وزارة التعليـم العالـي والبحـث العلمـي
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

UNIVERSITE
Abdelhamid Ibn Badis
MOSTAGANEM

جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم

كلية الحقوق و العلوم السياسية

المرجع: .....

قسم : القانون العام

مذكرة نهاية الدراسة لنيل شهادة الماستر

تسير المصالح الصحية واثره في تحسين الخدمة الصحية

ميدان الحقوق و العلوم السياسية

الشعبة: الحقوق

التخصص: القانون الطبي

من إعداد الطالبة :

-كلويلي محجوبة

تحت إشراف الأستاذة :

-خراز حليمة

أعضاء لجنة المناقشة

الأستاذة	بلباي إكرام	رئيسا
الأستاذة	خراز حليمة	مشرفة مقررة
الأستاذة	بن قارة مصطفى عائشة	مناقشا

السنة الجامعية: 2020/2019

نوقشت يوم:**2020/08/31**

الإهداء

أهدي هذا العمل إلى أعز ما يملك الإنسان في هذه الدنيا إلى ثمرة نجاحي إلى من أوصى بهما الله سبحانه وتعالى :

" وبالوالدين إحسانا "

إلى الشمعة التي تحترق من أجل أن تضئ أيامي إلى من ذاقت مرارة الحياة وحلوها، إلى قرة عيني وسبب نجاحي وتوفيقي في دراستي إلى

" إمي العزيزة بلهودج عائشة "

أطال الله في عمرها

إلى الذي أحسن تربيتي وتعليمي وكان مصدر عوني ونور قلبي وجلاء حزني ورمز عطائي ووجهني نحو الصلاح والفلاح إلى

"أبي " العزيز عبد القادر"

إلى اختي وجميع أفراد عائلتي

إلى أستاذتي **" خراز حليمة "** و جميع الأساتذة الأجلاء الذين أضاءوا طريقي بالعلم والى زوجي العزيز ومن كانوا برفقتي أثناء إنجاز هذا البحث إلي كل هؤلاء وغيرهم ممن تجاوزهم قلمي ولن يتجاوزهم قلبي أهدي ثمرة جهدي المتواضع

شكر وتقدير

- الحمد لله على توفيقه وإحسانه، والحمد لله على فضله وإنعامه، والحمد لله على جوده وإكرامه، الحمد لله حمدا يوافي نعمه ويكافئ مزيده

أشكر الله عز وجل الذي أمدني بعونه ووهبني من فضله ومكنني من إنجاز هذا العمل ولا يسعني إلا أن أتقدم بشكري الجزيل إلى كل من ساهم في تكويني وأخص بالذكر أستاذتي الفاظلة

" خراز حليمة "

الذي تكرمت بإشرافها على هذه المذكرة ولم تبخل علي بنصائحها الموجهة لخدمتي

فكانت لي نعم الموجه والمرشد

كما لا يفوتني ان أشكر أعضاء لجنة المناقشة المحترمين الذين تشرفت لمعرفتهم وتقييمهم لمجهوداتي

كما أشكر كل من قدم لي يد العون والمساعدة ماديا أو معنويا من قريب أو بعيد إلى كل هؤلاء أتوجه بعظيم الامتنان وجزيل الشكر المشفع بأصدق الدعوات

مقدمة

تلعب الصحة العمومية عاملا هاما في الحياة الاجتماعية، للأشخاص بما لها من تأثيرات حاسمة على مدى تلبية احتياجات المواطنين في هذا المجال ولعل تاريخ الصحة العمومية قد ظهر منذ 1200 سنة قبل الميلاد في الحضارات الإغريقية القديمة ينتشر بعد ذلك في كل من الهند ومصر وبلاد الرافدين وفي بلاد الرومان وغيرها من الدول القديمة ليحظى باهتمام اجتماعي في ظل انتشار الحروب وكثرة الرق، وزاد الاهتمام بمجال الصحة بمجيئ الديانات المسيحية والتي كرستها الكنائس ليبقى مجال انتشارها محدودا نظرا لسيطرة الكنيسة على الأعمال الصحية لتستحوذ الطبقة الغنية على الرعاية الصحية دون غيرها .

أما حديثا فقد ظهرت الصحة العمومية بمفهوم مغاير وذات معايير خاصة لتساير التطور الحاصل، ليتم تنظيمها بموجب قوانين داخلية وكذا الخارجية المعاهدات والاتفاقيات، وكذا عن طريق مرافق مؤهلة لذلك الغرض، ففي الجزائر يلعب النظام القانوني لتسيير المؤسسات العمومية الاستشفائية دورا هاما من الناحية الاجتماعية والاقتصادية بما يحتويه من قوانين أساسية عامة وتشريعات تنظيمية ترسم ملامح عمل وتسيير المؤسسات العمومية الاستشفائية بما تشمله من أقسام مختلفة التخصصات، كما يحتل قطاع الصحة المرتبة الثانية من حيث عدد المستخدمين في الوظيف العمومي وهو العنصر البشري الذي لا يمكن الاستغناء عنه في المؤسسات العمومية الاستشفائية.

أهمية هذا الموضوع

من الناحية العلمية وكذا العملية وهو الأمر الذي يتجسد أساسا من خلال هذه الموضوع للمؤسسات العمومية الاستشفائية، ومدى مطابقة التشريعات الداخلية لعملها كمرافق عمومية تقدم خدمات عامة، إذ أن مثل هذه الدراسات تمكن من التعرف على إجراءات سير المرافق العامة وتنظيمها وهيكلتها ولا تتوقف أهمية هذا الموضوع : عند هذا الحد بل تتجاوزه لتشمل إثراء المعارف الإنسانية في المجتمع بحقيقة المرافق العمومية الاستشفائية في الجزائر بصفة عامة وعينة الدراسة بصفة خاصة إن الحق في الصحة من الحقوق الإنسانية التي دأبت عليها

مختلف الدول على اختلاف إمكانيتها ولعل الإعلان العالمي لحقوق الإنسان المعتمد بموجب قرار الجمعية العامة رقم 1217 (د3) المؤرخ في 10 كانون الأول / ديسمبر 1948 قد اعترف بالحق في الصحة من خلال عديد المواد لا سيما المادة 3، 24 و25 منه والتي أكدت صراحة على حق

الإنسان في تمتعه بالصحة والسلامة الجسدية المشتملة على الوقاية والرعاية الطبية ومشتملاتها من الراحة والمستوى المعيشي وكذا ما نص عليه العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 2200 أ (د21) المؤرخ في 16 كانون الأول / ديسمبر 1966، وقد أكد على الحق في الصحة، فلا يجوز إجراء التجارب الطبية على الإنسان دون رضاه وترقية الحقوق الصحية للمواطنين في جميع المجالات. وكان للحق في الصحة أهمية بالغة الأثر على المستوى الدولي، فقد تم إنشاء منظمة الصحة العالمية في 7 أبريل 1948 ومقرها جينيف سويسرا وتعمل ضمن منطلقات الأمم المتحدة فيما يخص مسائل الصحة العالمية والتي من خلالها توفر الدعم التقني للدول، ولم بعد الحق في الصحة برتبط بالإنسان فقط بل انتقل إلى الحيوان والنبات والتي تسبقها في ذلك الحفاظ على البيئة وهي عامل أساسي في انتشار الأمراض من علمها وظهرت بذلك نظرات حماية البيئة لأجل الحفاظ على الصحة العمومية، والتي يترجم امتداد هذه الغاية إلى قطاعات مشمولة بمخططات حماية الصحة مثل التربية، الفلاحة، التعليم العالي، الطاقة .... وبذلك فإن الجزائر تعد من الدول الرائدة في مجال حماية الصحة العمومية منذ الاستقلال إلى غاية يومنا هذا والذي يترجم الموروث الفرنسي للقطاع الصحي لا سيما تمركزه في المدن الكبرى المتمثل في الطب العمومي مع قلة الأطباء الذين تتراوح نسبتهم 50% طبيب جزائري والباقي فرنسيين ثم تلتها المخططات الوطنية ونشاط المعهد الوطني للصحة العمومية منذ سنة 1964 بالإضافة إلى عديد الإصلاحات إلى غاية يومنا هذا والتي ترجمت بإنشاء المرافق العمومية على اختلاف طبيعتها ذات نشاط صحي إن هذا التطور الذي فرضته الظروف والطبيعة الإيديولوجيا والإيكولوجيا مما

أدا إلى تخصيص إطار بشري ضخم لتسيير مثل قطاع الصحة مع تحديث المنظومة القانونية تدريجا بحيث أصبحت تواكب التطور العالمي في مجال الصحة وطبقا لذلك فإن المؤسسات الاستشفائية العامة بما تقدم من خدمات ذات ارتباط بالشأن الإنساني والاجتماعي، تخضع لذلك إلى مبادئ أساسية لا يمكن أن تحيد عنها متأصلة قانونا وفقها وقضاءا.

إن النظر في واقع المؤسسات الاستشفائية العامة أمر مهم خاصة من جانب الدراسات القانونية والتي يمكن في الوقت نفسه من الوقوف عند مختلف النقاط المتصلة بالمرفق أو القطاع الصحي ولعلي أبرز مثال على ذلك المؤسسة العمومية الاستشفائية عاليا صالح بولاية تبسة وما يمثله كنموذج عن مؤسسات الصحة العامة، أو لوصفه كقطاع قانوني عام يمارس خدمة الصحة العمومية طبقا لما جاءت به التشريعات والقوانين الداخلية في الدولة، وكاي كان أو مرفق في الدولة يخضع للنظام الداخلي من ناحية الأنشطة أو الأعمال الإدارية وكذا في منازعاته فيما بين الأفراد الخواص أو الأشخاص المعنوية خاصة في إثبات الحقوق والمسؤوليات.

اسباب اختيار هذه الموضوع :

لاختيار هذا الموضوع أسباب ذاتية وأخرى موضوعية نجملها فيما يلي: فمن الناحية الذاتية فضل الباحث تخصيص مذكرته في أن تخصص الماستر – قانون إداري يسمح له بتسجيل موضوع يمس مؤسسة الانتماء الوظيفي، فأراد توظيف معلوماته النظرية التي تلقاها في رحاب الجامعة ويسقطها

على المؤسسة التي يعمل فيها، أما عن الناحية الموضوعية تكمن في أن الموطن كثير الاحتكاك والتواصل مع المؤسسة الاستشفائية للاستفادة من خدماتها بالنهار أم بالليل ودون انقطاع.

فخدمات المؤسسة تمس كل الفئات والأعمار بصرف النظر عن الحالة المالية أو الاجتماعية أو العقلية أو السياسية للمرتفق أو المنتفع من خدمات المرفق العمومي. وهذا تجسيدا للحق في الصحة العامة المكرس دوليا ودستوريا وقانونيا.

أراد الباحث أن يسلط الضوء على أحد أهم المرافق العمومية في الجزائر وهي المؤسسة الاستشفائية لما لها من سعة انتشار وخدمات كثيرة ومتنوعة على الصعيدين الوقائي والعلاجي.

إذا كانت المؤسسة في الجزائر مرفقا عموميا يدار بأسلوب المؤسسة وهو أحد أهم وسائل إدارة المرافق العمومية فالإشكالية المطروحة:

ما مدى خصوصية المؤسسة العمومية الاستشفائية في الجزائر من حيث نظامها القانوني فيما خص الجانب الإداري والمالي، وهل يتميز هذا النظام بالبساطة واليسر بما يمكن المرفق من القيام بتوفير خدماته وأداء مهمته الحيوية أم أن النظام القانوني يتسم بالتعقيد مما يستلزم القيام بحركة إصلاحية نحو حوكمة قطاع الصحة على غرار باقي قطاعات الدولة؟

يسعى الباحث لتحقيق من وراء هذا البحث إلى تحقيق أهداف علمية وأخرى عملية

الأهداف العلمية :

يمكن حصرها في جمع المادة القانونية والتنظيمية المتعلقة بالمؤسسة الاستشفائية لما تقوم به من دور على الصعيد الاجتماعي والإنساني، وتحليل النصوص المتعلقة بهذا المرفق الحيوي، ومحاولة الكشف عما يلازمها من فراغ أو تناقض أو غموض.

الاهداف العملية:

المتمثلة أساسا في اثراء الثقافة القانونية في مجال الصحة العمومية والتعرف عن قرب على المؤسسات العمومية الاستشفائية، بالاضافة الى اثراء المكتبة القانونية بمثل هذا الموضوع الذي يعتبر من المواضيع العملية على الصعيد الاجتماعيه وللإجابة عن هذا الإشكال توظف

المنهج المتبع :

المنهج التحليلي وهو المنهج المناسب في مثل هذه الدراسات خاصة في ظل وضوح التشريعات الطبية وذلك عن طريق تحليل مجموع النصوص القانونية السارية المفعول أولا ثم وصف لعينة الدراسة ثانيا والنظر في مدى مطابقتها ومسايرتها للنصوص التشريعية المنظمة لها، لنصل إلى الأهداف المرجوة من الدراسة والمتمثلة أساسا في تنمية المرافق العمومية الاستشفائية خاصة بالنظر إلى الدور الذي تلعبه في حفظ الصحة العمومية، وطالما أتصب عنوان الدراسة على النظام القانوني للمؤسسات العمومية الاستشفائية فوجب التطرق للآراء الفقهية وتحليل مختلف الأحكام القضائية

الدراسات السابقة :

حاول الباحث في مختلف مراحل البحث من تسجيل الموضوع وحتى مراحل الإعداد الأخيرة العثور على دراسة سابقة قانونية تتعلق بمرفق الصحة. غير أنه رغم الجهاد والتنقل إلا أنه لم يعثر على دراسة جامعة تتعلق بالمؤسسات الاستشفائية من الناحية القانونية، وبتوجيه من المشرف تم الاستعانة ببعض مذكرات الماجستير في اختصاصات عديدة نظرا لاختلاف زاوية البحث في الشأن الصحي وتناوله بالدراسة من قبل قانونيين وباحثين في علم النفس وعلم الإدارة وعلم الاجتماع والعلوم الاقتصادية. واجه الباحث حال إعداد مذكرة الحال جملة من الصعوبات يمكن حصرها في مستويين اثنين: المستوى النظري: عدم حصوله على دراسة قانونية جامعة للنظام القانوني للمؤسسة الاستشفائية في الجزائر. المستوى العملي: ويمكن تصنيفه إلى عنصرين: فمن جانب أول الدراسة في شقها العملي فرضت على الباحث الاقتراب من المؤسسة المشمولة بالدراسة للتزود بالبيانات والمعلومات والوثائق بغرض توظيفها في البحث، غير أنه في غالب الأحيان لم يتمكن من تحقيق المبتغى لسبب جوهري هو سرية المعلومات. ومن جائب ثاني قلة الأحكام والقرارات القضائية وكذا مختلف الوثائق المتعلقة بسير عمل المرفق العمومي الاستشفائي وشخصية الملفات محل الرقابة القضائية.

التقسيمات الدارسة :

وحسب الإشكالية المطروحة حاولنا الإجابة عليها وفق الخطة التي قسمنها على النحو التالي أولا نستنتج مذكرتنا بمقدمة ثم يليها الفصل الأول تحت عنوان الاطار المفاهيمي للمؤسسات الاستشفائية في الجزائر قسمناه إلى ثلاث مباحث نتناول في المبحث الأول ماهية المؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر و المبحث الثاني الاطار الهيكلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية أما تناولنا فيه المبحث الثالث الاطار المالي والبشري في المؤسسات العمومية الاستشفائية .

أما الفصل الثاني يكون بصدد يوضح الجودة الخدمات الصحية والعوامل المؤثر فيها قسمناه إلي مبحثين ماهية السير الخدمات الصحية في المبحث الأول و المبحث الثاني تقييم الجودة في الخدمات الصحية وفي الأخير سنختم مذكرتنا بخاتمة تشمل حوصلة عن مذكرتنا المعالج.

الفصل الأول :الاطار المفاهيمي للمؤسسات الإستشفائية في الجزائر

تمهيد

إن المؤسسات الاستشفائية في الجزائر من أهم الهياكل الصحية ويتجلى ذلك من خلال المهام والأنشطة التي تقوم بها، حيث وجب تنظيمها وتأطيرها بموجب التشريعات الداخلية على اختلاف درجاتها، وهو ما فرض تحديث وعصرنة قطاع الصحة العمومية والتحول نحو القطاع الخاص، وبالتالي فان مساهمة هذا الأخير اعطى الفرصة للمؤسسات العمومية الاستشفائية نحو تحسين الهيكلة والتجاوب مع الحالات المرضية من خلال تقديم العلاج وفقا للمعايير الدولية في الصحة العمومية على الصعيد الداخلي.

وبالنظر الى اهمية القطاع العام والقيود الواردة عليه لا سيما في تسييره وهيكلته من الناحية الادارية والمالية، فقد وجب التعرض لهذا الجانب خاصة ما يحمله التأصيل النظري للمؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر من واقع وآفاق واعدة في ظل اصلاحات قطاع الصحة العمومية والذي يفرض التعرض للنقاط التالية:

المبحث الأول: ماهية المؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر

المبحث الثاني: الاطار الهيكلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر

المبحث الثالث: الإطار البشري والمالي في المؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر

المبحث الأول: ماهية المؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر

تكلف الخدمات الصحية ميزانية الدول مبالغ ضخمة، حيث يبلغ حجم الإنفاق العالمي على الخدمات الصحية سنويا تريليوني دولار7، فهي ذات أهمية كبيرة لأنها تتعلق بصحة الفرد والمجتمع وتمثل إحدى معايير قياس مدى تقدم الشعوب في مجال العناية والرعاية الصحية، فالقطاع الصحي يحتل دورا مهما لأنه ذا علاقة بحياة الإنسان بصورة مباشرة ويساهم في رفاهية المجتمع واستقراره، لأن الجميع يحتاج بشكل أو بآخر في الحياة اليومية إلى جملة من الخدمات الصحية، للتأكد من سلامة وخلو جسمه ومحيطه من مختلف الملوثات من جهة وعدم الإصابة بالعدوى والأمراض من جهة أخرى، وذلك من خلال طرق الوقاية والعلاج وغيرها [1].

المطلب الأول: مفهوم المؤسسات العمومية الاستشفائية

لقد اسندت مهمة تقديم الخدمات الصحية إلى المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات الخاصة ايضا، ومما لاشك فيه أن هذه المؤسسات تقوم بأداء الخدمات المختلفة لا سيما منها الطبية والجراحية والتي وجب ضبطها وتنظيمها من الجانب الإدارية[2]، وعلى هذا الأساس نتناول تعريف المؤسسات العمومية الاستشفائية (فرع أول) ثم نتناول التمييز بين المؤسسات العمومية الاستشفائية ومؤسسات الصحة المشابهة (فرع ثاني)، وأخيرا نتطرق الى الطبيعة القانونية للمؤسسات العمومية الاستشفائية (فرع ثالث):

1- سراي أم السد، دور الادارة الصحية في التسيير الفعال للنفايات الطبية في ظل ضوابط التنمية المستدامة (دراسة تطبيقية على المؤسسات الاستشفائية الجزائرية، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة فرحات عباس، سطيف، 2011 - 2012، ص 15

2- سليمان حاج عزام، المسؤولية الادارية للمستشفيات العمومية، أطروحة دكتوراه، قسم الحقوق، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2010 - 2011، ص 01

الفرع الأول: تعريف المؤسسات العمومية الاستشفائية

وتم تعريف المستشفى أيضا بأنه منظمة اجتماعية صحية تقوم بأداء مختلف الوظائف العلاجية والوقائية والتدريبية والعلمية وأيضا الوظائف المهنية والتأهيلية، بالإضافة إلى وظيفة البحث العلمي بهدف المساهمة في تحقيق الأهداف العامة للمؤسسات الاستشفائية الصحية [1] وهو ذات توجه المشرع الجزائري إذ اعتبر المؤسسات العمومية الاستشفائية هياكل تابعة للقطاع العام تقوم بالأنشطة الطبية الموجهة للجمهور، وهو ما نصت عليه المواد 2، 3، 4، 5 من المرسوم التنفيذي 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن انشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، فالمادة الثانية منه تقص على ان المؤسسة العمومية الاستشفائية هي مؤسسة عمومية ذات طابع اداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي"، ونصت المادة الثالثة من نفس المرسوم على أن " تتكون المؤسسة العمومية الاستشفائية من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات.

أما المادة الرابعة فتنص " تتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان....."، واخيرا نصت المادة الخامسة من نفس المرسوم المذكور أعلاه على انه يمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي والشبه الطبي، والتكوين في التسيير الاستشفائي على اساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين[2].

بالرجوع إلى النصوص القانونية المنظمة للمؤسسات العمومية الاستشفائية التي لم تتطرق الى تعريفها، واكتفت بالتنظيم القانوني لتسييرها وتنظيمها، وبالنظر إلى ماهية المؤسسات العمومية الاستشفائية التي تعد أحد أشكال اللامركزية المرفقية، وهي تتمتع

1- سراي أم السعد، المرجع السابق، ص 21

2- زهير حنفي علي، المتحدث في الادارة العليا للمستشفيات، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1988، ص32

بالشخصية المعنوية مستقلة عن السلطة المركزية في أداء وظائفها ونشاطها وترتكز على الاختصاص الموضوعي والوظيفي دون الاهتمام بالاختصاص الإقليمي، وذلك حسب نوعية الخدمات المقدمة، فهي بذلك لها وجود متميز إقليمي ومحلي تستند على فئة من الخبراء والفنيين في المجال الصحي) أدرى بمصلحة المرفق وأقدر على تسييره (في المؤسسات الاستشفائية) [1].

وقد جاء في سلسلة التقارير الفنية لمنظمة الصحة العالمية أن المؤسسات العمومية الاستشفائية تجسد فكرة اللامركزية المرفقية التي تعتبر حسب الهيئة الأمريكية للمستشفيات

على أنها "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي يتمتع بتسهيلات طبية دائمة لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمرضى"، كما قدمت منظمة الصحة العالمية تعريفا آخر واعتمدت على المعيار الوظيفي واعتبرت المؤسسات الاستشفائية العمومية جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجية كانت أو وقائية، وتمتد خدمات عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما أنه أيضا مركز لتدريب العاملين الصحيين وللقيام ببحوث اجتماعية حيوية[2].

وعلى ذلك فالمؤسسة الاستشفائية العمومية عبارة عن مؤسسات مكلفة بتقديم خدمات عمومية تخضع لقواعد القانون الإداري سواء في تنظيمها وسيرها أو فيما يتعلق بتنظيم علاقات العمل بين الإدارة والمستخدمين ويختص القضاء الإداري بالفصل في المنازعات التي تثور بمناسبة قيامها بنشاطها الطبي، وغالبا ما تهدف إلى تلبية حاجات اجتماعية هامة من خلال تقديم خدمات مجانية تتمثل في العلاج أو القيام بأعمال وقائية حماية للصحة العمومية للمجتمع حيث تنشأ وتنظم وتراقب من طرف الدولة"[3].

1- محمد صغير يعلى، الإدارة المحلية الجزائرية، دار العلوم للنشر والتوزيع، عنابة 2013، ص 34-35

2- منشورات منظمة الصحة العالمية، سلسلة التقارير الفنية، رقم 395، 1980، ص 06، 07

3- عبد الرحمان فطناسي، المسؤولية الادارية المؤسسات الصحة العمومية عن نشاطها الطبي في الجزائر، مذكرة ماجيستير، قسم الحقوق جامعة الحاج الأخضر، باتنة، 2010 - 2011، ص 12.

الفرع الثاني: التمييز بين المؤسسات العمومية الاستشفائية و مؤسسات الصحة المشابهة

تتشابه المؤسسات العمومية الاستشفائية ومختلف القطاعات الصحية الأخرى فيما بينها خاصة من ناحية الوظيفة الطبية والعلاجية، فالمؤسسة الاستشفائية العمومية نظام اجتماعي تقدم الخدمات الصحية قد تكون منتجة للخدمة الصحية ولا تهدف إلى تحقيق الربح تتميز لملكيتها للدولة أو إحدى الهيئات الرسمية،[1] وتعتبر المؤسسة العمومية الاستشفائية نظام مفتوح تحتوي على أنظمة جزئية كثيرة تتفاعل مع بعضها البعض وذات عدد كبير من الأفراد تعتمد على التخصص الدقيق في أقسامه المختلفة وأساليب التكنولوجيا المستخدمة في الوقاية والعلاج، وعلى ذلك فإن المؤسسة العمومية الاستشفائية تختلف عن غيرها من المؤسسات الصحية الأخرى ذات نفس الهدف مع الاختلاف في المهام المكلفة بها نذكر منها ما يلي[2]:

– المراكز الاستشفائية الجامعية بالرجوع إلى المادة 2 من المرسوم التنفيذي 97–467 المحدد لإنشاء هذه المراكز فهي عبارة عن مؤسسات عمومية تحت وصاية وزير الصحة إداريا وتحت الوصاية البيداغوجية لوزير التعليم العالي والبحث العلمي متمتعة بالشخصية المعنوية، كما نصت المادة 3 منه على أن المركز الاستشفائي يقوم بمهمة التشخيص والكشف والعلاج والوقاية والتكوين والدراسة بالتعاون مع مؤسسات التعليم العالي في علوم الطب[3].

