

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة البليدة 02

كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير

قسم علوم التسيير

مكانة إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات الصحة العمومية

- دراسة حالة ولاية الجلفة -

مذكرة مقدمة لنيل درجة الماجستير في علوم التسيير

تخصص: إدارة الأعمال

إشراف الدكتور:

محمد يدو

إعداد الطالب:

محمد بن عمر

السنة الجامعية: 2016/2015

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة البليدة 02

كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير

قسم علوم التسيير

مكانة إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات الصحة العمومية

- دراسة حالة ولاية الجلفة -

مذكرة مقدمة لنيل درجة الماجستير في علوم التسيير

تخصص: إدارة الأعمال

إعداد الطالب:

محمد بن عمر

أمام اللجنة المشكلة من :

بشاري كريم	أستاذ محاضر أ	جامعة البليدة 02	رئيسا
يدو محمد	أستاذ محاضر أ	جامعة البليدة 02	مشرفا ومقررا
مراكشي محمد لمين	أستاذ محاضر أ	جامعة البليدة 02	عضوا مناقشا
نذير سي أحمد	أستاذ محاضر أ	جامعة البليدة 02	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2016/2015

الإهداء

لك الحمد ربي على عظيم فضلك وكثير عطائك.

إنه لا يسعني في هذه اللحظات التي لعلني لا املك أغلى منها أن اهدي ثمرة هذا العمل المتواضع إلى:

- الذي يحقق له قلبي باستمرار، ضياء قلبي ونور بصري محمد (صلى الله عليه وسلم)
- فضاء المحبة وبحر الحنان، ربحانة الدنيا وبهجتها أُمي الغالية.
- الذي رباني و علمني أن الحياة كفاح ونضال: أبي العزيز حفظه الله.
- إلى رفيقة دربي زوجتي الغالية .
- الأعمدة التي أظل أرتكز عليها للصمود: إخوتي الأعزاء خاصة أخي الأكبر سليمان.
- إهداء خاص من القلب إلى أخي وصديقي بلال بوعيشة الذي طالما وقف معي في شدتي، و طالما شاركني أفراحي.
- إلى إخواني ، وأخص بالذكر : صالح خضاري ، بن العيطر حمزة ، وبن بريكة عطية ، وعيساوة مولود ، حمزة خذير ، خالد ربوح ، مسعود دان ، قدقاد نور الدين.
- إلى كل أخوتي وزملائي في الجامعة قديمهم وجديدهم صغيرهم وكبيرهم .
- إلى جميع الأهل والأقارب.
- إلى كل الذين يحبوني وساعدوني.
- إلى كل من فتح هذه الوريقات وتصفحها من بعدي.



محمد بن عمر

شكر و عرفان

بسم الله الرحمن الرحيم

" ربي أوزعني ان اشكر نعمتك التي أنعمت علي و على والدي و على المومنين

و ان اعمل صالحا ترضاه "

فاتحة ما أبدأ به عملي هو ابسط ما عساي أتقرب به لمن أنعم علي بنعمه و لم يكن بحاجة لشكري إلا ليزيدني مما قدم لي و هو الله عز و جل , الذي أعانني , هدايني و يسر لي طريقي لإتمام هذا العمل , و كان أول و آخر ملاذي عندما أوصدت في وجوهي كل الأبواب .

قال سيدنا محمد عليه الصلاة و السلام : " من لم يشكر الناس لم يشكر الله "

لذا أتقدم بداية بشكري الخاص لكل من الدكتور القدير **يدو محمد** المشرف على عملي هذا , الذي ساعدني مند بداية اختياري للموضوع و إلى آخر لمسات وضعتها فيه . وكذلك الشكر موصول للدكتور مراكشي محمد الامين .

كما لا يفوتني أن أشكر جميع أساذتي بكلية الاقتصاد وعلوم التسيير بجامعة البليدة 02 وكذلك كل الأساتذة والموظفين والعاملين بالجامعة دون استثناء.

كما أقدم شكري :

إلى كل مدراء و موظفي المؤسسات العمومية الصحية بالجلفة وعلى رأسهم السيد محمد بن العيطر ، بن العايب أحمد ، بخوش الحاج ، مقراني عبد العزيز ، على تعاونهم الشديد معي .
إلى كل من ساعدني من قريب أو بعيد في إتمام هذا العمل .
و أخيرا إلى كل من يخصص وقتا لقراءة هذه الصفحات و الاستفادة منها .

محمد بن عمر

ملخص الدراسة :

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل أثر وإمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الصحية الجزائرية محل الدراسة ، ولتحقيق هذا الهدف تم تصميم استمارة استبيان وتوزيعها على عينة من المرضى تم اختيارهم وفقا لطريقة العينة العشوائية في المستشفيات الجزائرية المتواجدة على مستوى ولاية الجلفة باختلاف هياكلها، كما تم تصميم استمارة المقابلة الموجهة للمدراء (عامون ، فرعيون) في نفس مؤسسات محل الدراسة ، وتوصلت نتائج الدراسة عن طريق الاستبيان إلى وجود أثر إيجابي بين الاعتناء بأبعاد الخدمة الصحية (الإعتماذية ، الاستجابة ، الملموسية ، الضمانية والأمان ، التعاطف) وبين الوصول إلى مستويات عالية من رضا مرتفقي القطاع بصفة عامة والمرضى بصفة خاصة ، وبما أن تفعيل أساليب الجودة الشاملة يؤدي إلى تحسين أبعاد الخدمة الصحية وزيادة جودتها فإن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية العمومية يؤدي لرضا المرضى من جهة ، وتحسين مستوى أدائها العام من جهة ثانية .

كما توصلت نتائج الدراسة عن طريق المقابلة البحثية مع المدراء إلى وجود الارضية الخصبة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة ، كما توصلنا الى نتيجة مفادها وجود استعداد علمي ونفسي وقابلية من طرف المدراء لتطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في مؤسساتهم ، شريطة تبني والتزام الوزارة الوصية بها وتوفير الشروط المالية والبشرية المطلوبة وكذلك تخصيص برامج تكوين في ما يخص هذه الاساليب الحديثة في التسيير قصد الاستفادة منها في تحسين جودة الخدمة الصحية ، و مواكبة التطورات العلمية في مجال الإدارة الصحية الكبيرة والمتسارعة .

الكلمات الدالة : الجودة ، جودة الخدمات الصحية ، إدارة الجودة الشاملة ، المؤسسات الصحية ، إدارة

المؤسسات العمومية الصحية في الجزائر

قائمة المحتويات

قائمة المحتويات

الإهداء

شكر وعرفان

الملخص باللغة العربية

قائمة المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

قائمة المحتويات

15	المقدمة العامة.....
27	الفصل الأول : الإطار النظري لإدارة الجودة الشاملة
28	تمهيد الفصل الأول.....
29	المبحث الأول : مدخل عام حول الجودة
29	المطلب الأول : ماهية الجودة
35	المطلب الثاني : التطور التاريخي لمفاهيم الجودة.....
40	المبحث الثاني : مدخل عام حول إدارة الجودة الشاملة.....
40	المطلب الأول : ماهية إدارة الجودة الشاملة
45	المطلب الثاني : مبادئ إدارة الجودة الشاملة و متطلبات تطبيقها.....
52	المطلب الثالث : استراتيجية الجودة الشاملة ومعوقات نجاحها.....
57	المبحث الثالث : جودة الخدمات الصحية
57	المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمات الصحية وخصائصها.....
62	المطلب الثاني : أهداف وأبعاد جودة الخدمة الصحية
66	المطلب الثالث : فوائد ومجالات تطبيق إدارة الجودة في المؤسسات الصحية.....
70	خلاصة الفصل الأول.....
71	الفصل الثاني: إدارة المؤسسات العمومية الصحية
72	تمهيد الفصل الثاني
73	المبحث الأول : مفاهيم عامة حول المؤسسات الصحية.....

قائمة المحتويات

73	المطلب الأول : المؤسسات الصحية: النشأة ، التطور و المفهوم.....
78	المطلب الثاني : وظائف المؤسسات الصحية وخصائصها
84	المطلب الثالث : تصنيف المؤسسات الصحية وأنواعها.....
88	المطلب الرابع : الإدارة في المؤسسات الصحية.....
91	المبحث الثاني : تطور النظام الصحي في الجزائر
91	المطلب الأول : النظام الصحي في الفترة ما بين 1830-1962
95	المطلب الثاني : إصلاح المنظومة الصحية من 1980 إلى 2008.....
104	المطلب الثالث : أنواع المؤسسات العمومية الصحية في الجزائر.....
108	المبحث الثالث : التسيير التطبيقي في المؤسسات العمومية الصحية بالجزائر
108	المطلب الأول: الهيئات المسؤولة عن اتخاذ القرار في المؤسسات العمومية الصحية بالجزائر
117	المطلب الثاني :التسيير التطبيقي للموارد البشرية في المؤسسة العمومية الاستشفائية أنموذجا.
130	المطلب الثالث : التسيير المالي في المؤسسات العمومية الصحية
136	المطلب الرابع :تسيير النشاطات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية
142	خلاصة الفصل الثاني.....
143	الفصل الثالث التطبيقي: دراسة أثر و إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات العمومية الصحية
144	تمهيد الفصل الثالث.....
145	المبحث الأول : تقديم للمؤسسات محل الدراسة وكذا تقديم لمنهج الدراسة التطبيقية
145	المطلب الأول: تقديم عام حول العينة المدروسة "القطاع الصحي في ولاية الجلفة
149	المطلب الثاني: تقديم منهجي حول الاستبيان و العينة المدروسة
154	المطلب الثالث : تقديم منهجي حول المقابلة و العينة المدروسة.....
157	المبحث الثاني : دراسة وتحليل نتائج الاستبيان الموجه للمرضى.....
157	المطلب الأول: تحليل الإجابات المتعلقة بالمعلومات العامة
162	المطلب الثاني : تحليل الإجابات المتعلقة بموضوع الدراسة الميدانية.....
170	المطلب الثالث : التحليل الشامل لنتائج الدراسة الميدانية عن طريق الاستبيان.....
173	الخلاصة النهائية لنتائج الاستبيان.....

قائمة المحتويات

174	المبحث الثالث : دراسة وتحليل نتائج المقابلة الموجهة للمدراء.....
174	المطلب الأول: تحليل المعلومات العامة للمقابلات التي أجريت مع المدراء.....
176	المطلب الثاني: تحليل نتائج المقابلة
187	المطلب الثالث : التحليل الشامل لنتائج الدراسة الميدانية عن طريق المقابلة البحثية.....
188	الخلاصة النهائية لنتائج المقابلة.....
189	خلاصة الفصل الثالث
191	الخاتمة العامة
195	قائمة المراجع.....
209	الملاحق.....
227	الملخص باللغة الاجنبية.....

قائمة الجداول

قائمة الجداول :

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	سعة المؤسسات العمومية الاستشفائية	149
02	المؤسسات العمومية للصحة الجوارية	150
03	المؤشرات الصحية	151
04	مراكز تصفية الدم	151
05	حصيلة نشاطات	151
06	عدد محاور الاستبيان	155
07	سلم ليكرت الخماسي	156
08	عدد محاور المقابلة	159
09	توجه أعمار المرضى	161
10	توزيع جنس المرضى	162
11	المستوى التعليمي للمرضى	162
12	عدد مرات التردد على المستشفى	163
13	مدة المكوث في المستشفى	163
14	الإجراءات الطبية و العلاجية:	164
15	إجابات المحور الأول الاعتمادية	166
16	إجابات المحور الثاني الاستجابة	168
17	إجابات المحور الثالث الأمان والضمانية	170

171	إجابات المحور الرابع الملموسية	18
173	إجابات المحور الخامس التعاطف	19
174	ملخص متوسط الإجابات التوجيهية لجميع المحاور	20
178	عرض إجمالي للمعلومات العامة عن المقابلات البحثية	21
180	إجابات المحور الأول التزام الإدارة العليا	22
183	إجابات المحور الثاني التركيز على العميل	23
185	المحور الثالث مشاركة الأفراد العاملين	24
187	إجابات المحور الرابع اتخاذ القرارات استنادا إلى الحقائق	25
189	إجابات المحور الخامس التحسين المستمر	26

قائمة الأشكال

قائمة الأشكال :

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
01	ديمومة جودة المنتج	39
02	تحول الاهتمام في الرعاية الصحية	61



المقدمة العامة

المقدمة العامة :

يعتبر موضوع الجودة من أهم المواضيع التي استحوذت على اهتمام كثير من المفكرين والمختصين في مجال إدارة الأعمال ، وذلك كون أن لنوعية السلعة أو الخدمة أهمية كبيرة ، حيث أنها تعتبر المؤشر الرئيسي لنجاح أي المنظمة ، وفي ظل التغيرات والتحولات التي يشهدها العالم خاصة تلك التي أفرزتها ظاهرة العولمة وانفتاح الأسواق، مما نجم عنه منافسة حادة على جميع المستويات ، الأمر الذي فرض على مختلف المنظمات بشتى أنواعها أن تعدل إستراتيجياتها الحالية ، أو تتبنى استراتيجيات جديدة من أجل مواكبة التطورات الكبيرة والمتسارعة في البيئة الخارجية ، هذه الأخيرة أصبحت تتميز بشدة التعقيد ودرجة كبيرة من عدم التأكد ، فرضت على المؤسسات الطموحة بشتى أنواعها تنافسا شديدا ألزمها البحث المتواصل عن سبل الرقي والنجاح من خلال تحسين مستوى جودة منتجاتها أو خدماتها عن طريق تطبيق أساليب تسيير جديدة وتبني فلسفات حديثة في المناجمنت كإدارة الجودة الشاملة .

ولعل أكثر نوع من بين المؤسسات الخدماتية احتياجا لتطبيق إدارة الجودة الشاملة نجد المؤسسات الصحية .

وهاهنا تجد المؤسسات العمومية الصحية نفسها مضطرة لتطبيق أساليب حديثة في التسيير تتلاءم وخصوصيتها ، من اجل الارتقاء بمستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين ، من خلال تطوير مرافقها وهيكلها من جهة وتكوين الإطارات والأطباء والمرضى من جهة أخرى.

إشكالية البحث :

انطلاقاً من الفجوة بين التطورات الكبيرة والمتسارعة التي شهدتها العقود الأخيرة في عالم المناجمنت وساهمت في تقدم الكثير من المؤسسات الاقتصادية والخدماتية في عديد الدول المتطورة ، وبين الممارسات التقليدية المطبقة على مستوى مؤسساتنا العمومية الصحية في مجال التسيير رغم حساسية هذا القطاع وخصوصيته من جهة ، وبين ما تم توفيره من إمكانيات بشرية ومادية من جهة ثانية ، لتحقيق الهدف الأساسي المتمثل في العلاج والرعاية الصحية ، والوصول لرضا الزبائن (المرضى ومرتقي القطاع) وتلبية متطلباتهم وتوقعاتهم ، حيث تسعى مختلف المؤسسات الصحية لتقديم خدمات ذات جودة جيدة ونوعية ، و من هذا المنطلق ارتأينا أن نطرح التساؤل البحثي التالي:

ما مدى إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات العمومية الصحية بالجزائر ؟

الأسئلة الفرعية :

وقد عملنا على تجسيد هذه الإشكالية بطرح الأسئلة الفرعية التالية :

1- هل تطبيق إدارة الجودة الشاملة يساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية ويزيد في رضا

مرتقي القطاع ؟

2- هل الكفاءات البشرية الموجودة بواسطة الإمكانيات المادية والمالية لمؤسساتنا العمومية

الصحية قادرة على تطبيق إدارة الجودة الشاملة؟

الفرضية الرئيسية :

المؤسسات العمومية الصحية في الجزائر، بحاجة ماسة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة و هي تمتلك كل المقومات المادية والكفاءات البشرية لذلك، التي بدورها تساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية وزيادة رضا المريض.

الفرضيات الفرعية:

1. " تفعيل أساليب الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الصحية سيصل بها إلى مستويات

عالية من رضا مرتفقي القطاع بصفة عامة والمرضى بصفة خاصة " .

2. " تتوفر المؤسسات العمومية الصحية في الجزائر على المتطلبات القاعدية لتطبيق إدارة الجودة

الشاملة " .

وسنجيب عن هذين الفرضيتين من خلال اختبار صحتهما في المبحث الثاني والمبحث الثالث على

التوالي من الفصل الثالث ، بواسطة كل من الاستبيان الموجه للمرضى والمقابلة البحثية الموجهة

للمدراء .

المنهج المستخدم:

من أجل الإجابة على الإشكالية والتساؤلات المطروحة اعتمدنا على **المنهج الوصفي** الذي يتناسب

مع ما يتطلبه موضوعنا من تقديم تعاريف ، مفاهيم ، أنواع ، خصائص ، وظائف وأدوار ، وذلك

يكون في الفصلين الأوليين ، مع **المنهج التحليلي** في دراسة حالة تطبيقية بالمؤسسات العمومية

الصحية بولاية الجلفة ، متمثلة في كل من الاستبيان والمقابلة ، وذلك يكون في الفصل الأخير .

أسباب اختيار الموضوع :

إن الأسباب التي أدت بنا إلى اختيار هذا الموضوع كثيرة ومتنوعة نظراً لشاعته وأهميته ،

نلخصها فيما يلي:

- **الأسباب الذاتية :**

❖ لأنه موضوع مرتبط بوظيفتي الحالية كمتصرف رئيسي لمصالح الصحة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية حاسي بحبح .

❖ يعتبر اختياري لهذا الموضوع بالذات لأنه يدخل ضمن اهتماماتي الخاصة ولأنه يساهم في توسيع معارفي العلمية في تخصصي إدارة الأعمال .

❖ تعتبر هذه الرسالة بالنسبة لي كمرحلة جادة لتحضير مشروع دكتوراه في تخصص إدارة أعمال.

- **الأسباب الموضوعية :**

❖ توعية المؤسسات العمومية الصحية خاصة بضرورة إتباع الأساليب الحديثة في مجال التسيير والإدارة وبالخصوص إدارة الجودة الشاملة .

❖ إبراز أهمية و مكانة إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الصحية في الجزائر و الحث على الاهتمام بها أكثر.

❖ محاولة مد جسور بين البحوث العلمية المتخصصة والواقع العملي بشقيه العام والخاص وكذلك قصد استفادة المؤسسات بمختلف أنواعها خاصة العمومية الصحية في الجزائر من النتائج المتحصل عليها في هذه الدراسة.

❖ إثراء مكتبة الجامعة ببحوث جادة و هامة مساهمة للأحداث .

أهداف البحث :

إن الأهداف التي ركزنا عليها في بحثنا هذا هي الأهداف التي يسعى أي مسؤول لتحقيقها وهي تحسين مستويات تسيير المؤسسات الصحية العمومية للوصول للجودة الأفضل وبالفعالية اللازمة والكفاءة المطلوبة وذلك من خلال :

- ✓ دراسة فوائد ومميزات إدارة الجودة الشاملة وإبرازها.
- ✓ التعرف على مستويات الجودة الصحية التي تقدمها مؤسساتنا العمومية الاستشفائية.
- ✓ التعرف على الصعوبات التي تواجه تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الصحية.
- ✓ تحديد إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الصحية.
- ✓ تقديم دراسة ميدانية كمحاولة جادة لتذليل صعوبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الصحية .
- ✓ الاستفادة من إيجابيات البحث العلمي في التطبيق الميداني للمفاهيم الحديثة في التسيير مثل إدارة الجودة الشاملة.

أهمية البحث :

تتبع أهمية بحثنا من أهمية الموضوع ذاته ، حيث تحتل جودة الخدمات الصحية مركزا هاما ضمن الأهداف الرئيسية التي تسعى الوزارة الوصية إلى تحقيقها ، حيث يعتبر المريض المحور الرئيسي لجميع المؤشرات الصحية الموضوعة في تقييم أداء مؤسسات الصحة العمومية وفعالية مواردها البشرية المختلفة، لذلك اكتسب موضوع بحثنا هذه الأهمية البالغة لكونها المتعلقة بحياة الإنسان وكون أهمية دراستنا تكمن أيضا في إمكانية توظيف مختلف المفاهيم المطروحة على أرض الواقع

ومن ثم الارتقاء بمستويات التسيير الصحي والاستشفائي والوصول إلى الهدف المنشود وهو خدمة صحية ذات جودة نوعية ورضا مرتفعي القطاع .

حدود الدراسة:

بهدف التحكم في الموضوع ومعالجة الإشكالية محل الدراسة، قمنا بوضع حدود وأبعاد للدراسة تمثلت أساسا فيما يلي:

1. الحدود المكانية:

تم تطبيق الدراسة على مجموعة من المؤسسات الصحية العمومية بولاية الجلفة وهي: المؤسسة العمومية الإستشفائية بالجلفة ، المؤسسة العمومية الإستشفائية بحاسي بحبح المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بحاسي بحبح ، المؤسسة العمومية الإستشفائية بالإدرسية المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الطفل والأم بالجلفة.

2. الحدود الزمانية:

✓ تم توزيع استمارات الاستبيان على عينة الدراسة في الفترة الممتدة بين: 01 فيفري 2015 إلى غاية 02 مارس 2015، خلال 30 يوما.

✓ تم إجراء المقابلات مع مدراء المؤسسات الصحية محل الدراسة في الفترة الممتدة بين: 18 أبريل 2015 و 21 ماي 2015 خلال 20 يوما.

3. الحدود الموضوعية :

نظرا لشاسعة الموضوع وتنشعبه لن نتطرق في ما يخص الدراسة التطبيقية لطرق تقييم الجودة الصحية ومراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة _ في حين تم التفصيل النظري في الفصل الأول _

بل سنقتصر على إيجابيات وجود إدارة الجودة الشاملة وأهميتها ومدى إمكانية تطبيقها في ظل الإمكانيات المادية والكفاءات البشرية الموجودة وذلك من خلال تحليل نتائج الاستبيان والمقابلة .

الدراسات السابقة :

سنستعرض بعض الدراسات السابقة في ميدان إدارة الجودة الشاملة في مجال قطاع الصحة فقط ، لأنه لا يمكن حصر العدد الكبير من البحوث والأطروحات المتعلقة بالموضوع ، مع التأكيد أن لكل دراسة خصوصيتها وإضافتها العلمية ، لذلك سنستعرض أربع دراسات فقط (01 دولية، 01 عربية، 02 جزائرية)

01- دراسة (KUNST PAUL) سنة 2000 كتاب باللغة الأجنبية تحت عنوان : "إدارة

الجودة الشاملة والأداء في المستشفيات بحث عن عوامل النجاح" وهي دراسة دولية

هدفت هذه الدراسة والتي أجريت على عدة مستشفيات أوروبية جامعية عامة وخاصة في إسبانيا وبريطانيا وهولندا إلى التعرف على عوامل النجاح للجودة المتميزة والأداء وعلاقتها المتبادلة، وبينت الدراسة وجود متغيرات تفسيرية مختلفة مرتبطة ما بين إدارة الجودة الشاملة والأداء. وتوصلت الدراسة إلى التطبيق العام لنموذج ضمان الجودة الأوروبي والذي يبرز لنا تسعة مقومات أساسية للجودة وهي : القيادة والسياسات، الاستراتيجية وإدارة الموظفين وإدارة العمليات ورضا العاملين ورضا المرضى"

وصممت قائمة الأسئلة على نحو مركز في فهم العلاقة ما بين إدارة الجودة ورضا المريض والأداء، وأهم ما توصلت إليه الدراسة هو وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين إدارة الجودة والأداء مع درجة ارتباط عالية بينهما، وبالتالي فإن اعتماد مدخل إدارة الجودة يؤدي إلى أداء أفضل في المستشفيات .

02- دراسة (هيفاء بنت فؤاد مختار) سنة 2003 رسالة ماجستير تحت عنوان : "دور إدارة

الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمة الصحية دراسة تطبيقية على اتجاهات المرضى ورؤساء

الأقسام في مستشفى الملك فهد بمحافظة جدة:"

تتركز مشكلة الدراسة في التعرف على مدى وجود فروق بين اتجاهات المرضى المقيمين ورؤساء الأقسام نحو جودة الخدمة الطبية المقدمة فعلياً بمستشفى الملك فهد العام من جهة، ومن جهة أخرى التعرف على مدى وجود فروق بين اتجاهات المرضى المقيمين نحو كل من جودة الخدمة الطبية المقدمة فعلياً وجودة الخدمة الطبية المتوقعة.

وقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق جوهرية بين اتجاهات المرضى المقيمين نحو كل من جودة الخدمة الطبية المقدمة فعلياً وجودة الخدمة الطبية المتوقعة في كافة المتغيرات ما عدا متغير (المعلومات والاتصالات وتقنياتها)، وعدم وجود فروق جوهرية بين كل من اتجاهات المرضى المقيمين ورؤساء الأقسام نحو جودة الخدمة المقدمة فعلياً في كافة المتغيرات ما عدا متغير (المعلومات والاتصالات وتقنياتها (ومتغير) المبنى وتجهيزاته والتسهيلات) ، عدم وجود اختلاف في اتجاهات رؤساء الأقسام نحو جودة الخدمة الطبية المقدمة فعلياً باختلاف خصائصهم الديموغرافية، وتم اقتراح بعض التوصيات من أهمها الحرص على العناية بالمريض ورضائه، الحرص على رضا العاملين بالمستشفى لما لهم من دور أساسي في جودة الخدمة الطبية ورضا المريض، دراسة الثقافة التنظيمية السائدة بالمستشفى والعمل على تطويرها وبناء وترسيخ مختلف أبعاد الثقافة والقيم المتوافقة مع الجودة الشاملة.

03- دراسة (محمد بويقيرة) سنة 2006 رسالة ماجستير تحت عنوان : "دور إدارة الجودة

الشاملة في الارتقاء بالخدمات الصحية" دراسة حالة المركز الاستشفائي الجامعي بالبليدة"

كانت هدف الدراسة محاولة الوقوف على متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، وتقديم نموذج لتطبيق عوامل إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية (في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة) يمكن الاستفادة منه في التحسين المستمر للخدمات الصحية في القطاع الصحي.

وأهم ما توصلت إليه الدراسة هو غياب ثقافة التغيير لدى إدارة المستشفى ما يؤدي إلى صعوبة تطبيق إدارة الجودة الشاملة، ضعف عملية الاتصال بين العاملين بين من يخطط ومن ينفذ، كما أوضحت نتائج الدراسة أن مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة بشكل عام في هذا المركز شبه منعدم من وجهة نظر الأطباء وشبه الطبيين والإداريين وذلك طبيعي لأن المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية لا يزال يسير بميزانية مخططة وبإدارة مركزية.

وأوصت الدراسة بتكثيف الحملات التوعوية و التحسيس بأهمية العمل فالتعاون بأسلوب الفريق الواحد لأن ذلك يساعد على تبادل الخبرات والتجارب ، وبذلك الرفع من مستوى الخدمات الصحية وسهولة أداء المهام، إنشاء خلايا لمراقبة الجودة والنوعية أي ما يسمى بحلقات الجودة، وهذا لاكتشاف المشاكل وإيجاد الحلول لها عن طريق هذه الفرق.

04- دراسة (سيد أحمد حاج عيسى) سنة 2012 أطروحة دكتوراه تحت عنوان "أثر تدريب

الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية"

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل أثر التدريب في تحسين الجودة الشاملة الصحية بالمستشفيات الجزائرية محل الدراسة ولتحقيق هذا الهدف تم تصميم قائمة استقصاء وتوزيعها على عينة من العاملين (أطباء، شبه طبيين، إداريين) تم اختيارهم وفقا لطريقة العينة العشوائية الطبقية التناسبية في المستشفيات الجزائرية المتواجدة على مستوى ولاية البلدية باختلاف هياكلها، وتوصلت الدراسة إلى وجود أثر ذي دلالة إحصائية بين متغيرات التدريب (تحديد الاحتياجات التدريبية، تصميم

البرامج والدورات التدريبية، تنفيذ العملية التدريبية، تقييم العملية التدريبية، تقييم بيئة العمل الداخلية) وأبعاد متغير الجودة الشاملة الصحية (مستوى الرضا الوظيفي، مستوى الكفاءة التشغيلية، مستوى التحسين المستمر للعلاقة مع المرضى). وبناء على نتائج الدراسة تم تقديم عدد من التوصيات والمقترحات كان من بينها ترسيخ القناعة لدى إدارة المستشفى والعاملين في كافة المستويات التنظيمية بأهمية التدريب، والفوائد الناجمة عن تطبيقه، العمل على توفير الموارد البشرية المؤهلة والقادرة على تطبيق العملية التدريبية، وتوفير البرامج التدريبية والتعليمية الخاصة بإدارة الجودة الشاملة لكافة العاملين والمعنيين بالجودة، إجراء الدراسات العلمية للتعرف على احتياجات العاملين ونقاط الضعف وكفاءتهم، إعداد الخطط التدريبية السنوية للتدريب وفقا للاحتياجات التدريبية بمشاركة العاملين من مختلف المستويات الإدارية والطبية، تقييم البرامج التدريبية بشكل مستمر والاستفادة من الخبرات المحلية والأجنبية.

هيكل الدراسة :

من أجل الإجابة على الإشكالية السابقة الذكر و لتأكيد أو نفي الفرضيات المقترحة قمنا بتقسيم خطة الدراسة إلى ثلاث فصول رئيسية ، حيث تناولنا في الفصل الأول الإطار المفاهيمي لإدارة الجودة الشاملة و الذي تضمن ثلاثة مباحث ، المبحث الأول تكلمنا فيه عن المفاهيم الأساسية الجودة وتطرقنا في المبحث الثاني لمدخل عام حول إدارة الجودة الشاملة ووضحنا في المبحث الثالث والأخير خصائص وأبعاد جودة الخدمات الصحية ، أما الفصل الثاني فتناولنا فيه إدارة المؤسسات العمومية الصحية ولقد اشتمل هذا الفصل على ثلاثة مباحث ، المبحث الأول قدمنا فيه المؤسسات الصحية بصفة عامة مفهومها أنواعها وتطورها ، و في المبحث الثاني عرجنا على أهم التطورات التي شهدتها النظام الصحي في الجزائر أما المبحث الثالث تكلمنا فيه عن التسيير التطبيقي في المؤسسات العمومية الصحية ، لنمر إلى الجانب التطبيقي في الفصل الثالث والأخير

من خلال ثلاث مباحث ، كان المبحث الأول عبارة عن تقديم لقطاع الصحي وكذا تم فيه تقديم منهجي لأدوات البحث العلمية المستعملة في الدراسة الميدانية ، و في المبحث الثاني دراسة تحليلية لنتائج الاستبيان الموجه للمرضى بالمؤسسات العمومية الصحية بولاية الجلفة، أما المبحث الثالث دراسة تحليلية لنتائج المقابلة مع المدراء والإطارات ذوي الخبرة مع التذكير أن ما يميز هذه الخطوة عن غيرها ، أننا جعلنا في بداية كل فصل تمهيدا للفصل وفي نهاية كل فصل خلاصة الفصل ، كما نشير أننا خرجنا بخلاصة نهائية لكل من المبحث الثاني الخاص بالاستبيان والمبحث الثالث من الفصل الثاني الخاص بتحليل نتائج المقابلة .

الفصل الأول: الإطار النظري لإدارة
الجودة الشاملة

تمهيد الفصل الأول:

يعتبر موضوع الجودة من المواضيع الجوهرية، حيث يتعلق بجميع مناحي الحياة، وهو شكل من أشكال الإبداع الحضاري الإنساني، وإن الاهتمام به لم يكن محصوراً في حقبة زمنية معينة، بل إنه كان ولا يزال فناً يستند إلى الرقابة على نوعية السلع والخدمات المقدمة، ويقوم الإنسان عادة بتقييم جودة المنتجات أو الخدمات من خلال التعامل المباشر معها وذلك باستخدام المنتج أو تلقي الخدمة. ولقد تطور مفهوم الجودة مع التطور الثقافي والاجتماعي والاقتصادي على مدى العصور، كان التركيز عليه أكثر نظراً للتطورات التي أفرزتها العقود الأخيرة من هذه الألفية، من عولمة و تطور كبير في مجال المواصلات وتقدم تكنولوجيا رهيبة في مجال الاتصالات فرض على المؤسسات الطموحة بشتى أنواعها تنافساً شديداً لزمها البحث المتواصل عن سبل الرقي والنجاح من خلال تحسين مستوى جودة منتوجاتها أو خدماتها من خلال تطبيق أساليب تسيير جديدة كإدارة الجودة الشاملة.

وعليه سنتطرق من خلال هذا الفصل إلى ثلاث جوانب أساسية تم ترتيبها على النحو التالي:

✓ المبحث الأول: مدخل عام حول الجودة .

✓ المبحث الثاني: مدخل عام حول إدارة الجودة الشاملة.

✓ المبحث الثالث: جودة الخدمات الصحية.

المبحث الأول: مدخل عام حول الجودة

إن مصطلح الجودة فرضته ظروف التقدم الصناعي والثورة التكنولوجية في العصر الحالي، مع أن لهذا المصطلح جذور متأصلة عبر التاريخ، ولقد اهتمت الدول الصناعية بمراقبة جودة الإنتاج من أجل كسب السوق وثقة الزبون.

المطلب الأول: ماهية الجودة

أصبح الاهتمام بالجودة ظاهرة عالمية، فكل المنظمات والحكومات في العالم توليها اهتمام خاصا فالجودة أصبحت محور اهتمام للكثير من المنظمات وغدت أسلوب حياة تمكنها من البقاء في ظل المتغيرات البيئية المتلاحقة.

1- مفهوم الجودة:

يرجع مفهوم الجودة إلى الكلمة اللاتينية Qualitas والتي تعني طبيعة الشخص أو طبيعة الشيء ودرجة الصلابة، وقديما كانت تعني الدقة والإتقان من خلال قيامهم بتصنيع الآثار التاريخية والدينية من تماثيل وقلاع وقصور لأغراض التفاخر بها، أو لاستخدامها لأغراض الحماية، وحديثا تغير مفهوم الجودة بعد تطور علم الإدارة وظهر الإنتاج الكبير والثورة الصناعية وظهرت المنظمات الكبرى وازدياد المنافسة، إذ أصبح لمفهوم الجودة أبعادا جديدة ومتشعبة.¹ ولقد تعددت وتباينت التعاريف التي أوردها رجال الإدارة في هذا الموضوع، ولهذا من الصعب أن نجد تعريفا شاملا، ويظهر ذلك جليا من خلال التعاريف التي سنعرضها فيما يلي:

1 مأمون سليمان الدراكة، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، ط1، دار الصفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص 16.

- الجودة هي " :الالتزام بالموصفات والشروط بما يحقق تطابق الإنتاج مع تلك المواصفات بشرط تحقيق توقعات ورغبات المستهلك¹.
- كما عرفها المكتب الوطني للتنمية الاقتصادية ببريطانيا بأنها " الوفاء بمتطلبات السوق من حيث التصميم الجيد وخدمات ما بعد البيع².
- وبالنظر إلى رواد الجودة فقد تم تعريف الجودة كما يلي:
- يعرف جوزيف جوران (Josef Juran) الجودة بأنها "مدى ملائمة المنتج للاستخدام"³.
- أما ادوارد ديمينغ Edward Deming فيعرف الجودة بأنها "تخفيض مستمر للخسائر و التحسين المستمر للجودة في جميع النشاطات⁴.
- ويعرف فيليب كروبسي (Philip Grosby) الجودة على انها " الالتزام بالمتطلبات، وانعدام العيوب، وان يعمل كل فرد بشكل صحيح من المرة الأولى⁵.
- عرفت الجمعية الأمريكية لضبط الجودة : المجموع الكلي للمزايا والخصائص التي تؤثر في قدرة المنتج أو الخدمة على تلبية حاجات معينة⁶

1 فريد النجار، إدارة الجودة الشاملة والإنتاجية والتخطيط التكنولوجي للتميز والريادة والتفوق، الدار الجامعية، مصر، 2007، ص 217

2 توفيق محمد عبد المحسن، تخطيط ومراقبة جودة المنتجات :مدخل إدارة الجودة الشاملة، ط1، دار النهضة العربية، مصر، 1995، ص 4

3 محمد بن علي الغامدي، مفاهيم الجودة أساس لتوحيد الجهود www.Saaaid.net/aldawah/151.htm تاريخ الاطلاع 10 جوان 2015 .

4 فائق أحمد أبو بكر، موضى بنت محمد الزومان، معوقات ومقومات تطبيق إدارة الجودة الكلية في الأجهزة الحكومية بالمملكة العربية السعودية، بحث تطبيقي على مدينة الرياض، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2007، ص 17 .

⁵ Bertrand Louapre, **La qualité s'il vous plaît!**, les éditions d'organisation, Paris, France, 1992, p 23.

⁶ عبد الوهاب العزاوي ، أنظمة الجودة والبيئة ، ط 1 ، دار وائل للنشر والتوزيع ، الاردن ، 2002، ص 18

- الجودة تتمثل في جوهر استخدام العقل في تفصيل عوامل الإنتاج و تعظيم الاستفادة منها كما أنها العنصر الذي يأتي بعد استخدام العقل وما يأتي قبل وخلال ولعد العملية الإنتاجية وعليه الجودة هي القدرة على الوفاء بالمتطلبات وإشباع الرغبات من خلال تصنيع سلعة أو تقديم خدمة تقي باحتياجات متطلبات المستهلك¹

ويلاحظ من خلال استعراض هذه التعاريف المختلفة أنها جميعها قد اتفقت على مفهوم واحد للجودة، ولكن بتعابير مختلفة، كما أنها تضمنت أبعاداً مختلفة تنصب في نفس المعنى وهو الوفاء باحتياجات العميل الحالية المتوقعة.

وإزاء هذا التعدد في تعريف الجودة قام دافيد جارفين بحصر التعاريف المختلفة للجودة في خمسة مداخل كما يلي²:

مدخل للقيمة: أفضل جودة للمنتج هي تلك التي تقدم للزبون أقصى ما يمكن مقابل ما دفعه. أي تلبية احتياجات الزبون بأقل سعر ممكن.

مدخل للتفوق: و يعني الامتياز أي أعلى مستويات التفوق عن طريق مواصفات السلعة أو المنتج.

مدخل المنتج: وتعني الجودة وفق هذا المدخل القدرة على قياس صفات المنتج وتحدد يدها بدقة.

مدخل التصنيع: وهي المطابقة مع مواصفات التصميم و تم ذلك من خلال صنع منتجات خالية من العيوب والأخطاء.

مدخل الزبون: وتعني الجودة مدى ملائمة المنتج للاستعمال أي القدرة على تحقيق رضا العميل من خلال تقديم أفضل أداء.

¹ كسنة أحمد ، مواضيع متنوعة في إدارة الأعمال ، ط 1 ، غرناطة للنشر والتوزيع ، الجزائر ، 2009 ، ص 60

² قاسم علوان، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الايزو 9001 و 2000 ، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، الأردن، 2005 ، ص 21 .

2 أبعاد ومحددات الجودة:

1-2 أبعاد الجودة:

تمتلك السلعة أو الخدمة أبعاد متعددة مرتبطة بالجودة يمكن من خلالها تحديد قدرة إشباعها للحاجات ومع تماثل هذه الأبعاد للسلعة أو الخدمة ، إلا أن الباحثين يجدون اختلافا بين أبعاد السلعة وأبعاد جودة الخدمة¹.

2-1-1 أبعاد جودة السلعة وهي:

- أ- الأداء :خصائص المنتج الأساسية مثل وضوح الألوان بالنسبة للصورة أو السرعة بالنسبة للآلة.
- ب-الهيئة : الخصائص المحسوسة للسلعة و شكلها و الإحساس ورونقها
- ت-المطابقة : وهي درجة مطابقة المنتج للمواصفات و المعايير التي تم تحديدها من قبل.
- ث-الاعتمادية : تشير إلى الاتساق والثبات في الأداء.
- ج-الصلاحية أو الديمومة :وتشير إلى مدة بقاء المنتج.
- ح- السمعة والشهرة :الخبرة والمعلومات السابقة عن المنتج كأن يعمل العميل فكرة أن المنتج الذي يشتريه من أفضل المنتجات في السوق.
- خ-الاستجابة :التعامل الإنسان مثل لباقة البائع.
- د- الجمالية :الرونق والإحساس الذي تولده.²

2-1-2 أبعاد جودة الخدمة وهي:

- أ- الوقت :كم ينتظر المستهلك للحصول على الخدمة.
- ب-دقة التسليم :التسليم في الموعد المحدد.

¹ محمد العزاوي، الإنتاج وإدارة العمليات (منهج كمي تحليلي) ، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن،

2006، ص15

² مؤمن دراركة وطارق شبل وآخرون، إدارة الجودة الشاملة، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2002 ص2.

ت-الإتمام :إنجاز جميع جوانب الخدمة بشكل كامل.

ذ- التعامل :ترحيب العاملين بكل الزبائن.

ث-التناسق :تسليم جميع الخدمات بنفس النمط للزبون.

ج-سهولة المنال :إمكانية الحصول على الخدمة بسهولة.

ر- الدقة :إنجاز الخدمة بصورة صحيحة منذ اللحظة الأولى.

ح- الاستجابة :التفاعل بسرعة مع العاملين لحل المشاكل المتوقعة.

2-2 محددات الجودة: إن الدرجة التي تستطيع بها المنتجات أو الخدمات أن تحقق الغرض

الأساسي تعتمد على أربعة محددات وهي¹:

أ- جودة التصميم: تشير إلى غرض المصمم في تضمين بعض الخصائص أو عدم تضمينها في المنتج أو الخدمة.

ب- جودة التطابق: تشير إلى درجة تطابق السلعة أو الخدمة مع الغرض من تصميمها، وتتأثر

درجة التطابق بمجموعة من العوامل مثل: القدرات الإنتاجية للتسهيلات، قدرة الآلات

والمعدات، مهارات العاملين، تدريب العاملين، الحوافز، الربط بين عملية الإنتاج وعملية

التصميم، عملية المتابعة لتقييم المطابقة، اتخاذ الإجراء التصحيحي كلما كان ضروريا.

ت- سهولة الاستخدام: إن سهولة الاستخدام وتوافر العمليات والإرشادات للمستهلك عن كيفية

استخدام المنتجات لها أهمية قصوى في زيادة قدرة المنتجات على الأداء بطريقة سليمة وآمنة

وفقا لما هو مصمم لها.

ث- خدمات ما بعد البيع: تؤدي مثل هذه الخدمات (الصيانة والإصلاح) إلى المحافظة على أداء

المنتج أو الخدمة كما هو متوقع.

¹ نبيل محمد مرسى، استراتيجية الإنتاج والعمليات، الدار الجامعية، مصر، 2002، ص 337.

3 أهمية الجودة :

لا شك أن تحقيق جودة الأداء هو حلم يراود جميع المؤسسات الاقتصادية، بغض النظر عما إذا كانت تنتمي إلى القطاع الخاص أو العام، ذلك لأن تحقيق الجودة في النظم الديمقراطية الحرة يعني تحقيق الوجود، وتراجع الجودة يعني تراجع الوجود، فالجودة لم تعد ترفاً أو اختياراً يمكن العدول عنه، وإنما هي التزام لا بديل له، حيث أن للجودة أهمية استراتيجية كبيرة سواء للعملاء أو للمؤسسات أو على المستوى الوطني، إذ أنها تمثل أحد أهم العوامل الأساسية التي تحدد حجم الطلب على منتجات المؤسسة، وتظهر هذه الأهمية كما يأتي:

- أ- سمعة المؤسسة: تستمد المؤسسة شهرتها من مستوى جودة منتجاتها، حيث أن تحسين جودة المنتجات المعروضة يؤدي بالمؤسسة إلى تحقيق الشهرة و السمعة التي تمكنها من التنافس.
- ب- المسؤولية القانونية للجودة: نقادي تصميم سلع أو تقديم خدمات غير جيدة، والذي يؤدي بالمؤسسة إلى مواجهة المحاكم التي تتولى النظر والحكم في هذه القضايا، وبالتالي فإن كل مؤسسة تكون مسؤولة قانونياً عن كل ضرر يصيب العميل نتيجة استخدامه لهطه المنتجات.
- ت- المنافسة العالمية: تسعى كل من المؤسسة والمجتمع إلى تحقيق الجودة بهدف التمكن من تحقيق الجودة بهدف التمكن من تحقيق المنافسة العالمية واختراق الأسواق وتوسيع الحصة السوقية.
- ث- حماية العميل: إن تطبيق الجودة في أنشطة المؤسسة ووضع مواصفات قياسية محددة تساهم في حماية العميل من الغش التجاري ويعزز الثقة في منتجات المؤسسة.
- ج- التكاليف وحصة السوق: تنفيذ الجودة المطلوبة لجميع عمليات ومراحل الإنتاج من شأنه أن يتيح الفرص لاكتشاف الأخطاء وتلافيها لتجنب كلفة إضافية، فضلاً من الاستفادة من زمن المكائن والآلات عن طريق تقليل الزمن العاطل عن الإنتاج وبالتالي تخفيض التكلفة وزيادة ربح المؤسسة.

