرجاتها من أجل تقييم الجودة.¹ لذا أصبح قياس جودة الخدمات الصحية ضرورة ملحة ولا سبيل إلى تجاهلها.²

شكل رقم (01-12): نموذج Donabidian



Source: Toshihiko Hasegawa, 2006, A study on organizational reinforcement through total quality management in the health and medical care sector, institute of international cooperation JICA, Tokyo, P28.

حسب المدخل النظمي يمكن ذكر المقاييس التالية:³

1. مقاييس جودة المدخلات: تتضمن:

أ. كفاءة مقدمي الخدمة: (أطباء وإداريين وفنيين ومستخدمين) والتي تتعكس من خلال العديد من المؤشرات منها:

- جودة العلاقات الشخصية بين المرضى والفريق الصحي؛
- درجة معرفة الفريق الطبي بنظم وإجراءات العمل المتبعة بالمستشفى؛
- التمكين الفني (تدريب، خبرة، مؤهلات).

ب. كفاءة الأجهزة والمعدات الطبية: وتتعكس هذه الكفاءة من خلال العديد من المؤشرات منها:

¹ Toshihiko Hasegawa, op.cit , P18,24.

² سيد احمد حاج عيسى، مرجع سابق، ص 79-80.

³ قدور بن نافلة، مرزوق عاشور، إدارة الجودة الشاملة لضمان جودة الخدمات الصحية في المستشفيات، مداخل في الملتقى الوطني حول إدارة الجودة الشاملة وتنمية أداء المؤسسة، جامعة الطاهر مولا، سعيدة، 13-14 ديسمبر 2010، ص 14-16.

- معدلات العمال؛
 - درجة التطور التكنولوجي للأجهزة؛
 - دقة القراءات التي تظهرها أجهزة وأدوات القياس؛
 - تكلفة تشغيل الأجهزة؛
 - طاقة التشغيل القصوى.
- ج. كفاءة نظام السجلات الطبية والمعلومات: وهذا ينعكس من خلال جملة من المؤشرات منها:
- وفرة السجلات الطبية ووضوحها (نظام الفهرسة المتبعة)؛
 - طريقة حفظ السجلات واستخراجها؛
 - مدى كفاية هذه البيانات التي توفرها هذه السجلات؛
 - حداثة البيانات التي توفرها؛
 - سهولة الحصول على المعلومات والبيانات المطلوبة؛
 - طريقة الحصول على المعلومات والبيانات الطبية بما يضمن سريتها وخصوصيتها.
- د. كفاءة نظام إجراءات وأساليب العمل: وتتجلى من خلال:
- انتظام مواعيد العمل بما يضمن تقديم الخدمة الصحية على مدار 24 ساعة يوميا؛
 - بساطة إجراءات الحصول على الخدمات الصحية وكذا إجراءات التحويل بين عناصر الخدمة الصحية؛
 - التحديد الواضح والدقيق لكل إجراءات ومراحل الحصول على الخدمات الصحية.
- هـ. الكفاءة في خصائص الهيكل التنظيمي: ويمكن أن يظهر من خلال:
- درجة وضوح الأهداف؛
 - النظام المتكامل للاتصالات؛
 - وجود نظام للمساءلة والمحاسبة؛
 - انسيابية وسهولة تداول المعلومات بين أقسام المستشفى؛
 - درجة وضوح الإختصاصات والمسؤوليات لدى كل العاملين بالمستشفى؛
 - جودة القرارات الإدارية التي تضمن تحقيق الخدمة الصحية بالسرعة المطلوبة وبأقل تكلفة.

و. كفاءة التسهيلات والامكانيات الأخرى: وتتعكس هذه الكفاءة في العديد من المؤشرات منها:

- التصميم الداخلي للمستشفى؛
- النظافة والمظهر الجمالي؛
- موقع المستشفى من وسائل المواصلات (قربه أو بعده)؛
- عدد الأسرة المتاحة (القدرة الاستيعابية)؛
- مدى وجود محارق للنفايات؛
- مدى توافر موارد للطاقة الكهربائية الاحتياطية؛
- التحديد الواضح لجداول زيارات المرضى.

2. مقاييس العمليات: هي تلك المقاييس التي تركز على جودة المراحل المختلفة لتقديم الخدمة الصحية، وهي تنطوي على مجموعة من المؤشرات التي تم تحديدها من قبل الجهات الاستشارية الخارجية ومنظمة الصحة العالمية، وتوضح هاته المؤشرات النسب المعيارية لكافة عناصر أنشطة الخدمات الصحية (الوقائية، التشخيصية والعلاجية) والتي يجب أن تستوفيها كافة هاته العناصر، لكي يتم تصنيف هاته الخدمات كخدمات صحية جيدة.

3. مقاييس المخرجات: يتم قياس جودة المخرجات من خلال مجموعة من الطرق منها:

- القياس المقارن: أي أن تجري مقارنة كمية بين المعادلات المعيارية (المستهدفة) والأداء الفعلي بغرض اكتشاف أوجه القصور ومحاولة تقاؤها مستقبلاً؛
- استقصاء رضا المريض: بخصوص الخدمات الصحية المقدمة؛
- استقصاء رضا العاملين في المستشفى: لمعرفة كافة المشاكل والمعوقات التي حالت دون تحقيق الأداء المنشود

المبحث الثالث: تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية.

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

وقد أثار النجاح الذي حققته إدارة الجودة الشاملة في القطاعات الأخرى اهتمام المختصين ودفعهم لبحث إمكانية تحقيق نتائج مماثلة في المستشفيات.¹

المطلب الأول: ماهية إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية.

يعتبر مفهوم إدارة الجودة الشاملة مفهوما حديثا نسبيا في القطاعات الصحية، ويستند إلى المبادئ التي وضعها رواد الجودة، أمثال ديمينج وجوران، والتي بدأ تطبيقها في القطاع الصناعي ثم امتدت تدريجيا إلى القطاعات الأخرى بما فيها الخدمات الصحية، لذلك تسعى المستشفيات اليوم إلى انتهاج إدارة الجودة الشاملة باعتباره مدخلا واسع التنظيم يهدف إلى تحقيق التحسين المستمر للجودة في العمليات الخاصة بالخدمة الصحية، إذ تعد إدارة الجودة الشاملة الضمانة الأساسية إذا ما أرادت المستشفى الحفاظ على الزبائن الحاليين والمحتملين.

أولاً: تعريف إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية.

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

¹ علي سنوسي، مرجع سابق، ص 101.

² سيد احمد حاج عيسى، مرجع سابق، ص 81.

ولكي يتم الوصول إلى جودة الخدمات الصحية كمنتج نهائي للمريض لابد من العمل على تخفيض الفوارق بين الخدمة الصحية المنجزة والخدمة الصحية المرغوب فيها من قبل المريض من أجل الوصول إلى رضاه. وهذا لن يتحقق إلا في ظل جهاز إداري تحدوه الرغبة الأكيدة على ضرورة الارتقاء بالمستشفى إلى مستوى الجودة الشاملة.

وقد حققت العديد من المستشفيات في اليابان وأمريكا الشمالية نجاحا ملحوظا في تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة والذي أثبت قدرته على تجنب المستشفيات التكلفة المترتبة على تقديم خدمات صحية بجودة متدنية، وقدرتها على تحسين الأداء المالي، وتخفيض تكاليف الرعاية الصحية، وتقليل الأخطاء وتحسين العمليات، وتحسين مستوى رضا الزبائن وتسهيل عمليات اتخاذ القرارات.

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

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

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

فالشمولية تعني التوسع في مستوى نوعية الخدمات التي يتوقعها المستفيدون من الرعاية إلى كافة الجوانب الخاصة بخدمات المستشفيات. أما التكاملية فيقصد بها أن كل مؤسسة كنظام مكونة من نظم فرعية يعتمد بعضها على بعض، ولكل نظام فرعي برامجه الخاصة، حيث أن تلك النظم والبرامج الفرعية مكاملة لبعضها البعض، ولا تستطيع القيام بوظائفها دون اللجوء لطلب المساعدة من النظم الأخرى. وعلى

¹ عدنان مريزق، مرجع سابق، ص 41.

² نفس المرجع، ص 41.

سبيل المثال لا يستطيع الطاقم الطبي ممارسة وظائفه دون وجود تكامل مع الطاقم شبة الطبي والخدمات المساعدة كالصيدلية والمخابر ومصالح الأشعة.¹

يتم تعريف إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية على أنها: "رضا كل من الزبون، الأطباء، المهنيين الصحيين، الموردين، الشركاء، والمساهمين الاجتماعيين، الذي يتحقق عن طريق التنفيذ الفعال لكل من التخطيط، البرامج، السياسات والاستراتيجيات، الموارد البشرية، وباقي أصول المستشفى، بكفاءة وفعالية وباستمرارية".²

أكثر من هذا تركز إدارة الجودة الشاملة على: رضا الزبون "المريض"، التحسين المستمر، فرق العمل، إدارة العمليات، التنظيم المنهجي systemization، هيكله وثقافة المنظمة، التزام ودعم الإدارة العليا "القيادة"، تميل المستشفيات كبيرة الحجم نحو تبني منهج إدارة الجودة الشاملة في حين تسعى المستشفيات متوسطة الحجم الى تبني التحسين المستمر لتحسين الجودة.³

يشير Gilpark إلى أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة أو التحسين المستمر يستدعي عدم البحث عن الأشخاص المتسببين في الانحراف أو الخطأ ولكن يستدعي التعرف على الأسباب المؤدية إلى ذلك.⁴

ثانيا: أهمية إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات.

تحقق المستشفيات بعض الفوائد نتيجة تطبيقها لمبادئ إدارة الجودة الشاملة، والتي يمكن عرضها فيما يلي:⁵

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

¹ عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 41.

² Faisal Talib, Zillur Rahman, 2011, **Best practices of total quality management implementation in health care setting, in Health marketing quarterly magazine**, Volume 28, Issue 3. 2011, P 234-235.

³ Faisal Talib, Zillur Rahman, op. cit, P 235.

⁴ قورين حاج قويدر، رضوان أنساعد، أثر رأس المال الفكري على تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية، مداخلة في الملتقى الدولي حول رأس المال الفكري في منظمات الأعمال العربية في الاقتصاديات الحديثة، جامعة الشلف، 2011، ص 07.

⁵ عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 41-43.

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

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

- **القضاء على اختلافات الممارسة الاكلينيكية (العيادية):** من أهم المشكلات التي تواجه المنظمات الصحية اختلاف الطرق التي يؤدي بها الأطباء عملهم، وما له من انعكاسات على مستوى الجودة والكفاءة. ويسهم تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في القضاء على اختلافات الممارسة الاكلينيكية، واختيار أفضل الطرق لأداء العمل وفقاً للأدلة والحقائق العلمية. وفي أربعة مستشفيات تابعة لمركز "انتر ماونتنتن" وجدت الاختلافات التالية بين مجموعة متماثلة من المرضى الذين أجريت لهم عملية جراحية معينة من قبل ستة عشر جراحاً تابعين للمركز، تراوحت مدة العملية بين (20) إلى (90) دقيقة، وتراوح وزن الأنسجة المستأصلة في العملية بين (13) إلى (45) غراماً، وتراوح مدة بقاء المريض في المستشفى بين (2.7) إلى (4.9) يوماً، مما يعكس تفاوتاً غير مبرر في الأسلوب الاكلينيكي المتبع. وقد تمكن فريق التحسين المكون من مجموعة من الجراحين المعنيين من دراسة هذه الاختلافات، ومن ثم تحديد الأسلوب الأفضل لإجراء هذه العملية الجراحية، وبالتالي القضاء على هذه الاختلافات.

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

ثالثاً: مبررات تبني إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية.

يمكن تصنيف أهم مبررات تبني إدارة الجودة الشاملة على النحو التالي:¹

1. القوى العاملة:

- ضعف التوازن في توزيع القوى العاملة المتخصصة والفنية والطبية المساعدة بين المستشفيات، وبين الأقسام الداخلية للمستشفى الواحد وذلك نتيجة غياب المعايير القياسية للقوى العاملة حسب الطاقة الاستيعابية وطبيعة الخدمات المقدمة؛
- قصور برامج التدريب والتعليم المستمر في المستشفيات في تحديد متطلبات القوى العاملة كما ونوعاً؛
- نقص في الوصف الوظيفي للعاملين في التخصصات الطبية والفنية والطبية المساعدة وتداخل بعض هذه الاختصاصات مع عدم وضوح صلاحياتها ومسؤولياتها؛
- حساسية العمل في المستشفيات وقصور الحوافز المادية والمعنوية المعمول بها أو عدم جدواها في حفظ العاملين على الارتقاء بمستوى أدائهم؛
- عدم توافر المناخ التنظيمي الذي يساعد على خلق اتجاهات إيجابية لدى مختلف فئات العاملين بالمستشفى؛
- عدم استقرار القوى العاملة وقلة الولاء للمستشفيات التي تعمل بها.

2. التقنيات والتجهيزات الطبية:

- عدم كفاية المعايير القياسية المعمول بها في تحديد حجم ومواصفات التجهيزات الطبية المساعدة اللازمة لكل قسم من أقسام المستشفى حسب طبيعة وحجم العمل؛
- تباين كفاءة ومستوى جودة أداء التجهيزات الطبية بالمستشفيات نتيجة غياب المواصفات القياسية لهذه التجهيزات وتنوع مصادرها، والتركيز في كثير من الحالات على تكلفة توفيرها وليس كفاءة أدائها؛
- تقادم بعض التجهيزات وتخلفها عن مسايرة التطورات التقنية في مجالها، إضافة إلى كثرة أعطالها وقلة كفاءة أجهزة الصيانة بالمستشفى؛
- قصور عمليات التخطيط اللازمة لتحديد أوقات واحتياجات التجديد والإحلال أو الاستبدال أو رفع كفاءة التجهيزات الطبية المتاحة.

¹ عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة، مرجع سابق، ص 17-19.

3. تأمين الاحتياجات الطبية ومستلزمات التشغيل:

- قصور التخطيط السنوي لتحديد احتياجات المستشفى من المستلزمات الطبية ومستلزمات الإعاشة والخدمات الأخرى، ومواجهة عجز بعض هذه المستلزمات؛
- عدم وفاء بعض الموردين بالتزاماتهم التعاقدية ومواجهة العجز في بعض هذه المستلزمات والاحتياجات الطبية والخدمية بشكل سليم، مما يؤثر سلباً على كفاءة وجودة الخدمة؛
- ارتفاع معدلات استهلاك الأدوية والمستلزمات الطبية والخدمية بشكل ملحوظ نتيجة عدم كفاءة النظم المعمول بها في الصرف ومراقبة الاستهلاك.

4. نظم التشغيل:

- قصور أنظمة وسياسات التشغيل وإجراءات العمل المكتوبة والموحدة لأقسام المستشفى وما يتبع ذلك من تباين في أساليب العمل بين الأقسام المختلفة وصعوبات في التقييم والرقابة ومعالجة المشكلات؛
- ضعف نظم المعلومات بالمستشفيات وقصور أنظمة التغذية المرتدة مما يؤثر سلباً على كفاءة وتوازن الخدمات التي تقدمها المستشفى؛
- غياب أو عدم كفاية المعايير والمواصفات القياسية التي تحكم تقديم مختلف الخدمات الطبية والفنية والإدارية وما يتبع ذلك من قصور في مستوى جودة وأداء هذه الخدمات وصعوبة تقييمها؛
- قصور نظم العمل الداخلية (اللوائح والقرارات التنظيمية) وما يترتب على ذلك من فسح المجال للتفسيرات الشخصية في معالجة المشاكل أو اتخاذ القرارات.

5. المستفيدون من خدمات المستشفى:

- تزايد الضغط على خدمات وإمكانيات المستشفى نتيجة لقصور الوعي لدى طالبي الخدمة وعدم تفهمهم لدور المستشفى الصحيح في تقديم الخدمات الطبية؛
- عدم وجود نظام واضح ومفهوم لدى المستفيدين من خدمات المستشفيات، وما يترتب على ذلك من تزايد الضغط على العيادات الخارجية في المستشفيات، وما يتبع ذلك من انخفاض مستوى جودة الخدمات المقدمة؛
- كثرة عدد المرضى في الغرفة الواحدة وعدم تمكنهم من مراجعة نفس الطبيب بصفة مستمرة؛
- كثرة الشكاوى المبنية على مفاهيم خاطئة، وما يترتب على ذلك من ردود فعل وتحفظات من الفريق المعالج تنعكس سلباً على مستوى الخدمات المقدمة.

6. المباني والمرافق:

- قدم بعض المباني وقصورها عن الوفاء بمتطلبات العمل سواء من حيث الحجم أو التصميم أو الحالات الانشائية؛
- عدم وفاء بعض شركات التشغيل والصيانة بالتزاماتها التعاقدية وانعكاسات ذلك سلبا على كفاءة المباني والمرافق؛
- عدم وجود مقاييس معيارية لتحديد نوع وحجم مساحات المستشفيات أو الأقسام التي تضمها وطريقة توزيعها مكانيا حسب حجم العمل وسياسات التشغيل ونوع الخدمات التي تقدمها.
- 7. سوء معاملة المرضى في بعض المستشفيات الحكومية من بطء في استجابة أفراد الجهاز التمريضي لاحتياجاتهم؛
- 8. استعجال بعض الأطباء في تشخيص حالات المرضى وفي كثير من الأحيان دون إجراء الفحوصات والتحليل اللازمة؛
- 9. عدم اهتمام إدارة بعض المستشفيات بشكاوى المرضى والتفرقة في معاملتهم على أساس العلاقات الشخصية؛
- 10. سوء أماكن الإقامة ووسائل الاعاشة والخدمات المرتبطة بها في بعض المستشفيات الحكومية.

رابعا: متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية.

إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية يتطلب إجراء بعض التغييرات منها:¹

- التركيز على تحسين العمليات حيث لم يكن يهتم القطاع الحكومي سابقا بمشكلة تكلفة تقديم الخدمات ومع تزايد عجز الموازنات الحكومية اتجه الاهتمام على المستوى المحلي إلى الكفاءة والفاعلية والخصخصة و عقود التشغيل، إضافة إلى الاهتمام المتزايد بالإنتاجية وتقليل التكلفة، وأن الجودة يمكن تحقيقها من خلال طرق إدارية جديدة كالجودة الشاملة؛
- إشراك وتفويض السلطة للموظفين لصنع القرارات؛
- المستفيدون من الخدمة الصحية هم المرجعية لمعرفة مستوى جودة الخدمة المقدمة لهم مع ما يترتب على ذلك من المداومة على استطلاع آراء المستفيدين والعاملين بشأن تحديد دواعي جودة الخدمة؛

¹ عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة، مرجع سابق، ص 18-19.

- اعتماد القرارات في المستشفيات الحكومية على الحقائق من خلال استخدام المناهج العقلانية وأدوات القياس الفعالة للأداء؛
- التحول من الطرق الفردية لأداء العمل إلى الطرق الجماعية؛
- الحاجة إلى نظام تعليمي وتدريب مناسب على مهارات حل المشكلات وديناميكية الجماعة وتطوير الموظفين؛
- مراجعة نظام تقديم الخدمات وخاصة السياسات والإجراءات ومتابعة أشكال سوء التعامل مع المستفيد؛
- وضع معايير للخدمة من خلال الاستعانة بآراء المستفيدين مع مراعاة العمل على تحسين الأداء باستمرار؛
- رفع شعار التفوق في الجودة والخدمة أساس للمستشفى وتعميم ذلك على جميع العاملين فيها؛
- تطوير الخطط اللازمة لتحسين جودة الخدمة، وجعلها موضع التنفيذ، وذلك من خلال المحافظة على أن تكون ضمن إطار النقاط السابقة .

المطلب الثاني: محددات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية.

أثناء تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات يتوجب عليها تحديد العوامل الأساسية لنجاح العملية والتنبؤ ورصد الصعوبات والعوائق التي قد تواجهها من أجل تجنبها وتحديد الخطط البديلة والوقائية، وقد عرضت العديد من الدراسات أهم عوائق نجاح إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية وسيتم عرضها فيما يلي.

أولاً: الصعوبات التي تواجه تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية.

- تواجه المؤسسات الصحية العديد من الصعوبات أثناء سعيها لتطبيق إدارة الجودة الشاملة منها:
- طبيعة مهام الرعاية الطبية: حيث تتصف بالغموض وعدم الوضوح وعدم اليقين من النتائج مما يصعب عملية تحديد أهداف قابلة للقياس، كما أن الأخطاء غير قابلة للإصلاح وتتطوي على تكلفة معنوية ومادية عالية؛

- طبيعة البناء التنظيمي للمنظمات الصحية وتعقيده وخاصة من حيث مفاهيم السلطة والقوة والسيطرة وما يتصف به من تعداد الأقطاب، مما يجعل من الصعب تحديد نطاق السلطة والتأثير داخل المنظمة؛¹
- طبيعة العناصر البشرية العاملة: من المعروف أن العنصر البشري هو الأكثر حسماً في عملية إنتاج وتقديم الخدمة الصحية. كما أن المهنيين في المنظمة الصحية تحكم أدائهم الطبي مبادئ وأخلاقيات قوية كمبدأ عدم التسبب بأي أذى لمرضاهم، وعلى ذلك فإن أي عمل يضمن تحمل المخاطرة أو استعمال طرق جديدة غير مثبتة في الرعاية يمكن أن ينتج عنه رفض أو انتقاد أعضاء المهنة إضافة إلى المخاطرة القانونية المترتبة على ذلك؛
- طبيعة العلاقة بين الأطباء ومرضاهم: أو ما يعرف بالنموذج الطبي والذي يتعارض مع معظم التغييرات والتعديلات والتكيفات حيث لا يسمح هذا النموذج بالتدخل بين الأطباء ومرضاهم من أي طرف آخر؛
- تعدد الجهات الخارجية ذات المصلحة بأنشطة وعمليات منظمات الرعاية الصحية والتي لا بد من التوفيق بين مصالحها وأهدافها وأهداف المنظمة.²

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

تؤكد العديد من الدراسات أهمية تبني المستشفيات لإدارة الجودة الشاملة، وذلك لمواكبة الأدوار التي أصبحت تلعبها هذه المستشفيات في العديد من المجالات، وهي تؤكد على أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يحقق وفورات كبيرة في تكلفة أداء الخدمات فضلاً عن كونها تعمل على التطوير السريع والمستمر في جودة الخدمات المقدمة، وهي تسعى لتحقيق رغبات الزبائن والوصول بمستوى الجودة إلى المستوى الذي يرضي طموحاتهم ويخفض من مستوى الشكوى لديهم.

لذا فإن نجاح تحقيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات يتطلب عوامل محددة تتمثل في:³

1. يجب على المستشفى أن تحدد مهمتها الأساسية والجوهرية، وماهي قدراتها الأساسية كي تركز عليها من أجل التبنّي الناجح لإدارة الجودة الشاملة.

¹ Abdulsattar Mohammad Al-Ali, op. cit, P890-891.

² Ching- Chow Yang, 2003, **The establishment of TQM system for the health care industry**, in The TQM magazine, Volume15, Issue2, P94

³ Toshihiko Hasegawa, op. cit, P 27-29.

2. يجب توضيح المكاسب من تقديم الخدمات الصحية، وكذا المقابل الذي سيكسبه المريض من دفع ثمن الخدمة الصحية، طبيعة النشاطات التي يتوقع المريض أن تحقق درجة الرضا، وكذا دور الموردين.

3. يجب أن تقتنع الإدارة العليا في المستشفى بأهمية مزايا تطبيق إدارة الجودة الشاملة وتقتنع جميع العاملين في المستشفى، وأن تكون لها رغبة في تحقيق ثقافة إدارة الجودة الشاملة.

4. ترتفع تكاليف تطبيق النظام في أول الأمر ثم تأخذ في الانخفاض التدريجي حتى تستقر عند حجم معين وعندها يبدأ النظام بالكشف عما به من مزايا وفوائد.

5. يتطلب النظام في كثير من جوانبه تغييرا في السياسات والمفاهيم والاستراتيجيات والهياكل التنظيمية في المستشفى.

لنجاح تطبيق هذا النظام تحتاج المستشفى إلى نظم فعالة ومساندة أهمها:

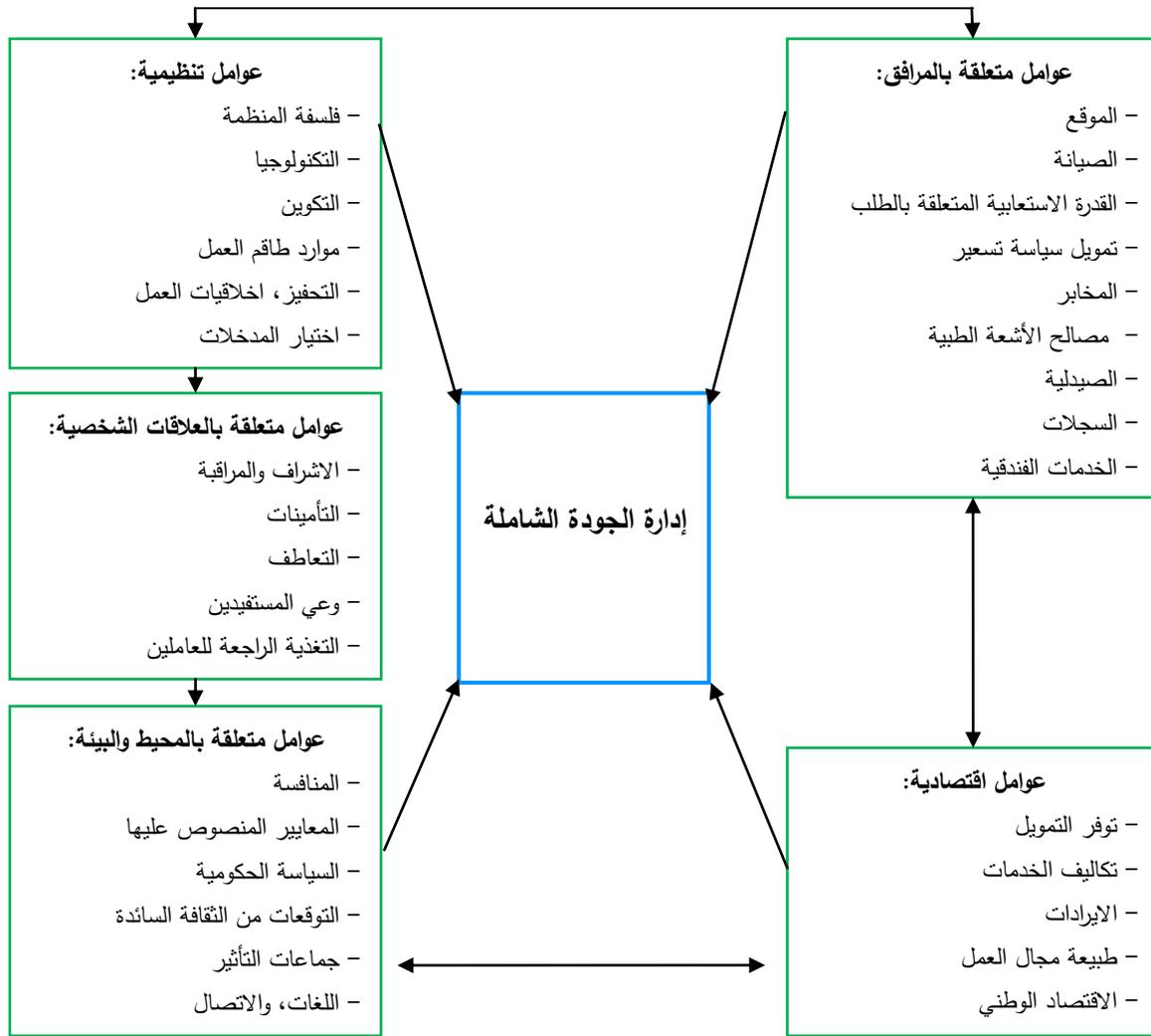
- الترويج لهذا النظام وتسويقه لدى العاملين في مجال الخدمات الصحية داخل المستشفى أو المتعاملين معها (المرضى، الجمهور الخارجي، الموردين...)
- نظام فعال للعلاقات الإنسانية يهدف إلى تعميق الولاء التنظيمي ويحقق ويعمق مفهوم أن الجودة العالية هي مسؤولية كل فرد في الوحدة الصحية؛
- فهم واضح لأساليب وطرق الرقابة الإحصائية ونظام فعال لتشغيل البيانات والمعلومات لدعم نظام الجودة وعملية اتخاذ القرارات؛
- نظم فعالة للاتصالات والتنسيق والتكامل بين مختلف الإدارات والوحدات.

6. تظهر الملامح الجيدة لتطبيق هذا النظام بسرعة في المستشفيات حيث الإمكانيات العالية والعناصر البشرية الفعالة والمناخ الملائم وحرية اتخاذ القرارات.

7. يحتاج هذا النظام قبل تطبيقه إلى دورات مكثفة وإلى الاستفادة من تجارب المستشفيات التي نجحت في هذا المجال.

يمكن تمثيل أهم عوامل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات في الشكل الموالي:

شكل رقم (01-13): عوامل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات



Source: Johnson Olabode Adeoti, 2001, Total quality management factors: An empirical study of Kwara state government hospitals, in *Ethno Med*, Volume 5, Issue1, P18

ثالثاً: عوائق نجاح إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية.

رغم أن إدارة الجودة الشاملة حظيت باهتمام بالغ في أدبيات الإدارة والدراسات المهمة بهذا المجال واستطاعت أن تحتفظ بهذا البريق لفترة طويلة، إلا أن الدراسات التي تناولت الفكرة لم تخل من تجارب فشل متعددة وجهت الاهتمام إلى بحث معوقات نجاحها، وعدم تحقيقها النتائج المتوقعة منها. يمكن ذكرها على النحو التالي:¹

1. دراسة بارديت: تشير هذه الدراسة إلى أن ثلث المؤسسات التي طبقت إدارة الجودة الشاملة فقط راضية عن نتائجها، ويرجع ذلك إلى المنهج الذي تعتمد عليه لحل المشكلات والذي يبدأ بتقسيم المشكلة إلى أجزاء صغيرة ودراسة كل جزء وتعديل ما يلزم فيه وإعادة تجميع الأجزاء بعد تحسينها، ويتجاهل هذا

¹ سيد احمد حاج عيسى، مرجع سابق، ص 87-88.

المنهج الحركة الديناميكية بين الأجزاء ويقلل من أهمية التفكير في المشكلة كنظام، مما يقصر فاعليتها على حالات التحسين التدريجي، ويضيف أنه بدلا من التساؤل حول كيفية تطوير عمل معين من الأفضل التساؤل حول جدوى هذا العمل أساسا ومدى ما يضيفه من قيمة.

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

3. دراسة دال وزملانه: توجز هذه الدراسة عوائق النجاح التي أشارت إليها الدراسات في عدم توافر العوامل التي تدعم وتساند الفلسفة وتخلق البيئة المناسبة لنجاحها، والتي تتمثل في قيادة غير ملتزمة بالفلسفة والخوف من التغيير، ونقص المهارات والتدريب على حل المشكلات، والفشل في استكمال مشروع الجودة الشاملة، وتفكك وعدم استمرارية مجموعات تحسين الأداء، ونقص الموارد المخصصة، وعدم كفاية المعلومات وطرق تحليلها.¹

4. دراسة Ching-chow Yang: تقترح هذه الدراسة العوائق التالية لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

- صعوبة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية إن لم يتم التعرف على أساس وجوهر الخدمات الصحية ولماذا هي موجودة؛
- صعوبة فهم الطريقة الجديدة لأداء الأعمال بسبب كثرة المصطلحات الجديدة والتي تكون غريبة على الطاقم الطبي؛
- وجود قادة ذوي اختصاصات محددة وصلاحيات واسعة وعدم تقبلهم الآراء من باقي العاملين؛
- انتشار تصور لدى الطاقم الطبي أن ممارسات إدارة الجودة الشاملة تساعد فقط في الجوانب الإدارية ولا يمكنها أن تحسن في الجوانب العلاجية، مما يجعل حماسهم يقل اتجاه تبني إدارة الجودة الشاملة؛

¹ سيد احمد حاج عيسى، مرجع سابق، ص 87-88.

- نقص الموارد البشرية المتخصصة مما يشكل ضغطا على العاملين لإنهاء المهام وعدم وجود فرصة للتركيز على الجودة أو المشاركة في تطبيق طرق وأساليب جديدة من شأنها تحسين الخدمات الصحية؛

- الاستقلالية المهنية professional autonomy: المعالجين، الأطباء، المهنيين الصحيين، وغيرهم من العاملين الصحيين يعملون بصورة مستقلة في مجالات عملهم، مما يجعل مراحل إنتاج وتقديم الخدمة الصحية تتميز بأنها منفصلة، ويكون من الصعب التنسيق والتعاون بين مختلف المجموعات والفرق؛

- سيطرة المتطلبات الداخلية حيث تميل المستشفيات نحو التركيز على المتطلبات والاحتياجات الداخلية الخاصة بالمعالجة والرعاية الطبية على حساب احتياجات المرضى.¹

بالإضافة إلى الدراسات السابقة فإن المستشفيات تواجه المعوقات والصعوبات التي تظهر عند التطبيق لعل أهمها:

1. عامل الوقت: فقد يحتاج تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى وقت كبير نسبيا مقارنة بالمفاهيم والنظم الأخرى (إذ يحتاج التدريب وتطبيق النظام إلى فترة تتراوح بين 18 إلى 20 شهرا).²
2. عامل الثقة: فالنظام يستمد حيويته وكفاءته من ثقة العاملين والإدارة فيه، فإذا انعدمت أو انخفضت الثقة يفشل النظام أمام أول عقبة تعترضه.
3. الاستقرار التنظيمي: يحتاج النظام إلى درجة عالية من الاستقرار التنظيمي، لذلك فتغير القيادات والمسؤولين عن تطبيق النظام قد يعجل بانتهائه خاصة في المستشفيات الحكومية بالدول النامية.
4. الأعباء التنظيمية: يحتاج إلى أعمال وإجراءات كثيرة كما يحتاج إلى بعض التغيرات في هياكل المستشفى.³
5. عامل التقييم: صعوبة وضع مواصفات ومعايير ومقاييس للأداء الطبي يمكن من خلالها تقييم الأداء، وتدخل التقديرات الشخصية وعدم الموضوعية عند وضع هذه المعايير.⁴
6. الفضل: فقد يصبح النظام شماعة لتعليق الأخطاء عليها بدلا من أن يصبح أداة رئيسية للتحسين والتطور.

¹ Ching-chow Yang, op. cit, 95.

² Mosadeghrad. AM, 2013, **Obstacles to TQM success in health care systems**, in International Journal of Health Care Quality Assurance, Emerald article, Volume26, Issue 2, P 148-149.

³ Prabha Ramseook- Munhurun, Arkrasunsingh Panchoo, 2011, **TQM adoption in a public hospital: evidence from Mauritius**, in Global journal of business research, Volume 5, Issue3, P 69.

⁴ Mosadeghrad. AM, op. cit, P 148-149.

- في حين تواجه الدول النامية تحديات تختص بها في مجال الخدمات الصحية أهمها:
- النقص الحاد في الموارد من حيث الكم والنوع لكل من: المهنيين الطبيين، الأدوية، المنشآت، والمعلومات وذلك بالمقارنة مع النسبة السكانية الواجب خدمتها، لذا تكون أغلبية المؤسسات حكومية ولا يملك المستفيدون بدائل أخرى في حالة عدم كونهم راضين عن الخدمات المقدمة؛
 - صعوبة الحصول على الخدمات الصحية إلى جانب نقص الموارد أين يوجد غياب تام لمؤسسات صحية في بعض المناطق السكانية وعدم توفر وسائل نقل تتيح للمستفيدين الوصول في الوقت المناسب من أجل تلقي العلاج؛
 - انخفاض القدرة على الدفع بسبب انخفاض المداخيل الفردية للمستفيدين وعجزهم عن دفع المستحقات الطبية والعلاجية مما يدفع بحكومات هذه الدول لتغطية التكاليف، بينما يتحمل المستفيدون نسبة صغيرة، وهناك محاولات لإنشاء صناديق ضمان اجتماعي لتغطية هذه التكاليف رغم أنه في أغلبية الحالات تتم التغطية بالاستعانة بمداخيل الضرائب، وهذا ما يجعل المريض عاجزاً عن المطالبة بحقوقه؛
 - ضعف الحافز لدى العاملين بالمستشفيات بسبب نقص الموارد والظروف الحرجة التي يعملون فيها، حيث أن الأغلبية تعمل في القطاع العام بأجور منخفضة مع وجود نقص في معرفة حدود المسؤوليات الموضوعية على عاتقهم والمتعلقة بتقديم الخدمات الصحية، مما يدفع بالعديد على التوجه نحو فتح عيادات خاصة؛
 - انتقال التركيز من الأمراض المعدية والاصابات إلى الأمراض المتعلقة بنمط الحياة أو ما يعرف بالتغير الوبائي؛¹
 - ضعف إمكانيات الحصول على الخدمات الصحية؛
 - قلة البدائل المطروحة.²

¹ Toshihiko Hasegawa, op. cit, P40.

² Ibid, Piv-vi.

خلاصة الفصل:

تم في هذا الفصل استعراض كل من المفاهيم المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة ومختلف النماذج المتعلقة بتطبيقها في المنظمات الخدمية، مروراً بالخدمات الصحية من منظور مفاهيمي ليتم الانتقال إلى تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية التي تحتاج تهيئة وتوفير مجموعة من العناصر والمتطلبات التي تسهم في وضع مبادئها ومفاهيمها موضع التنفيذ الفعلي وتضمن التبنّي الناجح لإدارة الجودة الشاملة، إلا أنها تواجه العديد من المعوقات والأخطاء في التطبيق التي تعوق نجاح وفرص اعتماده، وهو الأمر الذي يدعو إلى أهمية فهم وإدراك المعوقات والأخطاء والتحذير المسبق منها لكي يمكن إيجاد الحلول المناسبة للتغلب عليها ومواجهتها مما يفرض على المنظمة دراسة البيئة الداخلية لمعرفة أهم المعوقات التي تحول دون التطبيق الناجح لها من جهة، ومعرفة أهم عوامل النجاح التي يمكنها أن تساهم في التطبيق الناجح أو ما اصطلح عليه بالعوامل الحرجة لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

الفصل الثاني

متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات

تمهيد:

مما لا شك فيه أن نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية مرهون بتهيئة البيئة الملائمة لذلك عن طريق استخدام الأساليب والأدوات المناسبة لقياسها ومراقبتها. بالإضافة إلى حاجة المستشفيات لدراسة أهم العوامل الحرجة التي تساهم في التطبيق الناجح لها والذي يعمل على تحسين المخرجات الصحية كالححد من انتشار العدوى داخل المستشفيات، تخفيض معدلات الوفيات، متوسط فترات المكوث داخل المستشفى عن طريق تحسين وتطوير المستشفى ككل بدل تطوير المهارات الطبية والمهنية الفردية، بالتالي تحقيق التسيير الفعال فيها. وقد سعت العديد من الدول إلى تبنيها في القطاع الصحي من بين أهم المشروعات مشروع The national demenstration project & quality improvement in medical care الذي أطلقته أمريكا بالإضافة إلى مقارنة 5S- kaizen- TQM في كل من آسيا وأفريقيا أين تم تقديم إدارة الجودة الشاملة على أنها سبيل لتحسين العمليات وإدارة المنشآت الصحية التي لا تتطلب زيادة نوعية في الميزانيات بحيث أشارت دراسة أجرتها المنظمة العالمية للصحة إلى أن إدارة الجودة الشاملة لها أثر إيجابي في خفض معدلات الوفيات في الدول التي طبقتها والتي تعتبر إحدى أهداف الألفية للتنمية، يتوقع أنها لن تساعد فقط في تحسين خدمات المستشفيات بل أيضا يمكن تطبيقها في القطاع الحكومي للصحة.

لذلك سيتم التطرق في هذا الفصل إلى أهم المواضيع المتعلقة بتطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية كما يلي:

المبحث الأول: أساليب وأدوات إدارة الجودة الشاملة.

المبحث الثاني: العوامل الحرجة لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

المبحث الثالث: مقارنة 5S-kaizen- TQM في الخدمات الصحية.

المبحث الأول: أساليب وأدوات إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية.

تملك المنظمات مداخل عديدة لتحسين الجودة فالبعض منها تجد أن تحسين الجودة مسؤولية المجموعات الفنية المتخصصة في حين أن البعض الآخر يرى أن تحسين الجودة هي مسؤولية جميع العاملين، كما أن بعض المنظمات تجعل تحسين الجودة استجابة لدور التكنولوجيا المتزايد في العمليات، والبعض الآخر يرى أن تحسين الجودة هو استجابة لحاجة إنسانية لحل المشكلات، وبغض النظر عن هذه المداخل فإن إدارة الجودة الشاملة تقدم مجموعة كبيرة ومتنوعة من الأدوات والأساليب مما يلغي احتمال الحل الجاهز والواحد، فهناك أدوات وأساليب عديدة يمكن استخدامها في تحسين الجودة بحسب ما تمر به المنظمة من ظروف وسبب توجهها وتبنيها لإدارة الجودة الشاملة، سيتم عرض مختلف هذه الأدوات والأساليب.

المطلب الأول: أساليب إدارة الجودة الشاملة.

تقترح إدارة الجودة الشاملة مجموعة من الأساليب التي يمكن أن تتبعها المنظمة من أجل تسهيل تبني وتطبيق إدارة الجودة الشاملة منها:

أولاً: حلقة The PDCA.

لقد أشار Thoshihiko أنه لا يوجد شيء يسمى طريقة إدارة الجودة الشاملة، وأن جوهر TQM هو مراقبة الجودة، المهم في مراقبة الجودة هو الانتباه والتفطن إلى الاختلافات والانحرافات في الوقت والمدة بين البيانات المقاسة لايجاد أين وفي أي شكل تظهر، هذه الخطوة من البحث في أسباب الاختلافات والانحرافات تعتمد على فكرة أن هذه الأسباب لها أيضاً انحرافات وأخطاؤها الخاصة بها، TQM تسعى لتحقيق إدارة الجودة في دورة عمليات تعرف بـ PDCA.¹

تتمثل طريقة PDCA في تحسين تسيير الجودة، تم تطويرها في سنوات الخمسينات عن طريق أربع مراحل تتمثل في:²

1. Plan "التخطيط": بعدما تقوم المنظمة بتحديد احتياجات الزبائن، ووضع تشخيص داخلي، تحدد

سياسة الجودة الواجب اتباعها والأقرب لتحقيق الأهداف القابلة للقياس. وتعتبر هذه المرحلة مهمة كونها تحدد توقعات المنظمة من نظام الجودة، والكيفية التي ستقيس بها فعالية الإجراءات والاستعدادات

¹ Toshihiko Hasegawa, op. cit, P07.

² Florence Gillet- Goinard, Bernard Seno, 2009, **Réussir la démarche qualité appliquer des principes simples**, Groupe Eyrolles, Paris, P 36-37.

الموضوعة. تنتهي عندما تصبح الأهداف محددة وثابتة، وأن تكون خطة العمل الخاصة بالتوقعات مرسومة كونها تحدد من سيقوم بالعمل والفترة الممنوحة للقيام به.

2. " Do " التنفيذ: بعد تحديد الأهداف ووضع خطة العمل ومشاركتها وتوضيحها للعاملين، يصبح من الممكن المباشرة في تنفيذها، وعادة ما تكون هذه أطول مرحلة.

3. " Ccheck " الفحص والمراقبة: تتعلق هذه المرحلة بالتأكد من أن خطة العمل يتم تنفيذها بالشكل الصحيح، وأن النتائج المحققة متماسكة ومتوافقة مع الأهداف الموضوعة، خلال هذا التسلسل يستعمل المسؤول عن الجودة للاستمرار في تخطيط أدوات منها: مؤشرات مراقبة المنتجات Les contrôles produits, لوحة القيادة Tableau de bord, مخطط غانت Gantt actualisé التدقيق الداخلي Les audits internes,

4. " Act " الخطط العلاجية: بحسب نتائج الفحص يتم المراقبة والمعالجة، ففي حالة كون النتائج متوافقة مع الأهداف الموضوعة تصبح هذه المرحلة مرحلة تثمين ومحاولة الاستفادة من نجاح التجربة وإضافة الطابع الرسمي، في حالة كانت النتائج متوافقة مع الأهداف الموضوعة وغير مرضية، تصبح هذه المرحلة مرحلة تصحيحية أين يتم وضع وتحديد إجراءات تصحيحية وعلاجية بحسب متطلبات وظروف النتيجة. بعد الانتهاء من المراحل الأربعة السابقة تنتقل المنظمة إلى مراحل متقدمة في تحسين الجودة من منظور الزبائن، والتقليل من الانحرافات الداخلية، ومعالجة حالة تكاليف اللجوء الداخلية والخارجية وتحسين مردودية المنظمة وعمليات المنظمة ككل.

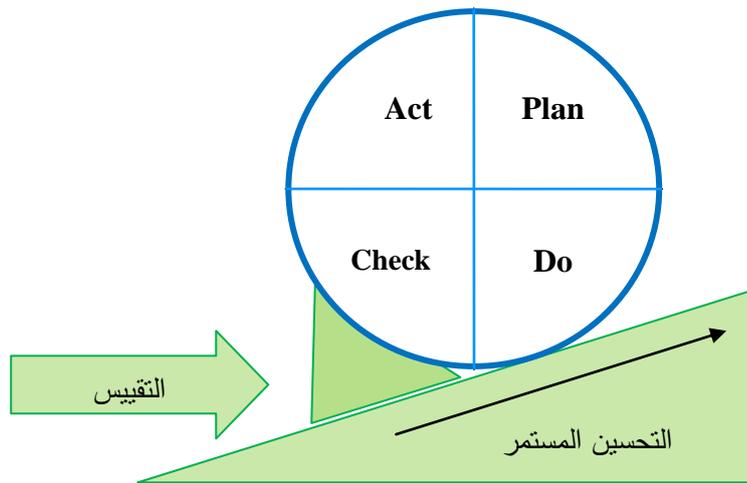
أهم ما يميز PDCA هو:

- من يستخدمون PDCA يتجنبون تكرار نفس الخطأ، بمجرد أن يبدأوا التفكير والنخطيط فإنهم يراجعون ما سبق أن نفذوه آخر مرة حصلت فيها الدورة. فإذا كانوا قد وقعوا في خطأ من قبل فيمكنهم تجنب تكراره، أما إذا كانت نتيجتهم جيدة فيمكنهم تحسينه أو الانتقال خطوة للأمام وإعادة هندسته؛¹
- حلقة PDCA تنتقل على منحدر التقدم كل ما كانت الزاوية مهمة كل ما كان التقدم سريع؛
- PDCA تساعد المنظمة على الالتزام بالتحسين المستمر، أو التوقف وتغيير المقاربة؛

¹ جوزيف كيلادا، مرجع سابق، ص 116.

- رغم أنها تظهر بسيطة إلا أن استعمالها يتطلب مستوى عالي من الصرامة والدقة، ووجود أهداف رقمية تتناسق وتتناغم مع سياسة الجودة المعلن عنها من طرف الإدارة العليا، وأن تكون خطة العمل مصممة وواضحة، تطبيق وتنفيذ بدون انقطاعات، مراقبة دورية، وفي الأخير قيادة فعالة؛
- يمكن تطبيق عجلة ديمينج بصورة فعالة في أنظمة الجودة " تحقيق أهداف محددة حول سياسات الجودة "، على مستوى العمليات "تحقيق أهداف العمليات"، في الأنشطة والإجراءات التشغيلية.
- تستعمل مواصفات ISO 9001 عجلة ديمينج كأحد مبادئها كونها أساس جميع مقاربات ومناهج إدارة الجودة القائمة على إلزامية النتائج.¹ ويمثل الشكل الموالي تمثيل لدائرة PDCA

شكل رقم (01-02): PDCA



Source: A Roadmap to quality, An e-learning manual for implementing total quality management, United nations industrial development organization, Japanese standards association, Volume 1, Vienna, 2007, P29.

ثانيا: المقارنة المرجعية Benchmarking.

هي عملية قياس ومقارنة أداء المنظمة مع أداء منظمات أخرى سواء في نفس الصناعة أو خارج الصناعة. وهذه العملية تساعد المنظمة إلى حد كبير في إجراء التحسينات المستمرة في عملياتها، حيث أنها تبين للإدارة موقع المنظمة من المنظمات الأخرى فيما يتعلق بعملية محدودة أو هدف يراد تحقيقه.² كما تسعى للفهم الأفضل لكيفية انجاز المنظمات الرائدة لأنشطتها والمقارنة معها بهدف تحسين الأداء الحالي للمنظمة.³

¹ Florence Gillet- Goinard, Bernard Seno, op. cit, P37.

² محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص 193.

³ قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 242.

تتمثل أهمية المقارنة المرجعية بالنسبة للمنظمة في:¹

- تحديد الأهداف والعمليات التي تتركز على أحسن الممارسات والتي تؤدي إلى تلبية متطلبات الزبون الداخلي والخارجي؛
 - دعم عملية التحسين المستمر؛
 - تساعد المنظمة على تحديد الفجوات بين أدائها وأداء المنظمات الرائدة التي تنشط في نفس مجال نشاطها وبالتالي تجاوز تلك الفجوات؛
 - تخصيص أفضل الموارد في المنظمة للحصول على رضا الزبون؛²
 - تساعد المنظمة على أن تكون أفضل مما هي عليه الآن؛
 - تساعد المنظمة على اكتشاف ممارسات جديدة تؤدي إلى تحقيق أهداف جيدة؛
 - تزويد المنظمة بالوسائل التي تمكنها من تبني التغيير في ذات الوقت الذي تعالج فيه نقاط الخلل؛
 - تساعد المنظمة على تحديد العمليات الحرجة واعطائها الاهتمام اللازم والأولوية في التنفيذ؛
 - تساعد المنظمة على البقاء في دائرة المنافسة مع المنظمات الرائدة في النشاط الذي تعمل فيه.³
- هناك من يقسم المقارنة المرجعية إلى أربعة أنواع، في حين يقسمها البعض إلى نوعين وهي المرجعية الداخلية والمرجعية الخارجية، كما هو مبين فيما يلي:⁴

1. المقارنة المرجعية الداخلية: التي تكمن في مقارنة عمليات المنظمة مع مثيلاتها في نفس المنظمة (بين المواقع، بين الفروع، بين الأقسام...) من خلال ذلك يمكن اعتماد وحدات تنظيمية ذات أداء متميز داخل المنظمة واعتبارها كأساس لتحسين أداء الوحدات التنظيمية الأخرى لنفس المنظمة.
2. المقارنة المرجعية الخارجية: تكمن في إجراء مقارنة أداء المنظمة مع منظمات أخرى رائدة والتي تعمل أو تمارس نفس نشاط المنظمة أو في مجال نشاط آخر.

¹ مهدي صالح السامرائي، مرجع سابق، ص 85.

² نفس المرجع، ص 85

³ قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 243-244.

⁴ نفس المرجع، ص 242-243.

تتم من خلال اجراء الخطوات التالية:¹

- اختيار موضوع المقارنة المرجعية؛
- إقرار نطاق المقارنة المرجعية من حيث إجرائها من داخل القطاع أو خارجه، أن تكون المرجعية مع المنظمات المحلية أو مع المنظمات خارج حدود الدولة؛
- تكوين فريق عمل لأداء المهمة، ويراعي تمثيل فريق العمل أعضاء ينتمون إلى أكثر من إدارة أو قسم لأجل إعطاء الفريق فعالية أكبر؛
- جمع المعلومات الضرورية ودراستها وتحليلها؛
- إقرار نقاط القوة والضعف لدى المنظمات الأخرى الداخلة في نطاق المقارنة المرجعية؛
- وضع خطة عمل بحيث تتضمن اجراء التحسينات الضرورية في موضوع المقارنة بهدف الوصول إلى أداء أفضل؛
- تنفيذ خطة العمل فيما يتعلق بالتحسينات المخطط إجراؤها ومتابعة التنفيذ.

ثالثاً: أسلوب التدبير المنزلي الياباني Japanese House Keeping.

إن أسلوب التدبير الياباني شائع الاستخدام في المنظمات اليابانية يتمثل الهدف الأساسي منه في امتلاك المنظمة لألات وتجهيزات ومساحات عمل نظيفة ومنظمة لتجنب الهدر في الوقت والمال، والتخلص من خطر المنتجات المعيبة.²

جدول رقم (02-01): مدخل أسلوب التدبير الياباني.

الدلالة	5S	5S Japanese
استبعاد غير الضروري، وهذا يعني تمييز ما هو ضروري ومطلوب من أجل استبعاد ما هو غير ضروري وغير مطلوب	التنظيم	Seiri
وضع الأشياء في حالة مرتبة ومنظمة، وهذا يعني الاحتفاظ بالأشياء والأدوات مرتبة وجاهزة من أجل الاستخدام	الترتيب	Seiton
ايجاد التلف، وهذا يعني مهما كان التلف صغيراً أو قليل الأهمية يجب ايجاده واقصاءه	التنقيب	Seison
النظافة الشخصية، وهذا يعني تحسين البيئة حول المصنع لتقليص الفساد والتلوث إلى الحد الأدنى	التنظيف	Seiketsu
هذا يعني الامتثال بما يتم اقراره من أجل التنفيذ	التوجه للانضباط	Shitsuk

المصدر: نجم عبود نجم، إدارة الجودة الشاملة في عصر الانترنت، دار صفاء النشر والتوزيع، عمان، 2010، ص194.

¹ محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص 194-195.

² Florence Gillet- Goinard, Bernard Seno, op. cit, P 150.

إن أسلوب التدبير الياباني لا يمكن فهمه فقط على أساس إدارة المنظمة ومواقع العمل فيها بطريقة مرتبة ومنظمة ومنضبطة من أجل أن تكون موجهة لانجاز المهام، وإنما هي أيضا موجهة نحو التحسين المستمر، وهذا يمكن تفسيره من خلال أن بيئة العمل عندما تكون بدون مشكلات متكررة ومتعددة سوف تسمح للعاملين فيها التفكير في عملية التحسين والبحث عن الحالة الجديدة المرغوبة بدلا من حل المشكلات المتكررة.¹

رابعاً: التحسين المستمر.

إن التحسين المستمر مطلب أساسي لنجاح إدارة الجودة الشاملة، ذلك أنه يجعل المنظمة في حالة تفوق وتميز مستمرين، يعرف التحسين المستمر على أنه: "السعي إلى تحسين جميع العمليات التي يتطلبها تقديم الخدمة للزبون، وبشكل مستمر، لضمان توافرها مع حاجات ورغبات وتوقعات الزبون، أن تكون هناك دائما جهود مبدولة لإحداث تغييرات وتعديلات لاستمرار هذا التوافق الذي يعطي ميزة تنافسية"²، ويتحقق ذلك من خلال:³

- تخفيض وتجنب الأخطاء قبل وقوعها؛
 - تحديد المشاكل بدقة ووضع الأساليب اللازمة لحلها.
- ويجب الاهتمام بتوفير الحوافز لدى المسؤولين عن التحسين المستمر للجودة لبذل مزيد من الجهود، وهذا ما يتطلب توفير الحوافز المشجعة، لتقدير جهودهم ومكافاتهم، مع الإعلان الصريح والمستمر من جانب إدارة المنظمة عن مساندتها للخطوات اليومية الصغيرة المتخذة على طريق التحسين المستمر.

لنجاح عملية التحسين المستمر يجب توفر الشروط التالية:⁴

- الوقت: سواء فيما يخص التصميم، التنفيذ أو المراقبة. حيث تسمح إدارة الجودة الشاملة من خفض أوقات التصميم، إعداد الآلات، دراسة الطلبات، دراسة شكاوى الزبائن، الحصول على المعلومات إلى غير ذلك من الوظائف والعمليات في المنظمة؛

¹ نجم عبود نجم، مرجع سابق، ص 193-195.

² قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 240.

³ نفس المرجع، ص 240.

⁴ سيد احمد حاج عيسى، مرجع سابق، ص 28.

- المستوى التكنولوجي: ترتبط عملية التحسين المستمر بشكل كبير بتحسين المستوى التكنولوجي للمنظمة وذلك من خلال متابعة الابداعات والاختراعات وكذا نظم التصنيع والإنتاج الحديثة ومحاولة اقتنائها. أو يمكن التحسين والتطوير في المنظمة وفي المستوى التكنولوجي من خلال تحفيز الطاقات البشرية في المنظمة وحثها على التفكير الإبداعي؛
 - كما أن استخدام الحواسب الآلية يزيد من درجة التنسيق والتكامل بين مختلف أنشطة العملية الإنتاجية كما يسمح باكتشاف الأخطاء وتحليلها وتصحيحها؛
 - ضرورة تواجده قاعدة بيانات ونظام معلومات فعال داخل المنظمة يسمح باتخاذ القرارات في أوانها على ضوء المستجدات التي تطرأ في المحيط.
- ومن بين طرق التحسين المستمر التي يتم اتباعها في المنظمات ما يلي:

1. ثلاثية جوران: تتألف عملية التحسين المستمر من وجهة نظر جوران وزميله من ثلاثة مكونات

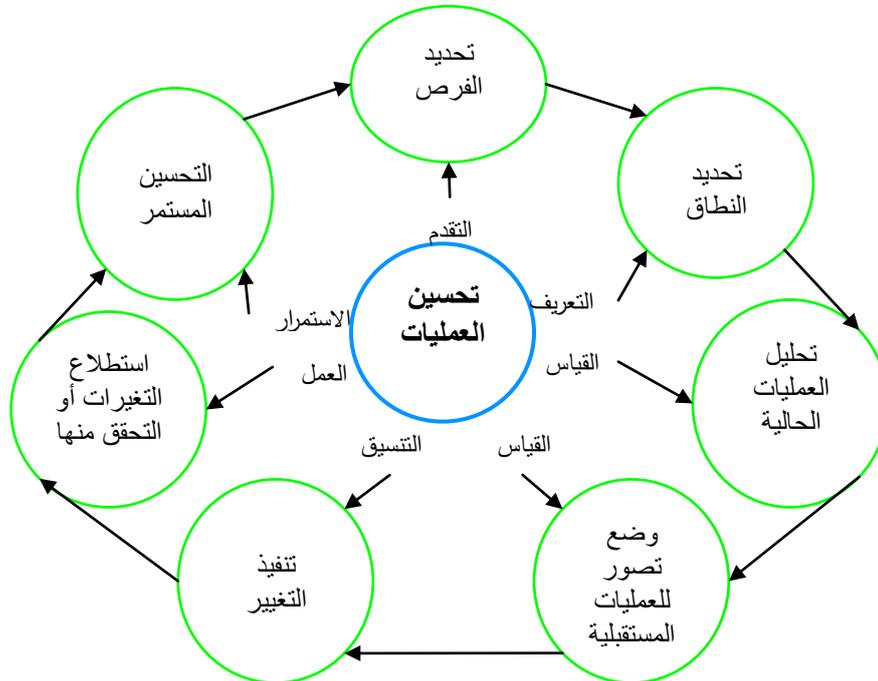
أساسية:¹

- **التخطيط:** يبدأ التخطيط لتحسين العمليات بالعمل الخارجي، حيث تتضمن هذه العملية ما يلي:
 - تحديد من هم العملاء؛
 - التعرف على احتياجات العملاء ومتطلباتهم الحقيقية؛
 - تطوير خصائص المنتج التي تلبي احتياجات العميل، وتحقق الميزة التنافسية؛
 - تحديد العمليات اللازمة لإنتاج المنتج بالخصائص المطلوبة؛
 - تحويل الخطط إلى عمليات تنفيذية، وذلك بالاعتماد على انشاء فرق العمل.
 - **رقابة الجودة:** تتعلق رقابة الجودة باختيار ومقارنة نتائج الاختبار بالمتطلبات الأساسية للعملاء واكتشاف أية انحرافات ومن ثم تصحيحها، وتقوم الإدارة باستخدام التغذية العكسية كأسلوب هام لمعرفة مدى تلبية المنتج لمتطلبات العملاء. يتم الاعتماد بكثرة على أدوات الضبط الاحصائي؛
 - **التحسين:** تهدف هذه العملية إلى الوصول إلى مستويات أداء أعلى من مستويات الأداء الحالية، وتتضمن انشاء فرق عمل وتزويدها بالموارد اللازمة لأعمالها.
- ومما يجدر ذكره أن جهود التحسين يجب أن تكون مستمرة بدون أي توقف أو تباطؤ في العمل وبذل الجهود.

¹ محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص 183-184.

2. الطريقة العلمية: تحقق الطريقة العلمية أو كما يسميها البعض طريقة حل المشاكل نتائج باهرة في تحسين العمليات، ويتكون الإطار العام لهذه الطريقة من سبعة مراحل أساسية كما تظهر في الشكل التالي:¹

شكل رقم (02-02): مراحل الطريقة العلمية للتحسين المستمر.



المصدر: قاسم نايف علوان الميماوي، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص209.
 - **تحديد الفرص:** الهدف الأساسي لهذه العملية هو تحديد واقتناص الفرص المتاحة للتحسين وهذه المرحلة تتكون من جزئين هما تحديد المشاكل وتكوين الفريق، ويمكن القيام بذلك من خلال مجموعة من المدخلات منها:

- تحليل باريتو لإشارات التحذير الداخلي؛
- المقترحات من المدير والمشرفين والمهنيين؛
- المقترحات من فرق العمل؛
- معلومات العاملين عن الأداء بالنسبة للمنتجات مقارنتها بالمنافسين الآخرين؛
- معلومات العملاء وجمهور البيئة الخارجية عن المنتجات؛
- بحوث العملاء؛
- حلقات العصف الذهني بين جماعات العمل.

¹ محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، 186-190.

أما الجزء الثاني فيتعلق بتكوين الفريق واسناد المهام له ليقدم التحسينات المتعلقة بالعمليات.

- **تحديد النطاق:** يمكن الاعتماد على العوامل التالية لأجل تحديد المشكلة تحديدا سليما وهي:

- وصف المشكلة بوضوح وسهولة؛
- وصف التأثير (طبيعة الخطأ، زمن ومكان حدوثه، السبب الذي أدى إلى حدوثه والمسؤول عنه)؛
- التركيز على ما هو معروف، وما هو غير معروف، وحجم المعرفة المطلوبة؛
- الاعتماد والتركيز على توضيح التأثير على العميل.

بالإضافة إلى تحديد المشكلة فإن هذه المرحلة تتطلب وضع قواعد واضحة للفريق من حيث السلطة

الممنوحة له وكيفية تكوينه ومن هم أعضاؤه والرقابة والتوجيه لعمليات الفريق والموارد المحددة لها.

- **تحليل العمليات الحالية:** الهدف من هذه المرحلة فهم العملية وكيفية أداء الأنشطة الهامة

المطلوبة لتقرير المقاييس المطلوبة، وجمع البيانات وتحديد العملاء والموردين والمدخلات وتحديد مستوى رضا العملاء.

وتشمل المعلومات التي يتم جمعها معلومات عن تصميم المنتج كالمواصفات والوظائف والتكاليف والصيانة ومعلومات عن العمليات مثل التحميل والمعدات والعاملين والخامات والمكونات والأجزاء والموردين بالإضافة إلى معلومات إحصائية كالمتوسط والمنوال والانحراف المعياري ومعلومات عن ضبط الجودة مثل خرائط باريتو، خرائط السبب والنتيجة، خرائط التشتت، خرائط الرقابة، عينات القبول، خرائط المتابعة وغيرها.

- **وضع تصور للعمليات المستقبلية:** الهدف من هذه المرحلة هو وضع حلول للمشكلة

والتوصيات الخاصة بالحل الأمثل لتحسين العمليات، ويلاحظ أنه بمجرد جمع المعلومات كلها وإتاحتها

أمام الفريق فإن الجهود تبذل لوضع تصور للحلول الممكنة، وفي بعض الأحيان يمكن التوصل إلى

الحلول بمجرد القيام بعملية فحص وتحديد الأسباب وتحليل البيانات والمعلومات التي يتم جمعها، ويمكن

اقتراح التحسين من خلال إحدى الطرق التالية.

- اقتراح عمليات تهدف إلى التجديد الشامل؛
- دمج مجموعة من العمليات معا والهدف خلق عملية أحسن؛
- تعديل الطريقة الحالية، أداء العمليات والوظائف بطريقة أحسن.

ويمكن استعمال الكثير من الطرق للتوصل إلى تصورات جديدة من العصف الذهني.

- **تنفيذ التغيير:** الهدف من هذه المرحلة اعداد خطة التنفيذ والحصول على الموافقة على تنفيذ عمليات التحسين، ويتضمن التقرير الخاص بتنفيذ الخطة الجديدة (طبيعة العمل الذي سيتم انجازه، الطريقة التي سيتم بها انجاز العمل، الزمن والمكان الذي سيتم فيه انجاز العمل، المسؤولين عن انجازه)؛

- **استطلاع التغييرات أو التحقق منها:** الهدف من هذه المرحلة متابعة وتقييم التغيير عن طريق متابعة فعالية جهود التحسين من خلال جمع البيانات ومراجعة التقدم الذي حصل.

يجب برمجة اجتماعات الفرق بصفة دورية خلال هذه المرحلة لتقييم النتائج ولمعرفة إذا كانت المشاكل قد تم حلها أولاً. وينبغي التركيز هنا على أهمية توثيق عمليات الرقابة والعمليات، وتوثيق نظام الجودة والنواحي البيئية؛

- **التحسين المستمر:** الهدف من المرحلة الأخيرة هو الوصول إلى مستوى تحسين معين من أداء العمليات، وبغض النظر عن مدى جهود التحسين المبدئية، إلا أن عمليات التحسين لا بد أن تستمر. ويجب على الإدارة أن تنشئ النظام الذي يكفل ويساعد على تحديد التحسين المستقبلي ويتابع الأداء بالنسبة للعمليات الداخلي والخارجي.

خامساً: إعادة الهندسة Business reengineering.

تعني إعادة الهندسة تغيير جذري في طريقة تفكير المنظمة وبالتالي في أداء الأعمال وهو يشكل تغيير عمليات وهياكل تنظيمية بالإضافة إلى نمط الإدارة وسلوكها، ونظم التعويضات والمكافآت، بالإضافة إلى العلاقات مع أصحاب الأسهم، والعملاء والموردين، والشركاء الخارجيين. وعلى هذا تختلف إعادة هندسة الأعمال عن التحسين المستمر، والذي يعتبر تدريجي وخطوي، ويؤدي ما يؤدي حالياً بصورة أفضل، وتكون إعادة الهندسة مرادفاً للابتكار.

تهتم إعادة هندسة عملية الأعمال بعملية المنظمة كلها، فتصف تتابع أنشطة المنظمة المباشرة أو غير المباشرة المرتبطة كلها بتحقيق احتياجات عملاء المنظمة وتذهب إعادة هندسة الأعمال أبعد من إعادة هندسة عملية الأعمال فتتعامل مع كل أوجه تشغيل الأعمال وتشمل نمط الإدارة والهياكل التنظيمية، وفلسفة الأعمال، واستراتيجياتها في التسويق، والإنتاج والعمليات وإدارة الأفراد، والمشتريات، ومفاهيم المحاسبة، ونظم المعلومات واستراتيجيات الأعمال الشاملة.

عندما تنفذ إعادة الهندسة يجب أن تكون الجودة الشاملة في المقدمة دائما إذا أرادت المنظمة أن تضمن النجاح، وإلا يمكن أن يكون التنفيذ مكلفا، ولا ينتج نتائج مقبولة أو طويلة المدى، تركز إعادة الهندسة على التغيير الجذري للعمليات الموجودة تحت افتراض أن تلك التغييرات سوف تحسن بالتأكيد الأداء الشامل للمنظمة.

فيجب على الفرد أن يعمل وفق حقائق وليس افتراضات. إن غياب التشخيص الشامل من الممكن أن يؤدي إلى بناء افتراضات خطأ أن عملية معينة تؤثر على أداء المنظمة بصورة خاطئة، ومن الواضح أن أي جهد إعادة هندسة يعتمد على مثل هذا الافتراض سيقود إلى الفشل.¹

سادسا: Servqual أو الفجوات الخمس.

إن طريقة Servqual هي محاولة منهجية تفصيلية من أجل تحديد جودة الخدمة بالاعتماد على خمس أبعاد يمكن أن توجد فيها فجوات كبيرة في تقديم الخدمة، وهذه الطريقة تنطلق من حقيقة أن المنظمة (الإدارة) من جهة وزبائن المنظمة من جهة أخرى، في حين أن الهدف لكل منهما هو أن يكون في جهة واحدة (نفس الجهة).

وقد تم تطوير طريقة Servqual أو الفجوات الخمس Gaps model في هذا السياق من تصورات وتوقعات الزبون والإدارة لجودة الخدمة من قبل Parasuraman, Zeithaml, and Berry.²

وفي هذا النموذج الأول للطريقة تم تحديد عشرة أبعاد أو خصائص للجودة هي: الملموسات، المعولية، الاستجابة، المقدرة، اللطافة، الموثوقية، الأمن، قابلية الوصول، الاتصالات، وفهم الزبون، ولكن مطوري النموذج قاموا بتركيزها وتقليصها إلى خمس خصائص هي: الملموسية، المعولية، الاستجابة، الضمان (يضم الخصائص المقدرة، اللطافة، الموثوقية والأمن)، وأخيرا التعاطف (يضم الخصائص الثلاث قابلية الوصول، الاتصالات، وفهم الزبون).

إن طريقة الفجوات تظهر بوضوح الصعوبات في ضمان جودة الخدمات خاصة أن هناك خمسة مصادر للفجوات حسب ما يرى مطورو الطريقة وهذه الفجوات الخمس يمكن أن تؤدي إلى ضعف جودة الخدمة والقصور في تحقيقها وهي:

¹ جوزيف كيلادا، مرجع سابق، ص 131-133.

² Hina Mukhtar, Aamir Saeed, ghalib Ata, 2013, **Measuring service quality in public sector using SERVQUAL: a case of Punjab Dental Hospital**, in *Research on Human and Social Sciences*, Volume 03, Issue 22, P 65.

- الفجوة الأولى بين توقعات الزبون وتصورات الإدارة: إن الإدارة قد تفكر أنها تعرف ما يتوقع الزبائن وتشعر بتقديم ذلك، في حين أن الزبائن يتوقعون شيئاً مختلفاً تماماً؛
- الفجوة الثانية بين تصور الإدارة ومواصفات جودة الخدمة: الإدارة قد لا تضع مواصفات الجودة وقد لا تضع ذلك بوضوح، وفي حالات أخرى فإن الإدارة قد تضع مواصفات جودة واضحة ولكنها لا تكون قابلة للتحقيق؛
- الفجوة الثالثة بين مواصفات جودة الخدمة وتقديم الخدمة: إن المشكلات غير المنظورة أو الإدارة الرديئة يمكن أن تقود إلى إخفاق مقدم الخدمة بالإيفاء بمواصفات جودة الخدمة، وهذا قد يكون بسبب الخطأ البشري ولكن أيضاً العطل الميكانيكي للتسهيل أو السلع المساندة؛
- الفجوة الرابعة بين تقديم الخدمة والاتصالات الخارجية: هناك قد يكون عدم الرضا عن الخدمة بفعل التوقعات العالية الزائدة الناجمة عن اتصال مقدم الخدمة ووعوده، أو ما يرتبط بعدم رضا الزبون الذي قد يظهر عندما لا يفي التقديم الفعلي للخدمة بالتوقعات المطروحة في اتصالات المنظمة؛
- الفجوة الخامسة بين الخدمة المتصورة والخدمة المتوقعة: وهذه الفجوة تظهر كنتيجة لواحدة أو أكثر من الفجوات السابقة، إن هذه الفجوة تتعلق بالزبائن الذين لديهم تصوراتهم المسبقة عن الخدمات تفتقر بهذا القدر أو ذاك عن توقعاتهم عن الخدمة.¹

سابعا: نظام إدارة الجودة Quality management system .

يرجع تاريخ أنظمة إدارة الجودة المعروفة باسم إيزو 9000 العالمية إلى عام 1906، عندما تشكلت اللجنة العالمية لبراءات الاختراعات الإلكترونية (IES) التي تهدف إلى بناء مقاييس عالمية في مجال الإلكترونيات، وهذا الأمر مهد وضع مقاييس في مجالات أخرى، وبعد الحرب العالمية الثانية عقد مؤتمر لندن عام 1946، وخلص إلى تبني خمس وعشرين دولة لإنشاء منظمة عالمية جديدة تعنى بالمقاييس، واطلق عليها المنظمة العالمية للتقييس International organization for standardization والمعروفة اختصاراً بالرمز ISO ومقرها جنيف سويسرا.

¹ نجم عبود نجم، مرجع سابق، ص 281-283.

نظام الايزو 9000:2000: صدر نظام الايزو والمواصفة الجديدة ISO9000 سنة 2000، عن طريق تطبيق الأنشطة والأساليب المتعلقة بإدارة الجودة وتضمن سلسلة المواصفات من أبرزها:¹

1. سلسلة المواصفات ISO 9000:2000 الأسس والمفردات: تصف هذه السلسلة المفاهيم ذات الصلة بنظام إدارة الجودة وتحديد تعريفات المصطلحات الأساسية ، كما تتضمن مجموعة من المبادئ منها:

- اعتبار الزبون محور عمل المنظمة وقوتها الدافعة Customer driven organization وهذا يدعو المنظمة إلى دراسة احتياجات الزبون وتوقعاته المستقبلية لتلبيتها؛
- الإدارة العليا للمنظمة Leadership: إذ تقع عليها مسؤولية وحدة الهدف ودفع العاملين للمشاركة في تحقيق ذلك؛
- المشاركة الكاملة للعاملين Process of people: وهي دعوة جميع العاملين للمشاركة الكاملة في تحقيق أهداف المنظمة؛
- الإدارة بالعمليات Process approach: وهو يحتم تعريف جميع العمليات التي تحدث داخل وخارج المنظمة، ويعتمد نظام إدارة الجودة الايزو أسلوب العمليات في تحقيق الأهداف وعلى دائرة ديمينج للتحسين المستمر PDCA؛
- أسلوب النظم في الإدارة Management to approach system: ويهدف هذا الأسلوب إلى أن تكون المنظمة عبارة عن منظومة متكاملة ومترابطة من أجل تحقيق أهدافها بكفاءة وفاعلية.
- التحسين المستمر: ويمثل التطوير التدريجي للمنظمة وبشكل مستمر، واعتماد التقييم الدوري للأداء؛
- اتخاذ القرارات بالاعتماد على الحقائق Factual approach to decision making: حيث تعتمد درجة نجاح القرارات التي تتخذ على قاعدة معلومات مبنية على حقائق واقعية ودقيقة؛
- العلاقات المشتركة مع المورد Mutual beneficial supplier relationships: يركز هذا المبدأ على وجوب أن تكون العلاقات بين المنظمة ومورديها الذين يتعاملون معها ذات منافع مشتركة.

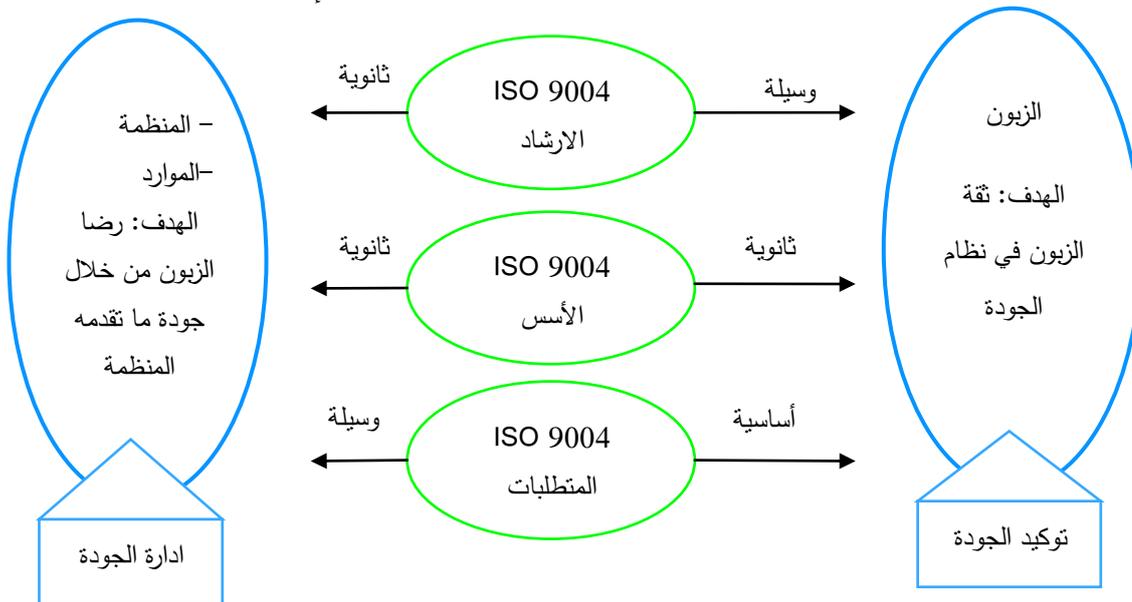
¹ قاسم نايف علوان المحيوي، مرجع سابق، ص 267--272

2. سلسلة المواصفات ISO9000:2000 المتطلبات: تصف هذه المواصفات متطلبات Requirements نظام إدارة الجودة، وتركز على العمليات لضمان توكيد تقديم الخدمة التي تلبي حاجات الزبون وتحقق رضاه، كما هو مبين في الشكل السابق (نموذج العملية كأساس لنظام إدارة الجودة) وهذه المواصفات حلت محل المواصفات الثلاث اصدار عام 1994 (9001،9002،9003:1994).

3. سلسلة المواصفات ISO9004:2000 مرشدا للأداء: تقدم هذه المواصفات إرشادات للتحسين المستمر Lines Guide، وهي إرشادات قابلة للتوظيف في أية منظمة، حيث تركز على العمليات المستقبلية لضمان رضا الزبون.

وقد حلت هذه المواصفات محل المواصفات 9004 اصدار عام 1994، حيث توفر هذه المواصفات الارشادات لتطوير الأداء في المنظمة، حيث تصبح على ثقة بأن نظام الجودة فيها قادر على تقديم خدمات للزبون وفق احتياجاته ورغباته والشكل رقم(02-03) يبين أهم مواصفات أيزو 9000 اصدار عام 2000 وفق معيارين هما: توكيد الجودة للزبون، وإدارة الجودة لتحقيق رضا الزبون.

شكل رقم(02-03): تصنيف المواصفات ISO 9000 بين توكيد الجودة وإدارة الجودة.



المصدر: قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص 271.

كما يمكن ايجاز أهم فوائد تطبيق مواصفات الايزو لكل من المنظمة الخدمية والزبون، وقد تم تكييفها وفقا لعمليات منظمات الخدمة كما يلي:

- يساهم في تحسين وضع المنظمة التنافسي لتقديم أفضل الخدمات للزبون؛

- التقليل من تكلفة الفحص والمراجعة بالنسبة للزبون كما هو الحال في الخدمات الطبية أو خدمات الاتصالات، أو خدمات السفر والسياحة وغيرها؛
- زيادة رضا الزبون أثناء الحصول على الخدمات المطلوبة في الوقت والتكلفة المناسبة والجودة المطلوبة، وهذا أدى إلى تقليل الشكاوى المقدمة من الزبائن؛
- رفع وزيادة الوعي بجودة الخدمات المقدمة بين كل العاملين في المنظمة؛
- توفير نظام عمل موثوق يمكن الرجوع إليه في أي وقت لتحديد الأخطاء ومعالجتها بفاعلية؛
- اكتساب تقدير واعتراف الجهات العالمية بجودة خدمات المنظمة وهو دعم لها للدخول إلى المنافسة العالمية؛
- يساهم في رفع الحالة المعنوية للعاملين من خلال رفع كفاءاتهم بالتوجيه والتدريب والتعليم وتطوير القدرات الشخصية لهم بما ينعكس إيجابيا على انجاز عمليات تقديم الخدمة بما هو مخطط لها من حيث المواصفات المطلوبة والوقت المطلوب لأدائها للزبون.

نظام الجودة في ظل الايزو ISO9001:2000: إن نظام الجودة المطلوب في ظل متطلبات الايزو 9001 إصدار عام 2000 يعتمد على إدارة الجودة الشاملة من حيث تصميم نظام متكامل للجودة في المنظمة، ويحدد هذا النظام أهداف الجودة وإجراءاتها ووسائلها والمستندات المطلوبة لانجاز الأعمال وعلى جميع مستويات المنظمة.

ثامنا: الحيود الستة Six sigma.

عرفها Evans and Lindsay بأنها: "مدخل لتحسين الأعمال يقوم على إيجاد وإزالة النلف والأخطاء في عمليات الإنتاج والخدمات من خلال التركيز على المخرجات التي تكون حرجة للزبائن وللنتائج المالية للمنظمة"¹.

تعمل الحيود الستة من خلال طريقتين:²

Define, Measure, Analyze, Improve, Control :DAIMC -

Define, measure, analyze, design, verify :DMADV -

¹ نجم عبود نجم، مرجع سابق، ص 102.

² Rallabandi Srinivasu, G. Satyanarayana Reddy, op.cit, P.13.

جدول رقم (02-02): التصميم من أجل الحيود الستة دورات التحسين

المراحل	دورات التحسين
2. قس Measure 4. حسن Improve	1. حدد Define 3. حل Analyse 5. راقب Control DMAIC موتورولا
2. قس Measure 4. صمم Design	1. حدد Define 3. حل Analyse 5. قيم Verify DMADV جنرال إلكتريك
2. حدد Define 4. حقق الأمثلية Optimize	1. سمي Identify 3. طور Develop 5. قيم Verify IDDOV جنرال موتورز
2. ضع خارطة Map 4. حسن Improve	1. حدد Define 3. حل Analyse 5. راقب Control DMAIC Sevice lean Sigma Malaysia

المصدر: نجم عبود نجم، إدارة الجودة الشاملة في عصر الانترنت، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2010،

ص 110.

1. DMAIC: في ظل تحسين العمليات الحالية التركيز يكون على تحديد وتنفيذ اهداف الحلول.

ويتم التطبيق عن طريق:

- Define: تحديد المشكل ومتطلبات الزبون؛
- Measure: قياس معدلات العيوب والانحرافات، وتوثيق العمليات في وضعية التجسيد الحالية؛
- Analyse: تحليل بيانات العملية وحدد مقدرتها؛
- Improve: تحسين العملية وتخلص من أسباب العيوب والانحرافات؛
- Control: مراقبة أداء العملية وضمن أن العيوب والانحرافات لن تظهر أو تتكرر ثانية.

2. DMADV: تتم في مرحلة تصميم أو إعادة تصميم المنتج والخدمات والعمليات التي تنتجها

وتتبع الطريقة الخطوات التالية:

- Define: تحديد متطلبات الزبائن والأهداف من العملية، المنتجات أو الخدمات؛
- Measure: قياس وطابق الأداء مع متطلبات الزبون؛
- Analyze: تحليل وقيم تصميم العملية، المنتج أو الخدمة؛

- Design: تصميم ونفذ النسق والترتيب الجديد للعمليات الثانوية المطلوبة للعملية الرئيسية الجديدة، المنتج أو الخدمة؛
- Verify: التحقق والتأكد من النتائج وحافظ على الأداء.

تاسعا: الضمان ضد الإخفاق Poka Yoke.

يمكن تعريف Poka Yoke بأنها: "العملية التي تقوم على استخدام أجهزة أو أدوات أو اتخاذ إجراءات أو طرق تمنع وقوع الأخطاء ومن ثم الوقاية من وقوع التلف في الإنتاج أو عدم رضا الزبون عند تقديم الخدمة له".

إن مرتكز العملية يتمثل في الضمان ضد الإخفاق، كون مخططات الرقابة الإحصائية SQC* لا تضمن عدم حصول التلف في الجودة والأخطاء في العمليات، وأن هذه المخططات تقدم المعلومات التي توضح بطريقة احتمالية أين يظهر التلف بعد أن يصبح التلف حقيقة واقعة، لهذا يكون من الضروري ادخال الرقابة أثناء العمليات مع ضرورة التمييز بين الأخطاء Errors والتوالف Defects، لأن الأخطاء هي التي تؤدي إلى التلف، وحتى مع الأخطاء التي لا يمكن تجنبها فإن التلف يمكن الوقاية منه وتجنبه إذ التغذية المرتدة تؤدي إلى النشاط التصحيحي الذي تم اتخاذه فور وقوع الأخطاء، إن التغذية المرتدة والنشاط التصحيحي يتطلب الفحص الذي يجب أن يتم بنسبة 100 % للوحدات المنتجة وهذا الفحص يمكن أن يتم بثلاثة أنواع:

- الفحص التعاقبي Successive check: وهو الذي يتم من قبل العامل اللاحق في العملية الإنتاجية؛
- الفحص الذاتي Self-check: ويتم من قبل العامل نفسه على العمل الذي ينجزه، وهذا يتطلب منه القدرة على الحكم الجيد على ما يقوم به؛
- الفحص عند المصدر Source inspection: ويتم من قبل العامل أيضا باستثناء أن العامل بدلا من أن يفحص التلف، يقوم بالفحص من أجل الأخطاء التي تسبب التلف، وهذا يؤدي إلى الوقاية من التلف.¹

* SQC: Statistical quality control

¹ نجم عبود نجم، مرجع سابق، عمان، ص 189-190.

المطلب الثاني: أدوات إدارة الجودة الشاملة.

إدارة الجودة الشاملة ليست هدفا بل وسيلة تستعين بها المنظمة لتحقيق أهدافها الإدارية، لذا يجب عدم محاولة استعمال جميع هذه الأدوات بل اختيار المناسب منها بعد تطوير ثقافة تحسين الجودة داخلها، لذا تسعى العديد من المنظمات أن تتبنى العملية بإدخال 5S كبداية طريقة نحو إدارة الجودة الشاملة، أنشطة 5S مهمة لفهم الوضعية الحالية والاندماج في التحسين.¹ وقد انتشر استعمال مفهوم الأدوات السبعة للجودة، إلا أنه تم إضافة العديد من الأدوات التي سيتم التطرق إليها بالتفصيل في هذا المطلب.

أولا: حلقات الجودة وفرق تحسين الجودة فرق العمل.

يمكن تعريف فريق العمل على أنه مجموعة من الأفراد يعملون مع بعضهم لأجل تحقيق أهداف محددة ومشتركة. وحتى يكون فريق العمل فعالا، فإنه يراعى الاعتبارات التالية:²

- العدد المثالي لأعضاء الفريق، والذي يتراوح عادة بين 3 الى 10 أفراد فكلما زاد عدد أعضاء الفريق عن الحد المعقول قل الوقت المتاح لكل عضو للمشاركة في المناقشات، وكلما قل عدد أعضاء الفريق عن الحد المعقول فإن ذلك يقلل أيضا من فعالية الفريق لعدم تنوع وتعدد وجهات النظر؛
- ضرورة تحديد أهداف الفريق بدقة وبوضوح؛
- منح فرق العمل كامل الصلاحيات المتعلقة بالهدف من انشائها؛
- وجود نظام للحوافز المادية والمعنوية التي تعزز أداء الفريق؛
- يعتبر التدريب ضروريا لأعضاء فريق العمل وذلك لرفع مهاراتهم الفنية والاتصالية؛
- نظام للمعلومات يضمن تزويد أعضاء الفريق بالمعلومات اللازمة لتحقيق الهدف من إنشاء الفريق؛
- منح الفريق الاستقلالية في أعماله وقراراته؛
- إن استخدام فرق العمل في حل مشاكل الجودة يحقق مجموعة من المزايا أهمها:³
 - توفير تفاعل الفريق مناخا مناسباً لتوليد الأفكار؛

¹ Toshihiko Hasegawa, op. cit, P09.

² محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص 62.

³ يحيى برويقات عبد الكريم، مرجع سابق، ص 66.

- تواجد مهارات ومعلومات كثيرة ومتنوعة يتطلبها حل بعض المشكلات والتي قد لا تتوفر لدى فرد واحد؛
 - إشباع حاجات الفرد ورفع روحه المعنوية؛
 - حل المشاكل المرتبطة بأكثر من قسم داخل المنظمة؛
 - الاستفادة من المواهب الفردية المتاحة في المنظمة، وتوظيف أكبر قدر ممكن من الطاقات الخلاقة ودمجها في إطار العمل الجماعي؛
 - تشكل فرق العمل أداة لمكافحة اللامبالاة والغيابات.
- وإجمالاً فهناك عدة أنواع من فرق العمل من أهمها:

1. حلقات الجودة:

تعتبر حلقات الجودة واحدة من الأدوات المهمة التي من خلالها تألقت العديد من المنظمات اليابانية، وكانت تعرف في اليابان باسم فريق حل المشاكل *problem solving team* وقد تطورت حلقات الجودة في اليابان عام 1950 حتى عام 1960 عندما قام العالم إيشيكاوا بتطوير أفكار كل من ديمينج وجوران وإيجاد ما يصطلح عليه بتسمية حلقات الجودة *Quality circles*.¹

عرفها روبرت كول على أنها: "وحدات عمل ذاتية تتكون كل منها من مجموعة صغيرة من العاملين من 4 إلى 10 عمال، يديرها ويوجهها مشرف يقوم بتدريب أعضاء المجموعة على الطرق الأساسية لحل المشكلات، بما فيها الوسائل الإحصائية وأسلوب العمل الجماعي كفريق".²

تمثل حلقات الجودة إحدى الأدوات أو الطرق التي يمكن لمنظمات الأعمال على اختلافها صناعية أو خدمية، أن تستخدمها في الحصول على أفكار للتحسين المستمر للعمليات. وتعرف بأنها "مجموعة من العاملين يجتمعون بشكل منتظم لتقديم حلول تساهم في تحسين بيئة العمل".³

تتجسد أهمية حلقات الجودة في الفوائد التي تكتسبها المنظمة من جراء تبني هذا الأسلوب، والتي يمكن تناولها وفق الآتي:⁴

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 248.

² مأمون سليمان الدرادكة، مرجع سابق، ص 162.

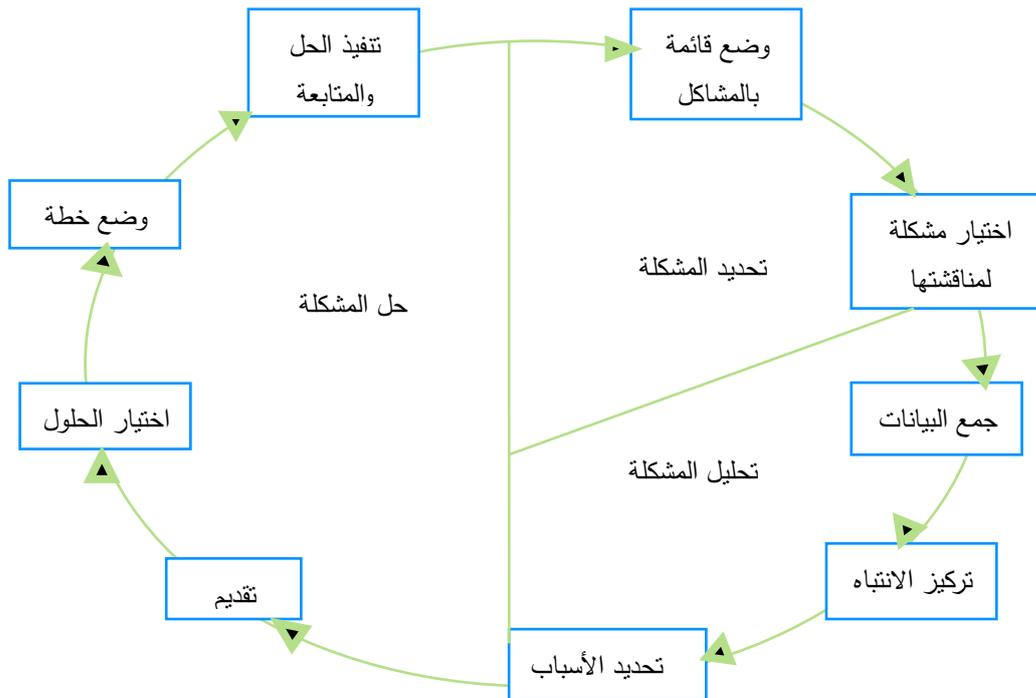
³ قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 247.

⁴ محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص 250.

- تساهم حلقات الجودة في الاستفادة القصوى من الموارد البشرية في المنظمة من خلال مشاركتهم في حل مشاكل العمل اليومية، وبما يساهم في تحقيق الأهداف؛
 - زيادة التزام وولاء العاملين بالمشاركة في اتخاذ القرارات: تعمل حلقات الجودة على تغيير بيئة عمل المنظمة وخلق نوع من الأرضية المشتركة بين الفرد العامل والإدارة لتحقيق أهدافها، وذلك من خلال مشاركة العاملين باتخاذ القرارات وبالتالي تأكيد الالتزام بتحقيق الأهداف، وهذا يعكس أيضا على تحسين الأداء ومن ثم تطوير الخدمات التي تقدمها المنظمة؛
 - القدرة على حل المشاكل: تساهم حلقات الجودة في زيادة كفاءة العاملين على تحديد وتحليل المشاكل المتعلقة بتقديم الخدمة، ومن ثم محاولة إيجاد حلول لها، وهذا يساعد في إتاحة الوقت الكافي لإدارة المنظمة لإنجاز المزيد من الأعمال عن طريق استخدام القدرات الكامنة للعاملين في المنظمة؛
 - النظرة الشمولية التي يكتسبها الفرد من خلال المشاركة مع أعضاء المجموعة؛
 - تنمية وتطوير أداء رؤساء الأقسام والوحدات التنظيمية وإبراز صفة القيادة فيهم بالإضافة إلى تفعيل الاتصالات بين مختلف المستويات؛
 - زيادة دافعية ومعنوية العاملين وبناء الثقة والاحترام بين جميع العاملين في المنظمة؛
 - خدمة أفضل للزبون من خلال حل المشاكل المتعلقة باحتياجات الزبون ورغباته في الحصول على خدمة تلبي رغباته إضافة إلى التكلفة المنخفضة والاعتمادية العالية في تقديم الخدمة.
- الهدف من حلقات الجودة يتمثل في تحديد وتحليل ومعالجة المشاكل التي تواجه العاملين في انجاز عمليات تقديم الخدمة ولتحقيق هذا الهدف بنجاح يتطلب أن تسير حلقة الجودة بأسلوب نظامي يعتمد على مجموعة من المراحل والخطوات الأساسية الممثلة في الشكل رقم (02-04).¹

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 254.

شكل رقم (02-04): أسلوب عمل حلقات الجودة.



المصدر: مأمون سليمان الدرادكة، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2006،

ص 168.

وقد يشترك في لقاءات حلقات الجودة الموردين والمقاولين بالإضافة إلى العاملين، حيث يعتقدون اجتماعاتهم على أساس تطوعي، مما يزيد من تماسك أعضاء الفريق وتحسين فعالية الاتصال فيما بينهم.¹

2. فرق تحسين الجودة quality improvement teams:

عبارة عن مجموعة من الأفراد لديها معارف ومهارات وخبرات مناسبة تجتمع مع بعضها لمعالجة وحل مشاكل تتعلق بالجودة، وفرق تحسين الجودة لا تكون تابعة لدائرة معينة أو قسم معين بل تغطي العمليات الانتاجية الإدارية بكاملها أو نظام التشغيل بكامله.

يكون لكل فريق رئيس يوجه الدعوات لاجتماعاته ويرأس جلساته، ويساعد رئيس الفريق مقررا يقوم بتدوين محاضر الجلسات والاحتفاظ بالملفات والسجلات الضرورية.

إن هذه الفرق لها دور أساسي في تنمية الأفراد وتطوير مهاراتهم في حل المشاكل وإتخاذ القرارات؛ كما أنها تؤدي إلى بناء جسور الثقة والتعاون وتحسين العلاقات بين أعضائها، وتقوم كثير من المنظمات

¹ محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص 64.

بدمج فرق تحسين الجودة في الهيكل التنظيمي والنظر إليها على أنه جزء من الهيكل التنظيمي وليس أمرا عارضا أو مؤقتا ينتهي بعد فترة من الزمن.¹

ويُلخص الجدول رقم(02-03) الخصائص الأساسية لكل من حلقات الجودة وفرق تحسين الجودة:

جدول رقم (02-03): حلقات الجودة وفرق تحسين الجودة

حلقة الجودة	فريق تحسين الجودة	
المدير التنظيمي المباشر لأفراد المجموعة	المدير الذي يقرر إنشاء فريق تحسين الجودة المدير أو المختص يتم تعيينه لإدارة فريق تحسين الجودة	قائد المجموعة:
مشاركة الأفراد في الحلقة مبنية على التطوع. ينتمون لنفس وحدة العمل (مصلحة وظيفة)	يتم تعيينهم و(أحيانا متطوعين) يمكن أن يكونوا منتمين لوحدات وظيفية مختلفة وفي مستويات تنظيمية مختلفة	أعضاء المجموعة:
يحدد من طرف المجموعة (إجماع)	يحدد من طرف الإدارة	اختيار الموضوع:
مفروض، يجب التقيد به	حر (لكن يوصى باستعمالها)	استعمال المنهجيات والأدوات:
شروط ضروري يسبق إنشاء المجموعة من طرف القائد	حر (لكن يوصى به) حر	التدريب: القادة: الاعضاء:
غير محدودة (تتعرض الحلقة بصفة دائمة للمشاكل التي تحدها)	فترة حل المشكل	الفترة
محددة (كل أسبوع)	متغيرة حسب الاحتياجات	دورية الاجتماعات:
محدودة في وحدة الحلقة (لا تتخطى الحدود التنظيمية)	واسع. دون حدود (داخل أو تتخطى الحدود التنظيمية والخصصية)	مجال النشاط:
محددة من طرف المجموعة (إجماع)	محددة من طرف الإدارة (مشاركة المجموعة)	الاهداف:

المصدر: يحي بربوقات عبد الكريم، إشكالية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصناعية الجزائرية الحاصلة على شهادة الايزو 9001، أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة ابي بكر بلقايد، تلمسان، 2009/2008، ص 92.

إن الفائدة من تطبيق النوعين من الفرق، المكملين لبعضها البعض، يكمن في الحصول المتزامن على تحسينات هامة على المستوى الاقتصادي وعلى مستوى العلاقات الإنسانية، فمع بداية تطبيق إدارة الجودة الشاملة، فإن حلقة الجودة تعطى نتائج أسرع في ميدان العلاقات الإنسانية وأن فرق تحسين الجودة تعطى نتائج أسرع في الميدان الاقتصادي.

¹ محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص 62-63.