– المؤسسات الاستشفائية المتخصصة: وقد تم إنشاؤها بموجب المرسوم التنفيذي رقم 97–465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المحدد لقواعد انشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية عدد 81، المؤرخة في 10 ديسمبر 1997، إذ نصت المادة 2 من هذا المرسوم على أن المؤسسة الاستشفائية المتخصصة مؤسسة عمومية ذات طابع

1– نجاة صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية، (دراسة ميدانية)، مذكرة ماجيستير، قسم علوم التسيير، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2011–2012، ص 07

2– سنوسي علي، تقييم مستوى الفاعلية التنظيمية في المستشفيات الجزائرية، مجلة اقتصاديات شمال افريقيا، مخبر العولمة واقتصاديات شمال افريقياء جامعة حسيبة بن بوعلي، الشلف، العند 7، السداسي الثاني، 2009 م 293

3– أنظر المرسوم التنفيذي رقم 97–467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المحدد لقوات انشاء المركز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية عند 81، المؤرخة في 10 ديسمبر 1997

إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتنشأ بمرسوم تنفيذي بناء على اقتراح من الوزير المكلف بالصحة بعد استشارة الوالي وتوضع تحت وصاية والي الولاية الموجود بها مفر المؤسسة"، فالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة تتكفل بنوع من العلاج التخصصي دون غيره، فقد نصت المادة 3 من المرسوم التنفيذي السالف الذكر على أن تتكون المؤسسة الاستشفائية المتخصصة من هيكل واحد أو هياكل متعددة متخصصة للتكفل بمرض معين أو مرض أصاب جهازا أو جهازا عضويا معينا، أو مجموعة ذات عمر معين [1].

ونصت المادة 5 من ذات المرسوم على المهام الموكلة إلى هذه المؤسسات الصحية بنصها «تتكفل المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في مجال تشاطها بتنفيذ نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج واعادة التكييف الطبي والاستشفاء وكذا تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة إضافة إلى المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتحسين مستواهما [2].

- المؤسسات العمومية للصحة الجوارية:

وهي مؤسسات مستحدثة بموجب المرسوم التنفيذي 07-140 السابق الذكر وهي عبارة عن مجموعة من العيادات وقاعات العلاج المتعددة الخدمات التي تغطي حيز جغرافي معين من السكان وتنشأ بقرار من وزير الصحة وتتمثل مهامها أساسا في الوقاية والعلاج القاعدي، تشخيص الأمراض والعلاجات الجوارية لا سيما الطب العام والمتخصص القاعدي وغيرها من المهام، وقد نصت المادة 8 من ذات المرسوم على المهام الموكلة لهذا النوع من المؤسسات الاستشفائية والتي تتمثل أساسا في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة في الوقاية والعلاج القاعدي، تشخيص المريض، العلاج الجواري، الفحوص الخاصة بالطب العام والطب

1- برني لطيفة، اثر تمكين العاملين في تحسين الأبناء الاجتماعي للمؤسسات الجزائرية - دراسة مقارنة بين المستشفيات العمومية و العيادات الاستشفائية الخاصة لولاية بسكرة -، أطروحة دكتوراه العلوم كلية العلوم الاقتصادية و التجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2015، ص 233

2- برنى لطيفة، الأطروحة السابقة، ص 234

المتخصص القاعدي، الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي، تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان[1].

الفرع الثالث: الطبيعة القانونية للمؤسسات العمومية الاستشفائية

تتحدد طبيعة المؤسسات الاستشفائية العمومية طبقا لطبيعة النص على اعتبار أن المؤسسات الاستشفائية العمومية المخولة أساسا بتقديم الخدمات الصحية للمواطنين وكذا التكفل الأمثل بالأمراض على اختلاف أنواعها وهو ما نصت عليه المادة 66 من القانون 16-01 مؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1437 الموافق ل 6 مارس 2016، المتضمن التعديل الدستوري الجزائري ، الجريدة الرسمية عدد 14 مؤرخة في 27 جمادى الأولى عام 1437 الموافق ل 7 مارس 2016. يلاحظ الباحث أن صيغة المادة 66 من الدستور الجزائري 2016 تختلف عن نظيرتها في المادة 54 من دستور 1996، اذ تضمن رعاية الصحة لجميع المواطنين وهي من الحقوق الأساسية في الدولة، والجديد في هذه المادة أن المشرع الجزائري يعمل على ترقية الصحة من خلال توفيرها لمختلف المواطنين وهو ما تؤكده الفقرة الأخيرة من المادة 66 من الدستور الحالي عندما نصت على تقديم العلاج لفئة المعوزين الذين في غالبية الدول النامية لا يستفيدون من خدمة المرافق الإستشفائية[2].

يلاحظ أن أغلب القوانين المتعلقة بعامل الصحة العمومية لاسيما عند حصرها، تكون في فائدة الأفراد باسم الصحة للجميع، لكننا عندما تريد استهداف محتوى حماية وترقية الصحة العمومية، نجد عامل الوقاية الذي اعتى بمكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها، كما جاءت المادة 65 من القانون 85 – 05 المتضمن بحماية الصحة وترقيتها المعدل والمتمم، تمنع الإشهار لأنواع التبغ والكحول ويبدو أن مضمون قانون

1- بونى لطيفة، ثق الأطروحة، ص 234، 235.

2- المادة 66 من القانون 16-01 السالف الذكر التي تنص على (الرعاية الصحية حق للمواطنين. تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعنية وبمكافحتها. شهر الدولة على توفير شروط العلاج للأشخاص المعوزين

الصحة في هذا الإطار يخضع للمصلحة العامة ويرتكز على الجماعة منه على الفرد، وهو ما يبغي من السلطات العمومية الحماية الجماعية للشعب ضد الأخطار التي تهدد صحتهم [1].

إن تحديد الطبيعة القانونية للمؤسسات الاستشفائية العامة تكتسي أهمية بالغة خاصة بالنسبة للمتضرر من عمل المرفق والذي يتحدد بموجبه نوع الدعوى المراد رفعها وكذا الجهة القضائية التي يمكن للمتضرر استيفاء حقه أمامها إذ اعتبرها المشرع الجزائري مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وهو ما نصت عليه المادة 02 من المرسوم التنفيذي 07-140 السالف الذكر[2] والذي يجعل منازعات المؤسسة العمومية الاستشفائية تؤول إلى المحاكم الإدارية بموجب نص المادة800 و804 من القانون 08-09 المؤرخ في 18 صفر 1429، الموافق ل 25 فبراير 2008، المتضمن قانون الإجراءات المدنية والإدارية جريدة رسمية عدد 21 مؤرخة في 17 ربيع الثاني 1429 الموافق 23 أفريل 2008 حيث يمكن اللجوء إلى المحاكم الإدارية في حالة الضرر والتي يقع في دائرة اختصاصها مكان تقديم الخدمات [3].

المطلب الثاني: القواعد التنظيمية في تسيير المؤسسات العمومية

الاستشفائية لضمان سير المؤسسات الاستشفائية العمومية وجب اتباع مجموعة من المبادئ الاستشفائية التي تحفز المؤسسة، خاصة وأن مجمل اتصالاتها تكون بالمواطنين، ولعل من البديهي في المجال الاداري الاستشفائي اتباع مجموعة من القواعد التي من أهمها:

الفرع الأول: القاعدة الشخصية في المؤسسة العمومية الاستشفائية

تتصل هذه القاعدة أساسا بالخدمة المقدمة للمواطن والتي غالبا ما تكون شخصية ويقوم بها الطبيب أو المؤهلين للتشخيص والعلاج والرعاية الشخصية خاصة تلك الخدمات الصحية الوقائية أو العلاجية أو التأهيلي التي تقدم للفرد وتتبني هذه القاعدة

1- فندلي رمضان، الحق في الصحة في القانون الجزائري (دراسة تحليلية مقارية)، مجلة دفاتر السياسة والقانون، العدد 06، جانفي 2012، كلية الحقوق و العلوم السياسية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، ص 226.

2- عبد الرحمان فطناسي، المرجع السابق، ص12

3- د. عمار بوضياف، المرجع في المنازعات النارية، الطبعة الأولى، دار جسور للنشر والتوزيع، الجزائر، 2013 ص 184

على اساس الخدمة المقدمة والتي تكون في الغالب ذات طابع شخصي، وتتضمن الخدمات الصحية الشخصية أنواعا مختلفة نوجزها فيما يأتي:

1- خدمات الرعاية الخارجية

خدمات الرعاية الخارجية في الخدمات الصحية التي لا تشتمل على أي رعاية إيوائية للمستفيدين، ويقدم هذا النوع من الخدمات عادة في عيادات الأطباء الخاصة، أو التابعة العيادات الخارجية للمستشفى، أو في قسم الطوارئ الملحق به، أو في مراكز الرعاية الصحية الأولية أو في العيادات المجمعة أو في مراكز العلاج الطبي[1].

2- خدمات الرعاية الداخلية في المستشفيات

وتعرف بخدمات الصحة الإيوائية أو الاستشفائية التي تقدم للمرضى بصفة شخصية الذين تقتضي حالتهم الصحية الإقامة في المستشفيات العامة بقصد التشخيص والعلاج لفترات لا تتجاوز ثلاثين يوما.

3- خدمات الرعاية الطويلة وهي خدمات صحية

تجمع بين نمطي الرعاية السالف ذكرهما الرعاية الخارجية والإيوائية وتتجاوز مدة الرعاية الإيوائية في هذا النوع من الخدمات في الغالب ثلاثين يوما. وأغلب المستفيدين من هذه الخدمات هم الأشخاص الذين يعانون من أشكال من الإعاقة والأمراض المزمنة [2].

الفرع الثاني: قاعدة مشاركة المريض في إجراءات الخدمة

في الرعاية الصحية كما في غيرها من القطاعات الخدمية، لابد من التمييز بين المدخلات والمخرجات التقويم الأداء أي الكفاءة والفاعلية، لذا فالمرضى الذين يتلقون الرعاية يعدون من مدخلات إجراءات الخدمة، وبالمقابل فإنه بعد التشخيص والعلاج تمثل حالات المرضي فعالية منظمة الرعاية الصحية أي المخرجات، ومن ثم يتفاعل المريض والمنظمة

1- سراي أم السعد، المرجع السابق، ص 18.

2- سراي أم السد، المرجع نفسه ، ص 19

الصحية من خلال تقديم الرعاية، الأمر الذي يميز الرعاية الصحية عن مختلف القطاعات الأخرى [1].

وتنبثق هذه القاعدة أساسا من خلال عمل الطبيب أثناء التدخل وتقديم العلاج، والذي تتوقف مشروعيته في معالجة جسم المريض على مشاركته في تقديم الخدمة العلاجية من خلال الموافقة المسبقة منه، ويعتبر تخلف رضا المريض كلما كان العلاج او الجراحة تنطوي على كثير من الخطورة على جسم الانسان وحياته وبالتالي وجب مشاركة المريض في تقديم الخدمة الطبية والعلاجية [2].

الفرع الثالث: قاعدة مجانية العلاج في المؤسسات العمومية الاستشفائية

إن مبدأ مجانية العلاج المكرس في قانون الصحة لا سيما المواد 20، 21، 22 وأيضا في دستور 1976 الساري المفعول وقت صدور هذا القانون تمت مراجعته في شهر أفريل 2002بصدور مجرد قرار وزاري مشترك ما بين وزير الصحة و وزير المالية، الذي أعاد النظر في المقابل المالي الذي يدفعه المريض لقاء الاستشفاء داخل المؤسسة الصحية العمومية، بحيث أصبحت آل الخدمات والاستشفاء والإستضافة Hébergement بمقابل في المستشفيات العمومية، الفحص الطبي consultation والتحاليل الطبية البيولوجية وفحوص الطب الإشعاعي Radiologie أصبحت بمقابل، فعلى سبيل المثال أصبح يوما استشفائيا واحدا محدد بثلاثة آلاف دينار 3000 دج في المستشفيات الموجودة بمقر الدائرة، وفي المستشفيات الموجودة بمقر الولاية فتف اليوم حاد بمبلغ 3500 دج، أما المستشفيات المتخصصة فيدفع فيها المريض لقاء يوما استشفائيا واحد مبلغ 4000 دج. هذا ولا بد من التنبيه أن هذه التسعيرة الجديدة لا تخص الأشخاص المعوزون الغير مؤمنين وكذا المرضى الذين تم استشفاؤهم تبعا لعدوى مرضية وبائية أو الكارثة طبيعية، أو المرضى المصابين بالسرطان أو نقص الكلى

1- سراي أم السعد، المرجع السابق ، ص 17

2- يوخرس العيد، خطا الطبيب أثناء التدخل الطبي، منكرة ماجيستير، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، 2011، ص 27

المزمنة أو لإصابتهم بمرض فقدان المناعة المكتسبة السيدا، بالإضافة إلى إعفاء موظفي القطاع الصحي بما فيهم أزواجهم وأصولهم وأبناؤهم الذين هم تحت رعايتهم [1].

فتتعرض معظم المؤسسات العمومية الاستشفائية إلى ضغط شديد من طرف المواطنين بسبب مجانية الخدمة، حيث تتميز الخدمات الصحية المقدمة من طرف الهيئات العمومية بالمجانية عموما أو بسعر يؤول الربح فيه إلى الصفر فقد يدفع المنتفع مبلغ رمزي في صورة رسم أو ضريبة في أغلب الأحيان، حيث يتم الحصول على الخدمة دون توفير حصيلة التبادل المباشر التي تتميز به النشاطات الاقتصادية الأخرى كبيع السلع، أو الخدمات المقدمة من طرف القطاع الخاص أين يتم دفع الثمن بشكل مباشر [2].

الفرع الرابع: سلطة الضبط في اتخاذ إجراءات الوقاية والعلاج

إلى جانب توفير الأمن العام للجمهور يقع على عاتق السلطة العامة اتخاذ الإجراءات اللازمة بغرض وقاية صحة الأفراد. أيا كان مصدر الخطر أو المرض سواء الحيوان أو المياه أو أي مادة أخرى، فإذا تبين للسلطة العامة أن مادة غذائية ما أصبحت تشكل خطرا على صحة الأفراد جاز لها أن تتخذ كل إجراء تغرض منع بيعها أو عرضها للجمهور ولو عن طريق القوة العمومية، واذا تبين لها واستناد التقارير طبية أن البقر في مكان محدد يعاني من أمراض تهدد المستهلك فالإدارة لها صلاحية منع بيعه في الأسواق في ذلك المكان وكذلك منع بيع اللحوم.

ولا تتدخل الإدارة فقط عند ظهور خطر أو المرض وإنما قبل ذلك أيضا وهو الأصل في إجراءات الضبط، فلها أن تراقب مجاري المياه ومعالجتها ومنع استعمالها. ولها أن تراقب

1- عمر ششير رضا، الوقاية الطبية، منكرة ماجيستر، كلية الحقوق و العلوم الإدارية، جامعة بن يوسف بن خدة الجزائر ، نون سنة، ص 106

2- بوزناد مليلة، ضرورة تفعيل التوجه التسويقي للوصول إلى جودة الخدمة في المؤسسات الصحية العمومية (دراسة على قطاع الصحة في الجزائر)، منكرة ماجيستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التمر والعلوم التجارية جامعة الجزائر، سنة 2012/2011، ص 124

المواد المعروضة للبيع خاصة المواد ذات الاستهلاك الواسع وأن تفرض إجراءات الحمايتها، ولها أن تباشر كل إجراء يهدف لحماية الصحة العامة ولو بلغ الأمر حد غلق المحل أو المحلات التجارية [1].

ويرى الباحث أن سلطة الضبط في مجال إتخاذ إجراءات الوقاية والعلاج قد تكون سلطة قبلية أي تتخذها الهيئات المحلية وتبادر بها قبل المؤسسات العمومية الإستشفائية ومثال ذلك ما نصت عليه المادة 94 من القانون رقم 11-10[2] المتضمن قانون البلدية في الحفاظ على الصحة العامة Salubrite publique: ومؤداه اتخاذ التدابير الوقائية التي من شأنها منع انتشار الأوبئة والأمراض المعدية، مثل: السهر على نظافة المواد الاستهلاكية المعروضة للبيع، وتطهير مياه الشرب، وحماية البيئة من التلوث [3].

المطلب الثالث: أنشطة المؤسسات العمومية الاستشفائية

تعد مجالات المستشفيات مقتصرة على الأنشطة التقليدية مثل الطب والعلاج، وإنما تعددت لتصبح مراكز التعليم وتدريب كافة المهن الصحية الأخرى بالإضافة إلى كونها أصبحت مراكز للأبحاث العلمية والطبية، ولهذا أصبحت المستشفيات في العصر الحديث مميزة من حيث التسيير والتنظيم والخدمات والأهداف [4].

أن المؤسسات الاستشفائية العمومية تقوم بتقديم مختلف الخدمات الصحية التي تستهدف حماية صحة المواطنين وتتولى الدولة عادة مسؤوليات تقديم هذه الخدمات، كما يمكن تعريف الخدمات بصفة عامة والخدمات الصحية بصفة خاصة بأنه عبارة عن تصرفات أو

1- عمار بوضياف، الوجيز في القانون الإداري، الطبعة الثالثة، دار جور للنشر والتوزيع، 2013، ص 487.

2- المادة 94 من القانون رقم 11-10 سؤرخ في 20 رجب عام 1432 الموافق 22 يونيو سنة 2011، يتعلق بالبلدية الجريدة الرسمية، عند 37 المؤرخة في 01 شعبان 1432 هـ الموافق ل 03 جويلية 2011

3- محمد الصغير بعلي، الإدارة المحلية الجزائرية، دون طيعة، دار العلوم للنشر، الجزائر، 2013، ص 95

4- عرابة الحاج، ازدواجية السلطة في المستشفيات: المفهوم الإشكالية مجلة الباحث، جامعة قاصدي مرباح، ورقة الجزائر، عدد 7، 2009-2010، ص 235

أنشطة أو أداء يقدم إلى طرف آخر، وهذه الأنشطة تعتبر غير ملموسة، ولا يترتب عنها نقل ملكية أي شيء، كما أن تقديم الخدمة قد يكون مرتبطا أو غير مرتبط بمنتج مادي ملموسة. وتشتمل هذه الخدمات في المقام الأول على الأنشطة الأتية[1] :

1- مكافحة الأمراض المعدية خاصة المتوطن منها.

2- مراقبة الجوانب المهمة في صحة البيئة، وسلامة الهواء والغذاء والماء، ومكافحة الحشرات والقوارض الضارة، والتخلص من النفايات، ومعالجة مياه الصرف الصحي، وهي مهمة تشارك فيها عديد القطاعات

على غرار المؤسسات العمومية الاستشفائية فإن الولاية والبلدية ومديرية التجارة ..... تساهم في هذه المهمة

3- الإشراف المباشر على رعاية الأمومة والطفولة، مع التركيز بصفة خاصة على برامج التحصين.

4- القيام بالفحوص المخبرية ذات الصلة بميدان الصحة العامة

5- توعية المواطنين وتبصيرهم بالمشكلات الصحية السائدة وبأوجه الاستفادة المثلى من الخدمات الصحية المتاحة

6- وضع التشريعات واللوائح التنظيمية والضوابط والسياسات والاستراتيجيات والخطط التي تكفل الحفاظ على صحة المواطنين ورفاهيتهم[2].

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

1- كحيلة نبيلة، تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، متكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة منتوري، قسنطينة، 2008-2009، ص 35

2- سراي أم السد، المرجع السابق، ص 19

الإمكانيات المناسبة في مؤسساتها الصحية، سواء كانت بشرية أو تقنية أو مالية، للارتقاء بمستوى أداء الخدمة الصحية [1].

وبذلك فإن المادة 8 من قانون حماية الصحة وترقيتها رسمت السياسة العامة لمفهوم العلاج الصحي، والذي يتمثل في تشخيص المرض وعلاجه، والوقاية من الأمراض في جميع المستويات، وإعادة تكييف المرضى، والتربية الصحية، في حين جات المادة 195 لتحديد مهام الأطباء وجراحي الأسنان، والتي جاءت هي الأخرى عامة. بينما جاءت المادة 214 من القانون أعلاه، بعنوان الممارسة غير الشرعية، وبمفهوم المخالفة نجد الطبيب يقوم بأعمال التشخيص والمعالجة لكل الأمراض والإصابات الجراحية وتقديم استشارات شفوية ومكتوبة [2].

هذا ما أخذ به القضاء الجزائري كذلك، إذ قررت الغرفة الإدارية للمحكمة العليا بتاريخ1978/04/15 الأخذ بالمعيار الموضوعي، مما جاء في حيثيات قرارها: (... حيث أنه التحديد عملية العلاج وبمفهومها العام، فليس من الضروري البحث ما إذا كان القائم بهذه العملية طبيبا أو ممرضا، إذ يجب الأخذ بعين الاعتبار طبيعة هذا العلاج فقط) وتتجسد موضوعية المعيار المادي للتمييز بين الأعمال الطبية والأعمال العلاجية، رغم صعوبة العمل به، في حماية المريض، لأنه يشترط لقيام المسؤولية الطبية عن العمل الطبي ارتكاب خطأ جسيم، نظرا للصعوبات الطبية التي تعترضه والمخاطر التي تنتج عنه، أما عن العمل العلاجي فتقوم لمجرد ارتكاب خطأ بسيط. ومن أجل ذلك انتقد المعيار العضوي لأنه في غير صالح المريض، إذ يصعب إثبات الخطأ الجسيم في الأعمال العلاجية البسيطة التي يؤديها الطبيب إلى جانب الأعمال الطبية، مما يؤدي إلى حرمانه من التعويض في كثير من الحالات لو أعتمد المعيار العضوية وتعتبر الخدمة الصحية سلعة اقتصادية غير ملموسة شأنها شأن السلع الخدمية الأخرى وهي عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء

1- آيت مولود ذهبية، المسؤولية المدنية عن أخطاء الفريق الطبي، مذكرة ماجستير ، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، 2011، ص 17.

2- أنت مولود ذهبية، المرجع السابق ، ص 24

كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية [1].

تعتبر الخدمات الصحية عنصرا مهما لإحداث التنمية الشاملة في أي بلد من بلدان العالم، لكونها مرتبطة بحياة الإنسان وصحته، من هنا كان الاهتمام العالمي بالرعاية الصحية للمواطنين وتسابق الدول في تقديم أحصن الخدمات الصحية وتزويدها بكل جديد في مجال التقنية الطبية والخبرات العلمية والإنفاق على التعليم الطبي ودعم الأبحاث والدراسات إمانا بأهمية الصحة كخطوة أولى هامة في بناء المواطن القادر على الإسهام في خدمة مجتمعه ووطنه في كافة المجالات [2].

ويرى دستور منظمة الصحة العالمية، أن الغرض من الخدمة الصحية هو توفير أفضل ما يمكن من الحالة الصحية لجميع الشعوب حتى الآن، ولتحقيق هذا الهدف بدأت حملة في عام 1998 تسمى "الصحة للجميع في القرن الواحد وعشرون " كما تعتمد جمعية الصحة العالمية على إعلان ألمل آتا من عام 1978.

تنبغي أن تكون درجة الصحة على مستوى أن تسمح لجميع الناس، ومنتجة اجتماعيا واقتصاديا الحياة. وتعتبر الصحة جزءا أساسيا من التنمية البشرية المتطورة وقد تضمن دستور منظمة الصحة العالمية اعلانا كاملا متضمنا السلامة بدنيا وعقليا والرفاه الاجتماعي، ووجود المرض أو العجز. هذا التعريف للصحة التي حددتها المفهوم تعزيز الصحة في ميثاق أوتاوا لعام 1986 وضعت منظمة الصحة العالمية. ومن اقترض أنه من أجل تحقيق هذا الشرط،

1- كحيلة نبيلة، المرجع السابق ، ص 37

2- نجاة صغيرو، المرجع السابق ، مر 13.

سواء من الأفراد والجماعات الطبية احتياجاتهم ورغباتهم والآمال والواقع، وتصور بنتهم والتعامل مع التغييرة[1].

المبحث الثاني: الاطار الهيكلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية

يتوزع الاطار الهيكلي في المؤسسات العمومية الاستشفائية على مجموعة من المصالح الإدارية وهي التي تتولى أعمال إدارية كالاهتمام بالعاملين في المستشفى، ومختلف شؤونهم والحسابات والصيانة وحفظ المباني وغيرها. وعادة ما يكون مدير المستشفى الإدارية، [2] رجل مختص في علم الإدارة عن طريق تلقيه تكوين في الادارة الصحية يتم إعداده عن طريق عدد من الدورات التربصية الطبية، ليطلع على طبيعة المشاكل التي يمكن أن نقشا في المستشفى، على اعتبار الخصوصية والحساسية التي يتميز بها هذا الأخير، إلا أنه وبعد الإصلاحات الهيكلية التي خضعت لها المؤسسات في الجزائر بنوعيها الصناعية والخدماتية، بناءا على قانون إعادة الهيكلة والاستقلالية، فقد أصبحت المؤسسة الاستشفائية تحت إدارة مجلس الإدارة، والذي يتكون من ممثلي جميع الفئات المهنية المتواجدة في المستشفى.