المطلب الثاني : التطور التاريخي لمفاهيم الجودة

مر مفهوم إدارة الجودة بمراحل تاريخية متلاحقة، وذلك منذ فترة ما قبل الثورة الصناعية إلى يومنا هذا. واهم ما يميز هذه المراحل هي الترابط الموجود فيما بينها، فمراقبة الجودة تتضمن الفحص، وتأكد الجودة تتضمن مراقبة الجودة، وإدارة الجودة الشاملة تتضمن تأكيد الجودة. ويكون من الأنسب تقسيم مراحل التطور الأربعة السابقة إلى مدخلين لإدارة الجودة أولهما المدخل التقليدي لإدارة الجودة ويتضمن الفحص، ومراقبة الجودة، وتأكد الجودة، والمدخل الثاني إدارة الجودة الشاملة.

1- المدخل التقليدي لإدارة الجودة:

ويحوي هذا المدخل على المراحل المميزة لتطور مفهوم الجودة (الفحص، مراقبة الجودة وتأكيدها).

1-1 مرحلة التفتيش والفحص:

تميزت هذه المرحلة بوفرة الإنتاج نتيجة ظهور الثورة الصناعية والذي قابله الطلب المتزايد على المنتجات الصناعية. واقتترنت هذه الفترة بمرحلة التسيير العلمي للعمل " تايلور " الذي كان يهدف إلى الرفع من مستوى الكفاءة الإنتاجية داخل المصنع عن طريق التخصص والنمطية وتنشيط العمل. وتقييم العمل الذي يسمح بالاستغلال الأمثل لليد العاملة المتوفرة وغير المؤهلة كأحسن طريقة من أجل زيادة الإنتاج وبأقل تكلفة، مع الفصل بين وظيفة الإنتاج ووظيفة التفتيش،¹ والفحص هو بمثابة مصفاة تقوم باكتشاف وعزل الوحدات غير المطابقة التي يتم توجيهها فيما بعد نحو الإصلاح أو بيعها بالحالة التي هي عليها مع تخفيض في سعر البيع، أو تصنيفها في خانة المهملات .

¹ الهواري السيد، الإدارة : الأصول والأسس العلمية، مكتبة عين الشمس الكبرى ، مصر، 1996، ص11.

2-1 مرحلة الرقابة الإحصائية على الجودة : ويقصد بمراقبة الجودة مجموعة الأنشطة

والأساليب التي تستخدم لإتمام متطلبات الجودة حيث يتم تسجيل وتحليل وكتابة التقارير المتعلقة بالمعلومات المتصلة بالجودة باعتبار هذه المعلومات تمثل الأساس عند اتخاذ القرارات المرتبطة بالجودة وعلى الرغم من أن مراقبة الجودة أكثر تطورا من مجرد مدخل للفحص وان التقدم في إدارة الجودة جعل الاعتماد على مراقبة الجودة غير كاف للتحسين.

وقد بدأت هذه المرحلة في بداية القرن العشرين عندما قام الباحث Ranford بنشر كتابه " الرقابة على جودة المنتجات "في عام 1922 ، الأمر الذي شجّع على إيجاد قسم للرقابة على الجودة يعتمد على استخدام الأساليب الإحصائية المختلفة في الرقابة على جودة السلع المنتجة في تلك الفترة، وقد كانت شركة بيل للتلفونات (Bell Téléphone) من الشركات السبّاقة التي عملت على تطبيق أساليب مميزة للرقابة على الجودة، حيث قامت بتحويل العاملين في قسم الفحص إلى مختبر الرقابة على الجودة، و أطلق عليه Bell Téléphone Laboratoire¹.

وفي عام 1924 اقترح Shewart.w تطبيق خرائط المراقبة التي تعتمد على طرق إحصائية كما أن هذه الطريقة بينت أن مراقبة العمليات الإنتاجية أكثر اقتصادية من تفتيش المنتجات النهائية.

لاحظ Shewart.w: مميزات خريطة المراقبة فيما يلي²

- تخفيض تكاليف التفتيش
- تخفيض تكاليف المهملات
- الانتفاع أكثر من الإنتاج بكميات كبيرة
- تقليص مجال الانحراف

¹ مأمون دراركة، طارق شبل ، مرجع سبق ذكره ، ص 51.

² قندور نوال، تحسين الجودة عن طريق مراقبة الجودة وتكاليف الالجودة ، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2001، ص13.

و في سنة 1930 صمم كل من Dodge.F و Roming.H جدول عيّنات القبول ، فقد فرضت ظروف الحرب العالمية الثانية على الجيش الأمريكي استخدام إجراءات لاختيار العيّنات الإحصائية، ووضع مواصفات محدّدة لكلّ الإمدادات التي يستخدمها الجيش. أمّا فترة الخمسينيات من القرن العشرين فقد شهدت تقديم فكرة الأساليب الإحصائية في الرقابة على الجودة للصناعة اليابانية التي كان لها الدور الكبير في فترة إعادة بناء اليابان، وفي التفوق الملحوظ في مجال جودة المنتجات¹. ولقد كان للباحث Deming.E مساهمة كبيرة في هذا التفوق. وهو صاحب التوزيع العددي الإحصائي لتحسين الجودة.

3-1 مرحلة ضمان أو تأكيد الجودة:

يقصد بتأكيد الجودة، تصميم وتنفيذ نظام يتضمن سياسات وإجراءات للتأكد من الوفاء بمتطلبات الجودة، ليس فقط على نطاق ومراحل عمليات إنتاج السلعة/الخدمة، بل على نطاق اشملي يضم مراقبة الجودة على مستوى وظائف المؤسسة ككل. وترتكز أنشطة تأكيد الجودة على منع الانحرافات. بينما ترتكز مراقبة الجودة على كشفها أو اكتشافها بعد حدوثها². إن تأكيد الجودة لا تهتم فقط بالمنتج، بل تهتم أيضاً بالموارد التي تساهم في العملية الإنتاجية، كالمواد الأولية، التجهيزات واليد العاملة وهذا بهدف تحسين مستوى الجودة وتلبية احتياجات المستهلك. كما تقوم أيضاً بتقويم فعالية نظام الجودة بصفة مستمرة لاكتشاف مواطن القصور وتلافيها.

في هذا المضمار (Audit) وتحتاج عملية ضمان الجودة إلى استخدام تقنيات تدقيق الجودة والتي صممت لتقديم دليل واضح وحقيقي يبين تكامل عمليات الإنتاج من خلال الفحص المستقل، كنظام

¹ مأمون درادكة، طارق شبل، مرجع سبق ذكره، ص 51.

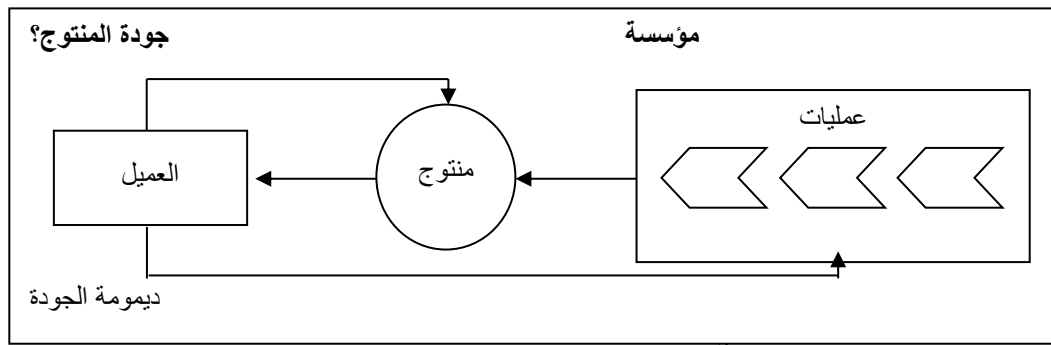
² احمد السيد مصطفى، محمد مصيلحي الأنصاري، برنامج إدارة الجودة الشاملة وتطبيقاتها في المجال التربوي، المركز العربي للتدريب التربوي لدول الخليج، الدوحة، قطر، 2002، ص 3.

داخلي لتدقيق فعالية عمل النظام، وذلك باكتشاف الأخطاء والعيوب وتحسينها واعتبرت ركائز أساسية لدورة تحسين تنظيم الإنتاج التي نراها اليوم، وأن ضمان الجودة يمكن تطبيقها في كل وظائف المؤسسة كالتسويق والمالية¹.

وتشمل عمليات تأكيد الجودة كافة الإجراءات المخططة أو المنطقية اللازمة لتوفير ثقة كافية بأن المنتج سوف يحقق متطلبات معينة للجودة، والتي تشمل التأكد من أن الجودة هي كما يجب أن تكون عليه، وهذا يشمل تقويماً مستمراً للكفاية والفعالية مع النظرة بوجود مقاييس تصحيح في الوقت السليم وتغذية مرتدة تنشط عند الحاجة².

و تتوقف قدرة المؤسسة على ضمان ديمومة جودة منتجاتها على مدى فعالية عملياتها مثلما

يوضحه



الشكل رقم 01: ديمومة جودة المنتج³

يلاحظ من الشكل رقم 02 أنه خلافاً لمراقبة الجودة التي تقتصر بالمنتج فإن ضمان الجودة يرتبط بالعمليات التي تساهم في إنجاز المنتج.

¹ Paul, T. J, James, **Total Quality Management**, First Edition Prentice Hall, London, 1996, p46.

² فريد راغب النجار، إدارة الإنتاج والعمليات والتكنولوجيا، مدخل تكاملي تجريبي، مكتبة الإشعاع للنشر، الإسكندرية، 1997، ص400.

³ : Jambart. C , **L'assurance qualité : les normes ISO 9000 en pratique** ,2ème édition, Economica, Paris, p14.

2- المدخل الحديث للجودة

ظهر هذا المفهوم للجودة بعد عام 1980 و مازال مستمرا إلى يومنا هذا، وجاء كحوصلة للمراحل التي مر بها تطور مفهوم الجودة و الرقابة عليها، وعلى وجه الخصوص مرحلة تأكيد الجودة والتي أضيف لها مساهمات Ishikawa المتمثلة في حلقات الجودة حيث تجسد مفهوم الجودة في نهج إداري متكامل قام بتطوير المفهوم الكلاسيكي للإدارة ليتماشى مع التوجهات الحديثة التي تؤكد على تحقيق الجودة العالية لكسب رضا المستهلكين، و مما ساعد على انتشار هذا النهج الإداري الجديد، خسارة الشركات الأمريكية والأوروبية لجزء من حصصها في الأسواق العالمية والمحلية لصالح الشركات اليابانية التي ركزت اهتمامها الأول على مسألة الجودة كجسر تعبر من خلاله للأسواق العالمية وإلى رضا الزبون، في حين أن الشركات الأمريكية كانت تولي اهتمامها الأول لمسألة العلاقة بين الإنتاجية والتكلفة ، على اعتبار أن مسألة السعر هو الهاجس الأول للمستهلك .¹

و في بداية الثمانينات تنبعت الشركات الأمريكية للخطر الذي تشكله المنتجات اليابانية ذات الجودة العالية مما دفعها لتبني مفهوم إدارة الجودة الشاملة لتحسين جودة منتجاتها.

¹ قندور نوال، مرجع سبق ذكره، ص 16

المبحث الثاني : مدخل عام حول إدارة الجودة الشاملة

لقد تناول المفكرون والباحثون ورواد الجودة في الإدارة هذا المفهوم كل حسب منظوره للجودة الشاملة أو إدارة الجودة، وتطور المفهوم مع تطور الفكر الإداري، وتطور المؤسسات الصناعية والخدمية في العالم، ومع التطور الاجتماعي والاقتصادي والسياسي والتكنولوجي، والذي أثر في جوهر تلك المؤسسات، ولقد كانت المؤسسات تغير من وقت لآخر في استراتيجياتها وتبنت تلك المنظمات إدارة الجودة الشاملة خلال ذلك التطور كاستراتيجية مؤسسية، وأدركت أنه لا يمكن أن تبقى وتتنافس في السوق بدون تبني هذه الاستراتيجية.

المطلب الأول : ماهية إدارة الجودة الشاملة

تعد إدارة الجودة الشاملة من المفاهيم الإدارية الحديثة التي تستند فلسفتها على مجموعة من الأفكار والمبادئ. ولابد للمؤسسات التي تنشئ تحقيق التميز في الأداء وتحقيق رضا المتعاملين أو ما يفوق توقعاتهم أن تتبنى تلك المبادئ.

ويمثل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الوقت الحاضر أهم عوامل النجاح لكل المؤسسات سواء الخاصة أو العامة، إنتاجية كانت أو خدمية، والسبب في ذلك أن تبني مبادئ إدارة الجودة الشاملة يؤدي إلى التحسين المستمر وإلى جودة المنتجات سواء الخدمة أو الإنتاجية وتوفير المنتج من خلال التجديد والابتكار والانتشار¹.

وفي ما يلي سنقدم تعريف لكل من الجودة الشاملة وإدارة الجودة الشاملة كما نبرز أهميتها وأهدافها .

¹ محمد رياض، دليل تأهيل المنظمات العربية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2002، ص4.

1-تعريف الجودة الشاملة :

في ظل المنافسة العالمية انتقل اهتمام الباحثين الاقتصاديين من النظرة الضيقة للجودة على أنها جودة المنتج النهائي فقط إلى نظرة أشمل تمتد لتشمل جودة كل نشاطات ووظائف ومهام المؤسسة يطلق عليها الجودة الشاملة " وسنورد مجموعة من التعاريف للجودة الشاملة كالتالي:

تعرف الجودة الشاملة بأنها: " تميز السلعة أو الخدمة في تلبية كافة مطالب الزبون وتوقعاته مثل: حسن المعاملة، السعر، الوفرة، الخدمات الإضافية، تقديم السلعة في الوقت المطلوب."¹

وهناك من يعرف الجودة الشاملة بأنها: " التكيف المستمر مع حاجات الزبائن و المستعملين، وتطوراتها بواسطة التحكم في جميع نشاطات ووظائف المؤسسة."²

كما تعرف الجودة الشاملة بأنها: " جودة كل شيء، أي جودة عناصر التنظيم والإنتاج وكل مرافق المؤسسة من اجل تحقيق رضا وإشباع المستهلك."³

وتعرف أيضا بأنها: "الجودة التي يتحمل مسؤوليتها كل فرد في المؤسسة"⁴.

وللجودة الشاملة بعدين هما: البعد الاقتصادي والذي يتعلق بجانب تخفيض تكاليف الحصول على الجودة ، والبعد الاجتماعي: والذي يتعلق بجانب تعبئة وتحفيز الأفراد بالمؤسسة، بجانب إرضاء الزبون، فهذان البعدان يساهمان في أمثليه طاقة المؤسسة للتحكم في الجودة، والتكيف بسرعة مع محيط متحرك ومتغير.

¹ عمر وصفي عقيلي، الإدارة المعاصرة "التخطيط-التنظيم-الرقابة"، دار زهران للنشر والتوزيع، بدون سنة نشر الأردن، ص 35.

² Etienne Collignon et Michel Wissler, OP. CIT, P44.

³ علي السلمي، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهل للأيزو 9000، دار ريب للطباعة و لنشر، مصر 1995، ص 1.

⁴ المرجع السابق، ص18.

إذن مما سبق فإن الجودة الشاملة لا تقتصر على جودة مواصفات السلعة أو الخدمة فقط، وإنما تتوسع أكثر من ذلك لتشمل جودة كل العمليات و أنشطة ومراحل العمل بتكامل جهود كل أفراد المؤسسة الذين يعملون في هذا الإطار الجديد كفريق واحد من أجل تحقيق الإشباع لحاجات و متطلبات المستهلكين وكسب رضاهم.

2-تعريف إدارة الجودة الشاملة :

يعرفها المعهد الفيدرالي الأمريكي على أنها : منهج تطبيقي شامل يهدف إلى تحقيق حاجات وتوقعات العميل حيث يستخدم الأساليب الكمية من أجل التحسين المستمر في العمليات والخدمات في المؤسسة .

أما دليل إدارة الجودة الشاملة الصادر عن وزارة الدفاع الأمريكية فقد عرف إدارة الجودة الشاملة على أنها: مجموعة من المبادئ الإرشادية والفلسفية التي تمثل التحسين المستمر لأداء المنظمة من خلال استخدام الأساليب الإحصائية والمصادر البشرية ، لتحسين الخدمات والمواد التي يتم توفيرها للمنظمة ، وكل العمليات التي تتم في التنظيم والدرجة التي تتم فيها تلبية حاجات العميل.¹ كما تعرف بأنها: "تضمن مبادئ الجودة في كافة جوانب العمل بدءا من تحديد احتياجات الزبون، وانتهاء بالتقييم الدقيق للأداء، للتعرف على درجة رضا الزبون أو تعني تضامن فرق عمل المؤسسة كل على حدا لتحقيق جودة كل العمليات."²

أما Royal Mail فيعرفها بأنها: " الطريقة أو الوسيلة الشاملة للعمل التي تشجع العاملين ضمن فريق واحد مما يعمل على خلق قيمة مضافة لإشباع حاجات المستهلكين"³.

¹ زايد مراد ،الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات (مدخل تسيير المؤسسات)، دار الخلدونية، الجزائر، 2012، ص 256.

² سعيد محمد الشيمي، الجودة الشاملة وثقافة مديري شركات الأعمال العام، يوليو 2002.

³ خضير كاظم محمود، إدارة الجودة الشاملة، ط1 ، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2000، ص75.

كما تعرف أيضا أنها : "الاستراتيجية الداخلية للشركة لتطوير الأساليب العملية للهياكل وبناء خطة واضحة للتميز"¹.

3- أهمية إدارة الجودة الشاملة:

ينظر إلى إدارة الجودة الشاملة على أنها وسيلة للتغيير إلى الأفضل، ومقياس أساسي للمفاضلة بين المنظمات .حيث اعتمدتها الكثير من المؤسسات لأهميتها الإستراتيجية الفائقة، مما زاد من فاعليتها ومن قدرتها على البقاء في سوق المنافسة.

ومن بين العوامل التي أدت إلى تصاعد أهمية إدارة الجودة الشاملة ما يلي²:

- أ- زيادة حدة المنافسة والتي تركز على تقديم أفضل المنتجات بأقل سعر ممكن.
- ب- انتقال التنافس إلى الصعيد العالمي، مما جعل الجودة الشاملة في سلم أولويات المنظمة.
- ت- ضرورة ابتكار أساليب وتقنيات إدارية جديدة لمواجهة التغيرات الحالية السريعة والمستمرة.
- ث- يؤدي تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى نجاحات تتجلى من خلالها أهمية هذه الأخيرة منها.
- ج- تقليص شكاوى المستهلكين وتخفيض تكاليف الجودة، مما يساهم في تحقيق رضا العميل.
- ح- زيادة الإنتاجية والأرباح المحققة مما يؤدي إلى رفع الحصة السوقية.
- خ- تقليص حوادث ومشاكل العمل، مما يساهم في رفع الكفاءة الإدارية والإنتاجية.
- د- تحقيق منافع ووفورات متعددة في تكاليف وآجال العمليات الإنتاجية.
- ذ- تحسين عملية الاتصال بين مختلف مستويات المنظمة وضمان المشاركة الفعالة لجميع أفرادها في تحسين الأداء.

¹ Daniel Boéri , Maitriser la qualité ,tout sur la certification et la qualité totale- les nouvelles normes ISO 9001-v.2000,maxima , paris ,2003 , 2em edition , P12

² بن عنتر عبد الرحمن، إدارة الجودة الشاملة كتوجه تنافسي في المنظمات المعاصرة، مجلة الباحث، العدد06،جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2008، ص 178.

4- أهداف إدارة الجودة الشاملة:

إن الهدف الرئيسي من تطبيق برنامج TQM هو تطوير جودة المنتجات و الخدمات مع تحقيق تخفيض في التكاليف والإقلال من الوقت والجهد الضائع لتحسين الخدمة المقدمة للمستهلكين وكسب رضاهم من خلال تلبية حاجاتهم. وعموماً يمكن تحديد أهداف الجودة من خلال مايلي¹:

4-1 تحقيق الربحية والقدرة التنافسية في السوق :

إذ يعد التحسين في الجودة مؤشراً لزيادة المبيعات التي من شأنها زيادة الربحية وخلق الحصص السوقية الكبيرة والقدرة التنافسية العالمية ، ويعتبر شعار إدارة الجودة الشاملة) عمل الشيء الصحيح من أول مرة (معياراً يجب تطبيقه في مختلف أنشطة ومجالات المؤسسة بهدف تخفيض التكاليف المقترنة بالعمليات التشغيلية وتحقيق المستوى الأمثل للفاعلية والكفاءة المطلوبة.

4-2 تحقيق رضا المستهلك:

تهتم إدارة الجودة الشاملة بالأنشطة الهادفة إلى التعرف على المستهلكين الحاليين والمرتقبين، وتحديد ما ينبغي تقديمه لهم، وذلك بدءاً من بحوث التسويق التي تقوم بتحديد المواصفات التي سيتم وضعها في تصميم المنتج، ومروراً بالإنتاج والتخزين، ووصولاً إلى البيع والتسويق لتسليم المنتجات وتقديمها للزبائن.

4-3 زيادة الفعالية التنظيمية:

نظراً لكون إدارة الجودة الشاملة تقوم على حقيقة رئيسية مفادها أن الجودة مسؤولية كافة الأفراد العاملين في المنظمة، لذا فإنها تسعى إلى الاهتمام بالعمل الجماعي وتشجيعه وتحقيق التحسين المستمر بالاتصالات، واشتراك أكبر للعمال في معالجة وحل المشاكل الإنتاجية وتحسين العلاقات الوظيفية والتنظيمية بينهم.

¹ خضير كاظم محمود، مرجع سبق ذكره ، ص 83

المطلب الثاني: مبادئ إدارة الجودة الشاملة و متطلبات تطبيقها

1- مبادئ إدارة الجودة الشاملة

تمثل إدارة الجودة الشاملة مجموعة من المبادئ الإدارية التي تركز على تحسين الجودة. وعندما تقوم المؤسسة بتطبيق هذه المبادئ فإنها ستنتج حتماً في تحقيق مستوى متميز من الجودة. ويمكن تلخيص هذه المبادئ على النحو التالي:

1-1 التزام الإدارة العليا

إن القرارات المتعلقة بالجودة تعتبر من القرارات الاستراتيجية ولذا فإن التزام الإدارة العليا في دعمها وتطويرها وتنشيط حركة القائمين عليها يعد من المهام الأساسية التي تؤدي إلى نجاحها. ويتمثل التزام الإدارة العليا في تعزيز ثقافة الجودة وتوفير رؤية استراتيجية واضحة المعالم للمؤسسة وأهدافها وكذلك تعزيز وتطوير إمكانيات العاملين لتحسين أدائهم.¹

2-1 التركيز على العميل :

إن هذا التركيز لا يقتصر على المستهلكين الخارجيين للمؤسسة الذين تركز كل وقتها وجهودها من أجل تحفيزهم على شراء منتجاتها، بل يشمل هذا التركيز أيضاً على العاملين داخل المؤسسة، وهم الذين يتوقف على أدائهم تحقيق مستوى الجودة المطلوب، كما يجب على المؤسسة أن تضع الموظفين على اتصال دائم مع الزبائن أو المستهلكين إضافة إلى تقوية وتمكين هؤلاء الموظفين، ومنحهم السلطة الكافية للعمل بجد لإرضاء هؤلاء المستهلكين، بواسطة المقابلة الشخصية أو عن طريق الهاتف أو من خلال مراجعة ملف الزبون.²

¹ نفس المرجع ، ص 101.

² David. Goetsch, & Stanley Davis, Introduction to Total Quality: Quality, Productivity, Competitive

3-1 التحسين المستمر:

ويقصد بذلك الرغبة الدائمة للمؤسسة في تحقيق تحسن تدريجي وخلاق و جوهري في كل من العمليات والمنتجات وكذلك في الخدمات التي يتم تقديمها .ولنجاح عملية التحسين المستمر يتوجب توفر الشروط التالية:¹

1-3-1 الوقت :

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

2-3-1 المستوى التكنولوجي:

ترتبط عملية التحسين المستمر بشكل كبير بتحسين المستوى التكنولوجي للمؤسسة وذلك من خلال متابعة الإبداعات والاختراعات وكذا نظم التصنيع والإنتاج الحديثة ومحاولة اقتنائها، أو يمكن التحسين والتطوير في المؤسسة وفي المستوى التكنولوجي من خلال تحفيز الطاقات البشرية في المنظمة وحثها على التفكير والإبداع.

ضرورة تواجد قاعدة بيانات ونظام معلومات فعال داخل المؤسسة يسمح باتخاذ القرارات في أوانها على ضوء المستجدات التي تطرأ في المحيط ،وتتكون عملية التحسين المستمر مما يلي²:

أ- تخطيط وتوثيق الإجراءات.

ب- تعيين فرق لتحديد العمليات التي تحتاج إلى تحسين.

Prentice Hall, New Jersey, 1994, p142.

¹ لوشاحي احمد خير الدين، الجودة ومدى تطبيقها في المؤسسة الاقتصادية الجزائرية، رسالة ماجستير غير منشورة، المدرسة العليا للتجارة، الجزائر، دفعة 2002-2003، ص 31.

² خضير كاظم محمود، مرجع سبق ذكره ، ص101.

ت-استخدام طرق التحليل وأدوات حل المشاكل.

ث-استخدام دائرة:خطّط - طبّق - افحص - نفذ التحسين.

ج- توثيق إجراءات التحسين.

4-1 روح الفريق والعمل الجماعي:

يرى كل من Dean وBrown أن العمل الجماعي وروح الفريق هو أفضل وسيلة لتحقيق التحسين المستمر في طريقة أداء العمليات وتقوم الفكرة الأساسية على تعاون كافة الأفراد داخل القسم الواحد وداخل المؤسسة ككل وعلى كافة المستويات الإدارية .بل إن الإدارة يجب أن تعي أن غير المديرين يمكنهم أيضاً أن يقدموا إسهامات قيمة للمؤسسة .وحتى تكون جماعات العمل فعالة .فإنه يجب تدريب أعضائها على أساليب العمل الجماعي واتخاذ القرارات الجماعية وكيف يمكن قيادة تلك المجموعات عن طريق منسق يستطيع تحقيق أفضل النتائج من هذا العمل الجماعي.

5-1 القرارات المبنية على الحقائق:

تعتبر هذه النقطة من العناصر الأساسية في الفلسفة الحديثة للجودة، شرط تواجد واكتشاف هذه الحقائق، فعدم دراسة عناصر السوق وتحليلها، وعدم توافر المعلومات الكافية عن رغبات واحتياجات العملاء، سيؤدي إلى وضع وتطوير تصميم غير سليم للمنتج لا يلبي حاجات المستهلك وتوقعاته، لذا يتوجب على المؤسسة وضع استراتيجية لاتخاذ القرارات مبنية على الحقائق الواجب توافرها قبل البدء في عملية الإنتاج، وليس على ضوء الحقائق المعتمدة على الحدس والخبرة الشخصية.

6-1 الاهتمام بالتغذية العكسية :

إن التغذية العكسية عبارة عن معلومات مرتدة عن كفاءة و فاعلية المخرجات حتى يتم الاستمرار على نفس المستوى إذا كانت المعلومات إيجابية ، أو يتم التغيير إذا كانت المعلومات سلبية ، وهذا

المبدأ يتيح للمبادئ التسعة السابقة الذكر أن تؤتي ثمارها ، وفي هذا المجال تلعب الاتصالات الدور الرئيسي لأي منتج ، ومن ثم فإن النجاح في الحصول على التغذية العكسية، والتي تتحقق في الوقت الملائم تعتبر من العوامل الأساسية التي تسهم في تمهيد وزيادة فرص النجاح والإبداع¹

2- متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

1-2 المتطلبات النظرية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة :

انطلاقاً من القائمة التي أوردتها" معهد إدارة الجودة الشاملة الفيدرالي "ومن آراء العديد من الباحثين حول ماهية وعدد وترتيب هذه المتطلبات يمكن القول أن أهم متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة تتمثل في²:

- أ- قناعة ودعم وتأييد الإدارة العليا لإدارة الجودة الشاملة.
- ب-تبني الإدارة والعاملين فلسفة إدارة الجودة الشاملة وتعاونهما في تطبيقها.
- ت-وجود أهداف محددة مشتقة من احتياجات المستهلكين وسعى الإدارة والعاملين معاً لتحقيقها.
- ث-منح العاملين الثقة وتشجيعهم على أداء العمل وتقدير المتميز منهم.
- ج-الابتعاد كلياً عن سياسة التخويف والترهيب.
- ح- استخدام نتائج تقييم الأداء في محاسبة المديرين والعاملين.
- خ- توفير البيانات الدقيقة التي ترشد عملية اتخاذ القرارات.
- د- اعتبار تحسين وتطوير الجودة عملية مستمرة لا تتوقف بانتهاء مشروع أو مرحلة ما.
- ذ- إزالة الحواجز والعقبات من أمام جهود تحسين الجودة والإنتاجية.

¹ فريد عبد الفتاح زين الدين، تخطيط ومراقبة الإنتاج، مدخل إدارة الجودة، دار الكتب، مصر، 1997، ص555.

² أحمد سيد مصطفى، ومحمد مصيلحي الأنصاري، مرجع سبق ذكره، ص85.

2-2 المتطلبات التقنية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة :

يمكن اعتبارها كأدوات تقنية لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة، ومن ابرز هذه الأدوات نذكر ما يلي:

1-2-2 حلقات الجودة:

كان ظهورها في اليابان بدافع محاولة تغيير صورة هذا البلد أمام العالم، وهذا بعد انخفاض المقدرة التنافسية لهذا البلد، والانطباع الذي أخذه العالم عن انخفاض جودة منتجاته، ويمكن القول أن حلقات الجودة تعتبر إحدى الأدوات والطرق التي يمكن للمؤسسات سواء الصناعية أو الخدمية أن تستخدمها في الحصول على أفكار للتحسين المستمر للعمليات.

تعتبر حلقات الجودة كوحدات عمل ذاتية، تتكون كل وحدة من مجموعة صغيرة من العاملين (من 3 إلى 12 عامل) يديرها ويوجهها مشرف على هؤلاء العاملين، بحيث يقوم بتدريب أعضاء المجموعة على الأساليب الأساسية لحل المشكلات، بما فيها الوسائل الإحصائية وأسلوب العمل الجماعي كفريق، وتتصف الحلقة بأنها مجموعة تطوعية ينضم إليها العاملون في نشاط واحد بشكل اختياري ومطلق، ومهمتها هي تحديد المشكلات التي تعرقل سير العمل واقتراح الحلول المناسبة لها ثم تطبيقها عند الموافقة عليها.

2-2-2 خريطة التدفق:

تصف خطوات الأداء التشغيلي للعمليات باستخدام المخططات البيانية بأشكالها المختلفة كالخطوط أو الأعمدة أو الدوائر ..الخ، وهذا بهدف التوصل والتعرف بسرعة ووضوح على طبيعة العمليات التشغيلية الجارية في المؤسسة، ويمكن القول أن هذه الخريطة تهدف إلى إلقاء الضوء على نتائج العمليات المتعلقة بنقاط اتخاذ القرارات الرئيسية، وبالتالي فهذه الخرائط تستخدم في تحسين الجودة من خلال التحقق من صحة القرار المتخذ، وينبغي القيام بإجراءات تصحيحية عند

اكتشاف أنه تم اتخاذ قرارات غير دقيقة، ورغم اختلاف بعض الكتاب في تسمية بعض الرموز المستعملة في رسم خرائط التدفق.

3-2-2 العصف الذهني:

هو توليد أفكار تساعد على إظهار المشاكل، أسبابها، طرق منعها، كيفية حلها وطرق تطبيق الحلول، ويمكن أن ينظر له أنه اجتماع يتم فيه تشجيع الحاضرين للتفكير في عدة آراء قدر استطاعتهم.

4-2-2 خرائط السبب والنتيجة:

تسمى أحيانا خرائط اشيكافا نسبة للمختص الياباني Kaoru Ishikawa ، وتستعمل في البحث عن مشاكل الجودة، وهي أكثر الوسائل استعمالا نظرا لكونها تمكن من توضيح العلاقات ما بين الأسباب والنتائج، والمقصود بالأسباب هو العوامل المؤدية إلى خلق المشكلة، أي العناصر المولدة لنتائج سلبية ومن مزايا استخدام خرائط اشكاوا نذكر ما يلي:

- أ- تساعد على تبسيط المشاكل العقدية.
- ب- تسهل العمل الجماعي وتجنب نسيان بعض العوامل المهمة.
- ت- تشجيع الحوار بغية تحليل المشكل.
- ث- تساهم في البحث السريع عن الحلول للمشكلة المطروحة.

5-2-2 المقارنة المرجعية:

هي عبارة عن مقارنة أداء المؤسسة مع أحسن المؤسسات الأخرى التي تنشط في نفس مجال نشاطها (نفس القطاع) أو بالنسبة للقطاعات الأخرى، وهذا لمحاولة الأخذ بأحسن ما هو موجود في الوقت الحالي ومحاولة تطويره مستقبلا.

6-2-2 منحنى باريتو:

سمي بهذا الاسم نسبة إلى العالم الاقتصادي الإيطالي (vilifredo pareto) الذي عاش في الفترة (1848-1923)، وقد اشتهر بأعماله حول توزيع الثروة، وهذا المنحنى هو عبارة عن تجميع لبيانات إحصائية عن عدد مرات تكرار حدوث مشكلة معينة والنتائج المترتبة عنها، وذلك لتحديد أهم المشاكل وأسبابها، فقد تكون 80 % من المشاكل الناتجة بسبب عدد محدود من العوامل التي تؤثر بنسبة 20%. ويستخدم هذا المنحنى في التعرف على مشكلات الجودة ومصادرها وتحديد أولوياتها، فمثال على ذلك تصنيف المنتجات المعيبة وفقا لمكونات العيوب، وترتيبها حسب تكرارها بالنسبة للعدد الكلي للمنتجات المعيبة و الأولوية النسبية في شكل منحنى تراكمي، ويساعد هذا التصنيف في تحديد أي الأسباب يجب البدء بها وهي بالطبع الأسباب ذات التكرار الكبير، أما الأسباب التي تتسبب في حدوث عدد أقل من العيوب فإن علاجها لا يؤثر كثيرا في خفض العدد الكلي للعيوب.¹

¹ كيميائي محمد إسماعيل عمر، أساسيات الجودة في الإنتاج، دار الكتب العلمية للنشر والتوزيع، مصر،

المطلب الثالث :استراتيجية الجودة الشاملة ومعوقات نجاحها

في هذا المطلب سنقدم نقطيتين أساسيتين هما مراحل بناء استراتيجية الجودة الشاملة والنقطة الثانية
معوقات نجاح استراتيجية إدارة الجودة الشاملة

1- المراحل الأساسية لبناء استراتيجية الجودة الشاملة:

سعيًا من المؤسسة لتطبيق إحدى الاستراتيجيات الصناعية فإنها تتبع جملة من المراحل تكون
الإطار العام لتطبيق وتنفيذ أهدافها المرحلية وطويلة الأمد، يبدأ التخطيط الاستراتيجي بتهيئة
المرحلة القادمة، ويتضمن التفكير ذو الرؤية المستقبلية لاتخاذ القرارات المتعلقة برسالة المنظمة،
ومن ثم يأخذ بعين الاعتبار طبيعة العمل الاستراتيجية لتحقيق الأهداف طويلة الأجل من خلال
دمج الأهداف التي تسعى المنظمة لتحقيقها.

بعد الانتهاء من تطوير التخطيط الاستراتيجي من قبل الإدارة العليا يتم تطوير الخطط أكثر، وهي
تتضمن كجزء من أجزائها الرئيسية بعد الانتهاء من وضع الخطط بصورة فاعلة يتم تخطيط عمل
الأقسام والأفراد العاملين والنشاطات الموجودة في المنظمة ، واستراتيجية الجودة الشاملة كغيرها من
الاستراتيجيات تتطلب إتباع المراحل التالية:

1-1 تحليل البيئة:

وتبرز أهمية تحليل البيئة لغرض التأكد من أن رغبات واحتياجات الزبائن قد تم الحصول عليها
وجمعها بيانيا أو إحصائيا ومحاولة تنفيذ النقص المسجلة في المنتج أو الخدمة حيث يجب اعتماد
البحث المنتظم للبيئة الداخلية والخارجية على حد سواء وقد أوضح بورتر في دراسته لنقاط القوة و
الضعف والتهديدات والفرص للمؤسسة الصناعية .

2-1 تحديد مهمة الجودة:

ونقصد بها تحديد الاتجاه الذي يتوجب على المؤسسة السير فيه، ويمثل أهمية بالغة بالنسبة لإدارة المؤسسة حيث يجب كتابتها بعبارة واضحة مفهومة وقصيرة إذ يمثل الإطار الذي يتوجب عليها العمل بموجبه حيث تلعب الدور الاستراتيجي في إرشاد المؤسسة من خلال استخدام سياسة الجودة.

3-1 وضع سياسة الجودة:

وهي مسؤولية الإدارة بالمؤسسة حيث تعتبر سياسة الجودة الوثيقة الأساسية و الجادة لرؤية الإدارة في تحديد المهام والأهداف المراد تحقيقها من خلال استراتيجية الجودة الشاملة، وعند وضع سياسة الجودة على المؤسسة دراسة الأسئلة التالية:

أ- من هم الزبائن وماذا يحتاجون وأين ؟

ب- ماهي اهتمامات المنافسين وماهي سياستهم في مجال ومؤشرات الجودة ؟

ت- من هو الذي يجب أن يشترك في تطوير سياسة الجودة ومن الذي سيصيغها؟

4-1 تطوير الأهداف الاستراتيجية للجودة:

حيث أنه في أي عمل لابد من هدف والاستراتيجية المدروسة كغيرها من العمليات لابد لها من هدف واضح تسعى لتحقيقه حيث يجب أن يتوفر على الجوانب التالية: (واضح، قابل للتنفيذ، قابل للقياس، محدد ، مؤكد).

5-1 تأسيس خطط الاستراتيجيات الموجهة نحو الجودة:

حيث انه من دون خطط استراتيجية فان عمليات الجودة تفقد قدرتها على توجيه إمكانات التخطيط في المؤسسة الطويلة الأمد حيث يجب توفر العناصر الأساسية التالية:

أ- التركيز على الأنظمة الأساسية بالمؤسسة التي تحتاج للتحسين بغرض تطبيق استراتيجية

الجودة الشاملة تطبيقا ممتازا

- ب- المشاركة والتنسيق مع كافة المستويات الإدارية والأقسام الوظيفية بالشكل الجاد والنافع
- ت- التخطيط للاستراتيجية بالاستناد إلى الإحصائيات والبيانات الواقعية
- ث- وضع الأهداف وخطط الإجراءات المتعاقبة والمعتمدة على القدرات الحقيقية للمؤسسة

6-1 تنفيذ استراتيجية الجودة:

حيث تعتبر هذه المرحلة واحدة من أهم مراحل تخطيط استراتيجية الجودة الشاملة إذ لابد من إيجاد الطريقة الأفضل لتطبيق التخطيط الاستراتيجي حيث يراعي العناصر التالية (التدريب و التعليم، المشاركة الجماعية، التكنولوجيا، السلطة والمسؤولية، هيكله الحوافز والمكافآت، الهياكل التنظيمية في المؤسسة).

7-1 مراقبة وتقييم أداء الجودة الشاملة:

إذ تتطلب استراتيجية الجودة الشاملة من المؤسسة المتابعة بغرض الاطمئنان إلى سير كافة العمليات وفق المخطط الاستراتيجي المعد والذي يتطلب تطوير أنظمة المتابعة والمراقبة على كافة المستويات.

8-1 المقارنة المرجعية:

وتعتبر هذه المرحلة مرحلة قطف الثمار والأهداف إذ تقوم المؤسسة بقياس أدائها مقارنة بالمنافسين الحاليين في السوق (أفضل المنافسين) وحتى المتوقعين لضمان استمرارية المنافسة والسيطرة.

2- معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

إن النجاح في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الصحية واستمرار هذه النجاحات يوما بعد يوم قد قابلته في الواقع العملي تجارب فاشلة، حيث تواجه جهود إدارة الجودة الشاملة، وهي بصدد ممارستها لعمليات التحسين، مجموعة من المعوقات الإنسانية والثقافية والفنية

والتنظيمية التي تؤدي إلى إخفاق هذه الجهود، الأمر الذي يتطلب تحديد هذه المعوقات وتشخيص أسبابها، لإتباع المدخل والمنهج السليم للتعامل معها، وتتمثل أهم هذه المعوقات فيما يلي:

1-2 المعوقات التنظيمية¹:

- أ- ضعف التزام الإدارة العليا بأنظمة إدارة الجودة الشاملة (القيم، الرؤية، السياسات الخطط،... إلخ).
- ب- عدم ملائمة الثقافة السائدة في المؤسسات الصحية مع متطلبات إدارة الجودة الشاملة.
- ت- عدم وجود معايير وأبعاد لجودة الخدمات الصحية.
- ث- عدم الاستعانة بخبراء الجودة في عقد اللقاءات والاجتماعات الدورية مع العاملين.
- ج- عدم وجود دورات تدريبية لأساليب الجودة لجميع العاملين في كل المستويات الإدارية.
- ح- غياب الأساليب والطرق الإحصائية التي يُعتمد عليها لقياس أداء المؤسسات الصحية.
- خ- عدم استخدام الأساليب العلمية والموضوعية في اختيار العاملين، وعدم الاهتمام الكافي بتطوير أدائهم.
- د- عدم وضوح مفهوم العمل الجماعي وغياب روح الفريق.
- ذ- نقص الموارد المالية المتاحة للمؤسسات الصحية، مما يعيق تجهيزها بالشكل المناسب.
- ر- وجود خطين واضحين للسلطة تتسم بهما المؤسسات الصحية، أحدهما إداري والآخر طبي ويترتب على ذلك إيجاد حاجز بين الجانبين الطبي والإداري، يحد من نجاح عملية التحسين أو حصرها في بعض جوانب النشاط دون غيرها.

¹ فاتن أحمد أبوبكر، موسى بنت محمد الزومان، معوقات ومقومات تطبيق إدارة الجودة الكلية في الأجهزة الحكومية بالمملكة العربية السعودية: بحث تطبيقي على مدينة الرياض، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2000، ص: 50-54.

2-2 المعوقات الثقافية :

- أ- إن المؤسسات الصحية تميل إلى التركيز بشكل أكبر على احتياجات مقدمي الخدمات الصحية أكثر من التركيز على احتياجات المرضى.
 - ب- يعتقد المديرون من الدرجة الوسطى بأن إدارة الجودة الشاملة سوف تحد من صلاحياتهم مما يؤدي إلى التأثير على مسؤولياتهم، لذلك فإنهم يقاومون إدخالها إلى مؤسساتهم؛
 - ت- عدم اهتمام معظم الأطباء في المؤسسات الصحية بنشاطات إدارة الجودة الشاملة، فهم يعتقدون بأنها لا تنطبق على وظائفهم؛
 - ث- نقص مشاركة الأطباء في جهود إدارة الجودة الشاملة، ويعود السبب إلى وجود قناعة لديهم بأن عملهم ذو جودة عالية، وبأن إدارة الجودة الشاملة هي بالدرجة الأولى آلية لضبط التكلفة وتؤكد الدراسات أن أي مبادرة لتطبيق مفهوم التحسين المستمر في المؤسسات الصحية دون مشاركة الأطباء تزيد من التكلفة الإجمالية لعملية التغيير، ولا تحقق الأهداف المرجوة منها¹.
- وبهدف تحسين الجودة تسعى المؤسسات الصحية إلى تطبيق إدارة الجودة الشاملة، ويتطلب تطبيقها توفر الاقتناع من طرف الإدارة العليا والعاملين على السواء، كما تحتاج المؤسسة إلى نظم فعالة ومساندة تعمل على ترسيخ هذه المفاهيم الجديدة، بالإضافة إلى ذلك يتطلب تبني إدارة الجودة الشاملة التحكم في تكاليف الجودة.