3. فرق حل المشكلات:

تعقد فرق حل المشكلات اجتماعاتها وتقوم بدراسة المشكلات المناطة بها، حيث في النهاية تقوم بتقديم اقتراحات وتوصيات لحل هذه المشكلات، وذلك بعكس فرق تحسين الجودة التي تتخذ قرارات وتقوم بتنفيذها.¹

4. فرق العمل المسيرة ذاتيا:

يتم في كثير من المنظمات تشكيل فرق عمل ذات تسيير ذاتي حيث تقوم بتسيير أعمالها بنفسها وخاصة في أقسام خدمة العملاء والتعامل مع الجمهور. تجتمع هذه الفرق على أساس يومي حيث تتخذ القرارات وتنفذها باستقلالية تامة عن إدارة الدوائر أو الأقسام الموجودة فيها. ويجدر الإشارة أنه من الضروري تفويض الصلاحيات اللازمة إلى فرقة العمل المسيرة ذاتيا، حيث أن سلطة هذه الفرق تنفيذية، أما المديرين فتتخصص مهامهم في تقديم الاستشارات والتوجيه.²

ثانيا: مخطط السبب والأثر Ishikawa's cause and effect diagram

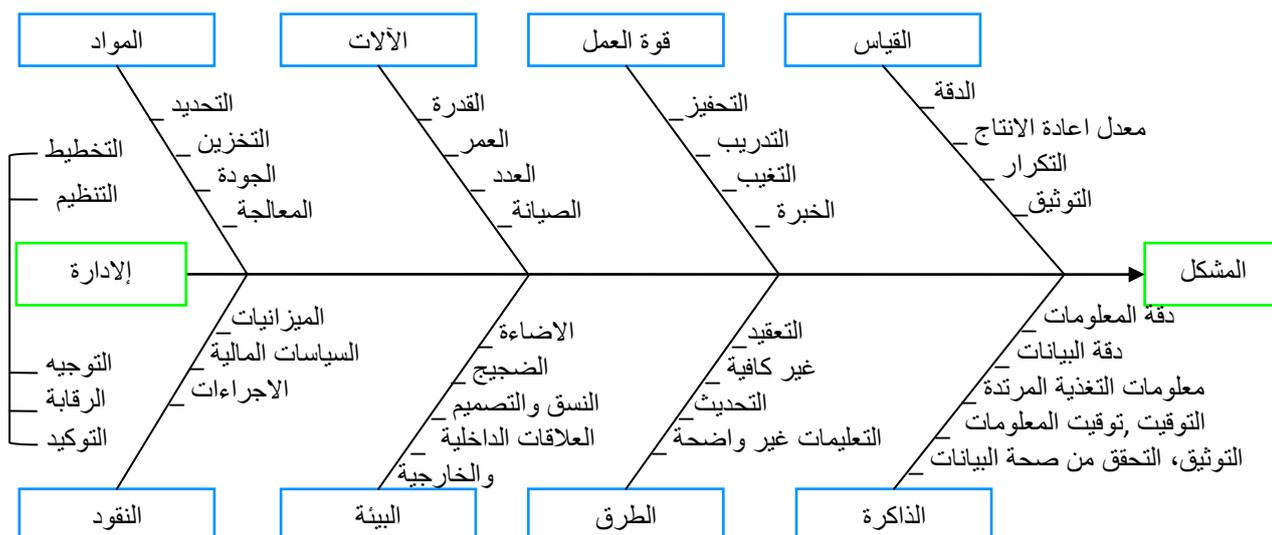
يعتبر مخطط السبب والأثر من الأساليب الحديثة المستخدمة في تحليل الأسباب وإمكانية استخدامه في أقل قدر من المعلومات، ويطلق عليه تسمية "مخطط السمكة Fishbone Diagram" وكذا "مخطط ايشيكاوا Ishikawa Diagram" ويعرفه ايشيكاوا بأنه: "عرض بياني لعلاقة الأسباب الكامنة وراء المشكلة والمصنفة في فئات معينة"، ويبدأ هذا الأسلوب بتحديد المشكلة تحديدا دقيقا، ومن ثم تحديد جميع الأسباب التي تقدم للمشكلة بالشكل الذي يساعد الفريق في حل المشكلة، وتحديد السبب الرئيسي لها، وقد تكون الأسباب في مجموعة أو أكثر من المجموعات التالية: المعدات، المواد الخام، طرق العمل، العمال، ويتم تحديد الأسباب الفرعية لكل مجموعة عن طريق العصف الذهني، وبعد ذلك يتم اختيار الأسباب الأكثر احتمالا بعد المناقشة، مع عدم إهمال الأسباب الأخرى، وعندئذ يكون من السهل على أعضاء الحلقة تحديد أرجح الأسباب التي أدت إلى ظهور المشكلة ويجب أن يحظى السبب المرجح بموافقة جميع الأعضاء، ويوضح الشكل التالي المخطط العام للسبب والأثر:³

¹ محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص 66.

² نفس المرجع، ص 67.

³ مأمون سليمان الدرادكة، مرجع سابق، ص 169-170.

شكل رقم (02-05): رسم التأثير والسبب متعدد M



المصدر: جوزيف كيلادا، ترجمة سرور على ابراهيم سرور، تكامل إعادة الهندسة مع إدارة الجودة الشاملة، دار المريخ،

الرياض، 2004، ص 540.

ثالثاً: خريطة التدفق Flow chart.

خريطة التدفق عبارة عن مخطط يصف تدفق العملية والخطوات التي يمر بها المنتج أو الاجراءات التي تمر بها الخدمة. فمن خلالها يمكن وصف العمليات الحالية وتتبعها وهذا يسمح بتوضيح العمليات الرئيسية المطلوبة لانتاج منتج ما أو تقديم خدمة معينة¹، بالتالي فهم العملية أكثر وتوفير توثيق جيد لها ودراسة كيفية ارتباط المراحل المختلفة ببعضها البعض².

يمكن من خلال خريطة التدفق تحديد نقاط اتخاذ القرارات والاجراءات التحسينية المناسبة في العمليات الانتاجية والأنشطة الخدمية³، ويتم في خرائط التدفق استخدام رموز سهلة وواضحة تمثل نوع العملية التي يتم أداؤها في الخدمة، وتتبع دراسة خرائط التدفق الخطوات التالية:⁴

- الكشف عن المصادر المحتملة لمشاكل وانحرافات الأداء؛
- تحديد أفضل الخطوات أو مراحل الخدمة لجمع البيانات المطلوبة للتحسين؛
- تحديد أفضل مكان لتدفق عمليات أداء الخدمة.

¹ محمد أحمد عيشوني، الدليل العملي للتحسين المستمر للعمليات باستخدام الأدوات الأساسية السبع للجودة، سلسلة اصدارات المجلس السعودي للجودة، دار الأصحاب للنشر والتوزيع، السعودية، الإصدار رقم 2، بدون سنة، ص 02.

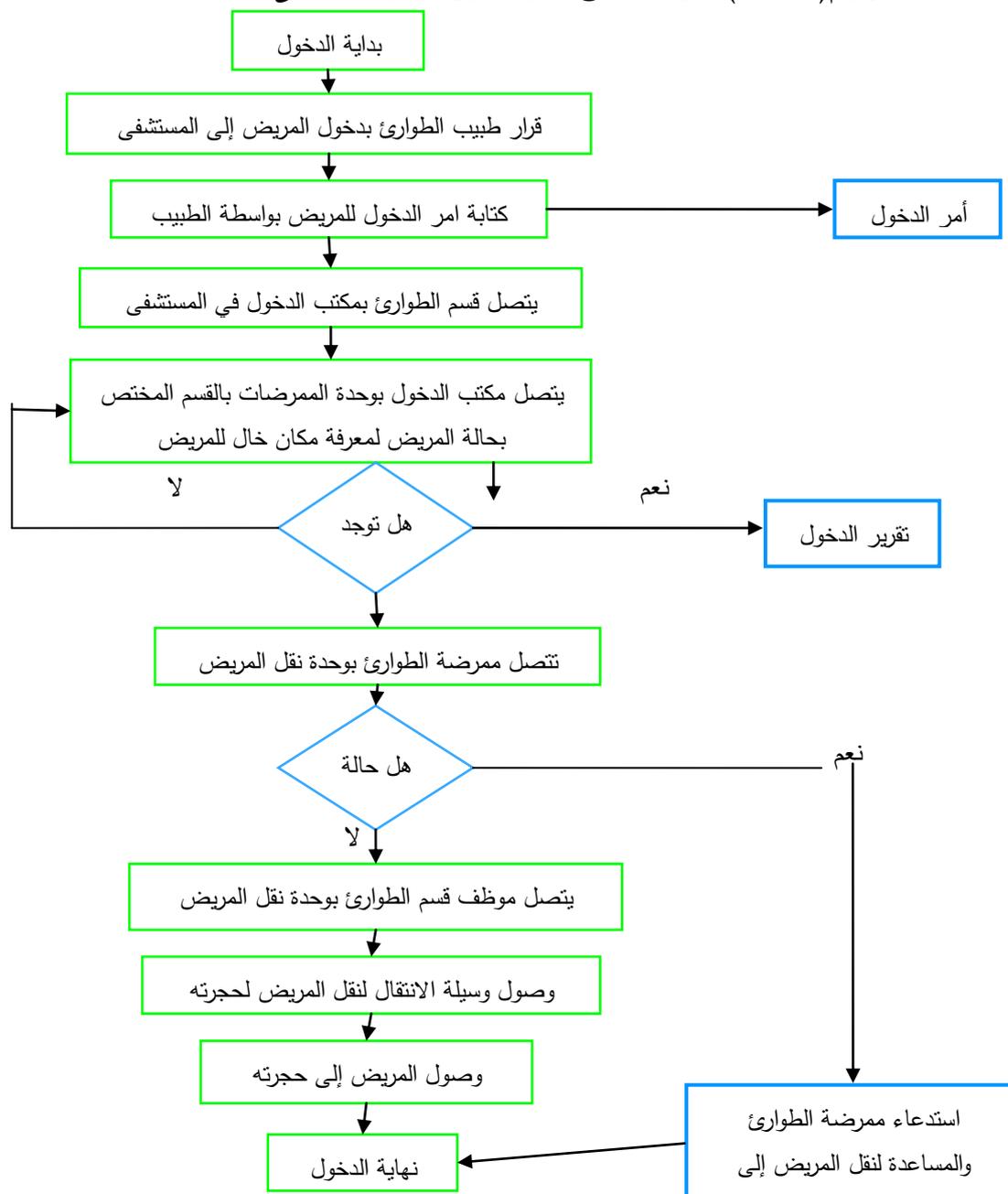
² قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 228.

³ محمد أحمد عيشوني، مرجع سابق، ص 02.

⁴ قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 229

وتوضح خريطة التدفق كيفية الأداء الواقعي للعملية، مما يساعد على الفهم الكامل للخطوات التي تمر بها العمليات واكتشاف أية مشاكل أو ضياع بأقل تكلفة، من خلال خريطة التدفق يتم تحديد مدخلات العملية وكيفية تسلمها، وباستخدام الأشكال المناسبة في خريطة التدفق يحدث نوع من الترابط بين المدخلات والأنشطة والمخرجات؛ ويبين الشكل الموالي تمثيل لخريطة التدفق.

شكل رقم(02-06): خريطة التدفق لعملية دخول مريض المستشفى



المصدر: قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص230.

رابعاً: خريطة باريتو Pareto Chart.

تعتبر خريطة باريتو أداة تركز على المشاكل التي تواجه المنظمة، فوفقاً لهذه الخريطة هناك مجموعة قليلة من العوامل المسؤولة عن نسبة كبيرة من المشاكل التي تحدث مثل الشكاوى، المنتجات المعيبة،... الخ وتكمن الفكرة في تصنيف هذه الحالات وفقاً لدرجة الأهمية من خلال تحديد تكلفة كل نوع من الأخطاء المرتكبة أثناء عملية الإنتاج على مدى خلال مدة زمنية معينة، وترتيبها تبعاً لأهمية تكاليفها وصياغة تكاليف الأخطاء المرتكبة في شكل نسب مئوية والتمثيل البياني للظاهرة عن طريق الأعمدة البيانية، وتعرف خريطة باريتو على أنها: "طريقة إحصائية لإتخاذ القرار تستعمل لاختيار عدد محدد من المهام والأعمال التي تملك أثراً بارزاً على أداء العملية، بحيث يتم ترتيب البيانات والعوامل بصفة تنازلية من الأكثر حدوثاً إلى الأقل حدوثاً".¹

لقد اعتمد Juran على فكرة Pareto والتي تؤكد أن 20% فقط من الأسباب (العوامل المؤثرة) مسؤولة عن 80% من المشاكل التي تحدث في المنظمة.²

يتكون تحليل باريتو من الخطوات التالية:³

- تشخيص وتعريف المشكلة لتحديد المعلومات المطلوبة لاستخدامها في المخطط؛
- جمع البيانات عن الظاهرة المراد دراستها (العيوب، المرفوضات) وتصنيفها تبعاً لوحدة زمنية معينة (ساعة، شهر، يوم، .. إلخ)؛
- احتساب الأهمية النسبية للأوجه المختلفة للظاهرة على أساس القيمة العددية لكل وجه. ويقصد بالقيمة العددية لكل وجه مختلف الصور الممكن احصاؤها لهذا الوجه منسوبة إلى المجموع الكلي لقيم أوجه الظاهرة (أي مجموع الصور الكلية لمختلف الأوجه)؛
- رسم محور أفقي ومحور عمودي، يختص الأفقي ببيان الأوجه المختلفة للظاهرة المقاسة نوعاً والخط العمودي لقياس الظاهرة.

ويتم تمثيل تلك الأوجه بأعمدة بيانية ملتصقة، تتناسب مع أهميتها النسبية مبتدئين برسم الوجه الأكثر أهمية أولاً ثم الوجه الذي يليه وهكذا في اتجاه تنازلي.

¹ Faisal Talib, Zillur Rahman, M.N Aueshi, 2010, **Pareto analysis of total management critical factors to success for service industries**, in International journal for quality research, Volume4, Issue2, P158.

² قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 230.

³ رشيد مناصرة، مرجع سابق، ص 34.

يمكن أن تستخدم طريقة التحليل هذه بفعالية كبيرة في عدد من النطاقات، ومن ضمنها الجودة للرؤية خلال عناقيد مركبة من المشاكل، والتقاط أسوأ مشكلة منها، بهذه الطريقة يمكن توجيه جهود حل المشكلة تجاه المناطق التي يكون لها أكبر الأثر.¹

خامسا: المدرج التكراري (التوزيع التكراري).

المدرج التكراري عبارة عن تمثيل بياني يسمح بطريقة مبسطة تحليل البيانات التي يتم جمعها من العمليات الانتاجية والخدمية بهدف دراسة جودة مخرجاتها أو اكتشاف عيوبها، يمكن تصنيف البيانات المجمعة إلى عدة فئات وحساب تكرارها ومنه يمكن استخلاص معلومات ومؤشرات هامة عن جودة المنتج أو الخدمة مثل القيمة المتوسطة للبيانات ومقدار الاختلافات في البيانات وتشتتها وكذا الحكم على جودة المخرجات وأداء العملية مقارنة بالمواصفات المحددة من طرف العميل.²

سادسا: الطريقة الاستفهامية " QQQQCCP,5W2H ".*

قام بتطويرها تاييجي أوهنا T. Ohno وفي هذه الطريقة أية مشكلة تحدث لا بد أن تدرس من خلال خمسة أسئلة تبدأ بـ " لماذا" للتوصل وبشكل متعاقب إلى المزيد من المعلومات والتفاصيل وإلى السبب الأساسي لتشكل المشكلة، وسؤالين آخرين السادس يبدأ باستفهام "كيف" والسابع يبدأ باستفهام "كم".³

يتم استعمال هذه الأداة لتوضيح مشكل أو وضعية تمر بها المنظمة بحيث تسمح للمنظمة بادراك إن كان بحوزتها جميع البيانات والمعلومات الضرورية لفهم المشكلة وبالتالي حلها.⁴

والجدول رقم (02-04) يظهر مدخل استخدام هذه الأداة.

¹ جوزيف كيلادا، مرجع سابق، ص 536.

* Le QQQQCCP: Le système quirilien

² محمد أحمد عيشوني، مرجع سابق، ص 03.

³ نجم عبود نجم، مرجع سابق، ص 192.

⁴ Florence Gillet- Goinard, Bernard Seno, **La boîte à outils de responsable qualité**, Dunod publications, Paris, 2009, P 110.

جدول رقم(02-04): مدخل استخدام أدوات الاستفهام

العناصر	التساؤل	أنواع الأسئلة	الهدف
الموضوع	ماذا What	ماذا تم عمله؟ ما هو المشكل؟	تحديد التركيز التحليل محاولة تحديد المشكلة بدقة
الهدف	لماذا Why	لماذا التغيير ضروري؟ ما هو الهدف الذي نضبو إليه من حل هذا المشكل؟	التخلص من المهام غير الضرورية
الموقع	أين Where	أين يتم الأداء؟ لماذا يتم في هذا المكان؟ هل من الأحسن أن يتم في مكان آخر؟	تحسين المكان
التتابع	متى When	متى يتم العمل؟ هل من الأفضل أدائه في وقت آخر؟	تحسين النتائج
الأفراد	من Who	من يقوم بالعمل؟ هل من الممكن أن يقوم به أفراد آخريين؟ ماهي العمليات المعنية؟	تحسين المخرجات
الطرق	كيف How	كيف يتم الأداء؟ هل هناك طريقة أفضل؟ كيف تسير العملية في ظل هذه الظروف؟	تبسيط المهام تحسين المدخلات
التكلفة	كم How much	ما هي التكلفة الآن؟ كم تكون التكلفة بعد التحسين؟ ما مدى أهمية هذا المشكل؟	اختيار طريقة التحسين

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على:

رشيد مناصرية، الكفاءات البشرية وأهميتها في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الاقتصادية، اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير تخصص إدارة الأعمال، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، 2013، ص42.

Florence Gillet- Goinard, Bernard Seno, 2009, **La boîte à outils de responsable qualité**, Dunod Publications, Paris, P 111.

يتوجب في هذه الطريقة العمل على ثلاث فترات منفصلة، حيث تخصص الفترة الأولى لتحديد الأسئلة التي تتطلب الإجابة عنها، والفترة الثانية تخصص للبحث عن معلومات وبيانات ميدانية، والفترة الثالثة البحث عن الحلول.¹

¹ Florence Gillet- Goinard, Bernard Seno, op. cit, P111.

سابعا: العصف الذهني Brainstorming.

يعتبر العصف الذهني من الأساليب الشائعة لتوليد الأفكار الإبداعية، فهو استخدام قدرة التفكير الجماعي لعدد من الأفراد بهدف اقتراح أفكار إبداعية خلاقة قد لا يتمكن كل منهم من الوصول إليها منفردا، يعتمد على الإبداع والحماس وذلك تطبيقا لفكرة العمل الجماعي التي تستند إلى أن طاقة المجموعة أكبر من مجموعة طاقات أفرادها، ويتم من خلاله فتح باب الاقتراحات وتقبل جميع الآراء وعرضها على جميع الأعضاء للبدء بتحليلها. ويعرف العصف الذهني بأنه: "وسيلة للحصول أو توليد أكبر كم من الاقتراحات من جميع أعضاء الحلقة في فترة معينة حول المشكلات التي تعترض نجاح العمل ضمن مجال عملهم".¹

كما عرف على أنه: "تفكير جماعي لعدد من الأفراد بهدف الوصول إلى أفكار إبداعية قد لا يتوصل إليها كل منهم بصورة فردية".²

إن الهدف من العصف الذهني الحصول على أكبر عدد ممكن من الأفكار الإبداعية في ظل بيئة مشجعة لجميع أعضاء فريق التحسين والأعضاء المدعومين للمشاركة في معالجة ودراسة حالة من الحالات الخاصة بتحسين الجودة.³

وبمجرد الانتهاء من تحديد المشكلة يتم الانتقال إلى مرحلة حل المشكلة واقتراح الحلول الملائمة لها، ومن ثم الحصول على موافقة الإدارة العليا على تنفيذ الحل المناسب للمشكلة المراد علاجها وتحسينها.

وقد أوضحت التجارب أن العصف الذهني ينتج عنه أفكار تعادل ثلاثة أضعاف ما ينتج عن الفرد عندما يفكر بفرده، وفي جلسات إثارة الأفكار يغذي أعضاء الفريق بعضه بعضا بالأفكار، كما أن النتائج تكون غالبا مزيجا من أفكار العديد من المشاركين ويعتبر العصف الذهني من أهم الأدوات المستعملة في إدارة الجودة الشاملة والتي تهدف إلى التحسين المستمر في كل المجالات.

¹ مأمون سليمان الدرادكة، مرجع سابق، ص 169.

² قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 239.

³ مهدي صالح السامرائي، مرجع سابق، ص 236.

ثامنا: (5-3-6) لتوليد الأفكار Brainwriting.

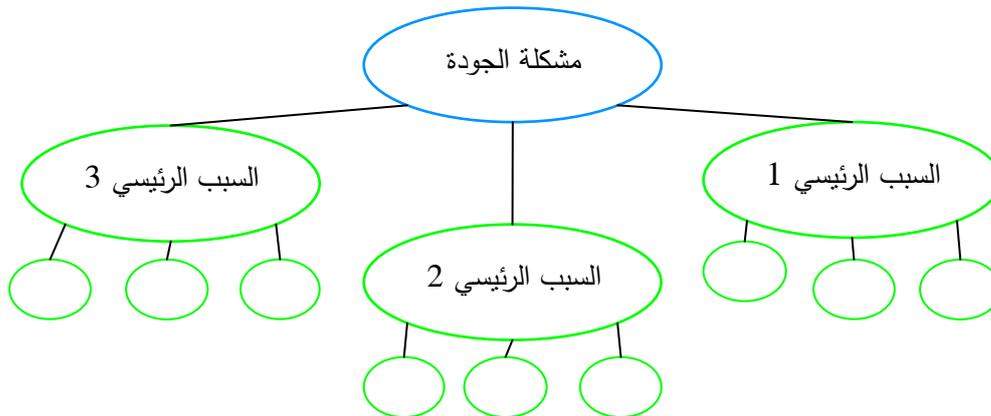
طريقة لكتابة الأفكار التي تساعد على توليدها وتطويرها من خلال توجيه أسئلة لستة مشاركين يكتبون في خمس دقائق ثلاثة أفكار على بطاقة بشكل منفصل هذه البطاقات تمر إلى المشاركين من أجل التنقيح وتقديم أفكار إضافية وتستخدم الطريقة من أجل:¹

- توليد قائمة كبيرة بالأفكار لحل المشكلة؛
- تشجيع الابتكار في فرق العمل؛
- تحديد فرص تحسين المنتج أو العملية؛
- تنقيح الأفكار السابقة والبناء عليها.

تاسعا: شجرة التلف Defect tree.

يتم في شجرة التلف وضع المشكلة المراد تحليلها في الأساس ثم تتفرع منها الأسباب الرئيسية للمشكلة ويتفرع من كل سبب محددات المشكلة، حيث يمكن توضيح أي غموض وأخذ الأسباب بمجملمها (الرئيسية والفرعية) بعين الاعتبار. كما يمكن إضافة عدة مستويات ويتم في كل مستوى تحديد التصرفات التي يمكن أخذها لمنع هذا السبب من الحدوث. والشكل التالي يوضح ذلك:²

شكل رقم (02-07): شجرة التلف



المصدر: رشيد مناصرية، الكفاءات البشرية وأهميتها في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الاقتصادية، اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير تخصص إدارة الأعمال، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، 2013، ص46.

¹ نجم عبود نجم، مرجع سابق، ص 216-217.

² رشيد مناصرية، مرجع سابق، ص 46.

عاشرا: مخطط الاتصال .Le plan de communication

يعتبر مخطط الاتصال أداة لهيكل مبادرة الجودة عن طريق نشر المعلومات لمختلف الفعاليين داخل المنظمة عن طريق برنامج محدد مسبقا وبصفة دورية، لإبقاء كل عامل جزء من الإجراءات الملزم لتنفيذها وعلى دراية بكل المستجدات التي تحدث وفهم متابعة المشروع عن قرب. يتم وضعه مع بداية برنامج الجودة كونه مكمل لخطة العمل. يتم الهدف من مخطط الاتصال في اعلام، تحسين، تنبيه، وتحفيز العاملين داخل المنظمة. ويتم عن طريق تحديد جميع المعلومات الواجب نشرها، مع من سيتم مشاركة المعلومات، وبأي شكل سيتم ذلك، وما هي مختلف الطرق التي تسمح وتسهل عملية نشر المعلومات.

تسمح هذه الأداة بجعل إجراءات الاتصال منظمة ومقننة على طول السنة، ويجب أن تشمل رضا الزبون، المنافسين، والسوق.¹

جدول رقم (02-05): مخطط الاتصال

متى وكما	بأي شكل	لمن	ما الذي سيتم نشره	من؟
بداية السنة شهر جانفي	رسائل مدفوعة	جميع العاملين	سياسة الجودة	المدير العام
بداية السنة شهر جانفي	اجتماع	المسيرين	سياسة الجودة	المدير العام
شهر فيفري	اجتماع	فرق العمل	سياسة الجودة والأهداف حسب المصالح	المسيرين
جوان	إعلانات	العاملين	نتائج استقصاءات الزبائن	مسؤول الجودة
في بداية تبني منهج الجودة	ملتقيات ومؤتمرات	جميع العاملين	التحديات والمسائل المتعلقة بالجودة	مسؤول الجودة/ المدير العام
كل ثلاثة أشهر	التقارير والمحاضر	المسيرين	شكاوى	مسؤول الجودة
شهرية	اجتماعات المصالح	فرق العمل	نتائج الجودة حسب المصلحة	المسيرين
شهرية	إعلانات	جميع العاملين	النتائج الأساسية	مسؤول الجودة
كل ستة أشهر	Flash info	جميع العاملين	الأحداث، النتائج	مسؤول الجودة
مرة في الأسبوع	اجتماع	المسيرين	تقييم الجودة	مسؤول الجودة/ المدير العام

Source: Florence Gillet- Goinard, Bernard Seno, 2009, *La boîte à outils de responsable qualité*, Dunod Publications, Paris, P 168

¹ Florence Gillet- Goinard, Bernard Seno, op. cit, P 168-169.

حادي عشر: خرائط العمليات .La cartographie des processus

تم تطوير خرائط العمليات من قبل بورت سنة 1980 وتمثل المنظمة كمجموعة عمليات تصمم لتحقيق رضا الزبون بدل أن تكون المنظمة عبارة عن هيكل تنظيمي من أعلى إلى أسفل (الشكل الهرمي)، يتمثل الهدف من خريطة العمليات في تحديد العمليات الرئيسية داخل المنظمة كونها مرحلة مهمة لضمان التمكن والتحسين المستمر.

يتم استعمال خرائط العمليات إن كانت المنظمة تسعى إلى التوجه نحو منظمة تتبنى مقارنة العمليات أو الإدارة بالعمليات، وهي أيضا إحدى الخطوات المطلوبة من المنظمات الراغبة في الحصول على شهادة الإيزو.

تتمثل أهم خطوات الخريطة في:

- وضع قائمة بزبائن المنظمة؛
- وضع قائمة بالموارد المتاحة والتي يمكن توفيرها للزبائن من قبل المنظمة؛
- العمل على تحديد العمليات المهنية والرئيسية التي تضمن تحقيق وتلبية احتياجات الزبائن؛ وماهية العملية الرئيسية التي تميز المنظمة من وجهة نظر الزبون؛
- وضع قائمة بالعمليات الداعمة التي ستسمح للعمليات الرئيسية السير بسلاسة، وتوفير الموارد الضرورية، الكفاءات، المواد الأولية، الأدوات والطاقة؛
- وضع قائمة بالعمليات التنظيمية التي تعطي ديناميكية للنظام.¹

ويمثل الشكل رقم (02-08) تمثيل لخرائط العمليات:

¹ Florence Gillet- Goinard, Bernard Seno, op. cit, P80-81.



Source: Florence Gillet- Goinard, Bernard Seno, 2009, *La boîte à outils de responsable qualité*, Dunod Publications, Paris, P80.

ثاني عشر: لوحة القيادة الخاصة بالجودة بالجدولة *Le tableau de bord qualité*.

تعتبر لوحة القيادة بوصلة لمسؤول الجودة تسمح له بالفحص والتأكد الدوري إن كانت الخطة تسيير وفق ما يجب أن تكون عليه، كما تسمح بنقل نتائج ملموسة ويمكن قياسها، أو تنبيهات للقيادة والإدارة العليا. يتم تغذيتها بنتائج ومعطيات مراقبة المنتجات، مسوحات السوق، مراقبة مؤشرات العمليات، وكذا نتائج المراقبة الداخلية والخارجية، لذا فوحدة القيادة الخاصة بالجودة تعطي رؤية شاملة عن مجموعة المؤشرات الرئيسية والمهمة لنظام الجودة كما تعتبر وسيلة فعالة للاتصال، الحوار، القيادة، التحفيز، اتخاذ القرار وجعل برنامج الجودة ذا مصداقية، في حين يتمثل الهدف منها في اعطاء المنظمة القدرة على قياس نتائج الإجراءات المعتمدة في خطة العمل، وهي وسيلة مهمة للتواصل مع العمال وتحفيزهم، وكذا تقيس مدى فعالية نظام الجودة المتبع.

تتمثل أهم المحاور التي يتم اعتمادها لاستعمال لوحة القيادة والقياس في:

- رضا الزبون؛
- قياس تكاليف تحقيق الجودة مع تكاليف اللاجودة وتكاليف الجودة؛
- بيانات حول العمليات الرئيسية؛
- متابعة خطة العمل المرتبطة بسياسة الجودة.

كلما تم نقل معلومات صحيحة وفي الوقت المناسب للوحة القيادة كلما تمكن مسؤول الجودة من فهم الوضعية الفعلية للمنظمة وتحديد الأحداث المهمة، لذا يجب تغطية المحاور الرئيسية من الزبائن، الموردين، عمليات، عمال، منتجات، تكاليف، والجودة وأن يرافق كل مؤشر هدفا قابلا للقياس، كذا أن تكون منسجمة ومتناغمة مع خطة العمل الموضوعية، وأن يكون محتوى لوحة القيادة مرفق بعروض تكون جذابة بصريا للفت الانتباه إليها أكثر.¹

ثالث عشر: مراقبة العملية احصائيا Statistical process control SPC.

تعد المراقبة نشاطا يهدف إلى اكتشاف ورصد Detect الأخطاء والعيوب بغرض تصحيحها المحتمل، إلا أن الوقاية تكون أكثر كفاءة، واقتصادية أكثر من التصحيح، وتم تقديم توكيد الجودة quality assurance وتشجيعه من أجل تقديم للعملاء توكيدا أن المنتجات التي طلبوها صممت وصنعت وتم تسليمها طبقا لمستوى الجودة المطلوب، إلا أنه لتوكيد الجودة، وُجد أنه يجب تخطيطها وحفظها في التنظيم (الهيكل، النظم)، وإدارة الأفراد مع التركيز على مراقبة الجودة المطلوبة، وإجازا كان يجب أن تدار الجودة لذلك حدث تحول من توكيد الجودة إلى إدارة الجودة.²

لذا تعتبر SPC أداة لإدارة الجودة يتم استعمالها لتسلسل انتاجي بالاعتماد على تقنيات إحصائية، أو لتوفير خدمات يعاد تقديمها أكثر من مرة، تم تصميمها للمراقبة والتعديل والتصحيح والمقارنة. تعتبر من أكثر الوسائل نجاعة لمتابعة جودة سلاسل الإنتاج بطريقة منظمة ومضبوطة واقتصادية، وهي أداة لا يمكن التخلي عنها إن كان الهدف الوصول إلى درجة "صفر خطأ".

تتمثل أهم المراحل التي يتم اتباعها في SPC في:

- اختيار الإنتاجات والخصائص التي سيتم مراقبتها وتوجيهها؛
- التخطيط للإجراءات التصحيحية للتعامل مع أسباب انحرافات الإنتاج؛
- تطبيق هذه الإجراءات، فحص الأجهزة، والصيانة ومراقبة الأدوات والوسائل، تكوين العاملين، تحديث القوانين، تغيير المواد الأولية، وتحسين ظروف العمل؛
- تحقيق المقاييس والمعايير، إسقاط النتائج على الخرائط، واتخاذ القرار اعتمادا على القوانين والقواعد؛

¹ Florence Gillet- Goinard, Bernard Seno, op. cit, P 50-51.

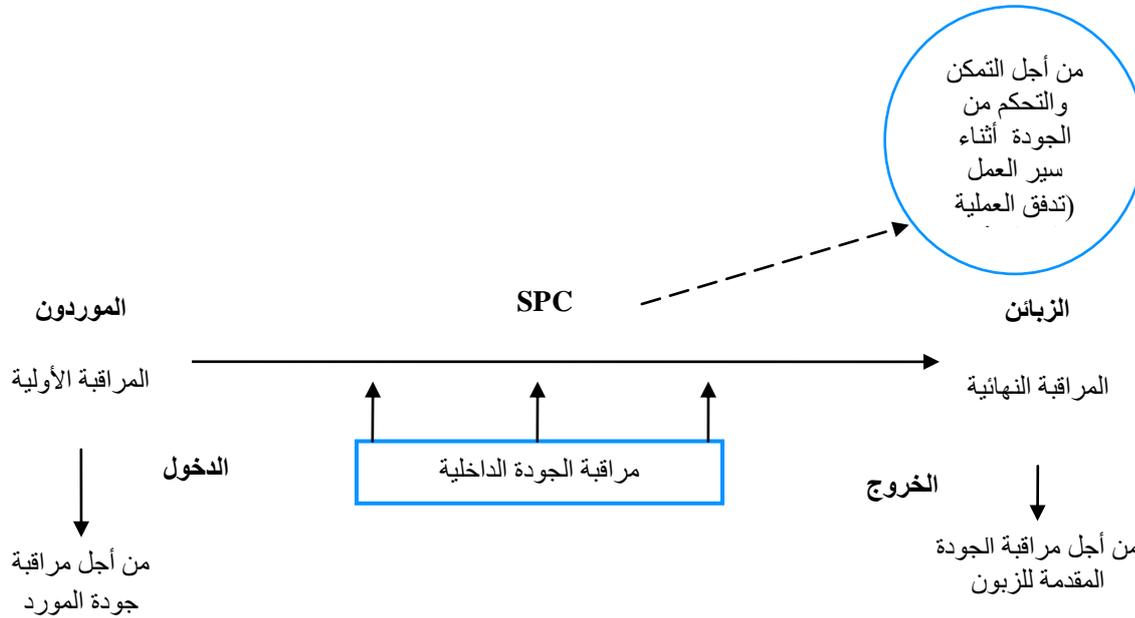
² جوزيف كيلادا، مرجع سابق، ص 106.

- الدراسة الإحصائية للنتائج المجمعة من أجل رد الفعل.

تسمح هذه الطريقة بالتتبع الدقيق وعبر فترات زمنية متعاقبة لأي انحراف يحدث في سلاسل الإنتاج وفي المنظمة، وتجنب الاكتشاف المتأخر لها.¹

ويمثل الشكل رقم (02-09) شرح لمراقبة العملية احصائيا.

شكل رقم (02-09): مراقبة العملية احصائيا



Source: Florence Gillet- Goinard, Bernard Seno, 2009, *La boîte à outils de responsable qualité*, Dunod Publications, Paris, P148.

رابع عشر: بطاقة الأداء المتوازن BSC .La Balanced Score Card

من الجيد أن تقوم المنظمة بطرح أسئلة ومراجعة استراتيجيتها وتوجهها ومدى تحقيق وبلوغ أهدافها المتعلقة بالمحاور الاستراتيجية، هنا يمكن اللجوء إلى BSC من أجل ضمان أن المؤسسة تتبع التوجه الذي تم تحديده عن طريق المؤشرات الرئيسية الموضوعية والمحددة من خلال المحاور الاستراتيجية. والجودة في هذه الحالة يتم قياسها بصورة كلية عبر تداخل هذه المعايير والمؤشرات.

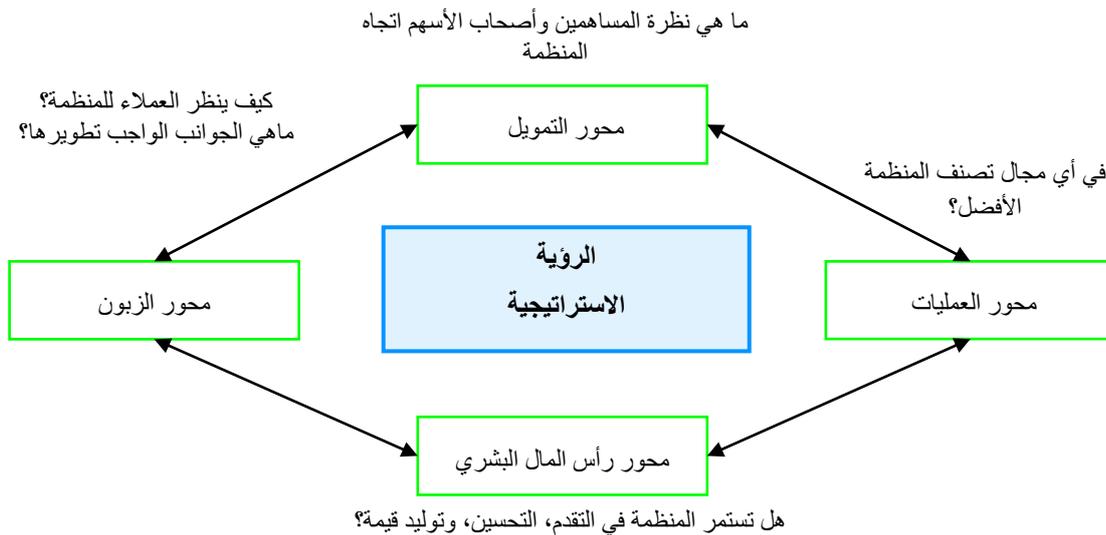
يتم استعمال BSC عن طريق تحليل كل المحاور الاستراتيجية وتحديد المعايير الرئيسية والدرجة، بحيث تتيح القياس بصورة موزونة رضا الزبون، النتائج المالية، والتحكم في العمليات الرئيسية (البيع، الإنتاج، الموارد البشرية، التسويق،...)، زيادة العائد على الاستثمار في الرأس مال البشري، جمع المعايير

¹ Florence Gillet- Goinard, Bernard Seno, op. cit, P 149-150.

عن طريق استعمال طريقة الانتقاء المنطقية (مصفوفة القرار، مناقشة وتصويت، السبب والأثر). تجربة المؤشرات من أجل تحسين وتطوير BSC.

من أهم فوائد هذه الطريقة أن مؤشرات قياس نجاح المنظمة لن تكون مالية فقط مما يطمئن العمال، وكذا مؤشرات الجودة تكون في قلب الخطة الاستراتيجية للمنظمة مع الأخذ بعين الاعتبار أن تكون الأهداف الاستراتيجية منسجمة مع الأهداف التشغيلية للمنظمة لضمان استمرار نجاحها.¹

شكل رقم (10-02): بطاقة الأداء المتوازن La balanced scorecards



Source: Florence Gillet- Goinard, Bernard Seno, 2009, La boîte à outils de responsable qualité, Dunod Publications, Paris, P42.

خامس عشر: المجموعة الإسمية The nominal group technique

في حين تبدأ المجموعة الإسمية مثل العصف الذهني، بتنشيط ابداع المجموعة فإنها تختلف في العديد من الأوجه الأخرى، تمر خلال ستة مراحل هي:

- تختار المجموعة الموضوع، أو المشكلة، أو المهمة موضوع المناقشة ويجب أن يكون اختيارهم محددا بموضوع معين؛
- دون استشارة أي فرد من أفراد المجموعة، يكتب كل مشارك فكرته أو أفكاره الخاصة بالموضوع؛
- يجمع القائد الأفكار، واحدة تلو الأخرى من كل عضو؛
- يتم تجميع الأفكار المتشابهة مع بعضها البعض، ويتم توضيحها إذا دعت الحاجة لذلك؛

¹ Florence Gillet- Goinard, Bernard Seno, op. cit, P42-43.

- ترقم كل فكرة يتم تجميعها، وتكتب على سبورة وتكون مرئية للجميع، بعد ذلك يشيد كل عضو ترتيباً بالأولويات لهذه الأفكار باستخدام الطريقة التالية: يختار كل مشارك عدداً من الأفكار، يعطي صفراً لكل فكرة لم يقع اختياره عليها ثم يرتب بقية الأفكار بإعطاء نقطة واحدة لتلك التي تكون أقل الأفكار، ونقطتين للتالية لها في الأهمية، وهكذا؛
- تعتبر الفكرة التي تحصل على أكبر عدد من النقاط، وتماسك من أكبر عدد من الأفراد الفكرة الأكثر أهمية، وبالتالي فإنها تستحق أعلى أولوية.¹

سادس عشر: نظم الاقتراحات.

يعرف نظام الاقتراحات على أنه جهاز لترقية، تقييم، وتحديد الأفكار الأكثر واقعية وقابلة للتطبيق والتي تهدف إلى تحسين وتطوير الأداء.

ويهتم هذا الأسلوب بتحقيق أربع مهام رئيسية متمثلة في:

- ترقية الأفكار الجديدة بالاعتماد على قدرات وإبداعات كل فرد في المنظمة؛
- تقدير وتقييم القيمة المضافة من خلال كل اقتراح؛
- معرفة النتائج المحققة لتشجيع هذه الثقافة الجديدة؛
- تقديم الأفكار والاقتراحات مع منح الحرية للآخرين في قبولها أو رفضها، وذلك بهدف تحسين الأداء.²

¹ جوزيف كلايد، مرجع سابق، ص 534-535.

² رشيد مناصرية، مرجع سابق، ص 38-40.

المبحث الثاني: دراسة تحليلية للعوامل الحرجة لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية.

يهدف تحديد العوامل الحرجة الخاصة بتطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى زيادة معدل النجاح، تخفيض التكاليف، تجنب الإحباط وخيبات الأمل عن طريق برامج التحسين المستمر. بالتالي يمكن القول أن العوامل الحرجة عبارة عن مجموعة متطلبات يجب أن تكون متوفرة في منظمة كي يصبح من الممكن توجيهها نحو رؤيتها وتحقيقها، وكذا جودة محسنة وزيادة الأداء المالي للمنظمة.¹

المطلب الأول: العوامل الحرجة لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

عرف Oakland العوامل الحرجة على أنها: "العوامل التي يجب أن توفرها المنظمة لتحقيق رسالتها عن طريق فحص وتصنيف آثارها".²

عرفها Boynton and Zmud: "البناء الحيوي الذي يجب أن يدار بطريقة صحيحة وجيدة لضمان النجاح للمسير أو المنظمة"، عرفها Brotherton and Shaw: "العوامل الأساسية التي يجب إنجازها وتحقيقها من قبل المنظمة والتي تضمن مستوى تنافسي عال".³

يمثل الجدول رقم (06-02) أهم الدراسات التي تناولت موضوع العوامل الحرجة التي تؤثر على إدارة الجودة الشاملة وأهم العوامل التي تم ذكرها في كل دراسة.

¹ Faisal Talib, Zillur Rahman, M.N Aueshi, op.cit, P 157

² Rallabandi Srinivasu, G. Satyanarayana Reddy, and all, op.cit, P09.

³ يحيى برويقات عبد الكريم، مرجع سابق، ص62.

جدول رقم (02-06): أهم الدراسات التي تناولت العوامل الحرجة

أهم النتائج	الدراسة
استعملت بيانات جمعت من 162 مسير لعشرين منظمة أمريكية لتحديد أهم العوامل الحرجة التي تؤثر على نجاح إدارة الجودة الشاملة، لقد حددوا ثمانية عوامل هي : قيادة الإدارة العليا، دور قسم الجودة، التدريب، تصميم المنتج، إدارة جودة الموردين، إدارة العمليات، جودة المعلومات، علاقات العاملين	Saraph et al سنة 1989
طورا اطار عمل خاص بإدارة الجودة الشاملة بالاعتماد على المعايير التي تقدمها جائزة مالكولم بالدريج ومجموعة من ممارسي إدارة الجودة الشاملة كقاعدة، دراستهما غطت القطاع الصناعي والخدمي وقدموا عشرة عوامل هي: ثقافة الجودة الخاصة بالمنظمة، أنظمة قياس تحسين الجودة، الاتصالات الخاصة بنقل معلومات التحسين، التسيير الاستراتيجي للجودة، العمل الجماعي، الهيكل التنظيمي، إدارة الأفراد/ الزبون، تخطيط عمليات الجودة، إدارة الصورة الخارجية للمنظمة، العلاقات مع الموردين، التوجه نحو رضا الزبون.	Black and Porter سنة 1996
أشارا الى احدى عشر ممارسة تساهم في نجاح برامج إدارة الجودة الشاملة ذلك بعد استقصاء تم في 170 مؤسسة خدمية في أمريكا تتمثل هذه العوامل في: نظام التعويضات، المقارنة المرجعية، تسيير التدريب، التمكين، إدارة التقنية والتكنولوجيا، التقييم، إدارة العمليات، مشاركة العاملين، العمل الجماعي، قياس المخرجات.	Behra and Gundersen سنة 2001
تمحورت حول أداء إدارة الجودة الشاملة في سنغافورة وجدوا العوامل التالية: دعم الإدارة العليا، التركيز على الزبون، مشاركة العاملين، إدارة جودة الموردين، تحسين العمليات، تصميم الخدمة، جوائز تحسين الجودة، المقارنة المرجعية، التنظيم.	Brah and al سنة 2002
وجد ثمانية عوامل حرجة من خلال مراجعة 106 مؤسسة حاصلة على ISO 9000 في اسبانيا، هذه العوامل هي : التركيز على الزبون، إدارة العمليات، القيادة، إدارة الموردين، التعلم، تخطيط الجودة، التحسين المستمر، إدارة الموارد البشرية.	Tari سنة 2005
استخرجوا سبعة ممارسات من أصل 25 ممارسة خاصة بإدارة الجودة الشاملة وهي: دعم والتزام الإدارة العليا، مشاركة العاملين، تمكين العاملين، الاتصال والمعلومات، التدريب والتعليم، التركيز على الزبون، التحسين المستمر.	Samat et al سنة 2006
حددوا تسعة عوامل حرجة مهمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات هي: التزام الإدارة العليا، التركيز على الزبائن، التدريب والتعليم، التحسين المستمر والابتكار، إدارة الموردين، تشجيع العمال، المقارنة المرجعية، جودة المعلومات والأداء	Talib and Rahman سنة 2010

Source: Faisal Talib, Zillur Rahman, M.N Aueshi, 2010, **Pareto analysis of total management critical factors to success for service industries**, in *International journal for quality research*, Volume4, Issue2, P 157-158.

أولاً: القيادة.

لقد ازدادت أهمية القيادة في المنظمات المتبنية منهجية إدارة الجودة الشاملة وذلك حتى تتمكن هذه المنظمات من مواجهة التحديات والتغيرات التي تجري في البيئة الخارجية وكذلك حتى تستطيع أن تتولى إدارة البيئة الداخلية بكفاءة وفعالية.¹

أظهرت دراسة Taykor.W.A and Wright.G.H حول 113 مؤسسة مطبقة لإدارة الجودة الشاملة في المملكة المتحدة، أن التزام الإدارة العليا هو عامل أساسي في نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة.² أشار كل من Breiter and Bloomquist أن أهم عائق أمام إدارة الجودة الشاملة هو فشل القيادة الإدارية، وهذا مادعمه Aune الذي أكد أن من بين عوامل نجاح إدارة الجودة الشاملة جاءت القيادة في المرتبة الأولى من ناحية الأهمية.³ في دراسة Matta et al لشركات حائزة على جوائز من MBNQA شملت 100 شركة أجمع فيها الفائزون على أن عامل واحد هو الأكثر أهمية وتمثل في مدى التزام الإدارة العليا والقيادة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وهذا ما أشارت إليه أيضا Van Der Wiele and Brown حيث أن دور CEO يعتبر العامل الأكثر أهمية في استدامة إدارة الجودة الشاملة المتمثل في (الإدارة العليا، المجلس الإداري) على المدى الطويل.⁴

تتمثل الخصائص التي تمتاز بها القيادة الفعالة التي تطبق إدارة الجودة الشاملة في:

- فهم الطبيعة البشرية أو احتياجات ورغبات وقدرات الأفراد؛
- تحقيق بيئة تتسم بالأمن الوظيفي؛
- منح الاستقلالية في العمل؛
- مدى اهتمام القيادة بالاعتراف بإنجاز الأفراد وعلامهم بمستوى أدائهم؛
- جعل المهمات سهلة التحقيق ضمن الزمن المحدد وقدرات الأفراد؛
- كون القيادة قدوة أو نموذجاً للآخرين بحيث تتطابق أفعالها مع أقوالها؛
- إعطاء أولوية واهتمام للزيائن في الداخل والخارج وتلبية احتياجاتهم؛

¹ محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص 91.

² يحيى برويقات عبد الكريم، مرجع سابق، ص 63-64.

³ A.Al Nofal, N.Al Omaimm and all, 2009, **Critical factors of TQM: An Update on the Literature, in International journal of applied management**, Volume 2, Issue2, The European centre for total quality management, P04.

⁴ Rose Sebastianelli, Nabil Tamimi, op. cit, P48.

- تمكين المرؤوسين بدلا من مراقبتهم والثقة في أدائهم، والعمل على خلق بيئة ملائمة للتدريب وتنمية الشعور بالمسؤولية؛
 - تحسين قنوات الاتصال؛
 - إحلال مبدأ التعاون بين مجموعات العمل والأقسام؛¹
 - حصول الإدارة العليا على تدريب وتعليم من أجل اكتساب المعرفة والقدرات اللازمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة؛²
 - القدرة على تحديد وتوزيع المهمات والمسؤوليات؛
 - القدرة على تحديد الأهداف الخاصة بالجودة؛
 - توفير الامكانيات المادية الضرورية للقيام بالعمل.³
- كما يجب أن يتلقى أفراد الإدارة العليا تدريبا حول ماهية إدارة الجودة الشاملة، كيفية التعامل معها، فيما تتمثل مهامهم ومسؤولياتهم في التطبيق الفعال لإدارة الجودة الشاملة.⁴

ثانيا: التركيز على العاملين.

بحسب الأدبيات وُجد أن العمال يتواجدون في مركز التغيير التنظيمي بحيث يعتبرون قلب العمليات في المنظمة ومحل تنفيذ القرارات وسيطرون على العمليات داخل المنظمة، فالعديد من الممارسات التنظيمية تفشل بسبب عدم الأخذ بعين الاعتبار دور العمال في صنع التغيير وكيفية ودرجة تأثير التغيير عليهم كعامل جوهري في إنجاح التغيير وبالتالي، فهم من يحددون فشل أو نجاح إدارة الجودة الشاملة. كونهم هم من يوجدون، يدعمون، ويؤثرون في ديمومة ونجاح الممارسات التنظيمية وبالتالي التغيير.⁵

والعنصر المهم بخصوص التحليل الذاتي من قبل العامل للعمل هو أن الموظفين لا يقومون بإجراء تحليل العمل بصورة فردية، ولكن كجزء من فرص تحسين الجودة. فتفاعل الأفراد عقليا ووجدانيا في فرق العمل يعدان مطلبا مهما لتطبيق إدارة الجودة الشاملة⁶ من خلال المشاركة والتدريب وعلاقات العمل الجيدة التي تعتمد على الثقة، وكذا تمكين العاملين والتزام الإدارة العليا بمبادئ إدارة الجودة الشاملة وثقافة

¹ مهدي صالح السامرائي، مرجع سابق، ص 194-195.

² يحي برويقات عبد الكريم، مرجع سابق، ص 67.

³ Jean Margerand, Florence Gillet-Goinard, 2006, **Manager la qualité pour la première fois**, Edition d'organisation, Edition Eyrolles, Paris, P 169.

⁴ Benjamin Osayouse Ehigie, Elizabeth B. Mc Andrew, op. cit, P935.

⁵ Ibid, P 935

⁶ عدنان مريزق، مرجع سابق، ص12.

المنظمة المنفتحة نحو الجودة الشاملة كلها عوامل إذا توفرت تؤدي إلى تحقيق أهداف المنظمة في تحسين جودتها.¹

لذا يتوجب توفر واحترام المبادئ الأساسية التالية:

- أن يعلم جميع العاملين أهمية المشاركة في منهج الجودة؛
- أن يملك جميع العاملين الوسائل والادوات المساعدة على العمل؛
- أن يملك جميع العاملين الرغبة في العمل؛
- أن يدرك العاملون التحديات والفوائد التي ستعود على المنظمة وعليهم إذا تم تبني إدارة الجودة الشاملة؛
- أن يستوعب العاملون مفاهيم وتصورات إدارة الجودة الشاملة؛
- معرفة العاملين لكيفية سير العمل الجديد ودورهم فيه وقدراتهم على المشاركة؛
- تحسيس العاملين بأهمية تحقيق رضا العاملين ودوره في تحقيق هذا الهدف؛
- إبلاغ العاملين ونشر المعلومات حول التطور والتقدم الحاصل في المشروع والنتائج المحققة من قبله ومن قبل المنظمة ككل؛
- السماح لجميع العاملين بالاطلاع على قواعد البيانات الخاصة بمراقبة الجودة لتشجيعهم على العمل على حل المشكلات ذات العلاقة بإنتاج الجودة وهذا في المراحل الأولى من التبنّي؛²
- إشراك العاملين في صناعة القرار كونها عملية تسهل على المنظمة إجراء الكثير من التغييرات التنظيمية المطلوبة لتنفيذ إدارة الجودة الشاملة بنجاح، والمشاركة تشجع عمليات الإبداع والابتكار بين العاملين.³

قد ركز رواد الجودة على مشاركة الأفراد في تطبيق إدارة الجودة الشاملة، فقد دعا دمينج إلى ضرورة إزالة الحواجز أمام مشاركة الأفراد في عملية التحسين، والتي تحرم المنظمة من تعظيم الاستفادة من الطاقة الهائلة والكامنة داخل كل فرد من أفرادها، والابتعاد عن سياسة التخويف⁴، ومنذ أواخر

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 157

² Jean Margerand, Florence Gillet-Goinard, op. cit, P 174.

³ قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 158

⁴ يحي بروفقات عبد الكريم، مرجع سابق، ص 88.

الثمانينات أصبحت مشاركة العاملين، الإدارة بالمشاركة، وجودة العمل مصطلحات شائعة لدى المسيرين الذي يسعون لتحقيق الامتياز في تطبيق الجودة ذلك بهدف ضمان البقاء في المنافسة.¹

ثالثاً: التدريب والتعليم.

يهدف التدريب إلى اكتساب مهارات أو معرفة خاصة، وتحاول برامج التدريب تعليم الأفراد كيف ينجزون أنشطة معينة أو عملاً معيناً، أما التعليم فهو عام ويكسب الأفراد معرفة عامة، والتي يمكن أن تطبق في مجالات مختلفة.²

يسعى تدريب الجودة أساساً إلى تحقيق هدفين رئيسيين هما:³

- زيادة معلومات الموظف المتدرب على المواضيع المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة؛
- تحسين مهارات الموظف المتدرب في مجالات الجودة حتى يستطيع أن يؤدي عمله بشكل أكثر فعالية.

التدريب يجب أن لا يركز فقط على الجوانب التي يتفوق فيها القسم أو المصلحة بل أن يشمل أيضاً المجالات التي حدث فيها انحراف عن معايير الجودة الموضوعية، وكذا عن توقع الأسباب المحتملة لهذه الانحرافات أو المخرجات ليتم فحصها، تصحيحها، ووضعها في المجال المقبول للجودة. من أجل الوصول إلى مستوى تستطيع فيه المنظمة إجراء تحليل مقارن ذاتي self-comparison analysis أين تقارن المنظمة فعاليتها مع فعالية المنظمات الأخرى المنافسة. مع الحاجة إلى ربط الحوافز مع إنجازات إدارة الجودة الشاملة وتنفيذ أهداف العملية الخاصة بإدارة الجودة الشاملة.⁴

رابعاً: الحوافز والمكافأة والعرفان.

لقد توصل David McClelland إلى تحديد نوعين من الحاجة تؤثر على دافعية العاملين تتمثل في:⁵

1. الحاجة إلى الانتماء: تعكس حاجة الأفراد لأن يكونوا محبوبين من الآخرين حيث يقومون ببناء علاقات اجتماعية متينة معهم على حساب العمل.

¹ A. Al Nofal, N. Al Omairi and all, op. cit, P40.

² يحي برويات عبد الكريم، مرجع سابق، ص 86.

³ محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص 145.

⁴ Benjamin Osayuse Ehigie, Elizabeth B. Mc Andrew, op. cit, P 935.

⁵ محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص 134.

2. الحاجة إلى الإنجاز: تعكس حاجة الأفراد للعمل من أجل النجاح، هؤلاء الافراد يجيدون العمل في الوظائف التي تتصف بالتحدي، ويحلون مشاكل العمل بشكل أكثر كفاءة من غيرهم، يسعون للحصول على مراكز وظيفية أعلى دائماً.

خامساً: التركيز على الزبون.

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

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

ولذلك فإن المنظمة ينبغي أن تضع في حساباتها الأنشطة التي من شأنها أن تحقق للعميل -سواء الخارجي أو الداخلي- الجودة العالية التي تتسجم مع ضرورة تعزيز الثقة بينه وبين المنظمة، وبفقد كسب ولائه ورضاه وثقته الهدف الأسمى الذي ينبغي التركيز عليه في كافة الأنشطة التشغيلية التي تؤديها المنظمة، إذ لولاه تصاب المنظمة بالفشل وتعرض أنشطتها للزوال لا سيما في ظل الأجواء التنافسية التي تستهدفها عادة الأسواق الاقتصادية بمختلف أنشطتها.¹

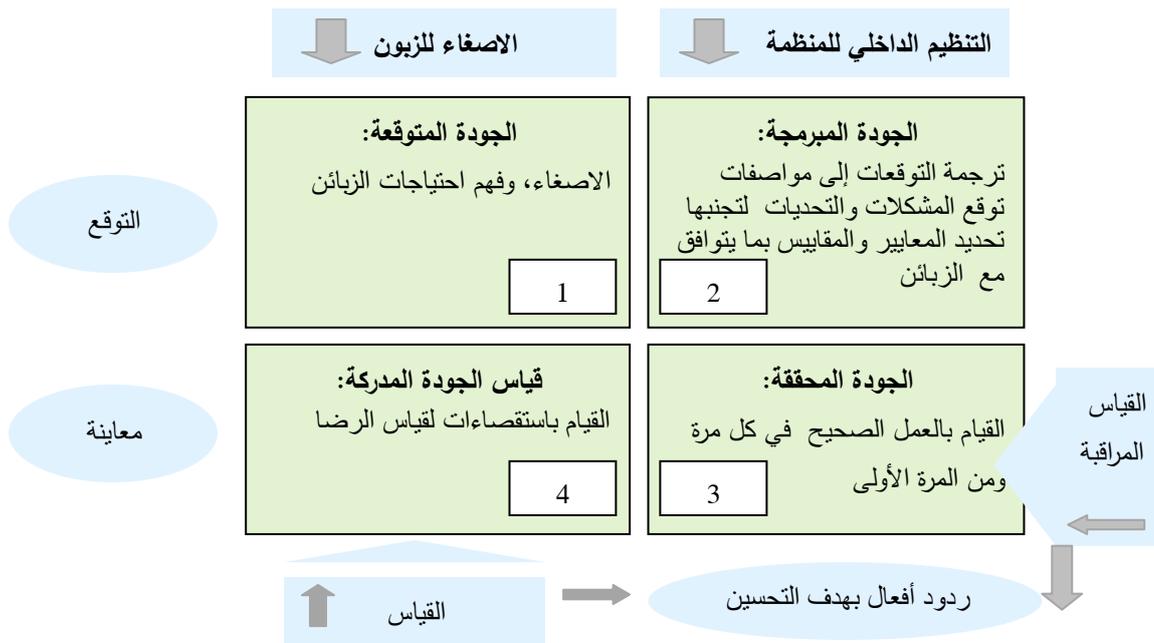
يجب الأخذ بعين الاعتبار المراحل الأربعة التالية:²

1. الاستماع للعميل الذي يسمح بالفهم الجيد لاحتياجاته وترجمتها الى جودة متوقعة
 2. التخطيط الجيد من أجل برمجة الجودة المناسبة ونشرها.
 3. انتاج الخدمة أو السلعة المناسبة لما تم التخطيط له والتي ينتظرها الزبون وكذا القيام بالعمل الصحيح من أول مرة.
 4. الحكم الوحيد على الجودة يكون عن طريق قياس تصور العميل للسلعة أو الخدمة.
- والشكل رقم (02-11) يوضح مراحل تحديد احتياجات الزبون.

¹ عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 10.

² Florence Gillet-Goinard, Bernard Seno, op.cit, 94

شكل رقم (02-11): مراحل تحديد احتياجات الزبون



Source: Florence Gillet- Goinard, Bernard Seno, 2009, *La boîte à outils de responsable qualité*, Dunod Publications, Paris, P95.

إن التركيز على الزبون يعني أن تصمم المنظمة خدماتها في ضوء تحديد الزبون المستهدف، وتحديد حاجاته ورغباته بدقة، وليس تصميم الخدمة على ضوء التوقعات بأنها سوف تحظى بإعجاب الزبون فهذا يتعارض مع فلسفة إدارة الجودة الشاملة

إن تحديد الزبون يحقق للمنظمة عددا من الفوائد من أهمها:¹

- تحسين عوائد المنظمة كون التركيز على الزبون يؤدي الى كسب زبائن بمستوى عال من الرضا وهذا يحقق الولاء لديهم، مما يؤدي إلى تحسين مركزها التنافسي في السوق؛
- تلبية حاجات العاملين: في التعرف على مستوى رضا الزبون عن الخدمات التي تقدم إليه، يساعد على تحسين جودة أداء الخدمة؛
- التركيز على تحقيق التحسين المستمر بصورة متكاملة، إذ أن الاهتمام بالزبون يؤدي الى توجيه جهود العاملين بالمنظمة نحو تحقيق أهداف جميع أصحاب المصالح.

لقد عرض نوريياكي Noriaki خمسة إدراكات للزبون في مجال الجودة والتي أطلق عليها "عناصر

الجودة" والتي ترتبط بالزبون، ومن هذه العناصر، ثلاثة في غاية الأهمية وهي كالاتي:²

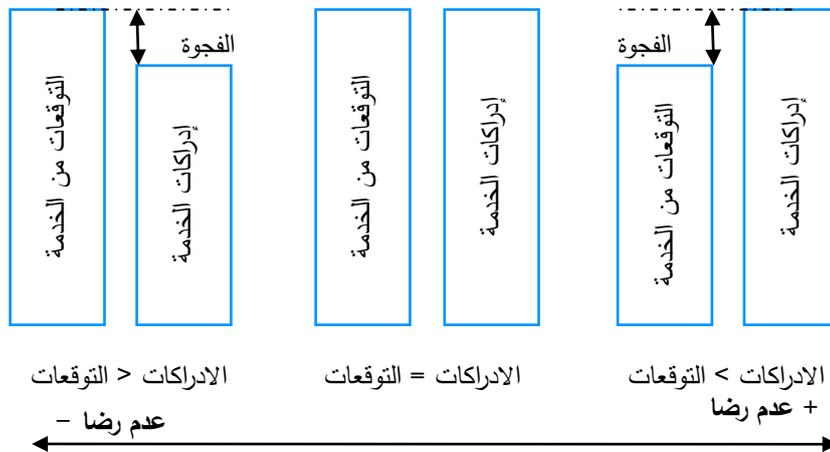
¹ قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 150.

² سيد احمد حاج عيسى، مرجع سابق، ص 49.

1. الجودة المتوقعة: وهي الخصائص أو المعالم التي يتوقعها المستهلك في الخدمة المقدمة، والتي إن ظهرت فإنها تمنع عدم الرضا، أما إذا فُقدت فإنها تؤدي إلى عدم رضا الزبون بشكل كبير.
2. الجودة المحققة للرضا: وهي الخصائص أو المعالم التي يطلبها المستهلك، والتي إن ظهرت فإنها تسبب إرضاءه أما في حال غيابها فإنها تؤدي إلى خلق عدم الرضا لديه.
3. الجودة المحققة لإسعاد المستهلك: وهي الخصائص أو المعالم التي لا يطلبها المستهلك لأنه لا يعلم باحتمالية وجودها أو تقديمها وعند ظهور هذه الخصائص فإنها تؤدي إلى إسعاده وفي نفس الوقت فإنه عند غيابها لا يكون العميل بوضع غير راض، حيث أن هذا النوع من الجودة فيها تجاوز لتوقعات الزبون.

والشكل الموالي يوضح ادراكات الزبون كما يلي:

شكل رقم (02-12): ادراكات الزبون



Source: Frédéric Canard, 2009, **Management de la qualité**, Lextenso éditions, Paris, P 17.

لذا فإن المنظمة التي تتبنى إدارة الجودة الشاملة يتوجب عليها محاولة تحقيق هذه الأنواع الثلاثة من الحاجات حتى تضمن المستهلكين الحاليين ومحاولة كسب المحتملين.

وفي ظل المنظمات الخدمية تكون الحاجة للتركيز على زبون أكبر ولا مفر منها كونها في تعامل مباشر معه بصفة يومية.¹

¹ Florence Gillet-Goinard, Bernard Seno, op. cit, P 101.

سادسا: ثقافة المنظمة.

من أجل أن يكون هناك أثر لحركة إدارة الجودة الشاملة بمعاييرها المتنوعة، فلا بد أن يكون ترسيخ ثقافة الجودة في منظمات الخدمة يساعد العاملين على تحقيق إنجاز عمليات تقديم الخدمة بشكل متفوق وممتاز ، بحيث تلعب ثقافة المنظمة دورا مهما في تعزيز تطبيق إدارة الجودة الشاملة في جميع أقسام المنظمة وتتضمن الأسلوب الذي تتعلم بموجبه جماعات العمل في المنظمة أن تتكيف وتتلائم مع مجموعة محددة من الظروف.

وبالتالي نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة مرتبط بتهيئة المنظمة لبيئة عمل وجعلها متناسبة مع الفلسفة التي تتطلبها إدارة الجودة الشاملة والتي تشمل على المعتقدات والقيم المتعلقة بمختلف أبعاد وبيئة تنظيم العمل وأسلوب العمل وكذا أسلوب ممارسة السلطة والمسؤولية وتقييم الأداء وغيرها. لتحول دور العاملين من أداء وظيفة ضيقة موجهة نحو وظائف متعددة الأبعاد.

ومن أجل تحقيق نجاح المنظمات الخدمية، لا بد من تعزيز أنواع مختلفة من الثقافات التنظيمية وضرورة أن تتضمن ثقافة الجودة مقاييس جديدة منها:

1. **دعم الابتكار:** لكي تكون المنظمة الخدمية قادرة على التنافس في ظل ظروف العولمة، فيجب أن تتطور بشكل مستمر، ولكي تقدم خدمة إبداعية ذات مستوى عال من الجودة، بالإضافة إلى إيصال هذه الخدمة في الوقت المناسب وبأقل التكاليف مقارنة بالمنظمات الأخرى، والمسؤولية هنا تقع على جميع العاملين فيجب أن يكونوا مبدعين وأن يراعوا القواعد والمعايير في العمل السليم.

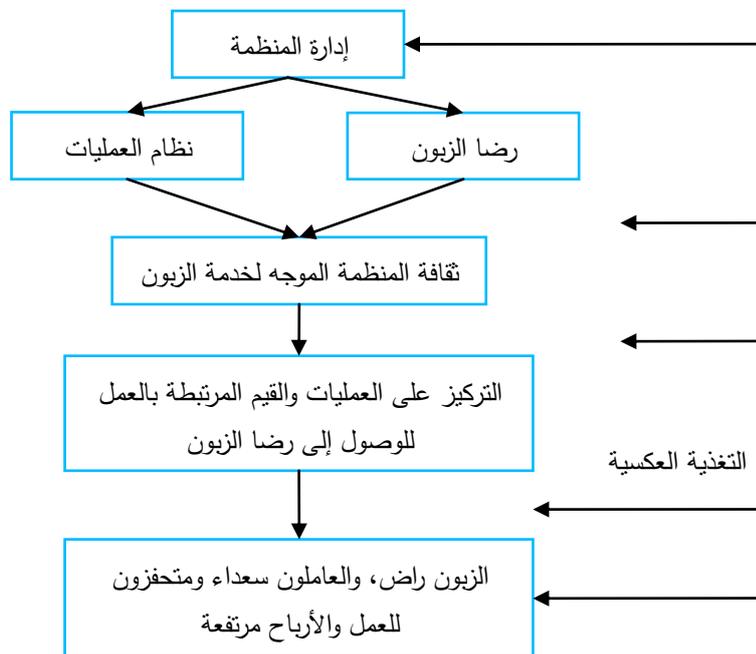
2. **دعم رضا الزبون:** إن تقديم خدمة متميزة للمستفيدين يعتبر إحدى الخصائص الهامة في ثقافة المنظمة الداعمة للجودة وهذا يتم من خلال تشجيع وتحفيز العاملين ومعاملتهم معاملة جيدة.

3. **دعم الشعور بالانتماء:** يستدل على الانتماء من الحالة التي يقوم فيها العاملون بتأدية مهام العمل المحددة لهم، وبذل الجهود الإضافية تطوعا منهم، رغبة وحرصا على دعم نجاح المنظمة، وابتعادهم عن الممارسة السلبية كالتهرب من العمل أو التأخير في إنجاز الأعمال أو تضييع الوقت أثناء العمل أو هدر الموارد، كما يجب أن تسود في المنظمة قيم ومعتقدات الثقة

المتبادلة، والفرص العادلة للترقية والحوافز المالية وكذا عدم التناقض بين أقوال المسؤولين وأفعالهم.¹

والشكل رقم الموالي يوضح موقع ثقافة الجودة في المنظمة.

شكل رقم(02-13): موقع ثقافة الجودة في المنظمة



المصدر: مهدي صالح السامرائي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الانتاجي والخدمي، دار جرير للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2007، ص 110.

سابعا: التخطيط الاستراتيجي للجودة.

يرى Mintzberg بأن الاستراتيجية هي: "نوع من الفعل المقصود بوعي، أو مجموعة من الخطوات العامة للتعامل مع موقف معين ومن أجل الحصول على منتجات ذات جودة عالية"² ويقصد بالتخطيط الاستراتيجي للجودة الشاملة: "عملية وضع وتحديد أهداف رئيسية للحصول على جودة طويلة الأجل، وكذلك الخطوات الرئيسية التي تتبع لتحقيق تلك الأهداف ووضع مؤشرات ومقاييس لقياس مستويات الأداء".³ وينظر إلى إدارة الجودة الشاملة على أنها: "استراتيجية يجب ادماجها بعناية في نشاط التخطيط الاستراتيجي للمنظمة".⁴

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 151

² يحي برويقات عبد الكريم، مرجع سابق، ص 70.

³ موسى اللوزي، مرجع سابق، ص 376.

⁴ يحي برويقات عبد الكريم، مرجع سابق، ص 70.

لذا يبدأ التخطيط الاستراتيجي في إدارة الجودة الشاملة بالاستعداد والعمل للمرحلة القادمة، والتفكير والتنبؤ بما يمكن أن يكون عليه المستقبل، ويؤخذ بعين الاعتبار في هذه المرحلة طبيعة عمل المنظمة، وكذلك الاستراتيجيات التي ستتبع لتحقيق الأهداف المطلوبة، وبعد ذلك يتم تطوير الخطط المحددة ووضعها بصورة فعالة كي يتم تخطيط العمل للأقسام والعاملين والنشاطات الموجودة.¹

ثامنا: التقويم.

تعد عملية التقويم من الأمور الضرورية عند تطبيق إدارة الجودة الشاملة، فمن خلالها يمكن الوقوف على مستوى الأداء الحالي، ومن ثم التفكير في إمكانية وكيفية تحسينه.

وتبرز أهمية التقويم بالنسبة للمنظمة في:²

- مقارنة أداء المنظمة مع الأداء المتميز للمنظمات التي تزاول نفس النشاط؛
 - تحديد الوضع الداخلي للمنظمة من حيث نقاط القوة والضعف، وتحديد كذلك التهديدات والفرص التي تحيط بالمنظمة في بيئتها الخارجية؛
 - تحديد فرص التحسين؛
 - معرفة مدى إمكانية تحقيق المنظمة الاستخدام الأمثل لمواردها المتاحة؛
 - توجيه الأفراد في المنظمة لأداء أعمالهم.
- يجب أن يسمح للمنظمة بتحديد مجالات قوتها والمجالات الممكن تحسينها بصورة دقيقة وواضحة.³

تاسعا: تحديد معايير قياس الجودة.

إن من متطلبات نجاح إدارة الجودة الشاملة هو وجود معايير لقياس جودة الخدمات والممارسات الإدارية في المنظمة ومقارنتها مع المنظمات الأخرى في المجال الذي تزاوله المنظمة والهدف من ذلك هو وضع معايير مبتكرة ومن ثم التحسين المستمر للعمليات.

ولكي يتم وضع معايير دقيقة في إدارة الجودة الشاملة يجب التمييز بين المهام القابلة للقياس والمهام غير القابلة للقياس، ووضع معالجة فعالة للمهام التي تتطلب عملا أكثر تعقيدا.⁴

¹ موسى اللوزي، مرجع سابق، ص 376.

² يحي برويقات عبد الكريم، مرجع سابق، ص 78.

³ Bjane Bergquist, Maria Fredriksson, Magnus Svensson, op. cit, P 07.

⁴ قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 159.

عاشرا: التركيز على العمليات والنتائج معا.

يمكن تعريف إدارة العمليات على أنها تحديد ومتابعة سلسلة الاجراءات الموجودة داخل المنظمة والتي ينتج عنها الفعالية ورضا الزبائن عن طريق اعتماد معيار مجال العمل والمهارات والممارسات المرتبطة بالعملية والتي تترجم الى قيمة مضافة يتم تقييمها عادة بساعات العمل والتكاليف، التي تتحول في الأخير إلى نتيجة وتمكن القائمين عليها من تقييم أدائهم وفعاليتهم.¹

عندما يحصل الزبون على سلعة لا تلبي حاجاته أو تزيد من توقعاته، فإنه عادة ما يتوجه إلى المنافس أو يتقدم بشكوى إذا اعتقد بأنها ستؤدي إلى نتيجة. وفي ظل إدارة الجودة الشاملة، فإنه يتم استخدام هذه النتائج الناقصة، أو التوقعات غير الملباة، كأعراض أو مؤشرات على أن شيئا ما يتم انجازه بطريقة خاطئة في العمليات التي أدت لإنتاج هذه المنتجات أو الخدمات.

وبالتالي يجب تركيز الجهود على إيجاد حلول مستمرة للمشاكل التي تعترض سبيل تحسين جودة المنتجات والخدمات. فالنتائج المعيبة تعتبر مؤشرا على عدم الجودة (اللاجودة) في العمليات ذاتها² عن طريق دراسة وتحسين كافة العمليات داخل المنظمة وليس المنتج فقط، ويرجع ذلك إلى تأثير العمليات المباشر على جودة المنتج فاستخدام لفظ Total يعني أن الجودة يجب أن تشمل كافة الأنشطة والعمليات في كافة المستويات وفي جميع المجالات. وأن يكون هناك قناعة كاملة بأن تحسين المنتج أو الخدمة يأتي عن طريق تحسين العملية والنظام ككل بكافة مكوناته. وتتطلب عملية التحسين هذه دراسة كل عملية بشكل مستفيض والتقليل إلى أقل حد درجة تباين مستوى إنجازها. كون ذلك يضمن إلى حد كبير تخفيض نسبة الوحدات المعيبة وغير المطابقة للمواصفات في كافة المراحل الإنتاجية أو تقديم الخدمة أي أن هذا المدخل يعتمد على المنع بدلا من اكتشاف الأخطاء بعد تحققها كما هو الحال في الرقابة على الجودة التقليدية.³

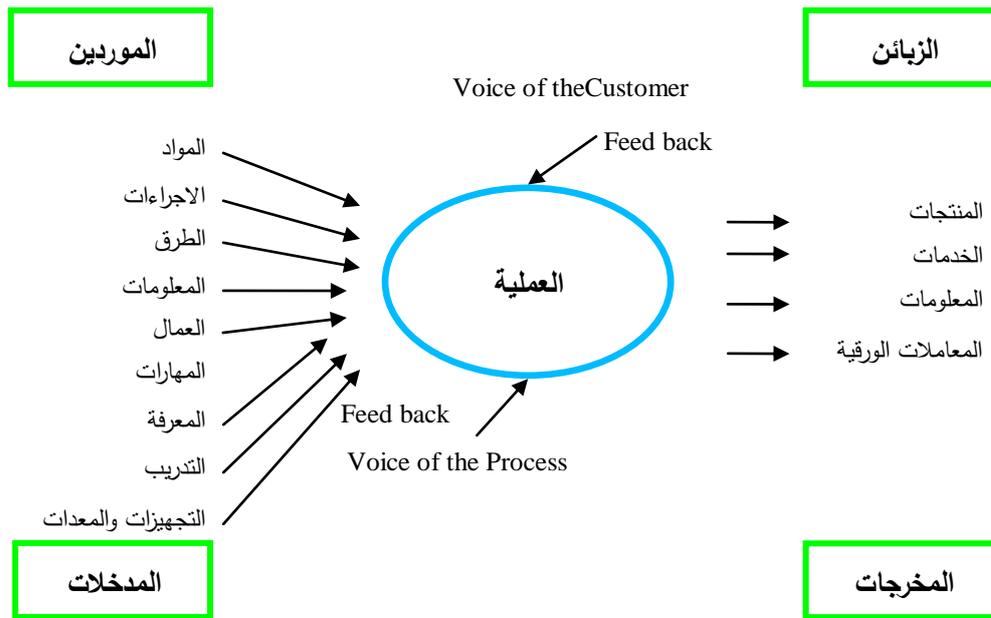
ويمثل الشكل رقم (02-14) موقع العمليات في ظل إدارة الجودة الشاملة.

¹ Pierre Longin, Henri Denet, op. cit, P11.

² عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 10-11.

³ سيد احمد حاج عيسى، مرجع سابق، ص 30.

شكل رقم (02-14): موقع العمليات في ظل إدارة الجودة الشاملة



Source: From quality to excellence, Departement of trade and Industry, www.dti.gov.uk/quality/tqm., consulté le 05/08/2016.

حادي عشر: الاتصال.

يجدر الإشارة إلى أن الكثير من مرتكزات إدارة الجودة الشاملة تقوم على أساس الاتصالات الفعالة، وحسب kanji.G.K & Asher.M فإن الاتصال الفعال هو ذلك الجزء من الاسمنت الذي يحافظ على تماسك عملية إدارة الجودة الشاملة. لتطبيق الاتصال يتوجب على الإدارة أن تعي أن عملية الاتصال عملية مستمرة، أفقية، عمودية صاعدة ونازلة، وأن الرسالة يجب أن تُستلم وتُفهم ويتم العمل بها وفق المنحى المرغوب.¹

تلعب الاتصالات الدور الرئيسي لأي منتج. ومن ثم فإن النجاح في الحصول على التغذية الراجعة، والتي تتحقق في الوقت الملائم، تعتبر من العوامل الأساسية التي تسهم في تمهيد وزيادة فرص النجاح والإبداع والجدير بالإشارة أن التغذية الراجعة تمثل جزءاً أساسياً من أجزاء النظام والمتمثل في المدخلات والعمليات التحويلية (الأنشطة) والمخرجات.² لذلك يجب الأخذ بعين الاعتبار:³

- استعمال الاتصال لتوجيه تركيز العمال نحو إرضاء الزبون من أجل التقليل وإزالة الفروقات الداخلية والخارجية الخاصة بتصورات وتوقعات الجودة؛

¹ يحي برويقات عبد الكريم، مرجع سابق، ص 78.

² عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 12-13.

³ Bjane Bergquist, Maria Fredriksson, Magnus Svensson, op. cit, P 07.

- ممارسة كل من القيادة والاتصال بفعالية وإفهام العاملين العلاقة الموجودة بين رضا الزبون وزيادة الربحية وتشجيع التسيير التشكيكي sceptical management لدعم برامج الجودة.

ثاني عشر: بناء نظام معلومات لإدارة الجودة الشاملة.

لتطبيق إدارة الجودة الشاملة لا بد من توفير نظام معلومات فعال يعتمد على التقنيات الحديثة في نقل وتداول المعلومات المطلوبة وتوصيلها في الوقت المناسب حتى يمكن اتخاذ القرار بشكل صحيح، إذ تعتبر هذه البيانات بمثابة الجهاز العصبي لنظام إدارة الجودة الشاملة. كما يعتبر هذا النظام شرطاً أساسياً لنجاح إدارة الجودة الشاملة، كما وأنها مهمة جداً لتحديد معايير القياس وفرق العمل، وبما أن أحد مبادئ إدارة الجودة الشاملة هو التركيز على رضا المستفيدين، فإنه لا بد من تبني المنظمة لوسائل مناسبة للحصول على التغذية العكسية من المستفيدين، والتي تساعد على تحسين جودة السلع والخدمات التي تقدمها المنظمة لهم وتحقق رضاهم.¹

ثالث عشر: اتخاذ القرارات المبنية على الحقائق.

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

إذ تسمح إدارة الجودة الشاملة للمنظمة أن تتخذ القرارات استناداً إلى الحقائق، وأن تتبنى المفهوم العملي لحل المشكلات، بالتركيز على قاعدة بيانات دقيقة، أي وجود نظام لإدخال وتخزين واسترجاع المعلومات، يساعد على اتخاذ القرارات والقيام بالتحليل الدوري للأوضاع حتى يمكن تحقيق التطوير المستمر.²

¹ قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سابق، ص 159.

² عدنان مريزق، مرجع سابق، ص 12.

رابع عشر: إدارة العلاقات مع الموردين.

يقوم بعض الموردين بتقديم مشورات ومساعدات فنية للمنظمة سواء عند تصميم المنتج أو في مجال الإنتاج والتطوير أو حتى في مجال تسويق المنتج، وكثير من الموردين قد يشاركون في اجتماعات المنظمة المتعلقة بمشاريع التحسين المستمر للعملية الإنتاجية ولأنظمة الجودة.¹

ركز ديمينج على إدارة جودة الموردين في تطبيق إدارة الجودة الشاملة، فدعا إلى التخلي عن ممارسات الشراء التي تعتمد على أقل سعر للمواد المشتراة، وأن تركز على أقل تكلفة كلية، وأن تنتقي المنظمة مورديها على أساس الجودة بدلا من السعر فقط، وأوصى بتخفيض عدد الموردين والعمل مع الموردين، كشركاء في علاقة طويلة الأجل من الولاء والثقة المتبادلة لتحسين الجودة وتخفيض التكاليف.²

المطلب الثاني: العوامل الحرجة لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية.

تعتبر إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات بمثابة نقلة نوعية في النموذج الذي تدار بها، أين يحتاج العاملون وعلى رأسهم الإدارة العليا إعادة صياغة وتأطير النظرة اتجاه المستشفيات، ولاسيما أن ينظر إلى إدارة الجودة الشاملة على أنها امتداد لنظام ضمان الجودة الذي يتواجد عادة في المستشفيات.³ تضم إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية العوامل الحرجة التالية على مستوى المؤسسات الصحية.

أولا: أهم الدراسات التي تناولت العوامل الحرجة لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات

الصحية:

لقد تناولت العديد من الدراسات العوامل الحرجة لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات

الصحية منها:

1. دراسة **Faisal, Zillur**: هدفت هذه الدراسة لتحديد العوامل الحرجة الخاصة بإدارة الجودة

الشاملة في قطاع الخدمات الصحية، كما هو موضح في الجدول رقم (02-07).

¹ محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص 151.

² يحيى برويات عبد الكريم، مرجع سابق، ص 95

³ Abhoy K Ojha, 2000, **Total quality management: how can we make the implementation effective?**, in Vikalpa Journal, Volume 25, Issue02, India. P21.

جدول رقم (02-07): أهم ممارسات إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية بالاعتماد على مراجعة الأدبيات

الباحث	ممارسات إدارة الجودة الشاملة							
	TMC	TWP	PM	CFS	RM	OBC	CI	TE
Lin and Clousing (1995)	√	√					√	√
Raj et al (2007)	√	√	√	√	√			
Hazilah (2009)	√	√	√				√	√
Meyer and Collier (2001)	√	√	√	√	√		√	
Carman et al (1996)		√				√	√	
Kunst and Lemmink (2000)	√		√	√	√			
Miller et al (2009)	√	√	√	√				√
Mosadegh Rad (2005)	√		√	√	√			
Salahldin and Mukhalalati (2009)	√				√	√	√	√
Duggirala et al (2008)			√		√			
Isourad (1999)		√		√		√		
Kozak, Asunakutlu, and Safran (2007)	√	√		√				
Short and Rahim (1995)	√					√		
Wardhani et al (2009)	√					√		√
Arsali and Ahmadeva (2004)			√	√	√	√		
Total	11	8	8	8	7	6	5	5

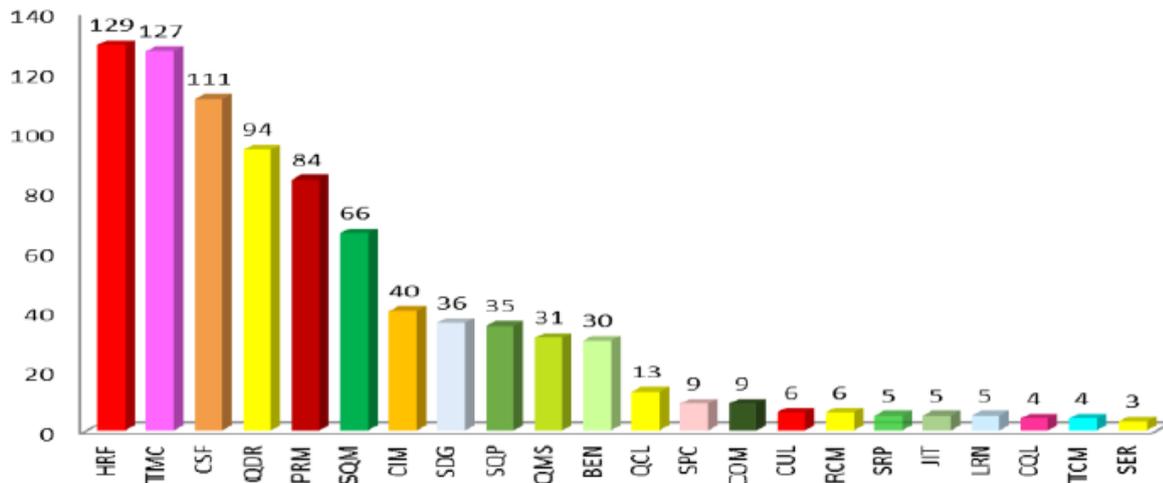
TMC= Top management commitment, TWP= Teamwork and participation, PM= Process management, CFS= Customer focus and satisfaction, RM= Resource management, OBC= Organization behavior and culture, CI= Continuous improvement, TE= Training and education

Source: Faisal Talib, Zillur Rahman, 2011, **Best practices of total quality management implementation in health care setting**, in *Health marketing quarterly magazine*, Volume 28, Issue 3, P 242.

يتضح من الجدول السابق أنه بالنسبة لدراسة Faisal, Zillur والتي اهتمت بدراسة الأدبيات التي تناولت العوامل الحرجة فقد وجد أن إلتزام الإدارة العليا يعتبر أهم عامل من بين العوامل الحرجة لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية من وجهة نظر الباحثين.

2. دراسة Daisy, Rashid et al: فقد توصل الباحثون إلى مجموعة العوامل التالية التي تؤثر على تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية ممثلة في الشكل البياني رقم (02-15)، وقد توصلت الدراسة الى أن أهم العوامل الحرجة تمثلت في: التركيز على العاملين، إلتزام الإدارة العليا نحو تبني إدارة الجودة الشاملة، التركيز على الزبون، بيانات وسجلات الجودة، وإدارة جودة المرددين.

شكل رقم (02-15): أهم العوامل الحرجة لإدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية



TMC: Top Management Commitment , HRF: Human Resource Focus , CSF: Customer Focus , QDR: Quality Data and Reporting , PRM: Process Management , SQM: Supplier Quality Management , CIM: Continuous Quality Improvement , SDG: Product /Service Quality Design , SQP: Strategic Quality Planning , BEN: Benchmarking , QCL: Quality Culture , QMS: Quality Management System , COM: Communication , SPC: SPC Usage SRP: Social Responsibility

Source: S.M. Irfan, Daisy Mui Hung Kee, Rashid Waheed Qureshi, Rachid Hussain, 2014, **Identification of critical success factors of TQM implementation in health care sector of Pakistan using Pareto analysis approach**, in *Science International magazine*, 2014, Volume 26 Issue 5, Lahore, P 2608.

3. دراسة Li سنة 1997:

طرح Li ستة عوامل حرجة خاصة بنجاح إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات، حيث تم دراسة 150 مستشفى في ثلاث ولايات هي فلوريدا، اوهايو، وأوريجن ووجد العوامل التالية: قيادة الإدارة العليا، تحليل المعلومات، تحسين وتطوير القوى العاملة، التعاون التنظيمي Organizational cooperation، القيادة في مجال التكنولوجيا technology leadership، أداء جودة الخدمة.

4. دراسة Duggirala et al سنة 2008: ذكرت الدراسة العوامل الحرجة التالية الخاصة بإدارة

الجودة الشاملة في المستشفيات:¹

- التزام الإدارة العليا والقيادة.
- إدارة الموارد البشرية في المستشفى: متمثلة في التدريب، الاختيار، ومشاركة العاملين.
- إدارة العمليات متمثلة في:
 - سهولة الوصول إلى المستشفى، سهولة إجراءات عمليات القبول؛
 - الخدمات الإدارية؛

¹Mian M. Ajmal, 2016, **TQM practices in public service organizations case of healthcare and academic libraries**, in *International Journal of Information Systems in the Service Sector*, Volume 8, Issue 1, P 36-38.

- الاجراءات الإدارية والعلاجية؛
- المخارج؛
- المخرجات العلاجية الخاصة بالخدمة الصحية.
- منشآت المستشفى والهياكل القاعدية؛
- التركيز على الزبون؛
- التركيز على العاملين؛
- قياس أداء المستشفى؛
- نظام المعلومات؛
- إدارة المخاطر والسلامة؛
- ثقافة الخدمة؛
- التحسين المستمر؛
- مقارنة الأداء؛
- تأثير الاتحادات؛
- الحوكمة والمسؤولية الاجتماعية.

5. دراسة Bassand et al: حسب هذه الدراسة فإن إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية تتطلب المقارنة إما مع أداء المستشفيات الأخرى أو مع المعايير المعمول بها دولياً. قياس الجودة يجب أن يكون مرتبطاً بكل من مقدمي الخدمة والمرضى، وكذا يجب قياس عملية تقديم الخدمة. كما يجب أن تتوفر برامج محلية ووطنية لقياس الأداء وتوفير تقارير راجعة لكل مستشفى بصورة فردية.

6. دراسة Abhoy سنة 2000: حسب هذه الدراسة فإن أهم العوامل الحرجة التي تؤثر في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات هي: رؤية المستشفى ومكانة إدارة الجودة الشاملة فيها؛ قيادة الإدارة العليا؛ التدريب والتطوير؛ عدد الموارد المخصصة؛ والتركيز على العمليات الرئيسية.¹

النتائج النهائية يعبر عنها بالوقت المستغرق في تطبيق إدارة الجودة الشاملة، مقدار التحسن في جودة الرعاية الصحية، الأداء المالي.

¹ Abhoy K ojba, op. cit, P21-22.

7. دراسة **Nizamettin, Selim Mehves & Mustafa**: تم تحديد العوامل الحرجة من خلال مراجعة الأدبيات والدراسات literature studies، التي تعنى بدراسة CsF في مجال إدارة الجودة الشاملة، حول أهم العوامل الحرجة التي تؤثر على نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات خلصت الدراسة إلى أن العوامل الحرجة تمثلت في: تقديم تقارير حول البيانات؛ دور الإدارة العليا؛ إدارة العمليات؛ والعلاقة مع العاملين.¹

8. دراسة **Viera et Adi** سنة 2009: ذكرت الدراسة العوامل التالية هي: ثقافة وهيكـل المنظمة؛ قيادة الجودة؛ مشاركة الأطباء والكفاءة الفنية.²

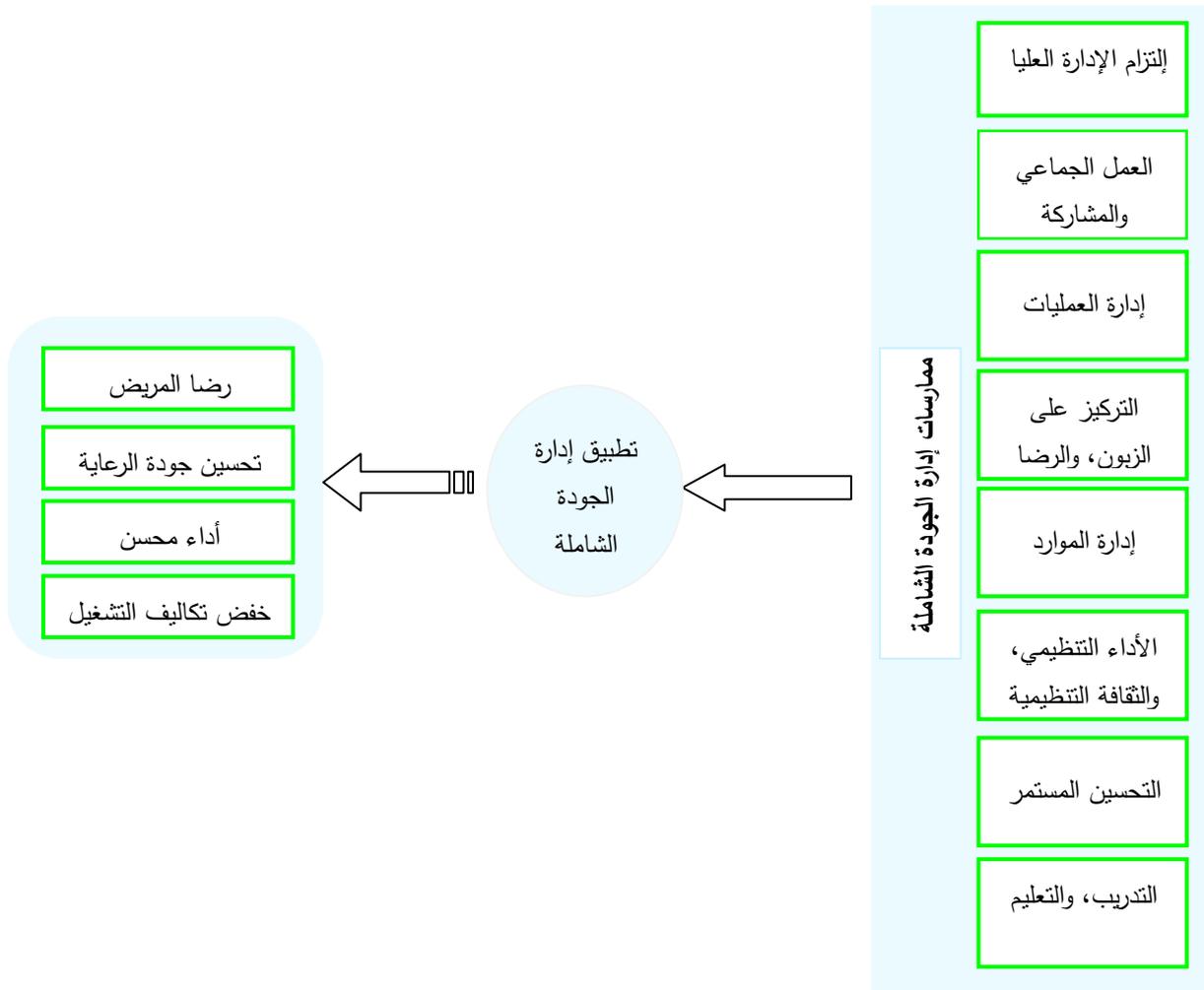
مما سبق يتضح أن هناك محاولة من قبل مختلف الباحثين لحصر أهم العوامل الحرجة لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية وتمثلت أهم هذه العوامل في إلتزام الإدارة العليا، التركيز على العاملين، التكوين والتدريب، إدارة العمليات، التحسين المستمر، واتخاذ القرارات بناء على المعلومات.

يوضح الشكل رقم (02-16) نموذج مفاهيمي للعوامل الحرجة التي تؤثر على تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

¹Mustafa Diller, Nizamettin Bayyurt, Selim Zaim, Mehves Tarim, 2009, **Critical factors of total quality management and its effect on performance in health care industry: A turkish experience**, in *ABAS Annals for business administrative science*, Global business research center, Volume 8, P 227.

²Viera Wardhani, Adi Utarini, Jitse Pieter, 2009, **Determinants of quality management systems implementation**, in *Health Policy journal*, Volume 89, P247.

شكل رقم (02-16): نموذج مفاهيمي للعوامل الحرجة التي تؤثر على تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.



Source: Faisal Talib, Zillur Rahman, 2011, **Best practices of total quality management implementation in health care setting**, in *Health marketing quarterly magazine*, Volume 28, Issue 3, P 247

ثانياً: إلتزام الإدارة العليا.

يعتمد نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات على وجود قيادة قوية ومبادرة، فالكثير من برامج إدارة الجودة الشاملة المقترحة من مختلف المعلمين الروحيين يؤكدون بدرجة أولى على أهمية إلتزام الإدارة العليا،¹ بالتالي عدم إلتزام الإدارة العليا قد يؤثر على طريقة عمل الطاقم الطبي مما يدفع به إلى تجنب التغيير، لذا يتوجب على الإدارة العليا توفير الدعم المادي المطلوب لدعم تطبيق إدارة الجودة الشاملة.² علاوة على أنه يتوجب على جميع القيادات في كل مستويات المستشفى تحديد أهداف تخص الجودة، وتتولى الإدارة العليا المهام التالية:

¹ Mustafa Diller, Nizamettin Bayyurt, Selim Zaim, Mehves Tarim, op. cit, P 228-229.

² Abhoy K ojba, op. cit, P22.

- على مستوى المستشفى يحدد القائد ثقافة المنظمة المناسبة، الرؤية، سياسات الجودة التي سيتم اعتمادها، يجب على مسيري وقادة المستشفيات في مختلف المستويات تحديد الأهداف العامة، ووضع أهداف خاصة بالجودة قابلة للقياس لارضاء توقعات الزبون وتحسين أداء المستشفى؛
- يتوجب على الإدارة العليا توفير الموارد الكافية لتطبيق جهود الجودة¹؛
- تطوير نظام يوجه ويتابع الأداء التنظيمي عبر التحسين المستمر لجودة العمليات؛
- وضع المهنيين الطبيين (الأطباء، الجراحين، الصيادلة،..) في أدوار قيادية لتشجيع المرؤوسين على المشاركة في إنجاز عملية التطبيق.²

ثالثاً: التركيز على العاملين.

