

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي الجمهورية
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
المديرية العامة للبحث العلمي و التطوير التكنولوجي
Direction Générale de la Recherche Scientifique et du Développement Technologique



Rapport final de projet

التقرير العام لمشروع البحث

PNR البرنامج الوطني للبحث في:

الاقتصاد

Organisme pilote الهيئة المشرفة

CREAD

Domiciliation du projet :

مؤسسة توطين المشروع:

جامعة تلمسان

Intitulé du projet :

عنوان المشروع :

إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الجزائرية

Intitulé du domaine	الميدان: قطاعات الأنشطة الحيوية
Intitulé de l'axe	المحور: مواضيع الاقتصاد الاجتماعي و السياسي
Intitulé du thème	الموضوع: تقييم فعالية تسيير نظام الرعاية الصحية في الجزائر و عدالته

Chef de projet رئيس المشروع		
Nom et prénom اللقب و الاسم	Grade الرتبة	Etablissement de rattachement المؤسسة المستخدمة
بوشيخي عائشة	أستاذة محاضرة "أ"	جامعة تلمسان

Equipe de recherche			أعضاء المشروع
Nom et prénom اللقب و الاسم	Grade الرتبة	Etablissement de rattachement المؤسسة المستخدمة	Observation الملاحظة
حوالف رحيمة	MC(B)	جامعة تلمسان	
بوشعور رضية	MC(A)	جامعة تلمسان	
مكيوي سمية المولودة لمريني	MC(B)	جامعة تلمسان	
شعابني نفيسة زوجة ستوتي	MC	جامعة تلمسان	
مناد علي	MA(A)	جامعة تلمسان	

الفهرس

1	مقدمة عامة
	الجزء الأول: أساسيات حول إدارة الجودة الشاملة: جزء تمهيدي
7	مقدمة.....
7	أولاً: مفهوم الجودة و تطورها.....
7	1-التعريف بالجودة و مراحل تطورها
7	1-1- مفهوم الجودة
8	1- 2- مراحل تطور إدارة الجودة
8	1-2-1- تفتيش الجودة
8	1-2-2- الرقابة على الجودة
8	1-2-3- ضمان الجودة
9	1-2-4 إدارة الجودة الشاملة
9	ثانياً: الأساس الفكري لإدارة الجودة الشاملة و مفهومها
9	1- الأساس الفكري لإدارة الجودة الشاملة.....
10	2- مفهوم إدارة الجودة الشاملة
11	3- أهداف تطبيق إدارة الجودة الشاملة
12	4- متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة.....
12	1- دعم وتأييد الإدارة العليا.....
12	2- التوجيه بالعميل وتعميق فكرة أن العميل يدير المنظمة
12	3- هيئة مناخ العمل وثقافة المنظمة.....
12	4- قياس أداء الجودة والإنتاجية.....
12	5- الإدارة الفعالة للمورد البشري
12	6- التعليم والتدريب المستمر
13	7- تبني الأنماط القيادية المناسبة لمدخل إدارة الجودة الشاملة
13	8- مشاركة جميع العاملين في الجهود المبذولة للتحسين
13	9- تأسيس نظام معلومات لإدارة الجودة الشاملة.....
15	خاتمة الجزء الأول.....
16	مراجعة الجزء الأول.....
17	الجزء الثاني: إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.....
17	مقدمة.....
18	أولاً: إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية.....

18	1- مفهوم جودة الخدمة.....
19	2- تعريف إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية.....
19	3- أهداف إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية.....
19	4- الحاجة للجودة الشاملة في المنظمات الخدمية.....
20	5- فوائد إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية:.....
20	1- بالنسبة للشؤون الإدارية.....
20	2- بالنسبة للعامل:.....
21	ثانيا: إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية.....
21	1- مفهوم جودة الخدمة الصحية:.....
21	2- عناصر جودة الخدمات الصحية:.....
22	3- التطوير التاريخي لفكر الجودة في الإدارة الصحية :.....
22	4- العوامل المؤثرة على جودة الخدمات الصحية:.....
22	5- مبادئ جودة الأداء في النظام الصحي.....
24	ثالثا: إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات.....
24	1- أسباب تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمة الصحية.....
24	1-1- تطور الأنظمة الصحية.....
25	1-2- مشاكل النظام الصحي.....
25	2- فوائد تطبيق إدارة الجودة في المنظمات الصحية.....
25	1-2- تبسيط الإجراءات.....
25	2-2- تحسين الإجراءات.....
26	2-3- كفاءة التشغيل.....
26	2-4- القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية.....
26	2-5- الحد من تكرار العمليات.....
26	3- أهداف إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات.....
27	1- مزايا تطبيق الجودة الشاملة بالمستشفيات.....
27	2- الجوانب الإنسانية والفنية للجودة الشاملة في المستشفيات.....
27	رابعا: الدراسات السابقة.....
27	1- الدراسات العربية.....
29	2- الدراسات الغربية.....
32	خاتمة الجزء الثاني.....
32	مراجع الجزء الثاني.....

33	الجزء الثالث: إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الجزائرية.....
33	مقدمة.....
35	أولا: تطور المنظومة الصحية الجزائرية.....
35	1- الحقب التاريخية التي عرفها تطور قطاع الصحة بالجزائر.....
35	1-1- حقبة ما بعد الإستقلال 1962.....
35	1-2- قرار مجانية العلاج في 1974 و توابعه.....
36	1-3- حقبة الثمانينات والتسعينات و عواقبها.....
36	حقبة العشرية الأولى للقرن 21.....
37	2- أهمية الخريطة الصحية.....
38	3- تطور النظام الإداري الإستشفائي في الجزائر.....
40	ثانيا: واقع التطور الكمي والنوعي للمستشفيات الجزائرية.....
40	1- واقع البنية التحتية.....
40	1-1- الهياكل الصحية.....
41	أ- المراكز الإستشفائية الجامعية.....
42	ب- المؤسسات الإستشفائية المتخصصة.....
42	ت- المستشفيات العامة.....
42	ث- المؤسسات الإستشفائية الجوارية.....
42	1-2- المعدات و التجهيزات.....
43	2- الوضعية المالية و البشرية.....
43	2-1- النفقات الصحية و تمويل الميزانية.....
45	2-2- الموارد البشرية العاملة في قطاع الصحة.....
46	ثالثا: معوقات النظام الصحي الجزائري.....
46	1- معوقات مرتبطة بقطاع العناية الصحية.....
47	2- معوقات مرتبطة بقلة و سوء توزيع الهياكل الصحية.....
48	3- معوقات مرتبطة ببيئة القطاع الصحي: معوقات مرتبطة بارتفاع معدل الفقر والبطالة و سوء توزيع الدخل.....
49	الخلاصة.....
50	مراجع الجزء الثالث.....
52	الجزء الرابع: الدراسة التطبيقية: إدارة الجودة الشاملة في مستشفى تلمسان.....
52	مقدمة.....
52	أولا: نبذة عن المستشفى الجامعي تلمسان.....
52	1- وصف المستشفى.....

54.....	1- تطور عمل المستشفى.....
54.....	2- الموارد البشرية بالمستشفى.....
55.....	3- دراسة المؤشرات.....
56.....	ثانيا: قياس جودة الخدمة الصحية و أبعادها في مستشفى تلمسان.....
56.....	1- أبعاد الجودة حسب مقياس الفجوة أو مقياس SERVQUAL.....
56.....	2- أبعاد الجودة حسب مقياس Kotler.....
59.....	ثالثا: دراسة تحليلية لقياس جودة الخدمة الصحية في مستشفى تلمسان.....
59.....	1- منهجية البحث الميداني.....
59.....	1- أسلوب البحث.....
60.....	2- أسلوب جمع البيانات.....
60.....	3- مجتمع الدراسة.....
62.....	4- النتائج الإحصائية.....
62.....	1- حسب بعد الاعتمادية:.....
63.....	2- حسب بعد الاستجابة.....
64.....	3- حسب بعد التوكيد.....
66.....	4- حسب بعد التعاطف.....
67.....	5- حسب بعد الملموسية.....
68.....	6- النتائج الإحصائية الإجمالية حسب الأبعاد الخمسة.....
70.....	7- التقييم باستخدام النسب المتوية بالنسبة لكل بعد.....
71.....	2- اختبار الفرضيات: (الدراسة الميدانية للمستشفى الجامعي تلمسان).....
73.....	تحليل نتائج الجدول.....
75.....	خلاصة النتائج.....
76.....	خاتمة.....

مقدمة عامة:

إن التغيرات التي يشهدها العالم كنتيجة للعولمة، لانتشار تقنيات الإعلام و الاتصال، لظهور منظمات علمية مثل منظمات التجارة العالمية و التقييس العالمية ISO ،و التي تشكل في حد ذاتها تحديات عالمية ، فرضت على المؤسسات باختلاف أنواعها ضرورة انتهاج أسلوب علمي من خلال تبني المفاهيم الإدارية الحديثة و التي تعتبر إدارة الجودة الشاملة أهمها . إن التحديات التي تواجه منظمات الأعمال في المجتمع المعاصر تقتزن بالجوانب النوعية على الصعيدين السلعي و الخدمي ، و تستخدم الجودة كسلاح تنافسي رئيسي في هذا الاتجاه، حيث أصبحت هذه الأخيرة الوظيفة الأولى لأية منظمة و فلسفة إدارية تمكنها من البقاء و الاستمرار في ظل المتغيرات البيئية المتتالية و في ظل تزايد طلبات الزبائن للجودة. فالجودة لم تعد ترتبط بالمنتج فحسب بل ببيئته و بكافة وظائف المؤسسة، و من هنا يظهر جليا أهمية الجودة الشاملة كعامل أساسي في تحقيق القدرة التنافسية لمختلف المؤسسات بما فيها الصناعية أو الخدمية. تختلف المؤسسة الخدمية عن المؤسسة الصناعية في عنصر مهم وهو في اعتبار الخدمة نشاط غير ملموس الهدف منه إشباع رغبات و متطلبات العملاء أو الزبون .

و الجودة الشاملة في مفهومها العام تركز على تطوير المنتجات و الخدمات و تحسين الأداء في العمل مما يتطلب تطبيقها التزاما كاملا من جميع الأفراد في المؤسسة السعي لإيجاد بيئة مناسبة يسعى فيها جميع العاملين إلى تحسين الجودة باستمرار من خلال التعرف على احتياجات المجتمع و العمل على إشباعها و رفع كفاءة الأداء و الوصول بالمؤسسة إلى ثقافة تنظيمية تشجع على رفع الكفاءة و التحسين المستمر في جودة المنتجات المقدمة.

إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في كافة المؤسسات و لا سيما الخدمية منها ، تحتاج إلى قيادة واعية و سياسات و استراتيجيات مدعمة بخطط و أهداف و طرق عمل نتيجة لما تواجهه المؤسسات الخدمية من صعوبات أكبر في تطبيق إدارة الجودة الشاملة و التي تتطلب مواصفات محددة بما يجعل العميل يشعر بالخصوصية في تحصيل الخدمة المقدمة له من خلال التصرفات الحسنة أثناء تقديم الخدمة و التي يصعب تقليدها من قبل المنافسين، و عليه يمكن القول أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الخدمية يحتاج إلى تهيئة المناخ المناسب ،الدقة في التنفيذ، التدريب لكافة العاملين في المؤسسة ، مشاركة الجميع في تفعيل دور المؤسسة و الارتقاء بها.

تتم إدارة الجودة الشاملة بمختلف النشاطات الخدمية سواء أكان ذلك في مجال المالية، التعليم، المهن كالمحاماة و المحاسبة أو المجال الصحي.

ففي المجال الصحي ، تقدم كل المؤسسات الصحية نفس الخدمات إلا أنها تختلف في مستوى الجودة المقدمة و مدى الالتزام بمعايير الجودة للمحافظة على الزبائن الحاليين و جذب زبائن جدد من خلال التوجه نحو تقديم خدمات ذات جودة عالية. تعمل المؤسسات الصحية على الاستفادة من تطبيقات إدارة الجودة الشاملة حيث تعتمد على رضا الزبون و ولائه مما يستدعي ضرورة إحداث تغيير في الخدمة الصحية . بقدر ما تكون هذه الخدمة جيدة ينعكس ذلك على صحة الزبون (المريض).

اهتمت الحكومات و لازالت تهتم بالرعاية الصحية لمواطنيها . و توفير الرعاية الصحية ليس كافيا بل يجب أن يكون بمستوى عال من الكفاءة ودرجة كبيرة من الجودة يضمن إتمام تلك الخدمات على أكمل وجه خاصة لخطورتها وارتباطها المباشر بحياة الإنسان وهنا تصبح الجودة ليست ترفيها بل غاية ومقصد يجب تحقيقها لتوفير حياة كريمة للإنسان في كل مكان.

بالمقابل تواجه المنظمات سواء في القطاع العام أو القطاع الخاص موجة من التحديات أهمها المنافسة الحادة ويزيد من حدة هذا التحدي التغير في سلوك المستهلك الذي بدأ ينظر للجودة كمعيار أساسي لاختيار المنتج أو الخدمة بغض النظر عن مصدر تلك الخدمة أو المنتج.

و المستشفيات لم تستثنى من هذا التحدي, فبعد اتساع وتطوير العديد منها, أصبحت إدارتها تواجه منافسة قوية في الداخل وفي الخارج, لذلك فإن مواجهة هذه التحديات والتغلب عليها أمر في غاية الأهمية لتتمكن هذه المستشفيات من البقاء والاستمرار. فبالرغم من أنه لا توجد وصفة إدارية تمكن المستشفيات من مواجهة هذه التحديات والتغلب عليها إلى حد كبير. إلا أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يمكن المستشفيات من التميز.

إن المشاكل التي تعاني منها المستشفيات تعود بالدرجة الأولى إلى إتباع النظام التقليدي السائد في الإدارة و أمام التغيرات الدولية و التطورات التكنولوجية و الإدارية أصبح من الحتمي و الضروري تغيير هذا المنهج بإتباع الأساليب العلمية الإدارية المتطورة بهدف القضاء على المشاكل و تحسين جودة الخدمات الصحية . إن كيفية التغلب على المشكلات و الأزمت بالآدوات العلمية تجنبنا الوقوع في السلبيات و لا يتأتى ذلك إلا من خلال استخدام تقنيات إدارية مبنية على التنظيم والتخطيط. إن المستشفيات اليوم بحاجة إلى إدارة تمكنها من مواكبة التغيرات و التكيف مع المستجدات بالموضوعية العلمية المطلوبة، و لقد ركزت منظمة الصحة العالمية و منظمات دولية متخصصة على أهمية تطبيق الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات كالمهندرة (إعادة الهندسة) و إدارة الجودة الشاملة كعلم متطور و كممارسة مهنية بات لها أهميتها البالغة في الإدارة الحديثة للمستشفيات من أجل تحسين أداء الخدمة الصحية.

إن تطبيقات الجودة في العمل الصحي يجب أن تتفق مع خطة القطاع الصحي باعتبار أن ضمان الجودة يمثل أسلوباً ومنهجاً سليماً للارتقاء بالخدمات الصحية ورصدها وتقييمها على أساس علمي وفي حدود الموارد المتاحة. إن الاهتمام بإدارة الجودة دفع بالكثير من المؤسسات في مختلف القطاعات, بما فيها القطاع الصحي, بتخصيص مصلحة خاصة بها. كما أعطت أهمية لمفاهيم تحسين الجودة واعتنت بالبرامج التعليمية والتدريبية للعاملين باعتبار أن الهدف الأساسي من تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفى هو تحسين الخدمة المقدمة للمرضى وكسب رضاهم في نفس الوقت. تعرف عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات عموماً و الجزائية خصوصاً معوقات و عراقيل كثيرة ، و ذلك بسبب جهل و عدم معرفة للأساليب الإدارية الحديثة من قبل المتخصصين في المجال . و من هنا جاءت إشكالية البحث كما يلي:

ما هو واقع إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات الجزائرية عموماً و مستشفى تلمسان خصوصاً ؟

للإجابة على الإشكالية تم طرح التساؤلات التالية:

- ما المقصود بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية؟ ما هي أهدافها؟ و ما هي فوائدها؟
- ما المقصود بالجودة الصحية؟ ما هي عناصرها؟ العوامل المؤثرة فيها؟
- ما المقصود بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية؟
- ما هي المزايا المتوقعة من تطبيقها؟ و ما هي مجالات تطبيقها؟
- ما هو واقع المستشفيات الجزائرية؟ وما هو واقع الجودة بها؟
- ما هو رأي مقدمي الخدمات و مستقبلها هذه الخدمات حول إدارة الجودة بمستشفى تلمسان؟

الفرضيات:

- تعتبر إدارة الجودة الشاملة من المفاهيم الإدارية الحديثة التي تسعى إدارة المستشفى لتطبيقها.
- ينتهج المستشفى الجامعي لتلمسان الطرق التقليدية في الإدارة.
- تحتاج الخدمة الصحية في المستشفى الجامعي بتلمسان إلى تحسين في الجودة بما يلائم تطلعات و رغبات و رضا المريض.
- أداء مقدمي الخدمة بمستشفى تلمسان يحتاج إلى مساهمة إدارة الجودة الشاملة من أجل رفعه.

أهداف البحث:

يسعى المشروع إلى تحقيق مجموعة من الأهداف العلمية و التطبيقية و التي نوجزها فيما يلي:

الأهداف العلمية

- يندرج البحث في نطاق الدراسات المتعلقة بموضوع الإدارة الحديثة، و قد يساهم في تدعيم الأساس الفكري في نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

- إبراز فوائد الجوانب التطبيقية لإدارة الجودة الشاملة و هذا من خلال تجارب تطبيقية مسبقة .

- التعرف على العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى التحسين و التطوير المستمر لأداء المنظمات بصفة عامة و المنظمات الصحية بصفة خاصة.

الأهداف التطبيقية

- تكوين فكرة عن واقع الجودة الشاملة في المستشفى محل الدراسة.
- التعرف أكثر على العوامل المؤثرة على جودة الخدمات المقدمة من طرف المستشفى محل الدراسة و مدى تأثيرها على رضا المريض.
- التعرف على المشاكل و الممارسات التي تعمل على رفع مستوى فعالية المستشفى محل الدراسة أو التي تعمل على انخفاضها.
- المساهمة في رفع مستوى أداء مقدمي الخدمات الصحية بما يحقق رضا المستفيدين منها.
- البحث عن فرص لتطبيق إدارة الجودة الشاملة بغرض تحقيق مجموعة من الأبعاد:
- تحفيز كل الطاقات البشرية بخلق فرق للتحسين.
- الاستغلال العقلاني لوسائل العمل المتوفرة و التحكم الجيد في طرق العمل.
- تنظيم العلاقات بين مختلف الأقسام و الوظائف و هذا يجعل الجودة محور اهتمام كل فرد و كل مجموعة من مجموعات العمل.
- تقديم خدمات متميزة لمستهلك الخدمة الصحية حيث تلقى قبولا و استحسانا لديه.

أهمية البحث:

يأتي هذا البحث في زمن يتسم بالانفجار المعرفي و الصراعات الفكرية و الانتشار الواسع لمفاهيم إدارة الجودة الشاملة خاصة في السنوات الأخيرة، في أوساط المفكرين حول الحاجة إلى البحث عن التميز في كل شيء مع الحفاظ على الكيف و النوع و السرعة في تحقيق الجودة الشاملة في مجال الخدمات ومنها الخدمة الصحية.

من الناحية العلمية، تنبع أهمية البحث من خلال محاولته سد الفراغ الموجود في الأدبيات العربية من خلال التوصل إلى إطار فكري متكامل يوضح أهمية إدارة الجودة الشاملة كأسلوب لتحسين نظام الخدمة الصحية.

من ناحية أخرى يتزامن البحث مع مجهودات الدولة في تطوير جودة الخدمات الصحية من خلال مجموعة الإصلاحات التي تبنتها في النظام الصحي.

منهج البحث :

اعتمد الباحثون على المنهج الوصفي والتحليلي في معالجة موضوع إدارة الجودة الشاملة. وقد تم اعتماد المنهج الوصفي لأنه يعبر عن الظاهرة المدروسة تعبيراً كمياً و كيفياً ' و هو لا يقف عند جمع المعلومات - فحسب - لوصف الظاهرة، و إنما يعمل على تحليل الظاهرة و كشف العلاقات بين أبعادها المختلفة من أجل تفسيرها و الوصول إلى استنتاجات عامة تساهم في تحقيق الواقع و تطويره.

وقد اعتمد الباحثون في هذه الدراسة، باعتبارها استكشافية، في أول مرحلة، على استخدام مدخلين من مدخل المنهج الوصفي وهما:

-مدخل الدراسة الوثائقية من خلال المراجعة الببليوغرافية بما يسمح لنا بتوفير خلفية نظرية عن البحث.

- مدخل دراسة الحالة من خلال الإطلاع المباشر على المستشفى محل الدراسة و من خلال جمع البيانات بما يسمح لنا بالإجابة على الإشكالية المطروحة وز التحقق من صحة الفرضيات او من عدمها عن طريق استبيان وجه لأفراد عينة البحث المتمثلة في عمال المستشفى (من إداريين, أطباء و ممرضين) والمرضى باعتبارهم عملاء المستشفى و هذا من منظور إدارة الجودة الشاملة التي تهتم بنوعين من الزبائن (زبائن داخلين, العمال بصفة عامة) و زبائن خارجيين (المرضى عموماً), ثم القيام بتحليل النتائج والتعليق عليها.

حدود البحث:

المجال المكاني:

اقتصر البحث على المستشفى الجامعي لتلمسان. كما اقتصر البحث في محاولة الإجابة على الفرضية المتعلقة ب أداء مقدمي الخدمة بمستشفى تلمسان يحتاج إلى مساهمة إدارة الجودة الشاملة من أجل رفعه على 5 مصالح و هي مصلحة الأمراض القلبية, مصلحة الاستعجالات, الجراحة العامة"ب" , مصلحة الإنعاش, الاستعجالات, و تقويم العظام من بين 26 مصلحة التي يشتمل عليها المستشفى و هذا راجع إلى صعوبة فهم الموضوع من طرف الأغلبية و عدم وجود أطراف مهتمة بما يتيح لنا إتمام عملنا على الصورة التي كنا قد رسمناها.

المجال الموضوعي:

اقتصر البحث في البداية على سلوك الطبيب و سلوك المريض اتجاه الخدمة الصحية. ثم تعداه إلى معرفة تأثير جودة الخدمة على رضا المريض من خلال استخدام 5 أبعاد (الاعتمادية, الاستجابة, التوكيد, الثقة و الملموسية). بما أن إدارة الجودة الشاملة يتركز تسييرها على العديد من المبادئ و القواعد و المتمثلة في: التركيز على العميل -التحسين المستمر- القرارات المبنية على الحقائق والمعلومات الصحيحة و الدقيقة- التركيز على إدارة الموارد البشرية- الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها- فإن بحثنا اقتصر على ما ذكر من أجل التعرف على واقع إدارة الجودة في المستشفى في طابع استكشافي عبر استقصاء سلوك الطبيب وسلوك المريض اتجاه الخدمة الصحية و كيفية تأثير جودة الخدمة على رضا المريض. إن إدارة الجودة الشاملة فلسفة إدارية قائمة بذاتها و من الصعب تطبيق كل مبادئها دفعة واحدة إذ يحتاج الأمر أولاً تفقه معنى هذه الفلسفة خصوصاً في مكان (المستشفى) بدا لنا أنه لا زال يعتمد في تطبيقاته على الإدارة التقليدية, الأمر الذي لم يمكننا من تحقيق الهدف التطبيقي الثاني و هو تكوين فريق عمل للتنفيذ. و عليه توقف الهدف التطبيقي عند العنصر الأول و هو تكوين فكرة عن واقع الجودة الشاملة في المستشفى محل الدراسة.

تنظيم البحث:

للإجابة على الإشكالية المطروحة تم تنظيم العمل وفقاً لثلاثة فصول . الفصل الأول تضمن إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية. أما الفصل الثاني تم الاهتمام فيه بالمنظومة الصحية في و منه الإطلاع على واقع المستشفيات الجزائرية . أما فيما يتعلق بالفصل الثالث فهو عبارة عن دراسة تطبيقية تمت على مستوى مستشفى تلمسان للتعرف على واقع إدارة الجودة الشاملة به.

الجزء الأول: أساسيات

حول إدارة الجودة

الشاملة:

جزء تهيدي

مقدمة:

لقد مر الفكر التنظيمي والإداري بمحطات مختلفة وأصبح لكل مدرسة نظرياتها وأفكارها التي أملت عليها الظروف الاقتصادية والاجتماعية والبيئية، و قد صيغت هذه الأفكار في شكل مبادئ تفسر سلوك الإدارة في المؤسسة لتحقيق مجموعة من الأغراض هي: - تنفيذ الأهداف - تبرير العلاقة بين الإدارة وعناصر الإنتاج - تبيين العلاقة التي تتركز عليها عملية اتخاذ القرار. إن النظريات الإدارية التي شكلت مرحلة مهمة من مراحل تطور الفكر الإداري كانت تهدف دائما إلى توضيح طريقة عمل المؤسسة مع التركيز على جانب واحد فيها مثلا: سبب وجودها، شروط استمرارها، توزيع النشاطات...على حساب أسلوب شامل للإدارة الذي يعتبر نسبيا صعب المنال لأن الظاهرة المدروسة أي إدارة المؤسسة تبقى جد معقدة. إن البحث عن نظرية متكاملة لم يتوقف و استمرت الأفكار في البحث عما من شأنه أن يوضح و يشرح ما يسمى بالغابة الإدارية management jungle من أجل الوصول إلى نظرية متكاملة للإدارة. إن ما كانت تبحث عنه الأفكار السابقة موجود فيما تصبو إليه المنظمة أساسا و هو البحث عن الجودة من أجل ضمان وجودها و استمراريتها . هذه الجودة التي فجرت ثورة عارمة في الأسلوب الإداري أطلق عليه أسلوب إدارة الجودة الشاملة في المنظمة باعتباره أسلوب بديل و حل يتماشى مع التغيير و التطوير الذي فرضته العولمة . و من هنا ارتأينا قبل التطرق إلى إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات معالجة هذه الفكرة في الجزء النظري أي فكرة إدارة الجودة الشاملة من صياغة شاملة أي التطرق إلى مختلف التعاريف باختلاف وجهات النظر , إلى الخصائص , الأهمية, الأهداف , بمعنى آخر تم تناول عموميات حول موضوع إدارة الجودة الشاملة كأسلوب للتغيير و هذا بالاعتماد على مجموعة من المراجع و المصادر . وكون أن مفهوم إدارة الجودة الشاملة يعتبر من المفاهيم الإدارية الحديثة التي تهدف إلى تحسين الأداء بصفة مستمرة من خلال الاستجابة لمتطلبات العميل. عمدنا في البداية إلى تعريف بالجودة و بمراحل تطورها ثم التطرق إلى الأساس الفكري لإدارة الجودة الشاملة.

أولا: مفهوم الجودة و تطورها

1- التعريف بالجودة و مراحل تطورها

1-1- مفهوم الجودة :

عرف مفهوم "جودة/Qualité" منذ العصور القديمة، و هو مشتق من الكلمة اللاتينية "Qualitas" والتي تعني "طبيعة (شيء ما)" (KAMISKE.G.F & BRAUER.J-P, 1994).

كثيرا ما تعرف كلمة جودة على أنّها مطابقة الخصائص الفنية للمنتج للمواصفات ، فمثلا:

يرى (GILMORE.H.L 1974) أنّ الجودة "هي درجة مطابقة منتج معين لتصميمه أو مواصفاته" .

يرى FEIGENBAUM.AV أنّ الجودة هي "مجموعة خصائص المنتج التي ترضي توقعات الزبون، سواء كانت هذه التوقعات صريحة أو ضمنية، موضوعية أو شخصية، واعية أو غير واعية" (NEUVILLE.J.P,1996) . يعرف (CROSBY.P.B , 1986) الجودة على أنّها "المطابقة للمتطلبات" و يعرف (JABLONSKI.J 1996) الجودة : "هي عبارة عن الخصائص الخاصة بالمنتج أو الخدمة، التي يدفع الزبون نقوده مقابل الحصول عليها ؛ وبناء على مفهوم التركيز على الزبون يمكن أن تشمل الجودة على التشطيب النهائي، أو وقت التسليم أو الحجم والتكلفة، درجة الاعتماد على المنتج أو أي عوامل أخرى". كما يرى (SCHMIDT.W.H & FINNINGAN.J.P ,1997) " أنّ الجودة هي الوفاء بمتطلبات الزبون". و يرى HRONEC.SM " أنّ كلمة جودة لها معنى مختلف حسب الأشخاص. وأخيرا يمكننا إضافة تعريف المنظمة الدولية للتقييس ISO 2000 "الجودة هي قدرة الخصائص الجوهرية على إرضاء المتطلبات".

1-2-1 - مراحل تطور إدارة الجودة :

1-2-1-1 - تفتيش الجودة :

في بداية القرن العشرين، فإنّ متابعة الجودة في الصناعة، ارتكز بالأساس على أنشطة التفتيش. وخلال هذه الفترة، أعطت الإدارة أهمية بالغة للجانب الكمي (المردود، الإنتاجية...). في هذا النظام، فإنّ نشاط التفتيش يتمثل في المتابعة، بهدف الاكتشاف البصري لعيوب المنتج، بالارتكاز على المواصفات الموضوعية داخل المؤسسة ، حيث يتم عزل المنتجات الجيدة أو المطابقة عن المنتجات المعيبة، ثم يتم فرز من بين القطع المعيبة ما يتم التخلّص منه وما يعاد إصلاحه .

1-2-2-1 - الرقابة على الجودة :

إنّ استعمال الأساليب الإحصائية في متابعة عمليات الإنتاج، سمح بتجاوز المرحلة الأولية المتمثلة في تفتيش الجودة إلى الرقابة على الجودة في سنوات (1930-1950) ، والتي تهدف أساسا للتأكد أن أنشطة التصنيع تحت التحكم والسيطرة، ممّا يؤدي إلى إنتاج منتجات أكثر تماثلا في خصائصها.

تمّ تطوير الأساليب الإحصائية للرقابة على الجودة من خلال استخدام أساليب إحصائية كخرائط الرقابة، التي استحدثت وطبقت للرقابة على جودة الإنتاج، بحيث يمكن أخذ عينات عشوائية لظاهرة معينة وتوثيقها في شكل بياني، وتساعد هذه الطريقة في مراقبة العملية الإنتاجية وتحديد النقاط التي خرجت عن الحدود المتفق عليها وبالتالي اتخاذ الإجراءات التصحيحية لإزالة هذه الانحرافات (DEMING.W.E , 1996).

لقد أعطت الحرب العالمية الثانية والإنتاج الكبير للأسلحة، دفعة كبيرة للرقابة على الجودة ، وقام مختصون أمريكيون أمثال : ROMIG.U،DODGE.H.F بتطوير العديد من الأساليب الإحصائية (جداول المعاينة)، وظهرت الجداول الحربية MIL-STD 105 لإعداد خطط المعاينة.

بعد الحرب العالمية الثانية ، اتسعت ممارسة الرقابة على الجودة تدريجيا لدول أخرى، وظهر مهندسو الجودة (Ingénieurs qualitiens) المدربين على الأساليب الإحصائية.

1-2-3-1 - ضمان الجودة :

ساهمت عدّة تطوّرات في الانتقال التدريجي - في سنوات 1950 و1960- من مرحلة الرقابة على الجودة إلى مرحلة ضمان الجودة ؛ نظرا لازدياد التعقّد الفتي للمنتجات، والاهتمام باعتمادية المنتجات (Fiabilité) ، و التوسّع العام في الأسواق،

فإنّ المؤسسة الصناعية اهتمت بضرورة إقامة الثقة مع مستعملي منتجاتها، فلم يعد بإمكان هؤلاء المستعملين التأكد مباشرة من جودة المنتجات عندما يقبلون على شرائها، وبالتالي كان يجب على المؤسسة ضمان أنّ المنتج يكون به أقل مستوى من العيوب. إنّ ظهور ضمان الجودة أدى إلى تطبيق العديد من الإجراءات الوقائية، في شكل إجراءات التحكم في الجودة على مختلف مستويات عملية الإنتاج.

وتعرّف الجمعية الفرنسية للتقييس (AFNOR) في مواصفاتها القياسية NFX 50 و NFX 50 109 هذا المفهوم: "ضمان الجودة هي تطبيق مجموعة من الإجراءات المعدّة مسبقاً والمنظمة بهدف إعطاء الثقة في الحصول على الجودة المطلوبة" (VANDEVILLE.P, 1985).

ويمكن وصف ضمان الجودة بأنّها ذات طابع وقائي، تهتم بوضع تأكيدات على المنتج، وتصميم العمليات الإنتاجية ومراقبتها، وذلك بالتركيز على مصادر الأنشطة، والتأكد في مختلف مراحل عملية الإنتاج أنّ الأنشطة تم إنجازها بصفة صحيحة لحصول في النهاية على منتج به أقل مستوى من العيوب.

1-2-4 إدارة الجودة الشاملة :

شهدت فترة 1970-1980 الانتقال التدريجي من ضمان الجودة، إلى إدارة الجودة الشاملة كنظام جديد للإدارة، أين أصبحت الجودة قضية ومسؤولية الجميع داخل المؤسسة.

استمت هذه الفترة بتحوّلات عميقة في البيئة السوسيو-اقتصادية للمؤسسة الصناعية؛ بعد الحرب العالمية الثانية، كان العالم في حاجة ملحة لإعادة البناء بسبب الدمار الناتج عن الحرب، فكان من الطبيعي التركيز على الإنتاج لإشباع الأسواق التي كانت تبدو لا نهائية، لكن الارتفاع المفاجئ لتكلفة الطاقة (الأزمة البترولية سنة 1974)، و اكتساح بعض المنتجات اليابانية للأسواق العالمية بفضل جودتها العالية وأسعارها الجذبة تنافسية، و عولمة المبادلات، أدى إلى ازدياد واشتداد الضغوط التنافسية، وأجبر المؤسسات على الاهتمام بتعزيز قدراتها التنافسية، ونقل التركيز على الجودة. إنّ وفرة المنتجات وتعقدها المتزايد بفعل التطور التكنولوجي، وتطور جمعيات المستهلكين وتطور وسائل الاتصال، أعطى المستهلكين مكانة متميّزة وجعلهم أكثر تطلّبا، وطالب هؤلاء ليس فقط بمنتجات ذات أداء مرتفع ولكن أيضا بمنتجات آمنة وغير مضرّة بالبيئة، وساهم ذلك في اقتناع المؤسسات أنّهم هم الذين يضمنون تطوّر و بقاء المؤسسة.

وعلى المستوى الداخلي للمؤسسة، فإنّ ارتفاع المستوى المتوسط للتعليم أدى إلى التوفر على يد عاملة مؤهلة و تحسن مستوى المعيشة، وأصبح من الصعب ربط سلوكهم بصفة ميكانيكية مع الأجر المادي، وأصبح من الواضح كذلك أنّ الأفراد لهم اهتمامات أخرى تتعدى الأجر الذي يحصلون عليه (CHEVALIER.F, 1991)، وأظهر تطبيق حلقات الجودة حقيقة أنّ الأفراد لديهم قدرات خلاقة و أفكارا جيّدة، وأنّ في استطاعتهم التعرف على المشكلات التي قد تخفى عن الإدارة وحلّها، وهذا ما أدى إلى ضرورة تغيير أسلوب معاملة الأفراد، وإعطاء المزيد من الانتباه و الاهتمام لحاجات ومشاعر الأفراد (SILLINCE.J.A, SYKES.G & SINGH.D, 1996).