كما يشمل الاطار الهيكلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية على المصالح الطبية وهي مسؤولة عن العلاج وتقديم الرعاية الصحية وضمان الخدمات الطبية، بالإضافة إلى التوجيه

1- دستور منظمة الصحة العالمية، مؤتمر الصحة الدولي، نيويورك من 19 يونيو الى 20 يوليو 1946 السجلات الرسمية لمنظمة الصحة العالمية، رقم 02.

2- ثار اشكال فقهي كبير بخصوص مؤهل المدير العام في المستشفى هل يفضل أن يكون طبيب أم إداري؟ إن هذه الإشكالية قامت حولها في الحقيقة عدة دراسات وتعددت حولها الأراءة

الرأي الأول: يرى أصحابه ضرورة أن تسند إدارة المستشفى إلى طبيب وحجتهم في تلك أن المدير الطبيب أكثر تجاوبا مع العاملين، فهو الأقدر على فهم وجهة نظر الهيئة الطبية وعلى إقناعهم بإمكانية تطبيق وجهة نظر الإدارة كما أنه ينقل الصراع على الهدف، فإسناد إدارة المستشفى إلى طبيب يضمن التزام المدير باهداف المستشفى، كما أن وجود الطبيب على رأس جهاز السلطة يضمن أن يكون النشاط الطبي هو الهدف الرئيسي من إقامة المستشفى غير أن معظم الأشياء قد لا يميلون إلى قبول المسؤوليات الإدارية التي تستغرق وقتهم بأكمله، إلا أنهم قد يوافقون على القيام بدور إداري لبعض الوقت

الرأي الثاني: يرى أصحابه ضرورة أن تست إدارة المستشفى إلى ذوي التوجه الإناري وحجتهم في ذلك أن بعض المهنيين الأطباء يجنون فرصتهم في النجاح في العمل الإداري أكثر من العمل الطبي، كما أن التوجه إلى الدراسة المتخصصة للعلوم الإدارية التي ظهرت حديثا، كعلم إدارة المستشفيات. النظر عراية الحاج، المقال السابق، ص 239

ونشر الوعي الصحي لدى الأفراد المترددين على المستشفى، وتتكون الإدارة الطبية من رؤساء الأقسام الطبية المختلفة الموجودة في المستشفى، وهي المسؤولة عن تعيين الأطباء والجراحين، والغرض من وجود هذين النمطين من الإدارة داخل المستشفى، هو توفير أخصائيين لكل النواحي الخاصة بالمستشفى، سواء كانت هذه النواحى علاجية، خدماتية أو حسابية، لضمان السير الحسن العمل بداخلها[1].

المطلب الأول: المصالح الإدارية للمؤسسات العمومية الاستشفائية

طبقا للمادة 10 من المرسوم التنفيذي 07-140 المذكور فإن كل مؤسسة عمومية استشفائية تسير عن طريق مجلس إدارة ومدير ومجلس طبي كهيئة استشارية، وبذلك فإن تسيير المؤسسات العمومية الاستشفائية يخضع إلى تنظيم إداري واستشاري[2].

الفرع الأول: مجلس الإدارة

يقوم مجلس الإدارة على مستوى المؤسسات العمومية الاستشفائية بعقد مداولات تخص مخطط تنمية المؤسسة وكذا إعداد مشاريع ميزانيتها والحسابات التقديرية والإدارية، ودراسة مشاريع الاستثمار والتنظيم الداخلي للمؤسسة ودراسة الاتفاقيات مع مؤسسات التكوين وكذا النظر في مختلف الصفقات والعقود والبرامج التي تخص مؤسسات العمومية الاستشفائية طبقا لنص المادة 14 من المرسوم التنفيذي 07-140 السابق ذكره [3].

إن اجتماعات مجلس الإدارة تكون في دورة عادية مرة في كل ستة أشهر كما يمكنه الاجتماع في دورة غير عادية عن طريق الاستدعاء من رئيسه أو بثلثي أعضائه حسب المادة 15 من المرسوم التنفيذي 07-140، السابق ذكره،

1- عرابة الحاج، المرجع السابق ، ص 236

2- حنان يحي الشريف، تأثير نظام المعلومات على جودة خمات المؤسسة الصحية (دراسة حالة)، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة محمد خضر، بسكرة، 2008، ص 08

3- عنوان كريمة، التنظيم الاستشفائي بين القوانين والممارسة، دراسة ميدانية، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر، 2009، ص 49

إذ لا تصح مداولاته إلا بأغلبية أعضائه وفي حالة عدم اكتمال أعضائه يستدعي أعضائه في ظرف الثمانية الأيام الموالية على أن يتم التداول مهما كان عدد الحاضرين وفي هذه الحالة يتم اتخاذ القرارات طبقا للأغلبية الحاضرة، ويتم تحديد جدول أعمال الاجتماع من قبل رئيس المجلس وباقتراح مدير المؤسسة طبقا للمادة 16-17 من المرسوم التنفيذي 07-140 السابق ذكره[1].

يضم مجلس الإدارة أعضاء من السلطة الوصائية وكذا أعضاء خارجيين وأعضاء من الإدارة المحلية وكذا أعضاء من ممارسي الصحة العمومية ومختلف ممثلي المجتمع المدني الخاصة بالصحة وهو ما جاءت به المادة 11 من المرسوم التنفيذي 07-140، السابق ذكره في شأن تكوين مجلس الإدارة من (ممثل عن الوالي رئيسا، ممثل عن إدارة المالية، ممثل عن التأمينات الاقتصادية، ممثل عن هيئات الضمان الاجتماعي ممثل عن المجلس الشعبي الولائي وآخر عن المجلس الشعبي البلدي، ممثلين عن المستخدمين الطبيين والشبه الطبيين ينتخبهم نظرائهم، ممثل عن جمعيات مرتفقي الصحة وآخر عن العمال، رئيس المجلس الطبي ومدير المؤسسة العمومية استشفائية ويكون رأيه استشاري وكتابة الجلسة). [2].

الفرع الثاني: المدير العام للمستشفى

بالرجوع الى المرسوم التنفيذي 07 - 140 لا سيما في المواد 22، 23 نجد التنظيم الداخلي للمستشفى اداريا يشمل على مدير عام هو المسئول على سير المؤسسة العمومية الاستشفائية للمستشفى، وهذا بمساعدة أربعة مديرين فرعيين يتم تعيينهم بقرار من الوزير المكلف بالصحة، و بطبيعة الحال يتم الوصل بين المدير العام والمديريات الفرعية [3]، وكذلك

1-عطوان كريمة، المرجع السابق ، ص 49.

2- عمر شنتير رضاء ، المرجع السابق ، ص 108.

3- المادة 2 من القرار الوزاري المشترك، المؤرخ في 03 محرم 1431 الموافق ل 20 ديسمبر 2009، يحدد التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية، جريدة رسمية عند 15، مؤرخة في 2010

مصالح المستشفى والمصالح الخارجية الأخرى عن طريق أمانة عامة ومن المهام التي تقوم بها تسجيل البريد الصادر والبريد الوارد، استقبال الزوار لمقابلة المدير، ترتيب وحفظ المستندات والوثائق الخاصة بالإدارة لتسهيل عملية البحث عنها، تحضير الوثائق الخاصة لإمضاء المدير، إنشاء ملف يجمع فيه مختلف كل الوثائق والسجلات الموجودة على مستوى أمانة المستشفى[1].

من ذلك دفتر الصادرات والواردات، حيث أن دفتر الصادرات يحتوي على كل الوثائق الصادرة من الإدارة إلى مختلف هيئات والمؤسسات العمومية، أما دفتر الواردات تسجل فيه كل الرسائل والمذكرات، والوثائق الإدارية الواردة إلى المستشفى من مختلف المؤسسات الإدارية

وهناك كذلك دفتر المداولات حيث تسجل فيه جميع المداولات التي تمت سواء في المجلس الطبي أو المجلس الإداري"، وطبقا للمادة 21 من المرسوم التنفيذي 07 /140 فإن المدير يساعده أربعة نواب مديرين يكلفون طبقا لاختصاصاتهم ومجالاتهم بما يأتي:

المديرية الفرعية للمصالح الصحية:

حسب المادة رقم 03 من القرار الوزاري المشترك المذكور أعلاه تحتوي على ثلاثة مكاتب، مكتب الدخول، مكتب التعاقد وحساب التكلفة، مكتب التنظيم ومتابعة وتقويم النشاطات الصحية[2].

المديرية الفرعية للموارد البشرية:

نصت المادة 04 من ذات القرار الوزاري المشترك على تكون هذه المديرية من مكتبين مكتب لتسيير الموارد البشرية والمنازعات وهو يقوم بمتابعة الدورات المهنية للعمال من توظيف حتى تقاعد، ويعمل على متابعة وضعياتهم القانونية والمهنية بما يحفظ حقوقهم مكتب التكوين، تنحصر مهامه بعمل دورات تكوينية للعمال ولديهم نوعان من تكوين قصير المدى وطويل

1- حسن داد، إدراك اطارات تسيير المؤسسات الصحية العمومية للجو التنظيمي السائد وعلاقته بالضغط المهنيدراسة حالة- مذكرة ماجستير، تخصص العمل والتنظيم، جامعة الجزائر، 2001، ص 33

2- القرار الوزاري المشترك السابق تكره.

المدى، حيث أن تكوين طويل المدى مدته تقريبا سنتان أو ثلاثة أما قصير المدى يقتصر على يوم، أو يومين أو أسبوع أو شهر فقط حسب الحاجة. [1].

المديرية الفرعية للمالية والوسائل تحتوي على ثلاثة مكاتب، مكتب الميزانية والمحاسبة وتكمن مهامه في ترتيب وتنظيم الرواتب للعمال، وتسير الميزانية الخاصة بالمستشفى، وإعداد الكشوف والفواتير، وأيضا تجميع مختلف تقديرات الميزانية، ومتابعة الوضعية المالية، مكتب الصفقات العمومية ومن المهام التي يقوم بها هذا المكتب بتحضير ملفات الصفقات الخاصة بالمؤسسة، من أدوية أغذية، الاستشارات ... الخ

حيث يقوم المكتب بإنشاء دفتر الشروط الخاص بالصفقة المراد عقدها وإرسالها إلى وزارة الصحة من أجل الموافقة عليها، ويقوم بنشرها في الجريدة الرسمية، ويقوم هذا المكتب باستقبال الملفات وفتحها بحضور المدير، ثم يقوم بدراسة الملفات على مستوى موظفين المكتب، من أجل اختيار الملف المناسب وبعد اختياره تقوم بإرسال اسم الشخص في الجريدة الرسمية من اجل نشره، مكتب الوسائل العامة والتجهيزات من المهام التي يقوم بها هذا المكتب طبقا للمادة 05 من القرار الوزاري المشترك المذكور أعلام المحافظة على كل ما يتعلق بالمستشفى وعلى ممتلكاتها، وهو المسئول على نظافة المستشفى، وحظيرة السيارات، وعلى سيارات الإسعاف..... الخ المديرية الفرعية لصيانة المعدات الطبية طبقا للمادة 06 من القرار الوزاري المشترك المذكور سابقا تتكون هذه المديرية من مكتب صيانة المعدات الطبية يقوم هذا المكتب بنوعين من صيانة، الصيانة الوقائية قبل وقوع عطب يقوم بمراقبة المعدات من اجل تجنب الإعطاب، صيانة علاجية بعد وقوع العطب يأمر بصيانتها ومن ثم يملا استمارة يكتب فيها الآلات التي قام بصيانتها ونوع العطب الموجود فيه وكل المعلومات المتعلقة بالصيانة[2].

1- القرار الوزاري المشترك السابق ذكره أنظر كلك: نريدي احلام، نور استخدام تملاج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية – دراسة حالة مذكرة ماجيستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير جامعة بسكرة، 2014، ص 96

2- القرار الوزاري المشترك، المرجع السابق.

الفرع الثالث: المجلس الطبي

المجلس الطبي طبقا للمواد من 24 إلى 27 من المرسوم التنفيذي رقم 07-140، السالف الذكر وهو هيئة تقوم بدراسة المسائل المرتبطة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية لا سيما في المجال الطبي والتقني والتي تخص مختلف العلاقات الوظيفية الطبية وكذا البرامج الداخلية للمؤسسة العمومية الاستشفائية ومختلف البرامج والتظاهرات التي تخص الصحة والسكان ومختلف الميادين العلمية والتقنية ويتلقى الأخطارات من مدير المؤسسة الاستشفائية في كل ما يتعلق بالجوانب الطبية والعلمية والتكوينية ينتخب المجلس الطبي من بين أعضائه رئيسا ونائبا لمدة ثلاثة سنوات قابلة لتجديد، وهو أساسا متكون من مسؤولو المصالح الطبية ومسؤول الصيدلية وكذا جراح أسنان وشبه طبي ينتخبه نظراؤه أعلى رتبة في سلك شبه الطبيين وكذا ممثل عن المستخدمين الاستشفائيين الجامعيين، وتكون اجتماعاته في دورة عادية كل شهرين أو دورة غير عادية بطلب من رئيسه أو أغلبية أعضائه أو مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية، واجتماعاته بأغلبية الأعضاء في الاستدعاء الأول أو طبقا للأعضاء الحاضرين في الاستدعاء الثانيه. [1].

المطلب الثاني: المصالح الصحية تتنوع المصالح الصحية

على مستوى المؤسسات العمومية الاستشفائية طبقا لما يحتاجه المرتفقين وكذا نوعية الخدمات المطلوبة والمقدمة، ومن بين المصالح الضرورية المتوفرة على مستوى هذه المؤسسات نجد مصالح الفحص والتشخيص في هذه الأقسام يتم فحص المريض واتخاذ القرار حول إخضاعه للعلاج في المستشفى أم الاستعجالات، وكذا المصالح الإكلينيكية أو كما يسميها البعض بوحدات العلاج أو أقسام التنويم وهي تمثل المكان الذي يقوم فيه الطبيب بالفحوصات للمريض من جانب أول، وتقديم الرعاية العلاجية بصفة عامة من قبل الممرض، وتتطلب هذه الوحدات قسطا هاما من الموارد المادية والبشرية [2].

1- عمر شنتير رضا، المرجع السابق ، ص 110.

2- حنان يحي الشريف، المرجع السابق ، ص 08

إضافة إلى المصالح التقنية التي تتكون من القسم الجراحي، قسم الأشعة الطبية وكذا قسم المختبر للتحاليل إن لهذا الجناح من الأهمية ما يجعله يتطلب أجهزة ذات مستوى عال من التكنولوجيا والكفاءات الطبية المتخصصة من أطباء وجراحين وممرضين وتقلبي التخدير وشبه طبيين متخصصين، دون نسيان أقسام المساعدة والدعم التي تتكفل بالمريض منذ لحظة دخوله والتعامل معه واسكانه في القسم المخصص لعلاجه، والعمل على توفير الراحة له وإطعامه والمحافظة على نظافة المكان الموجود فيه وصيانة الأجهزة والمستلزمات الطبية وكذا تقديم الطعام له ولمرافقيه في المستشفى، إذن يتعلق الأمر هنا بالأقسام الفندقية أو كما تدعي في المؤلفات الأقسام اللوجيستيكية والإدارية [1].

وعلى اعتبار المؤسسات العمومية الاستشفائية جهات تكوين فتشمل أقسام البحوث الطبية والاجتماعية وتلعب دورا حيويا في اكتشاف الحالات المرضية ومتابعتها وإيجاد وتطوير العلاجات المناسبة، وضمن الأبحاث و الدراسات التي يقوم بها المستشفى ويتم تحديد وفهم المشاكل الصحية التي تحدث وتحديد أولويات حلها، وتحسين استخدام الموارد المتاحة بكفاءة عالية وفعالية، ومن خلال هذه الوظيفة يتم تشجيع روح الابتكار والمساهمة في الإبداع والتطوير، كما أن المستشفى يلعب دورا اجتماعيا كبيرا ومشاركة حقيقية للمجتمع في خلق آفاق من التعاون والمشاركة الإيجابية بين المجتمع والمستشفي[2].

بالإضافة إلى الأقسام اللوجيستيكية والتي تقوم على أساس تسيير أنشطة التغذية التعقيم، التنظيف والغسيل، نقل المرضى، التخزين و توزيع المنتجات الطبية استهلاكية، أدوية.... للمرضى فوترة مصاريف علاج المرضى، وفيما يلي تمثيل مجموع الأقسام المكونة للوحدات الداخلية للمستشفي [3].

1- بحدادة نجاة، تحديات الأمناء في المؤسسات الصحية (دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية المغنية)، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر ،2011 ، 2012 ، ص 50

2- صلاح محمود نواب، دور الصيانة في أداء المستشفيات وانتاجهاء المؤتمر العربي الثالث، 5- 7 ديسمبر 2004 القاهرة، 2004، ص 10

3- بحدادة نجاة، المرجع السابق ، ص 51

- التشريح المرضي
- الإنعاش والتخدير
- الجراحة العامة
- الأشعة المركزية
- المخبر المركزي
- الطب الشرعي
- طب أمراض الكلى وتصفية الدم
- جراحة العظام والرضوض
- الصيدلية
- الاستعجالات الطبية الجراحية[1].

المبحث الثالث: الاطار المالي والبشري في المؤسسات العمومية الاستشفائية

سعت الدولة من وراء تجهيز مؤسسات صحية عمومية وتحسينها وتخصيصها ميزائية مالية معتبرة إلى ضمان تقديم وتوفير أكبر قدر ممكن من الخدمة الصحية الضرورية للمواطن، ولا يتحقق ذلك إلا من خلال توفير كافة الوسائل البشرية فيتمثل ذلك خاصة في تسخير طاقم بشرى متخصص وكفء في جميع التخصصات التي تتطلبها مهنة الطب الحديث، أين يقع على هذا الأخير التزام وواجب العمل على توفير أكبر قدر ممكن من العناية المريض من علاج حديث وفقا للقواعد والأصول الطبية والفنية المتعارف عليها ومتابعة حالة المريض واحترام شخصيته وإرادته والتنسيق بين مختلف الأقسام العلاجية بما يحقق أفضل رعاية طبية ممكنة.

1- قرار وزاري رقم 2836، مؤرخ في 15 مارس 2008، صادر عن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات يتضمن إنشاء المصالح والوحدات المكونة لها على مستوى المؤسسة العمومية الإستشفائية تبسة (عاتها صالح)

المطلب الأول: أهمية العنصر المالي والبشري في المؤسسات العمومية

الاستشفائية تعتبر الوسائل المادية تلك التي من شأنها توفير جو أو محيط ملائم للممارسة الطبية المهنية، من أدوات وأجهزة وأدوية ضرورية، تجهيز وتهيئة الأقسام العلاجية والفندقية داخل المستشفى وغيرها .....، وكل هذه الوسائل تشكل في حد ذاتها التزاما سواء على الطبيب العامل داخل مرفق المستشفى، أو هذا الأخير نفسه كشخص معنوي، ومخالفة هذا الالتزام وفقا للقواعد العامة يؤدي لقيام المسؤولية القانونية[1].

المطلب الثاني : التنظيم المالي للمؤسسات العمومية الاستشفائية

تعتبر المؤسسات العمومية الاستشفائية من القطاعات المهمة في الدولة، وتتجلى هذه الأهمية من خلال النظر في ماليتها وميزانيتها السنوية، وطبقا لقانون المالية الجزائري لسنة 2016 فقد تم توزيع الاعتمادات المالية بعنوان ميزانية التسيير لسنة 2016 حسب كل دائرة وزارية، وقد تحصلت وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات على وهي ميزانية كبيرة مقارنة مع القطاعات الأخرى، هذا ويتم فيما بعد نقل وتوزيع اعتمادات المؤسسات العمومية الاستشفائية خاصة طبقا للميزانية المعدة مسبقا، وبذلك سنحاول دراسة كيفية اعداد ميزانية المؤسسات العمومية الاستشفائية وفي اطار[2] اعانات الدولة والمساعدات المقدمة من الهيئات المحلية تتكفل البلدية بإنجاز المراكز الصحية وقاعات العلاج وصيانتها طبقا للمقاييس الوطنية وتقدم في حدود امكانيتها المساعدة لصيانة كل الهياكل والأجهزة المكلفة بالشيبية والثقافة والرياضة والترفيه كما تعمل على إنجاز وصيانة المراكز الثقافية المتواجدة عبر ترابها[3].

1- عميري فريدة، مسؤولية المستشفيات في المجال الطبي، متكرة ماجيستير، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، 2011، ص 11.

2- قانون رقم 18/15 سؤرخ في 18 ربيع الأول 1437 الموافق 30 ديسمبر 2015 المتضمن قانون المالية لسنة 2016، الجريدة الرسمية عند 72 مؤرخة في 19 ربيع الأول 1437 الموافق ل 31 ديسمبر 2015

3- علاء الدين عشي، مدخل القانون الإداري (تنظيم الإداري)، الجزء الأول، دار الهدى للنشر والتوزيع، سنة 2008، ص 130

الفرع الأول: إعداد ميزانية المؤسسات العمومية الاستشفائية:

إن القطاع الصحي، وباعتباره مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، فإن ميزانيته تحد عن طريق مدونة بقرار مشترك بين وزير الصحة و وزير المالية، وذلك بعد عملية إعداد مشروع الميزانية من طرف مدير القطاع الذي يعرضه فور ذلك على مجلس الإدارة الدراسته في مداولته فيرسل إلى السلطة الوصية للمصادقة عليه تتضمن ميزانية القطاع الصحي بابا للإيرادات وبابا آخر للنفقات بحيث تشمل الإيرادات إعانات الدولة المتمثلة في مساهمتها في أعمال الوقاية والبحث الطبي والتكوين والتكفل بالمعوزين غير المستفيدون من التأمينات الاجتماعية، وكذا إعانات الجماعات المحلية، الإرادات الناتجة

عن التقاعد مع هيئات الضمان الاجتماعي والخاصة بالعلاج المقدم للمؤمنين الاجتماعيين وذوي حقوقهم وعن التقاعد مع التعاضديات والمؤسسات وهيئات التكوين[1].

بالإضافة إلى المصادر الأخرى المتمثلة أساسا في التخصصات الاستثنائية، الهبات والوصايا الممنوحة في إطار التشريع والتنظيم المعمول بهما، الإرادات المختلفة، والإعانات الأخرى المرتبطة بنشاط القطاع الصحي، ومختلف تسديدات التأمينات الاقتصادية الخاصة بالأضرار الجسدية، أما النفقات فهي تتضمن ما يلي

- نفقات التجهيز.
- أي نفقات أخرى ضرورية لتحقيق هدفه.

هذا وتجدر الإشارة أنه بمقتضى المادة 19 من المرسوم 97 /466 المؤرخ في1997/12/02 المذكور سابق، فإن مدير القطاع الصحي هو الأمر بالصرف فيما تخص النفقات، وهو لأجل ذلك يمسك محاسبة إدارية للإيرادات والنفقات وذلك طبقا القواعد المحاسبة العامة وفقا لطريقة

1- صوفي ذهبية، التحفيز في ظل الاصلاحات الجنينة لمؤسسة العمومية للصحة - دراسة حالة -، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة بن يوسف بن خدة، الجزائر، 2009، ص 124

القيد المزدوج، وتسند إدارة الأموال إلى محاسب معين أو معتمد من طرف وزارة المالية، أما اقتضت ذلك المادة 29 من نفس المرسوم بنصه:

تمسك حسابات القطاع الصحي طبقا لقواعد المحاسبة العمومية وتسند إدارة الأموال إلى محاسب يعينه أو يعتمده الوزير المكلف بالمالية إضافة إلى ذلك يمسك المحاسب، محاسبة عامة محاسبة خاصة بالمواد والق[1].يم والسندات ومحاسبة تحليلية تسمح على الخصوص بالتحكم في التكاليف المختلفة .

الفرع الثاني: تحضير الميزانية على مستوى القطاعات الصحية

فكما نعلم ونظرا لانعدام المحاسبة العامة والتحليلية في الإدارات الصحية، فإن الطريقة المتبعة من طرف مديري القطاعات الصحية لتحديد تنبؤات المصادر المالية لمختلف عناوين ميزانية القطاعات الصحية، تتمثل في متوسط النفقات الجارية في ثلاث سنوات سابقة يضاف إليها معدل إضافي يختلف من قطاع إلى آخر، فلا يوجد إذن نسبة أو معدل إضافيان موحد بين مختلف القطاعات ويكون مقررا من طرف وزارة الصحة العمومية نشير أيضا أن لكل عنوان من الميزانية له نسبة إضافية تختلف عن الآخر (يوجد 9 عناوين للنفقات في ميزانية التسيير) والمعدل الأكبر غالبا ما يكون لصالح العنوان

1- والذي يمثل نفقات أجور العمال (مع العلم أن تمويل المستخدمين الطبيين يأخذ الحجم الكبير) [2].

قيمة هذا المعدل الإضافي تأخذ بطريقة غير دقيقة ولا ترتكز على قواعد محددة بل غالبا ما تكون من اختراع مديري القطاعات الصحية، وهم غالبا ما يرتكزون في ذلك على الارتفاع الذي قد يحدث في أسعار عوامل الإنتاج والمواد مضافا إليها النفقات التي قد تحدث خلال السنة، ومشاريع التوسيع للمصالح القائمة والمراد القيام بها، في تحديد تنبؤات نفقات المستخدمين يرتكز مديري القطاعات الصحية على قائمة المستخدمين الموجودين فعليا في

1- عمر شنتير رضاء المرجع السابق، ص 111

2- بار جميلة زوجة بويوسف، أزمة النفقات العمومية في القطاع الصحي في الجزائر، مذكرة ماجستير، معهد العلوم الإقتصادية، جامعة الجزائر، 1993-1994، ص 105.