يجب أن تتم ممارسات الموارد البشرية (التدريب والتعليم، مشاركة العاملين، التمكين، نظام الحوافز والتقدير) في شكل حزمة تضم مجموع الممارسات لتحقيق الأثر المرجو منها ، فدرجة موائمة تطبيقها معا هي من يخلق حزمة ذات معنى والتطبيق الناجح لإدارة الجودة الشاملة.³ كون الأطباء يشكلون محور الموارد البشرية والثقافة السائدة في أوساطهم تؤثر على ثقافة المستشفى وعلى عملية اتخاذ القرار هذا من جهة، ومن جهة أخرى وجود إدارة قيادية قوية دون دعم من الأطباء تجعل التحسينات تظهر في الجوانب التسييرية فقط دون أن تمس الخدمة العلاجية.⁴ لذا يتوجب العمل على توفير الظروف المناسبة لعمل الأطباء بتوفير حزمة الممارسات التي تحسن ظروف عمل المهنيين الطبيين والصحيين بصفة عامة في بيئة المستشفى.

تحتوي العلاقة مع العاملين على متغيرين هما:⁵

- تكوين ونشر وعي بالجودة؛
 - التشجيع والاعتراف بالعاملين أصحاب الأداء العالي في مجال الجودة.
- كما يتوجب على المستشفى إنشاء جوائز رسمية وأنظمة تقدير وعرفان لتشجيع مشاركة العاملين ودعم العمل الجماعي.

¹ Mustafa Diller, Nizamettin Bayyurt, Selim Zaim, Mehves Tarim, op. cit, P 226.

² S.M. Irfan, Daisy Mui Hung Kee, Rashid Waheed Qureshi, Rachid Hussain, 2014, **Identification of critical success factors of TQM implementation in health care sector of Pakistan using Pareto analysis approach, in Science International magazine**, 2014, Volume 26 Issue 5, Lahore, P 261.

³ Ibid, P 261.

⁴ Viera Wardhani, Adi Utarini, Jitse Pieter, op.cit, P247-248.

⁵ Mustafa Diller, Nizamettin Bayyurt, Selim Zaim, Mehves Tarim, op. cit, P 229.

ويمكن تقييم أداء الموارد البشرية عن طريق مجموعة من المؤشرات ممثلة في الجدول الموالي:

جدول رقم(02-08): مؤشرات تقييم أداء الموارد البشرية

المؤشرات الفرعية	
المؤشرات الخاصة بالأطباء:	
عملية/ طبيب =	عدد العمليات الجراحية خلال السنة/ عدد الأطباء الجراحين خلال السنة
مراجع/ طبيب =	عدد المراجعين للعيادة الخارجية/ عدد الاطباء
طبيب مقيم/ إجمالي الأطباء	عدد المقيمين/ عدد الأطباء الكلي
المؤشرات الخاصة بالطواقم الطبي:	
مرضة/ طبيب	عدد الممرضات/ عدد الأطباء
مرضة/ مريض	عدد الممرضات/ عدد الراقدين في المستشفى
سرير/ طاقم تمريضي	عدد الأسرة خلال السنة/ عدد الطاقم التمريضي خلال سنة
	عدد المرضى المصرح لهم بالخروج والذين تلقوا توعية صحية من الممرضة المختصة إجمالي عدد المرضى المصرح لهم بالخروج خلال فترة القياس
	عدد الممرضات بالخدمة في وحدة الرعاية المركزة / إجمالي عدد المرضى بوحدة الرعاية المركزة خلال فترة القياس
	عدد الممرضات بالمستشفى اللاتي تم تهيئتهن وتعريفهن بسياسات واجراءات المستشفى/ عدد الممرضات بالخدمة خلال فترة القياس
المؤشرات الخاصة بالاداريين	
إداري/ عامل بالمستشفى	عدد الإداريين/ مجموع عمال المستشفى
عوامل اخرى:	عدد العاملين الذين اشتركوا في البرنامج التعريفي عن المستشفى بعد تعيينهم/ إجمالي عدد العاملين بالمستشفى خلال فترة القياس
	عدد العاملين بالمستشفى الذين اشتركوا في أي نوع من أنواع التعليم المستمر في مجال عملهم تحت رعاية المستشفى/ إجمالي عدد العاملين بالمستشفى والمؤهلين لهذا التدريب خلال فترة القياس
	عدد أيام العمل التي تغيب فيها العاملون دون إذن سابق/ إجمالي عدد أيام تغيب العاملين
	عدد العاملين الذي يتركون العمل بالمستشفى لأسباب غير سبب التقاعدا إجمالي عدد العاملين بالمستشفى خلال فترة القياس
	عدد العاملين الذين لديهم توصيف وظيفي مكتوب/ إجمالي عدد العاملين بالمستشفى

المصدر: من اعداد الباحثة بالاعتماد على:

محمد عدمان مريزق، مداخل في الإدارة الصحية، دار الزاوية، عمان، 2012، ص 29.

عبد المحسن نعساني، مؤشرات قياس الأداء في المستشفيات، مداخلة في مؤتمر الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات

الخاصة والحكومية في الوطن العربي، القاهرة، مارس 2002، ص 25، 20-26.

رابعاً: التكوين والتدريب.

يتمشى مع نوعية التكنولوجيا والأدوات التي تتطلبها إدارة الجودة الشاملة وعمليات اتخاذ القرار لدعم الجودة، وكذا وجود أنظمة للمعلومات وقدرة المستشفى على تحليل البيانات الداخلة والخارجة.¹ لأن العاملين هم من سيقومون بتنفيذ وتطبيق برامج إدارة الجودة الشاملة، وأنه كلما نقصت ثقافة العاملين ومستوى تعليمهم وتدريبهم زادت الصعوبة في نجاح التطبيق وجب تدريب العاملين على النقاط التالية:²

- توضيح كيفية حصول الأخطاء الطبية؛
- توضيح كيفية تجنب الأخطاء الطبية؛
- توضيح قيمة النظام والقوانين وكيف أنها تحمي المريض والعاملين؛
- توضيح ما يجري في العالم اليوم في جميع المستشفيات؛
- توضيح الممارسات الطبية الصحيحة ومدى تجنب الهدر في الموارد.

خامساً: إدارة العمليات.

بسبب طبيعة الخدمات التي يقدمها المستشفى (الملموسة وغير الملموسة) فإن عمليات تقديم هذه الخدمة يجب أن تكون شاملة لضمان تقديمها خالية من الأخطاء للزبون (المريض)، مما يفرض التركيز الكامل على تصميم الخدمة وتحقيق معايير عالية في الممارسات، العمليات، والنظام الذي يساعد المستشفى على توفير كل من الجودة، الخلو من الأخطاء، التركيز على سلامة المريض، آليات فعالة للتخلص من النفايات الطبية، مناخ صحي وسليم للمرضى. هذه العمليات تسعى لتلبية حاجات ورغبات المرضى وعائلاتهم في خضم عملية تلقي العلاج.³ وتحتوي إدارة العمليات على عوامل جزئية منها مراقبة العمليات، الاشراف، الوقاية وصيانة المعدات.⁴

تتمثل أهم مؤشرات تقييم الأداء للموارد المادية والمالية في:

¹ Viera Wardhani, Adi Utarini, Jitse Pieter, op. cit, P 248.

² محمد بن حمزة خشيم، المعايير الطبية واعتماد المنشآت الصحية، في Metrology and Quality Organization المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية، السعودية، 2009، ص 37-38.

³ S.M. Irfan, Daisy Mui Hung Kee, Rashid Waheed Qureshi, Rachid Hussain, op. cit, P2611.

⁴ Mustafa Diller, Nizamettin Bayyurt, Selim Zaim, Mehves Tarim, op. cit, P 229

جدول رقم (02-09): مؤشرات تقييم الأداء للموارد المادية والمالية

المؤشرات الفرعية	
معدل خلو الأسرة	عدد الأسرة في المستشفى x 360 يوم - مجموع أيام العلاج في السنة / عدد حالات الخروج + عدد الموتى
نسبة الأجهزة الطبية المعطلة	عدد الأجهزة الطبية المعطلة/ العدد الكلي للأجهزة الطبية
نسبة عدد ساعات التوقفات لساعات الشغل	مجموع ساعات التوقفات والعطلات /مجموع ساعات التشغيل الفعلية
معدل حصة المريض من الأدوية	كلفة الأدوية المستخدمة/ عدد المرضى الكلي
نسبة التلف في قناني الدمى	عدد قناني الدم التالفة/ مجموع عدد قناني الدم المخزنة
نسبة مصاريف الصيانة	مصاريف الصيانة الفعلية/ مجموع المبالغ المخصصة للصيانة

المصدر: من اعداد الباحثة بالاعتماد على: محمد عدمان مريزق، مداخل في الإدارة الصحية، دار الراهية، عمان، 2012، ص 29.

يقيس مؤشر معدل خلو الأسرة كفاءة استغلال أسرة المستشفى من خلال مدة زمنية محددة.

سادسا: التحسين المستمر.

يعني وجود رؤية استراتيجية بعيدة المدى تؤكد الإدارة العليا لبناء وترسيخ معاني ومبادئ الجودة في المستشفى، ويقدم التحسين المستمر للمستشفى فرصا كافية للتدريب والتتقيف في مجال الجودة وصولا لتجويد المهارات اللازمة لأداء عملي، ويتم تقييم وتحسين أداء المستشفى بشكل مستمر.¹

رغم أن كل من التحسين المستمر وضمان الجودة يركزان على الجودة، وتوجه هذه الأخيرة نحو

المعايير، في حين أن التحسين المستمر يعني بالمقارنة المرجعية بصورة مستمرة.²

تتمثل أهم مؤشرات تقييم أداء جودة الخدمات الصحية في:

جدول رقم (02-10): مؤشرات تقييم أداء جودة الخدمات الصحية

المؤشرات الفرعية	
نسبة الوفيات	عدد الوفيات/ عدد مرضى المستشفى
معدل المكوث للاستشفاء	مجموع أيام إقامة مرضى الخروج لكل سنة/ عدد مرضى الخروج
معدل شغل الأسرة	عدد أيام شغل الأسرة (عدد أيام العلاج) x 100 / عدد الأسرة x 365
معدل دوران السرير	المتوسط اليومي لعدد الأسرة المشغولة (عدد المرضى) خلال سنة x 100 / عدد الأسرة
نسبة شكاوى المراجعين	عدد حالات الخروج في السنة/ عدد الأسرة في نفس السنة
نسبة الشكاوى للطاقم الطبي	عدد الشكاوى في المستشفى/ عدد المراجعين
	عدد الشكاوى في المستشفى/ عدد الأطباء

المصدر: من اعداد الباحثة بالاعتماد على: محمد عدمان مريزق، مداخل في الإدارة الصحية، دار الراهية، عمان، 2012،

ص 30.

¹ قورين حاج قويدر، رضوان انساعد، مرجع سابق، ص 07.

² Abhoy K Ojha, op. cit, P 22.

يقيس معدل المكوث في الاستشفاء مثلا كفاءة الأقسام العلاجية داخل المستشفى، فكلما انخفضت مدة بقاء المريض داخل المستشفى، كلما دل على كفاءة النظم العلاجية والطبية المتاحة، وذلك بشرط شفاء المريض ورضاه عن الخدمات العلاجية المقدمة، وكلما زادت هذه المدة كان ذلك دليلا على انخفاض كفاءة الأداء، باستثناء الحالات التي تتطلب وقتا طويلا.

سابعاً: اتخاذ القرارات بناءاً على المعلومات.

يوجد العديد من الأهداف من وراء جمع البيانات حول إدارة الجودة في المستشفيات منها تحديد الوفيات، معدلات المراضة، بغرض فهم الوضعية الحالية، كما أن البيانات تسهل عملية التفتيش، الفحص، القدرة على اختيار النتائج، التحقق من السجلات، تحليل العمليات، وذلك بالاستعانة بالعديد من الأدوات منها مراقبة العملية إحصائياً، قوائم الفحص، مخطط باريتو، مخطط السبب والنتيجة، مخطط التشتت "Scater diagram"، المدرج التكراري "histograms"، التسيير بالوقائع "management by facts"، كل هذه الأدوات وغيرها تعتبر فعالة لمراقبة وقياس العمليات والأداء، وتتطلب أن القرارات الإدارية تكون مبنية على بيانات وتقارير.¹

ارتبط باتخاذ القرارات بناءاً على المعلومات عدد من البنود منها:²

- وجود مستوى عال من المشاركة من خلاله يتم اشراك المرضى والممرضين في عمليات التخطيط واتخاذ القرارات؛
- نشر أي معلومات جديدة تتعلق بجودة العمل الذي ينجز؛
- عملية تحسين مستمرة لنشاطات الجودة عن طريق استخدام عدد من الأدوات مثل الرسوم البيانية، المتابعة وخرائط السبب والنتيجة وعمليات المراقبة الإحصائية وغيرها؛
- عملية اتخاذ القرارات تتم بناءاً على تحليل جيد للبيانات الحديثة.

كون الأطباء يحتاجون معلومات وبيانات من أجل التشخيص الصحيح لحالات المرضى، مما يستوجب توفير بيانات دقيقة تخص نتائج المختبرات، التشخيصات والمعالجات السابقة، التقارير الطبية،

¹ Mustafa Diller, Nizamettin Bayyurt, Selim Zaim, Mehves Tarim, op. cit, P 228.

² قورين حاج قويدر، رضوان انساعد، مرجع سابق، ص 08.

التاريخ الطبي للمريض، تكاليف الجودة، تحديد الأخطاء، الانحرافات والعيوب من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية.¹

المبحث الثالث: مقارنة 5S-kaizen- TQM في المستشفيات.

توجد العديد من المقاربات والآليات التي تم تطويرها من أجل تحسين واقع الخدمات الصحية في المستشفيات من بين هذه المقاربات يوجد مقارنة 5S-Kaizen-TQM التي تم طرحها كبديل من أجل تطوير طرق تقديم الخدمات الصحية.

المطلب الأول: مدخل مفاهيمي للمستشفيات.

لقد تطورت طريقة وأسلوب تقديم الخدمات الصحية من كونها علاقة ثنائية مباشرة بين اثنين هما الطبيب والمريض إلى علاقة اتصال ثلاثي بين أطراف ثلاثة هم المريض، الطبيب، والمستشفى هذه العلاقة التي تضخمت عن اختصاصات عديدة، وأصبح من الممكن تقديم خدمات صحية أوسع وأشمل لأعداد كبيرة من أفراد المجتمع، ووفقاً لهذا انتشرت المؤسسات والمراكز الصحية وأضحت الدول تخصص لها حصص معتبرة من ميزانيتها، ما جعلها ظاهرة وكيانا ضخما يستحق إدارة متخصصة ومتطورة بهدف الاستغلال والاستخدام الأمثل لمواردها.

أولاً: ماهية وطبيعة المستشفى.

تعتبر المستشفى من المنشآت الهامة في المجتمع الحديث، حيث أنها تتولى تقديم مزيج متنوع من الخدمات العلاجية، الوقائية، التعليمية، التدريبية والبحثية مما يساهم في رفع المستوى الصحي العام، ومن ثم توفير الظروف المناسبة لتحقيق الأهداف الانتاجية والاقتصادية بمستوى كفاءة مرتفع.²

1. تعريف المستشفى:

يتباين تعريف المستشفى تبعاً للأطراف المتعاملة معه، وبالتالي فكل طرف سيرفقه وفق تلك العلاقة القائمة بينهما ومن بين هذه المفاهيم ما يلي:

¹ S.M. Irfan, Daisy Mui Hung Kee, Rashid Waheed Qureshi, Rachid Hussain, op. cit, P 2611.

² سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2007، ص 26.

تعرف منظمة الصحة العالمية المستشفى بأنه: "ذلك الجزء المتكامل من التنظيم الاجتماعي والصحي الذي يعمل على توفير الرعاية الصحية الكاملة بشقيها العلاجي والوقائي للمواطنين، ويصل بخدماته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية. وهو أيضا مركز لتدريب العاملين في الخدمة الصحية".¹

وعرف المستشفى على أنه عبارة عن: "مجموعة من المتخصصين والمهن الطبية وغير الطبية، والمدخلات المادية والمواد، تنظم في نمط معين بهدف خدمة المرضى الحاليين والمرقبين واشباع حاجاتهم واستمرار المنظمة الصحية".²

2. أهداف المستشفيات:

تتمثل أهداف المستشفيات في:

- توفير أقصى ما يمكن من خدمات طبية، وتمريرية للمصابين من أجل شفائهم؛
- تدريب وتعليم العاملين في المجالات الطبية والتمريرية والمهن الطبية المساندة؛
- إجراء البحوث والدراسات الحيوية بمختلف جوانب الصحة؛³
- تقديم الخدمات الصحية لكافة سكان المنطقة التي تغطيها المستشفى؛
- التعليم والبحث العلمي المستمر والتطوير الذاتي للعاملين في المستشفى.⁴

3. خصائص المستشفيات ومميزاتها:

تملك المستشفيات العديد من الخصائص والمميزات يذكر منها:

- طبيعة العمل في المستشفى غالبا ما تكون على مدار الساعة وبدون توقف أثناء العطل والأعياد؛
- إدارة المستشفى تتميز بالتعقيد لوجود مهن مختلفة كثيرة وكذلك أعداد كبيرة من العاملين ووجود أجهزة ومستلزمات طبية معقدة بالإضافة إلى أن أغلبية المستشفيات تتميز بوجود خطين للسلطة (هيكلي تنظيمي مصفوفة)⁵؛ وقد تنشأ عن ازدواجية السلطة (سلطة الجهاز الإداري وسلطة الجهاز الطبي) مشاكل تنسيقية، وعدم الوضوح في أدوار العاملين.

¹ سليم بطرس جلدة، مرجع سابق، ص 27.

² الحاج عرابية، ازدواجية السلطة في المستشفيات: المفهوم والاشكالية، in مجلة الباحث، العدد 07، الجزائر، 2009-2010، ص 234.

³ صلاح محمود ذياب، ادارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة منظور شامل، مرجع سابق، ص 34-35.

⁴ علي سنوسي، مرجع سابق، ص 100-101.

⁵ صلاح محمود ذياب، ادارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة منظور شامل، مرجع سابق، ص 36-37.

- يغلب على إدارة المستشفى أسلوب إدارة الأزمات والحاجة إلى التكيف مع مختلف المتغيرات؛
- التأكد من صحة القرارات المتخذة في المستشفيات، تستغرق فترة زمنية طويلة، وأحيانا تصل إلى سنوات فالفترة الزمنية بين القرار ونتائجه يكون كبيرا الأمر الذي يجعل القرار في المستشفى يتميز بالخطورة؛¹
- يوصف المستشفى بالتعقيد، كونه يقوم على ترتيبات تنظيمية معقدة لاختلاف أهداف ومسؤوليات الجماعات المهنية العاملة فيه، الأمر الذي يؤدي إلى صعوبة في التنسيق بين تلك الجماعات المتفاوتة على المستويين الثقافي والوظيفي، وللحساسية الناجمة عن طبيعة العمل الذي يمس حياة الإنسان، وما يتبع ذلك من توتر نفسي وجسدي طوال فترة العمل. مما يزيد في تعقيد نظام المستشفى، باعتبار أن هذه الأمور لا تدخل ضمن إطار الترتيبات التنظيمية التي تقوم عليها؛
- يتميز المستشفى بصعوبة قياس وتحديد مخرجاته؛
- عدم وجود استقرار في العمليات بسبب طبيعة الخدمات التي تقدمها المستشفيات مما يؤدي إلى صعوبة في توحيدها ووضع آليات تحدد طريقة أداء العمل، سواء من حيث المحتوى أو الزمن.²

ثانيا: أساليب متابعة الأداء في المستشفيات.

- تقتضي طبيعة العمل بالمستشفيات استخدام أسلوب أو أكثر من الأساليب التالية في متابعة الأداء في مختلف إداراتها وأقسامها والتعرف على إنجازاتها المرحلية:³
1. الزيارات الميدانية لمواقع العمل: من أكثر الطرق استخداما في متابعة الأداء بالمستشفيات ملاحظة ما يحدث وتحديد ما إذا كان ملائما أو لا.
 2. الاتصال بالمرضى والزائرين: يعتبر الاتصال بالمرضى والزائرين للتعرف على تقييمهم لجودة الخدمات الطبية والطبية المساعدة وخدمات الإعاشة المقدمة لهم وأساليب التعامل معهم، وتحليل شكاوهم مصدرا مهما من مصادر المعلومات عن مستوى الأداء وخاصة في الأقسام العلاجية.
 3. الاحتفاظ بالسجلات: هناك بعض مجالات الأداء التي يمكن متابعتها بسهولة من خلال السجلات سواء الورقية أو الإلكترونية.

¹ صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة منظور شامل، مرجع سابق، ص 36-37.

² A.Boumane, A.Talbi, C.Tahon, D.Bouami, *Méthodologie d'identification des compétences requises en milieu hospitalier: application aux médecins*, intervention au Séminaire SIM07, FMP de Fès, 2007, P02.

³ عبد العزيز مخيمر، محمد الطماننة، مرجع سابق، ص 38-41.

4. **المتابعة المرحلية للإنجازات:** يعتبر هذا الأسلوب من الأساليب الشائعة الاستخدام في متابعة أداء الأفراد ووحدات العمل في انجاز الأعمال المخططة لهم. وتتم هذه المتابعة في فترات زمنية محددة وفقا للجدول الزمنية المتفق عليها لإنجاز العمل.

5. **التدقيق:** يركز هذا الأسلوب في المتابعة على طرق وأساليب العمل وإجراءاته وليس على نتائجه بهدف التأكد من سلامتها وتوافقها مع القوانين واللوائح والقواعد المنظمة للعمل بالمستشفى.

ثالثا: العملية الإدارية في المستشفيات.

تتكون العملية الإدارية في المستشفيات من ثلاث مراحل وهذه المراحل الثلاثة تعتبر جوهر الإدارة الصحية والمقصود بالعملية الإدارية في المستشفى المراحل والخطوات المتسلسلة والتي يجب على المستشفى اتباعها من أجل تحقيق أهدافها وبالتالي استمرارها في البقاء من أجل تقديم الخدمة الصحية من ناحية وتحقيق ما تصبو إليه من أهداف من ناحية أخرى وهذه المراحل هي:¹

1. **المرحلة الأولى:** تنقسم هذه المرحلة إلى جزأين أساسيين هما: تحديد الأهداف المتوقعة وتحديد المدخلات المطلوب توفيرها لتحقيق الأهداف المتوقعة،

تتكون مدخلات العملية الإدارية في المستشفى من: المورد البشري المتخصص؛ المباني؛ الآلات والمعدات والأجهزة؛ المستهلكات الطبية وغير الطبية عن طريق اختيار الكميات المناسبة والنوعيات المناسبة وتخزينها وشرائها وصرفها ومراقبة استهلاك هذه المواد؛ ورأس المال.

2. **المرحلة الثانية "مرحلة المعالجة":** تأتي هذه المرحلة بعد أن تكون المستشفى قد وضعت كافة المدخلات وتتكون من العناصر التالية: الإدارة؛ التكنولوجيا والمعلومات؛ ورأس المال.

ولكي تستطيع المستشفى معالجة المدخلات لابد من توفير إدارة تتسم بالمرونة والكفاءة وتستطيع تطبيق كافة الوظائف الإدارية (التخطيط، التنظيم، الإشراف، التوجيه، الرقابة، واتخاذ القرار). بكفاءة وفعاليتها.

3. **المرحلة الثالثة "المخرجات":** عملية تقييم المخرجات تكون من خلال مقارنة ما تم إنجازه مع الأهداف المرغوبة أو المعايير الموضوعية مسبقا.

¹ علي سنوسي، مرجع سابق، ص 100-101.

رابعاً: التحديات المفروضة على المستشفيات.

تواجه المستشفيات العديد من التحديات العالمية والمحلية مما يقلل من قدرتها التشغيلية وطاقات توصيل الخدمات الصحية للزبائن المرضى في المجالات الطبية، والوقائية والعلاجية المختلفة.

يمكن ايجاز أهم هذه التحديات في:

1. التحديات المتعلقة بتنظيم المستشفى: تدار معظم المؤسسات الصحية من قبل أحد الأطباء العاملين بها، هذا الأخير يركز اهتمامه على الجوانب الطبية بإعتبارها مجال تخصصه مما يجعله يقلل من أهمية ودور النشاطات الإدارية في المستشفى خاصة وأن أغلبهم (الأطباء) يفتقرون إلى المعرفة في الأمور الإدارية، بالإضافة الى طبيعة العمل على مدار الساعة الذي يستوجب توفير مختصين وموارد مادية بصورة دائمة والتي تضمن التكفل الملائم، مما ينتج عنه فترات يزيد فيها خطر حدوث مضاعفات خاصة في المناوبات الليلية والعطل.¹

2. التحديات المتعلقة بممارسة وظائف المستشفى: إن سيطرة التعقيدات الروتينية على عدد من مسؤولي إدارة المستشفيات وعلى مقدمي الخدمات أدت إلى خلق هوة بين مقدم الخدمة والمستفيد، فالبيروقراطية تعتبر عاملاً معوقاً ومانعاً لابتكار أساليب جديدة للقيام بوظائفها والاستفادة من التطورات الحديثة والتجديد وبحث الحلول للمشكلات التي تواجهها وبالتالي يتحول نشاطها إلى روتين جامد، يجعلها غير مكترثة بإشباع حاجات ورغبات الزبون التي هي في تغير دائم نتيجة للتغير في البيئة.

3. تحديات إدارة الموارد البشرية:

– إن تعامل المستشفيات مع قضايا الحياة والموت، يمثل ضغوطاً سيكولوجية وفسيولوجية على فريق العمل وعلى جميع المستويات التنظيمية من مجلس الإدارة حتى المهن المساعدة.

¹Vincent Mounic, **Rapport d'étude "Evaluation des compétences des professionnels de santé et certification des établissements de santé"**, HAS Haute autorité de santé, France, Novembre 2015, P 11-14.

– طبيعة التكوين الذي يتلقاه الأطباء على مستوى المستشفيات والحاجة إلى التعلم الميداني والتطبيقي الذي يتم على المرضى مما يخلق تداخل الحاجة لاكتساب معارف وخبرات لدى طلبة الطب ووجوب تقديم رعاية آمنة للمريض.¹

4. تحديات العولمة في إدارة المستشفيات:

دفعت تكنولوجيا المعلومات إلى تراكم معدلات المنافسة في قطاع الخدمات وزادت معدلات الشراكة بين المؤسسات الصحية العالمية خلال الربع الأخير من القرن الماضي، كما أدت تكنولوجيا المعلومات أيضاً إلى ضرورة إعادة هيكلة المؤسسات لإدخال تقنيات المعلومات والاتصالات لخدمة المرضى إلكترونياً بأسلوب الإدارة الإلكترونية للعلاقة مع الزبون (management electronic customer relationship).

5. **التحديات التسويقية:** بسبب خصوصية الخدمات التي تقدمها المستشفيات، تواجه هذه الأخيرة صعوبات في حال تطبيقها لتقنيات التسويق، فالمرضى ليس لديهم طريقة دقيقة تمكنه من تقييم كفاءة طبيب جراح قبل أو بعد إتمام العملية.

6. **التحديات المتعلقة بسلامة المرضى:** يقدر عدد المرضى الذين يلتقطون عدوى تؤدي إلى الوفاة داخل المستشفيات كل سنة في الولايات المتحدة الأمريكية 20.000 شخص و5.000 في بريطانيا، مما جعل التقليل من مخاطر إلتقاط عدوى داخل المستشفيات وغيرها من المخاطر المحتملة ذات أهمية عالية في ضمان جودة الخدمات الصحية والمحافظة على سمعة المستشفى.

7. **أمن المستشفيات:** تعتبر المستشفيات منشآت مفتوحة على مدار الساعة مما يهدد سلامة العاملين والمرضى سواء بسبب المعدات الطبية غالية الثمن والأدوية، اختطاف الأطفال، التعدي على الأطباء والعاملين (...).

8. **رضا المريض:** تحقيق الرفاه للمريض يتحقق من خلال تقليص أيام الاستشفاء وتجنب إعادة الاستشفاء بسبب المرض.²

¹Shannon Barnet, Molly Gamble, and all, **10 challenges and opportunities for hospitals in 2015**, <http://www.beckershospitalreview.com/hospital-management-administration/10-challenges-and-opportunities-for-hospitals-in-2015.html>, consulté le 15/08/2016.

²Michel Sullivan, **The Top Five Challenges Facing Today's Hospitals**, <http://blog.schneider-electric.com/building-management/2013/10/17/top-five-challenges-facing-todays-hospitals/>, consulté le 15/08/2016.

9. عدم وجود عميل واحد موحد في المستشفيات وإن كان المريض هو العميل المباشر فهناك أسرة المريض ومقدمو المنح والتبرعات والمستشفيات والمراكز الطبية الأخرى والدولة التي تقوم بالإفناق على تلك المستشفيات والذين يمثلون عملاء خارجيين لتلك المستشفيات. أما من حيث العملاء الداخليين فهناك الأطباء وأعضاء الهيئة التمريضية والعاملون والإداريون الذين يتعاملون مع النظام بشكل دائم. وتفرض هذه الخاصية وجود نظرة شاملة عند تعريف العملاء في تلك المنظمات وجود خطة استراتيجية تحدد مهمة المنظمة ومصالح تلك الأطراف فيها ووضع استراتيجية لتحقيق مصالح كافة الأطراف والتوفيق بينها.

10. ليس هناك ضمان لأن تكون هناك رؤية مشتركة واتفاق بين كافة الأطراف في منظمة تقديم الخدمة عن المقصود بإدارة الجودة الشاملة وعناصر تطبيقها وأهميتها بالنسبة للمؤسسة الصحية، ولعل ذلك يلقي عبئا كبيرا على القائمين على إدخال وتطبيق النظم أين يتمثل في تغيير ثقافة المنظمة نحو نظام الجودة الشاملة، كون عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة عملية تغيير جوهرية في التنظيم تتطلب تحولا جوهريا في الثقافة وفي اتجاهات الأفراد ومعتقداتهم وسلوكياتهم.

11. تتسم المستشفيات بوجود صراع قوي بين مجموعتين رئيسيتين هما المهنيين الصحيين في جانب والإداريين في جانب آخر. مما يؤدي الى عدم كفاءة المستشفيات في تقديم الخدمات المتميزة، ويلقي ذلك عبئا جديدا على المسؤول عن تطبيق إدارة الجودة الشاملة فيها نظرا لأهمية الاتصالات والعمل الجماعي والتكامل بين العمليات في تقديم خدمة متكاملة.

12. متلقي الخدمة في المستشفيات يمثل حالة خاصة في كل مرة يتطلب معاملة خاصة تعتمد على المواصفات الخاصة به واحتياجاته الشخصية. ويفرض ذلك تظافر جهود كل الأقسام في خدمة هذه الحالة. وهنا تظهر الأهمية الواضحة للتنسيق بين الأقسام وتبادل المعلومات عن كل حالة. وتعتبر نظم المعلومات وتداولها بين الأجزاء المختلفة لمنظمات تقديم الخدمة عنصرا أساسيا لتحقيق هذا التنسيق عند تطبيق إدارة الجودة الشاملة. بالإضافة إلى استخدامها كوسيلة لتسجيل أي معلومات مرتدة من العميل عن مستوى الخدمات التي يتم تقديمها.¹

¹ محمد توفيق ماضي، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية في مجالي الصحة والتعليم، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2002، ص 26-27.

وضع Alan Walker مجموعة من التبريرات لوجوب تقديم الخدمات الطبية عن طريق القطاع العام ومن أهمها:¹

- العلاقة بين الطبيب والمريض ليست متساوية فالمشتري دائما يخضع لشروط البائع يضاف إلى ذلك أن الأطباء تربط بينهم أخلاق المهنة، وهناك أدلة تشير إلى أن علاقة الطبيب بالمريض عندما يكون وراءها دوافع مادية، فإن بعض الأخطاء والتجاوزات تقع مثل إجراء عمليات غير ضرورية؛

- مستهلك الخدمات الطبية لا يعرف بالضبط عادة حالته العلاجية، ولذلك فإن الأطباء وحدهم هم الذين يتحكمون في الطلب على الخدمات الطبية؛

- المريض ليس لديه القدرة على تقييم الخدمات الطبية ولكنه في بعض الأحيان يحتاجها بصفة عاجلة، وهذا لا يعطيه فرصة للمفاضلة؛

- ويخلص Walker إلى أن الإبقاء على القطاع الخاص ليس بسبب تفضيل الناس له، ولكن بسبب سلوك الأطباء ومن يعمل معهم من خلق الطلب على خدماتهم.

المطلب الثاني: مقارنة 5S- Kaizen- TQM من أجل تحسين الخدمات الصحية في

المستشفيات.

يواجه النظام الصحي في السنوات الأخيرة العديد من التحديات، سواء كانت اقتصادية، سياسية، اجتماعية، ديموغرافية، من مطالبة بدعم السياسات الصحية وعلى رأسها إدارة المخاطر والسلامة الصحية، إلى جانب التطور التكنولوجي (التكنولوجيا عالية الجودة، مجالات تخصص دقيقة..). وظائف العاملين التي أصبحت متعددة المهام ولم تعد تقتصر على الجانب الطبي لتتعدى إلى الوظائف الإدارية، زيادة احتياجات المرضى وعائلاتهم كون المريض لم يعد مستخدماً سلبياً للخدمات الصحية أين يبحث عن فهم مرضه والطرق التي ستتبع لعلاج ومشاركته في اتخاذ القرار، وإعلامه بمخاطر العلاج المقترح، والمطالبة بخدمات ذات جودة، مما يعكس مكونات جديدة متطورة تحمل تغييرات جذرية للممارسات اليومية التي يقوم بها العاملون داخل المستشفى، وهذا ما يفرض على المستشفيات الاندماج التدريجي في مقاربات الجودة، التقويم الطبي وضمان جودة الخدمات الصحية والتي أصبحت مركز اهتمام المختصين

¹ علي سنوسي، مرجع سابق، ص 67.

في المستشفيات منذ بداية التسعينيات، مما أدى إلى الانتقال لنموذج جديد لتسيير المستشفيات والانتقال من الرؤية المعيارية إلى رؤية ديناميكية تهدف إلى تسيير الجودة على مستوى مجموع المستشفيات.¹

لقد تناولت العديد من الدراسات موضوع الأنظمة الاستشفائية وقد تنوعت المحاور التي تناولتها منها:²

- تسيير الأنظمة الصحية؛
- أنظمة المعلومات الصحية؛
- تقييم الأداء؛
- تسيير الكفاءات، وإدارة المعرفة؛
- إدارة المخاطر؛
- تنظيم وإمداد الموارد.

من بين البدائل التي تم طرحها لتحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات تم تقديم مقارنة من 5S- Kaizen- TQM والتي ترعاها "JICA".³

أولاً: تطور المقاربة.

بدأ تطبيق إدارة الجودة الشاملة كجزء من الإجراءات التنظيمية والإدارية في المستشفيات بهدف تحسين ورفع جودة الخدمات الصحية منذ الثمانينات وكانت من بين أهم المشروعات مايلي:⁴

1.1 National Demonstration Project NDP:

كانت أول محاول لتقديم إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات من قبل National Demonstration Project NDP سنة 1997 في الولايات المتحدة الأمريكية بهدف تحسين خدمات الرعاية الصحية والطبية، بمشاركة 21 مؤسسة رائدة، بالتعاون مع العديد من الخبراء التابعين لمؤسسات من خارج القطاع الصحي منها Xerox, AT&T, Hawlett Packard. هذا بسبب ما واجهته أمريكا من حوادث وأخطاء طبية أدت إلى انخفاض مستوى الخدمات الصحية في سنوات الثمانينات بالمقارنة مع التقدم التقني الذي

¹A. Boumane, A. Talbi, C Tahon, D Bouami, op.cit, 2007, P01.

²Ibid, P02.

* Japan International Cooperation Agency

³Implementation Guidelines for 5S-Kaizen-TQM approaches in Tanzania, Ministry of health and social welfare health Quality Assurance Division, Tanzania, 3rd Edition, 2013, P 09.

⁴Toshihiko Hasegawa, op. cit, P 28.

أحدثته في المجال الطبي، أين مرت بظروف ساد فيها ارتفاع النفقات الصحية، النمو الديموغرافي وعدم إتاحة الاستفادة من الخدمات الصحية أمام الجميع، في ظل هذه الظروف كانت هناك حاجة لتغيير في منهج تسيير الخدمات الصحية.

بهدف دراسة مدى فعالية تطبيق إدارة الجودة الشاملة التي كانت لها آثار إيجابية على القطاع الصناعي، تم نشر نتائج مشروع NDP سنة 1998 أين تكون من 21 فريق قام لمدة 8 أشهر بخطوات عملية بهدف تحسين جودة الخدمات الصحية.

أظهر التقرير أن إدارة الجودة الشاملة كان لها أثر إيجابي وكانت مساعدة على تحسين جودة الخدمات الصحية على مستوى المستشفيات وتمثلت أهم النقاط التي توصلت إليها المشروع في:

- الجهود الموضوعة من مختلف التخصصات أظهرت فعاليتها في تحسين الجودة؛
- تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية كان أسهل وأقل صعوبة مما كان متوقعا؛
- تم تقليص التكاليف بالمقارنة مع ما كانت عليه في غياب مبادرات الجودة؛
- أهم تحد كان اشراك الأطباء في المقاربة الجديدة؛
- تدريب العاملين يجب أن يكون في المراحل الأولى من التطبيق؛
- يجب إدراك وفهم الجودة من منظور واسع؛
- القيادة هي أساس نجاح المبادرة.

كما كشف المشروع عن بعض خصائص ممارسات إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات منها:

- سهولة نشر الوعي حول أهمية الإحصائيات في تحسين الجودة، بسبب انتشار مفهوم الإحصاء واستعمال الأدوات الإحصائية وسط العاملين في المستشفيات؛
- وفرة البيانات والمعلومات على مستوى المستشفيات؛
- هناك نزعة سلبية اتجاه التفرقة بين الوظائف الطبية والوظائف الإدارية داخل المستشفى.¹

2. إسهامات Uehara: قام Uehara بجمع أنشطة إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي تحت

مسمى EPQI*، طور من خلالها دورات تدريب المدربين TOT** استهدفت ستة دول آسيوية بمساعدة المنظمة العالمية للصحة سنة 1999.

¹ Toshihiko Hasegawa, op. cit, P 29-30.

* Evidence- based Participatory Quality Improvement

** Training of trainers

منذ سنة 2002 أصبحت EPQI تقدم وتعرض تدريباً للقادة حول مراقبة الجودة في الخدمات الصحية في أمريكا الوسطى تحت غطاء JICA أين تم إنشاء شبكة EPQI سعت لتنظيم ملتقيات، ورشات عمل، ومشاريع تحسين في مختلف الدول.¹

من أهم النتائج التي توصلت إليها EPQI:²

- تغيير النظرة اتجاه المعلومات والبيانات وكيفية التعامل معها ومعالجتها؛
- مشاركة الفريق الإداري اعتبر أساسياً في إنجاح مبادرات تحسين الجودة؛
- التدريب على المدى الطويل مهم ومطلوب قبل التطبيق الفعلي للأدوات والأساليب؛
- تحسين الجودة يتطلب مجهودات ومراقبة مستمرة؛
- مشاركة المعلومات والخبرات تعمل كحافز لاستقرار EPQI؛
- دعم السلطات الحكومية والعمومية الزراعية للخدمات الصحية كان أساسياً لإنجاح المبادرة؛
- ضرورة التدريب المستمر للمسيرين؛
- لا يمكن حل المشكلات دون تحديدها بدقة؛
- العمل الجماعي حيوي للتنفيذ المستديم للبرنامج؛
- من الضروري بناء استراتيجية على أساس البدائل والاثباتات المتوفرة.

3. 5S-kaizen- TQM:

رغم الظروف التي تدار فيها المستشفيات إلا أن هناك بعض المستشفيات العمومية التي أخذت المبادرة لتعزيز جودة الخدمات التي تقدمها عن طريق تحسين الهياكل الأساسية، مراجعة الأداء شهرياً، تأليف كتبيات ومبادئ توجيهية، اطلاق برامج لتحسين الإنتاجية.³ من بين المبادرات التي تم اطلاقها كانت مقارنة 5S-Kaizen-TQM بهدف تخفيض معدلات الوفيات بمستشفى Castle Street Women Hospital حيث تم اتباع المقارنة⁴ بالاعتماد على الأدوات اليابانية للتسيير المستعملة في الأصل في القطاع الصناعي.⁵

¹ Toshihiko Hasegawa, op. cit, P37-38.

² Ibid, P38-39.

³ Samantha Padmasiri Kaluarachchi, 2009, **Successful TQM implementation in Sri Lankan public hospitals, in Annals of business administrative science**, Volume 8, P58.

⁴ Toshihiko Hasegawa, op. cit, P 43.

⁵ Toshihiko Hasegawa, Wimal Karandagoda, 2013, **Change management for hospitals through stepwise approach 5S-Kaizen-TQM**, Second edition, JICA, Tokyo, P03.

تم انشاء مشروع جديد في سنة 2007 بالاعتماد على البحث الذي أجراه Toshihiko Hasegawa حول إدارة الجودة الشاملة كمقترح لاستيعاب المقاربة في المستشفيات ليصبح مشروعاً رسمياً ومعتمد من قبل JICA. من خلاله أنشئ مخطط تعاوني من قبل برنامج *AAKCP يهدف الى إصلاح المستشفيات عن طريق خلق وبناء معرفة جديدة معا ليكون التعاون افريقيا آسيابوا، قد طبق المشروع على المراحل التالية:¹

- المرحلة الأولى من المشروع كانت سنة 2007 طبقت على ثمانية دول افريقية هي (ريتيريا، كينيا، تانزانيا، مدغشقر، مالاوي، نيجيريا، سنيغال، أوغندا) سميت بمجموعة AAKCP-group1، تم اختيار مجموعة مستشفيات كنموذج للاختبار طبقت فيها أنشطة 5S بدعم من وزارة الصحة وخبراء أجنب، مع التنفيذ والتطبيق الجيد للأنشطة انتهت معها المرحلة الأولى.

- المرحلة الثانية من المشروع انطلقت سنة 2009 تمثلت في نشر أنشطة 5S لباقي المستشفيات وكذا تطوير ممارسة المستشفى النموذج من أنشطة 5S إلى Kaizen في كل الدول الثمانية.

مع سير البرنامج الأول تم إضافة برنامج ثانٍ لسبعة دول أخرى (البنين، بوركينا فاسو، بورندي، النيجر، الكونغو، مالي، المغرب) سميت المجموعة AAKCP-group2 اتبعت نفس المراحل التي طبقت على المجموعة الأولى.

في الوقت الحالي هذه المقاربة للمستشفيات لا تزال جارية في 15 بلدا افريقيا ممن يعاني من نقص حاد ومزمن في الموارد الصحية.

ثانيا: تعريف مقارنة 5S- Kaizen- TQM.

في السابق كان يشار إلى الخدمات الصحية على أنها علاج المرض بأحسن الطرق التشخيصية والعلاجية خصوصا في بريطانيا، أمريكا، وأوروبا أين يتوفر جو من الممارسات الطبية عالية المستوى، لكن الظروف تغيرت في الثمانينات مع ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية في كل من أمريكا واليابان وارتفاع معدلات الانتظار من أجل العلاج في بريطانيا، مما غير من الصورة السائدة أنها تعمل في مستويات عالية، كما تبع هذه الفترة سلسلة حوادث وأخطاء بارزة في نفس فترة التسعينات في مختلف أنحاء العالم مما أثر على صورة الخدمات الصحية المنتشرة في هذه الدول.

* Asian African knowledge Co-creation Program

¹ Toshihiko Hasegawa, Wimal Karandagoda, op. cit, P03.

ظهر طرق مثل Diagnosis procedure compination, DPC, Benchmarking، التي مهدت الطريق لقياس جودة الخدمات الصحية مما أظهر إلى السطح قضايا جودة الخدمات الصحية التي كان من الصعب تحديدها قبل ذلك بوضوح ودقة، علاوة على ذلك الحوادث الطبية دفعت إلى مراجعة مفهوم جودة الخدمات الصحية والسلامة الصحية مما أدى إلى نقلة نوعية في الخدمات الصحية، إلى جانب تغير الاعتقاد السائد أن الأطباء يجب ألا يرتكبوا أخطاء وأن الانحرافات والأخطاء التي تحدث مرتبطة بالأفراد الذين صدرت منهم إلى ادراك أنه من الطبيعي أن يرتكب الأطباء الأخطاء، هذا الفهم يعتبر ضروريا لبناء نظام يجعل من الأخطاء والانحرافات صعبة إن لم يكن مستحيلة الحدوث أو مستبعدة، بالتالي انتقلت جودة الخدمات الصحية من تقديم خدمات علاجية متقدمة إلى تقديم ما يحتاجه المريض بالطريقة الصحيحة والمناسبة وما هو من المفروض طبيعى وضروري للمرضى.¹

هي مقارنة لتحسين جودة الخدمات في ظل نقص الموارد² حيث الهدف من إدارة التغيير عبر المقارنة التدريجية 5S- kaizen- TQM هو تغيير المستشفى الى منظمة تخلق قيمة، وليس فقط تطبيق أنشطة 5S وتفعيل الكايزن في المستشفيات، بالتالي تغيير الثقافة التنظيمية وأسلوب تسيير المستشفيات. طرق وأساليب تقديم الخدمة الصحية يجب أن تصبح ذات توجه مخرجاتي يركز على المريض، لتصبح كل من السلامة والجودة الميزة الأساسية لهذه للمخرجات، إلى جانب الاستجابة والعدالة كمكون جوهرى وأساسى للتركيز على المريض.³ قد تم اختيار المقارنة لنيل جائزة DAC Award سنة 2015 لمنهجها الابداعي والقابلية للتوسع.⁴

لتحقيق هذه الأهداف، المقارنة التشاركية أساسية بغض النظر عن فئات ومراتب الطاقم الصحي، فهناك حاجة للمشاركة الكلية للعاملين وتشجيع النجاحات الصغيرة في روتين العمل، وبالتالي تغيير المستشفى من كونه فقط منظمة موجودة إلى منظمة تخلق قيمة عن طريق بناء فرق تجمع بين المرضى والمهنيين الصحيين (أطباء، معالجين، شبه طبيين،..) على كل مستويات المستشفى، مما يحقق السلامة والجودة العالية للخدمة الصحية والرضا المهني. ولا يتحقق ذلك إلا في ظل وجود إدارك لدى العاملين بأهمية السلامة الصحية وجودة الخدمات الصحية ومحاولة تجنب الأخطاء والحوادث الطبية.⁵

¹ Toshihiko Hasegawa, op. cit, P01.

² Health case study, JICA, https://www.jica.go.jp/english/our_work/thematic_issues/health/case.html consulté le 09/07/2016.

³ Toshihiko Hasegawa, Wimal Karandagoda, op. cit, P04.

⁴ Health case study, JICA, https://www.jica.go.jp/english/our_work/thematic_issues/health/case.html consulté le 09/07/2016.

⁵ Toshihiko Hasegawa, Wimal Karandagoda, op. cit, P04.

ثالثاً: تجارب تطبيق المقاربة.

في الجدول التالي التجارب التي تبنت 5S- kaizen- TQM لتحسين الخدمات الصحية على مستوى المستشفيات:

جدول رقم (02-11): أمثلة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية

الدولة	الخلفيات والتحسينات السابقة	الأحداث المُمهدة للتبني Trigger events	عوامل النجاح
اليابان	<ul style="list-style-type: none"> - مقارنة مراقبة الجودة منتشرة في القطاع الصناعي - التركيز على القوانين سواء كانت مفروضة من الحكومة، أو اختيارية. - إعادة تنظيم المنشآت العمومية الاستشفائية لجعلها مستقلة إدارياً - وعي العامة والمستفيدين من الخدمات الصحية بالجودة 	<ul style="list-style-type: none"> - سلسلة حوادث وأخطاء طبية سنة 1990. - تطور المؤشرات الصحية وطرق التقييم 	<ul style="list-style-type: none"> - القيادة - دمج بين الأهداف الطبية والأهداف الإدارية
تايلاندا	<ul style="list-style-type: none"> - نمو اقتصادي متسارع - أزمة العملة سنة 1997 - سياسة 30 Baht - المنافسة مع القطاع الخاص (انتقال المرضى إلى القطاع الخاص) 	<ul style="list-style-type: none"> - مشروع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في كل من H-Thai & HNQA والذي حسن من مستوى الأداء في المستشفيات 	<ul style="list-style-type: none"> - القيادة - إدارة العمليات - مقارنة الأداء - التعلم من الأخطاء (التقديم والتعريف خطوة بخطوة)
سريلانكا	<ul style="list-style-type: none"> - معدلات مرتفعة في الالتهابات والعدوى على مستوى المستشفيات - تواجد إدارة الجودة الشاملة في قطاعات انتاجية وخدمية أخرى - مجهودات مستشفى واحد والتي توسعت على المستوى الوطني 	<ul style="list-style-type: none"> - تقديم وادخال إدارة الجودة الشاملة إلى مناهج SLIDA - تعيين الأطباء كمدراء مستشفيات - تطور القطاعات الأخرى في مجال تحسين الجودة 	<ul style="list-style-type: none"> - القيادة - المقاربة النظامية - الحكم الذاتي (مبادرات، مجهودات كانت تبذل إلى أقصى حد ممكن)
الفلبين	<ul style="list-style-type: none"> - إدارة الجودة موجودة في كامل القطاع الصحي - اللامركزية - وجود قوانين راعية 	<ul style="list-style-type: none"> - وعي بضرورة التحسين - المساعدة من USAID - مطالبة من الخارج بتحسين الخدمات الصحية 	<ul style="list-style-type: none"> - القيادة - المساعدة الخارجية - تقبل مراقبة الجودة

HA- Tai: Thailand hospital accreditation agency

HNQA: Hospital network quality audit

Slida: Srilanka Institute development administration

USAID: Agence des États-Unis pour le développement international

Source: Toshihiko Hasegawa, 2006, A study on organizational reinforcement through total quality management in the health and medical care sector, institute of international cooperation JICA, Tokyo, P vi.

1. النموذج السريلانكي: يعتبر نموذج سريلانكا نموذجاً سهلاً للفهم، التتبع، والاقتداء به.¹

تمثلت مجالات التحسين على مستوى Castle street hospital فيما يلي:²

- التحسين على مستوى الخطوط الأمامية: عن طريق النظافة؛ إعادة طلاء المساحات الخارجية؛ تسهيل قراءة واستعمال لوحات التسجيل؛ تجديد وإعادة تصميم قاعات الانتظار؛ واستعمال الترميز بالألوان لتسهيل التعرف على مختلف المصالح والاشارات؛

- نشر الوعي حول أهمية الموارد المالية: عن طريق إظهار الشركاء الممولين على لوحات الإعلانات ومختلف الواجهات الإعلانية؛ إعادة تدوير المواد البلاستيكية؛ وتقليل استهلاك المضادات الحيوية؛

- تحسين بيئة العمل: عن طريق إنشاء مقصف للعاملين؛ توفير غرف خاصة لفرق العمل ومساحات العمل؛ إطلاق مشاريع القروض بدون فوائد لفائدة العاملين؛

- المحافظة على النظافة والترتيب: عن طريق التخلص من المعدات الطبية والأجهزة غير الضرورية من أماكن العمل لخلق مساحة أكبر ونقلها للمصالح المناسبة لها؛ تجهيز غرفة المعاينة بالحد الأدنى من الأدوية والتقليل من الاستهلاك غير الضروري وكذا الوقاية من الوصف الغير المناسب؛ المحافظة على تغيير الأغطية وتنظيفها لتقليل مخاطر العدوى الاستشفائية؛ واستعمال دفتر لتقييد المعدات الطبية (الشراء، المورد، الاستهلاك)، مراقبتها بصفة مركزية.

رغم أن الهدف من إدارة الجودة الشاملة هو تحقيق رضا الزبائن إلا أن التحسينات التي تم تطبيقها كانت تهدف إلى تحقيق رضا العاملين، بحيث لا يمكن تحقيق رضا الزبون دون تحقيق رضا العاملين.

انتقل المستشفى من حل المشكلات القائمة إلى الوقاية من ظهور هذه المشكلات. وما ميز التجربة أن مدير المستشفى كان على معرفة واسعة بالممارسات الطبية وليس فقط الجانب الإداري من المستشفى والقضايا التنظيمية المتعلقة به، مما جعله يدرك ماذا يحدث في مواقع العمل وكيف يمكن تحسينها.³

سعى المستشفى لنيل شهادات لاثبات ونيل الاعتراف ليس فقط من القطاع الصحي ولكن من عالم الأعمال بصفة عامة وقد نال Akimoto 5S award سنة 2001 قدمت من طرف JASLIQ، جائزة National productivity award (service sector), Kaizen award runner- up, Sri Lanka national

¹ Toshihiko Hasegawa, op. cit, P v.

² Ibid, P45.

³ Ibid, P45-46.

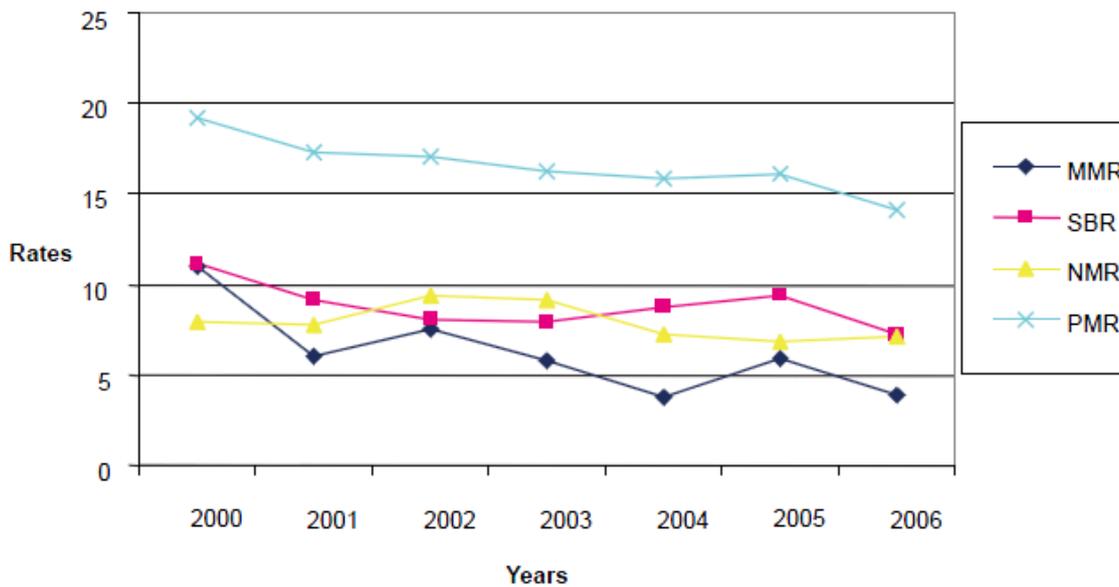
national productivity جائزة 2002 سنة quality Merit award (large scale service sector)
 1. gold award (service sector) سنة 2003.

تمثلت أهم المنافع التي حققها المستشفى من تنفيذ المقاربة في²:

- التقليل من الهدر وتقليص فترات الانتظار؛
- الحد من الخطأ البشري والحد من الحوادث؛
- تخفيض معدلات الوفيات والاعاقات وسط المرضى؛
- بيع الفضلات البلاستيكية لشركات إعادة التدوير، الأموال الفائضة من هذه الصفقات تم انفاقها على الطاقم العامل بالمستشفى، تحسين ظروف العمل، مما جعل المستشفى يستقطب العاملين من مستشفيات أخرى رغم أن الأجور وشروط العمل لم تكن مختلفة.

ويوضح الشكل البياني التالي النتائج التي حققها المستشفى والمتعلقة بانخفاض المؤشرات الصحية المتعلقة بالوفيات في ظل تبني مقاربة 5S-kaizen-TQM وبمعزل عن أي تغييرات هامة قد تحدث في القطاع الصحي في سيريلانكا والتي يمكن أن تؤثر على نتائج المستشفى في نفس الفترة.

شكل رقم (02-17): النتائج المحققة في خدمات مستشفى CSHW



MMR: معدل وفيات الأمهات.

SBR: معدل الإملاص (ولادة ووليد ميت)

NMR: معدل وفيات حديثي الولادة

PMR: معدل وفيات الفترة المحيطة بالولادة

Source: Samantha Padmasiri Kaluarachchi, 2009, **Successful TQM implementation in Sri Lankan public hospitals**, in *Annals of business administrative science*, Volume 8, P59.

¹ Toshihiko Hasegawa, op. cit, P44.

² Samantha Padmasiri Kaluarachchi, op. cit, P63.

يلاحظ من الشكل السابق تسجيل انخفاض محسوس في مختلف معدلات الوفيات سواء ما تعلق بمعدل وفيات الأهمات، معدل الإملاص، وفيات حديثي الولادة، ومعدل الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة مما يؤكد على الآثار الايجابية التي سجلتها المستشفى في ظل تبني المقاربة.

يمكن توضيح كيفية الانتقال من مستوى المستشفى الى المستوى الوطني في الشكل التالي:

شكل رقم (02-18): التغير في ثقافة مستشفى CSHW ضمن الثقافة والقيم الوطنية لسيريلانكا



Source: Samantha Padmasiri Kaluarachchi, 2009, **Successful TQM implementation in Sri Lankan public hospitals**, in *Annals of business administrative science*, Volume 8, P69.

2. النموذج الياباني: يملك النموذج الياباني الأفضلية في مجال السلامة الصحية، ومراقبة السلامة

في ممارسات إدارة الجودة الشاملة، مع تطوير العمليات لتحسين الخدمات الصحية في المستشفى.¹

Nerima Hospital: من بين المستشفيات التي كانت محل الدراسة مستشفى Nerima والذي لعب دورا مهما كمرجعية في تحسين جودة الخدمات الصحية بسبب مجموع الإجراءات التي تم تطبيقها والتي تم اعتمادها كمنهج لتحسين جودة الخدمات الصحية. كون المستشفى واجه أزمة إدارية، في حين لم تعاني بقية المستشفيات منها بسبب التبعية الإدارية للحكومة والجامعات، ونقص المختصين الإداريين الذين يمكنهم اكتشاف الأخطاء والانحرافات الإدارية الموجودة، كانت من أهم هذه الانحرافات:

- زيادة النفقات الصحية؛
- زيادة أعباء الضمان الاجتماعي بسبب زيادة معدلات كبار السن وانخفاض معدل الولادات؛
- مطالبة جماعية من المستفيدين بتحسين الخدمات الصحية والرعاية الطبية؛
- تغير البيئة الديموغرافية ونوعية الأمراض.

كون المستشفيات في اليابان موجودة لتقوم بدورين، الاجتماعي يرتبط بالطاقم الطبي وتحقيق التوازن في الميزانيات يرتبط بالطاقم الإداري. مما يعكس أن الجهود لم تكن مسلطة على تحسين الجودة الإدارية فقط، ولكن الجودة الاكلينيكية (السريرية) على السواء. تم اعتماد بطاقة الأداء المتوازن The scorcard balanced كأداة لتحقيق هذه الأهداف.²

لقد بذل Nerima Hospital جهودا كثيرة لتحسين جودة الخدمات الصحية والتي أطلق عليها Management quality initiative أين عالج المجالات التالية: الوقت؛ المعلومات؛ تدفق العملية؛ الهيكلية؛ التقييس Standardization؛ السلامة؛ التقييم؛ 5S؛ التحسين المستمر للجودة؛ وإدارة الجودة الشاملة.³

التحكم في المؤشرات الصحية التالية والتي يمكن تحسينها عن طريق مراقبة الجودة:

- معدل الوفيات؛
- معدل دوران الأسرة؛
- متوسط فترة الاستشفاء؛
- عدد المرضى الخارجيين؛

¹ Toshihiko Hasegawa, op. cit, P v.

² Ibid, P13,32-33.

³ Ibid, P35.

- تقليل التكاليف ومخرجات أخرى.

والتي يمكن تحسينها عن طريق مراقبة الجودة .

3. النموذج التايلاندي: يعتبر نموذجا جيدا ومناسبا فيما يخص تقديم مفهوم إدارة الجودة الشاملة

في المستشفيات.¹ وقد تم الدمج بين المقاربة الغربية western style top- down والمقاربة اليابانية Japanesse style bottom up، وكانت الانطلاقة سنة 1993 في المستشفى المرجعي pilot hospital تم اعتماد الأساليب والأدوات التالية: بطاقة الأداء المتوازن Balanced scorcard؛ التحسين المستمر؛ تدريب العاملين على التحسين المستمر؛ وإدارة الجودة الشاملة.²

بالنسبة لمستشفى Saohai Hospital فقد اتبع المراحل التالية: 5S؛ التحسين المستمر للجودة؛ وإدارة

الجودة الشاملة.

على مستوى مستشفى Bumble Royal Air Force فقد اعتمد على: 5S؛ التحسين المستمر للجودة؛

وإدارة الجودة الشاملة.

رابعا: مراحل تطبيق 5S- Kaizen- TQM.

يتم تطبيق مقاربة 5S-Kaizen-TQM بالمراحل الثلاثة التالية:³

1. مرحلة التقديم: تشمل تدريب المدربين والعمال وإنتاج مواد سمعية وبصرية لتسهيل عملية

استيعاب مفاهيم 5S وإدارة الجودة الشاملة، تشمل مواضيع في القيادة، العلاقات العامة، مهارات الاتصال، تدريب العاملين على الطرق المنهجية المتبعة في تقديم الخدمات، تحسين الاستجابة للرعاية للصحية.

2. مرحلة التطبيق: يتم في مرحلة التطبيق:

- ممارسات Kaizen التي سيتم اعتمادها؛

- خطط الأعمال؛

- تحديد المجالات الأساسية للتحسين؛

¹ Toshihiko Hasegawa, op. cit, P v .

² Ibid, P 31-34.

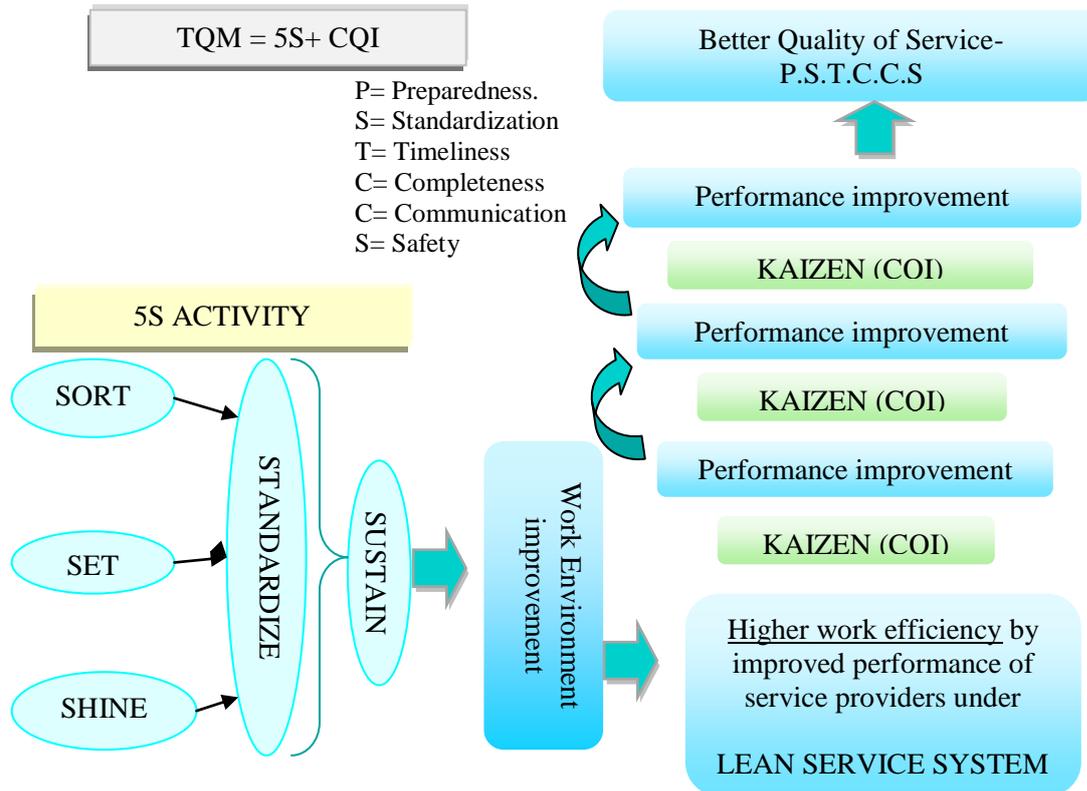
³ Samantha Padmasiri Kaluarachchi, op. cit, P 65-66.

- تحديد وتطبيق النشاطات الاستعجالية غير المكلفة، والتي يمكن أن تساهم في تحفيز العامل للاستمرار في العمل على إدارة الجودة الشاملة؛
- تطوير توجهات وسلوكيات إيجابية اتجاه التغيير وسط رؤساء المصالح؛
- تطوير طرق جمع البيانات لإثبات مصادر الأخطاء؛
- تنظيم إجراءات للمراقبة ولتوثيق الإجراءات وامتلاك وثائق وملفات حول العمليات التي تحدث داخل المستشفى؛
- تطوير نظام الترميز بالألوان color code؛
- تطوير مؤشرات ومعايير متابعة؛
- الاتصال؛
- توفير قيادات ذات جودة.

3. مرحلة الصيانة والمحافظة: يتم في هذه المرحلة وضع آليات متابعة من أجل مراجعة الاحتياجات الواجب إدارتها وتحقيق الاستمرارية في التحسين المستمر. تتم بصفة شهرية، فصلية، وسنوية، عن طريق متابعة المعايير والمؤشرات، الاجتماعات العامة لطاقتهم عمل كل مصلحة، العوائد الدورية استقصاءات العاملين تشمل (محيط وبيئة العمل، التفاعل والتواصل بين الفرق، فحص المعارف العامة) والمرضى، الاجتماعات الإدارية والكلينيكية، التقارير الإحصائية السنوية، المعايير تشمل (الاستقبال، النظافة، التمويل والميزانيات، الاحتياجات الأساسية للمرضى)، وتقسّم إلى نوعين: مؤشرات عامة وضعت لمعالجة الوظائف الإدارية، استجابة خدمات الرعاية الصحية، وجودة الخدمة، ومؤشرات خاصة تم تصميمها لتعالج الرعاية الكلينيكية والجودة الكلينيكية منها المتعلقة بوحدة العناية المشددة، المخابر، أنظمة التشغيل، غرف العمل.

ويبين الشكل رقم (02-19) الإطار العام لعمل المقارنة.

شكل رقم (02-19): إطار عمل 5S- kaizen- TQM
KAIZEN (CQI)



Source: Implementation Guidelines for 5S-Kaizen-TQM approaches in Tanzania, Ministry of health and social welfare health Quality Assurance Division, Tanzania, 3rd Edition, 2013, P17.

خامسا: الاطار العام للمقاربة.

يتم تطبيق مقاربة 5S- kaizen- TQM باتباع مسارين وثلاثة خطوات أساسية ويعتبر كل من الهيكل التنظيمي والتدريب المناسب ضروريين لهذه الخطوات، والتي تتمثل في:¹

1. تحسين بيئة العمل باستعمال أنشطة 5S.
2. أنشطة الكايزن لحل المشكلات بطريقة تشاركية.
3. إدارة الجودة الشاملة كمنهج أو مقاربة لتعظيم استعمال إمكانات المنظمة.

إن مقاربة 5S-Kaizen- TQM تنطلق من المستوى الجزئي حيث يتم تطبيقها في مستشفى واحد يتم اختياره من بين مجموع المستشفيات ليتم بعدها نقل التجربة إلى باقي المستشفيات تحت رعاية وزارة الصحة.

¹ Toshihiko Hasegawa, Wimal Karandagoda, op. cit, P06.

1. 5S التدبير المنزلي:

تم تقديم برنامج 5S كقاعدة للتحسين اتجاه الأداء المتميز تمثلت أهم الخطوات الواجب اتباعها في:¹

- **Tidiness**: تتعلق بالازالة المنهجية للتجهيزات غير المرغوب فيها، وكذا التخلص من النفايات بالاعتماد على نظام الترميز بالألوان color code وجمعها في مخازن خاصة؛

- **Orderliness**: تتعلق بالتنظيم المنهجي للتجهيزات، ومساحات العمل لتسهيل الاستعمال يتم وضع الأدوات والمعدات بطريقة يسهل التعرف والوصول إليها، وإعادتها بسهولة. إعادة تنظيم مساحات المصالح، التجهيزات، مساحات الاستعجال، والطاقم العامل، الممولين، المشتريات، تحديد الاتجاهات الواجب اتباعها، لتحقيق استمرارية هذا النظام؛

- **Cleanliness**: يقصد بها التنظيف المنهجي والمجدي من وضع سجلات للمراقبة والمحافظة على مستويات النظافة المطلوبة لكل من الطوابق، الحمامات، وعربات النقل الداخلي، الصيانة الوقائية للتجهيزات بشكل منتظم؛

- **Standardization**: كل ما يتم تنظيمه وإدخاله يتم تسجيله، ووضع معايير للاشراف والمراقبة والمتابعة بصورة أسهل في مراحل متقدمة. يتم اعداد قوائم فحص ومراقبة والمؤشرات من أجل تقديم توصيات؛

- **Training**: يتم اعتماد نوعين من التدريب in-service & introductory trainings من أجل تحسين معارف العمال بأنشطة ومفاهيم 5S، ويتولى الطاقم تحقيق الاستمرارية والانضباط في ممارسات 5S.

هذا المحيط من العمل المرفق بتحسين في الأنشطة يغذي ذهنية إيجابية في أوساط العاملين والثقة في منهج ومقاربة الفريق، والذي يمكن أن يدعم ويمكن كل مدراء الإدارة الوسطى وقوة عمل الخطوط الأمامية.²

عندما يتحقق الترتيب على مستوى المصالح ستظهر الحاجة للتنظيم وستظهر الحاجة لتنفيذ بقية مراحل 5S، لذا العملية تحدث بتسلسل بسبب ظهور فجوات، نقائص ومشاكل يتوجب حلها بعد الانتهاء من كل مرحلة حتى الوصول إلى المرحلة الأخيرة من 5S التي يتم فيها سد جميع الفجوات.

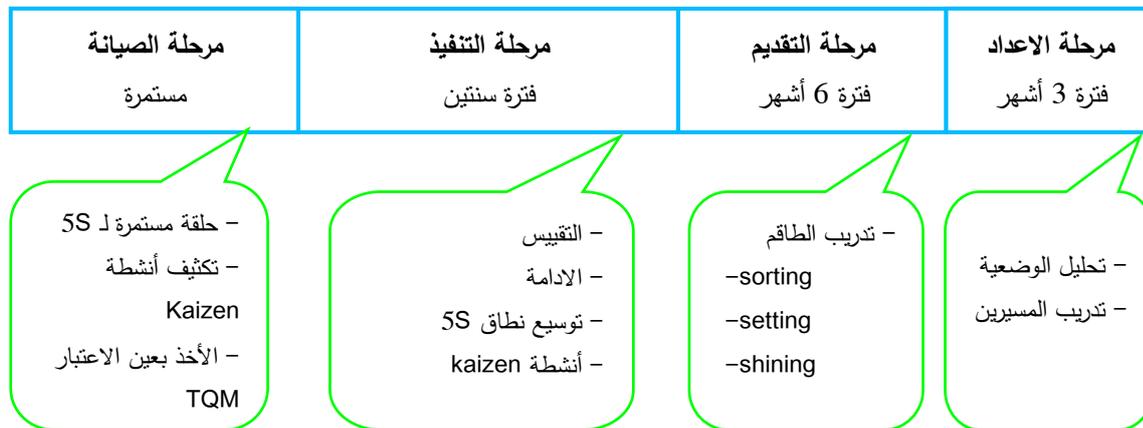
¹ Samantha Padmasiri Kaluarachchi, op. cit. P63.

² Toshihiko Hasegawa, Wimal Karandagoda, op. cit, P03.

يمكن ادخال هذه الأنشطة على أربعة مراحل، ويتم تطبيقها في الخدمات الصحية على كل من تسلسل العمل ومضمونه، إدارة الوقت، الاتصال (الاجتماعات، الاعلام والاعلان)، وتوحيد عمليات وإجراءات رعاية وخدمة المريض.¹ يتم تنفيذ أنشطة 5S على مدة سنتين عبر مرحلة الاعداد، مرحلة التقديم، مرحلة التنفيذ، مرحلة الصيانة. واتباع عشرة خطوات.²

خلال المرحلة الأولية من 5S التركيز الأساسي يكون على تحسين بيئة العمل، ضمان تحسين انتاجية المستشفى، بعدها يكون الهدف التحول التدريجي إلى تحسين الجودة. لهذا الغرض من المهم والضروري تحفيز العاملين في البداية عن طريق التركيز على المصالح الشخصية (فعالية العمل، المحافظة على الترتيب والنظام الخاص بهم، بيئة العمل المحيطة بهم)، عدم التسرع وتجاوز المراحل والانتقال إلى ضمان الجودة في مجالات تقنية خاصة. فقط عندما يصبح عمال الخطوط الأمامية جاهزين ومهتمين بعوائد أنشطة 5S ويقدرّون نتائج تحسين بيئة العمل عندها يمكن نقل اهتمامهم تدريجياً من بيئة العمل إلى مجالات أكثر تخصص ودقة.³ ويمثل الشكل المورالي مراحل تطبيق 5S.

شكل رقم (02-20): مراحل تطبيق 5S



Source: Implementation Guidelines for 5S-Kaizen-TQM approaches in Tanzania, Ministry of health and social welfare health Quality Assurance Division, Tanzania, 3rd Edition, 2013, P21.

توجد في كل مرحلة أنشطة وإجراءات يجب إتقانها للانتقال للمرحلة الموالية تتمثل في:

مرحلة الإعداد: تحتوي الخطوات التالية:

- توعية، تحسيس، ونشر لمفاهيم 5S-Kaizen- TQM؛
- توفير تكوين حول 5S لفرق تسيير المستشفى؛

¹ Implementation Guidelines for 5S-Kaizen-TQM approaches in Tanzania, op. cit, P14.

² Ibid, P22.

³ Toshihiko Hasegawa, Wimal Karandagoda, op. cit, 2011, P08.

- إنشاء فرق تحسين الجودة على مستوى المستشفى لضمان تحقيق القيادة والالتزام نحو تحسين الجودة؛

- إجراء تحليل للوضع الحالية (تحديد المشاكل واقتراح الحلول)، وإنشاء مخطط زمني لتتبع التغييرات التي تحدث في بيئة العمل؛

- تحديد مجالات الأولوية والتي تستهدفها أنشطة 5S من خلال تحليل الوضعية.

مرحلة التقديم: تحتوي الخطوات التالية:

- توفير التكوين للعمال المتواجدين في المناطق المعنية بأنشطة 5S؛

- إنشاء فرق تحسين بيئة العمل في المناطق المعنية بأنشطة 5S بهدف الالتزام بتنفيذ برامج تحسين الجودة؛

- تنفيذ أنشطة Sort/Set/ Shine لتكون الواجهة لـ 5S في المناطق المعنية.

مرحلة التنفيذ: يتم في هذه المرحلة الخطوة التاسعة متمثلة في الممارسة الملائمة لأنشطة 5S من

S1-S3، وتطوير معايير وأنظمة للجانبين الغداري والتقني من أجل توحيد مقاييس ومعايير الممارسات.

مرحلة الصيانة: يتم في هذه المرحلة الخطوة العاشرة والمتمثلة في العمل على تحسين ظروف

العمل بصورة تصاعدية عن طريق تكرار دائرة 5S لتحقيق الاستدامة، وهي مرحلة مستمرة تبدأ من الخطوة الأولى وتستمر إلى ما بعد الخطوة العاشرة.¹

التسلسل في 5S يركز على أن يكون مكان العمل فعالا وعمليا وكذا توحيد اجراءات العمل. لنجاح

أنشطة 5S يجب:²

- الالتزام والدعم المستمرين من قبل الإدارة العليا؛
- تكوين وتنقيف العاملين حول تطبيق أنشطة 5S قبل التنفيذ الفعلي؛
- لا يوجد مراقبون لأنشطة 5S الجميع يجب أن يكون جزءا من العملية؛
- ممارسة دورة 5S بصفة يومية من أجل تحقيق مستويات أعلى من الأداء.

لقد ساعدت أنشطة 5S في ترسيخ أساس لأنشطة إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات بمساهمتها

في:

¹ Implementation Guidelines for 5S-Kaizen-TQM approaches in Tanzania, op. cit, P22.

² Ibid, P 21.

- التقليل من استهلاك المضادات الحيوية بعد التحكم في العدوى الاستشفائية؛
- تحسين استغلال المساحات بعد التخلص من المعدات والأدوات الفائضة وغير الضرورية؛
- تحفيز العاملين وتنفيذ مبادرات للمحافظة على نفس المستوى من التحسينات والظروف المحققة، والعمل على بناء ثقافة الاهتمام بتحسين الإجراءات والأنشطة بين أوساط العاملين، عن طريق هذه الحلقة والتسلسل من الآثار الإيجابية؛¹
- تحقيق جميع متطلبات السلامة على مستوى المستشفى.²

بعد التنفيذ الناجح لأنشطة 5S يجب أن تصبح موحدة في كل المنظمة ومستمرة لمزيد من التحسينات عبر التعليم المستمر المستهدف بشكل جيد لكل القوى العاملة، وإلا سيتم عرقلة الأنشطة من خلال الانتكاسات التي قد تحدث، والعودة إلى الحالة التي كانت قبل البدء في 5S. لهذا من المهم المحافظة على المجموعة الكاملة من الأنشطة لتثبيت ثقافة تحسين بيئة العمل في المستشفى.³

2. التحسين المستمر:

تعتبر الخدمات الصحية المخرجات الرئيسية للمؤسسات الصحية تكون نتيجة سلسلة عمليات معقدة، بالتالي الجودة المطلوبة هي جودة المنتج الصحي المتمثل في "الخدمة الصحية"، الذي يتم انتاجه من قبل مجموعة من المهنيين الطبيين.⁴ من هنا يتوجب على المسيرين داخل المستشفيات دعم الآليات الداخلية وإشراك المهنيين الطبيين في أنشطة تعزيز التحسين المستمر للجودة.⁵

كون الكايزن طريقة لحل المشكلات فالتحدي يكمن في الفجوة بين الوضع المثالي والوضع الحالي في الخدمات الصحية، ولحل المشكلة يجب سد الفجوة باستمرار لذا ينتقل التركيز في مرحلة التحسين المستمر من تعزيز قدرة أعضاء فرق تحسين العمل إلى تمكين مسيري الإدارة الوسطى عن طريق تحسين إجراءات العمل ومحتويات الخدمات من خلال المشاركة في حل المشكلات. بناء على ما تم قوله حول فرق تحسين العمل والاستمرار في أنشطة 5S سيتم تطبيق وممارسة الكايزن لحل المشكلات كدرجة أولى والتركيز على إجراءات العمل،⁶ لذا يجب العمل على:

¹ Toshihiko Hasegawa, op. cit, P43-44.

² Samantha Padmasiri Kaluarachchi, op. cit, P63.

³ Toshihiko Hasegawa, Wimal Karandagoda, op. cit, P08.

⁴ **Implementation Guidelines for 5S-Kaizen-TQM approaches in Tanzania**, op. cit, P14.

⁵ Ibid, P14.

⁶ Toshihiko Hasegawa, Wimal Karandagoda, op. cit, P15.

- إجراء تدريب رسمي لمُسيري الإدارة الوسطى حول طرق وعمليات حل المشكلات والتعامل مع الدلائل والبيانات، التدريب يجب نشره في كل المستشفى، كون التطبيق الكلي للكايزن في المنظمة هو المسار نحو إدارة الجودة الشاملة؛
- الكل عليه أن "يخطط" لحل المشكلة، "ينفذ" لسد الفجوة، "يفحص" لقياس الفجوة، "يحسن" لزيادة التحسين، التناوب على هذه الحلقة باستمرار هو أبسط طريقة لتطبيق الكايزن؛¹
- تقديم أهداف التحسين المستمر عن طريق الإدارة العليا ومسيري الإدارة الوسطى لجميع المهنيين الطبيين على مستوى مختلف المصالح، أين تبحث كل مصلحة بصورة دورية ودائمة على مختلف الفرص التي يمكن أن تسهل أداء الأعمال وجعلها أكثر فعالية وذات كفاءة في ظل الظروف المتاحة، عن طريق تعبئة قدراتهم لخلق أفكار جديدة؛²
- الأخذ بعين الاعتبار الإنتاجية والسلامة، كما أن أنشطة 5S يجب أن تستمر في مرحلة التحسين المستمر للمحافظة على المستويات المحققة لأنها تمثل الشروط القبلية لتنفيذ التحسين المستمر؛³
- أنشطة التحسين المستمر يجب ألا تعالج فقط أساليب تحسين النتائج، ولكن تحسين القدرات من أجل الوصول إلى نتائج مستقبلية تكون أحسن.⁴

- التنظيم في الكايزن:

يكون التنظيم متمركزا في فرق الهيكل التنظيمي من أجل الكايزن، حيث ينتقل التركيز من العاملين في الخطوط الأمامية إلى مدراء الإدارة الوسطى بهدف تحديد المشاكل، قياسها، ومراقبتها كما ونوعا، وتبرز هنا أهمية التوجيه والقيادة أين يكون المسيرون مسؤولين عن العمل في الطليعة.⁵

- التدريب في كايزن:

التدريب على التحسين المستمر يتطلب ليس فقط التدريب أثناء العمل بل أيضا التدريب الرسمي ليشمل تفاصيل عملية حل المشاكل التي يجب تعلمها من قبل مدراء الإدارة الوسطى الذين يصبحون وسطاء في رصد وتحديد المشكلات وتدابير تنفيذ الحلول عن طريق فرق العمل تليها كل وحدة عمل.⁶

¹ Ibid, P15.

² **Implementation Guidelines for 5S-Kaizen-TQM approaches in Tanzania**, op. cit , P14.

³ Ibid, P39.

⁴ Ibid, P 30.

⁵ Toshihiko Hasegawa, Wimal Karandagoda, op. cit, P15.

⁶ Toshihiko Hasegawa, Wimal Karandagoda, op. cit, P16.

يتم تدريب العاملين على طرق وآليات حل المشكلات، المهارات اللازمة للعمل بكفاءة وفعالية في إطار فرق العمل، تحسين العمليات، جمع وتحليل البيانات، التسيير الذاتي في ظل مقارنة الأداء مع مجموعات العمل الأخرى.¹

- خطوات تطبيق التحسين المستمر:

كون التحسين المستمر يهدف لتحسين بيئة العمل وحل المشكلات تم تطوير عمليات التحسين المستمر في شكل سلسلة أحداث تعتمد على عجلة PDCA، فمن أجل تحقيق حل المشكلات وتقليل الفجوات يتوجب اتباع الخطوات التالية:²

- تحديد واختيار مجال التحسين؛
- تحليل الوضعية الحالية؛
- تنفيذ تحليل الأسباب الجذرية؛
- تحديد الاجراءات المضادة؛
- تنفيذ وتطبيق الاجراءات المضادة والتصحيحية؛
- الفحص والتحقق من فعالية الاجراءات المضادة؛
- توحيد الإجراءات الفعالة.

كون الحافز الأساسي في مجال الخدمات الصحية للتحسين المستمر يتمثل في خلق مصالح ذاتية للعاملين وتعزيز سلوكهم المهني لتقديم خدمات أفضل للمرضى لضمان بحيث يكون مطلوب من الإدارة العليا على وجه التحديد اتخاذ القرار على أساس أدلة لكل من مراقبة الموارد والاستثمار والتي يمكن الحصول عليها من البيانات التي توفرها فرق تحسين الجودة المسؤولة عن تجميعها أو تحليلها بالتعاون مع المسيرين والمدراء في كل المستويات المستخرجة من الأنشطة الروتينية للكايزن التي يتم تنفيذها بواسطة كل فرق تحسين العمل.³

¹ Implementation Guidelines for 5S-Kaizen-TQM approaches in Tanzania, op. cit, P31.

² Ibid, P39-40.

³ Toshihiko Hasegawa, Wimal Karandagoda, op. cit, P16.

3. إدارة الجودة الشاملة:

إن ما يجب ادراكه في مجال تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية هو ضرورة تعديل مفهوم إدارة الجودة الشاملة والتدرج في تطبيقه حيث يعتبر من الخطوات الضرورية للتطبيق الناجح في قطاع الخدمات الصحية.¹

لذا في مرحلة إدارة الجودة الشاملة يكون التحدي أمام الإدارة العليا جمع النتائج المتعددة من الكايزن بهدف مراقبة الاستثمار على المستوى الكلي، لينتقل التركيز في نهاية المطاف نحو تعزيز قدرة الإدارة العليا. تعمل إدارة الجودة الشاملة على تحسين المخرجات الصحية كالححد من انتشار العدوى داخل المستشفى، معدلات الوفيات، متوسط فترات المكوث داخل المستشفى (متوسط معدلات فترات الاستشفاء)، عن طريق تحسين وتطوير المستشفى ككل بدل تطوير المهارات الطبية والمهنية الفردية، بالتالي تحقيق التسيير الفعال للمستشفى.²

يمكن الانتقال وتطبيق إدارة الجودة الشاملة في حالة ما إذا كانت المستشفى تتميز ببيئة عمل حيوية، ومبادئ العمل الجماعي مرسخة ومنتشرة في أوساط العاملين، وأن يكون مفهوم إدارة الجودة الشاملة جزء من روتين العمل اليومي للعاملين.³

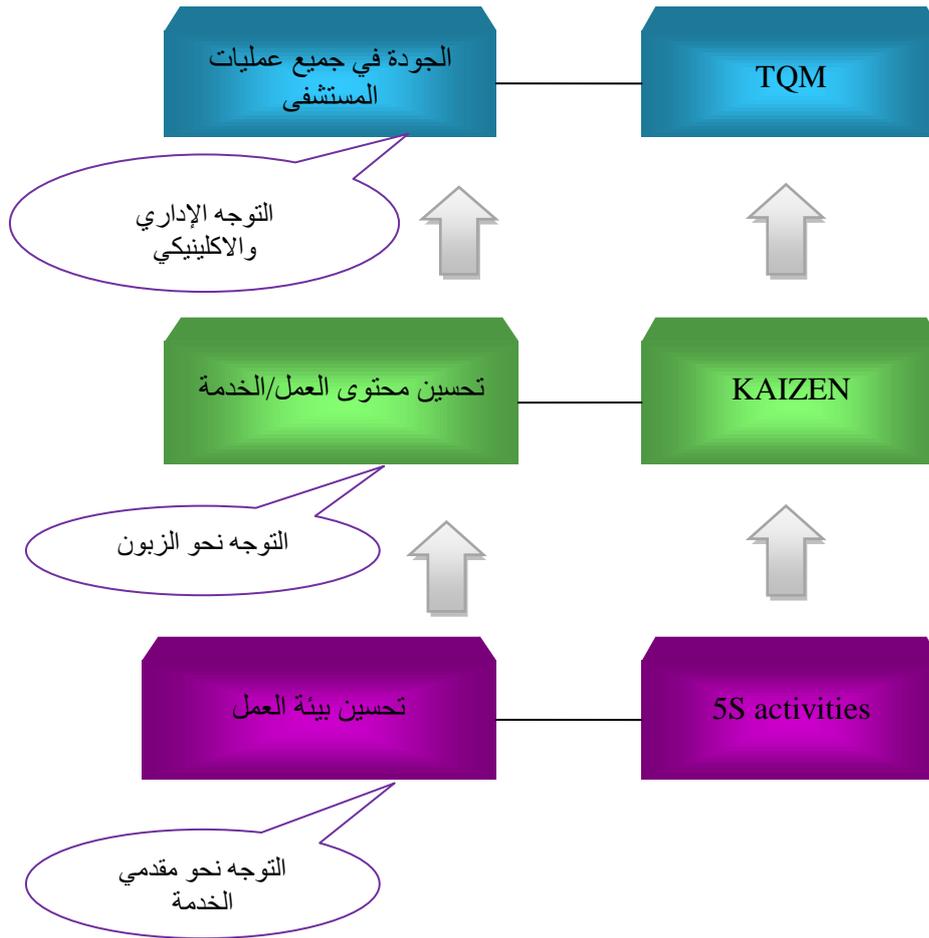
ويمثل الشكل رقم (02-21) المحاور الواجب التركيز عليها أثناء الانتقال من 5S إلى إدارة الجودة الشاملة.

¹ عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمنة، مرجع سابق، 15

² Toshihiko Hasegawa, op. cit, P02.

³ Toshihiko Hasegawa, Wimal Karandagoda, op. cit, P17.

شكل رقم (02-21): من 5S إلى TQM المحاور الواجب التركيز عليها



Source: Implementation Guidelines for 5S-Kaizen-TQM approaches in Tanzania, Ministry of health and social welfare health Quality Assurance Division, Tanzania, 3rd Edition, 2013, P 53.

خلاصة الفصل:

إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية يتطلب العمل على تحقيق توازن بين ما يتوقع الزبائن وبين ما يمكن أن تقدمه المستشفيات من إمكانيات وقدرات تلائم المواصفات والخصائص والأبعاد التي تريد ترسيخها في خدماتها للوصول إلى الأهداف الإنسانية أولاً بالشكل المطلوب، لكن هذا التطبيق ليس بالأمر الهين في المستشفيات كونه يتطلب إلتزام الإدارة العليا، مشاركة العاملين، فهم للجودة، ونظم فعالة للمعلومات والاتصال، الاستمرارية في التطبيق وتصحيح الانحرافات.

ومن المتوقع أن تظهر العديد من المعوقات والصعوبات عند التطبيق التي تؤدي إلى الأخطاء، لذا يتوجب على المستشفيات دراسة محيطها الداخلي والخارجي من أجل اختيار ما يناسبها مما تقترحه إدارة الجودة الشاملة من أساليب، أدوات، ومقاربات بما يتلاءم مع حاجات المستشفى والزبائن.

الفصل الثالث

دراسة تحليلية للنظام الصحي في الجزائر

تمهيد:

شهدت الجزائر منذ بداية الثمانينات تقدما ملحوظا ومستمرًا في الارتقاء بالحالة الصحية للمواطنين، وقد تحسنت العديد من المؤشرات الصحية بشكل ملحوظ منذ بداية التسعينات من القرن الماضي من أهمها معدل الوفيات بصفة عامة وارتفاع متوسط مأمول العمر عند الولادة.

وبالرغم من هذا التحسن إلا أن الأساليب التي كانت قبل سنة 2002 أي قبل مشروع الإصلاح لتقديم الخدمات الصحة لم تحقق العائد المستهدف منها، مما استدعى الحاجة لإعادة النظر في السياسة الصحية الوطنية عن طريق تبني مشروع إصلاح المستشفيات والذي يهدف إلى إرساء مبدأ العدالة وكفاءة الإنفاق والارتقاء بجودة الخدمات الصحية.

إصلاح المنظومة الصحية يطرح تحديا كبيرا، ويفرض تضافر الجهود لترشيد عمل المستشفيات والمؤسسات الصحية بصفة عامة بشكل يسمح لها القيام بالدور الفعال عن طريق التكفل الفعلي بصحة المواطن ورعايته مما يفرض التركيز على جميع الجوانب المرتبطة بالقطاع الصحي التسييرية، التنظيمية، التجهيزات والمعدات الطبية، وتكوين الطاقم الصحي.

وفي هذا الإطار تبرز أهمية الموضوع في تزايد الاهتمام بضرورة تحسين الخدمات الصحية من قبل المؤسسات الاستشفائية كونها تشهد تغيرا ملحوظا في سلوك المستفيدين من خدماتها.

سيتم في هذا الفصل عرض لماهية النظام الصحي بالاضافة إلى أهم المراحل التي مر بها النظام الصحي الجزائري منذ الاستقلال إلى الوقت الراهن وأهم الاصلاحات التي قام بها، مرورًا بأهم النتائج التي حققتها الجزائر في المؤشرات الصحية بالمقارنة مع كل من المؤشرات العالمية، تونس، والمغرب، من خلال:

المبحث الأول: مدخل نظري للنظم الصحية.

المبحث الثاني: تقديم النظام الصحي الجزائري.

المبحث الثالث: تقييم واقع النظام الصحي في الجزائر.

المبحث الأول: مدخل نظري للنظم الصحية.

قبل التطرق إلى واقع النظام الصحي في الجزائر سيتم التعرّيج على كل من ماهية النظام الصحي، العناصر الأساسية المكونة للنظام الصحي وأهم محددات أداءه، بالإضافة إلى أهم أوجه القصور في النظم الصحية العالمية، ليتم الانتقال إلى عرض أهم النتائج التي سجلها القطاع الصحي في السنوات الأخيرة بالمقارنة مع تونس والمغرب وتبيان أهم التحديات التي يواجهها.

المطلب الأول: مفهوم النظام الصحي.

تم اللجوء إلى النظم الصحية من أجل تسهيل تلبية احتياجات الخدمات الصحية للسكان الذين يخدمهم، وهذا ما أعطاه أهمية كبيرة وجعله محل اهتمام الدول من أجل الوصول إلى التنظيم المناسب الذي يضمن حق الصحة للجميع.

أولاً: تعريف النظام الصحي.

للنظام الصحي عدة تعاريف منها:

عرفت منظمة الصحة العالمية النظام الصحي على أنه: "مجموع المنظمات والمؤسسات والموارد الرامية أساساً إلى تحسين الصحة. ويحتاج ذلك النظام إلى موظفين، أموال، معلومات، إمدادات ووسائل نقل، اتصال وتوجيهات. ولا بد لذلك النظام من توفير خدمات تلبي الاحتياجات القائمة بأسعار منصفة والسعي في الوقت ذاته إلى معاملة الناس على نحو لائق. والنظام الصحي الجيد هو ذلك الذي يسهم في تحسين حياة الناس بشكل ملموس يوماً بعد يوم".¹

يعرفه B. Majnoni D'intignano على أنه: "مجموعة منسجمة نوعاً ما من آليات التمويل، المعلومات، والوقاية أو العلاج منظمة بطريقة هدفها الحفاظ أو تحسين الصحة".²

يعرف رويمر النظم الصحية على أنها: "جملة الموارد، التنظيم، التمويل، الإدارة، والتي تكفل بمجموعها إيتاء الخدمات الصحية لعامة الشعب".³

¹ Health systems, OMS, <http://www.who.int/features/qa/28/ar/>, consulté le 16/08/2014

² عبد الكريم منصور، قياس الكفاءة النسبية ومحدداتها للأنظمة الصحية باستخدام تحليل مغلف البيانات DEA للبلدان المتوسطة والمرتفعة الدخل - نمذجة قياسية -، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2013-2014، ص 32.

³ بلقاسم صبري، الدور الاستراتيجي لوزارة الصحة في تطوير النظم الصحية وتحسين أدائها، مداخلة ضمن فعاليات مؤتمر الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومية في الوطن العربي، القاهرة، 2002، ص 03.

يقدم النظام الصحي الجيد خدمات عالية الجودة لجميع المواطنين في أي زمان ومكان يحتاجون فيهما إليها. وتتباين تلك الخدمات من حيث دقة التكوين من بلد إلى آخر، ولكن يلزمها في جميع الحالات آلية تمويل رصينة، وقوى عاملة مدربة جيداً، ومعلومات موثوقة يُستند إليها في اتخاذ القرارات ورسم السياسات، ومرافق وخدمات لوجستية جيدة، الصيانة لتوفير أدوية وتكنولوجيات عالية الجودة.¹

النظام الصحي هو: "مجموع المنظمات والمؤسسات والموارد المكرسة للتدخلات الصحية، وإذا كان تحسين الصحة هو الهدف الرئيسي لأي نظام صحي، فإنه ليس بالغرض الوحيد، كما أن هذا الهدف ينقسم إلى شقين: بلوغ أفضل مستوى صحي (الجودة)، والحد قدر الامكان من الفوارق القائمة بين الأفراد والجماعات في تسيير حصولهم على الرعاية الصحية (العدالة).²

كما يعرف النظام الصحي بأنه: "الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحيحة تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها. وتقويم هذه الخدمة بطريقة شاملة ومتكاملة للسكان وبتكلفة معقولة وبطريقة ميسرة".³

ويمكن تعريف النظام الصحي بأنه جميع المؤسسات والموارد المسخرة لإنتاج التدخلات الصحية بهدف بلوغ أفضل مستوى صحي، مراعيًا في ذلك ما يلي:⁴

- أن تكون التغطية شاملة، كاملة، وعادلة؛
- أن تكون هذه التغطية ذات تكلفة معقولة للدولة والمواطن.

وتختلف الأنظمة الصحية من دولة إلى أخرى وفق متطلبات أو اعتبارات اقتصادية، اجتماعية أو أية اعتبارات أخرى. وأن طموح أي دولة في وضع نظام صحي خاص بها يتصف بالتطور والرقى يعكس مدى اهتمام تلك الدولة بمواطنيها وفي المقابل فإن المواطنين يتوقعون من الدولة مستوى معين من الخدمات ضمن النظام الصحي. ولبناء أي نظام صحي يتطلب جمع المعلومات الضرورية في شتى

¹ Health system, WHO, <http://www.who.int/healthsystems/ar/>, consulté le 16/08/2014.

² محمد عدنان مريزق، مرجع سابق، ص 15.

³ نفس المرجع، ص 15-16.

⁴ علي عبد القادر علي، الرعاية الصحية، in اقتصاديات الصحة دورية تعنى بقضايا التنمية في الاقطار العربية، المعهد العربي للتخطيط، العدد 22، الكويت، 2003، ص4.

المجالات التي من شأنها تغذية النظام الصحي بالمعلومات اللازمة للاستمرار في تقديم الخدمة الصحية بمختلف مستوياتها.

ثانيا: أهداف النظام الصحي.

تتمثل أهم أهداف النظام الصحي في:

- مراقبة الحالة الصحية للمجتمع والتعرف على مشكلاته الصحية؛
- تشخيص وتحري المشكلات والمخاطر الصحية في المجتمع؛
- الإخبار عن القضايا الصحية الرئيسية وتوعية المجتمع بأسباب وحجم حدوثها وآليات الوقاية منها أو منع آثارها وتزويده بالوسائل المعينة على تحقيق ذلك؛
- تحريك وتفعيل آليات شراكة مع أفراد المجتمع ليساهموا في التعرف على المشكلات الصحية وحلها؛
- تطوير سياسات وخطط تدعم الجهود الصحية للأفراد والمجتمعات؛
- إقرار وتفعيل أنظمة وقوانين تحمي الصحة وتعزز السلامة البيئية والمهنية؛
- ربط الناس بالخدمات الصحية المتاحة على مستواهم الشخصي والتأكد من حصولهم على الخدمة؛
- ضمان توفير قوى عاملة كفأة في مجالات الصحة العامة وتقديم الخدمات الصحية العلاجية والوقائية؛
- تقييم جودة وفعالية الخدمات الصحية المقدمة للأفراد والمجتمعات والتأكد من سهولة الوصول إليها من قبل المستهدفين منها؛
- البحث عن سبل جديدة وابداعية لحل المشاكل الصحية¹؛
- تطوير ودعم الوضع الصحي للسكان والمواطنين؛
- ارضاء السكان والاطمئنان على صحتهم وحمايتهم من الأمراض والأخطار؛
- تقديم الخدمات الصحية والطبية بأقل تكلفة ممكنة²؛
- تحسين صحة الانسان؛
- الحد من أوجه القصور في تقديم الخدمات الصحية؛
- ضمان العدالة والمساهمة المالية.