بصفة عامة، أصبح إرضاء الزبائن عاملا استراتيجيا للمؤسسة، فانطلاقا من فكرة أنّ الجودة من المنظور الواسع، والتي تشمل الأبعاد الفنية، الاقتصادية، التجارية والبشرية، فإنّ المؤسسات اعتبرتها كعامل أساسي لتعزيز القدرة التنافسية، حيث أنّ كل العوامل المتألفة الذكر ساهمت تدريجيا في اقتناع المؤسسات بمفهوم إدارة الجودة الشاملة واعتباره أسلوبا إداريا حديثا للنجاح.

ثانيا: الأساس الفكري لإدارة الجودة الشاملة و مفهومها :

1- الأساس الفكري لإدارة الجودة الشاملة

إنّ نظام إدارة الجودة الشاملة هو نتاج مزج إسهامات الكتّاب الخبراء : JURAN.J.M, DEMING.W.E ، و CROSBY.P.B، وهم أمريكيون، والياباني ISHIKAWA.K ؛ حيث يعد هؤلاء بمثابة المؤسسين لهذا النظام الإداري الحديث (DAVIS, D & FISCHER, T. J, 2001) .

- بالرغم من أن مقاربات رواد الجودة ليست كلياً نفسها، فمع ذلك تتقاسم بعض النقاط المشتركة و التي نلخصها فيما يلي :
- من مسؤوليات الإدارة تقديم الالتزام ، القيادة ، التمكين و الدعم اللازم و تشجيع الأفراد على المشاركة في تحسين الجودة ، و بناء ثقافة الجودة عن طريق تغيير الادراكات و المواقف تجاه الجودة ، حيث أن الإدارة العليا هي التي تنشأ الأنظمة التنظيمية ، فعمليات تحسين الجودة يجب أن تبدأ مع التزام الإدارة العليا بإدارة الجودة الشاملة .
- يفترض رواد الجودة أن الأفراد بطبيعتهم يهتمون بجودة العمل الذي يقومون به ، و يأخذون مبادرات لتحسينه ، و ذلك إذا ما تم توفير لهم الأدوات و التدريب المطلوب لتحسين الجودة ، و أن تولي الإدارة اهتماماً لأفكارهم، و لذا يبحثون على:
 - التركيز على أهمية تعليم و تدريب الأفراد في تغيير معتقدات، سلوك و مواقف الأفراد للرفع من قدراتهم على القيام بالمهام الموكلة لهم.
 - تشجيع العمل الجماعي .
 - تقدير الأفراد و مكافأتهم على جهود تحسين الجودة .
- التركيز على التحكم و تحسين نظام الجودة و الوقاية من عيوب المنتج بدلا من التفتيش بعد الإنتاج ، حيث أن تكاليف اللاجودة هي أكثر بكثير من تكاليف تطوير منتجات و خدمات ذات جودة .
- الجودة نشاط منظم من المورد إلى الزبون ، حيث أن كل الأنشطة الوظيفية كالتسويق ، التصميم ، الهندسة ، التموين ، التصنيع ، النقل ، المحاسبة ، التركيب و الخدمة يجب أن تندمج في نشاطات تحسين الجودة ، حيث أن المؤسسات هي أنظمة متكونة من أجزاء مترابطة و أن المشكل الذي يواجهونه هو الحواجز الوظيفية التقليدية ، حيث يشير رواد الجودة إلى أن المشاكل الوظيفية البينية يجب أن تعالج جماعياً من خلال ممثلين عن كل الوظائف .
- يؤكد رواد الجودة على أن رضا الزبون أساسي لبقاء و نجاح المؤسسة ، و عليه يحث رواد الجودة على ضرورة توجه المؤسسة بالزبون.
- يشير رواد الجودة إلى اعتبار تحسين الجودة كعملية مستمرة دون نهاية .

2- مفهوم إدارة الجودة الشاملة

يعتبر مفهوم إدارة الجودة الشاملة واحداً من المفاهيم الإدارية الحديثة الأكثر شيوعاً ، و على الرغم من وجود محاولات عديدة لتعريف مفهوم إدارة الجودة الشاملة ، ومع ذلك لا نجد تعريفاً متفقاً عليه حتى الآن، زيادة عن ذلك فلقد قدمت تعاريف كثيرة و متنوعة لمفهوم إدارة الجودة الشاملة ، وهذا ما أدى إلى غموض و خلط في المفهوم، حيث يصف ذلك (WATSON.J.G & KORUDONDA.A.R , 1995) بـ "غابة إدارة الجودة الشاملة TQM jungle" .

وفيما يلي، سنستعرض أهم تلك التعريفات للوقوف منها على مفهوم إدارة الجودة الشاملة :

- يعرف (JABLONSKI.J , 1996) إدارة الجودة الشاملة بأنها : "شكل تعاوني لإنجاز الأعمال، يعتمد على القدرات والمواهب الخاصة بكلّ من الإدارة والأفراد لتحسين الإنتاجية والجودة بشكل مستمر عن طريق فرق العمل".
- تعرف المنظمة الدولية للتقييس (ISO 8402 , 1994) إدارة الجودة الشاملة على أنّها "أسلوب لإدارة المؤسسة، يركّز على الجودة، ويعتمد على مشاركة جميع الأفراد بها، بهدف النجاح في المدى الطويل، من خلال إرضاء الزبائن، وتحقيق مزايا لجميع الأفراد في المؤسسة وللمجتمع".

- يعرف (1995, COLE.R.E) إدارة الجودة الشاملة بأنها : "نظام إداري يجعل رضا الزبون على رأس قائمة الأولويات، بدلا من التركيز على الأرباح ذات المدى القصير، إذ أنّ هذا الاتجاه يحقق أرباحا على المدى الطويل أكثر ثباتا واستقرارا بالمقارنة مع المدى الزمني القصير".
- يعرف (المعهد الفيدرالي الأمريكي للجودة، 1991) إدارة الجودة الشاملة بأنها "نظام إداري استراتيجي متكامل يسعى لتحقيق رضا الزبائن، إنّ تطبيق هذه الفلسفة الإدارية يستدعي مشاركة جميع المديرين والأفراد العاملين، ويقوم باستخدام الطرق الكمية لتحسين عمليات المنظمة بشكل مستمر".

استنادا إلى التعاريف المقدّمة لمفهوم إدارة الجودة الشاملة، يمكننا استخلاص الأفكار التالية :

- أنّ مفهوم إدارة الجودة الشاملة مفهوم واسع يشمل المؤسسة بكاملها ، ولا يخص مصلحة معينة، يأخذ بجميع حاجات وتطلعات الزبائن (التكاليف، الأزمنة، الأداء، الجودة بالمفهوم الضيق) و أنّ كل وظيفة توجّه وسائلها الخاصة المادية والبشرية نحو تحسين الجودة، وذلك بتوجيه مواردها نحو التحسين والتطوير، الوقاية من المشاكل بدلا من اللجوء إلى التصحيح والعلاج. كما أنّ كل فرد يصبح مسؤولا عن جودة العمل الذي ينجزه و/ أو المجموعة التي ينتمي إليها، فالجودة قضية الجميع.
- تتركز إدارة الجودة الشاملة على بعض المبادئ الأساسية و التي تتمثل في - التركيز على الزبون - العمل الجماعي - التحسين المستمر
- هناك اتجاهين في تعريف مفهوم إدارة الجودة الشاملة :

✓ يتمحور الاتجاه الأوّل لتعريف مفهوم إدارة الجودة الشاملة حول فكرة الزبون، وإرضاء حاجاته و تطلعاته ، وهذا ما يبرز خاصة في تعريف COLE.R.E، وتعريف AFCEQ و ISO

✓ تركز الطريقة الثانية في تعريف إدارة الجودة الشاملة على المزايا أو النتائج النهائية، فإدارة الجودة الشاملة يتم تطبيقها للحصول على نتائج معينة، على سبيل المثال: رفع الإنتاجية، الوقاية من المشاكل... وهذا ما يبرز في تعريف

JABLONSKI.J و CROSBY.P.B .

على ضوء ما سبق، يمكن تعريف إدارة الجودة الشاملة كما يلي :

"إدارة الجودة الشاملة هي أسلوب إداري حديث، يركز على إرضاء الزبائن ، ويعتمد على مشاركة كل أفراد المؤسسة في التحسين المستمر للعمليات والمنتجات والخدمات باستخدام الأدوات العلمية بهدف النجاح في المدى الطويل".

3- أهداف تطبيق إدارة الجودة الشاملة

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

هذا الهدف الرئيسي يشمل ثلاث فوائد رئيسية مهمة وهي :

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

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

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

- خلق بيئة تدعم وتحافظ على التطوير المستمر مع إشراك جميع العاملين في التطوير .
- متابعة وتطوير أدوات قياس أداء العمليات.
- إيجاد ثقافة تركز بقوة على العملاء .
- تحسين نوعية المخرجات
- زيادة الكفاءة بزيادة التعاون بين الإدارات وتشجيع العمل الجماعي .
- تحسين الربحية والإنتاجية .
- تعليم الإدارة والعاملين كيفية تحديد وترتيب وتحليل المشاكل وتجزئتها إلى أصغر حتى يمكن السيطرة عليها.
- تدريب الموظفين على أسلوب تطوير العمليات و تقليل المهام عديمة الفائدة زمن العمل المتكرر.
- زيادة القدرة على جذب العملاء والإقلال من شكاويهم وتحسين الثقة وأداء العمل للعاملين.
- التحكم في إدارة الضغوط و الصراعات داخل المنظمة.
- محاربة انعدام إدارة الجودة الشاملة والذي يتلخص في التنسيق الأفقي السيئ بين المصالح

4- متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة

تتضمن عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة (عبد السميع حسنين - 2003) متطلبات تتمحور فيما يلي (حوالف رحيمة - جوان - 2011):

1- دعم وتأيد الإدارة العليا

من الضروري اقتناع الإدارة أولاً و قبل كل شيء بضرورة تطبيق منهجية إدارة الجودة الشاملة (محفوظ أحمد جودة - 2005) ، و يمثل دعم وتأيد الإدارة العليا أهم ضمان الذي يعمل على مساندة الكوادر في اتخاذ القرارات اليومية الداعمة (سامية جلال سعد - 2006) للتطبيق الناجح لإدارة الجودة الشاملة ، على أن يكون هذا الدعم والتأيد نابغاً من اقتناعها وإيمانها بضرورة التحسين المستمر ، وانطلاقاً من أن الإدارة العليا هي الجهة المنوط بها اتخاذ قرار تطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة باعتباره قراراً استراتيجياً ، فإن ذلك يستلزم وجود رؤية ، رسالة ، أهداف ، واستراتيجيات محددة ومنشورة لجميع المستويات الإدارية ، كما يعبر أيضاً عن هذا الدعم والتأيد بالالتزام بالخطط والبرامج ، وتوفير الموارد المالية والبشرية اللازمة لتطبيق المدخل ، هذا فضلاً عن ضرورة تحديد السلطات والمسئوليات، وكفاءة التنسيق ، تلك هي صور التعبير عن تأيد ودعم الإدارة العليا والتي تملك إنشاء البنية التحتية الإدارية لإحداث التغيير. أما عوامل النجاح على المدى الطويل يشترط توفر ضمان دعم القيادة العليا في المؤسسة قبل البدء بمشروع التطوير كما يجب على القيادة العليا أن تقود سياسة التغيير عن طريق تطبيق ثقافة جديدة واضحة للعمل لمناصرة التطوير.و الذي يتطلب القدرة على بناء تصميم هيكلي بطريقة نظامية ، ضمان التزام ودعم الأفراد للمشروع باعتبارهم عاملاً مهماً للنجاح ، تحويل مسار الإدارات المتقدمة في المستشفى لخدمة استراتيجيات المستشفى ،تحديد الغايات والأهداف الإجرائية.،تنسيق التغيير في اتجاهات الموظفين في بيئة العمل بما يتماشى بمعايير الجودة، إيجاد أسلوب جديد وواضح للاتصال مع القيادة العليا لمراجعة التطوير. و يمكن التعبير عن التزام الإدارة العليا بإدارة الجودة الشاملة بالمعادلة التالية :

الالتزام = الدعم + المشاركة.

2- التوجيه بالعميل وتعميق فكرة أن العميل يدير المنظمة

إن المفهوم التقليدي للزبون أو العميل يقتصر على الأفراد من خارج المنظمة ، و الذي لا يتفق ومفهوم العميل وفق نظام إدارة الجودة الشاملة و الذي يشتمل على نوعين من العملاء (حوالمف رحيمه - أبريل - 2011) ، العملاء الخارجيين و الداخليين فالنوع الأول هم الأفراد أو الجهات التي تستفيد أو تتأثر بالخدمة الناتج عن نشاط المستشفى أما الصنف الثاني هم أولئك الأفراد الذين ينتمون داخليا إلى المنظمة و يتأثرون بالأنشطة و القرارات و المنتجات و الخدمات التي تقدمها المنظمة الصحية (مصطفى محمد أبو بكر - 1996) من أطباء وممرضين و تقنيين و إداريين.

و انطلاقا من أن العميل هو محور كل المجهودات في إدارة الجودة الشاملة ، فإن التوجه به يمثل أحد أهم متطلبات تطبيق هذا المدخل ، وهذا ما يستدعى اتخاذ كافة التدابير التي تمكن من تقييم مستوى رضاه هذا العميل الذي يعمل على تقليص مستوى الضغوطات و الصراعات داخل المستشفى ، كما أن الاتصال مع العملاء في الوقت المناسب يعد أحد الطرق الفعالة في إدارة التوقعات (هاني أحمد الضمور - 2005) ، و سبيل الإدارة في ذلك هو إنشاء نظام فرعي ضمن النظام الكلي للمعلومات يخصص للعميل من حيث تجميع ، تحليل حاجاته و توقعاته والتغيرات التي تحدث فيها والعمل على ترجمة هذه الحاجات في شكل خدمات تلبي حاجاته ، إضافة إلى أهمية تنمية العلاقات الإنسانية بالعميل.

3- هيئة مناخ العمل وثقافة المنظمة

لقد ظهرت نظرية الثقافة التنظيمية في بداية الثمانينات من القرن الماضي بعد أن تزايد دورها في التأثير على سلوك العاملين في مواقع العمل (ماجد العطية - 2003) ، و فحوى هذه النظرية أن لكل منظمة ثقافتها الخاصة، وتتكون من القيم والمبادئ والافتراضات الأساسية التي يكوها الأفراد داخل منظماتهم وبيئاتهم، والتي تدفع بسلوكيات معينة . ويرى نلسون وكويك أن الثقافة التنظيمية ، التي يعتنقها الأفراد في المنظمات لها تأثيراً قوياً ومباشراً على سلوكهم وأدائهم لأعمالهم وعلاقاتهم برؤسائهم ومرؤوسيتهم وزملائهم والمتعاملون معهم وتعكس هذه القيم والمعتقدات درجة التماسك والتكامل بين أعضاء المنظمة كأنها نظام رقابة داخلي يدق الأجراس عندما يخرج السلوك عن الحدود التي رسمت له و الإدارة متورطة في ظهور مثل هذه الأنواع من السلوكيات السيئة ومن ثم فإن هذه القيم تعبر عن قدرة المنظمة على إيجاد قيم أساسية يمكن أن تتحرك حولها كل الجهود وعلى جميع المستويات في المنظمة.

4- قياس أداء الجودة والإنتاجية

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

5- الإدارة الفعالة للمورد البشري

لم تعد قضية تحديد مفهوم الإدارة و بيان أهميتها موضوع جدل بين الباحثين و الممارسين بقدر ما يتركز الاهتمام حاليا حول مساهمتها في حل المشكلات المعاصرة التي تواجه المنظمة. و من هنا تطورت نظريات التنمية البشرية التي دعا إليها العديد من المفكرين و من بينهم فرانس كاركا الذي أكد على أن " تطور و نمو الفرد لا يكون من الأسفل إلى الأعلى و لكن يكون من الداخل إلى الخارج . و استنادا إلى أهمية المورد البشري فإن الإدارة الفعالة لهذا المورد تمثل أحد متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة ، حيث يعتبر ذلك ضمانا حقيقيا لاستمرار نجاحه ، وان الإدارة الفعالة لهذا المورد تستوجب العناية بنظم الاختيار والتعيين ، تقييم

الأداء ، التدريب ، التحفيز وتقدير الجهود المتميزة ، المشاركة والتعاون لتحديد المشكلات وعلاجها ، إضافة إلى الاهتمام والتأكيد على أسلوب العمل من خلال الفريق والتخلي عن نظام الأداء الفردي.

6- التعليم والتدريب المستمر

يتطلب تطبيق إدارة الجودة الشاملة على كافة المستويات الإدارية إعداد خطة للتدريب والتعليم لضمان انسجام المهارات والمعارف والاتجاهات بفلسفة التحسين المستمر و تحقيق الكفاءة التي تعتبر مهارة و ذكاء عملي يتركز على أسس معرفية Marie Tresanini (2004) ، كما يتطلب أيضا استمرار النشاط التدريبي المخطط من حيث المحتوى ووقت التنفيذ، وكذا الاهتمام بتدريب الخط الأول من الموارد البشرية . كما تقبع هذه الأهمية خلف مفهوم الاحتياج أي التدريب عند الحاجة لان هناك صعوبات يتفق عليها الكثير في نشر التدريب قبل ظهور الحاجة إلى ذلك (حسين الراوي الرويلي - www.arado.org.eg).

7- تبني الأنماط القيادية المناسبة لمدخل إدارة الجودة الشاملة

أن تبني النمط القيادي المناسب لمدخل إدارة الجودة الشاملة يمثل أحد متطلبات نجاح هذا المدخل، ذلك النمط الذي يعمل بروح الفريق ، يهيم مناخ العمل الجماعي ، يوازن بين الاهتمام بالعمل بجانب الاهتمام بالعنصر البشري ويعزز القيم الإيجابية في العمل والعلاقات. و لا تزال حرية الإدارة مقيدة في اتخاذ القرارات بكثير من الضغوطات من قبل السلطات العليا (محمد المصري - 2005).

8- مشاركة جميع العاملين في الجهود المبذولة للتحسين

على الرغم من جريان العرف على أن الوحدة الأساسية للعمل في المنظمات هي الفرد العامل ، إلا أن التطورات الكبيرة المحيطة بالمنظمات كنتيجة العولمة و ما صاحبها من حركية عنصر العمل أدت إلى تحول الاهتمام من نظام الفرد إلى نظام فريق العمل باعتباره الوحدة المفضلة لانجاز الأعمال في هذه الظروف (عبد الناصر حمودة - 2005) . لذا يجب على القيادة في المستشفى أن تشكل بوادر السلوك التعاوني و هذا بتنمية روح المشاركة و العمل كفريق ، و رغم أن كل المنظمات تحتاج إلى مثل هذا النمط من العمل (العمل كفريق) إلا أن المنظمات الصحية تحتاج إليه بصورة كبيرة و دقيقة بدليل أنه يؤدي إلى إنقاذ أرواح بشرية ، فتبني مثل هذا السلوك يمكن من تنمية الكفاءات و المهارات ، و لعب القيادة دورا بارزا في تصميم العمل و مكان العمل لتسهيل عملية التعاون و المشاركة ، و لكن هذا المفهوم ضعيف لدى بعض الأفراد مما يدفعهم لممارسة أسلوب التنافس الفردي داخل المجموعة الواحدة مما يسبب ضياع الجهد و الوقت و يولد الصراعات بين أعضاء المنظمة.

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

9- تأسيس نظام معلومات لإدارة الجودة الشاملة

اتساقا مع أن العميل هو محور الاهتمام ، فإن تأسيس نظام معلومات لإدارة الجودة يمثل أحد متطلبات تطبيق المدخل بما يشمله هذا النظام من نظام فرعي خاص بالعمل ، إضافة إلى نظم المعلومات الفرعية الأخرى التي تتمثل مسؤولياتها في جمع ، تحليل ، تفسير ، وتقديم المعلومات لمراكز اتخاذ القرار وطالبي هذه المعلومات بالصورة المناسبة وفي الوقت المناسب ، بما ينعكس على تحقيق التناسق بين الجهود في كافة المستويات وبين جميع العاملين ، فالقضاء على أمية التعامل مع الكمبيوتر في صفوف العاملين في

المستشفى ، خاصة هيئة التمريض يمكن من الاستفادة و بوتيرة سريعة من التقنيات الحديثة و تقنيات الاتصال (محمد حسن شعبان - 2006).

خاتمة الجزء الأول:

إن التحديات التي يشهدها العالم تقترن بالجوانب النوعية على الصعيدين السلعي و الخدمي. و أصبحت الجودة تستخدم كسلاح تنافسي رئيسي مما جعل مختلف المؤسسات توليها أهمية كبيرة في إدارتها, مما أطلق العنان للجودة و خروجها من الحيز الضيق المتمثل في تفتيش الجودة قاطعة بذلك مسارا عرف تطورا تدريجيا مرورا بالرقابة علي الجودة و ضمان الجودة لتشمل كل الوظائف و كل أفراد المؤسسة ليصبح لها بعدا هاما في الإدارة في ظل إدارة الجودة الشاملة أين أصبحت الجودة قضية الجميع في المؤسسة .

ساهم عدد من الخبراء DEMING.WE .JURAN.J.M .CROSBY . F. B . ICHIKAWA.K في دفع عجلة تطور مفاهيم إدارة الجودة الشاملة حيث أجمع هؤلاء على تعميم مقارنة الجودة ليشمل كل المؤسسة كما أدخل تغيرات عميقة في الأنماط العلاقية و التركيز على ضرورة التحسين المستمر و التركيز على الزبون و العمل الجماعي. و هذا ما يتطلب قناعة إدارية بضرورة تطبيق منهجية إدارة الجودة الشاملة ، و السهر على التطبيق الناجح لها ، و أن تعتبرها قرارا استراتيجيا يستلزم وجود رؤية ، رسالة ، أهداف ، واستراتيجيات محددة ومنشورة لجميع المستويات الإدارية . كما يشترط أيضا على الإدارة العليا دعم وتأييد منهجية إدارة الجودة الشاملة من خلال الاقتناع والالتزام بالخطط والبرامج ، وتوفير الموارد المالية والبشرية اللازمة لتطبيق المدخل ، هذا فضلا عن ضرورة تحديد السلطات والمسئوليات، وكفاءة التنسيق

المراجع

1. جوزيف جابلونسكي ، تطبيق إدارة الجودة الشاملة ، بميك ، مصر ، 1996، ص 194.
2. وراين شمذت و جيروم فاتجا، مدير الجودة الشاملة، أفاق الإبداع العالمية، الرياض ، 1997، ص 9.
3. عمر وصفي العقيلي، الإدارة، دار الزهران للنشر والتوزيع، عمان، 1997
4. Meier ; Barabel ;Manageor, Dunod, Paris, 2006
5. Desreumaux; Théorie des organisations, EMS, Paris,2005
6. KAMISKE.G.F & BRAUER.J-P, Management de la qualité de A à Z, MASSON, Paris, 1994.
7. GILMORE.H.L, Product conformance cost, Quality Progress, Vol 7 N° 5, 1974.
8. NEUVILLE.J.P, La qualité en question, Revue Française de Gestion, Mars-Avril-Mai, 1996.
9. CROSBY.P.B, La qualité c'est gratuit, Economica, Paris, 1986.
10. Norme Internationales , ISO 9000-2000 Systèmes de management de la qualité : principes essentielles et vocabulaire, ISO Suisse ,2000.
11. DEMING.W.E, Du nouveau en économie, Economica, Paris, 1996.
12. VANDEVILLE.P, Gestion et contrôle de la qualité, AFNOR, Paris, 1985.
13. CHEVALIER.F, Cercles de la qualité et changement organisationnel, Economica, Paris, 1991.
14. SILLINCE.J.A, SYKES.G & SINGH.D, Implementation, problems, success and longevity of quality circle programmes: A study of 95 UK organizations, International Journal of Operations and Production Management, Vol 16 N° 4, 1996.
15. OPFER.N.D, Creating effective construction of quality circles, Cost Engineering, Vol 39 N°4, 1997.
16. DAVIS, D & FISCHER, T. J, the pace of change: A case study of the development of a total quality organisation, International Journal of Quality & Reliability Management, Vol 11 N°08, 1994..
17. MOTWANI.J, Critical factors and performance measures of TQM, The TQM Magazine, Vol 13 N° 4, 2001.
18. WATSON.J.G & KORUNDA.A.R, The TQM jungle: a dialectical analysis, International Journal of Quality & Reliability Management, Vol 12 N° 9, 1995.
19. Norme internationale ISO 8402 (1994) : Management de la qualité et assurance de la qualité, vocabulaire, ISO Suisse, 1994.
20. COLE.R.E, The death and life of the American quality movement, Oxford University Press, 1995.

21. Federal Quality Institute ,in Lam. K.D, Frank.D.W, Stephen.R.S,Total Quality,
Colorado Springs, Co: Air Academy Press , 1991.

الجزء الثاني : إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية

مقدمة:

إن توفير الرعاية الصحية الملائمة للإنسان بما يكفل إتمام علاجه واستمراره في أداء مهام حياته اليومية دون أن يكون عبءاً على نفسه وعلى المجتمع ، لطالما كان أحد الأهداف الرئيسية لحكومات الدول، وأحد أهم تطلعات الشعوب وطموحاتها، لكن توفير الرعاية الصحية ليس كافياً بل يجب أن يكون بمستوى عالٍ من الكفاءة ودرجة كبيرة من الجودة يضمن إتمام تلك الخدمات على أكمل وجه خاصة لخطورتها وارتباطها المباشر بحياة الإنسان وهنا تصبح الجودة ليست ترفيها بل غاية ومقصد يجب تحقيقها لتوفير حياة كريمة للإنسان في كل مكان.

بالمقابل تواجه المنظمات سواء في القطاع العام أو القطاع الخاص موجة من التحديات أهمها المنافسة الحادة، (السقماني، 1996) ويزيد من حدة هذا التحدي التغيير في سلوك المستفيد الذي بدأ ينظر للجودة كمعيار أساسي لاختيار المنتج أو الخدمة بغض النظر عن مصدر تلك الخدمة أو المنتج.

وتواجه إدارة المستشفيات بعد اتساع وتطوير العديد منها منافسة قوية في الداخل وفي الخارج، لذلك فإن مواجهة هذه التحديات والتغلب عليها أمر في غاية الأهمية لتتمكن هذه المستشفيات من البقاء والاستمرار. وبالرغم من أنه لا توجد وصفة إدارية تمكن المستشفيات من مواجهة هذه التحديات والتغلب عليها إلى حد كبير إلا أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يمكن المستشفيات من التميز.

ومن هنا سنتطرق في هذا الجزء من البحث إلى إلقاء الضوء على الجودة الشاملة في إدارة المستشفيات من التعامل مع التحديات التي تواجهها والتغلب عليها ومعرفة مدى جدوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة والاستفادة منها بعد تطبيقها ، وهذا لهدف ضمان جودة الخدمة الصحية التي تكمن في تطبيق معايير الجودة في كافة مراحل الخدمة بما يحقق سلامة وصحة الفرد في المجتمع من جهة وخفض تكاليف الخدمة من جهة أخرى مما يساهم في بناء مجتمع قوى قادر على الانجاز والتحدى. والجودة في الرعاية الصحية لا بديل عنها وهي أحيانا مساوية لقيمة الحياة نفسها فالمضاعفات الناتجة عن سوء الرعاية الصحية بعد العمليات قد يؤدي إلى الوفاة (كاظم، 2000).

قبل التعرف على الجودة وإدارة الجودة الشاملة في المنظومة الصحية عموماً و الاستشفائية خصوصاً رأينا من الأجدد التطرق بداية إلى إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية من حيث التعريف ، الأهداف ، الحاجة إليها، فوائدها...

أولاً: إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية

1- مفهوم جودة الخدمة:

يوجد شبه اتفاق بين الباحثين على أن جودة الخدمة تتمثل في "تحقيق رغبات العميل, أي أن متلقي الخدمة يحكم على مستوى جودتها عن طريق مقارنة ما حصل عليه مع ما توقع الحصول عليه من تلك الخدمة.

ويعرف Dale&Barrie جودة الخدمة على أنها "التقاء حاجات و متطلبات الزبائن وتسليمهم مستوى مناسب من الخدمة بناء على توقعاتهم التي تدل على رغبتهم و أمانهم المتشكلة وفقا للتجربة الماضية مع مقدم الخدمة و المزيج التسويقي للخدمات و الاتصالات الشخصية و هي بمثابة الحكم الشخصي للزبون و تنتج عن المقارنة بين توقعاته للخدمة مع ادراكاته للخدمة الفعلية المسلمة" (رعد حسن الصرن, 2008).

من خلال هذا التعريف نستنتج أن هناك نوعين من الجودة الخدمية: الجودة المدركة و الجودة المتوقعة. و قد ميز Gronroos بين نوعين من الجودة المدركة: الجودة الفنية و الجودة الوظيفية. (عيسي نبوية, 2009)

- **الجودة الفنية:** و هي ما يتم تقديمه للعميل فعلا و يتصل بالحاجة الأساسية التي يسعى لإشباعها.
- **الجودة الوظيفية:** هي درجة جودة الطريقة التي يتم بها تقديم الخدمة.

أما الجودة المتوقعة فقد ميز Boulding بين نوعين منها و هما: الجودة المتوقعة حدوثها و الجودة كما يمكن أن تكون.

- **الجودة المتوقعة حدوثها:** تمثل التوقع العملي لمستوى الخدمة اعتمادا على تقييم العميل لجهة تقديم الخدمة.

- **الجودة كما يمكن أن تكون:** و هو ما ينبغي أن يكون في مثل هذا النوع من الخدمات.

تميل غالبية التعريفات الحديثة لجودة الخدمة على أنها " معيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات الزبائن لها أي أنها الفرق بين توقعات و ادراكات الزبائن للأداء الفعلي لها".

تعتبر الجودة الشاملة مدخلا إستراتيجيًا لإنتاج أفضل خدمة ممكنة وذلك من خلال الابتكار المستمر .

2- تعريف إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية :

لا يختلف مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية عن المنظمات الإنتاجية إلا من حيث طبيعة متطلبات المستفيد و التي قد تكون إما عبارة عن منتج أو خدمة . إضافة عن التعاريف السابقة لإدارة الجودة الشاملة يمكن إضافة التعاريف الموالية:

تعرف إدارة الجودة الشاملة بأنها " فلسفة إدارية تهدف إلى تحقيق التميز في جودة أداء المنشأة ككل من خلال الوفاء باحتياجات المستفيدين والعاملين وتعتبر إدارة الجودة الشاملة أسلوبًا جديدًا في أداء الأعمال وإدارتها بطريقة حديثة وفهم جديد يفوق جميع الأساليب الإدارية التقليدية ويكون التركيز على تلبية متطلبات وتوقعات المستفيدين سواء كان هذا المستفيد داخل أو خارج المنظمة" ، (الدرادكة، 2002) ومن خلال معرفة متطلباتهم واحتياجاتهم ومن ثم تلبيةها والقيام بأدائها على الوجه الصحيح والمطلوب من خلال التحسين والتطوير المستمرين لها لتصل إلى أعلى مستويات الأداء والإلتقان المنشود. وإدارة الجودة الشاملة ثورة إدارية جديدة وتطوير فكري شامل وثقافة تنظيمية جديدة . وعرفت الجودة الشاملة على أنها "طريقة للتحسين المستمر للأداء في جميع مستويات العملية الإدارية، في كل المجالات الوظيفية بالمنظمة وذلك باستخدام كافة الموارد البشرية والمالية المتاحة" (زين الدين فريد، 1995) ، و عرفت على أنها "إستراتيجية تنظيمية يصاحبها مجموعة من الوسائل تقود المنظمة لأن تقدم للمستفيد منتجات وخدمات ذات جودة عالية " وعرفت على أنها مجموعة من المفاهيم والأدوات تعمل على جعل جميع الموظفين يركزون على التحسين المستمر من وجهة نظر المستفيد " وعرفت أيضًا على أنها فلسفة تركز انتباه العاملين على رغبات العملاء، ومجموعة أساليب يحتاج إليها لبناء نظام وقيادة إدارية ضرورية لجعل المنظمة تعمل وفقًا لفلسفة خدمة العميل " (الرشيدى، 2010).

3- أهداف إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية

من أهم أهدافها ما يلي (العزاوي، 2005) :

- 1 - زيادة القدرة التنافسية للمنظمة.

2- زيادة كفاءة المنظمة في إرضاء العملاء والتفوق والتميز على المنافسين.

3- زيادة إنتاجية كل عناصر المنظمة.

4- زيادة حركية ومرونة المنظمة في تعاملها مع المتغيرات (قدرة على استثمار الفرص، وتجنب المخاطر والمعوقات).

5- ضمان التحسين المتواصل الشامل لكل قطاعات ومستويات وفعاليات المنظمة.

6- زيادة القدرة الكلية للمنظمة على النمو المتواصل.

7- زيادة الربحية وتحسين اقتصاديات المنظمة.

4- الحاجة للجودة الشاملة في المنظمات الخدمية:

حيث أن الجودة الشاملة عملية لا تقف عند المنتج فقط ولا تنحصر في المؤسسات المنتجة فقط، وليست مقصورة على فئة من الموظفين دون أخرى، فإن الحاجة إليها أصبحت ماسة وملحة لاسيما في عالمنا اليوم والذي يبدو فيه التنافس الشديد، وغير المتكافئ أحياناً، مما يحدث السخط والتذمر لدى المستفيدين من كثير من الخدمات بالإضافة إلى عدم وجود الرضى الوظيفي والانتماء عند كثير من الموظفين، وبالتالي يؤدي إلى تحول المستفيدين وذهاب التجارة (جمال، 2003).

إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة سوف يساعد المنشآت على مواجهة التحديات المختلفة من ترشيد للاستهلاك، والتعرف على جوانب الهدر في الطاقات والموارد، ومن ثم التخلص منها وتحقيق الهدف العام بفعالية وكفاءة أكبر.

لقد أصبح من الملح جداً على جميع المؤسسات العمل على إحداث نوع من التغيير لتقوية مكانها في الأسواق، والعمل بكل ما في وسعها للحفاظ على مكائنها وموقعها من خلال المحافظة على المستفيدين منها، من عملاء وموظفين ومساهمين وسمعة اجتماعية، بطريقة أكثر تنظيمًا وفعالية من خلال تطوير وتحسين عملياتها الإدارية والإنتاجية والخدمية.

فالجودة الشاملة هي إستراتيجية بعيدة المدى تعتمد على التركيز على المستفيدين من مساهمين وعملاء وعاملين ومجتمع وتلبية احتياجاتهم وتوقعاتهم من خلال التحسين والتطوير المستمر للموارد المادية والمعنوية.