¹ محمد بن عبد العزيز العميرة، علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي في القطاع الصحي من وجهة نظر العاملين في مركز الأمير سلطان لمعالجة أمراض وجراحة القلب للقوات المسلحة بمدينة الرياض، دراسة مقدمة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في العلوم الإدارية، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، 2003، المملكة العربية السعودية ص47.

المبحث الثالث: جودة الخدمات الصحية

أن موضوع جودة الخدمة الصحية أصبح من المواضيع الأساسية في تسويق خدمات الرعاية الصحية ، كما أن هذا الموضوع هو محل الاهتمام والتركيز من قبل إدارات المستشفيات، والمستفيدين من خدمات الرعاية الصحية، والأطباء، والجهات الممولة لهذه الخدمات¹. حيث تركز هذه الأطراف المتعددة على موضوع جودة الخدمة الصحية لتحقيق أهدافها ومصلحتها، إذ إن الخلل والأخطاء في جودة الرعاية الصحية غير مقبول وتتعدى آثاره الضرر المادي إلى الضرر الجسدي والنفسي ولا بد من التطلع إلى ممارسة صحية خالية من العيوب.

المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمات الصحية وخصائصها

إن التحديد الدقيق لمفهوم الجودة في الرعاية الصحية قد يكون صعباً، وذلك بسبب الطبيعة المرنة والمتغيرة والمعقدة للرعاية الصحية والخدمة فيها وتعدد الاختصاصات الطبية والمهنية، واختلاف الممارسات السريرية بين القطاعات المختلفة، واختلاف وتعقيد الحالات المرضية لدى المستفيدين من الرعاية الصحية. ولكن التركيز عليها كان حثيثاً بالإضافة إلى عوامل أخرى كالإتاحة والتكلفة وشمولية الخدمة واستمراريتها وتوفيرها ومدى قبول المستفيدين لها سواء في القطاع الصحي العام أو الخاص.

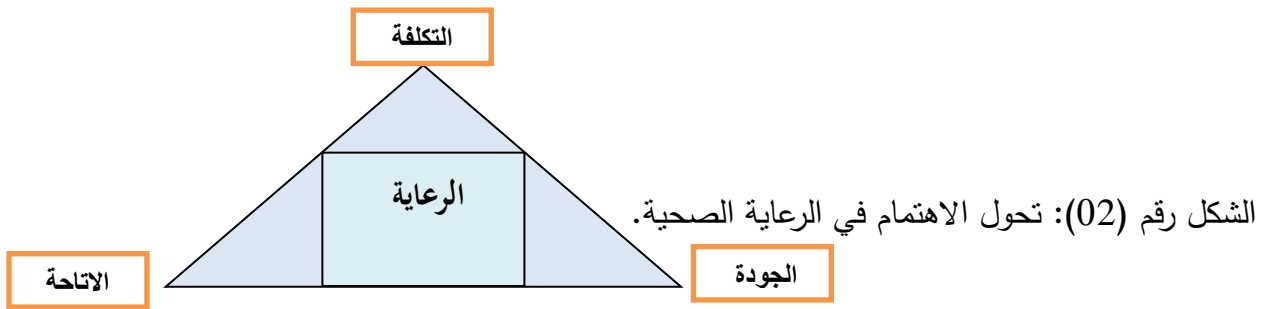
وقد ركزت الرعاية الصحية في الولايات المتحدة وعلى سبيل المثال وبخطى راسخة على ثلاث مناح أساسية وهي: الإتاحة، التكلفة وجودة الرعاية الصحية، وإن كل منحى أخذ اهتماماً حثيثاً وغالباً على حساب المنحى الآخر. ففي خلال الستينيات وأواخر السبعينيات من القرن الماضي كان التركيز على الإتاحة أي سهولة الحصول على الخدمات، وتحول الاهتمام منذ أواخر السبعينيات من

¹ نصيرات فريد توفيق، إدارة المستشفيات، إثراء للنشر والتوزيع، الأردن، 2008 ، ص383.

القرن الماضي نحو التكاليف، وأنشأت برامج لخفض التكاليف في برامج إدارة الرعاية وغيرها من البرامج، وتزايدت المخاوف من تدني الجودة في الخدمات الصحية نتيجة لتطبيق برامج خفض التكاليف وتحولت القيمة للرعاية الصحية إلى تحقيق أفضل جودة وبأقل التكاليف وبإتاحة كاملة، والتي لا مناص من تكاملها.

1- مفهوم الرعاية الصحية :

وقد ركزت الرعاية الصحية في الولايات المتحدة وعلى سبيل المثال وبخطى راسخة على ثلاث مناح أساسية وهي: **الإتاحة، التكلفة وجودة الرعاية الصحية**، وأن كل منحنى أخذ اهتماما حثيثا وغالبا على حساب المنحنى الآخر. ففي خلال الستينيات وأواخر السبعينيات من القرن الماضي كان التركيز على الإتاحة أي سهولة الحصول على الخدمات، وتحول الاهتمام منذ أواخر السبعينيات من القرن الماضي نحو التكاليف، وأنشأت برامج لخفض التكاليف في برامج إدارة الرعاية وغيرها من البرامج، وتزايدت المخاوف من تدني الجودة في الخدمات الصحية نتيجة لتطبيق برامج خفض التكاليف وتحولت القيمة للرعاية الصحية إلى تحقيق أفضل جودة وبأقل التكاليف وبإتاحة كاملة، والتي لا مناص من تكاملها¹. ويمكن توضيحها في الشكل رقم (04).



¹ مازن عبد العزيز عبد الحميد مسودة، أثر تطوير الموارد البشرية في تحقيق الجودة الشاملة، أطروحة دكتوراه فلسفة في إدارة الأعمال غير منشورة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، كلية الدراسات العليا، السودان، 2004، ص54.

في مجال الرعاية الصحية يرى أحد المتخصصين في هذا المجال أن هناك محورين أساسيين تقاس بهما جودة الرعاية الصحية وهما:¹

- أ- **العنصر التقني:** ويتضمن تطبيق العلم والتقنية الطبية الصحيحة في التشخيص والعلاج.
- ب- **العنصر الإنساني:** يتضمن تلبية الاحتياجات الإنسانية للمريض كالتعاطف والاحترام وتقديم المعلومات اللازمة له، ويمثل المحور الإنساني الوسيلة التي يتم من خلالها تحقيق الجودة الفنية والتقنية للرعاية، لذا فهو على نفس الدرجة من الأهمية.
- وفي ضوء العناصر السابقة لجودة الرعاية الصحية فإنه يمكن النظر إليها من ثلاثة جوانب هي:
 - **التعريف المطلق لجودة الرعاية الصحية،** ويركز على الجانب التقني والفني للرعاية الصحية للحصول على أفضل توازن بين المنافع الصحية للمريض دون التعرض لمخاطر.
 - **تعريف المريض المستفيد بالخدمة،** ويتعلق بمدى تلبية احتياجات وتوقعات المرضى سواء من الناحية الطبية أو من النواحي الاجتماعية والنفسية والإعاشة.
 - **تعريف المجتمع لجودة الرعاية الصحية** من حيث توفير العدالة والكفاءة والفعالية في تقديمها لمختلف فئات المجتمع.

2-تعريف جودة الخدمات الصحية :

تعرف الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية الجودة بأنها " درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة¹.

¹ Claveranne J-P, Vinot D, Fraisse S. et al. **Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé**, Rapport pour la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, 2003,p 59

ولا يختلف مضمون هذا التعريف عن غيره من حيث عناصره الفنية والاجتماعية والنفسية، والأكثر من ذلك أنه يحتوى على مواصفات أو معايير، وملاحظة الممارسة ثم المقارنة بين المعايير والممارسة الفعلية والحث على التحسين أو التطوير المستمر في الإجراءات والتشخيص والعلاج. كما تعرف جودة الخدمات الصحية من طرف الجمعية الأمريكية للطب الباطني على أنها: "درجة تمكن الرعاية الصحية من تلبية جميع احتياجات المريض، على أن تكون هذه الرعاية سهلة المنال، منخفضة التكاليف، وموثقة جيداً"².

ويعرفها المعهد الطبي الأمريكي على أنها: "المستوى الذي تصل إليه المؤسسات الصحية فيما يتعلق باحتمال ارتفاع الحصول على النتائج المرغوبة من قبل الأفراد والمجتمع، والنتائج المحاسبية والمالية"³.

وفي تعريف ذو منظور اجتماعي يمكن القول على أنها "تعبير عن مسؤولية المؤسسة الصحية كمنتج للخدمة اتجاه حقوق المرضى"⁴. ويشير هذا التعريف في مضمونه إلى المسؤولية الاجتماعية التي تضطلع بها المؤسسة الصحية والتي أيا كان شكلها ومهامها وكمنتج للخدمة الصحية المقدمة للمجتمع وبما يفي بتحقيق التزاماتها تجاه المرضى ورعايتهم والحفاظ على سلامتهم الصحية. من خلال التعريفات السابقة يمكن ملاحظة تعدد وجهات النظر حول تعريف الجودة في الخدمات الصحية، فقد عرفها كل طرف بالشكل الذي يخدم مصلحته ويحقق رضاه.

¹ عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، المؤسسة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2008 ص 15.

² حنان عبد الرحيم الأحمدى، التحسين المستمر للجودة: المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية، المجلد الأربعون، العدد الثالث، الرياض، مجلة الإدارة العامة، دورية علمية متخصصة ومحمكة يصدرها معهد الإدارة العامة، أكتوبر 2000، ص 412.

³ طلال بن عايد الأحمدى، إدارة الرعاية الصحية، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2004، ص 126.

⁴ ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص 168.

3- خصائص الخدمات الصحية ومزاياها :

3-1 خصائص الخدمات الصحية:

- أ- اللاملموسية : أي عدم إمكانية مشاهدتها ولمسها.
- ب- تزامن إنتاجها مع استهلاكها : أي أنها تنتج وتقدم للانتفاع في وقت واحد.
- ت- التباين : أي عدم القدرة على تقديم المستوى نفسه من جودة الخدمة، فالطبيب يصعب عليه التعهد بتقديم خدمات متماثلة ومتجانسة على الدوام.
- ث- الهلاك : أي عدم إمكانية تخزينها والاحتفاظ بها لحقبة من الزمن.
- ج- عدم التملك : أي عدم إمكانية الانتفاع بها أو التمتع بحق امتلاكها.¹

3-2 مزايا الخدمات الصحية :

- أ- تتميز خدمات المستشفى بكونها عامة للجمهور، وتسعى من تقديمها إلى تحقيق منفعة عام لمختلف الجهات والأطراف المستفيدة.
- ب- تتميز بكونها على درجة عالية من الجودة فهي مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه وليس بأي شيء آخر يمكن تعويضه أو إعادة شرائه.
- ت- تتأثر المستشفيات بصفة خاصة بالقوانين و الأنظمة الحكومية سواء كانت تابعة للدولة أو للقطاع الخاص.
- ث- في منظمات الأعمال، تكون قوة القرار بيد شخص واحد، أو مجموعة من الأشخاص يمثلون الإدارة، في حين تتوزع قوة القرار في المستشفى بين مجموعة الإدارة ومجموعة الأطباء.

¹ محمد عباس ديبوب، هنادي رمضان عطية، ادارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية ومشفى باسل بطرطوس، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 27، العدد 2005، 2، ص 2005، ص 115.

المطلب الثاني: أهداف وأبعاد جودة الخدمات الصحية :

1-أهداف تطبيق نظم جودة الخدمات الصحية وأهميتها:

بادرت معظم المنظمات الصحية بتطبيق نظم وبرامج الجودة من أجل تحسين وتطوير مستوى أدائها، كما أن تطبيق نظم الجودة من شأنه مساعدتها في التعرف على الموارد المادية والبشرية المهدرة، ومن ثم العمل على التخلص منها في نفس الوقت، ويعتبر نظام الجودة نظام تحفيزي، فهو يتيح للعاملين الفرصة للتعرف على إمكانياتهم ومنحهم الصلاحيات وفق هذه الإمكانيات ويحثهم على التفوق والإبداع أيضاً. وتتمثل أهداف الجودة في الخدمات الصحية في الآتي¹:

أ- ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين.

ب- تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضا المستفيد (المريض) وزيادة ولاؤه للمنظمة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المنظمة الصحية.

ت- تعد معرفة آراء وانطباعات المستفيدين (المرضى) وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها.

ث- تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها.

ج- تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية.

ح- تحقيق مستويات إنتاجية أفضل، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين (المرضى) الهدف الأساس من تطبيق الجودة.

¹ سعد خالد، الجودة الشاملة: تطبيقات على القطاع الصحي، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 2004 ،

كما تكمن أهمية نظم الجودة أيضاً، في كونها تعمل على توثيق وتحضير العديد من البرامج والآليات الفعالة لاكتشاف المشكلات ومحاولة إيجاد حلول مثالية لها، وكذا البحث عن المشكلات المحتمل ظهورها في المستقبل، والتي من الممكن أن تؤثر سلباً على الخدمة المقدمة للمرضى. ويعتبر الاهتمام بالجودة هو المقياس الأساسي الذي من خلاله تستطيع المنظمة الصحية التعرف على مستوى أدائها مقارنةً بالمنظمات الأخرى، كما يعطي المنظمة القدرة على تحقيق النجاح المتواصل.

2- أبعاد جودة الخدمات الصحية :

إن الهدف النهائي للخدمات الصحية هو ضمان الصحة الجسدية والنفسية للمريض، وبما أن رضا المريض يعتبر عنصراً مهماً من عناصر الصحة النفسية فإن تحقيق أعلى معدلات الرضا يكون أحد الأبعاد الأساسية لجودة الخدمة الصحية، ورغم ذلك فإن هذا ليس هو العنصر الوحيد في جودة الخدمات الصحية حيث إن هناك أبعاداً أخرى يجب أخذها في الحسبان عند قياس فعالية الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية، ومن ثم يمكن القول بصفة عامة بأن جودة الخدمات الصحية تشتمل الأبعاد الرئيسية الآتية:

أ- التمكن الفني (الملموسية):

ويعني المهارات والقدرات ومستوى الأداء الفعلي لمقدم الخدمة الصحية ومساعدتهم بالدقة المتناهية والمرغوبة وبصفة مستمرة بما يشبع رغبات المرضى والمصابين والمراجعين¹.

ب- الأمان (الضمان):

وتستخدم كمؤشر يعبر عن درجة الشعور بالأمان والثقة في الخدمة المقدمة¹.

¹ فاروق عبد الله المحمود، نظم المعلومات الصحية وأثرها على ضمان جودة الرعاية الطبية في الأردن، أطروحة مقدمة إلى المعهد القومي للإدارة العليا، أكاديمية السادات للعلوم الإدارية للحصول على درجة "الزمالة" في إدارة المستشفيات والخدمات الصحية، مصر، 1999، ص194.

ت- الملائمة:

وتعنى توافق الخدمة للغرض المنشود، من حيث أسلوب وإجراءات ومكان تقديمها ومدى توافقها مع احتياجات المريض وحالته الصحية وقدراته الجسمانية والذهنية².

ث- مدى إمكانية وتوفير الحصول على الخدمة (الاستجابة):

ويتحدد ذلك بمدى قدرة مقدم الخدمة على الإجابة على الأسئلة الآتية³:

- هل الخدمة تتوفر في الوقت الذي يريده الزبون؟
- هل الخدمة متوفرة في المكان الذي يرغبه الزبون؟
- كم من الوقت يحتاج الزبون لانتظار الحصول على الخدمة؟
- هل من السهولة الوصول إلى مكان تلقي الخدمة؟

ج- الاعتمادية:

وهي تعبر عن درجة ثقة المستهلك في المؤسسة الصحية ومدى اعتماده عليها في الحصول على الخدمات الصحية التي يتوقعها، ويعكس هذا العنصر مدى قدرة المؤسسة الصحية على الوفاء بتقديم الخدمات الطبية في المواعيد المحددة للمرضى، وبدرجة عالية من الدقة والكفاءة، ومدى سهولة وسرعة إجراءات الحصول على تلك الخدمات. وتتخلص هذه المجموعة في العناصر الخمسة الآتية⁴:

¹ هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، الأردن، 2002، ص365.

² Franco, Lynne Miller et autres, Pérenniser la Qualité des Soins de Santé:

L'Institutionnalisation de l'Assurance de Qualité

www.directedcreativity.com/pages/ComplexityWP.htm.

³ علي سكر عبود، وآخرون، تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي، المجلد 11، العدد الثالث، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، بغداد، العراق 2009، ص58.

⁴ مريزق عدنان، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008، ص123.

- الوفاء في تقديم الخدمة في الموعد المحدد؛
- الحرص المخلص على حل مشكلات المستهلك (المريض)؛
- أداء الخدمة بدقة وبدون أخطاء في التشخيص؛
- تكامل الخدمة وتوافر التخصصات؛
- الثقة في الأطباء والفنيين وكفاءتهم وشهرتهم.

3-عوامل تكامل جودة الخدمة الصحية :

ويمكننا أن نعتبر أن جودة الخدمات الصحية تعتمد على ثلاثة عوامل يمكن من خلالها

التصرف بطريقة متكاملة¹:

- أ- **توفر هياكل العلاج:** المستشفيات، العيادات، المصحات العامة والمتخصصة، وتوزيع هذه الهياكل يكون محدد من خلال المخططات الإقليمية للنظام الصحية؛
- ب- **قواعد تنظيم النظام العلاجي:** تكون تبعا للأهداف المحددة انطلاقا من الاحتياجات الصحية، وتحتوي خاصة على معايير الحصول على العلاج، والتكفل بالمرضى؛
- ت- **الكفاءة المهنية للأطباء والمهنيين:** والتي تقوم على التعليم الجامعي الأولي الذي تخرجه شهادة وطنية، أو تأهيل من قبل المجلس الوطني لنقابة الأطباء، إضافة إلى التكوين المستمر والتكوين على المهن مثل: مهندس الجودة، المسؤول على ضمان الجودة...إلخ.

¹ Jacques, Bouget, Charles, Honnorat, **Démarche qualité en médecine, Module 'Apprentissage de 'exercice médicale'**, France, Faculté de Médecine de Rennes, Mars 2004, P: 22.

المطلب الثالث : فوائد ومجالات تطبيق الجودة وإدارتها في المؤسسات الصحية

1- فوائد تطبيق الجودة بالمستشفيات

تواجه المستشفيات تحديات كبيرة ومتعددة لعل في مقدمتها التكاليف المتزايدة في انتاج الخدمات الطبية ، وتحديات جودة هذه الخدمات، لاسيما وأن هذه المستشفيات تتعامل مع صحة الإنسان وعامل الحياة والموت.

وإدارة الجودة الشاملة تحقق الاستخدام الأمثل للموارد وتقنين الإنفاق وجودة متكاملة في العمليات والخدمة المقدمة للمرضى والمراجعين للمستشفيات، ويمكن تلخيص أهم فوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية فيما يلي:

أ- 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 وتقويم جودة الإنتاجية المتمثلة في الخدمات الصحية والعمل الدائم والمستمر على تحسين جودة الخدمات الصحية.

ب- 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.

ت- رفع معنويات العاملين: تعد مشاركة العاملين في صنع القرار من أساسيات إدارة الجودة

الشاملة، فهم يعتبرون عملاء داخليين يجب إرضاءهم.

2- مجالات تطبيق إدارة الجودة الشاملة لتحسين الخدمة في المنظمات الصحية¹

حقق كثير 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:

1-2 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 الدؤوب لتقصي فرص التحسين واغتنامها. وقد تمكن مستشفى وست باس فيري (West Paces Ferry) من 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

¹ حنان الأحمدى "تحسين الجودة: المفهوم والتطبيق في المنظمات الصحية " دورية الإدارة العامة- مركز

البحوث- معهد الإدارة العامة ، المجلد الأربعون، العدد الثاني، أكتوبر 2000، الرياض ص 423

نسبة الولادات القيصرية 5% لتكون معياراً لعملية التحسين ومن ثم جرى العمل على تحديد أوجه القصور في طرق العمل وتحسينها لتحقيق المستوى المطلوب من الأداء. كذلك تمكن مستشفى جامعة ميتشغن (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) دولاراً أمريكياً سنوياً بتخفيض استهلاك الإبر الوريدية في وحدة الطوارئ نتيجة لتدريب العاملين على استخدامها بشكل أفضل. وفي برنامج زراعة نخاع العظام بمستشفى لوثرن جنرال في ولاية إلينوي تم تخفيض الهدر في استهلاك أحد الأدوية الباهظة الثمن والناجم عن التأخر في إعطائه للمريض مما يفقده صلاحيته للاستخدام وقد كان يكلف المستشفى حوالي (120.000) دولار أمريكي سنوياً.

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، وتراوح 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 إعدادتها لأن حجم العينة ليس مناسباً لإجراء التحليل، و كان ذلك يسبب إزعاجاً للمريضات ويؤدي إلى زيادة غير مبررة في تكاليف العلاج ، وقد تم القضاء على المشكلة بعد أن تبين لفريق التحسين أن الأطباء يتبعون طرقاً مختلفة لإجراء مسحة عنق الرحم وأن بعض هذه الطرق يحقق نتائج أفضل من غيره.

خلاصة الفصل الأول :

في هذا الفصل الأول الذي يعتبر التقديم المفاهيمي والإطار النظري للإجابة عن الإشكالية الرئيسية والتساؤلات الفرعية ، تطرقنا بشكل تفصيلي لكل من مفاهيم الجودة ومراحل تطورها ووضحنا مميزات جودة الخدمات الصحية ، أهدافها وأبعادها التي تختلف بشكل كبير عن باقي أنواع الخدمات والحاجات المختلفة الأخرى، كونها تتعلق أساسا بحياة الإنسان وصحته من جهة وكذلك لتنوع البشري كما ونوعا في المؤسسات الصحية من جهة أخرى ، فنجد عدة أسلاك وظيفية ومهنية ابتداء من العامل البسيط مرورا بالإداريين وقوفا عند الشبه طبيين ووصولاً إلى الأطباء ، كما تطرقنا في المبحث الثاني إلى ماهية ، ومبادئ ، ومتطلبات ، استراتيجيات إدارة الجودة الشاملة .

وهنا من هذا الفصل نكون قد أحطنا نظريا بنصف مضمون عنوان بحثنا المتعلق بمكانة إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية ، في انتظار النصف الثاني في الفصل الثاني وكذا الاختبارات العلمية في الدراسات الميدانية في الجانب التطبيقي في الفصل الأخير .

الفصل الثاني: إدارة المؤسسات
العمومية الصحية

تمهيد الفصل الثاني :

انطلاقا من عنوان المذكرة مكانة إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الصحية وبعد أن تطرقنا في الفصل الأول إلى كل المفاهيم المتعلقة بالجودة وإدارة الجودة الشاملة ، كان لابد علينا في الفصل الثاني التطرق للمؤسسات الصحية وإدارتها مروراً بنشأتها وأنواعها وكان لزاما علينا بحكم الدراسة التطبيقية المقامة بالمؤسسات العمومية الصحية بالجزائر التطرق لتطور النظام الصحي في الجزائر وكذا الأساليب المتبعة في تسيير المؤسسات العمومية الصحية في الجزائر .

وعليه سنتناول في هذا الفصل ثلاث مباحث رئيسية تم ترتيبها على النحو التالي:

✓ المبحث الأول: مفاهيم عامة حول المؤسسات الصحية

✓ المبحث الثاني: تطور النظام الصحي في الجزائر

✓ المبحث الثالث: التسيير في المؤسسات العمومية الصحية في الجزائر

المبحث الأول: مفاهيم عامة حول المؤسسات الصحية

في هذا المبحث الأول سنحاول التطرق لأهم النقاط الأساسية حول المؤسسات الصحية من خلال أربع مطالب:

المطلب الأول: المؤسسات الصحية: النشأة ، التطور و المفهوم.

المطلب الثاني: وظائف المؤسسات الصحية وخصائصها.

المطلب الثالث: تصنيف المؤسسات الصحية وأنواعها .

المطلب الرابع: الإدارة في المؤسسات الصحية.

المطلب الأول : المؤسسات الصحية: النشأة ، التطور و المفهوم¹

1- نشأة وتطور المؤسسات الصحية:

اتخذت المستشفيات بمفهومها المعاصر أشكالا متعددة وأطلق عليها مسميات متنوعة عبر العصور المختلفة وقد كانت البداية في الحضارة الإغريقية سنة 1200 قبل الميلاد حيث اتخذت المستشفيات شكل معابد خصصت لرعاية المرضى وللعبادة في وقت واحد، وكان كهنة المعابد يقومون بدور الأطباء ، كما تشير الوثائق التاريخية المصرية إلى وجود ما يطلق عليه " معابد الشفاء " في مصر سنة 600 قبل الميلاد، وقد استخدم نفس المسمى في الهند سنة 273 قبل الميلاد حيث أطلق على الأماكن المخصصة لتشخيص أمراض الإنسان وعلاجها اسم " السيكيستا " أي معابد الشفاء ، وفي مطلع الديانة المسيحية بنيت بيوت للكهنة كمستشفيات صغيرة

¹ الطعمانة محمد ، مخيمر عبد العزيز ، مرجع سبق ذكره ، 2008 ، ص 04

تحت ضغط الكنيسة لإيواء المرضى والمسنين والمحتاجين .وقد كانت الدوافع الرئيسية لبناء هذه البيوت دوافع دينية إنسانية تتلخص فيما يلي:

- أ- علاج المرضى وتقديم الخدمات لهم بغض النظر عن مقدرتهم على الدفع.
 - ب- الاهتمام بالنواحي النفسية للمرضى وليس فقط تقديم العلاج لهم.
 - ت- اعتبار هذه البيوت أماكن لإيواء المرضى والمسنين والمحتاجين وتقديم الخدمات لهم ¹.
- وقد أطلق العرب على المستشفيات لفظ " البيمارستانات " أي دور المرضى، والبيمارستان لفظ فارسي يتكون من كلمتين " بيمار " بمعنى مريض أو عليل و "ستان " بمعنى دار، وقد خطا العرب في العصور الإسلامية خطوات واسعة في مجال تنظيم مهنة الطب والصيدلة ووضعوا مجموعة من القواعد التي تلنقي مع النظم المعمول بها في العصر، ولقد شهدت المؤسسات الصحية في العصر الإسلامي تطورا ملحوظا، وكانت "خيمة رافدة" التي تم إنشاؤها في مسجد رسول الله - صلى الله عليه وسلم- أول مستشفى ثابت في هذا العصر، وأقام الوليد بن عبد الملك (882هـ - 706 م) مستشفى متكامل في دمشق حشد له مجموعة من الأطباء. أما في العصر العباسي، فقد تم تشييد عدد من المؤسسات الصحية في بغداد ودمشق والقاهرة، وقد تم تصنيف هذه المؤسسات إلى ثلاثة مجموعات: مؤسسات صحية ثابتة (مثل المستشفيات التي أقيمت على نهر دجلة ومستشفيات السجون)، مؤسسات صحية متنقلة (مثل مستشفيات السبيل التي ترافق الحجاج) ومؤسسات العزل (مثل دور المجانين) ويأتي من بين هذه القواعد أو النظم: ²

- أ- عدم السماح للمرضى أو المصابين بأمراض معدية بمخالطة المرضى الآخرين.

¹ الطعمانة محمد ، مخيمر عبد العزيز ، مرجع سبق ذكره ، ص 05

² سيد احمد حاج عيسى ، أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية ،

أطروحة دكتوراه في العلوم التجارية ، جامعة الجزائر 03 ، 2012 ، ص 57

- ب- اختيار موقع بيئي مناسب لإقامة المستشفى.
- ت- وجود مستشفى متنقل و إرساله إلى المناطق النائية بصفة دورية.
- ث- إنشاء المستشفيات العامة والمتخصصة
- ج- الاهتمام بنظافة البيئة الداخلية للمستشفى.
- ح- التركيز على جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى
- خ- إجازة مزاوله مهنة الطب والصيدلة بواسطة الامتحان. إلى أن المستشفى في العصر الحديث يعد المحور التنظيمي لنظام الرعاية الصحية والمكان المؤدي إلى توصيل الرعاية الطبية والصحية للمريض، كما أنه أيضاً مكان لتدريب كافة الأفراد العاملين في القطاع الصحي، إلى جانب أداء البحوث الطبية والصحية. فالمستشفى بما يحتويه من موارد (مادية وبشرية) يعد المكان الأول الذي يفكر فيه الإنسان حينما يحتاج إلى الرعاية الطبية، فهو القلب المهني والاقتصادي للممارسة الطبية والمطبق للخدمة والتكنولوجيا الطبية بصفة مستمرة.¹

¹ سيد احمد حاج عيسى ، نفس المرجع السابق ص 58 .

2- مفهوم المؤسسات الصحية:

تعريف المستشفى حسب الهيئة الأمريكية للمستشفيات : مؤسسة تحتوي على جهاز طبي، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة لتقديم التشخيص والعلاج اللازمان للمرضى.

تعريف منظمة الصحة العالمية : جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة كما أنها أيضاً مركز لتدريب العاملين الصحيين، وللقيام ببحوث اجتماعية وحيوية.

المؤسسات الصحية "تعد من أهم المؤسسات الإنتاجية في مجال الخدمات، فهي التي تهيئ وتعد أفراد المجتمع طبيّاً وصحياً ليكونوا قادرين على العمل والإنتاج في كافة قطاعات النشاط بالمجتمع سواء كان النشاط اقتصادياً أم اجتماعياً في مجال التنمية البشرية، وعلى ذلك فإنها إن لم تؤد دورها في خدمة أفراد المجتمع بشمولية في كافة مجالات العلاج، وإذ لم تكن متاحة جغرافياً وفي متناول المواطنين، فإنها ذلك يؤدي إلى وجود مردودات سلبية على الأداء الإنتاجي لقطاعات المجتمع"¹.

كما عرفت المؤسسة الصحية، بأنها: "كل مؤسسة تقدم الرعاية الصحية بشكل مباشر مثل المستشفيات، المراكز الصحية، العيادات والمراكز التخصصية، أو بشكل غير مباشر مثل المختبرات والإدارات الصحية ذات الخدمات المساندة والصيانة الطبية"².

يعتبر المستشفى الركيزة الأساسية للنظام الصحي، ففيه تتجمع مختلف فئات الأطباء والمرضى والعاملين الصحيين من مختلف الاختصاصات والعلوم الصحية، لتقديم الخدمات الضرورية

¹ هيفاء بنت فؤاد مختار، دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمة الصحية: دراسة تطبيقية على اتجاهات

المرضى ورؤساء الأقسام في مستشفى الملك فهد بمحافظة جدة، بحث مقدم كجزء من متطلبات الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال، كلية الاقتصاد والإدارة، الرياض، جامعة الملك عبد العزيز، 2003، ص: 28.

² عبد العزيز بن حبيب نياز، جودة الرعاية الصحية: الأسس النظرية والتطبيق العملي، وزارة الصحة، الرياض، 2005، ص: 62.

للمرضى الداخليين، والمرضى الذين يراجعون العيادات الخارجية وقسم الطوارئ وفيه تتكامل

الخدمات العلاجية مع خدمات تعزيز الصحة والخدمات الوقائية والتأهيلية.¹

ويختلف مفهوم المستشفى حسب الأطراف التي يتعامل معها، فكل طرف له مفهومه الخاص عن

المستشفى تبعا لتلك العلاقة القائمة بينهما، ويتضح ذلك فيما يلي:²

-**المرضى** : ينظرون إلى المستشفى على أنه الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج والرعاية الصحية لهم واستشفائهم.

-**الكادر الصحي** : هو الموقع الذي يمارس فيه أعماله ومهامه الإنسانية، وبما يملكه من خبرة ومهارة في القيام بالرعاية الصحية.

- **إدارة المستشفى** : منظمة مفتوحة على البيئة المحيطة بها ومتفاعلة مع متغيراتها المختلفة في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفاء وفعال.

- **الدولة** : إحدى مؤسساتها الخدمية والمسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع، للنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن.

-**مصانع الأدوية** : سوق واسع يستوجب إمداده بما يحتاجه من أدوية ومستلزمات طبية وفق اتفاقات مسبقة.

-**الطلبة والجامعة** : موقع تدريبي وعملي لإكسابهم المهارة والمعرفة الميدانية عن أسرار المهنة لإجراء التجارب والبحوث المستقبلية في مجال الطب.

¹ محمود خليل الشاذلي وآخرون، **طب المجتمع**، أكاديمية إنترناشيونال للنشر والطباعة، لبنان، 1999 ، ص 61 .

² ثامر ياسر البكري، **إدارة المستشفيات**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الاردن، 2005 ، ص 22 ، 21 .

المطلب الثاني : وظائف المؤسسات الصحية و خصائصها

1- وظائف المؤسسات الصحية :

تختلف وظائف المؤسسات الصحية باختلاف الأهداف من وراء إنشائها إلا أن هناك وظائف أساسية تشترك فيها معظم المستشفيات الحديثة في العالم ، وانطلاقا من تعريف المنظمة العالمية للصحة للمستشفى يمكن إيجاز الوظائف الأساسية للمستشفيات في ثلاث وظائف أساسية هي : ¹

- الرعاية الصحية والطبية.
- التعليم والتدريب
- البحوث الطبية والاجتماعية
- الوقاية من الأمراض والعمل على تحسين الصحة العامة :

1-1 الرعاية الصحية والطبية:

يقصد بالرعاية الصحية الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية والأقسام الطبية المساندة، وما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات المعملية (المختبرية) العادية والمتخصصة، وخدمات الإسعاف وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية اللوجيستكية، ومما لاشك فيه أن الرعاية الطبية تمثل الوظيفة التي تحظى بالاهتمام الأكبر في جميع المستشفيات الخاصة منها والحكومية على السواء.

كما أن الرعاية الصحية الأولية تمثل المدخل الرئيسي لإعادة توجيه النظام الصحي في المجتمع بحيث يوفر الصحة للجميع ويشجع مشاركة الأفراد رد والمجتمع في الأنشطة الصحية على أساس من الفهم الواضح لأهم المشكلات الصحية التي يعانيها المجتمع، انطلاقا من العلاقة

¹ الطعامنة محمد ، مخيمر عبد العزيز، مرجع سبق ذكره ، ص7

الوثيقة بين العوامل الصحية والاجتماعية والعوامل الاقتصادية والبيئية .وتختلف أنشطة ومجالات الرعاية الصحية باختلاف ظروف البيئة المحلية في الدول المختلفة، ومن أهم الأنشطة والمجالات التي تشملها الرعاية الصحية ما يلي:

أ- البرامج الوقائية بشأن المشكلات الصحية السائدة وطرق الوقاية منها والسيطرة عليها.

ب- رعاية الأمومة والطفولة بما في ذلك تنظيم الأسرة .

ت- التحسين ضد الأمراض الرئيسية المعدية .

ث- الوقاية من الأمراض المتوطنة محليا ومكافحتها .

ج- العلاج المناسب للأمراض والإصابات الشائعة .

ح- توفير الأدوية والأمصال الأساسية.

خ- الصحة العقلية والإعاقات البدنية.

ومن الجدير بالذكر أن هذه القائمة ليست شاملة، بمعنى أنه يمكن الإضافة إليها أو الحذف

منها وفقا للأولويات و البرامج التي تلائم الظروف المحلية لكل دولة أو منظمة.

2-1 التعليم والتدريب:

يفرض التطور في التقنيات والعلوم الطبية ضرورة تطور مهارات وخبرات كافة العاملين والمتخصصين في مختلف مجالات المهن الطبية من خلال التعليم والتدريب المستمر، وهذا ما تمثله المؤسسات الصحية خاصة الجامعية بما تملكه من إمكانيات وتجهيزات ومراكز تدريب للأطباء وأجهزة التمريض والفنيين والأخصائيين، وتنمية معلوماتهم عن الأمراض المختلفة وطرق علاجها، وتزويد الهيئات الطبية والمعالجة بالمهارات اللازمة للتفاعل النفسي والاجتماعي مع

المرضى، ومنه تسهيل مهامهم في تشخيص المشاكل الصحية وعلاجها، بالإضافة إلى نقل التجارب من ذوي الخبرة إلى الجدد منهم وتبادل المعلومات معهم.¹

3-1 البحوث الطبية والاجتماعية:

تسهم المؤسسات الصحية بشكل أو بآخر من خلال ما تحتويه من معامل (مختبرات) وأجهزة وتجهيزات وسجلات طبية وحالات مرضية متنوعة وكوادر بشرية متخصصة مهنية في توفير بيئة مناسبة لإجراء البحوث والدراسات الطبية والاجتماعية المتخصصة في مختلف مجالات التشخيص والعلاج والتطوير الذاتي لخدمات المؤسسات الصحية ومهارات الأفراد وأساليب العمل. فمن خلال نظم المعلومات الطبية وتنوع حالات المرضى وطرق العلاج يمكن القيام بالبحوث والدراسات المتعلقة بأساليب التشخيص وتحديد معدلات حدوث وانتشار الأمراض المختلفة وتقييم فعالية العقاقير المختلفة في علاجها أو تحديد العلاقة بين المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والأمراض المختلفة، ومن خلال المختبرات والتقنيات الطبية يمكن القيام بالبحوث الخاصة بتطوير عقاقير بديلة أو طرق فحص أكثر تطوراً أو أساليب جديدة لمكافحة العدوى أو انتشار المرض وغيرها. وبدون شك فإن إجراء مثل هذه البحوث والدراسات خارج المؤسسات الصحية إن لم يكن متعذراً فمن المؤكد أنه سيكون باهظ التكاليف.

ومن جهة أخرى فإن النظرة الحديثة للمؤسسات الصحية أصبحت تختلف عن الماضي، فلم يعد دورها مقصوراً على مجرد تقديم الخدمات العلاجية للمريض، بل تعدى ذلك إلى هدفين وهما: هدف التعليم وهدف البحث العلمي، وقد أصبحت الخدمات الصحية الواجب أن تقوم بها المؤسسات الصحية الحديثة تشتمل على الوقاية من المرض، تعقب المرض، والتأهيل، بل أن

¹ هاشم أحمد عطية، محمد عبد ربه، النظام المحاسبي ونظام محاسبة التكاليف في المنشآت الخدمية:

المستشفيات، الإسكندرية، الدار الجامعية، 2000، ص: 24-25.

بعض المؤسسات الصحية أصبحت توفر الرعاية الطبية للمرضى في منازلهم خارج المؤسسات الصحية¹.

4-1 الوقاية من الأمراض والعمل على تحسين الصحة العامة:

من خلال مراقبة العدوى المكتسبة للحد منها وتوعية الأفراد بأهمية الوقاية من الأمراض عن طريق حملات التوعية وإجراء التطعيمات اللازمة...إلخ.

ويعتبر نشاط المؤسسات الصحية مهما لإنجاح برامج الصحة العامة والطب الوقائي

في جميع دول العالم بصفة عامة، وتسعى إلى تحقيق مجموعة من الأهداف منها²:

أ- المحافظة على الصحة والوقاية من الأمراض بأعلى مستوى ممكن من الرعاية الطبية وبأقل التكاليف؛

ب- تحقيق مستوى مرضي من الربحية ويعتبر هذا من أهم الأهداف خاصة للمؤسسات الصحية الخاصة؛

ت- توفير خدمات علاجية متميزة تساعد على تحقيق مركز تنافسي قوي؛

ث- تطوير أداء الكوادر الطبية من أطباء وهيئات تمريض وفنيين.

2- خصائص المؤسسات الصحية³:

ومن جهة أخرى فإن النظرة الحديثة للمستشفى أصبحت تختلف عن الماضي، فلم يعد دورها مقصورا على مجرد تقديم الخدمات العلاجية للمريض، بل تعدى ذلك إلى هدفين وهما هدف التعليم

¹ زهير حنفي علي، المستحدث في الإدارة العليا للمستشفيات، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، 1988، ص: 32-50.

² عبد الله حمادو ، التغيير التنظيمي وأثره على تحسين جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية ، مذكرة ماجستير في علوم التسيير، تخصص إدارة الأعمال ، جامعة البليدة 02 ، 2014، ص 133.

³ سيد أحمد حاج عيسى ، مرجع سبق ذكره ، ص63

وهدف البحث العلمي، وقد أصبحت الخدمات الصحية الواجب أن يقوم بها المستشفى الحديث تشتمل على الوقاية من المرض، وتعقب المرض، والتأهيل، بل أن بعض المستشفيات أصبحت توفر، الرعاية الطبية للمرضى في منازلهم خارج المستشفى، وفي إطار أهداف ووظائف المستشفيات الحديثة فإن هناك عدد من الخصائص التي تميز المستشفى عن غيرها من المؤسسات الاجتماعية والتي تنعكس على أداء وفعالية المستشفى بصفة عامة، وأهم هذه الخصائص ما يلي:

أ- تعدد الوظائف التي يقوم بها المستشفى وتعقيدها، حيث أنه من أهم أهدافها تقوية الجسم

البشري

ودراسته حين يصبح لأي سبب من الأسباب مصاباً أو مريضاً، وذلك بطريقة تعيده إلى حالته الطبيعية أو أقرب ما يكون منها.

ب- تعدد الفئات العاملة داخل المستشفى، فهناك الطبيب والإداري وعضو هيئة التمريض والمساعد، ولكل منهم اهتماماته الخاصة به، ويهتم كل فرد بأداء وظيفته بصرف النظر عن الآخرين، ولذلك نرى أن المتخصص داخل المستشفى أشبه بالعامل على خط الإنتاج الذي لا يهتم إلا بالعملية التي يؤديها عند النقطة التي يقف عندها على الخط الإنتاجي.

ت- أدى تعدد الفئات وتعدد الوظائف داخل المستشفى إلى ازدياد خطوط السلطة، فمنها الخاص بالجهاز الإداري البيروقراطي ومنها الخاص بالجهاز الطبي المهني.

ث- صعوبة التنبؤ بحجم العمل في المستشفى، نظراً لصعوبة التنبؤ بحالات المرض المتوقعة، ولذلك فإن على المستشفى أن يكون جاهزاً بصفة مستمرة لاستقبال الحالات المتوقعة وغير المتوقعة.

ج- صعوبة تقييم نشاط المستشفى بالمقاييس العادية التي تستخدم في الوحدات الإنتاجية،

نظراً لأن

اطراف الخدمة في المستشفى هم الأطباء ومعاونيهم، بالإضافة إلى مستهلك الخدمة وهو الفرد، هذا بجانب صعوبة تقييم الخدمات بصفة عامة.

ح- يمتاز العمل داخل المستشفى أو هكذا يجب أن يكون بالدقة المتناهية والحذر الشديد في أداء الخدمة ، حيث أن الأمر يتعلق بأثمن ما في الوجود وهو صحة الإنسان، وأي خطأ قد يؤدي بحياة المريض أو يؤدي إلى عجز دائم.

خ- تعدد الفئات وتنوع الوظائف يؤدي أيضاً إلى صعوبة تطبيق اللوائح والقوانين ، وهذا ا راجع في أحيان كثيرة إلى عدم توصيف الوظائف توصيفاً دقيقاً، مما يؤدي إلى وجود نوع من الصعوبة في تقديم الخدمات.

المطلب الثالث : تصنيف المؤسسات الصحية وأنواعها :

يمكن التمييز بين نوعين من المؤسسات الصحية،¹ المؤسسات المنتجة للخدمة الصحية: على سبيل المثال: المستشفيات، العيادات ومراكز العلاج، و المؤسسات غير المنتجة للخدمة الصحية: تتمثل في وزارة الصحة وكل الهيئات الإدارية المختصة في متابعة البرامج الصحية وتسيير العلاقات مع المؤسسات المنتجة للخدمة الصحية، كما تعددت تصنيفات المؤسسات المنتجة للخدمات الصحية، نظرا لتعدد التعريفات التي تناولتها من جهة، وتعدد الأنشطة التي تقوم بها من جهة أخرى، ويمكن تقسيمها حسب المعايير الآتية:²

1- التصنيف حسب الملكية والإشراف:

1-1 المؤسسات الحكومية: تملكها وتديرها الأجهزة الحكومية، ولا تهدف إلى تحقيق الربح، :

أ- المؤسسات الحكومية العامة: تتميز بملكيتها للدولة أو إحدى الهيئات الرسمية التي تقوم بالإشراف عليها، تضم أكثر من قسم وتخصص لخدمة جميع فئات المجتمع بالمجان أو مقابل دفع رسوم رمزية.