¹ علي سنوسي، مرجع سابق، ص 16-17.

² صلاح محمود دياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة منظور شامل، مرجع سابق، ص 53.

وهناك تأكيد من قبل المنظمة العالمية للصحة على أهمية العدالة والمساواة التي ينبغي أن تكون الأساس الذي تقوم عليه سياسات واستراتيجيات توفير الصحة للجميع. مما يعني ألا يقتصر الأمر على قياس مدى الإنجاز العام الذي يمكن تحقيقه فحسب -لأن الإنجازات نفسها قد تخفي وراءها مفارقات اجتماعية واقتصادية وجغرافية كثيرة تحصيلها وتوثقها النظم الصحية- وإنما يشمل أيضا معالجة مسألة الاهتمام بتحقيق العدالة، وذلك من خلال قياس أوجه القصور في تقديم الخدمات الصحية والاستجابة لاحتياجات السكان.¹

ثالثا: تطور النظم الصحية.

مرت النظم الصحية بالمراحل التالية:²

1. مرحلة التوسع: (1950-1970) أهم ما ميز المرحلة:

- زيادة عدد المؤسسات الصحية، ارتفاع في عدد الأطباء، تطورات في التكنولوجيا الطبية؛
- توسع التغطية الصحية والتأمين الصحي.

2. مرحلة ضبط النفقات الصحية: (1970-1980): أهم ما ميز هذه المرحلة:

- زيادة ملحوظة في النفقات الصحية من 4% إلى 11% من الناتج القومي الاجمالي؛
- رفض دفع النفقات من قبل الحكومات والعمال؛
- الخدمة الصحية مدارة باعتماد الدفع المسبق؛
- اعتماد الميزانية الكلية، سن قوانين حول خطط الخدمات الصحية، التطور التقني.

3. مرحلة التقويم والمحاسبة: 1990s:

- حراك اتجاه إدارة المخرجات الصحية؛
- الإلتزام بالنزاهة، الجودة لإرضاء الزبون، الانسجام والتوافق مع القوانين، التسعير العادل، السلامة.

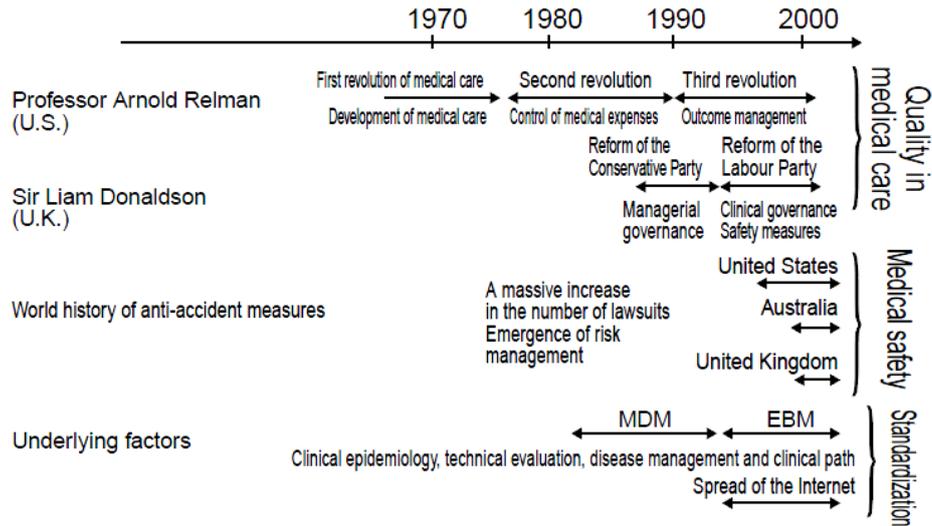
ويمثل الشكل رقم (03-01) شكل توضيحي لأهم التطورات التاريخية والتوجهات العالمية التي

شهدها النظام الصحي

¹ بلقاسم صبري، مرجع سابق، ص 07.

² Toshihiko Hasegawa, op.cit, P12.

شكل رقم (03-01): التوجهات العالمية.



Source: Toshihiko Hasegawa, 2006, A study on organizational reinforcement through total quality management in the health and medical care sector, institute of international cooperation JICA, Tokyo, P13.

رابعا: مميزات النظام الصحي.

يتميز النظام الصحي بالمميزات التالية:

- التعقيد: بسبب وجود العديد من القطاعات والعديد من العلاقات والاتصالات مما يزيد في صعوبة وتعقيد النظام الصحي؛
- الصراع: وجود العديد من القطاعات ضمن النظام الصحي، وكل واحد من هذه القطاعات لديه أهدافه الخاصة، مما يؤدي إلى وجود نوع من الصراع بين مختلف القطاعات الصحية؛
- وضع السياسات الصحية: ميزة أخرى للنظام الصحي تكمن في تحديد المسؤولية لوضع السياسات الصحية أي من قطاعات النظام الصحي سوف تشارك في السياسات؛
- ملائمة النظام الصحي مع المجتمع من حيث الآراء والثقافة والعادات والتقاليد... الخ¹؛
- يصعب على المستفيدين من الخدمات الصحية تحديد إن كانت ذات جودة أم لا، لأنها قد تستغرق وقت طويل لتحديد وتصنيف الجودة؛
- هيكل السلطة المزدوج في القطاع الصحي بين الفريق الإداري والفريق الطبي؛
- القطاع الصحي يتميز بكثافة اليد العاملة، مما يجعله أكثر عرضة للأخطاء البشرية، المخالفات، التجاوزات والهدر.²

¹ صلاح محمود دياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة منظور شامل، مرجع سابق، ص 59.

² Toshihiko Hasegawa, op. cit, P26-27.

خامسا: العناصر الأساسية المكونة للنظام الصحي.

تتشارك جميع الأنظمة الصحية في خمسة مكونات رئيسية تتمثل في:

- المنشآت التي تقدم وتوفر الخدمات الصحية؛
- القوى العاملة التي تقدم الخدمات الصحية؛
- المعدات والتجهيزات العلاجية؛
- المنشآت والمؤسسات التعليمية والبحثية التي تكون القوى العاملة الطبية وتنتج المعرفة من أجل تحسين مستوى الخدمات الصحية؛
- آليات التمويل.¹

يعتبر النظام الصحي نظاما جيدا، إذا تمكن من تقديم خدمات صحية تتسم بالجودة لجميع السكان، في المكان والوقت المناسب الذي يحتاجون فيه تلقي الرعاية الطبية والصحية. لتحقيق ذلك يتوجب أن يتوفر في النظام الصحي آليات تمويل فعالة، قوى عاملة مدربة وذات كفاءة وملائمة لاحتياجات السكان مع ضمان دفع الرواتب والأجور المناسبة لها، بيانات ومعلومات قيمة ويمكن الاعتماد عليها في إتخاذ القرارات والسياسات المتبعة، نظام صيانة وسلامة المنشآت والبنى، نظام امداد للتكنولوجيا وأدوية ذات جودة.²

سادسا: أنواع النظم الصحية.

إن تاريخ الأنظمة الصحية في البلدان المتقدمة بين عبر مختلف المراحل أن كل البلدان تقاسمت أهدافا مشتركة على المستوى الصحي (مساعدة المرضى من ذوي الدخل المحدود، ضمان دخل تعويضي للأجراء المرضى، بالنسبة لأوروبا ضمان الحصول على العلاج للجميع) ولكن كل دولة اختارت طريقة معينة لتحقيق هذه الأهداف، هذه الاختلافات تمثلت في نوعية المؤسسات المكلفة بالتكفل بالطلب على العلاج (دور الحكومة، التعاونيات والمؤمنين الخواص) ونمط تنظيم عرض العلاج (مكانة المستشفيات العمومية، الدور الذي يلعبه الأطباء العموميون،... إلخ) وكذلك المهن الصحية المطورة في الماضي (أهمية الطب الخاص)، هذه الاختلافات تعكس كذلك الاختلاف في الأولويات لكل نظام: الشمولية في

¹ Steven Jonas, Raymond L. Goldsteen, Karen Goldsteen, 2007, **An introduction to the US health care system**, Springer publishing company, new york, Sixth edition, P 08.

² **Health system**, WHO, <http://www.who.int/healthsystems/ar/>, consulté le 16/08/2014.

التغطية ضد المرض للبعض، اختيار الطبيب والابقاء على الطب الخاص بالنسبة للآخرين، لذا يوجد ثلاثة أنواع من الأنظمة الصحية الأساسية في العالم هي:

1. الأنظمة الوطنية للصحة: (من بينها السويد، النرويج، بريطانيا، إيطاليا، اسبانيا، اليونان، كندا، استراليا، نيوزيلندا...) والتي توفر حصول شبه مجاني للعلاج لمجموع المواطنين لغرض تحقيق الشمولية للتغطية ضد المرض، عرض علاج منظم بصفة أساسية من طرف الحكومة وممول بالضرائب، بعض هذه الأنظمة قائمة على تنظيم جد مركزي حالة بريطانيا بالخصوص، بينما البعض الآخر فتنظيمه وتسييره لا مركزي (بلدان شمال أوروبا، اسبانيا وإيطاليا).

2. أنظمة التأمين ضد المرض: (من بينها ألمانيا، فرنسا، اليابان،...) عرض الصحة يتم جزء منه من طرف القطاع الخاص (علاج إسعافي، بعض المستشفيات والعيادات)، وجزء عام بعضه ذو طابع استشفائي بالأخص، ويضمن عموما حرية اختيار المريض لطبيبه، ويوجد القانون الأساسي للخواص، التكاليف المحصلة نتيجة العلاج هي في الغالب متكفل بها من مختلف صناديق التأمين ضد المرض وممولة باشتراكات اجتماعية، فالنظام الفرنسي ممرکز بينما النظام الألماني فهو منظم على مستوى المناطق.¹

3. الأنظمة الليبرالية الصحية: خصوصا الولايات المتحدة الأمريكية وبعض بلدان أوروبا الشرقية والوسطى، وبعض دول أمريكا اللاتينية، أين يعتبر النظام الصحي العام للحماية ضد المرض هامشي، ويشمل فقط الأشخاص الذي يحتاجون إلى علاج استعجالي حرج، المرضى من ذوي الفقر المدقع، المسنين، والمتعاقدين المستفيدين من مساعدة الحكومة في الصحة. بينما بقية السكان فعليهم اللجوء إلى المؤمنين الخواص، بالتالي التمويل يتم بصفة عامة من طرف العاملين أنفسهم مما يعرض جزءا من المواطنين للبقاء دون حماية ضد المرض. أين يعتقد أن الصحة مسؤولية فردية وأن التأمينات الخاصة والسوق هي التي لها الاستجابة لهذه الاحتياجات بدلا من أن تتكفل الدولة بها.²

¹ عبد الكريم منصوري، مرجع سابق، 34-35.

² عديلة العلواني، أسس اقتصاد الصحة، دار هومه، الجزائر، ج1، 2014، ص 119-120.

سابعا: وظائف النظم الصحية.

للنظم الصحية أربع وظائف رئيسية تتمثل في:¹

1. **الحسبة:** تتمثل في الدور التوجيهي والرقابي الشامل الذي تضطلع فيه الحكومة عن طريق وزارة الصحة، مستخدمة في ذلك مجموعة من المبادئ والمعايير، ومستمدة الدعم من التشريعات الصحية، ومن جوانب هذه الوظيفة تطوير السياسات والاستراتيجيات الصحية، بدعم من نظم المعلومات الملائمة التي توفر البيانات الصحيحة تقنيا. كما تقوم وزارات الصحة أيضا بتنسيق مساهمات مختلف الشركاء في التنمية الصحية، بما في ذلك الوزارات الأخرى، والوكالات والمنظمات اللاحكومية، والقطاع الخاص، والجهات المانحة الثنائية والمتعددة الأطراف.

2. **التمويل:** تمكن هذه الوظيفة من تصميم سياسات تمويل الرعاية الصحية، وتنفيذها ورصدها. وهي تساعد على تجميع الأخطار في مشروعات التأمين الوطنية، وعلى تنسيق مختلف مشروعات التأمين من أجل تحقيق التضامن وتحسين فرص العدالة. كما أن من شأن هذه الوظيفة أن توفر الاستراتيجيات اللازمة لشراء الخدمات الصحية من الجهات التي تقوم على توفيرها في القطاعين الخاص والعام، بموجب ترتيبات تعاقدية يتفق عليها بين الأطراف المعنية.

3. **إيتاء الخدمات:** تتصل هذه الوظيفة بالتنظيم العام للرعاية الصحية، على أن تأخذ في الاعتبار الحاجة إلى التكامل بين مختلف برامج الرعاية ومستوياتها، وكذلك الحاجة إلى توافر امداد متوازن من الخدمات. ويجب أن تتم عملية توفير الخدمات على أساس مبادئ ومقومات الكفاءة، من أجل تحقيق الحد الأقصى من الانتفاع بالموارد المخصصة للتنمية الصحية.

4. **استدراار الموارد:** تعنى هذه الوظيفة بضمان الحصول على المساهمات المناسبة للصحة، بما في ذلك الموارد البشرية والمالية والمادية، وتوزيع هذه الموارد توزيعا ملائما تبعا لاحتياجات المجموعات السكانية التي تتلقى الخدمات الصحية.

¹ بلقاسم صبري، مرجع سابق، ص 08-09.

المطلب الثاني: العوامل المؤثرة في النظم الصحية.

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

أولاً: المعايير المحددة لفعالية النظم الصحية.

يمكن تحديد مدى فعالية النظام الصحي وفقاً للمعايير التالية:¹

1. نمط الحماية الاجتماعية للسكان: يوجد نمطان:

- نظام الحماية الاجتماعية: نظام شامل يغطي كل السكان؛

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

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

وهي تسمح بالمقارنة بين الدول، وذلك لقياس مرونة نفقات الصحة مقارنة بالناتج الداخلي الخام (تعتبر المرونة الأكبر على أن النفقات تتزايد بشكل أسرع من الناتج الداخلي الخام)؛

3. مصدر تمويل النظام: هناك مصدران مهيمنان هما التمويل بالضريبة والتمويل بالاشتراكات

الاجتماعية المقدمة من طرف العمال المؤمنين. إن هذين النمطين يتعلقان أساساً بنوعين من الحماية الاجتماعية، ويمكن أن يسهما في التمويل باختلافات هامة في بعض الأحيان بين البلدان، التأمينات الخاصة، التعاضديات، الجماعات العمومية، المريض؛

4. دور السلطات العمومية في كل النظم: تعتبر الدولة المسؤولة على تحديد السياسة الصحية،

وتحديد القواعد العامة، لكن دور السلطات يختلف بصورة كبيرة من بلد لآخر فيما يتعلق بالمراقبة وتسيير الأنظمة الصحية.

كما تعتبر سياسات الدولة في مجال العناية الصحية ناجحة إذا ترتب عليها زيادة في رفاه المجتمع من خلال تحسن الأحوال الصحية أو ازدياد درجة عدالة توزيع الخدمات الصحية، أو ازدياد قناعة المستهلكين بما يقدم لهم، أو انخفاض تكلفة الخدمات الصحية مقارنة بحالة عدم تدخل الدولة. ويلاحظ في هذا الصدد أن السعي نحو تحقيق أي من هذه الأهداف لا يستدعي بالضرورة تدخل الدولة ومن ثم

¹ علي سنوسي، مرجع سابق، ص 25-28.

لابد من وجود مبررات أخرى توضح أن الدولة من شأنها تحقيق بعض هذه الأهداف بطريقة أفضل من تلك التي تتأتى بواسطة القطاع الخاص.

5. مؤشرات الحالة الصحية: لقد تم تطوير عدد من المؤشرات لمعرفة الحالة الصحية لمختلف الأقطار، تشتمل أهم هذه المؤشرات على ما يلي:

- معدل وفيات الرضع: وهو عدد الوفيات سنويا من الرضع الذين تقل أعمارهم عن سنة لكل ألف طفل يولدون أحياء؛

- معدل وفيات الأطفال دون خمس سنوات: وهو متوسط العدد السنوي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل ألف يولدون أحياء خلال السنوات الخمس السابقة؛

- العمر المتوقع عند الولادة: وهو عدد السنوات التي من المتوقع أن يعيشها الطفل حديث الولادة في حالة استمرار أنماط الوفاة السائدة وقت ولادته على ما هي عليه طوال حياته؛

- نسبة الانفاق الصحي: وهو الانفاق على المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات وخطط التأمين الصحي وتنظيم الأسرة منسوبا إلى إجمالي الانفاق الحكومي أو الناتج المحلي الإجمالي؛

- الحصول على الخدمات الصحية: وهو النسبة المئوية للسكان الذين يمكنهم الحصول على الخدمات الصحية المحلية الملائمة؛

- حالة توزيع الدخل: يعني أن توزيعا أقل عدالة للدخل يؤدي إلى ازدياد في معدل وفيات الرضع وتدني الحالة الصحية في المجتمع؛

- تعليم المرأة: استنادا على الشواهد التطبيقية المستندة على مسح الأسرة والمسوح المتخصصة والتي أوضحت أن الأمهات اللاتي تلقين تعليما ثانويا عادة ما يكون معدل وفيات أطفالهن حوالي 36% أقل من مثيلتهن اللاتي تلقين تعليما أوليا.

تختلف المؤسسات الدولية المعنية فيما بينها في استخدام هذه المؤشرات. فعلى سبيل المثال تعتمد منظمة اليونسيف معدل وفيات الأطفال كمؤشر للحالة الصحية للأقطار بينما تعتمد منظمة الصحة العالمية العمر المتوقع عند الولادة كمؤشر بعد تعديله ليأخذ في الاعتبار المعلومات المتوفرة حول البيئة الصحية وتاريخ الأمراض.

ثانيا: أوجه القصور في النظم الصحية العالمية.

تواجه العديد من الأنظمة الصحية تحديات عديدة أدت إلى ظهور عجز في أدائها من بين أوجه القصور ما يلي:

- تركيز العديد من وزارات الصحة على القطاع العام والميل إلى تجاهل الرعاية الصحية للقطاع الخاص؛
- ممارسة معظم الأطباء في العديد من البلدان لمهنتهم في كل من القطاعين العام والخاص في الوقت ذاته، مما يعني أن الأمر ينتهي بالقطاع العام إلى إعانة القطاع الخاص؛
- إخفاق العديد من وزارات الصحة في تنفيذ اللوائح التي تضعها بنفسها أو التي يفترض أن تنفذها لما فيه المصلحة العامة؛
- عجز العديد من الحكومات عن منع السوق السوداء في مجال الصحة، حيث يسود الفساد، والرشوة وممارسة عمليتين في نفس الوقت، وتنتشر الممارسات غير القانونية الأخرى، لاسيما أن مثل هذه السوق التي تنتعش بسبب سوء عمل النظم الصحية وانخفاض أجور العاملين الصحيين، تؤدي إلى زعزعة تلك النظم؛¹
- لا تركز العديد من المستشفيات على الزبون ودراسة احتياجاته وتوقعاته ولا يتم أخذها بعين الاعتبار أثناء تقديم الخدمة؛
- لا يتم الاعتناء بالشكل والصورة النهائية للخدمات الصحية أو الأخذ بعين الاعتبار طرق تقديم مخرجات المستشفيات؛
- العديد من المستشفيات تتجاهل التوقعات غير الصحية أو الطبية للسكان كالاحتياجات الأساسية للإنسان، الكرامة، الرفق، التعاطف، الإحسان، الاتصال اللائق والمناسب مع المرضى وأقربائهم، والاهتمام الفوري بوحدة العناية المركزة؛
- العديد من الشكاوى نتيجة الوفاة أو الإصابة بإعاقة وعجز لدى المريض بسبب الرعاية غير المناسبة أو الإهمال؛
- رغم أن المستشفيات توفر خدمات صحية قيمة للسكان إلا أنه لا يتم الاعتراف بها في أوساط المستفيدين.²

¹ محمد عدنان مريزق، مرجع سابق، ص 18.

² Samantha Padmasiri Kaluarachchi, op.cit , P 56.

ثالثاً: محددات الأداء الصحي.

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

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

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

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

4. توزيع الانتفاع: يرى الخبراء أنه لا يكفي ضمان صحة الناس أو تحسين مستواها في المتوسط إذا ازداد في الوقت ذاته التفاوت بين الفئات أو بقي شاسعاً بسبب انتفاع الأفراد بدرجة أكبر، لذلك فعلى النظم الصحية أن تسعى أيضاً إلى الحد من التباينات بإعطاء الأولوية للأنشطة التي ترمي إلى تحسين مستوى صحة الفقراء و تدارك أوجه التفاوت، لتحقيق هدف الارتقاء بمستوى الصحة وبلوغ أفضل مستوى ممكن أي النهوض بالجودة من جهة، والقضاء على التباينات بين الأفراد والجماعات أي تعزيز الانصاف من جهة أخرى.¹

¹ عدمان مريزق، مرجع سابق ص 107-108.

5. **توزيع التمويل:** مما لا ريب فيه أن توزيع التمويل على نحو أكثر عدلا قد يساهم في تحسين الصحة، وذلك بالإقلال من احتمالات عدم حصول من يحتاج للرعاية على رعاية بسبب ارتفاع تكلفتها، أو أن يؤدي بهم دفع أجور الرعاية الصحية إلى الفقر والتعرض لمزيد من المشاكل الصحية. وأي نظام أكثر استجابة لاحتياجات الناس وتوقعاتهم يساعد على تحسين الصحة أيضا، لأن المرضى المحتملين قد يستفيدون منه لتوقعهم الحصول على علاج جيد. وعليه فإن كلا هذين الهدفين يعد مساعفا إلى حد ما أي أنه يعزز تحسين الحالة الصحية. لكنهما يظلان مهمين حتى ولو لم يحدث ذلك. أي أن العدالة في تمويل النظام أمر جيد في حد ذاته.¹

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

رابعا: العوامل الأساسية للسير الحسن للنظام الصحي.

تتمثل أهم العوامل الأساسية للسير الحسن للنظام الصحي في:²

1. **القيادة والإدارة *gouvernance*:** يتم تحديد القيادة والإدارة في البلدان عن طريق القوانين والنصوص التي يتم سنها، ويمكن تحديد بعض الخصائص للسير الحسن في مجال الإدارة في:
 - ضمان أن الجهات الوصية لا تقدم وتوفر الخدمات الصحية في القطاع العمومي فقط، بل أن تكون جاهزة لمواجهة التحديات المستقبلية (الأحداث غير المتوقعة، الكوارث) وأن تكون قادرة على إيجاد حلول للمشكلات الحالية؛
 - التحديد في إطار عمليات تتسم بالشفافية والمشاركة السياسات والاستراتيجيات، والخطة الصحية التي تظهر التوجه الواضح للنظام الصحي؛
 - تطوير استراتيجية تسمح بترجمة الخطط والأهداف ذات الصلة، عن طريق خطوط توجيهية بهدف تحديد آثار هذه الأهداف على خطة التمويل، الموارد البشرية اللازمة، المنتجات الصيدلانية، التكنولوجيا، والهياكل، وكذا تقديم الخدمات الصحية.

¹ التقرير الخاص بالصحة في العالم 2000 تحسين أداء النظم الصحية، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2000، ص 26-29.

² Rapport "Éléments essentiels au bon fonctionnement d'un système de santé", organisation mondiale de la santé, 2010, P1-3.

2. أنظمة المعلومات الصحية:

كي تتمكن الجهات الوصية من التسيير الفعال للنظام الصحي يتوجب أن تتوفر لها معلومات ذات جودة حول التحديات والمشكلات في السياق الذي يعمل فيه النظام الصحي وكذا فعاليته، لذا يتوجب أن تتوفر المعلومات التالية في الوقت المناسب:

- التقدم المنجز في حل المشكلات الصحية وتحقيق الأهداف الاجتماعية خاصة العدالة والإنصاف، التي يتم الحصول عليها عبر الدراسات الاستقصائية، الأسر les ménages، الحالة المدنية، المتابعة والمراقبة الوبائية؛
- التمويل الصحي عن طريق دراسة الميزانيات الوطنية للصحة، تحليل الإنفاق، المعوقات المالية، الإنتاجية للفئات الفقيرة؛
- الاحتياجات على مستوى الموارد البشرية الصحية، وتطورها، استهلاك المنتجات الصيدلانية والدوائية ومقدرة الحصول عليها، عائد فائدة وتكلفة التكنولوجيا، توزيع وخصائص البنى التحتية الصحية والعلاقات الموجودة فيما بينها.

لذا يجب توفير ميكانيزمات تسمح بتوفير هذه المعلومات يذكر منها:

- مخطط وطني للمتابعة والتقييم، يحتوي معايير ومؤشرات قاعدية وأساسية وتحديد الهدف منها، وتحديد آليات وطرق تتعلق بجمع، تسيير وتحليل الاتصال واستعمال البيانات؛
- نظام يعمل على إتاحة المعلومات لكل الجهات الفاعلة والمعنية بما فيها، المجموعات، المجتمع المدني، المهنيون الصحيون، ورجالات السياسية.

3. الموارد البشرية الصحية:

يعتبر المهنيون الصحيون عاملا أساسيا ومهما لصحة السكان، المعالجون الأكفاء هم معالجون يملكون القدرة على الاستجابة لاحتياجات وتوقعات الأفراد المعرضين للإصابة، لذا يجب العمل على تحسين مستوياتهم ومهاراتهم عن طريق تحسين التوظيف، التعليم والتكوين، الأداء، الولاء، وكذا آليات توزيعهم وهذا يفرض:

- اتخاذ ترتيبات وإجراءات من أجل الحصول على نسب صحيحة (العدد، التنوع في التخصصات، الكفاءات) من القوى العاملة؛
- وضع أنظمة أجور تحتوي معايير ومقاييس ذات صلة بالحوافز المتعلقة بالكفاءات؛

- إنشاء آليات تنظيمية وقانونية على المستوى الكلي للنظام لضمان نشر وتوزيع العاملين بما يتناسب مع الاحتياجات؛
- تحديد معايير متعلقة بالعمل، نشر أنظمة الدعم، وخلق بيئة عمل مساعدة وملائمة للعمل؛
- وضع آليات تسمح بتعاون الأطراف المعنية (المجموعات الاستشارية من الوكالات الصحية، مجموعات التنسيق الخاصة بالمتبرعين والمانحين، القطاع الخاص، الجمعيات والتنسيقيات المهنية، المجموعات، جمعيات المرضى/ المستهلكين).

4. المنتجات التكنولوجية، الصيدلانية والدوائية:

- يعكس هذا العامل الحصول على الأدوية الأساسية، اللقاحات، تجهيزات التشخيص بأسعار معقولة، وكذا التكنولوجيا والتقنية الصحية ذات الجودة المضمونة، واستعمالها بطريقة عقلانية، علمية، ومرحة.
- من وجهة نظر اقتصادية تحتل المنتجات الصيدلانية في أغلبية الحالات المركز الثاني في الميزانيات الصحية من حيث النسبة بعد الأجور. والنقاط التالية أساسية لعمل النظام الصحي في هذا الجانب:

- وضع نظام للمعايير التي تحدد القوانين التي تمنح للأدوية التي تباع في السوق المحلي ومراقبة السلامة عند الاستعمال، وإنشاء أنظمة تفتيش وتوفير مخابر لمراقبة جودة الأدوية المطروحة؛
- توفير قوائم وطنية للأدوية الأساسية، بروتوكولات وطنية للتشخيص والعلاج، معدات تخضع لمعايير محددة، حسب مستويات الرعاية الصحية بهدف توجيه وتحديد المشتريات، التعويضات، والتكوين؛
- نظام للتمويل والتوزيع، يضمن الحصول على المنتجات الطبية والتكنولوجيات الصحية الأساسية عن طريق وسائل عمومية وخاصة؛
- برنامج وطني يدعم الوصف العقلاني والرشيد للأدوية.

5. تقديم الخدمات:

- تقاس فعالية النظام بفعالية الخدمات التي يقدمها والتي تعتمد على:
- وجود شبكات رعاية تكون قريبة من السكان محددة ومدعمة في إطار المناطق الصحية، أو أنظمة صحية محلية، توفر خدمات مختصة، واستشفائية؛

- عرض باقة خدمات تغطي النطاق الكامل وتوفر تدخلات اكلينيكية متكاملة، وخدمات الصحة العمومية، والتي تستجيب لمجموعة المشاكل الصحية التي يواجهها السكان، بما فيها أهداف الألفية من أجل التنمية؛
- توفير معايير ومبادئ توجيهية لضمان الحصول على الخدمات التي تعرض رعاية تتميز بأبعادها الأساسية الخاصة بالجودة (السلامة، الفعالية، التكامل، الاستمرارية، رعاية تركز على المريض)؛
- وجود آليات تضمن أن مقدمي الخدمات يكونون مسؤولين عن إتاحة وجودة الخدمة الصحية، وأن يكون صوت المستفيدين مسموعا.

المبحث الثاني: تقديم النظام الصحي الجزائري.

تعتبر الصحة إلى جانب كونها حق عالمي أساسي، موردا بالغ الأهمية لتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية والشخصية. وفي هذا الإطار حاولت الجزائر منذ الاستقلال توفير حاجيات السكان في مجال الصحة توفيراً شاملاً ومنسجماً وموحداً في إطار الميثاق الصحي، الذي يشكل التصميم التوجيهي للمنظومة الوطنية للصحة. وتتميز هذه الأخيرة بسيطرة القطاع العمومي، الذي يعد الإطار الأساسي الذي يوفر العلاج، من خلال محاولة تسخير جميع الوسائل الكفيلة بحماية الصحة وترقيتها في ظل قيود محددة. وسيتم محاولة تقديم النظام الصحي الجزائري وأهم المراحل التاريخية التي شهدتها مع التركيز على مشروع الإصلاح الذي عرفته الجزائر منذ سنة 2000.

المطلب الأول: التطور التاريخي للنظام الصحي الجزائري والمعوقات التي يواجهها.

لقد شهدت الجزائر في بداية الثمانينات أي في المرحلة الثالثة من عمرها بعد الاستقلال، قفزة نوعية في مجال الارتقاء بالحالة الصحية للمجتمع، حيث لوحظ آنذاك تحسن في بعض المؤشرات الصحية من خلال تراجع معدل الوفيات بصفة عامة وارتفاع في معدل الأمل في الحياة لدى الأطفال عند الولادة. إلا أن هذا التحسن بالإضافة إلى الأساليب التي كانت تستعمل في تقديم وتوزيع الخدمات، وكيفية استخدام الموارد المالية والمادية المتاحة لقطاع الصحة لم يرقى إلى تحقيق العوائد المستهدفة منها.

مما استوجب إعادة النظر في السياسة الصحية، من خلال تبني مشروع جديد لإصلاح المستشفيات بهدف إرساء مبدأ العدالة في تقديم الخدمات الصحية، والترشيد في النفقات الصحية لضمان الاستمرارية في توزيع الخدمات.

من خلال هذا المطلب سيتم إلقاء نظرة عامة حول الإطار القانوني والتنظيمي للقطاع الصحي الجزائري بهدف فهم أهم خصائصه.

أولاً: التطور التاريخي للنظام الصحي وتنظيمه في الجزائر.

سيتم عرض مختلف المراحل التي مر بها النظام الصحي في الجزائر، منذ الاستقلال وحتى بداية الألفية الثالثة. وهذا بتقسيم الجانب التاريخي إلى المراحل التالية:

1. المرحلة الأولى (1962-1973):

ورثت الجزائر سنة 1962 حالة صحية متردية ومنتدهورة حيث كان النظام الصحي الموجود متركزا أساسا في كبريات المدن كالجزائر، وهران، وقسنطينة. ويتمثل خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات، وعيادات تشرف عليها البلديات وتقدم المساعدات الطبية المجانية. ومراكز الطب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم. ومن جهة أخرى هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيب يعملون في عيادات خاصة جلهم كانوا من الأجانب.¹

لقد عرفت هذه المرحلة بمرحلة التصحيحات² والبناء التدريجي لنظام وطني للصحة³، غداة الاستقلال حيث كانت الجزائر تملك 5000 طبيب (50% منهم فقط جزائريون) من أجل تغطية الحاجات الصحية للسكان، الذي بلغ عددهم 10.5 مليون ساكن.⁴ في هذه الفترة لم يكن نظام العلاج موحدا، بل كان متكونا من أنظمة متوازية متمركزة في المستشفى العمومي، وقد شهدت هذه الفترة ظهور المراكز الصحية الاجتماعية OMG في الشركات الوطنية لتقريب العامل من العلاج.⁵ وقد كانت الجزائر تمر بمرحلة إنشاء وبناء اقتصاد منتج، نظام تعليمي، نظام صحي، وذلك في ظروف اقتصادية واجتماعية حرجة أين 80 % من السكان أميون.⁶

¹ نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب، الجزائر، 2008، ص 132.

² سيد أحمد حاج عيسى، مرجع سابق، ص 140.

³ Les réformes en santé évolution et perspectives, rencontre d'évaluation, Alger, 2015, P12, www.sante.dz/Rencontre_evaluation_alger_2015/, consulté le 07/4/2016.

⁴ عدنان مريزق، مرجع سابق، ص 168

⁵ علي سنوسي، مرجع سابق، ص 105

⁶ Les réformes en santé évolution et perspectives, op.cit, P 12.

أما من حيث الهياكل القاعدية فقد كان هناك عجز دائم حيث كان قبل سنة 1967 قرابة 39000 سريرا بالمستشفيات، وما ميز هذه المرحلة هو الزيادة النسبية لقاعات العلاج مقارنة بسنة 1962.¹

قد تميزت هذه المرحلة بما يلي:

- انتشار الأمراض المتتقلة؛²
- ارتفاع في عدد السكان والذي كان يبلغ عددهم 10.5 مليون نسمة أغلبيتهم من الشباب بنسبة 50% أقل من 15 سنة، مع نسبة زيادة في الولادات كانت من أكبر النسب العالمية وكانت تمثل 48.5 في الألف؛
- متوسط طول الحياة يتعدى 50 سنة، ووفاة الطفولة كان في حدود 200 وفاة لكل 1000 طفل.
- نسبة 22.5% من تعداد السكان لا يملكون سكنات ملائمة للعيش فيها؛
- نسبة 36% من السكنات مزودة بالمياه الصالحة للشرب، كما أن نسبة 23% من السكان يملكون قنوات تصريف المياه، وهذا ما أدى إلى ظهور الأمراض المعدية المتتقلة عن طريق المياه؛
- تمركز النظام الصحي أساسا في كبرى المدن كالجزائر ووهران وقسنطينة وتمثل في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات، وعيادات تشرف عليها البلديات وتقدم المساعدات الطبية المجانية، ومراكز الطب المدرسي؛³
- ورثت الجزائر نظام صحي متمركز حول الخدمات العلاجية متاح للأوروبيين فقط؛
- TBM* مرتفع، 18.1 لكل 1000 نسمة سنة 1965؛
- معدل وفيات رضع بلغ 500 لكل 100.000 مولود حديث سنة 1962؛
- بلغ عدد المنشآت الصحية 143 منشأة.⁵

أمام هذه الأرقام اتخذت الجزائر الإجراءات المناسبة كتنفيذ بعض البرامج التي سطرت في هذا الشأن والتي تعتبر ذات أولوية مثل التكفل الطبي المجاني للأطفال، والزامية التلقيح ومجانيته. مع بداية المخطط الوطني من جهة، وبداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشئ عام 1964،

¹ نور الدين حاروش، مرجع سابق، 2008، ص 133.

² عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 168

³ علي سنوسي، مرجع سابق، ص 115-121

* La méningite tuberculeuse

⁵ Les réformes en santé évolution et perspectives, op.cit, P 12.

ويصدر الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيدلة عام 1966 من جهة ثانية، أخذت الأمور تتحسن شيئاً فشيئاً من خلال تحسين دفع عجلة التكوين الطبي والشبه الطبي، وكذا إنشاء بعض الهياكل القاعدية بين سنتي 1967-1969.¹

لمواجهة هذه الوضعية وفي ظل الموارد المحدودة ركزت وزارة الصحة على هدفين أساسيين هما:²

– تخفيض اللامساواة في مجال توزيع الطاقم الطبي (العمومي والخاص) من أجل تسهيل الحصول على العلاج؛

– مكافحة المراضة والتقليل من الوفاة، وخاصة الأمراض المتقدمة.

وعلى العموم يمكن التمييز بين عدة أنواع من الهياكل الصحية في هذه المرحلة وهي:³

– المستشفى العمومي تحت وصاية وزارة الصحة؛

– التأمينات الجزائرية وشبكاتنا الخاصة للعلاج بالصناديق الجهوية لكل من: قسنطينة، الجزائر، ووهران؛

– العناية الطبية المجانية تحت وصاية البلدية؛

– الطب المدرسي تحت رعاية وزارة التربية.

إن السياسة الصحية خلال هذه الفترة محدودة في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها، وكان ينبغي في أول الأمر إعادة إنعاش البنيات والهياكل التي خلفها الاستعمار، قبل توفير أدنى قسط من الخدمات الصحية للسكان، ومن جانب آخر كانت الدولة عازمة على تنمية سياسة على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيحية لبعض الأمراض الفتاكة والمعدية.⁴

2. مرحلة مجانية العلاج (1974-1989):

تمثلت هذه المرحلة في أول خطوة نحو الإصلاح،⁵ وعلى مستوى المؤشرات الصحية فقد سجلت الجزائر تراجعا في معدلات الوفيات، وهذا راجع لتحسن مستوى معيشة السكان من جهة، وإلى وضع البرامج الوطنية للصحة حيز التطبيق (محاربة مرض السل، سوء التغذية، وفاة الأطفال، البرنامج الموسع

¹ نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 135

² عدنان مريزق، مرجع سابق، ص 168.

³ علي سنوسي، مرجع سابق، ص 105.

⁴ Les réformes en santé évolution et perspectives, op.cit, P 14.

⁵ Ibid, P 15.

للتطعيم...) من جهة أخرى، بالإضافة إلى ذلك القيام بمجموعة من النشاطات هدفها التحكم في الخصوبة وتدعيم الانتقال الديموغرافي، كما لوحظ تراجع ملحوظ في بعض الأمراض المتنتقلة.¹

ظهر ضرورة بناء نظام صحي عام مجاني، وكانت مجانية العلاج أشمل من العناية الطبية المجانية لأنها وصلت إلى فئات أوسع. كما أن مجانية العلاج جاءت لرفع المستوى الصحي لأفراد المجتمع، غير أن بروز مشكل التمويل في الثمانينات أدى إلى توحيد أنظمة العلاج.²

أهم ما ميز هذه المرحلة ما يلي:

- ارتفاع أسعار النفط (1973 و 1979) مما جعل الوضعية الاقتصادية جيدة حتى سنة 1986؛
- تحسين وتطوير ميزانيات مختلف القطاعات مما أثر على الاستثمارات في الصحة ومحدداتها؛
- زيادة نسبة العاملين في الصحة؛
- تحسن طفيف في الوضعية الوبائية؛³
- توحيد الميزانية على مستوى القطاعات الصحية والتكفل المالي لعمال الصحة بواسطة الولايات بعدما كانت تابعة للوزارة، وتحويل جميع المراكز الطبية الاجتماعية التي كانت تابعة لصندوق الضمان الاجتماعي التعاضديات إلى وزارة الصحة. وهكذا أصبح النظام الصحي الوطني يضم جميع الهياكل الصحية مهما كانت مهامها أو مجال نشاطاتها؛
- تأكيد الميثاق الوطني لسنة 1976 حق المواطن في مجانية العلاج وأن لكل المواطنين الحق في حماية صحتهم وهذا الأخير مضمون بخدمات صحية عامة ومجانية وبتوسيع الطب الوقائي؛
- تزايد عدد الأطباء الجزائريين نتيجة الإصلاحات التي حصلت في مجال العلوم الطبية من خلال تحسين جودة التعليم وتدعيم التأطير مما سمح بوجود عدد كبير من الممارسين الطبيين وفي كل التخصصات إلا أنها لم تكون متوازنة؛
- تمركز الإطارات الطبية في المدن الكبرى؛

¹ عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 169

² علي سنوسي، مرجع سابق، ص 105.

³ Les réformes en santé évolution et perspectives, op.cit, P 15.

- تميزت هذه المرحلة بإنجاز عدد كبير من الهياكل الصحية القاعدية حيث سجل ارتفاع محسوس في عدد العيادات المتعددة الخدمات التي تعتبر بمثابة همزة وصل بين المراكز الصحية وقاعات العلاج من جهة أخرى؛
- إنجاز عدد كبير من الهياكل الصحية، خاصة المستشفيات العامة والهياكل الأخرى (العيادات المتعددة التخصصات والمراكز الصحية)، من أجل زيادة التغطية الصحية في الوطن. حيث بلغ عدد المؤسسات الاستشفائية 173 مؤسسة سنة 1979، بعدد أسرة 46578 أي بمعدل 2.5 سرير لكل 1000 نسمة، وبلغ عدد المراكز الصحية 662 مركزا سنة 1979، عدد مراكز التوليد 58 مركزا، عدد قاعات العلاج والفحص 1864 قاعة من نفس السنة. تشييد 13 مركزا استشفائيا جامعا مكلفا بثلاثة أدوار هي: العلاج، التكوين، والبحث؛
- إنشاء القطاعات الصحية.²
- تم إعادة تنظيم الشبكة العمومية للعلاج ابتداء من 1984 وأصبحت مكونة من :³
 - القطاع الصحي؛
 - القطاع الصحي الفرعي؛
 - المستشفيات المتخصصة؛
 - المراكز الاستشفائية الجامعية.
- تأتي هذه الهيكلة استجابة لخمسة مبادئ أساسية هي:⁴
 - تطبيق مبدأ ثلاثي الأبعاد: القطاعية والجهوية وتدرج العلاج؛
 - مقارنة بين القطاعات تستلزم إعادة تعريف دور ووظائف وزارة الصحة وجميع الوزارات التي تتدخل في قطاع الصحة؛
 - إدماج جميع الهياكل الصحية مهما كانت طبيعتها القانونية واقحامها في تطبيق البرامج الوطنية والجهوية للصحة؛
 - خضوع كل توسع للشبكة الصحية إلى شكل مدار ومخطط (الخريطة الصحية الوطنية)؛

¹ علي سنوسي، مرجع سابق، ص 121-126.

² عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 169.

³ علي سنوسي، مرجع سابق، ص 106.

⁴ نفس المرجع، ص 106.

– ادخال النشاطات الوقائية والعلاجية في جميع مستويات توزيع العلاج.

وبالرغم من عمر الاستقلال السياسي للجزائر استطاعت أن تحقق بعض التقدم والتطور في القطاع الصحي، وهذا من خلال تشجيع التنمية البشرية وتكوين الإطارات الطبية والشبه الطبية ولكن في المقابل هذا التطور النسبي في الموارد البشرية عرف عدة مشكلات منها:¹

- هجرة الأدمغة وخاصة الأطباء.
- تركز الإطارات الطبية في المدن الكبرى.
- عدم التوازن في التخصصات بما فيها الطبية.
- قلة وتيرة التطور في التنمية البشرية، بحكم الحاجيات والتحديات محليا ودوليا.

أما بشأن تطور الموارد المادية ففي هذه المرحلة تميزت بنوع من الاستقرار من حيث الهياكل القاعدية، ومع هذا تم تسجيل ارتفاع محسوس في عدد العيادات المتعددة الخدمات، حيث أن هذه الهياكل التي تعتبر بمثابة همزة وصل بين المراكز الصحية وقاعات العلاج من جهة، والمستشفيات والقطاعات الصحية من جهة أخرى.

أما أهم المؤشرات الصحية فقد سجلت الأرقام التالية:²

- نسبة الوفيات الإجمالي 15.1 من الألف؛
- نسبة وفيات الأطفال 122 من الألف؛
- نسبة الولادات 46.5 من الألف؛
- متوسط العمر 52.5 سنة؛
- سجل انخفاض محسوس في الأمراض التي لها تلقيح إجباري ومجاني وبالتالي الإنخفاض في نسبة وفيات الأطفال، بينما تبقى مرتفعة تلك الأمراض التي لها علاقة بنظافة المحيط نتيجة حالة المحيط والحالة السكنية والمياه الصالحة للشرب.

هذه المؤشرات الصحية والتي تعبر إلى حد ما عن الحالة الصحية لأي بلد، لا تعبر هنا بأن الحالة الصحية للمجتمع الجزائري في تحسن بالرغم من التطور الذي شهدته فيما يخص الهياكل القاعدية والموارد

¹ نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 140-141.

² نفس المرجع، ص 140.

البشرية. والنتيجة الوحيدة التي تم تسجيلها هنا هي انخفاض نسبة وفيات الأطفال، بعدما كانت حوالي 140 من الألف سنتي 1969-1970 إلى 122 من الألف سنة 1979.

أما بشأن البرنامج الصحي في هذه المرحلة، ومنذ عام 1975، شرع فريق عمل متعدد الاختصاصات في إعداد برنامج صحي لتطبيقه في المخطط الرباعي الثاني، وهكذا فقد تم تحديد المشكلات الصحية ذات الأولوية الارتباط مع تحديد المشكلات الاقتصادية والاجتماعية وهي كما يلي:¹

- المشكلات الصحية: كمكافحة الأمراض المتنتقلة، مثل الملاريا، السل، الرمد، والأمراض المعدية، التهاب المفاصل الحاد، الأمراض الزهرية، والحصبة.
- مكافحة الأمراض غير المتنتقلة: كالأمراض العقلية، أمراض القلب والأوعية الدموية، سوء التغذية، الشلل، الربو، المضاعفات بعد الولادة، تسوس الأسنان، التكفل بالمعوقين حركيا، الصم البكم، العمي، ومرض السرطان.
- المشكلات المتعلقة بنظافة المحيط والأمن في العمل كتنظافة السكن، معالجة المياه وتصريفها، التزويد بالمياه الصالحة للشرب، تلوث الجو، النظافة الغذائية، ومكافحة الحشرات المتسببة في انتشار الأمراض.

كانت ترمي أهداف السياسة الصحية في هذه المرحلة أساسا إلى توسيع القطاع الصحي الوطني وتقريبه من المواطن عن طريق:²

- مركز صحي لكل 6 إلى 7 آلاف ساكن؛
- عيادة متعددة الخدمات لكل 15 إلى 25 ألف ساكن؛
- مستشفى في كل دائرة؛
- مستشفى في كل ولاية؛
- عيادة للولادة ريفية وحضرية؛
- السكنات الوظيفية؛
- مخبر طبي في كل ولاية؛
- دراسة برنامج تحسين الاعلام الطبي؛

¹ نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 140-142.

² نفس المرجع، ص 142-145.

- دراسة صناعة الأدوية وتوزيعها.

بالرغم من الجهود المبذولة إلا أن التغطية الصحية اقتصر على المدن الكبيرة، وكذا في الولايات. أما باقي المناطق الريفية فهي لا تزال تعاني من سوء التغطية الصحية، كما يمكن الإشارة أنه في هذه المرحلة تم اكتساب هيئات صحية جديدة، وهي انشاء القطاعات الصحية والتي اوكل لها مهمة العلاج والوقاية في آن واحد.

بشأن الموارد المادية فيلاحظ ظهور هياكل جديدة من نمط العيادة المتعددة الخدمات والتي جاءت لإيصال العلاج لكل المواطنين عبر كامل التراب الوطني، وإلغاء التفرقة بين المناطق.

3. المرحلة (1990-2000):

رغم بقاء مجانية العلاج، وفتح العيادات الطبية الخاصة ومع تحسين مجال الوقاية الطبية، بالإضافة إلى اعتماد نظام اتصال للتقرب من المواطن بقصد اشراكه في التكفل بمشاكله الصحية.¹ إلا أن هذه المرحلة تميزت بتراكم المشاكل، والتي تطورت منذ الثمانينات، والتي أدت إلى إعادة هيكلة تدريجية للنظام الصحي، رغم إدخال مسار التكيف مع التطور الاجتماعي والاقتصادي للوطن.² وأهم ما جاء في هذه الفترة تمثل في:

- ارتفاع عدد الأطباء بزيادة قدرت بـ 7 % من سنة 1979 إلى سنة 1998؛
- إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986 وهي المراكز الاستشفائية الجامعية؛
- بلغ عدد المستشفيات 231 بعدد أسرة بلغ 58207 سنة 1998، عدد عيادات الولادة بلغ 421، قاعات العلاج 4390 (مثلت التغطية الصحية من حيث الهياكل سنة 1997 سريران لكل 1000 نسمة، عيادة لكل 70241 نسمة، مركز صحي لكل 28559 نسمة، قاعدة علاج لكل 9433 نسمة)؛
- بروز ظاهرة الفوارق الجهوية حيث تتمركز الهيئة الطبية المتخصصة في كبريات المدن، مع نقص فادح في المناطق الريفية، كذا تمركزهم في المراكز الاستشفائية الجامعية؛³
- تبعيات الأزمة الاقتصادية سنة 1986، مما أدى إلى تعديلات هيكلية كبيرة؛
- تباطؤ البرامج الأولى الاستثمارية التي أدت إلى تراجع التغطية الصحية؛

¹ علي سنوسي، مرجع سابق، ص 106

² عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 169

³ علي سنوسي، مرجع سابق، ص 127-134.

- هجرة الإطارات الصحية؛
- زيادة الطلب على الخدمات الصحية مع تسجيل عجز في الميزانية؛
- غلق العديد من المنشآت بسبب غياب الأمن؛
- عدم ملائمة النظام التعليمي الجامعي؛
- تزايد مطرد في معدلات الأمراض غير المعدية؛¹
- في 26-28 ماي 1998 انعقدت بقصر الأمم الجلسات الوطنية التي تم فيها وضع "ميثاق الصحة" كإشارة إلى ضرورة تكيف المنظومة الصحية مع التحولات الاقتصادية والاجتماعية العميقة التي تعرفها البلاد، ويهدف هذا الميثاق إلى تحديد المبادئ الرئيسية والأولويات التي ينبغي أن تميز السياسة الوطنية للصحة بما في ذلك البعد التنظيمي والتمويلي، كل هذا مدعما بإطار ملائم في مجال التكوين والاعلام والاتصال.²
- عرفت هذه المرحلة إعادة تنظيم المؤسسات الصحية من حيث التنظيم والتسيير وذلك سنة 1997، من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية المتخصصة والقطاعات الصحية والمراكز الاستشفائية الجامعية.³
- تمثلت الأهداف التي سعت إليها الجهات الوصية فيما يلي:
- توحيد وتحديث القوانين والنظم الصحية لضمان التنسيق بين التنظيم القانوني والأهداف الأساسية التي أعلنها الميثاق الوطني 1976؛
- التسلسل في العلاج وإعطاء الأولوية للعلاج القاعدي الذي يمكن تقديمه عن طريق الهياكل الصحية القاعدية؛
- إلزامية التكامل بين القطاعات والتنظيمات الوطنية التي لها علاقة بالصحة بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، لأن مشكل الصحة ليس مشكل وزارة الصحة فقط؛
- البطاقة الصحية، كوسيلة فعالة في توجيه وتحديد وتأكيد التنمية الصحية؛
- جعل المؤسسات الصحية أكثر مردودية ونجاعة؛

¹ Les réformes en santé évolution et perspectives, op.cit, P 26.

² نور الدين حاروش، مرجع سابق، 155-164.

³ نفس المرجع، ص152.

- تكامل جميع الهياكل الصحية مهما كانت طبيعتها القانونية في تطبيق البرامج الوطنية والجهوية للصحة؛¹
- مشروع الجهوية الصحية، والذي شرع فيه في الثمانينات، كإطار للوساطة والتحكيم لتجسيد القطاعية، اللامركزية، وتحقيق تنمية اجتماعية وصحية متوازنة؛
- على المستوى المؤسسي، تركزت الجهوية على المجلس الجهوي للصحة (هيئة تنسيق) وعلى الرصيد الجهوي للصحة. لكن الجهوية الصحية لم تتمكن من الاستجابة للمهام التي أسندت لها، نظرا لأن إطارها القانوني والتنظيمي حد من صلاحياتها في بعض التوجيهات أكثر استشارية منها قرارية؛
- إنشاء ووضع حيز التطبيق هياكل الدعم لنشاط وزارة الصحة، والتي تمثلت فيما يلي:
 - المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية LNCP : مكلف بمراقبة القابلية لكل دواء قبل إدخاله السوق؛
 - الصيدلية المركزية للمستشفيات PCH: مكلفة بضمان تمويل الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية؛(1994)
 - الوكالة الوطنية للدم ANS: مكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم (1995)؛
 - الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي ANDS: مكلفة بتطوير التوثيق والمعلومة والاتصال؛
 - المركز الوطني لليقظة الصيدلانية ويقظة العتاد CNPM: وكلفت بمراقبة الآثار المترتبة عن استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية.²
- أما بشأن المؤشرات الصحية لسنة 1998 فقد سجلت ما يلي:³
 - نسبة الزيادة في الولادات ب 25.3 من الألف؛
 - نسبة الوفيات العامة 604 من الألف؛
 - نسبة وفيات الأطفال 44 من الألف؛
 - متوسط مدة الحياة 68 سنة.

¹ علي سنوسي، مرجع سابق، ص 127-135.

² عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 169-170.

³ علي سنوسي، مرجع سابق، ص 127-134.

4. المرحلة (2000-2015):

تميزت هذه المرحلة بالظروف العامة التالية:¹

- المرحلة الثالثة من الإصلاح: تدعيم النظام الوطني للصحة خاصة فيما يتعلق بمبادئه وتمويله؛
- سعي الحكومة لضمان كل من الوفرة، الإتاحة، الوقاية، التكوين، والبحث في مجال الخدمات الصحية؛
- تميزت الظروف السياسية والاقتصادية والاجتماعية بالتحسن والاستقرار، وشهدت استقرارا في أسعار النفط في الفترة الأولى؛
- توفر الرغبة السياسية للتغيير مع وضع سياسة صحية عن طريق مخطط خماسي يهدف إلى تحسين المستوى العام للخدمات الصحية.

وقد تمثلت أهداف السياسة الصحية في هذه المرحلة في:²

- إدراج تدابير لتحرير القطاع ورفع الحواجز التي تعترض تدخل القطاع الخاص، تلك هي التوجهات التي تسعى الحكومة إلى تعميقها، وستحرص المنظومة الصحية على تقليص التفاوت في مجال التغطية الصحية، وتمكين الجميع من الاستفادة من العلاج وتقريب وسائل الصحة الأولية من المجموعات السكانية، كما يجب دمج تنظيم الطب الوقائي وسلامة البيئة في مراكز الصحة الأولية كوسيلة عمل أساسية لسياسة الصحة؛
- اللجوء إلى الاعلام والتربية والاتصال في مجال الصحة والوقاية التي تعتبر في هذه المرحلة أسلحة فعالة للغاية، يجب أن تعتمد إلى جانب تنظيم أنشطة صحية أولية ذات تأثير معتبر على الوفيات؛
- إصلاح المنظومة الصحية إصلاحا يدعم بأهداف حقيقية منها خصوصا تقريب الصحة من المواطن، وترتيب مستويات العلاج وإعادة التركيز على الوقاية والعلاج العادي والتكفل بالانتقال الوبائي والفوارق الجغرافية ومواصلة تحسين نوعية الخدمات؛
- التكفل بالانتقال الوبائي من خلال 26 برنامجا وقائيا و 8 برامج علاج و 4 برامج دعم بتكلفة إجمالية قدرها 92 مليار دج؛

¹ Les réformes en santé évolution et perspectives, op.cit, P30.

² علي سنوسي، مرجع سابق، ص 136-141.

- إعداد خارطة صحية تساعد على ترشيد التغطية الصحية من حيث الوقاية والعلاج وظهور مواقع جديدة بالعلاقة مع مستويات العلاج؛
- إصلاح تسيير الأدوية من خلال إنشاء الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية وترقية الأدوية الجنيسة ومحاربة الأدوية المزيفة؛
- في سنة 2007 تم إعادة تنظيم القطاعات الصحية SS لتصبح مشكلة من المؤسسات العمومية الاستشفائية EPH والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية EPSP أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفيات والمؤسسة الصحية من المواطن. خلال هذه الفترة أصبحت المنظومة الصحية الجزائرية تحتوي على مجموعة معتبرة من مختلف المؤسسات الصحية التابعة للقطاع الاستشفائي العمومي وكذا الخاص كما هو موضح في الجدول رقم (03-01)؛
- استفاد القطاع الصحي في الفترة ما بين 2005-2009 من استثمارات من أجل إنشاء ما مجموعه 800 منشأة صحية.¹

كما يلاحظ تزايد عدد العيادات الاستشفائية الخاصة بشكل سريع، ومن بين التأثيرات السلبية للقطاع الصحي الخاص على العمومي هو انتقال الكفاءات الطبية خاصة المتخصصين نحو القطاع الصحي الخاص بحثا عن ظروف أحسن للعمل، مما أثر على جودة الرعاية الصحية في القطاع العمومي وصعوبة التحكم في مختلف الإصلاحات المتعلقة بهذا القطاع بشكل عام.

ومما يجب الإشارة إليه هنا أن القطاع الصحي الجزائري لم يحقق بعد الأهداف المحددة من قبل الأمم المتحدة، حيث صدر عن المنظمة العالمية للصحة تقريرا تقييما لقطاع الصحة بالجزائر لوحظ فيه أن ضعف مردودية القطاع العمومي ساهم في تطور القطاع الخاص، مع تسجيل نمو كبير لعدد الأطباء المنقلين بنسبة فاقت 110%.²

¹ L.Chachoua, **le système national de santé 1962 à nos jours**, intervention au Colloque international sur les politiques de santé, Alger, 18-19 janvier, 2014, P 13.

² علي سنوسي، مرجع سابق، ص 141.

جدول رقم(03-01): أهم هيئات وهياكل المنظومة الصحية الجزائرية لسنة 2014

العدد	البيان	المستوى	القطاع الصحي
-	وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات MSPRH		العمومي
11	المؤسسات والمعاهد الصحية تحت الوصاية	الوطني	
09	مدارس تكوين شبه الطبي		
24	معاهد وطنية للتكوين العالي المتخصص في مجال شبة الطبي		
03	معاهد وطنية للتكوين العالي للقابلات		
05	المناطق الصحية			الجهوي
48	مديريات الصحة والسكان		
01	المؤسسات الاستشفائية الجامعية EHU	المحلي	
14	المراكز الاستشفائية الجامعية CHU		
68	المؤسسات الاستشفائية المتخصصة EHS		
195	المؤسسات العمومية الاستشفائية EPH		
271	المؤسسات العمومية للصحة الجوارية EPSP		
05	المؤسسات الاستشفائية EH		
1108	العيادات الاستشفائية الخاصة Cliniques privé	الوطني		الخاص
25230	المؤسسات الاستشفائية الخاصة Cabinets Privé		
16	مدارس تكوين شبه الطبي		

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على L. Abid, **Organisation actuelle du système de santé et perspectives**, intervention au colloque international sur les politique de santé, Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière en collaboration avec Ecole Nationale Supérieure en Sciences Politiques, Alger 18-19 Janvier, 2014, P 04.

ثانيا: المعوقات التي تواجه النظام الصحي الجزائري.

تمثلت أهم المعوقات التي واجهها النظام الصحي الجزائري في:¹

- ضعف في تفاعل ومرونة المؤسسات الصحية العمومية في مجال التنظيم والتسيير الخاص بمواجهة الأمراض غير المعدية منها الأمراض السرطانية، أمراض القلب والأوعية الدموية؛
 - غياب نظام فعال للمعلومات؛
 - معاناة الموارد البشرية الصحية وغياب التحفيز الملائم، وانتشار الإضرابات لأسباب اجتماعية ومهنية (المسار المهني، امتحانات الجدارة...).
- إن النظام الصحي في الجزائر يعتمد على الطب الوقائي، لكن ما ينفق في هذا المجال لا يمثل سوى 5% من الميزانية، بالإضافة إلى أن ضعف التنظيم الصحي أدى إلى بروز ظاهرة التبذير في

¹ نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 155-164.

العلاج واستهلاك الأدوية علما بأن العديد من المواطنين لا يمتلكون دفاتر صحية، كذلك التوزيع السيء للمصالح الصحية عبر الوطن أثر على مردودية هذه المصالح، بحيث يعاني السكان في المناطق الكثيفة نقصا في الهياكل الصحية على عكس مناطق أخرى التي تتوفر فيها هياكل ضخمة بينما الكثافة السكانية قليلة، ولمعرفة هذا الخلل يعتمد على نسبة تشغيل الأسرة من طرف المرضى، وكذا عدد الذين تداولوا على السرير في مدة معينة.

إن أكبر مكسب عرفه القطاع الصحي العمومي في الجزائر هو تبنيه سياسة الطب المجاني كمفهوم وكواقع مجسد في الهياكل القاعدية الكبيرة والمنتشرة في أرجاء البلاد، إلا أنه في الواقع يعتبر عاجزا عن تأدية مهامه على أحسن وجه، وهذا العجز لا يرجع إلى كون الخدمات المقدمة من طرف القطاع العمومي هي مجانية يتلقاها كل شخص جزائري متى شاء مما يدفع بالطلب عليها إلى الارتفاع، وبالتالي يؤدي إلى التفكير في جعلها بمقابل مادي، أي أن الطالب للخدمة الصحية سوف يدفع مبلغا معيناً مقابل تلقيه العلاج.

ثالثا: تنظيم النظام الصحي في الجزائر ومكوناته.

يتكون الهيكل التنظيمي للمنظومة الصحية في الجزائر من:¹

1. **الجهاز الوطني للصحة وتنظيمه:** وتتمثل في الإدارة المركزية، الهيكل العام لوزارة الصحة، ومهامه تتمثل في تحقيق الأهداف المحددة من طرف الحكومة وتكون موضع خطة تنفيذية.
2. **المؤسسات الصحية تحت الوصاية:** مختلف البرامج والخطط التنفيذية للإدارة المركزية، والتي تركز على مجموعة المؤسسات الوطنية ذات الطابع الوطني، ويذكر منها:
 - المدرسة الوطنية للصحة العمومية E.N.S.P؛
 - المعهد الوطني للصحة العمومية I.N.S.P؛
 - المركز الوطني لعلم السموم (Centre national de toxicologie).
3. **مؤسسات صحية مرمزة:** تتمثل في مديريات الصحة والسكان المتواجدة على مستوى الولايات، والمكلفة حسب ما ينص عليه المرسوم التنفيذي رقم 97-261 بما يلي:

¹ علي سنوسي، مرجع سابق، ص 102 - 104.

- إن مديرية الصحة والسكان تعمل على تطوير، ووضع كل الإجراءات التي من طبيعتها تأطير النشاطات المتعلقة بالصحة والسكان؛
- السهر على تطبيق القوانين في جميع الميادين المرتبطة بالصحة والسكان؛
- تنشيط، تنسيق، تقييم وتنفيذ البرامج الوطنية والمحلية للصحة العمومية، خصوصا تلك المتعلقة بالوقاية العامة وحماية الأمومة والطفولة، الحماية الصحية في الأوساط الخاصة، التحكم في النمو الديمغرافي والتخطيط العائلي؛
- السهر على وضع النصوص فيما يخص جمع وانتقاء المعلومات، استغلال، تحليل وإيصال المعلومات الصحية الوبائية والديمغرافية؛
- إنشاء المخططات الاستعجالية التي لها علاقة بالسلطات المعنية والمساهمة في تنظيم وتنسيق النجدة في حالة الكوارث مهما كانت طبيعتها؛
- إشراك وتطوير جميع أعمال الاتصال الاجتماعي، منها التربية الصحية والتي هي على علاقة بالجمعيات الاجتماعية والمهنية، وكل الشركاء المعنيين؛
- السهر على وضع المقاييس الخاصة بصيانة الهياكل والتجهيزات الصحية؛
- ضمان تأطير ومراقبة الهياكل والمؤسسات الصحية العمومية والخاصة؛
- السهر على احترام سلم العلاجات من خلال تطوير جميع النشاطات والأعمال التي تهدف إلى ترقية العلاجات القاعدية؛
- دراسة ومتابعة برامج الاستثمارات الصحية في ظل القوانين والإجراءات المنشئة؛
- متابعة وتقييم وتنفيذ البرامج المقررة في مجال التكوين والتدريب لمستخدمي الصحة العمومية؛
- تطوير جميع أعمال محاربة الإدمان وخاصة عند شريحة الشباب؛
- توفير الرخص المتعلقة بممارسة المهن الصحية وضمان المراقبة؛
- الاشراف والسهر على السير الحسن للمسابقات والامتحانات المهنية.

اصبحت هذه المهام الموكلة للمديريات الصحية والتي من الضروري أن تكون هيكل تنشيطي وتنسيقي تشكل شكلا من أشكال البيروقراطية، من خلال قتل ومنع المبادرات المحلية، كما تعرف أيضا عملية تطور الكفاءات في المؤسسة. مثل هذه الوضعية راجعة إلى مشاكل تنظيمية وصعوبة تحديد مختلف أدوار المتدخلين على المستوى المحلي.

4. **مؤسسات صحية لا مركزية:** تتمثل في المراكز الاستشفائية الجامعية المكلفة بالتكوين والبحث، المؤسسات الصحية المتخصصة والمؤسسات الاستشفائية.

نظريا هذه المؤسسات تستفيد من لا مركزية الخدمة، لكن الواقع لا يعكس هذه الميزة القانونية إذ أن هذا الإجراء يخضع للقرار المركزي، وهذه الأخيرة تخص جميع ميادين نشاط القطاع الصحي، أو المؤسسة الاستشفائية المتخصصة أو المراكز الاستشفائية الجامعية.

رابعا: هيكلية عرض العلاج في الجزائر.

تتكون هيكلية العلاج في الجزائر من ثلاثة مستويات تتمثل في:¹

1. الرعاية الأولية (soins de proximité)

يتواجد هذا العرض في الأحياء والمناطق الحضرية والتي تتكون من عيادات متعددة الخدمات، قاعات العلاج، العيادات الطبية الخاصة والعيادات الخاصة لطب الأسنان. والتي توفر الخدمات القاعدية التالية: الاستشارات الطبية، رعاية الأم والطفل، التمريض، التنقيف الصحي، أنشطة الوقاية، والرعاية الأولية في حالات الطوارئ.

2. الرعاية الثانوية (الاستشفاء):

يتعلق بالرعاية التي تقدم على مستوى المؤسسات الاستشفائية العمومية على مستوى الدائرة:

- المستوى الأول: المؤسسة الاستشفائية العمومية في الدائرة أو بين الدوائر حيث تتوفر الممارسات التالية: الطب الداخلي، طب الأطفال، UMC، الأشعة الطبية، وحدة طب الأسنان، جراحة عامة، طب التوليد، مخبر البيولوجيا، صيدلية؛
- المستوى الثاني: المؤسسة الاستشفائية العمومية الخاصة بالولاية حيث تتوفر الممارسات التالية: التخدير والانعاش، طب القلب، أمراض الدم، أمراض المفاصل، جراحة الأطفال، أمراض الكلى، ORL، طب العيون، طب الأمراض العقلية، أمراض الرئة والجهاز التنفسي، أمراض حديثي، علم التشريح، الطب الشرعي، طب الأورام، علم الأوبئة، طب الغدد endocrinologie.

¹ L. Abid, **Organisation actuelle du système de santé et perspectives**, intervention au colloque international sur les politique de santé, Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière en collaboration avec Ecole Nationale Supérieure en Sciences Politiques, Alger 18-19 Janvier, 2014.

3. الرعاية المتخصصة:

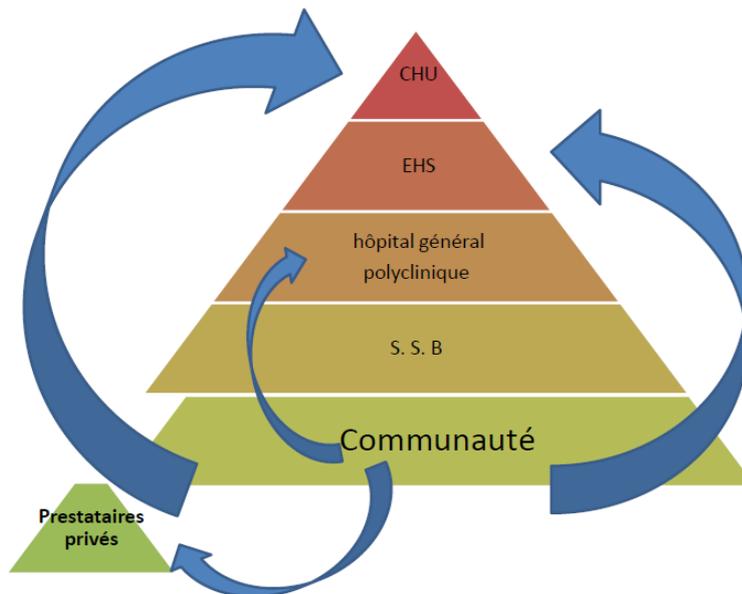
تكون على المستوى الاقليمي المؤسسة الاستشفائية العمومية للولاية وتكون مسؤولة عن العلاج المتخصص أو عالي التخصص يتم توفيره من أجل الولاية، يتمثل في:

- جراحة القلب، الجراحة التجميلية، الجراحة الصدرية chirurgie thoracique، جراحة الأوعية الدموية، جراحة المسالك البولية، الطب النووي؛
- الحروق من الدرجة الثالثة، أمراض المناعة، أمراض الجهاز الهضمي gastro entérologie؛
- مراكز مكافحة السرطان، العلاج بالأشعة radiothérapie.

توفير هذه الرعاية الصحية المتخصصة يتطلب موارد بشرية ذات كفاءة، والتي تعتبر غير كافية بحيث تحتاج تكويناً ميدانياً (الخدمة المدنية) بالإضافة إلى فرق خارجية من أجل تكوينها، بالإضافة إلى توفير المعدات والتجهيزات الطبية الحديثة والتي يتوجب استيرادها وتوفيرها.

ويمكن توضيح هذه الهيكلية في الشكل الموالي:

شكل رقم (03-02): هيكلية عرض العلاج في الجزائر



Source: Brahim Brahamia, **Transition sanitaire en Algérie et défis de financement de l'assurance maladie**, intervention au colloque international sur les politiques de santé, Alger, 18-19 janvier 2014, P25.

المطلب الثاني: مشروع الإصلاح الجزائري.

لقد أثارت وضعية الهياكل الصحية العمومية اهتمام المسؤولين الجزائريين مما دفعهم إلى دراسة وتشخيص هذه الأخيرة قصد إصلاح شامل للمنظومة الصحية والذي يركز على طرق تمويل قطاع الصحة العمومية. يعتبر إصلاح المستشفيات عملية تهدف إلى ضبط النظام الصحي الوطني.

أولاً: أهداف إصلاح المستشفيات.

نتيجة للوضع المتأزم للمؤسسات الاستشفائية وسوء تقديم الخدمات للمرضى وتدني مستوى هذه الخدمات، كان لابد على السلطات البحث عن الحلول المناسبة لتسوية الوضع والتكيف مع الأوضاع الراهنة حيث يشهد مجال الصحة تطورات هائلة في المعدات والأدوات وحتى في مجال التسيير والتنظيم. لأجل ذلك لجأت الحكومة إلى تبنى سياسة إصلاحية جديدة وهذا منذ التسعينات تتمثل في النمط التعاقدى مع مؤسسات الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة، حيث يحدد هذا النظام الصيغة الجديدة لتمويل الصحة العمومية بهدف رفع الضغط على هذه الأخيرة من ناحية التكاليف التي هي في تزايد مستمر وهي الإشكالية المطروحة الآن في التوفيق بين المسؤولية الاجتماعية والجانب الاقتصادي للمؤسسة، بمعنى تقديم أعلى جودة بأقل تكلفة ممكنة. لقد أورد التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف، والتي يسعى الإصلاح إلى تحقيقها، وتتمثل في الآتي:¹

- إحصاء عروض العلاج والاستشفاء وتكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال؛
- ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية؛
- التأكيد على حقوق وواجبات المستعملين وحماية المرضى على وجه الخصوص؛
- إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن؛
- توفير الإمكانيات الضرورية لمحترفي الصحة، مهما كانت مسؤوليتهم، وذلك قصد الاستجابة بأكثر فعالية للحاجات الصحية والاجتماعية؛
- تحسين فعالية النفقات التي تخصصها الجماعة في أي شكل كان للمؤسسات الصحية.

ويتضح من هذه الأهداف أن هناك هدفين أساسيين هما: التحكم في نظام المعلومات الصحي وتحسين جودة الخدمات المقدمة.

¹ عدنان مريزق، مرجع سابق، ص 205-206.

كما أن السياسة الجديدة لسنة 2008 تركز على الأهداف التالية:

1. الرفع من كفاءة تشغيل المستشفى: يعني استعداد المستشفى للقيام بمهامه من خلال:

- تحسين إدارة المستشفى:

- إن سياسة الإصلاح التي جاء بها المرسوم التنفيذي 07-140 كان الهدف منها بالدرجة الأولى تحسين إدارة المستشفيات، وهذا بمنح الاستقلالية بخصوص ميزانية التسيير، ومنح الشخصية المعنوية مع تعزيز الوقاية بالإضافة إلى الاعتماد على التكنولوجيات الجديدة في مجال التسيير؛
- تفعيل مهام الرعاية الصحية الأولية وتعزيز نظام الإحالة للمستوى الثاني من الرعاية الصحية نحو المستشفيات بأسلوب يؤكد تولي المركز الصحي متابعة الحالة بصفة مستمرة؛
- التأكيد على مفاهيم التعليم الطبي المستمر في المستشفيات؛
- تحسين ظروف الاستقبال والاتصال بالمرضى واستغلال التطور التكنولوجي من خلال خدمات الإعلام الآلي؛
- تغطية الخدمات الصحية للمواطنين في مختلف التخصصات؛
- التوزيع العادل للخدمات؛
- توفير الخدمات وفق المعايير الدولية؛
- تحسين كفاءة الأطباء والمرضى لكل مؤسسة استشفائية.

- تحقيق مبدأ التدرج في العلاج: إن المبادئ الأساسية التي يقوم عليها النظام الوطني للصحة في الجزائر، مبدأ تدرج العلاج وذلك انطلاقا من الهياكل غير الاستشفائية إلى غاية الوصول إلى الهياكل الاستشفائية التي تتوفر على تخصصات أكثر. ونظرا لكون ذهنية المواطن الجزائري تذهب إلى وضع الثقة في الهيئات الاستشفائية الكبيرة فإن مبدأ التدرج في العلاج سوف يطرح نفسه بشدة من خلال هذا الإصلاح والنمط التعاقدية، مما يجعل مكتب الدخول طرف مهم في توجيه المريض حسب ما تقتضيه حالته الصحية.

- إعداد وتطوير القوى العاملة: ويظهر ذلك من خلال :

- تكفل الدولة بتكوين مهنيين في الصحة وتحملها لنفقات تدريب الأطباء والمختصين وإقامة كليات ومعاهد صحية، وبالتالي تضمن سياسة الإصلاح الجديدة؛

- زيادة نسبة العاملين الصحيين وفق المعدلات والمؤشرات المعدة من طرف منظمة الصحة العالمية؛
- وضع البرامج التدريبية لكافة فئات العاملين الصحيين والتدريب المستمر في المرافق الصحية التابعة للقطاعين الحكومي والخاص؛
- زيادة استيعاب كليات الطب والمعاهد الصحية المتخصصة لسد الاحتياجات المتزايدة من القوى العاملة؛
- التدريب على التخصصات الطبية الدقيقة واكتساب المهارات والتقنيات الحديثة والتكوين الخارجي قصير المدى وزيادة عدد المؤهلين؛
- إعطاء أولوية لجانب العلاقات الإنسانية وذلك بتوعية مقدمي الخدمات الصحية بضرورة تحسين الاستقبال والتعامل الجيد مع المرضى.

2. تحقيق الجودة والتحكم في التكاليف: وذلك من خلال:

- التنسيق والتكامل بين المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات الاستشفائية للصحة الجوارية، ويتضمن ما يلي:

- توحيد المعايير والمؤشرات والمواصفات الخاصة بتقديم الخدمات الصحية؛
- وضع سياسة صحية شاملة مع التنسيق المشترك بين جميع المؤسسات الاستشفائية؛
- تفادي الازدواجية في تقديم الخدمات الصحية وذلك بتحديد دور وصلاحيات كل جهة؛
- تطبيق معايير موحدة للجودة وتقييم الأداء.

- ترشيد الإنفاق واحتواء التكاليف: من أهم أهداف سياسة إصلاح المستشفيات تحقيق ترشيد الإنفاق، والتسيير الجيد للموارد بما يقلص من التكاليف.

- رفع مستوى الصحة: يؤدي تطبيق النظام التعاقدية في مجال الصحة العمومية والدفع مقابل العلاج بمسؤولية الدولة بأن تكون محصورة في ضمان الجانب الوقائي، وهذا ما يساعد على:

- رفع معدل مستوى العمر للفرد الجزائري؛
- خفض معدل الإصابة بالأمراض المعدية والطفيلية؛
- القضاء على بعض أمراض الأطفال كالشلل والحصبة؛

- الحد من مخاطر الأمراض غير السارية وتطوير أساليب تشخيصها وعلاجها وتأهيل المصابين بها بما في ذلك مخاطر التلوث البيئي والحوادث؛
- خفض معدلات الوفيات وخاصة وفيات الأطفال والرضع وكذا خفض معدل الإصابة بالأمراض الوراثية.

جاء في السياسة الحكومية في مجال الصحة لسنة 2015 التدابير الموائية التي تخص المجالات القانونية والتنظيمية التي تشكل في مجموعها استراتيجية القطاع من أجل تحقيق أهداف الإصلاح المسترة، تمثلت أهم التدابير في:¹

1. تدابير متعلقة بالوقاية: بذل جهود لتعزيز المساعي الرامية لمحاربة الأمراض المعدية والالتزام بإتباع الإجراءات والعمليات من أجل الوقاية والمحاربة عن طريق:
 - تعزيز ودعم البرامج الوطنية للوقاية التي تتدرج ضمن أهداف القضاء على الأمراض المعدية، ووضع آلية وإطار ملائم لليقظة الوبائية؛
 - انشاء إطار للتنسيق على المستوى الوطني يشمل مختلف القطاعات لمحاربة الأمراض غير المعدية، يتم إنشاؤها بموجب مرسوم تنفيذي، والتعهد بتنفيذ المخطط الوطني الرامي لتخفيض وتقليص عوامل الخطر الشائعة (التدخين، sédentarité، سوء التغذية) المتعلقة بالأمراض غير المعدية السائدة بالإضافة إلى تطوير نظام لمراقبة ومتابعة عوامل الخطر؛
 - إعادة تفعيل وتنفيذ برامج الوقاية، الفحص، والرصد المتعلقة بمرض السرطان وغيره من الأمراض المعدية؛
 - تطوير وتدعيم البرامج الخاصة بالوقاية في منطقة الجنوب.
2. تدابير متعلقة بحماية الأمم والطفل: في مجال تحسين صحة الأم والطفل فإن القطاع يعمل بصفة منتظمة على تخفيض معدلات الوفيات المسجلة في هذا المجال عن طريق:
 - اطلاق المخطط الوطني لتخفيض معدلات وفيات الامومة في الفترة 2015-2019 الذي يعتمد على إمكانية الحصول على خدمات ذات جودة للجميع منذ بداية فترة الحمل حتى الولادة؛
 - دعم ومتابعة النساء الحوامل، وتحسين خدمات الرعاية الصحية لحديثي الولادة؛
 - تدعيم الحياكة اللقاحية والتطعيمية؛

¹Politique gouvernementale dans le domaine de la santé, op.cit, P 02-04.

- تحسين وتطوير التكفل بالأطفال عن طريق تقديم علاج شامل للأطفال بما في ذلك التدابير الوقائية.

3. تدابير متعلقة بعرض العلاج، تنظيم وأداء النظام الصحي: تمثلت التدابير في تطوير العلاجات المتخصصة في مجموع الأقليم الجزائري، تحسين التكفل بالأمراض الحرجة والاستعجالات الخاصة بأمراض القلب، التدخلات الطبية- الجراحية عن طريق إنشاء مسارات ذات أولوية في القطاع، لذلك سيسعى القطاع إلى:

- تنفيذ مخطط مرض السرطان 2015-2019 الذي تمثلت أهم محاوره في تحسين أساليب وطرق التشخيص، العلاج ولا سيما العلاج الاشعاعي، وتخفيف عبء التنقل على المريض؛
- تطوير زراعة الأنسجة والأعضاء؛
- تحسين الاستعجالات الخاصة بمرضى القلب، الطبية- الجراحية عن طريق توفير الموارد البشرية والمادية الملائمة؛
- تدعيم مشاريع التوأمة بين المؤسسات الصحية في الجنوب، والمنشآت المتواجدة في الشمال من أجل ضمان العلاج والرعاية المتخصصة؛
- تدعيم القدرات الاستيعابية للمنشآت الاستشفائية؛
- تطوير وعصرنة نظام المعلومات الصحي، وتعميم التطبيق عن بعد Télémédecine؛
- تحسين توزيع الممارسين الصحيين المختصين على المستوى الوطني؛
- إعادة تفعيل ملف التعاقد مع وكالات وهيئات الضمان الاجتماعي؛
- وضع أنظمة للتقويم والتقييس لنشاط القطاع الخاص.

4. تدابير متعلقة بالمجال القانوني: تم البث في مشروع قانون الصحة الذي سيسعى لدعم الوقاية وإمكانية الحصول على الرعاية الوقائية والعلاجية للجميع.

ثانيا: ملفات الإصلاح.

فيما يخص ملفات الإصلاح، فقد ركز المجلس في تصوره على ستة ملفات، تمثلت في:¹

1. ملف الحاجيات الصحية وطلب العلاج: تمحور هذا الملف حول دراسة كفاءات التنسيق بين النظام الوطني للصحة ومنظومته الاستشفائية الفرعية، وذلك بتفادي عزل إصلاح المؤسسات الاستشفائية عن الإطار الاجتماعي، الوبائي، المالي والتنظيمي. وتم التعرض بشكل واف إلى كفاءات التنسيق بين الهياكل الجوارية ومستشفى القطاع من جهة، وتلك الموجودة بين مستشفيات القطاع والمستشفيات المرجعية الجهوية أو الوطنية من جهة أخرى.

2. ملف الهياكل الاستشفائية: تمحور هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية، وذلك بإدراج جملة من الأهداف هي:

- تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية والخاصة؛
- الحرص على تنظيم محكم للمؤسسات العمومية والخاصة على حد سواء من خلال إدخال أدوات التخطيط والضبط المالي؛
- إدراج فكرة التكامل بين القطاع العمومي والخاص؛
- مشاركة المواطن في تنظيم العلاج مع أخذ حقوقه وواجباته بعين الاعتبار؛
- المساهمة الفعالة للمريض ولجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج، وجودة أدائها؛
- استعجال وضع دعامة إعلامية والتي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

3. ملف الموارد البشرية: اهتم هذا الملف بعنصر أساسي في النظام الصحي وهو المستخدمين، وذلك من خلال السهر على مراجعة أحوالهم الشخصية، شروط وظروف عملهم، علاواتهم وأجورهم، ترقيةهم في المسار المهني وتكوينهم، حيث أن التكوين يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين، شبه الطبيين، المسيرين والتقنيين، وهذا بالاشتراك مع قطاعات أخرى كالتعليم العالي والتكوين المهني على وجه الخصوص.

4. ملف الموارد المادية: ارتكز هذا الملف على ضرورة ادماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج، والذي يستدعي توازنا بين الوسائل ومستوى النشاط وبين تسلسل العلاج وتقييم الوسائل. والهدف

¹ عدنان مريزق، مرجع سابق، ص 205-207.

من ذلك هو إعطاء كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة بعقلانية. وتشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية والخاصة بالأمن والنوعية وتعيين الأطقم الفنية والتكوين عناصر مكملة لهذا الملف.

5. ملف التمويل: اهتم هذا الملف بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات، وضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي، بالإضافة إلى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تسيير المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات، وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى.

6. ملف اشتراك القطاعات: نظرا لارتباط وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى حد بعيد بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى كقطاع المالية، العمل والحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، التضامن، التعليم العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئية، الصناعة والفلاحة، فإنه يجب ضمان الانسجام بين الصحة والسياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الاستراتيجية العامة للوزارة.

والجدير بالإشارة أن تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب والاستعجال على المستويين الجهوي والوطني موضوعان لم يتم التطرق إليهما في هذا المشروع، ولقد تمت الإشارة عدة مرات إلى وجوب تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب، بغض النظر إلى العراقيل المرتبطة بالبعد والظروف المناخية، الصيانة والظروف الخاصة بتعيين المستخدمين الطبيين المتخصصين الذين يمكنهم تلبية مجموع الاحتياجات الصحية.

ثالثا: إنجازات الإصلاح.

تمثلت أهم إنجازات الإصلاح في:

- المحافظة على مبدأ مجانية العلاج؛
- إنشاء العديد من الهياكل الصحية العمومية؛
- تحسين منشآت القطاع الصحي على المستوى الوطني؛
- تدعيم الموارد البشرية؛
- استحداث التطبيق عن بعد Télémédecine، والملف الإلكتروني للمرضى عن طريق شراكة مع

موبيليس (dossier électronique de patient des greffés)؛

- تطوير الوقاية الصحية، التشخيص العام للرعاية الأولية والمتخصصة؛
- تدعيم العلاج الخارجي (الفرق المتنقلة بهدف علاج المرضى في المنازل)؛
- تدعيم التكوين عن طريق إنشاء مدارس للتكوين شبه الطبي ENMAS، كليات الطب والتكوين المتخصص؛
- تدعيم وتعزيز القدرات التشخيصية والعلاجية لمجموع المنشآت الصحية؛
- التوفير المستمر للعلاج والأدوية؛
- الميزانيات الصحية في ارتفاع سنة بعد سنة؛
- انشاء ووضع مخطط وطني لمرضى السكري؛
- وضع مخطط وطني لمحاربة عوامل الخطر الخاصة بالأمراض غير المعدية سنة 2015؛
- اقتراح خطة عمل في سنة 2003 والتنفيذ والتطبيق انطلق سنة 2015 حول السرطان للفترة
Plan national cancer 2019-2015؛
- برنامج زراعة الأعضاء والذي عرف تطورا هاما في بعض الأنواع وتوقفا مفاجئا للبعض الآخر منها؛
- انشاء منشآت ومراكز خاصة بمرض السرطان CAC، وجراحة القلب وبدعم من القطاع الخاص في مجال تصفية الكلى؛
- توفير تجهيزات ومعدات تشخيص عالية الجودة: IRM, Scanners, accélérateurs linéaires, salles de cathétérisme¹؛
- تم في سنة 2015 على مستوى 189 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية من أصل 273 تطوير أنشطة العلاج في المنزل حيث تم انجاز 23240 زيارة والتكفل بـ 61908 مريض².

¹ Les réformes en santé évolution et perspectives, op.cit, P 65-73.

² Indicateurs, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, <http://www.sante.gov.dz/index.php/indicateurs>, consulté le 09/12/2016.

رابعاً: التحديات التي تواجهها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

تمثلت أهم مجالات المشاكل التي خلصت إليها الوزارة تمثلت في:¹

1. مشاكل التسيير: تمثلت أهم المشاكل التسييرية في:

- نقص غير مبرر في الأدوية والمواد الصيدلانية؛
- مديونية المؤسسات الاستشفائية بحيث أصبحت غير قادرة على تسديد حقوق الموردين؛
- عدم تطبيق الإجراءات والبرامج المحددة في مختلف المؤسسات الصحية؛
- الكثير من القائمين على المؤسسات الصحية (مسؤولون إداريون، أطباء، شبه طبيين) ساهموا في عدم استقرار عمل المؤسسات الصحية؛
- حدوث أعطال مستمرة للتجهيزات والمعدات الطبية بسبب ضعف سياسة واستراتيجية الصيانة؛
- عدم إنشاء اللجان المشتركة في المؤسسات الصحية.

2. مشاكل في التنظيم: تمثلت أهم المشاكل التنظيمية في:

- عدم إدراج القطاع الخاص في التنظيم العام للخدمات الصحية وبالتالي لا يتم التركيز على المراقبة الدورية والمستمرة للأداء؛
- غياب شبكات العلاج ولا مركزية الخدمات الصحية؛
- الضغط الكبير على مصالح الاستعجالات سواء من حيث ضعف التنظيم، وبعد المنشآت، بالإضافة إلى العجز المسجل في دور الولادة من حيث عدم وجود أسرة كافية للتكفل؛
- صعوبة الحصول على استشارة متخصصة وخاصة في ولايات الجنوب؛
- انقطاع الاتصالات والروابط التنظيمية بين المؤسسات الصحية البعيدة والمستشفيات.

3. مشاكل في التنفيذ: تمثلت أهم المشاكل التنفيذية في:

- غياب العامل الإنساني في المنشآت الصحية (الاستقبال، التوجيه، النظافة)؛
- مردودية ضعيفة للمنشآت المتواجدة في الضواحي بالإضافة إلى التوقف المبكر للأنشطة وعدم احترام مواقيت العمل؛
- وحدات الاستعجالات غير ملائمة للمهام المسندة إليها؛

¹ Les réformes en santé évolution et perspectives, op.cit, P 73-81.

- إعطاء مواعيد على فترات بعيدة دون مراعاة الظروف الخاصة بالمريض والحالة التي يمر بها؛
- برنامج زراعة الأعضاء يشهد فترات انقطاع غير معروفة الأسباب.

4. مشاكل في التخطيط: تمثلت أهم مشاكل التخطيط في:

- عدم وجود خريطة صحية؛
- غياب شبه كلي لمعايير تسمح بتخطيط الموارد والوسائل، وحتى إن وجدت لا يتم أخذها بعين الاعتبار أو لا يتم تطبيقها بالدقة المطلوبة؛
- لا يتم الأخذ بعين الاعتبار الاحتياجات الابدئيمولوجية للمحيط الديموغرافي الذي تنشأ فيه البنى التحتية بهدف تقديم خدمات صحية ملائمة لها .

5. مشاكل متعلقة بأخلاقيات العمل: تمثلت أهم المشاكل المتعلقة بأخلاقيات العمل في:

- غياب ونقص المختصين الصحيين المدركين لطريقة سير عمل الخدمات الصحية وطرق التكفل بالمرضى؛
- اللامسؤولية في تطبيق النشاطات المكملة لتقديم الرعاية الصحية.

6. مشاكل متعلقة بالمعلومات والاتصال: تمثلت أهم المشاكل المتعلقة بالمعلومات والاتصال في:

- غياب نظام معلومات وطني رغم وجود العديد من المبادرات لإنشاء نظم فرعية منها EPIMAT, EPISTAT, EPIPHARM، وأيضا يلاحظ عدم تكاملها، مما أدى إلى غياب واجهة إلكترونية كلية للمعلومات الصحية مع أنظمة معلومات فرعية للمؤسسات الموثوقة الموجودة؛
- تتعامل المؤسسات الصحية بصورة ضيقة مع الاتصال وذلك في المجالات التالية: معالجة الشكاوى، معلومات المريض، طرق وأساليب حل المشاكل، وغيرها من المجالات؛
- غياب الحوار والتعامل الاجتماعي مع الشركاء الاجتماعيين.

7. مشاكل قانونية وتشريعية: تتمثل أهم المشاكل القانونية والتشريعية في:

- غياب قانون خاص بالصحة؛
- عدم العمل أو تنفيذ العديد من النصوص التنفيذية الخاصة بالقانون 05-85؛
- عدم تنفيذ العديد من النصوص التي تنظم امتحانات التقدم الوظيفي للمختصين في الصحة.

خامسا: التدابير المتخذة من قبل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

من أجل مواجهة المشاكل التي تم ذكرها سابقا قامت الوزارة بالعديد من التدابير يذكر منها التدابير التالية:¹

1. التزامات اتجاه مديريات الصحة العمومية والمسيرين: عن طريق:

- تنفيذ خريطة الطريق التي سطرته الوزارة الوصية؛
- عقد اجتماعات دورية وبصفة منتظمة على مستوى مديريات الصحة العمومية DSP من أجل تقييم التقدم المسجل في خارطة الطريق؛
- تكثيف مهمات الرقابة والتفتيش لتقويم خارطة الطريق.

2. خارطة الطريق: تمثلت خارطة الطريق في 24 نقطة وثلاثة مخططات:

- مخططات تمثلت في المخطط المالي، مخطط تسهيل الحصول على العلاج؛
- إعداد، اعتماد، وتنفيذ مشروع المؤسسة projet d'établissement؛
- اعتماد لوحة القيادة كأحد مؤشرات التسيير؛
- عقد اجتماعات دورية وسجلات للجهاز الاستشاري والهيئات (هيئة الأدوية، هيئة الأمن والنظافة، هيئة الاستعجالات، هيئة LLIN، لجنة المشتريات)؛
- تسيير مشاريع الاستثمار؛
- تطوير التكوين؛
- تسيير الموارد البشرية؛
- إدخال التكوين الطبي المتخصص وإدراجه ضمن الخدمة المدنية، وإعطاء أولوية للجنوب والمناطق النائية؛
- تسيير الأدوية؛
- تشجيع الصناعة المحلية للأدوية؛
- تسيير الاستعجالات الطبية- الجراحية؛
- وضع قيد التنفيذ جهاز شراكة مؤسساتي عن طريق AM في فيفري 2014؛
- جهاز للرعاية الصحية والاستشفاء في المنزل H.A.D؛

¹ Les réformes en santé évolution et perspectives, op.cit, P 82-87.

- التطبيب عن بعد Télémédecine؛
- وضع مخطط وطني لمرض السرطان؛
- إحياء وإنعاش برنامج أمراض وجراحة القلب؛
- إحياء وإنعاش برنامج زراعة الأعضاء والأنسجة؛
- تطوير الإنعاش الطبي (زيادة القدرة الاستيعابية من حيث عدد الأسرة)؛
- دعم برنامج "صحة الجنوب" عن طريق فرق عمومية متنقلة؛
- ترشيد النفقات الصحية، وتحسين تسيير المؤسسات الصحية العمومية؛
- مراقبة نشاطات القطاع الخاص؛
- مخطط مخصص بالأمن داخل المؤسسات الصحية؛
- الاستعانة بجهات خارجية في الخدمات (العناية بالمساحات الخضراء والبنى التحتية، النظافة والخدمات الفندقية)؛
- مراجعة الخريطة الصحية؛
- مقترح خاص بقانون الصحة مع التركيز على النصوص التنفيذية.
- 24 محورا أو نقطة: تمثل أهم ما جاء في النقاط الـ 24 في:
 - إعادة تنظيم مصالح الاستعجال لتتناسب مع سير تدفق الحالات، وتطوير طرق التكفل الفورية بالحالات الحرجة؛
 - ضمان الاستقبال والتوجيه عن طريق مختصين في الصحة وليس من قبل أعوان الأمن.
 - التقليل من الإجراءات الإدارية؛
 - إعادة هيكلة مواقف السيارات من أجل ضمان التدفق السلس داخل المؤسسات الصحية؛
 - ضمان توفر الأدوية واللقاحات والأمصال بصورة دورية؛
 - تحديد الاحتياجات على مستوى المصالح والمؤسسات؛
 - احترام مواعيد ومواقيت العمل؛
 - تطوير المعلومات الخاصة بالمؤسسات الصحية.

3. مشروع قانون الصحة:

أهم ما جاء في مشروع قانون الصحة ما يلي:

- لا مركزية الموارد البشرية؛
- التسيير الآلي للموارد البشرية؛
- مراجعة تصنيف الميزانيات؛
- اعتماد حوسبة المعلومات واليقظة؛
- حوسبة مراقبة ومتابعة المشاريع الاستثمارية (جعل المراقبة والمتابعة تتم إلكترونياً)؛
- تطوير وحوسبة سجلات السرطان؛
- التخطيط، المراقبة، التفنيس، والتقويم الداخلي والخارجي؛
- وضع أدوات مستحدثة للتسيير؛
- نظام للمعلومات يكون وطنياً.

يمكن توضيح أهم المقترحات التطبيقية التي جاءت في مشروع المؤسسة من قبل الوزارة في:¹

1- يوضح الجدول الموالي اقتراح الوزارة المعنية للمؤشرات المتعلقة بالفعالية (النوعية) في

المؤسسات الصحية كما يلي:

جدول رقم (03-02): مؤشرات متعلقة بالفعالية (النوعية).

المصالح	عدد الأسرة	نسبة الوفيات	نسبة إعادة القبول	نسبة التحول	نسبة انتشار عدوة المستشفيات	ملاحظات
المجموع						

المصدر: مذكرة متعلقة بوضع حيز التنفيذ مشروع مؤسسة، لوحة القيادة ومؤشرات التسيير، وزارة الصحة والسكان واصلاح

المستشفيات، مذكرة رقم 01، 16 أبريل 2014.

¹ مذكرة متعلقة بوضع حيز التنفيذ مشروع مؤسسة، لوحة القيادة ومؤشرات التسيير، وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات، مذكرة رقم 01،

16 أبريل 2014.

2- يوضح الجدول الموالي اقتراح الوزارة المعنية للمؤشرات المتعلقة بالأنشطة في المؤسسات

الصحية:

جدول رقم (03-03): مؤشرات متعلقة بالأنشطة

المصالح	عدد المرضى الذين تم قبولهم	عدد أيام الإقامة الاستشفائية	نسبة شغل الأسرة	معدل مدة الإقامة	نسبة دوران الأسرة	ملاحظات
المجموع						

المصدر: مذكرة متعلقة بوضع حيز التنفيذ مشروع مؤسسة، لوحة القيادة ومؤشرات التسيير، وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات، مذكرة رقم 01، 16 أفريل 2014.

3- تم اقتراح لوحة قيادة لتسهيل تسيير المؤسسات الصحية يحتوي المحاور التالية (انظر الملحق

رقم "02"):

- المالية والمحاسبية؛

- تسيير الموارد البشرية؛

- تسيير الوسائل؛

- تسيير المرضى؛

- متابعة المشاريع.

يستند مشروع المؤسسة أساسا على الأهداف، خطط العمل، لوحات القيادة والمؤشرات المعدة على

مستوى كل مؤسسة.