القطاع، مع الأخذ بعين الاعتبار الزيادة التي قد تطرأ من جراء الزيادة في التوظيف، أو التعديلات الحادثة في الوضعية الإدارية للمستخدمين (الترقية، الترسيم ،...)، غير أنه بالمقابل لا يأخذ بعين الاعتبار إمكانية خروج بعض المستخدمين للتقاعد، التحويلات Les mutationsء الاستقالات، والتحويل على الاستيداع خلال السنة، وهذا من شأنه أن يخفض في حجم القروض المطلوبة.

العنوان رقم 3 والخاص بنفقات الغذاء، غالبا ما يرتكزون في تنبؤاتهم على عدد أيام المكوث في المستشفى وعدد الوجبات (وغالبا ما يكون مبالغ فيه) هذا فضلا عن تغيرات التي تحدث في أسعار المواد الغذائية والنفقات التي أجريت في سنة سابقة العناوين الأخرى تخضع لنفس القاعدة في التنبؤ. ونشير هنا إلى أن هذه التنبؤات يجب أن تتبع بتبريرات وملاحظات (Cahier d ' observation) غير أنه في الغالب ما يستهان بها ولا تأخذ بعين الاعتبار وغير مقنعة، فكل شيء أصبح مجرد إجراءات إدارية، وأصبح بعض المديرين لا يقومون بها إطلاقا، علما منهم أنها سوف تترك جانبا لدى الوزارة الوصية[1].

الفرع الثالث: مشروع الميزانية على المستوى المركزي

تحديد ميزانية المؤسسات الصحية على المستوى المركزي يجب أن تتبع بمرسوم يحدد كيفيات التمويل بتطبيق قانون المالية وبقرار وزاري يجمع الميزانيات حسب المؤسسات الصحية وحسب عناوين النفقات وما يجب أن نشير اليه أنه في الواقع هناك ضغط كبير وظاهر لمصالح وزارة المالية في تخصيص الميزانية حسب عناوين النفقات هذا بغض النظر أن الدراسة والمشاورات التي تجريها وزارة المالية في الواقع وان صح القول غير جادة لأن ما يصلها الا مجرد أرقام، دون أي تحليل فلا نجد وسائل علمية تستعملها الذى [2].

1- بار جميلة زوجة بويوسف، المرجع السابق ، ص105، 106 .

2- بار جميلة زوجة بويوسف، المرجع السابق ، ص104

المطلب الثالث: تنظيم الموارد البشرية للمؤسسات العمومية الاستشفائية

أن المؤسسات العمومية الاستشفائية لا تقوم الا بواسطة تأطير بشري متنوع الاختصاصات سواء ادارية او تقنية، وتوكل لهم المهام طبقا للنصوص القانونية السارية العمل، وعلى ذلك تتحدد مهام ومسؤولية الطاقم البشري الذي تتناوله في النقاط الفرعية التالية:

الفرع الأول: الموارد البشرية في المؤسسات العمومية الاستشفائية

تعتبر الموارد البشرية إحدى أهم موارد المستشفى، والركن الأساسي في تقديم الخدمات لأن إدارة الموارد البشرية من الوظائف الإدارية التي تعنى بشؤون الأفراد على جميع المستويات، بغية المساعدة على تحقيق أهداف المشروع، كما تعني أساسا بتنمية قدرات ومواهب العاملين حتى يتسنى لهم بذل أقصى جهد ممكن، ويتوفر لهم الحافز القوي التحقيق أهدافهم الشخصية إلى جانب أهداف المشروع [1].

لأن من أهم المتطلبات الضرورية لتقديم الخدمات العلاجية الصحية إلى المواطنين بالإضافة إلى الموارد المالية هو مدى توافر ذوي المهن الطبية (أطباء- أطباء أسنان – صيادلة وذوي المهن الصحية في المستشفيات) ممرضين، مساعدي تمريض، مراقبين صحيين فتوفر هؤلاء بالعدد الكافي لشغل الوظائف الموجودة وتناسبه مع الوسائل والأجهزة الطبية المتوفرة، يعتبر مؤشرا على مدى تحقيق إحدى المهام الفرعية للمستشفيات، وهي توفير الكوادر الطبية والصحية اللازمة لإدارة المؤسسات الاستشفائية ورغم أن السبب الرئيسي لوجود المؤسسة هو تحقيق الأهداف التي وجد من أجلها، إلا أن الاستخدام الكفئ للموارد البشرية يعتبر هدفا مهما، لأن المؤسسة لا تستطيع البقاء على مدى الطويل دون تحقيق الكفاءة فالعنصر البشري أهم عنصر في المؤسسة، لذلك وجب التركيز عليه من حيث إعداد التخصصات وإيجاد أنظمة للحوافز وتحديد المسؤوليات والواجبات والمهام لكل فرد، وكذلك التأكد من أن كل فرد على

1- عرابية الحاج، المرجع السابق ، ص334

معرفة بأنظمة وأساليب العمل، والقيام بالتدريب باعتباره عملية مخططة [1] تقوم باستخدام تلك الأساليب والأدوات بهدف خلق وتحصين وصقل المهارات والقدرات الأولئك الموارد، وتوسيع نطاق معرفتهم للأداء الكفء من خلال التعلم لرفع مستوى كفاءاتهم وتحسين عمل المؤسسة وكما يستعمل التعليم بشكل خاص للأطباء والممرضين، حيث يستدعي المعدل المتسارع للتغيير في التكنولوجيا ومعرفة العلوم الطبية والصحية والتركيز عليه كمدخل لتفعيل عملية التغيير [2].

الفرع الثاني: أصناف الموارد البشرية في المؤسسات العمومية الاستشفائية

يشمل جانب الموارد البشرية في المؤسسات العمومية الاستشفائية مختلف الأسلاك الادارية والطبية وكذا التقنية، التي تعتبر من أساسيات تسيير المؤسسات الاستشفائية بصفة عامة، وقد حددت العديد من التشريعات الجزائرية كيفيات تنظيم وتسيير الموارد البشرية على مستوى هذه المؤسسات. وعلى اعتبار أهمية العنصر البشري في المؤسسة العمومية الاستشفائية فقد أخذ المشرع الجزائري بالنظرية التنظيمية اللائحية في تكييف علاقة الموظف بالإدارة، فقد نصت المادة السابعة من القانون رقم 06-03 المتضمن القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية على أن يكون الموظف إتجاه الإدارة في وضعية قانونية أساسية وتنظيمية، وخروجا عن هذا الأصل فإن المشرع الجزائري لم يستبعد نهائيا المفهوم التعاقدي بالنسبة لتنظيم أعوان الدولة كوسيلة إستثنائية لتوظيف أعوان عموميين يرتبطون بالإدارة بواسطة عقد يستمد أحكامه من القانون العام ويخضع في منازعته للقانون الإدارية [3] وهو ما نسجله على النصوص المنظمة للموارد البشرية في المؤسسات العمومية الاستشفائية من خلال الأسلاك والرتب التالية:

1- صلاح محمود نياب، المرجع السابق، ص 10

2- عمر عقيلي، إدارة القوى البشرية، زهران للنشر والتوزيع، عمان، 1996، ص 223

3- بوخالفة غريب، شرح قانون الوظيفة العمومية، منشورات إقراء للنشر والتوزيع، الجزائر، 2013، ص 37، 38

أولا : متصرفي مصالح الصحة

وهم الموظفون الخاضعون للمرسوم التنفيذي 09-161 المؤرخ في 07 جمادى الأولى 1430 الموافق ل 02 ماي 2009 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لسلك متصرفي مصالح الصحة، ويكونوا بصفة أصلية في وضعية خدمة لدي المؤسسات العمومية الاستشفائية ويصفة استثنائية في وضعية خدمة لدى الإدارة المركزية ولهم من الواجبات والحقوق ما نص عليه الأمر 06-03 المتضمن القانون الأساسي اللوظيفة العمومية[1].

وطبقا للمادة 15 من ذات المرسوم يضم سلك متصرفي مصالح الصحة أربعة رتب هي:

- رتبة متصرفي المصالح الصحية من الصنف الثالث آيل لزوال.
- رتبة متصرفى مصالح الصحة
- رتبة المتصرفين الرئيسين لمصالح الصحة[2].
- رتبة رؤساء متصرفي مصالح الصحة

ثانيا: سلك العمال المهنيين والسواق والحجاب

قد تم تنظيم هذا السلك بموجب المرسوم التنفيذي 08-08 المؤرخ في 11 محرم 1429 الموافق ل 19 جانفي 2008 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالعمال المهنيين وسائقي السيارات والحجاب. ويكون في وضعية خدمة في المؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري من بينها المؤسسات العمومية الإستشفائية، ويشمل سلك العمال المهنيين على أربعة رتب:

- رتبة العمال المهنيين من الصنف الثالث.

1- المواد 2، 3 من المرسوم التنفيذي 09-161، المؤرخ في 07 جمادى الأول 1430 الموافق ل 02 ماي 2009 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لست متصرفي مصلح الصحة

2- المواد 16، 17، 18 و19 من المرسوم التبني 09-161 التي نصت على المهام الرئيسية لسك متصرفي الصحة

- رتبة العمال المهنيين من الصنف الثاني.
- رقية العمال المهنيين من الصنف الأول.
- رتبة العمال المهنيين خارج الصنف. أما سلك سائقي السيارات فيشمل:
- رئية سائقي السيارات من الصنف الثاني.
- رئية سائقي السيارات من الصنف الأول

أما سلك الحجاب فيشمل الرتب التالية:

- رتبة الحجاب.

- رتبة الحجاب الرئيسين.

ثالثا: سلك الأعوان المتعاقدين

وهو المنظم بموجب المرسوم الرئاسي 07-308 المؤرخ في 17 رمضان 1438 الموافق ال 29 سبتمبر 2007 المحدد لكيفيات توظيف الأعوان المتعاقدين وحقوقهم وواجباتهم والعناصر المشكلة لرواتبهم والقواعد المتعلقة بتسييرهم والنظام التأديبي المطبق عليهم الصادر بالجريدة الرسمية عدد 61 مؤرخة في 30 سبتمبر 2007، وهم الأعوان الموظفون في المؤسسات والإدارات العمومية حسب حاجة المرفق، لمدة محددة أو غير محددة وبتوقيت كامل أو جزئي ولشغل منصب مؤقت أو شغوره أو في حالة التكفل بعمليات مؤقتة.

رابعا: سلك الممارسين الطبيين العامين والمتخصصين في الصحة العمومية

أ- سلك الممارسين الطبيين العامين في الصحة العمومية

ويمارسون مهامهم طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 09-393 المؤرخ في 2009/11/24 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العامين في الصحة العمومية وهم المكلفون بالخدمة لدى المؤسسات العمومية في الصحة التابعة للوزارة المكلفة بها ويخضعون لنفس الحقوق والواجبات للقانون العام للوظيفة العمومية ولنظام الداخلي

الخاص بالمؤسسة التي يعملون فيها ، يضم سلك الممارسين الطبيين العامين في الصحة العمومية[1].

1- سلك الأطباء العامين في الصحة العمومية ويضم ثلاث رتب:

- رتبة طبي عام في الصحة العمومية

- رتبة طبيب عام رئيسي في الصحة العمومية

- رتبة طبيب عام رئيس في الصحة العمومية

2- سلك الصيادلة العامين في الصحة العمومية ويضم ثلاث رتب:

- رتبة صيدلي عام في الصحة العمومية.

- رتبة صيدلي عام رئيسي في الصحة العمومية. - رتبة صيدلى عام رئيس في الصحة العمومية

3- سلك جراحي الأسنان العامين في الصحة العمومية ويضم ثلاث رتب:

- رتبة جراح أسنان عام في الصحة العمومية.

- رتبة جراح عام رئيسي في الصحة العمومية

- رتبة جراح عام رئيس في الصحة العمومية[2].

ب - سلك الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية يمارسون مهامهم طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 09-394 المؤرخ في 2009/11/24 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية

1- المادة 1، 2، 3، من المرسوم التنفيذي رقم 09-393 المؤرخ في 2009/11/24 70ء مؤرخة في 27 نوفمبر 2009.

2- المادة 20، 21، 30 و39 من نفس المرسوم التنفيذي المرجع السابق.

وهم المكلفون بالخدمة لدى المؤسسات العمومية في الصحة التابعة للوزارة المكلفة بها ويخضعون لنفس الحقوق والواجبات للقانون العام للوظيفة العمومية ولنظام الداخلي الخاص بالمؤسسة التي يعملون فيها، يضم سلك الممارسين الطبيين المختصين في الصحة العمومية: ويضم ثلاث أسلاك[1].

- ممارس متخصص مساعد في الصحة العمومية.
- ممارس متخصص رئيسي في الصحة العمومية
- ممارس متخصص رئيس في الصحة العمومية.

خامسا: سلك الشبه الطبي وهو سلك منظم بموجب المرسوم التنفيذي رقم 11-121 المؤرخ في 2011/03/30 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الشبه الطبي للصحة العمومية، ويقصد بهذا السلك، سلك التمريض الذي يهدف إلى الرعاية الشاملة للمريض من النواحي النفسية والاجتماعية وتخدم الأصحاء والمرضى وتهتم بوقاية المجتمع كله من الأمراض ورفع المستوى الصحي وكفالة الصحة للجميع ويهدف إلى

- المساعدة في تقديم الخدمة الطبية والعلاجية للمرضى - توفير خدمات الرعاية الصحية اللازمة للنهوض بصحة المجتمع.

- الحرص على وقاية المجتمع من مختلف الأمراض والأوبئة. فسلك الشبه الطبي يعمل على إمداد المجتمع بخدمات علاجية في طبيعتها التي تتعلق

- تنفيذ الخطة العلاجية لطبيب وأداء احتياجات المريض التمريضية

- تنسيق خطة الرعاية التمريضية للمريض مع باقي أعضاء الفريق الطبي [2].

1- المواد 1، 2، 3، من المرسوم التنفيذي رقم 09-394 المؤرخ في 2009/11/24 ، الجريدة الرسمية عند 70، مؤرخة في 27 نوفمبر 2009

2- طاهر الوافي، التحفيز وأداء الممرضين (دراسة ميدانية للمؤسسة العمومية الإستشفائية عاليا صالح مدينة تبسة) مذكرة ماجيستير، أقسم علوم الاجتماع، جامعة قسنطينة 2، 2012-2013، ص16

سادسا: سلك النفسانيين للصحة العمومية وهو سلك منضم بموجب المرسوم التنفيذي رقم 09-240 المؤرخ في 29 رجب عام 1430 الموافق 22 يوليو سنة 2009، يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك النفسانيين للصحة العمومية.

يضم سلك النفسانيين العياديين ثلاث رتب:

- رتبة نفساني عادي للصحة العمومية
- رتبة نفساني عيادي رئيسي للصحة العمومية.
- رتبة نفساني عيادي ممتاز للصحة العمومية[1].

سابعا : سلك التخدير والإنعاش للصحة العمومية وهو سلك منضم بموجب المرسوم التنفيذي رقم 11-235 المؤرخ في 03-07-2011 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الأعوان الطبيين في التخدير والانعاش في الصحة العمومية ويضم سلكين هما[2].

1- سلك الأعوان الطبيين في التخدير والإنعاش في الصحة العمومية

يضم أربعة رتب:

رتبة عون طبي في التخدير والإنعاش آيل للزوال.

- رتبة عون طبي في التخدير والإنعاش رئيسي للصحة العمومية.
- رتبة عون طبي في التخدير والإنعاش للصحة العمومية
- رتبة عون طبي في التخدير والإنعاش ممتاز للصحة العمومية.

1- المرسوم التنفيذي رقم 09-240، مؤرخ في 22 جويلية 2009، المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك النفسانيين للصحة العمومية، جريدة رسمية عند 43، مؤرخة في 22 جويلية 2009

2- المادة 2، 3، 18 من المرسوم المرسوم التنفيذي رقم 11-235 المؤرخ في 03-07-2011 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين الأسلاك الأعوان الطبيين في التخدير والإنعاش في الصحة العمومية، جريدة رسمية عدد 38، مؤرخة في 06-07-2011

2- سلك الأعوان الطبيين في التخدير والإنعاش في الصحة العمومية الأساتذة

يضم رتبة وحيدة وهي:

رتبة عون طبي في التخدير والإنعاش للصحة أستاذ[1].

خامسا: سلك البيولوجيين في الصحة العمومية وقد تضمن تنظيم هذا السلك المرسوم التنفيذي 11-152 المؤرخ في 29 ربيع الثاني 1432 الموافق ل 03 أبريل 2011 المتضمن القانون الاساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك البيولوجيين في الصحة العمومية والمكلفين أساسا بالخدمة لدى المؤسسات العمومية التابعة للوزارة المكلفة بالصحة، وهم خاضعون للقانون العام للوظيفة العمومية خاصة فيما يخص الحقوق والواجبات، وكذلك للنظام الداخلي للمؤسسة العمومية الذين يعملون بها وهم أساسا مكلفون بما يلي:

- القيام التحاليل البيولوجية في مختلف التخصصات.
- نقل ومعالجة المواد الكيمياوية
- شرح التحاليل البيولوجية وقراءتها والمساهمة في التشخيص الطبي من خلالها.
- التصديق على نتائج التحاليل.
- المساهمة في التأطير وأشغال البحوث والتكوينات المختلفة.
- السهر على تطبيق التدابير المتعلقة بضمان نوعية العمليات البيولوجية الطبية. يضم سلك البيولوجيين في الصحة العمومية ما يلي:

1- سلك الملحقين بالمخبر في الصحة العمومية الذي يضم رتبة واحدة وهي رتبة ملحق بالمخبر في الصحة العمومية

2- سلك البيولوجيين في الصحة العمومية ويضم اربع رتب هي:

- رتبة بيولوجي في الصحة العمومية من الدرجة الأولى.
- رتبة بيولوجي في الصحة العمومية من الدرجة الثانية.

1- المادة19 و29 من نفس المرسوم المرجع السابق

– رتبة بيولوجي رئيسي في الصحة العمومية.

رتبة بيولوجي رئيس في الصحة العمومية

3– المنصب المالي العالي لرتبة منسق وحدة البيولوجيا وهو منصب عالي ينشا بقرار مشترك من الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالمالية والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية [1].

الفرع الثالث: رقابة الموارد البشرية في المؤسسات العمومية الاستشفائية

على اعتبار أن الموارد البشرية أحد عناصر المؤسسات العمومية الاستشفائية فإنها بذلك تخضع إلى قواعد القانون العام خاصة ما تعلق بقانون الوظيفة العمومية وأحد أبرز أوجه رقابة وتسيير الموارد البشرية التي تمارسها المفتشية العامة للوظيفة العمومية والمتمثلة في

– تمارس المفتشية العامة للوظيفة العمومية قواعد الالتحاق بالوظائف العامة طبقا الشروط الالتحاق المحددة في الأمر 06–03 والمحددة أيضا في القوانين الأساسية في مختلف القطاعات.

– يضبط بالاشتراك مع المؤسسات والإدارات العمومية داخل الولاية المخططات السنوية لتسيير الموارد البشرية ويتابع تنفيذها لا سيما في مجال التوظيف والتكوين والتقاعد وغير ذلك.

– ممارسة الرقابة البعدية المدى قانونية قرارات تسيير الموارد البشرية بالنسبة للإدارات

والمؤسسات العمومية لا سيما الأمر بالصرف

– متابعة عملية تطوير إعداد الموظفين في المؤسسات والإدارات العمومية المشمولة باختصاصه ورقابته[2].

1– المرسوم التنفيذي 11–152 المؤرخ في 29 ربيع الثاني 1432 الموافق ل 03 أبريل 2011 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين الأسلاك البيولوجيين في الصحة العمومية، الجريدة الرسمية عند 21، مؤرخة في 29 ربيع الثاني 1432 الموافق ل 03 أبريل 2011

2– عمار بوضياف، الوظيفة العامة في التشريع الجزر، الطبعة الأولى، تار جسور للنشر والتوزيع، الجزائر 2015، م 54–55.

إن الرقابة التي تمارسها المفتشية العامة للوظيفة العمومية تتصل اتصالا مباشرا بالمؤسسات العمومية الاستشفائية وتخضع لهذه الرقابة خاصة فيما تعلق بمستخدميها الخاضعين لقانون الوظيفة العمومية إذ تمكن من حسن تنظيم وتسيير العنصر البشري في مختلف الأسلاك والركب وحمايته في مختلف مساراته المهنية في المؤسسة الاستشفائية إذ أننا نرى أنها رقابة وجوبية نظرا لأهمية وضرورة المرفق الاستشفائي وتجسيدا لمبدأ استمرارية المرافق العمومية

الفصل الثاني :الجودة الخدمات الصحية والعوامل المؤثر فيها

تمهيد:

مما لا شك فيه أن التنمية باختلاف مجالاتها، اقتصادية كانت أو اجتماعية هي هدف أساسي تسعى لتحقيقه كل دول العالم، وعند الحديث عن التنمية تظهر جليا مكانة الصحة في إحداثها، باعتبار الصحة قطاعا مهما من قطاعات التنمية، فهي المسؤولة عن حماية الإنسان من الأمراض والوقاية منها، مما يؤدي إلى تحسين نوعية الحياة وزيادة الإنتاجية، حيث هناك علاقة وثيقة بين صحة الإنسان صانع التنمية والتنمية كهدف منشود، من هنا كان الاهتمام العالمي بتطوير المؤسسات الصحية وتزويدها بكل جديد في مجال التقنية الطبية، والخبرات العلمية والإنفاق على التعليم الطبي ودعم الأبحاث والدراسات في شتى المجالات، كالطب والمعالجة والوقاية وكذا صحة البيئة، والعمل على تقديم أحسن الخدمات الصحية، وأفضلها للأفراد، كما تم إدخال الجودة في الخدمات الصحية كالية حديثة لتحقيق الصحة في المجتمع، والتي تعتبر حق أساسي لجميع الشعوب، ووسيلة هامة لبناء الفرد القادر على الإسهام في التنمية وخدمة مجتمعه في كافة المجالات.

وسنتناول في هذا الفصل الجودة في المؤسسات الصحية، بدءا بمبحث حول ماهية الخدمات الصحية الذي تطرقنا فيه إلى مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية، ثم مبحث حول تقييم الجودة في المؤسسات الصحية، الذي تطرقنا فيه إلى مفهوم جودة الخدمات الصحية، أبعاد جودة الخدمات الصحية والعناصر المؤثرة في تحقيقها، ثم مداخل تقييم جودة الخدمات الصحية، النتطرق في الأخير إلى متطلبات تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية.

المبحث الأول: ماهية السير الخدمات الصحية

تعد الصحة حجر الزاوية لبناء المجتمعات، فهي من بين أهم مجالات التنمية التي تسعى من خلالها الدول إلى تحقيق التقدم والرقي في كل القطاعات بما في ذلك القطاع الاقتصادي، لذلك فهي تولي أهمية كبرى بالمؤسسات الصحية والخدمات التي تقدمها.

وسنتطرق في هذا المبحث إلى مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية وخصائصها، ثم نتعرض إلى مستوياتها وأنواعها.

المطلب الأول: مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية

نتطرق في هذا العنصر إلى بعض المفاهيم ذات الصلة بمفهوم الخدمات الصحية كالصحة والمرض، الرعاية الصحية والرعاية الطبية

الفرع الأول: مفهوم الصحة

لقد كان ينظر إلى الصحة على أنها: علاج للمرضى، فإذا ما توسع مفهومها لا يتجاوز أن تكون وقاية من الأمراض[1].

يعد هذا المفهوم ضيقا لمصطلح الصحة، بحيث اقتصر على اعتبارها أنها علاج المرضى والوقاية من الأمراض، شأنه شأن التعريف الذي قدمه مجموعة من الأطباء والعاملين في قطاع الصحة الذي اعتبر الخدمة الصحية أنها تعني: غياب المرض الظاهر وخلو الفرد من العجز والعلل"

1- عصماني سفيان، "دور التسويق في نظام الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها المرضي)"، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير، تخصص علوم تسيير ، قرع التسويق، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2006/2005، ص 23

فحسب هذا التعريف يعتبر الفرد صحيحا إذا ما خلا من العلة وبرأ من المرض الظاهر فقط، وهذا ما جعل البعض يعتبر هذا المفهوم ناقصا كونه جعل للصحة دورا سلبيا لمجرد أنها علاج للمرض، كما أن هناك من اعتبر الصحة تشخيص وعلاج المجتمع[1].

هذا الاختلاف في التعاريف جعل منظمة الصحة العالمية تعطي مفهوما أشمل عن الصحة واعتبرتها أنها حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، لا مجرد انعدام المرض والعجز"[2].

فحسب هذا التعريف تعد الصحة أشمل من أن تكون معالجة المرض، فهي تمتد لتشمل صحة الجسم، وصحة العقل أو ما يسمى بالصحة النفسية [3].

والتي تعني العلاج الوقائي اللاضطرابات العقلية مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية التي تطرأ على الفرد [4].

وصحة المجتمع والبيئة وهي حالة توفر الموطن البيئي السليم والمستقر للكائنات الحية، وعلى رأسها الإنسان بحيث يستطيع أن يعيش حياته بشكل سليم ويحافظ على بيئة سليمة، إذ لابد من أن ينظر إلى الصحة من مجال أبعد من أن تكون مجرد رعاية طبيب لمريض، كما لا يجب أن تكون المجتمعات صحية عياديا فقط، ولكن يجب أن تشعر بالصحة جسميا، واجتماعيا[5].

والصحة الجيدة مفهوم أوسع من مجرد غياب المرض أو عدم التوازن، تنتج من أكثر من مجرد الخدمة الصحية الفعالة والكفوءة

1- أحمد محمد بدح وآخرون، " الثقافة الصحية ، دار وائل، الأردن، 2005، ص13.

2- الموقع الإلكتروني لمنظمة الصحة العالمية

www.who.int/features/factfiles/mental_health/ar 2020/04/05

3- – صالح حسن الدهراوي ، "مبادىء الصحة النفسية، " دار وائل، الأردن، 2005، ص26

4- نظام موسي سويدان، عبد المجيد البرواري، "إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية" دار حامد، الأردن، 2009، ص 233

5- طلعت الدمرداش إبراهيم، "اقتصاديات الخدمات الصحية"، ط2، مكتبة المدينة، مصر، 2000، ص 18.

وقد اعتبرت منظمة الصحة العالمية الصحة الجيدة، أنها العنصر الأساسي لمعافاة الفرد والتنمية الاقتصادية والاجتماعية المستدامة[1].

1. الصحة العامة:

تتكون من كلمتين إحداهما هدف عام وهو الصحة، وثانيهما أفراد المجتمع، وهذا يؤكد على ضرورة تحقيق أعلى مستوى صحي لهم، فالصحة العامة تحتوي على الصحة الشخصية وصحة البيئة، والصحة الاجتماعية ومكافحة الأمراض المعدية، وتنظيم خدمات الطب والتمريض للعمل على التشخيص المبكر للأمراض، مع تعليم أفراد المجتمع وتثقيفهم على كيفية تطوير الحياة الصحية، وذلك بمجهودات منظمة في المجتمع، من أجل الوقاية من الأمراض وترقية الصحة[2] وهناك من يرى أن الصحة العامة هي الخدمات الصحية التي تمول من طرف القطاع العام[3].

تتفرع الصحة العامة إلى : [4].

– الصحة الوقائية وتهدف إلى منع حدوث الأمراض، والحد من انتشارها .

– **الصحة العلاجية:** وتهدف إلى علاج المرضى وإخراجهم من الحالة المرضية التي يشكون منها إلى الحالة الطبيعية، عن طريق التشخيص وتقرير العلاج المناسب للحالة، وصولا إلى الهدف الأسمى وهو تخفيف الآلام وإنهاء الأعراض المرضية.

الصحة المهنية: متعلقة بصحة العاملين في المهن المختلفة.

1- الموقع الإلكتروني لمنظمة الصحة العالمية

www.who.int/wir/2010/ar/ index.htni 2020/04/05

2- و الصحة الأجتماعية في خدمات توفر الرعاية الاجتماعية للمرضى مساعدة للخدمات الطبية، وتزيد من فاعليتها، من خلال الاهتمام بالجانب الإنساني، كمتابعة حالات المرضى المصابين بأمراض عقلية ونقية بعد خروجهم من المؤسسة الصحية، ومعرفة الأسباب والمشاكل التي تؤدي إلى الإصابة بأمراض معينة، قد تصل إلى تقديم مساعدات مالية للمرضى المعوزين

3- أحمد محمد بدح وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 13(بتصرف).

4- عصماني مقيان، المرجع السابق ، ص 24

وعند الحديث عن الصحة، لابد من التطرق إلى مفهومي الطب والمرض، فالطب هو تشخيص وعلاج الفرد،[1].

أما المرض فهو حالة الانحراف عن الحالة الطبيعية للفرد جسميا أو عقليا أو اجتماعيا أو نفسيا، مما يؤثر عليه وعلى شخصيته[2].

من خلال ما سبق نجد أن الصحة هي القوة والسلامة الجسمية والعقلية، النفسية للفرد والسلامة الاجتماعية المتمثلة في السكن، التعليم، الغذاء، مستوى نظافة البيئة والخدمات الصحية المتاحة... الخ، والمرض هو الإنقاص من حالة السلامة الصحية للفرد، التي ترجع أسبابها للعناصر السابقة

2. مستويات الصحة:

الصحة حالة نسبية، فكل إنسان تكون صحته في درجة معينة تقع بين طرفي مدرج قياس الصحة، فالطرف الأول هو الصحة المثالية، والطرف الآخر هو انعدام الصحة، وهناك درجات متفاوتة من الصحة بين الطرفين، وعلى ذلك تكون مستويات الصحة كما يلي: [3].

- **الصحة المثالية:** وهي درجة التكامل والمثالية الجسمية والنفسية والاجتماعية.

- الصحة الإيجابية: وفيها تتوفر طاقات إيجابية تمكن الفرد من مواجهة المشاكل والمؤثرات الجسمية والنفسية والاجتماعية، دون ظهور أية أمراض أو علامات مرضية ملموسة.

- **السلامة المتوسطة:** لا تتوفر فيها طاقات إيجابية من الصحة، ولذلك عند التعرض لأي مؤشرات ضارة يسقط الفرد في المرض.

1- أحمد محمد بدح ، المرجع السابق ، ص 13.

2- عصماني سفيان، المرجع السابق ، ص26

3- أحمد محمد بدح وآخرون، المرجع نفسه، ص ص:13-14.

- **المرض غير الظاهر:** وهنا لا يشكوا المريض من أعراض وعلامات واضحة، ولكن يمكن اكتشاف المرض بفحوصات مخبرية وشعاعية خاصة.

المرض الظاهر: وهنا يشكو المريض من أعراض وعلامات يحس بها. مستوى الاحتضار: في هذا المستوى تسوء الحالة الصحية عند المريض إلى حد خطير يصعب معها أن يستعيد صحته.

الفرع الثاني: الرعاية الصحية والرعاية الطبية

1. الرعاية الصحية: يشمل مفهوم الرعاية الصحية بالإضافة إلى تقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية، مفهوم الحفاظ على الصحة العامة ضمن إطار التنمية البشرية للمجتمع، (فهي تشمل أنشطة رعاية المريض، الرعاية الطبية وإعادة التأهيل الاجتماعي، حيث تركز على جودة الحياة بصفة عامة[1].

أي أنها مجموعة الإجراءات الوقائية التي تقدمها المؤسسات الصحية لجميع أفراد المجتمع، بهدف رفع المستوى الصحي لهم والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها، والعمل دائما على ترقية الصحة العامة والحفاظ عليها [2].

إنة أي نظام صحي يتضمن أربعة مستويات في الرعاية الصحية، وهذا من أجل تأمين الخدمات الصحية لكل شرائح المجتمع بالمستوى الكمي والنوعي الذي تتطلبه الحياة، ويمكن ذكرها كما يلي:

- **مستوى الرعاية الصحية الذاتية:**

وهو المستوى الذي يتحمل فيه الفرد والعائلة مسؤولية حماية ورعاية أنفسهم في الأمور الوقائية والعلاجية البسيطة المتعارف عليه، التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية، ويتوقف هذا المستوى على مستواهم الثقافي والاجتماعي.

1- عدمان مريزق، " واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية في الجزائر العاصمة"، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007-2008، ص 35

2- عصماني سقيان، المرجع السابق ، ص 37

- مستوى الرعاية الصحية الأولية:

وتعرف على أنها الخدمات الصحية الشاملة والأساسية الميسرة لجميع الأفراد والأسر في جميع المجتمعات، بمشاركة الأفراد، بتكاليف يمكن توفيرها وهي جزء من النظام الصحي للبلد، ويمثل هذا المستوى أوسع المستويات الخدمية الصحية، يتم تقديم الرعاية الصحية الأولية في المؤسسات الصحية (مستوصفات، عيادات قروية، عيادات الأمومة والطفولة...الخ)، وهناك تسعة عناصر تمثل الخدمات الصحية التي تحقق هذا المستوى، وهي(رعاية الأم والطفل، طب الأطفال والصحة المدرسية، مكافحة الأمراض السارية، صحة البيئة وتحسينها، صحة الإنسان والوقاية العلاجية، صحة العيون والإرشاد والتثقيف الصحي، الفحص السريري والمعالجة الدوائية، الفحص السريري والمداخلة الجراحية البسيطة).

- مستوى الرعاية الصحية المتخصصة:

عند عجز المستوى الثاني في مواجهة بعض الحالات فإنه يوجه مباشرة إلى مستوى الرعاية الصحية المتخصصة، من أجل تقديم نوع معين من الخدمات الصحية المتخصصة، كالجراحة وأمراض القلب والأمراض النفسية، ويشمل هذا المستوى على أخصائيين في الفروع المختلفة، يحال إليهم المرضى للمشورة والعلاج، والخدمات الصحية في هذا المستوى تقدم في المؤسسات الصحية من مستشفيات وعيادات متخصصة.

- مستوى الخدمات الصحية المتطورة التخصصية:

وهي الخدمات الصحية التي ليس بالمستطاع تقديمها في المستوى الثاني والثالث، وهي خدمات متخصصة في مجال الطب والجراحة، تكون معقدة كجراحة القلب والدماغ.

2. الرعاية الطبية: ينصب تركيز الرعاية الطبية على التشخيص المبكر، وإعادة التأهيل الطبيعي، وذلك عند الحاجة، فهي تركز على المرض وطرق علاجه[1].

1- عدمان مريزق، " واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية في الجزائر العاصمة"، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007-2008، ص 36

كما يمكن القول أنها :" الخدمات التي يؤديها فرد من الفريق الطبي إلى فرد من المجتمع، من تقديم العلاج والغذاء، الدواء والمعاملة الحسنة، وبالتالي هي تتضمن فحص المريض وتشخيص مرضه وإلحاقه بإحدى المؤسسات الصحية، وتقديم الدواء اللازم للعلاج، والغذاء الجيد والملائم لحالته وحسن معاملته من طرف القوى الطبية، لمساعدته على استعادة صحته[1].

تصنف الرعاية الطبية إلى قسمين رئيسيين هما:

المرض

– رعاية طبية مباشرة: هي الخدمات التي يقوم بها الطبيب بنفسه، مثل تشخيص وعلاجه.

– رعاية طبية غير مباشرة: وهي الخدمات الصحية التي يقوم بها أحد أعضاء الفريق الطبي غير الطبيب، وتشمل خدمات التمريض وخدمات التحاليل المخبرية، وصور الأشعة، وخدمات حفظ السجلات الطبية، والشؤون المالية والإدارية المتعلقة بالخدمات الصحية.

ولا يجب الخلط بين مفهومي الرعاية الصحية والرعاية الطبية، فهذه الأخيرة فرع أو ميدان من ميادين الرعاية الصحية، وإذا كانت الرعاية الطبية هي التي تعمل مع المرضى فإن الرعاية الصحية لا تنتظر حدوث المرض، بل تعمل على منع حدوثه، وإذا ما حدث تعمل على معالجته، وفي كثير من الأحيان لا يكفي العلاج وحده، ما يتطلب مرحة التأهيل للمريض بعد إجراء العمل الجراحي والعلاج[2].

من خلال ما سبق نجد أن الفرق بين الرعاية الصحية والرعاية الطبية، يتمثل في أن خدمات الرعاية الطبية موجهة لفرد واحد، بينما الرعاية الصحية موجهة للمجتمع بصفة عامة، قصد رفع مستواهم الصحي، أو مقاومة انتشار الأمراض بينهم، وعليه فإن أي خدمة صحية موجهة إلى فرد معين بصفة مباشرة تعتبر من خدمات الرعاية الطبية حتى ولو كانت خدمة

1- عصماني سفيان، المرجع السابق ، ص38.

2- فريد كورتل، "تسويق الخدمات" ، كنوز المعرفة للنشر، الأردن، 2008، ص319.

وقائية، وكمثال على ذلك، قد يتوجه شخص ما مصاب بمرض معين إلى مؤسسة صحية ليعالج هذا المرض، فإن الخدمة الصحية المقدمة له تدخل في نطاق الرعاية الطبية، أما إذا ما قامت وزارة الصحة بحملة التوعية الأفراد بخطورة نفس المرض وكيفية الوقاية منه، فإن هذه الخدمة تدخل ضمن إطار الرعاية الصحية للمجتمع، ولا تقتصر الرعاية الطبية على تقديم خدمات علاجية فقط وإنما تقدم خدمات وقائية هامة، فالطبيب الذي يعالج هذا الشخص المريض، يمكن أن يقدم له نصائح وقائية لتجنب تفاقم وتطور المرض، أو حتى نصائح عن أمراض أخرى، فهي خدمات طبية مادام المقصود بها فرد بذاته.

الفرع الثالث: تعريف الخدمات الصحية

يعد مفهوم الخدمة الصحية تابع أساسا من المفهوم العام للخدمات، ذلك أن الخدمة تتمثل في كونها تتصف بخصائص عديدة تتفرد بها عن السلعة، فمفهوم الخدمة يكمن في أنها منتج غير ملموس يقدم منافع للمستهلك نتيجة استخدام جهد بشري أو آلي، ولا ينتج عن تلك المنافع حيازة شيء مادي ملموس، وبناءا على ذلك أعطيت عدة تعاريف للخدمة الصحية نذكر منها ما يلي:

عرفت الخدمة الصحية على أنها: أوجه النشاط غير الملموسة التي تقدم للمستهلك المريض)، والتي تهدف أساسا إلى إشباع حاجاته ورغباته، أي تهدف إلى تحسين الصحة وزيادة فرص الشفاء والتقليل من القلق الذي يساور المستهلك (المريض)، والتحرر من المرض والسعي نحو السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية... الخ، يتم الحصول عليها من المؤسسات الصحية، سواء كانت عامة أو خاصة[1].

اعتبر هذا التعريف الخدمات الصحية نشاط غير ملموس، تقدم من طرف المؤسسات الصحية ، التي قد تكون عامة أو خاصة . إلى المستهلك (المريض لإشباع حاجاته من تحسين

1- زكي خليل المساعد ، المرجع السابق ، ص 291.

لصحته أو شفائه من المرض، واعتبر الخدمات الصحية وسيلة للوصول إلى السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية.

كما يمكن تعريف الخدمة الصحية على أنها: " جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة، سواء كانت علاجية موجهة للفرد، أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة رفع المستوى الصحي للأفراد أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والأجهزة الطبية وغيرها، بهدف وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض[1].

تناول هذا التعريف الخدمات الصحية بمفهوم واسع، مصنفا إياها إلى ثلاث مجموعات خدمات علاجية، خدمات وقائية، خدمات إنتاجية)، هدفها رفع المستوى الصحي للأفراد باعتبارها خدمات يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة.

تعرف الخدمة الصحية كذلك على أنها: الخدمات العلاجية أو الإستشفائية، أو التشخيصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع، مثل معالجة الطبيب الشخص مريض سواء كان ذلك في مركزه الصحي الخاص، أو في مؤسسة صحية عمومية، أو العناية التمريضية التي يقدمها طاقم التمريض، أو التحاليل المخبرية التشخيصية التي يقدمها فنيو المختبر لشخص ما، أو لعدة أشخاص، غير أن الرعاية الطبية (الخدمات الصحية) قد تقدم رعاية صحية وقائية، كأن يقدم الطبيب المعالج لشخص ما معلومات حول مرض ما وطرق انتشاره، وكيفية الوقاية منه، لتجنب الوقوع فيه مستقبلا، وبذلك يقوم الطبيب بدور الرعاية الصحية إلى جانب الرعاية الطبية : [2].

من خلال هذا التعريف نجد أن الخدمات الصحية تكون إما خدمات علاجية، أو استشفائية أو تشخيصية أي أنها تشمل كل الخدمات الصحية التي يؤديها فرد من الفريق الطبي إلى فرد من المجتمع، وتتضمن فحوص المريض وتشخيص مرضه، تقديم الدواء اللازم لعلاجه

1- عمان مريزق، المرجع السابق ، ص19

2- عصماني سفيان، المرجع السابق ، ص38

والغذاء الجيد والملائم لحالته، وحسن معاملة القوى العاملة الطبية له، لمساعدته على استعادة صحته ومعالجة أية مشكلة تعترض راحته النفسية والجسمية داخل المؤسسة الصحية.

وهناك من استخدم مصطلح المنتج الصحي للتعبير عن الخدمة الصحية، واعتبره:" مزيج متكامل من العناصر المادية الملموسة وغير الملموسة، التي تحقق إشباع وإرضاء معين للمستهلك (المريض)، ومن أمثلة ذلك الخدمات الوقائية، خدمات الفحص والتشخيص، خدمات الجراحة والعلاج...الخ[1].

ولكن باعتبار عدم الملموسية الصفة الغالبة على الخدمات الصحية، وأن الهدف الأساسي الذي يرغب المستهلك (المريض في الحصول عليه (الشفاء، الفحص...الخ)، يفضل استخدام مصطلح الخدمة الصحية.

المطلب الثاني: خصائص الخدمات الصحية

تتميع الخدمات الصحية على غرار باقي الخدمات بمجموعة من الخصائص تميزها عن المنتجات الملموسة، تتمثل في اللاملموسية أي عدم إمكانية مشاهدتها أو لمسها، وتلازميتها وتعني درجة الترابط بين الخدمة الصحية ذاتها ومقمها، علم التمائل، أي عدم قدرة الطبيب على تقديم خدمات متماثلة ومتجانسة على الدوام، والفناء والتلاشي، أي عدم القدرة على تخزين الخدمة الصحية لمدة من الزمن، وعدم التملك.

إضافة إلى الخصائص السابقة، يمكن أن نخص الخدمات الصحية بمجموعة من الخصائص التالية:

7 عدم تجانس الخدمات الصحية: توجه الخدمات الصحية إلى عدد من الأفراد، يختلفون في طبيعتهم وأمراضهم وخصائصهم النفسية، فالخدمة الصحية تتنوع من فرد إلى آخر وحتى بالنسبة للفرد الواحد [2].

1- مدكور فوزي،" تسويق الخدمات الصحية"، التراك للنشر والتوزيع، مصر، 1998، ص198.

2- عتمان مريزق، المرجع السابق ، ص20

و عدم القدرة على التنبؤ بالطلب: لا يمكن التنبؤ وبأي درجة من الدقة ما سيكون عليه الطلب على الخدمة الصحية، فقد تظهر حالات فيروسية، حوادث خطيرة، كوارث طبيعية أو صراعات مسلحة تجعل التخطيط شيء يصعب تحقيقه[1].

- لاملموسية الخدمة الصحية: وهذا ما يستوجب ضرورة وجود اتصال مباشر بين مقدم الخدمة (الطاقم الطبي)، والمستهلك (المريض) حتى تتحقق الاستفادة الكلية من هذه الخدمات

- عدم التوافق بين توقعات المستهلك (المريض) والخدمة الصحية المقدمة له، فقد يضع مريض معين توقعات حول ما يحصل عليه من خدمة صحية، ولكن الجانب الجسدي والنفسي أي المميزات النفسية، تعتبر خارج نطاق تحكم الطبيب، كما لها تأثير على نتيجة الخدمة الصحية المقدمة، فإن نفسية المريض تحدد كيف يتم استيعابها [2].

- الخدمات الصحية غير قابلة للتأجيل: تتطلب الخدمات الصحية في غالبيتها السرعة في تقديمها، فالإصابة بمرض معين يقتضي سرعة علاجه عند ظهور الأعراض، ويترتب على هذه الخاصية بعدين أساسيين هما: [3].

أ- **البعد المكاني:** والذي يقضي بضرورة انتشار منافذ تقديم الخدمات الصحية في الأماكن المختلفة التي يتواجد فيها الأفراد، بمعنى آخر ضرورة اتباع سياسة التغطية الشاملة للمناطق الجغرافية المختلفة.

ب- البعد الزماني: والذي يقضي بضرورة تقديم الخدمات الصحية في الوقت الذي يحتاج إليها (عند ظهور الحاجة إليها، سواء كانت خدمات علاجية، أو وقائية، فتأجيلها يترتب عليه أضرار بالغة.

إضافة إلى الخصائص السابقة، يمكن أن نذكر الخصائص التالية للخدمات الصحية: [4].

1- نظام موسى سويدان، المرجع السابق ، ص240

2- نظام موسى مويدان، المرجع نفسه، ص 239

3- عدمان مريز، المرجع السابق ، ص 22

4- فريد كورتر، المرجع السابق ، ص ص: 315-317

و تتميز الخدمات الصحية أنها خدمات عامة أي موجهة إلى كافة أفراد المجتمع، الهدف من تقديمها هو تحقيق منفعة عامة لمختلف المستهلكين (المرضى).

- تتميز الخدمات الصحية بكونها يجب أن تكون على درجة عالية من الجودة، فهي مرتبطة بحياة الفرد وشفائه

-في مؤسسات الأعمال، تكون قوة القرار بيد شخص واحد أو مجموعة من الأشخاص يمثلون الإدارة، في حين تتنوع قوة القرار في المؤسسة الصحية بين الإدارة ومجموعة الأطباء - صعوبة تحديد وتقييم جودة الخدمات الصحية.

- تتكون الخدمة الصحية من عناصر يكمل بعضها البعض. 7 تستهلك الخدمات الصحية وقت إنتاجها، إذ لا تظهر الخدمة الصحية إلا عند حضور

-المستهلك (المريض) عندها يمكن أن يقوم الطبيب بتقديم الخدمة الصحية له.

- مساهمة المستهلك (المريض) في عملية تقديم الخدمة الصحية.

كما يمكن ذكر الخصائص الاقتصادية للخدمة الصحية فيما يلي:

وذلك من خلال التطرق إلى الخصائص المتعلقة بجانب العرض والطلب على الخدمات الصحية.

أ- الخصائص التي تقتصر على جانب الطلب على الخدمات الصحية:

- الخدمات الصحية خدمات جماعية:

فالخدمات الجماعية هي تلك التي تقدم منافع لكل أفراد المجتمع وليس للفرد الواحد الذي يستفيد منها، وهذا ما ينطبق على الخدمات الصحية إذ أن تحسين صحة الفرد لا يفيده وحده فقط، ولكنه يفيد أسرته وكل شخص يحيط به، وهو ما يطلق عليه بأثار الانتشارات الخارجية الموجبة للخدمات الصحية، ولهذا يكون من المفيد

اقتصاديا تقديم دعم لهذه الخدمات[1].

1- عمان مريزق، المرجع السابق ، ص 22-

- **الطلب على الخدمات الصحية طلب مشتق:**

حيث يطلق اصطلاح الطلب المشتق عادة على المنتجات التي لا تطلب للاستهلاك المباشر، ولكنها تستخدم في صناعة منتجات أخرى من أجل الاستهلاك النهائي، وكذا فإن الطلب على هذه المنتجات يعتمد على المنتجات التي تساعد على إنتاجها، فإذا اعتبرنا الخدمات الصحية مدخلات الإنتاج الصحة يكون الطلب على الخدمات الصحية طليا مشتقة من الطلب على الصحة ككل[1].

- **الخدمات الصحية تمثل ضغطا بالنسبة للمستهلك (المريض):**

حيث يعد تلقي الخدمة الصحية من طرف المستهلك (المريض) أمرا ضروريا لتخليصه من آلام مرض معين حيث أن دخول المريض إلى غرفة العمليات الإجراء جراحة، قد يكون أمرا غير مستحب ولكنه ضروري لتخليصه من آلامه واستعادته لصحته[2].

ب – الخصائص التي تتعلق بجانب العرض:

و تخضع أسواق الخدمات الصحية إلى جانب كبير من التدخل والتنظيم الحكومي: حيث تؤثر القوانين الحكومية على عمل المؤسسات الصحية، ويتعلق الأمر بتحديد منهج عملها والقواعد المهنية في مجال تقديم الخدمات الصحية، كما يلاحظ امتلاك الحكومات لأغلب المؤسسات الصحية [3].

- **انخفاض مرونة عرض الخدمات الصحية في الأجل القصير:**

حيث يتم عرض الخدمات الصحية بانخفاض المرونة في الأجل القصير، وذلك لأن بناء المؤسسات الصحية وتجهيزها، بالإضافة إلى تكوين الأطباء والمهنيين يحتاج إلى سنوات عديدة، ومن ثم فإن العرض غير المرن لبعض مدخلات إنتاج الخدمات الصحية في الأجل القصير، وعليه هذا ما يجعل عرض الخدمات الصحية غير مرن في الأجل القصير[4].

1- مدكور فوزي، المرجع السابق ، ص 189

2- عمان مريزق، المرجع السابق ص 23

3- فريد كورتر، المرجع السابق ، ص 315، (بتصرف).

4- عتمان مريزق، المرجع السابق ، ص 23

- كثافة استخدام عنصر العمل:

حيث يواجه المستهلك (المريض) عددا من فئات الهيئة الطبية المختلفة أثناء تواجده في المؤسسة الصحية، فيتعامل مع الأطباء، الممرضين والموظفين والإداريين...الخ[1].