ب- المؤسسات الحكومية لخدمة فئات خاصة: تتميز بتبعيةها لوزارة أو مصلحة حكومية معينة، بحيث تقصر خدماتها على العاملين وأسرهم في هذه الجهات، على سبيل المثال: المستشفيات العسكرية.

ت- المؤسسات الحكومية التخصصية: تتخصص هذه المؤسسات في تشخيص وعلاج حالات مرضية معينة، على سبيل المثال العيادات المتخصصة في علاج الأمراض الصدرية.

¹ عبد الله حمادو ، مرجع سبق ذكره ، ص 36-37

² A. Belghiti, Alaoui, **Principes Généraux de Planification à l'Hôpital**, Rabat: Sans Edition, 2005, P: 17.

ث- **المستوصفات والوحدات العلاجية:** هي مؤسسات صغيرة الحجم، تقتصر الخدمة فيها على إجراء الكشف الطبي ووصف العلاج للمرضى بالمجان أو مقابل رسوم محدودة نسبيا.

ج- **المستشفيات الجامعية:** هيا النوع التي تلحق بكليات الطب، تقدم نفس خدمات المؤسسات العامة، وتحتوي على بعض الأقسام التعليمية من أجل ممارسة التدريب العملي لطلاب الكلية.

1-2 المؤسسات الخاصة: تختلف المؤسسات الخاصة عن المؤسسات الحكومية في أنها تكون

ملك لأفراد أو جمعيات خيرية أو شركات خاصة، ويتم إدارتها وفقا لأسلوب إدارة الأعمال

بالقطاع الخاص، مع سعيها الدائم لتحقيق الربح ومن أهم أنواعها:

أ- **مؤسسات بأسماء أصحابها:** تحمل هذه المؤسسات أسماء أصحابها من أطباء وأساتذة، يتولى

هؤلاء إدارتها وتقديم الخدمات في مجال تخصصهم، وذلك مقابل الحصول على أتعاب يتم

الاتفاق عليها مع المرضى. هذا النوع من المؤسسات يعتمد بالدرجة الأولى على خبرة ومهارة

وسمعة أصحابها، وكذا جودة ما يقدمونه من خدمات صحية لمرضاهم؛¹

ب- **مؤسسات الجمعيات غير الحكومية:**² يقوم بإنشائها جمعيات غير حكومية مثل الجمعيات

الدينية، والخيرية، عن طريق الهبات والتبرعات التي تحصل عليها، وقد تأخذ شكل المؤسسات

العامة أو المؤسسات التخصصية وذلك من حيث خدماتها التشخيصية والعلاجية، ولا تسعى إلى

تحقيق الربح إنما إلى تقديم خدمات صحية بالمجان أو بأسعار رمزية؛

ت- **مؤسسات صحية استثمارية:** يمتلكها ويديرها أفراد أو شركات خاصة بهدف تحقيق أرباح من

الخدمات التي تقدمها، وتأخذ شكل شركات المساهمة أو ذات المسؤولية المحدودة، وتكون

خدماتها متخصصة في مجالات طبية معينة.

¹ الطعامنة محمد ، مخيمر عبد العزيز، مرجع سبق ذكره ، ص10

² الطعامنة محمد ، مخيمر عبد العزيز، مرجع سبق ذكره ، ص11

2- التصنيف حسب التخصص ونوع الخدمة: تنقسم المؤسسات حسب التخصص إلى

نوعين:

1-2 مؤسسات عامة: هي المؤسسات التي تضم أقسام وتخصصات طبية متعددة مثل: الأمراض

الباطنية، أمراض النساء والولادة، أمراض الأطفال، أمراض القلب،... إلخ، وتعالج فيها جميع الأمراض وتخدم مناطق واسعة من السكان¹.

2-2 مؤسسات متخصصة: وتتخصص في علاج نوع خاص وواحد من الأمراض كأمراض

السرطان، أمراض الكلى، أمراض العيون،... إلخ، وقد يكون التخصص حسب الجنس مثلا: مؤسسة استشفائية متخصصة في أمراض النساء والتوليد.

3- التصنيف حسب الموقع والسعة السريرية: تنقسم حسب هذا المعيار إلى ثلاثة أنواع:

1-3 مؤسسات مركزية: التي تخدم تجمعات سكانية متوسطة تقع في ضواحي المدن، وتتراوح سعتها السريرية ما بين 100 و 500 سري.

2-3 مؤسسات المناطق الإقليمية: والتي تقوم بتقديم خدمات تخصصية لا تستطيع توفيرها أغلب المستشفيات الأخرى في منطقة ما، هذا وتتوقف سعتها السريرية على الاحتياجات الصحية للأفراد.

3-3 مؤسسات محلية صغيرة: تقدم خدماتها لتجمعات سكانية صغيرة، سعتها السريرية أقل عن 100 سرير.

وهناك معايير أخرى لتصنيف المؤسسات الصحية نذكر منها:

¹ Keddad, N. Daméche, N, Politique de santé et réforme hospitalière: Planification sanitaire, Atelier n° 06, , Alger, conférence nationale 3-5 Février, 2011, P: 02.

الربحية: مؤسسات تسعى إلى تحقيق الربح ومؤسسات لا تسعى إلى تحقيق الربح؛

مدة إقامة المريض: مؤسسات ذات إقامة قصيرة ومؤسسات ذات إقامة طويلة؛

الجنس: مؤسسات متخصصة لفئة معينة حسب جنس المريض مثل: مستشفى أمراض العيون؛

العمر: مؤسسات مخصصة لفئة عمرية معينة حسب عمر المريض مثل: مستشفى الأطفال.

المطلب الرابع : الإدارة في المؤسسات الصحية:

1. إدارة المؤسسات الصحية :

عرفت الجمعية الأمريكية للمستشفيات الإدارة الصحية "الإدارة الصحية هي تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة وتنسيق الموارد والإجراءات والطرق التي بواسطتها يتم تلبية الحاجات والطلب على خدمات الرعاية الصحية والطبية وتوفير البيئة الصحية وذلك من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستهلكين كأفراد وجماعات والمجتمع ككل"¹

كما تعرف الإدارة الصحية على أنها²: مجموعة الأنشطة أو المهام المرتبطة بتخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة، باستخدام الموارد البشرية والمادية المتاحة لتحقيق أهداف المستشفى بكفاءة وفعالة"رغم وجود أشياء مشتركة بين الإدارة الصحية والتخصصات الإدارية الأخرى إلا أنه يوجد اختلاف أساسي وجوهري في القطاع الصحي والتي تضع المدير الصحي أمام تعقيدات و معطيات لا نظير لها في القطاعات الأخرى:

- أ- محدودية الموارد المتاحة وكلفتها العالية وبالمقابل الطلب الكبير على هذه الموارد، المدير الصحي مطلوب منه دائما أن يقدم الكثير بمقابل القليل المتوفر لديه.
- ب- التوقعات العالية لمستهلكي الخدمات الصحية - عدم رضاه بشكل عام عن جودة ما يستهلك وعن كلفة هذه الخدمات.

¹ فريد توفيق نصيرات ، إدارة منظمات الرعاية الصحية ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط1، عمان: 2008 ص20

² العابد محمد ، أثر تفعيل منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية ، مذكرة ماجستير في علوم التسيير ، تخصص الاقتصاد التطبيقي في إدارة الأعمال والمالية ، جامعة المدية ، 2010، ص 80 .

- ت- التصاعد المستمر في كلفة الخدمة وما يصاحبه من عدم رضى من جانب ممول الخدمات الصحية سواء كان جهات حكومية أو خاصة أو مؤسسات تأمين
- ث- تدمير وعدم رضى مقدمين الخدمات الصحية وبشكل خاص الأطباء والمرضات فهناك عدم رضى بسبب ضغط العمل وزيادة الطلب على الخدمة وعدم رضى أيضا عن ظروف العمل وتدني الأجور.
- ج- الاعتبارات الإنسانية والأخلاقيات الاجتماعية والمهنية والتي تضع قيود ومعوقات اما التركيز على الكفاءة ولاعتبارات الاقتصادية للخدمات الصحية

2. وظائف إدارة المؤسسات الصحية:¹

1-2 التخطيط في المؤسسات الصحية :

التخطيط عملية فكرية مستقبلية تعتمد على توافر قاعدة جيدة من البيانات وتنتهي بوضع خطة تتضمن الأهداف والسياسات والإجراءات وجداول التنفيذ، وقد بدا ظهور استخدام التخطيط في المؤسسات الصحية سنة 1970 في الدول الأوربية المتقدمة حيث أن الاهتمام بهذه الوظيفة كان نتيجة لسرعة التغير البيئي المحيط بهذه المؤسسات²، والتخطيط الصحي يتضمن العمليات التالية:

- أ- تحديد أهداف المستشفى والمدة الزمنية لتحقيقها.
- ب- تحديد الموارد المطلوبة لتحقيق الأهداف المحددة.
- ت- التنبؤ بالمتغيرات الداخلية والخارجية التي قد تؤثر على المستشفى، مع وضع خطط موقفية.

¹ فريد توفيق نصيرات ، مرجع سبق ذكره ، ص23

² العابد محمد ، مرجع سبق ذكره، ص 81

2-2 التنظيم في المؤسسات الصحية:

نقصد به تحديد الأنشطة الطبية والإدارية في المستشفى، ثم تقسيمها وتوزيعها على العاملين، ويعرف في المؤسسات الصحية كونه: "وضع الهياكل وصياغة الاطر التي يتم بها تقسيم الأنشطة الطبية والشبه الطبية والإدارية في المستشفى وتنسيقها وتوزيعها على الأفراد وتحديد العلاقات والأدوار وصياغة إجراءات التنسيق الرسمية وأنماط التفاعل الواجب اتباعها لتحقيق أهداف المستشفى" و أهم مجالات أو مكونات هذه الوظيفة:

أ- تصميم الهيكل التنظيمي للمستشفى من إدارات وأقسام.

ب- توزيع الأدوار والمهام الوظيفية.

ت- تحديد علاقات السلطة والمسؤولية.

ث- صياغة أنظمة العمل والإجراءات.

ج- إعداد خريطة التوزيع المكاني لجميع وحدات العمل.

3-2 التوجيه في المؤسسات الصحية:

هو النشاط الذي يستهدف التأثير في سلوكيات العاملين وحثهم على المساهمة بمستوى أداء جيد نحو تحقيق أهداف المستشفى.

4-2 الرقابة في المؤسسات الصحية:

عملية قياس النتائج الفعلية ومقارنته بأهداف الخطة والنتائج المحددة سلفاً، ومن ثم تشخيص الانحراف وتحليل أسبابه واتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة لمعالجة الأخطاء..

المبحث الثاني: تطور النظام الصحي في الجزائر

لقد عرف النظام الصحي بالجزائر حقبات تاريخية متباينة امتدت عبر سنوات طويلة حصرناها في محطات تعتبر منعرجات حاسمة في تاريخ تطور المنظومة الصحية بالجزائر من خلال ثلاث مطالب

المطلب الأول : النظام الصحي في الجزائر في الفترة ما قبل الاستقلال إلى 1980.

المطلب الثاني : إصلاح المنظومة الصحية من 1980 إلى 2008.

المطلب الثالث : أنواع المؤسسات الصحية في الجزائر .

المطلب الأول : النظام الصحي في الجزائر في الفترة ما قبل الاستقلال

إلى 1980 :

سنتناول واقع النظام الصحي في هذا المطلب من خلال ثلاث حقبات قبل الاستقلال والحقية الثانية تسيير الأزمات الصحية غداة الاستقلال والثالثة التي أقر فيها مجانية العلاج ، وفي ما يأتي الثلاث المراحل:

1- المرحلة الأولى : ضعف النظام الصحي قبل الاستقلال 1830-1962 : وبها

ثلاث فترات¹

1-1 الفترة الأولى 1830-1850: أين كان العلاج يقدم من طرف الجهاز العسكري

للعُدو، و التنظيم كان يتم على أساس إقامة عيادات للمريض، كان يطغى عليها طابع العنصرية في توزيعها، حيث كانت تكثر في المناطق الأهلة بالعسكريين الغزاة.

¹ بويوسف عصام الدين زهير، نظام تسيير المستشفيات في الجزائر، مذكرة ماجستير في العلوم الاقتصادية فرع

علوم التسيير ، جامعة الجزائر: 1993، ص28

1-2 الفترة الثانية 1850-1904: يمكن إيجاز هذه المرحلة في نقطتين:

أ- إقامة مقاطعات صحية ، والتي أصبحت خدماتها أوسع نسبيا حيث تتمركز في المدن و المناطق ، الآهلة بالمعمرين الأوروبيين ، و بالجزائريين المستغلين في قطاع المناجم ، النقل و السكك الحديدية.....الخ.

ب- ابتداء من 1904 ، و مع " أطباء البلديات" التي يهدف إلى تقديم العلاجات الضرورية الى الاروبيين و السكان الجزائريين "indigene" على قدم المساواة على حد زعمهم ، إضافة إلى مراكز صحية أقيمت من طرف الكنيسة حيث وصل بعضها الى الهقار.

1-3 الفترة الثالثة 1945-1962¹: مع اندلاع الحرب التحريرية غير جيش التحرير

الوطني من مقولة : طب المستعمر ، طب المستعمر ، وبدأت الثورة تتكفل شيئا فشيئا بعلاج الشعب رغم الامكانيات المادية و البشرية، لكن و بعد إضراب الطلبة عام 1956 و إلتحاقهم بصفوف الجيش ، تدعم التنظيم الصحي بيد عاملة مؤهلة في التمريض و الطب والجراحة حسنت نوعا ما في نوعية الخدمات المقدمة، وأصبح هناك تبادل في العتاد و الممرضين، في 1954 كان بالنسبة ل 9.529.126 ساكن:

12 مستشفى عسكري.

110 مستشفى عمومي، أغلبها عتيقة.

09 مستشفيات متخصصة.

¹ بويوسف عصام الدين زهير، مرجع سبق ذكره ،ص29

2- المرحلة الثانية تسيير الأزمات الصحية 1963-1973: تميزت بما يلي

غداة الاستقلال، بلغ عدد الأطباء في الجزائر 5000 طبيب % 50 (منهم جزائريين) من أجل تغطية الحاجات الصحية للسكان الذين بلغ عددهم 10.5 مليون ساكن . وتميزت المؤشرات الصحية في هذه الفترة بمعدل وفاة مرتفع للأطفال تجاوز 180 لكل 1000 ، وتوقع حياة لا يصل إلى 50 سنة وانتشار الأمراض المتقدمة، كل هذه الظروف كانت السبب الرئيسي في الوفاة والإعاقة . لمواجهة هذه الوضعية، وفي ظل الموارد المحدودة، ركزت وزارة الصحة على هدفين أساسيين هما:

أ- تخفيض اللامساواة في مجال توزيع الطاقم الطبي (العام والخاص) لتسهيل الحصول على العلاج.

ب- مكافحة الأمراض والتقليل من الوفاة، وخاصة الأمراض المعدية.

تميزت هذه الفترة بوضع العديد من برامج الصحة الموجهة من أجل حماية طبقة السكان المحرومين، وضمان الوقاية من الأمراض المستعصية، كما فرض التطعيم الإجباري لكل الأطفال وفي نفس الفترة كان الإنتاج الصيدلاني، الاستيراد والتوزيع بالجملة مضمونا من طرف الصيدلية المركزية الجزائرية (PCA) على الخصوص، و يمكن تقسيم النظام الصحي المعتمد آنذاك¹ :

-المستشفيات التابعة للدولة.

-مصحات خاصة يملكها الأفراد.

-المراكز والمستوصفات الصحية كانت تدار من قبل البلديات، وقد ألحقت بالمستشفيات بين

عامي 1967- 1968.

¹ بن لوصيف زين الدين، "تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة"، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد الأول، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سكيكدة، ديسمبر، 2003 ، ص139.

3- المرحلة الثالثة : مجانية العلاج 1974-1980 : تميزت هذه المرحلة على مستوى

السياسة الصحية بمايلي

- أ- تقرير مجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية انطلقا من جانفي 1974 ، من أجل تجسيد شعار الصحة لجميع المواطنين مهما كان دخلهم ووضعيتهم الاجتماعية¹. إضافة إلى صدور الميثاق الوطني سنة 1976² وما نتج عنه من ضرورة توسيع الهياكل الصحية ومضاعفة بناء المستشفيات و المراكز الصحية والمخابر ، إلى جانب تكوين الأطباء وعمال الصحة بهدف الوصول إلى توفير طبيب لكل 2000 ساكن مع تطوير الرعاية والاهتمام بالأمومة والطفولة ، كما تميزت بالمركزية المفرطة في التسيير ، حيث اقتصر دور المسير على تنفيذ الميزانيات لا غير ، إضافة إلى غياب متخصصين في التسيير الصحي انعكس سلبا على القدرة في حل العديد من المشاكل الصحية ، هجرة هياكل العلاج القاعدية واكتظاظ الهياكل الثقيلة مثل المراكز الاستشفائية الجامعية التي ينبغي ان تقدم العلاج المتخصص ، كما أن تكاليف التشغيل عرفت ارتفاعا كبيرا مع تدهور نوعية العلاج³.
- ب- إصلاح النظام التربوي وبالأخص الدراسات الطبية، من أجل تحسين جودة التعليم وتدعيم التأطير، مما سمح بوجود عدد كبير من الممارسين الطبيين في كل التخصصات.
- ت- إنشاء القطاع الصحي كحجر الزاوية لتنظيم النظام الوطني للصحة، الذي ارتبطت به كل وحدات العلاج الأساسية.

¹ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 104 ،الأمر رقم 73-65 ، الصادر في 03 ذو الحجة 1393 هـ، الموافق ل 28 ديسمبر 1973 م، يتضمن قانون المالية لسنة 1974 م المتعلق بتأسيس الطب المجاني.

² وزارة الصحة والسكان ، تقرير عام حول النظام الصحي الجزائري 1990،

³ نجاة صغيرو ، تقييم جودة الخدمات الصحية (دراسة ميدانية) ، مذكرة ماجستير في علوم التسيير تخصص اقتصاد تطبيقي وتسيير المنظمات ، جامعة الحاج لخضر بآنتة ، 2012، ص 70

المطلب الثاني: إصلاح المنظومة الصحية من 1980 إلى 2008

1-المرحلة الأولى : السياسة الصحية الجديدة 1980-2001

تميزت هذه المرحلة بتراكم المشاكل، والتي تطورت منذ نهاية الثمانينات، والتي أدت إلى إعادة هيكلة تدريجية للنظام الصحي، رغم إدخال مسار التكيف مع التطور الاجتماعي والاقتصادي للوطن وقد سجل خلال هذه الفترة ما يلي:¹

أ- إنجاز عدد كبير من الهياكل الصحية، خاصة المستشفيات العامة والهياكل الأخرى (العيادات المتعددة الاختصاصات والمراكز الصحية، والمراكز الاستشفائية الجامعية) من أجل زيادة التغطية الصحية في الوطن، مما انعكس إيجابيا على تطور عدد المستخدمين في قطاع الصحة من 57872 عامل عام 1973 إلى 124728 عام 1987 ، وهذا بفضل الاستثمارات المرتفعة التي تقوم بها الدولة، حيث ارتفع عدد الأسرة من 42450 سرير عام 1973 إلى 62500 عام 1987 ، وارتفع عدد المراكز الصحية من 558 عام 1974 إلى 1147 عام 1986 .

ب- أما على مستوى المؤشرات الصحية، فسجل تراجع لمعدل وفيات الرضع، وانخفاض حدة الأمراض المعدية، كما ارتفع أمل الحياة من 51 سنة 1965 إلى 65 سنة 1987 .

ت- أما بالنسبة للجانب التشغيلي، أصبحت الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي تتحمل كل نفقات الصحة، حيث ساعد ارتفاع سعر النفط في هذه الفترة على ذلك.

كما سجلنا في هذه المرحلة بروز عدة مشاريع وإنشاء عدة مراكز مؤسسات جديدة مثل :

¹ بن لوصيف زين الدين ، مرجع سبق ذكره ص 140.

ث - مشروع الجهوية الصحية، والذي شرع فيه في الثمانينات، كإطار للوساطة والتحكيم لتجسيد القطاعية، اللامركزية، وتحقيق تنمية اجتماعية وصحية متوازنة على المستوى المؤسساتي، تركزت الجهوية على المجلس الجهوي للصحة (هيئة تنسيق) وعلى المرصد الجهوي للصحة، لكن الجهوية الصحية لم تتمكن من الاستجابة للمهام التي أسندت لها، نظرا لأن إطارها القانوني والتنظيمي حد من صلاحياتها في بعض التوجيهات أكثر استشارية منها قرارية.

- ج - إنشاء ووضع حيز التطبيق هياكل الدعم لنشاط وزارة الصحة، والتي تمثلت فيما يلي:
- -المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية (LNCPP): مكلف بالمراقبة القبلية لكل دواء قبل إدخاله إلى السوق.
 - الصيدلانية المركزية للمستشفيات (PCH 1994): مكلفة بضمان تمويل الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية
 - الوكالة الوطنية للدم (ANS 1995): مكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم.
 - الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي (ANDS): مكلفة بتطوير التوثيق والمعلومة والاتصال.
 - -المركز الوطني لليقظة الصيدلانية ويقظة العتاد (CNPM): وكلف بمراقبة الآثار المترتبة عن استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية.

2-المرحلة الثانية : تغيير التسمية ومشروع الإصلاح 2003/2002

1-2 تغيير تسمية الوزارة سنة 2002 :

بعد عرض الأوضاع المحيطة بإصلاح المستشفيات، نستعرض موضوع إصلاح النظام الصحي في الجزائر. ويعتبر العنصر المميز لسنة 2002 ، في مجال الصحة في الجزائر، تغيير اسم وزارة الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ويندرج هذا التغيير ضمن حركية الإصلاحات التي تشهدها الجزائر، والتي مست العديد من القطاعات.

2-2 مشروع الإصلاح أهدافه و ملفاته:

1-2-2 أهداف مشروع الإصلاح :

لقد أورد التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات في 17 جانفي 2003 مجموعة من الأهداف، والتي يسعى الإصلاح إلى تحقيقها .وتتمثل في الآتي¹:

أ- إحصاء عروض العلاج والاستشفاء وتكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال.

ب- ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية.

ت- التأكيد على حقوق وواجبات المستعملين و حماية المرضى على وجه الخصوص.

ث- إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن

ج- توفير الإمكانيات الضرورية لمحترفي الصحة، مهما كانت مسؤولياتهم، وذلك قصد الاستجابة بأكثر فعالية للحاجات الصحية والاجتماعية.

ح- تحسين فعالية النفقات التي تخصصها الجماعة في أي شكل كان للمؤسسات الصحية.

¹ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر، في 17 جانفي، 2003 .

ويتضح من هذه الأهداف أن هناك هدفين أساسيين هما: التحكم في نظام المعلومات الصحي وتحسين جودة الخدمات المقدمة.

2-2-2 ملفات الإصلاح :

أما فيما يخص ملفات الإصلاح، فقد ركز المجلس في تصوره على ستة ملفات، نعرضها فيما يلي:¹

أ- ملف الحاجيات الصحية وطلب العلاج:

تعرض هذا الملف بشكل واف إلى كفاءات التنسيق بين الهياكل الجوارية ومستشفى القطاع من جهة، وتلك الموجودة بين مستشفيات القطاع والمستشفيات المرجعية الجهوية أو الوطنية من جهة أخرى.

ب- ملف الهياكل الاستشفائية:

تمحور هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية، وذلك بإدراج جملة من الأهداف نعرضها فيما يلي:

- تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية و الخاصة.
- الحرص على تنظيم محكم للمؤسسات العمومية والخاصة على حد سواء من خلال إدخال أدوات التخطيط و الضبط المالي.
- إدراج فكرة التكامل بين القطاع العمومي و الخاص.
- مشاركة المواطن في تنظيم العلاج مع أخذ حقوقه وواجباته بعين الاعتبار.

¹ http://www.santemaghreb.com/actualites/0703/0703_27.htm ; **Les 6 dossiers de la réforme hospitalière** , [El Moudjahid](#) – Algérie – 26/07/2003 , regarde le 07/04/2015 a 16:17 .

▪ المساهمة الفعالة للمريض و لجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج وجودة أدائها.

▪ استعجال وضع دعامة إعلامية التي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

ت - ملف الموارد البشرية:

اهتم هذا الملف بعنصر أساسي في النظام الصحي وهو المستخدمين، وذلك من خلال السهر على مراجعة أحوالهم الشخصية، شروط وظروف عملهم، علاواتهم وأجورهم، ترقيتهم في المسار المهني وتكوينهم، حيث أن التكوين يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين، شبه الطبيين، المسيرين والتقنيين، وهذا بالاشتراك مع قطاعات أخرى كالتعليم العالي والتكوين المهني على وجه الخصوص.

ث - ملف الموارد المادية:

ارتكز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج، الذي يستدعي توازنا بين الوسائل ومستوى النشاط وبين تسلسل العلاج وتوفير الوسائل. والهدف من ذلك هو إعطاء كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة بعقلانية. وتشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية والخاصة بالأمن والنوعية وتعيين الأطقم الفنية والتكوين عناصر مكملة لهذا الملف.

ج - ملف التمويل:

اهتم هذا الملف بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات، وضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي، بالإضافة إلى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تسيير المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات، وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفوترة

بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى.

ح- ملف اشتراك القطاعات:

نظرا لارتباط نشاطات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى حد بعيد بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى كقطاع المالية، العمل والحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي التضامن، التعليم العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئية، الصناعة والفلاحة، فإنه يجب ضمان الانسجام بين الصحة والسياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الاستراتيجية العامة للوزارة

والجدير بالإشارة أن تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب و الاستعجالات على المستويين الجهوي والوطني موضوعين لم يتم التطرق إليهما في هذا المشروع، ولقد تمت الإشارة عدة مرات إلى وجوب تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب، بغض النظر عن العراقيل المرتبطة بالبعد والظروف المناخية، الصيانة والظروف الخاصة بتعيين المستخدمين الطبيين المتخصصين الذين يمكنهم تلبية مجموع الاحتياجات الصحية، أما بالنسبة للاستعجالات فتستدعي بحثا معمقا على نتائج التحقيق الجاري حاليا، والذي يتكلف به المعهد الوطني للصحة العمومية بطلب من الوزارة.

3-المرحلة الثالثة : الخارطة الصحية الجديدة 2007:

على إثر صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 تحولت القطاعات الصحية إلى مؤسسات عمومية استشفائية وعددها 192 ومؤسسات عمومية للصحة الجوارية ويبلغ عددها 271 مؤسسة.

3-1 أهداف الخارطة الصحية الجديدة : تهدف الخارطة الصحية الجديدة إلى:¹

- أ- تقريب الخدمات الصحية من المواطن ولتحقيق هذا الهدف تم اتخاذ مجموعة من الإجراءات:
- ب- تقريب الهياكل خارج الاستشفائية التي تهتم بالوقاية والعلاج القاعدي من المواطن.
- ت- إحالة المريض من الهياكل خارج الاستشفائية إلى المستشفى يكون بقرار من الطبيب العام أو من الطبيب المختص.
- ث- الوصول إلى العلاجات المتخصصة والدقيقة يكون بقرار من الطبيب المسؤول عن الهيكل الاستشفائي.
- ج- تحقيق أفضل تغطية للهياكل الاستشفائية في المناطق الداخلية والجنوبية للوطن.
- ح- إيجاد أحسن الأماكن لوضع الهياكل الجديدة للعلاجات المتخصصة وذات المستوى العالي.
- خ- تأطير الأطباء للطب العام والمتخصص.

¹ عدمان مريزق ،عدمان محمد ، التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالجزائر نموذجا، الملتنقى الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة، جامعة سعد دحلب البليدة:2011، ص12

2-3 إعادة التكوين والتكوين المستمر للموارد البشرية: من أجل تجسيد الخريطة الصحية

الجديدة، وتعزيز القدرات التسييرية للإطارات تم وضع مخطط للتكوين المستمر يضم 57000 عون صحي من مختلف الفئات.

3-3 برنامج الخارطة الصحية الجديدة :

كما تم وضع برنامج خاص سنة 2007 استهدف مجموع الإطارات المسيرة للمؤسسات الجديدة (المدراء ونوابهم) وبالأخص الإطارات المؤسسة العمومية للصحة الجوارية والذي يبلغ عددهم 1354 منهم 1084 نائب مدير و 271 مدير.

أ- التوظيف: بهدف التجسيد الفعلي للخريطة الصحية الجديدة وتعزيز الإمكانات البشرية للمؤسسات العمومية للصحة تم في مطلع 2007 تخصيص ما يلي:

- 6000 منصب عمل لتعيين الأعوان الشبه الطبيين للسنوات القادمة.

- 3200 منصب عمل لتعيين الممارسين الطبيين.

ومن جهة أخرى تم تعيين 2000 طبيب اختصاصي في المستشفيات العامة في الهضاب العليا والجنوب، و 60 إطار مسير متخرج من المدرسة الوطنية للإدارة ما بين 2006-2007.

والجدير بالذكر أن منذ سنة 2007، تم استغلال كل القدرات البيداغوجية لمدارس التكوين الشبه طبي من أجل تحسين نسبة التغطية الشبه الطبية.

ب- الإجراءات المالية: تطلب تجسيد الخريطة الصحية الجديدة غلafa ماليا معتبرا، وذلك من أجل القيام بكل العمليات المتعلقة بإعادة تنظيم الهياكل الصحية، ويمكن حصر هذه

العمليات في الآتي:¹

- إتمام عمليات جرد أثاث وبنائات المؤسسات المعنية.

¹ عدمان مريزق ،عدمان محمد ، مرجع سبق ذكره ، ص16

- وضع مجموعة الدعائم المحاسبية و التسييرية.
 - تعيين محاسبين على مستوى المؤسسات الجديدة وذلك بالتعاون مع مصالح وزارة المالية.
 - وضع مكاتب الدخول.
 - توزيع موظفي القطاع الصحي السابق بين المؤسسات الاستشفائية العمومية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.
 - تكوين المدراء المنسقين من أجل تسليمهم وظائفهم.
 - إعداد موازنات التسيير لكل ولاية لسنة 2008.
- تخصيص مبلغ مالي يفوق 164 مليون دينار من أجل تجسيد الخريطة الصحية الجديدة، وفيما يلي عرض لكيفية توزيع هذه الميزانية.
- وخلاصة لكل ما سبق ذكره، يمكن القول أن مضمون المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسة العمومية الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية جاء ليحقق فكرة الفصل بين تسيير المستشفيات والهيكل خارج الاستشفائية، وهي تعتبر مبادرة جيدة كونها تسعى لحل مشكل اللاتوازن في توزيع الوسائل البشرية والمادية بين مختلف الهياكل الاستشفائية وخارج الاستشفائية وحتى بين مختلف جهات الوطن، إلا أن المقرر الوحيد لنجاح أو فشل هذا المشروع هو متلقي الخدمة الصحية

المطلب الثالث : أنواع المؤسسات الصحية في الجزائر¹

ينقسم النظام الصحي في الجزائر إلى نوعان المؤسسات الصحية العمومية ، والمؤسسات الصحية الخاصة ، ويعتبر القطاع العمومي هو المهيمن حيث تتدخل الوزارة الوصية في تسيير وتحسين ودعم وتطوير القطاع العمومي وتعمل على مراقبة شروط الممارسة الطبية في القطاع الخاص.

01- المؤسسات الصحية العمومية : ونجد فيها كل من : (المؤسسة الاستشفائية

المتخصصة ، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ، المؤسسة العمومية للصحة، المركز الاستشفائي الجامعي، المؤسسة الاستشفائية) وفي ما يلي تعريف و توضيح لمهام كل مؤسسة :

1-1 المؤسسة الاستشفائية المتخصصة : وهي عبارة : مؤسسة ذات طابع إداري تتمتع

بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي ، وتوضع تحت وصاية والي الولاية الموجود بها مقر المؤسسة² تتميز بتكفلها بنوع معين من العلاج التخصصي دون غيره ، إضافة إلى ذلك فهي تقوم بما يلي :

أ- تنفيذ نشاطات الوقاية ، التشخيص ، العلاج، إعادة التكييف الطبي والاستشفاء.

ب- تطبيق البرامج الوطنية ، الجهوية والمحلية.

ت- المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي المصالح الصحية وتحسين مستواهم.

2-1 المؤسسة العمومية الاستشفائية (EPH)³ : وهي عبارة : "مؤسسة ذات طابع إداري تتمتع

بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي ، وتوضع تحت وصاية والي ، تتكون من هيكل للتشخيص

¹ نجاة صغيرو، مرجع سبق ذكره ، ص75.

² المرسوم التنفيذي رقم 97-465 ، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، العدد 81، بتاريخ

10 ديسمبر 1997 ، ص13

³ المرسوم التنفيذي رقم 07-140 ، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، سنة 2007، المادة

رقم 04.

والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي ، تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة من البلديات ،
تحدد المشتملات المادية والحيز الجغرافي لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة "وتتمثل مهامها
في:

- أ- ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.
- ب- تطبيق البرامج الوطنية الصحية .
- ت- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.
- ث- ضمان تحسين مستوى مستخدمي المصالح الصحية وتجديد معارفهم.
- ج- يمكن استخدامها كما مكان للتكوين الطبي والشبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي
على اساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين .

3-1 المؤسسة العمومية للصحة الجوارية (EPSP)¹: وهي عبارة : "مؤسسة ذات طابع إداري
تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي ، وتوضع تحت وصاية الوالي، تتكون من مجموعة
من العيادات متعددة الخدمات ، قاعات علاج ، تحدد المشتملات المادية والحيز الجغرافي لها
بقرار من الوزير المكلف بالصحة . مهامها كالاتي بصفة متكاملة ومتسلسلة :

- أ- الوقاية والعلاج القاعدي.
- ب- تشخيص المرضى والعلاج الجوارى.
- ت- الفحوصات الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي.
- ث- الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي .
- ج- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان .

¹ نفس المرسوم التنفيذي، المادة 08

4-1 المراكز الاستشفائي الجامعية : وهي عبارة : "مؤسسة ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي ، يتم إنشاؤها بموجب مرسوم تنفيذي بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي "وتتكفل بما يلي :¹

في ميدان الصحة :

أ- ضمان نشاطات التشخيص و العلاج و الاستشفاء و الاستعجلات الطبية الجراحية والوقائية

ب- تطبيق البرامج الوطنية الصحية

ت- حماية وترقية صحة السكان والمحيط : وقاية ونظافة وصحة ومكافحة أضرار والآفات الاجتماعية.

في ميدان التكوين :

أ- ضمان تكوين التدرج وما بعد التدرج في علوم الطب .

ب- المساهمة في تكوين مستخدمي الصحة ، وإعادة تأهيلهم وتجديد معارفهم ، وتحسين مستوياتهم .

في ميدان البحث :

أ- القيام في إطار التنظيم المعمول به بكل أعمال الدراسة والبحث في ميدان علوم الصحة .

ب- تنظيم مؤتمرات ، ندوات ، أيام دراسية ، وتظاهرات تقنية وعلمية من أجل ترقية نشاطات العلاج والتكوين والبحوث في مجال الصحة .

02- المؤسسات الصحية الخاصة : تم فتح القطاع الصحي للخواص سنة 1988² ومنذ ذاك

الحين أصبح القطاع الخاص في النشاط الصحي احد مكونات المؤسسات الصحية في الجزائر ،

ويظهر في " مجموع المؤسسات التي تمارس النشاطات الطبية في العيادات الاستشفائية وعيادات

الفحص الطبي والعلاج وعيادات جراحة الأسنان والصيدليات ومخابر التحاليل الطبية ومخابر

النظارات ، مخابر الأجهزة الطبية الاصطناعية" و يحتوي القطاع الاستشفائي الخاص حاليا

¹ المرسوم التنفيذي رقم 97-467 ، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، العدد 81، بتاريخ

10 ديسمبر 1997 ، ص 29

² المرسوم التنفيذي ، رقم 88-204 ، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية ، سنة 2008.

(2011) على حوالي 450 عيادة استشفائية خاصة تتوزع وتتنوع بين العيادات الجراحية والعيادات الطبية ، ولوحظ منذ فتح القطاع الخاص على النشاط الصحي نمو جد واضح للمؤسسات الصحية الخاصة بمختلف أشكالها.¹

لكن الجزائر لا تتوفر على مستشفيات خاصة كبرى بحجم المراكز الاستشفائية الجامعية رغم أن القوانين السارية لا تمنع أي رجل أعمال أو هيئة خاصة من بنائها ، ويبقى القطاع العمومي هو الملاذ الأول للمريض في الجزائر بما يحمله من إيجابيات وسلبيات وذلك كون القطاع الخصوصي غير منتشر ولا يغطي جميع الحاجات ولا يعمل في جميع الأوقات وبالطبع ليس مجاني .

¹ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ، الندوة الأولى حول إصلاح المؤسسات الاستشفائية ، جوان 2011.

المبحث الثالث: التسيير التطبيقي في المؤسسات العمومية الصحية

بالجزائر :

سنحاول في هذا الفصل التطرق لواقع التسيير الفعلي المطبق حاليا في المنظومة الصحية الجزائرية في مجال تسيير الموارد البشرية وتسيير المالية والوسائل وكذا تسيير النشاطات الصحية

المطلب الأول :الهيئات المسؤولة عن اتخاذ القرار في المؤسسات العمومية

الصحية الجزائرية

1-الهيئات التسييرية

ترتكز المؤسسة على هيئات تسييرية تعتبر منبع القرارات التي تتخذ من أجل تحقيق أهدافها ضمان السير الحسن لمصالحها، ولها السلطة القانونية التي تخول لها الحق في التصرف والتوجيه واتخاذ هذه القرارات.

1-1 مجلس الإدارة

يعتبر مجلس الإدارة أعلى هيئة تسييرية في المؤسسة العمومية الصحية، حيث يشرف على تحقيق المهام الخاصة بالمستويات العليا للإدارة، التعرف على هذا المجلس يتم من خلال ذكر أعضائه ثم مهامه، إضافة إلى دوره المفترض والواقعي في تسيير المؤسسة والقرارات الصادرة عنه.

يتكون مجلس الإدارة في المؤسسة العمومية الاستشفائية من أعضاء ممثلين كما يلي:¹

ممثل عن الوالي، رئيس ، ممثل عن إدارة المالية، ممثل عن التأمينات الاقتصادية ،ممثل عن هيئات الضمان الاجتماعي، ممثل عن المجلس الشعبي الولائي ، ممثل عن المجلس الشعبي

¹ المادة 11 و 12 من المرسوم التنفيذي رقم 07-140، مؤرخ 11 مايو 2007 ، يتضمن إنشاء المؤسسات

العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

البلدي مقر المؤسسة، ممثل عن المستخدمين الطبيين ينتخبه نظراءه، ممثل عن المستخدمين شبه الطبيين ينتخبه نظراءه، ممثل عن جمعيات مرتققي الصحة، ممثل عن العمال ينتخب في جمعية عامة ، رئيس المجلس الطبي.

يعيّن أعضاء مجلس الإدارة لعهدة ثلاث (3) سنوات قابلة للتجديد بقرار من الوالي، بناء على اقتراح من السلطات والهيئات التابعة لها، وفي حالة انقطاع عهدة أحد أعضاء مجلس الإدارة يعين عضو جديد حسب نفس الأشكال لخلافته إلى غاية انتهاء العهدة.

أما مهام مجلس الإدارة فتتمثل في مداولة قرارات المؤسسة، وعلى الخصوص في:¹

أ- مخطط تنمية المؤسسة على المديين الق صير والمتوسط.

ب- مشروع ميزانية المؤسسة.

ت- الحسابات التقديرية.

ث- الحساب الإداري.

ج- مشاريع الاستثمار.

ح- مشاريع التنظيم الداخلي للمؤسسة، البرامج السنوية لحفظ البنايات والتجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة وصيانتها.

خ- العقود المتعلقة بتقديم العلاج المبرمة مع شركاء المؤسسة لاسيما هيئات الضمان

الاجتماعي والتأمينات الاقتصادية والتعاضديات والجماعات المحلية والمؤسسات والهيئات الأخرى.

د- مشروع جدول تعداد المستخدمين.

¹ المادة 20 من المرسوم التنفيذي رقم 07-140، مؤرخ 11 مايو 2007 ، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

- ذ- النظام الداخلي للمؤسسة.
 - ر- اقتناء وتحويل ملكية المنقولات والعقارات وعقود الإيجار.
 - ز- قبول الهبات والوصايا أو رفضها.
 - س- الصفقات والعقود والاتفاقيات والاتفاقات طبقا للتنظيم المعمول به.
- يعتبر مجلس الإدارة أعلى سلطة في المؤسسة العمومية الاستشفائية، غير أن سلطته تنحصر في اتخاذ القرارات والتخطيط لتنمية المؤسسة في المدى الطويل والمتوسط وغير ذلك مما تم ذكره سابقا، والتي تكون مقترحة من طرف الإدارة ممثلة في المدير ونوابه، ومنه يمكن القول أن مجلس الإدارة في المؤسسة العمومية الصحية يقرّر ولا يسيّر.

2-1-1 المدير:

- يعتبر المدير مسؤولا عن حسن سير المؤسسة العمومية الاستشفائية، وبصفته هذه فإنه:
- أ- يمثل المؤسسة أمام العدالة وفي جميع أعمال الحياة المدنية.
 - ب- هو الأمر بالصرف في المؤسسة.
 - ت- يحضر مشاريع الميزانيات التقديرية ويعدّ حسابات المؤسسة.
 - ث- يعدّ مشروع التنظيم الداخلي والنظام الداخلي للمؤسسة.
 - ج- ينفذ مداولات مجلس الإدارة.
 - ح- يعدّ التقرير السنوي عن النشاط ويرسله إلى السلطة الوصية بعد موافقة مجلس الإدارة عليه.
 - خ- يبرم كل العقود والصفقات والاتفاقيات والاتفاقات في إطار التنظيم المعمول به.
 - د- يمارس السلطة السلمية على المستخدمين الخاضعين لسلطته.

ذ- يعين جميع مستخدمي المؤسسة باستثناء المستخدمين الذين تقرر طريقة أخرى لتعيينهم.

ر- يمكنه تفويض إمضائه تحت مسؤوليته لمساعديه الأقربين.

3-1 نواب المدير

يساعد المدير في المؤسسة العمومية الصحية نواب على سبيل المثال في المؤسسات العمومية الاستشفائية أربعة نواب يعينون بقرار من الوزير المكلف بالصحة ويكلفون بما يلي¹:

أ- المالية والوسائل.

ب- الموا رد البشرية.

ت- المصالح الصحية.

ث- صيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة.

حتى يعين موظف ما كنائب لمدير المؤسسة الاستشفائية يجب عليه أن يحقق الشروط المحددة² في التنظيم المعمول به، ويكلفون بالمهام التالية:

أ- التحقيق في المسائل الإدارية المتعلقة بالتشريعات والتنظيمات الخاصة في ميدان الصحة.

ب- تطبيق الإجراءات والقواعد التي تدير المرفق العمومي للصحة.

ت- تطبيق مخططات العمل وتحقيق الأهداف المتعلقة بها.

ث- ترجمة الأحكام الواردة في النصوص التشريعية والتنظيمية إلى تدابير تنفيذية.