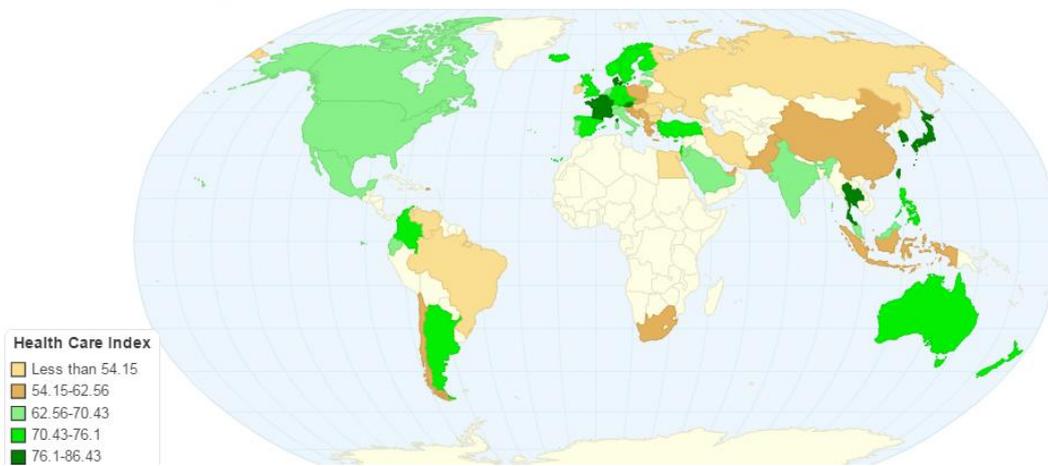
المبحث الثالث: تقييم واقع النظام الصحي في الجزائر.

سيتم تقييم واقع النظام الصحي في الجزائر انطلاقاً من مجموعة مؤشرات صحية أهمها مؤشر التنمية البشرية، مؤشر الرعاية الصحية، الاحصائيات الديموغرافية، الأنظمة الصحية، التغطية بالخدمات الصحية، ذلك بهدف تقييم واقع أداء النظام الصحي الجزائري للخروج بأهم النفاص التي تواجهه.

المطلب الأول: النظام الصحي الجزائري حسب معايير منظمة الصحة العالمية.

قبل التطرق إلى تقييم أداء النظام الصحي في الجزائر انطلاقاً من المعايير التي حددتها منظمة الصحة العالمية سنة 2000 سيتم عرض ترتيب ومكانة الجزائر حسب مؤشر الرعاية الصحية لسنة 2016 ومؤشر التنمية البشرية لسنة 2015 وكذا مدى تحقيقها أهداف الألفية بحلول سنة 2015 التي سطرته منظمة الصحة العالمية كآتي:

شكل رقم(03-03): مؤشر الرعاية الصحية لسنة 2016



Source: Health care Index 2016, <http://chartsbin.com/graph/health>, consulté le 03/09/2016

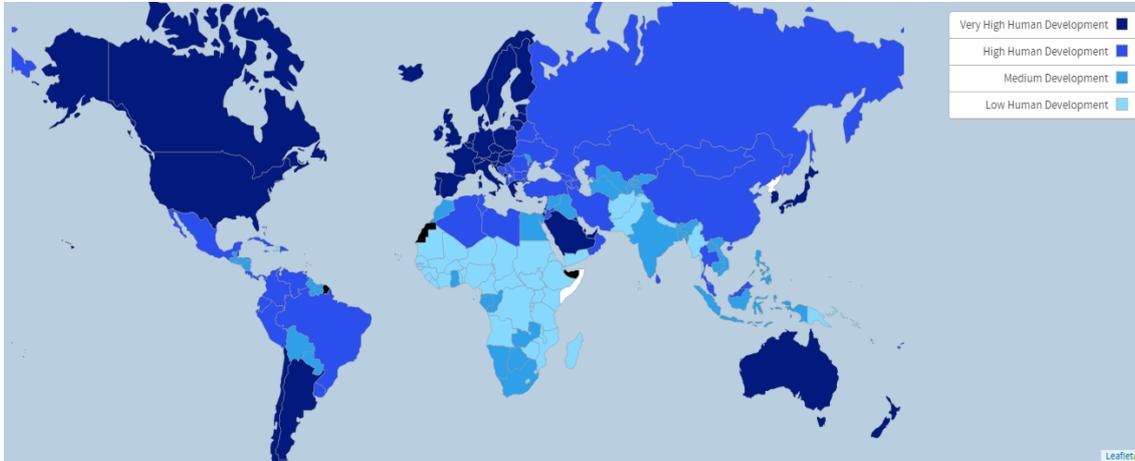
يوضح هذا الرسم البياني مؤشر الرعاية الصحية 2016. حيث تشير الرعاية الصحية إلى تحسين الصحة عن طريق التشخيص والعلاج والوقاية من الأمراض أو الإصابة، وغيرها من العاهات البدنية والعقلية في البشر. ويشمل العمل المنجز توفير الرعاية الصحية الأولية، والرعاية الثانوية والرعاية الثالثية، وكذا مجال الصحة العامة. والحصول على الرعاية الصحية تختلف بين البلدان والمجموعات والأفراد، متأثرة إلى حد كبير بالظروف الاجتماعية والاقتصادية فضلا عن السياسات الصحية في المكان.¹ وقد احتلت كل من تايوان بمعدل 86.43، فرنسا بمعدل 82.25، الدنمارك بمعدل 81.89، تايلندا بمعدل 80.8، واليابان بمعدل 80.42 المراتب الأولى عالميا وذلك سنة 2016 حسب ترتيب موقع Chartsbin،

¹ <http://chartsbin.com/view/39854>, consulté le 2016/09/03

وقد سجلت الجزائر معدل 57.22 تليها مصر بمعدل 54.69 في حين سجلت المغرب معدل 57.76 وتونس معدل 1.71.02¹

وفيما يلي توضيح لترتيب الجزائر حسب مؤشر التنمية البشرية لسنة 2015

شكل رقم (03-04): مؤشر التنمية البشرية لسنة 2015



Source: International human development indicators, United nations development programme, Human development reports, <http://hdr.undp.org/en/countries> consulté le 03/09/2016.

يوضح الرسم البياني السابق موقع الجزائر حسب مؤشر التنمية البشرية سنة 2015 الذي رتب الدول حسب مجموعة معايير من بينها الدخل القومي الإجمالي للفرد، أمد الحياة عند الولادة، مستوى التعليم، بحيث يتم ترتيب 188 بلدا والتي يوفر البرنامج فيها المعطيات اللازمة لحساب مؤشر التنمية الخاص بها وفقا للنقطة المتحصل عليها، ويكون الترتيب تنازليا من الأفضل إلى الأسوأ.

يلاحظ أن الجزائر احتلت المرتبة 83 عالميا بمؤشر تنمية بشرية بقيمة 0.736 والتي تعتبر حسب المقياس ذات تنمية بشرية مرتفعة بنسبة زيادة 0.35% في الفترة 2010-2014 وبلغت نسبة الرضا عن جودة الرعاية الصحية 47% بعدما كان 50% سنة 2010، تليها تونس في المرتبة 96 بقيمة 0.628 والتي تعتبر ذات تنمية بشرية متوسطة وبلغت نسبة الزيادة في مؤشر التنمية البشرية 0.26% في الفترة 2010-2014 وبنسبة رضا عن جودة الرعاية الصحية 39% في حين بلغت النسبة 71% سنة 2010، واحتلت المغرب المرتبة 126 بقيمة 0.721 سنة 2014 والتي تعتبر ذات تنمية بشرية مرتفعة بنسبة زيادة في مؤشر التنمية البشرية 0.69% في الفترة 2010-2014 وبنسبة رضا عن جودة الرعاية الصحية 27% في حين بلغت النسبة 34% سنة 2010.

¹ Health care ranking by country, https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp?title=2015®ion=015, consulté le 05/09/2016

أما فيما يخص تحقيق أهداف المنظمة العالمية للصحة فيمكن توضيحها في الجدول الموالي:

جدول رقم (03-04): تحقيق أهداف الألفية الخاصة بالمنظمة العالمية للصحة

	Target Reduce by two thirds, between 1990 and 2015, the under five mortality rate		Target Reduce by three quarters, between 1990 and 2015, the maternal mortality ratio		Target Achieve, by 2015, universal access to reproductive health		Target Have halted by 2015 and begun to reverse the spread of HIV/AIDS	Target Have halted by 2015 and begun to reverse the incidence of malaria and other major diseases	Target Halve, by 2015, the proportion of the population without sustainable access to safe drinking-water and basic sanitation	
	Percent reduction in under-five mortality rate, 1990-2013	Measles immunization coverage among 1-year-olds (%), 2013	Percent reduction in maternal mortality ratio, 1990-2013	Births attended by skilled health personnel (%)	Antenatal care coverage (%): at least one visit	Unmet need for family planning (%)	Percent reduction in HIV incidence, 2001-2013	Percent reduction in mortality rate of tuberculosis (among HIV-negative people), 1990-2013	Percent reduction in proportion of population without access to improved drinking-water sources, 1990-2012	Percent reduction in proportion of population without access to improved sanitation, 1990-2012
Target	67	90	75	90	100	0	>0	50	50	50
Alegria	47	95	44	97	93	...	-30	-18	<50	55
Morocco	63	99	61	74	77	11	-46	28	41	48
Tunisia	71	94	49	74	84	7	<-50	5	83	63

■ Met or on track
■ Substantial progress
■ No or limited progress
 Data not available or not applicable

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على: World Health Statistics reports, World health organization, , Italy,

2015.

يوضح الجدول السابق مدى تحقيق أهداف المنظمة العالمية للصحة على المستوى العالمي وعلى

الدول التالية الجزائر تونس والمغرب، ويلاحظ ما يلي:

الهدف المتعلق بالحد من وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات بتلئين في الفترة الممتدة من 1990 إلى 2015، فقد سجلت كل من تونس، المغرب، والجزائر النسب التالية، فبالنسبة لتخفيض معدلات الوفيات للأطفال أقل من خمس سنوات فالهدف العالمي المسطر كان الوصول إلى نسبة 67%، وقد بلغت النسبة في تونس 71%، تليها المغرب بنسبة 63% والجزائر بنسبة 47%، أما بالنسبة للتحصين ضد الحصبة للأطفال أقل من سنة فالهدف العالمي أن يتم التحصين بنسبة 90% وقد حققت الدول الثلاث الهدف بحيث بلغت النسبة في المغرب 99%، تليها الجزائر بنسبة 95% وتونس بنسبة 94%. أما فيما يخص الهدف المتعلق بالحد من وفيات الأمهات بمعدل ثلاثة أرباع وذلك في الفترة الممتدة من 1990 إلى 2015 فقد سجلت كل من تونس والمغرب والجزائر النتائج التالية: فبالنسبة إلى المؤشر العالمي فقد كان الهدف الوصول إلى نسبة 75% وقد حققت المغرب أعلى نسبة 61%، تليها تونس بنسبة 49% والجزائر بنسبة 44%، أما بالنسبة للولادة تحت إشراف مهنيين صحيين أكفاء فقد سطرته المنظمة الوصول إلى نسبة 90% ويلاحظ أن الجزائر قد حققت الهدف بنسبة 97% في حين كانت النسبة لكل من تونس والمغرب 74%. بالإضافة إلى الهدف المتعلق بالإتاحة العالمية للصحة الإنجابية حيث سطر الهدف العالمي تحقيق زيارة طبية واحدة بنسبة 100% ويلاحظ تسجيل نسبة 93%

في الجزائر، تليها 84% في المغرب، و77% في تونس. وقد سطرت المنظمة العالمية للصحة نسبة 50% كهدف للحد من نسبة السكان العاجزين عن الوصول إلى منشآت صحية ملائمة وقد حققت تونس الهدف بنسبة 63%، تليها الجزائر بنسبة 55% والمغرب بنسبة 48%.

أولاً: الإحصائيات الديموغرافية.

يتناول هذا المعيار بيانات عن العوامل الديموغرافية، الاجتماعية، والاقتصادية التي هي من المحددات الرئيسية للصحة حيث تؤثر في تخطيط وتحديد الاحتياجات السكانية في مجال الصحة وكذا ضمان التغطية الصحية التي تتدرج تحتها برامج الرعاية الصحية، ويوضح الجدول الموالي ذلك في كل من الجزائر، تونس، المغرب والمؤشر العالمي المسجل.

جدول رقم (03-05): الإحصاءات الديموغرافية في الجزائر

السنة	السكان						القاطنون في الحضر (%)	التغطية بخدمات السجل المدني (%)		المعدل الخام للولادات (%)	عدد الولادات (بالآلاف)
	الإجمالي (000s)	النمو الطبيعي (بالآلاف)	معدل النمو الطبيعي (%)	متوسط العمر (بالسنوات)	دون سن 15 (%)	فوق سن الستين (%)		الولادات	الوفيات		
								2006-2012			
1990	25022	624	2.49	....	...	...	...	...	30.94	775
2000	30416	449	1.48	...	...	...	...	...	19.36	589
2008	34591	663	1.92	25	28	7	65	...	23.62	817	
2009	35268	690	1.96	26	27	7	66	...	24.07	849	
2010	35978	731	2.03	26	27	7	66	...	24.68	888	
2011	36717	748	2.04	27	27	7	73	...	24.78	910	
2012	37495	808	2.16	27	27	7	74	99	26.08	978	
2013	38297	795	2.07	27	28	7	70	>90	25.14	963	
2014	39114	840	2.15	...	...	...	...	...	25.93	1014
تونس 2013	10997	...	1.1	30	23	11	67	99	37	17.2	...
المغرب 2013	33008	...	1.1	27	28	8	59	94	25	22.7	...
العالم 2013	7126098	...	1.2	30	26	12	53	19.5	...

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على:

World Health Statistics reports, World health organization, , Italy, 2010-2014
Office National des statistiques, www.ons.dz/santé

يتضح من الجدول رقم (03-05) ما يلي:

– بلغ عدد السكان في الجزائر سنة 2013 38 مليون نسمة بمعدل نمو طبيعي بلغ 2.07%، تليها المغرب 33008000 نسمة بمعدل نمو طبيعي بلغ 1.1% وتونس 10997000 بمعدل نمو طبيعي بلغ 1.1 في حين أن المعدل العالمي للنمو الطبيعي قد بلغ 1.2% وذلك سنة 2013، وقد سجلت الجزائر 39.114.000 نسمة سنة 2014 بزيادة في معدل النمو الطبيعي وصل 2.15 من نفس السنة يعود هذا الارتفاع أساسا إلى الزيادة المعتبرة في حجم الولادات الحية بالرغم من ارتفاع حجم الوفيات الذي وصل إلى 174000 وفاة سنة 2014 بمعدل خام 4.44% ويلاحظ تضاعف النمو الطبيعي للسكان خلال الخمسة عشرة سنة الأخيرة حيث انتقل من 449000 إلى 840000 بين سنة 2000 و2014 ليصل عدد السكان سنة 2015 **1.39,666,000**¹

– بلغ متوسط العمر العالمي بالسنوات سنة 2013 القيمة 30 سنة، حيث سجلت كل من المغرب والجزائر كمتوسط 27 سنة في حين بلغ في تونس 30، أما بالنسبة لتعداد السكان دون سن 15 سنة فقد بلغت النسبة العالمية 26%، في حين بلغت النسبة في كل من الجزائر والمغرب 28% وتونس 23%، وبالنسبة لتعداد السكان فوق سن الستين فقد بلغت النسبة العالمية 12% وقد سجلت تونس نسبة 11%، تليها المغرب بنسبة 8% والجزائر بنسبة 7%.

– بالنسبة للقاطنين في الحضر بلغت النسبة على المستوى العالمي القيمة 53% في حين سجلت نسبة 67% في تونس، و59% في المغرب، في حين بلغت النسبة في الجزائر 70% وذلك سنة 2013 وقد كانت النسبة 66% سنة 2010 لترتفع إلى 73% سنة 2011 و74% سنة 2012 وذلك بسبب النزوح الريفي الذي تشهده البلاد في السنوات الأخيرة.

– بلغ عدد الولادات في الجزائر 1014000 ولادة سنة 2014 وهي أعلى قيمة سجلت إلى حد الآن بمعدل خام 25.93% في حين بلغت 963000 ولادة سنة 2013 بمعدل خام 25.14% و978000 ولادة سنة 2012 بمعدل خام 26.08%، في حين بلغت النسبة العالمية سنة 2013 القيمة 19.5% وسجلت كل من المغرب بنسبة 22.7% وتونس بنسبة 17.2%.

– وقد ورد في تقرير ديمغرافيا الجزائر الصادر عن الديوان الوطني للإحصائيات لسنة 2014 أن التركيبة السكانية تميزت حسب السن بتواصل الارتفاع في نسبة الفئة السكانية الذين تقل أعمارهم

¹ OMS, Algérie profil sanitaire, <http://www.who.int/countries/dza/fr/>, consulté le 29/03/2016

عن 5 سنوات، والتي انتقلت من 11.4% إلى 11.6% ما بين 2013 و2014، عرفت كذلك نسبة فئة السكان الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة ارتفاعا، حيث انتقلت من 28.1% إلى 28.4% خلال نفس الفترة، وسجلت نسبة الفئة السكانية في سن النشاط الاقتصادي (15-59 سنة) انخفاضها حيث تراجع من 64.0% إلى 63.6% في الفترة ما بين 2012 و2013، لتبلغ 63.1% سنة 2014، في حين سجلت نسبة الفئة التي تتجاوز أعمارها 60 سنة ارتفاعا حيث انتقلت من 8.3% إلى 8.5% ما بين سنتي 2013 و2014، أي ما يعادل 3334000 نسمة. من جهة أخرى بلغ حجم الفئة النسوية في سن الإنجاب (15-49 سنة) 10.7 مليون امرأة، كما شهدت سنة 2014 ارتفاعا لمؤشر الخصوبة الكلي الذي بلغ 3.03 لكل امرأة أما متوسط العمر عند الإنجاب، فهو يواصل في الانخفاض والذي بلغ 0.1 سنة في كل عام، ليبلغ 31.3 سنة.

– لقد بلغت نسبة السكان الأقل من عمر 20 سنة نسبة 36.6%، ونسبة السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و59 سنة 54.7%، في حين بلغت نسبة السكان الذين يبلغون من العمر سنتين سنة فما فوق 8.7%¹.

– بلغ المعدل العالمي الخام للوفيات في الجزائر نسبة 7.8% وقد سجلت المغرب نسبة 6.4% وتونس نسبة 5.5%، في حين سجلت الجزائر نسبة 4.39% بعدد وفيات بلغ 168 ألف وفاة بعدما كانت النسبة 4.53 سنة 2012 بعدد وفيات 168 ألف، ليعود ليرتفع سنة 2014 ليسجل نسبة 4.44% بمعدل وفيات 174 ألف وفاة حيث يلاحظ زيادة في عدد الوفيات منذ سنة 2000 أين كان العدد 140 ألف وفاة.

ثانيا: الأنظمة الصحية.

لا يمكن الاستغناء عن البيانات الدالة على الموارد المتاحة للنظام الصحي لأنها تمكن الحكومات من إيجاد أفضل السبل لاشباع الاحتياجات الصحية للسكان. ولا توجد أي معايير مناسبة لتقدير مدى كفاية القوى العاملة الصحية أو الهياكل الصحية وتدل البيانات على أن في العالم 28 ممرضا وممرضة وقابلة لكل 10.000 نسمة، ويتراوح هذا العدد بين حد أدنى قدره 11 لكل 10.000 في الاقليم الافريقي وحد أعلى قدره 79 لكل 10.000 في الاقليم الأوروبي، كما تقدر منظمة الصحة العالمية أن البلدان التي لديها أقل من 23 عاملا في الرعاية الصحية (مابين طبيب وممرض وقابلة) لكل 10.000 نسمة لن

¹ Indicateurs, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, <http://www.sante.gov.dz/index.php/indicateurs>, consulté le 09/12/2016

تتمكن على الأرجح من تحقيق معدلات التغطية الوافية بالتدخلات الرئيسية للرعاية الصحية الأولية حسب أولويات المرامي الانمائية للألفية هذا فيما يخص القوى العاملة، أما بالنسبة للهياكل الصحية فيستعمل عدد أسرة المستشفيات للدلالة على مدى توافر خدمات العيادات الداخلية. ولا توجد قاعدة عالمية لنسبة أسرة المستشفيات إلى مجموع السكان، ففي الاقليم الأوربي يتوافر 63 سريرا لكل 10.000 نسمة مقابل 10 أسرة لكل 10.000 نسمة في الاقليم الافريقي.¹

تتمثل أهم مؤشرات الأنظمة الصحية في:

1. الهياكل الصحية:

يوضح الجدول الموالي تعداد الهياكل الصحية في الجزائر .

جدول رقم (03-06): تعداد الهياكل الصحية في الجزائر

2014		2013		2010		2009		2008		1996		
عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	
38015	196	38156	195	37775	194	37565	192	37185	190	29955	176	EPH
926	05	850	5	679	04	608	04	600	04	0	0	EH
13668	15	13254	14	12501	14	13042	14	12815	14	15845	13	CHU.EHU
11499	71	10952	69	10824	64	10475	61	9932	57	5913	21	EHS
...	271	...	271	...	271	...	271	...	271	...	271	EPSP
...	...	...	1627	(1)3272	1491	(1)2704	1436	(1)1988	1419	...	455	تجمع: - عيادات متعددة الخدمات
...	...	...	...	...	5350	...	5258	...	5077	...	3748	قاعات العلاج
...	5726	...	5484	3200	431	2914	427	2812	419	...	...	دور الولادة العمومية(2)
...	...	...	...	...	97	...	94	...	85	...	...	دور الولادة الخاصة (03)
...	...	...	...	...	528	...	521	...	504	...	...	دور الولادة* (المجموع)
...	...	...	...	...	616	...	614	...	611	...	...	مركز طبي اجتماعي
...	...	...	...	...	50	...	50	...	50	...	...	مختبرات النظافة الولائية
...	...	...	...	61779	...	61690	...	60532	...	...	...	عدد أسرة المستشفيات
...	9794	...	...	...	9264	...	8837	...	8477	...	...	الصيدليات
...	...	...	...	...	8322	...	7876	...	7509	...	...	منها الخاصة
...	...	...	...	...	89.83	...	89.13	...	88.58	...	...	%

¹ World Health Statistics reports, World health organization, , Italy, 2014.

...	7742	...	...	...	6208	...	5904	...	5621	...	...	المنشآت الخاصة:
...	6654	...	...	...	6315	...	6206	...	6202	...	...	عيادة طبيب مختص
...	5928	...	...	...	5105	...	4909	...	4717	...	...	عيادة طبيب عام
...	512	...	...	...	376	...	335	...	301	...	...	عيادة طب الأسنان
...	411	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	عيادة ممارسة مجموعة Cliniques+ centres

EHS: مؤسسة استشفائية جامعية: EHU, مركز استشفائي جامعي: CHU, مؤسسة استشفائية: EH, مؤسسة استشفائية عامة: EPH, Cliniques+ centres: Médicales+ Medico-chirurgicales+ diagnostic+ d'hémodialyse, المؤسسة العمومية للصحة الجوارية: EPSP, مؤسسة استشفائية متخصصة

(1) أسرة الاستعجالات

(2) دور الولادة العمومية= دور الولادة الموجودة في العيادات المتعددة الخدمات و في بعض قاعات العلاج

(3) تتعلق بعيادات طبية جراحية خاصة

* يتعلق الأمر بدور الولادة الريفية والحضرية للقطاعات العمومية والخاصة.

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على:

Office National des statistiques, www.ons.dz/santé

حوصلة احصائية 1962-2011 الفصل الخامس الصحة

"Annuaire statistique "Santé en chiffres 2014", Direction des études et de la planification, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Edition Janvier 2016.

يظهر الجدول السابق تعداد المنشآت الصحية العمومية والخاصة على المستوى الوطني وقد قدر

تعداد الأسرة فيها بـ 77245 سرير بحيث 73770 منها تنتمي إلى القطاع العمومي و 5475 إلى القطاع

الخاص وقد توزعت على مختلف المنشآت كما يلي:

- بلغ عدد المؤسسات الاستشفائية العمومية سنة 1996 العدد 176 بعدد أسرة بلغ 29955، و 190 مؤسسة سنة 2008 بعدد أسرة بلغ 37185، ليصل العدد إلى 196 مؤسسة سنة 2014 بعدد أسرة بلغ 38015. و 204 مؤسسة سنة 2015 بعدد أسرة بلغ 40175.¹

- بلغ عدد المؤسسات الاستشفائية 4 مؤسسات سنة 2008 بعدد أسرة بلغ 600 سرير، ويلاحظ استقرار في عدد المؤسسات في السنتين 2009 و 2010 مع زيادة في عدد الأسرة من 608 إلى 679، وليتم اضافة مؤسسة استشفائية سنة 2013 ليصل تعداد الأسرة إلى 850 من نفس السنة، و 926 سنة 2014.

- بلغ عدد المراكز الاستشفائية الجامعية سنة 13 مركزا سنة 1996 بعدد أسرة بلغ 15845، ليتم إنشاء مركز استشفائي جامعي جديد ليصل المجموع 14 مركزا و 15 مركزا سنة 2014، إلا أن عدد الأسرة شهد تذبذبا في نفس الفترة حيث انخفض عدد الأسرة إلى 12815 وذلك سنة 2008 رغم افتتاح

¹ Indicateurs, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, <http://www.sante.gov.dz/index.php/indicateurs>, consulté le 09/12/2016

مركز جديد، ليعود للارتفاع سنة 2009 بقيمة 13042 وينخفض سنة 2010 إلى 12501 ليشهد ارتفاعا في كل من سنتي 2013 و2014 بحيث بلغ 13668 سرير. وقد وصل تعداد المراكز الاستشفائية الجامعية سنة إلى 16 مركزا بـ 14343 سرير.¹

- بلغ عدد المؤسسات الاستشفائية المتخصصة 21 سنة 1996 بعدد أسرة بلغ 5913، ليرتفع العدد إلى 57 مؤسسة سنة 2008 بـ 9932 سرير، لينتقل إلى 71 مؤسسة سنة 2014 بعدد أسرة بلغ 11499. و72 مؤسسة سنة 2015 بعدد أسرة قدر بـ 12552 سرير وليصل إلى 76 مؤسسة سنة 2015 بعدد أسرة قدر بـ 12552.²

- لوحظ استقرار في عدد المؤسسات العمومية للصحة الجوارية بـ 271 مؤسسة وذلك منذ سنة 1996، في حين سجل ارتفاع في عدد العيادات متعددة الخدمات من 455 عيادة سنة 1996 إلى 1419 عيادة سنة 2008 و1627 عيادة سنة 2013. بالإضافة إلى الزيادة التي شهدتها قاعات العلاج من 5077 سنة 2008 إلى 5350 سنة 2010 و419 دور للولادة العمومية سنة 2008 إلى 5726 دور ولادة سنة 2014.

- أما بالنسبة للمنشآت التابعة للقطاع الخاص فيلاحظ ارتفاع تعداد مختلف المنشآت وذلك في الفترة الممتدة من 2008 إلى 2014 بحيث بلغ عدد العيادات للطبيب المختص 5621 عيادة سنة 2008 ليصل العدد إلى 7742 عيادة سنة 2014، وبلغ عدد العيادات لطبيب عام 6202 عيادة سنة 2008 و6654 عيادة سنة 2014، أما بالنسبة لعيادات طب الأسنان فقد بلغ العدد 4717 سنة 2008 لينخفض العدد إلى 5928 سنة 2014، وبالنسبة لعيادات ذات الممارسة الجماعية فقد بلغ العدد سنة 2008 القيمة 301 ليصل العدد إلى 512 سنة 2014، وقد بلغ عدد المصحات والمراكز الطبية الخاصة العدد 411 سنة 2014، وقد بلغ عدد العيادات الخاصة المختصة سنة 2015 العدد 8338 والعامية 6814، عيادة طب الأسنان 6115، 9660 صيدلة، 479 مصحة تحتوي 4679 سرير و306 ETS de jour.³

سيتم فيما يلي عرض لتوزيع المنشآت الصحية على الخريطة الصحية حيث يتمثل الهدف من النظام الصحي في تحسين صحة السكان عن طريق تحقيق العدالة والاتاحة وتلبية احتياجاتهم في مختلف

¹ Indicateurs, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, <http://www.sante.gov.dz/index.php/indicateurs>, consulté le 09/12/2016

² Ibid, <http://www.sante.gov.dz/index.php/indicateurs>, consulté le 09/12/2016

³ Les réformes en santé évolution et perspectives, op.cit, P 90.

المناطق التابعة له. تم منذ سنة 1995 تقسيم الخريطة الصحية إلى خمس مناطق ممثلة في منطقة الوسط، منطقة الغرب، منطقة الشرق، منطقة الجنوب الغربي، ومنطقة الجنوب الشرقي¹ والجداول الموائية الموائية تظهر مكونات كل منطقة صحية وكذا توزيع المنشآت والتغطية فيها:

جدول رقم (03-07): توزيع الولايات على المناطق الصحية

المناطق الصحية	الوسط (المركز الجزائر)	الغرب (المركز وهران)	الشرق (المركز قسنطينة)	الجنوب الغربي (المركز بشار)	الجنوب الشرقي (المركز ورقلة)
الولايات التابعة للمنطقة الصحية	الجزائر، البليدة، بومرداس، تيبازة، تيزي وزو، بجاية، بويرة، المدية، الجلفة، برج بوعريج، عين الدفلة	وهران، غليزان، الشلف، معسكر، عين تيموشنت، سيدي بلعباس، تلمسان، السعيدة، مستغانم، تيسمسيلت، تيارت	قسنطينة، عنابة، قلمة، سكيكدة، الطارف، تبسة، خنشلة، ميلة، سوق أهراس، ام البواقي، سطيف، جيجل، باتنة، مسيلة	بشار، تيندوف، ادرار، نعامة، البيض	ورقلة، غرداية، اليزي، تمنراست، الواد، بسكرة، لغواط

Source: MEKALT Khoukhaet Brahamia Brahim, **Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement**, conférence RR, Bejaia 2015, P08.

جدول رقم (03-08): توزيع المنشآت الصحية حسب المناطق الصحية سنة 2013

المنشآت	منطقة الوسط	منطقة الغرب	منطقة الشرق	منطقة الجنوب الشرقي	منطقة الجنوب الغربي
CHU	7	3	4	0	0
Nombre lits	5386	3756	4112	0	0
EH		2	3	0	0
Nombre lits		410	439	0	0
EHS	20	21	20	1	7
Nombre lits	4248	3018	2772	150	764
EPH	55	35	66	25	14
Nombre lits	11234	7833	10841	5911	2337
EPSP					
nombre EPSP	66	56	76	50	23
NBRE polyclinique	365	258	350	115	43
lits urgence polyclinique	1038	662	880	445	289
nombre maternité	105	110	110	46	38
lits maternité	800	885	842	278	191
nombre salles de soins	1483	1422	1751	538	351
Cabinets médicaux privés	8470	3904	5522	978	240
Cliniques privées	181	78	117	20	2

Source: MEKALT Khoukhaet Brahamia Brahim, **Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement**, conférence RR, Bejaia 2015, P 08.

¹ Khoukha MEKALT, Brahim BRAHAMIA, **Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire: prise en charge et financement**, intervention au colloque international sur les politiques de santé, Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière en collaboration avec Ecole Nationale Supérieure en Sciences Politiques, Alger 18-19 Janvier, 2014.

يلاحظ من الجداول السابقة أن مشكلة عرض العلاج في الجزائر ليست في عدد المنشآت بقدر ما تمثلت في التوزيع الجغرافي ونوعية العلاج المعروض ويمكن تسجيل النقاط التالية:

- تمركز المراكز الاستشفائية الجامعية في منطقة الوسط بسبعة مراكز ويعدد أسرة بلغ 5386 سرير، تليها منطقة الشرق بأربعة مراكز بعدد أسرة بلغ 4112 سريرا ومنطقة الغرب بثلاثة مراكز استشفائية جامعية بعدد أسرة 3756 مع غياب في كل من منطقة الجنوب الغربي والجنوب الشرقي.

- تواجد مؤسسات استشفائية EH في منطقة الغرب بمؤسستين حيث بلغ عدد الأسرة 410، ومنطقة الشرق بثلاثة مؤسسات و439 سريرا، وغياب في كل من منطقة الوسط، الجنوب الشرقي، والجنوب الغربي.

وهذا ما يعكس غياب للتكفل المتخصص والعالي في منطقة الجنوب وذلك لغياب المراكز الاستشفائية الجامعية والمؤسسات الاستشفائية مما يفرض على سكان الجنوب الانتقال نحو ولايات الشمال من أجل تلقي الرعاية الصحية الملائمة.¹

- يلاحظ تقارب في تعداد المؤسسات الاستشفائية المتخصصة والعامة في كل من منطقة الغرب، الوسط والشرق، في حين تواجد مؤسسة استشفائية متخصصة واحدة في منطقة الجنوب الشرقي. أما فيما يخص المنشآت الخاصة فيلاحظ وجود فروقات بين الشمال والجنوب بحيث بلغ تعداد العيادات في الوسط 8470 عيادة طبية و181 مصحة في حين بلغ العدد في منطقة الجنوب الغربي مصحتين.

سيتم في الجدول رقم (03-09) عرض لمعدلات التغطية حسب المناطق الصحية لتوضيح أكثر للتوزيع غير العادل للمنشآت الصحية كما يلي:

¹ Khoukha MEKALT, Brahim BRAHAMIA , op.cit.

جدول رقم (03-09): معدل التغطية حسب المنطقة الصحية سنة 2013

المنشآت	منطقة الوسط	منطقة الغرب	منطقة الشرق	منطقة الجنوب الشرقي	منطقة الجنوب الغربي
Nombre de CHU	7	3	4	0	0
Habitants pour un CHU	1776541,3	2955604	2515654,5	0	0
Nombre lits CHU	5386	3756	4112	0	0
Habitants pour un lit CHU	2308,9	2360,7	2447,1	0	0
Nombre EH	0	2	3	0	0
Habitants pour un EH	0	4433406	3354206	0	0
Nombre de lits EH	0	410	439	0	0
Habitants pour un lits EH	0	21626,4	22921,7	0	0
Nombre EHS	20	21	20	1	7
Habitants pour 1 EHS	621789,5	422229,1	503130,9	3427314	190306,4
Nombre lits EHS	4248	3018	2772	150	764
Habitants pour 1 lit EHS	2927,4	2937,9	3630,1	22848,8	1743,6
Nombre EPH	55	35	66	25	14
Habitant pour un EPH	226105,3	253337,5	152463,9	137092,5	95153,2
Nombre lits EPH	11234	7833	10841	5911	2337
Habitants pour 1 lits EPH	1106,9	1131,9	928,2	579,8	570
Nombre EPSP	66	56	76	50	23
Nombre polyclinique	365	258	350	115	43
Habitants pour 1 polyclinique	34070,6	34367,5	28750,3	29802,7	30980,1
Nombre lits urgence polyclinique	1038	662	880	445	289
Habitants pour 1 lit urgence polyclinique	11980,5	13393,9	11434,8	7701,8	4609,5
Nombre maternité	105	110	110	46	38
Habitants pour 1 maternité	118436,1	80607,4	91478,3	74506,8	35056,4
Nombre lits maternité	800	885	842	278	191
Habitants pour lits 1 maternité	15544,7	10018,9	11950,8	12328,5	6974,6
Nombre salles de soins	1483	1422	1751	538	351
Habitants pour 1 une salle de soins	8385,6	6235,4	5746,8	6370,5	3795,3
Nombre Cabinets médicaux privés	8470	3904	5522	978	240
Habitants pour a cabinets privés	1468,2	2271,2	1822,3	3504,4	5550,6
Nombre Cliniques privées	181	78	117	20	2
Habitants pour 1 clinique privée	68706	113677,1	86005,3	171365,7	666072,5

Source: MEKALT Khoukhaet Brahamia Brahim, **Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement**, conférence RR, Bejaia 2015, P10.

يلاحظ من الجدول أعلاه تواجد أكبر نسبة تغطية للسكان بمركز استشفائي ومؤسسة استشفائية في منطقة الغرب مع تسجيل غياب التغطية في المنطقة الجنوب. بحيث بلغ تعداد السكان لكل مركز استشفائي 2955604 في منطقة الغرب. وبمعدل تغطية في المؤسسات الاستشفائية 4433406 ساكن لكل مؤسسة استشفائية، في حين يسجل توزيع متنسق للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية على المناطق الصحية. وما يمكن ملاحظته هو اعتماد السكان في منطقة الجنوب على القطاع الخاص لتلقي الرعاية الصحية.

رغم أن 80% من السكان في الجزائر يعيشون في الشمال مما يؤثر على معدلات التغطية بارتفاعها رغم وجود أعداد معتبرة من المنشآت الصحية، فبالنظر إلى معدلات التغطية في المراكز الاستشفائية الجامعية والمؤسسات الاستشفائية يلاحظ أنها مرتفعة مع غياب كلي في منطقة الجنوب، هذا

النقص وعدم الكفاية يؤثر على آجال الانتظار سواء للفحوصات أو التدخلات الجراحية (شهرين إضافيين)، مما يؤدي إلى تفضيل المصحات الخاصة من قبل الطبقات الميسورة الحال من السكان. بالإضافة إلى ذلك المؤسسات المكلفة بالتكفل بالأمراض الحرجة والتي تستوجب الرعاية المتخصصة مثل (السرطان، الزهايمر، السكري، الايدز) قليلة جدا بحيث يوجد مركز واحد للتكفل بمرضى الزهايمر على مستوى البلدية، بلغ عدد مراكز مكافحة السرطان 14 مركزا بـ 1820 سريرا حيث 70% منها متواجدة في الشمال مع تواجد دار واحدة متخصصة لمرضى السكري في مستغانم، و منشأة متخصصة في أمراض القلب في العاصمة، بلغ عدد مراكز تصفية الكلى 15 مركزا، مراكز معالجة الايدز بلغ عددها ثمانية مراكز، ورغم أن الجزائر تشهد زيادة في هذه الأمراض في العشر سنوات الأخيرة إلا أن الاستثمار في منشآت ملائمة وذات جودة للتكفل بهذه الأمراض يبقى ضعيفا.¹

كما تستحوذ العاصمة على 55% من الهياكل الصحية، في حين لا يتعدى ذلك في الشرق نسبة 22%، الغرب بنسبة 20%، بينما الجنوب الشرقي بنسبة 2% والجنوب الغربي 1%.²

مما سبق يستنتج أنه رغم تواجد أعداد معتبرة من الهياكل الصحية على مستوى القطاع الصحي إلا أنها تشهد سوءا في توزيع المؤسسات الصحية.

2. المعدات والتجهيزات في المنشآت الصحية:

يوضح الجدول التالي وضعية العتاد الطبي في المنشآت الصحية من حيث العدد والأعطال المسجلة كما يلي:

جدول رقم (03-10): وضعية العتاد الطبي في المنشآت الصحية

	Techniques Opératoires		Stérilisation et Désinfection		Exploration Fonctionnelle		Imagerie Médicale		Anesthésie Soins Intensifs		Total	
	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P
CHU.EHU	1278	106	757	56	908	90	522	62	5024	348	8489	662
EH.EPH	1895	116	2036	320	2423	362	1502	157	7119	944	14975	1899
EHS	421	17	475	54	309	40	312	34	2167	166	3684	311
Total	3594	239	3268	430	3640	492	2336	253	14310	1458	27148	2872

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على: "Annuaire statistique "Santé en chiffres 2014", Direction des études et de la planification, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Edition Janvier 2016, Algérie.

¹ Khoukha MEKALT, Brahim BRAHAMIA, op.cit, P11-12.

² إلياس بومعراف، عمار عماري، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، in مجلة الباحث، عدد 07، الجزائر، 2009-2010، ص 33.

من الجدول السابق يلاحظ تركز العتاد في المؤسسات الاستشفائية والمؤسسات الاستشفائية العمومية بنسبة 14975 (55.16%)، تليها المراكز الاستشفائية الجامعية بنسبة 8489 (31.26%)، والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة بنسبة 13.57%، في حين بلغت نسبة الأعطال على مستوى المؤسسات الاستشفائية والمؤسسات الاستشفائية العمومية نسبة 66.12% من مجموع الأعطال، تليها المراكز الاستشفائية الجامعية بنسبة 23.05% من النسبة الاجمالية للأعطال، والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة بنسبة 10.82% من النسبة الاجمالية للأعطال، في حين سجلت أعلى نسبة أعطال في المؤسسات الاستشفائية والمؤسسات الاستشفائية العمومية بنسبة 12.68% من مجموع العتاد المتواجد فيها، تليها المراكز الاستشفائية الجامعية بنسبة 10.57% من مجموع العتاد المتواجد فيها، تليها المؤسسات الاستشفائية المتخصصة بنسبة 8.44% من مجموع العتاد المتواجد فيها. وقد بلغت نسبة الأعطال على مستوى المنشآت الصحية 10.57% من المجموع الوطني.

سجلت أعلى نسبة أعطال في exploration fonctionnelle بنسبة 13.51%، تليها أجهزة التعقيم والتطهير بنسبة 13.15%، تليها كل من عتاد وحدة العناية المركزة والتخدير بنسبة 10.83% وعتاد الأشعة الطبية بنسبة 10.51%، في حين بلغت نسبة الأعطال في تجهيزات العمليات 6.64%.

3. الموارد البشرية في المنشآت الصحية:

جدول رقم (03-11): توزيع الأطباء والصيادلة على مختلف المنشآت الصحية القطاع العمومي، القطاع الخاص

	طبيب مختص			طبيب عام			طبيب أسنان			صيدي			المجموع		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
2013															
EH/EPH	2546	2982	5528	2160	3558	5718	69	179	248	102	228	330	4877	6947	11824
CHU.EHU	647	1326	1973	301	789	1090	21	76	97	17	112	129	986	2303	3289
EHS	431	852	1283	186	588	774	14	35	49	20	81	101	651	1556	2207
EPSP	320	1058	1378	5758	9360	15118	1779	4517	6296	128	266	394	7985	15201	23189
Total	3944	6218	10162	8405	14295	22700	1883	4807	6690	267	687	954	14499	26007	40509
Privé	2955	5909	8864	3046	3412	6458	1839	3602	5441	3286	5891	9177	11126	18814	29940
Total	6899	12127	19026	11451	17707	29158	3722	8409	12131	3553	6578	10131	25625	44821	70449
2014															
EH/EPH	3169	3864	7033	2166	4035	6201	66	177	243	132	325	457	5533	8401	13934
CHU.EHU	684	1502	2186	292	827	1119	22	74	96	21	122	143	1019	2525	3544
EHS	507	1007	1514	200	659	859	15	40	55	27	119	146	749	1825	2574
EPSP	366	1292	1658	5841	10225	16066	1713	4829	6542	161	337	498	8081	16683	24764
Total	4726	7665	12391	8499	15746	24245	1816	5120	6936	341	903	1244	15382	29434	44816
Privé	...	...	10116	...	...	6654	...	...	5928	...	...	9794	...	...	32492
Total	...	...	22507	...	...	30899	...	...	12864	...	...	11038	...	...	77308

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على:

MEKALT Koukhaet Brahamia Brahim, **Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement**, conférence RR, Bejaia 2015, P11.

Annuaire statistique "Santé en chiffres 2014", Direction des études et de la planification, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Edition Janvier 2016, Algérie, P115,306-307, 343, 427.

يتضح من الجدول السابق أن 58% من الأطباء والصيدالدة متواجدون في القطاع العام بحيث يتواجد 32.03% منهم في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية وذلك سنة 2014 بعدما كانت 32.92% سنة 2013، تليها نسبة 18.02% في المؤسسات الاستشفائية والمؤسسات الاستشفائية العمومية، تليها المراكز الاستشفائية الجامعية بنسبة 4.85%، والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة بنسبة 3.33%. كما يلاحظ تركز الأطباء المختصين في المؤسسات الاستشفائية والمؤسسات الاستشفائية العمومية وتليها المراكز الاستشفائية الجامعية في حين يتركز الأطباء العاميين في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

بلغت نسبة أطباء الأسنان العاملين في القطاع العمومي 53.92% من المجموع الكلي لعدد أطباء الأسنان، في حين بلغ العدد في القطاع الخاص 5928 طبيب أسنان بنسبة 46.08%. أما بالنسبة للصيدالدة فقد بلغت نسبة الصيدالدة في القطاع العمومي 11.27% في حين بلغ العدد في القطاع الخاص 11038 بنسبة 88.73% من مجموع الصيدالدة.

بالإضافة إلى ما سبق ما يسجل أن أغلبية العاملين الطبيين متواجدون ومتمركزون في الشمال بنسبة 90% ويقل كلما تم التوجه نحو الجنوب بالأخص الأطباء المختصون، حيث أظهرت إحصائيات وزارة الصحة أن 35% من المنشآت العمومية المتواجدة في الجنوب لا يتوفر فيها طبيب مختص وهذا النقص يتم تبريره بتهرب الأطباء من العمل في الجنوب بسبب الظروف المناخية الصعبة من جهة، والبحث عن المردودية التي يوفرها القطاع الخاص في الشمال من جهة أخرى.¹

جدول رقم (03-12): كثافة القوى العاملة في كل من الجزائر، تونس، المغرب

	Density of health workforce (per 10 000 population)				Density of health infrastructure and technologies		Density of health infrastructure and technologies		
	Physicians	Nursing and midwifery personnel	Dentistry personnel	Pharmaceutical personnel	Hospitals (per 100 000 population)	Psychiatric beds e (per 100 000 population)	Computed tomography units f (per million population)	Radiotherapy units f (per million population)	Mammography units f (per million females aged 50-69 years)
	2013-2007				2013	2014	2013	2013	2013
الجزائر	21.1	19.5	3.3	11.5	...	10.7	...	0.4	...
تونس	12.2	32.8	2.9	3.0	2.3	10.7	8.9	1.6	22.6
المغرب	6.2	8.9	0.8	2.7	...	6.3	1.2	0.4	18.5
العالم	13.9	28.6	2.8	4.5	...	22.9	...	1.8	...

Source: World Health Statistics reports, World health organization, , Italy, 2015.

¹ Khoukha MEKALT, Brahim BRAHAMIA, op.cit, P11.

يتضح من الجداول السابقة ما يلي:

- بلغت كثافة القوة العاملة الصحية لكل 10.000 من السكان بالنسبة للأطباء 6.2 في المغرب تليها 12.2 في تونس و 21.1 في الجزائر في حين بلغ المعدل العالمي 13.9 وذلك في الفترة 2007-2013. بلغ المعدل العالمي للعاملين في التمريض والقبالة 28.6، حيث بلغ 8.9 في المغرب، تليها الجزائر 19.5 و 32.8 في تونس.

- بلغ المعدل العالمي للتغطية بالعاملين في طب الأسنان 2.8 لكل 10.000 ساكن بحيث بلغ المعدل في المغرب 0.8، تليها تونس 2.9، والجزائر 3.3.

- بلغ المعدل العالمي للتغطية للصيادلة 4.5 في حين بلغ المعدل في المغرب 2.7، تليها تونس 3.0، في حين بلغ معدل الكثافة في الجزائر 11.5.

وقد بلغ عدد السكان لكل طبيب 941 سنة 2000 لتصل إلى 640 ساكن لكل طبيب سنة 2010 في حين بلغ عدد السكان لكل طبيب مختص 2000 سنة 2013 و 1980 ساكن لكل طبيب من نفس السنة.¹

بالنسبة لعدد السكان لكل صيدلي فقد بلغ 3962 سنة 2010 في حين بلغ 6318 سنة 2000، و 4314 سنة 2008، و 3750 سنة 2013.²

بلغ عدد السكان لكل طبيب أسنان 3093 لكل جراح أسنان سنة 2010 بعدما كان 3167 سنة 2009 و 3093 سنة 2008، في حين بلغ 3100 سنة 2013.³

يتضح مما سبق أن هناك تحسن في معدلات التغطية لكل من الأطباء، الصيدالة، وأطباء الأسنان إلا أنها لا تزال غير كافية بالمقارنة مع تونس والمغرب.

يوضح الجدول رقم (03-13) توزيع الطاقم الشبه الطبي، التقني، والإداري في المنشآت الصحية لسنة 2014.

¹ Khoukha MEKALT, Brahim BRAHAMIA, op.cit, P11.

² Ibid, P11.

³ Ibid, P11-12.

جدول رقم (03-13): توزيع الطاقم الشبه الطبي، التقني، والاداري في المنشآت الصحية

	Diplômés d'Etat			Brevetés			Aides Paramédicaux			Total Général		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
CHU. EHU	4595	7641	12236	447	560	1007	738	2030	2768	5780	10231	16011
EH.EPH	14401	18616	33017	2002	1402	3404	2744	4761	7505	19147	24779	43926
EHS	2498	5969	8467	111	184	295	480	1434	1914	3089	7587	10676
EPSP	12824	20849	33673	1673	1445	3118	4888	7733	12621	19385	30027	49412
Total	34318	53075	87393	4233	3591	7824	8850	15958	24808	47401	72624	120025
	Administratifs			Techniques			Services			Total Général		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
CHU.EHU	1162	1888	3050	329	703	1032	5355	2718	8073	6846	5309	12155
EH.EPH	3645	4182	7827	970	1479	2449	8571	3693	12264	13186	9354	22540
EHS	1008	1379	2387	217	453	670	2842	1319	4161	4067	3151	7218
EPSP	2999	3810	6809	622	1002	1624	9972	3986	13958	13593	8798	22391
Total	8814	11259	20073	2138	3637	5775	26740	11716	38456	37692	26612	64304

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على: "Annuaire statistique "Santé en chiffres 2014", Direction des études et de la planification, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Edition Janvier 2016, Algérie.

يتضح من الجدول أعلاه أن نسبة 72.81% من الطاقم الشبه الطبي يحمل دبلوم دولة مع تمركزها في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية. وقد بلغت نسبة العاملين في الخدمات 59.8% من المجموع الإجمالي، تليها نسبة 31.22% للطاقم الاداري، ونسبة 8.98% للطاقم التقني.

المطلب الثاني: التغطية بالخدمات الصحية والنقائص التي تواجهها في الجزائر.

سيتم عرض أهم النتائج التي حققها النظام الصحي الجزائري في مؤشرات التغطية بالخدمات الصحية، معدل الحياة والوفيات وعبء المرض، مع عرض لأهم النقائص التي يواجهها النظام الصحي في تقديم الخدمات الصحية.

أولاً: التغطية بالخدمات الصحية.

يوضح الجدول رقم (03-14) النتائج التي سجلتها كل من الجزائر، تونس، والمغرب في مؤشر

التغطية بالخدمات الصحية وذلك سنة 2013 حسب المنظمة العالمية للصحة.

جدول رقم (03-14): التغطية بالخدمات الصحية

	معدل انتشار وسائل منع الحمل (%)	التغطية بخدمات الرعاية في فترة الحمل (%)		الولادات بإشراف عاملين صحيين ماهرين (%)	الولادات بعملية قيصرية (%)	المواليد المحصنون عند الميلاد من الكزاز الوليدي (%)	التغطية التمنيعية بين الأطفال في السنة الأولى من العمر (%)			
		4 زيارات على الأقل	زيارة واحدة على الأقل				الجرعة الثالثة من لقاح التهاب الكبد B HepB3	الجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي DTP3	الجرعة الثالثة من لقاح التهاب الكبد B HepB3	الجرعة الثالثة من لقاح المستدمية النزلية من النمط B Hib3
2007-2014										
	61	93	68	97	16					
تونس	63	84	85	74	27	96	94	98	98	98
المغرب	67	77	55	74	16	89	99	99	99	99
العالم	64	83	64	74	17	82	84	84	81	52
2013				...	...	90	95	95	95	95
2012				95	...	90	95	95	95	95
2011				95	...	90	95	95	95	95
2010				95	...	90	95	95	95	95
2009				...	...	71	88	93	91	93
2008				95	...	71	88	93	91	93
2000				...	...	64	80	86	...	...
1990				77	...	75	83	89	...	...

Source: World Health Statistics reports, World health organization, Italy, 2010-2015.

يلاحظ من الجدول السابق مايلي:

- حققت كل من الجزائر، تونس، والمغرب مستويات عالية في مجال التغطية التمنيعية * بين الأطفال في السنة الأولى من العمر بحيث استقرت النسبة في 95% في السنوات (2010، 2011)، (2012، 2013) في الجزائر بعدما كانت في سنتي 2009 و 2008 88.8%، وبلغت في المغرب نسبة 99% وتونس نسبة 98% في مختلف الجرعات و94% في الحصبة، في حين بلغ المعدل العالمي 84% في مجال الحصبة، 84% في الجرعة الثالثة من اللقاح الثلاثي، 81% في الجرعة الثالثة من لقاح التهاب الكبد B، و52% في الجرعة الثالثة من لقاح المستدمية النزلية من النمط B وذلك سنة 2013.

- فيما يخص المواليد المحصنين عند الميلاد من الكزاز الوليدي فقد سجل استقرار في الفترة 2010-2013 بنسبة تغطية 90% في حين كانت 71% لكل من سنتي 2009 و 2008، و64% سنة 2000، في حين بلغت النسبة في المغرب 89%، و96% في تونس، وبلغت النسبة العالمية 82% وذلك سنة 2013.

* تحسب مؤشرات التغطية بقسمة عدد الأشخاص الذين يتلقون تدبيرا علاجيا معينا على عدد المستحقين أو المحتاجين لهذا التدبير العلاجي.

- بالنسبة لمعدل انتشار وسائل منع الحمل فقد بلغت النسبة 67% في الفترة 2007-2014 في المغرب، تليها تونس بنسبة 63%، والجزائر بنسبة 61% في حين بلغت النسبة العالمية 64%. أما فيما يخص التغطية بخدمات الرعاية في فترة الحمل بزيارة واحدة على الأقل فقد بلغت النسبة 93% في الجزائر، تليها تونس بنسبة 94%، والمغرب بنسبة 77%، في حين بلغت النسبة العالمية 83%.

- بلغت نسبة الولادات بإشراف عاملين صحيين ماهرين 97% في الجزائر وذلك في الفترة 2007-2014، تليها كل من تونس والمغرب بنسبة 74% وكذا سجلت ذات النسبة عالميا. في حين بلغت نسبة الولادات بعملية قيصرية في نفس الفترة 16% في كل من الجزائر والمغرب، تليها نسبة 27% في تونس، في حين بلغت النسبة العالمية 17%.

- بلغت نسبة المواليد المحصنين عند الميلاد من الكزاز الوليدي 96% في تونس سنة 2013، تليها الجزائر بنسبة 90%، والمغرب بنسبة 89% في حين بلغت النسبة العالمية 82%.

- بلغت نسبة انتشار سوء التغذية بين الأطفال، وتوقف النمو تحت سن 5 سنوات في الفترة 2008-2014 في تونس نسبة 10.1%، تليها الجزائر بنسبة 11.7%، والمغرب بنسبة 14.9%، في حين بلغت النسبة في العالم العربي 17.2% والنسبة العالمية 23.8%¹.

ثانيا: معدل الحياة والوفيات وعبء المرض.

قبل التطرق إلى اتجاه الوفاة في الجزائر، يتوجب الوقوف عند تطور معدل النمو الطبيعي انطلاقا من حساب معدل الولادة الإجمالي ومعدل الوفاة الإجمالي، ويوضح الجدول التالي تطور معدل مأمول العمر لكل من الجزائر وذلك في الفترة الممتدة من 1990 إلى سنة 2014، بالإضافة إلى تونس، المغرب، والمعدل العالمي سنة 2013 وذلك حسب المنظمة العالمية للصحة.

¹ World development indicators report, World bank group, 2016, P70-72.

جدول رقم (03-15): تطور معدل مأمول العمر

	مأمول العمر عند الولادة (بالسنوات)			مأمول العمر عند سن 60 (بالسنوات)		
	كلا الجنسين	ذكور	إناث	كلا الجنسين	ذكور	إناث
1990	66.9	66.3	67.3	17	16	18
2000	72.5	71.5	73.4	...	...	...
2008	75.6	74.8	76.4	...	...	...
2009	75.5	74.7	76.3	19	18	20
2010	76.3	75.6	77	...	...	...
2011	76.5	75.6	77.4	19	18	20
2012	76.4	75.8	77.1	18	17	19
2013	77	75.5	77.6	18	17	19
2014	77.2	76.6	77.8	...	...	...
تونس	76	74	78	21	20	22
المغرب	71	69	73	18	17	19
العالمي	71	68	73	20	19	22

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على:

Office National des statistiques, www.ons.dz/santé

World Health Statistics reports, World health organization, Italy, 2010-2015.

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- بلغ مأمول العمر عند الولادة في الجزائر 77.2 سنة لكلا الجنسين سنة 2014 في حيث بلغ عند الإناث 77.8 وعند الذكور 76.6 سنة، وقد بلغ 72.5 سنة 2000 لكلا الجنسين حيث بلغ عند الإناث 73.4 و 71.5 عند الذكور، بلغ 77 سنة 2013 لكلا الجنسين، و 76 سنة في تونس حيث (الإناث 78، الذكور 74)، وفي المغرب 71 سنة لكلا الجنسين بحيث (الإناث 73، الذكور 69)، وقد بلغ المعدل العالمي 71 سنة لكلا الجنسين بحيث (الإناث 73، الذكور 68)، وذلك بسبب المساعي الرامية لتحسين مستوى الصحة بالمقارنة مع المؤشر العالمي.

- بلغ مأمول العمر عند سن 60 في الجزائر سنة 2013 القيمة 18 سنة حيث (الإناث 19، الذكور 17)، بعدما كانت 19 سنة 2009 و 2011، في حين بلغ في تونس 21 سنة بحيث (الإناث 22، الذكور 20)، و 18 سنة في المغرب بحيث (الإناث 19، الذكور 17)، وبلغ المعدل العالمي 20 سنة بحيث (الإناث 22 سنة، الذكور 19).

كما يمكن توضيح معدلات الوفيات والمواليد في كل من الجزائر، تونس، المغرب، والمؤشر العالمي في الجدول رقم (03-16).

جدول رقم(03-16): معدلات الوفيات والمواليد

معدل المواليد أموات (%)	عدد المواليد أموات	مأمول العمر مع التمتع بالصحة عند الميلاد (بالسنوات)	مأمول العمر عند الميلاد (لكل 1000 مولود حي)	عدد وفيات الرضع	معدل وفيات الرضع (احتمال الوفاة قبل سن 1 سنة لكل 1000 مولود حي)(%)			معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (احتمال الوفاة قبل بلوغ سن ال 5 سنوات لكل 1000 مولود حي)			معدل وفيات البالغين (احتمال الوفاة بين سن 15 و 60 سنة لكل 1000 نسمة)		
					إناث	ذكور	كلا الجنسين	إناث	ذكور	كلا الجنسين	ذكور	إناث	
13.5	15077	66	22282	20.4	23.5	22	23.9	27.1	25.6	...	...	2014
...	...	61	...	...	...	13.1	...	...	15.2	130	69	تونس
...	...	62	...	...	...	26.1	...	...	30.4	170	121	المغرب
...	...	62	...	...	...	33.6	...	...	45.6	182	121	العالمي
14.2	15009	62	21586	21.2	23.6	22.4	24.9	27.3	26.12	164	121	2013	
14.9	15795	62	22088	21.2	23.9	22.6	24.7	27.3	26.1	165	122	2012	
15.4	15480	...	21055	21.6	24.6	23.1	25.2	28.3	26.8	123	100	2011	
16.7	16444	...	21046	22.2	25.2	23.7	26.0	29.0	27.5	...	...	2010
17.2	15937	...	21076	22.9	26.6	24.8	27.1	30.8	29.0	135	105	2009	
18.4	16588	...	20793	23.9	26.9	25.5	27.8	31.4	29.7	144	199	2008	
22.8	14891	...	21072	35.3	38.4	36.9	41.3	44.8	43.0	175	131	2000	
19.1	16691	...	36270	45.8	49.2	46.8	54.7	58.2	55.7	199	152	1990	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على:

World Health Statistics reports, World health organization, Italy, 2010-2014

تقرير ديمغرافيا الجزائر (السكان) 2014، صادر عن الديوان الوطني للإحصائيات.

يلاحظ من الجدول السابق أن معدل وفيات البالغين في الجزائر قد شهد انخفاضا في السنوات 2008، 2009، و 2011 لكلا الجنسين في حين أنه عاد إلى الارتفاع سنة 2012 و 2013 وقد بلغت القيمة عند الإناث في كل من الجزائر والمغرب 121 وتونس 69، أما عند الذكور فقد بلغت القيمة في المغرب 170، الجزائر 164 وتونس 130.

شهد معدل وفيات الأطفال دون الخامسة انخفاضا مستمر منذ سنة 1990 بحيث بلغ سنة 2013 26.12، في حين بلغت النسبة في تنوس 15.2 وفي المغرب 30.4.

بالمقارنة مع كل من تونس والمغرب والمؤشر العالمي يلاحظ أن مأمول العمر مع التمتع بالصحة عند الميلاد بالسنوات سنة 2013 بلغ 61 في المغرب تليها تونس ب 66، والجزائر ب 62 في حين بلغ المعدل العالمي 62. أما فيما يخص معدل المواليد الأموات لكلا الجنسين فقد بلغت النسبة في تونس 9.0% تليها الجزائر بنسبة 15.4%، والمغرب بنسبة 17.9%، في حين بلغت النسبة العالمية 20.0%

وذلك في سنة 2013. وقد بلغت سنة 2015 في كل من تونس 8%، الجزائر 15.5%، المغرب 18% في حين بلغ المعدل العالمي 19.2% والعربي 18%¹.

غير أن هذه المؤشرات لا تكفي لوصف ومقارنة الحالة الصحية لمختلف الشرائح السكانية على نحو كامل خصوصا فيما يتعلق بالحالة الصحية خلال الحياة، وبالرغم من ارتفاع معدل الأمل في الحياة إلا أنه يبقى بعيدا عن المستويات المحققة من طرف العديد من الدول فالجزائر تحتل المرتبة 84 حسب ترتيب المنظمة العالمية للصحة. كما أن التحسن في معدل الأمل في الحياة لن يغطي على الانتشار الواسع للأمراض سواء المتنتقلة أو غير المتنتقلة. فأمراض السكري وارتفاع ضغط الدم والسرطان لا تزال تمثل أهم أسباب الوفاة في الجزائر، وبالنظر للتنمية الصحية الوطنية حسب المنظمة العالمية للصحة، يلاحظ أنها متدنية.

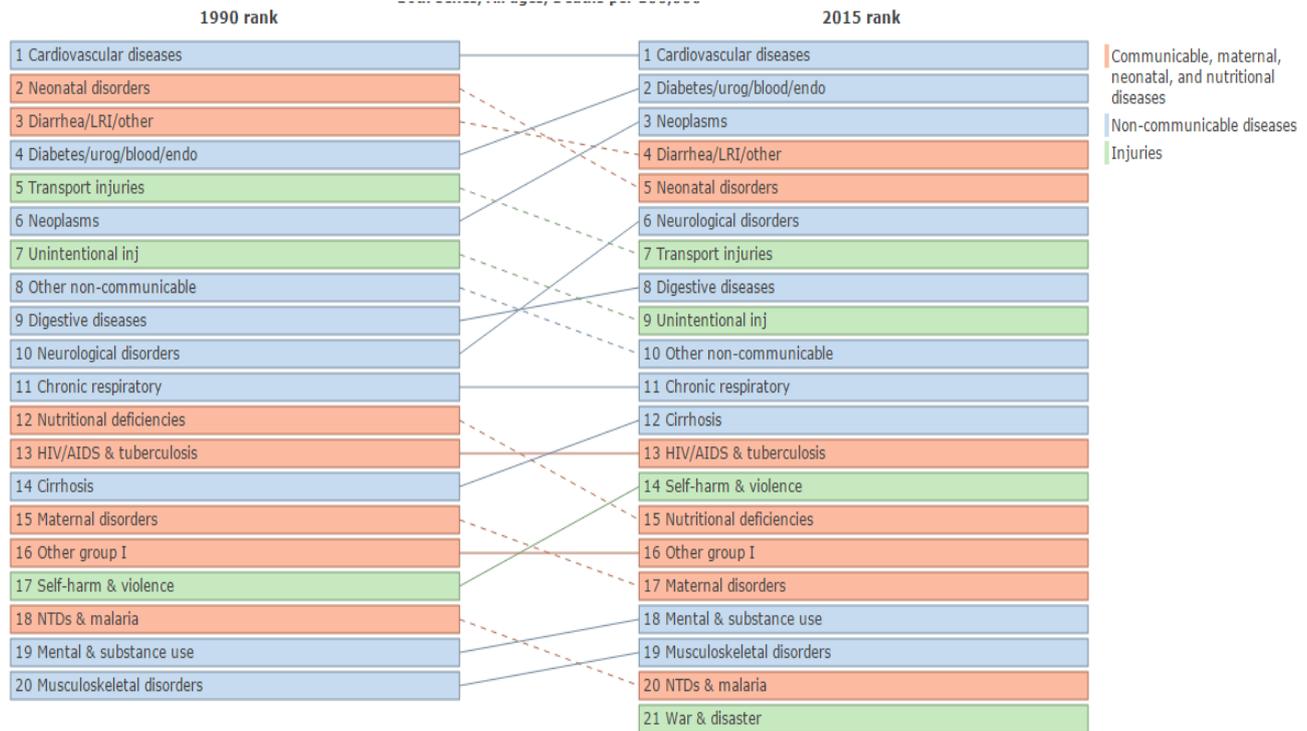
قد احتلت الجزائر المرتبة 45 حسب المستوى الصحي والمرتبة 81 حسب ترتيب أداء النظام الصحي، وهذا ما يدل على أن المستوى الصحي للجزائريين غير مرتبط بالقطاع الصحي فقط بل هناك جوانب أخرى منها الجوانب الاقتصادية، البيئية، التغذية، التعليم، التشغيل والإسكان وغيرها من القطاعات ذات العلاقة بحياة الأفراد.²

يوضح الشكل رقم (03-05) ترتيب أهم أسباب الوفيات في الجزائر لكل 100.000 نسمة مقارنة بين سنتي 1990 و 2015.

¹ World bank indicators, <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>

² إلياس بومعروف، عمار عماري، مرجع سابق، ص 35.

شكل رقم (03-05): ترتيب أهم أسباب الوفيات في الجزائر لكل 100.000 نسمة (مقارنة سنة 1990-2015)



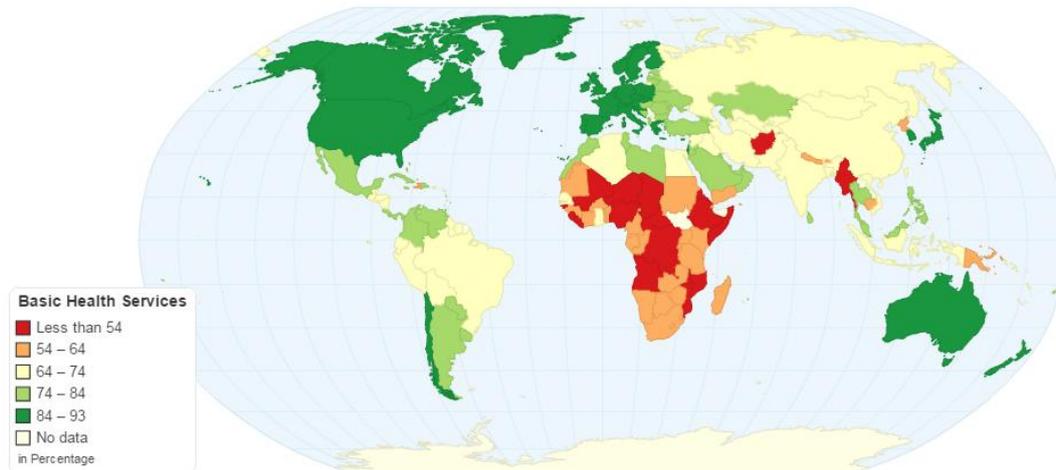
Source: GBD compare, Viz hub, Insitute for health metrics and evaluation

<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, consulté le 15/09/2016.

يتضح من الشكل السابق أن هناك تغير وبائي في طبيعة الأمراض المسببة للوفيات في الجزائر منذ سنة 1990 إلى سنة 2015 وعودة الأمراض غير المعدية حيث احتلت المراتب الثلاثة الأولى، ولقد حافظت أمراض القلب على الصدارة في الترتيب كأهم سبب للوفيات، يليها مرض السكري في المرتبة الثانية سنة 2015 بعدما كان في المرتبة الرابعة سنة 1990، مع تسجيل تراجع أمراض حديثي الولادة التي كانت تحتل المرتبة الثانية والثالثة سنة 1990 إلى المرتبة الرابعة والخامسة سنة 2015، تليها في المرتبة السادسة الاضطرابات العصبية بعدما كانت في المرتبة العاشرة سنة 1990، سجل تراجع لاصابات حوادث المرور إلى المرتبة السابعة سنة 2015 بعدما كانت في المرتبة الخامسة سنة 1990، احتلت أمراض الجهاز الهضمي المرتبة الثامنة سنة 2015 بعدما كانت في المرتبة التاسعة سنة 1990.

يوضح الشكل رقم (03-06) الخدمات الأساسية حسب الدولة سنة 2016، والتي يتم تعريفها على أنها الخدمات الأساسية المقدمة من قبل موظفي الرعاية الصحية الأساسية، والمتمثلة في الرعاية الصحية الشاملة وتطوير صحة المجتمع المعتمدة على كل من إتاحة وإمكانية الحصول على الخدمة الصحية الأساسية وجودة هذه الخدمة. والخدمات الصحية الأساسية هي خدمات مدرجة في الخدمات الصحية أين يتم تقديم مفهوم ادخال أنشطة مراقبة الأمراض في الخدمات الصحية العامة.

شكل رقم (03-06): الخدمات الصحية الأساسية حسب الدولة سنة 2016



Source: Essential Health care, <http://chartsbin.com/graph/health>, consulté le 03/09/2016.

لقد سجلت كل من الجزائر، تونس، والمغرب القيم التالية بحيث بلغ تعداد السكان الذين يتحصلون على خدمات صحية أساسية في تونس سنة 2015 العدد 8 مليون نسمة بنسبة 77%، تليها المغرب بتعداد 23 مليون نسمة بنسبة تغطية بلغت 76%، في حين بلغ العدد في الجزائر 23 مليون نسمة بنسبة 74%.

رغم هذه الأرقام والإنجازات والمجهودات المبذولة من قبل الوزارة الوصية بهدف إصلاح القطاع الصحي والنتائج الجيدة التي حققها قطاع الصحة من تحسن ملحوظ في تعداد الموارد البشرية، المنشآت الصحية، التجهيزات، وجودة الخدمات الصحية، إلا أنه لم يتم تطبيق الإصلاحات بصفة شاملة وهناك عدم رضا من قبل العمال الصحيين والمواطنين والرأي العام بالإضافة إلى أن التحديات التنظيمية لا تزال عائقا أمام التنفيذ الجيد للإصلاح والمرتبطة بضعف ملائمة البنى التحتية مع التوجه الاقتصادي والوبائي الحديث للجزائر. ومن بين أهم الانتقادات الموجهة للنظام الوطني للصحة ما يلي:¹

- عدم رضا المواطن اتجاه نظام العلاج، طرق تسييره وتنظيمه، جودته وفعاليتها؛
- توجيه انتقادات نحو النظام الوطني الصحي من قبل المختصين حول قدرته على التكيف مع النمو الديموغرافي، التغير الوبائي، والظروف الاجتماعية والاقتصادية للجزائر؛
- يشهد القطاع توزيعا غير عادل لعرض العلاج بالإضافة إلى ارتفاع التكاليف الصحية؛
- يواجه القطاع العمومي صعوبات وتحديات للتأقلم مع التغير الوبائي الحالي وغياب للعقلانية والمرونة في إتاحة العلاج للمواطنين يكون ذو جودة وبأقل تكلفة؛

¹ L.Chachoua, op.cit, P 15-17.

– عدم رضا المختصين الصحيين، المسيرين الصحيين، وكذا المستعملين رغم الجهود المبذولة والمعتبرة خاصة في مجال تمويل القطاع الصحي.

لذا يتوجب من أجل إنجاح الإصلاح أن تتوفر ظروف معينة يذكر منها:¹

– رغبة والتزام الجهات الحكومية؛

– أن يكون نص الإصلاح بالتراضي وتشارك فيه مختلف الجهات (إشراك مجموع المختصين)، مع اقتراحات مجدية وقابلة للتطبيق؛

– وجود عدد كاف من المختصين الصحيين الذين يملكون الحافز والرغبة مع تواجدهم في ظروف تسمح لهم بتطبيق الإصلاح؛

– التمويل الكافي؛

– وجود أساس جيد للإدارة (قوانين، ونصوص تنفيذية).

وقد تم في جانفي 2014 وضع خطة عمل لإنعاش قطاع الصحة، والذي تم تدعيمها بمشروع قانون صحي والذي لم يعد من الممكن تحقيق حلول دائمة دونهما أو التوجه نحو الجودة. يمكن تسجيل الملاحظات التالية:²

– عرف القطاع الصحي التزاما عاليا من وزارة الصحة لتحسين الوضعية الصحية والوضعية العامة للمؤسسات الصحية؛

– المنشآت والموارد البشرية والمادية الصحية على المستوى الكلي عرفت زيادة مستمرة؛

– المعايير الجديدة التي تم اعتمادها منذ سنة 2013 بدأت تعطي صورة مغايرة عن القطاع.

الجهاز الحكومي الصحي للوزارة المعنية، مديريات الصحة، إدارات المؤسسات الصحية في حركة ديناميكية تسمح للقطاع الصحي بضمان التكفل الجيد للمواطنين، الوقاية والأمن الصحي، وإرضاء احتياجاتهم الصحية.

¹ Les réformes en santé évolution et perspectives, op.cit, P 105-107.

² Ibid, P 70.

ثالثاً: النقائص التي تواجه الخدمات الصحية في الجزائر.

تعاني الخدمات الصحية في الجزائر من العديد من النقائص يذكر منها:

1. **تدني المستوى الخدماتي للمنظمة الصحية:** يلاحظ أن مشاكل المؤسسات الصحية تتمثل أساساً في كونها متشعبة جداً، من ناحية سوء الاستقبال الذي يؤثر سلباً على صورة المؤسسة وهذا ما يدفع المريض للتوجه إلى القطاع الخاص، بالإضافة إلى سوء التغطية الصحية (من حيث الأكل، النظافة، تعطل الأجهزة الطبية، قلة الاختصاصيين الذين يغادرون إلى القطاع الخاص بسبب قلة المداخل...) ويمكن حصر هذه النتائج فيما يلي:

- انخفاض التكاليف بالطلبات الصحية ضمن الظروف الاجتماعية، الاقتصادية، المالية... مما أثر سلباً على مخطط الصحة، فبالرجوع إلى الحالة الصحية لسنوات السبعينيات في الجزائر تبين عودة "الدفتيريا" بعدما قضي عليه في نهاية السبعينيات وهذا نتيجة لانقطاع التمويل بالتلقيح في بداية التسعينيات؛
- عدم توازن الموارد والوسائل والمناطق الموزعة عليها، مما أفرز معه عدم فعالية الهياكل الصحية، إذا لا يزال تركيز معظم المراكز الصحية في الشمال، وكلما تم الانتقال إلى الجنوب والمناطق الداخلية لا يتم إيجاد تغطية إلا بنسبة 10-15 % حيث تبقى مهمتهم الرئيسية في تحويل المريض نحو الشمال لتبقى بذلك 50% من الهياكل غير عملية؛
- جل الأجهزة معطلة لعدم وجود سياسة صيانة فيها، مما يؤدي إلى انخفاض معدل عمر الأجهزة؛
- انتظار طويل للمريض في قسم الاستعجال، وسوء التكفل والاستقبال؛¹
- يتوجب على قاعات العلاج وعيادة متعددة الخدمات، تغطية احتياجات الوقاية والعلاج القاعدي إلا أنها لا تستجيب دائماً إلى المهام الموكلة لها؛
- تتوجه أعداد كبيرة من السكان نحو المنشآت ذات المستوى العالي EPH, EHS, CHU، ويتم تجاوز المنشآت الأخرى التي تتكفل بالوقاية والعلاج القاعدي؛

¹ عدنان مريزق، عدنان محمد، مرجع سابق، ص 03-04.

- بالنسبة لجودة الخدمات فإن أهم معيار هو رضا المستعملين وكذا توفير العمال الصحيين، وفي ظل المؤسسات الصحية يلاحظ انتشار ظاهرة التغيب، الاستقبال غير الجيد للمستعملين، ومشاكل متعلقة بتوفير المعلومات والاتصال مع المستعملين؛
- انتقال المريض من منشأة صحية إلى أخرى دون أي توجيه واضح وبدون أن يتلقى التكفل المناسب والصحيح؛
- الحملات الوقائية والتحسيسية تكون منعزلة وفردية وليست جزءا من نظام وتنسيق بين مختلف المنشآت والجهات من أجل إنجاحها مما يضعف أثرها؛¹
- تخلي الأطباء المتخصصين خاصة منهم الاستشفائيين الجامعيين عن القطاع العام، الذي يعتبر بمثابة العمود الفقري للنظام الوطني للصحة والتوجه سواء نحو الخارج أو نحو القطاع الخاص، حيث توفر لهم كل الامتيازات خاصة المادية منها، وهذا يؤثر سلبا على مساهمة الهياكل الصحية العمومية، سواء في تقديم العلاج ونوعية الخدمات الصحية، أو في أنشطة التكوين والبحث العلمي.²

2. صعوبة الظروف العملية: إذا ما تم التدقيق ماليا في النتائج الوخيمة التي آلت إليها المؤسسات

الصحية، يمكن تصنيف أهم الأسباب التي أنتجت هذا الفشل في:³

- عدم التحفيز وعدم تقدير كل واحد من أفراد المؤسسة، فالموظف مهما كان تصنيفه ودرجته السلمية بحاجة إلى اعتراف؛
- غياب المشاركة في اتخاذ القرارات التي تهم موظفي المؤسسة؛
- غياب متابعة للقدرات والفعاليات الفردية والجماعية؛
- غياب ثقافة المؤسسة أو عدم توافق نظام القيم، مع عدم وجود ثقة متبادلة بين المسؤول ومؤسسته المستقبلة؛
- جمود الأجهزة التنفيذية وعدم قدرتها على تلبية المطالب التي اتسع حجمها وتغير جوهر احتياجاتها.⁴

¹ L. Abid, op.cit.

² نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 177.

³ عدنان مريزق، عدنان محمد، مرجع سابق، ص 04.

⁴ نفس المرجع، ص 04.

3. ارتفاع مديونية المستشفيات.

4. القطاع الصحي يفتقر في جانبه التنظيمي إلى الفعالية والانسجام بين مختلف وحداته ومصالحه ودرجة أكبر إلى نقص التسيير الاقتصادي وعامل الاحترافية والعلمية المعتمدة على التخطيط المحكم والمراقبة المستمرة عند التنفيذ، فعملية التسيير في غالب الأحيان إما يقوم بها أفراد يفتقدون إلى التكوين الجيد أو يقوم بها أطباء يفتقرون كلية إلى أبجديات وأساليب التسيير والإدارة وذلك بحكم تخصصهم وهذا النقص في التسيير والتنظيم يمكن إرجاعه للأسباب التالية:

- نقائص محاسبية: وهي من الأسباب المؤدية إلى ظهور العيوب التنظيمية، فالجانب المحاسبي يطغى عليه الجانب الإداري أكثر من الاقتصادي، حيث نجد أن السجلات المحاسبية يشرف عليها موظفون عاديون، مهمتهم الأولى هي التدوين المنظم لكل العمليات فقط، دون دراستها وفحصها وذلك من أجل اتخاذ التدابير والإجراءات التصحيحية المناسبة، أو البحث عن آليات تسمح باقتصاد الموارد المتاحة.

- عدم وجود نظام تخطيط متكامل في قطاع الخدمات الصحية نتيجة لسيطرة النمط التقليدي في الإدارة على مستوى القطاع ويعود ذلك للأسباب التالية:

- عدم فعالية نظم التخطيط الحالية في قطاع الخدمات الصحية نتيجة للأسباب التالية:
 - عدم وجود وعي تخطيطي لدى القائمين على إدارة القطاع؛
 - عدم وجود نظام متكامل للمعلومات في هذا القطاع؛
 - عدم وجود الخبرات المتخصصة في مجال التخطيط في هذا القطاع؛
 - عدم دعم الإدارة العليا لهذا القطاع فيما يخص التخطيط.
- غياب تطبيق علمي سليم لمراحل عملية التخطيط، وهذا راجع إلى سببين رئيسيين:
- طبيعة القرار في قطاع الخدمات الصحية في الجزائر، حيث تحكمه إلى حد كبير اتجاهات سياسية وشخصية؛
- عدم وجود الكفاءات القادرة على التخطيط العلمي والسليم وذلك يرجع إلى أن شغل الوظائف التخطيطية أو القيادية يتم على أساس الأقدمية في التعيين وليس وفق الكفاءة والخبرة؛

- غياب الرؤية الاستراتيجية للخدمة الصحية في الجزائر، وعدم التنسيق والتكامل بين جهات تقديم الخدمة الصحية مما ترتب عليه:
 - الخلل الواضح في توزيع الخدمات الصحية على مختلف الولايات ومناطقها المختلفة، ومن ثم حرمت فئات متعددة من الشعب الجزائري من الخدمة الصحية التي تحتاجها؛
 - عدم تحقيق الاستفادة القصوى من الموارد المتاحة لقطاع الخدمات الصحية وسوء توزيعها نظرا لوجود أسرة وطاقت غير مستغلة في بعض المناطق، في الوقت الذي تعاني منه مناطق أخرى من نقص الأسرة والموارد الأخرى اللازمة؛
 - عدم وضوح الأدوار المنوطة بكل جهة من جهات تقديم الخدمة وعدم تحديد هذه الأدوار تحديدا يحقق التكامل فيما بينها ويمنع التداخلات المؤدية في النهاية إلى إهدار الموارد وعدم تحديد المسؤوليات؛
 - عدم قيام وزارة الصحة بدورها التنسيقي بين جهات تقديم الخدمة الصحية.
- عدم وجود قاعدة بيانات صحية وطنية دقيقة يمكن الاعتماد عليها عند تخطيط الخدمات الصحية المختلفة وتوزيع الموارد البشرية والمادية على المناطق الجغرافية حسب حاجة كل منطقة؛
- تقييم الخطط والبرامج إن وجدت لا تتم بطريقة منتظمة؛
- توزيع الأطباء على الوحدات الصحية المختلفة، لا يتم على أساس موضوعي، ومن ثم تكثرت بعض الوحدات الصحية بالأطباء، وخلت أخرى من العدد اللازم من الأطباء لتقديم الخدمة الصحية، مما ترتب عليه قصور الخدمة الصحية المقدمة في هذه الوحدات؛
- تعدد الأجهزة الرقابية التي يخضع لها قطاع الخدمات الصحية في الجزائر وعدم التنسيق بين هذه الأجهزة الرقابية نفسها لتحقيق المصلحة أو الفائدة المرجوة من أدائها؛
- قصور برامج التنقيف الصحي الموجهة لفئات المجتمع المختلفة؛
- ارتفاع مستوى الكثافة السكانية للمناطق المخدومة؛
- صعوبة توافر وسائل الاتصال والمواصلات في بعض المناطق؛
- الإمكانيات البشرية والمادية المتاحة غير مرتبطة بالاحتياجات الحقيقية؛
- قصور نظام المعلومات، فالبيانات المتاحة جزئية وغير شاملة وتتطلب مزيدا من الدقة؛

- على الرغم من تزايد ما تقدمه المستشفيات من خدمات للمواطنين تزايدت في نفس الوقت معدلات الشكاوى منهم تجاه انخفاض كفاءة ما تقدمه هذه المستشفيات من خدمات صحية وهذا ما تؤكدته مؤشرات وسجلات وتقارير الجهات المسؤولة على القطاع.
- مركزية اتخاذ القرارات.¹

من أجل مواجهة هذه النقائص الموجودة في النظام الصحي الجزائري يجب إعادة الاعتبار للمهام الأساسية للمستشفى العمومي لكي يتكفل بالمرضى، والاستجالات، والاستقبال بصفة دائمة، وأن يكون المستشفى متفتحاً، ومفتوحاً على محيطه، إذ أنه ذلك المكان المفضل للبحوث العلمية والطبية والاجتماعية والاقتصادية، وبالتالي فالإصلاحات يجب أن تشمل الاهتمام بالمجالات التالية:²

- الجانب الاقتصادي وهو الأخذ بعين الاعتبار نفقات الصحة من خلال إدارة اقتصاد الصحة إدارة رشيدة وفعالة؛
- الجانب الطبي كالتطورات التكنولوجية وازدياد التخصص من خلال العناية بالجامعة والبحث الطبي؛
- الجانب الاجتماعي كالرعاية الصحية والطبية لكل الفئات التي لها مشكلات في الحياة المجتمعية، بحيث تشمل جميع الأعمار، وتقرب العلاج من المواطنين خاصة في الأرياف والمناطق النائية المحرومة، وإزالة الفوارق الجهوية والمحسوبية والرشوة؛
- الجانب المهني: تحويل النظرة السائدة حول دور وسلطة الطبيب إلى فكرة العمل ضمن جماعة متعددة الإختصاصات، في إطار روح الفريق؛
- الجانب التنظيمي: كإدراج نماذج تسييرية جديدة تتماشى مع المعطيات الجديدة، وخلق علاقات عمل. وتوضيح السياسة الصحية المتعبة والرد على المتطلبات الاجتماعية واستعمال أحسن للمعارف والمهارات التكنولوجية من خلال السياسة التكنولوجية الملائمة للمجتمع؛
- تطوير علم الأوبئة وتحديد المسؤوليات والأدوار وتعميم المعلومات وتحسين مهام المستشفى في جميع مهامه؛
- إصلاح القوانين ومشاركة الأطباء في التسيير الإداري، وهذا لا يكون إلا من خلال إصلاح المنظومة القانونية والإدارية الشاملة؛

¹ علي سنوسي، مرجع سابق، ص 284-289.

² نور الدين حاروش، مرجع سابق ص 80-90.

- التأكيد على العلاقات العامة الطبية والمثمرة بين المنظمة والجمهور الذي تتعامل معه؛
 - الاهتمام بأخلاقيات الطب أو أخلاقيات المهنة؛
- وتشكل هذه الإصلاحات كلا متماسكا، ولا معنى لإصلاح واحد إلا بإصلاح آخر.

خلاصة الفصل:

أصبح إصلاح القطاع الصحي أكثر من ضرورة في الوقت الحالي حتى يتمشى والتحولت التي تعرفها الجزائر والعالم وكون الحق في الصحة حقا دستوريا لكل مواطن مما يجعل إيصالها بجودة وبصورة عادلة يتطلب توفير عدة شروط وآليات، بالإضافة إلى تدخل مختلف الأطراف الفعالة والمؤثرة في العملية، سواء كانت وزارات أو جمعيات مدنية أو مؤسسات وبمعنى آخر انفتاح القطاع على محيطه الخارجي.

فرغم كل أشكال التقدم في المجال الصحي، يظل القطاع الصحي في الجزائر يواجه الكثير من القيود التي تعوق عملية تطويره من أجل تحقيق تنمية صحية مستدامة رغم أنها سخرت العديد من الموارد منذ الاستقلال مع ذلك لم تتمكن من تحقيق الأهداف المرجوة والمسطرة في مختلف البرامج الوطنية.

سيتم في الفصل الموالي تسليط الضوء على أحد دعائم هذا النظام المتمثلة في المراكز الاستشفائية الجامعية

الفصل الرابع

دراسة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المراكز

الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري

تمهيد:

تعتبر الدراسة الميدانية وسيلة بحث هامة، فمن خلالها يتم تحصيل المعلومات فضلا عن محاولة اسقاط ما تم التوصل إليه في الجانب النظري على أرض الواقع ودراسته. لذا سيتم في هذا الفصل التعريف بالمراكز الاستشفائية الجامعية التي تعتبر الأكبر من حيث الحجم في الجزائر بحيث تتولى تنفيذ المهام الرئيسية الثلاثة العلاج، البحث والتعليم، لذا يتوجب عليها أن تكون مراكز تميز تتكفل بالعلاجات المعقدة وإنتاج ونشر المعلومات والكفاءات، كما تعتبر مصدرا أساسيا للمعلومات والاستشارات. كما سيتم التطرق إلى تحليل بيانات الدراسة الميدانية والتي اعتمدت على تجميع البيانات من مصادر متعددة للوقوف على واقع العوامل الحرجة لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

وفي الجزء الأخير من هذا الفصل سيتم اختبار الفرضيات من خلال استخدام البرنامج الإحصائي SPSS بحيث أن المعلومات التي سيتم معالجتها ستمهد الطريق للخطوة الموالية والتي تتعلق بالتوصل إلى النتائج ومحاولة تقديم التوصيات المتعلقة بالبحث لذا سيتم التطرق من خلاله إلى:

المبحث الأول: اجراءات الدراسة الميدانية وتحليل واقع المراكز الاستشفائية الجامعية محل الدراسة.

المبحث الثاني: عرض نتائج تقييم مجالات الدراسة.

المبحث الثالث: عرض نتائج الأسئلة المفتوحة وتحليل محتوى المقابلة.

المبحث الرابع: اختبار ومناقشة فرضيات البحث.

المبحث الأول: اجراءات الدراسة الميدانية وتحليل واقع المراكز الاستشفائية الجامعية

محل الدراسة.

سيتم التطرق في هذا المبحث إلى تصميم الدراسة الميدانية وخطواتها الاجرائية، المهام الأساسية للمركز الاستشفائي الجامعي، أهم الاحصائيات الخاصة بالمراكز الاستشفائية الجامعية محل الدراسة المتعلقة بالموارد البشرية، الوظائف التي تتم فيها والتجهيزات والمعدات.

المطلب الأول: تصميم الدراسة الميدانية وخطواتها الإجرائية.

تعد هذه الخطوة من أهم خطوات إعداد البحث لأنها أكثر ما يراجع من قبل مقوم البحث من جانب، وهي الأساس من قيمة البحث من جانب آخر، فالخطوات السابقة تجيب إجابة علمية وافية ودقيقة حول أسباب انجاز البحث، وهذه الخطوات كفيلة للإجابة على السؤال المتعلق بالطريقة التي سيتم اتباعها للبحث فهي تتناول توضيح الكيفية التي اتبعتها الباحثة في تصميمها للبحث وتحديد خطواته الإجرائية، سيتم تناول في هذا المبحث الإطار العام للبحث وتحليل المعلومات.

أولاً: الإطار العام للبحث.

1. منهج البحث:

إن مناهج البحث في العلوم الإنسانية والتسيير بصفة خاصة متعددة، وطبيعة الموضوع هي التي تفرض على الباحث اختيار المنهج المستعمل والأدوات التي تساعد في ذلك. ولكل ظاهرة من الظواهر منهج خاص يتلاءم مع طبيعة تركيبها.¹ لكن ارتباط البحث العلمي بأبعاد زمنية ومكانية متعددة وسعيه لتحقيق أهداف مختلفة يتطلب تعدد أساليب تطبيقه.

وبما أنه يتم دراسة موضوع إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية وتحديد أهم العوامل الحرجة لنجاح التبنى والتطبيق وبعد تحديد توجه البحث تأتي مرحلة تحديد المنهج المتبع، والمقصود به الطريقة التي يتبعها الباحث من أجل الوصول إلى حقائق مقبولة حول الظاهرة موضوع الاهتمام، حيث يختلف المنهج باختلاف الموضوع المبحوث، وفي هذا البحث سيتم الاعتماد على المنهج الاستكشافي والاختبار كالاتي:

¹ محمد شفيق، البحث العلمي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ط1، 1998، ص 86.

المنهج الاستكشافي: الذي يفيد في حالة الرغبة في تفسير طبيعة المشكلة وزيادة فهمها، والتعمق في فهم طبيعة المشكلة لغرض بلورة هدف بحثي أو فرضية أكثر دقة ومشروعية،¹ فالاستكشاف يجعل الباحث يتبنى أسلوب الاستقراء الذي هو عملية يقوم بها لمراقبة ظاهرة معينة والوصول إلى نتائج.² كما يعرف على أنه الوسيلة التي تمكن من الوصول إلى الحقيقة أو مجموعة الحقائق، وتقوم هذه الطريقة على تتبع الجزئيات للوصول إلى الأحكام العامة.³

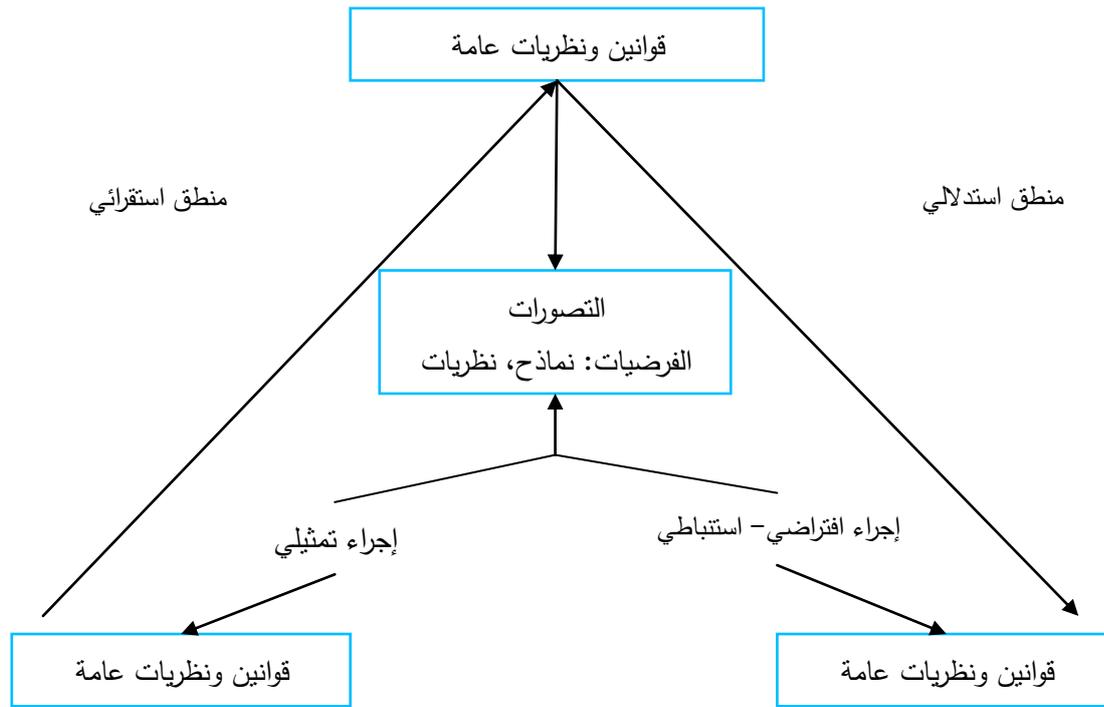
وتبنى أسلوب الأبعاد الذي يعرف بالتمثيل والذي يعتمد على استنتاج فرضيات من الملاحظة لتحديد الروابط بين الظواهر والتي يتم اختبارها، لاحقا بأسلوب الافتراض الاستنباطي ومناقشة نتائجها، والتي تمتاز بالطابع النسبي، أما بالنسبة لنوع التحليل المستخدم فهو التحليل الكمي عن طريق استخدام الاستمارة في اختبار الفرضيات.⁴

الاختبار: يقوم على أساس أسلوب الاستنباط الذي يعتبر العملية التي يتم التوصل من خلالها إلى نتائج مبررة على تعميمات منطقية لحقائق معروفة،⁵ فيبدأ بالنظريات التي تستنبط منها الفرضيات ثم ينتقل بها الباحث إلى عالم الواقع بحثا عن البيانات لاختبار صحة هذه الفرضيات، وفي الاستنباط فإن ما يصدق على الكل يصدق على الجزء.

مما سبق يمكن القول أن الاستكشاف والاختبار هما طريقتان تدعمان إعداد المعارف، وفيما يلي يتم توضيح التكامل بين مختلف الأنماط الاستدلالية في الشكل رقم (04-01).

¹ فايز جمعة صالح النجار، نبيل جمعة النجار، ماجد راضي الزعبي، أساليب البحث العلمي، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، 2009، ص 34.
² حمود خضير كاظم، اللوزي موسى سلامة، منهجية البحث العلمي، إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص 50.
³ صبرينة ترغيني، دور التفكير الاستراتيجي في تفعيل القدرات الإبداعية للمؤسسة دراسة حالة مجمع صيدال، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2013/2014، ص 160.
⁴ بن ساهل وسيلة، خلف منى، التحالف مع مراكز البحث العلمي كآلية ناجحة في دعم الاستغلال المعرفي، الملتقى الوطني الأول حول: دور التنمية البشرية في تفعيل الطاقات الجامعية، جامعة عباس لغرور خنشلة، الجزائر، 14/13 ماي 2012، ص 7.
⁵ حمود خضير كاظم، اللوزي موسى سلامة، مرجع سابق، ص 49.

شكل رقم (04-01): تكامل الأنماط الاستدلالية



Source: Coutelle.P, 2008, **Introduction aux méthodes qualitatives en Science de gestion**, Cours du CEFAG- séminaire d'études qualitatives, P 06.

2. مجتمع البحث:

من العوامل الأساسية التي يجب على أي باحث تحديدها قبل البدء في دراسته هو حصر مجتمع البحث، ويمكن استخلاص نوعين من مجتمع البحث:

المجتمع الكلي لهذا البحث يتمثل في جميع المؤسسات الاستشفائية المتواجدة في الجزائر والتي تمثل الكيان المكاني.

المجتمع الذي يمكن التعرف عليه متمثل في المراكز الاستشفائية الجامعية المتواجدة في الجزائر بحيث تم تقسيم المجتمع إلى ثلاث فئات تمثلت في:

- المراكز الاستشفائية الجامعية للغرب الجزائري؛
- المراكز الاستشفائية الجامعية للوسط الجزائري؛
- المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري

وقع الاختيار على المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

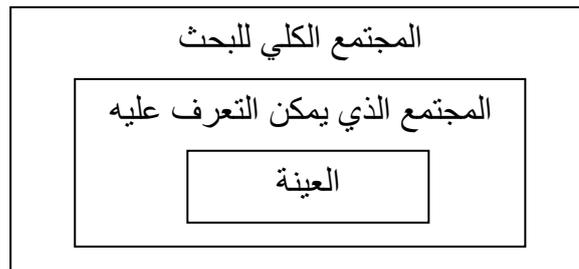
المجتمع المتعلق بالأفراد العاملين في المراكز الاستشفائية الجامعية بحيث تمثل مجتمع البحث في

الأطباء العاملين بأربعة مراكز استشفائية جامعية تمثلت في:

- المركز الاستشفائي الجامعي باتنة؛
- المركز الاستشفائي الجامعي سطيف؛
- المركز الاستشفائي الجامعي عنابة؛
- المركز الاستشفائي الجامعي قسنطينة.

ومن هنا يتدرج تعميم النتائج المتوصل إليها من العينة إلى المجتمع الذي يمكن التعرف عليه إلى المجتمع الكلي طبقا للشكل التالي:

شكل رقم (04-02): مجتمع البحث.



المصدر: صالح بن حمد العساف، المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية، مكتبة العبيكان، الرياض، 1995، ص 93.

واختير هذا المجال المكاني للمسوغات التالية:

- محاولة البحث إعطاء صورة عن واقع الجودة على مستوى المنظومة الصحية ممثلة في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.
- تعد هذه المراكز الاستشفائية الجامعية من المؤسسات الصحية ذات التاريخ والخبرة في مجال تقديم الخدمة الصحية.