كما أن تقديم الخدمات الصحية بشكل كافي بمستوى جودة عالية من أهم خصائص الخدمات الصحية، أي أنه يجب أن تتوفر فيها الكفاية الكمية والكفاية النوعية[2].

به الكفاية الكمية: والتي تعني توفير الخدمات الصحية بحجم كافي يتناسب مع عدد الأفراد وهذا يشمل:

- توفير عدد كافي من الموارد البشرية الطبية (أطباء، ممرضين، فنيي مختبرات، وغيرهم من المساعدين).
- توفير عدد كافي من المؤسسات الصحية التي تقدم الخدمات الصحية (مستشفيات ومختبرات... الخ)، على أن يكون هناك عدالة ومساواة في توزيعها بين مختلف المناطق.
- توفير الخدمات الصحية في جميع الأوقات، وهذا يعني ضرورة توفر أعضاء الفريق الطبي مدة أربعة وعشرين ساعة.
- توفير أساليب ووسائل التثقيف الصحي بين أفراد المجتمع، لتعريفهم بوسائل الرعاية الصحية والخدمات التي تقدمها.
- يجب وضع النظم المالية والإدارية الكفيلة بتوفير الخدمات الصحية للأفراد والسعي لتأمين الصحي الشامل لكافة الأفراد.
- الكفاية النوعية: لا يكفي لتوفير الرعاية الطبية زيادة عدد وأعضاء الفرق الطبية والمؤسسات الصحية فحسب، بل يجب أيضا توفير ظروف رفيعة المستوى للعمل الصحي، وهذا يشمل:

1- نظام موسى سويدان ، المرجع السابق ، ص 240

2- طلعت الدمرداش إبراهيم، المرجع السابق ، ص ص 39-40.

– وضع معايير وأسس تحدد المستوى المطلوب والواجب توفيره في كل عضو من أعضاء الفرق الطبي، والمعدات والأجهزة، ووسائل التشخيص والعلاج، كما يجب أن تضع هذه المعايير لجنة عليا من ذوي الاختصاص والخبرة في مجالات الرعاية الطبية المختلفة، ولا يسمح لأي كان سواء كان طبيبا أو ممرضا أو مؤسسة صحية أن تمارس مهنة تقديم الخدمات الصحية إلا إذا توافرت فيها هذه المعايير

– العمل على رفع كفاءة وحسن تدريب أعضاء الفرق الطبية، سواء كان طبيبا عاما أو اختصاصيا أو ممرضا، وهذا من خلال وضع برامج علمية لرفع مستواهم العلمي والاطلاع على أحدث الاكتشافات الطبية.

المطلب الثالث: مستويات وأنواع الخدمات الصحية

سنتطرق في هذا المطلب إلى مستويات الخدمة الصحية، ومختلف التصنيفات التي قدمت عنها.

الفرع الأول: مستويات الخدمة الصحية

تقوم المؤسسات الصحية بتقديم مجموعة من المنافع للمستهلكين (المرضى) تتضمن تسليم الخدمة الجوهر أو الخدمة الأساسية، إضافة إلى العديد من الخدمات الأخرى التي ترتبط بأنشطتها والتي تسمى بالخدمات التكميلية الداعمة للخدمة الجوهر، ومجموع هذه الخدمات يطلق عليها بزهرة الخدمة الصحية والشكل رقم (2 / 2) يوضح مستويات الخدمة الصحية.

الفرع الثاني: أنواع الخدمات الصحية

هناك عدة أنواع للخدمات الصحية تدخل ضمن تصنيفات مختلفة، نذكر منها ما يلي:

1 كسب وظائفها:

تصنف الخدمات الصحية حسب الوظيفة التي تؤديها إلى ثلاث مجموعات أساسية هي خدمات علاجية، وقائية، إنتاجية نذكرها فيما يلي[1] :

1- عمان مريزق، المرجع السابق ، ص 20

أ- **خدمات علاجية:** موجهة للفرد ترتبط بجميع الخدمات الصحية لمختلف التخصصات، على مستوى المؤسسات الصحية، بالإضافة إلى الخدمات المساعدة المتمثلة في الأشعة، التحاليل إلى جانب خدمات التغذية والنظافة، وخدمات الإدارة وغيرها.

ب- **خدمات وقائية:** تعمل هذه الخدمات على تسهيل أداء الخدمات العلاجية، فهي مدعمة لها، ويتمثل دورها في حماية المجتمع والبيئة من الأمراض المعدية والأوبئة.

ج- **خدمات إنتاجية:** وتتضمن إنتاج الأمصال، اللقاحات، كما تتضمن إنتاج الأدوية، العتاد والأجهزة الطبية الأخرى.

2 - كما تصنف الخدمات الصحية كذلك إلى[1] :

أ- خدمات صحية مرتبطة بصحة الفرد:

وتتعلق بتشخيص العلاج وتؤدي عبر الأقسام الآتية: قسم الأمراض الداخلية، قسم الأمراض الجراحية، قسم الأطفال قسم التوليد وأمراض النساء، قسم أمراض الرأس، قسم العلاج الطبيعي المعالجة الفيزيائية)، قسم التخدير، الإنعاش وقسم الإسعاف والطوارئ، قسم المختبر وقسم الأشعة.

ب- خدمات صحية مساعدة:

تشمل كل ما يتعلق بالرعاية السريرية داخل المؤسسة الصحية المستشفى، ويندرج ضمنها خدمات التمريض، خدمات الصيدلة.

ج- الرعاية الصحية:

تهدف إلى تعزيز المستوى الصحي للأفراد والجماعات بالجوانب الجسدية والنفسية والعقلية، والذهنية، والاجتماعية كافة.

د- **الخدمات الصحية البيئية (صحة المجتمع):** وترتبط بالحماية من الأوبئة، الأمراض المعدية والتدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد وأنشطة المؤسسات، وهي خدمات صحية وقائية تقي

1- فريد كورتل، المرجع السابق ، ص ص: 318-319

الفرد من الأمراض كاللقاحات، وخدمات الرقابة الصحية على متاجر الغذاء، خدمات مكافحة الحشرات الضارة، إضافة إلى خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي.

3 – حسب مستويات الخدمات الصحية:

تصنيف الخدمات الصحية حسب مستوياتها إلى [1]:

أ- الخدمات الأساسية:

وتشمل الخدمات الوقائية والعمليات الجراحية والعلاج، وأقسام الطوارئ، بنك الدم، العلاج الطبيعي، الصيدلة، رعاية الأطفال المبتسرين (الأطفال المولودون قبل الوقت وعلاج الجهاز التنفسي، العناية المركزة، التصوير بالأشعة الإلكترونية، الخدمات النفسية للطوارى، خدمات إعادة التأهيل، خدمات اجتماعية، العلاج المهني، العلاج بالأشعة وقسم جراحة القلب والإنعاش، زراعة الأعضاء خدمات التدريب والتعليم الصحي...الخ[2].

ب- الخدمات المساعدة:

وتشمل الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية عند إقامة المريض كالمبيت والغذاء، والخدمات التي تؤديها الآلات والأدوات المستخدمة في تسهيل عملية التشخيص والعلاج، بالإضافة إلى الوسائل المستخدمة في خدمات الوقاية.

4- حسب المستفيدين من الخدمات الصحية:

يمكن تصنيف الخدمات الصحية حسب هذا المعيار إلى خدمات فردية وخدمات جماعية:

أ- خدمات فردية: وهي تلك الخدمات التي يستفيد منها شخص واحد دون أن تكون له علاقة بأي جهة أو مؤسسة صحية معينة، كأن يتوجه شخص مريض إلى إحدى المؤسسات الصحية للحصول على المعالجة.

1- زكي خليل المساعد، المرجع السابق ، ص . 294

2- عصماني سفيان، المرجع السابق ، ص 41.

ب- خدمات جماعية أو منظمة:

هي تلك الخدمات التي يستفيد منها عدد من الأفراد ينتمون إلى مؤسسة واحدة، مثل الخدمات التي تقدمها المؤسسات لعمالها، سواء عن طريق تعيين طبيب في تلك المؤسسة أو التعاقد مع أطباء ومؤسسات صحية لمعالجة عمال تلك المؤسسة وفق اتفاق معين.

المبحث الثاني: تقييم الجودة في الخدمات الصحية

تلعب جودة الخدمات الصحية دورا مهما في تصميم الخدمات الصحية وتقديمها، فهي ذات أهمية كبيرة لكل من مقدمها المؤسسات الصحية ومستهلكيها (المرضي)، نظرا لتعلقها بصحة الإنسان كما أن تحقيق الجودة في الخدمات الصحية بشكل مستمر يضمن نجاح المؤسسة الصحية على المدى الطويل، رغم أن هناك من يرى أن الجودة العالية تحتاج إلى وقت أكبر وتكاليف أكثر، مهارات بشرية متنوعة، مستلزمات طبية أفضل وإدارة فعالة إلا أن الجودة العالية يمكن أن تؤدي في النهاية إلى تخفيض التكاليف نظرا للخسائر التي تتحملها المؤسسات الصحية جراء أداء أقل جودة، وقد تبلور هذا الاهتمام بجودة الخدمات الصحية بقيام الباحثين في هذا المجال بتحديد أبعادها وهذه الأبعاد تعد بمثابة مؤشرات التقييم مستوى جودة الخدمات الصحية، وسنتطرق في هذا المبحث إلى مفهوم جودة الخدمات الصحية، أبعادها، العناصر المؤثرة في تحقيقها، ثم نتناول مختلف المداخل في تقييمها، لنختم بذكر متطلبات تقيمها في المؤسسات الصحية.

المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمات الصحية

لقد أصبح موضوع جودة الخدمات الصحية من المواضيع الأكثر طرحا واهتماما من قبل الباحثين والإداريين والمستهلكين (المرضي)، وذلك للأسباب التالية[1]:

- التصاعد المستمر لكلفة إنتاج الخدمات الصحية، وبالتالي تصاعد السعر المدفوع لقاء هذه الخدمات، مما سيجعل موضوع تقييم الجودة والتأكد منها محل اهتمام متزايد من قبل الأطراف الدافعة لهذه الكلفة (غالبا ما تكون جهات حكومية)

1- فريد توفيق نصيرات، " إدارة المستشفيات"، دار إثراء، الأردن، 2008، ص384.

– تنامي درجة وعي المستهلكين (المرضي)، وإدراكهم لحقوقهم وتزايد مستوى توقعهم لما يمكن أن تقدمه الخدمات الصحية.

• أن الخلل والأخطاء في جودة الخدمات الصحية غير مقبول، إذ تتعدى آثاره الضرر المادي إلى الضرر الجسدي والنفسي، وضرورة التطلع إلى ممارسة طبية خالية من العيوب.

الفرع الأول: تعريف جودة الخدمات الصحية

حيث تعتبر جودة الخدمات الصحية كمفهوم من أعقد المفاهيم، سواء من حيث التعريف أو التقييم، فهناك من يرى أنها تحقيق الحد الأقصى من النتائج الإيجابية التي تتعلق بمستوى الخدمات الصحية المقدمة [1].

ومن بين المحاولات التي قدمت أيضا في أعطاء مفهوم الجودة الخدمات الصحية، التعريف الذي قدمه (Donabedion, 1980) الذي حدد فيه ثلاث مكونات لجودة الخدمات الصحية وهي : [2].

المكونات الفنية (الرعاية الفنية،) :

والتي تعني درجة حسن تطبيق العلوم والمعارف الطبية لأغراض تشخيص ومعالجة المشاكل الصحية. :

المكونات المرتبطة بالعلاقات الشخصية (فن الرعاية):

وتشير إلى الاستجابة لحاجات وتوقعات المستهلكين المرضي)، المعاملة الودية، والاهتمام من قبل مقدمي الخدمات الصحية عند تعاملهم وتفاعلهم مع المستهلكين المرضى).

1- هيو كوش، ترجمة طلال بن عايد الأحمدي، " تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها"، المكتبة الوطنية، المملكة العربية السعودية، ص 19

2- فريد توفيق نصيرات، " إدارة المستشفيات"، المرجع السابق ، ص 388.

المكونات البيئية والهيكلية:

وتشير إلى البيئة الكلية التي يتم ضمنها تقديم الخدمات الصحية، ويتضمن ذلك جاذبية المؤسسة الصحية، مدى توفر مستلزمات الراحة والاطمئنان للمستهلكين المرضي)، في هذه المؤسسة، والخصائص الهيكلية والتنظيمية لها. من خلال هذا التعريف، نجد أنه اعتبر الجودة في الخدمات الصحية هي نتاج مجموعة من المكونات (مكونات جودة الخدمات الصحية)، ترتبط أساسا بحسن تطبيق العلوم والمعارف الطبية من أجل تشخيص ومعالجة الأمراض، بالإضافة إلى معرفة حاجات وتوقعات المستهلكين المرضي)، وتلبيتها دون إغفال عامل المعاملة الودية والاهتمام بهم من قبل مقدمي الخدمات الصحية، سواء كانوا أطباء أو ممرضين أو إداريين أو فنيي مختبر، وحسن تفاعلهم مع المستهلكين، وفي الأخير أكد التعريف أن من بين مكونات جودة الخدمات الصحية البيئة الكلية التي يتم فيها تقديم هذه الخدمات الصحية، وهي متعلقة بكل ما من شأنه توفير الراحة للمستهلكين المرضي)، بدءا بالأشياء المادية (مبنى المؤسسة الصحية، التكنولوجيا المستخدمة... الخ.)إلى الهيكل التنظيمي المتبع.

في حين اعتبر آخرون أن جودة الخدمات الصحية هي تعظيم رضا المستهلك المريض)، أولا وأخيرا بغض النظر عن ما إذا كانت المؤسسات الصحية قد حققت الربح أو الخسارة في تطبيقها لأنظمة وفعاليات الخدمات الصحية[1].

حيث اعتبر هذا التعريف أن تعظيم الرضا لدى المستهلك (المريض)، هو أساس جودة الخدمات الصحية والهدف الأول لها، بغض النظر عن ما إذا كانت المؤسسات الصحية التي تقدم هذه الخدمات قد حققت ربحا أو خسارة نتيجة لذلك، فرضا المستهلك (المريض) هو الهدف الأسمى لها إذا ما أرادت تحقيق الجودة في خدماتها الصحية.

1- عبد الستار العلي" تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة"، دار المسيرة، الأردن، 2008، ص 301.

وهو نفس الاتجاه الذي ذهب إليه تعريف آخر قدم عن جودة الخدمات الصحية، الذي اعتبرها التجاوب المستمر مع حاجات المستهلك (المريض) ومتطلباته[1].

فمعرفة حاجات ومتطلبات المستهلك (المريض) والعمل على تلبيتها، يحقق التجاوب المستمر من قبل مقدمي الخدمات الصحية مع حاجات ورغبات المستهلكين (المرضى).

كما عرفت جودة الخدمات الصحية على أنها تلك الدرجة التي يراها المستهلك (المريض) في الخدمة الصحية المقدمة له، وما يمكن أن ينتج عنها قياسا بما كان متوقعا.

ركز هذا التعريف على اعتبار الجودة في الخدمات الصحية تكون من وجهة نظر المريض وبناءا على توقعاته.

وفي نفس السياق مع شيء من الشمولية، قم تعريف آخر لجودة الخدمات الصحية معتبرا إياها المدخل الذي يقوي ويعزز الرضا لدى جميع الأطراف في المؤسسة الصحية، من أطباء وممرضين، إداريين ومستهلكين (مرضى)، وكل المساهمين في تقديم الخدمات الصحية بصورة أفضل[2].

فحسب هذا التعريف، تعتبر جودة الخدمات الصحية أشمل من أن تكون أو تقتصر على رضا المستهلكين المرضي)، وتعظيم ذلك من خلال العمل على معرفة حاجاتهم ومتطلباتهم والسعي نحو تلبيتها، من خلال العوامل الفنية والبيئية والهيكلية و العلاقات الشخصية السابقة الذكر، فهي تتعدى ذلك لتصل إلى رضا جميع الأطراف في المؤسسات الصحية من أطباء وممرضين وإداريين وكل المساهمين في تقديم الخدمات الصحية.

وفي تعريف ذا منظور اجتماعي، يمكن القول أن الجودة في الخدمات الصحية تعبير عن مسؤولية المؤسسة الصحية كمقدم للخدمات الصحية اتجاه حقوق المستهلكين (المرضى)[3].

1- هيو كوش، ترجمة طلال بن عايد الأحمدي، المرجع السابق ، ص 18

2- عبد الستار العلي، المرجع السابق ، ص 302

3- ثامر ياسر البكري، " تسويق الخدمات الصحية"، دار اليازوري، الأردن، مجهول سنة النشر ، ص199.

فهذا التعريف يشير في مضمونه إلى المسؤولية الاجتماعية التي تسعى إليها المؤسسات الصحية، باعتبارها مقدم الخدمات الصحية للمجتمع، بما يحقق التزامها باتجاه المستهلكين المرضي)، ورعايتهم والحفاظ على سلامتهم الصحية

ورغم ما قدم من مفاهيم حول جودة الخدمات الصحية، فإنها كمفهوم واسع ومعقد، تعني أشياء مختلفة للأطراف المتعددة المشاركة في تقديم الخدمات الصحية وتمويلها واستهلاكها، فقد تعني المدراء المؤسسات الصحية توظيف أفضل العناصر البشرية والتسهيلات (أبنية وأجهزة ومعدات) التقديم الخدمة الصحية، وقد تعني الجودة الصحية للمستهلكين (المرضى) تلقي خدمات صحية سريعة تتصف بالمودة والاحترام والشعور بأنهم محور الاهتمام والتركيز من قبل مقدمي هذه الخدمات، كما أن جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء قد تعني توفير وتقديم أعلى مستوى ممكن من المعارف والمهارات الطبية لخدمة مرضاهم، كما قد تنظر الجهات الممولة للخدمات الصحية على أنها تقليل التكلفة بينما قد ينظر المختصون في التسويق إلى جودة الخدمات الصحية من حيث الاستجابة لتوقعات ورغبات المستهلكين المرضى) [1].

من خلال ما سبق يمكن القول أن جودة الخدمة الصحية تمثل مجموعة من الإجراءات المصممة التي تهدف إلى تقديم الخدمات الصحية للمستهلكين المرضي)، بما من شأنه معرفة حاجاتهم ومتطلباتهم والعمل على إشباعها من طرف مقدمي هذه الخدمات (أطباء، ممرضين وفنيي مختبر، إداريين ... الخ) الذين يستخدمون مهاراتهم وخبراتهم العملية والفنية وتقنيات الرعاية الصحية المتاحة لهم، بما يضمن تحقيق أفضل النتائج في الوقت المناسب والمكان المناسب وبأقل كلفة ممكنة، وهذا ما يعني أن جودة الخدمات الصحية هي أسلوب لدراسة عمليات تقديم الخدمات الصحية، وتحسينها باستمرار بما يلبي احتياجات ومتطلبات المستهلكين المرضى).

1- فريد توفيق نصيرات، " إدارة المستشفيات"، المرجع السابق ، ص ص :388-389.

الفرع الثاني: أهمية الجودة في الخدمات الصحية

يعد الاهتمام المتزايد بالجودة في الخدمات الصحية مؤخرا مؤشرا على أهميتها في القطاع الصحي، والذي يعتبر من أكثر القطاعات احتياجا لاستخدام مثل هذه الأساليب، وذلك لأهمية هذا القطاع وكثرة المستفيدين منه والعمل على إرضائهم، وتتمثل هذه الأهمية فيما يلي:[1].

– تساعد برامج الجودة على تشجيع العاملين في المؤسسات الصحية بمختلف مستوياتهم على زيادة إنتاجيتهم، وحثهم على تقديم الأفضل.

–تمكن إدارة المؤسسة الصحية من التعرف على احتياجات المستهلكين المرضي)، والعمل على تحقيقها مما يؤدي إلى تحسين سمعة المؤسسة الصحية. – تساعد في التركيز على المشاكل التي تؤثر على مستوى الخدمات الصحية المقدمة، مما يؤدي إلى التوصل إلى طريقة منسقة ومتكاملة، لتحديد المشاكل ومن ثم تسهيل الإجراءات اللازمة قبل أن تصبح المشاكل بالدرجة التي لا يمكن التعامل معها.

ويمكن إضافة عناصر أخرى لأهمية الجودة في الخدمات الصحية، تتمثل فيما يلي: [2].

– تمييز الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة الصحية عن المؤسسات الصحية الأخرى،

–تعد جودة الخدمة الصحية مؤشرا مهما في قياس مستوى الرضا المتحقق لدى المستهلك المريض) عن الخدمات الصحية المقدمة له.

تساعد على التحسين المستمر، إذا ما كانت عبر إدارة متخصصة ضمن الهيكل التنظيمي للمؤسسة الصحية، فجودة الخدمات الصحية تحقق الشمولية والتكاملية في الأداء فالشمولية تعني التوسع في مستوى الخدمات الصحية التي يتوقعها المستهلكون (المرضي) من

1- عصماني سفيان ، المرجع السابق ، ص ص: 118–119.

2- ثامر ياسر البكري، المرجع السابق ، ص ص: 201–202

الخدمات الصحية المقدمة لهم، بينما التكاملية تعني كون المؤسسة الصحية نظام مكون من أنظمة فرعية تعتمد بعضها على البعض الآخر، ولكل نظام فرعي برامجه الخاصة إلا أنه يتكامل مع البرامج الأخرى، فعلى سبيل المثال الهيئة الطبية لا تستطيع ممارسة وظائفها الطبية السريرية من دون وجود التكامل مع الهيئة التمريضية، أو الخدمات المساعدة الأخرى كالمختبر والأشعة.

الفرع الثالث : ضوابط عامة لجودة الخدمات الصحية :

هناك مجموعة من العوامل تعتبر ضوابط عامة تحدد جودة الخدمات الصحية، تتمثل هذه الضوابط فيما يلي: [1].

1 الإجازة: عادة ما يجاز المهنيون الصحيون كأفراد لمزاولة مهنة ما، من أطباء وممرضين من طرف القوانين والتشريعات، مما يسمح لهم الدخول للمهن وضمان السلوك حسب الأخلاقيات والمعايير المعتمدة، والنقطة الأهم في نظام الإجازات أنه يقوم على افتراض أن الشخص المؤهل للإجازة سوف يقدم خدمات صحية جيدة ولمدة زمنية طويلة، ومع ذلك فإن الدراسات تشير إلى اختلافات كبيرة في الجودة، وهذا ما يبين أن نظام الإجازة قليل المصداقية فيما يتعلق بضمان الأداء الجيد.

كما أن هناك اتجاه بتعديل هذا النظام وإدخال ما يسمى بنظام الإجازة المؤسسي، حيث تصبح المؤسسة الصحية مسؤولة عن كفاءة الأفراد الذين تستخدمهم.

2 **الاعتماد:** وهو من المداخل الشائعة لضمان الجودة، تقيم المؤسسات الصحية على أساس الهيكل المادي للمؤسسة، والهيكل التنظيمي، ومؤهلات العاملين في المؤسسة الصحية، فهذا النظام يعمل على أساس أنه إذا تحققت المعايير المادية والتنظيمية، فإن الخدمات الصحية المقدمة تكون جيدة.

1- فريد توفيق نصيرات، " إدارة المستشفيات"، المرجع السابق ، ص ص: 385-387

في الشهادات: ويضم هذا المدخل خصائص من المدخلين السابقين، وعند تطبيقه على الأفراد يتم استعمال المعايير التالية: الخيرة، التعليم ونتائج الامتحانات، فهذه المعايير تحدد أهلية الأفراد مقدمي الخدمات الصحية.

المطلب الثاني: أبعاد جودة الخدمات الصحية والعناصر المؤثرة في تحقيقها

نتطرق في هذا المطلب إلى أبعاد جودة الخدمات الصحية، ثم نذكر بعدها العناصر التي تؤثر على تحقيق الجودة في الخدمات الصحية.

الفرع الأول: أبعاد جودة الخدمات الصحية

ينظر إلى جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر داخلية وأخرى خارجية، حيث تقوم وجهة النظر الأولى على أساس الالتزام بالمواصفات الدقيقة التي تكون الخدمة الصحية قد صممته على أساسها، وهي وجهة نظر تعبر عن موقف المؤسسة الصحية، أما وجهة النظر الخارجية فهي تستند إلى المفهوم الحديث للتسويق، الذي يقوم على أساس أن المؤسسة الصحية يجب أن تكون موجهة بالمستهلك (المريض)، وبالتالي فهي تركز على جودة الخدمة الصحية المدركة من قبله، إذ يجب أن تقيم بمعايير ترتبط بإدراك المستهلك (المريض)، وتعبر عنه، وعلى هذا الأساس فإن الحكم الحقيقي على جودة الخدمات الصحية هو المستهلك (المريض) وليس المؤسسة الصحية،

فنجاح هذه الأخيرة أصبح يعتمد بدرجة كبيرة على مدى استجابتها لمحددات الجودة في الخدمات الصحية التي يدركها المستهلك (المريض)، وسنتناول هذه الأبعاد فيما يلي: [1].

1 التمكن الفني:

ويعني المهارات والقدرات ومستوى الأداء الفعلي للمدير ومقدمو الخدمة ومساعديهم بالدقة المطلوبة وبصفة مستمرة، بما يشبع رغبات المستهلكين (المرضى).

1- فريد كورتل، المرجع السابق ، ص ص:362-363

طلعت الدمرداش ابراهيم، المرجع السابق ، ص ص: 31-32، (بتصرف).

ويشمل هذا البعد المهارات المتعلقة بالخدمات الوقائية، والتشخيصية والعلاج، وتقديم المشورة الصحية والإشراف والتدريب وحل المشاكل.

2 مهولة الوصول والحصول على الخدمات الصحية:

أي أن الخدمة الصحية يجب أن لا يحدها عائق وأن يكون الوصول إليها سهلا، وأن تكون قريبة من المستهلكين المرضي، ومتوفرة في الزمان والمكان المناسبين.

3 الإمكانيات المادية،

والمتمثلة في المعدات والأجهزة ومختلف التسهيلات المادية داخل المؤسسة الصحية، وموقعها ومظهرها الخارجي.

4 الفعالية والكفاءة: فالفعالية تعني إمكانية تقديم الخدمة الصحية للحصول على النتائج المرجوة، أي أن هذا البعد يهتم بأن تتم إجراءات تقديمها بطريقة صحيحة، أما الكفاءة تعني تقديم الخدمات الصحية الضرورية والمناسبة والتخلص من الأنشطة التي تقدم بطريقة خاطئة، أي أن يتم تقديم أفضل الخدمات الصحية في ظل الموارد المتاحة.

5 الأمان والسلامة:

أي تقليل المخاطر لأبعد الحدود، ويشمل ذلك مقدم الخدمة الصحية والمستهلك (المريض)، وأن يشعر الفرد بأنه دائما تحت مظلة من الرعاية الطبية، وتعني

كذلك تقليل مخاطر الإصابة بالعدوى، والمضاعفات الجانبية، سواء تعلق الأمر بمقدم الخدمة الصحية أو المستهلكين (المرضى).

6 الاستمرارية:

أي تقديم الخدمات الصحية على أساس مبدأ الاستمرارية دون توقف أو انقطاع، وأن يحصل عليها المستهلك المريض مباشرة عند الحاجة، فغياب الاستمرارية قد يضعف تأثير

فعالية وكفاءة الخدمة الصحية، ويقلل من ضمان الجودة وأن تتوفر السجلات الصحية التي تسهل لمقدم الخدمة الصحية التعرف على التاريخ الصحي للمستهلك (المريض).

7 الاستجابة:

والتي تتعلق برغبات وجدية مقدمي الخدمات الصحية أثنا تقديمهم لها، كتقديم خدمات علاجية فورية، الاستجابة لنداءات الطوارئ الخارجية والعمل على مدار ساعات اليوم

8 الاعتمادية:

وهي تعبر عن درجة ثقة المستهلك (المريض في المؤسسة الصحية، ومدى اعتماده عليها في الحصول على الخدمات الصحية التي يتوقع الحصول عليها، ويعكس هذا العنصر مدى قدرة المؤسسة الصحية على الوفاء بتقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة، وبدرجة عالية من الدقة والكفاءة، ومدى سهولة وسرعة إجراءات الحصول على تلك الخدمات.

و العلاقات بين الأفراد الاتصال): ويعني التفاعل بين مقدمي الخدمات الصحية والمستهلكين المرضي)، بحيث تكون العلاقة جيدة بما في ذلك التجاوب والتعاطف وحسن الاستماع والاحترام المتبادل، بما في ذلك إدامة الاتصال مع المستهلك (المريض)، وتوصيل المعلومات الضرورية له باستمرار.

10- العدالة: وتعني تحقيق العدالة في تقديم الخدمات الصحية لمخلف فئات المجتمع.

وحسب kotler فإن المستهلكين (المرضى) يقيمون جودة الخدمات الصحية المقدمة بالاعتماد على خمسة معايير، تتمثل في المعولية وتعني القدرة على الأداء و إنجاز ما تم تحديده مسبقا وبشكل دقيق، وأعطى هذا البعد32% كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى، الاستجابة وتعني المساعدة الحقيقية في تقديم الخدمة الصحية للمستهلك المريض)، ويمثل هذا البعد 22% كأهمية نسبية في الجودة، بالإضافة إلى التأكيد وهي السمات التي يتسم بها العاملون في المؤسسة الصحية، من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمات الصحية، ويمثل هذا

البعد19% كأهمية نسبية، وبعد اللطف الذي يمثل16% كأهمية نسبية، ويعني درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمستهلكين المرضي)، وأخيرا بعد الملموسية الذي يتمثل في القدرات والتسهيلات المادية والتجهيزات والأفراد، ويمثل 16% كأهمية نسبية[1].

من خلال ما سبق يتبين أن جودة الخدمات الصحية لها جانبين، جانب فني يتعلق بتطبيق العلم والتقنية الطبية، وجانب إنساني يتعلق بمقدمي الخدمات الصحية وتعاملهم مع المستهلكين المرضي، والعمل على إشباع وتلبية حاجاتهم ومتطلباتهم.

الفرع الثاني: العناصر المؤثرة في تحقيق جودة الخدمات الصحية

إن تقديم خدمة صحية عالية الجودة يعد من الأمور الصعبة جدا، خاصة إذا كان مستهلكوها المرضى) متباينيي الإدراك، فالمرضى الذين سبق لهم أن تعاملوا مع المؤسسة الصحية قد لاحظوا أشكال مختلفة من التباين في مستوى الخدمة الصحية المقدمة، كما هو مثلا في تأخر تجهيز قاعة العمليات أو ضعف الخدمات الفندقية، صفوف الانتظار الطويلة، نفاذ أو محدودية الأدوية..الخ،

ومن الواضح أنه من الصعب على المؤسسات الصحية أن تضمن تقديم خدمات صحية بجودة تصل إلى 100% على مدار الوقت، نظرا لتعدد المتغيرات البيئية المحيطة بها، والتي من شأنها أن تؤثر سلبا على ذلك الأداء، لذلك على إدارة المؤسسات الصحية العمل على تتبع ودراسة العناصر الرئيسية، التي من شأنها أن تؤثر على جودة الخدمات الصحية المقدمة، والشكل رقم (4 / 2) يمثل هذه العناصر[2].

تحليل توقعات المستهلكين (المرضى): مقدمو الخدمات الصحية المؤسسات الصحية) بحاجة إلى فهم توقعات المستهلكين المرضي) عند تصميمهم للخدمات الصحية، إن لم يكن هذا التصميم يفوق التوقع أساسا، لأنه الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية في

1- ثامر ياسر البكري، المرجع السابق ، ص 212

2- الخدمات الفندقية في خدمات تكميلية للخدمات الصحية، مثل الغذاء، المبيت... الخ

الخدمة الصحية المقدمة، والمستهلكين المرضى يمكنهم أن يحققوا إدراكهم للخدمة الصحية المقدمة من خلال التمييز بين عدد من المستويات المختلفة للجودة وهي:

- **الجودة المتوقعة:**

هي تلك الدرجة من الجودة في الخدمة الصحية التي يري مستهلكوها وجوب وجودها ويصعب تحديد هذا المستوى من الجودة، إذ يختلف باختلاف خصائص المستهلكين المرضى) وحاجاتهم وحالاتهم العلاجية

- **الجودة المدركة:**

هي الجودة في الخدمات الصحية المقدمة من قبل المؤسسة الصحية، والتي ترى أنها مناسبة للحالة الصحية للمستهلك (المريض)، وتختلف باختلاف إمكانيات وقدرات المؤسسات الصحية.

الجودة القياسية:

هي ذلك المستوى في جودة الخدمة الصحية المقدمة، والتي تتطابق مع المواصفات المحددة للخدمة الصحية.

- **الجودة الفعلية:**

وهي تلك الدرجة من الجودة التي اعتادت المؤسسات الصحية أن تقدم بها الخدمات الصحية إلى المستهلين (المرضى).

2 تحديد جودة الخدمات الصحية:

حالما تفهم المؤسسة الصحية حاجات المستهلكين المرضي)، فإنه يجب أن تضع التحديد أو التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة

في الخدمة الصحية المقدمة، وهذا التوصيف عادة ما يكون مرتبط مع أداء العاملين في المؤسسة الصحية بمستوى وكفاءة الأجهزة والمعدات المستخدمة في تقديم الخدمة الصحية.

أداء العاملين:

عندما تضع إدارة المؤسسة الصحية معايير جودة الخدمة الصحية المقدمة، ويتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الطاقم الطبي والفني في المؤسسة الصحية، فإنها بالمقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها

الأداء المناسب للطاقم الطبي والفني المتصل بالمستهلكين المرضي)، ولاشك من أن ضمان تحقيق الأداء الجيد يرتبط بعملية تدريبهم بصورة كافية لفهم كيفية قيامهم بالعمل، وتفاعلهم الصحيح مع المستهلكين المرضى والعمل بروح الفريق الواحد، اللطف والأدب في الرد على استفسارات المستهلكين (المرضي)، وتقديم المعلومات المناسبة للإدارة في كل الحالات التي يتعاملون معها باتجاه تطوير مستوى الأداء نحو الأفضل، للارتقاء بدرجة جودة الخدمة الصحية المقدمة.

4 إدارة توقعات الخدمة الصحية: إن من المهم أن تتوقع إدارة المؤسسة الصحية تقييم المستهلكين المرضي لجودة الخدمات الصحية المقدمة لهم، أو التي ستقدم في فترة لاحقة، ولابد أن تكون هذه التوقعات عقلانية ويمكن تحقيقها، ولعل صيغة الاتصال أو التحسب المبكر لهذه التوقعات يتم من خلال اعتماد أنظمة الاتصالات الداخلية في المؤسسة الصحية

الفرع الثالث: مداخل تقييم جودة الخدمات الصحية

لا تستطيع المؤسسات الصحية تقييم أدائها من خلال استخدام الأدوات والمقاييس المالية التقليدية التي تعتمد عليها مؤسسات الأعمال، مما أدى إلى ضرورة استخدام مداخل مختلفة عن تلك التي يتم اعتمادها بصفة عامة في المؤسسات الهادفة للربح[1].

فقد تم الاتفاق على أن العنصر العام في جودة الخدمة الصحية هو أنها تعتمد على إدراك المستهلك (المريض)، وعلى المؤسسات الصحية أن تبحث في تحسين جودة الخدمات الصحية التي تتلاءم مع توقعات المستهلكين (المرضى) وتلبي حاجاتهم، فالخدمة الجيدة من وجهة نظر المستهلك (المريض) هي التي تتفق مع توقعاته، وتسعى المؤسسات الصحية إلى تلبية تلك التوقعات عن طريق التعرف على المعايير التي يلجأ إليها المستهلكون (المرضى) للحكم على جودة الخدمة الصحية المقدمة إليهم، وعلى إمكانية تلبية هذه التوقعات[2].

وقد حدد (donabedion،1980) أربعة مداخل التقييم جودة الخدمات الصحية، وهي المدخل الهيكلي، مدخل العمليات، ومدخل النتيجة النهائية، كما اعترف بأهمية رضا المستهلكين المرضى) كعامل مهم لتقييم جودة الخدمة الصحية، وسنذكر هذه المداخل فيما يلي:

1) المدخل الهيكلي: أي مدى تناسب هيكل القوة العاملة في المؤسسات الصحية مع الخدمات الصحية المطلوبة للمستهلكين المرضي)، ويتضمن استعمال مقاييس هيكلية تعود إلى الخصائص الثابتة للمؤسسة الصحية، مثل عدد وفئات ومؤهلات مقدمي الخدمات الصحية، والأجهزة والمعدات والتسهيلات المتوفرة، وأسلوب تنظيمها وإدارتها، كما يعتبر هذا المدخل مفضلا لدى الإداريين بيسيب سهولة توفير المعلومات المطلوبة للتقييم من سجلات المؤسسة أو من خلال الملاحظة البسيطة، ويستند هذا المدخل على افتراض[3].

1- محمد عبد العظيم أبو النجا، المرجع السابق ، ص 137.

2- فريد كورتل، المرجع السابق ، ص 363.

3- فوزي مدكور، المرجع السابق ، ص 206

أساسي وهو أنه إذا كان هيكل الرعاية الطبية جيدا، فإن العمليات الملائمة سوف تتبع الهيكل كما أن النتائج تكون جيدة[1].

2) مدخل العمليات : وتعني دراسة الرعاية الطبية الكلية للمرضى عن طريق ما حصلوا عليه من خدمات صحية مباشرة بالمؤسسة الصحية، وتتابع خطوات وإجراءات الرعاية الطبية التي حصل عليها المريض، سواء في قسم التحاليل أو الأشعة أو الفحوص والإرشادات والتوجيهات[2].

أي أنه يشير إلى الأنشطة والخدمات الصحية التي تم تقديمها للمستهلكين المرضي)، أو ما يسمى بمحتوى الرعاية الطبية، ويتضمن ذلك تسلسل الأنشطة وتنسيقها، وقد تم الفصل بين النواحي الفنية للرعاية والمهارات المرتبطة بالشخصية في التعامل والتفاعل مع المستهلكين (المرضى)، أو ما يسمى بفن الرعاية.

ويعتبر هذا المدخل لتقييم الجودة من المداخل الأكثر استعمالا لسهولة تحديد المقاييس العملية بالمقارنة مع مقاييس النتيجة النهائية، حيث يعتمد هذا المدخل على البيانات المدونة في السجلات الطبية للمستهلكين (المرضي)، ويقوم هذا المدخل على تحديد قائمة مسبقة للعناصر التي يعتقد أنها تشكل الرعاية الجيدة، ومن ثم مقارنتها مع الأنشطة العملية التي تم القيام بها أثناء رعاية المستهلكين المرضي)، كما هي موثقة في السجلات الطبية لهم، والافتراض الأساسي الذي يقوم عليه هذا المدخل هو إذا كانت العمليات صحيحة فيتوقع أن تكون النتائج النهائية للرعاية جيدة [3].

1- فريد توفيق نصيرات، " إدارة المستشفيات"، المرجع السابق ، ص 389

2- فوزي مذكور، المرجع السابق ، ص 206

3- فريد توفيق نصيرات ،" إدارة المستشفيات"، المرجع السابق ، ص 390

3- مدخل النتيجة النهائية:

وذلك من خلال مجموعة من المقاييس الدالة على الحالة الصحية للمستهلكين المرضي)، الناتجة عن أداء عمليات الرعاية الطبية، مثل: معدلات الوفاة، معدلات المواليد أو أوزان الأطفال، معدلات النجاح في العمليات الجراحية [1].

حيث تعكس النتائج النهائية للرعاية الطبية التغيرات التي تحدث للمستوى الصحي الفردي أو المجتمعي حاليا ومستقبلا، كنتيجة للخدمات الصحية، وترتكز هذه المقاييس على إدراك المستهلك (المريض) لمستوى صحته، أو على الرأي المهني (الأطباء) [2].

4- مدخل رضا المستهلكين (المرضي) لتقييم الجودة:

تلعب توقعات المستهلك (المريض) دورا حيويا في الحكم على جودة الخدمات الصحية المقدمة، فالمستهلكون (المرضي) يقيمون جودة الخدمات الصحية بمقارنة ما حصلوا عليه بما كان متوقعا أو مرغوبا فيه[3].

كما أن هناك الكثير من الدراسات والأبحاث التي تناولت تقييم الجودة في الخدمات الصحية باستعمال مقياس رضا المستهلكين (المرضي)، حيث يمكن لهذا المقياس أن يعكس النتيجة النهائية للرعاية الطبية والعمليات وأنشطة الرعاية معا، فقد يتحقق الرضا لدى المستهلك المريض) الخارج من المؤسسة الصحية بعد تلقيه العلاج الطبي المناسب، ولكن قد لا يتحقق الرضا لذلك المستهلك المريض المصاب بمرض مستعصي مهما كان الاهتمام والرعاية الطبية التي بذلت من أجله، مع ذلك هذا لا ينفي وجوب أن يقوم مقدم الخدمة بالالتزام بمعايير وأبعاد الجودة في الخدمة الصحية التي من شأنها أن تحقق الرضا، أو الحد الأدنى من الرضا لدى المستهلك (المريض)، وأن ذلك يتضمن اهتمامها ورعاية لحاجاته ورغباته منذ اللحظة الأولى لدخوله المؤسسة الصحية، واستقباله مرورا بالإجراءات الخاصة بتدوين المعلومات ورعاية الطاقم التمريضي له، فضلا عن نوعية الخدمات الفندقية المقدمة، وانتهاء بإعطاء التعليمات

1- فوزي مدكور، المرجع السابق ، ص 205

2- فريد توفيق نصيرات، " إدارة المستشفيات"، المرجع السابق ، ص ص 390-391

3- فوزي مد كور، المرجع السابق ، ص 206.

والإرشادات الصحية، وخروجه من المؤسسة الصحية، وعليه فإن جوهر جودة الخدمات الصحية يتمثل في مقابلة احتياجات ومتطلبات المستهلكين المرضى من الخدمة الصحية المقدمة لهم، والتي يستوجب توافقها مع توقعاته، وهذا التوافق يرتبط مع القيمة التي يتحسسها من الخدمة الصحية وما يعقبها من رضا ويمكن التعبير عن ذلك من خلال العلاقة التالية:

الرضا > الإدراك – التوقع.

فدرجة الرضا المتحققة، عن الخدمة الصحية المقدمة تمثل الفرق بين ما يمكن أن يدركه أو يحصل عليه المستهلك (المريض من الخدمة، وما كان يتوقع أن يحصل عليه قبل تلقيه الخدمة الصحية، ولاشك من أن العملية الاتصال التي تتم بين المؤسسة الصحية والمجتمع لها أثر كبير في خلق ذلك التوقع، وخلق صورة لدى المستهلك (المريض) عن الخدمة الصحية، ولابد من الإشارة بان الرضا لدى المستهلك (المريض) هو حالة نسبية تختلف من مستهلك لآخر، وعلى ضوء المضامين التي تحتويها الخدمة الصحية من وجهة نظر مستهلكيها[1].

أما من وجهة نظر المؤسسة الصحية، فإن جوهر جودة الخدمة الصحية لا ينحصر في حدود المطابقة للخدمة الصحية المقدمة مع المواصفات المحددة مسبقا، أو تقديمها بأقل تكلفة ممكنة بل امتدت إلى ما يحتاجه المستهلك (المريض) وما يتوقع أن يحصل عليه، وهذا يختلف من مؤسسة صحية الأخرى. وقد تم تحديد خمسة فجوات يمكن أن تقود لأن تكون سببا في عدم نجاح الخدمة الصحية المقدمة، والشكل رقم (5/2) يوضح هذه الفجوات.

1- الفجوة بين توقع المستهلك (المريض) وإدراك الإدارة:

تحصل الفجوة عندما لا تدرك إدارة المؤسسة الصحية بصورة صحيحة ما يرغبه المستهلك (المريض)، إذ ربما تفكر الإدارة بان المستهلك (المريض) يرغب في الحصول على طعام أفضل، ولكن قد يكون الأمر بشكل

1- ثامر ياسر البكري، المرجع السابق ، ص ص :215 –216.

آخر، إذ أن المريض قد يرغب في الحصول على عناية أكبر من الممرضين، يتم تقليص هذه الفجوة من خلال العمل على تحقيق فهم أفضل التوقعات المستهلكين المرضى من خلال البحوث، تحليل الشكاوي، زيادة التفاعل بين المدراء والمستهلكين (المرضي) ...الخ.

2- الفجوة بين إدراك الإدارة وجودة الخدمة الصحية المعيارية :

فقد تدرك إدارة المؤسسة الصحية وبصورة صحيحة رغبات المستهلك (المريض)، ولكنها لا تحدد معايير أداء واضحة، كأن تقوم إدارة المؤسسة الصحية بإخبار الطاقم التمريضي بضرورة اتخاذ الإجراء السريع لتقديم الخدمة الصحية للمستهلك (المريض)، إلا أنها لا تضع معايير لذلك الإجراء، يتم تقليص هذه الفجوة من خلال تحديد المعايير الدقيقة لجودة الخدمات الصحية، والتأكد من أن إدارة المؤسسة الصحية ملتزمة بمستوى الجودة المدركة كما هي من وجهة نظر المستهلكين (المرضى)...الخ

3- الفجوة بين جودة الخدمة الصحية المعيارية وتقديم الخدمة الصحية:

قد يكون مقدم الخدمة الصحية للمريض غير مدرب أو غير قادر أو غير راغب في الأداء، بما يوازي المقاييس المعيارية المحددة، كما هو مثلا في ضرورة الإصغاء للمريض بشكل كاف ومن ثم إنجاز الخدمة الصحية بسرعة، يتم تقليص هذه الفجوة من خلال التأكد من كون الأداء المتحقق يتوافق مع المعايير الموضوعة، وتوضيح الأدوار والمهام لكافة العاملين على تقديم الخدمات الصحية، وأن ما يؤدونه يصب في تحقيق رضا المستهلكين (المرضى)

4- الفجوة بين الخدمة الصحية المقدمة والاتصالات الخارجية:

وتتمثل في الاختلاف أو التباين ما بين الخدمة الصحية المستلمة من قبل المستهلكين (المرضى) وما تم الاتفاق عليه مسبقا عبر الاتصالات التي تمت بين إدارة المؤسسة الصحية والمستهلكين المرضي)، كما هو الحال في الاتفاق بين المستهلك (المريض) وإدارة المؤسسة الصحية في حصوله على غرفة نظيفة وأنيقة وأسرة مريحة في ضوء الاتصال الحاصل بين الطرفين، ولكن عند وصوله للمؤسسة الصحية يجد العكس من ذلك أو دون الاتفاق المسبق بين الطرفين، يتم تقليص هذه الفجوة من خلال التأكد من كون الخدمات الصحية المقدمة تطابق ما تم الاتفاق عليه.

5- **الفجوة بين الخدمة الصحية المستلمة والخدمة الصحية المتوقعة:** هذه الفجوة تحصل عندما لا يحصل المستهلك المريض على الخدمة الصحية المتوقعة، ومن الممكن أن يلاحظ من الشكل فإن الفجوة خمسة هي الوحيدة التي يتلمسها المستهلك (المريض على أساس أن الفجوات الأخرى تحدث داخل المؤسسة الصحية، وكجزء من تصميم وصياغة الجودة للخدمة الصحية المقدمة إلا أنها جميعا تساهم في إظهار الفجوة 5.

كما لابد من الإشارة إلى أن الفجوة تحصل بين وجود طرفين، وتعمل إدارة المؤسسة الصحية قدر المستطاع على تقليص سعة الفجوة كلما كان ذلك ممكنا.

وهناك من يرى أن تقييم جودة الخدمات الصحية، من الأحسن أن يكون حسب الخدمات الصحية المقدمة، وذلك من خلال تقييم جودة خدمات الأطباء، تقييم جودة خدمات التمريض وتقييم جودة خدمات الأقسام الأخرى (المخبر، الصيدلية...) وسنتذكرها فيما يلي) [1].

1. تقييم جودة خدمات الأطباء:

وذلك من خلال قيام المؤسسات الصحية بمجموعة من الأنشطة تتمثل فيما يلي:

أ. التدقيق الطبي:

وهو عبارة عن دراسة تاريخية أو استرجاعية للملفات الطبية للمستهلكين المرضى المخرجين من المؤسسة الصحية، للتعرف على مدى جودة الخدمات الصحية التي تلقاها هؤلاء المستهلكون (المرضى) أثناء تواجدهم في المؤسسة الصحية.

ب. مراجعة الزملاء:

وتعني قيام بعض الأطباء مراجعة وتقييم جودة الخدمات الصحية التي يقدمها زملاؤهم، على أساس الدراسة الإستراتيجية للخدمات الصحية التي تم تقديمها للمستهلكين (المرضى)، بعد خروجهم من المؤسسة الصحية، وذلك بالاستناد إلى معايير توضع من قبل الأطباء أنفسهم.

ت. مراجعة الاستخدام:

وذلك أثناء إقامة المستهلك (المريض في المؤسسة الصحية، يستخدم المراجعة الاستخدام الأسرة وهياكل وخدمات المؤسسة الصحية والكشف عن الاستخدامات

1- فريد توفيق نصيرات، "إدارة منظمات الرعاية الصحية"، دار المسيرة، الأردن، 2008، ص ص: 233. 242 (بتصرف).

غير الضرورية، وذلك لترشيد هذا الاستخدام. ث. لجنة الأنسجة: تقوم بدراسة الأنسجة البشرية التي يتم إزالتها في العمليات الجراحية للكشف عن أية أنسجة طبيعية قد أزيلت بالخطأ.

يستند التدقيق الطبي ومراجعة الزملاء إلى نوعين من المعايير، معايير يضعها الأطباء ومعايير واضحة ومحددة تستند إلى أسس علمية.

2. تقييم جودة خدمات التمريض: تعتمد المؤسسات الصحية على نوعين رئيسيين من أساليب تقييم جودة الخدمات التمريضية، وتتمثل فيما يلي:

أ. أساليب تقييم غير رسمية:

وهي الأكثر استعمالا، حيث تعتمد إدارة المؤسسات الصحية على ملاحظات وتقييم الأطباء للخدمات التمريضية بصفتهم الجهة الأكثر احتكاكا بالممرضين والأقدر على الحكم على جودة الخدمات التمريضية المقدمة من الناحية الفنية، والتي تتعلق بعملية إدارة ومعالجة المستهلك (المريض)، كإعطاء الأدوية حسب

إرشادات الطبيب المعالج، وإتباع تعليماته لرعاية المستهلك (المريض)، كما قد تعتمد إدارة المؤسسة الصحية على استقصاء ودراسة أراء المستهلكين (المرضي) حول جودة خدمات التمريض المقدمة لهم وخدمات فن الرعاية.

ب. أساليب التقييم الرسمية:

وتشمل هذه الأساليب مراجعة وتدقيق ملفات المستهلكين(المرضى) فيما يتعلق بالجانب التمريضي من الملف الطبي، تقوم بها لجنة تحقيق الخدمات التمريضية، أو من قبل ممرضين متخصصين داخل المؤسسة الصحية، أو من خلال التقارير اليومية التي يتم رفعها للإدارة من قبل الممرضين المسؤولين في الأجنحة

3. تقييم جودة خدمات الأقسام الأخرى:

وتشمل مقارنة الخدمات الصحية المقدمة من قبل كل قسم من الأقسام الأخرى في المؤسسة الصحية بالمقارنة مع المعايير المحددة، مثل بقة مواعيد تسليم الأدوية في الأجنحة الداخلية من قبل الصيدلية وانتظام هذه المواعيد ونظافة غرف المستهلكين(المرضي)، نظافة الممرات والقاعات، وصول وجبات الطعام إلى المستهلكين المرضى في المواعيد المحددة لها، نظافة الغسيل ومدى تعقيم المعدات ... الخ.

وإذا ما أردنا تقديم نموذجا شاملا لتقييم جودة الخدمات الصحية، بناءا على ما تم طرحه من قبل، فسيتم ذلك في الشكل رقم (6/2).

الفرع الرابع: متطلبات تقييم الخدمات في المؤسسات الصحية

تعمل المؤسسات الصحية على اعتماد الجودة في تقديم خدماتها الصحية، ولضمانها تركز غالبية المؤسسات الصحية في ممارستها على عدة أمور هامة تتضمن ما يلي [1] :

1 تقييم مؤهلات وخبرات الأطباء عند التوظيف أو الترقية من قبل لجنة خاصة بالمؤهلات العلمية لضمان استخدام العناصر البشرية المؤهلة لتقديم مستوى جيد من الخدمات الصحية

2 التركيز على الوسائل الوقائية التي من شأنها تحسين جودة الخدمات الصحية مثل رقابة وضبط العدوى وانتقال الأمراض داخل المؤسسة الصحية، وتبني سياسة محددة وجيدة للأدوية فيها، من خلال لجان متخصصة فنية، هي لجنة التحكم بالعدوى ولجنة الصيدلة.

3 تقييم ورقابة جودة الخدمات الصحية من خلال التدقيق الطبي الاسترجاعي (يجري هذا التدقيق مرة في الشهر على الأقل، يكون خاص بكل خدمة صحية، مثل الطب الباطني والجراحة، وهو عبارة عن مراجعة السجلات الطبية، يقوم بها الأطباء الزملاء الأعمال زملائهم

1- فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية"، المرجع السابق ، ص ص: 392-393

بالاستناد إلى معايير توضع من قبل الأطباء أنفسهم، حيث يتم التركيز على النتائج النهائية)، ومراجعة الاستخدام والتي وظيفتها تقليل مدة الإقامة وترشيد استعمال الموارد

تقوم معظم المؤسسات الصحية بتقييم جودة خدماتها الصحية المقدمة من خلال إنشاء مجلس جودة مركزي، أو لجنة مراقبة جودة الخدمات الصحية، لكن هذه الطريقة لا تجد حاليا التأييد نظرا لأن الخدمات الصحية تختلف من تخصص إلى آخر، فمن غير الملائم أن يقوم بتقييم جودة الخدمات الصحية في تخصص معين أطباء من تخصص آخر غير ذي صلة، يكونون منظمين في اللجنة، ويدلا من ذلك فإنه أكثر ملاءمة أن يتم إجراء مناقشات للإحصائيات كعدد الوفيات، والمواليد الجدد، في اجتماعات مجدولة ينخرط فيها أخصائيون كل حسب تخصصه، ولهذا السبب أصبح من الواجب أن يتم التقييم لجودة الخدمات الصحية محررا من الإجراءات الإدارية، إذ أصبح تقييم جودة الخدمات الصحية من خلال تدقيق الوفيات والمواليد الجدد، والموت للأمهات، ومراجعة السجلات الطبية على أساس الأقسام أحسن من أن يكون من خلال لجنة مركزية[1].

من أجل ذلك تقترح الجمعية الأمريكية لاعتماد المؤسسات الصحية عدد من المتطلبات الدقيقة للنظام المقبول لتقييم الخدمات في المؤسسات الصحية هذه المتطلبات هي [2] :

– يجب أن يكون النظام هادفا و موضوعيا، وهنا لابد من وضع معايير مناسبة كوسائل للقياس عليها.

– يجب أن يكون نظام التقويم كفؤ وخاصة من حيث توفير وقت الطبيب، وهنا لابد من استخدام غير الأطباء للمهام التي تستهلك وقتا كبيرا ولا تتطلب تقويما.

– يجب أن يكون التقويم موثقا، بحيث يتم تدوين كل القرارات الهامة كتابة وتوقيعا من قبل الطبيب المسؤول.

1- سليم بطرس جلدة، "إدارة المستشفيات والمراكز الصحية" ، دار الشروق، الأردن، 2007، ص: 141-142.

2- فريد توفيق نصيرات، "إدارة منظمات الرعاية الصحية"، المرجع السابق ، ص ص: 293-294

- يجب أن يكون النظام مرنا بحيث يسمح بقدر من الاختلاف والانحراف عن المعايير إذا ما توفر السبب الجيد والمدون في الملف الطبي

- يجب أن ينتج التقويم عن إجراء تصحيحي، فلا بد من أن يسفر التقويم عن إجراء منطقي يتناسب مع الانحراف، سواء كان ذلك الإجراء برنامج تعليمي وتدريبي بإشراف مباشر من الطبيب، أو إيقاع الجزاء والعقوبات وما إلى ذلك من إجراءات تصحيحية.

خاتمة

وحاولنا من خلال هذه المذكرة بالتحديد التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية باعتبارها مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، بما ينفي عن نشاطها الطابع الربحي، الأمر الذي اختلفت وتميزت به عن المؤسسة العمومية ذات الطابع الصناعي والتجاري هذه الأخيرة التي تمارس نشاطا تجاريا وتخضع لقواعد القانون الخاص. وبينا أوجه تميز هذه المؤسسة من حيث اقراد المشرع لها بنظام قانوني متميز يلائم طبيعة نشاطها باعتبارها أحد أهم المرافق العمومية في الدولة بحكم تواصل الأفراد بها بشكل دائم ومستمر من مختلف الأعمار والوضع الاجتماعي والحالة السياسية والحالة العقلية وغيرها من الوضعيات. فلا غنى للفرد عن خدمات المؤسسة الاستشفائية، سواء من حيث النشاط الوقائي أو العلاجي. واقتضت ضرورة البحث التمييز بين المؤسسة الاستشفائية وغيرها من المؤسسات ذات العلاقة بالشان الصحي كالمؤسسات الاستشفائية المتخصصة ومرافق الصحة الجوارية حيث أبرز الباحث أداة إنشاء هذا النوع من المؤسسات، وبين هيكلتها الإدارية من مديريات ومديريات فرعية ومصالح ومكاتب، والسلطة المنوط بها تسيير هذه المؤسسة خاصة مجلس الإدارة ومدير المؤسسة، كما بين الجهة الوصية عن المؤسسة محل الدراسة.

من الدراسة الإطار البشري للمؤسسة بمختلف تركيبته من طاقم إداري دائمين كانوا أو متعاقدين أو مؤقتين ومن سلك طبي و شبه الطبي، بما يفرض خضوع الموارد البشرية للمؤسسة القوانين أساسية مختلفة حسب كل فئة لوحدها. وأبرز الباحث في المحور المتعلق بتسيير الموارد البشرية علاقة المؤسسة خاصة بمفتشية الوظيف العمومي باعتبارها الهيكل القانوني المرافق للنشاط الإداري المتعلق بالعمليات المختلفة التي تمس الحياة الوظيفية اللعون العمومي بدءا بالتعيين وحتى الإحالة على التقاعد وعلى صعيد النشاط المالي استعرض الباحث قواعد إعداد الميزانية داخل المؤسسة الاستشفائية وسبل تنفيذها والرقابة على النفقات العمومية بشتى صورها، وخضوع المؤسسة لقانون المحاسبة العمومية، وعلاقة المؤسسة بالمراقب المالي وأمين الخزينة العمومية. كما أبرز أطر الرقابة المالية بأجهزتها المختلفة.

قائمة المراجع

الكتب

1. أحمد محمد بدح وآخرون، " الثقافة الصحية ، دار وائل، الأردن، 2005
2. بطرس جلدة، "إدارة المستشفيات والمراكز الصحية" ، دار الشروق، الأردن، 2007
3. بوخالفة غريب، شرح قانون الوظيفة العمومية، منشورات إقراء للنشر والتوزيع، الجزائر، 2013
4. ثامر ياسر البكري، " تسويق الخدمات الصحية"، دار اليازوري، الأردن، مجهول سنة النشر
5. زهير حنفي علي، المتحدث في الادارة العليا للمستشفيات، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1988
6. صالح حسن الدهراوي ، "مبادىء الصحة النفسية، " دار وائل، الأردن، 2005
7. طلعت الدمرداش إبراهيم، "اقتصاديات الخدمات الصحية"، ط2، مكتبة المدينة، مصر، 2000
8. عبد الستار العلي" تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة"، دار المسيرة، الأردن، 2008،
9. علاء الدين عشي، مدخل القانون الإداري (تنظيم الإداري)، الجزء الأول، دار الهدى للنشر والتوزيع، سنة 2008
10. عمار بوضياف، المرجع في المنازعات النارية، الطبعة الأولى، دار جسور للنشر والتوزيع، الجزائر، 2013
11. عمار بوضياف، الوجيز في القانون الإداري، الطبعة الثالثة، دار جور للنشر والتوزيع، 2013
12. عمار بوضياف، الوظيفة العامة في التشريع الجزر، الطبعة الأولى، تار جسور للنشر والتوزيع، الجزائر 2015

13. عمر ششير رضا، الوقاية الطبية، منكرة ماجيستر، كلية الحقوق و العلوم الإدارية، جامعة بن يوسف بن خدة الجزائر ، نون سنة

14. عمر عقيلي، إدارة القوى البشرية، زهران للنشر والتوزيع، عمان، 1996

15. فريد توفيق نصيرات، " إدارة المستشفيات"، دار إثراء، الأردن، 2008

16. فريد كورتل، "تسويق الخدمات" ، كنوز المعرفة للنشر، الأردن، 2008

17. محمد صغير يعلى، الإدارة المحلية الجزائرية، دار العلوم للنشر والتوزيع، عنابة 2013

18. نظام موسي سويدان، عبد المجيد البرواري، "إدارة التسويق في المنظمات غير الربحية" دار حامد، الأردن، 2009

المذكرات والرسائل العلمية

1. آيت مولود ذهبية، المسؤولية المدنية عن أخطاء الفريق الطبي، مذكرة ماجستير ، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، 2011

2. بار جميلة زوجة بويوسف، أزمة النفقات العمومية في القطاع الصحي في الجزائر، مذكرة ماجستير، معهد العلوم الإقتصادية، جامعة الجزائر، 1993-1994

3. بحدادة نجاة، تحديات الأمناء في المؤسسات الصحية (دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية المغنية)، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر ،2011 ، 2012

4. برني لطيفة، اثر تمكين العاملين في تحسين الأبناء الاجتماعي للمؤسسات الجزائرية – دراسة مقارنة بين المستشفيات العمومية و العيادات الاستشفائية الخاصة لولاية بسكرة –، أطروحة دكتوراه العلوم كلية العلوم الاقتصادية و التجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2015

5. بوزناد مليلة، ضرورة تفعيل التوجه التسويقي للوصول إلى جودة الخدمة في المؤسسات الصحية العمومية (دراسة على قطاع الصحة في الجزائر)، منكرة ماجيستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التمر والعلوم التجارية جامعة الجزائر، سنة 2012/2011

6. حسن داد، إدراك اطارات تسيير المؤسسات الصحية العمومية للجو التنظيمي السائد وعلاقته بالضغط المهنيدراسة حالة– مذكرة ماجستير، تخصص العمل والتنظيم، جامعة الجزائر، 2001

7. حنان يحي الشريف، تأثير نظام المعلومات على جودة خمات المؤسسة الصحية (دراسة حالة)، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة محمد خضر، بسكرة، 2008

8. دستور منظمة الصحة العالمية، مؤتمر الصحة الدولي، نيويورك من 19 يونيو الى 20 يوليو 1946 السجلات الرسمية لمنظمة الصحة العالمية

9. سراي أم السد، دور الادارة الصحية في التسيير الفعال للنفايات الطبية في ظل ضوابط التنمية المستدامة (دراسة تطبيقية على المؤسسات الاستشفائية الجزائرية، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة فرحات عباس، سطيف، 2011 – 2012

10. سليم نجاة صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية، (دراسة ميدانية)، مذكرة ماجيستير، قسم علوم التسيير، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2011–2012

11. سليمان حاج عزام، المسؤولية الادارية للمستشفيات العمومية، أطروحة دكتوراه، قسم الحقوق، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2010 – 2011

12. سنوسي علي، تقييم مستوى الفاعلية التنظيمية في المستشفيات الجزائرية، مجلة اقتصاديات شمال افريقيا، مخبر العولمة واقتصاديات شمال افريقياء جامعة حسيبة بن بوعلي، الشلف، العند 7، السداسي الثاني، 2009

13. صلاح محمود نواب، دور الصيانة في أداء المستشفيات وانتاجهاء المؤتمر العربي الثالث، 5– 7 ديسمبر 2004 القاهرة، 2004

14. صوفي ذهبية، التحفيز في ظل الاصلاحات الجنينة لمؤسسة العمومية للصحة – دراسة حالة –، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة بن يوسف بن خدة، الجزائر، 2009

15. طاهر الوافي، التحفيز وأداء الممرضين (دراسة ميدانية للمؤسسة العمومية الإستشفائية عاليا صالح مدينة تبسة) مذكرة ماجيستير، أقسم علوم الاجتماع، جامعة قسنطينة 2، 2012-2013

16. عبد الرحمان فطناسي، المسؤولية الادارية المؤسسات الصحة العمومية عن نشاطها الطبي في الجزائر، مذكرة ماجيستير، قسم الحقوق جامعة الحاج الأخضر، باتنة، 2010 - 2011

17. عدمان مريزق، " واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية في الجزائر العاصمة"، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007-2008

18. عرابة الحاج، ازدواجية السلطة في المستشفيات: المفهوم الإشكالية مجلة الباحث، جامعة قاصدي مرباح، ورقة الجزائر، عدد 7، 2009-2010

19. عصماني سفيان، "دور التسويق في نظام الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها المرضي)"، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير، تخصص علوم تسيير ، قرع التسويق، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2006/2005

20. عميري فريدة، مسؤولية المستشفيات في المجال الطبي، متكرة ماجيستير، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، 2011

21. عنوان كريمة، التنظيم الاستشفائي بين القوانين والممارسة، دراسة ميدانية، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر، 2009

22. فندلي رمضان، الحق في الصحة في القانون الجزائري (دراسة تحليلية مقارية)، مجلة دفاتر السياسة والقانون، العدد 06، جانفي 2012، كلية الحقوق و العلوم السياسية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، السنة 2012

23. كحيلة نبيلة، تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، متكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة منتوري، قسنطينة، 2008-2009

24. منشورات منظمة الصحة العالمية، سلسلة التقارير الفنية، رقم 395، 1980

25. نريدي احلام، نور استخدام تملاج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية – دراسة حالة مذكرة ماجيستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير جامعة بسكرة، 2014

26. هيو كوش، ترجمة طلال بن عايد الأحمدي، " تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها"، المكتبة الوطنية، المملكة العربية السعودية،

27. يوخرس العيد، خطا الطبيب أثناء التدخل الطبي، منكرة ماجيستير، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، 2011

القوانين والمراسيم

1. قانون رقم 18/15 سؤرخ في 18 ربيع الأول 1437 الموافق 30 ديسمبر 2015 المتضمن قانون المالية لسنة 2016، الجريدة الرسمية عند 72 مؤرخة في 19 ربيع الأول 1437 الموافق ل 31 ديسمبر 2015

2. القانون رقم 11-10 سؤرخ في 20 رجب عام 1432 الموافق 22 يونيو سنة 2011، يتعلق بالبلدية الجريدة الرسمية، عند 37 المؤرخة في 01 شعبان 1432 هـ الموافق ل 03 جويلية 2011

3. قرار وزاري رقم 2836، مؤرخ في 15 مارس 2008، صادر عن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات يتضمن إنشاء المصالح والوحدات المكونة لها على مستوى المؤسسة العمومية الإستشفائية تبسة (عاتها صالح)

4. المرسوم التنفيذي 09-161، المؤرخ في 07 جمادى الأول 1430 الموافق ل 02 ماي 2009 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لست متصرفي مصلح الصحة

5. المرسوم التنفيذي رقم 09-393 المؤرخ في 2009/11/24 70ء مؤرخة في 27 نوفمبر 2009.

6. المرسوم التنفيذي رقم 09-394 المؤرخ في 2009/11/24 ، الجريدة الرسمية عند 70، مؤرخة في 27 نوفمبر 2009

7. المرسوم التنفيذي رقم 09-240، مؤرخ في 22 جويلية 2009، المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك النفسانيين للصحة العمومية، جريدة رسمية عند 43، مؤرخة في 22 جويلية 2009

8. المرسوم التنفيذي رقم 11-235 المؤرخ في 03-07-2011 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين الأسلاك الأعوان الطبيين في التخدير والإنعاش في الصحة العمومية، جريدة رسمية عدد 38، مؤرخة في 06-07-2011

9. المرسوم التنفيذي 11-152 المؤرخ في 29 ربيع الثاني 1432 الموافق ل 03 أبريل 2011 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين الأسلاك البيولوجيين في الصحة العمومية، الجريدة الرسمية عند 21، مؤرخة في 29 ربيع الثاني 1432 الموافق ل 03 أبريل 2011

10. القرار الوزاري المشترك، المؤرخ في 03 محرم 1431 الموافق ل 20 ديسمبر 2009، يحدد التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية، جريدة رسمية عند 15، مؤرخة في 2010

11. المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المحدد لقوات انشاء المركز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية عند 81، المؤرخة في 10 ديسمبر 1997

12. القانون 16-01 التي تنص على (الرعاية الصحية حق للمواطنين. تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعنية وبمكافحتها. شهر الدولة على توفير شروط العلاج للأشخاص المعوزين

المواقع الالكترونية

الموقع الإلكتروني لمنظمة الصحة العالمية

www.who.int/features/factfiles/mental_health/ar 2020/04/05

[1]– الموقع الإلكتروني لمنظمة الصحة العالمية

www.who.int/wir/2010/ar/ index.htni 2020/04/05

الفهرس

الفهرس

إهداء

شكر و عرفان

مقدمة 01

الفصل الأول :الإطار المفاهمي للمؤسسات الاستشفائية في الجزائر. 08

المبحث الأول: ماهية المؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر 09

المطلب الأول: مفهوم المؤسسات العمومية الاستشفائية.....09

الفرع الأول: تعريف المؤسسات العمومية الاستشفائية.....10

الفرع الثاني: التمييز بين المؤسسات العمومية الاستشفائية و مؤسسات الصحة المشابهة....12

الفرع الثالث: الطبيعة القانونية للمؤسسات العمومية الاستشفائية.....14

المطلب الثاني: القواعد التنظيمية في تسيير المؤسسات العمومية 16

الفرع الأول: القاعدة الشخصية في المؤسسة العمومية الاستشفائية 16

الفرع الثاني: قاعدة مشاركة المريض في إجراءات الخدمة 17

الفرع الثالث: قاعدة مجانية العلاج في المؤسسات العمومية الاستشفائية.....18

الفرع الرابع: سلطة الضبط في اتخاذ إجراءات الوقاية والعلاج 19

المطلب الثالث: أنشطة المؤسسات العمومية الاستشفائية 20

المبحث الثاني: الاطار الهيكلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية 24

المطلب الأول: المصالح الإدارية للمؤسسات العمومية الاستشفائية.....25

الفرع الأول: مجلس الإدارة 25

الفرع الثاني: المدير العام للمستشفى 26

الفرع الثالث: المجلس الطبي 29

المطلب الثاني: المصالح الصحية تتنوع المصالح الصحية 29

المبحث الثالث: الاطار المالي والبشري في المؤسسات العمومية الاستشفائية 32

المطلب الأول: أهمية العنصر المالي والبشري في المؤسسات العمومية 32

المطلب الثاني : التنظيم المالي للمؤسسات العمومية الاستشفائية 33

الفرع الأول: إعداد ميزانية المؤسسات العمومية الاستشفائية:.....33

الفرع الثاني: تحضير الميزانية على مستوى القطاعات الصحية 35

الفرع الثالث: مشروع الميزانية على المستوى المركزي.....36

المطلب الثالث: تنظيم الموارد البشرية للمؤسسات العمومية الاستشفائية 37

الفرع الأول: الموارد البشرية في المؤسسات العمومية الاستشفائية 37

الفرع الثاني: أصناف الموارد البشرية في المؤسسات العمومية الاستشفائية.....38

الفرع الثالث: رقابة الموارد البشرية في المؤسسات العمومية الاستشفائية 45

الفصل الثاني : الجودة الخدمات الصحية والعوامل المؤثر فيها 48

المبحث الأول: ماهية السير الخدمات الصحية.....49

المطلب الأول: مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية 49

الفرع الأول: مفهوم الصحة.....49

الفرع الثاني: الرعاية الصحية والرعاية الطبية 53

الفرع الثالث: تعريف الخدمات الصحية 57

المطلب الثاني: خصائص الخدمات الصحية.....59

المطلب الثالث: مستويات وأنواع الخدمات الصحية 64

الفرع الأول: مستويات الخدمة الصحية 64

الفرع الثاني: أنواع الخدمات الصحية 65

المبحث الثاني: تقييم الجودة في الخدمات الصحية.....68

المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمات الصحية.....68

الفرع الأول: تعريف جودة الخدمات الصحية.....69

الفرع الثاني: أهمية الجودة في الخدمات الصحية.....73

الفرع الثالث : ضوابط عامة لجودة الخدمات الصحية : 75

المطلب الثاني: أبعاد جودة الخدمات الصحية والعناصر المؤثرة في تحقيقها.....76

الفرع الأول: أبعاد جودة الخدمات الصحية.....76

الفرع الثاني: العناصر المؤثرة في تحقيق جودة الخدمات الصحية.....79

الفرع الثالث: مداخل تقييم جودة الخدمات الصحية 82

الفرع الرابع: متطلبات تقييم الخدمات في المؤسسات الصحية 89

خاتمة 93

قائمة المراجع 95

مـلخص مذكرة الماستر

شهد القطاع الصحي في الآونة الاخيرة اهتماما كبيرا وعلى جميع المستويات ,حيث أصبح موضوع "جودة الخدمة الصحية" محل اهتمام عالمي متزايد.سعيا من المؤسسات الاستشفائية بتقديم خدماتها الصحية بجودة عالية لتحقيق أقصى رضا ممكن للمريض. ويهدف هذا البحث إلى دراسة واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية ومدى تأثيرها على رضا المريض بالاعتماد على أبعاد جودة الخدمات الصحية. وقد تمكنت هذه الدراسة من التوصل إلى أن المريض راضي على الأبعاد الأربعة (الاعتمادية, الاستجابة الضمان التعاطف)، إلا أنه غير راض على بعد الملموسية مما يستوجب تطوير الخدمات الصحية بما يتناسب مع احتياجات المرضى، وذلك بمواكبة التطور التكنولوجي عن طريق تحسين جانب البعد المادي.

الكلمات المفتاحية :

1/ تسير الخدمات الصحية الجودة2/ جودة الخدمة الصحية3 أبعاد جودة الخدمات الصحية4 رضا المريض

Abstract of The master thesis

The health sector has recently witnessed great interest at all levels, as the topic of "quality of health service" has become an increasingly global concern. Hospital hospitals have sought to provide their health services with high quality to achieve the maximum possible patient satisfaction. This research aims to study the reality of the quality of health services in the public hospital hospital and the extent of its impact on patient satisfaction by relying on the dimensions of the quality of health services. This study has managed to reach that the patient is satisfied with the four dimensions (reliability, response, assurance, sympathy), but he is not satisfied with the concrete dimension, which necessitates developing health services commensurate with the needs of patients, by keeping pace with technological development by improving the aspect of the physical dimension.

Key words: 1 / Quality health services go 2 / Quality of health service 3 Dimensions of quality of health services 4 Patient satisfaction