¹ المادة 21 من المرسوم التنفيذي 140-07 ،المتعلق بإنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

² تم تحديد هذه الشروط في القرار الوزاري المشترك مؤرخ في 15 يناير 2012 ، يتضمن تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية وشروط الالتحاق بالمناصب العليا التابعة لها وكذا الزيادة الاستدلالية المرتبطة بها

الصادر في الجريدة الرسمية العدد 20 سنة 2012

- ج- إعداد برامج النشاط التابعة لصلاحياتهم وتقييم تنفيذها.
 - ح- القيام بالأعمال الضرورية في ميدان التسيير الاستشفائي لضمان تجسيد الأهداف المسندة لهم.
 - خ- المبادرة بكل عمل من شأنه تحسين تسيير مصالح الصحة وتطويره.
 - د- المشاركة في مهام تقييم تسيير هياكل ومؤسسات الصحة.
 - ذ- اقتراح كل تدبير من شأنه تحسين المرفق العمومي للصحة وسيره.
 - ر- القيام بمهام الاستشارة أو التقييم لدى إدارة الصحة والاضطلاع بكل مهمة أو عمل يكلفون به في هذا
 - ز- المجال.
 - س- اقتراح كل مشروع دراسات أو آليات أو إجراءات مرتبطة بميدان تسيير مصالح الصحة.
 - ش- ضمان مهام الدراسات والخبرة في ميدان التسيير الاستشفائي.
- يجتمع في ضرورة تحقيق هذه المهام كل نواب المدير، لكن هناك مهام وأعمال أخرى يضطلع بها نواب المدير كل على حدة، وذلك حسب المديرية الفرعية التي يكون مسؤولا عليها، حيث تحدد هذه المهام من طبيعة العمل والمشاكل التي تختلف باختلاف المديرية.

2- الهيئات الاستشارية

من أجل اتخاذ قرارات سليمة يقوم متخذو القرارات في الهيئات التسييرية بالاستعانة بهيئات استشارية لها دورها في صناعة القرار وفي المساعدة على تنظيم وتسيير المؤسسة في مختلف الجوانب، الإدارية، الطبية أو كلاهما.

1-2 المجلس الطبي:

سنقوم بدراسة المجلس الطبي من خلال التعرف على أعضائه ومهامه، وكذا علاقته بعملية اتخاذ القرارات في المؤسسة العمومية الاستشفائية.

يتكون المجلس الطبي من عدة أعضاء كما يلي¹:

أ- مسؤولو المصالح الطبية.

ب- الصيدلي المسؤول عن الصيدلية.

ت- جراح أسنان.

ث- شبه طبي ينتخبه نظراؤه من أعلى رتبة في سلك الشبه طبيين.

ج- ممثل عن المستخدمين الاستشفائيين الجامعيين عند الاقتضاء.

يكلف المجلس الطبي بدراسة كل المسائل التي تهم المؤسسة و إبداء رأيه الطبي والتقني فيها، خاصة فيما يلي:

أ- التنظيم والعلاقات الوظيفية بين المصالح الطبية.

ب- مشاريع البرامج المتعلقة بالتجهيزات الطبية وبناء المصالح الطبية وإعادة تهيئتها.

¹ المادة 24 من المرسوم التنفيذي 07-140، المتعلق بإنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

- ت- برامج الصحة والسكان.
- ث- برامج التظاهرات العلمية والتقنية.
- ج- إنشاء هياكل طبية أو إلغاؤها.
- ح- يقترح المجلس الطبي كل التدابير التي من شأنها تحسين تنظيم المؤسسة وسيرها، لاسيما مصالح
- خ- العلاج والوقاية.
- د- يمكن مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية ومدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية إخطار المجلس الطبي بشأن كل مسألة ذات طابع طبي أو علمي أو تكويني.
- رغم أن المجلس الطبي يشير ويبيدي رأيه ولا يقرر، إلا أن سلطته جعلت من آرائه غير مستغنى عنها من طرف أصحاب القرار، وذلك للمزايا التي يقدمها سواء من الناحية الفنية أو التنظيمية أو القوة والحجية والتغطية التي يوفرها للقرارات المتخذة .

2-2 اللجان الاستشارية

يستعين متخذو القرار في المؤسسة العمومية الاستشفائية إضافة إلى المجلس الطبي في الهيئات الاستشارية إلى لجان أخرى لها دورها في صناعة القرار وفي المساعدة على تنظيم وتسيير المؤسسة في مختلف الجوانب الإدارية، الطبية أو كليهما.

تعتبر اللجان تشكيلات إدارية ذات مهام خاصة، ويمكن تعريف اللجنة بأنها عبارة عن عدد من الأشخاص يناط بهم مجتمعين بعض الصلاحيات والواجبات، حيث يتم اختيارهم رسميا من قبل الإدارة، إما للنظر في مشكلة معينة واتخاذ قرار لحلها، أو الاكتفاء ببحث هذه المشكلة وجمع المعلومات المتعلقة بها، وتقديم التوصيات أو الاقتراحات بشأنها، أو للنظر في المشكلات بصفة

دورية، حيث يستمر أعضاء اللجنة في مهمتهم لفترات طويلة لحل المشكلات التي تحدث في التنظيم ومن أهم اللجان الاستشارية ما يلي :

أ- لجنة الاستعجالات والمناوبة¹

ب- لجنة مكافحة التعفنات الدرنية²

ت- لجنة الأدوية

ث- لجنة الوقاية الصحية والأمن³

ج- اللجان متساوية الأعضاء⁴

3- الشركاء الاجتماعيون

من الأمور التي ينبغي التنبيه إليها عند اتخاذ القرار الشركاء الاجتماعيون المتمثلين في النقابات العمالية، إذ أن المسير لا يود أن يتخذ قرارات تكون سببا في إنشاء مواجهة أو توتر بين الإدارة وبين هذه النقابات ، حيث نجد أن النقابات التي تمثل الموظفين في المؤسسات العمومية الاستشفائية هي:

أ- النقابة الوطنية للممارسين الأخصائيين للصحة العمومية.

ب- النقابة الوطنية المستقلة لمستخدمي الإدارة العمومية.

ت- الاتحاد العام للعمال الجزائريين.

¹ Décision N° 178/MSP/MIN du 15 aout 1996 portant creation d'une commission des urgences au niveau des établissements publics de santé.

² Arrête N°64/MSP du 17/11/1998 portant création d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales au niveau des établissements de santé.

³ instruction N° 10/MSP/MIN du 6 mai 2002 relative aux commissions d'hygiène et de sécurité.

⁴ مرسوم رقم 84-10 مؤرخ في 14 يناير 1984 يحدد اختصاص اللجان المتساوية الأعضاء وتشكيلها وتنظيمها وعملها.

ث- النقابة الجزائرية للشبه الطبيين.

تتمتع المنظمات النقابية التمثيلية للعمال بالأجراء في كل مؤسسة مستخدمة في إطار التشريع

والتنظيم المعمول بهما، بالصلاحيات الآتية:¹

أ- المشاركة في مفاوضات الاتفاقيات أو الاتفاقات الجماعية مع المؤسسة المستخدمة.

ب- المشاركة في الوقاية من الخلافات في العمل وتسويتها وممارسة حق الإضراب.

ت- جمع أعضاء التنظيم النقابي في الأماكن أو المحلات المتصلة بها خارج أوقات العمل،

واستثناء، أثناء ساعات العمل إذا حصل اتفاق مع المستخدم.

ث- إعلام جماعات المعنيين بواسطة النشر أو عن طريق التعليق في الأماكن الملائمة

التي

ج- يخصصها المستخدم لهذا الغرض.

ح- جمع الاشتراكات في أماكن العمل من الأعضاء، حسب الإجراءات المتفق عليها مع المستخدم.

خ- تشجيع عمليات التكوين النقابي لصالح أعضائها.

يلعب مستوى النقابيين دورا كبيرا في الرفع من قيمة النقابة وقوتها في الدفاع عن الموظفين وعن

المؤسسة ككل، حيث تدعو الموظفين للتنظيم الجماعي، واقتراح اتجاهات للعمل الجماعي وإنشاء

الظروف المناسبة للعمل، أما إذا كان هذا المستوى ضعيفا سواء من ناحية المعرفة بالتشريع

والتنظيمات والإجراءات الإدارية أو من الناحية التمثيلية للمندوبين، فإنه يؤدي إلى تحويل المهام

الأساسية للنقابة إلى أمور ثانوية قد لا يكون من حق النقابة التدخل فيها.²

¹ قانون رقم 90-14 مؤرخ في 2 فيفري سنة 1990 يتعلق بكيفية ممارسة الحق النقابي، المعدل والمتمم .

² Jean-Claude Guinamard, Politique sociale de l'entreprise, des bases pour agir: salaires, emploi, partenaires sociaux, protection sociale, édition EYROLLES, Paris, France 1992. P72.

المطلب الثاني : التسيير التطبيقي للموارد البشرية في الجزائر "المؤسسة

العمومية الاستشفائية بالجلفة كأنموذج من خلال تربص تطبيقي قام به

الطالب"

سنحاول في هذا المطلب التطرق لصور التسيير العملي للموارد البشرية على مستوى المؤسسات العمومية الصحية وذلك من خلال أربع نقاط رئيسية حيث سنتناول في النقطة الأولى المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية من خلال تعريفه أهميته ومراحل إعداده أما النقطة الثانية سنتكلم فيه عن أشكال التوظيف وكذلك الخطوات العملية للتوظيف أما النقطة الثالثة سنتكلم فيه عن الترقية وأنواعها وكذا التقاعد وأنواعه وأخيرا المطلب الرابع والأخير سنتطرق فيه للتكوين في المؤسسات العمومية الصحية وأنواعه والاطار القانوني الذي يحكمه.

1- المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية

1-1 تعريف المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية

يعتبر المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية من أهم التغيرات التي شهدتها سياسات الموارد البشرية في المؤسسات والإدارات العمومية الجزائرية ، بما فيها المؤسسات العمومية الصحية، حيث يهدف إلى وضع خطة تنبؤية لتسيير الموارد البشرية .و يعرف بأنه "وثيقة تسجل فيها كل العمليات التنبؤية المتعلقة بالتوظيف، الترقية، التكوين، الإحالة على الاستيداع، التقاعد خلال السنة المعنية ."

وهو إجراء يستجيب للنظام الجديد للمراقبة اللاحقة من طرف هيئات المديرية العامة للوظيفة العمومية ويهدف هذا الإجراء الجديد للمراقبة اللاحقة إلى التخفيف من حدة المركزية في تسيير

مستخدمي الوظيفة العامة

1-2 أهمية المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية¹

يكتسي المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية أهمية بالغة بالنسبة لمسؤولي المؤسسات و الإدارات

العمومية لأنه يعمل على:

توفير وسيلة تسيير تقديرية.

تحديد النقائص في إجراءات التسيير واقتراح التدابير التطبيقية والتنظيمية.

الوقوف على الوضعية الحقيقية والدقيقة لتعداد المستخدمين في مختلف المؤسسات والإدارات

العمومية (هيكل المستخدمين، المناصب المالية المشغولة والشاغرة والاحتياجات الجديدة) والتي

من شأنها أن تحدد بصفة موضوعية عمليات التوظيف الذي ينبغي إجراؤها وفق مستويات التأهيل

وذلك بغية ضمان فتح مناصب مالية حسب معطيات ملموسة تبلغ إلى المصالح المكلفة بالميزانية

تحديد المؤسسات والإدارات العمومية التي هي في حاجة إلى إنشاء إطار قانوني لتنظيمها.

تحديد الاحتياجات في التكوين وتحسين المستوى في المؤسسات والإدارات العمومية قصد عمليات

تكوين حسب كل قطاع.

متابعة تنظيم المسابقات والامتحانات والاختبارات المهنية في إطار ترقية المستخدمين.

تحديد عدد المستخدمين اللزمين لسير الهياكل والهيئات والإدارات العمومية.

¹ - لواج منير و جبلي حسيبة ، المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية: أساس التسيير التقديري للموارد

البشرية في المؤسسات والإدارات العمومية الجزائرية ، مداخله ضمن ملتقى : تسيير الموارد البشرية: التسيير

التقديري للموارد البشرية و مخطط الحفاظ على مناصب العمل بالمؤسسات الجزائرية، جامعة محمد خيضر بسكرة ،

فيفري 2013

1-3 المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية : ¹

بناء على المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية للسنة السابقة ، وبناء على ظروف التوظيف والتعاقد والتقاعد والترقية المنتظرة ومختلف الحركية المتوقعة للموظفين والعمال ، يمر إعداد المخطط السنوي بمراحل هي :

المرحلة الأولى:

إعداد جدول التعداد المالي و جدول الاحتياجات من المناصب المالية للسنة الحالية: ويتضمن جدول الاحتياجات الرتبة والاختصاص وكذا العدد المطلوب مع تبرير لكل طلب ويتم إرساله للوزارة الوصية عن طريق مديرية الصحة لذات الولاية المعنية مرفوق بجدول التعداد المالي والمتضمن: عدد المناصب المالية الحالية بالرتبة والاختصاص وكل سلك على حدى بالإضافة إلى الحركة المتوقعة للمناصب المالية الموجودة وغير المستغلة بالإضافة إلى ذكر المنصب سواء حقيقي مشغول او مالي غير مشغول كما يضاف اليه العدد المطلوب من الاحتياجات من المناصب المالية

المرحلة الثانية: جدول التعداد المالي المرسل من طرف الوزارة الوصية

تقوم مديرية الصحة والسكان بإرسال جدول التعداد المالي للمؤسسة الاستشفائية العمومية والذي يمثل الاعتمادات والمناصب المالية للسنة الحالية.

¹ - محمد بن عمر ، تقرير التربص الأول على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة ، المدرسة الوطنية للمناجمنت وإدارة الصحة : جوان 2012 ، ص 5

المرحلة الثالثة:

بعد الحصول على الاعتمادات والمناصب المالية للسنة الحالية ، يقوم مكتب تسيير الموارد البشرية بإعداد وإنجاز المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية حسب الجداول المشكلة له المزرعة على ثلاث أجزاء وهي:

الجزء الأول: يحتوي على الجداول من 2 إلى 3 وتتعلق بوضعية المستخدمين

الجزء الثاني: يحتوي على الجداول من 0 إلى 7 والتي تشكل مخطط التسيير التوقعي الحقيقي للموارد البشرية

الجزء الثالث: يحتوي على الجداول من 8 إلى 23 والمتعلقة بحركة العمال ، والمراقبة اللاحقة وبتقييم درجة إنجاز مخطط التسيير التوقعي للموارد البشرية التي تقوم بها مصالح التوظيف العمومي.

المرحلة الرابعة:

بعد الانتهاء من إعداد المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية يتم إرساله إلى مديرية الوظيفة العمومية مرفقا بـ:

دفتر التعديلات المالية للسنة المعنية .

القرار المتعلق بالامتحانات و مسابقات التوظيف .

القائمة الاسمية للمستخدمين إلى غاية 31-12 من السنة المعنية.

القرار المتعلق بإنشاء لجان المستخدمين ولجان الطعن.

المرحلة الخامسة:

يتم دراسة المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية من طرف مدير مديرية الوظيفة العمومية بالولاية

وبحضور ممثل المؤسسة العمومية الاستشفائية ، حيث يمكن أن:

يكون المخطط خالي من الأخطاء في هذه الحالة يتم التأشير عليه والتوقيع عليه ويتم اعتماده

ليرسل إلى المؤسسة العمومية الاستشفائية.

وفي حالة وجود أخطاء أو تجاوزات في المخطط ، في هذه الحالة يتم تدوين الأخطاء والتحفظات

ليعاد إلى المؤسسة العمومية الاستشفائية لتصحيحه وتعديله ، بعد ذلك يرسل إلى مفتشية الوظيفة

العمومية بالولاية وبحضور ممثل المؤسسة العمومية الاستشفائية ، ومدير مفتشية الوظيفة العمومية

بالولاية ، يتم دراسته ومدى تطبيق التصحيحات والتعديلات ، وعندما يكون المخطط خالي من

الأخطاء في هذه الحالة يتم التأشير عليه والتوقيع عليه ويتم اعتماده ليرسل إلى المؤسسة العمومية

الاستشفائية.

2- التوظيف بالمؤسسات العمومية الاستشفائية

1-2 تعريف التوظيف:¹

عملية التوظيف تعتبر من الأنشطة الهامة في إدارة الموارد البشرية حيث لا بد للإدارة من الإعداد لها بالشكل الذي يؤدي إلى اجتذاب أكبر عدد من الأفراد للعمل بالمؤسسة الإستشفائية واختيار انسبهم

تتعدد تعاريف التوظيف مع تعدد الباحثين والمؤلفين الذين كتبوا في هذا المجال: منهم من عرفه بأنه "تلك العملية التي تبدأ من دراسة منصب العمل ثم مصادر الإمداد، ثم الترغيب ثم استقطابها بالمؤسسة " كما يعرفه آخرون على أنه عملية معقدة، وصعبة، وهي تمثل إحدى الوظائف الأساسية التي تقع على عاتق المؤسسة، وهي تبدأ بتحليل المناصب، ثم البحث عن المصادر ثم استقطابها ثم انتقاؤها وإدماجها.

التوظيف هو نشاط يهدف إلى شغل الوظائف أو المناصب الشاغرة بالمؤسسة. كما يمكن تعريفه على أنه: مجمل العمليات التي تقوم بها المنظمة لاستقطاب المترشحين الذين يمتلكون المؤهلات أو الكفاءات اللازمة لشغل المناصب حالا أو في المستقبل . التوظيف عبارة عن سيرورة المراحل يتم من خلالها الاختيار من بين عدة مرشحين من أجل شغل منصب شاغر أو منصب يتم استحداثه.

هي العملية المستمرة التي تقتضي من المؤسسة تحديد احتياجاتها من القوى العاملة القادرة والراغبة والمتاحة للعمل، والبحث عن هذه العناصر وترغيبها للعمل في المؤسسة، ثم اختيار أفضل

¹ محمد بن عمر، الدور الاستراتيجي لمدير الموارد البشرية ، مذكرة نهاية الدراسة ، المدرسة الوطنية للمناجمنت و

العناصر المتقدمين ليكونوا أعضاء لها وإعداد هؤلاء والمساهمة في تحقيق أهداف المؤسسة وحثهم أو ترغيبهم في العمل والاستمرار فيه¹

2-2 أنواع التوظيف :

يتوقف الالتحاق بالرتبة عن طريق إثبات التأهيل بشهادات أو إجازات أو مستوى تكوين ويتم الالتحاق بالوظائف العمومية عن طريق :

1-2-2 المسابقة على أساس الاختبارات :

ومؤداها أن تعلن الإدارات والمؤسسات العمومية على فتح مناصب توظيف في بعض الأسلاك أو الرتب لفائدة أشخاص تتوفر فيهم الشروط العامة للتوظيف، وبعض الشروط المتعلقة بالسلوك أو الرتبة المراد الالتحاق به، يعلن المسابقة على أساس الاختبارات في الجرائد الوطنية لاطلاع المترشحين عليها، تودع ملفات المترشحين لدى الإدارة المعنية، ثم ترسل استدعاءات لفائدة المترشحين المقبولين، تتضمن تاريخ إجراء المسابقة، و يعلن نجاح المترشحين في المسابقة على أساس الاختبار من طرف لجنة تضع قائمة ترتيبية على أساس الاستحقاق المسابقة على أساس الشهادات بالنسبة لبعض أسلاك الموظفين :

وهي تخص بعض أسلاك الموظفين، فهذه الأسلاك معفية من إجراء اختبارات، تتم عملية التوظيف في هذه الحالة بنشر إعلان التوظيف في الجرائد الوطنية، بتحديد الشروط العامة والخاصة بالتوظيف، وبعد إرسال الملفات من قبل المترشحين في الآجال القانونية، تقوم لجنة متخصصة بدراسة الملفات الكاملة لدراستها وفق مقاييس وسلم لانتقاء الأشخاص الذين تتوفر فيهم الشروط.

¹ - تونزة ياسمين ، التوظيف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ، مذكرة نهاية الدراسة ، المدرسة الوطنية للمناجنت

2-2-2 الفحص المهني :

وهو يخص بعض الأسلاك، يقوم هذا الأسلوب من التوظيف عن طريق نشر إعلان التوظيف في الجرائد الوطنية، وبعد انتقاء الملفات الكاملة ترسل استدعاءات للمعنيين بالأمر لإجراء مقابلات مع أشخاص مؤهلين قانونا، لاستجوابهم في بعض مجالات العمل، وذلك باعتماد مقاييس وسلم موضوعي خاص، بعد ذلك يتم انتقاء العناصر المقبولة من طرف لجنة تضع قائمة ترتيبية على أساس الاستحقاق.

2-2-3 التوظيف المباشر :

هذا النوع من التوظيف يخص بعض الأسلاك المنصوص عليها في القوانين الأساسية الخاصة، من بين المترشحين الذين يملكون تكوينا خاصا لدى مؤسسات التكوين المؤهلة، يعلن عن الترشيح ثم تتم عملية الانتقاء من طرف لجنة متخصصة وفق معايير ومقاييس موضوعية، ثم يستدعى الأشخاص الذين تم اختيارهم.

2-3 الخطوات العملية للتوظيف بالمؤسسة العمومية الإستشفائية:¹

إذا أخذنا التوظيف الخارجي على أساس الاختبار كمثال تطبيقي في المؤسسة الإستشفائية العمومية بالجلفة فإن الخطوات العملية التي تمر بها عملية التوظيف هي كما يلي:

إعداد مقرر يتضمن فتح المسابقة على أساس الاختبار وذلك اعتمادا على عدد المناصب المالية الشاغرة والمستخرجة من المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية للسنة الحالية ممضي من قبل مدير الصحة والسكان بالولاية.

يرسل المقرر إلى مديرية التوظيف العمومي.

¹ - محمد بن عمر ، تقرير التريض الأول ، مرجع سبق ذكره ، ص 6

الرد من قبل مديرية الوظيف العمومي بوثيقة تدعى الرد المخصص تتضمن موافقتها أو رفضها لقرار فتح المسابقة وفقا للقانون.

بعد موافقة مديرية الوظيف العمومي لقرار فتح المسابقة يتم إعلان التوظيف في الجرائد الوطنية متضمنة لشروط الالتحاق وتاريخ استلام الملفات ولمدة محددة عادة ما تكون 20 يوم، بعد انتهاء المدة المحددة ، تقوم لجنة تقنية بانتقاء ملفات المترشحين وعلى أساسه يتم إعداد محضر لذلك. يبلغ المحضر إلى مفتشية الوظيف العمومي بالجلفة في أجل أقصاه 8 أيام لدراسته والمصادقة عليه.

بعدها يقوم المدير بمراسلة مراكز الامتحان المبينة من قبل الوظيف العمومي لإجراء الامتحان و بعد الموافقة من قبل إحدى المراكز يقوم بالاتفاق على موعد الامتحان والمكان المخصص للامتحان

تقوم الإدارة بإرسال استدعاء للمترشحين يبين لهم فيها مكان وتاريخ اجراء المسابقة عن طريق مركز البريد.

بعدها تقوم لجنة مكونة من مدير الصحة والسكان وممثل الوظيف العمومي بإعداد محضر لقائمة الناجحين نهائيا

يتم إعداد محاضر التنصيب الخاصة بكل ناجح لإمضائها من خلاله يباشر الناجحون مهامهم بصفة متربين لمدة سنة كما هو منصوص عليه في القانون وهناك في بعض المناصب الحساسة يرسمون مباشرة.

إعداد مشروع مقرر تعيين خارجي يرسل للمراقب المالي للمصادقة عليه، وفي حال عدم فوز أي مترشح يتم تحرير محضر عدم جدوى عملية التوظيف على أساس الاختبار .

3- التكوين في المؤسسات العمومية الصحية:

3-1 مفهوم التكوين¹

أصبح التكوين يسير وفق أسس واضحة و محددة ، كما أصبح يخضع إلى التخطيط المدروس و يخضع إلى أحدث المبادئ و المفاهيم العلمية المعتمدة في التكوين، و لقد أضى التكوين يمثل عنصرا مهما في قياس مدى فعالية المؤسسات على اختلاف أنشطتها و أهدافها ، حيث يهدف إلى الارتقاء بمستوى أداء الأفراد و مساعدتهم على الحصول على المعارف و المهارات و الاتجاهات الضرورية لممارسة مهامهم.

و لقد تعددت التعاريف التي حاولت تحديد مفهوم التكوين نذكر منها على الخصوص تعريف الدكتور محمد يوسف المعداوي " أن التكوين هو كل ما يتلقاه المواطن من تكوين و إعداد قبل التحاقه بالوظيفة العمومية ، و يكون مطلوبا لتولي هذه الوظيفة و التكوين اللاحق هو كل ما يتلقاه المواطن عقب التحاقه بالوظيفة العامة و ممارسته لأعمالها.

من معرفة ومهارة وقيم وسلوكية تقيده في أدائه لوظيفته ".

إذن التكوين بصفة عامة نشاط تنظيم اكتساب و تطوير المهارات و المعارف و الاتجاهات السلوكية لزيادة و تحسين أداء الأفراد ، و يحتل التكوين أهمية كبيرة داخل المؤسسة إلى درجة أنه أصبح إحدى الاهتمامات الرئيسية للمؤسسة في الوقت الراهن كما أضى يحتل الصدارة ضمن أهدافها و أولويتها باعتباره عنصرا فعلا و مهما داخل استراتيجية تمثل المعارف و

¹ - رورة عادل ، وظيفة مديرية الموارد البشرية في المركز الاستشفائي الجامعي ، مذكرة التخرج ، المدرسة

الوطنية للإدارة، 2005 ، ص 20

الكفاءات و التحسين المستمر لمستوى أداء الأفراد العاملين للقيام بواجباتهم و أداء المهام الموكلة إليهم على أكمل وجه و يمكن أن نلتمس أهمية التكوين على عدة مستويات ، على مستوى المؤسسة على مستوى الفردي و هذا مهما كانت أهداف التكوين قصيرة أو طويلة المدى.

الإطار القانوني و التنظيمي للتكوين بالمؤسسات العمومية الصحية

لقد نصت النصوص التشريعية و القانونية على ضرورة تكفل كل المؤسسات و الهيئات المستخدمة بتولي أعمال التكوين و تحسين مستوى أداء الأفراد و تجديد معلوماتهم و معارفهم، خاصة المواد، 171 إلى غاية المادة 179 من القانون رقم 12/78 المتضمن القانون الأساسي العام للعامل و كذلك المادة 57 القانون 11/90 الخاص بعلاقات العمل الفردية و المواد 53/52 من الرسوم 59/85 المتعلق بالقانون الأساسي النموذجي لعمال المؤسسات و الإدارات العمومية و التي أكدت على كل الهيئات المستخدمة بوجوب تكوين مستخدميها و تحسين مستواهم و تحديد معلوماتهم و معارفهم المهنية بصفة مستمرة مع ربط ترقيتهم بها.

كما نص المرسوم التنفيذي رقم 92/96 المتعلق بتكوين الموظفين و تحسين مستواهم و تجديد معلوماتهم على مجموعة من الشروط منها

-الشروط المتعلقة بأعمال التكوين المتخصص للالتحاق بالوظائف العمومية.

كيفية تحسين مستوى الموظفين التابعين للمؤسسات و الإدارات العمومية و تجديد معلوماتهم.

القواعد و الكيفيات التي يتم في إطارها تنظيم أعمال التكوين.

ونصت المادة 04 من المرسوم التنفيذي رقم 92/96 المتعلق بتكوين الموظفين على ضرورة قيام علاقة عضوية بين مخطط التكوين و تحسين المستوى و تجديد المعلومات المنصوص عليها في المادة 03 من هذا المرسوم و مخطط التسيير التقديري للموارد البشرية المنصوص عليه في المرسوم

رقم 126/95 معتبرا أن مخطط التكوين يجب أن يندرج في إطار تسيير تقديري للموارد البشرية خلال سنة أو عدة سنوات مالية ولاسيما العمليات المتعلقة بما يلي:

التكوين وتحسين المستوى.

تجديد المعلومات.

ولما كان مخطط التكوين يندرج ضمن مخطط التسيير التقديري للموارد البشرية المحدث بموجب المرسوم رقم 126/95 المشار إليه سابقا، فإن إعداد مخطط التكوين التوقعي يتم باقتراح من الجهة المسيرة وبمشاركة كل من مصالح الوظيفة العمومية والميزانية وتظل الجهة المعنية خاضعة من حيث مدى تطبيق المخطط المصادق عليه من قبل مصالح الوظيفة العمومية للمتابعة والتقييم وذلك عقب كل سنة.¹

3-2 أنواع التكوين حسب المرسوم 92/96

اهتم المرسوم رقم 92/96 المؤرخ في 03 مارس 1996 المتعلق بتكوين الموظفين بثلاث أنواع أساسية من التكوين هي كالتالي:

أ- التكوين المتخصص: يشمل هذا النوع من التكوين الموظفين الجدد الذين يلتحقون بمناصب عملهم لأول مرة.

ب- تحسين المستوى: يشمل هذا النوع من التكوين الموظفين أثناء تأديتهم لمهامهم، ويهدف أساسا إلى تحسين معارفهم الضرورية لأداء أعمالهم.

ت- تجديد المعلومات: في بعض المؤسسات ونتيجة للتطور الفني الحاصل ونتيجة للتغيرات

¹ رورة عادل ، نفس المرجع السابق ، ص 22

والتطورات التي تمس تنظيم المؤسسات كتغير المناصب والمهام الموكلة لبعض المصالح والأفراد تحاول هذه المؤسسات تنظيم دورات تكوينية الغرض منها هو تحسين وتجديد المعارف والمعلومات اللازمة لتطوير الأداء في العمل.

ويمكن تصنيف برامج التكوين وتحسين المستوى وتجديد المعلومات من حيث الأسلاك والرتب التي تستفيد من هذه البرامج كما تصنف البرامج التكوينية أيضا من ناحية التنظيم الذي تخضع له هذه البرامج.

أما عن المستفيدين من برامج التكوين نجد فئتين.

الفئة الأولى: تتمثل في المترشحين الخارجيين الذين ليست لهم صفة الموظف ويستفيدون خلال فترة التكوين من منحة دراسية.

الفئة الثانية: والتمثلة في الموظفين الذين يستفيدون من برامج التكوين وتحسين المستوى وتجديد المعلومات على مستوى مؤسساتهم ويحتفظ هؤلاء الموظفون بمرتبتهم القاعدي وتعويض الخبرة المهنية والتعويضات المرتبطة بمرتبتهم الأصلية خلال مدة التكوين.

أما عن المؤسسات المؤهلة لتنظيم دورات التكوين وتحسين المستوى نجد:

أ- المؤسسات العمومية التابعة للتكوين العالي التي بإمكانها التكفل بهذه المهام ولا سيما

بالنسبة للرتب والأسلاك المساوية أو ما فوق التكوين الجامعي.

ب- مؤسسات التكوين المهني المتخصص بالنسبة لبعض الأسلاك النوعية أو التقنية شريطة أن

تكون معتمدة قانونا، مثل المدرسة الوطنية للمناجم وإدارة الصحة.

المطلب الثالث : التسيير المالي في المؤسسات العمومية الصحية

المديرية الفرعية للمالية والوسائل تتكون من ثلاث مكاتب هي:¹

مكتب الميزانية والمحاسبة، مكتب الصفقات العمومية، و مكتب الوسائل والهيكل العامة.

1-وظائف مكتب المحاسبة والمالية:

أ- إعداد وتنفيذ الميزانية الأولية و الإضافية برأي استشاري.

ب- إعداد الوضعية المالية للمؤسسة .

ت- إعداد الحساب الإداري.

ث- إعداد حوالات الدفع لمختلف الفواتير من اجل التسديد.

1-1 إعداد الميزانية وتنفيذها :

1-1-1 تحضير الميزانية:

انطلاقا من الوضعية المالية للسنة المقفلة يتم تقديم اقتراحات من طرف المدير الفرعي للمالية والوسائل وكذلك يعتمد في تحضير الميزانية السابقة للسنة المقفلة ثم ترسل لمديرية الصحة والسكان لتصل للوزارة للبت في جميع التعديلات المقترحة من طرف المؤسسة ثم تفصل الوزارة في حصة كل مؤسسة من الاعتمادات المالية الممنوحة وكذا تفصل في جميع التعديلات المقترحة وترسل الميزانية إلى مديرية الصحة والسكان لتعطى الاعتمادات المالية الخاصة بكل مؤسسة ، وهنا نقول أن الميزانية قد جاءت وتأتي مرحلة التنفيذ .²

¹ المادة 23 للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20 ديسمبر 2009 المتضمن التنظيم الداخلي للمؤسسات

العمومية الاستشفائية

² الدكتور محمد الصغير بعلي والدكتور يسري ابو العلاء، المالية العامة، دار العلوم للنشر والتوزيع ،عناية،

2-1-1 تنفيذ الميزانية :

وبالنسبة لتنفيذ الميزانية فإنه لا يخرج عن إطار القانون 90-21 الخاص بالمحاسبة العمومية،

وبالتالي فالتنفيذ يكون كما يلي:

أ- : تقوم به المؤسسة انعقاد مجلس الإدارة للإعداد الميزانية المفصلة بتقسيم الاعتمادات

المالية على الأبواب والمواد ومراقبة الأخطاء والانحرافات قبل أن تسلم للوالي للمصادقة

عليها

ب- : مصادقة الوالي

ت- : تحرير الاعتمادات إجمالا (التكفل بالاعتمادات) على مستوى المراقب المالي ويتم تحرير

الاعتمادات عن طريق بطاقات الالتزام لكل مادة (engagement)

ث- : قبل القيام بصرف أي نفقة لابد من تحديد الموردين الواجب التعامل معهم وذلك إما

باتفاقية، صفقة أو الاقتصار على الطلبات، حسب ما يحدده قانون الصفقات العمومية

الذي سنتطرق إليه في المكتب الخاص بذلك. وهنا تكون المبالغ جاهزة للتصرف .

3-1-1 تقييم التنفيذ:

وبعد أن رأينا كيفية تحضير وإعداد الميزانية وكيفية التنفيذ نأتي لمرحلة التقييم التي تتم بواسطة

إعداد الوضعيات المالية، الحساب الإداري.¹

¹ بوعارة ، دروس في قانون الميزانية ، مقدمة لطلبة السنة الأولى المدرسة الوطنية للمناجمت وإدارة الصحة

2-1 إعداد الوضعية المالية:

هي وثيقة إدارية يتم إعدادها كل ثلاثة أشهر ترسل إلى مديرية الصحة، يبين من خلالها نسبة صرف النفقات من مجموع الاعتماد المالي الممنوح ونسبة تحصيل الإيرادات بالنسبة للإيراد المتوقع، لكل عنوان من عناوين الميزانية.

3-1 الحساب الإداري:

يعد في نهاية كل سنة مالية يتضمن الإيرادات المالية المحققة، النفقات المستهلكة، وحصيلة السنة المالية السابقة.

- الفائض من الإيرادات إلي غاية 12/31/ن-1.

- الإيرادات من 01/01/ن إلي غاية 12/31/ن.

- النفقات من 01/01/ن إلي غاية 12/31/ن.

يتم المصادقة علي الحساب الإداري من طرف مجلس الإدارة ويرسل إلي محاسب الخزينة .

4-1 إعداد حوالات الدفع لمختلف الفواتير من اجل التسديد:

1-4-1 بطاقة الالتزام:

تتجسد هذه المرحلة في:

أ- تحرير سند الطلب من طرف المدير الفرعي للمالية والوسائل والمضى من طرف المدير و

ذلك استنادا إلى الفاتورة الشكلية المرسله من طرف المورد.

ب- تسجيل سند الطلب في سجل الالتزام على مستوى مكتب الالتزام.

ت- إرسال السند إلى المورد.

2-4-1 التصفية:

بعد وصول المواد المطلوبة تخزين في المخزن المخصص لها حيث يقوم أمين المخزن بفحص وصل الاستلام والفاتورة مع سند الطلب والسلع المستلمة، ويسجل ما تم استلامه في سجل الدخول اليومي، ثم يقوم بوضع ختمه على ظهر الفاتورة التي تأتي في ثلاث نسخ، ويرسلها إلى مكتب المحاسبة المادية أين تسجل الفاتورة في سجل المدخلات اليومي ثم في الدفتر الكبير، ثم ترسل الفاتورة إلى مكتب الجرد من أجل جرد المواد اللازم جردها أين يضع المسؤول عن الجرد ختمه على ظهر الفاتورة يبين فيه الأشياء المجردة، إلى أن تصل الفاتورة إلى مكتب الالتزام أين يتم تسجيلها في سجل الالتزام في خانة التصفية وهنا تتجسد هذه المرحلة التي تحدد الفرق بين المبلغ الملتزم به والمبلغ الحقيقي للفاتورة، ثم يقوم المدير الفرعي بوضع الختم على ظهر الفاتورة. ملاحظة: إن وضع الختم على ظهر الفاتورة من طرف المخزني ومسؤول الجرد والمدير الفرعي، يمثل مبدأ من مبادئ المحاسبة العمومية ألا وهو الخدمة المؤداة.

3-4-1 الأمر بالدفع:

بعد التصفية ترسل الفاتورة إلى مكتب الميزانية من أجل القيام بالأمر بالدفع الذي يتمثل في تحرير حوالة الدفع التي تمضى من طرف مدير المؤسسة، وتسجل في سجل ترتيب النفقات وترتب في جدول الحوالات المدفوعة.

4-4-1 الدفع:

ترسل حوالة الدفع إلى أمين الخزينة من أجل القيام بالدفع الذي يقوم بالتأكد من مطابقة النفقة مع الاعتماد المفتوح لها، ومدى توفر مبالغ في الاعتماد المقصود، ومدى ملائمة النفقة مع نشاطات المؤسسة.

2-وظائف مكتب الصفقات :

يعمل هذا المكتب على تنفيذ جميع القوانين المتعلقة بالاتفاقيات في مجال التموين بالسلع والخدمات

،وتنظيم الصفقات العمومية في حالة إبرام عقود لصالح المؤسسة.

المهام الأساسية للمكتب (و ذلك في اختصار) :

أ- الإعلان عن الاستشارات والمناقصات

ب- إعداد دفتر الشروط

ت- إعداد محضر فتح الأطراف وتقييم العروض

ث- الإعلان عن المنح المؤقت للاستشارة /أو الصفقة.

ج- إعداد الاتفاقية المبرمة مع المتعامل المتعاقد الفائز.

3-مكتب الوسائل العامة والهيكل:

أهم مهام مراحل عمل مكتب الوسائل العامة والهيكل:

أ- حالة الطلبات : يقوم رؤساء المصالح (الطبية و الإدارية) بإرسال طلبات الحاجات إلى

مكتب الوسائل العامة و الهيكل, حيث يتم تسجيل هذه الطلبات في سجل خاص بالطلبات وهذا

لكل مصلحة.

ب- دراسة هذه الطلبات: يقوم رئيس المكتب مع المدير الفرعي للمالية والوسائل بتقييم هذه

الطلبات و ترتيبها حسب الأولوية, مع مراعاة الميزانية و وضعية المخزن,

ت- تحديد الطلبات: الطلبات التي سوف يتم توفيرها، أو التي سيتم إدراجها في الميزانية

التقديرية للسنة المقبلة.

ث- توفير الطلبات: في هذه المرحلة يتم اللجوء إلى المخزن في حالة توفرها في المؤسسة الاستشفائية أو إلى شرائها في حالة عدم توفرها (les procédures d'achat) و التي يقوم بها المدير والمدير الفرعي للمالية والوسائل بالتنسيق مع مكتب الصفقات العمومية.

ج- تسليم الطلبات: يقوم رئيس المكتب بتسليم هذه الطلبات إلى المصالح , أين يقوم رؤساء المصالح بالإمضاء على (décharge) , كما يتم تسجيل هذه الطلبات في سجلات الجرد وبطاقة الجرد المتواجدة على مستوى كل مكتب.

ح- استلام الوسائل من الموردين والقيام بكل الإجراءات اللازمة (مراقبة مدى مطابقة الوسائل مع وصولات الطلب, تحرير وصل الاستلام , خدمة المطابقة على ظهر الفاتورة, جرد الوسائل), كذلك مراقبة أعمال الصيانة.

خ- التعديلات والإصلاحات (Aménagements): وتتم تنفيذ هذه المهمة حسب المراحل التالية :

- تقديم تقرير إلى المدير والمدير الفرعي للمالية والوسائل يوضح الحالة التي تتعرض لها الهياكل الخاصة بالمؤسسة الاستشفائية
- بعد دراسة و موافقة المدير والمدير الفرعي على التقرير (مراعاة الميزانية) يتم تقديم طلب إلى مسؤول مكتب الوسائل العامة والهياكل للشروع في الإجراءات اللازمة .

المطلب الرابع : تسيير النشاطات الصحية في المؤسسة العمومية

الاستشفائية

بعد أن تطرقنا في المطلبين السابقين إلى نشاطات التسيير من خلال تعريجنا على مهام و وظائف مديريتي الموارد البشرية والمالية والوسائل ندخل في هذا المطلب الرابع إلى النشاطات الصحية ونعرج على المديرية الفرعية للمصالح الصحية من خلال نقطتين رئيسيتين: الأولى اهم المكاتب ومهام كل مكتب والثانية : أهم النشاطات وتقييم الأداء

1- أهم المكاتب ومهامها :¹

1-1 مكتب القبول:

يعتبر القلب النابض في المستشفى، فهو ليس مكتب تقتصر مهامه فقط على إعداد الإجراءات والملفات الإدارية الخاصة بقبول المرضى إلى مختلف مصالح الاستشفاء، لكن بالموازاة فدوره يضاهي باقي المصالح ذات الأهمية، إذ أن تواجد هذا المكتب أمر ضروري، ذلك لما يميزه عن باقي المكاتب بالنظر للعلاقات الوثيقة التي تربطه مع باقي المصالح سواء الاستشفائية منها أو العارضة التقنية، أو باقي المرافق الداخلية، فمكتب القبول له وزنه لما يستحوذ من اكبر النشاطات المتصلة بالمحور المباشر لوضعية المريض منذ قبوله بالمؤسسة إلى غاية مغادرته لها. بالإضافة إلى هذا، تُجسّد هذه المهام في عدة فروع رئيسية تنطوي تحت تنظيم المصلحة بهدف السيطرة على حركية المريض، من القيد في مختلف السجلات، الحالة المدنية، طبيعة القبول، أيام الاستشفاء، تقييم الخدمات، المحاسبة...الخ.

¹ المادة:04 من القرار الوزاري المشترك والمؤرخ في 20/12/2009 الذي يحدد الهيكل التنظيمي الداخلي

للمؤسسة العمومية الاستشفائية

وللأهمية البالغة التي يتمتع بها هذا المكتب، يشرف عليه 14 موظفا (رئيس المكتب و 08 موظفين دائمين، 03 بالتوقيت الجزئي، 02 عقود ما قبل التشغيل)، و مما زاد في أهمية هذا المكتب ضبط نظام المعلومات لهذه المصلحة واستعمال مختلف وسائل التوثيق وإدخال الإعلام الآلي وهذا لضمان السير الحسن له ، و يظم مكتب الدخول عدة مكاتب فرعية تقوم بمهام وفق النطاق والصلاحيات المخولة لمكتب الدخول¹ مستعملا في ذلك مجموعة من الوثائق والسجلات كدعامات للتسيير، وتتمثل هذه المكاتب الفرعية في:

- أ- **الاستقبال والتوجيه:** يقوم باستقبال وتوجيه و إرشاد المقبلين على المستشفى من مرضى وزائرين وما إلى ذلك.
- ب- **القبول:** هو المسؤولة على تحرير استمارة الدخول والخروج وإعداد شهادة الإقامة للمريض بالمستشفى.
- ت- **الحالة المدنية:** يلعب دور الوسيط بين المستشفى و البلدية والقضاء، كما تقوم بتحرير تصريح بالوفاة والتسجيل في مختلف السجلات.
- ث- **حركة المقيمين والإحصائيات:** يقوم بالمتابعة اليومية للمرضى المقيمين بالمستشفى وهذا حسب كل مصلحة من خلال استعمال سجل الترقيم وسجل حركة المرضى.
- ج- **الفوترة:** يقوم باستغلال استمارة العلاج، البطاقة المتجولة، التسديد، التكفل بالمنازعات، الكشف من المدنيين والتصنيف، إصدار فواتير الاستشفاء.
- د- **الصندوق:** مسؤول على مستحقات العلاج.
- هـ- **الأرشيف:** حفظ الوثائق التي انتهت مدة صلاحيتها

¹ التعليمات الوزارية رقم 03 المؤرخة في 07 ديسمبر 2000 و التي تتعلق بتنظيم وسير مكتب الدخول

2-1 مكتب تنظيم و متابعة النشاطات الصحية:

ينفرد هذا المكتب بأكبر قسط من الأنشطة على مستوى المؤسسة الاستشفائية حيث يزخر بأغلب الأنشطة والتي لم أتعرض لمجملها بسبب ضيق الوقت ونقص التأطير (الكفاءات)، كذلك التدخل في المهام من طرف المدير في هذا المكتب وعليه لم احصل على المعلومات الكافية والتي سأذكرها على سبيل الحصر:

- أ- متابعة نشاطات مصالح الاستشفاء.
- ب- متابعة و تقييم النشاطات المختلفة.
- ت- برمجة جداول زيارات التفتيش الخاصة ب : النظافة، العلاجات، التكفل بالمريض، تنظيم المصالح.
- ث- الوقاية المختلفة عن طريق وضع برامج للتكفل (بالأوبئة أو التدخلات بالتنسيق مع المصالح الأوبئة و الطب الوقائي .
- ج- تنظيم النشاطات العامة.
- ح- إعداد مختلف جداول المناوبة الدورية.
- خ- متابعة الأوضاع المختلفة قصد المساهمة في تسويتها.
- د- إعداد الإحصائيات

3-1 مكتب التعاقد وحساب التكاليف: ويتكون من مكتبين هما

أ- مكتب التعاقد:

يهتم بتطبيق النهج التعاقدي على المؤسسة العمومية الاستشفائية (أي قيام المؤسسة العمومية الاستشفائية بإجراء عقود واتفاقيات مع هيئات التأمين على مختلف أشكالها، وتحمل كل هيئة مؤمنة تكاليف علاج مؤمنياها).