3. عينة البحث وكيفية اختيارها:

تعرف المعاينة على أنها: "عملية اختيار عدد كاف من عناصر المجتمع، بحيث يتمكن الباحث من خلال دراسته العينة المختارة وفهم خصائصها من تعميم هذه الخصائص على عناصر المجتمع الأصلي"، ولا بد أن يذكر بأن ناتج عملية المعاينة هو العينة المرغوب بها.¹

يمكن القول إن عينة البحث هي جزء من مجتمع البحث، يقوم الباحث بإجراء البحث عليها، ومن ثم يقوم بتعميم النتائج المحصل عليها منها على كافة مجتمع البحث، بشرط أن تكون العينة ممثلة

¹ فايز جمعة النجار، نبيل جمعة النجار، ماجد راضي الزعبي، مرجع سابق، ص 933.

لمجتمع البحث احسن تمثيل حيث يخضع اختيارها منهجيا إلى شروط عدة ويتركب مختلفة حسب هدف البحث وظروف اجرائها.

تم اعتماد أسلوب المعاينة العشوائية في تحديد عينة البحث والتي تعرف على أنها: "اختيار عدد معين من أفراد المجتمع بحيث يكون لأي فرد من الأفراد الفرصة نفسها للظهور في هذه العينة، وتستخدم للمجتمع الذي يتكون من عناصر متجانسة".¹

جدول رقم (04-01): عينة البحث من المراكز الاستشفائية الجامعية

عدد الأطباء	المركز الاستشفائي الجامعي
553	المركز الاستشفائي الجامعي باتنة
911	المركز الاستشفائي الجامعي سطيف
1203	المركز الاستشفائي الجامعي عنابة
1850	المركز الاستشفائي الجامعي قسنطينة
4517	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على:

Annuaire statistique "Santé en chiffres 2014", Direction des études et de la planification, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Edition Janvier 2016, Algérie.

لتحديد حجم العينة المناسبة عند حد احتمالي معلوم ووفق نسبة الخطأ التي تم اختيارها تم توظيف

المعادلة التالية:²

$$n = \frac{N \times p(1-p)}{\left[\left[N-1 \times \left(d^2 \div z^2 \right) \right] + p(1-p) \right]}$$

معادلة ستيفن ثامبسون:

N: حجم المجتمع

z: الدرجة المعيارية المقابلة لمستوى الدلالة 0.95 وتساوي 1.96

d: نسبة الخطأ وتساوي 0.05

p: نسبة توفر الخاصية والمحايدة = 0.50

$$n = 354,1212369$$

مما سبق يستنتج أن عدد عينة البحث هو 354.

¹ محمد بلال الزعبي، عباس الطلافحة، النظام الاحصائي SPSS، دار وائل للنشر، عمان، ط3، 2006، ص 6.

² شكيب بثمانى، دراسة تحليلية مقارنة للصيغ المستخدمة في حساب حجم العينة العشوائية، in مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 36 العدد 5، 2014، ص 91.

4. أدوات البحث وجمع البيانات:

إن إسقاط الإطار النظري لموضوع البحث على أرض الواقع من خلال دراسة أثر العوامل الحرجة على الخدمات الصحية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري يتطلب كخطوة أولى توفير إطار منهجي واضح يحدد الملامح والقواعد الأساسية التي تجري من خلالها الدراسة الميدانية، وذلك من خلال اختيار الأداة المناسبة للدراسة التي تتلاءم مع الظروف والأهداف من جهة، وتكون مفهومة ومرغوب فيها من قبل المستقضي منهم من جهة أخرى، إن اختيار أداة البحث لا يجب أن يكون عشوائياً أو خاضعاً للذاتية، بل يجب أن يبنى على أسس متينة للوصول إلى نتائج ذات مصداقية تقدم على أساسها التوصيات الملائمة.

كون الأدوات المنهجية هي تلك الوسائل الفعالة التي يتمكن الباحث بواسطتها من جمع البيانات والمعلومات عن متغيرات البحث، للوصول إلى الأهداف والإجابة على تساؤلات البحث، ولما كان هدف البحث هو التعرف على أهم العوامل الحرجة المؤثرة على تطبيق إدارة الجودة على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية، فقد تم الإعتماد على الأدوات التالية:

أ. **الملاحظة:** وهي من أقدم الطرق وأهمها والتي تستخدم في جمع المعلومات حيث يعتمد عليها الباحث في جمع المادة العلمية والحقائق من حقل البحث، حيث تعني الملاحظة في معناها العام "الانتباه التلقائي أو المقصود إلى حدث أو ظاهرة معينة لغرض اكتساب المعلومات والخبرات عنها، أما في البحث العلمي فتعني الانتباه والرصد المقصود والمنظم والمضبوط للظواهر والأحداث لغرض تحديد العوامل والأسباب التي تفسر حدوثها."¹

والملاحظة كوسيلة بحثية أساسية تتمتع بفوائد كثيرة لا تتمتع بها الوسائل الأخرى لجمع المعلومات، فهي تفسح المجال للباحث لاستكشاف ميدان البحث والتعرف على الفروع والهيكل والمصالح والدوائر... الخ، وذلك من خلال الزيارات المتكررة والتنقل بمختلف الأماكن بميدان البحث.

في هذا البحث تم بناء استمارة الملاحظة مقسمة إلى ثلاث أقسام (انظر الملحق رقم "05") هي:

- القسم الأول متعلق بالمعلومات حول المراكز الاستشفائية الجامعية، المصلحة، المكان، الزمن "التاريخ"؛

¹ عدنان حسين الجادري، يعقوب عبد الله أبو حلو، الأسس المنهجية والاستخدامات الإحصائية في بحوث العلوم التربوية والإنسانية، إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 2009، ص 135.

- القسم الثاني مخصص لكل الأنشطة والأفعال والتصرفات المتعلقة بموضوع البحث مباشرة؛
- القسم الثالث متفرقات.

أين تم تسجيل الملاحظات الميدانية بالموازاة مع مرحلة إجراء المقابلات وتوزيع الاستبيان ودامت إلى غاية انتهاء حجز المعطيات وإدخالها في برنامج الحزمة الإحصائية لمعالجة البحوث الاجتماعية، تنقلت الباحثة خلال هذه الفترة في مختلف أماكن البحث وسجلت كل ما لاحظته وشاهدته من سلوك وتصرفات ووقائع تخص المتقنين في استبيان الملاحظة وكانت جل المعلومات التي حصلت عليها معلومات نوعية يتم الاستدلال بها في مرحلة تحليل وتفسير البيانات، مع الأخذ بعين الاعتبار النقاط التالية:¹

- تواجد الباحثة في وضع يسمح لها بالحصول على أكبر قدر من المعلومات والبيانات الواضحة والموثوقة؛
- تسجيل ما تتم مشاهدته فوراً وفي مكان وقوع الحدث، على شكل اختصارات أو رموز.. إلخ، بغرض تذكير الباحثة بما يجري عند كتابة الملاحظات بشكل تفصيلي؛
- العودة في وقت قريب جداً، لاضافة تفاصيل ومضمون للملاحظات التي تم جمعها، وللتأكد أيضاً من أن المعلومات المُجمعة مفهومة وتعكس ما قصده المشاركون أنفسهم؛
- استمرار العمل في إعداد وتسجيل الملاحظات طيلة فترة جمع البيانات.

ب. **المقابلة:** لقد تم اللجوء إلى المقابلة كأداة مهمة من أدوات جمع البيانات، حيث تعرف المقابلة بأنها: "تقنية مباشرة تستعمل من أجل مساءلة الأفراد بكيفية منعزلة (فردية) تسمح بأخذ معلومات كافية بهدف التعرف العميق على الأشخاص المبحوثين، وهي إما أن تكون فردية أو جماعية مقننة أو غير مقننة".²

تم تطبيق المقابلة المهيكلة في هذا البحث (أنظر الملحق رقم "04") والتي تعرف بأنها: "المقابلات التي يتم إجراؤها بناء على قائمة محددة من الأسئلة المكتوبة التي سوف توجه للمستجوب، حيث توجه نفس الأسئلة إلى جميع المستجوبين".³

¹ فريد كامل أبو زينة، *مناهج البحث العلمي*، جامعة عمان العربية، عمان، ط1، ج 3، 2005، ص 177.

² موريس أنجرس، ترجمة بوزيد صحراوي، كمال بوشريف، سعيد سبعون، *منهجية البحث العلمي في البحوث الإنسانية تدريبات عملية*، دار القصة للنشر، الجزائر العاصمة، 2006، ص 148.

³ فايز جمعة النجار، نبيل جمعة النجار، ماجد راضي الزعبي، مرجع سابق، ص 64.

وانقسمت حدود المقابلة إلى:

- **الحدود البشرية:** اقتصر المقابلات على الأطباء العاملين في المركز الاستشفائي الجامعي باتنة؛
- **الحدود المكانية:** تم إجراء المقابلات في المصالح الطبية التابعة للمركز الاستشفائي الجامعي باتنة؛
- **الحدود الزمانية:** تم إجراء المقابلات في الفترة الممتدة من جوان 2016 إلى سبتمبر 2016. وقد تمت مع 10 أطباء. وبلغت المدة المتوسطة للمقابلات ساعة ونصف.

ج. الاستمارة: تعد الاستمارة من بين الوسائل الأساسية المستخدمة في جمع البيانات اللازمة والضرورية عن موضوع البحث وهي عبارة عن "نموذج يشمل أسئلة موجهة لأفراد (مبحوثين)، من أجل الحصول على معلومات حول موضوع أو مشكل أو موقف".¹

د. الوثائق والسجلات: إن أهمية هذه الوثائق والسجلات تكمن في كونها توفر على الباحث الكثير من الوقت والجهد، فالبيانات التي تتوفر في سجلات المؤسسة عن الأفراد المستهدفين من البحث تعتبر بيانات جاهزة يمكن للباحث إعادة تبويبها وعرضها بالأسلوب الذي يرغب فيه. وأيضا الكشف على بعض القضايا التي يصعب ملاحظتها والكشف عنها عن طريق استمارة البحث وحدها، حيث تمكنا من الاطلاع على بعض السجلات والوثائق الخاصة بالمؤسسات وتزودنا ببعض المعطيات والبيانات الضرورية للبحث وقد تمثلت هذه البيانات فيما يلي:

- بيانات عن سير العمل بها، والنظام الداخلي وأهدافها؛
- بيانات حول الإمكانيات المادية والبشرية بالمؤسسة.

5. طريقة جمع البيانات والمعلومات:

إن تحديد الأسلوب الذي يتبعه الباحث في جمعه للمعلومات يعد أحد الخطوات المهمة التي يجب أن يشتمل عليها تصميم البحث، وتعتبر مصادر المعلومات والإمكانات المادية للباحث والوقت المتوفر للبحث عوامل أساسية تؤثر على المفاضلة بين أساليب مختلفة لجمع المعلومات ولأداة البحث أيضا أثر واضح في هذه المفاضلة.

¹ محمد علي محمد، مقدمة في البحث الاجتماعي، دار النهضة العربية، بيروت، 1993، ص 343.

واعتمد في هذا البحث على أسلوب الجمع المباشر من خلال الطرق التالية:

- التوزيع المباشر: أي تسليم الاستمارة للمستجوب؛
- مقابلة المستجوبين ومحاولة الأخذ بأقوالهم بالتدوين في استمارة البحث؛
- إجراء الملاحظة.

وقد تم اللجوء لهذه الطرق معا لتمييزها بارتفاع نسبة من يجيب على الاستمارة وقلّة احتمال الإجابة على الاستمارة من غير المعنيين بالإجابة عليها مع إمكانية توضيح وشرح ما يلزم شرحه للمجيب.

6. تطبيق أداة البحث:

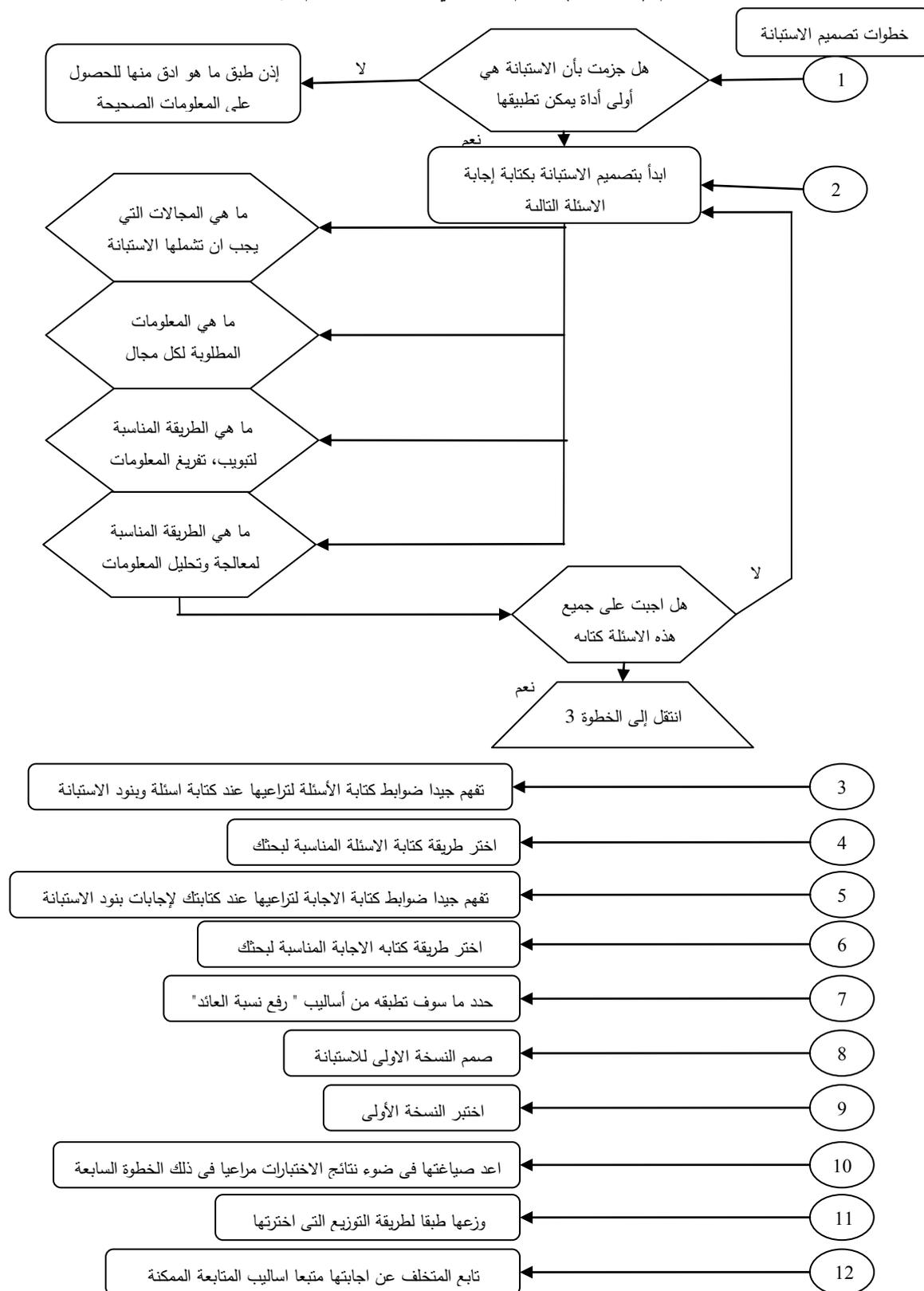
تمثل دراسة العوامل الحرجة لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية محورا أساسيا للموضوع، هدفها تشخيص واقع العوامل الحرجة، والكشف عن المشكلات والنقائص التي تعاني منها المراكز الاستشفائية الجامعية على مستوى تبني العوامل الحرجة. تم تصميم قائمة استقصاء خاصة ذات علاقة بتحديد أهم العوامل الحرجة، وتحقيقا لهذا الغرض تم تحديد المجالات الرئيسية لمختلف المتغيرات، وقد تم تحديد هذه المجالات من خلال مراجعة العديد من الدراسات والأبحاث العلمية ذات الصلة بالموضوع.

وقد تم استخدام كل من الاستمارة والمقابلة والملاحظة للحصول على البيانات النوعية والكمية التي تفي بتحقيق غرض البحث، وذلك وفقا للخطوات التالية:

أ. تحضير الاستبيان: بعد الإنتهاء من الجزء النظري تم الشروع في تحضير الاستبيان وفق الرسم

التخطيطي التالي:

شكل رقم (04-03): رسم تخطيطي لخطوات تصميم الاستبانة.



المصدر: صالح بن حمد العساف، المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية، مكتبة العبيكان، الرياض، 1995، ص 376-

في ضوء ما سبق وبعد تفحص رأي أفراد العينة والأساتذة قسمت بعض الأسئلة إلى أسئلة فرعية وغيرت صياغة بعض الأسئلة ليتم إخراج الاستمارة في شكلها النهائي (أنظر الملحق رقم "06"، حيث تضمنت 97 سؤالاً وستة محاور هي:

- المحور الأول: خصص لمعرفة استجابات الأطباء نحو متغير العاملين، يحتوي على ثلاث أبعاد هي التكوين، التحفيز، والتمكين؛
- المحور الثاني: خصص لمعرفة استجابات الأطباء نحو متغير الإدارة؛
- المحور الثالث: خصص لمعرفة استجابات الأطباء نحو متغير الجودة، تناول ثلاث أبعاد هي المواصفات والمقاييس، طرق العمل، وموقع وتصميم المستشفى؛
- المحور الرابع: خصص لمعرفة استجابات الأطباء نحو نظام الاتصال؛
- المحور الخامس: خصص للبيانات العامة؛
- المحور السادس: خصص للأسئلة ذات الاجابات المفتوحة.

في هذا البحث تم استخدام 5 مستويات لقياس درجة الموافقة وعدد مرات اعتماد بعض الجوانب المطروحة في الاستبيان، والذي يعتبر الأكثر شيوعاً، ويوضح ذلك في الشكل الموالي:

جدول رقم (04-02): الخيارات المستعملة في الاستبيان بناءً على مقياس ليكرت

الخيارات الموجودة في الاستبيان				
غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة

المصدر: من إعداد الباحثة بناءً على البدائل الموجودة بالاستبيان.

ولقياس مستوى العبارة المعنية فتعطى عادة القيم أو الأوزان 5.4.3.2.1 للإجابات أو المستويات المختلفة للخيارات بالترتيب التصاعدي، والمخطط التالي يوضح ذلك كمثال عن درجة الموافقة.

جدول رقم (04-03): أوزان أو درجات الخيارات على سلم ليكرت.

الخيارات					العبارات
موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	
5	4	3	2	1	1
					2
					3

المصدر: دلال القاضي، محمود البياتي، منهجية وأساليب البحث العلمي، دار الحامد، الأردن، ط 1، 2008، ص 109.

تم الاعتماد على المتوسط الحسابي والانحراف المعياري في تحليل الإجابات التي وضعت على سلم ليكرت ذو الخمس درجات للحكم على درجة الموافقة التي يشير إليه المتوسط الحسابي فقد تم تحديد

ثلاثة مستويات عن طريق حساب الحدود الدنيا والقصى للفئات عن طريق حساب المدى وفق المعادلة التالية: طول الفئة = (الحد الأعلى - الحد الأدنى للبدل) / عدد المستويات.

(3=1-5) ومن ثم تقسيمه على عدد الفئات (3/5=1.33)، فيما بعد يتم إضافة هذه القيمة إلى

أقل قيمة وهي الواحد وصولاً إلى أعلى قيمة وهي 5، لتتم ترجمة أطوال الفئات كما يلي:

جدول رقم (04-04): مجالات تقييم المتوسط الحسابي

الاستجابة	المجال الذي تقع فيه قيمة المتوسط الحسابي
غير موافق بشدة	من 1 إلى 1.79
غير موافق	من 1.80 إلى 2.59
محايد	من 2.60 إلى 3.39
موافق	من 3.40 إلى 4.19
موافق بشدة	من 4.20 إلى 5

المصدر: من إعداد الباحثة

ويلاحظ من الجدول أعلاه أن المجال الأول لقيمة المتوسط الحسابي يضم التقييم السلبي لأفراد العينة محل البحث وهي تشتمل كافة الآراء ضمن الاختبار القياسي الخماسي لليكرت والتي تأخذ الدرجة* (1 أو 2)، أما المجال الثاني فيمثل التقييم المتوسط لأفراد العينة لعبارة ما والتي تأخذ الدرجة 3، في حين يمثل المجال الثالث التقييم الإيجابي لأفراد العينة حيث يضم هذا المجال الآراء التي تأخذ الدرجة (4 أو 5).

ب. توزيع الاستمارة: تم توزيع الاستمارة على أفراد العينة بطريقة التوزيع المباشر باليد على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي (باتنة، سطيف، قسنطينة)، وتوزيع استمارة الكترونية على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي (عنابة، سطيف)، حيث تبع توزيع الاستمارة شرح للمبحوثين الهدف من البحث وأهميته ويطلب منهم الإجابة الصريحة وبكل موضوعية عن الأسئلة التي توجه إليهم.

ثبات أداة البحث:

لقد تم استخدام الاستبيان كأداة لجمع المعلومات المطلوبة للبحث، وتم تقديم الاستبيان إلى الأطباء العاملين في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري، وذلك لأن عملهم الأساسي ينصب على القيام بالتشخيص السليم للحالة المرضية ووصف وتقديم العلاج الملائم للمرضى وبالتالي تولي مهمة انتاج

* لمعرفة درجات إجابات الأفراد على سلم القياس ليكرت في هذا البحث: فضلا ينظر إلى الجدول رقم (04).

وتقديم الخدمة الصحية، بالتالي معرفة العراقيل التي تحول دون القيام بالدور المذكور تكون مدركة من قبلهم أكثر من غيرهم من العاملين في هذه المراكز الاستشفائية.

الصدق الظاهري:

للتأكد من صدق قائمة الاستقصاء تم عرضها على مجموعة من المحكمين، تم اختيارهم من ذوي الخبرة من الأساتذة في مجال البحث العلمي والمتخصصين من الأطباء ورؤساء المصالح بالمركز الاستشفائي الجامعي "بن فليس التوهامي" باتنة وتم تزويدهم بأهداف البحث وفرضياتها للاستشارة بها، وذلك لإبداء آراء حول فقرات الاستبانة من حيث:

- مدى سلامة وصحة الصياغة اللغوية للفقرات؛
- شمولية الفقرات ومناسبتها لمجالات البحث؛
- مدى انتماء العبارة للبعد الذي تندرج تحته؛
- أي ملاحظات أو تعديلات أخرى يرونها مناسبة.

وذلك للاستفادة من ملاحظاتهم واقتراحاتهم وقد أبدوا آراءهم ومقترحاتهم، وتم اجراء التعديلات التي اتفق عليها أغلب المحكمين سواء بتعديل الصياغة أو حذف بعض العبارات بعد تحديد مواضع الالتباس والضعف فيها أو إضافة عبارات جديدة، وتعديل الأداة على أساس هذه الآراء والمقترحات، للوصول إلى المسودة النهائية من الاستبيان، كما تم تجريب هذه الأخيرة للتأكد من وضوح العبارات، وان الاستبيان يقيس ما صمم لقياسه. واستقرت على وضعها النهائي الذي تم توزيعه على عينة البحث.

ثبات أداة البحث Reliability:

هو مدى التوافق والاتساق في نتائج الاستبيان إذا طبقت أكثر من مرة وفي ظروف مماثلة¹، للتأكد من ثبات الأداة فقد تم استخراج معامل الاتساق الداخلي لأداة البحث، وفقا لاجابات أفراد عينة البحث والبالغ عددهم "286"، وقد استعانت الباحثة باختبار ألفا كرونباخ Cronbach's alpha والذي يستخدم لقياس مدى ثبات أداة القياس من ناحية الاتساق الداخلي لعبارات الأداة، فأداة القياس تتمتع بالثبات إذا كانت تقيس سمة محدد قياسا يتصف بالصدق والاتساق.² وعند تطبيقه كانت النتيجة أن قيمة ألفا المسجلة كانت تساوي 0.941 وكون هذه القيمة أعلى من القيمة التي تقبل عندها درجة الاعتمادية

¹ فايز جمعة النجار، نبيل جمعة النجار، ماجد راضي الزعبي، مرجع سابق، ص 124.

² محفوظ جودة، التحليل الإحصائي الأساسي باستخدام SPSS، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، ط 1، 2008، ص 298.

البالغة (0.60)، لذلك فإن الباحثة تعتبر أن هذه النسبة مقبولة لأغراض البحث العلمي في مجال البحث الحالي كما هو مبين في الجدول رقم (04-05):

جدول رقم (04-05): قيم معامل ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد البحث.

العامل	أبعاد البحث	عدد الفقرات	معامل الثبات
العاملين	التكوين	08	0.855
	التحفيز	10	0.734
	التمكين	06	0.623
الإدارة	القيادة	28	0.925
الجودة	المواصفات والمقاييس	06	0.785
	طرق العمل	16	0.835
	موقع وتصميم المستشفى	05	0.637
الاتصال	نظم المعلومات	10	0.729
			0.941

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستبيان.

يلاحظ من الجدول رقم (04-05) أن أعلى قيمة بين مختلف أبعاد المتغيرات كانت لبعد القيادة بنسبة 0.925، وبالنسبة لمتغير العاملين يلاحظ أن أعلى نسبة لمعامل الثبات كانت لبعد التكوين حيث بلغ 0.855 وكانت أقل نسبة لبعد التمكين 0.623 والذي يعتبر معدلا مقبولا.

بالنسبة لمتغير الجودة يلاحظ أن أعلى نسبة لمعامل الثبات كانت لبعد طرق العمل بحيث بلغت 0.835 في حين كانت أقل قيمة لبعد موقع وتصميم المستشفى بقيمة 0.637.

ثانيا: إجراءات تحليل المعلومات وتفسيرها.

بعد أن اكتملت مرحلة جمع المعلومات من طرف الباحثة عن المؤسسات مجال البحث من جهة مع استكمالها بتحصيل معلومات استمارة المقابلة، تأتي الخطوة الموالية من خطوات البحث العلمي وهي تحليل المعلومات وتفسيرها، والتي تعني استخراج الأدلة والمؤشرات العلمية الكمية والكيفية التي تبرهن على إجابة أسئلة البحث وتؤكد قبول فرضيات البحث من عدم قبولها، وقد مرت عملية التحليل بثلاثة مراحل تمثلت في: مرحلة تهيئة المعلومات للتحليل، مرحلة التحليل ذاتها، ومرحلة التفسير.¹

¹ صالح بن حمد العساف، مرجع سابق، ص 81-101.

1. مرحلة تهيئة المعلومات للتحليل:

تم إتباع في تنفيذ هذه المرحلة الخطوات التالية:

- **مراجعة المعلومات:** بعد أن تجمعت المعلومات تم القيام بمراجعتها، حيث تم استرجاع 286 استمارة صحيحة وكاملة المعلومات في حين تعذر إكمال الباقي والمقدر بـ68 استمارة والتي تشكل مجموع العينة "354" وهذا للأسباب التالية:

- طبيعة العمل بالنسبة لبعض الأطباء أين تعذر الوصول إلى بعض الفئات منهم بسبب الانشغال الدائم؛
- تسليم أكثر من نسخة لنفس افراد العينة وعدم استرجاعها؛
- امتناع البعض عن الإجابة؛

- **تبويب المعلومات:** استعملت طريقة الترميز للاستمارات والأسئلة المتضمنة لها لتسهيل عملية الإدخال والتعامل مع الحاسب الآلي بحيث تم:

- ترقيم الاستمارات المستردة من 1 إلى 286 (وهو عدد الاستمارات المدرجة في التحليل)؛
- وضع رقم هوية لكل محور من محاور الاستمارة الموزعة من A إلى F؛
- وضع رمز هوية " رمز رقمي وحرفي " لكل سؤال من أسئلة المحاور؛
- وضع رقم هوية " رمز رقمي وحرفي " لكل إجابة من إجابات السؤال.

- **تفريغ المعلومات:** بعد الانتهاء من عملية الترميز للاستمارات وأسئلتها وإجاباتها تم الانتقال إلى مرحلة إدخال البيانات إلى الحاسوب باستعمال برنامج الحزمة الإحصائية لمعالجة البحوث الاجتماعية Statistical package for social science SPSS version 22.

2. مرحلة تحليل المعلومات:

بعد الانتهاء من تهيئة المعلومات بمراجعتها وتبويبها وتفريغها تم الانتقال إلى مرحلة التحليل وذلك للإجابة على أسئلة البحث واختبار صحة فرضياتها، وأنجزت بكيفيتين: التحليل الكيفي والتحليل الكمي.

- **التحليل الكيفي:** تم القيام من خلال هذه الخطوة بتحليل أفكار المستجوبين وآرائهم في الأسئلة المفتوحة مباشرة دون تحويلها إلى أرقام.

- **التحليل الكمي:** تم القيام من خلاله بتحليل إجابات المبحوثين وخاصة في الأسئلة ذات الإجابات المغلقة تحليلا تعاملنا فيه مع الأرقام، وذلك عن طريق تنظيم المعلومات وعرضها في جداول وأشكال بيانية (الأعمدة البسيطة، الدوائر النسبية) ووصف المعلومات وصفا يبين تمركزها وارتباطها ببعضها البعض، كما تم توظيف الأساليب الإحصائية التالية التي تناسب فرضيات البحث ومتغيراتها:

- التكرارات والنسب المئوية: للتعرف التفصيلي على الصفات الشخصية والوظيفية لأفراد عينة البحث من أجل تحليلها؛
- المتوسط الحسابي المرجح: وذلك لمعرفة اتجاهات أفراد البحث نحو كل فقرة أو بعد، مع العلم أنه يساعد في ترتيب الفقرات حسب أعلى متوسط مرجح؛
- الانحراف المعياري: وذلك بغية التعرف على مدى انحراف استجابات أفراد البحث نحو كل فقرة، ويلاحظ أيضا أن الانحراف المعياري يوضح أيضا التشتت في استجابات أفراد البحث، فكلما اقتربت قيمته من الصفر، فهذا يعني تركيز الإجابات وعدم تشتتها أما إذا كانت قيمته تساوي الواحد أو أكبر، فذلك يعني عدم تركيز الإجابات وتشتتها؛
- مجموع التكرارات؛
- النسب المئوية لمعرفة نسبة الأفراد الذين اختاروا كل بديل من بدائل أسئلة الاستبيان؛
- أيضا تم الاعتماد على المنوال والذي يبين القيمة الأكثر شيوعا في القائمة، ويوضح تمركز المعلومات ولا يتأثر بالقيم المتطرفة؛

3. مرحلة التفسير:

سيتم في هذه المرحلة عملية وصف، تحليل وتفسير البيانات التي تم الحصول عليها بالعودة إلى الأطباء المستجوبون من أجل ايجاد التفسيرات الملائمة للنتائج المسجلة. تعتبر هذه المرحلة من أدق مراحل البحث العلمي، حيث يتم من خلالها استخراج الأدلة الكمية والكيفية التي تدعم الباحثة في الإجابة عن أسئلة البحث وتوضيح إمكانية قبول الفرضيات من عدمها.

قبل اجراء تحليل استجابات المبحوثين تم اللجوء إلى عرض واقع المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري في ظل المهام الأساسية لها، بالإضافة إلى تحليل محتوى المقابلة التي تمت.

المطلب الثاني: دراسة تحليلية للمراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

سيتم التطرق إلى المهام الأساسية التي تتولاها المراكز الاستشفائية الجامعية، بالإضافة إلى أهم الموارد المادية والبشرية المتوفرة، وأهم الوظائف التي تتم في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

أولاً: المهام الأساسية للمركز الاستشفائي الجامعي.

للمركز الاستشفائي الجامعي مهام عدة تتمثل في التشخيص والكشف والعلاج والوقاية والتكوين والدراسة والبحث، وذلك بالتعاون مع مؤسسات التعليم والتكوين في العلوم الطبية، وتبقى المهام الآتية أساسية للمركز الاستشفائي الجامعي وهي:¹

1. ميدان الصحة والعلاج: يضمن المركز الاستشفائي الجامعي نشاط التشخيص والعلاج والاستشفاء والاستعجالات الطبية الجراحية والوقاية، إلى جانب كل نشاط يساهم في حماية وترقية صحة السكان. كما يتولى تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة.

أيضاً يقوم بالمساهمة في إعداد معايير التجهيزات الصحية العلمية والتربوية للمؤسسة الصحية، والمساهمة في حماية المحيط وترقيته في الميادين المتعلقة بالوقاية والنظافة والصحة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

إلى جانب هذه المهام، يضمن المركز الاستشفائي الجامعي للسكان القاطنين بالقرب منه والذين لا تغطيهم القطاعات الصحية المجاورة، المهام المسندة إلى القطاع الصحي والتي تتمثل أساساً في تنظيم وتوزيع الإسعافات وبرمجتها والوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء والتخطيط العائلي، وإعادة تأهيل مستخدمي الصحة والمصالح الصحية بصفة عامة وكذا تحسين مستواهم.

2. في مجال التكوين: ضمان تكوين التدرج وما بعد التدرج في علوم الطب بالتعاون مع مؤسسات التعليم العالي في علوم الطب والمشاركة في تكوين المستخدمين الشبه طبيين والمستخدمين الإداريين والتقنيين التابعين للصحة العمومية والمشاركة في دورات تجديد المعلومات وتحسين المستوى وذلك من خلال دورات التكوين المتواصل، الذي يجبر العمال مهما كان مستواهم ومرتبتهم بمتابعة دورات التكوين المتواصل التي تنظمها المؤسسة أو المؤسسات والمراكز المختصة الأخرى.

¹ نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 190-192.

3. في ميدان البحث: القيام في إطار التنظيم المعلوم به بكل أعمال الدراسة والبحث في ميدان العلوم الصحية، وكذا تنظيم مؤتمرات وندوات وأيام دراسية وتظاهرات أخرى تقنية وعلمية من أجل ترقية نشاطات العلاج والتكوين والبحث في علوم الصحة. وتدخل هذه المهام كذلك في التكوين المتواصل وتجديد المعلومات واكتساب التقنيات والمهارات الجديدة، خاصة في الميدان الصحي الذي استفاد كثيرا من التطور التكنولوجي في ميدان العلاج والتشخيص والفحص، وهذا فقد أصدرت وزارة الصحة تعليمة وزارية تحث عمال الصحة لمتابعة هذا النوع من التكوين.

كما يمكن للمركز الاستشفائي الجامعي أن يبرم في إطار التنظيم المعمول به، اتفاقيات مع المؤسسات الصحية أو أي هيئة أخرى بعد استشارة المجلس العلمي للمؤسسة من أجل القيام بمهامه الخاصة بالتكوين والبحث في علوم الصحة.

إذا، يلاحظ أن المهام الأساسية للمركز الاستشفائي الجامعي الجزائري لا تقتصر على الميدان الصحي العلاجي، بل تشمل كذلك ميادين التكوين التدريبي، والبحث العلمي. هذا ما يلاحظ من خلال تنظيم الندوات والملتقيات الدولية والوطنية الخاصة بتطوير قطاع الصحة العمومية إلا أن العديد من التوصيات العلمية تبقى خارج التطبيق لسبب من الأسباب.

ثانيا: واقع المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

قبل البدء في دراسة استجابات الأطباء نحو واقع العوامل الحرجة الخاصة بإدارة الجودة الشاملة لابد من تقديم المراكز الاستشفائية الجامعية محل الدراسة، وفيما يلي عرض لتعداد السكان ومجموع البلديات التابعة للمراكز الاستشفائية الجامعية محل الدراسة كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (04-06): تعداد السكان لكل ولاية

Wilaya	Nombre de communes	Population	Pourcentage
Batna	61	1.245.030	% 3.20
Sétif	60	1.739.492	% 4.47
Annaba	12	644.940	% 1.66
Constantine	12	1.208.194	% 3.10
Total. N	1541	38.915.844	...

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على

Annuaire statistique "Santé en chiffres 2014", Direction des études et de la planification, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Edition Janvier 2016, Algérie.

يوضح الجدول رقم (04-06) أن نسبة السكان الذين يتوجب على المراكز الاستشفائية الجامعية محل الدراسة خدمتها متقاربة في كل من باتنة وسطيف بنسبة 3.20% حيث باتنة بمجموع 61 بلدية و3.10% لقسنطينة من الاجمالي الوطني في حين بلغ عدد البلديات 12 بلدية، وسجلت أعلى نسبة في ولاية سطيف بنسبة 4.47% بمجموع 60 بلدية، وأقل نسبة كانت لولاية عنابة بنسبة 1.66% بمجموع بلديات بلغ 12 بلدية.

ويمكن عرض توزيع عدد الأسرة على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري في الجدول التالي:

جدول رقم (04-07): تعداد الأسرة في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري

CHU	Nombres de lits	pourcentage
CHU Batna	574	4.2%
CHU Sétif	842	6.16%
CHU Annaba	1045	7.64%
CHU Constantine	1539	11.25%
Total .N	13668	100%

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على

Annuaire statistique "Santé en chiffres 2014", Direction des études et de la planification, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Edition Janvier 2016, Algérie.

يلاحظ من الجدول أعلاه أن أعلى قيمة لعدد الأسرة كانت للمركز الاستشفائي الجامعي قسنطينة بـ 1539 سرير بنسبة 11.25% من المجموع الاجمالي للأسرة في المراكز الاستشفائية الجامعية في الجزائر وذلك بتغطية سكانية 3.10%، ويليه المركز الاستشفائي الجامعي عنابة بـ 1045 سريرا بنسبة 7.64% من المجموع الكلي بتغطية سكانية 1.66%، ويليه كل من المركز الاستشفائي الجامعي سطيف بـ 842 سريرا بنسبة 6.16% بتغطية سكانية 4.47%، في حين بلغ العدد بالمركز الاستشفائي الجامعي باتنة 574 سريرا بنسبة 4.2% من المجموع الإجمالي. ويلاحظ أن رغم التغطية السكانية المتقاربة بين المركز الاستشفائي الجامعي باتنة، سطيف، قسنطينة إلا أن هناك فارق واضح في عدد الأسرة المتواجدة في المستشفيات الثلاثة.

1. التجهيزات والمعدات الطبية:

يوضح الجدول التالي وضعية التجهيزات والمعدات الطبية ومجموع الأعطال لسنة 2014 على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري بالمقارنة مع المجموع الوطني للمراكز الاستشفائية الجامعية في الجزائر:

جدول رقم (04-08): وضعية التجهيزات والمعدات الطبية في المراكز الاستشفائية الجامعية

CHU	Techniques Opératoires		Stérilisation et Désinfection		Exploration Fonctionnelle		Imagerie Médicale		Anesthésie Soins Intensifs		Total	
	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P
CHU Batna	48	3	73	7	75	10	34	2	402	31	632	53
CHU Sétif	59	1	18	5	57	2	27	3	245	50	406	61
CHU Annaba	96	38	110	6	77	9	28	4	286	35	597	92
CHU Constantine	58	5	16	11	87	20	19	5	360	54	540	95
Total . N	1278	106	757	56	908	90	522	32	5024	348	8489	662

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على

Annuaire statistique "Santé en chiffres 2014", Direction des études et de la planification, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Edition Janvier 2016, Algérie.

يوضح الجدول السابق تعداد ونسبة الأعطال على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري ويلاحظ تواجد 7.44% من المجموع الوطني للعتاد في المركز الاستشفائي الجامعي بانتة بنسبة أعطال 8% من المجموع الوطني، يليه المركز الاستشفائي الجامعي عنابة بنسبة 7.03% وبنسبة أعطال 13.89% من المجموع الوطني، يليه المركز الاستشفائي الجامعي قسنطينة بنسبة 6.36% من العتاد و14.35% من الاعطال من النسبة الوطنية وهي اعلى نسبة بين المراكز الاستشفائية محل الدراسة. في حين أن نسبة الاعطال الداخلية من مجموع التجهيزات كانت 17.59% من مجموع معدات المركز الاستشفائي الجامعي قسنطينة وهي أعلى نسبة، يليه المركز الاستشفائي الجامعي عنابة بنسبة أعطال 15.41% من اجمالي العتاد داخل المركز، يليه المركز الاستشفائي الجامعي سطيف بنسبة أعطال بلغت 15.02%، في حين بلغت النسبة في المركز الاستشفائي الجامعي بانتة 8.38% من مجموع العتاد في المركز.

- تجهيزات العمليات: يتضح من الجدول أعلاه وجود تقارب في تعداد الاجهزة على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية بانتة، سطيف، وقسنطينة ب (48، 59، 58) جهازا في حين بلغ عدد الاجهزة في المركز الاستشفائي الجامعي عنابة 96 بالمقابل سجل ذات المستشفى أعلى نسبة أعطال ب 38 جهازا معطلا وسجلت أصغر نسبة على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي سطيف بجهاز واحد فقط.

- أجهزة التعقيم والتطهير: يلاحظ من الجدول السابق أن هناك تباين في تعداد الأجهزة على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية بحيث بلغ عدد الاجهزة على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي عنابة 110 جهازا بستة أجهزة معطلة، يليها المركز الاستشفائي الجامعي باتنة بـ 73 جهازا سبعة منها معطلة، في حين بلغ عدد الاجهزة على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي سطيف 18 جهازا خمسة منها معطلة والمركز الاستشفائي الجامعي قسنطينة 16 جهازا 11 منها معطلة أي أن المستشفى يعمل بخمسة أجهزة.

- Fonctionnelle Exploration: يلاحظ من الجدول تقارب في تعداد الأجهزة على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية قسنطينة بـ 87 جهازا 20 منها معطلة، ويليه كل من المركز الاستشفائي الجامعي عنابة بـ 77 جهازا تسعة منها معطلة، والمركز الاستشفائي الجامعي باتنة بـ 75 جهازا عشرة منها معطلة، في حين بلغ تعداد الأجهزة على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي سطيف 57 جهازا اثنين منها معطلة.

- الأشعة الطبية: يتضح من الجدول أعلاه تقارب في تعداد الأجهزة على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي عنابة سطيف وباتنة بـ 27، 28، و34 جهازا على التوالي بأعطال في كل منها 2، 4، 3 جهاز معطل في حين بلغ تعداد الأجهزة على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي قسنطينة 19 جهازا خمسة منها معطلة.

- وحدة العناية المركزة والتخدير: يتضح أن هناك تقارب في تعداد الأجهزة على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي سطيف وعنابة بـ 245 جهاز و286 جهازا، وبلغ العدد في كل من المركز الاستشفائي الجامعي قسنطينة 360 والمركز الاستشفائي الجامعي باتنة 402، سجل أكبر عدد من الأعطال على مستوى المركز الاستشفائي قسنطينة بـ 54 جهازا والمركز الاستشفائي الجامعي سطيف بـ 50 جهازا، في حين بلغ العدد في كل المركز الاستشفائي الجامعي عنابة وباتنة 35 و31 جهازا معطلا.

2. الموارد البشرية:

يعرض الجدول رقم (04-09) تعداد الأطباء في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري وتوزيعها على مختلف التخصصات الطبية والجراحية بالإضافة إلى تعداد الطاقم الشبه الطبي، الإداري والتقني كما يلي:

جدول رقم (04-09): تعداد الأطباء في المراكز الاستشفائية الجامعية بحسب الرتبة

CHU	M. spécialistes	M. généralistes	Chir.Dentistes	Pharmaciens	Total
CHU Batna	96	109	5	14	224
CHU Sétif	123	72	3	13	211
CHU Annaba	118	79	6	14	217
CHU Constantine	98	56	4	10	168
Total	2186	1119	96	143	3544
	Professeurs	Docents	M. assistants	Résidents	Total
CHU Batna	6	17	99	177	299
CHU Sétif	22	24	118	485	649
CHU Annaba	45	36	189	631	899
CHU Constantine	68	51	176	1335	1630
Total	529	411	1962	8277	11179

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على

Annuaire statistique "Santé en chiffres 2014", Direction des études et de la planification, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, , Edition Janvier 2016, Algérie.

يلاحظ من الجدول أعلاه أن هناك تباين في الطاقم الطبي المتواجد على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري وأهم ما يمكن الإشارة إليه ما يلي:

- يتواجد على مستوى كل من المركز الاستشفائي عنابة وسطيف أعداد معتبرة من المختصين بحيث بلغ الإجمالي 123 في المركز الاستشفائي الجامعي سطيف و118 في المركز الاستشفائي الجامعي عنابة، في حين بلغ العدد في كل من المركز الاستشفائي الجامعي باتنة والمركز الاستشفائي قسنطينة على التوالي 96 و98 طبيبا مختصا.
- بلغ عدد الأطباء العاميين على مستوى المركز الاستشفائي باتنة 109 طبيبا، يليه كل من المركز الاستشفائي الجامعي عنابة بـ 79 طبيبا والمركز الاستشفائي الجامعي سطيف بـ 72 طبيبا، في حين بلغ العدد في المركز الاستشفائي الجامعي قسنطينة 56 طبيبا.
- هناك تقارب في عدد كل من أطباء الأسنان والصيدالة على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية محل الدراسة حيث تراوح العدد بين ستة وثلاثة أطباء أسنان، وبين 14 و10 صيدالة.

- بالنظر إلى تعداد الكوادر من حيث التقدم في المسار الوظيفي الخاص بالأطباء المختصين على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري يلاحظ تباين في تعداد الكوادر بحيث يتواجد 68 طبيبا مختصا برتبة بروفيسور و 51 طبيبا مختصا برتبة Doцент و 176 طبيبا مختصا أستاذا مساعدا مما يفسر تواجد 1335 طبيبا مقيما في المركز الاستشفائي قسنطينة، يليه المركز الاستشفائي الجامعي عنابة بـ 45 طبيب مختص برتبة بروفيسور، 36 طبيب مختص برتبة Doцент و 189 طبيبا مختصا برتبة أستاذ مساعد في حين بلغ عدد الأطباء المقيمين 631، ويليه المركز الاستشفائي الجامعي عنابة بـ 22 طبيبا مختصا برتبة بروفيسور و 36 برتبة Doцент و 118 برتبة أستاذ مساعد و 485 طبيبا مقيما، في حين بلغ تعداد الأطباء في المركز الاستشفائي الجامعي باتنة 6 أطباء برتبة بروفيسور و 17 Doцент و 99 أستاذا مساعدا وبلغ عدد الأطباء المقيمين 177 طبيبا.

وفيما يلي عرض لتوزيع الأطباء على مختلف التخصصات:

جدول رقم (04-10): توزيع الأطباء المختصين على التخصصات الطبية والجراحية في المراكز الاستشفائية الجامعية

	CHU Batna	CHU Sétif	CHU Annaba	CHU Constantine
Spécialités médicales	110	144	183	194
Spécialités chirurgicales	49	68	68	66

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على

Annuaire statistique "Santé en chiffres 2014", Direction des études et de la planification, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Edition Janvier 2016, Algérie.

يلاحظ من الجدول السابق تواجد فروقات في التغطية بالنسبة للتخصصات الطبية في المراكز الاستشفائية الجامعية محل الدراسة بحيث بلغ العدد في المركز الاستشفائي الجامعي قسنطينة 194 طبيبا مختصا، يليه المركز الاستشفائي الجامعي عنابة بتعداد 183 طبيبا مختصا، في حين بلغ العدد في المركز الاستشفائي الجامعي سطيف 144 طبيبا مختصا والمركز الاستشفائي الجامعي باتنة 110 طبيبا مختصا.

أما بالنسبة للتخصصات الجراحية فهناك تقارب في التغطية بين المراكز الاستشفائية الجامعية محل الدراسة بحيث بلغ العدد في كل من المركز الاستشفائي الجامعي عنابة وسطيف 68 طبيبا جراحا، المركز الاستشفائي الجامعي قسنطينة 66 طبيبا جراحا، والمركز الاستشفائي الجامعي باتنة 49 طبيبا جراحا.

وفيما يلي تعداد للطاقت الشبه الطبي والإداري العامل بالمراكز الاستشفائية الجامعية:

جدول رقم (04-11): تعداد المهنيين الصحيين في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري

CHU	Diplômés d'Etat	Brevetés	Aides Paramédicaux	Total Général
CHU Batna	728	23	154	905
CHU Setif	619	177	150	946
CHU Annaba	716	173	312	1201
CHU Constantine	1161	29	100	1290
Total. N	12236	1007	2768	16011
	Administratifs	Techniques	Services	Total Général
CHU Batna	151	91	173	415
CHU Sétif	134	37	470	641
CHU Annaba	254	42	1022	1318
CHU Constantine	347	121	1274	1742
Total. N	3050	1032	8073	12155

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على

Annuaire statistique "Santé en chiffres 2014", Direction des études et de la planification, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Edition Janvier 2016, Algérie.

يوضح الجدول السابق توزيع الطاقم الشبه والطبي والإداري على مستوى المراكز الاستشفائية

الجامعية للشرق الجزائري وبإلاظ:

- تواجد عدد كبير من الطاقم الشبه الطبي الذين يحملون شهادة دولة على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي قسنطينة حيث بلغ العدد 1161، ويليه المركز الاستشفائي الجامعي باتنة بـ 728 والمركز الاستشفائي الجامعي عنابة بـ 716 والمركز الاستشفائي الجامعي سطيف بـ 619. وبلغ عدد الطاقم الشبه الطبي Brevetés في المركز الاستشفائي الجامعي سطيف 177 يليه المركز الاستشفائي الجامعي عنابة بـ 173، في حين بلغ العدد في كل المركز الاستشفائي الجامعي قسنطينة وباتنة على التوالي 29 و23. وبلغ عدد Aides paramédicaux في المركز الاستشفائي الجامعي عنابة 312 ويليه كل من المركز الاستشفائي الجامعي باتنة وسطيف على التوالي بـ 154 و150، في حين بلغ العدد في المركز الاستشفائي الجامعي قسنطينة 100، بحيث بلغ العدد الإجمالي للطاقم الشبه الطبي في المركز الاستشفائي الجامعي قسنطينة 1290 شبه طبيين ويليه المركز الاستشفائي الجامعي عنابة بمجموع 1201، والمركز الاستشفائي الجامعي سطيف 946، وفي الأخير المركز الاستشفائي الجامعي باتنة بـ 905.

- تواجد عدد كبير من الإداريين والتقنيين على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي قسنطينة بحيث بلغ العدد الإجمالي 1742 يوزع العدد على الإداريين بـ 347 والتقنيين بـ 42 وباقي الخدمات 1274 عامل، يليه المركز الاستشفائي عنابة بإجمالي 1742 بحيث بلغ عدد الإداريين 254 والتقنيين 42،

يليه المركز الاستشفائي الجامعي سطيف بإجمالي 641 حيث بلغ عدد الإداريين 134 و 37 تقنيا، ويليه المركز الاستشفائي الجامعي باتنة بمجموع 415 حيث بلغ عدد الإداريين 151 و 91 تقنيا.

3. الوظائف:

تمثلت مختلف الأنشطة التي تمت على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري والمتعلقة بالوظائف الاستشفائية، الاستشارات الاستعجالية، العمليات الجراحية، وتصفية الكلى ويمكن تسجيل النقاط عليها حول هذه الوظائف (انظر الملحق رقم "03").

- يشهد المركز الاستشفائي الجامعي سطيف أصغر متوسط لمدة الاستشفاء بقيمة 3.32 للرجال و 3.45 للنساء، بالمقابل يتميز بأكبر معدل لكل من شغل الأسرة بقيمة 82.4 للرجال و 88.51 للنساء ومعدل دوران الأسرة بقيمة 90.69 للرجال و 105.43 للنساء، وذلك بين المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري، في المقابل سجل أكبر متوسط لمدة الاستشفاء في كل من المركز الاستشفائي الجامعي عنابة بقيمة 9.62 للنساء والمركز الاستشفائي قسنطينة ب 9.78، وبمعدلات أقل في معدل دوران الأسرة مما يعكس طول مدة استشفاء المرضى فيها.

- يسجل تباين في معدل الوفيات في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري خصوصا في المركز الاستشفائي الجامعي عنابة الذي سجل أكبر معدل وفيات على مستوى التخصصات الطبية ب 146.76 للرجال، و 150.98 للنساء، و 69.99 للأطفال، بعكس التخصصات الجراحية الذي سجل فيه اصغر معدل ب 5.12 للرجال، و 12.95 للنساء و 5.12 للأطفال. كما تشهد مصلحة الاستعجال في كل من المركز الاستشفائي الجامعي سطيف والمركز الاستشفائي قسنطينة معدلات مرتفعة في الوفيات ب 89.60 و 81.04 على التوالي بالمقارنة مع المركز الاستشفائي الجامعي باتنة وعنابة ب 48.74 و 37.58 على التوالي والمعدل الوطني 37.79.

- يشهد المركز الاستشفائي الجامعي باتنة عجز بالمقارنة مع باقي المراكز الاستشفائية الجامعية في تغطية احتياجات مرضى الكلى كما أن قائمة الانتظار لتلقي العلاج تعتبر طويلة في هذا المجال.

ثالثا: تحليل خصائص عينة الدراسة.

تساهم معرفة خصائص مفردات العينة في تحديد مواقفهم ومرجعياتهم بالإضافة إلى أن ذلك يسمح بتجنب عدد من الانحرافات الأمر الذي يؤدي إلى فهم الواقع.

1. خصائص أفراد العينة:

إن السعي نحو الإلمام بجوانب موضوع البحث يتطلب عرض تفصيلي لأهم المؤشرات والمميزات التي تتميز بها عينة البحث والتي شملت كل من الجنس، العمر، الأقدمية، مقر العمل، المصلحة التي يعمل بها.

إن نتائج البحث الميداني المتعلق بخصائص أفراد العينة يمكن توضيحها وفقا لما يلي:

جدول رقم(04-12): الخصائص الديموغرافية لعينة البحث

المجموع	الصفات الديموغرافية					المتغير	
	نكر		أنثى				
286	110		176			الجنس	
100	38.5		61.5			النسبة	
286	51 فما فوق		40-31	أقل من 30 سنة		العمر	
	26		70	77			
	9.1		24.5	26.9			
100	7.0		14.3	16.8		النسبة	
286	عناية		سطينية	سطينية		مقر العمل	
	20		41	48			
	7.0		14.3	16.8			
100	7.0		14.3	16.8		النسبة	
286	أكثر من 15 سنة		من 11 إلى 15 سنة	من 5 إلى 10 سنوات		الأقدمية	
	52		59	79			
	18.2		20.6	27.6			
100	18.2		20.6	27.6		النسبة	
286	autre	Professeur	Maitre-assistant	Assistant	Résident	Médecin généraliste	المنصب الإداري
	2	9	58	67	101	49	
	0.7	3.1	20.3	23.4	35.3	17.1	

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستبيان.

يلاحظ من خلال الجدول السابق مايلي:

- عينة البحث تتشكل في أغليبتها من الإناث بنسبة بلغت 61% في حين كانت نسبة الذكور 39%، وهذه النسبة لا تعني تواجد أقل للرجال في بيئة العمل بدرجة عالية ولكن يعكس مساهمة الإناث في جوانب الحياة في المجتمع التي عرفت نسبة نمو وتسارع كبيرين وبصورة مستمرة خاصة في مجال التعليم والصحة، وكذا بسبب مسار اختيار العينة ونسبة استرجاع الاستبانة الذي وافق المصالح التي

تتواجد فيها النساء بشكل كبير وكذا تفضيل الرجال العمل في القطاع الخاص إلا في التخصصات التي لا تتواجد فيها فرص كثيرة للعمل أو بسبب طبيعة العمل (طب العمل، الطب الداخلي ...)

- مؤشر العمر لمفردات العينة المدروسة يتوزع على أربع فئات، الفئة الأولى تتضمن الفئات العمرية التي تقل عن 30 سنة، بينما الفئة الثانية والثالثة فهما تحتويان على الفئات العمرية التي تتراوح بين 31 و40 سنة وبين 41 و50 سنة على التوالي، أما الفئة الرابعة فتحتوي على الفئات العمرية للأفراد التي تزيد عن 51 سنة.

الجدول السابق يوضح لنا أن أعلى نسبة كانت 39% لأفراد العينة الذين ينتمون إلى الفئة العمرية (31-40 سنة) وهي تمثل الفئة المنوالية لهذا المؤشر، تليها الفئة العمرية (أقل من 30 سنة) بنسبة 27%، والفئة العمرية (من 41-50 سنة) بنسبة 25%، في حين سجلت مفردات العينة الذين ينتمون إلى الفئة العمرية 51 سنة فما فوق نسبة 9%.

وما يمكن ملاحظته من خلال استقراء أعمار مفردات العينة أن الأغلبية كانت لفئة الشباب بسبب تواجد اعداد كبيرة من الأطباء المقيمين على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية والذين ينتمون إلى الفئتين العمريتين أقل من 30 سنة وما بين 31 و40 سنة، بحيث لا يزال أمامهم مستقبل وظيفي طويل.

- يلاحظ في توزيع عينة البحث حسب مقر العمل أن أعلى نسبة كانت لمفردات العينة العاملين بالمركز الاستشفائي الجامعي باتنة بنسبة 62%، يليه المركز الاستشفائي الجامعي سطيف بنسبة 17%، والمركز الاستشفائي الجامعي قسنطينة بنسبة 14%، وسجلت أقل قيمة للمركز الاستشفائي الجامعي عنابة بنسبة 7%.

- إن نسبة 61% من مفردات العينة لهم خبرة تقل عن 10 سنوات، في حين أن نسبة 21% تتراوح خبرتهم بين 11 إلى 15 سنة، وبلغت نسبة العاملين الذين يتمتعون بخبرة لأكثر من 15 سنة نسبة 18%، وهذا يعني ان القوى العاملة الطبية من مفردات العينة تعاني من نقص في الخبرة إلا أن لديها معارف ومهارات يجب استثمارها من خلال التكوين المستمر قصد الوصول إلى اعلى كفاءة ممكنة.

- إن مؤشر المنصب الإداري لأفراد العينة يتكون من خمسة فئات هي فئة الأفراد تحت مسمى "طبيب عام"، وفئة "طبيب مقيم"، وفئة طبيب مختص برتبة مساعد، وفئة طبيب مختص برتبة أستاذ مساعد، وفئة طبيب مختص برتبة بروفيسور، وفئة خامسة تضم المناصب الأخرى. يتضح من الجدول أن توزيع مفردات عينة الدراسة حسب المنصب الإداري كان كالآتي 35% أطباء مقيمون Résident، في

حين بلغت نسبة الأطباء المختصين برتبة مساعد Médecin Assistant 24 %، وبلغت نسبة الأطباء المختصين برتبة أستاذ مساعد Mettre assistant 20 %، وبلغت نسبة الأطباء برتبة بروفيسور 3 %.

2. توزيع عينة البحث حسب المصلحة التي يعملون فيها:

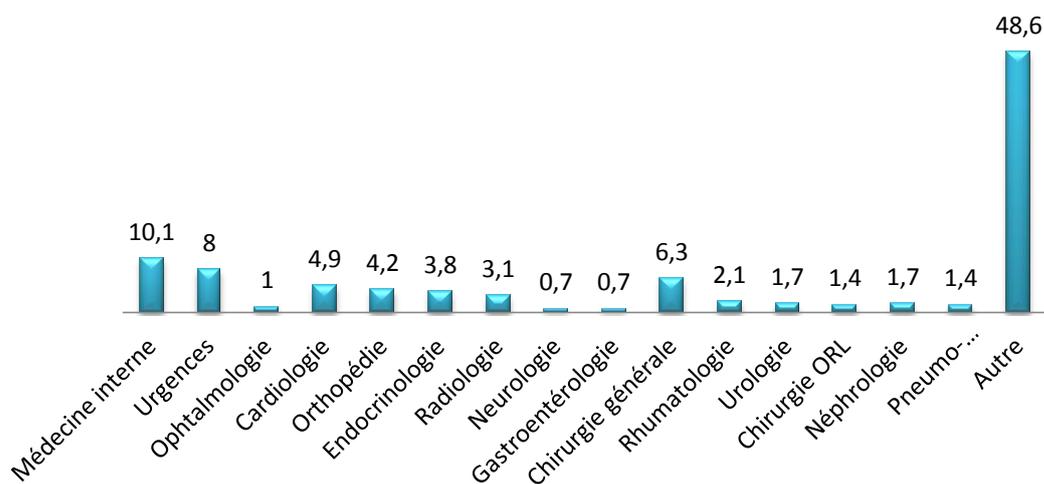
يوضح الجدول التالي مرفقا بالتمثيل البياني توزيع عينة البحث حسب المصلحة التي يعملون فيها

جدول رقم (04-13): توزيع عينة الدراسة حسب المصلحة التي تعمل بها

	التكرار المطلق	النسبة المئوية	النسبة المئوية التراكمية
Médecine interne	29	10,1	10,1
Urgences	23	8,0	18,2
Ophthalmologie	3	1,0	19,2
Cardiologie	14	4,9	24,1
Orthopédie	12	4,2	28,3
Endocrinologie	11	3,8	32,2
Radiologie	9	3,1	35,3
Neurologie	2	,7	36,0
Gastroentérologie	2	,7	36,7
Chirurgie générale	18	6,3	43,0
Rhumatologie	6	2,1	45,1
Urologie	5	1,7	46,9
Chirurgie ORL	4	1,4	48,3
Néphrologie	5	1,7	50,0
Pneumo-phtisiologie	4	1,4	51,4
أخرى	139	48,6	100,0
المجموع	286	100,0	

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستبيان

شكل رقم (04-04): يوضح توزيع عينة الدراسة حسب المصلحة التي يعملون بها



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستبيان

يتضح من الشكل رقم (04-04) أن 48.6% من مفردات العينة تنتمي إلى التقسيم (مصلحة أخرى)، في حين سجلت مصلحة الطب الداخلي نسبة 10.1%، تليها مصلحة الجراحة العاملة 6.3% ومصطلحي طب القلب وجراحة العظام بنسبة 4.9% و 4.2%، يرجع ذلك لتواجد اعداد كبيرة من الأطباء على مستوى هذه المصالح* .

3. استجابات الأطباء نحو تواجد دائرة أو قسم مختص بالجودة في المستشفى:

يوضح الجدول التالي مرفقا بتمثيل بيانيا استجابات الأطباء نحو تواجد دائرة أو قسم مختص بالجودة في المستشفى

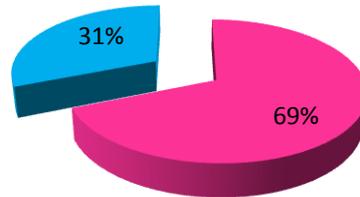
جدول رقم (04-14): يوضح إن كانت هناك دائرة أو قسم مختص بالجودة في المستشفى

	التكرار المطلق	النسبة المئوية	النسبة المئوية التراكمية
نعم	00	00	00
لا	197	68,9	68,9
لا أعلم	89	31,1	100,0
المجموع	286	100,0	

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستبيان.

شكل رقم (04-05): التمثيل البياني إن كان هناك دائرة أو قسم مختص بالجودة في المستشفى

■ لا أعلم ■ لا



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستبيان.

يلاحظ من الشكل رقم (04-05) أن نسبة 69% من مفردات العينة أجابت بـ "لا" حول وجود دائرة أو قسم مختص بالجودة في المراكز الاستشفائية الجامعية محل الدراسة في حين بلغت نسبة الذين أجابوا بـ "لا أعلم" 31%.

* الإجابة بمصالح أخرى تشمل المصالح التالية:

Anesthésie réanimation, Exploration fonctionnel, Pédiatrie, Physiologie, Gastrologie, Microbiologie, Parasito, Médecine du travail, Réanimation, Pharmacologie, Médecine légale, Hématologie, CTS, épidémiologie , Anapathe, Anatomie pathologique

4. استجابة الأطباء نحو تخطيط المستشفى لإنشاء وحدة أو دائرة متخصصة في الجودة:

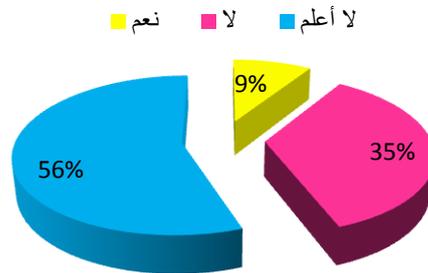
يوضح الجدول التالي مرفقا بتمثيل بياني استجابات الأطباء نحو تخطيط المستشفى لإنشاء وحدة أو دائرة متخصصة في الجودة.

جدول رقم (04-15): يمثل إن كانت المستشفى تخطط لإنشاء وحدة أو دائرة متخصصة في الجودة

	التكرار المطلق	النسبة المئوية	النسبة المئوية التراكمية
نعم	26	9,1	9,1
لا	101	35,3	44,4
لا أعلم	159	55,6	100,0
المجموع	286	100,0	

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستبيان.

شكل رقم (04-06): التمثيل البياني لأن كانت المستشفى تخطط لإنشاء وحدة أو دائرة متخصصة في الجودة



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستبيان.

يلاحظ من الشكل رقم (04-06) أن أعلى نسبة كانت 56% لمفردات العينة الذين أجابوا بـ " لا أعلم" إن كانت المستشفى تخطط لإنشاء وحدة أو دائرة متخصصة في الجودة، وتليها نسبة 35% لمفردات العينة الذين أجابوا بـ "لا" في حين بلغت نسبة الاجابة بـ "نعم" 9%.

المبحث الثاني: عرض نتائج تقييم مجالات الدراسة.

في هذا المبحث سيتم التطرق إلى تحليل خصائص مفردات العينة الشخصية والوظيفية بالإضافة إلى دراسة درجة استجاباتهم لأبعاد الاستبيان الموجه لهم والمتعلق بواقع العوامل الحرجة على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية مع عرض نتائج تقييم الدراسة وفق الطرح التالي.

المطلب الأول: درجة استجابات المبحوثين نحو بعد العاملين.

يهدف هذا الجزء إلى محاولة تشخيص استجابات الأطباء نحو الظروف التي تسمح بتحسين جودة ظروف وشروط العمل، ويمكن توضيح نتائج البحث الميداني لاستجابات الأطباء نحو متغير العاملين حسب المؤشرات سابقة الذكر وفق البيانات الواردة بالجدول رقم (04-16) (04-17) (04-18) التي توضح المتوسطات الحسابية لاتجاهات المبحوثين، وكذلك الانحرافات المعيارية لهذه المتوسطات نحو متغير العاملين.

أولاً: التكوين.

يمكن عرض استجابات المبحوثين نحو مؤشر التكوين في الجدول التالي:

جدول رقم (04-16): قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة المبحوثين على مؤشر التكوين

العبارة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	الدرجة
يتحصل العامل على فرصة للتكوين المستمر	23	55	11	61	136	3,81	1,407	1	موافق
التكوين كان ملائماً للاحتياجات	33	81	30	50	92	3,30	1,456	2	محايد
التكوين يشمل جميع الفئات والقطاعات ولا يقتصر على فئة معينة	46	108	39	46	47	2,79	1,342	5	محايد
يتم تكوين العاملين الجدد وتنمية مهاراتهم	51	79	28	79	49	2,99	1,399	4	محايد
تكوين العاملين فعال ويعطي نتائج تنعكس على أدائهم	32	86	23	92	53	3,17	1,338	3	محايد
يتم تدريب العاملين بشكل مستمر على عمليات التطوير	42	115	39	56	34	2,74	1,264	6	محايد
يتم تقييم قدرات العاملين بعد كل عملية تكوين	67	120	28	48	23	2,44	1,240	8	غير موافق
يتم تبني طرق حديثة للإشراف والتكوين	73	107	30	57	19	2,45	1,249	7	غير موافق
نتيجة مؤشر التكوين						2,9607	94369,		محايد

المصدر: من إعداد الباحثة بالاستعانة ببرنامج SPSS.22.

يتبين من الجدول أعلاه أن استجابات الأطباء على عبارات مؤشر التكوين كانت ذات استجابة متوسطة وهذا ما يعكسه المتوسط الحسابي للمؤشر 2.9607 بنتيجة محايد حسب مقياس ليكارت

الخماسي بانحراف معياري 0.94369، وحيث تراوحت نسبة الاستجابة في هذا المؤشر بين 3.81 لعبارة يتحصل العامل على فرصة للتكوين المستمر بانحراف معياري 1.407 وهي أعلى قيمة، تليها عبارة التكوين كان ملائما للاحتياجات بمتوسط حسابي 3.30 وبانحراف معياري 1.456، تليها عبارة تكوين العاملين فعال ويعطي نتائج تنعكس على أدائهم بمتوسط حسابي 3.17 وبانحراف معياري 1.338، تليها عبارة يتم تكوين العاملين الجدد وتنمية مهاراتهم بمتوسط حسابي 2.99 وبانحراف معياري 1.399، تليها عبارة التكوين يشمل جميع الفئات والقطاعات ولا يقتصر على فئة معينة بمتوسط حسابي 2.79 وبانحراف معياري 1.342، تليها عبارة يتم تدريب العاملين بشكل مستمر على عمليات التطوير بمتوسط حسابي 2.74 وبانحراف معياري 1.264، تليها عبارة يتم تبني طرق حديثة للإشراف والتكوين بمتوسط حسابي 2.45 وبانحراف معياري 1.249، وتليها بمتوسط حسابي 2.44 وهو أصغر متوسط عبارة يتم تقييم قدرات العاملين بعد كل عملية تكوين وبانحراف معياري 1.240.

ولقد سجلت عبارة "موافق" واحدة، وعبارتين "غير موافق" في حين باقي العبارات كانت "محايد"، ويشير الانحراف عن الوسط الحسابي لكل فقرة أن هناك اختلاف في آراء الأطباء حول واقع مؤشر التكوين في المراكز الاستشفائية الجامعية محل الدراسة، ويمكن إرجاع ذلك إلى مجموعة من الأسباب من بينها:

- العمال يتحصلون على فرصة للتكوين المستمر وهذا ما تعكسه كل من نتائج المقابلة في محور الموارد البشرية، والمتوسط الحسابي (3.81) بنتيجة موافق حيث يتوفر على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية نوعان من التكوينات:

- التكوين الداخلي الذي اصطلح عليه بالتكوين الطبي المستمر formation médicale continue ويشمل جميع الأطباء العاملين بالمراكز الاستشفائية الجامعية ويتم على مستوى المصلحة بصورة منتظمة وخاصة عند ظهور حاجة لذلك سواء بهدف تعلم طريقة جديدة للعلاج، أو بعد ارتكاب أخطاء خصوصا من قبل الأطباء المقيمين حيث يتم عقد لقاءات واجتماعات للتحميس والتوعية وتعلم الممارسات الصحيحة؛
- التكوين خارج المركز الاستشفائي الجامعي سواء عن طريق تريضات، ملتقيات محلية، وطنية أو دولية.

لذا تتاح الفرصة لأغلبية الأطباء لنيل فرص للتكوين على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية والمشاركة في ملتقيات محلية، جهوية ووطنية سواء عن طريق المستشفى أو المخابر الخاصة التي تتكفل بتكوين الأطباء في التخصصات التي تتوفر فيها طرق ومعدات وتجهيزات تشهد تطورات سريعة.

إلا أن هناك أطباء يواجهون صعوبة في تلقي التكوينات للأسباب التالية:

- مدة التبرص تحسب مع العطلة السنوية (العطلة الأكاديمية والتي تقدر بواحد وعشرين يوما)؛
- ارتفاع تكاليف التبرص خارج الوطن بسبب طبيعة المشاركة؛
- الأولوية للأطباء الباحثين الذين يحضرون أبحاثا ومذكرات لنيل درجة علمية؛

- بالنسبة لملاءمة التكوين للاحتياجات فالمصالح المتواجدة على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية تحرص على تنظيم تكوينات بصفة مستمرة لتحسين مستويات أداء الأطباء مع محاولة الأخذ بعين الاعتبار الرغبات والاحتياجات وكذا النقائص التي يواجهها الأطباء، لكن يكون من الصعب تغطية جميع الاحتياجات للأسباب التالية:

- نقص في المعدات والتجهيزات اللازمة سواء للتكوين أو لتطبيق ما تم تعلمه من مهارات.
- نقص في تنظيم تكوينات ميدانية على مستوى المصلحة؛
- لا يتم تحديد أهداف تنظيم التكوين لتلائم احتياجات الأطباء ومع ما هو متوفر من الموارد المادية والبشرية والتقنية المتاحة؛
- الميدان غير ملائم للتكوين الطبي المستمر؛
- نقص وغياب الحافز لدى الأطباء لحضور التكوينات؛
- أغلب التكوينات تكون تطوعية واختيارية واعتماد أسلوب التلقي وعدم تشجيع التفاعل بين المكون والمتكونين؛
- نقص في تحديد الاحتياجات والأهداف من تنظيم التكوينات الداخلية، وكذا أهداف المشاركة في التكوينات الخارجية؛
- يعتمد التكوين الطبي المستمر في المراكز الاستشفائية الجامعية على توفير مكثبات على مستوى المصالح لكن يلاحظ غيابها في العديد من المصالح سواء الورقية أو الالكترونية. مثال ذلك مصلحة طب الأطفال على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي قسنطينة.

وتواجد مكتبة على مستوى مديرية الشؤون الطبية والشبه الطبية في جميع المراكز الاستشفائية الجامعية محل الدراسة.

- بالنسبة لكون التكوين يشمل جميع الفئات والقطاعات ولا يقتصر على فئة معينة فإن القانون يكفل أن التكوين المستمر يشمل جميع الفئات المتواجدة على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية، لكن جانب التطبيق يواجه عوائق كثيرة منها: ضرورة التنقل لحضور التكوينات، العوائق الاجتماعية، محدودية الأماكن، التكفل المحدود بالأطباء، غياب الحافز، اعتماد الاقدمية عند التصنيف.

- طبيعة المصلحة من حيث نوع الأنشطة والعمل اللذين ينجزان فيها والاحتياجات المسجلة إن كان هناك احتياج لتعلم تقنيات جديدة للعلاج سواء كانت ممارسات أو تجهيزات ومعدات، مثل ما حصل مع مصلحة زراعة الكلى على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي باتنة التي عرفت نقلة نوعية في مجال زراعة الكلى بعد القيام بسلسلة من التكوينات المستمرة. في حين تتواجد مصالح تسجل نقصا كبيرا في التكوينات المستمرة.

- تواجد مخابر توفر تكوينات يمكن اقتراحها على المركز الاستشفائي الجامعي وتتكفل إما بتنظيم التكوين على مستوى المصلحة أو اختيار عينة من الأطباء العاملين في المصلحة لحضور تكوينات خارجية سواء وطنية أو دولية.

- طبيعة التكوين الذي يتلقاه الأطباء خصوصا في مرحلة التخصص تفرض التكوين المستمر على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي مما يلغى الحاجة الى تلقي تكوين في بداية المسار الوظيفي بسبب تعود الأطباء على ظروف العمل في المراكز الاستشفائية الجامعية قبل المباشرة في العمل، إلى جانب أنه يخضع للمصلحة التي وظفوا فيها إن تواجد برنامج معتمد للتكوين المستمر ومسار للتكوين التخصصي Résidanat، علاوة على أن الأولوية للتكوين الخارجي تكون بالأقدمية إلا في حالة توافر مناصب يمكن ان يستفيد منها العاملون الجدد.

- تكوين العاملين فعال ويعطي نتائج تنعكس على أدائهم بسبب تطبيق ما يتم تعلمه أنيا على المرضى المتواجدين على مستوى المصالح التي يعملون فيها، خصوصا إن كانت المهارات التي تم تعلمها لا تتطلب استقدام تقنيات جديدة، لكن التحدي الذي واجهه الأطباء تمثل في تطبيق ما يتم تعلمه في التكوين الذي يحتوي مهارات جديدة تتطلب تقنية غير متوفرة على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية.

- يسجل على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية مساعي لتدريب العاملين بشكل مستمر على عمليات التطوير، لكنها تبقى متأخرة بالمقارنة مع التقدم الذي يشهده القطاع الصحي على المستوى الدولي وذلك بسبب:

- نقص الوسائل الحديثة التي تسمح بتعلم وتطبيق التقنيات الجديدة؛
- نقص المكونين من ذوي الخبرة على العمليات والتقنيات الحديثة خصوصا المحليين؛
- نقص فرص نيل التريصات والتكوينات من أجل نقل المعارف لباقي الطاقم الطبي.

- يسجل ضعف في تقييم قدرات العاملين بعد كل عملية تكوين وهذا ما يعكسه المتوسط الحسابي (2.44) بنتيجة غير موافق، ويرجع ذلك إلى عدم وضوح القوانين واللوائح التي تحدد آليات متابعة وتقييم قدرات العاملين الخاضعين لتكوينات من حيث التغيير في القدرات التي يمكن ان تطرأ بعد اجراء التقييم ودراسة النتائج، يبقى على الأطباء القيام بهذا الدور في شكل مبادرات فردية على مستوى المصالح. في حين يتم متابعة وتقييم قدرات ومهارات الأطباء المقيمين ضمن مسار التكوين الخاص بالتخصص بصفة دورية من قبل الأطباء المشرفين على المسار.

- سجلت عبارة يتم تبني طرق حديثة للإشراف والتكوين متوسط حسابي (2.45) ويرجع ذلك إلى اعتماد طرق تقليدية للتكوين خصوصا أسلوب المحاضرات وتهميش التفاعل مع الحضور ومن بين الأسباب التي أدت الى ذلك ما يلي:

- نقص الأدوات والوسائل الحديثة المساعدة والمسهلة لعملية التكوين والاعتماد على التلقين المباشر؛
- نقص التكوينات عن بعد التي توفر الوقت والتكاليف؛
- نقص التكوينات الميدانية والتفاعلية، مع تسجيل مبادرات على مستوى مصلحة الكلى التابعة للمركز الاستشفائي الجامعي باتنة.

ثانيا: التحفيز.

يمكن عرض استجابات المبحوثين نحو مؤشر التحفيز في الجدول التالي:

جدول رقم (04-17): قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة المبحوثين نحو مؤشر التحفيز

الدرجة	الرتبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	العبارة
غير موافق	7	1,423	2,42	29	62	13	77	105	يتقاضى العامل راتبا مناسباً لما يقوم به من عمل أساسي
غير موافق	6	1,300	2,43	21	62	16	106	81	يتحصل العامل على علاوات وزيادات سنوية بشكل منتظم
غير موافق	9	1,116	1,90	14	20	21	100	131	تتوافر لدى العامل فرصة للحصول على مكافأة مالية استثنائية مرتبطة بمستوى أدائه
غير موافق	8	1,354	2,36	28	46	26	88	98	تتم الترقية في العمل على أساس الكفاءة والأداء
موافق	2	1,184	3,97	112	118	12	24	20	يساهم العمل الذي يقوم به العامل في تقدمه الوظيفي
غير موافق	10	1,215	1,90	15	29	20	69	153	يقدم للعامل شهادات شكر وعرفان
محايد	5	1,431	2,61	37	65	16	86	82	تترك الإدارة للعامل حرية أداء عمله وفق ما هو مناسب له
محايد	4	1,310	3,22	52	94	38	69	33	يشعر العامل بالرضا تجاه قيامه بعمله
موافق	3	1,223	3,79	94	114	19	41	18	يشعر العامل بالتطور وزيادة مهاراته أثناء ممارسته للعمل
موافق	1	1,153	4,03	121	108	20	19	18	يشعر العامل بأن عمله ضمن فرق تطوير الجودة يعزز من مكانته الوظيفية
محايد		69183,	2,8626	نتيجة مؤشر التحفيز					

المصدر: من إعداد الباحثة بالاستعانة ببرنامج SPSS.22

يلاحظ من الجدول السابق أن استجابة الأطباء نحو مؤشر التحفيز كانت متوسطة وهذا ما يبينه المتوسط الحسابي الإجمالي للمؤشر بقيمة 2.8626 وانحراف معياري 0.69183، حيث تراوحت نسبة الاستجابة في هذا المؤشر بين 4.03 وانحراف معياري 1.153 وهي أعلى قيمة لعبارة يشعر العامل بأن عمله ضمن فرق تطوير الجودة يعزز من مكانته الوظيفية، تليها عبارة يساهم العمل الذي يقوم به العامل في تقدمه الوظيفي بمتوسط حسابي 3.97 وانحراف معياري 1.184، تليها عبارة يشعر العامل بالتطور وزيادة مهاراته أثناء ممارسته للعمل بمتوسط حسابي 3.79 وانحراف معياري 1.223 وتقع هذه العبارات في نطاق التقويم الإيجابي.

في حين تقع العبارتين المواليتين في نطاق التقييم المحايد وهي عبارة يشعر العامل بالرضا تجاه قيامه بعمله بمتوسط حسابي 3.22 وانحراف معياري 1.310، وعبارة تنترك الإدارة للعامل حرية أداء عمله وفق ما هو مناسب له بمتوسط حسابي 2.61 وانحراف معياري 1.431.

تقع العبارات الموالية في نطاق التقييم السلبي وتمثلت في عبارة يتحصل العامل على علاوات وزيادات سنوية بشكل منتظم بمتوسط حسابي 2.43 وانحراف معياري 1.3000، تليها عبارة يتقاضى العامل راتبا مناسباً لما يقوم به من عمل أساسي بمتوسط حسابي 2.42 وانحراف معياري 1.423، تليها عبارة تتم الترقية في العمل على أساس الكفاءة والأداء بمتوسط حسابي 2.36 وانحراف معياري 1.354، وتليها عبارة يقدم للعامل شهادة شكر وعرفان بمتوسط حسابي 1.90 وانحراف معياري 1.215؛ ويمكن إرجاع ذلك إلى مجموعة من الأسباب منها ما تم ذكره في تحليل المقابلة في محور الموارد البشرية المتعلق بنظام الأجور والحوافز المتبع في المراكز الاستشفائية الجامعية، بالإضافة إلى الأسباب التالي:

- ضعف الرضا على الرواتب التي يتلقها الأطباء بسبب المجهودات التي يبذلونها وساعات العمل الواجب تغطيتها في ظل تواجد أعداد كبيرة من المرضى ونقص في الموارد المادية والبشرية خصوصا في المصالح الحرجة (الجراحية والاستعجالات والإنعاش)، والمقارنات التي تحدث مع الظروف والفرص التي تمنح في القطاع الخاص.

- وجود نظام علاوات وزيادات يحتوي على علاوة المناوبة الليلية بحسب الرتبة، وعلاوة سنوية تتم بحسب الرتبة والأقدمية والمنصب، حيث يرى الأطباء أنها غير كافية ولا تعكس الجهد المبذول طوال السنة والمخاطر التي يواجهونها خصوصا للأطباء العاملين في مصالح (SAMU، الاستشفاء المنزلي HAD، الاستعجالات، الجراحة، الإنعاش).

- نظام الأجور المتبع في المركز الاستشفائي الجامعي يخضع للتوظيف العمومي مما يلغي فرصة الحصول على مكافأة مالية استثنائية مرتبطة بمستوى الأداء، بحيث حالات الحصول على مكافآت مالية استثنائية تكون عبارة عن جوائز خاصة بالبحوث التي تنجز والتي تقدمها جهة ثالثة (مخابر البحث)

- وجوب توفر الشروط التالية لنيل الترقية في العمل والموضحة في الجريدة الرسمية وهي: تقديم أبحاث علمية في شكل مذكرات ومشاركات في ملتقيات، مسابقات وطنية، تنظيم تكوينات خاصة بالطاقم الطبي والشبه الطبي، دراسة الملفات من لجان معتمدة، وذلك للحصول على ترقية بالنسبة للأطباء

المختصين والتقدم في السلم الوظيفي، وبالنسبة للأطباء العامين فتمت الترقية بالأقدمية. كون نسبة 61% من عينة الدراسة لديهم سنوات خبرة أقل من 10 سنوات مما يعكس عدم امتلاكهم الفرصة لنيل الترقية خلال المسار الوظيفي المسجل. وهذا ما يعكسه المتوسط الحسابي 2.36 لعبارة تتم الترقية في العمل على أساس الكفاءة والأداء.

- عدم اعتماد نظام تقديم شهادات شكر وعرفان إلا في حالات تنظيم ملتقيات تكون تابعة للمركز الاستشفائي الجامعي أو تقديم بحوث علمية مميزة، في حين يتم تقديم هذه الشهادات من قبل اطراف خارجة على شكل شراكات (جمعيات المرضى، مخابر،..) عن طريق تنظيم تظاهرات يتم خلالها تقديم شهادات الشكر والعرفان، وتقديم شهادات شفوية من قبل المجلس العلمي للمصالح التي سجلت أداء مميز.

- خصوصية العمل في المراكز الاستشفائية الجامعية أين تتواجد درجة عالية من التعقيد مما يصعب من مهمة التوضيح الدقيق لطبيعة ونطاق حرية عمل الأطباء والمساحة الواجب توفيرها لأداء العمل وفقا لما يناسب الأطباء وبما لا يتعارض مع سلطة الإدارة. في حين أن هناك حرية لاتخاذ القرارات الطبية.

- سعي الأطباء لتقديم أفضل ما يمكن في ظل ظروف العمل التي يطغى عليها نقص الموارد، وضغط العمل، وارتفاع أعداد المرضى الواجب معالجتهم مما يؤثر على درجة الرضا لدى الأطباء اتجاه عملهم.

- طبيعة عمل الأطباء تفرض التعامل مع حالات مرضية مختلفة ومتنوعة مما ينتج عنها تعلم معارف ومهارات جديدة ترفع القدرات والمستوى المهني، مع التشخيص الواجب ممارسته لمختلف الحالات، بالإضافة إلى الأسلوب المتبع في المراكز الاستشفائية الجامعية القائم على مفهوم التكوين الطبي المستمر وعقد اجتماعات دورية في المصالح لمراجعة الوضعية الحالية للمصلحة والمرضى المتواجدين فيها من أجل دراسة مختلف الحالات واقتراح طرق العلاج وتدارك النقائص قبل تطورها، وكذا استقطاب الحالات التي تفرض معالجة تعجز أمامها بقية المؤسسات الصحية، بالإضافة إلى التطور السريع الذي يشهده المجال الطبي سواء في جانب التشخيص أو التقانة مما يجعل الأطباء العاملين في هذه المراكز الاستشفائية الجامعية في حالة تطور مستمر، علاوة على ذلك تواجد العديد من المخابر التي تقدم فرصا للتكوين مما يجعل الأطباء يشعرون بتطور وزيادة في المهارات أثناء ممارسة العمل.

- طبيعة العمل في المراكز الاستشفائية الجامعية التي تفرض التواجد في فرق عمل على مستوى المصالح مما يسمح بخلق جو يسود فيه تبادل المعارف والخبرات وتطويرها، مما يعزز المكانة الوظيفية لكل من العامل وفريق العمل الخاص بالمصلحة.

ثالثا: التمكين.

يمكن عرض استجابات المبحوثين نحو مؤشر التمكين كما يلي:

جدول رقم (04-18): قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة المبحوثين نحو مؤشر التمكين

الدرجة	الرتبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	العبرة
موافق	2	,876	4,24	133	106	35	8	4	العامل يصحح الخطأ في عمله
موافق	1	,888	4,26	134	112	25	10	5	العامل يساهم في تحسين عمله
محايد	3	1,388	3,15	53	101	9	83	40	العاملون في المستشفى كافيين من حيث الكم
محايد	4	1,326	2,95	39	86	24	96	41	عدد العاملين في المستشفى كاف من حيث النوع
غير موافق	6	1,135	1,80	14	22	11	86	153	ظروف العمل ملائمة لتحقيق الجودة
غير موافق	5	1,291	2,55	28	53	33	107	65	هناك توافق بين تخصص الطبيب والمصلحة التي يعمل بها
محايد		0,68836	3,1608	نتيجة مؤشر التمكين					

المصدر: من إعداد الباحثة بالاستعانة ببرنامج SPSS.22

يتضح من الجدول أعلاه أن استجابات الأطباء نحو مؤشر التمكين كانت متوسطة بمتوسط حسابي 3.1608 وانحراف معياري 0.68836، حيث تراوحت استجابة الأطباء نحو عبارات المؤشر بين 4.26 كمتوسط حسابي لعبارة العامل يساهم في تحسين عمله وهي أعلى قيمة وانحراف معياري 0.888، تليها عبارة العامل يصحح الخطأ في عمله بمتوسط حسابي 4.24 وانحراف معياري 0.876 وتقع هذه العبارتين في نطاق التقييم الايجابي لمؤشر التمكين.

في حين تقع العبارتين المولتين في نطاق التقييم المحايد وتمثلت في عبارة العاملون في المستشفى كافيين من حيث الكم بمتوسط حسابي 3.15 وانحراف معياري 1.388، وعبارة عدد العاملين في المستشفى كاف من حيث النوع بمتوسط حسابي 2.95 وانحراف معياري 1.326.

تقع العبارات المولية في نطاق التقييم السلبي وتمثلت في عبارة هناك توافق بين تخصص الطبيب والمصلحة التي يعمل بها بمتوسط حسابي 2.55 وانحراف معياري 1.291، تليها عبارة ظروف العمل

ملائمة لتحقيق الجودة بمتوسط حسابي 1.80 وهي أصغر قيمة وانحراف معياري 1.135. وقد ترواح الانحراف المعياري بين (1.388 و 0.876).

ويمكن إرجاع ذلك إلى مجموعة من الأسباب من بينها:

- شكلت حساسية القطاع الذي يمارس فيه العاملون عملهم والآثار التي تتجم عن أي خطأ يمكن أن يرتكب بحيث يؤثر على صحة وحياة المريض مباشرة ميل نحو متابعة ومراقبة العمل وتصحيح الخطأ أثناء أداء الاعمال بصورة ذاتية إلى جانب تمتع العاملين بهامش حرية في اتخاذ القرارات الخاصة وهذا ما يعكسه تسجيل وسط حسابي بقيمة 4.24.

- يسجل تباين في آراء الأطباء حول عدد العاملين من حيث الكم والنوع بسبب تسجيل درجة محايد لكل من عبارتي العاملون في المستشفى كافين من حيث الكم وعدد العاملين في المستشفى كاف من حيث النوع ويرجع ذلك إلى:

- التوزيع غير المدروس وغير العادل للأطباء على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية وتسجيل حالات عجز في بعض المصالح التي تشهد أعدادا كبيرة من المرضى سواء للمعاينة أو الاستشفاء، في حين مصالح أخرى تسجل أعدادا أقل من المرضى، وهذا ما تم الإشارة إليه سابقا في تحليل المقابلة مع الأطباء المستجوبون؛
- انتشار ظاهرة التسرب الوظيفي للعديد من الكوادر خصوصا بعد الانتهاء من الخدمة المدنية وتفضيل القطاع الخاص. مما يجعل المركز الاستشفائي الجامعي معتمدا على الأطباء المقيمين الذين تنقصهم الخبرة؛
- وجود جهود مبذولة لتحسين الخدمات الصحية رغم الظروف الصعبة أين يتوفر على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية كوادر فضلت البقاء فيها رغم توفر فرص أحسن للعمل في القطاع الخاص؛
- العجز المسجل في بعض التخصصات وغياب الأطباء الذين يمكنهم تغطيتها بسبب توافد أعداد كبيرة من المرضى عليها؛
- غياب بعض مسارات التكوين التخصصي على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية وكليات الطب مما يستوجب نقل المرضى الى مراكز أخرى لتلقي العلاج.

- عدم رضا الأطباء عن ظروف العمل التي يعملون في ظلها خصوصا النقص الحاد في الموارد وعدم ملاءمتها لاحتياجات المصالح إلى جانب الأعطال المسجلة في المعدات والتجهيزات، الأعداد الكبيرة من المرضى، والضعف الملحوظ في كل من التسيير، التنظيم، والتنسيق على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية، سواء على مستوى المصلحة أو على المستوى الكلي للمستشفى والتي تؤثر على تحقيق الجودة من وجهة نظر الأطباء.

- ضعف في التوافق بين تخصص الطبيب والمصلحة التي يعمل بها ويرجع ذلك إلى:

- غياب الشروط الواجب توفرها في المصلحة لأداء الطبيب المهام المنوطة بتخصصه بالشكل الصحيح والملائم؛
- تواجد أطباء مختصين وغياب مصلحة خاصة مثال ذلك تخصص الأمراض العصبية وأمراض الجلد، وأمراض المفاصل وغياب مصلحة خاصة مع وجود مستشفى نهاري hôpital du jour على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي باتنة؛
- توظيف أطباء عامين في مصالح متخصصة لتغطية العجز في الأطباء المختصين.

المطلب الثاني: درجة استجابة المبحوثين نحو بعد الإدارة والإتصال.

سيتم في هذا المطلب عرض استجابات مفردات العينة نحو كل من بعد الإدارة والاتصال.

أولاً: الإدارة.

توضح البيانات الواردة بالجدول رقم (04-19) المتوسطات الحسابية لاتجاهات المبحوثين، وكذلك

الانحرافات المعيارية لهذه المتوسطات نحو متغير الإدارة.

جدول رقم (04-19): قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة المبحوثين نحو بعد الإدارة

الدرجة	الرتبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	العبرة
غير موافق	28	,992	1,85	7	21	17	118	123	توجد ظروف مناسبة للإبداع وتشجيع الاقتراحات
محايد	2	1,361	2,80	37	70	38	81	60	يتم تمكين العاملين ومنحهم الثقة في مجال العمل
غير موافق	27	1,022	1,86	8	23	15	116	124	يتم تزويد العاملين بالمواد اللازمة الضرورية لتأدية العمل المطلوب
محايد	1	1,349	3,12	50	87	39	68	42	يتم التأكيد على الرقابة
غير موافق	10	1,202	2,43	18	45	50	101	72	يهتم القائد بدراسة أسباب المشكلة وأساليب حلها، وضمان عدم تكرارها
غير موافق	5	1,232	2,55	18	63	42	99	64	يقوم القائد بإشراك العاملين في وضع الأهداف

غير موافق	6	1,241	2,54	17	67	36	100	66	يقوم القائد بإشراك العاملين في اتخاذ القرارات
غير موافق	12	1,140	2,39	10	51	50	105	70	هناك فهم واضح لمهام القائد وطبيعة العلاقة التي تجمعها مع العاملين معه
محايد	23	1,009	1,92	4	25	35	101	121	تعمل إدارة المستشفى على تعريف العاملين بأهداف الجودة المراد تحقيقها
غير موافق	3	1,354	2,77	28	86	30	76	66	تسند الإدارة في المستشفى الأنشطة للعاملين في ضوء تخصصاتهم وخبراتهم
غير موافق	18	1,043	2,17	4	31	66	93	92	تشجع الإدارة في الاجتماعات مبادرات المشاركين
غير موافق	26	,929	1,88	2	16	48	100	120	يتم الاعتراف بالإنجاز في حالة وجوده وإعلانه أمام باقي العاملين
غير موافق	22	,977	2,01	3	15	75	83	110	يتم اعتماد معايير رقمية لتحديد الأهداف
غير موافق	20	,932	2,07	3	8	92	85	98	تحتفظ الإدارة بدليل واضح لسياسة الجودة
غير موافق	15	1,002	2,20	4	20	94	80	88	تطبق الإدارة الأفكار التي اثبتت نجاحها في مستشفيات مشابهة
غير موافق	19	1,021	2,09	6	21	63	98	98	تحرص الإدارة على إزالة حواجز الابداع
غير موافق	11	1,137	2,40	6	55	64	84	77	تحرص الإدارة على تشكيل فرق العمل ومتابعة نتائج اعمالها وتوصياتها
غير موافق	9	1,209	2,44	8	70	41	88	79	تعمل الإدارة على تطوير أساليب العمل
غير موافق	25	,978	1,90	6	18	33	112	117	تشرك الإدارة جميع العاملين في تحسين الجودة
غير موافق	21	,903	2,05	4	5	85	100	92	توجد لدى الإدارة رؤية واضحة لتطبيق الجودة
غير موافق	13	1,117	2,35	12	35	69	96	74	هناك وعي متزايد بأهمية موضوع الجودة
غير موافق	18	1,068	2,10	5	37	37	109	98	تشجع الإدارة الاتصالات الفعالة بينها وبين العاملين
غير موافق	7	1,383	2,53	34	52	29	88	83	يتم نشر المعلومات بصورة مستمرة على كافة المستويات
غير موافق	14	1,211	2,27	17	39	38	101	91	تعمل الإدارة على إيجاد اتصال فعال في المستشفى
غير موافق	17	1,105	2,15	7	39	39	105	96	تطور الإدارة في المستشفى قنوات الاتصال في جميع المستويات الإدارية
محايد	4	1,350	2,64	26	78	21	90	71	هناك تنسيق متواصل ومتكامل بين المصالح
غير موافق	24	,962	1,92	4	16	49	100	117	ملاءمة الهيكل التنظيمي لرقابة الجودة
غير موافق	8	1,313	2,47	18	60	57	55	96	يتم تقييم المستشفى بمقارنتها بأحسن المستشفيات على المستوى الوطني
غير موافق		65448	2,2811	نتيجة بعد الإدارة					

المصدر: من إعداد الباحثة بالاستعانة ببرنامج SPSS.22

بالنظر إلى بيانات الجدول أعلاه يتضح لنا ما يلي:

هناك انخفاض في جميع متوسطات درجات عبارات متغير الإدارة كما تدرجها مفردات عينة البحث

من الأطباء محل البحث، وبنظرة تفصيلية إلى هذه المتوسطات لكل عبارة يتضح أنها تراوحت بين 1.85

لعبارة توجد ظروف مناسبة للإبداع وتشجيع الاقتراحات و3.12 وهي أعلى قيمة لعبارة يتم التأكيد على

الوقاية، وبمقارنة هذه المتوسطات بمستويات القياس الخاصة بالمقياس المستخدم يتضح مدى انخفاضها وتدنيها إذ أن غالبيتها يقع في منطقة الحد الأدنى، وهذا يعني أن معظم الأطباء غير راضين عن الإدارة المتواجدة على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية، بحيث أعطوا درجات ضعيفة حول عبارات بعد الإدارة وهذا ما يوضحه المتوسط الحسابي الإجمالي للبعد 2.2811 بنتيجة غير موافق.

إن قيم درجات الانحراف المعياري لدى جميع مفردات عينة البحث على مستوى متغير الإدارة تراوحت بين (1.349 و 0.932) وتشير إلى ارتفاع درجة موافقة مفردات العينة حول سلبية عبارات متغير الإدارة.

ويمكن إرجاع تسجيل هذا التقييم السلبي إلى مجموعة من الأسباب من بينها:

- نقص الموارد المادية التي تشهدها المراكز الاستشفائية الجامعية من غياب للتجهيزات والمعدات في العديد من المصالح وتسجيل حالات انقطاع لبعض الادوية اللازمة لأداء العمل على مستوى المصالح وكذا المواد اللازمة على مستوى المخابر، وعدم تطابق بعض المشتريات مع احتياجات الأطباء.

- قدم التجهيزات والمعدات من جهة والأعطال التي تطالها من جهة أخرى دون توفير صيانة آنية ودورية لهذه الأعطال مما يؤثر على الوقت المستغرق لتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة.