5- فوائد إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية:

يمكن تقسيم فوائد إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية إلى فئتين:

1- بالنسبة للشؤون الإدارية:

- توفر للمديرين والمشرفين أداة لحل المشاكل.
- تبديد المواقف السلبية.
- تصبح الإدارة أكثر وعياً للمشاكل التي تؤثر على الفرد في بيئة العمل.
- يكتسب الموظفون شعور المشاركة.
- زيادة الكفاءة والإنتاجية.
- يقلل من معدل دوران ، تأخر ، والتكاليف ، والأخطاء.
- تحسين الاتصالات داخل و بين جميع الإدارات.
- تطوير المهارات الإدارية التي لم تكن تعلم ، أو مهملة بسبب عدم تطبيق.
- تبني ولاء للمنظمة.
- تكشف عن احتياجات التدريب في جميع الإدارات.
- تقلل من عدد العيوب التي وردت من الموردين عندما يتم تشجيعهم على تدريب في مجال إدارة الجودة .

2- بالنسبة للعامل:

- يوفر فرصة للنمو الشخصي والتنمية (نتيجة لأنشطة فريق التدريب) ، وفرصة لتطوير وتقديم توصيات.
- زيادة الابتكار (أكبر من خلال مجموعة متنوعة من النهج ووجهات النظر) من أجل حل المشاكل، وإزالة الخوف من الفشل.
- استخدام الموظفون معارفهم ومهاراتهم من أجل توليد بيانات يحركها التوصيات التي من شأنها أن تؤدي إلى اتخاذ القرارات على علم جيد .
- يشجع عملية صنع القرار على المستوى الأكثر ملاءمة.
- زيادة الحافز وقبول الأفكار الجديدة.
- زيادة الرضا عن العمل (نتيجة لإتاحة الفرصة للمشاركة فيه، ويكون لهم نفوذ على العمل).
- طورت الاحترام المتبادل بين الموظفين والإدارة والعملاء.
- تشجيع العمل الجماعي.

ثانياً: إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية

1- مفهوم جودة الخدمة الصحية:

- اختلف مفهوم جودة الخدمة الصحية، حسب اهتمامات وأولويات وأهداف الأفراد:
- فقد عرفت الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية والمعروفة باسمها المختصر The Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) بأنها: "درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة والنتائج المتوقعة لخدمة محددة أو إجراء تشخيص أو مشكلة طبية" (سعيد , 1994).
- وكذلك عرفها (Pasternak and Berry 1993) بأنها "كل ما يتعلق بشعور المستهلك والالتزام بجودة المنتج المقدم لهم عن طريق البحث المستمر واختيار أفضل الطرق لإشباع حاجاتهم ورغباتهم."
- كما تعرف "بأنها جميع الأنشطة الموجهة نحو الوقاية من الأمراض أو علاج هذه الأمراض بعد حدوثها ثم الأنشطة التأهيلية التي قد يتطلبها استكمال التخلص من آثار المرض، أو هي الرعاية التي تقدم للمريض والتي تتضمن فحص وتشخيص مرضه وإحاقه بإحدى المؤسسات الصحية وتقديم الدواء اللازم لعلاجيه والغذاء الجيد الملائم لحالته مع حسن معاملة الفريق العلاجي له لمساعدته على استعادة صحته (دبوز عبد القادر، 2012).
- الخدمات الطبية الجيدة هي تلك التي تتبع المعايير والأسس التي يتبعها ويدرسها القادة المؤسسون المهنة الطب في المجتمع. (لي وجونز 1933).
- جودة الخدمات الصحية تعني "مدى تحقق النتائج الصحية المرجوة ومدى توافقها مع المبادئ المهنية".
- "الرعاية التي تمتاز بدرجة عالية من رضاء المستفيدين، والتميز المهني، وكفاءة استخدام الموارد، (رولا، 2004) وتحقق النتائج المرجوة، وتحد من تعرض المريض للخطر.
- 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.

2- عناصر جودة الخدمات الصحية:

- 1- **فعالية الرعاية (Effectiveness):** درجة تحقيق الإجراءات الصحية المستخدمة للنتائج المرجوة منها . أي أن تؤدي الرعاية إلى تحسن متوسط العمر مع توافر القدرة على الأداء الوظيفي والشعور بالرفاهية والسعادة بشكل مستمر.
 - 2- **الملائمة (Appropriateness):** اختيار الإجراءات الصحية الملائمة لحالة المريض.
 - 3- **القبول (Acceptance):** تقبل المريض (والمجتمع) لاستخدام إجراء صحي معين.
 - 4- **إمكانية الحصول على الخدمة الصحية (Access):** مثال ذلك قوائم الانتظار للحصول على مواعيد سواء في العيادات الخارجية أو للتنويم أو لإجراء عمليات جراحية.
 - 5- **العدالة (Equity):** مدى توفر الرعاية الصحية لمن يحتاجونها فعلا وعدم وجود تفاوت في إمكانية الحصول عليها بين فئات المجتمع لأسباب غير صحية.
 - 6- **الكفاءة (Efficiency):** الاستخدام الأمثل للموارد والتكاليف أخذاً بالاعتبار الاحتياجات الأخرى والمرضى الآخرين.
- 3- التطوير التاريخي لفكر الجودة في الإدارة الصحية :**

يرجع تاريخ الجودة في المجال الصحي إلى عام 2000 قبل الميلاد وإلى قانون حمو رايب ملك بابل، حيث يحتوي قانونه على أقدم قوائم عرفها الإنسان، تتعلق بتكاليف ورسوم الخدمات المقدمة والذي جمع بين الجودة وتكلفة الرعاية الصحية (بن سعيد ، 1418هـ). كما تضمن قانون حمو رايب بنوداً خاصة بالعقوبات المرتبطة بالأخطاء الجراحية والتقصير والإهمال (بن سعيد ، 1418هـ).

وفي القرن الخامس قبل الميلاد احتوت كتب "توت" في الحضارة المصرية القديمة على بعض معايير الممارسات الطبية، حيث عند أي انحراف عن هذه المعايير، جريمة تستوجب العقاب (بن سعيد ، 1418هـ). وفي القرن الرابع قبل الميلاد وضع أرسطو قانوناً يؤكد أنه لا يسمح للأطباء بتغيير طريقتهم الاعتيادية في المعالجة إلا في ظروف قصوى. وفي عصر الإغريق طلب سقراط من تلاميذه أن يقسموا على أن يقدموا لمرضاهم أفضل ما يمكن تقديمه من رعاية. وقد أدت هذه الخلفية التاريخية إلى تأسيس وترسيخ قيم وتقاليد مهنية معينة تحكم ممارسة مهنة الطب منذ عصور ما قبل التاريخ وحتى عصرنا الحاضر.

وفي العصر الحديث أدى إنشاء الكلية الأمريكية للجراحين عام 1913هـ إلى حدوث تطورات رئيسية في مجال جودة الرعاية الطبية من أهمها تحسين التوثيق للإجراءات الجراحية وإعداد والالتزام بما يعرف ببروتوكولات العلاج (Clinical Protocols). هذا وقد انضمت الكلية الأمريكية للجراحين وعدد من الهيئات الأخرى لتشكيل ما يعرف بالهيئة المشتركة لاعتماد المستشفيات عام 1951م والتي تابعت حركة تحسين الجودة في المستشفيات وذلك بوضعها لضوابط محددة للأداء في المنظمات الصحية. وقد تابعت جهود تحسين الجودة في القطاع الصحي تحركها، جهات التمويل والمنظمات الحكومية والخاصة والجمعيات المهنية. وقد يكون أهم أعمال هذه الحركات فكرة معايير الجودة النوعية أو توكيد الجودة في السبعينيات والثمانينيات.

في التسعينيات انتشرت مفاهيم إدارة الجودة الشاملة (Total Quality Management) أو الجودة الشاملة للجودة (Continuous Quality Improvement) والتي تستند إلى المبادئ التي وضعها خبراء الجودة أمثال: Edward Deming, Joseph Juran, Crosby والتي بدأ تطبيقها في القطاع الصناعي في اليابان في أعقاب الحرب العالمية الثانية ثم امتدت تدريجياً إلى القطاعات الأخرى بما فيها الخدمات الصحية.

4- العوامل المؤثرة على جودة الخدمات الصحية:

تمثل العوامل المؤثرة على جودة الخدمات الصحية في الاعتبارات التالية:

- التركيز على أهمية البحث والتطوير
- على المديرين أن يرشدوا الموظفين لسبل التقويم الذاتي للأداء

- أن يكون جو العمل مريحاً
- التركيز على أهمية وقيمة العمل الجماعي
- ربط القيم والمبادئ التنظيمية بعملية الجودة الشاملة
- تطوير رؤية وإستراتيجية تجسد مفاهيم الجودة
- التركيز على الوافية ومنع الأخطاء
- التركيز على الاختيار المناسب للعاملين
- التركيز على الأهداف
- دمج أهداف الجودة بأهداف المنظمة ومؤشرات الأداء

5- مبادئ جودة الأداء في النظام الصحي

- هناك مبادئ بسيطة يمكن من خلالها الحكم على جودة الأداء في النظام الصحي، فعلى سبيل المثال:
- .التقليل من الاختلافات في الممارسة الطبية وتقليل الأخطاء الطبية يدل على الجودة.
- . قصر أوقات الانتظار بين المواعيد وقصر الانتظار لإجراء العمليات الاختيارية يدل على جودة النظام.
- . انطباع ورأي المريض عن النظام الصحي يدل على مدى جودة النظام.
- . توفير الخدمات الصحية بشكل مقبول لجميع فئات المجتمع بشكل متوازن، الأطفال والنساء وكبار السن وأصحاب الإعاقات وذوي الأمراض المزمنة والشباب وغيرهم، يدل على جودة النظام الصحي.
- . الالتزام بالمعايير والأخلاقيات الطبية والإدارية دليل آخر على جودة النظام
- . وجود معايير ونظم واضحة تحكم النظام الصحي تدل على جودته.
- . توفر الخدمة الصحية الفعالة في الوقت والمكان المناسب للمريض دليل على مدى جودة النظام الصحي.
- تلك مؤشرات عامة، بعضها يمكن قياسه بشكل موضوعي والبعض الآخر يظل خاضعاً لوجهات النظر الشخصية والخلفية التي منها ينطلق التقييم، ومرة أخرى تستخدم الأمثلة لإيضاح مثل هذه الفلسفة:
- **الجودة من المنظور المهني الطبي:** هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية، ويحكم ذلك ثلاث نقاط رئيسية: أخلاقيات الممارسة الصحية، الخبرات ونوعيتها والخدمة الصحية المقدمة. والالتزام للعاملين في المهن الصحية بتدني المستوى أو الجودة ينطلق من عدم الكفاءة، عدم القدرة على التعامل المثالي مع بعضهم البعض ومع المريض والإداري، وكذا عدم الالتزام بالمعايير والأخلاقيات التي تحكم المهن الصحية، إضافة إلى ضعف التأهيل والممارسة والخبرة..
- **الجودة من منظور المستفيد أو المريض،** قد تختلف عن المفهوم المهني بالتركيز على طريقة الحصول على الخدمة ونتيجتها النهائية، وهنا لا يكفي النظام المتقدم أن يركز على فرض التنظيمات وسن التشريعات التي تبنى على أسس مهنية أو تنظيمية محددة دون الالتفات إلى احتياج ورغبة وطموح وآمال المستفيد النهائي من كل ذلك، وفي الخدمة الطبية يجب أن تكون الخطوة الأولى في العلاج معرفة شكوى واحتياج المريض، ويجب أن يكون الهدف النهائي هو معالجة أو التغلب على تلك الشكوى، والتفاصيل ما بين ذلك تعتبر مفيدة للمريض ولكنها ليست الهدف من مراجعته لطلب العلاج، وأفضل طريقة لمعرفة تحقق الجودة في هذا الجانب تكمن في قياس مدى رضا العملاء وهم في الجانب الصحي للمرضى، بطرق مقننة يمكن الاستدلال منها على مدى جودة الخدمة.
- **الجودة الصحية من الناحية الإدارية،** تعني بالدرجة الأساسية بكيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، وهذا يشمل ضمناً أهمية تقديم الخدمة المناسبة في الوقت اللازم

وبالتكاليف المقبولة، وبقدر الاهتمام بالتكاليف وترشيد الموارد يجب الحرص على أن لا يكون ذلك على حساب الجودة في الأداء ويتطلب ذلك كفاءة إدارية على المستوى التخطيطي وعلى المستوى التنفيذي، ويتطلب كفاءة على المستوى الفني وكفاءة على المستوى الشخصي، ويتطلب تنظيمًا إداريًا داخليًا جيدًا وكذا تنظيمًا إداريًا واضحًا في التعامل مع الأطراف ذات العلاقة خارج النظام، فعندما يرتبط النظام على سبيل المثال بجهات مالية أخرى تؤثر على كمية الموارد المتوفرة، فإن إدارة النظام الصحي تصبح مسؤولة عن تطوير المبررات والحيثيات المهنية والموضوعية والاجتماعية التي تتيح لها المطالبة بمزيد من الموارد، وبشكل أدق يتطلب البحث عن الموارد اللازمة لتطوير العلاقات العامة للمؤسسة والقطاع الصحي، بما في ذلك العلاقات الشخصية للقيادة الصحية للبحث عن مزيد من الموارد وللتعامل والإقناع للجهات المعنية بتوفير تلك الموارد، وتبرز الحاجة إلى العلاقات الاجتماعية والشخصية بشكل أكبر في المجتمعات ذات التنظيمات الإدارية والبيروقراطية والسياسية المعقدة والغامضة، والنظام الصحي بصفة عامة نظام معقد يتطلب الكثير من الجهد في الارتقاء بالجودة الإدارية.

- **الجودة من وجهة النظر السياسية أو وجهة نظر القيادة والإدارة العليا بالدولة**، وغالباً ما ينطلق القياس هنا من مدى رضا المواطن والمقيم عن أداء قيادته في دعم وتطوير الخدمة الصحية والنظام الصحي، وحين تضع القيادة العليا ثقتها في القيادة الصحية أو التنفيذية فإنها تضع لها هدفاً لا يخرج في الغالب عن إطار تحقيق الرضا للمواطن بتقديم أفضل الخدمات الصحية الممكنة له، وفي نفس الوقت فإن المنظور القيادي أو السياسي يبحث عن كفاءة النظام الصحي من ناحية توازن مصاريفه مع ما يقدمه من خدمة ومدى قدرته على رسم استراتيجيات مستقبلية تضمن الاستقرار والتطور الطبيعي للنظام الصحي ضمن منظومة العمل الإداري للدولة بشكل عام، بجانبه الاقتصادية والتقنية والاجتماعية والبيئية والسياسية.. الخ.

ولمزيد من الإيضاح نشير إلى أهمية النظر إلى الجودة الصحية بالنظر إلى الرعاية الصحية كنظام، أو ما نطلق عليه النظام الصحي، ويتم تقييم الجودة هنا وفق معايير منفردة ومجموعة وبشكل تنظيمي، تنظر إلى كافة مكونات النظام الصحي الرئيسية التي منها:

- البنية التحتية، وتشمل الإدارة، التنظيم، التشريعات والقوانين التي تشكل وتحكم عمل الفريق الطبي والصحي وما يشمل ذلك ضمناً مثل العلاقات بين أفراد الفريق الصحي ومع الجهات ذات العلاقة خارج الفريق الصحي وتكوين الفريق الإداري القيادي..

- البنية المادية وتشمل المباني والمنشآت وتحديث الأجهزة وصيانتها.. الخ.
- التعليم والتدريب ويشمل التقييم المهني والتدريب المستمر وتطوير الكفاءات.. الخ.
- أسس الجودة النوعية مثل المراجعة للتنظيمات وكيفية إجرائها.. الخ.
- تصنيف المجتمع الممارس لتقديم الخدمة الصحية وخلفياته الديموغرافية والتدريبية والعلمية وعلاقة ذلك بمدى الرضا الوظيفي وكفاءة الأداء.. الخ

ثالثاً: إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات:

1- أسباب تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمة الصحية

ازدادت أهمية إدارة الخدمات الصحية في الآونة الأخيرة و أخذت بالتطور حتى أصبحت مجالاً منفرداً ومستقلاً، كما أثبتت الدراسات أنه يمكن الاستفادة من الخبرات الإدارية المكتسبة في القطاعات الغير الصحية و إعادة تطبيقها بما يتلاءم و طبيعة الواقع الصحي (صلاح محمود ذياب - 2005).

1-1- تطور الأنظمة الصحية

إن محور الرعاية الصحية هي الاتصال المباشر بين الشخص المحتاج للخدمة الصحية و بين أولئك الذين يقدمونها، في الوقت و المكان المناسب .و مع تعقد المشاكل الصحية و تنوعها فإن الخدمات الطبية الشاملة أصبحت ضرورة ملحة للحصول على الخدمة

الجيدة، و التي تتطلب توفير الوسائل و التسهيلات اللازمة من المعدات و الأدوية... الخ ، و هذه يجب أن تكون جاهزة وحاضرة و بمتناول يد مقدم الخدمة الطبية الذي يكون على اتصال مباشر و مستمر مع المريض حتى يمكنه من إرشاده إلى الجهة المناسبة للحصول على الخدمات الصحية اللازمة. و يهدف أي نظام صحي إلى تقديم خدمات صحية للمواطنين و هذه الخدمات تتباين و تختلف حسب مستوى النظام ، فإذا كان متطور و مميز فإن الخدمة المقدمة في الغالب تكون مميزة و متطورة و العكس بالعكس (صلاح محمود ذياب - 2009). كما يعتبر نظام الرعاية الصحية كواحد من الأنظمة الفرعية التي تكون النظام الاجتماعي حيث يتوجب على هذا النظام أن يتعلق بالتوزيع الفعال و الكفاء للمصادر و الموارد النذرة، فآليات ووسائل تقدير وتحديد و قياس الحاجات الصحية و التخطيط للعرض و التزويد المناسب للخدمات هما متطلبات أساسية للخدمة الصحية الجيدة. و للقيام بالتقديرات و اتخاذ القرارات يجب الحصول على البيانات و معلومات صحية و حديثة، و هذه البيانات تساعد على توزيع الخدمات و تحديد نوعها، كما أن تحليل هذه البيانات يمكننا من التعرف على المسببات والفجوات و القصور في العرض والطلب، و التمويل، و كذا التعرف على وسائل التصحيح والتقييم، كما يمكن رسم السياسات المستقبلية لمواجهة الحاجيات المتوقعة بغرض سدها و تلبيتها، و هكذا تتوفر الخدمات الطبية كما ونوعا يستطيع العرض أن يواكب الطلب.

1-2- مشاكل النظام الصحي

إن تحديد الإشكاليات الصحية هو مدخل كل برنامج التخطيط الذي كان في الواقع محل دراسات نظرية معمقة خاصة في النصف الثاني من القرن الماضي، و لا يكون هذا التحديد إلا بحث علمي مكتمل المواصفات وإلا كان الخطأ منذ البداية. و يعيدنا هذا إلى إشكالية البحث عن المعلومات الديموغرافية والثقافية وعن انتشار ووقوع أهم الأمراض حتى يمكن ترتيبها حسب عوامل الكثرة والتزايد والخطر والتكلفة. في صميم كل نظام صحي تشكل اليد العاملة العنصر الحاسم للارتقاء بالصحة ، وهناك دلائل قاطعة على وجود صلة بين عدد العاملين ونوعيتهم وبين مستوى تحسين الخدمات التي تؤدي إلى تقليل نسبة الوفيات. وتقع المسؤولية الأولى فيما يخص الأداء الإجمالي للنظام الصحي الوطني على عاتق الحكومة، غير أنّ الإشراف الجيد على مستوى المناطق والبلديات وفرادى المؤسسات الصحية يُعد كذلك من الأمور الحاسمة الأهمية. وتم الاعتراف بأنّ تعزيز النظم الصحية وجعلها أكثر إنصافاً من الاستراتيجيات الأساسية لمكافحة الفقر وتعزيز التنمية.

وتشكل الأزمة القائمة اليوم قيدا شديدا على تحسين مستوى الصحة في أكثر البلدان النامية التي تعرف نقصا مقدرا بنحو 3,4 مليون من الأطباء والقابلات والعاملين في مجال التمريض ومجال الدعم ، و تشكل النساء غالبية الموظفين من الصحة الذين يفقدون وظائفهم و يتحملن عبء العمل الثقيل بسبب التخفيضات في عدد الموظفين. كما أنّ سوء ظروف العمل وارتفاع معدلات استنزاف العاملين نتيجة المرض والهجرة وعجز نظم التعليم عن التصدي للتباطؤ القائم هي أمور تعكس مدى عمق المشاكل القائمة في تلك البلدان.

2- فوائد تطبيق إدارة الجودة في المنظمات الصحية:

حققت الكثير من المنظمات الصحية فوائد ومكاسب لا بأس بها كتحسين الجودة و الكفاءة والإنتاجية ورضاء العملاء وتحسين بيئة العمل نتيجة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة. ووفقا لهذا المفهوم فإن إدارة الجودة الشاملة تعتمد على الجودة الشاملة للعمليات بتبسيط إجراءاتها أو تحسينها والقضاء على الهدر والتكرار وعلى اختلاف الطريقة التي تؤدي بها هو أفضل السبل لكي تحقق المنظمات أهدافها. وفيما يلي بعض الفوائد المرتبطة بالجوانب الطبية والتي حققتها بعض المنظمات الطبية نتيجة لتطبيق إدارة الجودة

الشاملة: (فهد الراشدي, kennanaonline.com)

2-1 - تبسيط الإجراءات :

يساعد تطبيق نموذج الجودة الشاملة على تحديد سبل تبسيط إجراءات العمل من خلال اختصارها أو تحسينها، وقد تمكن مستشفى جامعة ميتشيجن (University of Michigan Hospital) 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.

2-2- تحسين الإجراءات:

يهدف نموذج الجودة الشاملة إلى السعي المتواصل لتقصي فرص التحسين واغتنامها. وقد تمكن مستشفى وست باس فيري (West Paces Ferry) تقليص معدل العمليات القيصرية والبالغ (22%) من المعدل السنوي للمواليد بالمستشفى إلى أقل من (10%) وذلك باستخدام أسلوب المقارنات المرجعية (Benchmarking)، حيث تم اختيار مستشفيات الدانمارك والتي تبلغ فيها نسبة الولادات القيصرية 5% لتكون معيارا لعملية التحسين ومن ثم جرى العمل على تحديد أوجه القصور في طرق العمل وتحسينها لتحقيق المستوى المطلوب من الأداء. كذلك تمكن مستشفى جامعة ميتشيجن (University of Michigan Hospital) من رفع معدل تشغيل غرف العمليات بنسبة (30%) نتيجة لتحسين جدولة استخدامها.

2-3- كفاءة التشغيل:

تعتبر كفاءة التشغيل من أهم الفوائد التي يحققها تطبيق مفهوم الجودة الشاملة وذلك نتيجة للقضاء على الهدر في أداء العمليات وارتفاع مستوى مهارة العاملين. وقد تمكن مستشفى سنترال دو بيج في ولاية إلينوي الأمريكية من توفير (73.000) 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 والنتائج عن التأخر في إعطائه للمريض مما يفقده صلاحيته للاستخدام وقد كان يكلف المستشفى حوالي (120.000) دولار أمريكي سنوياً.

2-4- القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية:

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

2-5- الحد من تكرار العمليات:

يساعد تطبيق هذا المفهوم على تحديد الطرق الأفضل لأداء العمل ومن ثم الحد من التكرار وما لذلك من تأثير سلبي على مستوى الجودة والكفاءة والإنتاجية ورضاء العملاء. وفي دراسة أجريت في مستشفى هنري فورد وجد بأن (25%) من مسحات عنق الرحم (Pap Smear) تتم إعادة إجرائها لأن حجم العينة ليس مناسباً لإجراء التحليل. وكان ذلك بسبب إزعاجاً للمريضات ويؤدي إلى زيادة غير مبررة في تكاليف العلاج. وقد تم القضاء على المشكلة بعد أن تبين لفريق التحسين أن الأطباء يتبعون طرقاً مختلفة لإجراء مسحة عنق الرحم وأن بعض هذه الطرق يحقق نتائج أفضل من غيره.

3- أهداف إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات

تكمُن أهداف إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات خصوصا فيما يلي:

- إعداد المستشفى للتحديات التي تواجهها والتي سوف تواجهها بالمستقبل عن طريق تحسين بناء المؤسسة، وإجراءاتها ومواردها البشرية.
- تحويل طريقة عمل المستشفى من الهيكلية المبينة على نظام الوظيفة إلى التركيز على الإجراءات، وذلك لزيادة رضا العميل.
- تحديد وجود أي خلل في استغلال الموارد البشرية والتكنولوجية.
- عمل آلية للتغلب على المشاكل التي ستنتج عن الهيكلة الجديدة للمستشفى.
- الحصول على شهادة الايزو.
- تدريب مجموعة مختارة من موظفي المستشفى لإكسابها المهارات والمعرفة اللازمة للمساهمة في مشروع تحقيق الجودة.

و لتحقيق هذه الأهداف ينحصر مجال العمل في عقد ورش عمل لتحسين الأداء و ذلك من خلال:

- 1- مراجعة وتحليل البناء الحالي للمستشفى ،تحسين وتطوير الإجراءات . وتوثيقها بالشكل الذي يتماشى مع متطلبات شهادة الايزو ،إجراء مراجعة للموارد المطلوبة ومن ثم إجراء عملية تحليل فجوات القصور إن وجدت
- 2- تغيير البناء العام بشكل يتماشى مع أهدافها الإستراتيجية. تحديد وتصميم مؤشرات الأداء.
- 3- إجراء دراسات لتحليل العمل في مختلف الإدارات في المستشفى . و تحديد نقاط وطرق الالتقاء بين الإدارات لضمان السلاسة في العمل.
- 4- عمل خطة التحويل التدريجي إلى الهيكل الجديد. و تدريب عدد من الموظفين لتنفيذ خطة إعادة بناء المستشفى.

4- مزايا تطبيق الجودة الشاملة بالمستشفيات:

تواجه المستشفيات تحديات كبيرة ومتعددة لعل في مقدمتها التكاليف المتزايدة في إنتاج الخدمات الطبية، وتحديات جودة هذه الخدمات، لاسيما وأن هذه المستشفيات تتعامل مع صحة الإنسان وعامل الحياة والموت. وإدارة الجودة الشاملة تحقق الاستخدام الأمثل للموارد وتقتن الإنفاق وجودة متكاملة في العمليات والخدمة المقدمة للمرضى والمراجعين للمستشفيات. ويمكن تلخيص أهم مزايا تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية فيما يلي:(kennanaonline.com، **فهد الراشدي**)

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

5- الجوانب الإنسانية والفنية للجودة الشاملة في المستشفيات

الجوانب الفنية لمفهوم الجودة تشير إلى مدى الالتزام بالخيارات المناسبة للتشخيص وعلاج المرضى وتقديم الرعاية بمهارة عالية. وتقاس بمدى الالتزام بالمعايير المهنية للأداء ومدى ملائمة إجراءات الرعاية ومطابقتها للدلائل العلمية. ومن جانب آخر فهي تشمل كذلك ملائمة الرعاية من الناحية المهنية والأخلاقية وعدم المبالغة أو سوء الاستخدام للموارد الصحية. أما الجوانب الإنسانية فتشير إلى مدى الالتزام بتقديم الرعاية بطريقة إنسانية تلاءم احتياج ورغبة المريض. ويشمل ذلك تقديم الطبيب كافة المعلومات التي يحتاجها المريض لاتخاذ قرارات الرعاية بناء على المعلومة ومن خلال المشاركة التامة في ذلك.

رابعاً: الدراسات السابقة

1- الدراسات العربية

هذه مجموعة من الدراسات العربية السابقة التي تناولت كل من ظاهري تطبيق إدارة الجودة الشاملة و الضغوط التنظيمية في القطاعات الصحية التي كانت مجالات للدراسة وحقوقاً للبحث (حوالف رحيمة - 2011) :

1-1-1- دراسة (خاشفجي ، 1996)

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

1-2- دراسة "الوائل، 1998"

تهدف إلى التعرف على مستويات ضغوط العمل التي يتعرض لها الممرضون القانونيون العاملون في المستشفيات الحكومية، والخاصة بالأردن وعلاقة الممرض بالطبيب والمريض والإدارة والزوار والزملاء في العمل، وبينت وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى المتغيرات الخاصة بعلاقة الممرض بكل من الطبيب والمريض والزوار في حين توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى إلى متغير الزملاء في المهنة وتوصلت إلى أن أفراد العينة من المستشفيات الخاصة يشعرون بمستوى أعلى من ضغوط العمل بالمقارنة مع زملائهم في المستشفيات الحكومية .

1-3- دراسة الطعمانة 2001

سعت هذه الدراسة للوقوف على العلاقة بين الثقافة التنظيمية وإدارة الجودة الشاملة في بعض الوزارات والدوائر الحكومية الأردنية ، وأسفرت نتائج هذه الدراسة عن حتمية مراعاة بعض الجوانب ضمن الثقافة التنظيمية (الطعمانة - 2001) وهي :

- فهم الثقافة التنظيمية الحالية.

- التزام الإدارة العليا بتغيير الثقافة التنظيمية بالقول والعمل.

- تقديم الدعم المادي لإحداث التغيير المطلوب.

- تشجيع اهتمام العاملين بإحداث التغيير.

1-4- دراسة (العمر ، 2002) :

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

1-5- دراسة حاتم 2002 :

أجريت هذه الدراسة على مستشفى النعمان في مدينة بغداد بالعراق بخصوص النوعية و كان من بين أحد نتائجها الرئيسية هو اختبار لمعرفة الأهمية النسبية التي تمثلها أبعاد النوعية للخدمة الصحية المقدمة من قبل الأطباء الاختصاص و المقيمين للمرضى الراقدين أو الزائرين للمستشفى. و توصلت الدراسة إلى وجود تقارب شديد في الأهمية النسبية و أن الفروق بسيطة إلى حد كبير ، مما يدل على تقارب الاتصال بين الأطباء و المرضى، و أثبتت هذه الدراسة تماثل الأهمية النسبية للأطباء الاختصاص و المقيمين مع المقياس المعياري المعتمد والمتمثل في مقياس كوتلر Kotler باستثناء واضح لكل من بعدي المعولية و الموسمية (البكري - 2005).

1-6- دراسة باسل الخضري

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

1-7- دراسة (حوالف رحيمة - 2013)

جاءت هذه الدراسة للبحث والتركيز على ضرورة تنمية الموارد البشرية من خلال تطبيق إدارة الجودة الشاملة عن طريق وضع برنامج لتحسين الجودة يكون أساساً للعمل الدائم والمستمر ويهدف إلى مراقبة وتحسين جودة الرعاية الصحية من خلال إستراتيجية شاملة لتطوير النظام الصحي ، لأن النظم الرقابية للجودة، تسهم في التعرف على المشكلات الإدارية أو الطبية، مع اقتراح خطوات لعلاج تلك المشكلات.

1-8- دراسة (الحوري - 2008)

هدفت الدراسة الحالية إلى تشخيص مدى إدراك العاملين في المستشفيات الأردنية الخاصة لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة التي تمثلت في رضا الزبون(المريض)، والتزام ودعم الإدارة العليا، والتحسين المستمر، بالإضافة إلى إشراك الموظفين وتمكينهم، كما هدفت إلى بيان مدى وجود فروقات معنوية في إدراك العاملين لأهمية تطبيق المبادئ إضافة إلى بيان العلاقة بين بعض المتغيرات الشخصية (الخبرة، المستوى التعليمي، المستوى الوظيفي، الحجم). ولتحقيق أهداف هذه الدراسة فقد تم تطوير استبانة وتوزيعها على عينة من المستشفيات الأردنية مكونة من 6 مستشفيات كان اختيارها وفقاً لمعيار الحجم. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- ✓ أظهرت الدراسة أن العاملين في المستشفيات الأردنية الخاصة يدركون أهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، حيث أظهرت النتائج مستويات عالية من الإدراك لجميع مبادئ إدارة الجودة الشاملة.
- ✓ بينت الدراسة وجود فروقات معنوية في إدراك العاملين في المستشفيات الأردنية الخاصة لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة تعزى لبعض المتغيرات الديموغرافية (الخبرة، المستوى التعليمي).
- ✓ توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في إدراك العاملين في المستشفيات الأردنية الخاصة لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة تعزى لبعض المتغيرات الديموغرافية (المستوى الوظيفي، والحجم).
- ✓ أظهرت الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($P \leq 0.05$) بين العوامل الشخصية بدلالة أبعادها (الخبرة، المستوى التعليمي، المستوى الوظيفي، الحجم) وإدراك أهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية الخاصة. وبناء على نتائج الدراسة تم تقديم عدد من التوصيات والمقترحات كان من بينها ضرورة استمرار دعم الإدارة العليا والتزامها في تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، بالإضافة إلى تفعيل عنصر المشاركة وفرق العمل لدى العاملين، وترسيخها في ثقافتهم التنظيمية.

2- الدراسات الغربية

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

2-1- دراسة كوزير 1963

تعتبر دراسة كوزير من أوائل الدراسات التي اهتمت بظاهرة الاغتراب في المستشفيات، حيث درس العلاقة بين كل من الاغتراب الوظيفي و البناء الاجتماعي على أحد المستشفيات في غرب أمريكا . و ركز كوزير على ضرورة عدم تطبيق نظام بيروقراطية التنظيم ، محذرا من النتائج السلبية ، إذ تؤدي إلى الاغتراب في العمل بين الأعضاء العاملين داخل المستشفى ، كما لاحظ نوعا من الاغتراب في العمل بين الفئات العاملة خاصة فئة التمريض نظرا لطبيعة علاقات العمل الداخلية في المستشفى (عبد اللطيف ماجد عنور- 1999). و هناك دراسات مماثلة في نفس الميدان تمت من قبل العديد من الدارسين كلها اهتمت بظاهرة الاغتراب التي تؤثر سلبا على مستوى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات.

2-2- دراسة أورسلوت 1984

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

2-3- دراسة (Baldwin , 1994)

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

2-4- دراسة (Bemowski, 1995)

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

* عدم وجود هدف محدد وقيادة ملتزمة * غياب التخطيط الإستراتيجي لقنوات الاتصال * عدم تكوين مجموعات عمل لتحسين الجودة * غياب الالتزام بالفلسفة ذاتها

* عدم إعطاء الأفراد التفويض الكافي اللازم لنجاح الجودة الشاملة.

2-5- دراسة (Pike and Barnes, 1996)

أجريت هذه الدراسة على قطاع الخدمات الهندسية ، واستهدفت تحديد أهم الفوائد التي تحققت نتيجة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في هذا القطاع ، وأسفرت نتائج هذه الدراسة عن أن أهم الفوائد المحققة تتمثل في : تخفيض عدد الشكاوى ، تخفيض التكلفة ، زيادة رضا العملاء ، زيادة الربحية، وجذب عملاء جدد لديهم الرغبة في دفع أتعاب أكثر مقابل الحصول على خدمة مميزة.

2-6- دراسة (Dar and Ezzey, 1997)

استهدفت هذه الدراسة الوقوف على أسباب فشل تطبيق الجودة الشاملة في المنظمات حيث وصل إلى (3) من كل (4) حالات ، وأسفرت النتائج عن أن أهم أسباب هذا الفشل يتمثل في تزايد درجة شموليتها إلى الحد الذي يجعل المناهج الخاصة بتطبيقها تتصف بقدر ملموس من الضعف.

2-7- دراسة (Dale et al., 1997)

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

- قيادة غير ملتزمة بالفلسفة

- الخوف من التغير

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

2-8- دراسة (Ruden, 1998)

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

خاتمة الجزء الثاني:

لم تعد إدارة الجودة الشاملة تقتصر على الإنتاج المادي بل تعدته إلى الخدمات. و الخدمات متنوعة و تختلف باختلاف القطاع و الهدف منها هو التميز و خلق قيمة مضافة للمؤسسة. إلا أن الخدمة الصحية تعتبر نوعا ما شائكة و تتطلب من الجودة و الدقة ما يضمن سلامتها لأنها ترتبط بالعنصر البشري الذي يعرف تعقد في المشاكل الصحية و من هنا أصبح من الضروري تقديم خدمات صحية جيدة، الأمر الذي يتطلب توفير الوسائل و التسهيلات اللازمة من المعدات و الأدوية... الخ ، و هذه يجب أن تكون جاهزة و حاضرة و بمثابة يد مقدم الخدمة الطبية الذي يكون على اتصال مباشر و مستمر مع المريض حتى يمكنه من إرشاده إلى الجهة المناسبة للحصول على الخدمات الصحية اللازمة. و يهدف أي نظام صحي إلى تقديم خدمات صحية للمواطنين و هذه الخدمات تتباين و تختلف حسب مستوى النظام ، فإذا كان متطور و مميز فإن الخدمة المقدمة في الغالب تكون مميزة و متطورة و العكس بالعكس كما تمت الإشارة إليه.

و الجودة الصحية تتضمن جانبين: جانب فني و جانب إنساني.

الجانب الفني لمفهوم الجودة ، كما سبق توضيحه، يشير إلى مدى الالتزام بالخيارات المناسبة للتشخيص وعلاج المرضى وتقديم الرعاية بمهارة عالية. و تقاس بمدى الالتزام بالمعايير المهنية للأداء ومدى ملائمة إجراءات الرعاية ومطابقتها للدلائل العلمية. ومن جانب آخر فهي تشمل كذلك ملائمة الرعاية من الناحية المهنية والأخلاقية وعدم المبالغة أو سوء الاستخدام للموارد الصحية.

أما الجانب الإنساني فيشير إلى مدى الالتزام بتقديم الرعاية بطريقة إنسانية تلاءم احتياج ورغبة المريض. ويشمل ذلك تقديم الطبيب كافة المعلومات التي يحتاجها المريض لاتخاذ قرارات الرعاية بناء على المعلومة ومن خلال المشاركة التامة في ذلك.

كما أن المستشفيات تواجه تحديات كبيرة ومتعددة لعل في مقدمتها التكاليف المتزايدة في إنتاج الخدمات الطبية، وتحديات جودة هذه الخدمات، لاسيما وأن هذه المستشفيات تتعامل مع صحة الإنسان وعامل الحياة والموت و بالتالي مواجهة هذه التحديات لن يتحقق إلا عبر إدارة الجودة الشاملة لما ينتج عنها من الاستخدام الأمثل للموارد وتقنين الإنفاق وجودة متكاملة في العمليات والخدمة المقدمة للمرضى والمراجعين للمستشفيات و لما لها من مزايا عند تطبيقها في المنظمات الصحية كما أدلينا به في نص هذا الجزء من العمل.

المراجع:

- 3- رعد حسن الصرن "عولمة جودة الخدمة المصرفية" دار الوراق, الاردن, 2008
- 4- دبوز عبد القادر، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية (حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة)، مجلة الباحث، عدد 2012/11، ورقلة.
- 5- اتكنسون/ فيليب، إدارة الجودة الشاملة : الجزء الأول التغيير الثقافي والأساسي الصحيح لإدارة الجودة الشاملة الناجحة، تعريب عبد(الفتاح السيد السقماني، مراجعة وإشراف علمي عبد الرحمن توفيق، 1996.
- 6- عبد الفتاح. إدارة الجودة الشاملة و دورها المتوقع في تحسين الإنتاجية بالأجهزة الحكومية، الأردن، 2000
- 7- زين الدين فريد. إدارة الجودة الشاملة والأيزو، مجلة البحوث التجارية، جامعة الزقازيق، العدد 1 يناير، 1995
- 8- خضير كاظم، إدارة الجودة الشاملة، دار الميسرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان، 2000،
- 9- فرانسيس ماهوني، كارل جي ثور، ترجمة عبد الحكيم أحمد الخزامي: ثلاثية الجودة الشاملة، دار الفجر للنشر و التوزيع، مصر، 1999
- 10- مأمون الدرادكة، طارق الشبلي: الجودة في المنظمات الحديثة، دار صفاء للنشر، عمان، 2002.
- 11- محمد عبد الوهاب العزاوي: إدارة الجودة الشاملة، عمان، 2004/2005
- 12- جمال أبو دولة و حمد علي النيادي: تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في منظمات الخدمة في دولة الإمارات العربية المتحدة، أبحاث اليرموك، سلسلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية، مجلد 30، عدد2، 2003.
- 13- ستيفن كوهين و رونالد براند: إدارة الجودة الكلية في الحكومة، دليل عملي لواقع حقيقي، ترجمة عبد الرحمان بن أحمد هيجان، معهد الإدارة العامة، السعودية، 1997
- 14- رولا محمد شفيق: مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الأجهزة الحكومية في الأردن، رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن، 2004
- 15- Gérard TAKER, Michel LONGBOIS : Marketing Des Services, Edition De Nord, 1992.
- 16- Thompson, Dosoyza and Gale, (1985), "The strategic management of service quality", Quality Progress, .
- 17- C. H. Lovelock, (1991), "Understanding costs and Developing Pricing strategies, service marketing", New York: Prentice Hill, .
- 18- Dennis L. Foster (1992), "Marketing Hospitality: sales and Marketing for Hotels and Resort", Macmillan/ Mc Graw-Hill publishing company, .

- 19- Lancaster, Geoff and massing ham, (2001), "*Lester Essentials of marketing*", 2nd ed, Mc Graw – Hall, inc. .
- 20- Christopher, Martin and Mc Donald, Malcolm, (2001), " *Marketing and introduction*", intend. Macmillion press, Ltd.
- 21- C. Gronroos, (2001), "*A service Quality model and its marketing implications*", European Journal of marketing 18(4), P. 44. Practices , Long Range Planning, Vol. 38 , NO. 3, ..
- 22- Kotler, P. and Armstrong, G, (2006), "*Principles of Marketing* ", Prentice–Hall, .
- 23- Stanton, W. J, (2006), "*Fundamentals of Marketing*", Mc Grow–Hall, N. Y, .
- 24- Edris, Thabet A. and Mona R. Al Ghais, (1996), "*Education service Quality as perceived by Kuwaiti consumer: An application of the servperf scale*", middle East Business Review, University of London, Vol. I, No. I, .
- 25- Palmer, Adrian, (1994), "*principles of services marketing*", Mc Graw-Hill Book Co., Inc, London.

الجزء الثالث:

إدارة الجودة الشاملة في

المستشفيات

الجزائرية

مقدمة

تعد الصحة من المفاتيح الهامة في مجال تحقيق التنمية التي تشغل بال مختلف الدول، المتقدمة منها أو النامية على حد سواء. حيث تساهم في زيادة الإنتاج ورفع الإنتاجية وتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية. فتحسين وتطوير الوضعية الصحية للأفراد هو نواة التنمية وهدفها، لأن الشخص المكتمل صحيا يكون قادر على العمل والإنجاز. ولا شك أن الجزائر ومنذ الاستقلال عملت على وضع مبادئ أساسية تقوم عليها السياسة الصحية وذلك سعيا منها لتجسيد حق المواطن في العلاج كما نصت عليه المواثيق والدساتير، والذي هو الآن حق من حقوق المواطن، هذه السياسات عرفت نجاحات وانتكاسات وذلك عبر المراحل المختلفة التي مرت بها الجزائر.

فبعد أن ورثت الجزائر منظومة صحية هشّة غداة الاستقلال تميزت بالانهيار في عدد العاملين خاصة الأطباء ومؤسسات صحية سيئة، كان لابد من اتخاذ إجراءات تساهم في تحسين الحصول على الرعاية الصحية، وتجسدت بالفعل بتبني المشروع الاشتراكي من خلال قرار 1974، المتعلق بمجانبة العلاج، تضييق مجال نشاط القطاع الصحي الخاص، إصلاح التعليم الطبي في مختلف التخصصات، و إنشاء قطاع الصحة و محاولة تطويره.

فكان المهم تحقيق الرعاية الصحية من خلال تحقيق أكبر قدر من توزيع الخدمات الصحية الأساسية، دون مراعاة للفاعلية أو النوعية. فشهدت إنجازات هامة في مجال تخفيض معدلات الوفيات وإحراز كبير في الهياكل الصحية والوسائل التابعة لها، بمعنى قد طرأت تغيرات جذرية كمية ونوعية على المشهد الصحي من حيث عدد الهياكل والإمكانات والمعنيين العاملين في هذا القطاع.

ورغم كل أشكال هذا التقدم في المجال الصحي المؤكدة خلال هذه الفترة، مع بداية التسعينات ومع تحول الوجهة إلى نظام اقتصاد السوق، بدأ التفكير في إدخال إصلاحات على المنظومة الصحية، تتوافق مع التوجه الجديد، فكان التعديل الهيكلي لهذا القطاع.

فبعد انتقال الجزائر من اقتصاد مركزي إلى اقتصاد أكثر انفتاحا، أصبحت تعرف تحولات كبيرة في ثلاث مجالات أساسية، اقتصادية، ديموغرافية، ومرضية. حيث تكمن التحولات الديموغرافية في الآثار التي ستحدثها على التركيبة السكانية وتجديدها،

وكذا على الاقتصاد والمجتمع وكذا في التراجع المحسوس لمؤشرات الخصوبة. أما التحولات في خريطة المرض، تكمن في تنامي أعباء الأمراض غير المتقلة، مع استمرار تواجد الأمراض المتقلة.

ثم كان للتوازنات الاقتصادية الكبرى التي تم تحقيقها، آثار سلبية على الجبهة الاجتماعية، من خلال ضعف القدرة الشرائية للأسرة الجزائرية، وارتفاع مستويات البطالة. أما النفقات الوطنية للصحة، ورغم نموها بالقيم المطلقة، فإن حصتها من الناتج الداخلي الخام قد عرفت تراجعا منذ تطبيق برامج التعديل الهيكلي.

ضمن هذا الإطار، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، أصبح أكثر من ضرورة في الوقت الراهن، وذلك بالنظر لمجمل الاختلالات المسجلة في مجالات التسيير، وضعف التكامل بين القطاعين العام والخاص. هذا الأخير، ورغم تطوره المتسارع في السنوات الأخيرة، إلا أن المعلومات المتعلقة بمستويات نشاطه على المستوى الوطني، تبقى غير مكتملة لدى متخذي القرار.

فحتمية تسريع إصلاح صحي عميق، من خلال تبني جملة من الإجراءات الهادفة لتحسين أداء منظومة العلاج الجزائرية، يقوم أساسا على تقريب الصحة والمنشآت الصحية العمومية من المواطن، في إطار ما يعرف بالصحة الجوارية، لتكريس التوازن الجهوي في عرض العلاج، وخلق نوع من التسلسل في طلب الخدمات الصحية.

وترتيب مستويات العلاج، مع إعادة التركيز على الوقاية والعلاج العادي، والتكفل بالانتقال الوبائي والفوارق الجغرافية وتحسين نوعية الخدمات. بالإضافة إلى مضاعفة الهياكل الصحية وترميمها، وتأهيل الإمكانيات التقنية وفتح الاستثمار الاستشفائي في وجه القطاع الخاص الجزائري والأجنبي. وتطوير تسيير المستشفيات، وتحديد مقاييس الجودة ومؤشرات النجاعة الخاصة بالهياكل الصحية.

وعلى هذا الأساس، سوف نحاول في هذا القسم التطرق إلى واقع المستشفيات في الجزائر وبالتالي واقع الصحة، ومن ثم مدى تحقيق أو إخفاق السياسات والبرامج الصحية للأهداف المنتظرة والمسطرة.

أولاً: تطور المنظومة الصحية الجزائرية

هناك إجماع بين الخبراء حول الأسس الرئيسية في تقويم أداء النظم الصحية، وهي عبارة عن خطوط كبرى، ومبادئ كبرى مترابطة بينها، ومن خلالها ترصد نجاحات أو إخفاقات المنظومة الصحية. وقد تم تحديد ثلاث مؤشرات تعتمد في ذلك التقويم، وأول هذه الشروط نجاعة المنظومة في عملية العلاج، وثانيها الفاعلية الاقتصادية، وثالثها العدالة في توزيع العلاج لطالبيه. وللوصول إلى تحديد هذه المؤشرات للمنظومة الصحية الجزائرية، كان لابد من التطرق لمختلف الحقبات التاريخية التي عرفتها هذه المنظومة.

1- الحقبات التاريخية التي عرفها تطور قطاع الصحة بالجزائر

لقد واجهت المنظومة الصحية في الجزائر المستقلة، حقبات متباينة في تاريخها، اتسمت بمنعرجات حاسمة.

1-1- حقبة ما بعد الإستقلال 1962

ورثت الجزائر غداة الاستقلال وضعية صحية لا يرثي لها نتيجة الظروف الاجتماعية والاقتصادية وسوء التغذية، ونقص التأطير خاصة في الميدان الطبي. ونقص التغطية الصحية التي خلقت فوارق اجتماعية وجهوية كبيرة.

لقد عرف القطاع الصحي بالجزائر وضعاً صعباً، إذ غادر أغلب الأطباء الفرنسيين البلاد، وتتابع سيل الخروج مع سنوات الاستقلال الأولى، ولأن الإدارة الاستعمارية حالت دون تكوين أطباء جزائريين، إذ لم يكن عدد الأطباء الجزائريين يتجاوز 285 (**بويوسف عصام الدين زهير، 1993-1994**) طبيب، بعضهم ما يزال طالبا آنذاك. ففرنسا الاستعمارية كانت تبني الخدمات الصحية، وتوجد مؤسسات الاستشفاء، بحسب توزع المعمرين المدنيين، وفي بعض المناطق الصحراوية، أوجدت مستشفيات عسكرية هدفها خدمة جنودها .

كان القليل من الجزائريين المحظوظين، يستطيع أن يستفيد من تلك الخدمات، لقد كان الشرط الثالث من شروط المنظومة الصحية غائبا وهو العدالة في توزيع العلاج، حيث ينعم به قلة من المعمرين في المدن الكبرى، ويحرم منه غالبية أهل البلاد الجزائريين. فتميزت هذه الحقبة بالانحياز في عدد العاملين خاصة الأطباء أغلبهم متمركزين في المدن الكبرى، طاقم شبه طبي غير مؤهل، مؤشرات صحية سيئة (ارتفاع معدلات الوفيات، انتشار الإصابات بسبب الأمراض المعدية و انخفاض متوسط العمر المتوقع أقل من 50 سنة) (F. Z. OUFRIHA , 1992) وانعدام التجربة في مجال التسيير للطواقم الإداري.

ونظرا لهذه الأسباب ومع محدودية الموارد، إن السياسة الصحية خلال هذه الفترة كانت محدودة في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها، كان لا بد على وزارة الصحة اتخاذ إجراءات لمعالجة هذا الوضع. فكان 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 سياسية صحية على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيحية لبعض الأمراض الفتاكة والمعدية. فكان بذلك ميلاد قرار 1974.

1-2- قرار مجانية العلاج في 1974 و توابعه

ذلك الإقصاء والتعسف خلال الحقبة الأولى، سنجد أثره في القرار الذي اتخذته وزارة الصحة لمكافحة الأمراض المعدية و تحسين الحصول على الرعاية الصحية، بتجسيد المشروع الاشتراكي الذي يدعو إلى أن النظام الصحي خدمة عمومية و العيادات الخاصة تساهم في هذه الخدمة (D. BENAMOUZIG, 2005). و نفذته اعتبارا من فاتح جانفي 1974 (A. SAIHI , 2005) ، وهو قرار يتعلق بمجانبة العلاج، تضيق مجال نشاط القطاع الصحي الخاص، إصلاح التعليم الطبي في مختلف التخصصات، و إنشاء قطاع الصحة و محاولة تطويره.

وابتداء من أواخر السبعينيات يلاحظ التطور السريع في عدد الخرجين، سواء من الأطباء أو شبه الطبيين، ورافق ذلك بناء و انجاز الكثير من الوحدات الصحية القاعدية (العيادات الشاملة و المراكز الصحية)، وبعض المستشفيات. فالسمة الأساسية لتلك المرحلة هو تحقيق الرعاية الصحية، إصلاح التعليم الطبي في مختلف التخصصات من خلال التدريب و البحث وإنشاء قطاع الصحة و محاولة تطويره بتوسيع نطاق التغطية الصحية. فكان المهم تحقيق أكبر قدر من توزيع الخدمات الصحية الأساسية، دون مراعاة للفاعلية من حيث النوعية، حينها لم يكن حساب التكاليف بالمعنى الاقتصادي، هاجسا أوليا في تصور صانع القرار، حيث كانت الأدوية تصرف مجانا، وكان الإنفاق بغير حساب إلى حد التبذير .

1-3- حقبة الثمانينات والتسعينات و عواقبها

بسبب أزمة انخفاض عائدات النفط خلال الثمانينات، لاحت نذر الأزمة الاقتصادية، ودخلت البلاد في تحولات عميقة مع بداية سنوات التسعينيات، كان أهمها تحول الوجهة إلى نظام اقتصاد السوق. ومعه بدأ التفكير في إدخال إصلاحات على المنظومة الصحية، تتوافق مع التوجه الجديد، فاضطر القطاع الصحي للتعديل الهيكلي .

لكن ذلك التوجه اقتصر على التنفيس على النشاط الخاص، حيث بدأت تظهر المصحات الخاصة، الأمر الذي دفع بالكثير من الكفاءات الطبية إلى مغادرة القطاع العام، لكن أغلب ذلك النشاط تركز في المدن الكبرى، حيث إمكانية تحقيق الربح، وبدت مظاهر العجز على كثير من مصالح القطاع العام، وهنا عادت مشكلة العدالة في توزيع العلاج، فالعلاج بالقطاع الخاص غير متيسر للجميع .

فشهد نظام الرعاية الصحية خلال هذه الحقبة، انخيارا جعله يعاني من نقص في المجالين التقني والعلاجي، و أدى إلى تدهور وضعية مختلف الهياكل الإستشفائية و الخدمات المقدمة بها، وتذمر العديد من الأطباء بسبب سوء الوضعية المهنية والاجتماعية،

وظهور العيادات الخاصة المنافسة (www.revues.org , M. MEBTOUL, 1999)

خلال هذه المرحلة، أصبحت وضعية المستشفيات سيئة عموماً على جميع المستويات. تكمن خطورة عدم مطابقة بنايات المستشفيات الجزائرية لمعايير بناء المستشفيات العالمية و هندسة بناء المرافق المعتمدة من قبل المنظمة العالمية للصحة، في مساهمتها في انتشار الأمراض المعدية المتنقلة في الوسط الصحي، باعتبار أن المصالح الإستشفائية و غرف العمليات و الإنعاش أكثر الأماكن التي تنتشر فيها بكتيريا و ميكروبات الأمراض المعدية. فنلاحظ سواء من حيث المباني و التصميم الهندسي الذي لا يتجاوب مع طبيعة المستشفيات العلاجية و الصحية، بما أن أغلب هذه المستشفيات قديمة و مهترئة تعود مجملها للحقبة الاستعمارية و معظمها شيدت ككتكات عسكرية أو مؤسسات إدارية، لا تستجيب لمواصفات التصميم العلاجي و الصحي من جهة، و غياب "حلقة التعقيم" في التصميم الهندسي من جهة أخرى. أو من ناحية نقص العتاد الطبي و غياب صيانتها و اليد العاملة المؤهلة لذلك و المتابعة التقنية للأجهزة المتطورة خاصة في مجال التشخيص، مما أثر سلباً على الخدمات الصحية و بالتالي تعطيل العملية العلاجية. وإذا كان الجانب المادي و الطاقم الطبي و شبه طبي قد ساهما في الخلل الأساسي لضعف المنظومة الصحية، فلا نستبعد العوامل الأخرى المتعلقة بعوامل الاستقبال و التعامل البسيكولوجي السيئ و عامل النظافة و انتشار الأمراض المعدية داخل المستشفيات.

فبطيلة هذه المرحلة، ظل القطاع العمومي و ما يزال، يبتلع الميزانيات دون رقابة حقيقية، و تحول إلى مؤسسات تعمل وفق نظام بيروقراطي، تغلب عليه ذهنية قطاع خدمي عام، أكثر من قطاع يوفر العلاج وفق المنظور العلمي. فبالرغم من الإمكانيات الهائلة، فإن المردود ضعيف و الجودة غائبة.

طبعا هذا بصفة عامة، أما إذا تعلق الأمر ببعض المناطق الداخلية و الصحراوية، فإن المشهد أكثر سوءاً، فحتى بعد لجوء الوزارة إلى إجبارية الخدمة المدنية للأطباء الأخصائيين الجدد، فهذا الحل يبقى ظرفياً لأنه يتطلب تخرج دفعات كبيرة من الأطباء كل عام، وهو ما تحول دونه عقبات موضوعية، كغياب مصالح التأطير اللازمة، و مشكلة استيعاب الفائض الديمغرافي الطبي، في ظل زيادة عدد البطالين في صفوف الأطباء .

لذا يجب التفكير في نظم بديلة لانتشار الكفاءات الطبية، خاصة في ما يتصل بالاختصاصات القاعدية، كالجراحة و طب النساء و طب الأطفال و جراحة العظام.

فظام التعاقد كأبرز وجه لإصلاحات المنظومة الصحية، يمكن أن يحقق متطلبات العدالة و النجاعة الاقتصادية، ولكن يبقى الدور الأكبر على التكوين الأصلي و المتواصل للنهوض بجانب نوعية العلاج و العناية اللازمة بما.

2- أهمية الخريطة الصحية

الهدف من وضع خريطة صحية وطنية هو تقليص الفوارق بين الفئات و توسيع الاستفادة من الإمكانيات المتوفرة و الخدمات و التجهيزات الاجتماعية.

فأهمية الخريطة الصحية كشكل أساسي للنظام الوطني للصحة (حسب المادة 06 من القانون رقم 85 - 05) و كوسيلة لتطبيق السياسة الصحية، تركز على دراسة الظواهر و التغيرات بغرض وضع خطط تتلاءم و القدرات المتاحة (OCDE1997).

فهي تعمل على تصحيح الفوارق بين المناطق و المدن على أساس التمرکز السكاني (&M.AGUERCIF)

(F.AGUERCIF Meziane, 1993).

فالخريطة الصحية تهدف إلى عقلنة الموارد من طرف النظام الصحي و تحديد الإطار الأمثل لتنمية مختلف مكونات عرض العلاجات (التجهيزات الأساسية و المعدات البيوطبية المتطورة و الموارد البشرية) على المدى المتوسط و البعيد، فضلا عن الضبط و التنظيم الكمي و الكيفي لهذا العرض.

فهي تتضمن بذلك آليات تتيح التحكم في انتشار عرض العلاجات الصحية العمومية والخاصة، حيث توجه السياسة الصحية نحو التكامل بين القطاعين العام والخاص وتجعلها وسيلة فعالة لترشيد الاستثمارات في الميدان الصحي. وقد ارتكز نشاط القطاع الصحي الحكومي ضمن هذا الإطار، في مجالي الخدمات الصحية الوقائية و الرعاية الصحية الأولية وفي مجال المستشفيات العامة، إلى جانب القطاع الخاص في مجال الطب العلاجي، الأنشطة الطبية المساعدة و مستشفيات الاختصاص.

أما البطاقة الصحية الجديدة، فتعمل على إعادة تنظيم وحدات الرعاية في الفصل بين الهياكل خارج نطاق المستشفيات (المستوصفات، غرف العلاج وهياكل العلاج في المستشفيات)، وتكريس المزيد من وحدات الوقاية والرعاية الأساسية و الاستشفاء، والرعاية المتخصصة و العلاج على مستوى عال.

فقد تميزت هذه الخريطة الصحية بإنشاء مؤسسات العمومية للصحة الجوارية والتي من مهامها ضمان تنفيذ برامج الوقاية والرعاية الأساسية، وإنشاء المستشفيات العامة المستقلة إداريا ومهامها تركز على تقديم مجموعة واسعة من الخدمات العلاجية و محور الفوارق الجغرافية. وهذا كله من أجل تحقيق الرعاية الصحية الشاملة من خلال (حسب المادة 08 من القانون رقم 85-05): الوقاية من الأمراض على جميع المستويات، التشخيص المبكر والعلاج، إعادة تأهيل المرضى والتثقيف الصحي.

وبالرغم من صفات الخريطة الصحية الجديدة، فقد صرح وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ولد عباس (elmoudjahid.com)، بأنه يجب إعادة النظر في الخريطة الصحية الحالية لأنها "لم تأخذ بعين الاعتبار التوزيع السكاني للقطر الجزائري".

لذا يجب على الجزائر وضع خريطة صحية بمقاييس عالمية تنقص من معاناة المواطن وتشرك جميع المختصين و خبراء القطاع. فيتوجب على وزارة الصحة أن تجري في هذا الإطار دراسة تشمل كافة التراب الوطني تتوخى فيها أساسا وضع مقارنة جديدة لتخطيط عرض العلاجات تركز، إلى جانب العامل الديمغرافي الذي يؤثر على خطط التنمية ونتائجها والتقسيم الإداري، على ضمان الحد الأدنى لمردودية الموارد ولحاجيات السكان وعلى خصوصيات كل منطقة ومحددات الصحة وعوامل أخرى تتيح توزيعا أمثل للموارد.

3- تطور النظام الإداري الإستشفائي في الجزائر

إذا كانت الإدارة حسب HUTCHINSON "فن ومهارة تجميع بعض الموارد البشرية والمادية لتحقيق نتائج محدودة" (أحمد محمد المصري، 1998)، فهي ك ممارسة تعتمد على الاستخدام الأمثل والفعال للموارد البشرية، المادية، المالية، المعلومات، الأفكار والوقت من خلال عملية التخطيط، التنظيم، التوجيه والرقابة، لتحقيق الأهداف المسطرة.

ورغم أن الإدارة غير ملموسة، إلا أن نتائجها يمكن قياسها، حيث أنها وسيلة وليست غاية لتحقيق الأهداف. إذا بمفهومها العام والشامل تعنى التدبير في استخدام الموارد المتاحة لتقديم أفضل خدمة وخفض التكلفة إلى أدنى حد يحقق رغبة دون التضحية بجودة الخدمة المقدمة. ومن هنا لا يختلف مفهوم إدارة المستشفيات عن مفاهيم إدارة الهيئات والفعاليات الأخرى، إذ ينطبق على المستشفيات تعريف الإدارة بأنها "إنجاز لأهداف تنظيمية بواسطة الأفراد وموارد أخرى".

ولكن باعتبار المستشفى منظمة معقدة التركيب، متعددة الأنشطة و متنوعة الفئات، فهو أكثر حساسية من المنشآت الأخرى، لأنه مكان يتصف بالعلاقة المباشرة الأكثر إنسانية و نبل (الراحة والعلاج) بين الزبون (المريض) ومن لهم خاصية التكفل به من قوى بشرية عاملة للقيام بادوار محددة تتعلق باستخراج الخدمة المميزة . وبالتالي العملية الإدارية به تكون على مستوى من التعقيد.

فإدارة المستشفى تتطلب تعاوناً وتنسيقاً وتكاملاً بين جميع الأفراد العاملين في المستشفى، ابتداءً من الإدارة العليا، مروراً بالكادر الطبي المتخصص والمتدرب، والتمريضي والإداري والمالي والفني الطبي وفنيي الصيانة، و انتهاءً بعمال النظافة في المستشفى.

ومن هنا تأتي خصوصية إدارة المستشفى، إذ تشترك كل أنواع الأطر العاملة في المشفى لخدمة مريض واحد، وتقديم العون والخدمة الطبية اللازمة له وعدم إرهاقه. فضلاً عن خصوصية أخرى أكثر أهمية هي أننا نتعامل مع حياة إنسان، ولذا فإن الخطأ ممنوع وإن كان ممكن الحدوث.

فمهما اختلفت مستوياتها، تخصصاتها، والتصنيفات التي تنتمي إليها المستشفيات (من شاملة، متخصصة، استثمارية...) نظراً لاتساعها لاستقبال العديد من الفئات المختلفة، يتضح أن الإدارة هي الفاصل في نجاح المستشفى أو فشله في مستوى أداء الخدمات الطبية من خلال الأهداف الموضوعية.

فإدارة المستشفيات الناجحة هي التي تعمل على تحقيق أهداف المستشفى بكفاءة، من خلال استخدام الموارد والإمكانيات المتاحة و حسن تعاملها مع الجمهور وكسب ثقته، من جهة، ومع إمكانية الأخذ في الاعتبار المعوقات المتوقعة وتحديد كيفية التعامل معها أو تفاديها من جهة أخرى.

ومن هنا، نستنتج أن الإدارة في المستشفى هي عملية اتخاذ عدة قرارات تحكم سلوك وتصرفات القوى البشرية المنفذة للخدمة الصحية واستغلال العناصر المادية من أجهزة وتقنيات حديثة، لتحقيق هدف محدد بأعلى كفاءة أداء تتمثل في تخفيض الوقت والجهد والتكلفة إلى أدنى حد وتعظيم العائد، ألا وهو تحقيق الشفاء والراحة للمريض وبما يضمن استمرار تقديم الخدمة بنفس الكفاءة.

وعلى هذا الأساس، يتميز النظام الإداري بصفة عامة في الجزائر، باحتلال أصحاب المناصب العليا في السلم الإداري (الطبقة البرجوازية التكنوقراطية) و أصحاب المناصب الوسطى والأدنى للسلم (البرجوازية الصغرى) لآليات تنشيطه. وهناك من ذهب إلى أبعد من ذلك، فهم يعتقدون بوجود أنظمة معقدة تتحكم في تنشيط الجهاز الإداري، أساسها العلاقات الشخصية من خلال تحالفات يصعب تحديدها، تعمل داخل و خارج الجهاز الإداري الرسمي، و ليس على أساس نظام إداري قائم على أسس و مبادئ علمية (ناصر دادي عدون، 2004).

فإذا كان هذا حال النظام الإداري عموماً، فكيف سيكون حال النظام الإداري الصحي، فهو لا يستبعد مما تعانیه باقي الأنظمة الإدارية الحكومية. فارتباطه الوثيق بمختلف شرائح المجتمع، جعله حساساً بقدر كبير يفرض على القائمين عليه التفكير في الحلول والاستمرار في إصلاحه لتحسين الآفاق المستقبلية في مجال الصحة.

لقد كانت المؤشرات الصحية غداة الاستقلال تنذر بالخطر، بسبب تدهور القطاع الصحي عموماً و قطاع المستشفيات خصوصاً ، بسبب قلة الكادر الطبي، التمريضي والإداري، وانعدام الخبرة في مجال تسيير المؤسسات الصحية الكبرى من جهة ، وتدهور الحالة الصحية للسكان جراء الأمراض الخطيرة نتيجة سوء الحالة الاجتماعية من فقر وبطالة وسوء تغذية، من جهة ثانية.

فبالرغم من قطع الجزائر أشواطاً في مجال تحسين الوضع الصحي، يبقى هناك عجزاً في مجال الخدمات الصحية على مستوى المناطق النائية بسبب الفوارق الجهوية وعدم ملائمة الهياكل الصحية نسبة لتطور الخدمة الصحية (Abdelhak SAIHI, 2005).

وللارتقاء بمستوى الخدمات الصحية إلى نوعية توازي مستوى المقاييس العالمية، يجب مواصلة الجهود ضمن هذا الإطار، من خلال البحث عن أنجع السبل لبلوغ الأهداف المسطرة واستغلال الموارد المالية أحسن استغلالاً وبصفة عقلانية.

فقد لجأت الدولة لتحسين الرعاية الصحية للمواطنين بالتحصين ضد الأمراض وعلاج المرضى عن طريق المستشفيات والعيادات الصحية. ولكن هذه الإجراءات كانت غير كافية بالموازاة مع التطور المستمر للنمو السكاني، الذي أصبح يتطلب إنشاء مستشفيات جديدة، زيادة عدد الأسرة في المستشفيات الموجودة والقائمة، وتوفير الأدوية اللازمة، مما ينجر عنه توفير موارد مالية معتبرة.

وهذا ما أكدته برنامج العمل التاسع 1996 لمنظمة الصحة العالمية، حيث اعتبر الصحة جزء لا يتجزأ من التنمية الاقتصادية والاجتماعية، فأضحى من المسلم به اعتمادا على العديد من الدراسات والتقارير أن الفوارق في المؤشرات الصحية بين الدول وبين المجموعات المختلفة داخل الدولة الواحدة ما هي إلا انعكاسات للفوارق في التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وبالتالي اعتبرت هذه المؤشرات مقياسا لمخرجات التنمية الشاملة (محمد عثمان عبد المالك/ <http://www.sjph.net.sd>).

فالصحة ليست فقط حقا أساسيا من حقوق الإنسان، وإنما كذلك من مصادر الرفاهية الاجتماعية، الاقتصادية والفردية. وعملا بهذا المبدأ، تبنت الجزائر في دستورها حق المواطنين في حماية صحتهم، فالتحذت منذ 1995 العديد من الإجراءات لتحقيق أهداف سياسة الصحة العامة، من خلال ضمان تطبيق مصلحة الرعاية الصحية الأساسية و برامج صحية وطنية بتوفير إمكانية الحصول على المزيد من المساواة في الحصول على فوائد الرعاية الصحية.

وعلى إثر تطبيق هذه الإجراءات من خلال تحسين مستوى معيشة الأفراد وتنفيذ البرامج الوطنية للصحة (كمكافحة الأمراض الخطيرة، توسيع برامج التطعيم والتحكم في معدلات الخصوبة للسكان)، فقد سجلت عدة مؤشرات، وان كانت متباينة، تظهر التقدم الحقيقي على المستوى الصحي، منها الانخفاض المحسوس في معدل الوفيات وارتفاع معدل العمر المتوقع، إلى جانب مؤشرات تنامي الأمراض غير المتنتقلة (داء السكري، ارتفاع الضغط الشرياني، أمراض القلب....) على شكيمة الدول المتقدمة.

ثانيا: واقع التطور الكمي والنوعي للمستشفيات الجزائرية

إذا كان يقاس تحضر المجتمعات على معيار التطور في مجال الخدمات الصحية، فقد تجلّى ذلك في الجزائر ضمن خطط التنمية الاقتصادية منذ الاستقلال إلى يومنا هذا. حيث تزايد الاهتمام بالقطاع الصحي من ناحية الزيادة في الإنفاق والتوسع في إنشاء المستشفيات والمراكز الصحية. وخلال هذه المراحل قد حقق القطاع الصحي تطورا ملموسا من حيث توفير الأجهزة والمعدات الطبية الحديثة، تكوين و تدريب الإطارات الطبية والفنية، وكذا توسيع الخدمات الصحية بإنشاء عدة مراكز و مستشفيات في أنحاء متفرقة من البلاد.

ونظرا لتنوع مستوى المؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية في الجزائر، فبالضرورة يوجد تفاوت كبير في مستوى هذه الخدمات من حيث الجودة والتكاليف.

1- واقع البنية التحتية

تعد المؤسسة الإستشفائية في الجزائر مؤسسة عمومية، تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلالية الواسعة في التسيير، مهامها استقبال و علاج المرضى، خاصة بعد إقرار مجانية التعليم والصحة (بويوسف عصام الدين زهير، 1994).

فبعد أن كان عدد المستشفيات 156 في سنة 1962 أصبح يقدر ب 181 مستشفى في سنة ، ليصل إلى 460 مستشفى في 2009 (www.ands.dz).

نلاحظ أن العدد المحتشم 25 لإنشاء المستشفيات ما بين 1962 و1990، يرجأ إلى عدم قدرة الدولة على توجيه استثمارات جديدة في مجال الصحة، إضافة إلى أن ميزانية الصحة كانت مركزة على تجهيز المستشفيات الموجودة وتطويرها.

وبإعادة الهيكلة في 1998 استفادت البنية الأساسية للصحة من إنشاء قطاعات صحية جديدة (المستشفيات المتخصصة، المراكز الصحية الجوارية إلى جانب المستشفيات الجامعية) (حسب 97-465، N°97 Décrets exécutifs N°97-466, N° 97-467)، وبالتالي تضاعف عدد الإنجاز بالنظر إلى ما أنشئ منذ الاستقلال. ويتوفر قطاع الصحة على الموارد المادية، البشرية والمالية التي تساعده على تأدية دور الخدمة الصحية حسب المعايير العلمية والدولية.

1-1- الهياكل الصحية

إن الهياكل الصحية وتوزيعها يؤثر على كمية ونوعية الخدمات الصحية المقدمة، وبالتالي ينجر عنه من العدالة والاستجابة للاحتياجات الصحية التي تساهم في رفع المستوى الصحي للسكان. ووفق النظام الصحي الجزائري، تتنوع الهياكل الصحية من حيث الحجم، نوعية الخدمات المقدمة، دورها ودرجة تخصصها إلى مستشفيات، مراكز صحية، عيادات وقاعات علاج، مما يسمح بتسهيل تقديم هذه الخدمات. الجداول التالية توضح الهياكل الصحية للقطاع العام والخاص:

الجدول 1: الهياكل الصحية لسنة 2006

الهياكل الصحية للقطاع العام	
العدد	نوع الهياكل الصحية
13	المراكز الإستشفائية الجامعية (CHU)
31	المؤسسات الإستشفائية المتخصصة (EHS)
224	المستشفيات العامة
504	العيادات المتعددة الخدمات
5368	المراكز الطبية و المستوصفات (SCS)
515	المراكز الطبية الاجتماعية (CMS)
1121	وحدات الكشف ومتابعة الصحة المدرسية
80	الوحدات الطبية الوقائية في الوسط الجامعي
120	مراكز نقل الدم
989	الصيدليات
54000	بطاقة استقبال، عدد الأسرة، بمعدل 1.88 سرير لكل 1000 نسمة
الهياكل الصحية للقطاع الخاص	
221	عيادة عاملة
3400	عدد الأسرة
الهيئات التابعة للقطاع العسكري	
01	مستشفى مركزي
06	مستشفيات جهوية
03	عيادات متعددة الخدمات
02	عيادتين للتوليد

المصدر:

Brahim BRAHAMIA, « Quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie », Université Mentouri – Constantine, <http://www.coopami.org/fr> et <http://www.andi.dz/ar>.

الجدول 2: الهياكل الصحية الأساسية لسنة 2009

الهياكل الصحية	
العدد	نوع الهياكل الصحية
13	المراكز الإستشفائية الجامعية (CHU)
31	المؤسسات الإستشفائية المتخصصة (EHS)
312	المستشفيات العامة
605	العيادات المتعددة الخدمات
5692	المراكز الصحية وقاعات العلاج

60800	عدد الأسرة للقطاع العام
7200	عدد الأسرة للقطاع الخاص، ل390 عيادة عاملة

المصدر:

Brahim BRAHAMIA, op.cit, <http://www.coopami.org/fr>

نلاحظ من خلال الجدولين (2) و(3)، أنه على مر ثلاث سنوات، أن هناك زيادة في الهياكل الصحية سواء على مستوى القطاع العام أو القطاع الخاص، تجسدت بارتفاع عدد الأسرة من 58400 (54000 و 3400) سرير في 2006 إلى 68000 (60800 و 7200) سرير في 2009.

أ- المراكز الإستشفائية الجامعية

يعد تأمين الرعاية الصحية والعلاج من أهم الخدمات التي تقدمها المراكز الإستشفائية الجامعية للمجتمع والبيئة المحيطة بها. إضافة إلى دورها من النواحي التعليمية و التدريبية لطلبة الجامعات لكليات الطب، لأنها وحدات متكاملة تضم جميع الخدمات الأساسية و الثانوية وكل الوحدات التخصصية، التشخيصية و العلاجية التي تسمح بالتأهيل للمتدربين وتساهم في تطوير الأبحاث ضمن منظومة الخدمات الصحية التعليمية.

ب- المؤسسات الإستشفائية المتخصصة

بغية تعزيز الرعاية الصحية، تخفيف المشاكل الصحية و خفض التفاوت الملحوظ للأوضاع الصحية بحسب المناطق على المستوى الجغرافي، أنشئت المؤسسات الإستشفائية المتخصصة. كان دورها تحقيق رعاية صحية رفيعة المستوى خاصة في مجال طب الأطفال، جراحة القلب، جراحة العظام، جراحة المخ والأعصاب، طب العيون، زرع الأعضاء، و إنشاء مستشفى مرجعي للأطفال. إضافة إلى تعزيز برامج الوقاية لمنع مخاطر محددة من السرطان عن طريق الفحص لأنواع أكثر انتشارا و الاعتناء بالمصابين بداء السرطان.

ويحتوي النظام الصحي في الجزائر 62 مؤسسة إستشفائية متخصصة، 31 مؤسسة مسجلة، 16 متخصصة في صحة الأم والطفل كان هدفها الاهتمام بالجانب الصحي للمواليد الرضع وتوفير الرعاية الصحية للأمهات أثناء الولادة وبعدها، لتقليل من نسبة الوفيات عند هذه الفئات، و 15 مركز مضاد للسرطان، منها 08 هي في طريق الإنجاز و 07 أخرى سجلت ضمن مخطط انشاء مصالح علم الأورام الطبية و المسجلة في قانون المالية لعام 2008 (حوالف رحيمة، 2011).

ت- المستشفيات العامة

المستشفيات العامة هي من القطاعات الصحية الهامة، إذ تتمتع بالاستقلالية الإدارية ومهامها تقديم مجموعة واسعة من الخدمات العلاجية لمحو الفوارق الجغرافية.

ث- المؤسسات الإستشفائية الجوارية

المؤسسات الإستشفائية الجوارية ظهرت بعد الإصلاح في 2007، وهي تسمية أطلقت على العيادات متعددة الخدمات قبلا، كمؤسسات عمومية للصحة الجوارية (EPSP)¹ هدفها ضمان تنفيذ برامج الوقاية و الرعاية الأساسية. بالإضافة إلى هذه الهياكل، وسعي منها لتجسيد برنامج الخريطة الصحية تم تكثيف المؤسسات الصحية لتحسين الحصول على خدمات الوقاية الأساسية و الرعاية الصحية الأولية، من خلال إنشاء المستوصفات و المؤسسات الصحية الجوارية حول المستشفيات العامة للمدن الكبرى وكذا شبكة من قاعات العلاج.

¹(EPSP) Etablissements Publics de Santé de Proximité

2- المعدات و التجهيزات

عرفت الأجهزة و المعدات الطبية حالات من العطب والإهمال من جميع الفئات، فحسب الجدول رقم (04) نلاحظ أن 4058 جهاز في حالة عطب من بين 20418 جهاز لسنة 1998، أي بمعدل 20% من عدم التشغيل. وكانت حصة الأسد من العطب لأجهزة التخدير والعناية المركزة بنسبة 35%، ثم أجهزة التصوير الطبي بنسبة 17%، ثم أجهزة التطهير و التعقيم بنسبة 08%. أما على أساس الهياكل الصحية، فقد احتلت المراكز الصحية أول مرتبة من ناحية العطب أو عطل الأجهزة بمعدل 61%، ثم تلتها المستشفيات الجامعية بمعدل 34%، فالمستشفيات المتخصصة بمعدل 05%. في حين 3527 جهاز في حالة عطب من بين 24466 جهاز لسنة 2006، أي بمعدل 14% من عدم التشغيل. فاحتلت أجهزة التخدير والعناية المركزة أول مرتبة بمعدل 34%.

الجدول 3: مقارنة الوضعية الإجمالية للتجهيزات الطبية في الفترة ما بين 1998 و 2006

Exploration fonctionnel	Steri.Désinf		Tech. Opérat		العناية		التخدير المركزي		الطبي		التصوير	المياكل	السنوات
	معطل	يعمل	معطل	يعمل	معطل	يعمل	معطل	يعمل	معطل	يعمل			
506	1289	231	846	432	3857	812	3269	479	2194			المراكز الصحية	1998
439	506	76	323	155	1187	543	1572	167	373			المستشفيات الجامعية	
56	123	18	117	18	199	78	402	30	103			المستشفيات المتخصصة	
1001	1918	325	1286	605	5243	1433	5243	694	2670	20418		المجموع الكلي	
433	1712	159	988	334	4228	745	5555	479	1123			المراكز الصحية	2006
119	495	262	419	102	1449	370	3169	113	367			المستشفيات الجامعية	
30	184	7	142	9	186	80	794	15	128			المستشفيات المتخصصة	
582	2391	428	1549	445	5863	1195	9518	877	1618	24466		المجموع الكلي	

المصدر: حوالم رحيمة، "تطبيق ادارة الجودة الشاملة - دراسة تحليلية لمواقف الأطباء و المرضى بالمستشفى الجامعي بتلمسان- باستخدام نظرية السلوك المخطط"، أطروحة دكتوراه 2011، جامعة تلمسان - ص 147 .

ولم يقتصر العطل و الإهمال على التجهيزات، وإنما امتد إلى أسطول السيارات حيث من مجموع 3465 سيارة من جميع الفئات أصاب العطب حوالي 807 أي بنسبة توقف تقدر ب 23% (حوالم رحيمة، 2011).

وعلى هذا الأساس في إطار تعزيز الاهتمام بجانب الصيانة للعتاد الطبي، فقد أعلن وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات السيد جمال ولد عباس مؤخراً، بأنه سيتم فتح تخصص في صيانة وإصلاح العتاد الطبي المتطور في إطار الشراكة بين دائرته الوزارية و وزارة التكوين و التعليم المهنيين .

من شأن هذه الخطوة توفير يد عاملة مؤهلة في مجال صيانة العتاد الطبي لقطاع الصحة. كما اشترطت وزارة الصحة على صعيد آخر في إطار إبرام عقود في مجال شراء العتاد الطبي من الخارج توفير التكوين لفائدة المهندسين الجزائريين من قطاع الصحة في مجال صيانة و إصلاح هذا العتاد.

وقد أشار الوزير جمال ولد عباس إلى أن قطاع الصحة يتوفر على 73.500 عتاد طبي متطور من بينهم 10.000 معطل. لهذا الغرض فان الصيانة ينبغي أن تشمل الأجهزة الطبية المتطورة من بينها تلك المتعلقة بمختلف الأشعة والتحليل والتشخيص (algerie360.com).

2- الوضعية المالية و البشرية

1-2- النفقات الصحية و تمويل الميزانية

يعكس معدل النفقات الصحية إلى الناتج المحلي الإجمالي مدى اهتمام الدول بصحة مواطنيها، وكذا مبدأ العدالة في توزيع الإنفاق الصحي أو ما يطلق عليه عدالة الوصول إلى الخدمات الصحية.

فرغم مستويات الإنفاق الصحي الوطني المرتفعة (غير المرتبطة بمستوى النوعية)، إلا أنها مازالت بعيدة عن المستويات المحققة في الدول المتقدمة، وحتى الدول ذات الخصائص المشتركة مع الجزائر كمتوسط الدخل الفردي. يتجلى نقص الاهتمام الجزائر بالقطاع الصحي في تذبذب معدل النفقات الصحية إلى مجموع الثروة الوطنية (الناتج المحلي الإجمالي).

فحسب مؤشر الإنفاق الصحي إلى الناتج المحلي الإجمالي لسنة 2003 نجد أن الولايات المتحدة الأمريكية تأتي على رأس القائمة بالنسبة للعالم أجمع. إذ يمثل نصيب الصحة 15.2 %، أما في الجزائر فإنه لم يتجاوز هذا المؤشر 3.8 %، وهو أقل من الجارتين المغرب وتونس واللذان تجاوز معدل إنفاقهما على الخدمات الصحية 5% من الناتج المحلي الإجمالي (OMS, 2006).

فمقارنة بالدول الأخرى، مؤشر 8.4 % لسنة 2009 (حوالف رحيمة، 2011) ، يبين أن مستوى تمويل القطاع الصحي الوطني ما زال بعيدا عن المستويات المحققة في الدول المتقدمة وحتى في الدول العربية.

وإذا كان مبلغ الميزانية يغير من قدرات المستشفى ويحد من نفقاته المتصاعدة، فهو يتجه لتنمية قدراته الداخلية من خلال التسيير (Daniel BENAMOUZIG, 2005)، فالمستويات غير المحدودة للإنفاق على الصحة هي ناجمة عن ضعف تركيبة النظام الصحي، الأطر الرقابية وإدارة القطاع عموما.

تم إسناد النظام الصحي في الجزائر إلى وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، التي تسيير العنايات الإستشفائية والصحة في الوسط العمومي و تراقب شروط الممارسة في القطاع الخاص. وتسيير التغطية الاجتماعية من قبل ثلاث صناديق وطنية تحت وصاية وزارة العمل و الضمان الاجتماعي، و هي الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الغير أجراء و الصندوق الوطني للتقاعد. ويغطي نظام الحماية الاجتماعية الضمانات الاجتماعية (المرض، الأمومة، العطب، الوفاة...); و التقاعد؛ و حوادث العمل و الأمراض المهنية؛ والخدمات الاجتماعية؛ و التأمين على البطالة؛ و التقاعد المسبق (<http://www.andi.dz>).

نلاحظ أن القطاع العام هو الذي يتولى المسؤولية الرئيسية في تمويل قطاع الصحة الوطني. ويضم الإنفاق الصحي الإنفاق الحكومي و الإنفاق الخاص، ويغطي مخصصات الخدمات الصحية الوقائية، العلاجية، نشاطات تخطيط الأسرة و المراقبة الغذائية. وكل الخدمات الصحية العامة المقدمة من طرف الدولة هي بتمويل من الضمان الاجتماعي، وفقا للمعايير والنسب التي حددتها القوانين واللوائح (حسب 85-05 Loi N ° 228, Article).

فقد شهد تمويل قطاع الصحة الوطني مرحلتين أساسيتين، ارتبطت الأولى من 1962 إلى 1974، كانت تقوم على آلية التمويل فرض رسوم على سعر اليوم، وتنطوي على ثلاث مصادر للتمويل هي الدولة، الضمان الاجتماعي والمستعملين بالدفع المباشر (A. OUCHFOUN et D. HAMMOUDA, 1993). وارتبطت الثانية بتاريخ 1974 إلى يومنا هذا، واتسمت بتنفيذ اجراءات جديدة (الجريدة الرسمية رقم 44 بتاريخ 02/11/1988).

وتلعب النفقات العمومية دورا كبيرا في مجال التمويل الصحي في الجزائر، حيث بلغت ثلاثة أرباع النفقات في سنة 2005 ، أي بنسبة بلغت حدود 75,3 % وهي أعلى مما سجل لدى كل من تونس، والمغرب، أين بلغت هذه النسبة 44,3 % ، 36,6 % على التوالي في نفس السنة.

كما تعرف صناديق التأمين على المرض في الجزائر، صعوبات مالية، جراء النمو المستمر للنفقات الصحية، في ظل الوضع الاقتصادي الذي يتميز بمعدل بطالة مرتفع، وصل إلى حدود 13,8 % في سنة 2007 إضافة إلى ضعف مستويات التصريح بالعمال، على مستوى مؤسسات القطاع الخاص، وتزايد نشاط الاقتصاد غير المنظم (عياشي نورالدين، 2009).

كل هذا له تأثير سلبي على تمويل منظومة العلاج في الجزائر، في ظل تراجع مستوى الاشتراكات الاجتماعية، ومعها انخفاض في العائدات، مقابل الارتفاع في حجم النفقات.

إن نظام الرعاية الصحية مهدد بالزيادة المطردة للنفقات مقابل عجز الحكومة ماليا لإمتصاص هذه التكاليف، فالزيادة المستمرة في الإنفاق على الرعاية وتشغيل المستشفيات تتطلب ترشيد النفقات اللازمة لأنه تحول خطير باتجاه منطوق إنفاق الميزانية، بدلا من منطوق الإدارة الرشيدة (حوالف رحيمة، 2011).

وتوزع نسب الميزانية بحسب الهياكل الصحية، غالبا ما تذهب النسبة الأكبر للقطاعات الصحية، ثم المؤسسات الإستشفائية الجامعية وبعدها المؤسسات الإستشفائية المتخصصة.

أما عن نفقات التشغيل فيظهر الجدول التالي تطورها من 1994 إلى 2004 :

الجدول 4: نفقات التشغيل

طبيعة النفقات	نسب %		التطور على 10 سنوات %
	1994	2004	
العاملين	70,5	60,6	170
التكوين	3	2,3	140
التغذية	2,3	1,9	161
الأدوية	13,3	18,4	335
الوقاية	1,5	2,7	455
الأجهزة الطبية	2,7	5,2	502
الصيانة	1,5	2,9	507
الخدمات الإجتماعية	1,2	1,1	180
نفقات أخرى	3,9	4,9	292
البحث الطبي	0,1	0,04	33
المجموع	100	100	214

المصدر: 2007. Banque mondiale, Rapport N° 36270-DZ, une revue des dépenses publiques, Août

2-2- الموارد البشرية العاملة في قطاع الصحة

وصل عدد العاملين في القطاع الصحي إلى 191885 شخص في 1998، وتطور خلال العشرية الماضية (1998- 2008) يضم هذا العدد كل الموارد البشرية، من كادر طبي، كادر شبه طبي، إداريين، تقنيين و آخرين. ويمثل الكادر الطبي 22% من مجموع العاملين في القطاع الصحي (حوالف رحيمة، 2011)، 50000 ممارس منذ 2005، 66% من الأطباء العاملين يعملون في القطاع العمومي، 39% من الاختصاصيين يمارسون الطب الحر ضمن القطاع الخاص، 29% من مجموع الاختصاصيين يتمركزون بالجزائر العاصمة (اختصاصي واحد لكل 860 نسمة)، بينما اختصاصي واحد لـ 17800 نسمة لتبمسيلت، واختصاصي واحد لكل 3000 نسمة لمجمل سكان الجزائر (Brahim BRAHAMIA, <http://www.coopami.org/fr>). وهذا يبين توزيع غير متوازن بالنسبة للاختصاصيين حسب المناطق. الجدول الموالي يوضح التغطية الصحية للممارسين حسب عدد السكان وحسب كل تخصص:

الجدول 5: التغطية الصحية للممارسين حسب عدد السكان

مؤشر التغطية الصحية (1 / x السكان)		الممارسين
2009	2005	
1/757	1/969	• الأطباء
1/2515	1/3646	• جراحوا الأسنان
1/3141	1/5389	• الصيادلة
1/491	1/670	• ممارسين آخرين
1/290	1/376	• الكادر الشبه طبي

المصدر:

الديوان الوطني للإحصاء " الجزائر بالأرقام - نتائج 2004"، نشرة رقم 35-2006، ص 18 .
MSPRH, cité en <http://www.missioneco.org/algerie/document>.

و يتضح توزيع الكادر الشبه طبي حسب المؤهلات والتخصصات المطلوبة كما يلي:

الجدول 6: التغطية الصحية حسب التخصصات

2004	2003	2002	
55127	53348	51768	تقنيون سامون
24050	24836	25752	تقنيون
9322	9607	10051	مساعدون
88499	87791	87571	المجموع

المصدر:

الديوان الوطني للإحصاء " الجزائر بالأرقام - نتائج 2004"، نشرة رقم 35-2006، ص 18 .
Brahim BRAHAMIA, « Quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie », Université Mentouri – Constantine, P 09

ثالثا: معوقات النظام الصحي الجزائري

إن النظام الصحي في الجزائر تتحكم فيه معوقات (بومعراف إلياس و عماري عمار، 2009 - 2010) تقيد من فعاليته وأدائه، وأثرت سلبا على واقع التنمية الصحية. كعدم كفاية المنظمة في الإدارة و التمويل و التعامل مع التغيرات الاجتماعية والاقتصادية، إضافة إلى الفوارق الإقليمية الكبيرة في مجال الموارد البشرية و عدم كفاية مؤسسات الصحة العامة لمراقبة الطلب على الرعاية الصحية.

ويمكن إجمال هذه المعوقات، بالنظر لواقع القطاع الصحي فيما يلي:

1- معوقات مرتبطة بقطاع العناية الصحية: إن رفع المستوى الصحي للسكان في الجزائر يبقى محدودا بالنسبة لبلدان أخرى، بالنظر إلى ضعف تمويل القطاع الصحي وقلة وسوء توزيع الهياكل الصحية على التراب الوطني مقارنة باحتياجات المجتمع الصحي.

فبالرغم من ارتفاع مستوى الإنفاق الصحي الوطني، إلا أنه مازال بعيدا عن المستويات المحققة في الدول المتقدمة، وحتى الدول ذات الخصائص المشتركة مع الجزائر كمتوسط الدخل الفردي. فنلاحظ أن هناك نقصا في الاهتمام الذي تليه الجزائر للقطاع الصحي،

وهذا ما يتجلى في تذبذب معدل النفقات الصحية إلى مجموع الثروة الوطنية (الناتج المحلي الإجمالي)، وكذا انخفاض متوسط الفرد من الإنفاق الصحي بسبب ارتفاع عدد السكان.

تظهر المعطيات المتوفرة عن مؤشر الإنفاق الصحي لكل فرد، تفاوتاً كبيراً بين البلدان المغاربية. فباستثناء تونس نلاحظ ضعف هذا المؤشر بالنسبة لكل من المغرب والجزائر. ويمكن توضيح تطور هذا المؤشر، والتفاوت المسجل من خلال الجدول التالي:

الجدول 7: الإنفاق الصحي لكل فرد معادل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي

2005	2004	2003	2002	2001	2000	
477	502	409	415	463	365	تونس
175	167	186	182	169	132	الجزائر
258	234	218	186	199	178	المغرب

المصدر: عباسي نورالدين، "تطور المنظومة الصحية الجزائرية"، بحوث اقتصادية" جامعة منتوري، قسنطينة. العدد 31 جوان 2009، المجلد ب، ص.ص 293 – 309. ص.ص 302-303

توضح معطيات الجدول أن الجزائر سجلت قيمة متواضعة في هذا المؤشر، بعدما سجلت 186 دولاراً في سنة 2003 معادل القوة الشرائية، فقد انخفض إلى حدود

175 دولاراً أمريكياً في سنة 2005، في حين سجل المغرب لنفس السنة، مستويات إنفاق فردي أحسن من تلك المحققة في الجزائر بمستوى إنفاق بلغ 258 دولاراً أمريكياً للفرد، معادل القوة الشرائية.

يعتبر الإنفاق الصحي لكل فرد من أهم المؤشرات للوقوف على فعالية ونجاعة المنظومات الصحية.

2- **معوقات مرتبطة بقلّة وسوء توزيع الهياكل الصحية:** بالموازاة مع الارتفاع المتزايد في عدد السكان في الجزائر، فإن ذلك لم يصاحبه ارتفاع مماثل في الهياكل الصحية. فعندما كان عدد السكان يرتفع في سنة 2003 بنسبة تقدر بأكثر من 4.07%، لم يتجاوز معدل ارتفاع الهياكل الصحية المحسوبة على أساس عدد الأسرة حدود 2.8% (ons.dz/sante).

وهذا ما أشار إليه مجلس الوزراء المنعقد يوم الأحد 13 أبريل 2008 بالنسبة للسياسة الصحية الوطنية، بأن مستوى التغطية الصحية مازال بعيداً عن الاحتياجات الوطنية بسبب قدم التجهيزات والبنى التحتية ونقص الأسرة والعاملين في القطاع الصحي وعدم توافق نظام الخريطة الصحية والاحتياجات المطروحة (موقع وزارة الشؤون الخارجية الأحد 13 أبريل 2008). إن قلة الهياكل الصحية إضافة إلى سوء توزيعها سوف يؤثر في آن واحد على كمية ونوعية الخدمات الصحية المقدمة، مما ينجر عنه سوء العدالة والاستجابة للاحتياجات الصحية وبالتالي انخفاض في المستوى الصحي للسكان.

3- **معوقات مرتبطة ببيئة القطاع الصحي:** تعد العوامل البيئية من أهم العوامل المؤثرة على صحة الأفراد. وما يلاحظ على بيئة القطاع الصحي في الجزائر نجدها تتصف بالتدهور المستمر.

فالعوامل البيئية (Kadi., A, 1997) في الجزائر من: انحسار الغلاف النباتي وزيادة التصحر، النضوب السريع للموارد المائية السطحية والباطنية، تدهور البيئة الساحلية والبحرية، التلوث الصناعي، الزيادة المفرطة في التعمير والبناء نتيجة الضغط الديموغرافي وما نتج عنه من مشاكل حضرية، كل هذه العوامل مجتمعة، أثرت سلباً على حياة وصحة الجزائريين. فلقد شهدت الجزائر في الآونة الأخيرة تنامي وانتشار الأوبئة، بظهور الأمراض المعدية من جديد على الساحة الصحية وكذا الزيادة المطردة للأمراض المزمنة.

4- معوقات مرتبطة بارتفاع معدل الفقر والبطالة وسوء توزيع الدخل: إن مستوى الفقر في الجزائر قد ارتفع بشكل كبير خلال العشرية الأخيرة، حيث احتلت المرتبة 51 حسب مؤشر الفقر الإنساني سنة 2005 بنسبة 21.5% (Human Report Development (2007-2008))، وكان تعداد السكان الذين يعيشون تحت عتبة الفقر حسب تقرير التنمية البشرية سنة 2007 قد بلغ 22.6%. فتراجعت بذلك القدرة الشرائية للمواطن محدود الدخل، وظهر ذلك بوضوح من خلال بداية اندثار الطبقة الوسطى من التقسيم الطبقي، مما يرفع من مسؤولية القطاع الصحي اتجاه هذه الفئات . فالفقر يؤدي إلى عدم القدرة على تحمل تكاليف الخدمات الصحية مما يؤدي إلى تفشي الأمراض (Kadi., A, 1997). إن انخفاض مستوى التعليم وسوء التغذية وتوزيع الدخل تعد من دون شك، من العوامل الأساسية في التأثير المباشر على المستوى الصحي للجزائريين.

الخلاصة

نستخلص أنه في ظل محدودية النفقات الوطنية للصحة من الناتج الداخلي الخام وعدم ارتقائها لمستوى الدول المجاورة حتى لا نقول الدول المتطورة، ومع امتلاك المنظومة الوطنية للصحة عدة مقومات إيجابية، (المنشآت الصحية، الشبكة الاستشفائية، عمال السلك الطبي...) التي سمحت بتحسين مجمل المؤشرات الصحية، تبقى هناك نقائص تعرفها هذه المنظومة، متعلقة برداءة مستويات التسيير، المسألة التمويلية و ضعف جودة الخدمات الصحية المقدمة.

هذه النقائص ستشكل تحديات كبيرة ينبغي مواجهتها مستقبلا في ظل التحولات الديموغرافية، وتغير خريطة المرض. فالمنظومة الصحية الجزائرية لا تستجيب بالحجم الكافي للمتطلبات المتنامية للسكان، في ظل ضعف الفعالية. وهو ما يستدعي ضرورة تحسين مستويات التسيير، واعتماد نظام تمويلي يأخذ بعين الاعتبار المعطيات الاجتماعية للفئات الفقيرة، وضعف قدرتها على تحمل تكاليف العلاج والخدمات الصحية.

ولتحقيق الفعالية، الكفاءة، والعدالة، يجب اعتماد السياسات الكفيلة التي تضمن حصول كل الفئات وخاصة المحرومة منها على خدمات الرعاية الصحية الضرورية. وهذا لا يتأتى إلا وفق خريطة صحية وطنية مضبوطة توضع بمقاييس علمية تنقص من معاناة المواطن وتشرك جميع المختصين وخبراء القطاع وتأخذ في الاعتبار الاحتياجات الصحية للسكان، ووضع آليات لتنظيم مستويات عرض العلاج، تسعى إلى تفعيل دور المنشآت الصحية القاعدية، والمستشفيات الجهوية، لتخفيف الضغط المتنامي على المراكز الاستشفائية الجامعية، في إطار تكامل وظيفي بين القطاعين العام، والخاص، و التحكم في التكاليف، وترشيدها بما يضمن إنفاق أقل مقابل علاج أحسن، لتجنب الآثار السلبية للإنفاق الباهظ على الصحة، والتركيز على الدور القيادي للمستوى الأول للعلاج الصحي القاعدي كعامل يسمح بتحقيق التوازن المطلوب في الحصول على الخدمات الصحية بين مختلف المناطق، والفئات، و تجسيد البرامج الوقائية، ومن ثم التأثير الإيجابي على حجم النفقات الصحية.

مراجع الجزء الثالث:

- 1- أحمد محمد المصري، "إدارة المستشفيات"، مؤسسة شباب الجامعة، 1998.
- 2- ناصر دادي عدون، "إدارة الموارد البشرية والسلوك التنظيمي - دراسة نظرية و تطبيقية"، دار المحمدية العامة الجزائر، 2004.
- 3- حوالف رحيمة، "تطبيق ادارة الجودة الشاملة - دراسة تحليلية لمواقف الأطباء و المرضى بالمستشفى الجامعي بتلمسان- باستخدام نظرية السلوك المخطط"، أطروحة دكتوراه 2011، جامعة تلمسان.
- 4- بويوسف عصام الدين زهير "نظام تسيير المستشفيات في الجزائر" مذكرة ماجستير (1993-1994)، جامعة الجزائر
- 5- بومعروف إلياس و عماري عمار، "من أجل تنمية مستدامة في الجزائر" مجلة الباحث - عدد 07 جامعة سطيف، - 2010 2009.
- 6- عباشي نورالدين، "تطور المنظومة الصحية الجزائرية"، بحوث اقتصادية" جامعة منتوري، قسنطينة. العدد 31 جوان 2009 ، المجلد ب، ص.ص 293 - 309 .
- 7- قرار وزاري مشترك مؤرخ في 1988/10/22، يحدد جزافيا سعر يوم من الاستشفاء و خدمات الفندقة والإطعام في العيادات الخاصة و تعريفه ما يعوضه الضمان الاجتماعي - الجريدة الرسمية رقم 44 بتاريخ 1988/11/ 02.
- 8- الديوان الوطني للإحصاء" الجزائر بالأرقام- نتائج 2004"، نشرة رقم 35-2006 .
- 9- Fatima Zohra OUFRIHA , « Cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie », OPU, 1992.
- 10- Daniel BENAMOUZIG, « La santé au mémoire de l'économie », PUF, 2005.
- 11- Abdelhak SAIHI , « Le système de santé publique en Algérie- Analyse et Perspectives », Gestion Hospitalière- Avril 2005.
- 12- M.AGUERCIF et F.AGUERCIF Meziane, « Le Système de Santé Publique en Algérie – Evaluation 1974-1989 et Perspectives », les cahiers de CREAD N°35-36, 3eme et 4eme Trimestre, 1993.
- 13- Abdelhak SAIHI, « Le Système de Santé en Algérie – Analyse et Perspectives », Gestion hospitalière, Avril 2005.
- 14- Kadi., A, La Gestion de l'Eau en Algérie, Journal des Sciences Hydrauliques, Vol 42, n°2, Avril 1997.
- 15- A.OUCHFOUN et D.HAMMOUDA, « Bilan de vingt huit années de politique sanitaire en Algérie », Les cahiers de CREAD- N°35-36, 3eme et 4eme Trimestres 1993.
- 16- Rapport OCDE « Le vieillissement démographique dans les pays de l'OCDE : un défi fondamental pour l'action des pouvoirs publics », N°2505- 290/01/1997
- 17- OMS: Rapport sur la Santé Dans Le Monde 2006, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, pp.199-201.
- 18- Banque mondiale, Rapport N° 36270-DZ, une revue des dépenses publiques, Août 2007.
- 19- Décrets exécutifs N°97-465, N°97-466, N° 97-467 du 02/12/1997, Portant les règles de création des CHU, des EHS et des secteurs Sanitaires, journal officiel N°81 du 10/12/1997.
- 20- Human Report Development (2007-2008), United Nation Development Programm, Newyork.
- 21- Article 06- Loi N° 85-05 de 16/02/1985 « Relative à la protection et à la promotion de la santé », journal officiel N°08 du 17/02/1985.
- 22- Article 08- Loi N° 85-05 de 16/02/1985 « Relative à la protection et à la promotion de la santé », journal officiel N°08 du 17/02/1985.

23- Article 228- Loi N° 85-05 de 16/02/1985 « Relative à la protection et à la promotion de la santé », journal officiel N°08 du 17/02/1985.

مواقع أنترنت

- 24- Mohamed MEBTOUL, « La médecine face aux pouvoirs : L'exemple de l'Algérie- Médecine et Santé », N°05-1999. <http://socioi-anthropologie.revues.org/>.
- 25- محمد عثمان عبد المالك " الصحة، التنمية والفقير " <http://www.sjph.net.sd/>
- 26- وزير الصحة، ولد عباس" سيتم إعادة النظر في الخريطة الصحية الحالية" في 2010/12/11 <http://www.elmoudjahid.com>
- 27- السيد جمال ولد عباس يعلن عن مشروع تخصص في صيانة العتاد الطبي المتطور بقطاع التكوين المهني، ، 2012/03/21 <http://ar.algerie360.com>.
- 28- 2008 أبريل 13 الأحد الخارجية الشؤون وزارة موقع
- 29- Brahim BRAHAMIA, « Quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie », Université Mentouri – Constantine, <http://www.coopami.org/fr> et <http://www.andi.dz/ar>.
- 30- MSPRH, cité en <http://www.missioneco.org/algérie/document>.
- 31- Office National des Statistiques, www.ons.dz/santé
- 32- www.ands.dz

الجزء الرابع:

الدراسة التطبيقية:

إدارة الجودة الشاملة

في مستشفى تلمسان:

مقدمة:

بعد الدراسة النظرية لموضوع إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية , قامت مجموعة الباحثين بإكمال الدراسة بأخرى تطبيقية على مستوى مستشفى تلمسان خصوصا للتعرف على واقع الجودة بها.

معرفة واقع الجودة و إدارتها دفع بالمجموعة بمحاولة لقياس جودة الخدمات للحكم و التعرف على مكانتها من هذه الإدارة.

نظرا لخصوصية الخدمة الصحية على اعتبار أنها:

- 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.

- منتج غير ملموس: نظرا لطبيعة المنتج الصحي الذي يستوجب ضرورة وجود اتصال مباشر قوي وعال بين مقدم الخدمة (المؤسسة الصحية) والمستفيد منها حتى تتحقق الاستفادة الكاملة من هذه الخدمات.

- قلة التوحيد للخدمة الصحية: تعتبر صناعة الخدمة الصحية نتيجة حيث يتواجد الأفراد، ونظرا لاختلاف الوضعية الصحية والاجتماعية والنفسية فإن الخدمة تتنوع من فرد إلى آخر، حتى للفرد الواحد فإنه يحصل على خدمة الجراحة والعيون، والصدر... الخ.

- صعوبة التنبؤ بالطلب على الخدمات الصحية: نتيجة لما يتميز به هذا الطلب من عدم ثبات وعدم استقرار، فقد يحدث الطلب مرة واحدة في العام أو لفترة زمنية قصيرة خلال العام، كما قد يتنوع الطلب خلال الشهر أو الأسبوع الواحد أو حتى في اليوم الواحد.

نظرا لهذه الخصوصيات بادرت مجموعة البحث بقياس الجودة للتعرف على مدى توافر الأبعاد الخمسة التي توصل إليها Berry & al, في الخدمة الصحية التي تقدمها المستشفى، وهذه الأبعاد هي: الاعتمادية، الاستجابة، الملموسية، التوكيد و التعاطف. قبل التعرف على النتائج و الحكم على واقع إدارة الجودة بالمستشفى محل الدراسة تتم الإشارة بداية بإعطاء صورة فنية عنها.

أولا: نبذة عن المستشفى الجامعي تلمسان:

1- وصف المستشفى:

يعتبر المستشفى الجامعي بتلمسان "مصطفى دمرجي" من أقدم وأكبر المستشفيات الموجودة على المستوى المحلي والوطني يعود تاريخ إنشائه إلى الحقبة الاستعمارية، ويعتبر هذا الصرح الصحي من بين 13 مركز استشفائي جامعي موزع على التراب الوطني.

ويعتبر من أكبر المستشفيات الموجودة على المستوى الولاية، وهو المستشفى الوحيد الذي يحتوي على مختلف التخصصات الطبية بالولاية، ويوجد إلى جانبه مستشفيات صغيرة، موجودة بدوائر (كمستشفى مغنية، مستشفى أولاد ميمون، مستشفى سبدو أو مستشفى ندرومة... الخ)، ورغم وجود هذا المستشفيات إلا أنها لا تحتوي على تخصصات دقيقة، ولهذا أصبح المستشفى الجامعي يعيش حالة ضغط من جراء تدفق العديد من الحالات الصعبة من مختلف أنحاء الولاية وكذا من ولاية أخرى مجاورة (البيض، بشار، غليزان... الخ).

يتكون المستشفى الجامعي من مجموعة من الموارد المالية والمادية والبشرية، مقسمة على عدة مصالح طبية أساسية ومصالح طبية مساعدة وأخرى إدارية.

أما المصالح الطبية الأساسية فهي تتكون من:

مصلحة جراحة الأعصاب - مصلحة الإنعاش - مصلحة الطب العام - مصلحة الأمراض المعدية - مصلحة الاستعجالات - مصلحة الطب الداخلي - مصلحة الأمراض الجلدية والزهرية - مصلحة أمراض القلب - مصلحة أمراض المعدة والأمعاء -

مصلحة الأمراض العصبية - مصلحة أمراض الأنف، الأذن والحنجرة - مصلحة الأمراض الصدرية - مصلحة الطب الشرعي -
 مصلحة الأمراض العقلية - مصلحة تصفية الدم - مصلحة طب العيون - مصلحة التقويم - مصلحة أمراض الدم - مصلحة
 أمراض العيون - مصلحة جراحة المسالك البولية - مصلحة جراحة الأسنان - مصلحة خدمات الطوارئ - مصلحة العيادة
 الخارجية. أما المصالح الطبية المساعدة فهي تقدم الخدمات الصحية للمصالح الأساسية بغرض مساعدة الفريق الطبي على اتخاذ
 القرارات المناسبة بشأن المريض، من خلال نتائج التحاليل المخبرية ونتائج الأشعة، وهذه المصالح المساعدة هي كالتالي: مصلحة
 المخابر - مصلحة الأشعة - مصلحة العيادات الخارجية (تقديم خدمات للمرض دون مكوثهم بالمستشفى).

1- تطور عمل المستشفى:

وفيما يلي موجز عن تطور عمل المستشفى وتطور نسبة انشغال أسرته خلال الفترة (2004-2012).

جدول رقم 8: تطو عمل المستشفى.

سنة	2004	2009	المتوسط(2004/2009)	2012	المتوسط(2009/2012)
المرضى	36684	28135	-23,30%	31833	4,38%
الأسرة	839	738	-12,04%	658	-3,61%
الأيام	239834	241824	0,83%	231346	-1,44%

(2008 - 2009) 259. - حوالم رحيمه: مرجع سابق، ص 2012 المصدر: - من وثائق المستشفى سنة

من خلال الجدول نستنتج أن عمل المستشفى انخفض خلال الفترة الممتدة ما بين 2004-2009 بمتوسط 4,66% أما الفترة
 2009-2012 عرفت نموا في المتوسط بنسبة قدرت ب 4,38% وهذا فيما يتعلق بعدد المرضى المقبلين على المستشفى طلبا
 للعلاج. أما نسبة انشغال أسرته عرفت هي الأخرى انخفاضا في المتوسط خلال الفترة 2004-2009 بنسبة 2,41% و
 بنسبة 3,61% خلال الفترة 2009-2012 مقابل ارتفاع ضئيل في المتوسط ب 0,17% في ما يتعلق بعدد أيام انشغال
 الأسرة خلال الفترة 2004-2009 و انخفاض ضئيل بنسبة 1,44% في المتوسط خلال الفترة 2009-2012 .

2- الموارد البشرية بالمستشفى

كغيرها من مؤسسات إنتاج خدمات تتوفر المستشفى على تعداد من الموارد البشرية مختلفة بهدف تلبية رغبات و حاجات الزبائن
 من المرضى.

يتكون هذا التعداد من أطباء و ممرضين و عمال إدارة. و تحتل فئة الشبه الطبي الرتبة الأولى من مجموع تعداد المستشفى بأكثر من
 33,45% , تليها فئة عمال الإدارة بنسبة تقلها بنقطة واحدة. و نلاحظ أن المستشفى يسير بنسبة كبيرة من الأطباء المقيمين بما
 يقارب 19% مقارنة بفئة الأطباء من باقي الاختصاصات كما توضحه معطيات الجدول الموالي:

جدول رقم 9: توزيع عدد الأطباء و الشبه الطبي و عمال الإدارة في المستشفى الجامعي تلمسان في سنة 2012.

الترتيب	النسبة %	العدد	المستوى
-3-	18,63%	434	الأطباء المقيمين
-4-	14,81%	345	الأطباء جميع الاختصاصات
-5-	2,31%	18	الأطباء النفسانيين
-1-	33,45%	779	الشبه الطبي
-2-	32,33%	753	عمال الإدارة
	%100	2329	المجموع

المصدر: - من وثائق المستشفى سنة 2012.

3- دراسة المؤشرات

سوف نقوم في هذا الجزء من الدراسة بتقييم المستشفى من خلال مجموعة من المؤشرات المعتمدة و المرسومة في الجدول الموالي:

الجدول 10: دراسة بعض المؤشرات عن المستشفى الجامعي تلمسان في سنة 2012.

النسبة %	العدد	المستوى
%54,45	عدد الأطباء المقيمين / عدد الأطباء الكلي	الأطباء المقيمين
%43,29	عدد الأطباء الاختصاصيون / عدد الأطباء الكلي	الأطباء جميع الاختصاصات
	18	الأطباء النفسانيين
	797	مجموع الأطباء
%97,74	عدد الكوادر الشبه طبية / عدد الأطباء الكلي	الشبه الطبي
%84,47	عدد الأسرة / عدد المرضى	عدد الأسرة
%82,60	عدد الأسرة / عدد الأطباء الكلي	
%2,45	عدد المرضى / عدد المرضى	عدد المرضى

المصدر: من إعداد الباحثين استنادا على بيانات المستشفى

يشير معيار (عدد الأطباء المقيمين / عدد الأطباء الكلي) إلى نسبة التكوين في المستشفى و بالرغم من أنه معيار جيد عند نسبة 54,45 % إذا أخذناه من ناحية التخطيط الجيد في إعداد قوى عاملة طبية مستقبلا و لكن يأخذ عليه عدم إمكانية التأطير الجيد و الذي يرجع للعدد الهائل نسبة إلى الأطباء المكونين.

أما معيار الأطباء الاختصاصيون / عدد الأطباء الكلي و المقدر ب 43,29 % يعبر عن التوفر الملحوظ في الأطباء المتخصصين. أما معيار عدد الكوادر الشبه طبية / عدد الأطباء الكلي يقدر ب 97,74 % و هو مؤشر مهم مما يدل على أن التعداد الشبه الطبي يوازي تقريبا العدد الكلي للأطباء

أما فيما يخص معيار عدد المرضى / عدد المرضى = 2,45 % و معيار عدد الأسرة / عدد الأطباء الكلي = 82,60 % يشير هذا المعيار إلى ما نصيب الطبيب الواحد من الأسرة في المستشفى، فزيادة عدد الأسرة للطبيب الواحد يعني تدني مستوى الخدمات الصحية و العكس صحيح و المستوى المقبول هو 4 أسرة لكل طبيب. و رغم أن المستشفى الجامعي تلمسان يحقق

المستوى المقبول وهو 2 أسرة لكل طبيب لكننا نشير إلى أمر مهم و هو أن نصف هذا العدد من الأطباء هم أطباء مقيمين أي لا يزالون في مرحلة التدريب و التكوين ، مما يجعلنا في ريب من اتخاذ هذا المؤشر في صالح المستشفى .
يعبر معيار عدد الأسرة / عدد المرضى عن نصيب خدمة المرض أو الممرضة من أسرة المستشفى فانخفاض هذا المعيار يرفع من مستوى الخدمة الصحية و المستوى المقبول هو سريران لكل ممرض أو ممرضة. و المقدر ب 84.47 % و المستشفى الجامعي بتلمسان يحقق المستوى المقبول وهو 2 أسرة لكل ممرض أو ممرضة.

أما في ما يخص معيار عدد المرضى / عدد المرضى و الذي يعبر عن توزيع المرضى على عدد المرضى نلاحظ أنه بحسب إحصائيات 2012 هي نسبة ضعيفة و هذا ما يدل على أن العدد الذي وقع على عاتق الشبه الطبيين يتجاوز 40 مريضا خلال السنة بما يعادل تقريبا 4 مرضى شهريا (مرضى مقيمين).

ثانيا: قياس جودة الخدمة الصحية و أبعادها في مستشفى تلمسان:

1- أبعاد الجودة حسب مقياس الفجوة أو مقياس SERVQUAL

تشير الدراسات السابقة إلى أن هناك أسلوبين لقياس جودة الخدمة ينسب أولهما إلى (Berry, & al, 1985) وهو الذي يستند على توقعات العملاء لمستوى الخدمة وإدراكهم لمستوى أداء الخدمة المقدمة بالفعل، ومن ثم تحديد الفجوة (أو التطابق) بين هذه التوقعات والادراكات وذلك باستخدام الأبعاد العشر الممثلة لمظاهر جودة الخدمة الصحية، وهي:

- الفورية (Access): أو سهولة الوصول إلى الخدمة في الموقع المناسب والوقت المناسب وبغير انتظار طويل.
- الاتصالات (Communication): أو دقة وصف الخدمة باللغة التي يفهمها العميل.
- المقدرة (Competence): أي امتلاك العاملين للمهارات والقدرات والمعلومات اللازمة.
- الثقة (Credibility): حيث ينظر العاملون في المنظمة إلى العميل بوصفه جديرا بالثقة.
- الاعتمادية (Reliability): حيث تقدم الخدمة للعميل بدقة يمكنه الاعتماد عليها.
- الاستجابة (Responsiveness): حيث يستجيب العاملون بسرعة وبشكل خلاق لطلبات العميل ومشكلاته.
- التجسيد (Tangibles): ويركز هذا العنصر على الجانب الملموس من الخدمة كالأجهزة والأدوات التي تستخدم في تأديتها.
- الأمان (Security): بمعنى ان تكون الخدمة خالية من المخاطرة والمغامرة والشك.
- فهم ومعرفة العميل (Knowing / Understanding): أن يبذل العاملون جهدا لفهم احتياجات العميل وان يمنحوه اهتماما شخصيا

• الجمالة (Courtesy): بمعنى التعامل مع العميل بصدقا واحترام وتقدير
وفي دراسة لاحقة تمكن (Berry, & al, 1988) من دمج هذه الأبعاد العشرة في خمسة أبعاد فقط هي النواحي المادية الملموسة في الخدمة، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان والتعاطف. كما احتوت هذه الأبعاد على اثنتين وعشرين عبارة تترجم مظاهر جودة الخدمة بالنسبة لكل بعد من هذه الأبعاد

ومن الملاحظ أن هذه الأبعاد الخمسة هي من وجهة نظر الباحثين أبعادا عامة يعتمد عليها العميل في قياس جودة الخدمة بغض النظر عن نوعية الخدمة وأطلق على هذا الأسلوب في قياس جودة الخدمة اسم مقياس الفجوة أو مقياس SERVQUAL وهذه الفجوات تحدث إذا حدث اختلاف بين توقعات العميل وبين إدراك الإدارة لهذه التوقعات (Smith, 1995) .

2- أبعاد الجودة حسب مقياس Kotler

تلعب جودة الخدمة الصحية دورا هاما في تصميم منتج الخدمة و تسويقه ، و تنتج جودة الخدمة من شبكة معقدة من العديد من الأبعاد ، فعلى سبيل المثال يرى الباحثون أن المستفيدين يحكمون على جودة الخدمة من خلال مقارنة الخدمة الفعلية مع الخدمة

المتوقعة و عليه فإنها حالة التناقض بين توقعات المستفيدين و بين إدراكاتهم، و نجد من بين الباحثين الأكثر تمييزا في مجال الجودة الخدمة كل من (Berry) و (Ziethaml) و (Parasuraman) يحددون " أن المعايير الوحيدة التي يعتمد عليها في تقييم جودة الخدمة هي تلك التي يحددها المستفيد من الخدمة " وهنا تكمن الصعوبات الكبيرة التي يواجهها العميل في المنظمة الصحية في تقييمه للخدمة الصحية لكونها غير ملموسة و تستهلك مباشرة ، و لكن رغم ذلك تمتلك مواصفات نوعية تجريبية أو موثوقية تعتمد على الخبرة و التجربة كالرضا ، السعادة ، السرور ، الألم ، الحزن... الخ . ويتسع الأمر إلى أبعد من ذلك حينما تعتمد المواصفات النوعية على الثقة و المصادقية . و على الرغم من ذلك فان المرضى يعتمدون في تقييمهم للخدمة الصحية المقدمة لهم على أساس مستوى أو درجة نوعيتها ، معتمدين في ذلك على خمسة أبعاد حسب مقياس كوتلر Kotler هي:

1- المعولية أو الاعتمادية

تشير الاعتمادية إلى قدرة مقدم الخدمة في صفة الطبيب على إنجاز أو أداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه ، و لتفهم الاعتمادية فان الذي يجب التركيز عليه هو مجموعة من خصائص الخدمة تتصل بكيفية أداءه لوظيفته خلال الاستعمال ، فهي عبارة عن مقياس المنتج أو الخدمة على أداء الوظيفة المطلوبة منه بنجاح في ظروف الاستعمال العادية و لمدة محددة ، و في هذا التعريف 4 عناصر هامة هي : الأداء ، ظروف الاستعمال ، المدة الزمنية محددة و التعبير عن القياس بالاحتمال و تشمل المعولية " عملها صحيحة من المرة الأولى " و هي احد مكونات الخدمة الأكثر أهمية للعملاء ، كما تتسم أيضا بتوفير الخدمات كما تم الوعد بها و في الوقت المحدد ، والاحتفاظ بسجلات خالية من الأخطاء ، لذلك فان الميل إلى الخدمات المبالغ في وعودها و قيادة العملاء إلى توقعات غير واقعية لا تتسبب إلا في نفاذ صبر هؤلاء و فقدان ثقتهم. فالمستفيد من الخدمة الصحية أي المريض الذي يتطلع إلى ذلك من خلال الوقت و الانجاز و الوفاء بالالتزامات. و يمثل هذا البعد 32% كأهمية نسبية.

2- الاستجابة :

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

3- التأكيد أو التوكيد

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

4- الكياسة أو اللطف

و يقصد بها درجة الرعاية و الاهتمام الشخصي بالزبون (المريض) و رعايته بشكل خاص والاهتمام بمشاكله و تحسين معاملته بالرفق و اللين ، أي العمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية، و يمثل هذا البعد 16% كأهمية نسبية.

5- الملموسية :

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

الجدول 11 : الأهمية النسبية لأبعاد نوعية الخدمة الصحية حسب مقياس كوتلر

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

المصدر : ثامر ياسر البكري "تسويق الخدمات الصحية" دار اليازوري العلمية-عمان، 2005. ص 214.
 جودة الخدمة الصحية تقاس بمدى توافر الأبعاد الخمسة التي توصل إليها Berry, & al في الخدمة الصحية التي تقدمها المستشفى، وهذه الأبعاد بعباراتها هي (Edris & al .1996) الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف و الجوانب الملموسة و هي تشمل 22 عبارة نوضحها في الجدول الموالي:

الجدول 12 : أبعاد قياس الجودة

الاعتمادية	الاستجابة	الأمان	التعاطف	الجوانب الملموسة
•الوفاء بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة.	•السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة.	•الشعور بالأمان في التعامل	•تفهم احتياجات المريض	•جاذبية المباني والتسهيلات المادية.
•الدقة وعدم الأخطاء في الفحص أو التشخيص أو العلاج.	•الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال	•المعرفة والمهارة المتخصصة للأطباء.	•وضع مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين.	•التصميم والتنظيم الداخلي للمباني.
•توافر التخصصات المختلفة.	•الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض .	•الأدب وحسن الخلق لدى العاملين	•ملائمة ساعات العمل والوقت المخصص للخدمة المقدمة	•حداثة المعدات والأجهزة الطبية.
•الثقة في الأطباء والأخصائيين.	•الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوى	•استمرارية متابعة حالة المريض.	•العناية الشخصية بكل مريض.	•مظهر الأطباء والعاملين.
•الحرص على حل مشكلات المريض.	•إخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاؤها منها	•سرية المعلومات الخاصة بالمريض.	•تقدير ظروف المريض والتعاطف معه.	

من إعداد الباحثين اعتماداً على المعلومات المتوفرة عن (Edris & al .1996)

و لقد اعتمدت مجموعة الباحثين على هذه الأبعاد في الدراسة الميدانية لقياس مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة في المستشفى الجامعي بتلمسان كم نبينه في الدراسة التحليلية الموالية.

ثالثاً: دراسة تحليلية لقياس جودة الخدمة الصحية في مستشفى تلمسان:

1- منهجية البحث الميداني:

أ- فرضيات الدراسة: بهدف معرفة مدى رضا المريض على الخدمات الاستشفائية العمومة الجزائرية عن جودة خدماتها المقدمة، قمنا بإسقاط الدراسة على المستشفى الجامعي تلمسان ، وذلك بغرض قياس جودة خدماتها المقدمة من منظور المرضى في المستشفى، باستخدام مقياس كوتلر Kotler وفي ضوء الإشكالية المطروحة في البحث وأهدافه، ثم تحديد مجموعة من الفرضيات تتمثل فيما يلي:

الفرضية الأولى: تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية، تقييماً إيجابياً من وجهة نظر الأطباء، المرضى والإدارة حسب ما يرغب فيه المريض و يتوقع الحصول عليه و يرضيه , من ناحية بعد الاعتمادية، الاستجابة، التوكيد أو الثقة و الأمان، الملموسية و التعاطف.

الفرضية الثانية: تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية، تقييماً سلبياً من وجهة نظر المريض حسب ما يرغب فيه و يتوقع الحصول عليه و يرضيه , من ناحية بعد الاعتمادية، الاستجابة، التوكيد أو الثقة و الأمان، الملموسية و التعاطف.

2- أسلوب البحث:

لقد اعتمدنا في هذه الدراسة على الاستبيان وهو عبارة عن استمارة تحتوي على مجموعة من الفقرات المصاغة وقد وزع الاستبيان على المرضى وبعض الأطباء و الشبهه الطبيين وعمال الإدارة بمستشفى تلمسان ، من أجل قياس جودة الخدمات المقدمة من طرف هذه المؤسسة الخدمية حسب مقياس كوتلر Kotler لقياس أبعاد الجودة الصحية . وجهت الاستمارة إلى المستشفى الجامعي بتلمسان و الذي يمثل مجتمع البحث ، أما حجم العينة فقد شملت 5 مصالـح طبية (الجراحة العامة "أ"، مصلحة الإنعاش، الاستعجالات، O.T.R , UMC من بين 26 مصلحة التي تتوفر عليها المستشفى أي بما يعادل 19 % حيث تم توزيع 380 استمارة منها 120 للأطباء ، و 70 استمارة للمرضى وزعت بطريقة عشوائية تبعاً لوضعية تواجد المرضى بالمصالح الطبية، 60 استمارة لكل من المرضى و الإدارة على حد السواء. أما عدد مفردات العينة التي أجابت على محاور الاستبيان فقد كانت 81 طبيب أي بنسبة 67.5% و 31 مريض أي بنسبة 44.29% ، 18 ممرض بنسبة 30% و 14 من أعضاء الإدارة بنسبة 23.33% من عدد الاستمارات الموزعة. (كما هو موضح في الجدول أدناه).

إن سبب اختيار عينة البحث على هذا النحو يمكننا من الحصول على تقييم جودة الخدمة وفقاً لفتتين مختلفتين فئة داخلية للمستشفى متكونة من الأطباء و الإداريين و المرضى ، و هي الفئات المقدمة للخدمة ، و فئة خارجية عن المستشفى و هي الفئة المستفيدة من الخدمة (المرضى) الهدف من وراء ذلك هو اكتشاف واقع الخدمة الصحية عن قرب و إعطاء فرصة للمريض للإدلاء برأيه و معرفة توجهاته المستقبلية باعتباره المحور الأساسي لنظرية إدارة الجودة الشاملة ، وللحصول على النتائج الدقيقة تم استخدام الأساليب الكمية.

للعلم أن العينة محل الدراسة ليس لديها معرفة أو دراسة مسبقة حول هذا النمط الإداري العلمي الجديد.

لقد قامت مجموعة البحث بجمع البيانات وتنظيمها وجدولتها ومعالجتها إحصائياً من خلال برنامج Excel 2007 حيث تم استخدام التحليل الوصفي للبيانات للتعرف على الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة ، وذلك بإيجاد النسب المئوية و التكرارات و كذلك المتوسطات الحسابية .

الجدول 13 : نسبة توزيع و استرجاع استثمارات البحث

	المرضى	الإدارة	المرضى	الأطباء	
عدد الاستثمارات المسترجعة	81	14	18	31	144
نسبة الاسترجاع من المجموع	%56,25	%9,72	%12,50	%21,53	%100,00
عدد الاستثمارات الموزعة	120	60	60	70	310
نسبة التوزيع من المجموع	%38,71	%19,35	%19,35	%22,58	%100,00
نسبة الاسترجاع من المجموع الموزع	%67,50	%23,33	%30,00	%44,29	

من إعداد مجموعة البحث:

3- أسلوب جمع البيانات:

تم استخدام الاستبيان كأداة أساسية لجمع بيانات عينة الدراسة، وتم تقسيمه إلى قسمين، قسم أول يخص البيانات الديمغرافية للعينة كالجنس والسن والمستوى التعليمي وقسم ثاني يقوم على تحديد ادراكات أفراد عينة الدراسة لجودة للخدمة المقدمة وذلك من خلال 22 عبارة تعكس المؤثرات الرئيسية الخمسة لمقياس **Kotler** ، وقد عرضت جمعها باستخدام مقياس ليكورت الخماسي المتدرج من: أوافق بشدة: (5) إلى غير مرافق بشدة (1)، كما قمنا بتقييم السلم إلى 3 مجالات لتحديد درجة رضا المريض عن جودة الخدمات المقدمة من طرف المؤسسة الاستشفائية تلمسان.

المجال [1 - 2,49]: تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية، تقييماً سلبياً من وجهة نظر الأطباء، المرضى و الإدارة حسب ما يرغب فيه المريض و يتوقع الحصول عليه و يرضيه , من ناحية بعد الاعتمادية, الاستجابة, التوكيد أو الثقة و الأمان, الملموسية و التعاطف.

المجال [2,50 - 3,49]: تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية، تقييماً متوسطاً من وجهة نظر الأطباء، المرضى و الإدارة حسب ما يرغب فيه المريض و يتوقع الحصول عليه و يرضيه , من ناحية بعد الاعتمادية, الاستجابة, التوكيد أو الثقة و الأمان, الملموسية و التعاطف.

المجال [3,50 - 5]: تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية، تقييماً إيجابياً من وجهة نظر الأطباء، المرضى و الإدارة حسب ما يرغب فيه المريض و يتوقع الحصول عليه و يرضيه , من ناحية بعد الاعتمادية, الاستجابة, التوكيد أو الثقة و الأمان, الملموسية و التعاطف.

4- مجتمع الدراسة:

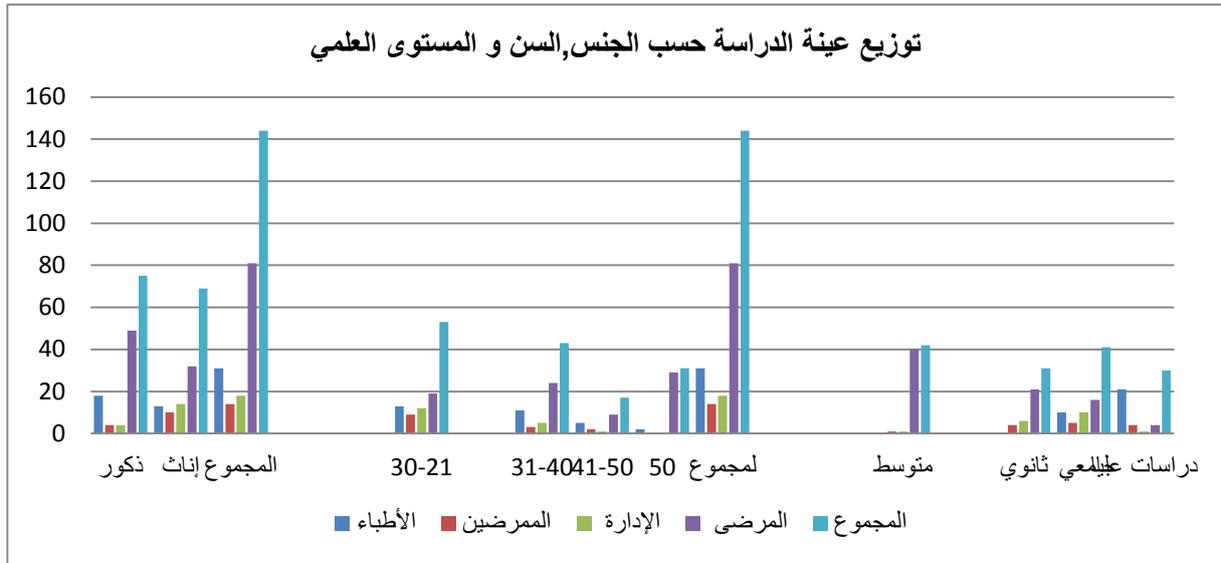
يتكون مجتمع الدراسة من 144 فرد موزع ما بين الأطباء، المرضى، الإداريين و المرضى من فئتي الذكور و الإناث و من أعمار مختلفة و مستويات دراسية مختلفة نوضحها في الجدول الموالي:

الجدول 14: توزيع مجتمع الدراسة حسب الجنس, السن و المستوى العلمي

	الأطباء	المرضى	الإدارة	المريضين	المجموع
ذكور	18	4	4	75	
إناث	13	10	14	69	
المجموع	31	14	18	144	
التوزيع حسب السن					
30-21	13	9	12	19	53
40-31	11	3	5	24	43
50-41	5	2	1	9	17
50 +	2			29	31
المجموع	18	14	18	81	144
التوزيع حسب المستوى التعليمي					
متوسط		1	1	40	42
ثانوي		4	6	21	31
جامعي	10	5	10	16	41
دراسات عليا	21	4	1	4	30
المجموع	31	14	18	81	144

المصدر : من إعداد الباحثين إسنادا على معطيات الاستبيان

من الملاحظ أن مجتمع الدراسة يتكون من نسبة كبيرة من المستفيدين من الخدمة و هم المرضى مما قد يعطي الدراسة نوعا من المصدقية في النتائج من وجهة مستوى و درجة الخدمة المتلقاة من طرفهم , إذ تكون هذه الفئة نسبة 56% , تليها فئة الأطباء بأكثر من 21% ثم فئة الإداريين ب12.5% و أخيرا فئة المرضى بنسبة تقترب من 10%. أما من حيث السن شكلت نسبة من تتراوح أعمارهم ما بين 30-21 سنة أكبر نسبة بمعدل يقترب من 37% سجلت أكبر نسبة عند فئة الذكور بنسبة تقترب من 36% أما فئة ما بين 50-41 سنة شكلت أصغر نسبة بمعدل يقترب من 12%. أما من حيث المستوى التعليمي فالعينة تتقاسم نسب متساوية بالتقريب ما بين المتوسط و الجامعي (29.16% و 28.47% على التوالي) و ما بين الثانوي و الدراسات العليا ب (21.52% و 20.83%) على التوالي. و الشكل الموالي يعطي صورة واضحة عن عينة الدراسة من حيث الجنس, السن و المستوى الدراسي.



الشكل 1 : توزيع عينة الدراسة حسب الجنس، السن و المستوى العلمي

5- النتائج الإحصائية:

بعد تجميع بيانات الاستبيان وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي المتدرج من: أوافق بشدة: (5) إلى غير مرافق بشدة (1) عن مجموع 22 عبارة متضمنة في 5 أبعاد للجودة تم التوصل إلى مجموعة من النتائج وفقاً لأربعة جهات منها المقدمة للخدمة و المتمثلة في المرضى، الأطباء و الإدارة و الجهة المستفيدة من الخدمة الصحية و هي فئة المرضى . حسب كل بعد سجلنا النتائج التالية:

1- حسب بعد الاعتمادية:

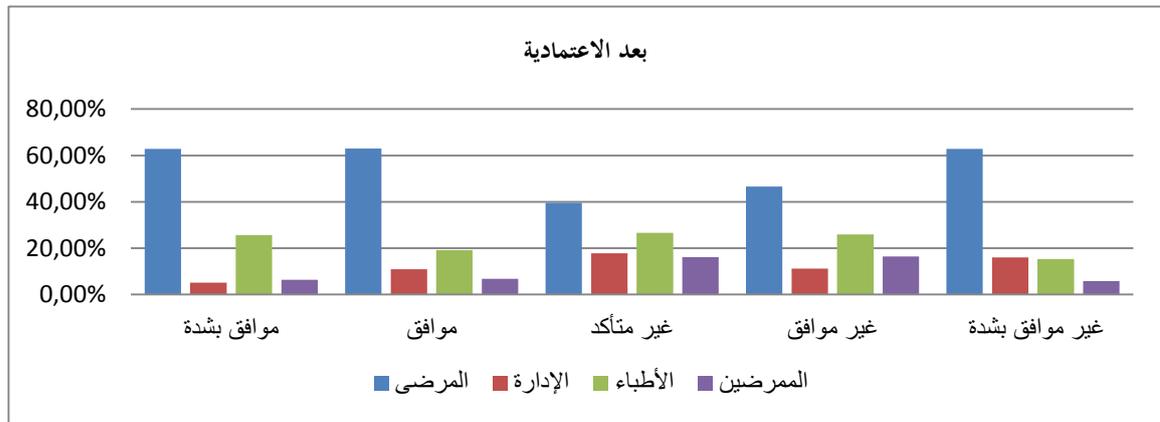
من النتائج المدونة في الجدول أدناه نستنتج أن إجابات المرضى في المتوسط شكلت أكبر نسبة بالموافقة (63,02%) من بين 405 توقيع على هذا السلم من طرف فئة المرضى على جودة الخدمة المقدمة من طرف المستشفى و فئة أخرى كانت حيادية بنسبة 39,52% أما نسبة بعد الاعتمادية عند فئة المرضى سجلت أكبر نسبة بمعدل 56,25% مقارنة بالفئات الأخرى حيث سجلنا نسبة عدم الموافقة بشدة عند الإدارة 16,06% و هي أكبر من نسبة الموافقة المقدر ب 10,94% أما بالنسبة للأطباء سجلت نسب حيادية ب 26,61% و نسبة الموافقة بشدة 25,64% أما المرضى موافقتهم كانت ضعيفة عند معدل يقترب من 7% مقارنة بعدم الموافقة بمعدل يقترب من 6%.

من النتائج أدناه نلاحظ أنها متقاربة و متماثلة عند هذا البعد بالنسبة للفئة ذاتها. مما يصعب إعطاء حكم نهائي على الخدمة المقدمة من طرف المستشفى. و هذا ما سنحاول تعميقه فيما بعد بحساب المتوسطات وفقاً للفرضيات المطروحة.

الجدول 15 : نتائج تقديم الخدمة حسب بعد الاعتمادية

بعد الاعتمادية											
المرضى	غير موافق بشدة	نسبة %	غير موافق	نسبة %	غير متأكد	نسبة %	موافق	نسبة %	موافق بشدة	نسبة %	المجموع
86	62,77 %	54	46,55 %	49	39,52 %	167	63,02 %	49	62,82 %	405	56,25 %

12,50 %	90	5,13 %	4	10,94 %	29	17,74 %	22	11,21 %	13	16,06 %	22	الإدارة
21,53 %	155	25,64 %	20	19,25 %	51	26,61 %	33	25,86 %	30	15,33 %	21	الأطباء
9,72 %	70	6,41 %	5	6,79 %	18	16,13 %	20	16,38 %	19	5,84 %	8	المرضى ضيق
100,0 0%	720	100,0 0%	78	100,0 0%	265	100,0 0%	124	100,0 0%	116	100,0 0%	137	
	100,0 0%		10,8 3%	19,03 %	36,8 1%		17,2 2%		16,1 1%		19,0 3%	



الشكل 2: نتائج تقديم الخدمة حسب بعد الاعتمادية

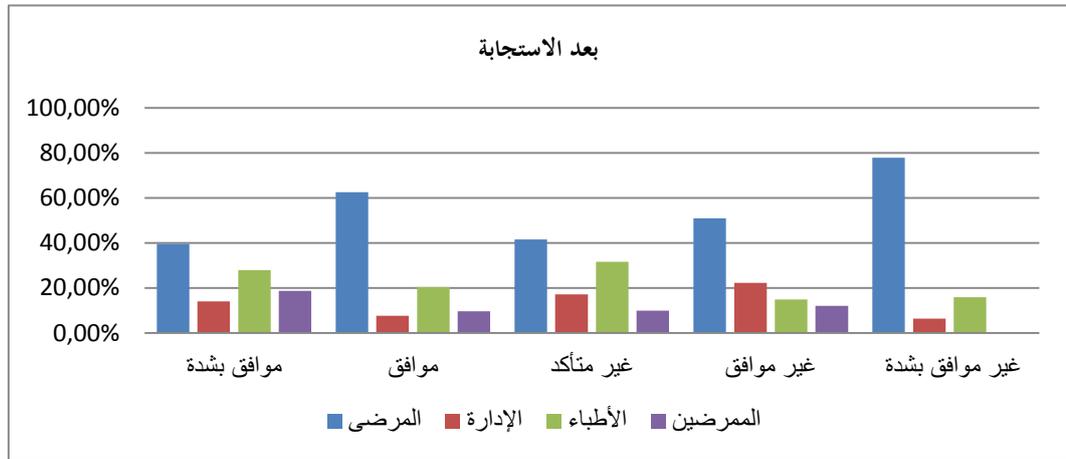
2- حسب بعد الاستجابة:

من النتائج المدونة في الجدول أدناه نستنتج أن إجابات المرضى في المتوسط شكلت أكبر نسبة بعدم الموافقة و بعدم الموافقة بشدة (64.35%) من بين 324 توقيع على هذا السلم من طرف فئة المرضى على جودة الخدمة المقدمة من طرف المستشفى و فئة أخرى كانت حيادية بنسبة 41.44% أما نسبة بعد الاستجابة عند فئة المرضى سجلت أكبر نسبة بمعدل 56,25% مقارنة بالفئات الأخرى حيث سجلنا نسبة عدم الموافقة و عدم الموافقة بشدة عند الإدارة 19.67% و هي أكبر من نسبة الموافقة المقدر ب 10.76%, أما بالنسبة للأطباء سجلت نسب حيادية 31.53% و نسبة الموافقة و الموافقة بشدة 15.34% أما المرضى موافقتهم كانت قريبة من هذه النتيجة إذ قدرت ب 14.08% ومقارنة بعدم الموافقة المقدر بمعدل 12.04% فهي تتجاوزته بنقطتين.

من النتائج أدناه نلاحظ أنها متذبذبة عند هذا البعد بالنسبة للفئة ذاتها. مما يصعب إعطاء حكم نهائي على الخدمة المقدمة من طرف المستشفى. و هذا ما سنحاول تعميقه أيضا فيما بعد بحساب المتوسطات وفقا للفرضيات المطروحة.

الجدول 16 : نتائج تقديم الخدمة حسب بعد الاستجابة

بعد الاستجابة												
نسبة %	المجموع	نسبة %	موافق بشدة	نسبة %	موافق	نسبة %	غير متأكد	نسبة %	غير موافق	نسبة %	غير موافق بشدة	
56,25 %	324	39,53 %	17	62,55 %	157	41,44 %	46	50,93 %	55	77,78 %	49	المرضى
12,50 %	72	13,95 %	6	7,57 %	19	17,12 %	19	22,22 %	24	6,35 %	4	الإدارة
21,53 %	124	27,91 %	12	20,32 %	51	31,53 %	35	14,81 %	16	15,87 %	10	الأطباء
9,72 %	56	18,60 %	8	9,56 %	24	9,91 %	11	12,04 %	13	0,00 %	0	المرضى
100,00 %	576	100,00 %	43	100,00 %	251	100,00 %	111	100,00 %	108	100,00 %	63	
	100,00 %		7,47 %		43,58 %		19,27 %		18,75 %		10,94 %	



الشكل 3 : نتائج تقديم الخدمة حسب بعد الاستجابة

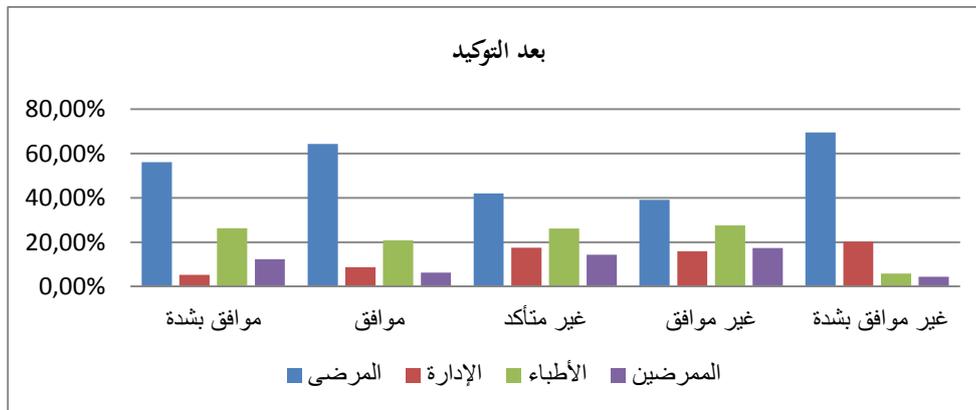
3- حسب بعد التوكيد:

تظهر النتائج المسجلة في الجدول أدناه أن إجابات المرضى في المتوسط شكلت أكبر نسبة بعدم الموافقة و بعدم الموافقة بشدة (54.35%) و بنسبة 60.25% عند الموافقة و الموافقة بشدة من بين 324 توقيع على هذا السلم من طرف فئة المرضى على جودة الخدمة المقدمة من طرف المستشفى و فئة أخرى كانت حيادية بنسبة 42.06% أما نسبة بعد التوكيد عند فئة المرضى سجلت أكبر نسبة بمعدل 56,25% مقارنة بالفئات الأخرى حيث سجلنا نسبة عدم الموافقة و عدم الموافقة بشدة عند الإدارة 18.12% و هي أكبر من نسبة الموافقة و الموافقة بشدة المقدرة ب 7% تقريبا أما بالنسبة للأطباء سجلت

نسب حيادية 26.19% و نسبة الموافقة والموافقة بشدة 23.55% . أما المرضى عدم موافقتهم في المتوسط سجلت نتيجة تقترب من 11% وكانت تقدر بأقل من 10% في المتوسط من حيث الموافقة و هي نتائج متساوية بالتقريب. كما هو موضح في الجدول و الشكل معا باستثناء النتائج الحيادية المعبرة عن سلم عدم التأكد فباقي القيم بالنسب للسلم (1), (2), (4), (5) تبقى متساوية بالتقريب مما يصعب أيضا الحكم النهائي عند هذا البعد. و هو ما نحاول التعمق في نتيجته في ما بعد عند اختبار الفرضيات الإحصائية عند هذا البعد.

الجدول 17 : نتائج تقديم الخدمة حسب بعد التوكيد

بعد التوكيد												
غير موافق بشدة	نسبة %	غير موافق	نسبة %	غير متأكد	نسبة %	موافق	نسبة %	موافق بشدة	نسبة %	المجموع	نسبة %	
48	69,57 %	27	39,13 %	53	42,06 %	164	64,31 %	32	56,14 %	324	56,25 %	المرضى
14	20,29 %	11	15,94 %	22	17,46 %	22	8,63 %	3	5,26 %	72	12,50 %	الادارة
4	5,80 %	19	27,54 %	33	26,19 %	53	20,78 %	15	26,32 %	124	21,53 %	الاطباء
3	4,35 %	12	17,39 %	18	14,29 %	16	6,27 %	7	12,28 %	56	9,72 %	المرضى
69	100,0 %	69	100,0 %	126	100,0 %	255	100,0 %	57	100,0 %	576	100,0 %	
11,9	8%	11,9	8%	21,8	8%	44,2	7%	9,9	0%	100,0	0%	



الشكل 4 : نتائج تقديم الخدمة حسب بعد التوكيد

4- حسب بعد التعاطف:

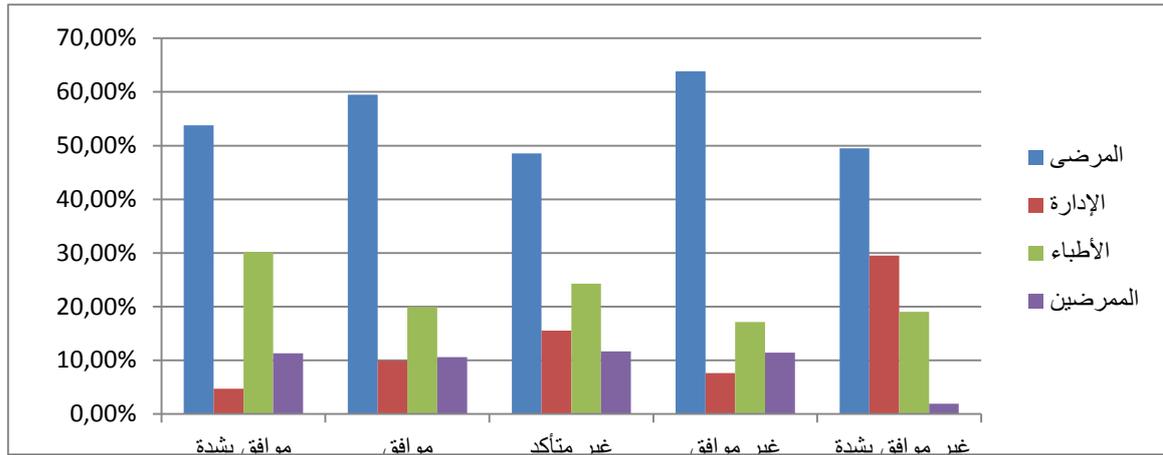
حسب النتائج المسجلة في الجدول أدناه شكلت إجابات المرضى في المتوسط أكبر نسبة بعدم الموافقة و بعدم الموافقة بشدة (56.66%) و بنسبة 66.62% عند الموافقة و الموافقة بشدة من بين 405 توقيع على هذا السلم من طرف فئة المرضى على جودة الخدمة المقدمة من طرف المستشفى و فئة أخرى كانت حيادية بنسبة 48.54% أما نسبة بعد التعاطف عند فئة المرضى سجلت أكبر نسبة بمعدل 56,25% مقارنة بالفئات الأخرى حيث سجلنا نسبة عدم الموافقة و عدم الموافقة بشدة عند الإدارة 18.57% و هي نسبة مساوية لتلك المسجلة عند التوكيد و هي أكبر من نسبة الموافقة و الموافقة بشدة المقدر ب 7.34% و هي مساوية أيضا لنتيجة بعد التوكيد. أما بالنسبة للأطباء سجلت نسب حيادية 24.27% و نسبة الموافقة و الموافقة بشدة 25.06% في حين سجلت نتيجة متوسطة عند عدم الموافقة و عدم الموافقة بشدة نسبة تزيد بقليل عن 18%. أما المرضى عدم موافقتهم في المتوسط سجلت نتيجة تقترب من 7% و كانت تقدر بما يقارب 11% في المتوسط من حيث الموافقة .

ما هو ملاحظ على نتائج بعد التعاطف أنها نتائج متساوية بالتقريب مع بعد التوكيد.

كما هو موضح في الجدول و الشكل معا باستثناء النتائج الحيادية المعبرة عن سلم عدم التأكد فباقي القيم بالنسب للسلم (1), (2),(4),(5) تبقى متساوية بالتقريب مما يصعب أيضا الحكم النهائي عند هذا البعد. و هو ما نحاول التعمق في نتيجته في ما بعد عند اختبار الفرضيات الإحصائية عند هذا البعد.

الجدول 18: نتائج تقديم الخدمة حسب بعد التعاطف

بعد التعاطف												
المرضى	غير موافق بشدة	نسبة %	غير موافق	نسبة %	موافق	نسبة %	غير متأكد	نسبة %	موافق بشدة	نسبة %	المجموع	%نسبة
52	49,52 %	67	63,81 %	50	48,54 %	179	59,47 %	57	53,77 %	405	56,25 %	
31	29,52 %	8	7,62 %	16	15,53 %	30	9,97 %	5	4,72 %	90	12,50 %	
20	19,05 %	18	17,14 %	25	24,27 %	60	19,93 %	32	30,19 %	155	21,53 %	
2	1,90 %	12	11,43 %	12	11,65 %	32	10,63 %	12	11,32 %	70	9,72 %	
105	100,0 %	105	100,0 %	103	100,0 %	301	100,0 %	106	100,0 %	720	100,0 %	
14,5	14,5 %	14,5	14,5 %	14,3	14,3 %	41,8	41,8 %	14,7	14,7 %		100,0 %	



الشكل 5 : نتائج تقديم الخدمة حسب بعد التعاطف

5- حسب بعد الملموسية:

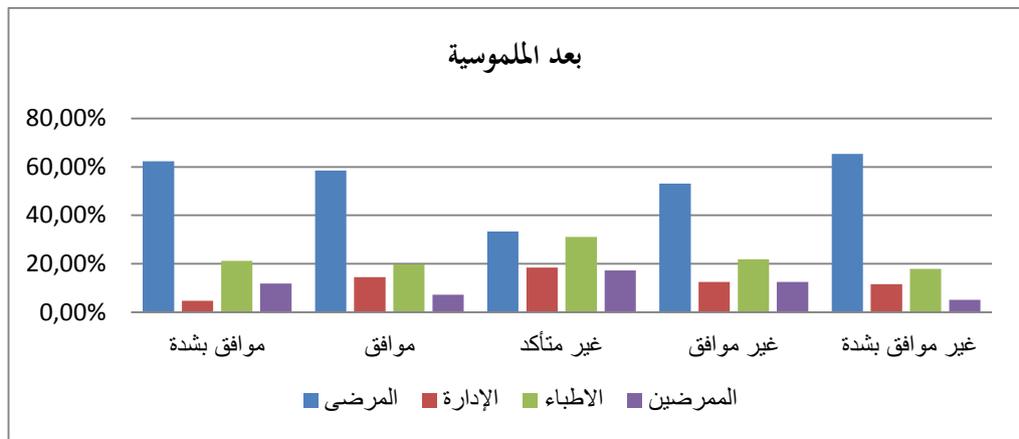
حسب النتائج المسجلة في الجدول أدناه شكلت إجابات المرضى في المتوسط أكبر نسبة بعدم الموافقة و بعدم الموافقة بشدة (59.25%) و بنسبة 60.45% عند الموافقة و الموافقة بشدة من بين 324 توقيع على هذا السلم من طرف فئة المرضى على جودة الخدمة المقدمة من طرف المستشفى و فئة أخرى كانت حيادية بنسبة 33.33% أما نسبة بعد الملموسية عند فئة المرضى سجلت أكبر نسبة بمعدل 56,25% مقارنة بالفئات الأخرى حيث سجلنا نسبة عدم الموافقة و عدم الموافقة بشدة عند الإدارة 12.02% و هي نسبة أقل مما سجل عند بعد التوكيد و التعاطف و هي نسبة مساوية تفوق نسبة الموافقة و الموافقة بشدة المقدر ب 10% تقريبا و هي أكبر من نتيجة بعد التوكيد. أما بالنسبة للأطباء سجلت نسب حيادية 31.03% و نسبة الموافقة و الموافقة بشدة 20.46% في حين سجلت نتيجة متوسطة عند عدم الموافقة و عدم الموافقة بشدة نسبة تقترب من 20%. أما المرضى عدم موافقتهم في المتوسط سجلت نتيجة تقترب من 9% و هي تتجاوز بعد التوكيد بنقطتين و هي تقدر ب 9.5% في المتوسط من حيث الموافقة و هي تقل بذلك أيضا بنقطتين عن بعد التعاطف ما هو ملاحظ على نتائج بعد التعاطف أنها نتائج متساوية بالتقريب ما بين حدود سلم ليكورت.

كما هو موضح في الجدول و الشكل معا باستثناء النتائج الحيادية المعبرة عن سلم عدم التأكد فباقي القيم بالنسب للسلم (1), (2), (4), (5) تبقى متساوية بالتقريب مما يصعب أيضا الحكم النهائي عند هذا البعد. و هو ما نحاول التعمق في نتيجته أيضا في ما بعد عند اختبار الفرضيات الإحصائية عند هذا البعد.

الجدول 19 : نتائج تقديم الخدمة حسب بعد الملموسية

بعد الملموسية											
غير موافق بشدة	نسبة %	غير موافق	نسبة %	غير متأكد	نسبة %	موافق	نسبة %	موافق بشدة	نسبة %	المجموع	نسبة %
102	65,38 %	51	53,13 %	29	33,33 %	89	58,55 %	53	62,35 %	324	56,25 %
18	11,54 %	12	12,50 %	16	18,39 %	22	14,47 %	4	4,71 %	72	12,50 %

21,53 %	124	21,18 %	18	19,74 %	30	31,03 %	27	21,88 %	21	17,95 %	28	الاطباء
9,72 %	56	11,76 %	10	7,24 %	11	17,24 %	15	12,50 %	12	5,13 %	8	الممر ضين
100,0 0%	576	100,0 0%	85	100,0 0%	152	100,0 0%	87	100,0 0%	96	100,0 0%	156	
	100,0 0%		14,7 6%		26,3 9%		15,1 0%		16,6 7%		27,0 8%	



الشكل 6 : نتائج تقديم الخدمة حسب بعد الملموسية

6- النتائج الإحصائية الإجمالية حسب الأبعاد الخمسة:

من أجل توضيح النتائج بصورة مجمعة ارتأت مجموعة البحث ضرورة تجميد الأبعاد الخمسة للجودة بهدف معرفة على قرب نتائج جودة الخدمة المقدمة من طرف المصالح الخمسة عينة الدراسة على مستوى مستشفى تلمسان و كانت النتائج كما يلي:

فيما يخص بعد الاعتمادية سجلت نسبة في المتوسط نسبة 22.73 % من بين 720 توقيع على عبارات هذا البعد من طرف 144 مما شارك في الدراسة بواسطة الاستبيان من مرضى , أطباء, ممرضين و إدارة و هي نفس النتيجة المسجلة عند بعد التعاطف. و إن كانت هذه النتيجة المتوسطة تتباين من حيث نتائجها فيما يتعلق بمستوى السلم المستخدم.

فيما يخص الأبعاد الثلاثة الأخرى و هي التعاطف, التوكيد و الملموسية سجلت هي الأخرى نتائج متساوية عند نسبة 18.18 % من مجموع التوقعات المقدر ب 576 توقيع على عباراتها من طرف نصف عينة البحث. رغم تساوي القيم المتوسطة إلا أن النتائج الضمنية للسلم هي أيضا مختلف من بعد لآخر.

□ سجلت أكبر نسبة لبعد الاعتمادية عند السلم الأول بمعدل 25,85% وأصغرها عند السلم الأخير بنسبة 21,14%.

□ فيما يخص بعد الاستجابة سجلت أكبر نسبة 20,51% عند السلم الرابع و أصغر نسبة عند السلم الخامس 11,65%.

□ أما بعد التوكيد سجلت أكبر نسبة 20.83% عند السلم الرابع و أصغر نسبة عند السلم الأول 13,02%.

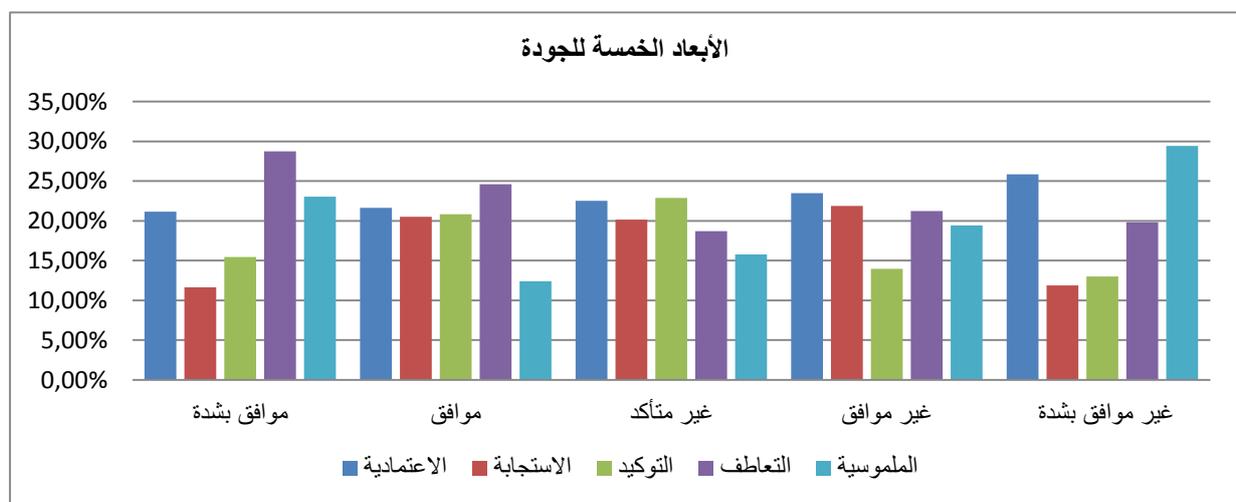
□ بعد التعاطف حصل أكبر نتيجة عند السلم الرابع ب 24.59% و أصغر نتيجة عند السلم الثالث 18.69%.

□ بعد الملموسية حصل أكبر نتيجة عند السلم الأول ب 29.43% و أصغر نتيجة عند السلم الرابع 12.42%.

على العموم النتائج محصورة ما بين سَلَمين (1) و (4) (كما هو موضح في الجدول و الشكل معا) بمعنى تقع عند حدود السلم ما بين الموافقة و عدم الموافقة بشدة على أبعاد جودة تقديم الخدمة داخل المستشفى عبر المصالح الخمسة عينة الدراسة. و منه يبقى الحكم مبدئيا على ترجيح الكفة بين طرفين مما معناه أن هناك حكم مقسوم على اثنين منه من يرى في أن هناك جودة في تقديم الخدمة و منه من يرى عكس ذلك و بالتالي فنسبة الاحتمال هي 50 % مما معناه أن تقديم الخدمة متوسط. و هذا ما سنحاول إثباته أونفيه عبر الفرضيات الإحصائية المطروحة كما سنوضحه لاحقا.

الجدول 20 : نتائج تقديم الخدمة حسب الأبعاد الخمسة مجتمعة

نسبة	المجموع	نسبة%	موافق بشدة	نسبة%	موافق	نسبة%	غير متأكد	نسبة%	غير موافق	نسبة%	غير موافق بشدة	
22,73 %	720	21,14 %	78	21,65%	265	22,50 %	124	23,48%	116	25,85%	137	بعد الاعتمادية
18,18 %	576	11,65 %	43	20,51%	251	20,15 %	111	21,86%	108	11,89%	63	الاستجابة
18,18 %	576	15,45 %	57	20,83%	255	22,87 %	126	13,97%	69	13,02%	69	التوكيد
22,73 %	720	28,73 %	106	24,59%	301	18,69 %	103	21,26%	105	19,81%	105	التعاطف
18,18 %	576	23,04 %	85	12,42%	152	15,79 %	87	19,43%	96	29,43%	156	الملموسية
	3168		369	100,00 %	1224		551	100,00 %	494	100,00 %	530	



الشكل 7 : نتائج تقديم الخدمة حسب الأبعاد الخمسة ل"كوتلر"

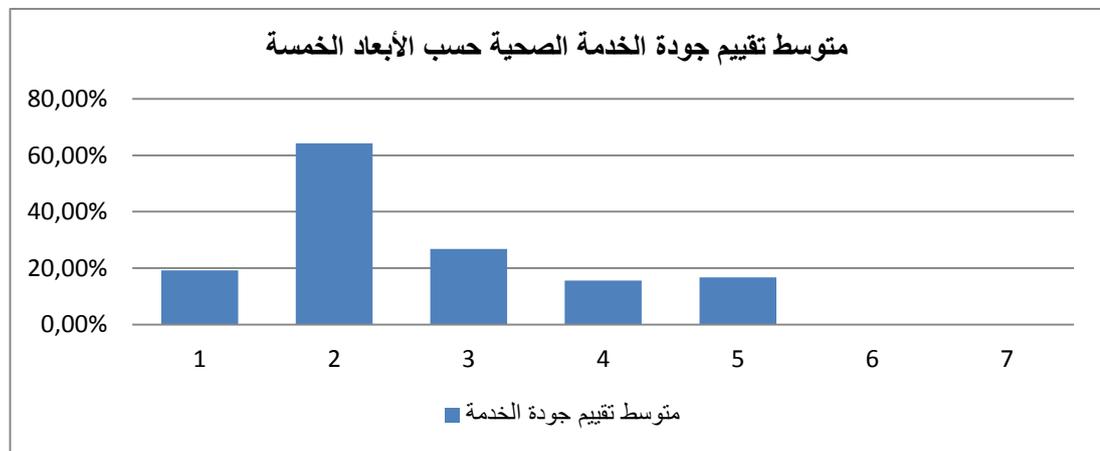
7- التقييم باستخدام النسب المئوية بالنسبة لكل بعد

يوضح الجدول الموالي النتائج النسبية لكل بعد و حسب كل مستوى من سلم "لكرت" حيث أكبر نسبة سجلت في المتوسط عند السلم الرابع المعبر عن الموافقة على أن هناك اعتماد على مقدم الخدمة و دقة في الإنجاز عند تقديم هذه الخدمة (بعد الاعتمادية), أن هناك سرعة في الإنجاز و في مستوى المساعدة المقدمة للمستخدم من الخدمة الصحية (بعد الاستجابة), أن هناك ثقة فيما يتعلق بالمعلومات التي يقدمها مدي الخدمة (بعد التوكيد و الثقة), أن المجتمع محل التقديم دراسة تتوفر على العناصر المادية للخدمة من تجهيزات و مرافق و معدات (بعد الملموسية) و أن المصالح المدروسة تقدم عناية للمستخدم و ترعاه.

إلا أن هذه النسبة المتوسطة تخفي عبر الأبعاد الخمس بعض النقائص مثل ما هو متعلق ببعده الملموسية الذي سجل نسبة موافقة ضعيفة نوعا ما تقدر ب 26,39% أو ببعده الاعتمادية الذي هو أقل من 37% و باقي الأبعاد لا تصل إلى مستوى المتوسط. و لو تأخذ بالحدود (4) و(5) من سلم لكرت نجد، النسبة المتوسطة تقدر ب أقل من 42% في حين تقدر نسبة الحدود (1) و (2) بأكثر من 16% بما يقابل أن ثلثي المستجوبين تقع إجاباتهم عند المستوى المتوسط.

الجدول 21 : تقييم جودة الخدمة الصحية بعينة الدراسة حسب متوسط الأبعاد الخمسة للجودة

	غير موافق بشدة	موافق	غير متأكد	غير موافق	موافق بشدة	
بعد الاعتمادية	19,03%	36,81%	17,22%	16,11%	10,83%	100,01%
الاستجابة	10,94%	43,58%	19,27%	18,75%	7,47%	100,01%
التوكيد	11,98%	44,27%	21,88%	11,98%	9,90%	100,00%
التعاطف	14,58%	41,81%	14,31%	14,58%	14,72%	100,00%
الملموسية	27,08%	26,39%	15,10%	16,67%	14,76%	100,00%
المجموع	83,61%	192,86%	72,68%	78,09%	57,68%	100,01%
متوسط النسبة	16,72%	64,29%	26,74%	15,62%	19,23%	28,52%



الشكل 8 : نتائج تقديم الخدمة حسب متوسط الأبعاد الخمسة ل"كوتلر"

2- اختبار الفرضيات: (الدراسة الميدانية للمستشفى الجامعي تلمسان)

بعد جمع المعلومات عن جودة الخدمة المقدمة من طرف عينة الدراسة بمستشفى تلمسان من خلال التعرف على الجودة و قياسها بالأبعاد الخمسة ل"كوتلر" نحاول ضمن هذه الفقرة اختبار الفرضيات الإحصائية المطروحة بعد توضيحها في فرضيات جزئية كما يلي:

الفرضية الأولى الجزئية "أ" (1): تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية، تقييما سلبيا من وجهة نظر الأطباء، المرضى و الإدارة حسب ما يرغب فيه المريض و يتوقع الحصول عليه و يرضيه , من ناحية بعد الاعتمادية.

الفرضية الأولى الجزئية "أ" (2): تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية، تقييما متوسطا من وجهة نظر الأطباء، المرضى و الإدارة حسب ما يرغب فيه المريض و يتوقع الحصول عليه و يرضيه , من ناحية بعد الاعتمادية، بعد الاستجابة، بعد التعاطف، بعد التوكيد و بعد الملموسية.

الفرضية الأولى الجزئية "أ" (3): تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية، تقييما إيجابيا من وجهة نظر الأطباء، المرضى و الإدارة حسب ما يرغب فيه المريض و يتوقع الحصول عليه و يرضيه , من ناحية بعد الاعتمادية، بعد الاستجابة، بعد التعاطف، بعد التوكيد و بعد الملموسية.

الفرضية الثانية الجزئية "ب" (1): تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية، تقييما سلبيا من وجهة نظر المرضى حسب ما يرغب فيه المريض و يتوقع الحصول عليه و يرضيه , من ناحية بعد الاعتمادية، بعد الاستجابة، بعد التعاطف، بعد التوكيد و بعد الملموسية.

الفرضية الأولى الجزئية "ب" (2): تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية، تقييما متوسطا من وجهة نظر المرضى حسب ما يرغب فيه المريض و يتوقع الحصول عليه و يرضيه , من ناحية بعد الاعتمادية، بعد الاستجابة، بعد التعاطف، بعد التوكيد و بعد الملموسية.

الفرضية الأولى الجزئية "ب" (3): تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية، تقييما إيجابيا من وجهة نظر المرضى حسب ما يرغب فيه المريض و يتوقع الحصول عليه و يرضيه , من ناحية بعد الاعتمادية.

حسب المجالات التالية:

المجال [1 – 2,49]: تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية، تقييما سلبيا من وجهة نظر الأطباء، المرضى و الإدارة حسب ما يرغب فيه المريض و يتوقع الحصول عليه و يرضيه , من ناحية بعد الاعتمادية، الاستجابة، التوكيد أو الثقة و الأمان، الملموسية و التعاطف.

المجال [2,50 – 3,49]: تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية، تقييما متوسطا من وجهة نظر الأطباء، المرضى و الإدارة حسب ما يرغب فيه المريض و يتوقع الحصول عليه و يرضيه , من ناحية بعد الاعتمادية، الاستجابة، التوكيد أو الثقة و الأمان، الملموسية و التعاطف.

المجال [3,50 – 5]: تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية، تقييما إيجابيا من وجهة نظر الأطباء، المرضى و الإدارة حسب ما يرغب فيه المريض و يتوقع الحصول عليه و يرضيه , من ناحية بعد الاعتمادية، الاستجابة، التوكيد أو الثقة و الأمان، الملموسية و التعاطف.

العبارات المكونة للأبعاد هي 22 عبارة موزعة بحسب كل بعد: البعد الأول : 5 عبارات (ع1-ع2-ع3-ع4-ع5)، البعد الثاني : 4 عبارات (ع6-ع7-ع8-ع9)، البعد الثالث : 4 عبارات (ع10-ع11-ع12-ع13) البعد الرابع: 4 عبارات

(ع14-ع15-ع16-ع17) العدد الخامس: 5 عبارات (ع18-ع19-ع20-ع21-ع22) تتمثل نتائجها حسب إجابات الذكور و الإناث بالقيم المتوسطة باستخدام Excel 2007 حسب ما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول 22 : المتوسط الحسابي لأبعاد الجودة و عباراتها لعينة الدراسة بمستشفى تلمسان

الأطباء	المرضى		المرضى		الإدارة		المرضى		المرضى			
	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	أنثى	ذكر	متوسط	أنثى	ذكر			
2,5855	2,6154	2,5556	3,025	2,8	3,25	2,67855	2,3571	3	2,7098	2,5625	2,8571	الالتزام بالوعدود
3,2265	3,2308	3,2222	3,135	3	3,27	2,73215	2,2143	3,25	3,07205	3,0625	3,0816	التعاطف عند تقديم الشكاوي
2,6154	2,2308	3	2,375	2	2,75	2,25	2	2,5	2,9015	2,8438	2,9592	تقديم الخدمة في الوقت المحدد
3,71795	3,7692	3,6667	3,1	3,2	3	3,0357	3,0714	3	3,3495	3,25	3,449	الفتنة في مهارة الطبيب
3,4145	3,3846	3,4444	2,85	3,2	2,5	3,5893	3,9286	3,25	3,338	3,125	3,551	تدوين المعلومات عن المريض بكل دقة
3,1120	3,0462	3,1778	2,8970	2,8400	2,9540	2,8571	2,7143	3,0000	3,0742	2,9688	3,1796	متوسط عبارات بعد الاعتمادية
3,3205	3,3077	3,3333	3,35	3,7	3	2,7857	3,0714	2,5	2,8873	2,9379	2,8367	الإخبار عن وقت تقديم الخدمة
2,79275	3,3077	2,2778	4,1	4,2	4	3,375	3	3,75	2,99335	2,8438	3,1429	رغبة العامل في مساعدة المريض بشكل دائم
3,5299	3,6154	3,4444	3,2	3,4	3	3,42855	2,8571	4	3,0402	2,9375	3,1429	التجاوب القوي للعمال مع طلبات المريض
3,1432	3,2308	3,0556	3	3	3	2,64285	2,7857	2,5	2,9375	2,875	3	تبسيط الإجراءات لتقديم الخدمة للمريض
3,1966	3,3654	3,0278	3,4125	3,5750	3,2500	3,0580	2,9286	3,1875	2,9646	2,8986	3,0306	متوسط عبارات بعد الاستجابة
3,5299	3,6154	3,4444	3,175	3,1	3,25	3,10715	3,2143	3	3,3964	3,3438	3,449	ثقة المرضى بمؤهلات العاملين
3,4359	3,5385	3,3333	3,325	2,9	3,75	2,9107	2,5714	3,25	3,39285	3,5	3,2857	شعور المرضى بالأمان
3,0855	2,6154	3,5556	3,55	3,6	3,5	2,92855	2,8571	3	3,2347	3,2245	3,2449	التعامل بأداب مع المريض
3,19875	3,2308	3,1667	3,2	3,4	3	2,75	2,5	3	3,2969	3,0625	3,5313	تقديم الإدارة الدعم لعمالها مهرة
3,3125	3,2500	3,3750	3,3125	3,2500	3,3750	2,9241	2,7857	3,0625	3,3302	3,2827	3,3573	متوسط عبارات بعد التوكيد
3,8953	3,8462	3,9444	4,05	4,6	3,5	3,5893	3,9286	3,25	3,4745	3,5	3,449	الحاجة إلى تحديث التجهيزات
2,3205	2,3077	2,3333	2,5	2,5	2,5	2,10715	2,7143	1,5	2,31155	2,0313	2,5918	توفر المستشفى على قاعات الانتظار

2,4188	2,6154	2,2222	2,175	2,6	1,75	1,80355	2,3571	1,25	2,25575	2,0625	2,449	التوفر على الأدوية التي يحتاجها المريض
3,09185	3,4615	2,7222	3,15	3,3	3	2,69645	2,6429	2,75	3,0641	2,7813	3,3469	الحرص على النظافة
2,9316	3,0577	2,8055	2,9688	3,2500	2,6875	2,5491	2,9107	2,1875	2,7765	2,5938	2,9592	متوسط عبارات بعد الملموسية
3,75645	3,8462	3,6667	3,725	3,7	3,75	3,32145	3,1429	3,5	3,4394	3,0625	3,8163	الاهتمام بالمريض
3,4359	3,5385	3,3333	3,675	3,6	3,75	2,7857	2,5714	3	3,1537	3,0625	3,2449	معرفة احتياجات المريض
3,35895	3,3846	3,3333	3,475	3,2	3,75	2,42855	2,3571	2,5	3,3176	3,125	3,5102	امتلاك العمال روح مرحة و صداقة المريض
3,3547	3,1538	3,5556	3,475	3,7	3,25	2,26605	2,3571	2,175	3,1843	3,0625	3,3061	توضيح مشكل الصحة بصورة يفهمها المريض
3,2372	3,3077	3,1667	3,625	3,5	3,75	3,01785	2,2857	3,75	3,1824	2,875	3,4898	العمل بساعات العمل حسب حاجات المريض
3,4286	3,4462	3,4111	3,5950	3,5400	3,6500	2,7639	2,5428	3,1833	3,2555	3,0375	3,4735	متوسط عبارات بعد التعاطف

تحليل نتائج الجدول:

- من خلال النتائج المرسومة ضمن الجدول يتضح لنا ما يلي: أن كل النتائج تقع عند المجال الثاني (2.5-3.49) و بالتالي فالنتائج متوسطة . إلا انه بالإمكان رفع بعض الملاحظات الضمنية و المشتركة عند العبارات المكونة للأبعاد:
- نتائج سلبية من وجهة نظر مقدمي الخدمة فيما يتعلق باهتمام الإدارة بتقديم الخدمة في الوقت المحدد. بما معناه أن المريض قد ينتظر لفترة أخرى معينة من الزمن حتى تؤدي خدمته و هذا ما قد يؤثر سلبيا على صحته و معنوياته. و تدل هذه النتيجة على مدى اعتراف الجهة المقدمة للخدمة بأنها تتماطل نوعا ما في تأدية واجبها في الوقت محدد اتجاه المريض و قد يعود ذلك إلى ظروف و عوامل تعيق سير العمل في الوقت المحدد نتيجة لارتباط العوامل فيما بينها.
 - فيما يخص الأطباء, ترى هذه الفئة بأن عملية تدوين المعلومات عن المريض بكل دقة ليست تماما و ربما يرجع الأمر إلى نقص الخبرة لدى الكثير من الأطباء خصوصا أن المريض يتلقى العلاج في غالب الأحيان من قبل الأطباء المقيمين أو من هم لازلوا يزاولون دراستهم و هذا يحكم أن المريض لا يلتقي أبدا بالطبيب من درجة بروفييسور إلا بالنسبة لمن هم مقيمين في المستشفى (لهم سرير) فقط فترة التقاء الطبيب بطلبته في جناح المريض, ربما التدارك يكون بالنسبة للمريض الذي تطول مدة إقامته بالمستشفى أما البقية فهي معلومات تؤخذ بصورة غير دقيقة تماما.
 - أما من وجهة نظر المرضين و بحكم عملهم التنفيذي لأوامر الطبيب سجلنا نتائج متوسطة إذ تنظر هذه الفئة إلى الأطباء المقيمين أو المواصلون لدراساتهم على أنهم قليلوا التجربة و بالتالي المعلومات المحصلة عن المريض ليست دقيقة تماما, إذ غالبا ما تعاتب هذه الفئة فئة الأطباء من حيث أنها تطرح على المريض بعض الأسئلة و تحاول التعرف عما قلناه الطبيب للمريض.
 - أما بالنسبة للإدارة سجلنا نتائج جد إيجابية فيما يتعلق بعبارة تدوين المعلومات عن المريض بكل دقة.
 - من حيث بعد الاستجابة, كانت النتائج إيجابية من وجهة نظر الإدارة و المرضين برغبة العامل في مساعدة المريض بشكل دائم .أما من وجهة نظر الأطباء كانت النتيجة سلبية و هذا باعتبار أن الطبيب متذمر من عمل المرضين. استنتجنا من إجابات بعض الأطباء أنهم استثنوا شخصهم كعامل و اعتبروا فئة العمال تخص على وجه الخصوص المرضين الذين رأوا فيهم

السلبية فيما يتعلق بمساعدة المريض بشكل دائم و كأن الطبيب يرى في الممرض العنصر الوحيد الملتزم بتأدية خدمة مساعدة المريض مع أن العملية مشتركة فيما بينهم. استخلاص هذه النتيجة جاء على ضوء النتيجة المحصلة في السؤال الثالث من العبارة الثانية و المتعلق بالتجاوب القوي للعمال مع طلبات المريض حيث كانت النتيجة إيجابية .

- كما أنه من جانب فئة الممرضين كانت النتيجة متوسطة و بقراءة بسيطة نستنتج نوعا من الصراع بين فئة الممرضين الدائمين على مستوى المصالح الاستشفائية موضوع الدراسة و الأطباء "المتجددين" و إن كان هؤلاء لا يشعرون بهذا النوع من الصراع و قد التمسنا ذلك من العبارات الاستهزائية لكثير من الممرضين الذين يرون خصوصا في الأطباء الطلبة أنهم عديدي التجربة و أنهم هم أكثر منهم تجربة في نطاق المصالح التخصصية التي هم مداومين فيها.

- أما فيما يخص مستوى رضا المريض من حيث بعد الثقة سجلت نتائج إيجابية من وجهة نظر الممرضين و الأطباء و نتائج متوسطة من وجهة نظر الإدارة خصوصا فيما يتعلق بالتعامل بأدب مع المريض و شعور هذا الأخير بأمان , أما باقي العبارات الأخرى المكونة لبعد الثقة كانت نتائجها على العموم متوسطة خصوصا في ما يتعلق بتقديم الإدارة الدعم لعمالها المهرة بمعنى أنه لا يوجد مجال للتمييز ما بين العمال المهرة و غير المهرة و بالتالي لا يوجد تشجيع للعمال على مستوى المصالح المدروسة مما دفع بالكثير بالخروج من القطاع العمومي بحثا عن العمل على مستوى العيادات الخاصة (سواء من عمال إداريين ' أطباء أو ممرضين).

- أما فيما يتعلق ببعد الملموسية³ كانت الإجابة جد قوية و إيجابية من كل من الإدارة, الأطباء و الممرضين فيما يتعلق بضرورة تحديث التجهيزات و كانت سلبية فيما يتعلق بسؤال عن توفر المستشفى عن قاعات الانتظار خصوصا من وجهة نظر الإدارة و الأطباء الذين هم متذمرين من تواجد العديد من المرضى في قاعات انتظار صغيرة لا تف بالعدد الهائل امن المرضى المتوافدين على المصالح موضوع الدراسة و هي نفس النتيجة المسجلة عن سؤال حول توفر المستشفى على الأدوية التي يحتاجها المريض حيث أن تقديم العلاج في كثير من الأحيان يتم من خلال وصفة طبية تكتب لمصاحب المريض ليأتي بها من الصيدلية خارج المصلحة (خصوصا بالنسبة للمرضى من هم على الأسرة أي داخل المستشفى) أو أن يؤتى بها من مصالح أخرى استشفائية بواسطة "المعرفة"

- أما فيما يتعلق بالحرص على النظافة كانت الإجابة متوسطة بحكم أن النتيجة لا تتعلق بعامل النظافة فقط بل ضرورة مساهمة المريض و زواره في الحرص عليها و ألا يبادروا إلى بعض التصرفات التي تعكر جو المصلحة مثل إلقاء النفايات و البقايا خارج الأماكن المخصصة لها. كما هناك ملاحظة أن الكثير من عمال النظافة لا يقومون بالعمل على أكمل وجه خصوصا إذا كانت فئة النظافة الموالية تقوم بعملها بإخلاص³ نجد الفئة السابقة تتهاون في عملها نوعا ما بدافع الاتكال على الفئة المقبلة أنها ستقوم بالعمل بكل متطلباته.

- أما فيما يتعلق ببعد التعاطف, على العموم كانت نتائجه متوسطة إلا أننا سجلنا نتائج إيجابية فيما يتعلق بسؤال عن الاهتمام بالمريض أو فيما يتعلق باحتياجاته و ذلك من وجهة نظر كل من الإدارة, المرض و الطبيب . أما فيما يتعلق بامتلاك العمال روح مرحة و صداقتهم للمريض رغم الإجابة المتوسطة لفئة الأطباء و الممرضين, إلا أنها كانت سلبية بالنسبة للإدارة التي سجلت نفس النتيجة فيما يخص توضيح مشكل الصحة بصورة يفهمها المريض أو فيما يتعلق بالعمل وفقا لساعات العمل حسب حاجات المريض, إذ ترى الإدارة أنه بمجرد انتهاء وقت العمل سواء بالنسبة للطبيب أو الممرض لا يوجد هؤلاء على مستوى مراكزهم حيث يتم التعامل مع المريض بمبدأ التوصية بمعنى كل فئة تترك توصية للفئة الموالية. إلا أن إجابة الممرض تخالف رأي الإدارة و ترى أن العمل لهذه الفئة يتواصل إن كان المريض في حاجة إليهم و نتيجة الأطباء كانت متوسطة منهم من كان حياديا و منهم من وافق بشدة على الإجابة على هذا السؤال.

- أما فيما يتعلق بالمستفيد من الخدمة (المريض) على العموم كانت إجاباته متوسطة عند الكل الأبعاد و سجلنا نتائج إيجابية فيما يتعلق باهتمام به ومصادقته و كانت النتائج سلبية فيما يتعلق بتوفر المستشفى أو المصلحة على قاعات للانتظار أو توفر الأدوية.

خلاصة النتائج:

الجدول 23: متوسط الأبعاد من وجهة نظر مقدمي ومستقبلي الخدمة

الترتيب	المرضى	الترتيب	الأطباء	الترتيب	المرضى	الترتيب	الإدارة	
3	3,0742	4	3,112	5	2,897	3	2,8571	متوسط البعد 1 : الاعتمادية
4	2,9646	3	3,1966	2	3,4125	1	3,058	متوسط البعد 2 : الاستجابة
1	3,3302	2	3,3125	3	3,3125	2	2,9241	متوسط البعد 3: التوكيد
5	2,7765	5	2,9316	4	2,9063	5	2,5491	متوسط البعد 4 : الملموسية
2	3,2555	1	3,4286	1	3,595	4	2,7639	متوسط البعد 5: التعاطف
متوسط الأبعاد من وجهة نظر المرضى 3,0802			3,1963		3,2247		2,8304	
متوسط الأبعاد من وجهة نظر مقدمي الخدمة: 3.0838								

عند تحليل النتائج يلاحظ أن كلها تقع عند المجال المتوسط باستثناء عبارة التعاطف التي تقع في المجال الإيجابي بالنسبة للمرضين و هو البعد الأول الذين يولون إليه الاهتمام يأتي بعد ذلك بعد الاستجابة ثم التوكيد فالملموسية ف الاعتمادية أما بالنسبة لفئة الأطباء النتائج كانت متوسطة و لكن وفقا لأولويات مختلفة . إن كانت هذه الفئة تقاسم فئة المرضى بعد التعاطف إلا أنها تعطي اهتماما للتوكيد ثم الاستجابة و بعد ذلك تلي الاعتمادية فالملموسية. الإدارة من جهتها تولي الاهتمام للاستجابة فالتوكيد ثم الاعتمادية فالتعاطف ثم الملموسية. أما المستفيدين من الخدمة أي المرضى اهتمامهم أولا بالبعد المتعلق بالثقة و الأمان أي التوكيد ثم التعاطف. و إن اختلفت الترتيبات من حيث تفضيل أبعاد الجودة إلا أن في النهاية كانت النتيجة متساوية حيث سجلنا متوسط جودة الخدمة المقدمة من طرف المصالح الخمسة من وجهة نظر المريض بمعدل 3.0803 و من وجهة مقدمي الخدمة بمتوسط 3.0838 مما يدل في النهاية على أن جودة الخدمة الصحية في مستشفى تلمسان هي متوسطة.

خاتمة:

إن ممارسة الإدارة الحديثة من خلال نظام إدارة الجودة الشاملة هو من أحدث التقنيات التي تسمح للإدارة العليا بتقييم الأداء، ومشاركة جميع العاملين في الإحساس بالانتماء إلى مؤسستهم وحثهم على تحقيق الأهداف المرجوة. فلو عقدنا المقارنة بين أداء المشاركين في نظام الجودة الشاملة والمشاركين في نظام الإدارة النمطي فسوف نرى أن الأداء في الحالة الأولى يتفوق على الأخرى في الإحساس بانتماء الموظفين لمؤسستهم و لإعمالهم، ويؤدي بهم (كل حسب قدراته وإمكانياته) إلى الإحساس بأن ما يفعلونه هو لهم لتحقيق الذات والوصول إلى الإبداع ، والارتقاء بالمؤسسة التي ينتمون إليها، وغني عن التعريف الدور الهام الذي تلعبه إدارة الجودة ضمن منهج الإدارة الحديثة، خاصة في ظل السعي الدائم لكافة المؤسسات الرسمية والخاصة لتطبيق نظام الجودة الشاملة، سعياً منهم للحاق بالركب وللحفاظ على المكانة التي تبوؤها.

لقد أثبتت نتائج الدراسة انعدام إدارة الجودة في المستشفى الجامعي بتلمسان مع وجود سلبيات عديدة و مشاكل تسببت في خلق انحرافات و زوالها يتطلب تحضير المستشفى لتطبيق ادارة الجودة الشاملة كأسلوب إداري متميز. من بين المشاكل التي يعرفها المستشفى عموماً نذكر ما يلي:

- 1- نقص التأطير والتكوين في المجال الطبي والشبه الطبي.
- 2- نقص الأبحاث الميدانية وسوء التنسيق بين المصالح.
- 3- الانتظار الطويل للحصول على مواعيد في المستشفى.
- 4- تعرض المعدات والأجهزة الطبية لكثرة التوقف.
- 5- نقص في توفير المرافق المساعدة على تقديم الخدمة.
- 6- عدم اتساع المصالح يؤدي إلى عدم عزل الحالات الخاصة عن بعضها البعض.
- 7- نقص الوسائل المادية (كالأجهزة، المعدات الطبية، الأدوية، الأثاث و الأفرشة، التحاليل التي تساهم في نجاح التشخيص الطبي) خاصة في مصلحة الإنعاش و مصلحة الاستعجالات و انعدام النظافة في هذه المصلحة، بالإضافة إلى الفوضى و عدم التنظيم بسبب كثرة المرضى و عدم التوفر على صالات الانتظار بماكل المرافق.
- 8- نقص سيارات الإسعاف.
- 9- نقص الأجهزة المتطور (كالسكانير و الليزر...) في بعض المصالح، مما يؤدي بالمرضى إلى الخروج إلى المستشفيات الخاصة من أجل استعمال هذه الأجهزة).
- 10- كثرة المرضى في مصلحة الاستعجالات يتولد عنه الفوضى.

إن عدم تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المستشفى يفسر بفعل هذه المشاكل التي يعرفها والمستشفى من جهة و من خلال الانسياق من جهة أخرى ، بحيث ينساق موظفي المستشفى من كل الفئات نحو ما يطبق عموماً و لا يمكن للطبيب تغيير الوضع الحالي ، كما أن هذه الفرضية تفسر ضغوط الإدارة التي تؤثر على السلوك العام. إن تأثير الانسياق سيكون سلباً على القصد والنية من استخدام و تطبيق ادارة الجودة الشاملة، بسبب حساسية الفرد للمجموعة و بحثه المتواصل لتحسين صورته أمام الإدارة العامة للمستشفى ، و هو بحث للحصول على التكامل لضمان أمنه داخل المجموعة التي ينتمي إليها، و كذا الخوف من الرفض. خصوصاً أن المسؤولين يحافظون على نوع الإدارة التقليدية خوفاً من التغيير . ووفقاً لذلك سيؤثر سلباً على نية لاستخدام ادارة الجودة الشاملة . لهذا نطالب بضرورة إلزامية تطبيق هذا النمط الإداري العصري في ادارة المستشفيات من قبل الوزارة الوصية .

وفي ضوء النتائج السابقة توصي مجموعة الباحثين بما يلي :

1- ضرورة السعي لإقناع الإدارة العليا بالمستشفى الجامعي بتلمسان و منها إل كل المستشفيات العامة بمختلف أشكالها ، أنه قد آن الأوان لوضع مدخل الجودة الشاملة موضع التطبيق العملي ، حيث ترى الباحثة أن اقتناع الإدارة العليا يحفزها لصياغة رؤى واضحة ، وتحديد أهداف خاصة بالجودة الشاملة ، ووضع معايير واضحة لقياس مدى تحقيق هذه الأهداف. ويمكن أن يتم ذلك من خلال :

1- إعداد برامج خاصة يقوم بإعدادها خبراء الجودة في المجال الصحي ، تركز على بيان ما حققته المؤسسات الصحية على المستوى الدولي عند استخدامها مدخل الجودة الشاملة ، والاشتراطات التي وضعتها المؤسسات الدولية لجودة الخدمة الصحية.

2- أن يتم اختيار هذه القيادات ممن تتوافر لديهم الاتجاهات الإيجابية نحو مدخل الجودة الشاملة

3- وضع نظام لتحفيز هذه القيادات لتبني ودعم الاتجاه نحو تطبيق الجودة الشاملة.

4- وضع معايير واضحة لاختيار القيادات للمنظمات الصحية وترى الباحثة انه يمكن أن تكون ضمن هذه المعايير : تحديد مجالات تطبيق الجودة الشاملة ، تحديد برامج عمل تنفيذية و الإيمان بمبدأ المشاركة والعمل من خلال الفريق.

5- إنشاء جهاز للجودة الشاملة على مستوى المستشفيات ، على أن يراعي عند تشكيل هذا الجهاز تمثيل جميع المستشفيات وكذا تمثيل كل فئات العاملين (إداريين ، أطباء ، فنيين ، ... الخ) ، وأن يكون لهذا الجهاز منسق (ضابط اتصال) بكل

مستشفى

قائمة الجداول:

40	الجدول 1: الهياكل الصحية لسنة 2006.....
41	جدول 2: الهياكل الصحية الأساسية لسنة 2009.....
43	الجدول 3: مقارنة الوضعية الإجمالية للتجهيزات الطبية في الفترة ما بين 1998 و 2006.....
45	الجدول 4: نفقات التشغيل للجدول 5: التغطية الصحية للممارسين حسب عدد السكان.....
46	الجدول 6: التغطية الصحية حسب التخصصات.....
47	الجدول 7: الإنفاق الصحي لكل فرد معادل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي.....
54	جدول رقم 8: تطو عمل المستشفى.....
55	جدول رقم 9: توزيع عدد الأطباء و الشبه الطبي و عمال الإدارة في المستشفى الجامعي تلمسان في سنة 2012.....
55	الجدول 10: دراسة بعض المؤشرات عن المستشفى الجامعي تلمسان في سنة 2012.....
58	الجدول 11 : الأهمية النسبية لأبعاد نوعية الخدمة الصحية حسب مقياس كوتلر.....
58	الجدول 12 : أبعاد قياس الجودة.....
60	الجدول 13 : نسبة توزيع و استرجاع استثمارات البحث.....
61	الجدول 14: توزيع مجتمع الدراسة حسب الجنس, السن و المستوى العلمي.....
62	الجدول 15 : نتائج تقديم الخدمة حسب بعد الاعتمادية.....
64	الجدول 16 : نتائج تقديم الخدمة حسب بعد الاستجابة.....
65	الجدول 17 : نتائج تقديم الخدمة حسب بعد التوكيد.....
66	الجدول 18: نتائج تقديم الخدمة حسب بعد التعاطف.....
67	الجدول 19 : نتائج تقديم الخدمة حسب بعد الملموسية.....
69	الجدول 20 : نتائج تقديم الخدمة حسب الأبعاد الخمسة مجتمعة.....
70	الجدول 21 : تقييم جودة الخدمة الصحية بعينة الدراسة حسب متوسط الأبعاد الخمسة للجودة.....
72	جدول 22 : المتوسط الحسابي لأبعاد الجودة و عباراتها لعينة الدراسة بمستشفى تلمسان.....
75	الجدول 23: متوسط الأبعاد من وجهة نظر مقدمي ومستقبلي الخدمة.....

قائمة الأشكال

62	الشكل 1 : توزيع عينة الدراسة حسب الجنس, السن و المستوى العلمي.....
63	الشكل 2: نتائج تقديم الخدمة حسب بعد الاعتمادية.....
64	الشكل 3 : نتائج تقديم الخدمة حسب بعد الاستجابة.....
65	الشكل 4 : نتائج تقديم الخدمة حسب بعد التوكيد.....
67	الشكل 5 : نتائج تقديم الخدمة حسب بعد التعاطف.....
68	الشكل 6 : نتائج تقديم الخدمة حسب بعد الملموسية.....
67	الشكل 7 : نتائج تقديم الخدمة حسب الأبعاد الخمسة ل "كوتلر".....
70	الشكل 8 : نتائج تقديم الخدمة حسب متوسط الأبعاد الخمسة ل "كوتلر".....

المراجع:

المراجع

1. اتكنسون/ فيليب، إدارة الجودة الشاملة : الجزء الأول التغيير الثقافي والأساسي الصحيح لإدارة الجودة الشاملة الناجحة، تعريب عبد (الفتاح السيد السقماني، مراجعة وإشراف علمي عبد الرحمن توفيق، 1996.
2. أحمد محمد المصري " إدارة الأعمال الطبية المستشفيات - الصيدليات " مؤسسة شباب الجامعة - الإسكندرية - 2005.
3. أحمد محمد المصري، "إدارة المستشفيات"، مؤسسة شباب الجامعة، 1998.
4. بومعروف إلياس و عماري عمار، "من أجل تنمية مستدامة في الجزائر" مجلة الباحث - عدد 07 جامعة سطيف، 2009 - 2010.
5. بويوسف عصام الدين زهير "نظام تسيير المستشفيات في الجزائر" مذكرة ماجستير(1993-1994)، جامعة الجزائر
6. جاد الرب عبد السميع حسنين " متطلبات تطبيق مبادئ الجودة الشاملة من وجهة نظر المسؤولين بمستشفيات جامعة المنصورة " كلية التجارة- جامعة المنصورة - 2003 .
7. جمال أبو دولة و حمد علي النيادي: تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في منظمات الخدمة في دولة الإمارات العربية المتحدة، أبحاث اليرموك، سلسلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية، مجلد 30، عدد2، 2003.
8. جوزيف جابلونسكي ، تطبيق إدارة الجودة الشاملة ، بميك ، مصر ، 1996، ص 194.
9. حسين الراوي الرويلي " الجودة الشاملة في المؤسسة الخدمية " مدير إدارة الجودة - المملكة العربية السعودية - <http://www.arado.org.eg/tqm/montada/QNPSO.doc>
10. حوالف رحيمة " ادارة الجودة الشاملة في قطاع المستشفيات - دراسة تحليلية لمواقف الاطباء باستخدام نظرية السلوك المخطط "مجلة الاقتصاد المعاصر - العدد 9 - أبريل 2011.
11. حوالف رحيمة " تطبيق ادارة الجودة الشاملة- دراسة تحليلية لمواقف الاطباء و المرضى باستخدام نظرية السلوك المخطط "أطروحة دكتوراه غير منشورة - كلية العلوم الاقتصادية - جامعة تلمسان - جوان - 2011.
12. حوالف رحيمة " تنمية الموارد البشرية للمنظمات الصحية في ظل مدخل ادارة الجودة الشاملة - دراسة ميدانية - بحوث و أوراق عمل المؤتمر الدولي الموارد البشرية شريك استراتيجي في التطوير المؤسسي - دبي - الامارات العربية المتحدة- مارس - 2013 .
13. خضير كاظم، إدارة الجودة الشاملة، دار الميسرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان، 2000،
14. ديبوز عبد القادر، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية (حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة)، مجلة الباحث، عدد 2012/11، ورقلة.
15. الديوان الوطني للإحصاء " الجزائر بالأرقام- نتائج 2004"، نشرة رقم 35-2006 .
16. رعد حسن الصرن "عولمة جودة الخدمة المصرفية" دار الوراق، الاردن، 2008

17. رولا محمد شفيق: مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الأجهزة الحكومية في الأردن، رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن، 2004
18. زين الدين فريد. إدارة الجودة الشاملة والأيزو، مجلة البحوث التجارية، جامعة الزقازيق، العدد 1 يناير، 1995
19. سامية جلال سعد " الإدارة البيئية المتكاملة للمستشفيات " المنظمة العربية للتنمية الادارية - بحوث و دراسات - القاهرة - 2006.
20. ستيفن أكرويد / بول طومبسون "سوء السلوك التنظيمي - حقل معرفي جديد " ترجمة عبد الحكم احمد الخزامي - دار الفجر للنشر و التوزيع - القاهرة ، مصر - 2002 .
21. ستيفن كوهين و رونالد براند: إدارة الجودة الكلية في الحكومة، دليل عملي لواقع حقيقي، ترجمة عبد الرحمان بن أحمد هيجان، معهد الإدارة العامة، السعودية، 1997
22. عبد الرحمن أحمد محمد هيجان " منهج عملي لتطبيق مفاهيم إدارة الجودة الكلية " الإدارة العامة - المجلد 34 / العدد 3 / ديسمبر 1994. ص 405 .
23. عبد الفتاح. إدارة الجودة الشاملة و دورها المتوقع في تحسين الإنتاجية بالأجهزة الحكومية، الأردن، 2000
24. عبد اللطيف ماجد عنور " الاعترا ب الوظيفي و مصادره :دراسة ميدانية حول علاقتهما ببعض المتغيرات الشخصية و التنظيمية في القطاع الصحي الأردني بإقليم الشمال " الإدارة العامة - المجلد التاسع و الثلاثون - العدد الثاني 1999.
25. عبد الناصر محمد علي حمودة " إدارة التنوع الثقافي في الموارد البشرية " المنظمة العربية للتنمية الإدارية - بحوث و دراسات - 2005 .
26. عمر وصفي العقيلي، الإدارة، دار الزهران للنشر والتوزيع، عمان، 1997
27. عياشي نورالدين، " تطور المنظومة الصحية الجزائرية "، بحوث اقتصادية" جامعة منتوري، قسنطينة. العدد 31 جوان 2009، المجلد ب، ص.ص 293 - 309 .
28. فالخ عبد القادر الحوري " تشخيص واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية - دراسة ميدانية على عينة من المستشفيات الخاصة" البصائر - المجلد 12 - العدد 1 - آذار 2008.
29. فرانسيس ماهوني، كارل جي ثور، ترجمة عبد الحكيم أحمد الخزامي: ثلاثية الجودة الشاملة، دار الفجر للنشر و التوزيع، مصر، 1999
30. قرار وزاري مشترك مؤرخ في 1988/10/22، يحدد جزافيا سعر يوم من الاستشفاء و خدمات الفندقة والإطعام في العيادات الخاصة و تعريفه ما يعوضه الضمان الاجتماعي - الجريدة الرسمية رقم 44 بتاريخ 1988/11/ 02.
31. ماجدة العطية " سلوك المنظمة - سلوك الفرد و الجماعة " الشروق - عمان ، الأردن - 2003 .
32. مأمون الدرادكة، طارق الشبلي: الجودة في المنظمات الحديثة، دار صفاء للنشر، عمان، 2002.
33. محفوظ أحمد جودة " إدارة الجودة الشاملة - مفاهيم و تطبيقات " المرجع السابق - الطبعة الثانية .
34. محمد حسن شعبان " التحديات المعاصرة أمام الموارد البشرية العربية و سبل التغلب عليها " الإدارة العامة - المجلد 46 / العدد 4 / نوفمبر 2006.

35. محمد عبد الوهاب العزاوي: إدارة الجودة الشاملة، عمان، 2004/2005
36. مصطفى محمود أبو بكر " مقومات و معوقات تحقيق الجودة الشاملة - مدخل التوجه بالقوى العاملة " من كتاب استراتيجيات الاستثمار البشري بالمؤسسات العربية - إشراف د ، عبد الحميد توفيق - مركز الخبرات المهنية للإدارة - بميك - القاهرة - 1996 .
37. ناصر دادي عدون، "إدارة الموارد البشرية والسلوك التنظيمي- دراسة نظرية و تطبيقية"، دار المحمدية العامة الجزائر، 2004 .
38. نيلز جوران/جان روى و ماجتر ووتر " الأداء البشري الفعال بقياس الأداء المتوازن - أفكار عالمية معاصرة " ترجمة : علا احمد إصلاح - سلسلة إصدارات بميك - القاهرة - 2003 .
39. هاني حامد الضمور " تسويق الخدمات " دار وائل للنشر - 2005 .
40. وراين شمذت و جيروم فاتجا، مدير الجودة الشاملة، أفاق الإبداع العالمية، الرياض ، 1997، ص 9.
41. A.OUCHFOUN et D.HAMMOUDA, « Bilan de vingt huit années de politique sanitaire en Algérie », Les cahiers de CREAD- N°35-36, 3eme et 4eme Trimestres 1993.
42. Abdelhak SAIHI , « Le système de santé publique en Algérie- Analyse et Perspectives », Gestion Hospitalière- Avril 2005
43. Abdelhak SAIHI, « Le Système de Santé en Algérie – Analyse et Perspectives », Gestion hospitalière, Avril 2005.
44. C. Gronroos, (2001), "A service Quality model and its marketing implications", European Journal of marketing 18(4), P. 44. Practices , Long Range Planning, Vol. 38 , NO. 3, ..
45. C. H. Lovelock, (1991), "Understanding costs and Developing Pricing strategies, service marketing", New York: Prentice Hill, .
46. CHEVALIER.F, Cercles de la qualité et changement organisationnel, Economica, Paris, 1991.
47. Christopher, Martin and Mc Donald, Malcolm, (2001), " Marketing and introduction", intend. Macmillan press, Ltd.
48. COLE.R.E, The death and life of the American quality movement, Oxford University Press, 1995.
49. CROSBY.P.B, La qualité c'est gratuit, Economica, Paris, 1986.
50. Daniel BENAMOUZIG, « La santé au mémoire de l'économie », PUF, 2005.
51. DAVIS, D & FISCHER, T. J, the pace of change: A case study of the developement of a total quality organisation, International Journal of Quality & Reliability Management, Vol 11 N°08, 1994..
52. DEMING.W.E, Du nouveau en économie, Economica, Paris, 1996.
53. Dennis L. Foster (1992), "Marketing Hospitality: sales and Marketing for Hotels and Resort", Macmillan/ Mc Graw-Hill publishing company, .
54. Desreumaux; Théorie des organisations, EMS, Paris,2005
55. Edris, Thabet A. and Mona R. Al Ghais, (1996), "Education service Quality as perceived by Kuwaiti consumer: An application of the servperf scale", middle East Business Review, University of London, Vol. I, No. I, .
56. Fatima Zohra OUFRIHA , « Cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie », OPU, 1992.

57. Federal Quality Institute ,in Lam. K.D, Frank.D.W, Stephen.R.S,Total Quality, Colorado Springs, Co: Air Academy Press , 1991.
58. Gérard TAKER, Michel LONGBOIS : Marketing Des Services, Edition De Nord, 1992.
59. GILMORE.H.L, Product conformance cost, Quality Progress, Vol 7 N° 5, 1974.
60. Kadi., A, La Gestion de l'Eau en Algérie, Journal des Sciences Hydrauliques, Vol 42, n°2, Avril 1997.
61. KAMISKE.G.F & BRAUER.J-P, Management de la qualité de A à Z, MASSON, Paris, 1994.
62. Kotler, P. and Armstrong, G, (2006), "*Principles of Marketing* ", Prentice–Hall, .
63. Lancaster, Geoff and massing ham, (2001), "*Lester Essentials of marketing*", 2nd ed, Mc Graw – Hall, inc. .
64. M.AGUERCIF et F.AGUERCIF Meziane, « Le Système de Santé Publique en Algérie – Evaluation 1974-1989 et Perspectives », les cahiers de CREAD N°35-36, 3eme et 4eme Trimestre, 1993.
65. Meier ; Barabel ;Manageor, Dunod, Paris, 2006
66. MOTWANIJ, Critical factors and performance measures of TQM, The TQM Magazine, Vol 13 N° 4, 2001.
67. NEUVILLE.J.P, La qualité en question, Revue Française de Gestion, Mars-Avril-Mai, 1996.
68. Norme internationale ISO 8402 (1994) : Management de la qualité et assurance de la qualité, vocabulaire, ISO Suisse, 1994.
69. Norme Internationales , ISO 9000-2000 Systèmes de management de la qualité : principes essentielles et vocabulaire, ISO Suisse ,2000.
70. OPFER.N.D, Creating effective construction of quality circles, Cost Engineering, Vol 39 N°4, 1997.
71. Palmer, Adrian, (1994), "*principles of services marketing*", Mc Graw-Hill Book Co., Inc, London.
72. SILLINCE.J.A, SYKES.G & SINGH.D, Implementation, problems, success and longevity of quality circle programmes: A study of 95 UK organizations, International Journal of Operations and Production Management, Vol 16 N° 4, 1996.
73. Stanton, W. J, (2006), "*Fundamentals of Marketing*", Mc Grow–Hall, N. Y, .
74. Thompson, Dosoyza and Gale, (1985), "*The strategic management of service quality*", Quality Progress, .
75. VANDEVILLE.P, Gestion et contrôle de la qualité, AFNOR, Paris, 1985.
76. WATSON.J.G & KORUNDA.A.R, The TQM jungle: a dialectical analysis, International Journal of Quality & Reliability Management, Vol 12 N° 9, 1995.
77. Banque mondiale, Rapport N° 36270-DZ, une revue des dépenses publiques, Août 2007.
78. -Human Report Development (2007-2008), United Nation Development Programm, Newyork
79. OMS: Rapport sur la Santé Dans Le Monde 2006, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, pp.199-201.
80. Rapport OCDE « Le vieillissement démographique dans les pays de l'OCDE : un défi fondamental pour l'action des pouvoirs publiques »,N°2505- 290/01/1997
81. Article 06- Loi N° 85-05 de 16/02/1985 « Relative à la protection et à la promotion de la santé », journal officiel N°08 du 17/02/1985.
82. Article 08- Loi N° 85-05 de 16/02/1985 « Relative à la protection et à la promotion de la santé », journal officiel N°08 du 17/02/1985.
83. Article 228- Loi N° 85-05 de 16/02/1985 « Relative à la protection et à la promotion de la santé », journal officiel N°08 du 17/02/1985.

84. Décrets exécutifs N°97-465, N°97-466, N° 97-467 du 02/12/1997, Portant les règles de création des CHU, des EHS et des secteurs Sanitaires, journal officiel N°81 du 10/12/1997.

مواقع أنترنت

85. Mohamed MEBTOUL, « La médecine face aux pouvoirs : L'exemple de l'Algérie-Médecine et Santé », N°05-1999. <http://socioi-anthropologie.revues.org/>.

86. محمد عثمان عبد المالك " الصحة، التنمية والفقير " <http://www.sjph.net.sd/>

87. وزير الصحة، ولد عباس " سيتم إعادة النظر في الخريطة الصحية الحالية" في 2010/12/11 <http://www.elmoudjahid.com>

88. السيد جمال ولد عباس يعلن عن مشروع تخصص في صيانة العتاد الطبي المتطور بقطاع التكوين المهني، 2012/03/21 <http://ar.algerie360.com>.

89. 2008 أبريل 13 الأحد الخارجية الشؤون وزارة موقع

90. Brahim BRAHAMIA, « Quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie », Université Mentouri – Constantine, <http://www.coopami.org/fr> et <http://www.andi.dz/ar>.

91. MSPRH, cité en <http://www.missioneco.org/algérie/document>.

92. Office National des Statistiques, www.ons.dz/santé

93. www.ands.dz