ب- مكتب حساب التكاليف:

يهتم هذا المكتب بحساب التكاليف الخاصة بكل مصلحة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية إضافة الى التكاليف العامة لها وقد حددت التعليمات الوزارية رقم 15 بتاريخ 2001/10/03 لوضع حساب التكلفة.

2- أهم النشاطات التي تقوم بها المديرية الفرعية للنشاطات الصحية:¹

1-2 إعداد جدول المناوبة:

هو جدول إداري يسجل فيه تاريخ و توقيت المناوبة، بالإضافة إلى اسم ولقب ورتبة الأشخاص المعنيون بالمناوبة(الليلية، العطل الأسبوعية، المناسبات)حيث يتم إعداد هذه الجداول كل 20 من الشهر وهذا بالنسبة لجدول المناوبة للشهر المقبل، لكل من الأطباء والشبه طبيين والمدراء المناوبين.

2-2 إعداد الإحصائيات:

يقوم مكتب الدخول بالتنسيق مع مكتب تنظيم و متابعة النشاطات الصحية بإعداد جملة من الإحصائيات الخاصة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية، والتي يتم إرسالها إلى مديرية الصحة بالولاية، وتتمثل هذه الإحصائيات في :

أ- معدل حجز الأسرة (TOM) Taux d'occupation moyenne des lits

معدل حجز الأسرة لفترة ما يساوي عدد الأيام الاستشفائية مضروب في مائة مقسوم على عدد الأسرة مضروب في فترة ما ،الكل مضروب في مائة.

¹ محمد بن عمر ، مرجع سبق ذكره ، ص 22

ب- **معدل المدة الاستشفائية (DMS) durée moyen des séjour**

معدل المدة الاستشفائية يساوي عدد الأيام الاستشفائية مقسوم على عدد المرضى الكل مضروب في مائة،

ت- **عدد الأيام الاستشفائية journées d'hospitalisation (عدد الأيام المحققة)**

عدد الأيام الاستشفائية هي مجموع الأيام التي مكثها المرضى في المستشفى.

ث- **المدة الاستشفائية (durée d'hospitalisation)** : المدة الاستشفائية هي مدة مكوث

المريض الواحد في المستشفى،

ج- **معدل دوران الأسرة Taux de rotation (Taux de rotation de lits)** : معدل

مكوث المريض في سرير واحد يساوي عدد المرضى مقسوم على عدد الأسرة،

ح- **الوفيات في الوسط الاستشفائي (Mortalité hospitalisation)** : هو مجموع

الوفيات الذين توفوا في المستشفى.

3-2 تقييم الأداء في المؤسسات الصحية:

إن تقييم الأداء في المؤسسات الصحية يعتبر أحد أهم الوظائف الأساسية للمديرية الفرعية للمصالح

الصحية و يمكن تلخيص أهم فوائد تقييم أداء المؤسسات الصحية في ما يلي:

أ- تحسين أداء العاملين، و الرفع من روحهم المعنوية ، كما أنه يسهل توزيع مختلف الوظائف

بين العاملين.

ب- توفير ما يلزم من معلومات لمختلف الجهات المستفيدة منها.

ت- معرفة مدى قدرة المؤسسة الصحية على استغلال الموارد المتاحة في اتجاه تحقيق أهدافها.

ث- معرفة مدى قدرة المؤسسة الصحية على استغلال الموارد المتاحة في اتجاه تحقيق أهدافها.

ج- معرفة الانحرافات ، مما يسهل عملية البحث عن أسبابها و المعالجات الضرورية.

ح- إيجاد نوع من المنافسة بين المؤسسات الصحية أو بين الافراد العاملين فيها ، حتى يتم زيادة المنتج كما و نوعا ، وتحسين الجودة و ترشيد التكاليف.

2-4 معايير الأداء الخاصة بالعاملين في المؤسسة الصحية : من بينها نذكر ما يلي :

أ- نسبة الأسرة إلى عدد الأطباء (عدد الأسرة / عدد الأطباء) : وذلك لمعرفة معدل ما يخدمه الطبيب من أسرة :، وهذا المعدل يتغير باختلاف الأقسام الموجودة في المؤسسة ، وباختلاف المؤسسات ، ويعتبر كمرشد لمستوى الأداء الطبي.

ب- نسبة المرضى إلى الأطباء (عدد المرضى/عدد الأطباء) : يسمح بمعرفة مقدار الرعاية الطبية المقدمة للمرضى سواء كانوا خارجين أو مقيمين في المستشفى للعلاج ، أي لهم أسرة.

ت- معدل ما تخدمه الممرضة من أسرة (عدد الأسرة/عدد الممرضات) : وهو مؤشر لمدى كفاية عدد الممرضات.

ث- نسبة المرضى بالأقسام الداخلية إلى عدد الممرضات (عدد المرضى بالقسم الداخلي/عدد الممرضات): وذلك لمعرفة مدى كفاية الخدمة التمريضية داخل المؤسسة الصحية .

خلاصة الفصل الثاني :

وأخيرا وبعد أن تعرفنا في هذا الفصل الثاني على مختلف أنواع المؤسسات الصحية وأهم وظائفها ، وكذا تعريجنا على النظام الصحي في الجزائر ، وتناولنا لطرق التسيير في المؤسسات العمومية الصحية بالجزائر من جوانبها المختلفة (التسيير المالي ، الموارد البشرية ، المصالح الصحية ، المؤشرات الصحية) ، نكون قد أجبنا على النصف المفاهيمي الثاني من الإشكالية الرئيسية حول موضوع مكانة إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الصحية في الجزائر ، ولم يتبقى سوى الإسقاط التطبيقي لهذه المفاهيم لمعرفة واقع الجودة الصحية في الجزائر ومدى إمكانية تطبيق غدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي العمومي ، وهذا ما سنعرفه من خلال تحليل نتائج الاستبيان والمقابلة البحثية في الفصل الثالث والأخير .

الفصل الثالث: دراسة أثر و إمكانية تطبيق
إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات
العمومية الصحية .

تمهيد الفصل الثالث:

في هذا الفصل الأخير الذي سيكون كله تطبيقي ، حول دراسة أثر وإمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الصحية الجزائرية ، من خلال دراسة ميدانية لعينة من المؤسسات العمومية الصحية في ولاية الجلفة ، من خلال محاولة الإجابة على الفرضيتين الرئيسيتين وإثبات صحتها باستعمال (02) من أدوات البحث العلمي لجمع المعلومات وتحليلها ، وهما الاستبيان والمقابلة حيث سنتناول في هذا الفصل ثلاث مباحث:

قدمنا في **المبحث الأول** عينة الدراسة المتمثلة في القطاع الصحي بولاية الجلفة وكذا التقديم المنهجي للدراسة التطبيقية حيث ركزنا على

- الهياكل الصحية: وبها 04 أنواع وكذا نسب التغطية ومؤشرات الصحة، الموارد البشرية حجم النشاطات.

- تقديم منهجي لأداة البحث الأولى : الاستبيان
- تقديم منهجي لأداة البحث الثانية : المقابلة البحثية

وتناولنا في **المبحث الثاني** تحليل نتائج الدراسة الميدانية عن طريق الاستبيان وقسمناه إلى 03 مطالب:

- تكلمنا فيه عن تحليل نتائج المعلومات العامة .
- تكلمنا فيه عن تحليل نتائج أجوبة الاستبيان المتعلقة بالموضوع .
- تحليل شامل لنتائج محاور الدراسة و استخلاص النتائج

و في **المبحث الثالث** و **الأخير** فتناولنا فيه تحليل نتائج الدراسة الميدانية عن طريق المقابلة

- المطلب الأول : تكلمنا فيه عن تحليل نتائج المعلومات العامة .
- المطلب الثاني : تكلمنا فيه عن تحليل أجوبة المقابلات البحثية المتعلقة بموضوع الدراسة .
- المطلب الثالث : تكلمنا فيه عن تحليل نتائج المقابلات والخلاصة النهائية.

المبحث الأول : تقديم منهجي للدراسة التطبيقية

من خلال هذا المبحث الذي يعتبر بوابة المبحثين الثاني والثالث حيث سنوضح فيه الكيفيات المنهجية المعتمدة في تحليل نتائج الاستبيان والتحليل نتائج المقابلة وذلك بعد تقديمنا للقطاع الصحي لولاية الجلفة باعتباره عينة مدروسة .

المطلب الأول: تقديم عام حول العينة المدروسة "القطاع الصحي في ولاية

الجلفة:

1- : الهياكل الصحية

ونجد 04 أنواع وهي: المؤسسات العمومية الاستشفائية ، والمؤسسات العمومية المتخصصة ، ومؤسسة الصداقة كوبا الجزائر لطب العيون ، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

1-1 المؤسسات العمومية الاستشفائية:

الجدول رقم (01) سعة المؤسسات العمومية الصحية من الأسرة في ولاية الجلفة

الجلفة	بسعة 386 سرير
مسعد	بسعة 212 سرير
حاسي بحبح	بسعة 214 سرير
عين وسارة	بسعة 146 سرير
الإدرسية	بسعة 120 سرير
المؤسسة العمومية المتخصصة الأم والطفل	بسعة 110 سرير
مستشفى الصداقة كوبا الجزائر لطب العيون	بسعة 120 سرير

2-1 المؤسسات العمومية للصحة الجوارية:الجدول رقم (02) المؤسسات العمومية للصحة الجوارية:

الجلفة	15 عيادة متعددة الخدمات ، 17 قاعة العلاج
مسعد	06 عيادة متعددة الخدمات، 21 قاعة العلاج.
حاسي بحبح	07 عيادة متعددة الخدمات، 23 قاعة العلاج.
عين وسارة	09 عيادة متعددة الخدمات ، 30 قاعة العلاج.
قطارة	03 عيادة متعددة الخدمات، 21 قاعة العلاج.

2-2: نسب التغطية و مؤشرات الصحة:1-2 نسب التغطية:

- عدد الأسرة الإجمالي: 1208 سرير أي ما يعادل سرير لكل 1000 ساكن .
- العيادات المتعددة الخدمات: 40 أي ما يعادل عيادة متعددة الخدمات لكل 32816 ساكن
- قاعات العلاج: 112 قاعة علاج أي ما يعادل قاعة علاج لكل 12226 ساكن
- الأطباء الأخصائيون: 291 طبيب مما يعادل طبيب لكل 4286 ساكن
- الأطباء العامون: 551 طبيب مما يعادل طبيب لكل 2264 ساكن.
- جراحو الأسنان: 156 جراح أسنان مما يعادل جراح أسنان لكل 7994 ساكن.
- الصيادلة: 229 صيدلي مما يعادل صيدلي لكل 5446 ساكن .
- الممرضين: 2546 ممرض مما يعادل ممرض لكل 490 ساكن

2-2 المؤشرات الصحية:

الجدول رقم : (03) المؤشرات الصحية

المؤشرات	سنة 2013	المعدل الوطني
نسبة وفيات الأطفال (1/1000)	1000/26.25	1000/23.1
نسبة وفيات الأمهات (1/100000)	100000/48.68	100000/73.9

3- : مراكز تصفية الدم

الجدول رقم (04) مراكز تصفية الدم

عدد مراكز تصفية الدم	02 (الجلفة، عين وسارة)
عدد وحدات تصفية الدم	02 (مسعد و حاسي بحبح)
عدد المرضى المتكفل بهم في مراكز تصفية الدم	353 .
عدد الكلى الاصطناعية	88 كلية.
عدد حصص تصفية الدم	38714

4- : حصيلة نشاطات

الجدول رقم (05): حصيلة نشاطات

عدد حالات الاستشفاء	95745 حالة
عدد أيام الاستشفاء	219767 يوم
عدد الولادات	8552 مولود
عدد الولادات بالعملية القيصرية	3998 عملية

عدد العمليات الجراحية غير القيصرية	1243 عملية
عدد العمليات الجراحية	7796 عملية
عدد العمليات الجراحية الصغيرة	1243 عملية
عدد حالات الإجلاء	- داخل الولاية 5344 - خارج الولاية 933

5- : حجم الفحوصات الطبية

تم برمجة الفحص الطبي المتخصص على مستوى العيادات المتعددة الخدمات مقر الدوائر

الفحص الطبي المتخصص: 123562 مريض

الفحص الطبي العام: 685298 مريض

الفحص الطبي العام على مستوى مصالح الاستعجالات للصحة الجوارية: 178092 مريض

الفحص الطبي المتخصص على مستوى مصالح الاستعجالات للمستشفيات: 32729 مريض

الفحص الطبي العام على مستوى مصالح الاستعجالات للمستشفيات: 416243 مريض

المطلب الثاني: تقديم منهجي حول الاستبيان و العينة المدروسة :

نتناول في هذا المطلب نوع الاستبيان ، العينة المدروسة ، تبرير اختيار العينة المدروسة ، عدد الاستمارات المسترجعة والملغاة ،تصميم استمارة الأسئلة ، أسلوب جمع البيانات، المتغيرات التي تم اعتمادها

1-نوع الاستبيان :

اختار الباحث نوع الاستبيان المغلق ، لأنها أكثر الأنواع سهولة في التحليل واستخلاص النتائج ، وفيه تكون الإجابة مقيدة ، حيث يحتوي الاستبيان على أسئلة تليها إجابات محددة وما على المبحوث سوى اختيار الإجابة بوضع إشارة عليها كما هو الحال في الأسئلة الموضوعة _ أنظر شكل الاستبيان في الملحق رقم (04) _ ، من مميزات هذا النوع انه يشجع المشاركين على الإجابة عليه لأنه لا يتطلب وقتا وجهدا كبيرين ، كما انه سهل في تصنيف البيانات وتحليلها إحصائيا .

2-العينة المدروسة:

تم استهداف 90 مريض من بين المرضى الماكثين والمتعاقبين على مختلف المصالح الاستشفائية والاستعجالات الطبية الجراحية في فترات زمنية وذلك بطريقة عشوائية موجهة أي توزيع 30 استمارة على المرضى في أسرّتهم على مستوى المصالح الاستشفائية المختلفة و 30 استمارة على المرضى المتواجدون بمصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية و 30 على المرضى عند مكتب القبول ، ويمكن اعتبار العينة المدروسة أنها تقي بالغرض العلمي المتمثل أساسا في دراسة واقع الخدمة الصحية المقدمة في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية من أجل معرفة ما مدى رضا العميل (المريض) عن الخدمة الصحية المقدمة فعليا ، وتطلعه لخدمة أفضل بعد تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

3-تبرير اختيار العينة المستهدفة للدراسة :

تم اختيار المرضى كعينة للدراسة وذلك لكونه المتأثر رقم واحد بنوعية الخدمة الصحية والمتعامل المباشر مع من يقدمون الخدمة الصحية فيؤثر فيهم ويتأثر بهم .

4-عدد الاستمارات المسترجعة وعدد الملغاة :

تم استرجاع 21/30 من الاستمارات الموزعة عشوائيا في المصالح الاستشفائية المختلفة .
 تم استرجاع 22/30 من الاستمارات الموزعة عشوائيا في مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية.
 تم استرجاع 24/30 من الاستمارات الموزعة عشوائيا في مكتب القبول.
 عدد الاستمارات الملغاة : 0 استمارة ملغاة بحيث تم قبول جميع الاستبيانات في برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS.

5-تصميم استمارة الأسئلة :

تم تصميم الاستبيان على شكل استمارة أسئلة معدة مسبقا (أنظر الملحق رقم 04) حيث تحتوي في الجزء الأول على المعلومات العامة المتمثلة في : السن ، الجنس ، المستوى التعليمي ، عدد مرات التردد على المستشفى ، مدة المكوث في المستشفى ، الإجراءات التي تلقاها أثناء تواجده بالمستشفى و قسمت الجزء الثاني من الاستبيان إلى 28 سؤالا.

6-المتغيرات التي تم اعتمادها في اختيار الأسئلة 28:

تصب كلها في المحاور التالية التي تمثل أبعاد جودة الخدمات الصحية الخمسة وهي :
 أ- **الاعتمادية** : مدى الوثوق بهذه المؤسسة والخدمة المقدمة من طرفها كما وعدت به حيث يمكن الاعتماد والتعويل عليها .

ب- **الاستجابة** : القدرة على تفهم حاجات المريض والاستعداد لأداء الخدمة الصحية في الوقت

المناسب وحين الطلب ، مما يعكس الرغبة والرضا بمساعدة المريض.

ت- **الأمان والضمانية** : شعور المريض أنه بأيادي آمنة وثقته في الضمانات الممنوحة له .

ث- **الملموسية** : الإمكانيات واللوازم المادية والبشرية التي توفرها المؤسسة لتقديم خدمة صحية نوعية .

ج- **التعاطف** : يقدم مختلف عمال المؤسسة العناية للمريض وتخصص الانتباه لمعرفة احتياجاته .

حسب الجدول رقم(06)¹ : الذي يبين عدد المحاور التي تم دراستها وأرقام الأسئلة المتعلقة بكل

محور .

رقم المحور	المحور الذي تم دراسته	أرقام الأسئلة الخاصة بكل محور
01	الاعتمادية	1 ، 2 ، 6 ، 8 ، 9 .
02	الاستجابة	3 ، 4 ، 10 ، 11 ، 12 ، 18 ، 19 ، 20 ، 27 ، 28.
03	الأمان والضمانية	5 ، 7.
04	الملموسية	15 ، 16 ، 17 ، 21 ، 22 ، 23 ، 24 ، 25.
05	التعاطف	13 ، 14 ، 26.

¹ من إعداد الطالب صاحب البحث .

7- أسلوب جمع البيانات:

لتحقيق هدف الدراسة قام الباحث باستخدام التدرج الخماسي المؤلف من خمس أوزان لتحديد آراء

أفراد عينة الدراسة تجاه كل سؤال من أسئلة الاستبيان وقد كانت الدرجات كما يلي :

- موافق - موافق جدا - لا أجيب - غير موافق - غير موافق جدا -

وقد طلب من كل فرد من أفراد عينة الدراسة وضع إشارة مكان الدرجة التي يختارها كإجابة عن

السؤال المطروح .

8- كيفية تحليل الإجابات :

تم اعتماد أسلوب ليكرت في تصميم الاستبيان الذي يتكون من مجموعة من الاسئلة ويقابلها

خيارات الإجابة المتكونة من 05 درجات كما اسلفنا الذكر ، بحيث تكون لها نقاط تقابل كل درجة

هكذا حسب جدول رقم (07) الذي يوضح مقياس ليكرت الخماسي¹

الجدول رقم (07) سلم ليكرت الخماسي

الدرجة	موافق	موافق جدا	لا أدري	غير موافق	غير موافق جدا
العلامة	1	2	3	4	5
الترجيح	1.79-1	2.59-1.80	3.39-2.60	4.19-3.40	5-4.20

وهكذا يتم حساب المتوسط الحسابي المرجح لكل إجابة عن كل سؤال ، ليتم اعتماده في تحليل

الإجابة المرجحة ، ومنه يتم معرفة اتجاه الإجابة للسؤال المعني بالدراسة ليتم التعليق عليه من

طرف الباحث ، ثم يتم حساب المتوسط الحسابي المرجح لكل محور و ربطه بالفرضية المراد دراسة

صحتها .

¹ وليد عبد الرحمان خالد الفراء ، تحليل بيانات الاستبيان بواسطة الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية ، كتاب الكرتوني ، 2010، ص26

9-الهدف من دراسة وتحليل الاستبيان :

دراسة واقع الخدمة الصحية المقدمة في مؤسسات الصحة العمومية الجزائرية من أجل معرفة ما مدى رضا العميل عن الخدمة الصحية المقدمة فعليا وما مدى وتطلعه لخدمة أفضل بعد تطبيق إدارة الجودة الشاملة ، حيث أن الاستبيان يختبر صحة الفرضية الفرعية الأولى :

" تفعيل أساليب الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الصحية سيصل بها إلى مستويات عالية من رضا مرتفقي القطاع بصفة عامة والمرضى بصفة خاصة " .

المطلب الثالث : تقديم منهجي حول المقابلة و العينة المدروسة :

1- نوع المقابلة :

اختار الباحث المقابلة المقيدة (المقننة) ، لأنها أكثر الأنواع التي تتميز بالدقة العلمية ، من خلال إعداد قائمة من الأسئلة قبل إجراء المقابلة، ويتم طرح نفس الأسئلة في كل مقابلة على كل مبحوث ، وحسب نفس التسلسل، مع إمكانية طرح أسئلة غير مخطط لها إذا ما رأى الباحث ضرورة لذلك و الأسئلة تكون ذات نهايات مفتوحة حيث يترك للمبحوث حرية الإجابة باختيار الأسلوب والعبارات التي يريتها مناسبة.

2- العينة المدروسة:

تم استهداف 07 مدراء (مدراء عامون ، ومنهم مدراء فرعيون) لإجراء المقابلة معهم ونجحنا في إجراء 06 مقابلات فيما اعتذر أحد المدراء في آخر لحظة بسبب اجتماع ولائي طارئ .

3- تبرير اختيار العينة المستهدفة :

تم اختيار العينة المدروسة كونها هي صاحبة القرار بالمؤسسة العمومية الصحية وتمثل الإدارة العليا المعنية بالبحث فهي المسؤولة رقم واحد في تطبيق أي أسلوب جديد في التسيير وهي التي تسهر على تطبيق قرارات ومشاريع الوزارة الوصية وهي التي تقوم بتقييم وتوجيه وتنشيط وتحفيز باقي الموارد البشرية ودفعهم لتطبيق الأهداف المسطرة لذلك يعتبر المدير المسؤول الأول عن نوعية الخدمة الصحية المقدمة.

4- تصميم المقابلة : (أنظر الملحق رقم 05)

تم تصميم المقابلة على شكل استمارة أسئلة معدة مسبقا حيث تحتوي في الجزء الأول على المعلومات العامة المتمثلة في : تاريخ المقابلة ، مكان المقابلة ، المنصب ، الرتبة ، الخبرة ، وتحتوي في الجزء الثاني على 13 سؤالا .

5- المتغيرات التي تم اعتمادها في اختيار أسئلة المقابلة:

تم تقسيم الأسئلة (13) إلى 05 محاور رئيسية تُترجم المبادئ الأساسية لإدارة الجودة الشاملة وهذه المحاور هي:

أ- التزام الإدارة العليا .

ب- التركيز على العميل .

ت- مشاركة الأفراد العاملين.

ث- اتخاذ القرارات استناداً إلى الحقائق و القانون.

ج- التحسين المستمر

حسب الجدول رقم(08) : الذي يبين عدد المحاور التي تم دراستها وأرقام الأسئلة المتعلقة بكل محور.

رقم المحور	المحور الذي تم دراسته	أرقام الأسئلة الخاصة بكل محور
01	التزام الإدارة العليا	13 ، 2 ، 1
02	التركيز على العميل	4 ، 3
03	مشاركة الأفراد العاملين	8 ، 7
04	اتخاذ القرارات استناداً إلى الحقائق	6 ، 5
05	التحسين المستمر	11 ، 10 ، 9

6- أسلوب جمع البيانات :

قام الباحث بالتنقل إلى مكان عمل الباحث في المؤسسة المعنية ، من أجل إجراء المقابلة ، حيث يتم طرح الأسئلة على المبحوث والباحث يقوم بالتدوين ومناقشته في بعض الأحيان، إلى غاية انتهاء جميع الأسئلة تعطى استمارة المقابلة للمبحوث لمراجعتها وتعديلها إن اقتضى الأمر .

7-الهدف من الدراسة :

من خلال هذه المقابلة يريد الباحث دراسة إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات الصحة العمومية من أجل معرفة ما مدى وجود الإمكانيات البشرية والمادية والكفاءات اللازمة لتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة بمؤسسات الصحة العمومية بالجزائر وما مدى قدرة الإدارة على الالتزام بها حيث أن المقابلة تختبر صحة الفرضية الفرعية الثانية :

" تتوفر المؤسسات العمومية الصحية في الجزائر على المتطلبات القاعدية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة".

المبحث الثاني: دراسة تحليلية لنتائج الاستبيان الموجه للمرضى لعينة من

المؤسسات العمومية الصحية بالجلفة

سنتناول في هذا المبحث الدراسة التحليلية لنتائج الاستبيان الموجه للمرضى من خلال ثلاث مطالب حيث ندخل في المطلب الأول في صلب التحليل من خلال تناول القسم الأول من الاستبيان والمتمثل في البيانات والمعلومات العامة ، ثم نتناول تحليل إجابات القسم الثاني والمتمثل في محاور الدراسة وذلك يكون في المطلب الثاني، أما المطلب الثالث فيكون فيه التحليل الشامل لنتائج الدراسة الميدانية عن طريق الاستبيان واستخلاص النتائج الجزئية والخلاصة النهائية .

المطلب الأول: تحليل الإجابات المتعلقة بالمعلومات العامة

1-سؤال حول السن:

المجموع	أكثر من 50 سنة	30-50 سنة	أقل من 30 سنة	
67	09	26	32	العدد
% 100	%13.4	%38.8	%47.8	النسبة

الجدول رقم (09) يمثل توجه أعمار

المرضى من خلال العينة المدروسة :

قراءة الجدول :

نلاحظ من الجدول رقم (09) من خلال

العينة المدروسة أن أكثر المرضى توافدا

على المؤسسات الصحية بولاية الجلفة خلال مدة الدراسة نقل أعمارهم عن 30 سنة بنسبة

47.8% بينما نسبة المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 30 و 50 سنة ب 38.8% .

التحليل :

نستطيع القول أن هذه النسب تتوافق مع نسب تركيبة المجتمع الجزائري الشاب وكذلك تنوع

الأعمار يدل على أن المستشفى يستقطب جميع فئات المجتمع وليس هناك شيء استثنائي .

2-سؤال حول الجنس:

	ذكر	أنثى	المجموع
العدد	40	27	67
النسبة	%59.7	%40.3	%100

الجدول رقم : (10) يمثل توزيع الجنس من خلال العينة المدروسة.

قراءة الجدول :

نلاحظ من الجدول رقم (10) المتعلق بسؤال حول الجنس ومن خلال العينة المدروسة نجد أن هناك تنوع متكافئ في توزيع الجنس وإن كانت نسبة المرضى أعلى من فئة الذكور بنسبة %59.7

التحليل : إلى أنه لا يمكن تعميمها نهائيا على النسب الحقيقية المعبرة لتوافد كل من الذكور والإناث بالمؤسسات العمومية الصحية لولاية الجلفة محل التريض .

3-سؤال حول المستوى التعليمي:

الجدول رقم : (11) يمثل المستوى التعليمي للمرضى المبحوثين خلال فترة الدراسة :

	ثانوي فأقل	جامعي	ليسانس	ماجستير فأعلى	المجموع
العدد	43	13	10	01	67
النسبة	%64.2	%19.4	%14.9	%1.5	%100

قراءة الجدول : من الجدول رقم (11) و الذي يمثل المستوى الدراسي نلاحظ على العموم تنوع

المستوى التعليمي فكانت النسبة الأعلى التي تمثل فئة المرضى المبحوثين هي ثانوي فأقل بنسبة %64.2 ، أما نسبة الحاصلين على شهادة البكالوريا وما فوق فكانت تمثل % 35.8.

التحليل : يمكن تبرير هذه النسب السابقة التي تعكس المستوى التعليمي الجيد للفئات المستهدفة من المرضى كمبحوثين كوننا طلبنا من المريض أو من يرافقه الإجابة وكانت الخيارات كثيرة أمام

الاستمارة الواحدة مما أعطى للباحث نقطة إيجابية كونه استفاد من التقائه بمن يستطيع الإجابة عن استبيانه بشكل واضح دون كثرة شرح وطول إقناع.

4- عدد مرات التردد على المستشفى :

الجدول رقم : (12) يمثل عدد مرات التردد على المستشفى من خلال العينة المدروسة.

العدد	مرة واحدة	3-2 مرات	أكثر من 3مرات	المجموع
20	21	26	67	
%29.9	%31.3	%38.8	%100	

قراءة الجدول : نلاحظ من الجدول رقم (12) و الذي يتعلق بسؤال حول عدد مرات التردد على المستشفى: أنها ليست المرة الأولى لمعظم المرضى المبحوثين بنسبة 70.1% في حين سجلنا فقط 20 مريضا الذين كانت مرتهم الأولى بنسبة 29.9% .

التحليل : وهذه النتائج تعكس الواقع الحقيقي من خلال ثقة المواطنين في المؤسسات الصحية التي تترجمها عملية تردد المرضى لأكثر من مرة واحدة ، هذا من جهة ، ومن جهة ثانية كون المؤسسات والعيادات الصحية الخاصة قليلة جدا وليست مجانية وكذلك لا تعمل في أوقات الليل ونهاية الأسبوع ولقد شرحنا أسباب ذلك في المطلب الثالث من المبحث الثاني في الفصل الثاني .

5- مدة المكوث في المستشفى :

الجدول رقم : (13) يمثل مدة المكوث في المستشفى وفقا للعينة المدروسة.

العدد	يوم واحد	يومان	ثلاث ايام	أكثر من 03أيام	المجموع
15	11	19	22	67	
%22.4	%16.4	%28.4	%32.8	%100	

قراءة الجدول :

من خلال الجدول رقم (13) نلاحظ من الإجابات حول مدة المكوث في المستشفى أن غالبية المرضى المبحوثين قد قضوا ثلاث أيام أو أكثر في المستشفى مما يشكل مجموع نسبة تقدر بـ 61.2%.

التحليل :

بطبيعة الحال هذه الإجابات لا تعكس المدة الحقيقية للمكوث في المستشفى كون العينة المدروسة لا تمثل عدد المرضى الحقيقي وهذا راجع لطبيعة العينة العشوائية الموجهة الذي تتبعه الدراسة، أما التقييم الحقيقي لمدة مكوث المرضى في المستشفى فهي تحسب بالطريقة التالية :

معدل المدة الاستشفائية: (DMS) *¹ يساوي عدد الأيام الاستشفائية مقسوم على عدد المرضى الكل مضروب في مائة.

6- الإجراءات الطبية و العلاجية:

الجدول رقم (14) : يمثل الإجراءات الطبية والعلاجية التي تلاقاها المريض أثناء تواجده بالمستشفى

نوع الإجراء المتخذ	العدد/المجموع	النسبة
فحص الطبيب العام	67/47	70.14%
فحص الطبيب المتخصص	67/52	77.61%
راديو (أشعة RX)	67/42	62.68%
تحاليل طبية (المخبر)	67/60	89.55%

¹ * DMS = durée moyen des séjour

عملية جراحية	67/07	10.44%
أخذ أدوية	67/52	77.61%

قراءة الجدول :

نلاحظ من الجدول رقم (14) أن نسبة غالبية المرضى المبحوثين تفوق الـ 70% ممن تلقوا فحص من الطبيب العام وكذا من الطبيب المتخصص ، وكذلك أكثر من 62% أجروا أشعة (RX) بالمؤسسة العمومية الصحية ولم يلجؤوا للخواص ، وكذلك أكثر من 77% قاموا بتحليل طبية وأخذ أدوية ، في حين أن ما نسبته تقل عن 11% فقط هم من استلزم الأمر إجرائهم عمليات جراحية.

التحليل :

يمكن القول أن المؤسسات العمومية الصحية تتكفل بما نسبته 64.67% من احتياجات المرضى وذلك إذا عملنا بقاعدة المتوسط الترجيحي للإجابات عن السؤال السادس ، وكذلك يمكن تفسيرها كون بعض المرضى قد لا يحتاجون بعض الإجراءات المذكورة في السؤال كون حالتهم لا تتطلب ذلك ، وعلى العموم يمكن القول أن المؤسسات العمومية الصحية توفر الاحتياجات الصحية القاعدية التي يطلبها المريض من خلال العينة المدروسة ووفقا لمدة الدراسة ، في حين تعمل الدولة على رفع معدلات الرعاية الصحية بما يفوق الـ 90%.

المطلب الثاني : تحليل الإجابات المتعلقة بموضوع الدراسة الميدانية

في هذا المطلب سنستعرض الأسئلة المطروحة في الاستبيان بعد إعادة ترتيبها حسب كل محور من محاور الدراسة، وسنحاول التعليق على النتائج المتحصل عليها من الإجابات وتحليلها .

1- المحور الأول الاعتمادية:¹ ويضم كل من الأسئلة التالية : 01 ، 02 ، 06 ،

08، 09

كما يوضحه الجدول رقم (15) : الإعتمادية

النتيجة	المتوسط الحسابي	الإجابة المتوقعة	غير موافق جدا	غير موافق	لا أدري	موافق جدا	موافق	المقياس	أسئلة المحور الأول : الاعتمادية
موافق	1.46	موافق	0	1	5	18	43	التكرار	س1- المؤسسة العمومية الصحية يمكنك الوثوق بها والاعتماد عليها من أجل تلقي العلاج المناسب؟
			0	1.5	7.5	26.9	64.2	النسبة	
موافق	1.66	موافق	0	4	6	20	37	التكرار	س2- عند دخولك للمستشفى وجدت ما تتوقعه من ظروف جيدة؟
			0	6	9	29.9	55.2	النسبة	
موافق	1.69	موافق	1	5	4	19	38	التكرار	س6- المستشفى هو المكان الأول الذي نقصده لتلقي العلاج ؟
			1	7	6	28.4	56.7	النسبة	
موافق	1.75	موافق	2	1	9	21	34	التكرار	س8- يتمتع أطباء المؤسسة بالمصداقية ويمكننا الوثوق بهم ؟
			3	1.5	13.4	31.3	50.7	النسبة	
موافق جدا	1.90	موافق	1	9	4	21	32	التكرار	س9- يتمتع الممرضون بالمصداقية ويمكننا الوثوق بهم ؟
			1.5	13.4	6	31.3	47.8	النسبة	
موافق	1.68	موافق	نتيجة المحور الأول : الإعتمادية						

¹ جدول حول تحليل إجابات الاستبيان ، المحور الأول الاعتمادية ، من إعداد الطالب.

تحليل نتائج إجابات المحور الأول :

يمكننا القول بعد قراءتنا لنتائج الجدول رقم (15) أن غالبية المبحوثين المرضى المشكلين لعينة الدراسة ، كان توجه إجاباتهم بشكل إيجابي في ما يخص محاور الاعتمادية ، أي أنهم يعتمدون على المؤسسات العمومية الصحية ويعولون عليها ، من أجل تلقي العلاج ، حيث كانت جل متوسط إجاباتهم بالموافقة ما عدا السؤال التاسع كانت إجاباتهم موافق جدا ، وهذا ما يدل على أن المؤسسة العمومية الصحية تعتبر الملجأ والمآل الأول المعول عليه من طرف المرضى ، غير أن هنا بعض الإجابات من طرف المرضى المتذمرين غير المعولين على المستشفى في صورته العمومية التي لا تتعدى 8% . ويمكن تفسير هذه الإجابات من خلال نقطتين :

✓ **النقطة الأولى :** قلة المؤسسات الخاصة وعدم تغطيتها الصحية لجميع الأوقات (الليل وأوقات العطل ونهاية الأسبوع) وكذا عدم مجانيتها ، وانعدام توفرها على الأسرة الاستشفائية .

✓ **النقطة الثانية :** مجانية العلاج في القطاع العمومي وتوفيره الخدمة في جميع الأوقات .

أما في ما يخص المصادقية في السؤالين الثامن والتاسع ، فرما يرجع أولا لثقافة بيئتنا الإسلامية التي لا يمكن إنكار دورها في شعور الموظف بالمسؤولية والأمانة من جهة ، وكذا عدم تسجيل حالات لأخطاء جسيمة من طرف الأطباء أو الممرضين خلال الفترة القليلة الماضية حسب السجلات الرسمية مما يؤدي إلى نقص التذمر ونوع من الرضا لدى المرضى الذين تكرر توافدهم للمستشفى بشكل دوري ، كما توضحه إجابات السؤال الرابع في القسم الأول من الاستبيان .

نتيجة محور الاعتمادية :

الاهتمام بتحسين صورة المؤسسة العمومية الصحية وزيادة مصداقيتها لدى مرتفقي القطاع الصحي يؤدي بالضرورة للتعويل و الاعتماد عليها من طرف المرضى.

هناك علاقة وطيدة بين رضا المرضى وعدم تذمرهم وبين مصداقية المؤسسة ومستوى اعتماديتها .

2- المحور الثاني الاستجابة¹ ويضم كل من الأسئلة التالية : 03، 04، 10، 11،

12، 18، 19، 20، 27، 28 كما يوضحه الجدول رقم (16)

النتيجة	المتوسط الحسابي	الإجابة المنوالية	غير موافق 4-	غير موافق	لا أري	موافق 4-	موافق	المتكرر	أسئلة المحور الثاني : الاستجابة
موافق جدا	1.99	موافق	0	11	7	19	30	التكرار	س3- بمجرد دخولك للمستشفى وجدت في استقبالك ممرض وطبيب شخص حالتك؟
			0	16.4	10.4	28.4	44.8	النسبة	
موافق جدا	2.34	موافق	6	12	6	18	25	التكرار	س4- يجب أن يكون وقت انتظار حضور الطبيب أو تلقي العلاج مناسب ولا يكون طويلا ؟
			9	17.9	9	26.9	37.3	النسبة	
موافق جدا	2.01	موافق	1	11	5	21	29	التكرار	س10- استطاع الطبيب معرفة حالتني ونوع مرضي بعد معاينته لي مباشرة ؟
			1.5	16.4	7.5	31.3	43.3	النسبة	
موافق	1.64	موافق	0	4	7	17	39	التكرار	س11 - على الطبيب أن يبذل جهدا من أجل معرفة حالتني ونوع مرضي؟
			0	6	10.4	25.4	58.2	النسبة	
موافق جدا	2.27	موافق	2	15	10	12	28	التكرار	س12- من الأفضل للطبيب العام مشاورة الطبيب المتخصص من أجل تشخيص المرض بشكل فعال ؟
			3	22.4	14.9	17.9	41.8	النسبة	
موافق جدا	1.84	موافق	3	3	8	19	34	التكرار	س18-لابد على الأطباء والممرضين أن يكونوا مستعدين من أجل تقديم الخدمة الصحية ؟
			4.5	4.5	11.9	28.4	50.7	النسبة	
موافق جدا	1.85	موافق	3	4	6	21	33	التكرار	س19- يتمتع الأطباء بكفاءة وجدارة في تخصصهم وذلك لتشخيص المرض بشكل جيد وإعطاء الوصفة الطبية المناسبة؟
			4.5	6	9	31.3	49.3	النسبة	
موافق جدا	2.07	موافق	1	9	15	11	31	التكرار	س20- يتمتع المسيريون للمؤسسة بكفاءة لمسناها أثناء تواجدا بالمؤسسة ؟
			1.5	13.4	22.4	16.4	46.3	النسبة	
موافق جدا	1.94	موافق	2	6	14	9	36	التكرار	س27- تفضل أن تكون أبواب الإدارة مفتوحة لنقل انشغالات المرضى وشكاويهم ؟
			3	9	20.9	13.4	53.7	النسبة	

¹ جدول حول تحليل إجابات الاستبيان ،المحور الثاني: الاستجابة ، من إعداد الطالب.

موافق جدا	1.97	موافق	4	3	15	10	35	التكرار	س28- يوجد سجل لاستقبال اقتراحات وشكاوي المرضى والزائرين ؟
			6	4.5	22.4	14.9	52.2	النسبة	
موافق جدا	1.99	موافق	نتيجة المحور الثاني : الاستجابة						

تحليل نتائج الإجابات على المحور الثاني :

بعد قراءتنا للجدول رقم (16) الذي يحتوي على العبارات المتعلقة بمحور الاستجابة ، وجدنا أن 73.2% (موافق + موافق جدا) يأملون عند دخولهم للمستشفى أن يكون كل من الأطباء والمرضى موجودين لعلاجهم ، وأن 64.2% (موافق + موافق جدا) يطالبون بأن يكون وقت انتظار حضور الطبيب أو تلقى العلاج مناسب و ليس طويلا ، وأن أكثر من 70% من المرضى في إجاباتهم على الأسئلة 10 ، 11 ، 12 يريدون من الطبيب أن يبذل جهدا في علاجهم حتى وإن اقتضى الأمر مشاوره زملائه من المختصين من أجل تشخيص أكثر فعالية ، كما لمسنا من تحليلنا لإجابات المرضى على السؤالين 18 ، 19 أن المرضى يتطلعون لاستعداد أكثر جدية من الأطباء والمرضى من جهة ، و كما انهم يتقنون بهم وبكفاءتهم بشكل كبير جدا من جهة أخرى، أما تطلعات مرتفقي القطاع الصحي العمومي (مرضى ومرافقيهم) في السؤال 27 لفتح الإدارة لأبوابها للاستماع لانشغالاتهم وشكاويهم ، فقد كانت بنسبة تفوق 65 % ، في ما وافق أغلبية المبحوثين على وجود سجل للاقتراحات والشكاوي.

نتيجة محور الاستجابة :

يمكن القول : أنه هناك تذر من جودة الخدمة الصحية المقدمة حاليا في المؤسسات العمومية الصحية من طرف مرتفقي القطاع الصحي العمومي من خلال تشخيصنا لواقع الخدمة الصحية المقدمة لهم ، وكنتيجة نستخلصها من تحليل إجابات هذا المحور :

هناك علاقة وطيدة وطرديّة بين رضا المرضى في القطاع الصحي العمومي ، و مدى قدرة موظفي القطاع على الاستجابة بشكل فعال لاحتياجات المرضى في الوقت المناسب وبالكيفية المطلوبة .

3- المحور الثالث الأمان والضمانية: ¹ ويضم سؤالين: 05 ، 07

النتيجة	المتوسط الحسابي	الإجابة المنوالية	غير موافق جدا	غير موافق	لا أدري	موافق جدا	موافق	المقياس	أسئلة المحور الثالث: الأمان والضمانية
موافق جدا	1.96	موافق	4	4	6	24	29	التكرار	س5- تشعر أثناء تلقيك العلاج أنك بأيادي آمنة ؟
			6	6	9	35.8	43.3	النسبة	
موافق جدا	1.94	موافق	1	6	11	19	30	التكرار	س7- تشعر في المستشفى بالطمأنينة والأمان ؟
			1.5	9	16.4	28.4	44.8	النسبة	
موافق جدا	1.95	موافق	نتيجة المحور الثالث : الأمان والضمانية						

تحليل إجابات المحور الثالث :

بعد تفرغنا لإجابات المرضى في ما يخص محور الأمان والضمانية المتعلقة بالعبارتين س5 ، س7 وجدنا أن النتيجة في كلاهما هي موافق جدا ، حيث سجلنا ما يفوق نسبة الموافقين 78% ، 73% على التوالي ، يمكن القول أن المرضى يشعرون أثناء تواجدهم بالمستشفى بالطمأنينة والأمان ، وكذلك أثناء تلقيهم العلاج .

نتيجة تحليل نتائج محور الأمان والضمانية :

يمكن القول بوجود علاقة قوية بين وجود الأمان في المؤسسات العمومية الصحية وبين توجه المرضى بشكل مستمر لتلقي العلاج وشعورهم بالطمأنينة.

¹ جدول حول تحليل إجابات الاستبيان ، المحور الثالث : الأمان والضمانية ، من إعداد الطالب.

4- المحور الرابع الملموسية¹: ويضم كل من الأسئلة التالية : 15 ، 16 ، 17،

25، 24 ، 23، 22، 21

النتيجة	الموسم الحسابي	الإجابة المنوالية	غير موافق 1	غير موافق 4	لا أدري	موافق 4	موافق 3	المتوسط	أسئلة المحور الرابع الملموسية
موافق	1.70	موافق	1	4	4	23	35	التكرار	س15- يوجد عون أمن واستقبال قام بتوجيهنا أثناء دخولنا للمستشفى؟
			1.5	6	6	34.3	52.2	النسبة	
موافق	1.78	موافق	1	1	8	29	28	التكرار	س16- هناك عون نظافة قام بتنظيف الأوساخ والدم خلال وبعد عملية العلاج ؟
			1.5	1.5	11	43.3	41.8	النسبة	
موافق	1.67	موافق	0	5	5	20	37	التكرار	س17- يجب أن تتمتع قاعات العلاج وقاعات الفحص الطبي بالنظافة
			0	7.5	7.5	29.9	55.2	النسبة	
موافق جدا	2.06	موافق	2	9	11	14	31	التكرار	س21- المؤسسة لا تتوفر على الإمكانيات والهياكل اللازمة لتوفير الخدمة الصحية النوعية للمجتمع ؟
			3	13.4	16.4	20.9	46.3	النسبة	
موافق جدا	1.96	موافق	3	7	8	15	34	التكرار	س22- تتوفر المستشفى على المعدات الطبية والمستلزمات الضرورية فقط لأداء المهام ؟
			4.5	10.4	11.9	22.4	50.7	النسبة	
موافق	1.73	موافق	2	5	3	19	38	التكرار	س23- تتوفر المستشفى على عدد من الأسرة لا يكفي لاحتواء المرضى
			3	7.2	4.5	28.4	56.7	النسبة	
موافق جدا	1.99	موافق	5	3	9	19	31	التكرار	س24- يقدم المستشفى ثلاث وجبات في اليوم للمريض (فطور - غداء -عشاء)
			7.5	4.5	13.4	28.4	46.3	النسبة	
غير موافق	3.53	غير موافق	28	9	10	11	9	التكرار	س25- وجبة الأكل المقدمة جيدة نوعا ما ؟
			41.8	13.4	14.9	16.4	13.4	النسبة	
موافق جدا	1.83	موافق	نتيجة المحور الرابع : الملموسية						

¹ جدول حول تحليل إجابات الاستبيان ،المحور الرابع : الملموسية ، من إعداد الطالب.

تحليل إجابات المحور الرابع: الملموسية

بعد تفرغنا لإجابات المبحوثين وجدنا أن أغلبية المبحوثين ، يأملون واقعا أفضل من خلال موافقتهم على الطرح الذي نقترحه مستمدا من أبعاد جودة الخدمة الصحية ، حيث نجد أن الأغلبية بنسبة تفوق الـ 80% يقرون من جهة بوجود أعوان الأمن والاستقبال والنظافة ، لكنهم يطالبون من جهة ثانية بنظافة أكثر لقاءات العلاج والفحص الطبي وذلك في العبارات الثلاث الأولى المكونة لمحور الملموسية (س15، س16، س17)، أما في إجابات المرضى على العبارات (س21، س22، س23) يرى المرضى بعدم تتوفر المؤسسة على الإمكانيات والهياكل اللازمة لتوفير الخدمة الصحية النوعية للمجتمع بنسبة تفوق 70% ، كما يؤيدون الإدارة في ما يخص نقص المعدات الطبية والمستلزمات الشبه الطبية المختلفة حيث تتوفر المؤسسة على الضرورية فقط بنسبة تفوق 73% (موافقين + موافقين جدا) ، كما أنهم يقرون بعدم كفاية المستشفى من الأسرة لاحتواء جميع المرضى الوافدين بنسبة تفوق 85% (موافقين + موافقين جدا)

أما فيما يخص الوجبات الغذائية فإنهم يعترفون بتقديم المؤسسة لثلاث وجبات ، لكنهم يعيرون بشدة نوعية الطعام والأكل المقدم في المؤسسة .

نتيجة محور الملموسية :

هناك علاقة قوية جدا بين توفر المؤسسة على الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة وبين قدرتها على تقديم خدمات صحية نوعية بشكل شامل.

ومن هنا يمكن القول :

كلما قامت المؤسسة بتوفير المستلزمات والوسائل والظروف المناسبة لاستقبال وتوجيه واستشفاء وإيواء المرضى ، كلما ساهم ذلك في زيادة مستوى الرضا لدى مرتفقي القطاع الصحي العمومي والمرضى بصفة خاصة .

5- المحور الخامس التعاطف¹: ويضم ثلاث أسئلة : 13 ، 14 ، 26

النتيجة	المتوسط الحسابي	الإجابة المنوالية	غير موافق جدا	غير موافق	لا أدري	موافق جدا	موافق	المقياس	أسئلة المحور الخامس التعاطف
موافق جدا	1.84	موافق	3	4	7	18	35	التكرار	س13- يحترم عمال المستشفى المرضى والزائرين ويعاملونهم بطريقة لبقة ؟
			4.5	6	10.4	26.9	52.2	النسبة	
موافق	1.73	موافق جدا	2	6	4	15	40	التكرار	س14- يتلقى المريض معاملة حسنة من طرف الممرض ؟
			3	9	6	22.4	59.7	النسبة	
موافق	1.75	موافق	2	2	9	18	36	التكرار	س26- هناك حوار دار بيني وبين الطبيب من أجل أن يشرح لي نوع المرض وكيفية العلاج منه ؟
			3	3	13.4	26.9	53.7	النسبة	
موافق	1.77	موافق	نتيجة المحور الخامس : التعاطف						

تحليل إجابات المحور الخامس : التعاطف

في ما يخص عناصر المحور الخامس المتعلقة بالاحترام والمعاملة الحسنة ، اللباقة ومراعاة مشاعر

المريض ، وكذلك الحوار و رفع المعنويات ، فقد كانت نتائج الإجابات على التوالي :

بنسبة تفوق 79%(موافقين + موافقين جدا) ، بنسبة تفوق 82% (موافقين + موافقين جدا) ، بنسبة تفوق

80% (موافقين + موافقين جدا). يمكن القول أن هذه النتائج منطقية جدا ، وهذا راجع لثقافة المجتمع

الجزائري من جهة ، وكثرة القوانين التي تحث على مثل هذه التصرفات وكذلك صدور بعض العقوبات

الصارمة في حق من تمت الشكوى به من جهة أخرى .

نتيجة محور التعاطف :

هناك علاقة طردية ذات توجه قوي جدا بين المعاملة الحسنة والتعاطف والاحترام الذي يقدمه موظفي

قطاع الصحة العمومي لمرتفقي القطاع ، وبين شعور المرضى بالرضا والاطمئنان وعدم التذمر.

¹ جدول حول تحليل إجابات الاستبيان ،المحور الخامس : التعاطف ، من إعداد الطالب.

المطلب الثالث : التحليل الشامل لنتائج الدراسة الميدانية عن طريق

الاستبيان :

سنتناول في هذا المطلب ثلاث نقاط أساسية ونتمثل النقطة الأولى في تحليل متوسط الإجابات المرجحة في المحاور الخمسة المشكلة للاستبيان والنقطة الثانية هي استخلاص النتائج ، وأخيرا الخلاصة النهائية

1-تحليل متوسط الإجابات المرجحة في المحاور الخمسة المشكلة للاستبيان :

الجدول رقم (24) : يمثل ملخص متوسط الإجابات الترجيحية لجميع المحاور

رقم المحور	عنوان المحور	المتوسط الترجيحي للإجابات	النتيجة
01	الإعتمادية	1.68%	موافق
02	الاستجابة	1.99%	موافق جدا
03	الأمان والضمانية	1.95%	موافق جدا
04	الملموسية	1.83%	موافق جدا
05	التعاطف	1.77%	موافق
	النتيجة النهائية	1.84%	موافق جدا

يمكن القول في تحليل هذه النتائج الكلية : أن إجابات أغلبية المبحوثين (المرضى) كانت في اتجاه واحد وهي الموافقة بشدة ، أي مساندة الباحث في طرحه الذي يريد إثباته حيث وصلنا من تشخيص الواقع الحقيقي للخدمات الصحية المقدمة من خلال أن معظم المبحوثين يرون بتوفر الحد الأدنى المطلوب منها فقط، مروراً بمحاولة اكتشاف تطلعاتهم التي كانت كبيرة جدا ، فيما أكد

الجميع على توفير المؤسسات العمومية الصحية على الأمان والضمانية وحصولها على الإعتمادية من طرف المواطنين .

2- استخلاص النتائج الجزئية : يمكن الخروج بخمس نتائج جزئية من جراء تحليل نتائج

الاستبيان تمثل كل نتيجة جزئية استخلاص مباشر لكل محور من محاور الاستبيان

الخمسة وهي:

النتيجة الأولى : الاهتمام بتحسين صورة المؤسسة العمومية الصحية وزيادة مصداقيتها لدى

مرتفقي القطاع الصحي يؤدي بالضرورة للتحويل و الاعتماد عليها من طرف المرضى، حيث

استنتج الباحث أن :

هناك علاقة وطيدة بين رضا المرضى وعدم تضرهم وبين مصداقية المؤسسة ومستوى

اعتماديتها

النتيجة الثانية : هناك تضر من جودة الخدمة الصحية المقدمة حاليا في المؤسسات العمومية

الصحية من طرف مرتفقي القطاع الصحي العمومي من خلال تشخيصنا لواقع الخدمة الصحية

المقدمة لهم ، وكننتيجة استخلصها الباحث:

وجود علاقة وطيدة وطردية بين رضا المرضى في القطاع الصحي العمومي ، و مدى قدرة

موظفي القطاع على الاستجابة بشكل فعال لاحتياجات المرضى في الوقت المناسب وبالكيفية

المطلوبة .

النتيجة الثالثة : هناك إقرار من طرف المرضى بتوفر الحد الأدنى المطلوب من الأمان ، لكنهم

غير متذمرين فقط ويطمحون من الإدارات المعنية العمل على تحسين ذلك ، ومن هنا استخلص

الباحث :

وجود علاقة قوية بين وجود الأمان في المؤسسات العمومية الصحية وبين توجه المرضى بشكل مستمر لتلقي العلاج وشعورهم بالطمأنينة.

النتيجة الرابعة : كلما قامت المؤسسة بتوفير المستلزمات والوسائل والظروف المناسبة لاستقبال وتوجيه واستشفاء وإيواء المرضى ، كلما ساهم ذلك في زيادة مستوى الرضا لدى مرتفقي القطاع الصحي العمومي والمرضى بصفة خاصة ، ومن هنا استنتج الباحث ما يلي :

هناك علاقة قوية جدا بين توفر المؤسسة على الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة وبين قدرتها على تقديم خدمات صحية نوعية بشكل شامل.

النتيجة الخامسة :

لاحظ المرضى المشكلين لعينة الدراسة معاملة حسنة وتعاطف جيد من طرف الموظفين الذين تم الالتقاء بهم سواء أطباء أو ممرضين أو عمال مهنيين ، مما أشعرهم ذلك بالرضا و رفع معنوياتهم ، ومن هنا استنتج الباحث :

وجود علاقة طردية ذات توجه قوي جدا بين المعاملة الحسنة والتعاطف والاحترام الذي يقدمه موظفي قطاع الصحة العمومي لمرتفقي القطاع ، وبين شعور المرضى بالرضا والاطمئنان وعدم التذمر.

3- الخلاصة النهائية لنتائج الاستبيان :

وفي الأخير و كخلاصة نهائية يمكن القول : أن الخدمات الصحية المقدمة على مستوى القطاع العمومي الصحي في الجزائر ليست ذات مستوى عال من الجودة ، بل هي تضمن الحد الأدنى المطلوب من إجمالي الحاجات التي يطلبها المواطن أو يأمل أن تتوفر على مستوى القطاع العمومي ، وأن هذه الخدمات لا يمكن أن تلبى بشكل كلي لا من حيث الحجم و لا من حيث النوعية والوقت المطلوب ، إلا إذا تم الاعتناء بجميع أبعاد الخدمة الصحية المكونة للمحاور الخمسة (الاعتمادية ، الأمان ، الاستجابة ، التعاطف ، والملموسية) وذلك بشكل شامل ، و هذا لن يكون إلا إذا طبقت المؤسسات العمومية الصحية إدارة الجودة الشاملة وتبنت فلسفتها ووضعت مكانة لها ضمن هيكلها التنظيمي ، لأن دراستنا اثبت صحة الفرضية أن هناك علاقة قوية طردية بين تفعيل أساليب الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الصحية و الوصول إلى مستويات عالية من رضا مرتفقي القطاع بصفة عامة والمرضى بصفة خاصة. الأمر الذي لا يمكن الإغفال عنه إن أردنا الوصول إلى المواصفات العالمية التي أقرتها منظمة الصحة العالمية، و اللحاق بركب المؤسسات الصحية ذات الخدمات الصحية النوعية والرفيعة .

المبحث الثالث: دراسة تحليلية لنتائج المقابلات البحثية مع المدراء

بالمؤسسات العمومية الصحية بالجلفة

حتى تكون الدراسة التطبيقية أكثر دقة استعملنا بالإضافة للاستبيان ، أداة بحثية ثانية ، لجمع المعلومات وهي المقابلة البحثية الموجهة للمدراء، حيث سنتناول في هذا المبحث ثلاث مطالب ، الأول فيه تحليل القسم الأول من المقابلة المتعلق بالمعلومات العامة عن المبحوثين والمطلب الثاني تحليل إجابات المبحوثين حسب كل محور ، والمطلب الثالث والأخير سنستخلص النتائج الجزئية والخلاصة النهائية .

المطلب الأول: تحليل المعلومات العامة للمقابلات التي أجريت مع المدراء

1- عرض إجمالي للمعلومات العامة عن المقابلات البحثية في الجدول رقم(25):

معلومات عن المبحوثين (مدراء)			معلومات عن تاريخ ومكان المقابلة		
الخبرة	الرتبة	المنصب	مكان المقابلة	تاريخ المقابلة	رقم
24 سنة	متصرف مستشار	مدير المؤسسة	المؤسسة العمومية الاستشفائية بحاسي ببح	18 أبريل 2015 على الساعة 14:00	01
03 سنوات	متصرف رئيسي لمصالح الصحة	مدير فرعي للموارد البشرية	المؤسسة العمومية الاستشفائية بالإدرسية	21 أبريل 2015 على الساعة 10:00	02
36 سنة	متصرف	مدير فرعي للمالية والوسائل	المؤسسة العمومية الاستشفائية بحاسي ببح	23 أبريل 2015 على الساعة 14:00	03
30 سنة	متصرف لمصالح الصحة	مدير المؤسسة	المؤسسة العمومية الاستشفائية بالإدرسية	25 أبريل 2015 على الساعة 10:00	04
12 سنة	متصرف رئيسي لمصالح الصحة	مدير المؤسسة	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بحاسي ببح	04 ماي 2015 على الساعة 14:00	05
05 سنوات	متصرف رئيسي لمصالح الصحة	مدير المؤسسة	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأم والطفل بالجلفة	05 ماي 2015 على الساعة 10:00	06

2-قراءة الجدول :

من خلال هذا العرض الإجمالي للمعلومات العامة حول المقابلات التي نجح الباحث في عقدها

خلال تواجده بالمؤسسات العمومية الصحية بولاية الجلفة ، يمكن استنتاج ما يلي :

- أ- استطاع الباحث عقد 04 مقابلات بحثية مع مدراء عامون ومقابلتين مع مدراء فرعيين .
- ب- 04 من المدراء الذين قابلهم الباحث لديهم خبرة أكثر من 12 سنوات و 2 منهم متخرجين من المدرسة الوطنية للمناجمنت وإدارة الصحة يعتبرون إطارات جدد.
- ت- جميع المبحوثين المدراء من سلك الإداريين .
- ث- قام الباحث بإجراء هذه المقابلات في الفترة الممتدة بين 18 أفريل 2015 و 05 ماي خلال 20يوما.

3-الصعوبات:

يمكن إيجاز الصعوبات التي تلقاها الباحث عند إجراء المقابلات في :

- أ- صعوبة الحصول على موعد مع المدراء لكثرة ارتباطاتهم .
- ب- صعوبة إيصال فكرة أن المقابلة من أجل البحث العلمي لخوف المدراء من افتراء بعض الصحفيين عليهم ، وكذا خوفهم من لجان التفتيش المفاجئة من طرف الوزارة الوصية ، مع أخذ بعين الاعتبار الاستقبال الحسن للمدراء وترحيبهم الشديد.
- ت- بعد المسافة بين المؤسسات العمومية الصحية محل الدراسة عن بعضها البعض كون مساحة ولاية الجلفة كبيرة جدا والمؤسسات هي في الدوائر الكبرى المشكلة للولاية ، مما شكل عائق كبير أمام تنقلات الباحث الكثيرة والمكلفة.

المطلب الثاني: تحليل نتائج المقابلة

1- المحور الأول : التزام الإدارة العليا

تم توضيح الأسئلة الثلاثة 1، 2 ، 13 (أنظر الملحق رقم 05) المشكلة لهذا المحور شفافيا للمبحوثين والمقصود هنا ما مدى معرفة المدراء لإدارة الجودة الشاملة واستعدادهم لتطبيقها داخل مؤسسات الصحة العمومية بما تحمله من خصوصية.

ملخص إجابات جميع المقابلات الخاصة بالمحور الأول : التزام الإدارة العليا في الجدول رقم

(26)

رقم السؤال	ملخص الإجابات
السؤال 01	• اتفق جميع المبحوثين على الاستعداد لتطبيق أساليب جديدة في التسيير لكن في حدود مسؤولياتهم والسلطة الممنوحة لهم. • من بين الأساليب التي بادر المدراء في تطبيقها نذكر مايلي: - أ- مشروع المؤسسة - ب- لوحة القيادة الإدارة بالأهداف - ت- 24 نقطة (برنامج الوزير) - ث- مخططات العمل - ج- عقد إنجاز الأنشطة خاصة ما تعلق بالأنشطة الممارسة داخل المؤسسات الصحية

رقم السؤال	ملخص الإجابات
السؤال 02	كانت معظم الإجابات حول الدراية بمفهوم إدارة الجودة الشاملة : إنهم يدركون مضمونها ما عدا مقابلة وحيدة ، كانت الإجابة ب لا، وفي ما يلي بعض الإجابات أ- مفهوم إدارة الجودة الشاملة هي باختصار: التطوير المستمر للجودة الإنتاجية والكفاءة. ب- لدي معلومات أولية فقط لكن لا أملك تجربة تطبيقها من قبل في حدود صلاحياتي. ت- نوعا ما هي أسلوب للوصول إلى جودة عالية في جميع المجالات بواسطة التركيز على المريض واحتياجاته. - هي تلك العملية التي تركز على مرتقي المؤسسة من خلال تحديد وتوفير احتياجاتهم والعمل على إرضاءهم بقدر الإمكان وكما تعتمد على اتخاذ القرارات بناء على المعطيات المتوفرة .عقد إنجاز الأنشطة خاصة ما تعلق بالأنشطة الممارسة داخل المؤسسات الصحية
السؤال 13	كانت معظم الإجابات حول الاستعداد لتطبيق إدارة الجودة الشاملة : انهم مستعدون لكنهم يشترطون ما يلي: أ- أن تكون الرغبة متوفرة لدى الجميع. ب- أن يكون هناك من هم أكفاء مؤطرين مؤهلين في ذلك حتى يتم إنجاز هذا البرنامج التكويني الخاص بإدارة الجودة الشاملة . ت- تبني و تجاوب الوزارة الوصية لهذا البرنامج التكويني الخاص بإدارة الجودة الشاملة .

تحليل الإجابات المتعلقة بالمحور الأول :

نستطيع القول بعد استعراضنا لأهم الإجابات عن المحور الأول المتعلق بمدى التزام الإدارة العليا

من خلال تحليل النقاط المشتركة بين المبحوثين :

- أ- لا أحد من المدراء بادر بتطبيق إدارة الجودة الشاملة في مؤسسته من قبل.
- ب- يمكن القول أن مدراء المؤسسات العمومية الصحية يدركون مفهوم إدارة الجودة الشاملة ، رغم أنهم لم يسبق أن طبقوها على مستوى مؤسساتهم محل التريض.
- ت- انحصرت جميع مبادرات المدراء في ما يخص التسيير في برامج الوزارة فقط .
- ث- جميع المدراء على استعداد لتلقي تكوين لتطبيق إدارة الجودة الشاملة بمؤسساتهم .
- ج- يشترط المدراء التزام الوزارة الوصية ومبادراتها ، لمباشرة تطبيق إدارة الجودة الشاملة بمؤسساتهم.

خلاصة المحور الأول :

هناك علاقة وطيدة بين إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات العمومية الصحية ومدى إدراك المدراء لمفهومها ، والتزام الوزارة الوصية وتبنيها .

النتيجة الأولى الخاصة بمحور التزام الإدارة العليا:

يملك المدراء كل المقومات العلمية والنفسية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات العمومية الصحية وهم مستعدون في نفس الوقت للالتزام بتطبيقها في حال توفرت الشروط القانونية و الظروف اللازمة لذلك .

2-المحور الثاني: التركيز على العميل

تم توضيح الأسئلة س3 ، س4 (أنظر الملحق رقم 05) شفافيا للمبحوثين والمقصود هنا هل هناك اعتماد من طرف المدراء على المريض في بناء سياستهم وهل المريض هو مركز الاهتمام، مع الأخذ بعين الاعتبار خصوصية مؤسسات الصحة العمومية ، وفي ما يلي عرض الإجابات في الجدول التالي رقم (27):

رقم السؤال	ملخص الإجابات
السؤال 03	كانت معظم الإجابات حول الاستماع للمرضى: إنهم يستمعون للمرضى وذويهم ويأخذون رأيهم من خلال : أ- السجلات على مستوى نقاط الاستقبال . ب- استقبالهم بشكل يومي. ت- زيارة المريض والقيام دورات تفقدية للمصالح.
السؤال 04	كانت معظم إجابات المدراء حول نوعية الخدمة الصحية المقدمة للمريض والتركيز على أنهم يركزون عليها في بناء استراتيجياتهم خاصة ما يلي: أ- مدة الاستشفاء وأراء المرضى ومرافقتهم . ب- نجاعة الأدوية المقدمة وشفاء المريض. ت- قلة الشكاوي المودعة لدى مصالحن . ث- التردد من اجل العلاج بعد الثقة المكتسبة في المرة الأولى . ج- زيادة حجم طلب العلاج

تحليل الإجابات المتعلقة بالمحور الثاني :

نستطيع القول بعد استعراضنا لأهم الإجابات عن المحور الثاني المتعلق بمدى الاعتماد على

المريض والتركيز عليه ،من خلال تحليل النقاط المشتركة بين المبحوثين :

أ- يمكن القول أن مدراء المؤسسات العمومية الصحية يقومون فقط بالحد الأدنى

المطلوب للاستماع للمرضى والتركيز عليهم ضعيف في بناء استراتيجيات

مؤسساتهم .

ب- جميع المدراء يعتبرون المرضى محور المستشفى ومركزه من اجل بناء سياسات

جودة الخدمة الصحية..

خلاصة المحور الثاني :

رغم إقرار المدراء بأهمية أخذ آراء المرضى والتركيز عليهم في اعداد برامج تسييرهم لكن يقرون

بعدم وجود آلية لذلك ، استنتج الباحث :

هناك علاقة وطيدة بين إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات العمومية الصحية ومدى

تركيز المدراء في تسييرهم وخطط عملهم على ارضاء المرضى وتلبية احتياجاتهم.

النتيجة الثانية الخاصة بمحور التركيز على العميل :

المدراء المبحوثون متفقين على ضرورة التركيز على العميل (المريض) في بناء جودة الخدمة

الصحية في المؤسسات العمومية الصحية، وهم حاليا يقومون بالحد الأدنى من ذلك في واقع

تسييرهم.

3-المحور الثالث: مشاركة الأفراد العاملين

تم توضيح الأسئلة س7 ، س8 (أنظر الملحق رقم 05) شفاهيا للمبحوثين والمقصود هنا هل المدراء يشركون العمال في بعض القرارات ، وكيفية تحفيزهم معنويا ، مع الأخذ بعين الاعتبار خصوصية مؤسسات الصحة العمومية ، وفي ما يلي عرض الإجابات في الجدول التالي رقم (28):

رقم السؤال	ملخص الإجابات
السؤال 07	كانت معظم الإجابات حول التحفيز المعنوي: إنها وسيلة لمشاركة العاملين من خلال : أ- العلاوات ومدة الترقية ب- شكر العاملين من خلال إلصاق إعلانات يتم شكرهم فيها ت- إقامة حفلة مصغرة للعاملين ويتم شكرهم من قبل المدير ث- تشجيع وتهنئة كتابية ج- المشاركة في التخطيط ح- مشاركتهم في أعمالهم خ- الاتصال المباشر واليومي
السؤال 08	كانت معظم إجابات المدراء حول إشراك العاملين في بعض القرارات المهمة ما يلي: أ- إشراك بعض العاملين في القرارات المهمة أمر مهم لان يعبر عن إحساس العامل بالمسؤولية واعتباره جزء هام وفعال بالمؤسسة ب- يساعد على اتخاذ القرار في وقت قصي وبأقل تكلفة ت- فمن يخطط معك ينفذ معك

تحليل الإجابات المتعلقة بالمحور الثالث :

نستطيع القول بعد استعراضنا لأهم الإجابات عن المحور الثالث المتعلق بمدى مشاركة العاملين في القرارات المتخذة داخل المؤسسة ، وكيفية تحفيزهم معنويا ، من خلال تحليل النقاط المشتركة بين المبحوثين :

- أ- يمكن القول أن مدراء المؤسسات العمومية الصحية يحفزون عمالهم بطريقة حسنة ، لكنها غير كافية كون عملية التحفيز المعنوي يجب أن تتعدد فجميع النقاط المذكورة سابقا ليس مجتمعة في مؤسسة واحدة بل متفرقة.
- ب- جميع المدراء يعتبرون بقية العمال شريك في التسيير كل في مجاله وكل حسب مهامه واختصاصه .

خلاصة المحور الثالث :

رغم إقرار المدراء بأهمية أخذ آراء العمال والتركيز عليهم في اعداد برامج تسييرهم لكنهم غير متوافقين على طريقة واحدة ، مما يجعل تطبيق إدارة الجودة الشاملة تسهل عليهم عملية الاستفادة القصوى من آراء وأفكار مختلف أصناف العمال المشكلين للمؤسسات العمومية الصحية ، حيث استنتج الباحث أن :

هناك علاقة وطيدة بين إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات العمومية الصحية ومدى قدرة المدراء على تحفيز عمالهم وحسن إشراكهم في بناء القرارات المهمة.

النتيجة الثالثة الخاصة بمحور مشاركة العاملين :

كل المدراء المتقابل معهم يقومون بإشراك العاملين وأخذ رأيهم سواء بواسطة اللجان الاستشارية أو النقابات أو بشكل فردي مباشر.

4-المحور الرابع: اتخاذ القرارات استنادا إلى الحقائق

تم توضيح الأسئلة س5 ، س6 (أنظر الملحق رقم 05) شفاهايا للمبحوثين والمقصود هنا هل المدراء يستندون إلى سجلات رسمية ، ويعتمدون في اتخاذ قراراتهم على الحقائق ، ويعتبرون القانون مرجع رئيسي في حل المشاكل ، مع الأخذ بعين الاعتبار خصوصية مؤسسات الصحة العمومية ، وفي ما يلي عرض الإجابات في الجدول التالي رقم (29):

رقم السؤال	ملخص الإجابات
السؤال 05	كانت معظم الإجابات حول كيفية تقييم أداء الممرض والطبيب تدور حول : أ- الالتزام بالوقت والانضباط ب- عن طريق حجم النشاطات الطبية والشبه الطبية ت- عن طريق رأي المجلس الطبي و رأي رئيس المصلحة ث- استمارات التتقيط الثلاثي و التتقيط السنوي والدوري للعمال ج- المعاملة الحسنة و الانضباط واحترام قوانين المؤسسة. ح- نعم هناك سجلات تقييم رسمية من خلالها يتم تقييم الأعمال وكذا الإحصائيات خ- مراقبة سجلات الطبيب والبطاقة الجواله د- التقارير اليومية والأسبوعية والشهرية والسنوية
السؤال 06	كانت أهم إجابات المدراء حول إجراءات حل المشاكل والأخطاء كما يلي: أ- عقد اجتماعات مع رؤساء المصالح ، وكذا الإداريين والعمال المهنيين . ب- استفسار كتابي للمعنيين بالأمر ، استدعاءهم ومساائلتهم مباشرة. ت- التحري بواسطة جمع التقارير الرسمية والمعاينة الميدانية ث- الاعتماد على القانون و تطبيق التنظيم المعمل به.

تحليل الإجابات المتعلقة بالمحور الرابع :

نستطيع القول بعد استعراضنا لأهم إجابات المدراء في المحور الرابع المتعلق بمدى استناد المدراء في القرارات المتخذة داخل المؤسسة على الحقائق والقوانين، من خلال تحليل النقاط المشتركة بين المبحوثين:

أ- يمكن القول أن مدراء المؤسسات العمومية الصحية يقيمون عمل وأداء كل من الممرض والطبيب بواسطة السجلات الرسمية وحجم النشاطات الموثقة وكذا تقارير رؤساء المصالح وتنقيطهم ، وليس تقييم ذاتي، بل موضوعي علمي.

ب- جميع المدراء يعتمدون في مواجهة المشاكل ومحاولة حلها على القانون ، ويقومون بجمع الحقائق والمعطيات من الميدان عن طريق تقارير رسمية واستفسارات مكتوبة وسجلات الرقابة الدورية.

ت- رغم إقرار المدراء بضرورة الاستناد إلى الحقائق وتطبيق القانون في اتخاذ القرارات ، لكنهم يعترفون بعدم وجود أساليب واضحة موضوعية مشتركة لتقييم أداء العمال و كذلك غياب نظام للحوافز فعال.

خلاصة المحور الرابع :

إن القوانين السارية المفعول تفرض على المدراء عند إتخاذهم لأي قرار إداري كان أو مالي الاعتماد على القوانين والرجوع إليها ، كما وضعت الدولة آليات للرقابة القبلية واللاحقة المتمثلة في مفتشية الوظيفة العمومي والمراقب المالي والمحاسب العمومي ومن هنا استنتج الباحث :

وجود علاقة وطيدة بين إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات العمومية الصحية واعتماد المدراء على القوانين والحقائق في إتخاذ مختلف القرارات المالية والإدارية.

النتيجة الرابعة الخاصة بمحور إتخاذ القرارات استنادا على الحقائق:

مبدأ الإستناد على الحقائق في إتخاذ القرارات ، إحدى مبادئ إدارة الجودة الشاملة موجود بالفعل على مستوى المؤسسات العمومية الصحية ومطبق على أرضية الميدان من طرف المدراء.

5- المحور الخامس: التحسين المستمر

تم توضيح الأسئلة س9 ، س10 ، س11 (أنظر الملحق رقم 05) شفاهيا للمبحوثين والمقصود هنا هل المدراء يستندون إلى سجلات رسمية ، ويعتمدون في اتخاذ قراراتهم على الحقائق ، ويعتبرون القانون مرجع رئيسي في حل المشاكل ، مع الأخذ بعين الاعتبار خصوصية مؤسسات الصحة العمومية ، وفي ما يلي عرض الإجابات في الجدول التالي رقم (30):

رقم السؤال	ملخص الإجابات
السؤال 09	كانت معظم الإجابات حول " كيفية تحسين أداء عمالك " تدور حول : أ- تحسين شروط العمل والتحفيز المعنوي . ب- التقييم الدائم والمستمر لما هو منجز وتقييمه مع ما هو مطلوب . ت- برامج التكوين المتواصل وتحسين المستوى والاجتماعات الدورية ث- سجلات وبطاقات للتقييم
السؤال 10	كانت معظم الإجابات حول " هل تهدف إلى رفع تصنيف مؤسساتكم " تدور حول : نعم جميع المدراء مستعدون للعمل من أجل تحسين تصنيف مؤسساتهم
السؤال 11	كانت أهم الإجابات "حول تحسين معدلات المؤشرات الصحية في مؤسساتكم" كما يلي: أ- تحسين ظروف الاستشفاء والمتابعة الدورية ب- توفير المعدات الطبية و الأدوية بشكل كاف ت- توفير الخدمات والإمكانيات المادية والبشرية ث- التركيز على النظافة والإطعام الجي ج- التكوين

تحليل الإجابات المتعلقة بالمحور الخامس :

نستطيع القول بعد استعراضنا لأهم إجابات المدراء في المحور الخامس المتعلق بمدى قيامهم بعملية التحسين المستمر لأداء العمال وأداء المؤسسة بصفة عامة، ومدى اقتناعهم بأن التحسين هو عملية مستمرة من خلال تحليل النقاط المشتركة بين المبحوثين:

- أ- يمكن القول أن مدراء المؤسسات العمومية الصحية يقتضرون عند القيام بعملية تحسين أداء مختلف فئات الموظفين على تحسين شروط العمل وكذلك التحفيز المعنوي ،
- ب- جميع المدراء مقتنعون بضرورة الاجتهاد من أجل رفع مستوى تصنيف مؤسساتهم إلى المستوى الأعلى.
- ت- يعتقد جميع المدراء أن تحسين المؤشرات الصحية متوقف على حجم الإمكانيات المادية والبشرية ، لكنها شروط متوقفة على الميزانية المالية السنوية الممنوحة من طرف الوزارة الوصية من جهة والتعداد المالي للمناصب المالية من جهة أخرى ، أي أنهم لا يتحكمون بها.

خلاصة المحور الخامس :

رغم قيام المدراء بعملية التحسين الروتينية ، لكنهم غير مقتنعين بها كعملية مستمرة متجددة لذلك ينقصهم التكوين في هذا المجال من أجل استيعاب أهميتها وفهم ميكانيزماتها، و من هنا استنتج الباحث: وجود علاقة وطيدة بين إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات العمومية الصحية وإقتناع المدراء بأن عملية التحسين ليست عملية روتينية بل هي عملية مستمرة تشمل أداء العمال ومستوى الهياكل وجودة الخدمة الصحية وتصنيف المؤسسة بصفة عامة.

النتيجة الخامسة الخاصة بمحور التحسين المستمر:

نستطيع القول في الاخير أن مبدأ التحسين المستمر ، هو المبدأ الوحيد غير المطبق بصفة كاملة من طرف مدراء المؤسسات العمومية الصحية .

المطلب الثالث: التحليل الشامل لنتائج الدراسة الميدانية عن طريق المقابلة

البحثية:

سنستعرض النتائج الجزئية والخلاصة النهائية التي سنجيب فيها عن صحة الفرضية الفرعية الثانية بعد أن كنا قد قدمنا تحليل تفصيلي لنتائج إجابات المبحوثين (المدراء) في المطلب الثاني .

1-استخلاص النتائج الجزئية لتحليل نتائج المقابلة الموجهة للمدراء :

النتيجة الأولى الخاصة بمحور التزام الإدارة العليا: يملك المدراء كل المقومات العلمية والنفسية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات العمومية الصحية وهم مستعدون في نفس الوقت للالتزام بتطبيقها في حال توفرت الشروط القانونية و الظروف اللازمة لذلك.

النتيجة الثانية الخاصة بمحور التركيز على العميل : المدراء المبحوثون متفقين على ضرورة التركيز على العميل (المريض) في بناء جودة الخدمة الصحية في المؤسسات العمومية الصحية، وهم حاليا يقومون بالحد الأدنى من ذلك في واقع تسييرهم.

النتيجة الثالثة الخاصة بمحور مشاركة العاملين: كل المدراء المتقابل معهم يقومون بإشراك العاملين وأخذ رأيهم سواء بواسطة اللجان الاستشارية أو النقابات أو بشكل فردي مباشر.

النتيجة الرابعة الخاصة بمحور إتخاذ القرارات استنادا على الحقائق: مبدأ الإستناد على الحقائق في إتخاذ القرارات ، إحدى مبادئ إدارة الجودة الشاملة موجود بالفعل على مستوى المؤسسات العمومية الصحية ومطبق على أرضية الميدان من طرف المدراء.

النتيجة الخامسة الخاصة بمحور التحسين المستمر: نستطيع القول في الاخير أن مبدأ التحسين المستمر ، هو المبدأ الوحيد غير المطبق بصفة كاملة من طرف مدراء المؤسسات العمومية الصحية .

2-الخلاصة النهائية لنتائج الدراسة الميدانية عن طريق المقابلة:

من خلال الدراسة الميدانية التي قام بها الباحث عن طريق القيام بستة مقابلات ميدانية مع 04 مدراء عامون و 02 مدراء فرعيون لمؤسسات عمومية صحية بولاية الجلفة ، قصد الوقوف على واقع تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة كمبادئ **مطبقة بشكل خام عشوائي** ، وجمع أكبر قدر من التوصيات والاقتراحات المهمة جدا كونها تصدر عن مدراء ذوي خبرة طويلة في مجال التسيير وهنا نستخلص نقطتين هما :

- أ- يمتلك مدراء المؤسسات العمومية الصحية كل المقومات العلمية والنفسية لتطبيق أساليب جديدة في التسيير بصفة عامة وتطبيق إدارة الجودة الشاملة بصفة خاصة ، لكن بشرط وجود سياسة تشجيعية من طرف الوزارة الوصية وتوسيع صلاحيات المدراء من أجل المبادرة لتطبيق أساليب علمية جديدة في مؤسساتنا (قديمة في نشأتها وتطبيقها لدى الدول المتقدمة) .
- ب- وجود أرضية خصبة في القطاع الصحي بالجزائر نظرا لما تتمتع به المؤسسات العمومية الصحية من نظام بشري متنوع (ثلاثة أسلاك: إداري ، طبي وشبه الطبي) من جهة ، ومن جهة أخرى بيئة القطاع التي تتميز بالإضافة للتعقيد بالحيوية ، التغير والتجديد ، ما يجعل إدارة الجودة الشاملة لها مكانتها في مؤسساتنا العمومية الصحية ، لكن هناك مهارات ضرورية يجب أن تتوفر في تكوين المدراء الحاليين و المستقبليين ، حتى يكونوا قادرين على التحسين المستمر لأداء العاملين وتحفيزهم والاستفادة المثلى من كفاءاتهم، وتطبيق إدارة الجودة الشاملة.

ومن هنا يمكن إثبات صحة الفرضية الفرعية الثانية :

" تتوفر المؤسسات العمومية الصحية في الجزائر على المتطلبات القاعدية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة".

خلاصة الفصل الثالث :

بصفة عامة وبعد كل ما توصلنا إليه من نتائج دراستنا التطبيقية بالمؤسسات العمومية الصحية (المؤسسة العمومية الاستشفائية بحاسي بحبح ، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بحاسي بحبح ، المؤسسة العمومية الاستشفائية بالإدرسية ، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالطفل والأم بالجلفة) استخلصنا النقاط التالية :

أ- هناك ضرورة قصوى لتطبيق إدارة الجودة الشاملة ، من أجل استيعاب احتياجات المريض من جهة والقدرة على التحسين المستمر لأداء العاملين والاستفادة الفعالة من كفاءتهم من جهة أخرى.

ب- إن للمورد البشري دور كبير (مهما كان عمله أو منصبه) في تحسين جودة الخدمة الصحية .

ت- لا يمكن اعتبار المورد البشري كآلة يمكن اهلاكها لتعويضها بأخرى إنما الموظف أو العامل في حد ذاته هو طاقة متجددة ومهمة يجب العمل على المحافظة عليها وتحسين أدائها بصفة مستمرة.

ث- المركزية في اتخاذ القرارات عائق كبير يقف في وجه تطبيق أساليب جديدة في التسيير مثل إدارة الجودة الشاملة .

ج- تراكم المسؤوليات على شخص معين قد يؤدي إلى عدم تركيزه في العمل (التفكير في إنهائه فقط) ، مما يحتم على المدراء من تفويض بعض المهام وإشراك العاملين في اتخاذ بعض القرارات

ح- قلة التحفيز وانحصار الموجود منه في الجانب المادي أدى إلى حصر تفكير العمال في المقابل المادي فقط.

خ- وجود العلاقة الطيبة والثقة المتبادلة بين العاملين من جهة وبين العاملين ومسؤوليهم من جهة أخرى ، تؤدي لرفع مستوى أداء المؤسسة بصفة عامة .

يمكن القول بعد إثباتنا لصحة الفرضيتين الفرعيتين الأولى والثانية في المبحث الثاني والثالث على التوالي ، أن المؤسسات العمومية الصحية بحاجة قصوى لتطبيق إدارة الجودة الشاملة من أجل تحسين جودة خدماتها الصحية وزيادة مستوى رضا المرضى ومرتفقي القطاع الصحي.



الخاتمة العامة

الخاتمة العامة :

من خلال الموضوع الذي حاولنا دراسته عن طريق هذه المذكرة الذي يتكلم عن إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الصحية بالإضافة إلى دراسة الحالة التي قمنا بها بالمؤسسات العمومية الصحية بالجلفة ، يمكن الإقرار بأهمية إدارة الجودة الشاملة في تحقيق القيمة المضافة للمؤسسة ، و قد أدى هذا إلى تغيير النظرة لجودة الخدمة الصحية من مجرد متغير تابع إلى متغير استراتيجي أساسي حاليا ، مما أدى إلى ضرورة تطبيق أسلوب وفلسفة ومنهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الصحية و من ثم ضرورة تضمينها في عملية بناء و تكوين الاستراتيجيات ، و كل هذا قد ساعدنا على التأكد من صحة أو خطأ الفرضيات التي قمنا بوضعها

إثبات صحة الفرضية الفرعية الأولى:

" تفعيل أساليب الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الصحية سيصل بها إلى مستويات عالية من رضا مرتفقي القطاع بصفة عامة والمرضى بصفة خاصة " .

وقد اثبتنا صحة هذه الفرضية من خلال الخلاصة النهائية لتحليل نتائج الاستبيان التي مفادها أنه هناك علاقة طردية بين الاهتمام بأبعاد جودة الخدمة الصحية (الإعتمادية ، الاستجابة ، الملموسية الضمانية والأمان ، التعاطف) عن طريق تفعيل أساليب الجودة الشاملة وبين الوصول إلى مستويات عالية من رضا مرتفقي القطاع بصفة عامة والمرضى بصفة خاصة .

إثبات صحة الفرضية الفرعية الثانية :

- " تتوفر المؤسسات العمومية الصحية في الجزائر على المتطلبات القاعدية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة " .

وقد اثبتنا صحة هذه الفرضية من خلال الخلاصة النهائية لتحليل نتائج المقابلات مع المدراء التي مفادها أنه هناك علاقة وطيدة وقوية بين توفر الإمكانيات المادية والكفاءات البشرية والاستعداد النفسي والعلمي للمدراء و بين القدرة على تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الصحية.

وبالتالي نثبت صحة الفرضية الرئيسية التي تقول :

المؤسسات العمومية الصحية في الجزائر، بحاجة ماسة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة و هي تمتلك كل المقومات المادية والكفاءات البشرية لذلك، التي بدورها تساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية وزيادة رضا المريض.

ونقدم إجابة نهائية لإشكالية الدراسة المطروحة :

يملك مدراء المؤسسات العمومية الصحية في الجزائر الاستعداد العلمي والنفسي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في مؤسساتهم ، كما تتوفر هذه الأخيرة على المتطلبات القاعدية اللازمة من إمكانيات مادية وكفاءات بشرية للاستفادة من مناهج التسيير الحديثة في رفع معدلات الأداء بصفة عامة وتحسين جودة الخدمات الصحية بصفة خاصة، والتي من أبرز هذه المناهج نجاعة في مجال الصحة إدارة الجودة الشاملة .

توصيات و اقتراحات :

- يجب على جميع العمال والموظفين تحمل مسؤولية جودة الخدمة الصحية المقدمة ، لأنه لا يمكن التوصل لجودة صحية نوعية شاملة إلا بتضافر الجهود على جميع المستويات الإدارية والتقنية والصحية - أطباء أو شبه طبيين أو كانوا إداريين وعمال مهنيين -.

- يجب على المدراء التركيز على المريض (العميل) في بناء خططهم وتصحيح أخطائهم من خلال فتح أبواب الاقتراح من جهة ، وتحليل نتائج وحجم النشاطات الصحية المقدمة من جهة ثانية.
- يجب على مدراء المؤسسات الصحية العمومية المبادرة في تشكيل لجنة لتقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة وتبني نتائج التقييم والعمل على تقويم وتصحيح ما يمكن إصلاحه .
- على مسؤولي المصالح الصحية متابعة رؤوسهم في كيفية المعاملة والتواصل مع المريض وإعطائهم النصائح المناسبة لكل حالة خاصة للموظفين الجدد وذلك لبناء ثقافة تنظيمية صحية على مستوى كل مؤسسة.
- على الوزارة الوصية تبني إدارة الجودة الشاملة كمنهج للتحسين نوعية الخدمة الصحية المقدمة وإدراجه ضمن الهياكل التنظيمية للمؤسسات العمومية الصحية .
- اقتراح تشكيل لجنة على مستوى الوزارة الوصية لمراقبة نوعية وجودة الخدمة الصحية ومتابعة تحسينها .

مواضيع بحث كأفاق لدراسات مستقبلية :

- 1- منهج *سنة سيقمه* للتقليل من الأخطاء الطبية في المؤسسات العمومية الصحية .
- 2- الأساليب الحديثة في التسيير الاستشفائي
- 3- بين مخرجات التعليم العالي و واقع علم الشغل
- 4- تطبيق الإدارة الاستراتيجية في القطاع الاقتصادي العمومي في الجزائر



قائمة المراجع

قائمة المراجع:

1- قائمة المراجع باللغة العربية :

1-1 قائمة الكتب :

1. أحمد سيد مصطفى، محمد مصيلحي الأنصاري، إدارة الجودة الشاملة وتطبيقاتها في المجال التربوي، منشورات المركز العربي للتعليم والتنمية، قطر، 2002 .
2. توفيق محمد عبد المحسن، تخطيط ومراقبة جودة المنتجات: مدخل إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، القاهرة، 1995 .
3. ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2005.
4. خضير كاظم محمود، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى ، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، عمان، 2000.
5. زايد مراد ،الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات (مدخل تسيير المؤسسات)، دار الخلدونية ، الجزائر، 2012 .
6. زهير حنفي علي، المستحدث في الإدارة العليا للمستشفيات، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة، 1988.
7. سعد خالد، الجودة الشاملة: تطبيقات على القطاع الصحي، دار وائل للنشر والتوزيع ، عمان، 2004.
8. سعيد محمد الشيمي، الجودة الشاملة وثقافة مديري شركات الأعمال العام، كتاب الكتروني، 2002.

9. الطعامنة محمد ، مخيمر عبد العزيز ، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات ، المنظمة العربية للتنمية الإدارية ، القاهرة ، 2008 .
10. طلال بن عايد الأحمدى، إدارة الرعاية الصحية، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، 2004.
11. عبد العزيز بن حبيب نياز، جودة الرعاية الصحية: الأسس النظرية والتطبيق العملي، وزارة الصحة، الرياض، 2005.
12. عبد الوهاب العزاوي ، أنظمة الجودة والبيئة، الطبعة الأولى ، دار وائل للنشر والتوزيع ، عمان ، 2002.
13. علي السلمي، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهل للأيزو 9000، دار غريب للطباعة والنشر، 1995.
14. عمر وصفي عقيلي، الإدارة المعاصرة "التخطيط-التنظيم-الرقابة"، دار زهران للنشر والتوزيع ، عمان ، بدون سنة نشر .
15. فاتن أحمد أبوبكر، موسى بنت محمد الزومان، معوقات ومقومات تطبيق إدارة الجودة الكلية في الأجهزة الحكومية بالمملكة العربية السعودية: بحث تطبيقي على مدينة الرياض، الرياض، معهد الإدارة العامة، 2000.
16. فريد النجار، إدارة الجودة الشاملة والإنتاجية والتخطيط التكنولوجي للتميز والريادة والتفوق، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2007 .
17. فريد توفيق نصيرات ، إدارة منظمات الرعاية الصحية ، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان، 2008 .

18. فريد راغب النجار، إدارة الإنتاج والعمليات والتكنولوجيا، مدخل تكاملي تجريبي، مكتبة الإشعاع للنشر، الإسكندرية، 1997.
19. فريد عبد الفتاح زين الدين، تخطيط ومراقبة الإنتاج، مدخل إدارة الجودة، دار الكتب، القاهرة، 1997.
20. قاسم علوان، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الايزو 9001 و 2000 ، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005 .
21. كسنة أمحمد ، مواضيع متنوعة في إدارة الأعمال ، الطبعة الأولى ، غرناطة للنشر والتوزيع ، الجزائر ، 2009.
22. كيميائي محمد إسماعيل عمر ، أساسيات الجودة في الإنتاج، دار الكتب العلمية للنشر والتوزيع، القاهرة، 2000.
23. مأمون سليمان الداركة ، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء الطبعة الأولى ، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2006.
24. مأمون سليمان الداركة ، طارق شبل وآخرون، إدارة الجودة الشاملة، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2002 .
25. محمد الصغير بعلي ،يسري أبو العلاء، المالية العامة، دار العلوم للنشر والتوزيع ،عنابة، 2003.
26. محمد العزاوي، الإنتاج وإدارة العمليات (منهج كمي تحليلي) ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2006 .
27. محمد رياض، دليل تأهيل المنظمات العربية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2002.

28. محمود خليل الشاذلي، آخرون، طب المجتمع، الأكاديمية العالمية للنشر والطباعة، بيروت، 1999.
29. نبيل محمد مرسى، استراتيجية الإنتاج والعمليات، الدار الجامعية، مصر، 2002.
30. نصيرات فريد توفيق، إدارة المستشفيات، إثراء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008.
31. هاشم أحمد عطية، محمد عبد ربه، النظام المحاسبي ونظام محاسبة التكاليف في المنشآت الخدمية: المستشفيات، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2000.
32. هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، عمان، 2002.
33. الهواري السيد، الإدارة: الأصول والأسس العلمية، مكتبة عين الشمس الكبرى، مصر، 1996.
34. وليد عبد الرحمان خالد الفرا، تحليل بيانات الاستبيان بواسطة الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية، كتاب الكرتوني 2010.

1-2 قائمة المذكرات :

35. بويوسف عصام الدين زهير، نظام تسيير المستشفيات في الجزائر، مذكرة ماجستير في العلوم الاقتصادية، تخصص علوم التسيير، جامعة الجزائر، 1993.
36. تونزة ياسمين، التوظيف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية، مذكرة نهاية الدراسة، المدرسة الوطنية للمناجمنت وإدارة الصحة، ديسمبر 2012.
37. تيشات سلوى، أثر التوظيف العمومي على كفاءة الموظفين بالإدارات العمومية الجزائرية، مذكرة ماجستير في علوم التسيير، تخصص تسيير المنظمات، جامعة أمحمد بوقرة بومرداس، 2010.

38. رورة عادل ، وظيفة مديرية الموارد البشرية في المركز الاستشفائي الجامعي ، مذكرة نهائية الدراسة ، المدرسة الوطنية للإدارة، 2005.
39. سيد احمد حاج عيسى ، أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية ، أطروحة دكتوراه في العلوم التجارية ، تخصص تسويق ، جامعة الجزائر 03 ، 2012.
40. العابد محمد ، أثر تفعيل منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية ، مذكرة ماجستير في علوم التسيير ، تخصص الاقتصاد التطبيقي في إدارة الأعمال والمالية ، جامعة المدية ، 2010.
41. عبد الله حمادو ، التغيير التنظيمي وأثره على تحسين جودة الخدمات في المؤسسات الصحية الجزائرية ، مذكرة ماجستير في علوم التسيير ، تخصص إدارة الأعمال ، جامعة البليدة 02 ، 2014.
42. عدمان مريزق ، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية ، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007-2008.
43. قندور نوال، تحسين الجودة عن طريق مراقبة الجودة وتكاليف اللاجودة ، مذكرة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2001.
44. لوشاحي احمد خير الدين، الجودة ومدى تطبيقها في المؤسسة الاقتصادية الجزائرية، مذكرة ماجستير غير منشورة، المدرسة العليا للتجارة، الجزائر، 2003.
45. مازن عبد العزيز عبد الحميد مسودة، أثر تطوير الموارد البشرية في تحقيق الجودة الشاملة، أطروحة دكتوراه فلسفة في إدارة الأعمال غير منشورة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، السودان ، 2004.

46. محمد بن عبد العزيز العميرة ، علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي في القطاع الصحي من وجهة نظر العاملين في مركز الأمير سلطان لمعالجة أمراض وجراحة القلب للقوات المسلحة بمدينة الرياض، دراسة مقدمة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في العلوم الإدارية، الرياض، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، 2003
47. محمد بن عمر، الدور الاستراتيجي للموارد البشرية في المؤسسات الاقتصادية ، مذكرة تخرج ليسانس علوم التسيير ، تخصص إدارة أعمال، جامعة البليدة ، 2008
48. محمد بن عمر، الدور الاستراتيجي لمدير الموارد البشرية ، مذكرة نهاية الدراسة ، المدرسة الوطنية للمناجمنت و إدارة الصحة ، الدفعة الثانية ، 2013 .
49. محمود فاروق عبد الله ، نظم المعلومات الصحية وأثرها على ضمان جودة الرعاية الطبية في الأردن، أطروحة مقدمة إلى المعهد القومي للإدارة العليا، أكاديمية السادات للعلوم الإدارية للحصول على درجة "الزمالة" في إدارة المستشفيات والخدمات الصحية، مصر، 1999.
50. مقراني عبد العزيز، دور إدارة المدير للوقت في تحسين تسيير المؤسسة الصحية ، مذكرة نهاية الدراسة ، المدرسة الوطنية للمناجمنت وإدارة الصحة ، الدفعة الأولى 2012.
51. نجاه صغيرو ، تقييم جودة الخدمات الصحية (دراسة ميدانية) ، مذكرة ماجستير في علوم التسيير، تخصص اقتصاد تطبيقي وتسيير المنظمات ، جامعة الحاج لخضر باتنة ، 2012.
52. هيفاء بنت فؤاد مختار، دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمة الصحية: دراسة تطبيقية على اتجاهات المرضى ورؤساء الأقسام في مستشفى الملك فهد بمحافظة جدة، مذكرة ماجستير في إدارة الأعمال، كلية الاقتصاد والإدارة، جامعة الملك عبد العزيز، الرياض، 2003.

3-1 المجالات (بحوث علمية ، مقالات علمية):

53. بن عنتر عبد الرحمن، إدارة الجودة الشاملة كتوجه تنافسي في المنظمات المعاصرة، مجلة الباحث، العدد 06، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة. 2008.
54. بن لوصيف زين الدين، "تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة"، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 01، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سكيكدة، 2003 .
55. حنان الأحمدى "تحسين الجودة: المفهوم والتطبيق في المنظمات الصحية" مجلة دورية الإدارة العامة، المجلد الأربعون، العدد الثاني، مركز البحوث ، معهد الإدارة العامة، الرياض، 2000.
56. علي سكر عبود وآخرون، تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد 11، العدد الثالث، بغداد، 2009 .
57. فاتن أحمد أبو بكر، موسى بنت محمد الزومان، معوقات ومقومات تطبيق إدارة الجودة الكلية في الأجهزة الحكومية بالمملكة العربية السعودية: بحث تطبيقي على مدينة الرياض، معهد الإدارة العامة، الرياض، 2007 .
58. محمد عباس ديوب، هنادي رمضان عطية، إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية ومشفى باسل بطرطوس، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 27، 2005.

4-1 الملتقيات :

59. عدمان مريزق ،عدمان محمد ، التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية، المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالجزائر نموذجا، الملتقى الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة، جامعة سعد دحلب البليدة، 2011.
60. لواج منير و جبلي حسبية ، المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية: أساس التسيير التقديري للموارد البشرية في المؤسسات والإدارات العمومية الجزائرية ، مداخله ضمن ملتقى : تسيير الموارد البشرية: التسيير التقديري للموارد البشرية و مخطط الحفاظ على مناصب العمل بالمؤسسات الجزائرية، جامعة محمد خيضر بسكرة ، فيفري 2013

5-1 التقارير:

61. محمد بن عمر ، تقرير التربص الأول على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية بالجلفة ، المدرسة الوطنية للمناجمنت وإدارة الصحة : جوان 2012 .
62. وزارة الصحة والسكان ، تقرير عام حول النظام الصحي الجزائري 1990.
63. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ، الندوة الأولى حول إصلاح المؤسسات الاستشفائية ، التقرير النهائي ، جوان 2011.
64. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر، في 17 جانفي، 2003.

1-6 القوانين والتشريعات :

65. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 104 ،الأمر رقم 73-65 ، الصادر في 03 ذو الحجة 1393 هـ، الموافق ل 28 ديسمبر 1973 م، يتضمن قانون المالية لسنة 1974 م المتعلق بتأسيس الطب المجاني.

66. قانون رقم 90-14 مؤرخ في 2 فيفري سنة 1990 يتعلق بكيفيات ممارسة الحق النقابي، المعدل والمتمم.

67. القرار الوزاري المشترك مؤرخ في 15 يناير 2012 ، يتضمن تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية وشروط الالتحاق بالمناصب العليا التابعة لها وكذا الزيادة الاستدلالية المرتبطة بها الصادر في الجريدة الرسمية العدد 20 سنة 2012

68. المادة 20 من المرسوم التنفيذي رقم 07-140، مؤرخ 11 مايو 2007، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

69. المادة 11 و 12 من المرسوم التنفيذي رقم 07-140، مؤرخ 11 مايو 2007، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

70. المادة 21 من المرسوم التنفيذي 07-140، المتعلق بإنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها

71. المادة 23 للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20 ديسمبر 2009 المتضمن التنظيم الداخلي

72. المادة 24 من المرسوم التنفيذي 07-140، المتعلق بإنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها

73. المادة:04 من القرار الوزاري المشترك والمؤرخ في 20/12/2009 الذي يحدد الهيكل

التنظيمي الداخلي للمؤسسة العمومية الاستشفائية

74. المرسوم التنفيذي ، رقم 88-204 ، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الشعبية

الديمقراطية ، سنة 2008.

75. المرسوم التنفيذي رقم 07-140 ، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية

الشعبية ، سنة 2007 ، المادة رقم 04.

76. المرسوم التنفيذي رقم 97-465 ، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية

الشعبية ، العدد 81، بتاريخ 10 ديسمبر 1997 .

77. المرسوم التنفيذي رقم 97-467 ، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية

الشعبية ، العدد 81، بتاريخ 10 ديسمبر 1997 .

78. مرسوم رقم 84-10 مؤرخ في 14 يناير 1984 يحدد اختصاص اللجان المتساوية

الأعضاء وتشكيلها وتنظيمها وعملها.

1-7 المواقع الإلكترونية :

79. محمد بن علي الغامدي، مفاهيم الجودة أساس لتوحيد الجهود، موقع إلكتروني

، www.Saaaid.net/aldawah/151.htm ، تاريخ الاطلاع 10 جوان 2015.

-2 قائمة المراجع باللغة الفرنسية :

80. Jambart. C , L'assurance qualité : les normes ISO 9000 en pratique ,2ème édition, Economica, Paris, p14.
81. A Belghiti, Alaoui, **Principes Généraux de Planification à l'Hôpital**, Rabat: Sans Edition, 2005.
82. Arrête N°64/MSP du 17/11/1998 portant création d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales au niveau des établissements de santé.
83. Bertrand Louapre, **La qualité s'il vous plaît !**, les éditions d'organisation, Paris, 1992.
84. Claveranne J-P, Vinot D, Fraisse S. et al. **Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé**, Rapport pour la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, 2003,.
85. Daniel Boéri , **Maitriser la qualité ,tout sur la certification et la qualité totale-les nouvelles normes ISO 9001-v.2000**,maxima , paris ,2003 , 2em edition , .
86. Décision N° 178/MSP/MIN du 15 aout 1996 portant creation d'une commission des urgences au niveau des établissements publics de santé.

87. Franco, Lynne Miller et autres, **Pérenniser la Qualité des Soins de Santé: L'Institutionnalisation de l'Assurance de Qualité**,
www.directedcreativity.com/pages/ ComplexityWP.htm.
88. http://www.santemaghreb.com/actualites/0703/0703_27.htm, El Moudjahid **Les 6 dossiers de la réforme hospitalière** , – Algérie –
26/07/2003 , regarde le 07/04/2015 a 16:17 .
89. instruction N° 10/MSP/MIN du 6 mai 2002 relative aux commissions d'hygiène et de sécurité.
90. Jacques, Bouget, Charles, Honnorat, **Démarche qualité en médecine, Module "Apprentissage de l'exercice médicale"**, France, Faculté de Médecine de Rennes, Mars 2004.
91. Jean-Claude Guinamard, **Politique sociale de l'entreprise, des bases pour agir: salaires, emploi, partenaires sociaux, protection sociale**, édition EYROLLES, Paris, France 1992.
92. Keddad, N. Daméche, N, **Politique de santé et réforme hospitalière: Planification sanitaire**, Atelier n° 06, , Alger, conférence nationale 3–5 Février, 2011.
93. Krebs. G et Mougin Y, (2003), **Les nouvelles pratiques de l'audit qualité interne**, AFNOR, Paris.

3- قائمة المراجع باللغة الإنجليزية :

94. David. Goetsch, & Stanley Davis, Introduction to Total Quality:
Quality, Productivity, Competitive
95. Paul, T. J, James, **Total Quality Management**, First Edition
Prentice Hall, London, 1996.

الملاحق

ملحق رقم 01- بطاقة تقنية للمؤسسة العمومية الاستشفائية بالجللفة

أنشأ أول مستشفى بولاية الجللفة إبان الحقبة الاستعمارية سنة 1885 م، وفي جانفي 1988 م افتتح المستشفى الجديد بحي 05 جويلية وحول المستشفى القديم إلى مدرسة للتكوين الشبه الطبي ومصلحة للأمراض الصدرية والتنفسية، وقد كان مسيرا وفقا للمرسوم رقم 81-242 المؤرخ في 1981/09/05 المتضمن إنشاء قطاعات صحية وتنظيمها والذي أصبح بموجبه مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، ثم جاء المرسوم التنفيذي رقم 97-466 المؤرخ في 1997/12/02 المحدد لقواعد إنشاء تنظيم وسير القطاعات الصحية والذي بين بأن القطاع الصحي أنه مجموعة من الهياكل الصحية العمومية الخاصة بالوقاية، التشخيص والعلاج والاستشفاء. وبموجب المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 2007/05/19 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية تم تحويلها من قطاع صحي إلى مؤسسة عمومية استشفائية والذي تم بموجبه تقسيم القطاع الصحي بالجللفة إلى مؤسسة عمومية للصحة الجوارية تضم الوحدات القاعدية ومؤسسة عمومية استشفائية اوكل لها مهمة التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان وتمتع المؤسسة بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وعرفت بداية نشاطها بهذه الصفة ابتداء من تاريخ 2008/01/01.

مكونات المؤسسة العمومية الاستشفائية:

تتكون المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية الجللفة من مستشفى مركزي ومستشفى فرعي يتكفل بالأمراض الصدرية والتنفسية ووحدة للاستعجالات الطبية الجراحية.

التغطية : تغطي المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية الجللفة

03 دوائر : هي دائرة الجللفة..... ب 339248 نسمة.

دائرة الإدريسية ب 53566 نسمة. (قبل أن تفتح في 15 ديسمبر المؤسسة العمومية الاستشفائية بالإدريسية)

دائرة الشارف ب 48606 نسمة.

07 بلديات (الجللفة ، الإدريسية (قبل أن تفتح في 15 ديسمبر المؤسسة العمومية الاستشفائية بالإدريسية) الشارف ، القديد ، بن

يعقوب ، الدويس ، عين الشهداء)

التغطية الصحية: تتوفر المؤسسة العمومية الاستشفائية بالجللفة على 386 سرير ل 441420 ساكن

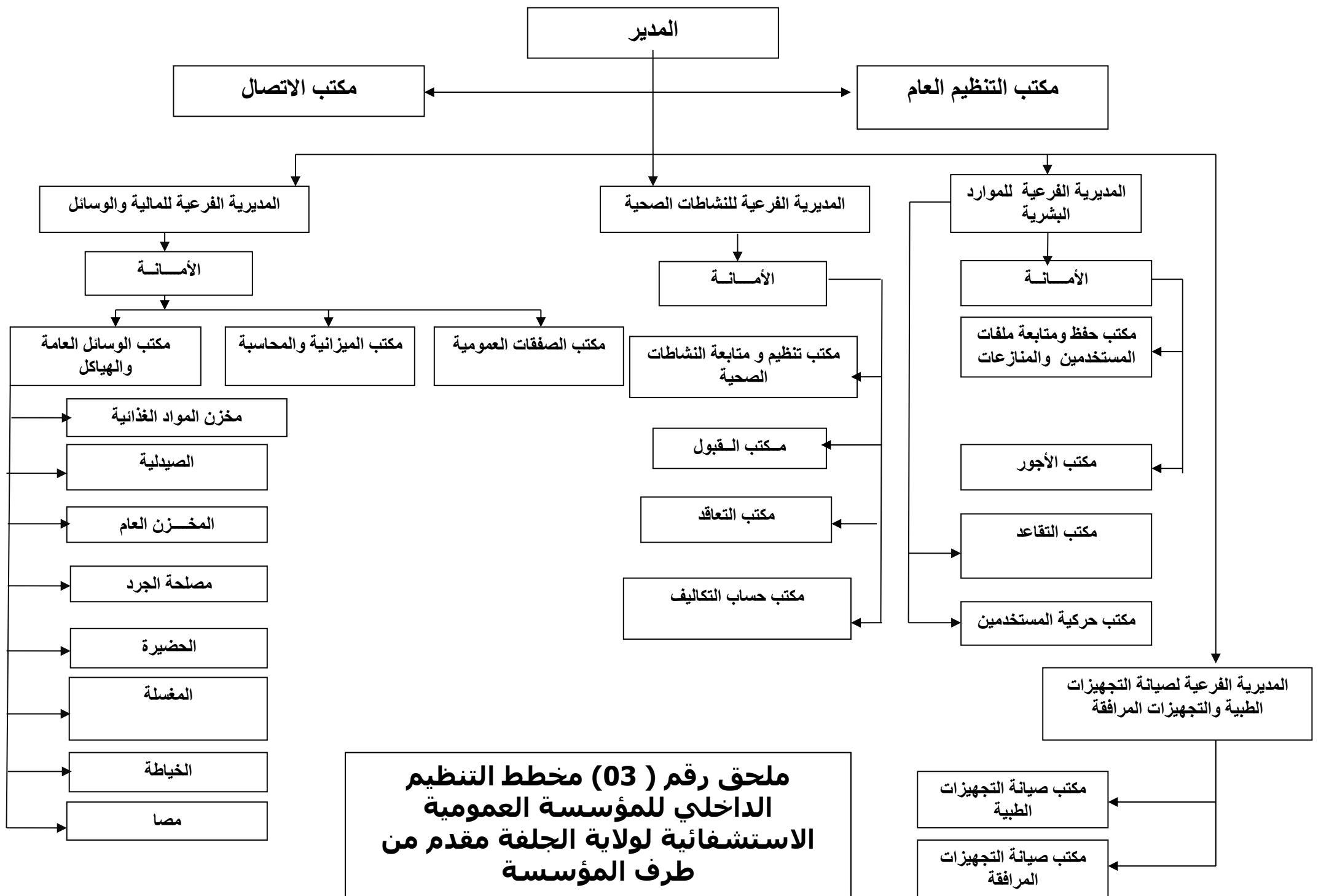
نسبة التغطية الصحية للطب العام	طبيب عام لكل 7744 ساكن
نسبة التغطية الصحية للطب الأخصائي	طبيب أخصائي لكل 9196 ساكن
نسبة التغطية للطب النفسي	طبيب نفسي لكل 147140 ساكن
نسبة التغطية للأسرة الاستشفائية	سرير لكل 1143 ساكن

القائمة العددية للمستخدمين موقوفة بتاريخ

2013 / 10 / 24

الرقم	السلك	العدد	العدد الإجمالي لكل سلك
01	مدير	01	68
02	متصرف رئيسي لمصالح الصحة	03	
03	رئيس متصرف لمصالح الصحة	01	
04	متصرف	08	
05	ملحق رئيسي للإدارة	07	
06	محاسب إداري رئيسي	02	
08	مهندس دولة في المخبر و الصيانة	01	
09	وثائقي أمين محفوظات	01	
10	تقني سامي في المخبر و الصيانة	03	
12	تقني سامي في الإعلام الآلي	02	
13	عون تقني في الإعلام الآلي	01	
14	محاسب إداري	01	
15	ملحق للإدارة	05	
16	عون إدارة رئيسي	06	
17	عون إدارة	10	
18	معاون تقني في الإعلام الآلي	02	
19	عون مكتب	02	
20	عون حفظ البيانات	04	
21	كاتب	06	
22	كاتب مديرية	01	
23	سائق سيارة من الصنف الأول	03	
24	سائق سيارة من الصنف الثاني	02	
25	عامل مهني خارج الصنف	08	

86	09	عامل مهني من الصنف الأول	26
	41	عامل مهني من الصنف الثاني	27
	23	عامل مهني من الصنف الثالث	28
158	158	الأعوان المتعاقدون	29
53	53	الممارسون الأخصائيون المساعدون	30
53	53	الأطباء العامون للصحة العمومية	31
01	01	صيدلي عام	32
356	10	ممرض متخصص للصحة العمومية	33
	01	مخبري متخصص للصحة العمومية	34
	01	عون طبي في التخدير و الإنعاش رئيسي	35
	02	محضر في الصيدلة متخصص للصحة العمومية	36
	140	ممرض للصحة العمومية	37
	23	مخبري للصحة العمومية	38
	17	عون طبي في التخدير و الإنعاش	39
	01	مختص في العلاج الطبيعي و الفيزيائي للصحة العمومية	40
	01	مختص في حفظ الصحة للصحة العمومية	41
	09	مشغل أجهزة التصوير الطبي للصحة العمومية	42
	14	مساعد طبي في الصحة العمومية	43
	02	قابلة	44
	03	محضر في الصيدلة للصحة العمومية	45
	02	ملحق بالمخبر للصحة العمومية	46
	06	بيولوجي للصحة العمومية من الدرجة الأولى	47
	45	ممرض مؤهل	48
	03	مخبري مؤهل	49
	01	مشغل أجهزة الأشعة مؤهل	50
	07	مساعد تمريض رئيسي للصحة العمومية	51
	68	مساعد تمريض للصحة العمومية	53
04	04	نفساني عيادي للصحة العمومية	54
779		المجموع العام	



بسم الله الرحمن الرحيم

يملأ الاستبيان من طرف السادة المرضى..شفاكم الله .. في المؤسسة العمومية
حيث لا يوجد ذكر للاسم ،و تستخدم لأغراض البحث العلمي.

المعلومات الشخصية

01- السن

أقل من 30 عام ☐ 30 ← 50 عام ☐ أكثر من 50 عام ☐

02- الجنس

ذكر ☐ أنثى ☐

03- المستوى الدراسي

ثانوي ☐ جامعي ☐ ليسانس ☐ ماجستير فأعلى ☐

04- عدد مرات التردد على المستشفى:

مرة واحدة ☐ مرتان أو ثلاث مرات ☐ أكثر من ثلاث مرات ☐

05- مدة المكوث في المستشفى :

يوم واحد ☐ يومان ☐ ثلاث ايام ☐ اكثر من ثلاث أيام ☐ يوم

06- قمت اثناء تواجدك بمايلي :

فحص الطبيب العام ☐ فحص الطبيب المتخصص ☐ راديو بالأشعة ☐
تحاليل طبية ☐ عملية جراحية ☐ أخذ أدوية ☐

غير موافق جدا	غير موافق	لا أدري	موافق جدا	موافق	ضع علامة ✖ في الحقل الذي تعتقده أكثر ملائمة لإجابتك
					س1- المؤسسة العمومية الصحية يمكنك الوثوق بها والاعتماد عليها من اجل تلقي العلاج المناسب ؟ س2- عند دخولك الى المستشفى وجدت ما تتوقعه من ظروف جيدة ؟ س3- بمجرد دخولك للمستشفى وجدت في استقبالك ممرض وطبيب شخص حالتك ؟ س4- يجب أن يكون وقت انتظار حضور الطبيب أو تلقي العلاج مناسب ولا يكون طويلا ؟ س5- تشعر أثناء تلقيك العلاج أنك بأيادي آمنة ؟ س6- المستشفى هو المكان الأول الذي نقصده لتلقى العلاج ؟ س7- تشعر في المستشفى بالطمأنينة والأمان ؟ س8- يتمتع أطباء المؤسسة بالمصداقية ويمكننا الوثوق بهم ؟ س9- يتمتع الممرضون بالمصداقية ويمكننا الوثوق بهم ؟ س10- استطاع الطبيب معرفة حالتي ونوع مرضي بعد معاینته لي مباشرة ؟ س11 – يبذل الطبيب جهدا من أجل معرفة حالتي ونوع مرضي؟ س12- بعد معاينة الطبيب لي قام بمشاوره طبيب زميلا له من أجل تشخيص مرضي ؟ س13- يحترم عمال المستشفى المرضى والزائرين ويعاملونهم بطريقة لبقه ؟ س14- يتلقى المريض معاملة حسنة من طرف الممرض ؟ س15- يوجد عون أمن واستقبال قام بتوجيهنا أثناء دخولنا للمستشفى ؟ س16- هناك عون نظافة قام بتنظيف الأوساخ والدم خلال وبعد عملية العلاج ؟

					س17- قاعات العلاج وقاعات الفحص الطبي تتمتع بالنظافة ؟ س18- هناك استعداد وتواجد للأطباء والممرضين من أجل تقديم الخدمة الصحية ؟ س19- يتمتع الأطباء بكفاءة وجدارة في تخصصهم وذلك بعد تشخيص المرض بشكل جيد وإعطاء الوصفة الطبية المناسبة ؟ س20- يتمتع المسيرون للمؤسسة بكفاءة لمساها أثناء تواجدها بالمؤسسة ؟ س21- تتوفر المؤسسة على الإمكانيات والهياكل اللازمة لتوفير الخدمة الصحية للمجتمع ؟ س22- تتوفر المستشفى على المعدات الطبية والمستلزمات التي يحتاجها الطبيب والممرض ومشغل الأشعة والخبري لأداء مهامهم ؟ س23- تتوفر المستشفى على عدد من الأسرة يكفي لاحتواء المرضى ؟ س24- يقدم المستشفى ثلاث وجبات في اليوم للمريض (فطور – غداء – عشاء) س25- وجبة الأكل المقدمة جيدة نوعا ما ؟ س26- هناك حوار دار بيني وبين الطبيب من أجل أن يشرح لي نوع المرض وكيفية العلاج منه ؟ س27- أبواب الإدارة مفتوحة للاستماع لانشغالات المرضى وشكاويهم ؟ س28- يوجد سجل لاستقبال اقتراحات وشكاوي المرضى والزائرين ؟
--	--	--	--	--	---

يعد الإشتيان من طرف الطالب : بن عمر محمد ويدخل ضمن متطلبات التخرج لنيل شهادة الماجستير بجامعة البليدة- 02- .

تحت عنوان :- مكانة إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات الصحة العمومية-

دراسة ميدانية لعينة من المؤسسات العمومية الصحية بولاية الجلفة .

يتم تحرير هذه المقابلة من طرف الباحث بناء على لقاء يوم :

على الساعة : بـ :

مع السيد المدير : بمؤسسة

المنصب : الرتبة :

الخبرة :

السؤال الأول : - هل أنت مستعد لتطبيق أساليب حديثة في التسيير في مؤسستكم في حدود مسؤوليتكم؟
- هل بادرتم بشيء قبل هذا ؟ ماهو ؟

الإجابة :

.....

.....

.....

.....

السؤال الثاني : - هل لديك دراية بمفهوم إدارة الجودة الشاملة ؟

الإجابة :

.....

.....

.....

.....

السؤال الثالث : - هل يتم الاستماع للمرضى والزائرين واخذ رأيهم؟ و ماذا خصصتم لذلك ؟

الإجابة :

.....

.....

.....

.....

السؤال الرابع: كيف تقيمون نوعية الخدمة الصحية المقدمة للمريض؟ وهل تعتمدون على نتائج هذا التقييم في بناء استراتيجيات عملكم؟

الإجابة :

.....

.....

.....

السؤال الخامس: - كيف تقيمون عمل كل من الطبيب والممرض؟ وهل هناك سجلات تقييم رسمية؟

الإجابة :

.....

.....

.....

السؤال السادس : في حالة مواجهتكم مشاكل وأخطاء في العمل ماهي الإجراءات التي تقومون بها من أجل اتخاذ القرار الصحيح؟

الإجابة :

.....

.....

.....

.....

.....

السؤال السابع: - ماهي الطريقة التي تقترحونها في عملية التحفيز المعنوي للموظفين؟

الإجابة :

.....

.....

.....

.....

السؤال الثامن: ما هو رأيك في عملية إشراك العاملين في بعض القرارات المهمة؟

الإجابة :

.....

.....

.....

.....

.....

السؤال التاسع: - كيف تعمل على تحسين أداء عمالك ؟ - هل لديك جدول أو متابعة دورية لذلك ؟
الإجابة :

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

السؤال العاشر: ما هو تصنيف مؤسستكم ؟ وهل تهدف إلى رفع تصنيف مؤسستكم الى التصنيف الأعلى ؟
الإجابة :

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

السؤال الحادي عشر: - ماذا تقترحون لتحسين معدلات المؤشرات الصحية في مؤسستكم ؟
الإجابة :

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

السؤال الثاني عشر: - هل إمكانيات المؤسسة البشرية والمادية تساعد على تقديم خدمة صحية نوعية ؟ ماذا
تقترح ؟

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

السؤال الأخير : هل أنت مستعد لتطبيق برنامج تكويني لفائدة طاقمك الإداري في إدارة الجودة الشاملة ؟
وأن تعمل على توفير المناخ المناسب لنجاحها؟ وماذا تشترط ؟

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

تعد المقابلة من طرف الطالب : بن عمر محمد ويدخل ضمن متطلبات التخرج لنيل شهادة الماجستير بجامعة البليدة- 02-
تحت عنوان :- مكانة إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات الصحة العمومية-
دراسة ميدانية لعينة من المؤسسات العمومية الصحية بولاية الجلفة .

البيادة في : 2013 M. 10

جامعة سعد دحلب بالبيادة

كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير

مصلحة ما بعد التدرج

لرقم: 35... / ك ع ا ت - م م ت / 2013...

الملحق رقم: 06

إلى السيد : مدير المؤسسة الجامعية للدراسات والبحوث

بجامعة جيج الحلف

الموضوع : طلب إجراء تربص

سيدي،

يتشرف السيد نائب العميد المكلف بما بعد التدرج والبحث العلمي والعلاقات الخارجية بالكلية، أن يرفع

لسيادتكم احترامه وإتباعه لتقديم قبول :

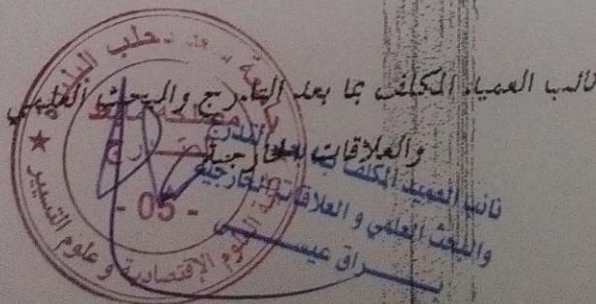
الطالب : ... بن محمد ...

فرع : علوم التسيير

تخصص : إدارة أعمال (مدير)

لإجراء تربص لدى مؤسستكم

تقبلوا منا فائق التقدير والاحترام .



سلمت هذه الوثيقة للطلاب لاستعمالها في حدود ما يسمح به القانون .

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

البلدية في : ٨.٨.٢٠١٣. ٢٠١٣

الملحق رقم: 08

جامعة سعد دحلب بالبلدية

كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير

بصلاح ما بعد التدرج

لرقم : / ك ع ا ت - م م ت /

إلى السيد : مدير المؤسسة العمومية للتعليم

بمسعد - البلدية

الموضوع : طلب إجراء تربيص

سيدي،

يتشرف السيد نائب العميد المكلف بما بعد التدرج والبحث العلمي والعلاقات الخارجية بالكلية، أن يرفع

لسيادتكم احتراماً التماسه قصد قبول :

الطالب : بن بن بن

فرع : علوم تسيير

تخصص : إدارة أعمال

لإجراء تربيص لدى مؤسستكم

تقبلوا منا فائق التقدير والاحترام .

نائب العميد المكلف بما بعد التدرج والبحث العلمي



البلدية في : ١٩٠٠ - ١١ - ٢٠١٣

الملحق رقم: 09

جامعة سعد دحلب بالبلدية

كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير

مصلحة ما بعد التخرج

لرقم: 533/ك ع ا ت - م م ت / 1303

إلى السيد : مدير الصحة والسكان
وإصلاح مسكنات لولاية الجلفة
ASP de Djelfa

الموضوع : طلب إجراء تربيص

سيدي،

يتشرف السبأه لائب العميد المكلف بما بعد التخرج والبحث العلمي والعلاقات الخارجية بالكلية، أن يرفع

لسيادتكم اأخترمة التماسه تقصدا قبول :

السطالب : بن عجلل دجلل

فرع : علوم لئسئس

تخصص : مناجبئس باءارة أعمال

لأجراء تربيص للءى مؤسسئكم

تقبلوا منا فائق التقءير والاعتراف .

لائب العميد المكلف بما بعد التخرج والبحث العلمي



البلدية في : 15-14-13

المنقح رقم: 10

جامعة سعد دحلب بالبلدية

كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير

مصلحة ما بعد التدرج

لرقم : 3.3.ك / ع ا ت - م م ت / 13.13.13

إلى السيد : مدير المؤسسة العمومية

للمصلحة الجوية بالبلدية

EPSP de Djelfa

الموضوع : طلب إجراء تربص

ميسرادي،

يتشرف السيد نائب العميد المكلف بما بعد التدرج والبحث العلمي والعلاقات الخارجية بالكلية، أن يرفع

لسيادتكم اختتمرة التماسه قصد قبول :

الطالب :

فرع : علوم التسيير

تخصص : ماجستير في إدارة الأعمال

لإجراء تربص لدى مؤسستكم

تقبلوا منا فائق التقدير والاحترام .



سلمت هذه الوثيقة لمتأليب لاستعمالها في حدود ما يسمح به القانون .

التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بحاسي بحبح (العقيد احمد بوقره) :

1- نبذة تاريخية : فتحت المؤسسة أبوابها يوم 1985/10/10 حيث ضمت عدة مجتمعات و مراكز صحية و قاعات علاج و بمطلع التسعينات 1991 استفادت من خبرات أطباء عسكريين . و بالتالي فتحت مجالا رطبيا لاستقطاب الكثير من المرضى و مع انتهاء مهمة الفرق العسكرية بمطلع سنة 2002 بدأت المؤسسة بإعادة هيكلتها من جديد للحصول على أطباء متخصصين جدد . و تجدر الإشارة أنها أنشئت سنة 1985 حيث كانت تسمى "القطاع الصحي بحاسي بحبح " من الفئة 'ج' ضم المستشفى و المراكز القاعدية أما سنة 2007 و بصدر المرسوم رقم 140-07 تغير الهيكل التنظيمي و انقسم القطاع الصحي إلى مؤسسة عمومية استشفائية تضم المستشفى و الاستعجالات ومؤسسة عمومية للصحة الجوارية تضم العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج بالنسبة للمؤسسة العمومية الاستشفائية بحاسي بحبح تحتوي على المصالح الاستشفائية التالية :

***المصالح الاستشفائية :** و تتمثل في

- | | | |
|----|----------------|---------|
| 1- | الاستعجالات | 35 سرير |
| 2- | الجراحة العامة | 52 سرير |
| 3- | الطب العام | 54 سرير |
| 4- | قسم الولادة | 26 سرير |
| 5- | جراحة العظام | 25 سرير |
| 6- | أمراض النساء | 17 سرير |
| 7- | طب الأطفال | 23 سرير |
| 8- | حديثي الولادة | 12 سرير |
| 9- | تصفية الدم | 16 سرير |

مصالح الدعم : الأشعة – المخبر – غرفة العمليات – الصيدلية*

الهيكل التنظيمي للمؤسسة:

المؤسسة العمومية الاستشفائية تعتبر مؤسسة عمومية متنوعة الاختصاصات لكي تحقق الأهداف التي أنشئت من أجلها وعلى رأسها خدمة المريض ومعالجته حيث تنقسم إلى مصالح استشفائية لها علاقة مباشرة مع المريض وإلى مصالح إدارية تسهر على حسن سير المصالح الاستشفائية لأداء واجباتها على أكمل وجه.

* المديرية الفرعية للموارد البشرية.

* المديرية الفرعية للمالية والوسائل.

* المديرية الفرعية للمصالح الصحية.

* المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية المرافقة.

أما في ما يخص تعداد المستخدمين فهم كالآتي:

- الأطباء المختصين 16 موزعين على التخصصات التالية: (الجراحة العامة 05، طب الأطفال 01، جراحة العظام 03، الطب الداخلي 01، التخدير والإنعاش 01، طب الاعصاب 01 و جراح أطفال 01) بالإضافة لـ 04 أطباء أجنب كوبيين 03 منهم تخصص ولادة وامراض نساء و 01 تخصص انعاش وتخدير.

- الأطباء العامين 28.

- مستخدمى الشبه طبي في كل التفرعات 200.

- المستخدمين الإداريين 44.

- الأعوان التقنيين و أعوان المصالح 167.

- الصيدلاني 01.

- عيادي نفساني 01.

*نشاطات المؤسسة العمومية الإستشفائية خلال السداسى الأول لسنة 2014:

- عدد المرضى المستشفون : 11653

- نسبة الأسر المشغولة : 41.12

- عدد العمليات الجراحية: 911

- عدد الحصص لتصفية الدم : 3726

- نشاط الأشعة : 12778

- نشاط المخبر : 80101

الأمراض المصرح بها إجباريا خلال السداسى الأول 2014 :

- Brucellose : 02 cas

- rougeole : 01 cas

- Piqure de Scorpion: 121 cas

- la gale : 01

- Méningite : 01 cas

- morsure de Rat : 01 cas

- Varicelle : 03 cas

- tuberculeuse : 01 cas

- morsure de chien : 10 cas

- KHF : 02 cas

- Intoxication alimentaire : 11 cas

- Hépatite B : 01 cas

- Intoxication médicamenteuse : 02 cas

Résumé d'étude

Cette étude vise à analyser l'impact et la possibilité de l'application du management de la qualité totale dans les établissements de santé publics algériens à l'étude, Pour atteindre cet objectif un questionnaire a été conçu et distribué à un échantillon de patients qui ont été sélectionnés selon la méthode échantillon aléatoire dans les différents hôpitaux de la wilaya de Djelfa, aussi un questionnaire a été réalisé et qui est destiné aux directeurs (directeurs généraux et sous directeurs) aux mêmes établissements étudiées,

Les résultats de l'étude a révélé à travers le questionnaire d'avoir un effet positif entre prendre soin des différents niveaux de service de santé (fiabilité, réactivité, tangibilité, de la sécurité, de l'empathie) et l'accès à des niveaux élevés de satisfaction des utilisateurs de ce service de santé en général et les patients, en particulier,

Et comme la qualité totale l'activation des méthodes la qualité totale conduit à perfectionner les différents niveaux de service de santé ,donc l'application management de la qualité totale dans les établissements de santé publique conduit à la satisfaction des patients d'une part, et d'améliorer leur performance globale d'autre part,

On trouve également les résultats de l'étude réalisée par le questionnaire de recherche avec les gestionnaires d'avoir un terrain fertile pour l'application de management de la qualité totale ,

Nous sommes arrivés à la conclusion que l'existence d'une préparation scientifique et psychologique et une acceptation par les responsables pour l'application de management de la qualité totale dans leur approche de la gestion, à condition que le ministère tutelle prendre en charge la disponibilité des moyens matériels et humains, ainsi des formations continue concernant ses méthodes de gestion et suivre les développements scientifiques dans le domaine de la gestion de la santé

Mots-clés: la qualité , La qualité des services de santé, la Gestion de la qualité totale , Les établissements de sante , la Gestion dans les établissements public de sante algérien