- طبيعة العمل في المستشفيات تفرض التركيز والتأكيد على الوقاية وحماية المجتمع من الأمراض، ويتم ذلك عن طريق حملات تحسيسية دورية على المستوى الوطني تنظمها المصالح المعنية بالتعاون مع المجتمع المدني (حملات التحسيس بأمراض السكري، السرطان والسيدا...)، وكذا على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية (الوقاية الداخلية) عن طريق حملات توعية وتحسيس بأهمية النظافة والوقاية في المصالح الطبية والجراحية بالأخص الالتهابات والعدوى المكتسبة داخل المستشفى والعمل على تطوير بروتوكولات للوقاية تسهر عليها مصلحة علم الأوبئة.

- حداثة مفهوم القائد وغياب تصور واضح حول طبيعته على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية بالإضافة إلى غياب الوصف الدقيق لمهامه بين أوساط الأطباء وحصر المفهوم في المسؤول الإداري.

- طبيعة الهيكل التنظيمي الهرمي المتبع في المراكز الاستشفائية الجامعية والتسلسل المتبع في وضع الأهداف بحيث يتم إشراك فقط الأطباء الأعضاء في المجلس الإداري والعلمي في وضع الأهداف العامة للمركز الاستشفائي الجامعي.

- نقص اعتماد الترجمة الرقمية للأهداف العامة التي سيتم العمل على تحقيقها.

- صعوبة تقدير الطلب المستقبلي على الخدمات الصحية بالتالي تأثر رسم وتحديد أهداف بمعايير رقمية من منظور الأطباء.
- عدم وضوح الخطوط التوجيهية التي تساعد رؤساء المصالح على اعتماد وتحديد المعايير التي تلائم أهداف المصلحة والمستشفى.
- عدم معرفة الأطباء لمصدر التصحيحات والإصلاحات التي تحدث على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية بسبب سلسلة الإصلاحات المكثفة التي شهدتها.
- تتسم ظروف العمل بعدم الملاءمة وعدم القدرة على تغطية المهام الأساسية مما لا يفسح المجال للإبداع خصوصا في المصالح التي تشهد تدفقا كبيرا للمرضى وقوائم انتظار طويلة للمعاينة.
- نقص في متابعة الإصلاحات والأعمال التي يتم إنجازها من قبل الإدارة.
- عدم وضوح الجانب الرقابي والقانوني الذي يستوجب متابعة نتائج الاعمال وتقديم تقارير تحليلية وتفصيلية حول نتائج أعمال فرق العمل.
- التركيز على الأعمال الطبية أين يقوم الطبيب رئيس المصلحة بمتابعة الأعمال المنجزة من قبل فريق العمل ونقلها للمجلس الطبي العلمي المتواجد على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي.
- عدم إعطاء أولوية للجودة في أهداف وخطط المراكز الاستشفائية الجامعية واعتبار المفهوم حديثا خصوصا عند الأخذ بعين الاعتبار الجودة من منظور علم التسيير والتركيز على تحقيق نتائج ايجابية في المؤشرات الصحية.
- عدم وجود سياسة جودة واضحة على مستوى المستشفى تحدد وتنظم طبيعة المشاركة في تأسيس وتحسين الجودة على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية.
- غموض في فهم ماهية الجودة الصحية والمهام المنوطة بمختلف الأطراف (الإدارة، الطاقم الطبي والشبه الطبي) وكذا أهميتها في تحسين الخدمات الصحية والحاجة لمشاركة جميع العاملين في تحسينها.
- عدم وجود رؤية واضحة لتطبيق الجودة وعدم إدراجها بعد كأحد الأبعاد الواجب تواجدها في الخطط الإدارية الخاصة بالمراكز الاستشفائية الجامعية. علاوة على ذلك مفهوم الجودة بحد ذاته الذي

يعتبر حديثا ودخيلاً على الأطباء خصوصا عند إسقاطه على جودة الخدمة الصحية من منظور علم التسيير .

- عدم إعطاء أولوية ومكانة لأهمية الاتصالات بين الإدارة والعاملين .
- وجود فصل بين المهام الإدارية والمهام الطبية وضعف التنسيق بينهما والميل نحو الاتصال باتجاه واحد واستخدام لوحات الاعلان في مدخل المصالح لنشر المعلومات .
- عدم وجود قنوات اتصال رسمية حديثة بين الإدارة والعاملين على مستوى مختلف المصالح تسمح بنشر المعلومات بصورة مستمرة وفعالة بحيث يتم الاعتماد على اللوحات الإعلانية التي تعرف تراكما للإعلانات مما يؤثر على نسبة مشاهدة الإعلانات الجديدة من قبل العاملين . (لوحات الإعلان على مستوى مدخل المصالح، ومكاتب الاستقبال، والاجتماعات).
- عدم وضوح السياسة والبروتوكولات الواجب اتباعها للعمل على إيجاد اتصال فعال على مستوى المستشفى .
- ضعف الجهود المبذولة لتطوير قنوات الاتصال على المستوى الجزئي، والاعتماد على الإعلانات الورقية والاجتماعات، وعدم توفر الوسائل والتقانة التي تسهل وتساعد في تطوير قنوات الاتصال .
- ضغط العمل الذي تشهده المراكز الاستشفائية الجامعية مما يصعب على المصلحة ذاتها إيجاد التنسيق بين العاملين داخلها حتى تتمكن من الانتقال الى تحقيق التنسيق والتكامل مع المصالح الأخرى .
- غياب آليات كلية لمتابعة ومراقبة الجودة على مستوى مختلف المصالح وفيما بين المصالح على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية، وما تم تسجيله هو تواجد دفاتر يتم فيها تسجيل معلومات المرضى والتشخيص الذي يتم وكذا دفاتر تقيد استهلاك الأدوية .

ثانيا: الاتصال.

يهدف هذا المحور إلى تحليل استجابات الأطباء نحو درجة وسرعة انتقال المعلومات على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية، حيث توضح البيانات الواردة بالجدول التالي المتوسطات الحسابية لاتجاهات الباحثين، وكذلك الانحرافات المعيارية لهذه المتوسطات نحو بعد الاتصال.

جدول رقم (04-20): قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة الباحثين نحو بعد الاتصال

الدرجة	الرتبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	العبارة
محايد	3	1,413	3,37	79	86	19	67	35	الاتصال على مستوى المصلحة يسمح بتبادل المعلومات بسهولة
محايد	4	1,356	2,82	36	80	20	97	53	الاتصال على مستوى المستشفى يسمح بتبادل المعلومات بسهولة بين المصالح
غير موافق	8	1,164	2,32	12	41	58	90	85	يوجد نظام معلومات شامل ورقي
غير موافق	10	1,048	2,01	5	29	41	100	111	يوجد نظام معلومات إلكتروني
غير موافق	9	1,085	2,25	9	28	74	89	86	يتم تجميع المعلومات بشكل مركزي
موافق	1	1,224	3,83	98	113	24	29	22	يتم حفظ معلومات المرضى أليا (السجلات الطبية)
موافق	2	,999	3,60	56	101	99	19	11	يتم حفظ معلومات الإدارة (سجلات الاجتماعات والتقارير)
محايد	5	1,034	2,60	10	43	101	87	45	تستخدم قوائم الاستقصاء لتحديد المشاكل ومعالجتها
غير موافق	7	,946	2,45	6	25	110	96	49	تستخدم مخططات لتحديد ومتابعة المشاكل ومعالجتها
غير موافق	6	1,035	2,53	8	39	104	81	54	يتم اعداد تقارير حول الأخطاء التي تحدث أثناء تقديم الخدمة
محايد		,61440	2,7783	نتيجة بعد الاتصال					

المصدر: من إعداد الباحثة بالاستعانة ببرنامج SPSS22

يتضح من الجدول السابق أن استجابات الأطباء نحو بعد الاتصال كانت متوسطة وهذا ما يعكسه المتوسط الحسابي الإجمالي للبعد بقيمة 2.7783 بنتيجة محايد وانحراف معياري 0.61440، حيث تراوحت قيم المتوسطات الحسابية لعبارات البعد بين 3.83 وهي أعلى قيمة لعبارة يتم حفظ معلومات المرضى أليا بانحراف معياري 1.224، تليها عبارة يتم حفظ معلومات الإدارة (سجلات الاجتماعات والتقارير) بمتوسط حسابي 3.60 وانحراف معياري 0.999 والتي تقع في نطاق التقييم الإيجابي.

في حين تقع العبارات الموائية في نطاق التقييم المحايد وهي عبارة الاتصال على مستوى المصلحة يسمح بتبادل المعلومات بسهولة بمتوسط حسابي 3.37 وانحراف معياري 1.413، تليها عبارة الاتصال على مستوى المستشفى يسمح بتبادل بسهولة بين المصالح بمتوسط حسابي 2.82 وانحراف معياري 1.356، تليها عبارة تستخدم قوائم الاستقصاء لتحديد المشاكل ومعالجتها بمتوسط حسابي 2.60 وانحراف معياري 1.034.

وتقع العبارات الموائية في نطاق التقييم السلبي وهي عبارة يتم اعداد تقارير حول الاخطاء التي تحقق أثناء تقديم الخدمة بمتوسط حسابي 2.53 وانحراف معياري 1.035، تليها عبارة تستخدم مخططات لتحديد ومتابعة المشاكل ومعالجتها بمتوسط حسابي 2.45 وانحراف معياري 0.946، تليها عبارة يوجد نظام معلومات شامل ورقي بمتوسط حسابي 2.32 وانحراف معياري 1.164، تليها عبارة يتم تجميع المعلومات بشكل مركزي بمتوسط حسابي 2.25 وانحراف معياري 1.085، تليها عبارة يوجد نظام معلومات الكتروني بمتوسط حسابي 2.01 وهي أصغر قيمة وانحراف معياري 1.048؛ ويمكن إرجاع ذلك إلى مجموعة من الأسباب من بينها:

- الاتصال على مستوى المصلحة يسمح بتبادل المعلومات بسهولة ويرجع ذلك إلى:

- النظام المتبع على مستوى العديد من المصالح عن طريق عقد اجتماعات يومية لعرض المستجدات وتبادل المعلومات قبل المباشرة في العمل بحيث يتم دراسة وضعية المصلحة والمرضى، لكنها غائبة في المصالح التي لا يتم فيها عقد اجتماعات صباحية وتستوجب دراسة ملفات المرضى بالإضافة إلى غياب التكوين المستمر والأطباء المقيمين؛
- اعتماد سجل تدوين الأطباء المناوبين أين يتم تسجيل مختلف المعاینات التي يقوم بها الأطباء؛
- الزيارات الاكاديمية على مستوى المصلحة.

- هناك تباين في آراء الأطباء حول كون الاتصال على مستوى المستشفى يسمح بتبادل

المعلومات بسهولة بين المصالح وهذا ما يبينه المتوسط الحسابي 2.82 ويرجع ذلك إلى:

- كبر حجم المراكز الاستشفائية الجامعية؛
- الاعتماد على الأساليب التقليدية في الاتصال وغياب شبكة اتصال داخلية فعالة لتسهيل عملية تبادل المعلومات بحيث يتم الاعتماد على الهاتف والاتصال المباشر ولوحات

الإعلان في مدخل المصالح، مكتب الدخول، ومكتب الاستقبال مما يستوجب أحيانا التنقل الشخصي لتلقي ونشر المعلومات.

- عدم وجود فهم واضح لطبيعة ومكونات نظام المعلومات ودوره على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية واقتصاره على توثيق معلومات المريض على مستوى مصلحة الاستقبال وسجلات المرضى التي ترسل إلى الأرشيف ويتم استعمالها من قبل الأطباء المقبلين على أبحاث علمية، كذا سجلات الأدوية على مستوى المصالح، ملفات المرضى والأطباء وهذا ما تم الإشارة إليه في استجابات الأطباء نحو أسئلة المقابلة المتعلقة بمحرر نظام المعلومات حول طبيعة النظام انها ورقية واقتصار النظام الإلكتروني على حفظ معلومات المرضى فقط.

- عدم تجهيز مختلف المصالح بالتجهيزات والتقانة المناسبة التي تسهل عملية إنشاء نظام معلومات إلكتروني.

- هناك ضعف في تجميع المعلومات بشكل مركزي وهذا ما يعكسه المتوسط الحسابي لعبارة يتم تجميع المعلومات بشكر مركزي بقيمة 2.25 إلا أن هناك مجهودات معتبرة من قبل مديرية الشؤون الطبية والشبه الطبية لجمع معلومات حول (تعداد الموارد البشرية والمادية المتواجدة على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية، مختلف الأنشطة الطبية، التي تتم على مستوى المصالح..)، من بين الأسباب ما يلي:

- عدم وجود قاعدة بيانات مركزية يتم فيها تجميع المعلومات الخاصة بالمركز الاستشفائي الجامعي يمكن الرجوع إليها عند الحاجة بحيث يتطلب الأمر كل مرة اللجوء الى خلية مختصة في مجال معين من المعلومات؛
- عدم وجود مصلحة تهتم وتتولى مهمة متابعة تجميع المعلومات الخاصة بالأداء الداخلي للمراكز الاستشفائية الجامعية وتجميع المعلومات.

- يتم على مستوى المراكز الاستشفائية حفظ السجلات آليا على مستوى مكتب الاستقبال آليا وإدخال المعلومات الخاصة بالمرضى (المعلومات الشخصية، المصلحة، فترة الاستشفاء،....) وهذا ما يعكسه المتوسط الحسابي 3.83، إلا أنه لا يتم حفظ الملف الذي يتضمن التاريخ الطبي وتفاصيل العلاج آليا.

- نقص وعدم وضوح الآليات والأنظمة التي تسمح بمتابعة ومراقبة المشاكل وتحديدتها خصوصا المشكلات المتعلقة بالتنظيم والتسيير التي تحدث على مستوى المصالح.

- ضعف اعتماد المخططات لتحديد المشاكل وهذا ما يعكسه المتوسط الحسابي 2.45، رغم المبادرة التي أطلقتها الوزارة باعتماد لوحة القيادة، إلا أن أغلبية الأطباء ليسوا على اطلاع بطريقة استعمالها سواء لوحة القيادة أو مختلف المخططات الممكن اعتمادها لتسهيل تحديد ومتابعة المشاكل وبالتالي معالجتها، بالإضافة إلى اعتماد طرق تقليدية لمتابعة المشكلات على مستوى المصالح.
- يتم اعداد التقارير حول الأخطاء التي تحدث أثناء تقديم الخدمة في الحالة التي تطلب من قبل المريض الذي كان عرضة لخطأ أثناء تلقي الخدمة الصحية، بالإضافة إلى عدم وضوح القوانين والآليات الواجب اتباعها عند حدوث الخطأ والتي تفرض توثيق الأخطاء التي تحدث أثناء تقديم الخدمة.

المطلب الثالث: درجة استجابة المبحوثين نحو بعد الجودة.

يهدف هذا المحور إلى تحليل استجابات الأطباء نحو رهانات الجودة على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية، والبيانات الواردة في كل من بعد المواصفات والمقاييس، طرق العمل، وموقع وتصميم المستشفى توضح المتوسطات الحسابية لاتجاهات المبحوثين، وكذلك الانحرافات المعيارية لهذه المتوسطات نحو متغير الجودة.

أولاً: المواصفات والمقاييس.

يمكن عرض استجابات المبحوثين نحو المواصفات والمقاييس في الجدول رقم (04-21).

جدول رقم (04-21): قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة المبحوثين نحو مؤشر المواصفات

والمقاييس

الدرجة	الرتبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	العبرة
غير موافق	3	1,038	2,10	4	25	71	83	103	يوجد في المستشفى نظام معتمد للمواصفات
غير موافق	2	1,047	2,12	1	44	38	109	94	تليي المستشفى احتياجات المرضى الخاصة عند الطلب
غير موافق	5	,935	1,99	1	23	48	114	100	يتم تطوير المعايير المستخدمة في العمل
غير موافق	6	1,043	1,97	8	18	49	94	117	يتم تحديد المواصفات حسب المتطلبات والإصدارات العالمية
غير موافق	1	1,247	2,52	21	47	67	75	76	توجد مقاييس معيارية لتحديد نوع وحجم مساحات المستشفى أو الأقسام التي تضمها وطريقة توزيعها مكانيا حسب حجم العمل
غير موافق	4	,923	2,00	1	15	71	96	103	يستخدم المستشفى مقاييس لقياس مستوى جودة الخدمات الطبية المقدمة
غير موافق		,72473	2,1183						نتيجة مؤشر المواصفات والمقاييس

المصدر: من إعداد الباحثة بالاستعانة ببرنامج SPSS.22

يلاحظ من الجدول السابق أن جميع استجابات الأطباء على عبارات مؤشر الموصفات والمقاييس كانت ذات استجابة ضعيفة وهذا ما يعكسه المتوسط الحسابي للمؤشر 2.1183 بنتيجة "غير موافق" وبتباخراف معياري 0.72473، بحيث تراوحت قيم المتوسط الحسابي بين 2.25 وهي أعلى قيمة لعبارة توجد مقاييس معيارية لتحديد نوع وحجم مساحات المستشفى أو الأقسام التي تضمها وطريقة توزيعها مكانيا حسب حجم العمل وبتباخراف معياري 1.247، وعبارة يتم تحديد الموصفات حسب المتطلبات والإصدارات العالمية بمتوسط حسابي 1.97 وبتباخراف معياري 1.043.

وهذا ما يعكس التقييم السلبي لمفردات العينة حول الموصفات والمقاييس المتواجدة على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية وهذا ما تم الإشارة إليه في استجابات الأطباء في المقابلات نحو ضعف تحديد مقاييس معيارية لجودة الخدمات الصحية المقدمة، ويمكن إرجاع ذلك إلى مجموعة من الأسباب من بينها:

- رغم مساعي المراكز الاستشفائية الجامعية لتلبية احتياجات المرضى إلا أنه سجلت حالة من عدم الرضا من قبل الأطباء حول تلبية الاحتياجات الخاصة بمتوسط حسابي 2.12 بدرجة غير موافق ومن بين الأسباب التي أدت إلى تسجيل هذه القيمة ما يلي:

- حالة العجز التي تمر بها المراكز الاستشفائية الجامعية عن تلبية وتغطية الحاجات الأساسية للمرضى بسبب تدفق أعداد كبيرة، وكذا نقص الموارد المادية التي يمكن لها أن تسهل تلبية الاحتياجات الأساسية والانتقال إلى الاحتياجات الخاصة للمرضى عند الطلب؛
- آجال التكفل الطويلة رغم وجود حالات حرجة تحتاج إلى التكفل الآني بسبب غياب بعض التخصصات التي يتوجب توفرها كون المؤسسات محل الدراسة تعتبر مركزا استشفائيا جامعيا؛
- عدم استقلالية المركز الاستشفائي الجامعي والحاجة إلى مستشفيات أخرى (الاعتماد على القطاع الخاص).

- عدم رضا المبحوثين عن تحديد الموصفات سواء بصفة مستقبلية أو بالمقارنة مع المتطلبات والإصدارات العالمية ويرجع ذلك إلى:

- وجود فجوة بين المتطلبات والإصدارات العالمية وما هو موجود على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية من وجهة نظر الأطباء؛

- غياب إما الكفاءة أو المورد المادي الذي يسمح بمطابقة هذه المواصفات، علاوة على وجود تقنية بدون أطباء يملكون التكوين المناسب لها.
- وجود المقاييس المعيارية التي تحدد نوع وحجم مساحات المستشفى والأقسام لكن يصعب اعتمادها بسبب عدم ملائمة مساحة وحجم المصالح الحالية المتواجدة على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية للمعايير المحددة مما يعكس عدم اتباع هذه المقاييس.
- قدم المنشآت وعدم مواكبتها لكل من الاحتياجات والمقاييس.
- حاجة المستشفى لفتح مصالح جديدة بحيث تم ذلك على حساب المساحات الأصلية للمصالح الموجودة وتقليص القدرة الاستيعابية لها مما جعلها غير مطابقة للمعايير والمقاييس.
- النمو الديموغرافي الذي تشهده الجزائر والذي زاد من الطلب على الخدمات الصحية.
- عدم إعطاء أولوية لقياس ومتابعة النتائج الخاصة بجودة الخدمات الطبية على المستوى الكلي وترجمتها الى أرقام وإحصائيات.
- عدم وضوح النظام المتبع على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية للقياس والمراقبة والمتابعة.
- عدم وضوح الجانب القانوني الذي يوطر العملية.
- لا توجد مقاييس لقياس مدى التقدم في إنجاز أهداف المركز الاستشفائي الجامعي وإذا وجدت فعادة لا تكون بهدف إحداث تطوير وتعديل وإنجاز، وإنما يتم فقط بهدف المحاسبة أو استكمال التقارير المطلوبة.

ثانيا: طرق العمل.

يمكن عرض استجابات المبحوثين نحو طرق العمل كما يلي:

جدول رقم (04-22): قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة المبحوثين نحو مؤشر طرق العمل

العبارة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق بشدة	موافق	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الرتبة	الدرجة
يوجد وصف وظيفي يحدد المسؤوليات والواجبات	68	58	52	83	25	2,79	1,325	5	محايد
يوجد تفويض للمسؤولية	43	67	66	77	33	2,97	1,253	3	محايد
يوجد تجانس في الأداء وتوازن في الوحدات	59	141	33	43	10	2,31	1,069	8	غير موافق
هناك استخدام كفاء ومتوازن للكوادر في المصالح المختلفة	65	132	42	38	9	2,28	1,056	10	غير موافق
تتميز المباني باستيفاء متطلبات العمل، سواء من حيث الحجم أو التصميم أو الحالات الاستثنائية	125	107	38	14	2	1,81	,893	16	غير موافق
يتم التأكد ومراجعة الإمدادات الطبية التي يتم الاعتماد عليها من معدات وأدوية دوريا	61	69	63	72	21	2,73	1,254	6	محايد
يتوفر لدى الطاقم الطبي أجهزة صيانة ذات كفاءة بالمستشفى	67	114	56	44	5	2,32	1,050	7	غير موافق
دقة التخطيط السنوي لتحديد احتياجات المستشفى من المستلزمات الطبية	25	41	81	91	48	3,34	1,172	1	محايد
التجهيزات الموجودة مسايرة للتطورات التقنية	90	111	42	33	10	2,17	1,102	14	غير موافق
تصل إلى إدارة المستشفى ردود أفعال الزبائن تجاه جودة الخدمة التي يتلقونها	34	42	64	91	55	3,32	1,271	2	محايد
هناك كفاية لإمكانيات المستشفى المادية	110	135	19	17	5	1,85	,910	15	غير موافق
هناك كفاية لإمكانيات المستشفى البشرية	87	117	26	48	8	2,21	1,131	13	غير موافق
يسعى المستشفى لمنع الأخطاء قبل حدوثها في جميع مراحل عمليات تقديم الخدمات المختلفة	73	86	96	27	4	2,31	1,001	9	غير موافق
يطبق المستشفى الرقابة على العمليات المختلفة للوصول إلى مستوى عدم وقوع الأخطاء	81	88	91	22	4	2,23	,993	12	غير موافق
تشمل عمليات التحسين المستمر جميع أنشطة المستشفى	67	118	63	32	6	2,27	1,010	11	غير موافق
هناك عمليات ضبط ورقابة على الموردين والمشتريات	33	66	118	57	12	2,82	1,016	4	محايد
نتيجة مؤشر طرق العمل							2,4832	,59124	غير موافق

المصدر: من إعداد الباحثة بالاستعانة ببرنامج SPSS22

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن مؤشر طرق العمل قد أشار إلى متوسط حسابي إجمالي قيمته

2.4832 وانحراف معياري 0.59124 والذي يضعه ضمن الاستجابة الضعيفة، وهذا ما تعكسه قيمة

المتوسطات الحسابية التي كانت محصورة بين 3.34 وهي أعلى قيمة لعبارة دقة التخطيط السنوي لتحديد احتياجات المستشفى من المستلزمات الطبية بانحراف معياري 1.172، تليها عبارة تصل إلى إدارة المستشفى ردود أفعال الزبائن تجاه جودة الخدمة التي يتلقونها بمتوسط حسابي 3.32 وبانحراف معياري 1.271، تليها عبارة يوجد تفويض للمسؤولية بمتوسط حسابي 2.97 وبانحراف معياري 1.253، تليها عبارة هناك عمليات ضبط ورقابة على الموردين والمشتريات بمتوسط حسابي 2.82 وبانحراف معياري 1.016، تليها عبارة يوجد وصف وظيفي يحدد المسؤوليات والواجبات بمتوسط حسابي 2.79 وبانحراف معياري 1.325 وتقع هذه العبارات في نطاق التقييم المحايد.

في حين تقع بقية العبارات في نطاق التقييم السلبي وهي عبارة يتم التأكد ومراجعة الامدادات الطبية التي يتم الاعتماد عليها من معدات وأدوية دوريا بمتوسط حسابي 2.73 وبانحراف معياري 1.254، تليها كل من عبارة يتوفر لدى الطاقم الطبي أجهزة صيانة ذات كفاءة بالمستشفى بمتوسط حسابي 2.32 وبانحراف معياري 1.050، عبارة يوجد تجانس في الاداء وتوازن في الوحدات بمتوسط حسابي 2.31 وبانحراف معياري 1.069، عبارة يسعى المستشفى لمنع الأخطاء قبل حدوثها في جميع مراحل عمليات تقديم الخدمات المختلفة بمتوسط حسابي 2.31 وبانحراف معياري 1.001، عبارة هناك استخدام كفاء ومتوازن للكوادر في المصالح المختلفة بمتوسط حسابي 2.28 وبانحراف معياري 1.056، عبارة تشمل عمليات التحسين المستمر جميع أنشطة المستشفى بمتوسط حسابي 2.27 وبانحراف معياري 1.010، عبارة يطبق المستشفى الرقابة على العمليات المختلفة للوصول إلى مستوى عدم وقوع الأخطاء بمتوسط حسابي 2.23 وبانحراف معياري 0.993، عبارة هناك كفاية لامكانيات المستشفى البشرية بمتوسط حسابي 2.21 وبانحراف معياري 1.131، عبارة التجهيزات الموجودة مسايرة للتطورات التقنية بمتوسط حسابي 2.17 وبانحراف معياري 1.102، في حين سجلت أصغر قيم للمتوسط الحسابي لكل من عبارة هناك كفاية لامكانيات المستشفى المادية بمتوسط حسابي 1.85 وبانحراف معياري 0.910، وعبارة تتميز المباني باستيفاء متطلبات العمل سواء من حيث الحجم أو التصميم أو الحالات الاستثنائية بمتوسط حسابي 1.81 وهي أصغر قيمة وبانحراف معياري 0.893.

ويمكن إرجاع تسجيل هذه القيم إلى مجموعة من الأسباب من بينها:

- رغم وجود وصف وظيفي يحدد المسؤوليات والواجبات إلا أنه سجل لدى الأطباء عدم الاطلاع على القوانين التي تنظم المسؤوليات والواجبات قبل الالتحاق بمناصب العمل بسبب طبيعة المسار التعليمي الذي يكون عادة في نفس المؤسسة مما يجعل الأطباء لا يأخذون بعين الاعتبار البحث عنه.
- طبيعة العمل في المراكز الاستشفائية تستوجب تفويض المسؤولية خاصة الطبية وإعطاء حرية اتخاذ القرارات للطبيب المعالج، في المقابل توجد قيود كثيرة تتعلق بالقرارات الإدارية وحدود مسؤولية الأطباء مقابل مسؤولية الإدارة وعدم وضوح نطاق كل جهة وعدم انتشار مفهوم تفويض المسؤولية الادارية على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية وهذا ما يعكسه المتوسط الحسابي 2.97 .
- عدم وجود تجانس في الأداء وتوازن في الوحدات بحيث يلاحظ تسجيل متوسط حسابي بقيمة 2.31 بدرجة غير موافق ويرجع ذلك إلى:

- تدفق أعداد كبيرة من المرضى على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية وعجزها عن التكفل على مستوى مختلف المصالح؛
- نقص في التنسيق بين مختلف المصالح والوحدات مما يخلق حالة من اللاتجانس في الأداء.

- يلاحظ حالة من عدم الرضا عن الوضعية المهنية للأطباء على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية وهذا ما يعكسه المتوسط الحسابي لعبارة هناك استخدام كفاء ومتوازن للكوادر في المصالح المختلفة بقيمة 2.28، وذلك بسبب تواجد أعداد كبيرة من المرضى يتوجب التكفل بهم في حين هناك نقص في الكوادر الطبية والشبه الطبية مما يستوجب العمل أكثر من الطاقة الاستيعابية للمستشفى وكذا استنزاف الطاقات البشرية المتواجدة على مستواها خصوصا على مستوى المصالح الحرجة.
- سجلت قيمة 1.81 كمتوسط حسابي لعبارة تتميز المباني باستيفاء متطلبات العمل سواء من حيث الحجم أو التصميم أو الحالات الاستثنائية ويرجع ذلك إلى:

- قدم المباني وعدم مواكبتها للمتطلبات والاحتياجات الحالية؛
- عجز التحسينات التي تمت عن استيفاء وتلبية متطلبات العمل في المصلحة الواحدة؛
- عجز إعادة التقسيم والتوزيع التي تمت على تحسين ظروف العمل وحسن تسيير تدفق المرضى والتكفل بهم.

- يتميز جهاز الصيانة على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية بعدم الملاءمة وهذا ما يعكسه المتوسط الحسابي 2.32 ويرجع ذلك إلى:

- نسبة الأعطال المعتبرة التي تتعرض لها التجهيزات، وطول المدة المستغرقة لإصلاحها؛
 - عدم توافر بعض أجهزة الصيانة عند الطلب والتأخر في الاستجابة والحاجة أحيانا الى تقنيين سواء من ولايات أخرى أو من خارج الوطن لتصليح الأعطال.
- تسعى المراكز الاستشفائية الجامعية إلى التخطيط الدقيق لاحتياجات المستشفى رغم عدم استقرار الطلب على الخدمات الصحية بحيث تتواجد لجنة تهتم بتحديد وتخطيط الاحتياجات السنوية وهذا ما يعكسه تسجيل قيمة 3.34 للمتوسط الحسابي لعبارة دقة التخطيط السنوي لتحديد احتياجات المستشفى من المستلزمات الطبية.
- تعاني المراكز الاستشفائية الجامعية من قدم التجهيزات وعدم مسايرتها للتطورات التقنية خصوصا مع التطور السريع الذي يشهده قطاع الصحة على المستوى الدولي وهذا ما يعكسه المتوسط الحسابي 2.17 لعبارة التجهيزات الموجودة مسارية للتطورات التقنية.
- يتم فتح المجال للمرضى على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية للتواصل المباشر مع الإدارة للتعبير عن الآراء المتعلقة بجودة الخدمة الصحية التي يتلقونها خصوصا في حالة عدم الرضا والشعور بعدم التكفل الجيد بحالاتهم ولذا سجل المتوسط الحسابي لعبارة تصل إلى إدارة المستشفى ردود أفعال الزبائن تجاه جودة الخدمة التي يتلقونها القيمة 3.32.
- تسجل حالة من عدم الرضا بين أوساط الأطباء حول الإمكانيات المادية الموجودة على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية بمتوسط حسابي 1.85 من بين الأسباب:
- نقص في الكواشف الكيميائية Réactifs اللازمة لإجراء التحاليل المخبرية؛
 - الانقطاعات التي تشهدها صيدلية المستشفى فيما يخص الأدوية؛
 - النقص الحاد للتجهيزات والمعدات اللازمة والضرورية والملائمة لأداء الاعمال مع قدم البعض منها وكثرة الأعطال التي تصيبها؛
 - عدم الاستجابة لطلبات الأطباء الخاصة بالمعدات والتجهيزات خصوصا من حيث الكم والحداثة مع غلاء التقانة الطبية (مصلحة طب القلب، المخابر، قسم الأشعة radiologie).
- تعاني المراكز الاستشفائية الجامعية من عجز على مستوى الموارد البشرية وهذا ما يظهر في المتوسط الحسابي لعبارة هناك كفاية لإمكانيات المستشفى البشرية بقيمة 2.21 ومن بين الأسباب ما يلي:
- ارتفاع أعداد المرضى الواجب التكفل بهم بالمقارنة مع تعداد الطاقم الطبي والشبه الطبي المتواجد على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية؛

- التوزيع غير المدروس والدقيق للعاملين على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية وضعف تنظيمها؛
- مغادرة الأطباء المختصين المراكز الاستشفائية الجامعية بعد تأدية الخدمة المدنية والتوجه نحو القطاع الخاص.
- رغم المساعي لمنع الأخطاء قبل حدوثها في تقديم الخدمات المختلفة بسبب طبيعة الخدمة التي تقدم على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية وحساسيتها إلا أنه سجلت قيمة متوسط حسابي 2.31 بدرجة غير موافق ويرجع ذلك إلى:
- صعوبة تتبع العمليات التي تتم على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية وتعقيدها خصوصا على مستوى الآليات والأساليب المتبعة لتقديم الخدمة الصحية الغير واضحة المسار؛
- عدم وضوح سياسات وأنظمة متابعة الأخطاء في جميع مراحل عمليات تقديم الخدمات المختلفة وطرق التعامل معها عند ظهورها.
- سجل عدم رضا على تطبيق المستشفى للرقابة على العمليات المختلفة للوصول إلى مستوى من عدم الوقوع في الأخطاء وذلك بمتوسط حسابي 2.23 بدرجة غير موافق ويرجع ذلك إلى:
- عدم وضوح الآليات الكلية للمراقبة والمتابعة على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية؛
- صعوبة فهم وإدراك مساحات الخطأ الممكن والواجب التحكم فيه والذي يستوجب إيجاد آليات رقابة على مختلف العمليات؛
- عدم وضوح القوانين والسياسات التي تشرح أنظمة وآليات الرقابة وطرق تنفيذها وكذا الفائدة المرجوة منها.
- لم تشمل عمليات التحسين جميع أنشطة المستشفى وهذا ما تعكسه استجابات الأطباء بمتوسط حسابي 2.27 بدرجة غير موافق، من بين الأسباب ما يلي:
- التحسينات مست جزءاً من المصالح على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية على حساب مصالح أخرى؛
- التحسينات شملت المصالح التي تتوفر فيها كوادرات عملت على تنفيذ تحسينات مستمرة تضمن التكفل الجيد بالمرضى؛

- تعاني بعض المصالح منها (طب الاطفال، أمراض القلب،..) من تواجد اعداد كبيرة من المرضى مما يجعل أثر التحسينات ضئيلا ولم يعد بإمكان هذه التحسينات الاستجابة للاحتياجات وتغطية النقائص التي تعاني منها ذات المصلحة
- عدم وجود علاقة تربط بين الأطباء والموردين بصورة مباشرة على جزء من المصالح، في حين أن هناك اتصال مباشر بين الأطباء وشركات ومخابر تصنيع الادوية والتجهيزات على مستوى مصالح أخرى (مصلحة أمراض القلب والأوبئة) عن طريق زيارات ميدانية يقوم بها وكلاء من هذه المخابر للتعريف بالتجهيزات والأدوية المتوفرة وإرسال قائمة بالبدائل المتاحة واختيار ما يناسب منها بتنسيق ثلاثي بين الإدارة المورد والأطباء. لذا هناك ضبط ورقابة على الموردين والمشتريات يتم الأخذ بعين الاعتبار شروطا عديدة (التكلفة، الملاءمة للعلاج، الفعالية)

ثالثا: موقع وتصميم المستشفى.

يمكن عرض استجابات المبحوثين نحو موقع وتصميم المستشفى كما يلي:

جدول رقم (04-23): قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابة المبحوثين نحو مؤشر موقع وتصميم

المستشفى

الدرجة	الرتبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة	العبارة
غير موافق	3	1,149	2,09	12	35	26	108	105	تقسيم المصالح يتناسب مع طبيعة الامراض
غير موافق	5	,911	1,73	5	14	18	111	138	حجم المصلحة يتناسب مع القدرة الاستيعابية للمستشفى
غير موافق	4	1,045	2,01	8	28	25	123	102	المصالح المتكاملة متقاربة في موقع واحد يسهل تعقبها من قبل المريض
محايد	1	1,259	3,07	25	121	28	72	40	توفير العلامات واللوحات الدالة على المواقع
غير موافق	2	1,302	2,45	16	71	27	85	87	موقف السيارات مناسب
غير موافق		,72930	2,2713	نتيجة مؤشر موقع وتصميم المستشفى					

المصدر: من إعداد الباحثة بالاستعانة ببرنامج SPSS.22

يتبين من الجدول أعلاه أن غالبية الأطباء أعطوا درجات ضعيفة لمؤشر موقع وتصميم المستشفى وهذا ما يعكسه المتوسط الحسابي 2.2713 بنتيجة "غير موافق" وانحراف معياري 0.72930، بحيث تراوحت قيم المتوسطات الحسابية لعبارة المؤشر بين 3.07 وهي أعلى قيمة لعبارة توفير العلامات واللوحات الدالة على المواقع وانحراف معياري 1.259، تليها عبارة موقف السيارات مناسب بمتوسط حسابي 2.45 وانحراف معياري 1.302، في حين سجلت كل من عبارة تقسيم المصالح يتناسب مع

طبيعة الأمراض بمتوسط حسابي 2.09 وبانحراف معياري 1.149، وعبارة المصالح المتكاملة متقاربة في موقع واحد يسهل تعقبها من قبل المريض بمتوسط حسابي 2.01 وبانحراف معياري 1.045، وعبارة حجم المصالح يتناسب مع القدرة الاستيعابية للمستشفى بمتوسط حسابي 1.73 وهي أصغر قيمة وبانحراف معياري 0.911، حيث سجلت عبارة "محايد" واحدة في حين كانت نتيجة باقي العبارات "غير موافق"، ويمكن ارجاع ذلك إلى مجموعة من الأسباب من بينها:

- عدم ملاءمة تقسيم المصالح من حيث الحجم والتوزيع المكاني لطبيعة التكفل بالمرضى وهذا ما يعكسه المتوسط الحسابي لعبارة تقسيم المصالح يتناسب مع طبيعة الامراض بنتيجة غير موافق (مصلحة القلب متواجدة في الطابق الثالث على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي باتنة ورغم وجود المصاعد إلا ان العديد من المرضى يتوجب عليهم صعود السلالم للوصول الى المصلحة المعنية).

- عدم مواكبة حجم المصلحة لنمو وتدفق المرضى الذي تشهده المراكز الاستشفائية الجامعية وهذا ما يعكسه المتوسط الحسابي لعبارة حجم المصلحة يتناسب مع القدرة الاستيعابية للمستشفى بقيمة 1.73 بنتيجة غير موافق، ولم يتم زيادة القدرة الاستيعابية لتغطي احتياجات المرضى، بل شهدت بعض المصالح تقليصا في مساحتها.

- هناك ضعف في تحقيق التقارب بين المصالح المتكاملة في الخدمات في موقع واحد يسهل تعقبها من قبل المرضى، حيث يلاحظ تسجيل متوسط حسابي بقيمة 2.01 بنتيجة غير موافق، و من بين الأسباب ما يلي:

- هيكلة وتوزيع المصالح لم يأخذ بعين الاعتبار الحاجة لتواجد المصالح المتكاملة متقاربة بحيث يسهل تعقبها من قبل العاملين والمرضى أثناء تقديم وتلقي الخدمة خصوصا عندما يتوجب الانتقال من مصلحة إلى مصلحة للقيام بمجموعة تشخيصات ومعاينات من تخصصات مختلفة، مما يعرضهم لقضاء وقت طويل في تعقب المصالح والحاجة إلى الاستعلام في كل مرة عن أماكن تواجد مختلف المصالح؛
- على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي باتنة مصلحة طب الأطفال متواجدة في المركز في حين أن مصلحة الأم والولادة منفصلة عن المركز ومتواجدة في مستشفى مستقل إداريا على المركز الاستشفائي الجامعي، في حين على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي سطيف تم وضع مصلحة الأم والطفل في مؤسسة واحدة تابعة للمركز الاستشفائي الجامعي لكنها منفصلة جغرافيا عنه؛

• لقد عرفت الإصلاحات التي تمت على مستوى مصلحة الاستعجالات تنظيم التكفل بالمريض بحيث تم وضع التخصصات المتكاملة في أماكن متقاربة بسبب المشروع الوزاري الذي يسعى لتحسين مصالح الاستعجالات على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية.

- سجلت مجهودات لتوفير العلامات واللوحات الدالة على مواقع مختلف المصالح على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية لتسهيل التعرف على مواقع مختلف المصالح وهذا ما يعكسه المتوسط الحسابي 3.07.

- تمت تحسينات على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية على مستوى مواقف السيارات سواء السيارات النفعية الخاصة بعمال المؤسسة أو سيارات الإسعاف بحيث أنشئت مواقف موحدة خاصة بكل فئة.

من خلال التحليل السابق لنتائج الاستقصاء يمكن استخلاص الجدول الموالي الذي يظهر المتوسطات الحسابية للعوامل الحرجة التي تم اعتمادها في هذا البحث:

جدول رقم(04-24): المتوسطات الحسابية الاجمالية لمتغيرات وأبعاد الدراسة

الدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المتغير
محايد	,68836	3,1608	التمكين
محايد	,56352	2,9947	العاملين
محايد	,94369	2,9607	التكوين
محايد	,69183	2,8626	الحوافز
محايد	,61440	2,7783	الاتصال
غير موافق	,59124	2,4832	طرق العمل
غير موافق	,52583	2,2909	الجودة
غير موافق	,65448	2,2811	الإدارة
غير موافق	,72930	2,2713	موقع وتصميم المستشفى
غير موافق	,72473	2,1183	المواصفات والمقاييس

المصدر: من إعداد الباحثة بالاستعانة ببرنامج SPSS22

يتضح من الجدول السابق أن تقييم مفردات العينة للعوامل الحرجة قد توزع بين التقييم المتوسط والتقييم السلبي حيث كان تقييم متغير العاملين متوسط بمتوسط حسابي 2.9947 وانحراف معياري 0.56352 بأبعاده الثلاث (التكوين، الحوافز والتمكين) في حين يقع كل من متغير الإدارة بمتوسط حسابي 2.2811 وانحراف معياري 0.65448 ومتغير الجودة بمتوسط حسابي 2.2909 بأبعاده

الثلاث (المواصفات والمقاييس، طرق العمل، موقع وتصميم المستشفى) في نطاق التقييم السلبي مما يعكس عدم رضا مفردات العينة عن واقع أغلبية هذه العوامل الحرجة في المراكز الاستشفائية الجامعية محل الدراسة.

المبحث الثالث: عرض نتائج الأسئلة المفتوحة وتحليل محتوى المقابلة.

سيتم التطرق إلى تحليل استجابات المبحوثين نحو الأسئلة المفتوحة والمتعلقة بواقع تقديم الخدمات الصحية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري، بالإضافة إلى تحليل محتوى المقابلات.

المطلب الأول: تحليل استجابات الأطباء نحو الأسئلة المفتوحة.

تمثلت أهم محاور الأسئلة المفتوحة في دراسة أسباب تدني جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المبحوثين، التحديات والعراقيل التي يواجهونها أثناء تقديم الخدمات الصحية، بالإضافة إلى اقتراحات تحسين الجودة في المراكز الاستشفائية الجامعية محل الدراسة.

أولاً: الأسباب المؤدية إلى تدني جودة الخدمات الصحية.

يمثل الجدول التالي تكرارات والنسبة المئوية لمتغيرات البحث المتعلقة باستجابات الأطباء نحو الأسباب التي أدت إلى تدني جودة الخدمات الصحية.

جدول رقم (04-25): الأسباب التي أدت إلى تدني جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء

النسبة المئوية	التكرار	البعد
32	166	العاملين
35	186	الإدارة
13	70	الجودة
9	45	الاتصال
11	59	أخرى

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

1. العاملون: تمثلت أهم الأسباب من وجهة نظر الأطباء التي أدت إلى تدني جودة الخدمات

الصحية نحو بعد العاملين في:

- نقص الموارد البشرية سواء من حيث التعداد أو التخصص والكفاءة (الطاقم الطبي، الطاقم الشبه الطبي، الطاقم الإداري)؛

- التسيير غير الملائم للموارد البشرية وعدم متابعة ومراقبة العاملين من حيث الكم والنوع؛
- نقص التكوين المستمر الملائم سواء تعلق الأمر بالطاقم الطبي، الشبه الطبي والطاقم الإداري؛ وعدم إتاحة فرصة التكوين للجميع؛
- قلة التكوينات والترقيات نحو الخارج؛
- ضعف أنظمة تحفيز، تشجيع وتقدير الطاقم الطبي والشبه الطبي سواء تعلق الأمر بالإدارة أو الطبيب رئيس المصلحة (M.chef) مع المرؤوسين؛
- ضعف الالتزام ودافع العمل لدى الأطباء؛
- نقص التكوين المستمر في التخصص؛
- عدم ملائمة ظروف العمل؛
- توظيف طاقم شبه طبي غير ملائم للمنصب وعدم مراعاة التخصصات؛
- ضغط العمل (surcharge) والطلب المستمر على الخدمة دون انقطاع والعجز في تغطيته من قبل العاملين؛
- غياب العمل الجماعي والتنسيق بين مختلف الفرق؛
- وجود مسؤوليات كثيرة على عاتق الطاقم الطبي.
- عدم تقبل التغيير؛
- غياب نظام لتقييم أداء العاملين؛
- عدم توفير الظروف الملائمة المساعدة على طرح الاقتراحات من أجل تحسين جودة الخدمات الصحية؛
- نقص في أماكن العمل (المكاتب)؛
- نقص التأطير الجيد مما يؤثر على مستوى الكفاءات الموجودة على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية؛
- عدم ملائمة مناصب العمل مع احتياجات المصلحة.

2. الإدارة: تمثلت أهم الأسباب من وجهة نظر الأطباء التي أدت إلى تدني جودة الخدمات

الصحية في متغير الإدارة في:

- نقص وعدم ملائمة الموارد المادية (وسائل، معدات، تجهيزات، الكواشف réactifs؛ أدوية)؛ سوء توزيعها، وعدم الاهتمام بها من أجل تحسين وتطوير العمل؛

- الصراع القائم بين الإدارة والأطباء فيما يخص نطاق الصلاحية والسلطة؛
- التسيير والتنظيم غير الملائم لمناخ العمل والمصالح من حيث الهيكلية والتصميم؛
- غياب الكفاءة الادارية و غياب الدعم لتقديم خدمات ذات جودة؛
- غياب نظام للتسيير ذي جودة؛
- عدم ملاءمة الهيكل التنظيمي؛
- تهميش الأطباء في القرارات الخاصة بالمستشفى ووضع الأهداف؛
- غياب انظمة فعالة المتابعة والمراقبة؛
- غياب تحديد المشاكل الحقيقية من أجل حلها ما تعلق منها بالمريض أو العاملين؛
- سوء تنظيم أنشطة ومهام المصلحة؛
- عدم كفاية المصالح المكلمة؛
- ضعف في تخطيط برامج العمل؛
- اتخاذ القرارات غير الملائمة لظروف واحتياجات المراكز الاستشفائية الجامعية وغياب التقدير الجيد لها؛
- غياب التنظيم في العمل بين مختلف المصالح وعلى مختلف المستويات؛
- وجود بعض التخصصات التي لا تملك مصلحة خاصة بها؛
- العجز في القدرة الاستيعابية؛
- الاختيار غير المناسب للمسيرين وعدم امتلاكهم الثقافة المطلوبة في مجال الصحة؛
- نقص في مشاركة الإداريين؛
- ضعف تقييم الأهداف وعدم فهم النصوص القانونية المنظمة لمهام المراكز الاستشفائية الجامعية والعاملين بها؛
- غياب الاتصال بين الإدارة والنقابات.

3. الجودة: تمثلت أهم الاسباب من وجهة نظر الأطباء التي أدت الى تدني جودة الخدمات

الصحية في متغير الجودة في:

- غياب سياسية واضحة حول مستوى الجودة الواجب توفيرها؛
- نقص في تحديد معايير العمل ومعايير الجودة؛
- غياب مختصين في الجودة على مستوى المستشفى؛

- عدم إعطاء أهمية وألوية للجودة؛
- عدم ملاءمة المنشآت والبنى؛
- بيئة العمل غير مناسبة لأداء العمل بالطريقة الصحيحة والمطلوبة؛
- غياب المعلومات حول الجودة وسط الأطباء والعاملين؛
- غياب بروتوكولات واضحة للتكفل على مستوى مختلف المصالح؛
- عدم ملاءمة المصالح مع احتياجات العمل؛
- التكوين غير الكافي من ناحية الجودة وغياب تكوين عمال مختصين في الجودة؛
- غياب القوانين؛
- عدم اهتمام المسيرين بالجودة والتركيز على الكم؛
- نقص أنظمة السلامة والنظافة والوقاية داخل المراكز الاستشفائية الجامعية؛
- غياب الإجراءات المنظمة لتطبيق واحترام الجودة؛
- نقص التقويم الدوري للجودة ومردودية العمل؛
- غياب ثقافة الجودة.

4. الاتصال: تمثلت أهم الأسباب من وجهة نظر الأطباء التي أدت إلى تدني جودة الخدمات

الصحية في متغير الاتصال في:

- نقص في المعلومات؛
- ضعف التنسيق والاتصال بين الإدارة والعاملين؛
- غياب نظام معلومات مركزي؛
- ضعف الاتصال بين مختلف المصالح وداخل المصلحة الواحدة؛
- غياب الآليات والبروتوكولات التي تسهل الاتصال في مختلف المستويات؛
- صعوبة تجديد وتبادل المعارف بين مختلف المصالح؛
- ضعف الاستماع والإصغاء.

5. أخرى: تمثلت أهم الأسباب من وجهة نظر الأطباء التي أدت إلى تدني جودة الخدمات الصحية

خارج متغيرات الدراسة في:

- مجانية العلاج؛

- توافد أعداد كبيرة من المرضى بالمقارنة مع إمكانيات المنشآت بحيث لم يتغير عدد الأسرة (عجز في القدرة الاستيعابية)؛
 - غياب الوعي والضمير وحب المهنة والصدق في العمل والافتقار إلى الإنسانية؛
 - عائق الأمن بالنسبة للطاقم الطبي (التعرض لتهديدات ومضايقات)؛
 - عجز وعدم ملاءمة النظام الصحي؛
 - زيادة عدد السكان مع بقاء المستشفيات على حالها وعدم القدرة على تغطية الطلب المتزايد؛
 - المريض في آخر سلم الأولويات؛
 - غياب سياسة صحية واضحة؛
 - نقص الحرية المهنية؛
 - نقص المهنية على كل المستويات؛
 - غياب التكفل بالمرضى خارج المستشفى؛
 - التنسيق بين مختلف الفاعلين في النظام.
- ثانيا: التحديات التي تواجهها المستشفى.

يمثل الجدول التالي تكرارات والنسبة المئوية لمتغيرات البحث المتعلقة باستجابات الأطباء اتجاه التحديات التي تواجهها المستشفى.

جدول رقم (04-26): استجابة الأطباء اتجاه التحديات التي تواجهها المستشفيات

النسبة	التكرار	البعد
22	76	العاملين
28	93	الإدارة
38	128	الجودة
2	7	الاتصال
10	35	أخرى

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

1. العاملین: تمثلت أهم التحديات التي تواجهها المستشفيات من وجهة نظر الأطباء نحو متغير

العاملين في:

- ضمان التكوين الجيد للأطباء؛

- توظيف الموارد البشرية من حيث الكم والنوع ذات كفاءة، والتوزيع العادل لها في مختلف المصالح؛
- ضمان السلامة والأمن للعاملين الصحيين؛
- تشجيع البحث العلمي والقدرة على انجاز البحوث العلمية وإحياء دور المركز الاستشفائي الجامعي كمرجعية علمية في المجال الطبي؛
- ايجاد حلول فعالة لضغط العمل والتقليل من استنزاف طاقات الأطباء؛
- ضمان نظام للحوافز فعال للعاملين؛
- تحقيق رضا العاملين؛
- توفير الاختصاصات غير المتواجدة على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية إلى جانب التكوين المستمر فيها.
- التقسيم والتوزيع غير العادل للأطباء المختصين على الخريطة الصحية.

2. الإدارة: تمثلت أهم التحديات التي تواجهها المستشفيات من وجهة نظر الأطباء نحو متغير

الإدارة في:

- توفير الموارد المادية اللازمة والملائمة؛
- تجاوز التحديات في مجال غياب آليات فعالة للتسيير والتنظيم داخل المراكز الاستشفائية الجامعية؛
- زيادة القدرة الاستيعابية من حيث الغرف والتجهيزات الطبية؛
- تخطي وتجاوز العوائق الإدارية؛
- تحديد المشاكل وحلها بصورة فعالة ونهائية؛
- توفير التمويل المناسب للعلاجات؛
- احترام تسلسل العلاج؛
- ضمان عدم انقطاع الادوية الضرورية؛
- تحسين توزيع وتنظيم المنشآت؛
- إرساء مبدأ الوقاية؛
- متابعة التدخلات الطبية؛
- ضمان التواصل والتنسيق الجيد بين الإدارة والمهنيين الصحيين؛

- تجهيز المصالح بالتجهيزات والمعدات الضرورية (على مستوى المخابر خصوصا)؛
- تحقيق لامركزية العمل؛
- تقليص أيام الاستشفاء؛
- تنفيذ قرارات حازمة فيما يخص العقاب؛
- تحقيق الاستقلالية المالية للمستشفى؛
- الأخذ بعين الاعتبار أثناء التخطيط كل من السكان والموارد البشرية الموجودة؛
- التنظيم بين المصالح؛
- جعل التنظيم أنيا؛
- تقليص فترات الانتظار؛
- تغطية الاحتياجات التي تجاوزت قدرة المراكز الاستشفائية الجامعية.

3. الجودة: تمثلت أهم التحديات التي تواجهها المستشفيات من وجهة نظر الأطباء نحو متغير

الجودة في:

- تحسين وضمان جودة الرعاية الصحية والتكفل الملائم بالمرضى؛
- تنظيم وتحسين محيط العمل وضمان ظروف عمل جيدة؛
- احترام شروط الوقاية والسلامة والنظافة؛
- العمل بمعايير الجودة من حيث المنشآت وآليات تقديم الخدمات الصحية؛
- مراعاة المعايير الدولية؛
- الاستجابة للاحتياجات الخاصة بالمرضى واعتبار المريض زبونا يتوجب تحقيق رضاه؛
- ضمان التشخيص الجيد والعلاج الفعال؛
- تحسين التنسيق والتنظيم بين مختلف المصالح بهدف التكفل الجيد بالمرضى؛
- تحسين الخدمة الفندقية (إطعام المرضى، الأسيرة)؛
- إعادة تنظيم القطاع الصحي والتركيز على الجودة والوقاية؛
- ضمان أحسن خدمات مع الأخذ بعين الاعتبار مبدأ (تكلفة/ جودة)؛
- متابعة ومواكبة الأبحاث والتطورات الطبية والتقنية السريعة؛
- تحسين المنشآت لتصبح ملائمة لطبيعة العمل ومتخصصة؛
- الحصول على شهادة الجودة؛

- تطوير الممارسات الطبية لتتماشي مع المعايير؛
- توفير الخبراء في مجال الجودة؛
- تحسين وتطوير طرق العمل؛
- جودة إدارة المخاطر؛
- تحسين أنظمة الصيانة؛
- إعادة تقسيم المصالح بحسب المخاطر المتواجدة؛
- تحسين استقبال وتوجيه المرضى.

4. الاتصال: تمثلت أهم التحديات التي تواجهها المستشفيات من وجهة نظر الأطباء نحو متغير

الاتصال في:

- اطلاق مبادرات لتحسين الاتصال في مختلف مستويات المراكز الاستشفائية الجامعية؛
- إدخال تكنولوجيا المعلومات والاتصال في الأنظمة الصحية الخاصة بالمراكز الاستشفائية الجامعية.

5. أخرى: تمثلت أهم التحديات التي تواجهها المستشفيات من وجهة نظر الأطباء خارج متغيرات

البحث في:

- تنظيم تدفق الأعداد الكبيرة من المرضى؛
- النمو الديموغرافي الملحوظ؛
- إيجاد آليات فعالة للتعامل مع تحويل المرضى من المستشفيات الأخرى إلى المراكز الاستشفائية الجامعية الذين يشكلون ضغطا اضافيا على المصالح؛
- التغير الوبائي حيث انتشرت الأمراض غير المعدية (HTA (l'hypertension artérielle)، السكري، السرطان وعودة الامراض المعدية؛
- خلل في توزيع التكفل بالطلب ووجود ضغط على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية على حساب باقي المؤسسات الصحية؛
- عصرنة المنشآت؛
- مجانية العلاج؛
- احترام حقوق المرضى؛

- فهم أن المستشفيات ذات بعد انساني، وكل فرد من العاملين مسؤول عن هذه المهنة النبيلة؛
- سن القوانين واللوائح المنظمة لعمل المراكز الاستشفائية الجامعية.

ثالثا: العراقيل الأساسية التي يواجهها الأطباء.

يمثل الجدول رقم (04-27) تكرارات والنسبة المئوية لمتغيرات البحث المتعلقة باستجابات الأطباء نحو العراقيل الأساسية التي يواجهونها وتحول دون القيام بعمل ذي جودة.

جدول رقم (04-27): استجابة الأطباء نحو العراقيل الأساسية التي يواجهونها والتي تحول دون القيام بعمل ذي جودة

النسبة	التكرار	البعد
37	155	العاملين
34	144	الإدارة
11	45	الجودة
8	34	الاتصال
10	40	أخرى

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

1. العاملین: تمثلت أهم العراقيل التي يواجهها الأطباء والتي تحول دون القيام بعمل ذي جودة

نحو متغير العاملين في:

- نقص الموارد البشرية ما تعلق بالطاقم الطبي والشبه طبي المؤهل للعمل في فرق معالجة؛
- نقص في أماكن العمل من حيث العدد وتحقيق الشروط الملائمة (المساحة، النظافة، الحجم)؛
- ظروف العمل غير ملائمة (بيئة العمل، الأجور، الأمن)؛
- نقص التكوين المستمر الفعال (الطاقم الطبي والشبه طبي)، والتأطير الجيد للطلبة؛
- أغلبية أوقات العمل تكون بين المصالح لحل المشاكل مما يؤثر على مردودية العمل؛
- تشخيص أعداد كبيرة من المرضى في المناوبة الواحدة بالإضافة إلى سوء تسيير تدفق المرضى داخل المصلحة؛
- غياب التحفيز في محيط العمل وعدم الاعتراف بمجهودات العاملين وتقديرها (التقدير المادي والمعنوي)؛
- التقييم غير المدروس للمختصين وعدم الأخذ بعين الاعتبار الاحتياجات والكفاءات؛
- غياب الدافع والرغبة للعمل؛
- الأجور لا تلائم المهام الموكلة للعامل؛

- نقص العمال الأكفاء (رئيس المصلحة، الإدارة والمسؤولون)؛
- الالتزامات الكثيرة للأطباء؛
- الظروف الاجتماعية غير الملائمة؛
- عدم ملائمة ساعات العمل؛
- نقص فرص التقدم في المسار الوظيفي.

2. الإدارة: تمثلت أهم العراقيل التي يواجهها الأطباء والتي تحول دون القيام بعمل ذي جودة نحو

متغير الإدارة في:

- نقص أو غياب في الموارد المادية سواء تعلق الأمر بالمواد ذات الاستخدام الواحد، التجهيزات والوسائل الطبية الفعالة والضرورية، وسائل التكوين، التقانة المتخصصة؛
- ضعف تنظيم العمل؛
- نقص تكوين الإداريين؛
- غياب المتابعة الدورية من قبل الإدارة؛
- بيروقراطية الإدارة؛
- الصراعات بين الطاقم الإداري والطاقم الطبي، وغياب استجابة الإدارة اتجاه المشاكل المطروحة من قبل الأطباء وغياب التعاون والتنسيق بينهما واعتبار الإدارة حازمة جدا؛
- عدم وضوح الأهداف؛
- غياب القوانين الإدارية واللوائح المنظمة والمحددة لآليات العمل؛
- ضعف دعم الإدارة؛
- العائق التقني متمثل في غياب التقانة الحديثة والملائمة التي تسهل العمل.

3. الجودة: تمثلت أهم العراقيل التي يواجهها الأطباء والتي تحول دون القيام بعمل ذي جودة نحو

متغير الجودة في:

- غياب المصالح والمنشآت المتخصصة حيث الهيكلية والبنى التحتية غير ملائمة وغير كافية وتعرض المرضى للمخاطر ولا تراعي احتياجات مختلف المصالح؛
- غياب معايير موحدة للعمل،
- نقص متابعة وتطبيق معايير الجودة؛

- عدم ملائمة التنظيم المتبع في العمليات والاجراءات الواجب اتباعها؛
- نقص السلامة والنظافة؛
- نقص الانسجام بين قدرات ومهارات الأطباء والمصالح التي يعملون فيها؛
- عدم إعطاء أولوية لجودة المعدات والتجهيزات الطبية.

4. الاتصال: تمثلت أهم العراقيل التي يواجهها الأطباء والتي تحول دون القيام بعمل ذي جودة

نحو متغير الاتصال في:

- نقص التنسيق، الاتصال، والتعاون بين المصالح؛
- ضعف الاتصال والتنسيق بين الأطباء داخل المصلحة الواحدة؛
- ضعف الاتصال بين الإدارة وكل من رؤساء المصالح والعاملين بها؛
- انشاء نظام توثيق فعال (الأرشيف)؛
- صعوبة الحصول على المعلومات وقلة المعلومات حول نظام الجودة؛
- غياب نظام للاتصال بين مختلف القطاعات (معالج، إدارة، مالية)؛
- غياب نظام إلكتروني للمعلومات؛
- غياب التجهيزات التي تسمح بتبني نظام معلومات إلكتروني شامل.

5. أخرى: تمثلت أهم العراقيل التي يواجهها الأطباء والتي تحول دون القيام بعمل ذي جودة خارج

متغيرات البحث في:

- نقص الاحترام؛
- عدم التفهم من قبل عائلات المرضى؛
- الصراعات والنزاعات بين الأطباء والإدارة، الطاقم الطبي والشبه الطبي، ومختلف المصالح؛
- نقص في الفحوصات التكميلية؛
- مجانية العلاج.

رابعاً: اقتراحات تحسين الخدمات التي يقدمها المستشفى.

يمثل الجدول التالي تكرارات والنسبة المئوية لمتغيرات البحث المتعلقة باستجابات الأطباء نحو اقتراحات لتحسين الخدمات التي يقدمها المستشفى.

جدول رقم (04-28): استجابات الأطباء نحو اقتراحات لتحسين الخدمات التي يقدمها المستشفى

النسبة	التكرار	البعد
28	127	العاملين
21	94	الإدارة
21	92	الجودة
13	59	الاتصال
17	75	أخرى

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

1. العاملین: تمثلت اقتراحات الأطباء لتحسين الخدمات التي يقدمها المستشفى نحو متغير

العاملين في:

- تحسين التكوين المستمر للأطباء والطواقم شبه الطبي مع الأخذ بعين الاعتبار الاحتياجات الحقيقية ومواكبة التطورات؛
- توظيف عاملين جدد أكفاء والسعي لاستقطاب أطباء وشبه طبيين من مختلف التخصصات ومن ذوي الكفاءة؛
- تحفيز الفرق وإحياء روح المنافسة، وتشجيع العاملين على البقاء في القطاع العمومي؛
- دعم العمل الجماعي؛
- تحسين ظروف العمل بمشاركة الجميع وخلق جو مساعد على تبادل المعلومات؛
- إعادة النظر في الأجور والرواتب حسب مردودية العمل؛
- تشجيع البحث العلمي؛
- الأخذ بعين الاعتبار الظروف الاجتماعية للأطباء؛
- تمكين الأطباء من اتخاذ القرار؛
- تحسين تأطير العاملين.

2. الإدارة: تمثلت اقتراحات الأطباء لتحسين الخدمات التي يقدمها المستشفى نحو متغير الإدارة

في:

- توفير الموارد المادية الملائمة وبحسب المعايير خصوصا ان الموجودة لا تستجيب لاحتياجات العمل؛
- إعادة النظر في الطاقم الإداري ضمان إدارة كفاءة وعدم الاكتفاء بالدور الرقابي، والتوظيف على مستوى الإدارة على أساس التخصص؛
- أن تكون القيادة من نفس المجال لفهم الاحتياجات (مريض/عامل) (إدارة/رؤساء المصالح)؛
- التنظيم الجيد للعمل على مستوى المصالح وضمان الظروف الملائمة بحسب قدرة واستطاعة المصلحة؛
- التسيير الجيد (المجلس العلمي والاداري) حيث يسود فيه احترام الآراء؛
- المتابعة الجيدة لسير العمل عن طريق إنشاء لجان متابعة ومراقبة وتقويم؛
- تخطيط يعتمد على تحديد الأهداف؛
- إعادة النظر في الهيكل التنظيمي للمراكز الاستشفائية الجامعية؛
- تبني نظم للتسيير وإدارة المخاطر؛
- مشاركة الأطباء في تسيير واتخاذ القرارات الخاصة بالمراكز الاستشفائية الجامعية؛
- تكوين المسيرين حسب احتياجات المركز الاستشفائي الجامعي لضمان الجودة؛
- إعلان المشاكل الصحية والاستجابة الفعالة والكفاءة للمشاكل المعروضة؛
- تحديد عدد المرضى لكل فريق؛
- إعادة النظر في تدفق المرضى على مستوى الاستعجالات؛
- التسيير الجيد للميزانية؛
- الاستجابة الفعالة والكفاءة للمشاكل المعروضة؛
- إعادة النظر في توزيع الموارد المادية.

3. الجودة: تمثلت اقتراحات الأطباء لتحسين الخدمات التي يقدمها المستشفى نحو متغير الجودة

في:

- تحسين نظام الصيانة الموجود على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية؛
- عقد اجتماعات دورية بين رؤساء المصالح من أجل تحديد طرق العمل الملائمة؛

- تقديم وإضافة مفهوم الجودة إلى التكوين الطبي داخل المراكز الاستشفائية الجامعية وفي مقررات الطلبة؛
- تحسين أنظمة السلامة والنظافة والوقاية داخل وخارج المراكز الاستشفائية الجامعية؛
- إنشاء منشآت وهياكل تراعي المعايير والمقاييس وتتماشى مع النشاط وعدد السكان واحتياجاتهم، وتطوير مراكز مرجعية centres de références؛
- توفير مصلحة للجودة وإدارة المخاطر تُوفّر شبكة تكوين خاصة بالجودة الصحية والاستشفائية وأشراك الأطباء فيها؛
- التحديد الجيد للمهام من حيث الواجبات والحقوق؛
- إعادة تقييم معايير ومقاييس المراكز الاستشفائية الجامعية لتتلائم مع المعايير التي حددتها المنظمة العالمية للصحة؛
- تطوير المنشآت الصحية من حيث الحجم (الملائمة لاحتياجات المرضى/ الطبيب)؛
- تحسيس العاملين بأهمية الجودة (الأطباء والطاقم شبه الطبي)؛
- تحسين التكفل بالمرضى وعائلاتهم من حيث الاستقبال وخلال فترة التواجد بالمركز الاستشفائي الجامعي؛
- توفير المصالح بالخصائص التالية: سهولة الوصول إلى المصلحة، التهوية، التعقيم؛
- تنويع الأنشطة الطبية؛
- إنشاء معايير عمل وتطبيقها بدقة على مستوى الموارد البشرية، المالية، والمادية؛
- تعيين أشخاص مسؤولين، ليكونوا مرجعية لضمان متابعة العمل؛
- تحسين جودة العاملين.

4. الاتصال: تمثلت اقتراحات الأطباء لتحسين الخدمات التي يقدمها المستشفى نحو متغير

الاتصال في:

- تحسين أنظمة الاتصال بين العاملين وتسهيله داخل المصلحة من أجل نشر وتبادل المعلومات في مختلف المستويات وفي الوقت المناسب؛
- خلق قنوات اتصال فعالة بين مختلف المصالح وبين المصالح والإدارة؛
- إنشاء نظام اتصال يلائم ويسهل المهام في المناوبات الليلية؛
- إنشاء نظام معلومات مركزي؛

- ضمان ظروف جيدة للمناقشة بين مختلف المصالح وبين الأطباء.

5. أخرى: تمثلت اقتراحات الأطباء لتحسين الخدمات التي يقدمها المستشفى خارج متغيرات البحث

في:

- إلغاء مجانية العلاج؛
- تقليل الضغط على المراكز الاستشفائية الجامعية؛
- مصالحة بين الإدارة والأطباء؛
- البحث عن التكامل مع القطاع الخاص لتقليص الضغط على المراكز الاستشفائية الجامعية؛
- لا مركزية العلاج؛
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة.

خامسا: اقتراحات تحسين مستوى جودة الخدمات التي يقدمها المستشفى.

يمثل الجدول التالي تكرارات والنسبة المئوية لمتغيرات البحث المتعلقة باستجابات الأطباء نحو

اقتراحات لتحسين مستوى جودة الخدمات التي يقدمها المستشفى.

جدول رقم (04-29): استجابات الأطباء نحو اقتراحات لتحسين مستوى جودة الخدمات التي يقدمها المستشفى

النسبة	التكرار	البعد
25	87	العاملين
20	72	الإدارة
35	124	الجودة
9	31	الاتصال
11	38	أخرى

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

1. العاملین: تمثلت أهم اقتراحات الأطباء لتحسين جودة الخدمات التي يقدمها المستشفى نحو

متغير العاملين في:

- تنظيم تكوين مستمر للموارد البشرية (الطاقم الطبي، الشبه الطبي، الإداري) للبقاء على اطلاع بالتطورات المتعلقة بالتشخيص والعلاج والاستخدام الفعال للتجهيزات الحديثة بهدف تطوير الكفاءات المتواجدة في المراكز الاستشفائية الجامعية؛
- تحفيز، تشجيع وتقدير الكفاءات (الأطباء/ الإداريين/ الطاقم الشبه الطبي) على البقاء في القطاع العمومي؛

- توظيف وتنظيم الموارد البشرية المختصة والتمكّنة، بالخاص عند تطبيق مختلف الحلول (نظام المرافقة)؛
- دراسة أعمار الممارسين من حيث المردودية والمصالح الواجب العمل بها؛
- الاستغلال الكفء للموارد البشرية عن طريق تقييم المهام بحسب التكوين وتوزيع الأطباء والعمال بحسب التخصصات واحتياج المصالح؛
- تقليص ساعات العمل لإيجاد الوقت الكافي لانجاز الدراسات والبحوث العلمية كإحدى مهام الأطباء العاملين في المراكز الاستشفائية الجامعية؛
- ضمان تكوين قاعدي شامل وكاف وتوفير مؤطرين ذوي مستوى ليتكفلوا بالتكوين (الأطباء، الأطباء المقيمين، الطاقم الشبه الطبي، الإداريين)؛

2. الإدارة: تمثلت أهم اقتراحات الأطباء لتحسين جودة الخدمات التي يقدمها المستشفى نحو متغير الإدارة في:

- توفير الاحتياجات المادية الضرورية عن طريق تجهيز وتنظيم المصالح بالمعدات والأدوات الطبية الضرورية للتشخيص ذات جودة وحسب المعايير الدولية؛
- إعادة تقييم الأداء الإداري من أجل ضمان الكفاءة والفعالية الإدارية؛
- تشجيع الإبداع والبحث العلمي؛
- ضمان التسيير الجيد في بيئة ومحيط العمل؛
- ضمان المتابعة والتنسيق مع المجلس العلمي التابع للمراكز الاستشفائية الجامعية؛
- الحل الفعال والسريع للمشاكل التي يتم مواجهتها؛
- إيجاد حلول نهائية للمشاكل التي يواجهها المرضى (صحية وغير صحية)؛
- تحسين الجانب المالي؛
- إنشاء وحدات لمتابعة الأداء من مختلف التخصصات؛
- تفويض السلطة في المصالح؛
- التخطيط السنوي للموارد المادية والبشرية والمالية.

3. الجودة: تمثلت أهم اقتراحات الأطباء لتحسين جودة الخدمات التي يقدمها المستشفى نحو متغير الجودة في:

- تحسين الخدمات الفندقية على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية؛
- إشراك الأطباء في قرارات تحسين العمل بطريقة فعالة ووضعهم في مركز اتخاذ القرار؛
- تحسين جودة التكوين للعاملين وإضافة تكوينات حول الجودة ومراقبة الجودة في مقررات طلبة الطب والشبه الطبي؛
- ضمان التنظيم الجيد في بيئة ومحيط العمل من خلال تنظيم العلاج والرعاية وجعل المصالح المتكاملة متقاربة؛
- تأسيس وضمان نظام فعال لمتابعة وظائف ونشاط المصالح؛
- تطوير إجراءات العمل؛
- تحسين الهيكلة الحالية وجعلها ملائمة لاحتياجات المريض؛
- تحسين أنظمة السلامة والنظافة والوقاية للتقليل من العدوى والالتهابات المكتسبة داخلها من خلال تصحيح العادات الخاطئة عبر حملات التوعية والتحسيس داخل وخارج المستشفى من أجل إتاحة الخدمات للمريض وتسهيل اجراءات التكفل في جميع مراحل الخدمة؛
- إعادة النظر في المنشآت والبنى التحتية المتواجدة من وجهة نظر المختصين ومحاولة انشاء بنى جديدة تراعي المعايير الدولية؛
- تحديد معايير من أجل قياس جودة الخدمة الصحية وضمان التطبيق المستمر بالاعتماد على التوصيات الدولية في الجودة الصحية واحترامها؛
- عقد اجتماعات ولقاءات بين مختلف التخصصات لدراسة الأسباب والأخطاء ومناقشتها؛
- ضمان مشاركة الجميع (إداري، طبيب، شبه طبي) في تحسين جودة الخدمات الصحية؛
- تحسين أنظمة واساليب الصيانة سواء ما تعلق بالتجهيزات والمعدات أو المنشآت الصحية؛
- احترام إجراءات العمل؛
- Le rapport c/q؛
- مراقبة دورية بالاعتماد على قوائم الجودة؛
- تقبل التغيير والتحسين؛
- وضع خطط وبرامج فعالة لتقدير، متابعة وتقويم النتائج بصفة دورية.

4. الاتصال: تمثلت أهم اقتراحات الأطباء لتحسين جودة الخدمات التي يقدمها المستشفى نحو

متغير الاتصال في:

- تحسين وتطوير طرق الاتصال بين مختلف المصالح والاختصاصات والإدارة؛
- تحسين وتطوير الإعلان بين المصالح وداخل المصلحة الواحدة؛
- انشاء نظام معلومات آلي (الإعلانات، ملفات المرضى، المشاكل)؛
- الاتصال الجيد مع الطاقم التقني بهدف إثراء قاعدة البيانات الالكترونية؛
- انشاء نظام معلومات للجودة؛
- تنظيم الأرشيف الورقي الموجود على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية؛
- الاتصال الدوري والمنظم بين مختلف المشاركين في تقديم الخدمة الصحية.

5. أخرى: تمثلت أهم اقتراحات الأطباء لتحسين جودة الخدمات التي يقدمها المستشفى خارج

متغيرات البحث في:

- فتح مؤسسات صحية محلية لتخفيف الضغط على المراكز الاستشفائية الجامعية؛
- توسيع القدرة الاستيعابية (الأطفال، كبار السن، الكلى)؛
- إلغاء مجانية العلاج؛
- الضمير المهني؛
- تحسين الخدمة الاجتماعية (مكتبات على مستوى المصالح، النقل، الروضة)؛
- انشاء المصالح الناقصة والتوجه نحو التخصصات الطبية الدقيقة؛
- تحسين تدفق المرضى على مستوى الاستعجالات إلى بقية مصالح المستشفى؛
- إعادة إحياء المساعدة الاجتماعية في المستشفى؛

المطلب الثاني: تحليل محتوى المقابلة.

سيتم التطرق إلى تحليل استجابات الأطباء نحو أسئلة المقابلة التي تمت على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي باتنة، بحيث تمثلت هذه الاستجابات في:

أولاً: المحور الأول.

الموارد البشرية في المركز الاستشفائي الجامعي من وجهة نظر الأطراف المستجوبة. إن استجابات الأطباء في المركز الاستشفائي الجامعي باتنة قد أوصل إلى النتائج التالية:

- سبعة من أصل عشرة من الأطباء المستجوبين أقروا أن الموارد البشرية في المركز الاستشفائي الجامعي غير كافية من حيث الكم وأنها تحتاج إلى تنظيم وتوزيع لتراعي احتياجات المصالح الحقيقية من الموارد البشرية؛
- ستة من أصل عشرة من الأطباء المستجوبين أقروا أن الموارد البشرية في المركز الاستشفائي الجامعي غير كافية من حيث النوع؛
- هناك أطباء مختصين بدون مصالح مثال ذلك الأمراض العصبية neurologie، أمراض الجلد Dermatologie بحيث يتوجب عليهم العمل في مصلحة الطب الداخلي، وبما أن المستشفى عبارة عن مركز استشفائي جامعي هدفه تكوين الطلبة في مختلف التخصصات فإن هذا يستوجب أن تتوفر فيه جميع التخصصات لفتح المجال لتكوين الطلبة؛
- يتم تلقي الأجر نفسه لكل العاملين في المركز الاستشفائي الجامعي رغم أن ساعات وحجم العمل يختلف بين المصالح، كما يخضع نظام الحوافز والمكافآت في المركز الاستشفائي الجامعي إلى الوظيف العمومي؛
- يتولى تكوين الأطباء في المركز الاستشفائي الجامعي المصلحة التي يعملون فيها ويسجل عدم تدخل الإدارة في طريقة سير هذه التكوينات داخل المصالح، ويتم كما يلي:
 - يتولى مسؤولية التكوين سواء الأطباء برتبة أستاذ مساعد فما فوق أو عن طريق شراكات مع أطباء من مستشفيات أخرى، أو عن طريق ممثلي للمخابر المحلية؛
 - تكون التكوينات مفتوحة لجميع الأطباء العاملين بالمصلحة، ويتم تنظيم هذه التكوينات بصفة دورية بسبب طبيعة التكوين المتواجد في المركز الاستشفائي الجامعي وكذا عند ظهور نقائص في أداء الأطباء المقيمين (حسب احتياجات) وتكون مقتصرة على المجال

الطب فقط أما جانب التنظيم والتسيير فإن الأطباء يتعلمون بالممارسة والعمل في المستشفى رغم تولي مهام إدارية.

- هناك نقص كبير في الإدارة من حيث فهم طبيعة العمل في المستشفيات وطبيعة عمل الأطباء؛
- الإدارة تمنع تدخل الأطباء في طريقة توزيعهم على المصالح مثال ذلك بحسب المعايير المتبعة يتم توفير ممرض واحد أو ثلاثة على الأكثر لكل مريض لكن في المركز الاستشفائي الجامعي هناك ممرض لكل 10 مرضى، خصوصا في المناوبات الليلية، وهذا يؤدي الى نفور الممرضين من العمل في المصالح الاستعجالية والحرجة مما يؤزم من الوضع في هذه المصالح بحيث نقل اليد العمالة.

ثانيا: المحور الثاني.

التنظيم وطبيعة الهيكل التنظيمي في المركز الاستشفائي الجامعي باتت من وجهة نظر الأطراف المستجوبة. فقد تبين من خلال استجابات الأطباء أن:

- الأغلبية أقرت أن قراءة مختلف المستويات المكونة للهيكل التنظيمي سهلة، بالإضافة إلى كون المهام الموكلة واضحة؛
- بالنسبة لإجراء تغيير في الهيكل التنظيمي فقد أجاب أربعة من أصل عشرة على أنه تم إجراء تغيير في الهيكل التنظيمي وذلك بهدف انشاء مصالح جديدة في المركز الاستشفائي الجامعي؛
- كما تم تسجيل أعطال كثيرة في التجهيزات والآلات وعدم صيانتها؛
- كثرة الخطوات والمراحل الواجب اتباعها لتلقي العلاج.

ثالثا: المحور الثالث.

تحليل البيئة الداخلية والخارجية في المركز الاستشفائي الجامعي من وجهة نظر الأطراف المستجوبة. إن استجواب الأطباء في المركز الاستشفائي الجامعي باتت قد اوصل إلى النتائج التالية:

- إجراء تحليل البيئة: يمكن تسجيل الملاحظات التالية:
 - هناك اختلاف حول تحليل البيئة الداخلية للمركز الاستشفائي الجامعي بحيث أجاب خمسة من أصل عشرة أنه يتم تحليل البيئة الداخلية باستعمال الاستقصاءات، المراقبة الدورية

وخاصة مراقبة المناوبة الليلية، تقارير حول الوضعية الحالية. في حين أن البقية أجابت سواء بأنه لا يوجد تحليل للبيئة الداخلية أو أنها لا تعلم بوجود تحليل للبيئة الداخلية؛

- هناك اختلاف حول تحليل البيئة الخارجية بحيث أجاب ستة من أصل عشرة أنهم لا يعلمون إن كان يتم تحليل للبيئة الخارجية للمركز الاستشفائي الجامعي، وأجاب اثنان بـ "لا"، واثنان بـ "نعم" بحيث يتم اعتماد الاستقصاءات والإحصائيات كأدوات مساعدة على التحليل، بالإضافة إلى الإحصائيات التي توفرها الوزارة الوصية ومديرية الصحة، العلاقات القائمة مع جمعيات المرضى وتنظيم أيام تحسيسية تسمح للأطباء التعرف أكثر على البيئة الخارجية.

• يتولى مهمة تحليل البيئة الجهات التالية:

- الإدارة؛
- الطاقم شبه طبي؛
- خلية الوقاية من العدوى؛
- الأطباء؛
- مصلحة الأوبئة عن طريق دراسات واستقصاءات ميدانية؛
- مخابر البحث؛
- المختصين في الصحة؛
- مديريةية الصحة؛
- مديريةية شؤون الأطباء والطاقم شبه الطبي.

• يتم متابعة نتائج تحليل البيئة في المركز الاستشفائي الجامعي عن طريق زيارات أكاديمية للمصالح.

رابعا: المحور الرابع.

إدارة العلاقة مع الموردين في المركز الاستشفائي الجامعي من وجهة نظر الأطراف المستجوبة. إن استجواب الأطباء في المركز الاستشفائي الجامعي باتت قد أوصل إلى النتائج التالية:

- تخضع العلاقة بين الموردين والمركز الاستشفائي الجامعي إلى قانون الصفقات العمومية الجزائري وهي من مهام الإدارة، يتم اختيارهم عن طريق الأخذ بعين الاعتبار Le rapport couts/ qualité للمنتجات المقترحة؛

- يسجل انقطاعات في الأدوية على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية بين الفترة والأخرى؛
- هناك تحديد للاحتياجات من قبل الأطباء عن طريقة قوائم ترسل الى الإدارة وهي من يحدد القائمة النهائية وتتفق مع الموردين لكن لا يتم تلبية هذه الاحتياجات بصفة دورية؛
- غياب لعلاقة مباشرة بين الأطباء والموردين في أغلبية المصالح إلا ما تعلق بمندوبي المخابر؛
- الحاجة إلى اقتناء موارد وتجهيزات جديدة لتبنى طرق تشخيص وعلاج جديدة لكن القرار تتحكم فيه الإدارة.

خامسا: المحور الخامس.

البحث والتطوير في المركز الاستشفائي الجامعي من وجهة نظر الأطراف المستجوبة. إن استجواب الأطباء في المركز الاستشفائي الجامعي باتت قد اوصل إلى النتائج التالية:

- هناك تواجد لأربعة مخابر للبحث والتطوير في المركز الاستشفائي الجامعي باتت، إلا أن الأطباء لا يعلمون بوجودها بحيث أن ستة من أصل عشرة من المستجوبين أجابوا بلا، في حين أن البقية التي أجابت بنعم لا تعلم بمقر المخبر داخل المستشفى. مع عدم وضوح الغرض والمهام التي تتولاها هذه المخابر كجزء من المركز الاستشفائي الجامعي لدى الأطباء الذين تم استجوابهم؛

- يتم على مستوى مخابر البحث والتطوير محاولات فردية أكثر منها فرق بحث؛
- للاستفادة من تريض يتوجب أن يقوم الباحث ببحث علمي (مذكرة)؛
- بسبب نوعية المشاركة في الملتقيات التي تميل إلى الحضور وليس تقديم مداخلات تكون المصارف الواجب دفعها اكثر مما يصعب مهمة الاستفادة من حضور ملتقيات إلا في حالة وجود مخابر تتكفل بالمصاريف.

سادسا: المحور السادس.

جودة تقديم الخدمات الصحية في المركز الاستشفائي الجامعي من وجهة نظر الأطراف المستجوبة. إن استجواب الأطباء في المركز الاستشفائي الجامعي باتت قد اوصل إلى النتائج التالية:

- لا يتم قياس مستوى رضا المرضى عن الخدمة المقدمة له أو دراسة لمتطلبات المريض في المركز الاستشفائي الجامعي بحيث أجاب تسعة من أصل عشرة من الأطباء المستجوبين بـ لا في حين كانت إجابة واحدة بـ "لا أعلم"؛

- لا يتم قياس مستوى رضا العمال في المركز الاستشفائي الجامعي بحيث أجاب عشرة من أصل عشرة من الأطباء المستجيبين بـ "لا"؛
- بحسب الأطباء المستجيبين فإنه لا يتم مراعاة المتطلبات عند تصميم الخدمة وتقديمها في المركز الاستشفائي الجامعي؛
- يتم عقد اجتماعات يومية مع الطاقم العامل على مستوى مختلف المصالح المتواجدة في المركز الاستشفائي الجامعي وخصوصا التي تتوفر فيها تكوينات تخصصية عن طريق تقييم لما سيتم أدائه من عمل يومي كما يتم معالجة المشاكل الصحية أنيا من أجل تجنب تراكمها في المصلحة. بالإضافة إلى عقد اجتماعات لإعلام العاملين بالمستجدات في حالة وصول بقرقيات من الوزارة؛
- يشهد المركز الاستشفائي الجامعي نقص في عدد ونوع الأطباء من جهة، وتوزيع غير عادل للموجود على المصالح سواء ما تعلق بالطاقم الطبي أو الشبه طبي؛
- سجل تواجد سجلات ورقية على مستوى المصالح لتسجيل ملاحظات من قبل المرضى حول طبيعة الخدمة التي تم تقديمها لكن لا يتم استعماله من قبل المرضى؛
- بالنسبة للأطباء المطلب الأول للمريض من وجهة نظرهم هو أن يتم علاجه وأن يشفى؛
- يسجل غياب لخلية جودة في المركز الاستشفائي الجامعي باتتة.
- المقاييس: كانت استجابات الاطباء نحو المقاييس والموصفات المتبعة في المركز الاستشفائي الجامعي كما لي:
- أجابت الأغلبية أنه لا يتم تحديد مقاييس معيارية لجودة الخدمات الصحية المقدمة من قبل المركز الاستشفائي الجامعي. ذلك لغياب قوانين تفرض ذلك؛
- هناك ضعف في اشراك العاملين في اقتراح وتطبيق التحسينات التي من شأنها تحسين الخدمات الصحية في المركز الاستشفائي الجامعي؛
- هناك ضعف وعدم ملائمة للتجهيزات والمعدات الطبية التي تسمح بالمساهمة في تحسين الخدمات الصحية بصورة فعالة من أجل تحقيق أهداف الجودة؛
- يتم الاهتمام بالشكاوى التي يطرحها المرضى حول الخدمات الصحية المقدمة لهم من قبل المركز الاستشفائي الجامعي عن طريق الإدارة والتي يتم السعي لحلها داخليا بين الإدارة

والأطباء المعنيين والمرضى، وقد تنتقل إلى متابعة قضائية خصوصا في مصلحة الجراحة التي تشهد أعداد معتبرة من القضايا.

- يتم تقييم الجودة من وجهة نظر الأطباء في المجالات التالية من خلال:
 - المنتجات: أصلية/ جنيسة، المضاعفات الجانبية، الفعالية؛
 - العمليات: الآجال، السير الحسن للعملية، رضا الزبون، التشخيص الصحيح.
- **تحسين الجودة:** هناك وعي بضرورة الجودة بين أوساط الأطباء المستجوبين في المركز الاستشفائي الجامعي وذلك من حيث:
 - هناك توجه يسود فيه ارتكاب أخطاء أثناء أداء العمل؛
 - حالة عدم الرضا السائدة وسط الأطباء والمرضى؛
 - المشاركة في الملتقيات الدولية التي تظهر الفرق بين واقع الجودة في مختلف المستشفيات.
 - تبادل المعلومات والمعارف مع الأطباء من مؤسسات صحية أخرى من داخل أو خارج الوطن؛
 - تدهور الوضع الحالي وتراجع مستوى الأداء؛
 - اعتبار جودة تقديم الخدمات الصحية تتمثل في ظروف مناسبة بدون ضغط عمل الذي يصبح معه من الصعب توفير الوقت اللازم لكل مريض، تقدير وحجم عمل مناسب وتوفير تسيير جيد؛
 - الجودة مع المرضى: حسن الاصغاء وليس فقط الفحص والتشخيص بناء علاقة ورايط مع المريض، أن يفهم ويقتنع المريض بأهمية وضرورة العلاج وأنه سيقدم نتائج إيجابية.
- يتم تحسين جودة الخدمات الصحية في المركز الاستشفائي الجامعي من وجهة نظر الأطباء المستجوبين في مختلف المستويات حسب الكفاءات المتواجدة والمبادرات التي تتم عن طريق:
 - مجهودات شخصية؛
 - الاجتماعات الصباحية على مستوى مصلحة لفرق العمل.
- لا يتم تحديد متطلبات المستفيدين في مجال الخدمات الصحية في المركز الاستشفائي الجامعي؛
- لا توجد محاولات لمطابقة المواصفات مع هذه المتطلبات؛
- يتم اعتماد الطرق والآليات التالية والتي يتم تبنيها لتحسين جودة الخدمات: التكوين المستمر، الملتقيات، والترقيات؛

- لا يوجد سجلات تؤرخ الأخطاء الطبية على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي؛
- يمكن تحسين جودة تقديم الخدمات الصحية عن طريق:
 - ادخال الجودة في مقرر طلبية الطب؛
 - تحسين تدفق المرضى
 - تحسين الموارد الماد (التجهيزات، المعدات، الأدوات)؛
 - لا مركزية العلاج توزيع التكفل على المؤسسات الصحية الأخرى؛
 - التكوين المستمر لتحسين جودة الخدمات الصحية.

سابعاً: المحور السابع.

- نظام المعلومات المتبع في المركز الاستشفائي الجامعي من وجهة نظر الأطراف المستجوبة. إن استجواب الأطباء في المركز الاستشفائي الجامعي باتت قد أوصل إلى النتائج التالية:
- هناك نقص في معرفة الأطباء حول وجود نظام معلوماتي شامل بحيث أقر ستة من أصل عشرة أنهم لا يعلمون إن كان المركز الاستشفائي الجامعي يتوفر فيه نظام معلوماتي شامل. أما بالنسبة لطبيعة النظام فهي ورقية، في حين أن نظام المعلومات الالكتروني يتم استخدامه لحفظ ملفات المرضى؛
 - يتم استعمال معلومات النظام الورقي المتعلق بملفات المرضى والتاريخ الطبي لهم من قبل الطاقم الطبي وشبه الطبي كدراسة حالة أثناء التحضير لمختلف المذكرات والأبحاث العلمية داخل المركز الاستشفائي الجامعي؛
 - تمت محاولات على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي لإنشاء نظام معلومات الكتروني، لكن بسبب غياب شبكة انترنت داخل المستشفى توقف المشروع للعديد من العراقيل الإدارية، غياب الموارد التقنية (البرنامج موجود لكن لا توجد المعدات، شبكة الانترنت موجودة في مكاتب معينة فقط).

ثامنا: المحور الثامن.

تمثلت أهم الصعوبات والعراقيل من وجهة نظر الاطراف المستوجبة في المركز الاستشفائي الجامعي في: نقص الموارد المادية، غياب المتابعة، غياب التنظيم، غياب الاتصال، عدم وضوح القوانين المنظمة لعمل المركز الاستشفائي الجامعي، مشاكل متعلقة بالميزانية بحيث لا يوجد تفصيل في الفواتير المنجزة، والمتابعة والتقييم والتقويم traçabilité، ولا يوجد هناك وقت كافي للتركيز على البحث العلمي.

• الجودة: تمثلت أهم الصعوبات المتعلقة بالجودة في:

- تغطية احتياجات السكان؛
- العلاقة المضطربة مع الإدارة؛
- عدم وفرة الفرص لحضور الملتقيات والترقيات لمواكبة التطورات؛
- التوفيق بين تكوين الطلبة كأساتذة على مستوى الجامعة والمركز الاستشفائي الجامعي وإنجاز الأعمال كأطباء؛
- التسرب الوظيفي للأطباء المختصين بعد الانتهاء من الخدمة المدنية؛
- اعتماد معيار السعر في اختيار الأدوية؛
- البروتوكول المتبع في التعامل مع شكاوى المريض أدى إلى أزمة ثقة بين الطبيب المعالج والمريض؛
- تدهور حالات المرضى بسبب فترات انقطاع الدواء؛
- العمل في ظل نقص الموارد المادية وصعوبة توفير التجهيزات الطبية الضرورية أو التوزيع غير العادل لها؛
- غياب تخصصات على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي cardio-pédiatrique يستوجب ارسالهم إلى القطاع الخاص وهذا ما يتنافى مع مبدأ مجانية العلاج والحق في العلاج، رغم أن مهمة المركز الاستشفائي الجامعي المحافظة على مجانية العلاج إلا أن العديد من المرضى يتوجب عليهم الاعتماد على القطاع الخاص لاستكمال الفحوصات الواجبة للتشخيص بسبب طول فترات الانتظار؛
- طول فترة الصيانة للآلات التي تطلها أعطال؛
- طول فترة الانتظار للحصول على مواعيد على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي خصوصا بالنسبة للفحوصات الطبية؛

- عراقيل إدارية في إجراءات النقل الطبي للمرضى المقيمين في المركز الاستشفائي الجامعي كون القرار يصدر من الإدارة؛
 - العمل في بيئة يسود فيها التوتر والمشاكل؛
 - بالنسبة لرؤساء المصالح "الأطباء" الانشغال كثيرا بالأعمال الإدارية بدل التكوين الطبي (ضغط كبير)؛
 - تدخل الإدارة في الكثير من قرارات الأطباء دون تفهم للجانب الطبي؛
 - توفير الوسائل اللازمة لأداء الأعمال؛
 - اعتماد المركز الاستشفائي الجامعي على القطاع الخاص، خصوصا في التحاليل المخبرية والاشعاعية؛
 - مركزية العلاج على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي على حساب المؤسسات الصحية المجاورة.
- **التنظيمية:** تمثلت أهم العراقيل التنظيمية في:
- هناك توظيف غير واضح للطاقتين الشبه الطبي (مثل مساعد ممرض يعمل كممرض)؛
 - إعادة تقسيم المصالح من حيث المساحة، حيث هناك مصالح تم تقليص مساحتها لفتح مصالح جديدة رغم أن عدد الأسرة لم يتغير مما يؤثر على توزيعها في المصلحة، بالإضافة إلى ذات العدد لم يتغير منذ فتح المصلحة؛
 - لا يوجد تناسب مع النمو الديموغرافي، حيث أن المصالح تقلص حجمها من حيث المساحة ولم تتغير قدرتها الاستيعابية؛
 - المصالح لا تطابق المعايير الطبية (المساحة الواجب تركها في محيط السرير)؛
 - يتوجب عزل بعض المرضى بسبب إصابتهم بأمراض معدية، لكن بسبب غياب الظروف المناسبة وتجهيز المصالح لا يتم ذلك؛
 - حجم العمل الذي يتوجب تغطيته للأطباء الأساتذة لكن لا يتمتعون بامتيازات الأساتذة الجامعيين كونهم تابعين إلى وزارتين (وزارة الصحة ووزارة التعليم العالي)، وعدم استفادة الأساتذة الأطباء من العطل السنوية بحيث هناك 21 يوم فقط في سنة؛
 - يجب مراجعة statut الخاص بالأستاذ الجامعي؛

- اعتماد الولايات المجاورة التي لا تملك مراكز استشفائية جامعية على المركز الاستشفائي الجامعي مما يزيد من الضغط عليه.
- **معوقات التحسين:** تمثلت أهم معوقات التحسين في:
 - تدفق أعداد كبيرة من المرضى؛
 - المنشآت غير ملائمة للاحتياجات؛
 - ضغط العمل؛
 - صعوبات تطبيق وتنفيذ تسيير ملائم للمصالح؛
 - علاقة متوترة بين الإدارة والأطباء؛
 - مسيري المصالح عبارة عن أطباء وطاقم شبه طبي يفكرون إلى خبره في مجال التسيير.

المبحث الرابع: اختبار ومناقشة فرضيات البحث.

سيتم توضيح نتائج التحليل الاحصائي المستخدم لاختبار فرضيات البحث، حيث يتكون البحث من أربعة فرضيات، وقد تم استخدام الاختبار الباراميتري (ت) لعينة واحدة بسيطة One simple T test .

اختبار T:

يستخدم هذا الاختبار لفحص فرضية تتعلق بالوسط الحسابي، بمعنى ما إذا كان متوسط متغير ما لعينة واحدة يساوي قيمة ثابتة، لكن قبل كل ذلك يجب أن تتحقق شروط الاختبارات الباراميتريية في العينة محل البحث و هي كالآتي:

- التوزيع الطبيعي للمتغير المراد الاختبار على متوسطه: ففي هذه العينة يلاحظ أن حجمها كبير (تعتبر العينة من الحجم الكبير إذا كان حجمها أكبر من 30 مفردة). في هذا البحث فإن حجم العينة هو $286 > 30$ ، وهو حجم كبير وشروط التوزيع الطبيعي محقق* .
- تجانس التباين: كون أن العينة من مجتمع يمكن التعرف عليه ومكونات فئاته متقاربة فهذا يتم إسقاطه على خصائص العينة، فتجانس تباينها متقارب ومقبول.
- بيانات المجال: في هذا البحث هذا الشرط محقق كون استعمل فيه مقياس ليكرت (5 درجات) والاختلاف بين نقطتين عليه هو نفسه ويساوي(1).

* غالبا ما يقبل شرط التوزيع الطبيعي بزيادة حجم العينة عن 30 مفردة، و قد وجد ذلك من خلال التجربة 'بالإضافة إلى هذا فإن عدم تحقق الشرط جزئيا لا يؤثر على نتيجة الاختبار بشرط أن يكون حجم العينة كبير.

- الاستقلالية: هذا الشرط محقق أيضا، كون أنه في هذا البحث تم الاعتماد على أسلوب الاستبيان وهذا بعزل كل فرد محل الاستجواب عن بقية الأفراد حتى لا يتأثر سلوكه في الإجابة عن أسئلة الاستبيان.

القاعدة العامة المتبعة في قبول أو عدم قبول الفرضية يعتمد على الآتي:

- إذا كانت قيمة المعنوية sig من مخرجات التحليل الإحصائي أكبر من قيمة المعنوية المعتمد بها للاختبار (0.05) فإننا نقبل الفرضية العدمية أو الصفرية H_0 .

- إذا كانت قيمة المعنوية sig من مخرجات التحليل الإحصائي أقل من قيمة المعنوية المرغوب بها للاختبار (0.05) فإننا لا نستطيع قبول الفرضية العدمية و نقبل الفرضية البديلة.

وفيما يلي عرض لنتائج الاختبارات الاحصائية لكل الفرضيات من وجهة نظر الأطباء:

المطلب الأول: الاختبار الإحصائي للفرضية الأولى.

تنص الفرضية الأولى على أنه: ظروف العمل للموارد البشرية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري غير ملائمة ولا تلقى رضا العاملين.

إن دراسة الموارد البشرية تتضمن ثلاثة مؤشرات هي التكوين، التحفيز، والتمكين ومن أجل هذا سيتم كتابة الفرضية أعلاه وفقا لثلاث فرضيات جزئية هي:

- الفرضية الجزئية الأولى: تكوين الموارد البشرية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري غير ملائم ولا يلقى رضا العاملين.

- الفرضية الجزئية الثانية: تحفيز الموارد البشرية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري غير ملائم ولا يلقى رضا العاملين.

- الفرضية الجزئية الثالثة: تمكين الموارد البشرية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري غير ملائم ولا يلقى رضا العاملين.

وفيما يلي تقييم لهذه الفرضيات:

الفرضية 1.1: تكوين الموارد البشرية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري غير ملائم ولا يلقى رضا العاملين. من أجل تقييم هذه الفرضية يعاد صياغتها كما يلي:

H_0 : لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 لأراء أفراد العينة حول عدم ملائمة تكوين الموارد البشرية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

H_1 : يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 لآراء أفراد العينة حول عدم ملائمة

تكوين الموارد البشرية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

جدول رقم (04-30): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمؤشر التكوين

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
التكوين	286	2,9607	,94369	,05580

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستبيان.

جدول رقم (04-31): اختبار T للعينة الواحدة لمؤشر التكوين

	Valeur de test = 3					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
التكوين	-,705	285	,481	-,03934	-,1492	,0705

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستبيان.

يلاحظ من الجداول السابقة أن المتوسط الحسابي لآراء أفراد العينة حول عدم ملائمة تكوين الموارد

البشرية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري يساوي 2.9607 بإنحراف معياري 0.94369 ودرجة حرية 285 (ddl) وهو أقل من المتوسط الطبيعي لأداة القياس (3).

وقد بلغت قيمة T لمؤشر واقع التكوين -0.705 وهو ذو قيمة غير معنوية عند $sig > 0.05$ ، ومنه

تقبل الفرضية الصفرية الموسومة بأنه لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية أقل من 0.05 لآراء أفراد العينة حول تدني مستوى تكوين الموارد البشرية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري وعدم ملائمتها.

من التحليل السابق تفود نتائج البحث إلى قبول هذه الفرضية الجزئية التي تتضمن أن واقع مستوى

التكوين في المراكز الاستشفائية للشرق الجزائري مستوى ضعيف، ذلك رغم أن إشارة T السالبة حيث أن الحكم لأفراد العينة كان يميل إلى محايد، وهو ما يعني من جهة أخرى أن جوانب ومكونات هذا المؤشر الجزئي تحقيقها وأداؤها في هذه المراكز متوسط لكن لا يرتقي إلى الكيفية المطلوبة وهذا ما تعكسه استجابات الأطباء في أسئلة المقابلة حول توفر فرص للتكوين المستمر، لكن رغم توفر فرص للتكوين على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري إلا أنها لا تغطي الاحتياجات ولا تعطي النتائج المرجوة منه، بالإضافة إلى عدم تقييم قدرات العاملين بعد كل عملية تكوين بهدف تحسين برامج التكوين ومعرفة مدى فعاليتها والاعتماد على الطرق التقليدية للإشراف والتكوين التي لم تعد تؤدي الغرض المطلوب.

الفرضية 2.1: التحفيز في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري غير ملائم ولا يلقي

رضا العاملين. من أجل تقييم هذه الفرضية يعاد صياغتها كما يلي:

H_0 : لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 لآراء أفراد العينة حول عدم ملائمة

التحفيز في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

H_1 : يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 لآراء أفراد العينة حول عدم ملائمة

التحفيز في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

جدول رقم (04-32): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمؤشر التحفيز

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
التحفيز	286	2,8626	,69183	,04091

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستبيان

جدول رقم (04-33): اختبار T للعينة الواحدة لمؤشر التحفيز

	Valeur de test = 3					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
التحفيز	-3,359	285	,001	-,13741	-,2179	-,0569

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستبيان

يلاحظ من الجداول السابقة أن المتوسط الحسابي لآراء أفراد العينة حول عدم ملائمة تحفيز الموارد

البشرية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري يساوي 2.8626 بإنحراف معياري 0.69183

وبدرجة حرية 285 (ddl). وهو أقل من المتوسط الطبيعي لأداة القياس (3).

وقد بلغت قيمة T لمؤشر واقع التحفيز -3.359 وهو ذو قيمة معنوية عند $sig < 0.05$ ، ومنه تقبل

الفرضية البديلة الموسومة بأنه يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية أقل من 0.05 لآراء

أفراد العينة حول تدني مستوى تحفيز الموارد البشرية في واقع المراكز الاستشفائية الجامعية وعدم ملائمتها.

من التحليل السابق نقود نتائج البحث إلى قبول هذه الفرضية الجزئية التي تتضمن واقع مستوى

التحفيز في المراكز الاستشفائية الجامعية وهو مستوى ضعيف وهو ما تعبر عنه إشارة T السالبة حيث أن

أحكام أفراد العينة تدور في خانة غير الموافق وغير الموافق بشدة للفقرات المكونة لهذا المؤشر الجزئي،

وهو ما يعني من جهة أخرى أن جوانب ومكونات هذا المؤشر الجزئي تحقيقها وأداؤها في هذه المراكز

ضعيف وليس بالكيفية المطلوبة، خصوصا مع حالة عدم الرضا حول كل من الرواتب التي يتلقاها

الأطباء مقابل ما يقومون به من عمل أساسي، غياب التحفيز المعنوي وفرص للتطوير وزيادة المهارات أثناء ممارسة العمل.

الفرضية 3.1: التمكين في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري غير ملائم ولا يلقي

رضا العاملين. من أجل تقييم هذه الفرضية يعاد صياغتها كما يلي:

H_0 : لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 لآراء أفراد العينة حول عدم ملاءمة

التمكين في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

H_1 : يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 لآراء أفراد العينة حول عدم ملاءمة

التمكين في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

جدول رقم (04-34): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمؤشر التمكين

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
التمكين	286	3,1608	,68836	,04070

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستبيان.

جدول رقم (04-35): اختبار T للعينة الواحدة لمؤشر التمكين

	Valeur de test = 3					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
التمكين	3,951	285	,000	,16084	,0807	,2410

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستبيان.

يلاحظ من الجداول أعلاه أن المتوسط الحسابي لآراء أفراد العينة حول عدم ملاءمة تمكين الموارد البشرية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري يساوي 3.16 بإنحراف معياري 0.688 وبدرجة حرية (ddl)285. وهو أقل من المتوسط الطبيعي لأداة القياس (3).

وقد بلغت قيمة T لمؤشر واقع التمكين 3.951 وهو ذو قيمة معنوية عند $sig < 0.05$ ، ومنه تقبل الفرضية الصفرية الموسومة بأنه لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية أقل من 0.05 لآراء أفراد العينة حول تدني مستوى تمكين الموارد البشرية في واقع المراكز الاستشفائية الجامعية وعدم ملائمتها.

من التحليل السابق تفود نتائج البحث إلى رفض الفرضية الجزئية التي تتضمن واقع مستوى التمكين في المراكز الاستشفائية الجامعية وهو مستوى مقبول وهو ما تعبر عنه إشارة T الموجبة حيث أن أحكام أفراد العينة تدور في خانة موافق وموافق بشدة للفقرات المكونة لهذا المؤشر الجزئي، وهو ما يعني

من جهة أخرى أن جوانب ومكونات هذا المؤشر الجزئي تحقيقها وأداؤها في المراكز الاستشفائية الجامعية مقبولة، ويرجع ذلك إلى طبيعة العمل التي تفرض تفويض القرارات إلى الأطباء فيما يتعلق بالقرارات الطبية المتعلقة بتقديم الخدمة الطبية وتصحيح الأخطاء ذاتيا، إلا أن ظروف العمل الصعبة تجعل من تمكين الأطباء في القرارات الإدارية يتم في مجال ضيق.

لغرض تقييم الفرضية الأولى يعاد كتابتها بطريقة إحصائية وفقا لما يلي:

H_0 : لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 لآراء أفراد العينة حول عدم ملاءمة

ظروف العمل للموارد البشرية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

H_1 : يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 لآراء أفراد العينة حول عدم ملاءمة

ظروف العمل للموارد البشرية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

جدول رقم (04-36): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعده العاملين

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
العاملين	286	2,9947	,56352	,03332

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستبيان.

جدول رقم (04-37): اختبار T للعينة الواحدة لبعده العاملين

	Valeur de test = 3					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
العاملين	-,159	285	,874	-,00530	-,0709	,0603

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستبيان.

يلاحظ من الجداول أعلاه أن المتوسط الحسابي لآراء أفراد العينة حول عدم ملاءمة ظروف العمل للموارد البشرية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري يساوي 2.9947 بإنحراف معياري 0.56352 وبدرجة حرية 285 (ddl). وهو أقل من المتوسط الطبيعي لأداة القياس (3).

وقد بلغت قيمة T لبعده واقع ظروف العمل للموارد البشرية -0.159 وهو ذو قيمة معنوية عند $sig > 0.05$ ، ومنه تقبل الفرضية الصفرية الموسومة بأنه لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية أقل من 0.05 لآراء أفراد العينة حول تدني مستوى ظروف العمل للموارد البشرية في واقع المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري وعدم ملاءمتها.

من التحليل السابق تقود نتائج البحث إلى رفض هذه الفرضية الجزئية التي تتضمن واقع ظروف العمل في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري وهو مستوى يميل إلى الضعيف وهو ما تعبر

عنه إشارة T السالبة حيث أن أحكام أفراد العينة تدور في خانة محايد وغير موافق للفقرات المكونة لهذا البعد وهو ما يعني من جهة أخرى أن جوانب ومكونات هذا البعد تحقيقها وأداؤها في هذه المؤسسات ليس بالكيفية المطلوبة.

المطلب الثاني: الاختبار الإحصائي للفرضية الثانية.

تنص الفرضية الثانية على أنه: الإدارة في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري لا توفر الظروف الملائمة لتقديم الخدمات الصحية.

H_0 : لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 لآراء أفراد العينة حول عدم توفير الإدارة الظروف الملائمة لتقديم الخدمات الصحية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.
 H_1 : يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 لآراء أفراد العينة حول عدم توفير الإدارة الظروف الملائمة لتقديم الخدمات الصحية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

جدول رقم (04-38): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعد الإدارة

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الإدارة	286	2,2811	,65448	,03870

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستبيان.

جدول رقم (04-39): اختبار T للعينة الواحدة لبعد الإدارة

	Valeur de test = 3					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
الإدارة	-18,576	285	,000	-,71891	-,7951	-,6427

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستبيان.

من خلال الجداول أعلاه يلاحظ أن المتوسط الحسابي لآراء أفراد العينة حول عدم توفير الإدارة الظروف الملائمة في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري يساوي 2.2811 بإنحراف معياري 0.65448 وبدرجة حرية 285(ddl). وهو أقل من المتوسط الطبيعي لأداة القياس (3).

وقد بلغت قيمة T لبعد واقع أداء الإدارة -18.576 وهو ذو قيمة معنوية عند $\text{sig} < 0.05$ لآراء أفراد العينة حول ضعف توفير الظروف الملائمة لتقديم الخدمات الصحية من قبل الإدارة في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

من التحليل السابق نقود نتائج البحث إلى قبول هذه الفرضية التي تتضمن واقع أداء الإدارة في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري وهو أداء ضعيف، وهو ما تعبر عنه إشارة T السالبة حيث

أن أحكام أفراد العينة تدور في خانة غير الموافق وغير الموافق بشدة للفقرات المكونة لهذا البعد وهو ما يعني من جهة أخرى أن جوانب ومكونات هذا البعد تحقيقها وأداؤها في هذه المؤسسات ليست بالكيفية المطلوبة بسبب ضعف أنظمة تزويد العاملين بالمواد اللازمة لتأدية العمل المطلوب، عدم التأكيد على دراسة أسباب المشاكل وأساليب حلها من أجل ضمان عدم تكرارها، عدم إعطاء أولوية لكل من إشراك العاملين وتعريفهم بأهداف الجودة المراد تحقيقها والعمل على تطوير أساليب العمل من أجل تحسين تقديم الخدمات الصحية.

المطلب الثالث: الاختبار الإحصائي للفرضية الثالثة.

تنص الفرضية الثالثة على أنه: جودة تقديم الخدمات الصحية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري في أدنى مستوياتها.

إن دراسة الجودة تتضمن ثلاثة مؤشرات هي المواصفات والمقاييس، طرق العمل، موقع وتصميم المستشفى ومن أجل هذا سيتم كتابة الفرضية أعلاه وفق فرضيات جزئية هي:

- الفرضية الجزئية الأولى: المواصفات والمقاييس في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري غير ملائمة.

- الفرضية الجزئية الثانية: طرق العمل في المراكز الاستشفائية الجامعية غير ملائمة.

- الفرضية الجزئية الثالثة: موقع وتصميم المراكز الاستشفائية الجامعية غير ملائم.

وفيما يلي تقييم لهذه الفرضيات:

الفرضية 1.3: المواصفات والمقاييس في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري غير

ملائمة. من أجل تقييم هذه الفرضية يعاد صياغتها كما يلي:

H_0 : لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 لآراء أفراد العينة حول عدم ملائمة

المواصفات والمقاييس في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

H_1 : يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 لآراء أفراد العينة حول عدم ملائمة

المواصفات والمقاييس في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

جدول رقم (04-40): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمؤشر المواصفات والمقاييس

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
المواصفات والمقاييس	286	2,1183	,72473	,04285

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستبيان.

جدول رقم (04-41): اختبار T للعينة الواحدة لمؤشر الموصفات والمقاييس

	Valeur de test = 3					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
الموصفات والمقاييس	-20,574	285	,000	-,88170	-,9661	-,7974

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستبيان.

يلاحظ من الجداول السابقة أن المتوسط الحسابي لآراء أفراد العينة حول عدم ملاءمة الموصفات والمقاييس في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري يساوي 2.1183 بإنحراف معياري 0.72473 وبدرجة حرية 285 (ddl). وهو أقل من المتوسط الطبيعي لأداة القياس (3).

وقد بلغت قيمة T لمؤشر الموصفات والمقاييس -20.574 وهو ذو قيمة معنوية عند $sig < 0.05$ ، ومنه تقبل الفرضية البديلة الموسومة بأنه يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية أقل من 0.05 لآراء أفراد العينة حول عدم ملاءمة الموصفات والمقاييس في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

من التحليل السابق تفود نتائج البحث إلى قبول الفرضية التي تتضمن عدم ملاءمة الموصفات والمقاييس في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري وهو مستوى ضعيف، وهو ما تعبر عنه إشارة T السالبة حيث أن أحكام أفراد العينة تدور في خانة غير الموافق وغير الموافق بشدة للفقرات المكونة لهذا المؤشر الجزئي، وهو ما يعني من جهة أخرى أن جوانب ومكونات هذا المؤشر الجزئي تحقيقها وأداؤها في هذه المؤسسات ليس بالكيفية المطلوبة، خصوصا ما تعلق بالعمل على تطوير المعايير المستخدمة في العمل، تحديد الموصفات حسب المتطلبات والإصدارات العالمية، استخدام المستشفى لمقاييس لقياس مستوى جودة الخدمات الطبية المقدمة وتواجد نظام معتمد للموصفات وهذا ما تم تأكيده في استجابات الأطباء نحو أسئلة المقابلة عن غياب تحديد لمقاييس معيارية لجودة الخدمات الصحية.

الفرضية 2.3: طرق العمل في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري غير ملائمة. ومن

أجل تقييم هذه الفرضية يعاد صياغتها كما يلي:

H_0 : لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 لآراء أفراد العينة حول عدم ملاءمة

طرق العمل في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

H_1 : يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 لآراء أفراد العينة حول عدم ملاءمة

طرق العمل في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

جدول رقم (04-42): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمؤشر طرق العمل

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
طرق العمل	286	2,4832	,59124	,03496

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستبيان.

جدول رقم (04-43): اختبار T للعينة الواحدة لمؤشر طرق العمل

	Valeur de test = 3					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
طرق العمل	-14,783	285	,000	-,51683	-,5856	-,4480

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستبيان.

يلاحظ من الجداول أعلاه أن المتوسط الحسابي لآراء أفراد العينة حول عدم ملاءمة طرق العمل في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري يساوي 2.4832 بإنحراف معياري 0.59124 وبدرجة حرية 285 (ddl). وهو أقل من المتوسط الطبيعي لأداة القياس (3).

وقد بلغت قيمة T لمؤشر طرق العمل -14.783 وهو ذو قيمة معنوية عند $sig < 0.05$ ، ومنه تقبل الفرضية البديلة الموسومة بأنه يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية أقل من 0.05 لآراء أفراد العينة حول عدم ملاءمة طرق العمل في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري

من التحليل السابق تقود نتائج البحث إلى قبول هذه الفرضية الجزئية التي تتضمن عدم ملاءمة طرق العمل في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري وهو مستوى ضعيف، وهو ما تعبر عنه إشارة T السالبة حيث أن أحكام أفراد العينة تدور في خانة غير الموافق وغير الموافق بشدة للفقرات المكونة لهذا المؤشر الجزئي وهو ما يعني من جهة أخرى أن جوانب ومكونات هذا المؤشر الجزئي تحقيقها وأداؤها في هذه المؤسسات ليس بالكيفية المطلوبة، خصوصا ما تعلق باستيفاء المنشآت لمتطلبات العمل سواء من حيث التصميم أو الحجم أو الحالات الاستثنائية، وجود تجانس في الأداء وتوازن في الوحدات، الاستخدام الكفاء والمتوازن للكوادر في المصالح المختلفة، توفير أجهزة صيانة ذات كفاءة للطاقم الطبي، سعي المستشفى لمنع الأخطاء قبل حدوثها في جميع مراحل عمليات تقديم الخدمات المختلفة، وتطبيق رقابة على العمليات للوصول إلى مستوى عدم الوقوع في الأخطاء.

الفرضية 3.3: موقع وتصميم المراكز الاستشفائية الجامعية غير ملائم. ومن أجل تقييم هذه

الفرضية يعاد صياغتها كما يلي:

H_0 : لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 لآراء أفراد العينة حول عدم ملاءمة

موقع وتصميم المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

H_1 : يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 لآراء أفراد العينة حول عدم ملاءمة

موقع وتصميم المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

جدول رقم (04-44): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمؤشر موقع وتصميم المستشفى

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
موقع وتصميم المستشفى	286	2,2713	,72930	,04312

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستبيان.

جدول رقم (04-45): اختبار T للعينة الواحدة لمؤشر موقع وتصميم المستشفى

	Valeur de test = 3					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
موقع وتصميم المستشفى	-16,897	285	,000	-,72867	-,8136	-,6438

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستبيان.

يلاحظ من الجداول أعلاه أن المتوسط الحسابي لآراء أفراد العينة حول عدم ملاءمة موقع وتصميم

المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري يساوي 2.2713 بإنحراف معياري 0.72930 وبدرجة

حرية 285 (ddl). وهو أقل من المتوسط الطبيعي لأداة القياس (3).

وقد بلغت قيمة T لمؤشر واقع موقع وتصميم المستشفى -16.897 وهو ذو قيمة معنوية عند

$sig < 0.05$ ، ومنه تقبل الفرضية البديلة الموسومة بأنه يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية

أقل من 0.05 لآراء أفراد العينة حول عدم ملاءمة موقع وتصميم المستشفى.

من التحليل السابق نقود نتائج البحث إلى قبول هذه الفرضية الجزئية التي تتضمن عدم ملاءمة

موقع وتصميم المستشفى وهو موقع غير ملائم، وهو ما تعبر عنه إشارة T السالبة حيث أن احكام أفراد

العينة تدور في خانة غير الموافق وغير الموافق بشدة للفقرات المكونة لهذا المؤشر الجزئي وهذا ما يعني

من جهة أخرى أن جوانب ومكونات هذا المؤشر الجزئي تحقيقها وأداؤها في هذه المؤسسات ليس بالكيفية

المطلوبة، خصوصا ما تعلق بتناسب حجم المصلحة مع القدرة الاستيعابية للمستشفى، تقارب المصالح

المتكاملة في موقع واحد لتسهيل تعقبها من قبل المرضى، وتتناسب تقسيم المصالح مع طبيعة الأمراض.

من أجل تقييم الفرضية الثالثة يعاد كتابتها بطريقة إحصائية وفقا لما يلي:

H_0 : لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 لآراء أفراد العينة حول تدني مستوى

جودة تقديم الخدمات الصحية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

H_1 : يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 لآراء أفراد العينة حول تدني مستوى

جودة تقديم الخدمات الصحية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

جدول رقم (04-46): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعدها الجودة

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الجودة	286	2,2909	,52583	,03109

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستبيان.

جدول رقم (04-47): اختبار T حول العينة الواحدة لبعدها الجودة

	Valeur de test = 3					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
الجودة	-22,805	285	,000	-,70907	-,7703	-,6479

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستبيان.

يلاحظ من الجداول أعلاه أن المتوسط الحسابي لآراء أفراد العينة حول واقع جودة تقديم الخدمات

الصحية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري يساوي 2.2909 بإنحراف معياري 0.52583

وبدرجة حرية 285 (ddl). وهو أقل من المتوسط الطبيعي لأداة القياس (3).

وقد بلغت قيمة T لبعدها واقع جودة تقديم الخدمات الصحية -22.805 وهو ذو قيمة معنوية عند

$sig < 0.05$ ، ومنه تقبل الفرضية البديلة الموسومة بأنه يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية

أقل من 0.05 لآراء أفراد العينة حول تدني مستوى جودة تقديم الخدمات الصحية في المراكز الاستشفائية

الجامعية للشرق الجزائري.

من التحليل السابق تقود نتائج البحث إلى قبول هذه الفرضية التي تتضمن واقع جودة تقديم

الخدمات الصحية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري وهو مستوى متدني، وهو ما تعبر

عنه إشارة T السالبة حيث أن أحكام أفراد العينة تدور في خانة غير الموافق وغير الموافق بشدة للفقرات

المكونة لهذا البعد وهو ما يعني من جهة أخرى أن جوانب ومكونات هذا البعد تحقيقها وأداؤها في هذه

المؤسسات ليس بالكيفية المطلوبة وهذا ما تم تأكيده في استجابات الأطباء نحو أسئلة المقابلة من حالة

عدم الرضا السائدة وسط الأطباء والمرضى حول مستوى الجودة الموجودة داخل المركز الاستشفائي الجامعي وتراجع مستوى الأداء.

المطلب الرابع: الاختبار الاحصائي للفرضية الرابعة.

تنص الفرضية الرابعة على أنه: نظام الاتصال في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري

ضعيف ولا يؤدي الغرض. ولغرض تقييم الفرضية يعاد كتابتها بطريقة إحصائية وفقا لما لي:

H_0 : لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 لآراء أفراد العينة حول ضعف نظام

الاتصال في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

H_1 : يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 لآراء أفراد العينة حول ضعف نظام

الاتصال في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

جدول رقم (04-48): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لبعده الاتصال

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الاتصال	286	2,7783	,61440	,03633

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستقصاء

جدول رقم (04-49): اختبار T للعينة الواحدة لبعده الاتصال

	Valeur de test = 3					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
الاتصال	-6,102	285	,000	-,22168	-,2932	-,1502

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج تحليل فقرات الاستقصاء

يلاحظ من الجداول أعلاه أن المتوسط الحسابي لآراء أفراد العينة حول ضعف نظام الاتصال في

المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري يساوي 2.7783 بإنحراف معياري 0.61440 وبدرجة

حرية 285 (ddl). وهو أقل من المتوسط الطبيعي لأداة القياس (3).

وقد بلغت قيمة T لبعده واقع نظام الاتصال -6.102 وهو ذو قيمة معنوية عند $sig < 0.05$ ، ومنه

تقبل الفرضية البديلة الموسومة بأنه يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى معنوية أقل من 0.05

لآراء أفراد العينة حول ضعف نظام الاتصال وأنه لا يؤدي الغرض منه في المراكز الاستشفائية الجامعية

للشرق الجزائري.

من التحليل السابق تقود نتائج البحث إلى قبول هذه الفرضية التي تتضمن واقع نظام الاتصال في

المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري وهو مستوى ضعيف، وهو ما تعبر عنه إشارة T السالبة

حيث أن أحكام أفراد العينة تدور في خانة غير الموافق وغير الموافق بشدة للفقرات المكونة لهذا البعد وهو ما يعني من جهة أخرى أن جوانب ومكونات هذا البعد تحقيقها وأداؤها في هذه المؤسسات ليس بالكيفية المطلوبة، خصوصا ما تعلق بتواجد نظام شامل سواء الالكتروني أو الورقي في المستشفى، استخدام مخططات لتحديد ومتابعة المشاكل ومعالجتها، وإعداد تقارير حول الأخطاء التي تحدث أثناء تقديم الخدمة.

خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل تم عرض واقع الخدمات الصحية في المراكز الاستشفائية الجامعية محل الدراسة، من خلال تحليل البيانات التي اشتمل جزء منها على عرض احصائيات حول تعداد الموارد البشرية والمادية التي تحتويها هذه المراكز بالاضافة إلى أهم الوظائف التي تتم فيها. ليتم الانتقال إلى تحليل الاستبيان الذي سعى إلى تسليط الضوء على واقع العوامل الحرجة في المراكز الاستشفائية الجامعية محل الدراسة والمتمثلة في: العاملين بثلاثة أبعاد "التكوين، التحفيز، التمكين، الإدارة، الجودة بثلاثة أبعاد "المواصفات والمقاييس، طرق العمل، وموقع وتصميم المستشفى"، والاتصال ونظام المعلومات مع محاولة تفسير الدرجات والنتائج المسجلة، وصولا إلى تحليل محتوى المقابلات التي تمت في المركز الاستشفائي الجامعي باتنة.

هذا وقد تم اختبار فرضيات البحث في هذا الفصل من وجهة نظر الأطباء والتوصل إلى ملاءمة ظروف الموارد البشرية وذلك بسبب ملاءمة التكوين الذي توفره المراكز رغم عدم ملائمة كل من التحفيز والتمكين، كما تم التوصل إلى أن الإدارة في هذه المراكز لا توفر الظروف الملائمة التي تسهل تقديم الخدمات الصحية بالمستوى المطلوب، بالاضافة إلى تقييم الجودة على أنها في أدنى مستوياتها ما تعلق بالمواصفات والمقاييس وطرق العمل مع وجود نظام ضعيف للاتصال وعاجز عن تأدية المهام المنوطة به. وفي الأخير تم التطرق إلى أهم التحديات التي يواجهها الأطباء والتي تحول دون تقديمهم خدمات ذات جودة بالاضافة إلى عرض أهم الحلول والاقتراحات التي قدموها من أجل تحسينها سواء ما تعلق بجانب العاملين، الإدارة، الجودة، ونظام الاتصال والمعلومات.

الخاتمة

أصبح إصلاح القطاع الصحي مطلب ذو أولوية في الوقت الحالي حتى يتمشى والتحولت التي تعرفها الجزائر والعالم في ظل اعتبار حق الصحة حق دستوري لكل مواطن مما يجعل إيصالها بجودة وبصورة عادلة يتطلب توفير عدة شروط وآليات، وتدخل مختلف الأطراف الفعالة والمؤثرة في العملية، سواء كانت وزارات أو جمعيات مدنية أو مؤسسات، في ظل القيود التي يواجهها القطاع والتي تعوق عملية تطويره من أجل تحقيق تنمية صحية، رغم توفير الموارد المادية والبشرية على المستوى الكلي مما يفرض عليها تبني المفاهيم الإدارية الحديثة في إدارة المؤسسات التي تنشط فيه إذا أرادت تحقيق أهدافها بكفاءة وفعالية.

من بين هذه المفاهيم الإدارية يعتبر مفهوم إدارة الجودة الشاملة فلسفة إدارية تركز على عدد من المفاهيم الإدارية الحديثة الموجهة التي يستند إليها في المزج بين الوسائل الأساسية والجهود الابتكارية وبين المهارات الفنية المتخصصة من أجل الارتقاء بمستوى الأداء والتحسين المستمر، والذي يدعو إلى دراسة البيئة الداخلية والخارجية للمستشفيات من أجل التعرف على واقع العوامل الحرجة فيها للوصول إلى آلية العمل الملائمة للتبني، من أجل ضمان نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة بما يتلاءم مع ظروف المستشفى وذلك في ظل ما تقترحه من أساليب وأدوات متنوعة من أجل مواجهة المعوقات والصعوبات المتوقع ظهورها أثناء التطبيق.

لذا جاءت هذه الدراسة لتسليط الضوء على واقع العوامل الحرجة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المراكز الاستشفائية الجامعية الجزائرية، وبعد تقديم أساسيات نظرية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية ودراسة تحليلية للنظام الصحي الجزائري، قامت الباحثة بدراسة ميدانية تمثلت في مقابلات واستبيان استهدفت المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري.

ومن بين أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة ما يلي:

أولاً: النتائج النظرية:

– يتطلب التطبيق الناجح لإدارة الجودة الشاملة في المنظمات فهم وإدراك المعوقات والأخطاء التي يمكن الوقوع فيها، والتحذير المسبق منها لوضع الحلول المناسبة للتغلب عليها ومواجهتها مما يستوجب دراسة البيئة الداخلية والخارجية، ومعرفة أهم عوامل النجاح التي ستساهم في التطبيق الناجح والمتمثلة في العوامل الحرجة لنجاح تطبيقها؛

- توفر إدارة الجودة الشاملة مجموعة متنوعة من الأساليب والأدوات التي تسمح للمنظمات اختيار ما يتناسب ظروفها واحتياجاتها؛
- العمل على تحقيق التوازن في قدرات وامكانيات المستشفيات بما يتلاءم مع المواصفات، الخصائص، والأبعاد التي تريد ترسيخها في خدماتها بهدف تحقيق أهدافها المتعلقة بالجودة؛
- يواجه القطاع الصحي في الجزائر العديد من القيود التي تعوق عملية تطويره من أجل تحقيق تنمية صحية مستدامة رغم أنها سخرت العديد من الموارد منذ الاستقلال مع ذلك لم تتمكن من تحقيق الأهداف المرجوة والمسطرة في مختلف البرامج الوطنية؛

ثانيا: النتائج التطبيقية.

- يتميز التكوين في المراكز الاستشفائية الجامعية محل الدراسة بتحقيق مستويات مقبولة وذلك ما أظهره المتوسط الحسابي الذي حققه البعد الخاص بالتكوين ذلك بسبب انتشار مفهوم التكوين الطبي المستمر لأغلبية الأطباء، ورغم توفر فرص التكوين إلا أنها لا تغطي جميع الاحتياجات ولا تعطي النتائج المنتظرة منه مما يظهر الحاجة إلى التركيز على تطويره أكثر وتحقيق العدالة في مختلف المستويات وتوفير الموارد المادية الملائمة وحسن تحديد الاحتياجات والأهداف من التكوين والتي طرحت كأحد أهم العوائق أمام تطوير فرص التكوين وتطوير أنظمة المتابعة؛
- طبيعة العمل في المراكز الاستشفائية الجامعية تفرض التواجد في فرق عمل على مستوى المصالح مما يسمح بخلق جو يسود فيه تبادل المعارف والخبرات وتطويرها مما يعزز المكانة الوظيفية لكل من العامل وفريق العمل الذي ينتمي إليه؛
- يحقق نظام التحفيز في المستشفيات مستويات ضعيفة وذلك ما تعكسه استجابات عينة الدراسة بالمقارنة مع الجهود التي يتم بذلها من قبلهم وانتشار ظاهرة التسرب الوظيفي للعديد من الكوادر الموجودة في المستشفيات؛
- شكلت حساسية القطاع الذي يمارس فيه الأطباء عملهم والآثار التي تتجم عن الخطأ الممكن ارتكابه بحيث يؤثر على صحة وحياة المريض ميل نحو متابعة ومراقبة العمل وتصحيح الأخطاء أثناء أداء العمل ورصدها قبل تطورها بصورة ذاتية إلى جانب تمتع العاملين بهامش حرية في اتخاذ القرارات الخاصة بطرق العلاج، شكلت في مجموعها استعدادًا وقابلية لتبني إدارة الجودة الشاملة؛

- سجلت حالة من عدم الرضا عن ظروف العمل لدى مفردات العينة خصوصا في ظل النقص الحاد للموارد وعدم ملاءمتها لاحتياجات العمل إلى جانب الأعطال المسجلة في المعدات والتجهيزات، والضعف الملحوظ في تسييرها وتنظيمها سواء على مستوى المصالح أو على المستوى الكلي للمستشفى؛
 - عدم إعطاء أولوية للجودة في أهداف وخطط المراكز الاستشفائية محل الدراسة وغياب سياسة واضحة لها، واعتباره مفهوما حديثا خصوصا عند الأخذ بعين الاعتبار الجانب الإداري والتنظيمي لجودة الخدمات الصحية وأثرها على تحقيق نتائج ايجابية تنعكس على المؤشرات الصحية؛
 - وجود فصل بين المهام الإدارية والمهام الطبية وضعف التنسيق بين الطاقم الإداري والطاقم الطبي في المراكز الاستشفائية الجامعية؛
 - غياب آليات كلية لمتابعة ومراقبة الجودة على مستوى مختلف المصالح وفيما بين المصالح على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية؛
 - ضعف نظام المقاييس والمعايير لقياس التقدم في إنجاز أهداف المراكز الاستشفائية الجامعية محل الدراسة وحتى إن وجدت لا تهدف إلى إحداث تصحيحات وتطوير وتعديل؛
 - تواجه العديد من المصالح عجزا في القدرة الاستيعابية وتدفق أعداد كبيرة من المرضى وعدم ملاءمتها مع طبيعة التكفل بالمرضى مما يؤثر على مستوى تقديم الخدمات الصحية وما يجعل أثر التحسينات ضئيلا ولا يؤدي الغرض منها؛
 - عدم وجود فهم واضح لطبيعة ومكونات نظام المعلومات ودوره في تحسين الخدمات الصحية.
- من خلال النتائج التي تم ذكرها يمكن القول أن واقع العوامل الحرجة لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة تحتاج تحسينا خصوصا ما تعلق بالإدارة، الجودة، ونظام المعلومات مما يستدعي الحاجة إلى تحسين النظام والآلية المتبعة في المراكز الاستشفائية الجامعية والسعي لتحقيق الإصلاح الإداري فيها وتوفير الظروف اللازمة لتحسين الخدمات الصحية فيها.

وعلى هذا الأساس يمكن تقديم مجموعة من التوصيات يمكن تلخيصها فيما يلي:

- ينبغي أن تحتل الصحة مكانة مركزية في برامج العمل الاجتماعي والاقتصادي والسياسي كونها تعزز التنمية الاجتماعية والإنتاجية والاقتصادية ويتطلب ذلك وضع سياسة صحية وطنية واضحة، ايجاد نظام وطني للرعاية الصحية؛
- التكفل والتخطيط الجيد بالتغير الوبائي، ودعم التكفل بالسكان حسب الفوارق الجغرافية الذي تشهده الجزائر؛
- تعزيز دور القطاع العام والمستشفيات الحكومية، وإعطاء أهمية للقطاع الخاص باعتباره سندا لجهود الدولة في المجال الصحي وداعما لها وتظافر الجهود مع مختلف القطاعات ذات العلاقة بضمان سلامة وصحة السكان؛
- تحقيق التكامل بين مختلف المؤسسات الصحية العمومية والخاصة من أجل توزيع عبء التكفل بالمرضى على المراكز الاستشفائية الجامعية؛
- توفير قيادة تملك الرؤية والالتزام والقدرة على العمل الهادف من أجل تحسين الجودة في المجال الصحي؛
- دعم البحوث الصحية التي تركز على تحسين بيئة العمل داخل المؤسسات الصحية؛
- الاهتمام بالتأطير والتكوين الصحي والإداري في القطاع العمومي خاصة ما تعلق بالأطباء والطاقم الشبه الطبي، وإشراك الأطباء أكثر في العمليات التسييرية حتى يتحول الطبيب من شخص غير معني بجودة الخدمات الصحية التي يقدمها إلى مسير في الصحة أين يقوم بممارسة رقابة حقيقية على تسيير الموارد الموجودة، بالإضافة إلى تحسين أنظمة الحوافز وتشجيع الأطباء على البقاء في القطاع العمومي؛
- توفير الموارد المادية الملائمة وبحسب المعايير المعتمدة من أجل ضمان التكفل الملائم؛
- التنفيذ التدريجي لتحسين جودة الخدمات الصحية كونها ذات أولوية قصوى في المستشفيات وإشراك الأطباء في اتخاذ القرارات؛
- دعم وتنظيم آليات إدراج تكنولوجيا المعلومات والاتصال في المستشفيات وإنشاء نظام معلومات إلكتروني مركزي؛

- إعادة النظر في المعايير والمقاييس الموجودة في المراكز الاستشفائية لتتلاءم مع المعايير الدولية، وتحديد أنظمة للمواصفات والمقاييس تحكم آليات العمل داخل المستشفيات وإنشاء لجان مراقبة وتقويم لمتابعة السير الجيد للعمل؛
 - استحداث آليات لقياس احتياجات المرضى والعاملين والعمل على التخطيط انطلاقاً منها من أجل تحقيق رضا المرضى والعاملين على ظروف تقديم الخدمات الصحية؛
 - تقديم مفهوم الجودة وإدراجه ضمن مسار التكوين الطبي داخل المراكز الاستشفائية الجامعية، وإنشاء شبكة تكوين خاصة بالجودة الصحية في المستشفيات؛
 - تحسين أنظمة الصحة والسلامة والوقاية للتقليل من العدوى والالتهابات المكتسبة داخل المراكز الاستشفائية الجامعية من خلال تصحيح العادات عبر حملات التوعية والتحسيس سواء داخل المستشفى أو خارجها، وكذا تحسين أنظمة الصيانة الخاصة بالمعدات والتجهيزات؛
 - تشجيع المصالح التي حققت نقلة نوعية في تحسين الخدمات الصحية وجعلها مصالِح مرجعية لنقل تجربتها إلى المراكز الاستشفائية الجامعية الأخرى؛
 - العمل على مواكبة التحديثات المتجددة والتطور التقني السريع الحاصل في العلوم الطبية.
- إن النجاح في تحسين الخدمات الصحية يتطلب اعتماد إجراءات على المستوى الكلي المتعلق بالنظام الصحي الذي تنشط فيه المؤسسات الصحية وصولاً إلى مسؤولية أفراد المجتمع بكامله من أجل نشر ثقافة الجودة وجعلها جزءاً لا يتجزأ من حياتهم اليومية من أجل تبني السلوكيات الصحية السليمة التي تضمن حمايتهم ووقايتهم من المرض أولاً، ولا يمكن تحقيق ذلك إلا في ظل وجود عمل تكاملي بين كل مؤسسات المجتمعات.

نظراً لأهمية هذا الموضوع يمكن اقتراح بعض المواضيع الجديرة بالبحث مستقبلاً منها:

- دراسة تجريبية لتطبيق مقاربة 5S-kaizen-TQM في المراكز الاستشفائية الجامعية.
- دور التزام الإدارة العليا في تبني إدارة الجودة الشاملة.
- أثر نظام المعلومات على جودة الخدمات الصحية.
- معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية.
- دراسة تحليلية لواقع المنظومة الصحية الجزائرية.
- تأثير ظروف العمل على أداء الطاقم الطبي في المستشفيات.

قائمة المراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية.

1. الكتب:

1. إباد عبد الله شعبان، إدارة الجودة الشاملة، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 2009.
2. ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2005.
3. جوزيف كيلادا، ترجمة سرور على ابراهيم سرور، تكامل إعادة الهندسة مع إدارة الجودة الشاملة، دار المريخ، الرياض، 2004.
4. حسين ذنون على البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات وجهة نظر معاصرة، دار وائل للنشر، عمان، 2005.
5. دلال القاضي، محمود البياتي، منهجية وأساليب البحث العلمي، دار الحامد، الأردن، ط 1، 2008.
6. سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2007.
7. صالح بن حمد العساف، المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية، مكتبة العبيكان، الرياض، 1995.
8. صلاح الدين شروخ، منهجية البحث العلمي للجامعيين، دار العلوم للنشر والتوزيع، عنابة، 2003.
9. صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة منظور شامل، دار الفكر، عمان، ط1، 2009.
10. صلاح محمود ذياب، عبد الإله سيف الدين الساعاتي، إدارة المستشفيات منظور شامل، دار الفكر، عمان، ط1، 2012.
11. طارق سلمي، مأمون الدراركة، الجودة في المنظمات الحديثة، دار صفاء للنشر، عمان، ط1، 2002.
12. عبد الباسط محمد حسن، أصول البحث الاجتماعي، مكتبة القاهرة، مصر، ط 8، 1982.
13. عبد الحميد عبد المجيد البلداوي، أساليب البحث العلمي والتحليل الإحصائي - التخطيط للبحث وجمع وتحليل البيانات يدويا وباستخدام برنامج SPSS373، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2007.
14. عبد العزيز مخيمر، محمد الطمامنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات "المفاهيم والتطبيقات"، المنظمة العربية للتنمية الإدارية بحوث ودراسات، 2003.
15. عدنان حسين الجادري، يعقوب عبد الله أبو حلو، الأسس المنهجية والاستخدامات الإحصائية في بحوث العلوم التربوية والإنسانية، إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 2009.
16. عديلة العلواني، أسس اقتصاد الصحة، دار هومه، الجزائر، ج1، 2014.
17. علي السلمي، السياسات الإدارية في عصر المعلومات، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، بدون سنة.
18. فايز جمعة النجار، نبيل جمعة النجار، ماجد راضي الزعبي، أساليب البحث العلمي، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، 2009.
19. فريد كامل أبو زينة، مناهج البحث العلمي، جامعة عمان العربية، عمان، ط1، ج 3، 2005.
20. قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006.

21. مأمون سليمان الدرادكة، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2006.
22. محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، دار وائل للنشر، عمان، ط3، 2008.
23. محفوظ جودة، التحليل الإحصائي الأساسي باستخدام SPSS، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 2008.
24. محمد أحمد عيشوني، الدليل العملي للتحسين المستمر للعمليات باستخدام الأدوات الأساسية السبع للجودة، سلسلة إصدارات المجلس السعودي للجودة، دار الأصحاب للنشر والتوزيع، الإصدار رقم 2، بدون سنة.
25. محمد الصيرفي، إدارة المستشفيات العامة والخاصة وكيفية تميز العاملين بها، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2009.
26. محمد بلال الزعبي، عباس الطلافحة، النظام الإحصائي SPSS، دار وائل للنشر، عمان، ط3، 2006.
27. محمد توفيق ماضي، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية في مجالي الصحة والتعليم، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2002.
28. محمد شفيق، البحث العلمي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ط1، 1998.
29. محمد عدنان مريزق، مداخل في الإدارة الصحية، دار الريادة، عمان، 2012.
30. محمد علي محمد، مقدمة في البحث الاجتماعي، دار النهضة العربية، بيروت، 1993.
31. مضر زهران، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 2009.
32. مهدي صالح السامرائي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الانتاجي والخدمي، دار جرير للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2007.
33. مورييس أنجريس، ترجمة بوزيد صحراوي، كمال بوشريف، سعيد سبعون، منهجية البحث العلمي في البحوث الإنسانية تدريبات عملية، دار القصب للنشر، الجزائر العاصمة، 2006.
34. نجم عبود نجم، إدارة الجودة الشاملة في عصر الانترنت، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2010.
35. نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب، الجزائر، 2008.
36. وليد يوسف الصالح، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن ط1، 2011.

2. المجالات:

1. إلياس بومعروف، عمار عماري، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، in مجلة الباحث، عدد 07، الجزائر، 2009-2010.
2. بن عنتر عبد الرحمان، إدارة الجودة الشاملة كتوجه تنافسي في المنظمات المعاصرة، in مجلة الباحث، العدد 06، الجزائر، 2008.
3. الحاج عرابية، إزدواجية السلطة في المستشفيات: المفهوم والاشكالية، in مجلة الباحث، العدد 07، الجزائر، 2009-2010.

4. حنان الأحمد، تحسين الجودة: المفهوم والتطبيق في المنظمات الصحية، in دورية الإدارة العامة - مركز البحوث - معهد الإدارة العامة، المجلد 40، العدد الثاني، الرياض، أكتوبر 2000.
5. شكيب بشماني، دراسة تحليلية مقارنة للصيغ المستخدمة في حساب حجم العينة العشوائية، in مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية المجلد 36 العدد 5، 2014.
6. صلاح محمد ذياب، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، in مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد 20، العدد الأول، يناير 2012.
7. عبد القادر دبون، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية "حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة"، in مجلة الباحث، عدد 11، الجزائر، 2012.
8. علي عبد القادر علي، الرعاية الصحية، in اقتصاديات الصحة، دورية تعنى بقضايا التنمية في الاقطار العربية، المعهد العربي للتخطيط، العدد 22، الكويت، 2003.

3. الأطروحات:

1. ربيع المسعود، متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في ظل قيادة إبداعية دراسة حالة بنك البركة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2014/2013.
2. رشيد مناصرية، الكفاءات البشرية وأهميتها في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الاقتصادية، اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير تخصص إدارة الأعمال، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قاصدي مرياح ورقلة، الجزائر، 2013.
3. سيد أحمد حاج عيسى، أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2012/2011.
4. عبد الكريم منصور، قياس الكفاءة النسبية ومحدداتها للانظمة الصحية باستخدام تحليل مغلف البيانات DEA للبلدان المتوسطة والمرتفعة الدخل - نمذجة قياسية-، اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2014/2013.
5. عدنان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، الجزائر، 2008/2007.
6. علي سنوسي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الاصلاحات الاقتصادية في الجزائر أفاق 2010، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 03، الجزائر، 2010/2009.

7. يحي بروفقات عبد الكريم، إشكالية تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصناعية الجزائرية الحاصلة على شهادة الايزو 9001، أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة ابي بكر بلقايد، تلمسان، 2009/2008.

4. الندوات والملتقيات:

1. بلقاسم صبري، الدور الاستراتيجي لوزارات الصحة في تطوير النظم الصحية وتحسين أدائها، مداخلة في مؤتمر الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومية في الوطن العربي، القاهرة، 2002.
2. عبد المحسن نعساني، مؤشرات قياس الأداء في المستشفيات، مداخلة في مؤتمر الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومية في الوطن العربي، القاهرة، مارس 2002.
3. فارس بوباكور، سليم بوقنة، دراسة نوعية ومستوى الخدمات الصحية حالة المستشفى الجامعي -باتنة-، مداخلة في الملتقى الدولي حول الاصلاحات الصحية، جامعة سيدي بلعباس، 2006.
4. قدور بن نافلة، عاشور مرزيق، إدارة الجودة الشاملة لضمان جودة الخدمات الصحية في المستشفيات، مداخلة في الملتقى الوطني حول إدارة الجودة الشاملة وتنمية أداء المؤسسة، جامعة الطاهر مولاي، سعيدة، 13-14 ديسمبر 2010.
5. قورين حاج قويدر، رضوان انساعد، أثر رأس المال الفكري على تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية، مداخلة في الملتقى دولي حول رأس المال الفكري في منظمات الأعمال العربية في الاقتصاديات الحديثة، جامعة الشلف، 2011.
6. موسى اللوزي، إدارة الجودة الشاملة، مداخلة في المؤتمر العربي السنوي الخامس في الإدارة: الابداع والتجديد، مصر، 27-29 نوفمبر، 2004.

5. التقارير:

1. التقرير الخاص بالصحة في العالم 2000 تحسين أداء النظم الصحية، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2000
2. مذكرة متعلقة بوضع حيز التنفيذ مشروع مؤسسة، لوحة القيادة ومؤشرات التسيير، وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات، مذكرة رقم 01، 16 أبريل 2014.

ثانيا: المراجع باللغات الأجنبية.

1. الكتب:

1. Agnès, Jacquerye, 1999, **la qualité des soins infirmiers**, édition Maloine, Paris.
2. Bernard Guiraud- Chaumeil, 1996, **Les hôpitaux universitaires en l'an 2000**, Editions PRIVAT, Toulouse.
3. B. Brahamia, 2010, **économie de santé: évolution et tendance des systèmes de santé**, Edition Bahaeddine, Constantine.
4. Daniel Fromentin, jean- Arthur Pinçon, 2003, **La démarche qualité pour un Projet d'entreprise**, les éditions DEMOS.
5. Florence Gillet- Goinard, Bernard Seno, 2009, **La boîte à outils de responsable qualité**, Dunod Puplications, Paris.
6. Florence Gillet- Goinard, Bernard Seno, 2009, **Réussir la démarche qualité appliquer des principes simples**, Groupe Eyrolles, paris.
7. Frédéric Canard, 2009, **Management de la qualité**, Lextenso éditions, Paris.
8. **Guide en organisation hospitalière dans les pays en développement**, Mieux piloter l'hôpital les tableaux de bord, Ministère des affaires étrangères, Paris, 2001.
9. jean- Louis Giordano, 2006, **L'approche qualité perçue**, Editions d'Organisation, Paris.
10. Jean Margerand, Florence Gillet-Goinard, 2006, **Manager la qualité pour la première fois**, Edition d'organisation, Edition Eyrolles, Paris.
11. Karen A. Wager, Frances Wickham Lee, Hohn P. Glaser, 2009, **Health care information systems**, JOSSEY-BASS Publication, second edition.
12. Martine D. Merry, Michael G. Crago, 2001, **The past the present and future of health care quality**, The physician executive.
13. Mike Dent, 2003, **Remodeling hospitals and health professions in Europe**, Palgrave Macmillan, New York.
14. Olivier Devilard, 2000, **La dynamique des équipes**, éditions d'organisation, Paris.
15. Pierre longin, Henri Denet, 2008, **Construisez votre qualité**, L'USINE NOUVELLE DUNOD, Paris, 2^e édition.
16. Richard M.Hottes, 1996, **Implementing TQM in small and medium-sized organizations**, AMACOM books, New york.
- 17.S.Shiba, A.Graham, D.Walden, 1993, **Total Quality management**, Productivity Press, Portland.
18. Steven Jonas, Raymond L. Goldsteen, Karen Goldsteen, 2007, **An introduction to the US health care system**, , Springer publishing company, new york, Sixth edition.
19. V. Srinivasan, 2008, **Managing a modern hospital**, , SAGE Publications, India, second edition.
20. Yvon Pesqueux, 2008, **Qualité et management une analyse critique**, Economica, Paris.

2. المجالات:

1. A.Al Nofal, N.Al Omaimm and all, 2009, **Critical factors of TQM: An Update on the Literature**, in International journal of applied management, Volume 2, Issue2, The European centre for total quality management.
2. Abhoy K Ojha, 2000, **Total quality management: how can we make the implementation effective?**, in Vikalpa Journal, Volume 25, Issue02, India.
3. Ali. Mohammad Mosadegh Rad, 2006, **The impact of organizational culture of the successful implementation of TQM**, in The RQM magazine, Volume 18, Issue 7, London.
4. Angel Martinez-Lorente, 2006, Frank Dewhurst, Barrie. Dale, **Total Quality Management: Origins and evolution of the term**, in The TQM magazine, Volume 10, Issue 05.
5. Benjamin Osayawe Ehigie, Elizabeth B. Mc Andrew, 2005, **Innovation Diffusion and adoption of total quality management**, in Journal of management history, Volume 43, Issue06.
6. Bjane Bergquist, Maria Fredriksson, Magnus Svensson, 2005, **TQM- Terrific Quality Marvel or Tragic Quality Malpractice**, in The quality magazine, Volume 17, Issue 4.
7. Brenda Helen Sheingold, Joyce A. Hahn, 2014, **The history of health care quality: The first 100 years 1860-1960**, in International journal of Africa nursing sciences, Volume 22, Issue 1.
8. Ching- Chow Yang, 2003, **The establishment of TQM system for the health care industry**, in The TQM magazine, Volume15, Issue2.
9. Evanthia P. Vorria, George A. Bohoris,2008, **Criteria requirements of the European business excellence model: a suggested approach**, in The TQM journal, volume 21, issue 2,
10. Faisal Talib, Zillur Rahman, 2011, **Best practices of total quality management implementation in health care setting**, in Health marketing quarterly magazine, Volume 28, Issue 3.
11. Faisal Talib, Zillur Rahman, M.N Aueshi, 2010, **Pareto analysis of total management critical factors to success for service industries**, in International journal for quality research, Volume4, Issue2.
12. Hina Mukhtar, Aamir Saeed, ghalib Ata, 2013, **Measuring service quality in public sector using SERVQUAL: a case of Punjab Dental Hospital**, in Research on Human and Social Sciences, Volume 03, Issue 22.
13. John M. Luce, MD and Andrew B. Bindman, Philip R.Lee, 1994, **A brief history of health care quality assessment and improvement in the united states**, in WJM, Volume 160, Issue 03.
14. Johnson Olabode Adeoti, 2001, **Total quality management factors: An empirical study of Kwara state government hospitals**, in Ethno Med, Volume 5, Issue1.
15. Mark R. Chassin, Margaret E. O'kane, 2010, **History of the quality improvement movement**, in Marchofdimes, Volume 6, Issue 2.

16. Mian M. Ajmal, 2016, **TQM practices in public service organizations case of healthcare and academic libraries**, in International Journal of Information Systems in the Service Sector, Volume 8, Issue 1.
17. Mosadeghrad. AM, 2013, **Obstacles to TQM success in health care systems**, in International Journal of Health Care and Quality Assurance, Volume 26, Issue 2.
18. Mustafa Diller, Nizamettin Bayyurt, Selim Zaim, Mehves Tarim, 2009, **Critical factors of total quality management and its effect on performance in health care industry: A turkish experience**, in ABAS Annals for business administrative science, Global business research center, Volume 8.
19. Prabha Ramseook- Munhurun, Arkrasunsingh Panchoo, 2011, **TQM adoption in a public hospital: evidence from Mauritius**, in Global journal of business research, Volume 5, Issue3.
20. Rallabandi Srinivasu, G. Satyanarayana Reddy, and all, 2010, **The contribution of TQM and six Sigma in the organizations to achieve the success in terms of quality**, in International Journal of computer applications, Volume 8, Issue 4.
21. Rose Sebastianelli, Nabil Tamimi, 2003, **Understanding the obstacles to TQM success**, ASQ, in Quality management journal, Volume 10, Issue 03, USA.
22. S.M. Irfan, Daisy Mui Hung Kee, Rashid Waheed Qureshi, Rachid Hussain, 2014, **Identification of critical success factors of TQM implementation in health care sector of Pakistan using Pareto analysis approach**, in Science International magazine, 2014, Volume 26 Issue 5, Lahore.
23. Samantha Padmasiri Kaluarachchi, 2009, **Successful TQM implementation in Sri Lankan public hospitals**, in Annals of business administrative science, Volume 8.
24. Toshihiko Hasegawa,Wimal Karandagodam, 2016, **Change management for hospitals through stepwise approach 5S-Kaizen-TQM** , in International Journal of Information Systems in the Service Sector, Volume8, Issue1.
25. Viera Wardhani, Adi Utarini, Jitse Pieter, 2009, **Determinants of quality management systems implementation**, in Health Policy journal, Volume 89.

الأطروحات:

1. Beverly J.D.Hernandez, 2010, **The relationship between leadership styles and performance success in hospitals**, a dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in Applied management and decision sciences, College of management and technology, Walden University, New York.
2. Harry D. Holt, 2012, **Hospital performance: An empirical examination of organizational predictors and moderators**, a dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of philosophy, college of health and human development, The Pennsylvania state university, Pennsylvania.
3. Jinghua Huang, 2011, **Hospital quality and Medicare payment: A theoretical and empirical investigation**, a dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy, Wayne State University, Michigan.

4. Jose C. Flores-Molina, 2011, **A total quality management methodology for universities**, A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in industrial and systems engineering, Florida International University, Florida.

3. الملتقيات:

1. Adbulsattar Mohammad Al-Ali, **Developing a total quality management framework for healthcare organizations**, an intervention at Proceeding of the 2014 international conference on industrial engineering and operations management, Bali, January 7-9, 2014.
2. **Axes prioritaires: Bilan et perspectives**, intervention à la Rencontre régionale Alger et sud, Décembre 2015.
3. A.Boumane, A.Talbi, C.Tahon, D.Bouami, **Méthodologie d'identification des compétences requises en milieu hospitalier: application aux médecins**, intervention au Séminaire SIM07, FMP de Fès, 2007.
4. Brahim Brahamia, **Transition sanitaire en Algérie et défis de financement de l'assurance maladie**, intervention au colloque international sur les politiques de santé, Alger, 18-19 janvier 2014.
5. MEKALT Koukhaet Brahamia Brahim, **Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement**, conférence RR, Bejaia 2015.
6. L. Abid, **Organisation actuelle du système de santé et perspectives**, intervention au Colloque International sur les Politiques de Santé, Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière en collaboration avec Ecole Nationale Supérieure en Sciences Politiques, Alger 18-19 Janvier, 2014.
7. L.Chachoua, **le système national de santé 1962 à nos jours**, intervention au Colloque international sur les politiques de santé, Alger, 18-19 janvier, 2014.
8. **Télémédecine état des lieux**, intervention a la rencontre santé- Sud, direction des systèmes d'information et de l'informatique, Ouargla, 2015.
9. Tripti Singh, Prof Geetika, **A theoretical framework for soft dimensions of total quality management**, an intervention at International conference on economics and finance research, IPEDR, Singapore,2011.

4. التقارير:

1. Alex Attewell, 2000, **Florence nightingale (1820-1910)**, Bureau international d'éducation, UNESCO.
2. **Guide de mise en œuvre de l'approche 5S à Madagascar**, Ministère de la Santé Publique à Madagascar, Appui par JICA, Madagascar, 2015.
3. **Implementation Guidelines for 5S-Kaizen-TQM approaches in Tanzania**, Ministry of health and social welfare health Quality Assurance Division, Tanzania, 3rd Edition, 2013.
4. **Enquête nationale santé transition épidémiologique et système de santé**, INSP, Algerie, 2007.

5. **Politique gouvernementale dans le domaine de la santé**, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Algérie, 2015.
6. OECD health Policy Studies, **Improving health sector efficiency the role of information and communication technologies**, OECD series, 2010.
7. OMS, statistiques sanitaires mondiales, suisse 2013.
8. Peter C. Smith. Elias Massialos, Irene Papanicolas, **Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects**, World health organization, The European Observatory on health systems and policies, Denmark, 2008.
9. **Plan National Cancer 2015-2019**, ANDS, 2014.
10. Rapport "Eléments essentiels au bon fonctionnement d'un système de santé", organisation mondiale de la santé, 2010.
11. Report **A Roadmap to quality, An e-learning manual for implementing total quality management**, United nations industrial development organization, Japanese standards association, Volume 1, Vienna, 2007.
12. Toshihiko Hasegawa, 2006, **A study on organizational reinforcement through total quality management in the health and medical care sector**, institute of international cooperation JICA, Tokyo.
13. Toshihiko Hasegawa, Wimal Karandagoda, 2011, **Change management for hospitals through stepwise approach, 5S-Kaizen-TQM**, First edition, JICA, Tokyo.
14. Toshihiko Hasegawa, Wimal Karandagoda, 2013, **Change management for hospitals through stepwise approach 5S-Kaizen-TQM**, Second edition, JICA, Tokyo.
15. Vincent Mounic, **Rapport d'étude "Evaluation des compétences des professionnels de santé et certification des établissements de santé"**, HAS Haute autorité de santé, France, Novembre 2015.
16. **World development indicators report**, World bank group, 2016.
17. **World Health Statistics reports**, World health organization, Italy, 2010-2015.

ثالثا: المواقع الإلكترونية.

1. A. Zehnati , **les inégalités de répartition des praticiens privés de santé sur le territoire en Algérie**. Consulté le 20/03/2015. In, www.erudite.univ-paris-est.pdf
2. Health care Index 2016, <http://chartsbin.com/graph/health> consulté le 03/09/2016.
3. World health organization global health expenditure database, <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>
4. Evaluation de la qualité des soins hospitaliers et de la sécurité des patients, http://eeas.europa.eu/archives/delegations/algeria/press_corner/all_news/news/2014/sante_evaplan_fr.htm. consulté le 13/11/2015.
5. Ministère de la santé et de la population, dossiers qualité des soins, <http://www.ands.dz/Dossiers/charte.htm>, consulté le 18/10/2016.
6. Politique de santé en Algérie, http://www.oran-aps.dz/spip.php?page=imprimer&id_article=10380 consulté le 23 /05 / 2016.
7. Programme d'appui au secteur de la santé, Amélioration de la prise en charge, <http://www.pass->

- ue.dz/index.php?option=com_content&view=article&id=14:amelioration-de-la-prise-en-charge&catid=17:la-transition-epidemiologique&Itemid=127 consulté le /2016.
8. Système d'information sanitaire d'Algérie "SIS.DZ3" la mise en oeuvre des outils, http://www.pass-ue.dz/index.php?option=com_content&view=article&id=51:systeme-d-information-sanitaire-d-algerie-sis-dz-la-mise-en-oeuvre-des-outils-permettant-la-prise-en-charge-de-la-transition-epidemiologique&catid=21&Itemid=134
 9. Indicateurs, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, <http://www.sante.gov.dz/index.php/indicateurs>, consulté le 09/12/2016.
 10. OMS, **Algérie profil sanitaire**, <http://www.who.int/countries/dza/fr/>, consulté le 29/03/2016.
 11. Health systems, OMS, <http://www.who.int/features/qa/28/ar/>, consulté le 16/08/2014.
 12. <http://www.who.int/features/qa/28/en/>
 13. Health case study, JICA, https://www.jica.go.jp/english/our_work/thematic_issues/health/case.html consulté le 09/07/2016.
 14. Health care ranking by country, https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp?title=2015®ion=015 consulté le 05/09/2016.
 15. Larbi A., **nouvelle carte sanitaire : les secteurs sanitaires se transforment en EPH et EPSP**, www.santemaghreb.com consulté le 12/07/2015.
 16. **Les réformes en santé évolution et perspectives**, rencontre d'évaluation, Alger, 2015 www.sante.dz/Rencontre_evaluation_alger_2015/, consulté le 07/4/2016.
 17. Michel Sullivan, **The Top Five Challenges Facing Today's Hospitals**, <http://blog.schneider-electric.com/building-management/2013/10/17/top-five-challenges-facing-todays-hospitals/> consulté le 28/03/2014.
 18. Shannon Barnet, Molly Gamble, and all, **10 challenges and opportunities for hospitals in 2015**, <http://www.beckershospitalreview.com/hospital-management-administration/10-challenges-and-opportunities-for-hospitals-in-2015.html>, consulté le 15/08/2016.
 19. **Understanding Total Quality Management: Moving beyond "Quality Assurance" to Build in Quality Improvement throughout your Units and across your Organization**, www.leadershiptransformationgroup.com, consulté le 14/07/2015.
 20. Zehnati A : les inégalités de répartition des praticiens privés de santé sur le territoire en Algérie. Consulté le 20/03/2015. In, www.erudite.univ-paris-est.pdf
 21. Zehnati. A , **l'émergence et l'expansion des cliniques privées en Algérie**. In, www.ebanque-pdf.com/fr_systeme-de-sante-algerien.html, consulté le 24/08/2015.

قائمة الملاحق

ملحق رقم (01): كرونولوجيا الجودة

الحدث	الفترة
- الأسلوب العلمي في الإدارة، ترشيد العمل والحاجة الكبيرة للتنميط، التفقيش والإشراف	1900 (Taylor.F)
- الدراسة الإحصائية لعيوب المنتج وتطبيق خرائط الرقابة في Western Electric	1930 (Shewart)
- طور Shewart مراقبة العملية إحصائياً - قام شيوارت وديمينغ بتطوير دورة متابعة أطلق عليها PDCA	1924
- The bell Telephone تتبنى طريقة مراقبة العملية إحصائياً	1926
- Deming & Shewart ينشران مؤلفاً يصف الأساليب الإحصائية المستعملة من طرف Western Electric "Statistical methods from the view of quality control"	1939
- أعمال Dodge é Romig، جداول المعاينة في متناول غير المختصين في الإحصاء	1944
- تأسيس الجمعية اليابانية للمواصفات.	1945
- إنشاء الجمعية الأمريكية للرقابة على الجودة	1946
- زيارة Deming.W.E إلى اليابان لإلقاء محاضرات حول الرقابة على الجودة في ثمانية أيام - انتشار مفهوم ضمان الجودة - نقاط ديمينغ الأربع عشرة المتمثلة في: 1. وضع هدف ثابت للمنظمة من أجل التحسين المستمر للمنتجات والخدمات. 2. تبني الفلسفة الجديدة للإدارة والالتزام بالتغيير بإرادة نافذة. 3. العمل على أن لا تتطلب جودة المنتجات إلا الحد الأدنى من التفقيش، لذا يجب إدماج إدارة الجودة في المنتجات منذ مراحل تصميمها. 4. التخلي عن ممارسات الشراء المعتمدة على أساس أدنى الأسعار الممكنة، إذ يجب تركيز الاهتمام على تخفيض التكلفة الكلية. تخفيض عدد الموردين حسب الصنف إلى أدنى حد ممكن وإقامة علاقات طويلة الأجل قائمة على الولاء والثقة المتبادلة. 5. التحسين المستمر لكل عمليات التخطيط والإنتاج والخدمة، وهذا سيؤدي إلى تخفيض التكاليف. 6. إقرار التعليم الدائم لجميع أفراد المنظمة. 7. إدخال أساليب القيادة الحديثة، التي تهدف لمساعدة أفراد المنظمة على القيام بمهامهم بشكل أفضل. 8. العمل على إبعاد الخوف، حتى يستطيع كل فرد العمل بصفة فعالة لصالح المنظمة. 9. إزالة الحواجز التنظيمية بين أقسام المنظمة وتشجيع العمل الجماعي. 10. إزالة الشعارات والأهداف التي تطلب من الأفراد الوصول إلى الخطأ الصفري ورفع مستوى الانتاجية. 11. إلغاء حصص الإنتاج الرقمية، أسلوب الإدارة بالأهداف، وأي شكل من أشكال الإدارة بالأرقام. 12. إزالة كل العوائق التي من شأنها أن تحرم الاطارات والعمال من اعتزازهم وفخرهم بعملهم. 13. إرساء برنامج ديناميكي للتدريب والتحسين المستمر. 14. تشجيع جميع أفراد المنظمة للقيام بالتحول والتغيير.	1950

<p style="text-align: center;">Quality control handbook J. Juran- يصدر مؤلفه</p> <p>- ثلاثية جوران وتمثل أهم مكوناتها في:</p> <p>1. تخطيط الجودة: يعبر عن النشاطات الخاصة بإعداد المنتجات أو الخدمات والعمليات اللازمة لإرضاء حاجات الزبائن. المستهدفين للمنظمة.</p> <p>من وجهة نظر جوران تتلخص الخطوات التي تمر بها عملية تخطيط الجودة في الآتي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تحديد أهداف الجودة التي تتضمن أهدافا رئيسية، ينبثق من كل هدف رئيسي منها أهداف جزئية يجب العمل على تحقيقها، حتى تتحقق الاهداف الرئيسية للمنظمة؛ • تحديد طبيعة زبائن المنظمة؛ • تحديد احتياجات الزبون الواجب تلبيتها؛ • تطوير ملامح المنتج أو الخدمة، والتي يجب أن تتناسب مع احتياجات الزبون، وتعتبر مرحلة التصميم، من أهم المراحل التي يتم فيها تحديد ملامح المنتج أو الخدمة، والتي يجب أن يراعى فيها احتياجات السوق والاعتبارات القانونية، واعتبارات الأمن والسلامة، وسهولة الخدمة والصيانة؛ • تحديد ملامح العمليات، وهنا يتم وضع مواصفات العمليات التي تؤدي إلى المتطلبات المطلوبة في المنتج أو الخدمة؛ • تحديد وسائل ضبط العمليات والتحكم فيها، وهو ما يطلق عليه "رقابة العمليات". <p>2. الرقابة على الجودة: يعرف جوران الرقابة على الجودة على أنها: " العملية التنظيمية المعدلة، التي يمكن من خلالها قياس الأداء الفعلي للجودة، المقارنة مع المعايير الموضوعية، واتخاذ الاجراءات التصحيحية في حالة وجود تباين أو إنحراف"</p> <p>3. تحسين الجودة: بالنسبة لهذا البعد الثالث، أكد أن التحسينات المستمرة في المنتجات والخدمات والعمليات تطبق لجميع الزبائن خارجيين كانوا أم داخليين.</p> <p>- الخطوات العشرة لجوران والمتمثلة في:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. خلق إدراك لتحسين الجودة وإشاعة الوعي بأهمية التحسين والحاجة إلى الجودة. 2. وضع الأهداف والتحسينات المستمرة. 3. بناء التنظيم لتحقيق الأهداف الموضوعية. 4. تدريب جميع العاملين على أساليب ومبادئ الجودة الشاملة. 5. حل المشكلات بشكل علمي مدروس بعد التعرف عليها بشكل دقيق وتحديد أولويات المعالجة. 6. مراقبة التنفيذ وتقديم التقارير عن تقدم سير العمل. 7. تشخيص التميز وتقديره. 8. الإبلاغ عن النتائج المحققة. 9. الاحتفاظ بسجل النجاح المحقق وتوثيق المعلومات لأنها بيانات يمكن الرجوع إليها عند الحاجة. 10. دمج التحسينات السنوية والنظم وعمليات المنظمة والمحافظة على الزخم والتوسع في بناء التحسينات. <p>- ظهور جائزة ديمينج للجودة في اليابان</p>	1951
<p>- ظهور مفهوم الرقابة الشاملة على الجودة Total quality control من طرف Feigenbaum.A.V</p>	1961
<p>- إنشاء أول حلقة جودة Quality circle في نيبون للتلغراف والهاتف (اليابان)</p>	1962

<p>- ظهور مفهوم التحكم الشامل في الجودة على مستوى المنظمة Company wide quality contorl من طرف Ishikawa.K وترتكز فلسفة الجودة لهذا المفهوم على نقاط أساسية يمكن تلخيصها كما يلي:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. وضع الجودة في قائمة الأولويات بدلا من التركيز على الأرباح قصيرة المدى. 2. يجب أن ترتكز سياسة الجودة على الزبون في كل عمليات الإنتاج. 3. إقامة علاقات زبون- مورد في كل مستويات المنظمة. 4. استخدام الأساليب الاحصائية في معالجة الوقائع والمعطيات. 5. ضرورة الاهتمام بالجوانب الإنسانية والاجتماعية في المنظمة. 6. يجب أن يعنى بالجودة في جميع المستويات من الإدارة العليا إلى القاعدة. 7. إدماج حلقات الجودة في كل مستويات الهرمية الإدارية. 	1968
<p>- صدور كتاب "Quality is Free" Crosby</p> <p>- النقاط الأربع عشرة لكروسيبي: قدم كروسيبي أربعة عشرة نقطة، حث فيها إدارة المنظمة، على فهم هذه المراحل لعملية تحسين الجودة، لأنها المسؤولة عن هذا التحسين، وتتمثل هذه المراحل فيما يلي:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. الالتزام الثابت من قبل الإدارة العليا بالجودة. 2. إنشاء فريق تحسين الجودة يضم جميع أقسام المنظمة. 3. قياس الأداء الحالي للمنظمة في مجال الجودة. 4. تقييم تكلفة الجودة. 5. توعية أفراد المنظمة بأهمية تحسين الجودة. 6. اتخاذ الإجراءات التصحيحية. 7. تأسيس لجنة برنامج الخطأ الصفري. 8. تدريب رؤساء المصالح والعمال. 9. تخصيص يوم للتعريف بمفهوم الخطأ الصفري. 10. تحديد أهداف للتحسين داخل كل قسم. 11. التخلص من أسباب الأخطاء وإزالة معوقات الاتصال الفعال. 12. مكافأة مجهودات الذين وصلوا إلى تحقيق أهدافهم، ولا يجب أن تشتمل أي طابع مالي، بل رمزي. 13. تكوين مجالس الجودة لتبادل وجهات النظر، وتشجيع برنامج الجودة الذي تم إرساؤه. 14. الاستمرار في عملية تحسين الجودة. <p>- شركة Xerox بدأت بتطبيق مقارنة الاداء على مستوى عملياتها</p> <p>- نشر سلسلة الجودة BS5750</p>	1979
<p>- ظهور تقرير على NBC حول "معجزة اليابان" وإظهار ديمينج على أنه عامل مهم في نجاح اليابان</p>	1980
<p>- Naval Air systems سميت مقاربتها اليابانية للتسير بادارة الجودة الشاملة</p>	1985
<p>- صدور كتاب ديمينج Out of crisis والذي حقق أعلى المبيعات</p> <p>- اقترح أيشيكاوا أن مراقبة الجودة تتألف من تطوير، تصميم، إنتاج، تسويق، تقديم منتجات وخدمات</p>	1986

بأقل تكلفة ممكنة وذات فائدة أين سيكون الزبون راض عند اقتنائها وشرائها.	
– صدور النسخة الأولى من سلسلة مواصفات ISO 9000 – انشاء جائزة MBNQA	1987
– انتشار مفهوم إدارة الجودة الشاملة Total quality management	+1980
– أصبحت إدارة الجودة الشاملة نظاما إداريا للمنافسة الدولية	+1990

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على:

يحي بروبقات عبد الكريم، إشكالية تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصناعية الجزائرية الحاصلة على شهادة الازو 9001، أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة ابي بكر بلقايد، تلمسان، 2009/2008.

مهدي صالح السامرائي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الانتاجي والخدمي، دار جرير للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2007.

مأمون سليمان الدرادكة، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2006.

Benjamin Osayawe Ehigie, Elizabeth B. Mc Andrew, 2005, **Innovation Diffusion and adoption of total quality management**, in *Journal of management hisory*, Volume 43, Issue06.

ملحق رقم (02): لوحة قيادة تسيير المؤسسة

جدول رقم (01): لوحة قيادة تسيير مؤسسة

مجموع نهاية الفصل	تصحيح وقرارات	ترجمة الفوارق	الفارق	النتائج المحققة	الأهداف المحددة	المؤشرات
						<p>1. المالية والمحاسبة:</p> <ul style="list-style-type: none"> - نسبة استهلاك الاعتمادات حسب طبيعة النفقات. - نسبة تحصيل الارادات بالمقارنة مع التوقعات. - نسبة الالتزامات حسب طبيعة النفقات بالمقارنة مع الاعتمادات المفتوحة.
						<p>2. تسيير الموارد البشرية:</p> <ul style="list-style-type: none"> - نسبة الغياب. - عدد الترقيات الداخلية/ تعداد. - عدد المناصب المفتوحة - نسبة تصفية المستحقات. - عدد الأعوان الذي تلقوا تكويننا. - عدد الأعوان الذي برمج تكوينهم. - عدد النزاعات التي تم حلها/ العدد الاجمالي للنزاعات. - عدد حالات المنازعات بالمؤسسة.
						<p>3. تسيير الوسائل:</p> <ul style="list-style-type: none"> - تكلفة يوم التغذية. - تكلفة التبييض/ لكل مريض. - تكلفة التحويل. - استهلاك الوقود اليومي. - نسبة حدوث عطل/ عدد السيارات المستعملة. - تكلفة الصيانة اليومية. - تكلفة الصيانة اليومية للسيارات. - نسبة تلبية الطلبيات. - نسبة المفقودات بالنسبة للأشياء التي تم توصيلها للمصالح.
						<p>4. تسيير المرضى:</p> <ul style="list-style-type: none"> - نسبة استهلاك الأدوية/ لكل مصلحة ولكل يوم ولكل مريض. - نسبة نهاية صلاحية. - قيمة مخزون الادوية في أيام الاستهلاك. - عدد المرضى الراضين عن ظروف الاقامة، التغذية، التكفل/ عدد المرضى الذي كانوا محل استبيان. - نسبة إعادة قبول المرضى. - نسبة تحويل المرضى. - نسب الوفيات في كل مصلحة.
						<p>5. متابعة المشاريع:</p> <ul style="list-style-type: none"> - نسبة تحقيق المشاريع.

						- تأخر مسجل بالمقارنة مع الأجل. - نسبة تقدم الأشغال. - نسبة استهلاك الاعتمادات. - التكلفة الأولية/ التكلفة المعاد تقييمها.
--	--	--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

المصدر: مذكرة متعلقة بوضع حيز التنفيذ مشروع مؤسسة، لوحة القيادة ومؤشرات التسيير، وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات، مذكرة رقم 01، 16 أفريل 2014

جدول رقم (02): خطة عمل/ لوحة القيادة

نقطة الذروة	مؤشرات الفعالية	الأهداف الواجب تحقيقها	أنشطة واجب القيام بها في وقت محدد مع تحمل المسؤولية	مؤشرات التوجيه، المتابعة والتصحيح

المصدر: مذكرة متعلقة بوضع حيز التنفيذ مشروع مؤسسة، لوحة القيادة ومؤشرات التسيير، وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات، مذكرة رقم 01، 16 أفريل 2014

ملحق رقم (03): وظائف المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري

جدول رقم (01): الوظائف الاستشفائية

Spécialités Médicales																			
	Nombre de lits			Admissions			J. Hospitalisation			D.M.S			Taux d'Occupation		Taux de Rotation		Taux de Létalité		
	Hom	Fem	Enf	Hom	Fem	Enf	Hom	Fem	Enf	Hom	Fem	Enf	Hom	Fem	Hom	Fem	Hom	Fem	Enf
CHU Batna	96	111	72	2857	2474	5178	23557	23504	24483	8,25	9,5	4,73	67,23	71,84	29,76	41,81	70,7	62,65	19,31
CHU Sétif	144	133	110	13060	10898	13963	43311	37620	39451	3,32	3,45	2,195	82,4	88,51	90,69	105,43	20,67	18,35	24,12
CHU Annaba	226	189	100	7338	6635	9826	51698	44494	32626	9,12	9,62	3,95	53,48	80,71	26,32	99,95	146,76	150,98	69,99
CHU Constantine	295	290	213	8643	11706	5874	84509	79800	43246	9,78	6,82	7,36	78,49	67,02	29,3	34,95	40,5	28,62	50,05
Total	2633	2567	1513	101419	107264	88003	638908	635374	394656	6,3	5,92	4,48	66,48	69,17	38,52	47,86	28,71	21,26	33,68

Spécialités chirurgicales																			
	Nombre de lits			Admissions			J. Hospitalisation			D.M.S			Taux d'Occupation		Taux de Rotation		Taux de Létalité		
	Hom	Fem	Enf	Hom	Fem	Enf	Hom	Fem	Enf	Hom	Fem	Enf	Hom	Fem	Hom	Fem	Hom	Fem	Enf
CHU Batna	90	80	61	3575	2758	2306	18845	16109	14224	5,27	5,84	6,17	57,37	58,94	39,72	35,91	12,59	11,97	11,71
CHU Sétif	129	115	44	7508	6356	5637	19701	16466	4456	2,45	2,33	3,22	38,33	57,24	56,47	85,97	12,775	8,3	11,27
CHU Annaba	16	138	23	5755	3770	2056	25333	18015	5840	2,78	3,24	2,78	36,93	44,10	8,83	12,95	5,12	12,95	5,12
CHU Constantine	176	192	61	5526	5250	1335	40050	29400	5737	7,25	5,6	4,3	62,34	38,05	31,4	26,03	11,94	9,71	1,5
Total	1982	1804	691	71625	60920	38098	386277	340402	160253	5,39	5,59	4,21	47,77	54,98	36,14	39,69	11,27	8,39	10,79

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على "Annuaire statistique "Santé en chiffres 2014", Direction des études et de la planification, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Edition Janvier 2016, Algérie.

جدول رقم (02): الأنشطة في مصلحة الاستعجلات في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري

CHU	Nombre de lits d'observation	Admissions moins de 24 heures	Nombre de consultations	Nombre de décès	Taux de Rotation	Taux de Létalité
CHU Batna	45	14321	103373	698	318,24	48,74
CHU Sétif	31	5067	320725	454	163,45	89,60
CHU Annaba	90	25677	156339	965	336,56	37,58
CHU Constantine	157	12450	96188	1009	79,30	81,04
Total. N	783	177594	1945273	6711	226,81	37,79

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على "Annuaire statistique "Santé en chiffres 2014", Direction des études et de la planification, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Edition Janvier 2016, Algérie.

جدول رقم (03): Activité de maternité dans les CHUs

CHU	Nombre de lits	Nombre d'accouchements	Nombre naissances vivantes	Nombre Morts Nés	Décès après naissance	Nombre décès maternels	Taux mortinatalité	Taux mortinatalité	Taux décès maternels
CHU Sétif	77	13896	13842	335	467	8	23,63	33,74	57,80
CHU Annaba	87	14116	13988	274	217	4	19,21	15,51	28,60
CHU Constantine	108	11381	11322	330	451	8	28,32	39,83	70,66
Total	880	102284	108516	1922	1871	35	17,40	17,24	32,25

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على "Annuaire statistique "Santé en chiffres 2014", Direction des études et de la planification, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Edition Janvier 2016, Algérie.

جدول رقم (04): العمليات الجراحية في المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري

CHU	Chir. Cardiaque	Chir. Générale	Chir. Maxillo-Faciale	Chir. Plastique	Chir. Thoracique	Chir. Vasculaire	Ophthalmo	O.R.L	Ortho.Traumatolo	Urologie	Neurochirurgie	Gynéco	Actes. d'urgence
CHU Batna	-	1539	-	-	-	-	821	-	1737	358	302	-	2878
CHU Sétif	-	1489	-	-	-	-	771	977	1443	-	459	3207	3490
CHU Annaba	-	1052	-	-	-	-	1511	621	3401	1467	482	6730	5550
CHU Constantine	-	1275	1644	1700	348	-	84	1716	1316	-	-	5369	2593
Total. N	295	22548	4130	1700	3538	1277	119756	15828	25262	8408	6299	52976	40262

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على "Annuaire statistique "Santé en chiffres 2014", Direction des études et de la planification, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Edition Janvier 2016, Algérie.

جدول رقم (05): Activité d'hémodialyse dans les C.H.U.

CHU	Nombre de Lits	Nombre de malades traités	Nombre de malades en liste d'attente	Nombre de Séances dialyse	Nombre de Séances dialyse	
					Marche	Panne
CHU Batna	19	84	120	14763	26	3
CHU Sétif	21	93	33	15639	20	2
CHU Annaba	20	80	43	13513	20	-
CHU Constantine	18	60	-	8696	20	4
Total	271	1305	580	151347	282	50

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على "Annuaire statistique "Santé en chiffres 2014", Direction des études et de la planification, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Edition Janvier 2016, Algérie.



ملحق رقم (04): استمارة المقابلة



جامعة الحاج لخضر باتنة 01

كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية

استمارة مقابلة رقم (...)

التاريخ: .../.../.....

المؤسسة: المركز الاستشفائي الجامعي "....."

المصلحة:

المدة:

أسئلة المقابلة:

المحور الأول:

- هل الموارد البشرية في المستشفى كافية من حيث الكم والنوع؟
- من هي الجهة التي تتولى التدريب؟ من المعنى بالتدريب؟ متى؟ كيف يتم تحديد الاحتياجات التدريبية؟ هل الدورات التدريبية اجبارية أم اختيارية؟ (في حالة حدوث أخطاء هل يتم التدريب لتعلم الطريقة الصحيحة وتجنب الوقوع فيه مرة أخرى؟)
- ما هو نظام الحوافز والمكافآت المتبع؟

المحور الثاني:

- طبيعة الهيكل التنظيمي (هل قراءة المستويات سهلة؟ هل المهام واضحة؟)
- هل تم اجراء تغيير في الهيكل التنظيمي؟ ما هي الحالات التي تستوجب ذلك؟

المحور الثالث:

- هل يتم تحليل البيئة الداخلية والخارجية؟ ما هو الأسلوب المتبع؟
- من يقوم بالتحليل؟ كيف يتم متابعة النتائج؟

المحور الرابع:

- ما هي طبيعة العلاقة مع الموردين؟ كيف يتم اختيارهم؟

المحور الخامس:

- ما هو دور مراكز البحث والتطوير؟ هل هي موجودة؟ ما هو واقعها؟

المحور السادس:

- ما هو نوع المشاكل التي تصادفونها؟ كيف يتم حلها؟ من الذي يساهم في اقتراح الحلول؟
- هل يوجد قياس لرضا العملاء/ العمال؟ كيف يتم؟ لأي غرض؟
- هل يتم مراعاة هذه المتطلبات عند تصميم الخدمة وتقديمها؟
- كيف تحدد المستشفى توقعات الزبون الحالية والمستقبلية؟

- هل توجد خلية جودة؟ منذ متى؟ ما هي مهامها؟ ما هي المصلحة التي تنتمي إليها؟ هل تظهر في الهيكل التنظيمي؟
- كيف ادركتم ضرورة الجودة؟ (الأداء، المرضى، تكرار الأخطاء من أي نوع؟، تعليمة وزارية...)
- كيف يتم التحسين؟ على أي مستوى؟ حسب أي مواصفات؟ هل تم تحديد مقاييس معيارية لجودة الخدمة؟ كيف؟ هل يساهم العاملون في تطبيق واقتراح التحسينات؟
- هل الوسائل المتوفرة للاسهام بصورة فعالة في أهداف الجودة؟ هل الوصول إليها سهل في كل المستويات (أي من طرف كل الموظفين)؟
- كيف يتم تقييم الجودة؟ (المنتجات، العمليات، الخدمات وممارسات الجودة...). ماهي الأدوات المستعملة لمراقبة ومتابعة الجودة؟
- هل هناك اهتمام بالشكاوي؟ كيف يتم التعامل مع الشكاوي؟ وكيف تحل؟ من الهيئة المسؤولة؟ كيف تستخدم معلومات الشكاوي لتحسين الجودة والوقاية من تكرارها؟
- هل يتم تحديد متطلبات المستفيدين؟ لماذا؟ هل توجد محاولة لمطابقة المواصفات مع هذه المتطلبات؟
- ما هي الطرق والآليات التي تم تبنيها لتحسين جودة الخدمات؟
- هل توجد سجلات تؤرخ الأخطاء الطبية/السبب/ من / كيف يمكن تجنبها في المستقبل/ هل يتم تقييمها لتقادي الوقوع فيها عدم تكرار الخطأ؟
- ما هو واقع الجودة في المستشفى؟ كيف يراها من أجري معه المقابلة، كيف يمكن بالنسبة له تحسينها؟ ما هي أهم الصعوبات والعراقيل؟

المحور السابع:

- هل يوجد نظام معلوماتي شامل؟ ما نوعه (ورقي الكتروني)؟ ماهي المجالات التي يهتم بها؟ من يستخدم هذه المعلومات ولأي غرض؟

المحور الثامن:

- في رأيكم، ماهي التحديات التي تواجه المستشفيات؟
- في رأيكم، ماهي الأسباب التي أدت الى تدني مستوى جودة الخدمات الصحية؟



ملحق رقم (05): استمارة ملاحظة

جامعة الحاج لخضر باتنة 01

كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية



استمارة ملاحظة رقم (...)

التاريخ: .../.../.....

المؤسسة: المركز الاستشفائي الجامعي "....."

المصلحة:

المدة:

ملاحظات في صميم الموضوع:

متفرقات:

السنة الجامعية 2015/2016



ملحق رقم (06): استمارة الاستبيان



Ministère de L'enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université El Hadj Lakhdar Batna1

Faculté des sciences économiques, sciences commerciales et sciences de gestion

Questionnaire destiné aux médecins

Madame, Monsieur,

Etudiante en doctorat à la Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et de Gestion de l'Université de Batna1, je travaille sur « le management par la qualité totale comme moyen pour améliorer les services de santé, étude des centres hospitalo-universitaires de l'Est algérien

Je vous serais reconnaissante d'accepter de remplir ce questionnaire sachant qu'il ne sera utilisé que pour des fins scientifiques et les informations qui y seront consignées resteront strictement confidentielles.

L'étudiante:

OUCHEN Rima

Sous la direction de :

Dr. BENZIANE Iman

Définition de la qualité dans un Hôpital: En milieu hospitalier, la qualité se définit comme l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites, par l'engagement de la structure hospitalière et des professionnels dans des actions permanentes et systématiques d'amélioration du service rendu au patient. Dans un établissement de santé, mesurer la qualité consiste à vérifier régulièrement la conformité de l'organisation des soins, de l'accueil et autres, au regard de niveaux de performance préalablement définis.

l'hôpital doit rendre un service de qualité, au meilleur coût. Cette qualité se mesure notamment par rapport à des normes que l'hôpital doit respecter, en matière de matériel, de processus ou de qualification du personnel. Elle implique la mise en œuvre, dans chaque établissement, d'une démarche qualité.

Année universitaire: 2015-2016.

(Veuillez cocher la case correspondante à votre réponse)

AXE I- Informations générales:

1. **Sexe:** Féminin Masculin
2. **Age:** moins 30 ans de:30 à 40 ans de 41 à 50 ans 51 ans et plus.
3. **Lieu de travail:** Batna Sétif Constantine Annaba
4. **Ancienneté:** moins de 5 ans de: 05 à 10 ans de: 11 à 15 ans plus de 15 ans

5. Service dans lequel vous travaillez:

- Médecine interne Dermatologie Gastroentérologie Urologie
- Urgences Endocrinologie Chirurgie générale Chirurgie ORL
- Ophtalmologie Radiologie Rhumatologie Néphrologie
- Cardiologie Neurologie Diabétologie Pneumo-phtisiologie
- Orthopédie Autre (préciser):

6. Statut/ Grade:

- Médecin généraliste Résident Assistant Maitre-assistant
- Professeur Autre (préciser): :

7. Existe-t-il un département ou un service spécialisé dans la qualité au niveau de l'hôpital ?

- Oui Non je ne sais pas

8. L'hôpital envisage-t-il de créer une unité ou un département spécialisé dans la qualité ?

- Oui Non je ne sais pas

AXE II- LES MEDECINS: l'objectif de cet axe est de connaître les conditions permettant le développement de la qualité de travail des médecins.

Libellés	Tout à fait d'accord	D'accord	Son réponse	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Formation					
1.	Le médecin obtient une occasion pour la formation continue				
2.	La formation est adéquate aux besoins				
3.	La formation englobe toutes les catégories et les secteurs sans exception				
4.	Les nouveaux médecins sont formés et leurs compétences développées				
5.	La formation des médecins est efficace et donne des résultats qui reflètent leur travail				
6.	Les médecins sont entraînés en continu sur les opérations de développement				
7.	Les compétences des médecins sont évaluées après chaque opération de formation				
8.	De nouvelles méthodes sont adoptées pour l'encadrement et la formation				
Motivation					
9.	Le médecin perçoit un salaire correspondant à ce qu'il fournit comme travail de base				
10.	Le médecin perçoit des primes et des augmentations annuelles de façon régulière				
11.	Le médecin a une chance d'obtenir une prime exceptionnelle liée au niveau de sa performance				
12.	La promotion se fait à la base de l'aptitude et de la performance				

Libellés		Tout à fait d'accord	D'accord	Son réponse	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
13.	Le travail accompli par le médecin contribue à son développement professionnel					
14.	Des attestations de remerciements et de reconnaissance sont données aux médecins					
15.	l'administration laisse aux médecins la liberté de faire leur travail selon ce qui leur convient					
16.	Le médecin est satisfait du travail qu'il accomplit					
17.	Le médecin ressent une satisfaction lors de l'accomplissement de son travail					
18.	Le médecin ressent que son travail dans une équipe de développement de la qualité renforce sa position					
L'empouvoirement (la mise au pouvoir)						
19.	Le médecin corrige l'erreur de son travail.					
20.	Le médecin participe au perfectionnement de son travail					
21.	Le nombre des médecins dans votre service est suffisant du point de vue quantité					
22.	Le nombre des médecins dans votre service est suffisant du point de vue qualité					
23.	Les conditions de travail sont convenables pour réaliser la qualité					
24.	Il existe une cohésion entre les compétences du médecin et le service où il travaille					

AXE III- L'ADMINISTRATION: L'objectif de cet axe est d'analyser l'opinion des médecins par rapport à l'encouragement de l'administration pour le développement de la qualité

Libellés		Tout à fait d'accord	D'accord	Son réponse	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1.	Il existe des conditions favorables à l'innovation et à l'encouragement des propositions					
2.	La confiance est accordée aux médecins					
3.	Les médecins sont dotés de moyens nécessaires à l'accomplissement du travail demandé					
4.	Il y a une insistance sur la prévention					
5.	Le leader s'intéresse à l'étude des causes des problèmes, les méthodes de résolution et garantit qu'ils ne se répètent pas					
6.	Le leader fait participer les médecins à la mise en place des objectifs					
7.	Le leader fait participer les médecins à la prise de décision					
8.	Il existe une bonne compréhension des missions du leader et de la nature de sa relation avec les médecins					
9.	l'administration de l'hôpital informe les médecins sur les objectifs de qualité à réaliser					
10.	l'administration de l'hôpital attribue aux médecins des activités en relation avec leurs spécialités					
11.	Lors des réunions, l'administration encourage les initiatives des participants					
12.	En cas de performance il y a reconnaissance et annonce devant le reste des médecins					
13.	Des normes quantifiables sont adoptées pour déterminer les objectifs					
14.	l'administration détient un guide clair pour la politique de la qualité					

	Libellés	Tout à fait d'accord	D'accord	Son réponse	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
15.	l'administration applique des idées ayant réussi dans des hôpitaux similaires					
16.	l'administration veille à éliminer les entraves à la l'innovation					
17.	l'administration veille à former des groupes de travail, suivre leurs résultats et recommandations					
18.	l'administration veille au développement des moyens de travail					
19.	l'administration fait participer tous les médecins à l'amélioration de la qualité					
20.	Il existe chez l'administration une vision claire pour l'application de la qualité					
21.	Il existe une conscience évolutive de l'importance de la qualité					
22.	l'administration encourage les communications efficaces entre elle et les médecins					
23.	Les informations sont régulièrement publiées et à tous les niveaux					
24.	L'administration veille à l'existence d'une communication efficace dans l'hôpital					
25.	L'administration développe dans l'hôpital les canaux de communication à tous les niveaux administratifs					
26.	Il existe une coordination continue et complémentaire entre les services					
27.	La structure organisationnelle est conforme à un contrôle de la qualité					
28.	l'hôpital est comparé avec les meilleurs hôpitaux au niveau national					

AXE IV- LA QUALITE : Cet axe vise à analyser les enjeux de la qualité au niveau de l'hôpital

	Libellés	Tout à fait d'accord	D'accord	Son réponse	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Les normes et les caractéristiques						
1.	Il existe dans l'hôpital un système adopté pour les normes					
2.	L'hôpital répond aux besoins spécifiques des patients à la demande					
3.	Les normes utilisées dans le travail sont développées					
4.	Les normes sont déterminées selon les exigences et les publications mondiales					
5.	Il existe des normes pour déterminer le type, et les surfaces des hôpitaux, des services qu'ils comportent et la manière de distribution des lieux selon le volume du travail					
6.	l'hôpital utilise des normes de mesure de la qualité des services médicaux présentés					
Les méthodes de travail						
7.	Il existe une description fonctionnelle précisant les responsabilités et les obligations					
8.	Il existe une délégation de responsabilité					
9.	Il existe une homogénéité dans le travail et un équilibre dans les unités					
10.	Il existe une utilisation adéquate et équilibrée des cadres dans les différents services					

Libellés		Tout à fait d'accord	D'accord	Son réponse	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
11.	Les bâtisses répondent aux exigences du travail, en terme de conception, de taille, et de situations exceptionnelles					
12.	Il y a un examen et une révision périodiques des fournitures médicales nécessaires (équipements et médicaments)					
13.	l'équipe médicale détient un équipement de maintenance performant à l'hôpital					
14.	La planification annuelle de prévision des besoins de l'hôpital en fournitures médicales est précise					
15.	Les équipements existants sont conformes aux développements techniques					
16.	Il parvient à l'administration de l'hôpital les réactions des patients par rapport à la qualité des services qu'ils reçoivent					
17.	Les moyens matériels de l'hôpital sont suffisants					
18.	Les moyens humains de l'hôpital sont suffisants					
19.	l'hôpital veille à éviter les erreurs avant qu'elles ne se produisent durant toutes les étapes de présentation des différent services					
20.	l'hôpital contrôle les différentes opérations afin d'arriver au niveau de zéro erreur					
21.	Les opérations d'amélioration continue touchent les différentes activités de l'hôpital					
22.	Il y a des opérations de régulation et de contrôle des fournisseurs et des achats					
Situation et conception de l'hôpital						
23.	La répartition des services est conforme à la nature des maladies					
24.	La taille du service est conforme à la capacité de réception de l'hôpital					
25.	Les services complémentaires sont proches dans un même site facilitant l'accès au patient					
26.	Il existe des signalisations et affiches indiquant les sites					
27.	Le parking est convenable					

AXE V- LA COMMUNICATION: Cet axe vise à connaître le degré et la rapidité de transmission de l'information au sein de l'hôpital

Libellés		Tout à fait d'accord	D'accord	Son réponse	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1.	La communication au niveau de service permet l'échange rapide de l'information.					
2.	La communication au niveau de l'hôpital permet l'échange rapide de l'information entre les services.					
3.	Il existe un système d'information global et archivé					
4.	Il existe un système d'information électronique					
5.	Les informations sont regroupées de façon centralisée					
6.	Les informations relatives aux patients sont conservées automatiquement (registres médicaux)					
7.	Les informations administratives (registres des réunions et rapports) sont conservées					

Libellés		Tout à fait d'accord	D'accord	Son réponse	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
8.	Des enquêtes pour identifier les problèmes et les résoudre sont utilisées					
9.	Des schémas pour définir et assurer le suivi des problèmes et les résoudre sont utilisés					
10.	Des rapports sur les erreurs commises lors de la présentation des services sont élaborés					

AXE VI- OPINIONS

1. A votre avis, quels sont les causes du manque de la qualité des services sanitaires ?

.....

.....

.....

.....

2. Quels sont les défis auxquels sont confrontés les hôpitaux ?

.....

.....

.....

.....

3. Quels sont les principaux obstacles qui vous empêchent de fournir un travail de qualité ?

.....

.....

.....

.....

4. Que proposez-vous pour améliorer les services hospitaliers ?

.....

.....

.....

.....

5. Que proposez-vous pour améliorer la qualité des services hospitaliers ?

.....

.....

.....

.....

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION.