

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد ابن باديس مستغانم

كلية العلوم الاقتصادية والتسيير

قسم العلوم الاقتصادية



مذكرة تخرج لنيل متطلبات شهادة الماستر LMD

تخصص: تسيير الهياكل الاستشفائية

موضوع المذكرة:

واقع تسيير المؤسسة الطبية الاجتماعية (الصحية)

من إعداد الطالب:

بلمادي عز الدين

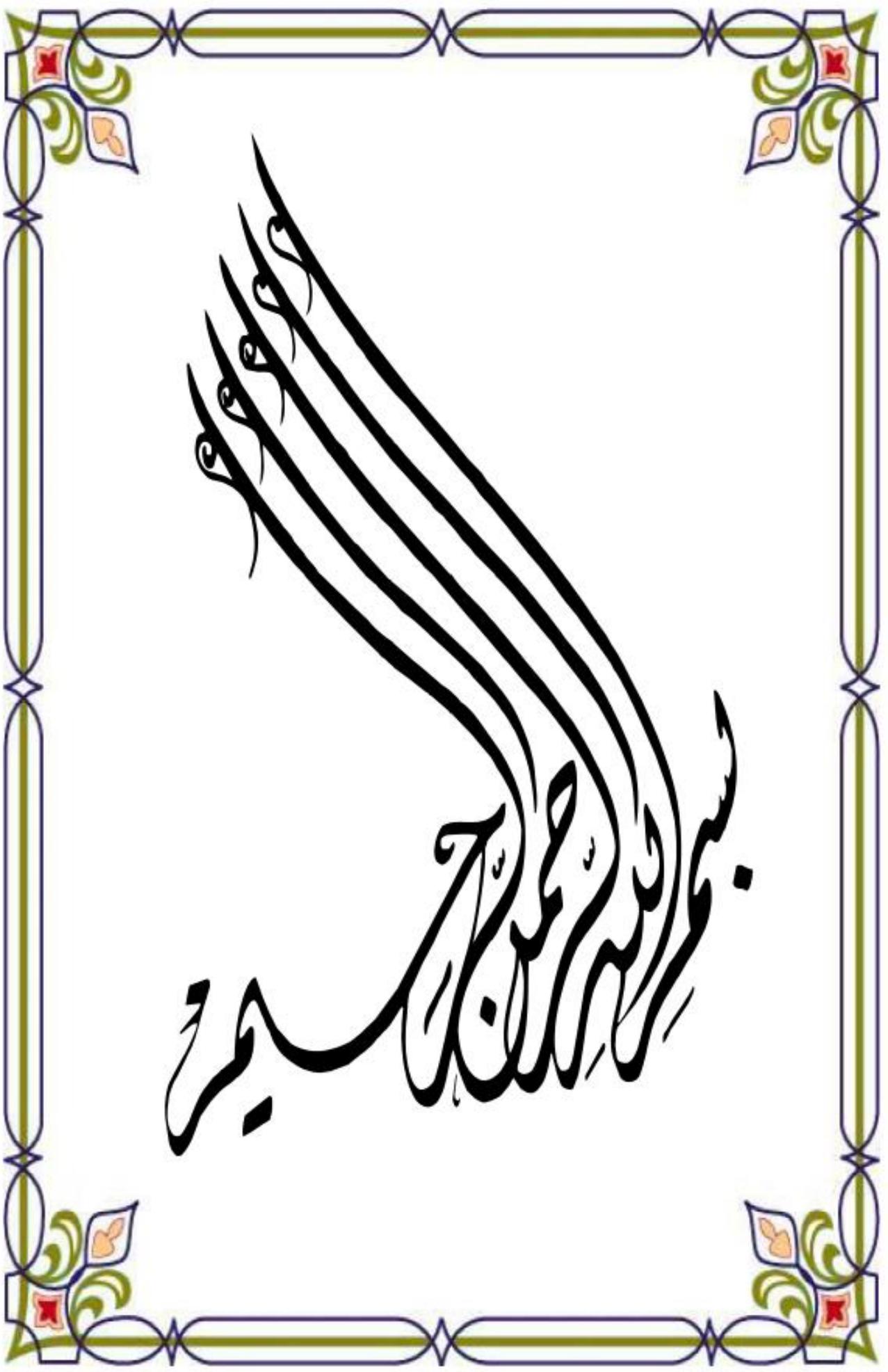
الأستاذ المؤطر: قوديج جمال

الأستاذ المناقش: دحمان بلقاسم

الأستاذ المناقش الرئيسي: تيفالي يونس

السنة الجامعية: 2019/2018

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



إهداء

أهدي ثمرة هذا العمل المتواضع إلى:

- إلى من رعتني بعينيها وكستني بجلها وعطفها، إلى أحب الناس، إلى قلبي حفظها الله وأبقاها لي تاجا فوق رأسي

إلى.....أمي

- إلى من عرفني الحرف ومسك القلم في المهد، إلى من أحسن تربيته، إلى الراحل بالجسد والباقي في القلب إلى

الأبد، إلى...أبي

- إلى إخوتي: فتحي - صابرة - حورية - نورية.

- إلى كل الأهل والأحباب والأصدقاء والزملاء.

- إلى كل من ساعدني في إنجاز هذا البحث من قريب أو من

بعيد.



شكر وتقدير

الحمد لله الذي أعطى كل شيء خلقه ثم هدى بحمده حمدا
كثيرا طيبا مباركا فيه، على أن وفقني في إتمام هذا العمل
المتواضع

أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى الأستاذ " قوديح جمال "
على ما قدمه لي من نصائح وتوجيهات وتشجيع فكان لي
خير عون وسند في إنجاز هذه الرسالة

كما أتوجه بالشكر الجزيل إلى إدارة المؤسسة الاستشفائية
العمومية بسيدي علي.

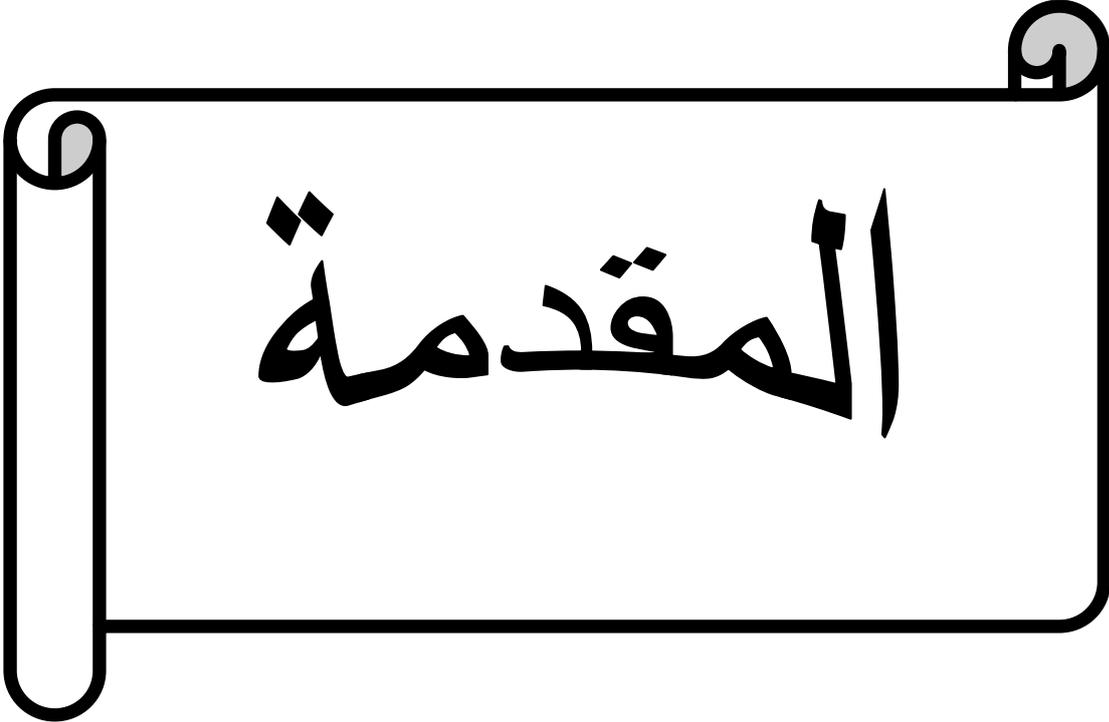
إلى كل هؤلاء أسمى معاني الشكر والتقدير.

الفهرس

		بسملة.
		شكر وتقدير
		إهداء
		خطة البحث
أ-ب		المقدمة العامة
مدخل الدراسة		
		إشكالية البحث
		فرضيات البحث
		أهمية البحث
		أهداف البحث
		دوافع اختيار البحث
		المنهج المتبع
الجانب النظري		
الفصل الأول: المؤسسة الصحية		
12		تمهيد
12		المبحث الأول: عموميات حول المؤسسة الصحية
13		المطلب الأول: مفهوم المؤسسة الصحية وتطورها
13		. مفهوم المؤسسات الصحية
15		. التطور التاريخي للمؤسسات الصحية
19		المطلب الثاني: أنواع ووظائف المؤسسات الصحية
22		. أنواع المؤسسات الصحية
24		. وظائف المؤسسات الصحية
24		. المبحث الثاني: الخدمات الصحية وجودتها
24		المطلب الأول: الخدمات الصحية وخصائصها
25		. مفهوم الخدمات الصحية

27		. أقسام الخدمات الصحية
29		. خصائص الخدمات الصحية
31		المطلب الثاني: جودة الخدمات الصحية
36		. أبعاد جودة الخدمات الصحية
37		. خلاصة الفصل
الفصل الثاني: تسيير المؤسسة الطبية الاجتماعية (الصحية)		
39		تمهيد
40		المبحث الأول: تسيير المؤسسات الطبية الاجتماعية الصحية
40		المطلب الأول: التسيير وأهميته
41		. مفهوم التسيير
41		. أهمية التسيير
42		المطلب الثاني: تسيير المؤسسات الطبية الاجتماعية
44		. مفهوم تسيير المؤسسات الطبية الاجتماعية وتطورها التاريخي
45		. مظاهر أزمة تسيير المؤسسات الصحية الجزائرية
45		المبحث الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية
45		المطلب الأول: ماهية الخدمة الاجتماعية الطبية وأهدافها
46		. مفهوم الخدمة الاجتماعية الطبية
46		. أهداف الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي
47		. الأهداف العامة للخدمة الاجتماعية بوزارة الصحة
47		المطلب الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية دورها وصعوبة تحقيقها
49		. دورها
50		. صعوبات تعوق الأخصائي في المجال الطبي
51		. خلاصة الفصل
الجانب التطبيقي		
الفصل الثالث: دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي		

54		تمهيد
55		المبحث الأول: وضعية المؤسسات الصحية الجزائرية
55		المطلب الأول: مراحل تطور المؤسسات الصحية الجزائرية
64		المطلب الثاني: مضمون التغيير على مستوى المؤسسات الصحية بالجزائر
65		. ميادين التغيير وأنواعه في المؤسسات الصحية
65		. ميادين التغيير في المؤسسات الصحية
67		. أنواع التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية
68		. إدارة التغيير في المؤسسات الصحية
69		. إستراتيجية التغيير
72		المبحث الثاني: وضعية المؤسسة العمومية الاستشفائية بسيدي علي
72		المطلب الأول: التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بسيدي علي
76		. الهيكل التنظيمي للمؤسسة
77		المطلب الثاني: المشاكل والحلول
84		. الحلول والمقترحات
86		. خلاصة الفصل
87		. الخاتمة العامة
		. قائمة المصادر والمراجع
		. الفهرس



المقدمة

مقدمة البحث:

يعتبر القطاع الصحي في الدول المتقدمة من بين أهم القطاعات الإستراتيجية المساعدة على دفع عجلة التنمية لاقتصاديات بلداننا، حيث تولي هذه الدول أهمية كبيرة لهذا القطاع باعتبار الناتج النهائي له والممثل في الصحة كسلعة استثمارية تساعد اليد العاملة على مواصلة الإنتاج، ومن ثم تحقيق الازدهار من خلال التأثير في الإنتاج القوي.

وزاد الاهتمام بهذا القطاع خصوصا بعد محاولة بعض علماء الاقتصاد في الولايات المتحدة الأمريكية مطلع الستينات من القرن العشرين، العمل على إدخال النشاط الصحي في تحليلهم الاقتصادي، فنتج عن ذلك بروز فرع جديد من فروع العلوم الاقتصادية يجمع بين مفهومي الاقتصاد والصحة وهو "اقتصاد الصحة" الذي امتد انتشاره إلى باقي الدول الأوربية، ونتيجة لهذا تطورت مفهوم وظائف المؤسسة الصحية من مجرد مكان لإيواء المرضى إلى اعتباره كمؤسسة اقتصادية تقدم خدمات المجموعة من الزبائن هم "المرضى".

ومع نمو حجم المنافسة بين المؤسسات الصحية من جهة، وتزايد وعي واهتمام الزبون (المريض) بالحصول على الخدمات الصحية التي تلي حاجياته وتحقق رغباته من جهة أخرى، ظهرت رهانات جديدة أما هذه المؤسسات في كيفية الحصول والحفاظ على رضا المريض، والتي اعتبرت الدافع وراء الاهتمام إلى الطرق الأمثل للتسيير.

وقطاع الخدمات الصحية في الجزائر يشهد موجة من التحولات والتغيرات الاقتصادية، أبرزها الانضمام الوشيك لمنظمة التجارة العالمية وما سينجم عنه تحرير سوق هذا القطاع للمستثمر الأجنبي بالإضافة إلى تقدم التقنيات الطبية وتطور وسائل الاتصال والتكنولوجيا.

وأما هذا الوضع فالمؤسسات الصحية الجزائرية العامة منها و الخاصة، مطالبة أكثر من أي وقت مضى بتحسين طرق تسيير هذه المؤسسات لتستعيد ثقب زبائنها، وهذا لا يكون إلا من خلال التقييم الفعال للتسيير، ومن ثم تحسينه وتطويره، والذي يعتبر احد السبل لتمكن من إرضاء زبائنها مع ضمان البقاء في الوسط التنافسي الذي تنشط فيه.

مدخل الدراسة

من خلال ما تقدم و نظرا لأهمية الملحوظة لموضوع المؤسسة الصحية سنحاول التطرق إلى معرفة بعض العناصر التي توضح لنا الغموض الذي قد يتشكل في أذهاننا عند سماع كلمة المؤسسة الصحية وذلك من خلال تعريفها وتوضيح خدماتها وأنواعها وتحديد الخدمة الاجتماعية والدور الذي تلعبه في المؤسسة الصحية، وتحقيقا لهذا الغرض قمت بتقسيم الدراسة إلى ثلاث فصول:

- **الفصل الأول: المؤسسة الصحية.**
- **الفصل الثاني: تسيير المؤسسات الطبية الاجتماعية (الصحية).**
- **الفصل الثالث: دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية العمومية بسيدي علي ومما سبق ذكره فإن**

إشكالية البحث تتمحور حول السؤال الرئيسي التالي:

- كيف يمكن تحسين تسيير المؤسسات الصحية؟.

ويندرج تحت هذا التساؤل الرئيسي التساؤلات الفرعية الصحية:

1- ما هو التسيير؟.

2- ما هي المعايير المستخدمة لتقييم التسيير للمؤسسات الصحية؟.

3- ما هو تقييم الموظفين والمرضى للتنظيم؟.

الفرضيات:

بناء على التساؤلات المطروحة، تم وضع الفرضيات التالية:

*1 يقيم الموظفون المؤسسات الصحية حسب مناخ العمل.

*2 النتائج تبين لنا فعالية نظام التسيير.

*3 يقيم الزبائن المؤسسات الصحية حسب الخدمات المقدمة لهم.

-أهمية الموضوع:

تبرر أهمية البحث في :

- 1- الدور الذي تلعبه المؤسسة الصحية كقطاع خدمي حساس وفعال في إحداث التنمية الاقتصادية والاجتماعية.
- 2- دور التسيير في تحقيق المؤسسات الصحية لأهدافها بالكيفية المطلوبة.
- 3- يمكن اعتبار هذا البحث كخطوة مبدئية للبحث على قيام بمزيد من البحوث والدراسات في هذا المجال.

أهداف الموضوع:

تتمثل أهداف البحث في ما يلي:

- 1- توضيح المفاهيم النظرية حول تسيير المؤسسات الصحية.
- 2- تحليل العلاقة بين المؤسسة الصحية والخدمة الاجتماعية الطبية.
- 3- تحديد أهم العناصر التي يوليها المريض والموظف أهمية عالية، والتي تساعد إدارة المؤسسة على إعادة تشكيل أوضاعها.

أسباب اختيار الموضوع:

- . الرغبة الملحة في دراسة موضوع المؤسسة الصحية الاجتماعية، وهذا من أجل تكوين نظرة عامة عن هذه العملية.
- . كثيرا ما نسمع عن الواقع السيئ للمؤسسات الصحية وسوء تسييرها، وهذا ما جعلنا نقوم بدراسة عنها.
- . باعتبارنا طلبة تسيير الهياكل الاستشفائية ارتأينا أن نتناول هذا الموضوع في حدود تخصصنا.

المنهج المتبع:

تم الاعتماد على المنهج الاستقرائي والاستنباطي في الإجابة على الأسئلة واختيار فرضياته، حيث تم الرجوع في الجانب النظري إلى مصادر من الكتب ومجلات علمية باللغتين العربية والأجنبية، بالإضافة إلى مواقع الانترنت، أما في الجانب التطبيقي فقد تم من خلال دراسة ميدانية على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية بسيدي علي.

الصعوبات:

بشكل عام تتمحور الصعوبات في الجانب التطبيقي وتتمثل في:

. صعوبة الحصول على المعلومات والإحصائيات الحديثة المتعلقة بالموضوع من الجهات الرسمية المتمثلة في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

. صعوبة الحصول على موافقة مسؤولي المؤسسات المعنية بالدراسة من أجل توزيع الاستمارات ومحادثة المرضى والموظفين.

الجانب النظري

الفصل الأول

المؤسسة

الصحية

الفصل الثاني

تسيير المؤسسة الطبية
الاجتماعية (الصحية)

تمهيد

تعد الخدمات الصحية إحدى الدعائم الرئيسية للخدمات الاجتماعية التي تحرص كل الدول على تقديمها وتمويلها.

وقد شهد العالم تحولات اقتصادية عميقة وسريعة، فاقتصاد السوق والعولمة وآلياتها يفرضون على المؤسسات الجزائرية أن تكون أكثر قدرة تنافسية، تعديل تنظيمها، سياستها، تسييرها من أجل البقاء ومن أجل التغيير وتسهيل الإبداع.

إن النظام الصحي الجزائري بطبعه إداري واجه صعوبات لإعادة النشاط في محيط محكوم بقوانين السوق نتيجة غياب أدوات قانونية تمكنه من التكيف مع قواعد جديدة للعب وتسهيل مدخلاته فيما يخص المشتريات والتمويل، هذا إلى جانب عدم قدرة الدولة على تمويل نفقات الصحة المتزايدة إلى عجز الحماية الاجتماعية، ومشكلة تسيير المؤسسات الصحية التي تكون النظام الصحي الجزائري، إضافة إلى صعوبات تحقيق الخدمة الاجتماعية الطبية.

المبحث الأول: تسيير المؤسسات الطبية الاجتماعية الصحية .

المطلب الأول: التسيير وأهميته.

أولاً: مفهوم التسيير.

يعتبر التسيير طريقة عقلانية للتنسيق بين الموارد البشرية المادية والمالية قصد تحقيق الأهداف المرجوة تتم هذه الطريقة حسب السيرورة التي تتمثل في التخطيط، التنظيم، الإدارة، الرقابة للعمليات قصد تحقيق أهداف المؤسسة بالتوفيق بين مختلف الموارد¹.

ولقد تعددت المفاهيم بتعدد الأفكار والتيارات الفكرية، حيث عرفه الكلاسيكي تايلور (Taylor) بأنه علم مبني على قوانين وقواعد وأصول علمية قابلة للتطبيق على مختلف النشاطات الإنسانية أما حسب المدرسة القرارية ومن أبرزها سمون (H.Simon) بأن البشر والشؤون يجب أن نفكر فيها كعمليات آخذ قرار بقدر ما هي عمليات تنطوي على فعل.

إن المصطلح الفرنسي (Gestion) في الحقيقة هو ضيق المضمون حيث أنه لا يشير على مجموعة التقنيات في عملية التسيير، بينما مفهوم التسيير حسب المصطلح الإنجليزي (Management) فإنه يشمل المفهوم الضيق بالإضافة إلى القدرات والكفاءات القيادية التي يجب أن تتوفر عليها المسير.

ولكي نتعرف أكثر على هذا المفهوم يجب علينا أن نبرز مميزات أساسية وهي:

(1) التسيير علم وفن: يعرف التسيير بأنه مجموعة من مختلف العلوم بالإضافة إلى ممارسة كفاءة خاصة (تكوين، سمات القائد، قدرة الاتصال ومعرفة المهام...إلخ)

لقد عرف التفكير التسييري تطوراً هائلاً بفضل مساهمات البحوث في شتى الميادين كالاقتصاد، المحاسبة، الرياضيات، علم الاجتماع، علم النفس، العلوم السياسية وعلوم الاتصال والإعلام الآلي².

(2) التسيير مبني على وظائف: تتأثر فيما بينها وتكون وحدة متماسكة لهذا تستطيع أن تخطط عمليات التنظيم والإدارة والرقابة، كما تستطيع أن تنظم عمليات التخطيط والقيادة والمراقبة هكذا للوظائف الأخرى حسب الشكل التالي والمستمر بعجلة التسيير المنقسمة إلى أربعة مراحل وكل مرحلة تضم ثلاثة عناصر أساسية وبذلك سنصل إلى اثني عشر عنصراً.

(3) يتطور التسيير حسب دورة متواصلة، ولكي يتم تحقيق بقاء المؤسسة يجب على عجلة التسيير أن تجدد بصفة متواصلة خلال الزمن حسب المستويات المطلوبة.

(4) التسيير مبني على تقارب تيارين هما العقلانية والإنسانية لدمج ثقافة المؤسسة.

(5) للتسيير تطابق مع الأداء وهذا يتضمن ثلاثة عناصر:

. تحقيق مشروع معقد يستلزم علينا مساهمة أكثر من عامل واحد.

. دور المسير يكمن في تحديد الاتجاه الدقيق لممارسة عملية ما.

¹ - محمد ولد قادة، دليل التسيير الاستشفائي، ص 20.

² محمد ولد قادة، مرجع سابق ص 21.

. إن البحث عن الفعالية الإنتاجية هي من متطلبات الكل في كل لحظة.

(6) للتسيير أبعاد وتطبيقات علمية.

ثانيا: أهمية التسيير.

يعتبر التسيير المحرك الأساسي الذي يعمل على تشغيل الطاقات والقوى المتاحة للمؤسسة فهو المسؤول عن متابعة وإنجاز الأهداف التي تحقق الرفاهية الاقتصادية والاجتماعية للفرد والمؤسسة والمجتمع ككل وتمثل أهمية التسيير فيما يلي¹:

. التسيير هو الأداة الأساسية في تسيير العمل داخل المؤسسات فهو الذي يقوم بتحديد الأهداف وتوجيه الأفراد إلى تحقيقها، وكذلك توفير مقومات الإنتاج وتخصيص الموارد وتوزيعها على استخداماتها البديلة وإزالة الغموض في المحيط.

. التسيير مسؤول على بقاء واستمرار المؤسسة وهذا لا يتحقق إلا من خلال القدرة على مواجهة الكثير من التحديات ومن بينها الندرة في عوامل الإنتاج، التطورات التكنولوجية، وحدة المنافسة.

. التسيير مسؤول على تحقيق التكامل الخارجي بين المحيط والمؤسسة وتوفير احتياجات المؤسسة من الموارد المختلفة من المحيط وتحويل ومزج هذه الموارد مع بعضها البعض لتلبية حاجات المحيط من سلع وخدمات، وكذلك التسيير مسؤول على تحقيق التكامل الداخلي من خلال التنسيق والربط بين جهود العاملين والموارد الأخرى حتى يتسنى بلوغ الأهداف التي تسعى لتحقيقها المؤسسة.

. التسيير له القدرة على التكيف مع المتغيرات المحيطة بالمؤسسة للمحافظة على بقاءها واستمراريتها.

. التسيير له مسؤولية التعامل مع التغيير المستمر في حاجات المجتمع وتفاقم المشكلات الصحية والاجتماعية بالإضافة إلى التلوث².

. مسؤولية التغيير والاستقرار تعتبر من المهام الأساسية في الوقت الحاسم.

. التسيير يعني النظام العام من خلال الربط بين أحداث متفرقة ومعتقدات متباينة وضعها جميعا في شكل علاقات ذات معنى تستخدم في تحليل العديد من المشاكل والوصول إلى أفضل المبادئ الممكنة للتعامل مع تلك المشاكل.

. كبر حجم المؤسسات وزيادة الحاجة إلى التخصصات المختلفة، الأمر الذي يظهر أهمية التنسيق، التنظيم، الرقابة.

. التغيرات التكنولوجية، الاقتصادية والاجتماعية وهذا الأمر راجع إلى أهمية التنظيم والتخطيط والتنبؤ لمواجهتها والتأقلم معها.

. المنافسة الشديدة في الأسواق الأمر الذي يتطلب التجديد والابتكار في طرق الإنتاج وأدواته لتحقيق الوافرات الاقتصادية.

. تطبيق الرقابة التنبؤية عليها الروتينية المشاكل في هذا المستوى ومن بين العمليات التي تنفذ في المستوى ما يلي:

. ترجمة الأهداف العامة إلى أهداف تفصيلية.

¹. محمد ولد قادة، مرجع سابق ص 21 . 22.

². المرجع نفسه ص 22.

. وضع برامج التنفيذ وإجراءات العمل.

. نقل الشكوى والاقتراحات والمعلومات للمسيرين في الطبقة العليا.

. الوصول إلى الهدف المسطر بأقل تكلفة مادية وأقل جهد بشري وأسرع وقت ممكن.

. تحقيق النتائج بكفاءة وفعالية، حيث تربط الكفاءة بمستوى ودرجة استخدام الموارد.

المطلب الثاني: تسيير المؤسسات الطبية الاجتماعية.

باعتبار المؤسسة الصحية . كغيرها من المؤسسات . تنشط في بيئة حركية الأمر، الذي يستدعي توفر إدارة عملية إبداعية، تتفق المتغيرات السكانية المتوقعة كما ونوعا وتلائم مع المستجدات الاقتصادية والثقافية والاجتماعية والصحية وتستطيع مواجهة التحديات المنتظرة.

وتتطلب مواجهة التحديات الآنية والمستقبلية تحولات مدروسة في كيفية إدارة المؤسسات الصحية، مما يستوجب عليها تبني توجهات حديثة تعتبر كمداخل للتغيير، كالإدارة بالأهداف وإدارة الجودة الشاملة، يهدف تحسين الخدمة الصحية بشكل يتصف بالتميز، كما أن المؤسسة الصحية اليوم بحاجة ماسة إلى إعادة هندسة تمكنها من مواكبة المتغيرات والتكيف مع المستجدات بالموضوعية العلمية المطلوبة¹.

أولا: مفهوم تسيير المؤسسات الطبية الاجتماعية وتطورها التاريخي.

1. تطور نظام الصحة بالجزائر:

رأينا أنه من الضروري قبل التطرق إلى أزمة تسيير المؤسسات الصحية الجزائرية التعرض إلى تطور النظام الصحي الجزائري بشيء من الإيجاز.

(1) الفترة 1962 . 1973:

كانت الوضعية الصحية للسكان بعد الاستقلال متدهورة بسبب السياسة الاستعمارية في هذا المجال، حيث كانت المرافق الصحية وعدد المستخدمين محدودا جدا ومرتكزا في المناطق والمدن الكبيرة.

يمكن تقسيم النظام الصحي المعتمد آنذاك إلى:

. المستشفيات التابعة للدولة.

. مصحات خاصة يملكها الأفراد.

. كانت المراكز والمستوصفات الصحية تدار من قبل البلديات وقد ألحقت بالمستشفيات بين عامي 1967 و 1968.

. كانت لقطاعات النشاط وبعض المؤسسات مراكزها الصحية الخاصة بها، مثل قطاع الفلاحة، سوناطراك، السكك الحديدية.

. كانت المستشفيات مؤسسات تتمتع بشخصيتها المعنوية والاستقلال المالي.

¹ M.Chaouch, development du system National de santé : strategies et perspectives revue le questionnaire, p 4-5.

كان نظام التشغيل مبنيا على لجنتين واحدة طبية استشارية والأخرى إدارية تداولية، مع التحديد الدقيق لصلاحيات كل منها، يشترك كل منها، يشترك ممثلوا صناديق الضمان الاجتماعي والسكان في اللجنة الإدارية، لم يكن هدف هذه المؤسسات الربح، وإنما تقديم الخدمات الصحية للمواطن بأقل تكلفة، كان يتم وضع الميزانيات انطلاقا من معطيات محدودة ومبررة والتي تمكن من وضع السعر اليومي والذي يمثل أساس التسديد بالنسبة لمختلف الدائنين، تقدر ديون الاستثمارات في الميزانيات والتي كانت تستعمل لعدة اختصاصات (المنشآت القاعدية، التجهيزات، رأس المال الدائر، والتي مكنت المستشفيات من التمويل الذاتي لكل مشاريعها، إنشاء المصالح، شراء التجهيزات...) مكنت الاستقلالية الحقيقية التي كانت تتمتع بها هذه المؤسسات استخدام أطباء متعاقدين بجانب الأطباء الدائمين، وكان الأطباء الخواص يعملون في المستشفيات بانتظام من أجل التكفل بالمرضى والطلبة، وقد أدت قلة المنشآت والمستخدمين سهولة التسيير والتنظيم¹.

2. الفترة 1974 . 1988:

نظرا للوضعية الصحية المتدهورة لمعظم السكان ثم الإعلان عن سياسة الطب المجاني في جانفي 1974 من أجل تجسيد شعار حق الصحة لجميع المواطنين مهما كان دخلهم ووضعتهم الاجتماعية نسجل خلال هذه الفترة تطورا فيما يخص المنشآت القاعدية وعدد المستخدمين وهذا بفضل الاستثمارات المرتفعة التي تحملها الدولة، حيث ارتفع عدد الأسرة من 42450 سرير عام 1973 إلى 62500 عام 1987، وارتفع عدد المراكز الصحية من 558 عام 1974 إلى 1147 عام 1986.

تطور عدد المستخدمين في قطاع الصحة من 57872 عام 1973 إلى 124728 عام 1987، طيب لكل 1124 نسمة.

انعكس ذلك إيجابيا على الوضع الصحي للبلاد، حيث ارتفع أمل الحياة من 51 سنة عام 1965 إلى 65 عام 1987، انخفاض معدل وفيات الرضع، وانخفاض حدة الأمراض المعدية.

أما بالنسبة للجانب التشغيلي أصبحت الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي تتحمل كل نفقات الصحة، حيث ساعد ارتفاع سعر النفط في هذه الفترة على ذلك. عرفت هذه المرحلة المركزية المفرطة في التسيير، حيث اقتصر دور المسير على تنفيذ الميزانيات لا غير، حيث لا يمكن تحويل بعض الاعتمادات المالية من عنوان الآخر رغم الحاجة الملحة إلا بالرجوع إلى السلطة الوصية، حيث لم تترك أي مبادرة للمدير للتكيف مع الظروف والمستجدات، صعوبة التعامل مع المؤسسات الخاصة وبعض المؤسسات العمومية التي ترفض استخدام الإذن بالطلب.

لم يعد باستطاعة المؤسسات الصحية استخدام أطباء متعاقدين لا تستطيع الإدارة مكافأة العمال المجدين، مما أدى بهم إلى ألا يدافعوا إلا عن حقوقهم: الأجور، العلاوات، شروط العمل... الخ ونسوا واجباتهم.

أدت هذه السياسة إلى تبديد الأموال العامة، معدات وتجهيزات طبية بما أعطاب بسيطة مهمة لم تصلح، حيث يتم اقتناء تجهيزات أخرى جديدة بفعل كما قلت سابقا ارتفاع سعر النفط، فساد الأدوية بمبالغ خيالية².

¹. بن لوصيف زين الدين، تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة، مجلة العلوم الإنسانية، 2003، ص 139.

². M. Chaouch, op, cit, p 06.

كل هذا جعل المسيرين غير مسؤولين وما فاقم المشكل أكثر هو غياب مسيرين متخصصين في التسيير الصحي، انعكس ذلك بعدم القدرة على حل مشاكل الصحة للمواطنين وهجرة هياكل العلاج القاعدية، واكتظاظ الهياكل الثقيلة مثل المراكز الاستشفائية الجامعية والتي من المفروض أن تقدم العلاج المتخصص، كما أن تكاليف التشغيل عرفت تضخما كبيرا ونوعية العلاج لم تتوقف عن التدهور.

(3) الفترة 1988 إلى وقتنا الحاضر:

أدخل انخفاض سعر النفط منذ سنة 1986، البلاد في أزمة اقتصادية حادة، فظهر عيب الأسلوب التنموي المتبع، أزمة تراكم إنتاجي اعتماد الاقتصاد الوطني على قطاع المحروقات، البطالة، التضخم، المديونية... الخ، الشيء الذي غير بعمق الشروط الداخلية والخارجية لعمل الاقتصاد الوطني، مما انعكس على شروط تمويل وإعادة إنتاج وتسيير النظام الصحي الوطني وزاد من صعوباته الذاتية.

إن الإصلاحات المتبعة منذ 1988 والأوضاع التي عرفها الاقتصاد الوطني حولت الشروط الداخلية والخارجية لتشغيل النظام الصحي الجزائري، من بين الإجراءات التي كان لها أثرا كبيرا نذكر تخفيض قيمة الدينار التي ضاعفت أسعار المدخلات بعدة مرات، تحرير الأسعار، انتهاء احتكار الدولة للتجارة الخارجية وبالتالي المؤسسات الصيدلانية لاستيراد الأدوية، إلى جانب مشكل انخفاض العائدات من العملة الصعبة التي هل تستعمل لاستيراد سلع نهائية أو إنتاجية أو وسيطة.

كما أن النظام الصحي بطبعه إداري واجه صعوبات لإعادة النشاط في محيط محكوم بقوانين السوق نتيجة غياب أدوات قانونية تمكنه من التكيف مع قواعد جديدة للعب وتسهيل مداخلته فيما يخص المشتريات والتمويل، هذا إلى جانب عدم قدرة الدولة على تمويل نفقات الصحة المتزايدة وإلى تسجيل عجز الحماية الاجتماعية، فطرح مشكل ارتفاع نفقات الصحة ونموها غير المتحكم فيه، ومشكلة تسيير المؤسسات الصحية التي تكون النظام الصحي الجزائري، التي سنتناول بالتفصيل في الفقرة الموالية.

ثانيا: مظاهر أزمة تسيير المؤسسات الصحية الجزائرية:

تمر المؤسسات الصحية الجزائرية ومن خلالها قطاع الصحة بوضعية صعبة، فأصبحت اليوم محط لانتقادات عديدة سواء من قبل المرضى المستعملين، أو من قبل المستخدمين الصحيين بما فيهم مسؤولين ساميين في وزارة الصحة .

هذه الانتقادات مؤسسة حول الإهمال الكبير في المؤسسات الصحية التي تكون قطاع غير منظم، عدم تحريك والاستعمال السيئ لموارد بشرية مؤهلة ولكن بدون تحفيز وآفاق تمثل من 70 إلى 80% من ميزانية هذه المؤسسات، أو عطل المعدات والتجهيزات الطبية في حين تبقى معدات حديثة غير مستغلة إلى جانب التبعية إلى الخارج الشيء الذي يسمح بالتكفل بالمرضى على أحسن وجه، تتمثل هذه الأزمة التي هي متعددة ومتنوعة فيما يلي¹:

(1) الجانب التنظيمي: إن الوضعية الصعبة التي تمر بها المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية مرتبطة بمشاكل التنظيم والتسيير في اتخاذ القرارات، حيث يقتصر دور المسيرين على تنفيذ الميزانيات لا غير، إلى جانب عدم عمل الأجهزة التسييرية كما ينبغي، عدم القيام بالمراقبة من قبل مديريات الصحة للولايات إلى هذه المؤسسات، وإن قامت بها فهي شكلية، الشيء الذي أدى إلى الإهمال الكبير في هذه المؤسسات، وإلى ارتفاع تكاليف العمل ونوعية العلاج لم تتوقف عن التدهور، وما فاقم المشكلة هو غياب مسيرين أكفاء إلى جانب اتهامهم بعقد صفقات مشبوهة.

¹ - بن يوسف زين الدين، مرجع سابق ص 153.

عدم تحريك وتحفيز الموارد البشرية: يعتبر العنصر البشري أهم الموارد التي تتمتع بها المؤسسات الصحية وعنصرها الفعال، حيث تحتل أجور المستخدمين الجزء الأكبر من نفقات هذا القطاع فتمثل ما بين 80 . 90 % من ميزانية هذه المؤسسة.

لكن هذا المورد الهام والثروة الدائمة غير مستخدم بفعالية وبدون تحفيز وأفاق نتيجة لضعف الأجور، آفاق غامضة، عدم تحريكهم... الخ، لا تستطيع الإدارة مكافأة العمال المجدين مما أدى بهم ألا يدافع إلا عن حقوقهم: الأجور، العلاوات، شروط العمل... الخ. ونسوا واجباتهم حيث تطالعون الصحف الوطنية من يوم لآخر بقيام عمال هذه المؤسسات بإضراب في مناطق البلاد.

رغم الزيادة الأخيرة في العلاوات التي قررتها الحكومة فإن عمال هذه المؤسسات اعتبروها غير كافية وأمهلوا السلطات شهرين قبل استئناف الإضراب.

كما شهدت هذه المؤسسات نزيفا هاما بالمختصين الاستشفائيين الجامعيين محور القطاع الخاص نتيجة لتدهور ظروف العمل في القطاع العمومي وإلى آفاق أغنائهم السريع في القطاع الخاص.

(2) الجانب المالي والمحاسبي: إيرادات ميزانية هذه المؤسسات مرتبطة بالضمان الاجتماعي والدولة والموارد الخاصة التي تأتي من الخدمات الصحية التي تقدمها للمواطنين تبقى ضعيفة جدا لا تتعدى في أحسن المؤسسات 2% من إجمال إيراداتها يرجع ذلك إلى الأسعار الرمزية التي حددتها السلطات لهذه الخدمات مقارنة مع أسعار القطاع الخاص إلى جانب عدم اهتمام عمال هذه المؤسسات بتحصيلها من جانب لآخر لأنهم لا يستفيدون منها إذا ارتفعت¹.

بالنسبة للجانب المحاسبي لإجراءات المحاسبة العمومية ثقيلة لا تواكب التطورات، لا تسمح بالمرونة وسرعة التدخل، كما أن غياب المخطط المحاسبي الوطني الاستشفائي وعدم استخدام أدوات المحاسبة التحليلية جعل هذه المؤسسات لا تعرف مستوى تكاليف تشغيلها وخدماتها.

(3) الصيانة: إن الكثير من مؤسساتنا الصحية تشتغل بأقل بكثير من قدراتها فالمعدات والتجهيزات الطبية الحديثة المتأتية من انتشار التكنولوجيات الجديدة للتشخيص والعلاج غير مستعملة كما ينبغي بسبب عدم الاهتمام، إذ عانت وتعاني من تعطلات متواترة والذي زاد في إطالة مدتها ونقص قطاع الغيار مما جعلها دون استعمال لعدة أيام، ومازاد في مشكل الصيانة في مؤسساتها هو اعتمادها فقط على الصيانة العلاجية وعدم مختصين في ذلك.

(4) منافسة القطاع الخاص: ظهور قطاع خاص ينمو يوما بعد يوم يجلب أحسن الموارد البشرية التي تتوفر عليها المؤسسات الصحية العمومية بفعل إغراءاته المالية وظروف العمل الجيدة في هذا القطاع إلى جانب عدم مراقبة هذا القطاع الرقابة التقنية وعلمية خاصة من جانب استيراد الأدوية وتجهيزاته الصحية وإلى أسعار خدماته المرتفعة جدا، مقارنة بمستوى خدماته ومقارنة بأسعار المؤسسات العمومية إلى جانب هذه المظاهر فهناك التبعية إلى الخارج فيما يخص المواد الصيدلانية (الأدوية والمواد المستهلكة) وتقلص الموارد من العملة الصعبة أدى إلى عدم توفرها بهذه المؤسسات، وبالتالي شلل بعض النشاطات العلاجية.

المبحث الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية

المطلب الأول: ماهية الخدمة الاجتماعية الطبية وأهدافها

أولا: تعريف الخدمة الاجتماعية الطبية:

تعريف محمود حسن:

¹ - بن يوسف زين الدين، مرجع ص 154.

العمليات المهنية والجهود العلمية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي لدراسة استجابات المريض نحو المشكلة المرضية وتتضمن كل من خدمة الفرد وخدمة الجماعة في بعض المواقع وتقوم الخدمة الاجتماعية الطبية بوظيفتها في المستشفيات والعيادات وغيرها من المؤسسات الطبية لتوفير الفرص الملائمة التي للمريض بالاستفادة من الخدمات الطبية بصورة فعالة وتهتم الخدمة الاجتماعية بصفة خاصة بتقديم المساعدة في مشكلات التكيف الاجتماعي والمشكلات الانفعالية التي تؤثر في تطور المرض والعلاج وتهدف إلى مساعدة المريض على الاستفادة الكاملة من العلاج ومساعدته وأسرتة على التكيف مع بيئته الاجتماعية الخارجية¹.

تعريف فاطمة الحاروني:

مجموعة الجهود الاجتماعية الموجهة إلى مساعدة الطبيب في تشخيص بعض الحالات الغامضة في رسم الخطة العلاجية لها وإلى تمكين المرضى من الانتفاع بالعلاج المقدم لهم

واسترداد وظائفهم الاجتماعية وذلك بإزالة العوائق التي تعترض طريق انتفاعهم من الفرص العلاجية المهيأة لهم وتمهيد الظروف للانسجام في المجتمع بعد الشفاء¹.

ثانياً: أهداف الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي

يمكن القول أن الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي هدفان أساسيان هما:

(أ) الهدف العلاجي:

يتمثل في مساعدة المرضى الوصول إلى الشفاء عن طريق العمل داخل المؤسسات الطبية وتقديم الخدمات لهم سواء كانت مادية أو معنوية.

(ب) الهدف الوقائي:

ويتضمن هذا الهدف مستويات ثلاث:

المستوى الأول:

يتضمن كل الأنشطة ومحاولات التدخل لمنع حدوث المرض من خلال الجهود الرامية لرفع مستوى الصحة العامة ومحاوله حمايتها من كل ما يهددها من مخاطر ويتطلب هذا المستوى تضافر جهود تخصصات متعددة منها الخدمة الاجتماعية، وليس من الضروري أن يكون العاملون في هذا المستوى من العاملين بالمستشفيات والوحدات الصحية والطبية وإنما يمكن أن يكون الجهد حصيلة تعاون الأخصائيين الاجتماعيين مع غيرهم من التخصصات العامة في هذا المجال بالإضافة إلى جهود الأهالي وذلك طبقاً لخطة عمل متكاملة.

المستوى الثاني:

يتضمن جهود الاكتشاف والعلاج المبكر من أجل تحقيق الشفاء الكامل والسيطرة التامة على المرض ومجال ممارسة أنشطة هذا المستوى يمكن أن يكون في المناطق السكنية مبكراً والتدخل في وقت يسمح بالسيطرة على المشكلة قبل أن تتفاقم.

¹ - عبد الحي محمود صالح، السيد رمضان، أسس الخدمة الوطنية الاجتماعية الطبية والتأهيل، دار المعرفة الجامعية، ص 33 . 34 . 35.

المستوى الثالث:

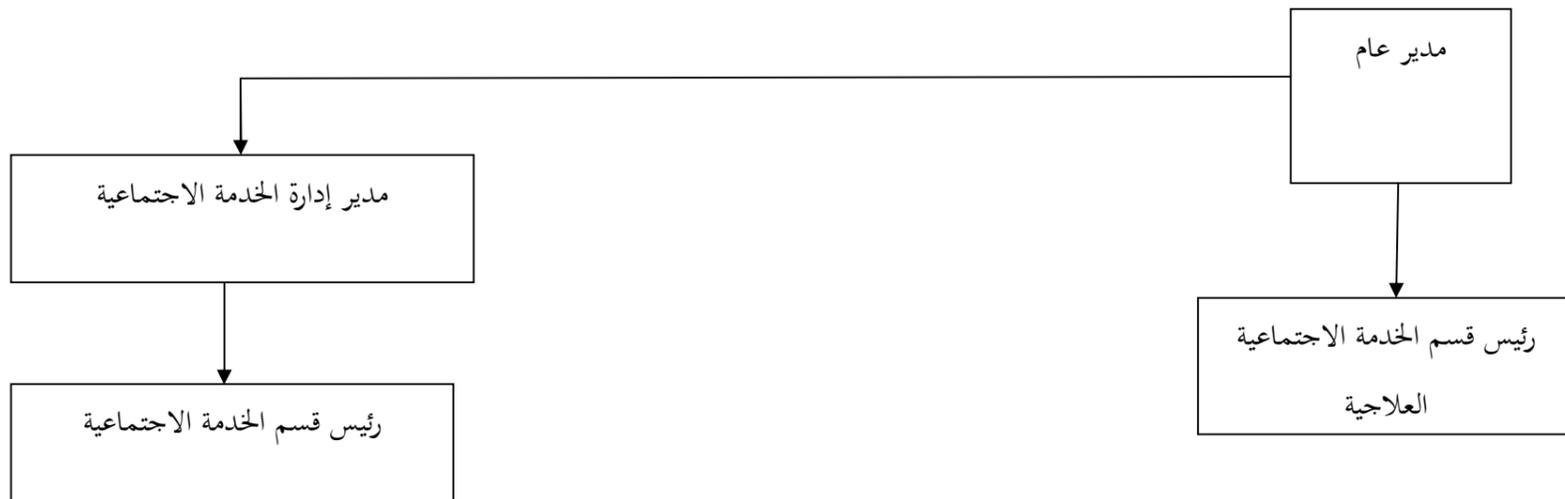
يتضمن هذا المستوى الأنشطة الموجهة نحو التخفيف من صور العجز والتقليل من الحاجة للآخرين نتيجة الإصابة بالمرض أو العجز، ونلاحظ أن هذه المستويات الثلاث لا يتم تطبيقها الآن، حيث اقتصر دور الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي على الجانب العلاجي فقط دون الاهتمام بالجانب الوقائي رغم أهميته في الخدمة من انتشار الأمراض¹.

الأهداف العامة للخدمة الاجتماعية بوزارة الصحة:

تتمثل هذه الأهداف فيما يلي:

1. العمل مع الأجهزة الصحية للوقاية من المرض أو اكتشافه في مرحلة مبكرة.
2. التكامل مع الفريق الطبي في رسم خطة وتهيئة الظروف الملائمة للتكيف مع المجتمع بعد الشفاء.
3. تحقيق التكامل بين الخدمات الطبية والحاجات التأهيلية للمريض.
4. رفع معدلات الأداء وزيادة الإنتاجية للعاملين في مجالات الخدمة الاجتماعية.
5. إجراء البحوث الميدانية المتصلة بنواحي العمل الاجتماعي الطبي.
6. تقديم الخدمات الاجتماعية لطلبة وطالبات المدارس والمعاهد التابعة لوزارة الصحة وإعداد برامج التربية الاجتماعية.

ويمكن توضيح الهيكل التنظيمي لإدارة الخدمة الاجتماعية الطبي بالشكل التالي:



المطلب الثاني: الخدمة الاجتماعية الطبية دورها وصعوبة تحقيقها

أولاً: دورها

تعتبر الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي بالمؤسسة الصحية عنصراً أساسياً في العلاج الطبي نظراً للدور الهام الذي يقوم به الأخصائي الاجتماعي في تعاونه مع الطبيب والمسؤولين في الفريق الطبي المعالج لتذليل الصعاب (المشكلات) الاجتماعية وتوثيق الصلة بالمريض ويتضح دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في النقاط التالية:

¹ .الدكتور ابراهيم عبد الهادي محمد المليجي، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، ص 33 .34.

أ) دور الأخصائي الاجتماعي مع الفريق الطبي المعالج:

فللأخصائي دور أساسي مع الفريق الطبي الأساسي للمؤسسة الصحية وهو فريق يتكون من الطبيب والمرضة والأخصائي النفسي... الخ، حيث يقوم بتزويد الفريق الطبي بكل ما يهمه معرفته من بيانات تتصل بحالة المريض وتفيده في تشخيص حالاته وشفائه وعلاجه، كما يعمل على رسم خطة العلاج مع الفريق الطبي، وذلك من خلال العمل مع أسرة المريض وأصدقائه للتخفيف من حدة الضغوط البيئية الواقعة عليه².

ب) دور الأخصائي الاجتماعي مع المرضى:

وذلك من خلال تقديم خدمات فردية التي هم بحاجة إليها سواء كانت مادية أو بيئية، كما يجب أن يعمل على إيجاد وسيلة مجدية لاكتشاف الحالات الفردية التي تحتاج إلى عناية خاصة، ويمكن حصر بعض الوظائف الفنية للأخصائي الاجتماعي الطبي في المسؤوليات التالية:

- 1) شرح وظيفة المؤسسة الطبية للمريض ودور الفنيين فيها.
- 2) بحث التاريخ المرضي للمريض لمساعدة الطبيب وتوجيهه في عمليات الفحص والتشخيص ورسم خطة محكمة للعلاج.
- 3) دراسة التاريخ الاجتماعي للمريض إذا كان في حاجة إلى عون فردي أو إذا كانت هناك عقبات تعترض العلاج³.
- 4) إعداد المرضى لتقبل بعض أنواع الاختبارات الطبية التي تضايقه وتثير مخاوفهم للألم الذي قد تتضمنه.
- 5) إعلام المريض بحقيقة المرض إذا لم يزعه ذلك وتوضيح معنى الاصطلاحات الطبية التي تخيفه.
- 6) تزويد المرضى وأسرهم بألوان من الثقافة الخاصة التي ترتبط بمرضهم عن طريق محاضرات يقوم بإلقائها أطباء كل في مجال تخصصه.
- 7) تحويل المرضى وأسرهم إلى المؤسسات الاجتماعية الطبية الخارجية التي يمكنها أن تقدم لهم المساعدات المناسبة في موقفهم.
- 8) إعداد وحفظ السجلات الاجتماعية للمرضى.
- 9) إعداد الشهادات والتقارير الطبية التي تكون ذات قيمة خاصة في تسهيل نيل المريض لوظائفه في المجتمع بعد إتمام العلاج.

ج) دور الأخصائي الاجتماعي مع الممرضات: هناك صلة قوية بين الأخصائي الاجتماعي والممرضات لأن الممرضات لهن صلة قوية بالمرضى لاحتكاكهن المستمر

بهم ومن ثم يكمن الدور في ما يلي:

- 1) توجيه الممرضة لأهمية تهيئة المريض بالشكل المطلوب لاستقبال الطبيب.
- 2) توجيه الممرضة لأهمية تقديم الخدمات اللازمة للمريض.
- 3) أداء الخدمات الضرورية لوقاية من لهم صلة بالمرضى.
- 4) مساعدتهن وذلك من خلال تزويدهم بمعلومات عن المرضى.

¹ - إبراهيم عبد الهادي، محمد المليجي، مرجع سابق ص34.

² .محمد حسن الشيكشي، أسس الخدمة الاجتماعية الطبية، مطبعة العلوم، القاهرة، 1961، ص123.

³ .أحمد حسن الشيكشي، مرجع سابق ص123 .124.

(د) دور الأخصائي الاجتماعي بإدارة المؤسسة الطبية:

الأخصائي الاجتماعي مسؤول أمام رؤسائه من الناحيتين الطبية والاجتماعية عن عمله الفني وذلك من خلال ما يأتي¹:

- (1) العمل على تنظيم قسم الخدمة الاجتماعية بالمستشفى أو المؤسسة الطبية تنظيمًا يضمن وجود أماكن لمقابلة المرضى، بحيث تكفل سرية المعلومات.
- (2) العمل على تنظيم الأعمال الكتابية بما يسهل عملية التسجيل وحفظ سجلات المرضى، كما له الحق في إبداء الرأي في تنظيم العمل بالعيادة وإعداد الوسائل التي تتحكم في نظام حضور المرضى كنظام المواعيد والقيود والتحويل.

ثانياً: صعوبات تعوق الأخصائي في المجال الطبي:

صعوبات راجعة للمريض:

(أ) صعوبات ترجع إلى أسباب شخصية عند المريض: فمهمة الأخصائي الاجتماعي الطبي في اقناع المريض أو في حمله على التجارب مع خطة العلاج قد تصادف مقاومة وصعوبات نتيجة شك المريض في قيمة العلاج، فأحياناً يكون هناك جو ثقافي عام لا يثق كثيراً في علاج المؤسسات الطبية والمستشفيات أو بارتباط بعض التجارب المؤلمة كوفاة بعض الحالات أو فشل علاجها داخل المستشفى أو أن بعض المرضى لديهم مخاوف مكبوتة منذ الصغر. وقد يحتاجون إلى معونة نفسية قبل الإقدام على إجراء جراحة لهم وأحياناً جو المستشفى المجهول يجعل المريض يتردد في قبول العلاج خشية سوء المعاملة أو سوء التغذية أو ما شبهه².

(ب) صعوبات تتصل بأسرة المريض: قد تحتاج أسرة المريض إلى مساعدات مالية لعدم وجود إمكانيات لديها يمكن استغلالها ففي فترة وجود المريض داخل المستشفى وهناك بعض المرضى لديهم حساسية خاصة لهذا الظرف العائلي فتراهم يشعرون أحياناً بما يجعلهم لا يتقبلون أي معونة مادية تمتد إلى أسرهم أو قد لا توجد المساعدات الكافية التي يستدعي الأمر لتقديمها للمريض.

(ج) صعوبات تتمثل في قصور الخدمة الاجتماعية الطبيعية: لحدائثة وقلة الموارد الموجودة في البيئة مما يؤثر على تحقيق الأخصائي الاجتماعي الطبي لرسالته لصالح مرضاه.

(2) صعوبات ترجع للمستشفى (الهيئة الطبية):

- ❖ لم يتوافر حتى الآن الجو أو المناخ الذي يعمل فيه الأخصائي الاجتماعي مع الطبيب على مستوى الزمالة وتبادل الآراء.
- ❖ صورة الخدمة الاجتماعية في أذهان الأطباء والمرضات وغيرهم من العاملين في المستشفى أنها خدمة للمحتاجين وللفقراء فقط.
- ❖ بالإضافة إلى صورة الخدمة الاجتماعية المشوهة لدى الأطباء فإن بعضهم لا يؤمن بدور الأخصائي الاجتماعي مع المريض.
- ❖ لا يزال المسئولين في المستشفيات لم يعترفوا بخبرات ومهارات الأخصائي الاجتماعي الطبي في المستشفى³.

(3) صعوبات راجعة للأخصائي الاجتماعي (الخدمة الاجتماعية):

¹. المرجع نفسه ص 124.

². مصطفى محمد قاسم: الخدمة الاجتماعية الطبية بين مخاطر الجمود المؤسس وجاذبية التطور، مرجع سبق ذكره، ص 121.

³. إقبال إبراهيم مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 40، ش سويتز، 1991، ص 148 - 152.

❖ ميدان الخدمة الاجتماعية الطبية خال من التشريعات واللوائح كما في ميدان الأحداث الجانحين على سبيل المثال بالإضافة إلى عدم وجود نظرية يستند إليها الأخصائي في عمله وترجع كل العمال إلى الاجتهاد.

❖ نوعية بعض الأخصائيين أنفسهم العاملين في المستشفيات الذين قد لا توجد لديهم روح الحماس وبذل الجهد والكفاح لإيضاح دورهم مع المرضى للعاملين والمسؤولين واستسلموا للأمر الواقع وركنوا للتكاسل والانعزال عن باقي هيئات المستشفى.

❖ الأخصائي الاجتماعي العامل في المجال الطبي غير معد للعمل في هذا الميدان الذي يحتاج إلى معرفة وخبرة خاصة.

❖ تحول بعض الأخصائيين الاجتماعيين في المستشفيات إلى ما نحي مساعدات للفقراء وتحويل بعض الحالات لمؤسسات الرعاية الاجتماعية.

4) صعوبات راجعة لإمكانيات البيئة:

❖ نقص خطر في عدد الأخصائيين الاجتماعيين رغم تعدد الأدوار المطلوبة منهم.

❖ نقص الإمكانيات المتاحة للأخصائي الاجتماعي في المستشفيات التي تحقق الهدف من وجودهم في المستشفى

خلاصة الفصل الثاني

إن الوضعية الصعبة التي تمر بها المؤسسات العمومية الجزائرية ومن خلالها قطاع الصحة مرتبطة بمشاكل التنظيم والتسيير وليس نقص في الإمكانيات والموارد البشرية، فهذه الموارد والقدرات مستخدمة استخداما سيئا، الشيء الذي انعكس على عدم القدرة على حل مشاكل المواطنين الصحية.

. إن مثل هذه الوضعية لا يمكن أن تستمر فمن أجل التكيف مع المستجدات المعاصرة، العولمة، المنافسة، يتحتم على المؤسسات الصحية أن تعمل على تحويل عميق لطرق تسييرها وتجديد تام لأدوات التسيير.

كما يجب أن تعمل على ضرورة الإسراع في إنشاء أقسام خاصة للخدمة الاجتماعية في المؤسسات الطبية.

ضرورة عمل ندوات وورش عمل لتوضيح أهمية دور الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي.

تمهيد:

تحتل الخدمات الصحية مكانة بارزة نظراً لأهميتها في الحفاظ على سلامة الإنسان وزيادة قدرته على البناء والتنمية، وهي في هذا السياق تمثل أهم ما يمكن أن يقدم للإنسان صانع الحياة والتطور، وإن كانت تعكس ضرورة إنسانية فإنها تمثل ضرورة اقتصادية لبناء مجتمع قادر على الأداء الأفضل في مجالات التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

وتقوم المؤسسات الصحية بتقديم خدماتها للمرضى الذين ينشدون العافية والأصحاء الذين يطلبون الوقاية، وقد شهدت الآونة الأخيرة إقبالا واسعا في أعداد المترددين عليها، مع المطالبة بالاستجابة السريعة لمتطلباتهم، كل هذا حتم القائمين على إدارتها إيجاد الطرق والسبل لمقابلة هذه المتطلبات والاستجابة لها.

في هذا الفصل سنحاول تحديد إطار مفاهيمي للمؤسسات الصحية والخدمات والوظائف التي تقدمها مع التطرق إلى جودة الخدمات الصحية.

المبحث الأول: عموميات حول المؤسسات الصحية

تعتبر المؤسسات الصحية من المنشآت الهامة في المجتمع سواء كانت مستشفيات، عيادات، مستوصفات، أو مراكز صحية عامة أو خاصة، باعتبارها تتولى تقديم مزيج متنوع من الخدمات الصحية، حيث انتقل مفهوم هذه المؤسسات من مجرد مكان لإيواء المرضى إلى اعتبارها كمؤسسات منتجة للصحة، من خلال تحويل المرضى غير المنتج إلى مواطن سليم يضيف بجهدده إلى الإنتاج القومي، والذي نتج عنه توسع في مفهوم وظائف هذه المؤسسات.

من خلال هذا المبحث سنتعرف على مفهوم المؤسسات الصحية والتطورات التاريخية التي طرأت عليها مع الإشارة إلى أنواع ووظائف هذه المؤسسات.

المطلب الأول: مفهوم المؤسسة الصحية وتطورها التاريخي

المؤسسة الصحية في شكلها الحالي ليست إلا خلاصة تطورات تاريخية أكسبتها الشكل المؤسسي بعد أن كانت تخضع للمنطق الخيري، وعليه سنتطرق في هذا المطلب إلى عرض مفهوم المؤسسة الصحية وتطورها التاريخي.

أولاً: مفهوم المؤسسات الصحية:

اهتمت العديد من البحوث والدراسات العلمية المتخصصة في المجال الصحي بتحديد مفهوم المؤسسة الصحية، وتباين هذا المفهوم بالنسبة للأطراف التي تتعامل معها المؤسسة الصحية، بل حسب نظريته الخاصة وحسب العلاقة بين هذه الأطراف والمؤسسة، حيث تعرف لدى:¹

المرضى: الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج، الاستشفاء والرعاية الطبية لهم.

الحكومة: إحدى مؤسساتها الخدمية المسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع للنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن.

الإطار الطبي: المكان الذي يمارسون فيه أعمالهم ومهامهم الإنسانية.

إدارة المؤسسة: مؤسسة مفتوحة على البيئة المحيطة بها، ومتفاعلة مع متغيراتها المختلفة في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفؤ وفعال.

شركات الأدوية وباقي المؤسسات المعنية: سوق واسع يستوجب إمداده ما يحتاجه من أدوية ومستلزمات.

¹ ثامر ياسر بكري، إدارة المستشفيات، الأردن: دار اليازوري للنشر والتوزيع، 2005 ص 2221.

كما عرفت المؤسسة الصحية بأنها "كل مؤسسة تقدم الرعاية الصحية بشكل مباشر مثل المستشفيات والمراكز الصحية، العيادات والمراكز التخصصية أو بشكل غير مباشر مثل المختبرات والإدارات الصحية ذات الخدمات المساندة والصيانة الطبية".¹

أما منظمة الصحة العالمية فقد عرفت من المنظور الوظيفي بأنها: "ذلك الجزء المتكامل من التنظيم الاجتماعي والصحي الذي يعمل على توفير الرعاية الصحية الكاملة بشقيها العلاجي والوقائي للمواطنين، ويصل بخدماته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، وهو أيضا مركز لتدريب العاملين في الخدمة الصحية".²

واستخدمت بعض الدراسات والبحوث مدخل النظم في تعريف المؤسسة الصحية، فعرفت بأنها: "نظام كلي مركب من مجموعة من النظم الفرعية والتي تتميز كل منها بطبيعة مميزة وخصائص خاصة والتي تتفاعل معا بغية تحقيق مجموعة من الأهداف الصحية المرجوة".³

فهي بذلك عبارة عن "تركيب اجتماعي إنساني يستهدف تحقيق وتلبية أهداف محددة، ويتكون من ثلاثة عناصر أساسية أفراد وجماعات تحتاج لخدمات صحية، أفراد أو مهنيين مختصون بميادين صحية متنوعة ومنظمات اجتماعية إنسانية تنظم أسلوب تقديم الخدمة الصحية وأسلوب التمويل والشراء للخدمات وتقنين وتشريع الخدمات والتخطيط والتنسيق ورسم الأهداف والسعي المتواصل لتحسين الخدمات ومراقبة ذلك".⁴

بتحليل المؤسسة على هذا الأساس. يجب الأخذ بعين الاعتبار خصوصياتها المتمثلة في:

. النظر للمؤسسات الصحية على أنها مؤسسات اجتماعية عليها أن تحقق العدل الاجتماعي.

¹ - عبد العزيز بن حبيب الله نياز، جودة الرعاية الصحية والعمل التطبيقي، الرياض وزارة الصحة، 2005 ص62.

² - سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2005، ص27.

³ - أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات، رؤية معاصرة، مصر، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، 2006، ص24.

⁴ - A.Belghiti Alaoui. Principes Généraux de Planification a L'Hôpital rabat. Sans

Edition..2005.p

هذه الخاصية فرضت عليها وضعية متناقضة فهي من جهة مضطرة إلى الحفاظ على بقائها ونموها بكل ما يتضمنه ذلك من خصائص المتعامل الاقتصادي، ومن جهة أخرى يتوجب عليها ضمان البعد الأخلاقي للإنتاج العلاجي لكون الصحة حق أساسي يقتضي توفير الخدمات الصحية الضرورية وإتاحتها للجميع.

. وجود نوعين من العاملين مهني الصحة والمسيرين فعلى المؤسسة الصحية مسؤولية إدارة الخدمات العلاجية ومسؤولية إدارة الموارد والتحدي الحقيقي يكمن في القدرة على ضمان تسيير جيد للموارد بالمحافظة على الاستقلالية اللازمة للمهنيين حتى يؤديوا مهامهم.

ثانياً: التطور التاريخي للمؤسسات الصحية

إن المؤسسات الصحية لم تصل إلى هذا المستوى من التقدم إلا نتيجة للتطورات التاريخية التي طرأت عليها على مر العصور بدءاً من الحضارات القديمة وحتى الوصول إلى العصر الحديث وبالتالي يمكن التمييز بين ثلاثة مراحل أساسية لتطور المؤسسة الصحية تتمثل في ما يلي:¹

- المؤسسة الصحية في الحضارات القديمة.
- المؤسسة الصحية في العصر الإسلامي.
- المؤسسة الصحية في العصر الحديث.

يمكن إلقاء الضوء على كل مرحلة من هذه المراحل بإيجاز في ما يلي:

¹ أحمد محمد غنيم، مرجع سابق، ص14.

- المؤسسات الصحية في الحضارات القديمة

إن تاريخ المؤسسات الصحية يرجع إلى ما يقارب 1200 سنة قبل الميلاد، وذلك في المعابد الإغريقية، ويعتبر أبو قراط من أول من وضع أساسيات معالجة المرضى في هذه المعابد.

كما استخدم فراعنة مصر من حوالي 600 سنة قبل الميلاد معابدهم لإيواء وعلاج المرضى، وسميت "بمعابد الشفاء"¹، وأنشأ الفارسيون مستشفيات في المدن الرئيسية أطلق عليها اسم "بمارستانات"، وهي كلمة فارسية تعني دار المرضى، أما الحضارة الهندية خلال الفترة 232273 قبل الميلاد، فقد شهدت بناء مستشفيات عرفت باسم "سكيستا" قيل أنها كانت على درجة عالية من النظافة.

وقد خصص الرومان خلال الفترة 500.350 ميلادية أماكن ملحقة بالكنائس للميحية لإيواء وعلاج المرضى، كما أنشأوا أيضا مستشفيات صغيرة لعلاج الجنود.

تميزت المؤسسات الصحية في الحضارات القديمة بعدد من الخصائص لعل من أهمها ما يلي:²

. استخدام المؤسسة الصحية كمكان لإيواء المرضى وتقديم العلاج مع التركيز على صحة الفرد الشخصية من حيث الاهتمام بتغذيته ونظافته.

. استخدام المؤسسة كمركز للتدريب.

. دراسة تأثير العوامل البيئية المختلفة على المرضى.

. الاهتمام بنظافة بيئة المؤسسة الداخلية.

¹- سليم بطرس جلدة، مرجع سابق، ص18.

²- المرجع نفسه، ص19.

2 المؤسسة الصحية في العصر الإسلامي:

شهدت المؤسسات الصحية في العصر الإسلامي تطوراً ملحوظاً، وكانت "خيمة رفيدة" التي تم إنشاؤها في مسجد رسول الله صلى الله عليه وسلم . أول مستشفى ثابت في هذا العصر، وأقام الوليد بن عبد الملك (882هـ . 706م) مستشفى متكامل في دمشق حشد له مجموعة من الأطباء.

أما في العصر العباسي فقد تم تشييد عدد من المؤسسات الصحية في بغداد ودمشق والقاهرة وقد تم تصنيف هذه المؤسسات إلى ثلاثة مجموعات: مؤسسات صحية ثابتة مثل (المستشفيات التي أقيمت على نهر دجلة)، مؤسسات صحية متنقلة مثل (مستشفى السبيل التي ترافق الحجاج).

من أبرز الخصائص التي تميزت بها المؤسسة الصحية في العصر الإسلامي ما يلي:¹

. عدم السماح للمرضى المصابين بأمراض معدية بمخالطة المرضى الآخرين.

. اختيار موقع بيئي مناسب لإقامة المؤسسة الصحية.

. وجود مؤسسات متنقلة يتم إرسالها على المناطق النائية بصفة دورية.

. إنشاء مؤسسات صحية عامة ومتخصصة.

. الاهتمام بنظافة البيئة الداخلية للمؤسسة.

. التركيز على جودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى.

¹ عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، المفاهيم والتطبيقات، مصر، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2003، ص05.

3 المؤسسة الصحية في العصر الحديث:

يمثل العصر الحديث ثورة هائلة بالنسبة للمؤسسات الصحية وأعمالها، فقد حملت الثورة الصناعية الكثير من التغيرات الاجتماعية التي أثرت بدورها على الخدمات الصحية وبالتالي تأسيس مستشفيات جديدة، وفي أعقاب الحربين العالميتين الأولى والثانية، وبعد بناء صرح اقتصادي واجتماعي ضخم، ظهرت المؤسسات الصحية بكثرة لخدمة ما يتعرض له العمال من حوادث في العمل والتنقل، وخدمة لأمراض تلوث الجو وأمراض البيئة الصناعية بشكل عام، ولقد زاد عدد وحجم هذه المؤسسات.

وظهرت الحاجة الماسة إلى إدارة تلك المؤسسات بفعالية وكفاءة.

أما في وقتنا الحاضر فقد اتخذت المؤسسة الصحية بمفهومها المعاصر أشكالاً متعددة وأطلق عليها مسميات متنوعة، وأصبح ينظر إليها على أنها نظام مفتوح لاعتمادها على أفراد المجتمع وتأثرها بالبيئة. وقد تم وصفها بأنها نظام الإنسان الاجتماعي، وذلك لأن الإنسان هو أساس النظام ولا يعمل إلا بوجوده، وهو صانع الخدمة وفي نفس الوقت المنتفع بها¹.

أهم ما يميز المؤسسات الصحية في العصر الحديث ما يلي:²

. التركيز على العيادات الخارجية وتقديم الخدمات الصحية في منازل المرضى.

. التركيز على استخدام التقنيات الطبية الحديثة بشكل واسع.

. التركيز على معايير الجودة ومدى تحقيقها في المجالات الطبية.

¹ ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 21.

² احمد محمد غنيم، مرجع سابق، ص 20.

المطلب الثاني: أنواع ووظائف المؤسسات الصحية

سنتناول أنواع ووظائف المؤسسات الصحية كما يلي:

أولاً: أنواع المؤسسات الصحية

يمكن التمييز بين نوعين من المؤسسات الصحية:¹

. المؤسسة المنتجة للخدمة الصحية: على سبيل المثال: المستشفيات، العيادات، ومراكز العلاج.

. المؤسسات غير منتجة للخدمة الصحية: تتمثل في وزارة الصحة وكل الهيئات الإدارية المختصة في متابعة البرامج

الصحية وتسيير العلاقات مع المؤسسات المنتجة للخدمة الصحية.

كما تعددت تصنيفات المؤسسات المنتجة للخدمات الصحية نظرا لتعدد التعريفات التي تناولتها من جهة، وتعدد

الأنشطة التي تقوم بها من جهة أخرى يمكن تقسيمها حسب المعايير التالية:²

1. التصنيف حسب الملكية والإشراف: يمكن التمييز بين نوعين من المؤسسات حسب هذا المعيار

(1) المؤسسات الحكومية العامة: تتميز بملكيتها للدولة أو إحدى الهيئات الرسمية التي تقوم بالإشراف عليها،

تضم أكثر من قسم وتخصص لخدمة جميع فئات المجتمع بالجمان أو بمقابل دفع رسوم رمزية.

(أ) المؤسسات الحكومية لخدمة فئات خاصة: تتميز بتبعيةها لوزارة أو مصلحة حكومية معينة، بحيث تقتصر

خدماتها على العاملين وأسرهم في هذه الجهات، على سبيل المثال المستشفيات العسكرية.³

¹ - Op. Cit. P.11.A.Belghiti Alaoui

² - راجع - أحمد محمد غنيم. مرجع سابق ص 31-40

سليم بطرش جلدة مرجع سابق ص 35-41

³ - أحمد محمد غنيم مرجع سابق ص 40.

(ب) المؤسسات الحكومية المتخصصة: تتخصص هذه المؤسسات في تشخيص وعلاج حالات مرضية معينة على سبيل المثال العيادات المتخصصة في علاج الأمراض الصدرية.

(ج) المستوصفات والوحدات العلاجية: هي مؤسسات صغيرة الحجم، تقتصر الخدمة فيها على إجراء الكشف الطبي ووصف العلاج للمرضى بالمجان أو مقابل رسوم محدودة نسبياً.

(د) المستشفيات الجامعية: هي نوع من المستشفيات التي تلحق بكليات الطب، تقدم نفس خدمات المؤسسات العامة، وتحتوي على بعض الأقسام التعليمية من أجل ممارسة التدريب العملي لطلاب الكلية.

2) المؤسسات الخاصة: تختلف المؤسسات الخاصة عن المؤسسات الحكومية في أنها تكون ملك لأفراد أو جمعيات خيرية أو شركات خاصة، ويتم إدارتها وفقاً لأسلوب إدارة الأعمال بالقطاع الخاص، مع سعيها الدائم لتحقيق الربح، من أهم أنواعها:

(أ) مؤسسات بأسماء أصحابها: تحمل هذه المؤسسات أسماء أصحابها من أطباء وأساتذة، يتولى هؤلاء إدارتها وتقديم الخدمات في مجال تخصصهم، وذلك مقابل الحصول على أتعاب يتم الاتفاق عليها مع المرضى، هذا النوع من المؤسسات يعتمد بالدرجة الأولى على خبرة ومهارة وسمعة أصحابها وكذا جودة ما يقدمونه من خدمات صحية لمرضاهم.

(ب) مؤسسات الجمعيات غير الحكومية: يقوم بإنشائها جمعيات غير حكومية مثل: الجمعيات الدينية والخيرية عن طريق الهبات والتبرعات التي تحصل عليها، وقد تأخذ شكل المؤسسات العامة أو المؤسسات المتخصصة وذلك من حيث خدماتها التشخيصية والعلاجية، ولا تسعى إلى تحقيق الربح إنما إلى تقديم خدمات صحية بالمجان أو بأسعار رمزية.

(ج) مؤسسات صحية استثمارية: يمتلكها ويديرها أفراد أو شركات خاصة بهدف تحقيق أرباح من الخدمات التي تقدمها، تأخذ شكل شركات المساهمة أو ذات المسؤولية المحدودة وتكون خدماتها متخصصة في مجالات طبية معينة.

(3) التصنيف حسب الموقع والسعة السريرية: تنقسم المؤسسات حسب هذا المعيار إلى ثلاثة أنواع:¹

(أ) مؤسسات مركزية: التي تخدم تجمعات سكنية متوسطة تقع في ضواحي المدن، وتتراوح سعتها السريرية ما بين 100 و500 سرير.

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

(ج) مؤسسات محلية صغيرة: التي تقدم خدماتها لتجمعات سكنية صغيرة ولا تزيد سعتها السريرية عن 100 سرير.

(4) التصنيف حسب معيار جودة الخدمة الصحية المقدمة: تنقسم المؤسسات الصحية حسب هذا المعيار إلى:

(أ) المؤسسات المعتمدة: هي تلك تعرف بها بعض الهيئات العلمية التخصصية، حيث تمثل للشروط والضوابط التي تكفل قيامها بأداء خدماتها الصحية بمستوى أفضل مثل مستشفى الملك فيصل التخصصي في المملكة العربية السعودية.

(ب) المؤسسات غير المعتمدة: هي التي لا تمثل لأي شروط أو من قبل الهيئات المتخصصة.

(5) التصنيف حسب معيار التخصص: تصنف المؤسسات الصحية حسب هذا المعيار إلى:

(أ) مؤسسات عامة: تجمع بين أكثر من تخصص في علاج وقسم وتخدم مناطق واسعة من السكان.

¹ - أحمد محمد غنيم مرجع سابق ص40.

(ب) مؤسسات متخصصة: تخصص في علاج نوع واحد من الأمراض مثل مستشفى الأمراض الصدرية وهناك معايير أخرى لتصنيف المؤسسات الصحية نذكر منها¹:

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

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

. الجنس: مؤسسات مخصصة لفئة معينة حسب جنس المريض مثل مستشفى أمراض النساء والتوليد.

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

ثانيا: وظائف المؤسسات الصحية:

إن الوظائف التي تمارسها المؤسسات الصحية تختلف باختلاف أنواع هذه المؤسسات، وفيما يلي عرض لأهم الوظائف:²

1. الرعاية الطبية والصحية: تعتبر الوظيفة الرسمية للمؤسسة الصحية، وتمثل في الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية والاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية وما يرتبط بهذه الخدمات من خدمات مساعدة، التي يمكن حصرها في الآتي³:

● الخدمات الفندقية: هي الخدمات التي تهتم بإقامة المرضى وفي نفس الوقت تمثل مكان تواجد العنصر المعالج (تشخيصات طبية، خدمات شبه طبية)، والعنصر غير الطبي (صيانة، إ طعام)، وهكذا مكان تواجد أهالي المريض وذويهم.

¹- تأمر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص3129.

²- عبد العزيز مخيمر

³ - Farida djella et al L'hôpital Innovateur: de médicale a innovation de service, Paris: Masson, 2004.

● **الخدمات التقنية:** وهي الوظيفة التي تجمع الوسائل التكنولوجية الثقيلة الخاصة بالتشخيص والعلاج (مخابر

التحليل، أقسام الأشعة)، وتتم ممارسة هذه الوثيقة استنادا إلى توصيات الأطباء.

● **الخدمات اللوجيستية:** تتعلق بكل المهام التي تدعم النشاط الرئيسي مثل إقامة المرضى وخدمات الإطعام،

ويمكن أن تنجز هذه الوظيفة من قبل قسم داخلي تابع للمؤسسة، أو جهات خارجية خاصة.

● **الخدمات الإدارية:** تشمل هذه الوظيفة وحدات التوجيه، التنسيق والرقابة، وكذلك وحدات إدارة الوسائل

(الإدارة العامة، المالية، الموارد البشرية... الخ).

ويرتبط حجم هذه الوظيفة بحجم المؤسسة الصحية نفسها، فقط تشمل عشرة أشخاص في المراكز الإستشفائية

الصغيرة، وعشرة أشخاص في المستشفيات الجامعية الكبيرة.

2. التعليم والتدريب: يفرض التطور في التقنيات والعلوم الطبية ضرورة تطور مهارات وخبرات كافة العاملين

والمختصين في مختلف مجالات المهن الطبية من خلال التعليم والتدريب المستمر، وهذا ما تمثله المؤسسات

الصحية خاصة الجامعية بما تملكه من إمكانيات وتجهيزات ومراكز تدريب للأطباء وأجهزة التمريض والفنيين

والأخصائيين، وتنمية معلوماتهم عن الأمراض المختلفة وطرق علاجها، وتزويد الهيئات الطبية والمعالجة بالمهارات

اللازمة للتفاعل النفسي والاجتماعي مع المرضى، ومنه تسهيل مهامهم في تشخيص المشاكل الصحية وعلاجها،

بالإضافة إلى نقل التجارب من ذوي الخبرة إلى الجدد منهم وتبادل المعلومات معهم.

3. البحوث الطبية والاجتماعية: تسهم المؤسسات من خلال المعامل والمختبرات وما تحويه من تجهيزات،

وسجلات طبية، وتطوير الوسائل والأساليب العلاجية.

4. **وقاية المجتمع من الأمراض:** تتمثل هذه الوظيفة في وقاية أفراد المجتمع من خلال توفير الصحة للجميع وتشجيعهم على تفهم أهم المشكلات الصحية سعياً وراء القضاء عليها، ويتطلب الأمر ضرورة قيام المؤسسات الصحية بدور فعال في مجالات التوعية الصحية، من خلال:¹

* تنظيم الندوات للمرضى وذويهم لتوعيتهم بالأسباب المؤدية إلى هذا المرض وطرف المحافظة على الصحة.

* إصدار نشرات إرشادية تساعد على تفهم أفراد المجتمع لسبل تحقيق الوقاية من الأمراض المختلفة، مما سبق نجد أن رغم تعدد تصنيفات المؤسسات الصحية واختلاف الأنشطة التي تمارسها، إلا أن تقديم خدمات صحية هو الأساس الذي وجدت من أجله، حيث سنتطرق إليها في المبحث التالي.

المبحث الثاني: الخدمات الصحية وجودتها

المطلب الأول: الخدمات الصحية وخصائصها

كما توجد مدخلات صحية مختلفة تكون ذات فعاليات مرتفعة أو منخفضة في تحسين الصحة، وتعتمد المدخلات على حقائق بيولوجية وحقائق طبي، تشمل المدخلات التي تعتمد على حقائق بيولوجية: التغذية، المسكن، بيئة العمل،...، والمدخلات التي تعتمد على حقائق طبية هي الخدمات الصحية.²

وبذلك تكون الخدمات الصحية مدخلا واحدا فقط في إنتاج الصحة، ويجب عدم إغفال أن معظم الخدمات الصحية تقدمها الأسر داخل المنازل باستخدام إجراءات بسيطة، وليس من خلال نظام الخدمات الصحية الرسمي سواء الخاص أو العام.

¹ - أحمد محمد غنيم مرجع سابق ص 47.

² - Deon Filmer and al health policy in poor countries weak links in the chain paper 1874 the - world January 1998 p8

أولاً: الخدمات الصحية:

تعد الخدمات الصحية من أكثر الخدانات التي يقع على عاتق الكثير من الدول توفيرها نظراً لأن وجودها وتوافرها بدرجة مناسبة يؤدي إلى حماية أغلب السكان من الأمراض، وذلك عن طريق الوقاية والعلاج، وبالتالي يشعر الفرد بالاطمئنان والسعادة، مما ينعكس إيجاباً على علاقة الفرد بالآخرين، ولهذا فالفرد السليم صحياً أقدر على خدمة مجتمعه وهو أكثر كفاءة من الناحية الاقتصادية وأكثر تحملاً لمشاق العمل من الشخص المريض، لذلك تولي الدول المتقدمة برامج الرعاية والخدمات الصحية اهتماماً كبيراً.

(1) مفهوم الخدمات الصحية:

(2) إن الخدمة الصحية هي كل ما يؤدي إلى وقاية الناس من الأمراض ويؤدي إلى السرعة في تشخيص المرض وعلاجه وحسن متابعته بعد التشخيص والعلاج، فهي تمثل بذلك مجموعة من النشاطات المحددة للمحافظة على الصحة أو تحسينها أو لمنعها من التدهور.

إذن فالخدمة الصحية ما هي إلا مزيج متكامل من العناصر الملموسة وغير الملموسة والتي تحقق إشباعاً ورضاً معيناً للمستفيد.

ويمكن تقسيم الخدمات الصحية إلى قسمين رئيسيين:¹

(أ) **الخدمات الصحية العلاجية:** والتي تشمل على الخدمات المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة والتي تشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج، سواء تم ذلك بالعلاج المباشر داخل المنزل، أو تم من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج لرعاية سريرية داخل المستشفى، أو ذلك بالتدخل الجراحي التقليدي أو المعاصر، بالإضافة

¹ - طلعت الدمرداش اقتصاديات الخدمات الصحية ص 25-26.

إلى خدمات الرعاية الصحية حتى يتم الشفاء وتهدف هذه الخدمات إلى تخليص الفرد من مرض إصابة أو تخفيف المعاناة من آلام المرض، بينما يهتم القسم الثاني بـ:

(ب) الخدمات الصحية الوقائية: وهي الخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع أو كما يطلق عليها البعض (بخدمات الصحة العامة)، أو ما يمكن أن نطلق عليه بالخدمات الصحية البيئية، حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأضرار المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة، ويرتبط هذا النوع من الخدمات الصحية بصحة الفرد بصورة غير مباشرة، فهي بذلك تمثل خدمات صحية مانعة تهدف إلى وقاية الفرد من التعرض للمرض، وهي تشتمل على خدمات التطعيم ضد الأمراض البوائية، وخدمات رعاية الأمومة والطفولة وخدمات مكافحة الحشرات والحيوانات الناقلة للمرض مثل البعوض والفتران.... وكذا خدمات الرقابة الصحية على متاجر تقديم الغذاء والمشروبات وخدمات الرقابة البيئية على وحدات الإنتاج الصناعي والزراعي إضافة إلى خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي.¹

وترمي الخدمات الصحية إلى تحقيق هدف أساسي على المستوى الشخصي وهو الوقاية من المرض أولاً والشفاء من المرض إذا أصاب الفرد، فإن لم يكن فيتدنى الهدف إلى التخفيف من آلام المرض، وإن تحقق تلك الأهداف إنما يعود بثماره على الاقتصاد القومي، إذ أن تحسين الحالة الصحية لأفراد المجتمع سيضمن المحافظة على رأس المال البشري من جهة، ومن جهة أخرى فتحسين الحالة الصحية سيؤدي إلى زيادة إنتاجية الفرد ومن ثم زيادة الناتج القومي الإجمالي الفعلي، لدل فإن الاهتمام بالخدمات الصحية ليس مرجعه الدافع الإنساني أو الاجتماعي فقط وإنما مرجعه الدافع الاقتصادي كذلك.

ومما لا شك فيه فإن نظم الخدمات الصحية يمكن أن تحقق منتجات أخرى غير الصحة، إذ أن الخدمات الصحية يمكن أن تنتج الراحة وتحقق الأمان.

¹ - إبراهيم طلعت الدمرداش.. مرجع سابق ص 26.

ويمكن تقسيم المنافع المحققة من هاته الخدمات إلى:

منافع مباشرة ملموسة: يمكن قياسها وحسابها، وتتمثل في التكاليف التي يمكن توفيرها مستقبلا نتيجة لإنتاج خدمات صحية معينة.

منافع مباشرة غير ملموسة: ويصعب قياسها، تتمثل في الحد من الآلام التي يعانيها المريض كنتيجة للخدمات الصحية التي حصل عليها.

منافع غير مباشرة ملموسة: يمكن حسابها، وتتمثل في زيادة الإنتاج كنتيجة لخدمات الرعاية الصحية التي يحصل عليها أفراد القوة العاملة.

ثانيا: خصائص الخدمات الصحية:

كغيرها من الخدمات تتمتع الخدمات الصحية بمجموعة من الخصائص تميزها عن المنتجات الأخرى بكونها لا ملموسة، أي عدم إمكانية مشاهدتها ولمسها، تزامن إنتاجها مع استهلاكها أي أنها تنتج وتقدم للانتفاع بها في وقت واحد، التباين أي عدم القدرة على تقديم المستوى نفسه من جودة الخدمة، فالطبيب يصعب عليه التعهد بتقديم خدمات متماثلة ومتجانسة على الدوام، الهلاك أو التلاشي أي عدم إمكانية تخزينها والاحتفاظ بها لحقبة من الزمن، عدم التملك أي عدم إمكانية الانتفاع بها أو التمتع بحق امتلاكها، وإضافة إلى هذه الخصائص يمكننا أن نخص الخدمات الصحية بمجموعة مزايا تعود إلى خصوصيتها ومن أبرزها نجد:

. أنها تتميز بوجود كونها على درجة عالية من الجودة، فهي مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه وليس بأي شيء آخر يمكن تعويضه أو إعادة شرائه.

. أن الخدمات الصحية تعد سلعا جماعية¹، فالسلع الجماعية هي تلك السلع التي يرى المجتمع أنها تقدم منافع ليس فقط للفرد الذي يستهلكها ولكن للمجتمع ككل، وينطبق ذلك على الخدمات الصحية إذ أن تحسن صحة الفرد لا يفيد هذا الفرد فقط، لكنه يفيد الأسرة والأصدقاء وصاحب العمل، وبالتالي فتحسن صحة أفراد المجتمع آثار انتشار خارجية موجبة يستفيد منها المجتمع ككل سواء كان ذلك بتضاؤل فرص إصابة الآخرين بالمرض، أو تحرير الوقت المخصص من الأفراد الأصحاء لرعاية المرضى ليتحول إلى وقت منتج ومولد للدخل.

- يعد الطلب على الخدمات الصحية طلبا مشتقا² إذ يطلق اصطلاح الطلب المشتق عادة على السلع التي لا تطلب للاستهلاك المباشر ولكنها تستخدم في صناعة المنتجات الأخرى من أجل الاستهلاك النهائي، وهكذا فإن الطلب على هذه السلع يعتمد على الطلب على السلع والخدمات التي تساعد على إنتاجها، ويسمى الطلب على هذه السلع "الطلب المشتق"، فإذا كانت كل الخدمات الصحية يمكن اعتبارها كمدخلات لإنتاج الصحة يكون الطلب على الخدمات الصحية طلبا مشتقا من الطلب على الصحة.

فمثلا تمثل مباني المستشفيات ومعدات أشعة إكس مدخلات لإنتاج الخدمات الصحية، ويعتمد الطلب عليها على الطلب على الخدمات الصحية، ويعتمد الطلب على هذه الأخيرة بدوره على طلب الأفراد على الصحة، وكذلك فإن الطلب على العاملين في الخدمات الصحية طلب مشتق أيضا، حيث يعتمد على الطلب على الخدمات الصحية.

. يتميز الطلب على الخدمات الصحية بالتذبذب³ وعدم الاستقرار، وذلك استنادا إلى الظروف البيئية وحاجة المريض للعلاج والكوارث والحروب وغيرها من العوامل، فعلى سبيل المثال في موسم الشتاء نجد أن هناك طلبا عاليا على الخدمات الصحية فيما يتعلق بالزكام، وفي فترة أخرى من السنة على الأخص في بداية الصيف يكون هناك

¹ - تامر ياسر بكري ادارة المستشفيات مرجع سابق ص59.

² - McGuire Alistair and al the economics of health care. Routledge CANADA 1998P130

³ - ردينة عثمان يوسف التسويق الصحي والاجتماعي دار المناهج للنشر والتوزيع بالاردن 2007 ص103

طلب على الأدوية والعناية الصحية، وعندما تحدث كوارث طبيعية في منطقة ما فإن الطلب سوف يزداد على حملات الإغاثة والتلقيح ضد الأمراض التي تخشى إدارة الصحة العامة من انتشارها.

. تخضع أسواق الخدمات الصحية إلى جانب كبير من التدخل والتنظيم الحكومي، تبدأ بالتدخل الحكومي التقليدي لوضع القواعد المهنية في الخدمات الصحية والتي تضعها الحكومة لحماية المرضى مثل تراخيص مزاولي المهنة وتنظيمها والقواعد المحددة بالدفع مقابل الخدمات الصحية، ويتسع التدخل الحكومي في مجال الإنتاج المباشر للخدمات الصحية من خلال وحدات إنتاج مملوكة للدولة، وفي معظم دول العالم يرجع النصيب الأكبر لإنتاج الخدمات الصحية إلى الحكومات ونادرا ما تترك أسواق هذه الخدمات إلى قواعد السوق الحر بصورته المطلقة.

. الخدمات الصحية تعد إنفاقا استهلاكيا¹، فالسلع الاستهلاكية هي السلع التي يشتريها المستهلك عادة من أجل الإشباع (المنفعة) التي تقدم إما مباشرة في نفس اللحظة الزمنية لاستهلاكها أو في صورة تدفق من الخدمات، ف شراء المستهلك للأدوية واستهلاكها يعطي إشباعا مباشرا عادة، بينما شراء جهاز قياس الضغط الشخصي أو جهاز قياس السكر يقدم خدمات على مدى فترة زمنية طويلة.

. تتميز بعض الخدمات الصحية بكونها شخصية² أي أنها تقدم لشخص واحد، حيث نجد أن لكل طبيب تخصص في مجال معين من الخدمات الصحية، هذا إلى جانب كون الطبيب لا يستطيع معالجة أكثر من مريض واحد في آن واحد وبنفس تخصصه.

في حين نجد أن بعض الخدمات الأخرى تقدم لعدد من الأشخاص في آن واحد مثال على ذلك حملات التوعية الصحية من مرض معين الموجهة لأفراد المجتمع.

¹ - طلعت اللامرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، مرجع سابق ص 33.

² - فوزي شعبان مذكور تسويق الخدمات الصحية ايتراك للنشر والتوزيع القاهرة 1998 ص 198.

المطلب الثاني: جودة الخدمات الصحية

أولاً: . لقد عرفت منظمة الصحة العالمية جودة الخدمات الصحية بأنها "التوافق مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع، وبتكلفة مقبولة، بحيث تؤدي إلى إحداث تأثير على نسبة الحالات المرضية ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية.¹

- كما تعرف الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية جودة الخدمات الصحية بأنها "درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة للخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة.²

- ويتضح من التعريفين السابقين أن الجودة تحدد على أساس الالتزام بالمعايير المهنية وتقاس بأثر رجعي باستخدام المعايير المحددة مسبقاً، بهدف التحسين والتطوير المستمر.

- وتعرف الجودة من خلال مدى تحقيقها لاحتياجات المريض على النحو التالي:

* جودة الخدمة الصحية هي : درجة تمكن الرعاية الصحية من تلبية جميع احتياجات المريض، على أن تكون هذه الرعاية سهلة المنال، منخفضة التكاليف، وموثقة جداً.³

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

¹ - وفيق حلمي الآغا الجودة الشاملة وطرق ابداعها بالقطاع الصحي الفلسطيني جامعة العلوم التطبيقية الأردن 26-27 نيسان 2006 ص3.

² - عبد العزيز مخيمر ، محمد الطعامة ، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم والتطبيقات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية ، القاهرة ، 2003 ص:187.

³ - حنان عبد الرحيم الأحمدى ، التحسين المستمر للجودة المفهوم وكيفية التطبيق في المؤسسات الصحية مجلة الادارة العامة ، العدد الثالث، المجلد الأربعون ، معهد الإدارة العامة ، الرياض أكتوبر، 2000 ص-412.

*كما تعرف جودة الخدمات الصحية بأنها: "مقدار ما تحققه المنظمة الصحية من الأمان لكن من مقدمي الخدمة ومستلميها"¹.

- مما سبق، يمكن تعريف جودة الخدمات الصحية بأنها السعي المستمر نحو تحقيق متطلبات المريض بأقل تكلفة ممكنة، بحيث تشمل ثلاث نقاط أساسية: الأولى تحقيق الجودة من وجهة نظر المريض، ويمكن التحقق منها عن طريق قياس رضا المريض، والثانية تحقيق الجودة من وجهة النظر المهنية وهي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث الطرق العلمية والمهنية، والثالثة تتركز على الجودة من وجهة نظر الإداريين وهي تعني بالدرجة الأساسية كيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة.

ثانياً: أبعاد جودة الخدمات الصحية:

إن أي تعريف لجودة الخدمة الصحية لا بد أن يتوافق مع جملة من الأبعاد، هذه الأخيرة تعتبر الإطار الذي يساعد مقدمي الخدمات الصحية على تحديد وتحليل المشاكل وقياس مدى تطابق الأداء مع المعايير المتفق عليها.

لا يوجد اتفاق بين الباحثين حول الأبعاد التي تحدد مستوى جودة الخدمة، حيث يرى كل من **صوان وكومب (swan et comb)** أن جودة الخدمة لها بعدان أساسيان هما: الجودة المادية الملموسة التي يتعرض لها العميل حال حصوله على الخدمة، والجودة التفاعلية وهي تمثل أداء عملية الخدمة ذاتها أثناء تفاعل العاملين بالمؤسسة مع العملاء.²

¹ - خالد بن سعد عبد العزيز ص 65.

² - محمد صالح الحناوي اسماعيل السيد قضايا ادارية معاصرة الطبعة الثانية الدار الجامعية الاسكندرية نشر ص 163.

وتوصل جرونروس (Gronroos) إلى أن لجودة الخدمة بعدين هما: الجودة الفنية التي تشير إلى المخرجات

الفعالية للخدمة، والجودة الوظيفية وهي العلاقات والمعاملات بين العميل ومقدم الخدمة.¹

ويميز دونابديان (Donabedian) بين ثلاثة مجموعات من أبعاد جودة الخدمة هي:

. البعد الفني والذي يتمثل في تطبيق العلم والتكنولوجيا لمشكلة معينة.

. البعد غير الفني وهو عبارة عن التفاعل النفسي والاجتماعي بين مقدم الخدمة والفرد الذي يستخدم الخدمة.

. الإمكانيات المادية وهي المكان الذي تؤدي فيه الخدمة.

وقد توصل باراسرمان وزملاؤه (parasuraman et al) إلى تطوير عشرة أبعاد للجودة وهي التي تحدد

جودة الخدمة وفقا لإدراك العميل وهي:²

الجوانب المادية: أي الجانب المادي للخدمة وهي تشمل:

. المباني (مظهر المكان من الداخل والخارج).

. مظهر مقدمي الخدمة.

. الأدوات والأجهزة التي تستخدم في تقديم الخدمة.

2. الاعتمادية: أي تقديم الخدمة بشكل صحيح من أول مرة وهي تتضمن:³

¹ - فتيحة أبو بكر إدريس، قاسم نايف علوان المحيوي، قياس جودة أداء الخدمات الصحية وتأثيرها على رضا المريض "" المؤتمر العلمي الثاني لكلية الاقتصاد والعلوم الادارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الأردن -26-27 نيسان- 2006 //ص5-6.

² - فتيحة أبو بكر ادريس قاسم نايف علوان المحيوي قياس الجودة اداء الخدمات الصحية وتأثيرها على المرضى - جامعة العلوم التطبيقية الأردن-26-27 نيسان 2006 ص 5-6

³ - عبد العزيز مجيمر، محمد الطعامة، مرجع سابق ص 188.

. الدقة في القيام بالعمل.

. تقديم الخدمة بطريقة صحيحة.

. أداء الخدمة في الوقت المحدد.

3 . الاستجابة: أي سرعة استجابة مقدمي الخدمة لطلبات العملاء، وتتضمن:

. الدقة في مواعيد التنفيذ.

. السرعة في تلبية الخدمة.

. تقديم الخدمات التي من شأنها حث العميل على التعامل مع المؤسسة.

4 . كفاءة وقدرة مقدمي الخدمة: وهي تعني امتلاك الأفراد مقدمي الخدمة للقدرات التي تمكنهم من تقديم

خدمة متميزة للعملاء، وتتضمن:

. قدرة ومهارة مقدمي الخدمة للمتصلين اتصالا مباشرا بالعملاء.

. قدرة ومهارة القائمين على مساعدة الأفراد المتصلين بالعملاء.

. قدرة المؤسسة على البحث والتقصي.

5 . السهولة: وتشير إلى سهولة الوصول إلى مقدمي الخدمة والاتصال بهم عند الضرورة وتتضمن:

. سهولة الاتصال بالخدمة عن طريق الهاتف.

. اختيار ساعات مناسبة للعمل.

. اختيار مكان مناسب لتقديم الخدمة.

6. **المجاملة:** وتشير إلى حسن معاملة العملاء وتقدير ظروفهم الخاصة.

7. **المصدقية:** وتعني توفر درجة عالية من الثقة لدى مقدمي الخدمة، وتتضمن:

. سمعة المؤسسة.

. اسم المؤسسة.

. السمات الشخصية لمقدمي الخدمة.

8. **الأمان:** أي تقديم الخدمة من قبل العاملين دون مخاطر.

9. **الاتصال:** يشير إلى تبادل المعلومات المتعلقة بالخدمة بين مقدمي الخدمة والعملاء بشكل سهل ومبسط،

وذلك لتحقيق ما يلي:

. توضيح الخدمة ذاتها للعميل.

. توضيح تكلفة الخدمة.

. توضيح العلاقة بين التكلفة وجودة الخدمة للعميل.

10. **الاهتمام والرعاية والعناية:** وتتضمن بذل الجهود للتعرف على العميل من خلال ما يلي:

. معرفة طلبات العميل بالتحديد.

. إعطاء اهتمام خاص لحاجاته وظروفه الشخصية والتكيف معها.

وقد تم دمج هذه الأبعاد العشرة في خمسة أبعاد هي:¹

- (1) **الاعتمادية:** وهي القدرة على تقديم الخدمة في الوقت المحدد وبالدفقة المطلوبة ومدى وفائها بالالتزامات، ويمثل هذا البعد 32% كأهمية نسبية في الجودة قياسا بالأبعاد الأخرى.
 - (2) **الاستجابة:** هي القدرة على التعامل الفعال مع الشكاوي والاقتراحات والمبادرة في تقديم الخدمة بصدر رحب، ويمثل هذا البعد 22% كأهمية نسبية في الجودة.
 - (3) **الضمان:** هو الاطمئنان أي خلو الخدمة من الخطأ أو الخطر أو الشك، ويشمل الاطمئنان النفسي والمادي، ويمثل هذا البعد 19% كأهمية نسبية في الجودة.
 - (4) **التعاطف:** هو إبداء روح الصداقة والحرص على العميل وإشعاره بأهميته والرغبة في تقديم الخدمة حسب احتياجاته، ويمثل هذا البعد 16% كأهمية نسبية في الجودة.
 - (5) **الملموسية:** يرتبط هذا البعد بالجوانب الملموسة والمتعلقة بتقديم الخدمة، ومن ذلك التجهيزات المسهلة لتقديم الخدمة، الحالة العامة للمباني والبيئة، مظهر العاملين وحدثة الآلات، ويمثل هذا البعد 16% كأهمية نسبية في الجودة.
- ويظهر الجدول الموالي توضيح لأبعاد الخدمة الصحية، وما يقابلها من معايير لتقييم كل بعد من هذه الأبعاد، والأمثلة التي يمكن أن تقابل ذلك البعد في تطبيق لتقديم الخدمة الصحية.

¹ - أحمد بن عبد الرحمن الشميمري، "جودة الخدمات البريدية في المملكة العربية السعودية، مجلة الإدارة العامة المجلد الواحد والأربعون، العدد الثاني، معهد الإدارة العامة، الرياض، يونيو، 2001 ص: 281.

الجدول رقم (9): أبعاد جودة الخدمات الصحية.

الأمثلة	معايير التقييم	البعد
<p>. ثقة عالية لدى المريض بأن حسابات المالية صحيحة عند مغادرته المستشفى.</p> <p>. له ثقة بأن حياته بين أيدي أمينة.</p>	<p>-دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى.</p> <p>-المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية.</p>	الاعتمادية
<p>. وصول سيارات الإسعاف خلال دقائق معدودة.</p> <p>. غرفة العمليات جاهزة كلياً ولكل الحالات.</p>	<p>-تقديم خدمات علاجية فورية.</p> <p>-استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية.</p> <p>1-لعمل على مدار ساعات اليوم.</p>	الاستجابة
<p>. المعاملة الطبية للمرضى من قبل الأطباء.</p> <p>. تدريب ومهارة عالية في الأداء.</p>	<p>-سمعة ومكان المستشفى عالية.</p> <p>-المعرفة والمهارات المتميزة للأطباء والطاقم التمريضي.</p> <p>-الصفات الشخصية للعاملين.</p>	الضمان
<p>. الممرضة بمثابة الأم الحنون للمريض.</p> <p>. النظر للمريض بأنه دائماً على حق.</p>	<p>-اهتمام شخصي بالمريض.</p> <p>-الإصغاء الكامل لشكاوى المريض.</p> <p>-تلبية احتياجات المريض وبروح من الود واللفظ.</p>	التعاطف
<p>. نظافة عيادة الطبيب وكونها ذات مظهر تخصصي.</p> <p>. نوعية الطعام المقدم للراقيدين في المستشفى.</p>	<p>-الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج.</p> <p>-المنظر الخارجي لمقدمي الخدمة.</p> <p>-أماكن الانتظار لمقدمي الخدمة.</p> <p>-أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة.</p>	الملموسية

المصدر: ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص213.

خلاصة الفصل الأول

نستخلص من دراستنا لهذا الفصل مجموعة من النقاط نذكر منها:

تعد تعاريف المؤسسات الصحية كل حسب نظرته إليها، الشيء الذي أدى إلى تعدد أنواعها والوظائف التي تمارسها، ولكن هناك اتفاق على أنها عبارة عن نظام مفتوح يعتمد على أفراد المجتمع ويتأثر بالبيئة المحيطة به.

تتميز الخدمة الصحية على مختلف أنواعها بالسرعة في أداؤها والطلب عليها غير قابل للتأجيل، وعلى المؤسسة الصحية الحرص على تقديم الخدمات ذات جودة عالية مع استمراريتها.

لوصول المؤسسة الصحية إلى أهدافها المسطرة يجب عليها التركيز على المريض والموظف كعناصر أساسية أثناء إنتاج الخدمة الصحية وهذا من خلال تطبيق مصطلح الجودة.

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث

دراسة ميدانية حول التسيير
بالقطاع الصحي بسيدي علي

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

تمهيد

بعد تحديد الإطار النظري العام لهذا البحث في الفصلين الأولين سنحاول من خلال هذا الفصل تناول الجانب التطبيقي لهذا الموضوع، حيث تم اختيار المؤسسة العمومية الاستشفائية بسيدي علي مستغنام لتكون محلا للدراسة.

وتم تقسيمه إلى مبحثان هما كالتالي:

المبحث الأول: وضعية المؤسسات الصحية الجزائرية.

المبحث الثاني: وضعية المؤسسة العمومية الاستشفائية بسيدي علي.

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

المبحث الأول: وضعية المؤسسات الصحية الجزائرية

لا شك أن الجزائر عملت منذ الاستقلال على وضع مبادئ أساسية تقوم عليها السياسة الصحية سعيا منها لتجسيد حق المواطن في العلاج، كما نصت عليه المواثيق والدساتير والذي اعتبر مكسبا ثوريا، هذه المبادئ عرفت نجاحات وبعض الاختلالات عبر المراحل المختلفة التي مرت بها البلاد، وكانت وضعية الصحة العمومية للجزائر قبل الاستقلال متردية، حيث كان الشعب الجزائري يعاني الفقر والحرمان ومختلف الأمراض الوبائية، وهذه الأمراض التي كانت ناتجة عن الظروف المعيشية السيئة لأغلبية الجزائريين من جهة وغياب التغطية الصحية من جهة أخرى.

المطلب الأول: مراحل تطور المؤسسات الصحية الجزائرية

بلغت الأرقام غداة الاستقلال كان في خدمة لـ 10 ملايين نسمة قرابة 300 طبيب فقط، مما استوجب تحديد الأولويات والتركيز على سياسة وطنية للصحة تهدف إلى القضاء على الأمراض الوبائية ومكافحة وفيات الأطفال، وكذا بناء الهياكل وتكوين الإطارات الطبية وشبه الطبية والإدارية، وتمثلت هذه السياسة في مكافحة المكثفة للأمراض الوبائية وتعميم العلاج الوقائي كالتلقيح، نظافة المحيط، حماية الأمومة والطفولة، النظافة المدرسية وطب العمل وهما الهدفان الرئيسيان اللذان شملهما البرنامج المسطر لعام 1962، وقد خصصت الوسائل لتنفيذ هذا البرنامج الطبي المستعجل كتكوين الأطباء، بناء الهياكل والتجهيزات وتشجيع التمويل الطبي إلا أنها لم تكن كافية. وبالرغم من العوائق فقد حقق هذا البرنامج الكثير من الأهداف منها التحكم في آفة الأمراض الوبائية من جهة، وظهور معطيات جديدة من جهة أخرى، تمثلت على الخصوص في النم السكاني وتشبيب الشعب الجزائري، هذه المعطيات السكانية جعلت التركيز على الحماية كهدف وكأولوية للسياسة الصحية في الجزائر.

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

وفي هذا الإطار رسمت الجزائر محاور كبرى للسياسة الصحية تمثلت في رسم إستراتيجية من شأنها تعديل مواقع الخلل التي عرفها النظام الصحي السابق، وتمثلت هذه الإستراتيجية في عدد من المحاور هي الوقاية التي تعتبر أفضل طرق العلاج لتجنب المرض والعمل على عدم وقوعه، وذلك من خلال الحملات التلقيحية وإجراءات النظافة ومحاصرة المرض قبل انتشاره عن طريق التلقيح واحترام معاييرها.

وبما أن سياسة التصنيع في الجزائر تعتمد على الصناعات الثقيلة التي تتطلب يدا عاملة كبيرة، وهو ما أدى إلى انتشار حوادث العمل بكثرة، واستوجب ذلك طب العمل لحماية العامل والاقتصاد في آن واحد، كما انجر عن سياسة التصنيع اتساع شبكة الطرقات وتلوث البيئة نتيجة الغازات الصناعية بالإضافة إلى حوادث المرور والأمراض البيئية السياسية الصحية من 1962 إلى 1965.

كان النظام الصحي الموروث عند الاستقلال متمركزا أساسا في كبريات المدن كالجزائر، وهران، وقسنطينة، ويتمثل خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات وعيادات تشرف عليها البلديات وتقدم المساعدات الطبية المجانية إلى جانب مراكز الطب المدرسي النفسي التي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم، ومن جهة أخرى هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيب يعملون في عيادات خاصة جلهم كانوا من الأجانب.

لقد عرف قطاع الصحة خلال الحقبة الممتدة من الاستقلال إلى غاية منتصف الستينات وما بعدها تطورات كبيرة من حيث المستخدمين والهياكل القاعدية، لكن بمستوى تميز بالبطء مقارنة مع التطور السكاني الذي عرفته البلاد، وكذا بجملة من النصوص والقوانين لتوحيد النظام الموروث عن المستعمر.

فقبل سنة 1965 لم تكن البلاد تتوفر إلا على 1319 طبيا منهم 285 جزائريا فقط وهو ما يعادل طبيا واحدا لكل 8092 نسمة، و264 صيدليا أي صيدلي واحد لكل 52323 نسمة أما أطباء الأسنان فكانوا حوالي 151 طبيا أي طبيب أسنان واحد لكل 70688 نسمة.

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

أما من حيث الهياكل القاعدية فقد كان هناك عجز كبير، حيث كان قبل سنة 1967 قرابة 39000 سرير بالمستشفيات وما ميز هذه المرحلة هو الزيادة النسبية لقاعات العلاج مقارنة بسنة 1962.

وتميزت السياسة الصحية خلال هذه الفترة بمحدودية في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها، وكان ينبغي في أول الأمر إعادة إنعاش البنيات والهياكل التي خلفها الاستعمار قبل توفير أدنى قسط من الخدمات الصحية للسكان، ومن جانب آخر كانت الدولة عازمة على تنمية سياسية على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيحية لبعض الأمراض الفتاكة والمعدية.

كما تميزت هذه المرحلة من جهة بطلب الدولة من خلال المؤسسات الاستشفائية التي تضمن العلاج والاستشفاء والتي تسيير من طرف وزارة الصحة والمراكز الصحية التي تضمن المساعدة الطبية المجانية في المدن والبلديات، وتسيير من طرف البلديات، وأخيرا مراكز النظافة المدرسية التي تسيير من طرف وزارة التعليم، ومن جهة أخرى كان هناك قطاع طبي خاص يقدم علاجا وهو ذو طابع ليبرالي في العيادات الخاصة، ولكن بإمكان الأطباء الخواص استعمال المؤسسات العمومية التابعة للدولة في إطار تعاقد هذا الخليط من الأنظمة، ويتم التنسيق له من طرف مديرية دائرة الصحة.

مرحلة 1965 . 1979 وإعادة بعث نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية.

مع بداية المخطط الوطني وبداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشئ عام 1964 وبصدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيدالدة عام 1966، أخذت الأمور تتحسن شيئا فشيئا من خلال تحسين دفع عجلة التكوين الطبي والشبه الطبي، وكذا إنشاء بعض الهياكل القاعدية بين سنتي 1967 و 1969، وما ميز هذه المرحلة التاريخية من جهة الهياكل القاعدية هو مضاعفة قاعات العلاج بين سنتي 1969 و 1979 محاولة من المسؤولين منح الأولوية للعلاج الأولي، وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

بلدية أو على مستوى كل حي، والهدف من هذه الهياكل القاعدية هو قبل كل شيء الوقاية نظرا لخصوصية المجتمع الجزائري الشاب، وكذلك إنشاء العيادات متعددة الخدمات بداية من سنة 1974.

وبما أن نسبة 37% من السكان فقط كانت ممونة بالمياه الصالحة للشرب، و23% تتوفر بها قنوات الصرف الصحي، وما تحمله هذه الأرقام من مؤشرات لانتشار الأمراض المتنقلة عن طريق المياه، لم تقف الدولة موقف المتفرج، بل أخذت التدابير من أجل تنفيذ بعض البرامج التي سطرت بهذا الشأن والتي تعتبر ذات أولوية بالغة مثل: التكفل بالطب المجاني للأطفال من طرف الدولة سواء في إطار مراكز حماية الطفولة والأمومة أو في إطار الطب المدرسي، كما صدر في هذه الأثناء مرسوم رقم 69 . 96 المؤرخ في 09 جويلية 1969 والقاضي بالزامية التلقيح ومجانته، هذه الأخيرة التي تعتبر خطوة إيجابية ترمي إلى القضاء على الأمراض المعدية، كما تم إقرار التكفل الشامل من طرف الدولة لمكافحة بعض الأوبئة مثل مرض السل من خلال إنشاء المراكز الخاصة بمكافحة مرض السل، ليصبح علاجه مجانيا ونفس الشيء بالنسبة لمرض الشلل وسوء التغذية، فضلا عن عملية توزيع وتنظيم الولادات بمراكز حماية الأمومة والطفولة.

وميز هذه المرحلة التاريخية كذلك بداية الحملات الوطنية للتلقيح 1969 . 1970 التلقيح ضد الشلل ومكافحة الملاريا بداية من سنة 1965 بالمناطق الوبائية، وذلك مع البرامج المسطرة من طرف منظمة الصحة العالمية، كما ضمت هذه المقاييس مكافحة مرض الرمد والإعلان عنه إجباريا، بالإضافة إلى برنامج الحماية من حوادث العمل ووضع لجان النظافة والوقاية.

من ركائز المنظومة مجانية الطب والوقاية

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

كان قرار مجانية الطب خطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشاكل الاجتماعية والاقتصادية للأفراد وذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات لحماية الصحة وترقيتها وتعميم مجانية العلاج الصحي.

وانطلاقاً من ذلك أصبح العلاج مهمة وطنية يستوجب اتخاذ إجراءات هامة وحاسمة من أجل تدعيمها خاصة في مجال التعليم والتكوين، وبالزيادة في عدد الهياكل القاعدية مع التطبيق الصارم للتوازن الجهوي في ذلك، بموجب القرار السياسي الخاص بالطب المجاني في جميع القطاعات الصحية، وبالموازنة مع هذا توحيد النظام الوطني للصحة وتطبيقه، وتبع هذا الإصلاح قرار وزاري مشترك صادر في جانفي 1974 ثم بموجبه تحويل هياكل التعاضديات الفلاحية إلى مصالح الصحة، بالإضافة إلى توحيد الميزانية على مستوى القطاعات الصحية والتكفل المالي بعمال الصحة من طرف الولايات، بعدما كانت تابعة للوزارة وتحويل جميع المراكز الطبية الاجتماعية التي كانت تابعة لصندوق الضمان الاجتماعي والتعاضديات إلى وزارة الصحة، وهكذا أصبح النظام الصحي الوطني يضم جميع الهياكل الصحية مهما كانت مهامها أو مجال نشاطاتها.

وفي هذا الإطار نص الميثاق الوطني لـ 1976 على حق المواطن في الطب المجاني، حيث جاء فيه " الطب المجاني مكسب ثوري وقاعدة لنشاط الصحة العمومية وتعبير عملي عن التضامن الوطني ووسيلة تجسد حق المواطن في العلاج"، كما دعم دستور 1976 هذا الحق وذلك في المادة 67 منه والتي تنص صراحة بأن " كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم، وهذا الحق مضمون بخدمات صحية عامة ومجانية وبتوسيع الطب الوقائي "

وبالرغم من حداثة الاستقلال والظروف الصعبة التي ميزت المرحلة وطنياً ودولياً استطاعت الجزائر أن تحقق تطوراً في القطاع الصحي، وهذا من خلال تشجيع التنمية البشرية وتكوين الإطارات الطبية وشبه الطبية، وفي مقابل هذا التطور في الموارد البشرية ظهرت عدة مشاكل تتمثل في هجرة الأدمغة خاصة الأطباء، تركز الإطارات الطبية في

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

المدن الكبرى، عدم التوازن في التخصصات بما فيها الطبية، قلة وتيرة التطور في التنمية البشرية بحكم الحاجيات والتحديات محليا ودوليا، أما بشأن تطور الموارد المالية فتميزت هذه المرحلة بنوع من الاستقرار من حيث الهياكل القاعدية، ومع هذا سجل ارتفاع محسوس في عدد العيادات من متعددة الخدمات من حيث هي همزة وصل بين المراكز الصحية وقاعات العلاج من جهة والمستشفيات والقطاعات الصحية من جهة أخرى.

إن المؤشرات الصحية لعام 1979 مثلا تؤكد بعض التطور المتمثل في معدل الوفيات الإجمالي 15.1 من الألف، وفيات الأطفال 122 من الألف والولادات 46.5 من الألف، بينما ارتفع معدل العمر إلى 52.5 سنة.

كما تميز النظام الصحي في نهاية هذه المرحلة 1979 إلى حد ما بلا مركزية حقيقية للعلاج وإيصال واسع للعلاج للمواطن، وهذا بواسطة تدعيم القطاع الصحي في كل من الدائرة والولاية، والوقاية من الأمراض بالمناطق الريفية مع التكفل بالاستشفاء وحتى يقوم القطاع الصحي من خلال المستشفى بالمهام المنوطة به تم اقتراح ما يسمى بالقطاعات الصحية الفرعية والتي تعد العيادة متعددة الخدمات المقر التقني الإداري لها، وبدأت ثمار إصلاح العلوم الطبية وإعادة ترتيب التكوين شبه الطبي تظهر بوضوح، حيث لوحظ ارتفاع محسوس للسلك الطبي بمختلف رتبهم كالأستاذ والأستاذ المحاضر، الأستاذ المساعد، الطبيب المختص والطبيب العام بالإضافة إلى أعوان شبه الطبي، ففي هذه السنة (1979) بلغ عدد الهيئة الطبية الجزائرية 3761 طبيبا مقابل 2320 طبيبا أجنبيا وهذا المجموع من الأطباء (6081) يضمنون تغطية صحية تعادل طبيبا واحدا لكل 2960 نسمة.

ومن جهة أخرى فإن عدد أعوان شبه الطبي وصل إلى 46669 ممرضا وعونا بمختلف التخصصات والفروع، وهذا ما يمثل تغطية شبه طبية تتمثل في عون شبه طبي واحد لكل 386 نسمة، أما بشأن الموارد المادية فنلاحظ ظهور هياكل جديدة من نمط العيادة متعددة الخدمات التي جاءت لإيصال العلاج لكل المواطنين عبر كامل التراب الوطني والقضاء على الفواقر بين المناطق، بالإضافة إلى بعض البناءات وإنجاز وتوسيع الهياكل القاعدية.

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

السياسة الصحية 1979 . 2007.

ما ميز هذه المرحلة هو إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986 وهي المراكز الاستشفائية الجامعية، وفي نهاية الثمانينات جاء دستور 23 فيفري 1986 ليحدد تدخل الدولة في مجال الوقاية ومكافحة الأمراض المعدية، كما نصت عليه المادة 51 من الدستور سالف الذكر والتي تقول أن: "الرعاية الصحية حق للمواطنين تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض المعدية وبمكافحتها، ويؤكد ذلك قانون المالية لسنة 1993، حيث نص على أنه بداية من هذه السنة فإن مجال تدخل الدولة سيكون في الوقاية والتكفل بالمعوزين والتكوين مع البحث في العلوم الطبية، أما باقي العلاجات فتتم وفق اتفاق بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي.

كما عرفت هذه المرحلة إعادة تنظيم المؤسسات الصحية من حيث التنظيم والتسيير وذلك سنة 1997 من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية المتخصصة والقطاعات الصحية والمراكز الاستشفائية الجامعية، وفي سنة 2007 أعيد تنظيم القطاعات الصحية لتصبح المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية هدفها تسيير الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن، وقد عرفت هذه المرحلة تطور عدد الهياكل القاعدية وكذا عدد المستخدمين.

أما المؤشرات الصحية الخاصة بسنة 2005 فقد عرفت تحسنا لكنه غير كافي وخير دليل على ذلك تقرير المنظمة العالمية للصحة بشأن الجزائر، حيث اعتبرت المنظمة أنه بالرغم من المبالغ المالية العمومية المرصودة للقطاع الصحي في الجزائر والمقدرة بـ 9.1% من الميزانية العامة إلا أن الخدمات الصحية لاسيما ما يتعلق بوفيات الأطفال كانت دون المستوى والسبب في ذلك عدم وجود سياسة وإستراتيجية ناجعة وسوء توزيع الأطباء والتفاوت فيما يخص الرعاية الصحية من أهم المؤشرات نجد وفيات الأطفال الأقل من خمسة سنوات 40.5 من الألف حسب المنظمة

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

وحسب الجزائر، فهي 35.8 من الألف، بينما بلغ معدل الحياة 74.8% سنة في الوقت الذي بلغت فيه التغطية التلقيحية ضد الشلل 98% الدفتيريا، الكزاز والسعال الديكي بـ 87%، التلقيح ضد التهاب الكبد الفيروسي 81%، أما متوسط توزيع الأطباء فنجد طبيبا واحدا تقريبا لكل ألف مواطن وأقل من سريرين لكل ألفي مواطن، فإذا كانت التغطية الطبية تقارب المتوسط العالمي على المستوى الكلي، فعلى المستوى الجزئي نجد تفاوتاً كبيراً بين الولايات والجهات، مما يترجم سوء توزيع الأطباء وعدم التحكم في التوازن الجهوي سنة 2012.

يجمع المتبعون للقطاع الصحي على أن هذا الأخير شهد قفزة متميزة من حيث الكم والنوع من حيث الاهتمام الذي أولته الدولة لهذا القطاع، غير أن هناك اختلالات مازالت تعتري مجال الصحة حسب تقديرات المختصين، وكانت العشرية 1992 . 2002 غنية بالإنجازات، حيث شهدت ميلاد عدت مؤسسات دعمت القطاع على غرار المخبر الوطني لمراقبة المواد الصيدلانية ومعهد باستور (الجزائر) الذي أصبح مخبرا مرجعيا لمنظمة الصحة العالمية في مجال المراقبة والتكوين حول مقاومة الجراثيم للمضادات الحيوية.

وتضاف إلى هذه المؤسسات الصيدلانية المركزية للمستشفيات والوكالة الوطنية للدم والمركز الوطني لليقظة الصيدلانية و المركز الوطني لمكافحة التسمم والوكالة الوطنية للتوثيق الصحي.

كما عرفت هذه المرحلة في إعادة النظر في النصوص القانونية المسيرة للمؤسسات الصحية بما فيها المستشفيات الجامعية والمؤسسات المتخصصة والمراكز الصحية، بالإضافة إلى تطبيق النظام المسير للنشاطات الإضافية بين القطاعين العمومي والخاص فضلا عن إعادة بعث البرامج الوطنية وتحديد السياسة للأدوية في مجال الاستيراد والتسجيل والمراقبة والتوزيع وتخلي الدولة عن احتكارها للمواد الصيدلانية في المجال.

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

وتتمثل المرحلة الأخيرة الممتدة من 2002 . 2012 والتي أثبتت محدودية الخدمة بسبب معاناة المؤسسات من عدة اختلالات هيكلية وتنظيمية مما دفع بالسلطات العمومية إلى اتخاذ مبادرة سياسة إصلاح المستشفيات التي تهدف إلى تخطيط وتنظيم العلاج بها، كما تهدف السياسة الجديدة إلى أنسنة وتأمين الخدمات وعصرنة النشاطات تماشياً مع الطلبات الجديدة مما يسمح بتوفير خدمة ذات نوعية مع المحافظة على مبدأ العدالة وتضامن المكرسين من طرف الدولة.

وقد عرف القطاع من جانب آخر انتقالاً للوضعية الديمغرافية والوبائية للسكان إلى تعزيز العلاج الجوّاري من أجل تقريب الصحة من المواطن، حيث باشرت السلطات العمومية في تطبيق تنظيم جديد للمؤسسات الصحية في سنة 2007 يهدف إلى فصل مهام المستشفيات الجامعية عن تلك التي تضمن علاجاً قاعدياً أسفر عن تأسيس الطب الجوّاري الذي قرب العلاج من المواطن، كما برز تقسيم جديد للمؤسسات الصحية على غرار المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوّارية التي تشمل أيضاً قاعات العلاج والعيادات متعددة الخدمات، واستفاد القطاع من سنة 2005 إلى 2009 من غلاف مالي بقيمة 244 مليار دينار تم استثماره في إنجاز 800 مؤسسة استشفائية وجوّارية.

وبخصوص التغطية باللقاحات حقق القطاع خلال العشرية الأخيرة عدة مكاسب تمثلت في تعميم التغطية للقاحية بنسبة 90%، مما ساهم في القضاء على عدة أمراض خطيرة أدت خلال السنوات الأولى للاستقلال إلى الوفيات والإعاقات إلى جانب القضاء على الأمراض المتنقلة وتراجع الوفيات لدى الأطفال إلى معدل حددته المنظمة العالمية للصحة، بالإضافة إلى انخفاض وفيات الحوامل بنسبة 5 بالمائة كل سنة فيما تعزز القطاع بتجهيزات طبية عصرية لعبت دوراً هاماً في الكشف المبكر والتشخيص الدقيق للأمراض المزمنة التي سجلت ظهورها خلال السنوات الأخيرة، مما يدل على مواكبة المجتمع الجزائري للتحويلات التي شهدتها المجتمعات المتقدمة.

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

المطلب الثاني: مضمون التغيير على مستوى المؤسسات الصحية بالجزائر

تواجه المؤسسات الصحية تحد كبير مع المحيط الخارجي من تطور تكنولوجي، إدراك المريض لحقوقه، قلة الموارد كل هذا يجعل المؤسسة الصحية ملزمة بتغيير نمط تسييرها حتى تسترجع مصداقيتها أولا وتواجه منافسيها ثانيا وتكون قادرة على مسايرة الأوضاع لتجد لها مكانا يؤهلها للبقاء والنمو.

■ التغيير ضروري لنمو وتحسين خدمات المؤسسات الصحية: تعاني المؤسسات الصحية من رداءة وضعف

خدماتها، ولهذا فالتغيير من شأنه أن يخلف نموا وتطورا فيها، هذا النمو يتمثل في:

. خلق الفعالية ومضاعفة العطاء والخدمة العامة.

. تسهيل وسائل الاتصال بين المسؤول والموظف وجعل العلاقة أكثر مرونة.

. تعميم التكوين على كافة الموظفين لمسايرة ما يجري في المحيط الخارجي.

. وضع إجراءات عمل سهلة مفهومة من طرف الجميع تساعد على تحسين العلاقات بين الموظفين (إداريين،

تقنيين، أطباء، شبه أطباء) بحيث تكون هناك لغة مشتركة توضح أهداف المؤسسة.

. تحسين نوعية وجودة الخدمات الصحية (الاستقبال، التغذية...).

. البحث عن ثقافة جامعة شاملة لكل الأطراف دون إقصاء.

. تحفيز الموظف واستشارته في قرارات المؤسسة يجعله أكثر ثقة في مسؤوليه مما يدفعه للعمل أكثر.

■ التغيير كضرورة لمسايرة التطورات: أحدثت التطورات السريعة في العلوم والتكنولوجيا حقائق جديدة في حين

أن المؤسسات الاجتماعية لا تجاري هذا التطور، وبسبب جمود المؤسسة العمومية للصحة من جهة وتغيير الأوضاع

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

وأساليب العمل الحديثة وكذلك ظهور ما يسمى بالخصوصية، كان لزاما على المؤسسة الصحية أن تدرك هذه الضرورة في تغيير مسارها الحالي فأحسن وسيلة لشكل جديد من التفكير في تطوير ونمو القدرات تتطلب العمل على تغيير المؤسسة نحو ما يسميه المختصون بالتنظيم المتمرن أين تصبح فكرة التغيير ضرورية وهاجسا للجميع، حيث تتمركز شيئا فشيئا في الفكر، السلوك والمعاملة لتأخذ معها مراجعة دائمة للسياسات المعتمدة في تسيير المؤسسة، ففي معظم الأحيان عدة أشكال للتغيير تتحد فيما بينها ليكون برنامج تغيير جذري للإجابة على حالة أزمة متبوع بسياسات إصلاحية متزامنة.

وفي حالة أخرى مشروع إداري يطبق بصفة منتظمة على المؤسسة لتتبعه مراجعة عامة لنوع سياسة التسيير، وهكذا فالتغيير يجب أن يكون دوما مستمرا بتحسين برنامج العمل ويدفع بالموظفين بعيدا نحو التغيير الأحسن.

ميادين التغيير وأنواعه في المؤسسات الصحية

سيتم عرض ميادين التغيير التنظيمي ومختلف أنواعه على النحو التالي:

ميادين التغيير في المؤسسات الصحية

يمكن أن يمس التغيير التنظيمي عدة ميادين في المؤسسات الصحية، وسيتم تناول اثنين منهما: التغيير على مستوى الهياكل والتغيير على مستوى العنصر البشري في حد ذاته.

- **التغيير على مستوى الهياكل:** فهو يحدد التغيرات الداخلية في التنظيم من حيث إعادة تنظيم الأقسام الإدارية، مواقع اتخاذ القرارات، إعادة تحديد السلطة والمسؤولية وإعادة تعديل العلاقات بين الإدارات والأفراد وغيرها.

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

• التغيير على مستوى العنصر البشري: يعتبر العنصر البشري أساس نجاح أي مؤسسة فباستقامته تستقيم الأوضاع وباعوجاجه تتعقد المشاكل، ولهذا يمكن القول أن تطور الهياكل وتغيرها لا يأتي إلا بتغير وتطور الموظفين الذين يتحكمون في الهياكل.

أول نقطة يمكن التركيز عليها في تغيير العنصر البشري هي كيفية التأثير في تصرفات الموظفين وإدخال عوامل جديدة تدفعهم إلى تقديم مساهمات أكثر، لكن الأمر يبدو صعبا خصوصا، فالكل يعلم أن من أصعب الأمور التي تتطلب جهودا أكبر وإقناعا أكثر هو تكوين ذهنيات جديدة وتوجيه الأفراد وفق متطلبات المنظمة، لأن الفرد أو الموظف ينطلق من ثقافته وبيئته ويستعمل الأساليب التي يعرفها والمتعود عليها فليس من السهل إقناعه بالتخلي عن المبادئ التي رسخت في ذهنه وتعويضها بأفكار جديدة.

ويمكن التغيير في سلوكات الموظفين عن طريق تغيير إجراءات التوظيف وطرق التدريب والتكوين وتحسين وسائل الاتصال بين الموظفين، لكن هذه الطريقة تعتبر من أصعب الطرق باعتبار أن هناك اختلافا في الذهنيات ومستويات التكوين الثقافي.

أما في حالة امتناع أي موظف عن تقبل الإجراءات الجديدة بطرق ديبلوماسية، فعلى الإدارة اللجوء إلى العقاب بصورة استثنائية.

ومن الأمور التي تساعد الموظف على تقبل الجو الجديد للعمل هو جعله يحس فعلا أنه ينتمي إلى مؤسسته، وهذا بالنظر في مشاكله والاستماع إليه والتغلب على الخلافات الداخلية، وبهذا تصبح الأهداف مشتركة بين جميع الموظفين، بالإضافة إلى تحسيسهم بأهمية آراءهم والأخذ بها أحيانا واعتبارهم الثروة الأولى والأخيرة لنجاح مؤسستهم.

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

وبالنظر إلى المنظمة الصحية يمكن القول أن العنصر البشري مشتمت الأفكار، فمن جهة الطبيب يفكر لوحده وكذلك الشبهه الطيبي، فنلاحظ عدم تواجد اتخاذ فكري منهجي والأهداف تكاد غير واضحة ومشاركة.

أنواع التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية

يمكن تصنيف التغيير الذي تتبناه المؤسسات الصحية إلى أنواع كما يلي:

. **التغيير الفني:** ينصب هذا التغيير على الوسائل وليس على الغايات، ويختلف هذا التغيير في تكلفته وأثره على المنظمة، فعلى سبيل المثال فإن قرار تغيير جهاز تصوير إشعاعي بأخر ذي قدرة إنتاجية أعلى يتضمن كلفة قليلة للمنظمة وأثرا قليلا أيضا، في حين أن قرار إنشاء وحدة لجراحة القلب أو لغسل الكلى في المستشفى يتضمن كلفة عالية للمنظمة.

إضافة إلى تأثيره على الكثير من الأنشطة المختلفة، حيث سيحدث طلبا على هذه الأنشطة كنشاط التمريض والمختبر والأشعة والهندسة والصيانة وغيرها.

وبالرغم من اختلاف القرارين في الكلفة والأثر فكلاهما يمثل تغييرا في الوسائل ولا يمثل التغيير في الأهداف الأساسية للمنظمة.

التغيير التعديلي: وهو تغيير في الغايات وليس الوسائل، حيث ينصب على أهداف المؤسسة دون تغيير في الوسائل الجوهرية، فقرار المستشفى مثلا بإنشاء برنامج للرعاية الصحية الممتدة للمنازل لكبار السن وأصحاب الأمراض المزمنة أو قرار المستشفى بأن تصبح مركزا للتعليم الطبي والصحي هما مثالين للتغيير التعديلي، حيث أن التكنولوجيا اللازمة لتنفيذ هذين القرارين موجودة أصلا لدى المؤسسة، وكل ما تم تغييره هو إعادة النظر في

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

أهداف المؤسسة وتركيزها، وعلى ذلك فالقرار هنا استعمال التكنولوجيا الموجودة في المنظمة لتقديم خدمة لم تكن موجودة.

التغيير التكيفي: ويتضمن تغيرا في كلا الوسائل والغايات معا، وهذا النوع لا يحدث في المؤسسة الصحية بشكل متكرر، وعندما يحدث فإنه يتضمن تعديلا جوهريا في توجه المنظمة (الغايات والأهداف)، وبذلك ينطوي على تغييرات في الوسائل التي من خلالها تحقق المنظمة أهدافها المعدلة.

إدارة التغيير في المؤسسات الصحية

تعتبر إدارة التغيير في منظمات الرعاية الصحية إحدى أهم المسؤوليات الإدارية للمدير الصحي، مما يستوجب عليه امتلاك مهارات أساسية لقيادة التغيير والتي تساعده على اختبار الإستراتيجية الملائمة لتنفيذ التغيير في منظمته وكذا القدرة على مواجهة الصعوبات التي تحول وتطبيق التغيير في المؤسسة الصحية.

لكي ينجح قائد التغيير في الدور الذي يؤديه يجب أن يملك مجموعة من المهارات تساعده في التأثير والاستمرار في توجيه سلوك الأفراد، وتصنف هذه المهارات في أربعة فئات رئيسية كما يلي:

المهارات الفنية: وتتضمن مجموعة المهارات المتعلقة بفهم جوانب العمل الإداري وكل ما يتعلق بالعمل وهي مهارات محددة ومألوفة وسهلة في اكتسابها وتنميتها مقارنة بالمهارات لأخرى.

ومن أهم السمات والقدرات التي ترتبط بالمهارة الفنية للقائد على سبيل المثال القدرة على تحمل المسؤولية، الفهم العميق والشامل للأمر والإيمان بالهدف وإمكانية تحقيقه.

المهارات الإنسانية: تتعلق هذه المهارات بقدرة القائد على تفهم حاجات ودوافع العاملين معه ومقدرته على إشباع والتي تلعب دورا مهما في تحديد مدى رضا الفرد لعمله.

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

تؤدي القدرة على معرفة حاجات الأفراد ورغباتهم إلى فهم المثيرات والسلوك الصحيح الذي يؤدي إلى التعامل معها ومعرفة ردود الآخرين اتجاهها مما يؤدي إلى فعالية أكثر وإنتاج أفضل.

ومن سمات المهارات الإنسانية الاستقامة وتكامل الشخصية، الأمانة والإخلاص والخلق الطيب والقدرة على التعامل مع الأفراد.

المهارات الفكرية: وتشمل مهارات التحليل والتشخيص وحل المشكلات واتخاذ القرارات والإبداع والابتكار.

المهارات التنظيمية: وتتضمن هذه المهارات معرفة نظريات التنظيم والتطوير التنظيمي والاستعانة بها لتفسير الظواهر الإدارية والتنبؤ بالاحتياجات المستقبلية.

استراتيجيات التغيير

توجد العديد من الاستراتيجيات والأساليب التي يمكن أن يستعملها المدراء الصحيون لتنفيذ التغيير في منظماتهم، وسيتم تناول أهم هذه الإستراتيجيات على النحو الموالي:

❖ استراتيجيات إعادة التعليم

تعتمد هذه الاستراتيجيات على تقديم الحقائق والمعلومات بشكل موضوعي، حيث أنها لا تقرر بشكل مسبق خطة للمنظمة بل تستعمل في الأصل كمصدر لتوليد النقاش والأفكار حول معالجة الفجوة بين ما تفعله المنظمة حالياً وما يتوجب عليها عمله، ومن الاستراتيجيات الشائعة في منظمات الرعاية الصحية:

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

❖ استراتيجيات التعليم المستمر: وتستعمل هذه الاستراتيجيات بشكل خاص للأطباء والمرضات، حيث يستدعي المعدل المتسارع للتغيير في التكنولوجيا الطبية والتفجر المعرفي في العلوم الطبية والصحية والتركيز على التعليم المستمر كمدخل لتفعيل عملية التغيير.

❖ إستراتيجية التغذية الراجعة للدراسات المسبقة: تتمثل الفكرة الأساسية في هذه الإستراتيجية في البدء بعملية التغيير التنظيمي من خلال جمع البيانات حول أنشطة التنظيم باستعمال استقصاءات تفصيلية يتم توزيعها على العاملين في المنظمة، ومن ثم تغذية النتائج لمجموعة من الأفراد لإعطائهم فرصة لاستكشاف معاني ومضامين هذه النتائج والخلوص إلى استنتاجات والوصول إلى إجراءات تصحيحية، ثم يصار إلى جمع البيانات مرة أخرى بعد تطبيق الإجراءات التصحيحية، ويعاد تقويمها لمعرفة أثر الإجراءات التصحيحية (التغيير).

وتتمثل الوظيفة الأساسية لعملية التغذية الراجعة في إظهار التناقض بين ما تفعله المنظمة وما يتوجب عليه فعله وجعل هذا التعارض واضحا للمشاركين في المنظمة، وتؤثر التغذية الراجعة على السلوك عن طريق توليد الطاقة عند الأفراد وحفزهم للبدء باتخاذ إجراء تصحيحي لأنها تقدم للأفراد والجماعات في المنظمة معلومات تتعارض مع إدراكهم ومعتقداتهم.

فعلى سبيل المثال تعتقد قيادة الهيئة الطبية عادة بأن الأطباء يقدموا لمرضاهم خدمات رعاية طبية جيدة إلا أنه عند جمع البيانات عن مؤشرات جودة الرعاية في المنظمة الصحية كمعدل التهابات ما بعد الجراحة ومعدل الإقامة في المستشفى، فقد نجد أن هذه المعدلات مرتفعة قياسا بالمعايير المقبولة مما يحفز قيادة الهيئة الطبية على التفكير باتخاذ إجراء تصحيح.

❖ إستراتيجيات الإقناع:

على عكس استراتيجيات إعادة التعليم تحاول إستراتيجيات الإقناع إحداث التغيير من خلال التحيز المقصود في تصميم وتقديم البيانات والمعلومات للأفراد، فالتركيز هنا هو على بيع الفكرة المراد تبينها والتي قد تركز على معلومات أساسية أو على معلومات مفبركة إضافة إلى التلاعب بالأفراد والتأثير على مواقفهم من خلال المناورة والسياسة وهذه الاستراتيجيات شأنها شأن إستراتيجيات إعادة التعليم أكثر ما تكون أهمية في المراحل الأولى لعملية التغيير أي مرحلة إدراك المشكلة ومرحلة تحديد ما يجب عمله أو في المرحلة الأخيرة أي مرحلة القبول بالتغيير.

ففي المراحل المبكرة لعملية التغيير تركز معظم إستراتيجيات الإقناع على مواقف الأفراد بهدف إقناعهم بالتغيير وهناك أساليب مختلفة للإقناع منها التقريب المتتابع، أسلوب التشابه، أسلوب تشتيت الذهن.

❖ إستراتيجية التسيير

وتتمثل هذه الإستراتيجيات التدخلات التي يتم القيام بها لتسهيل تنفيذ التغيير المطلوب، ويقوم استعمال هذه الإستراتيجيات على افتراض أن المقدمات قد أدركت المشكلة وحددت خطة العلاج، وأنها منفتحة للمساعدة الخارجية ولديها الرغبة للاعتماد على الجهود الذاتية للتغيير.

ومن بين أهم الإستراتيجيات المستعملة في هذا السياق أسلوب بناء الفريق، حيث إن منظمات الرعاية الصحية تعتمد إلى حد كبير على فرق العمل في أداء مهامها والتي يجب أن تعمل بتناغم وتعاون لضمان تقديم خدمات رعاية طبية جيدة، ورغم ذلك توجد درجة عالية من النزاع والخلاف والغموض بين مجموعات العمل داخل هذه

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

المنظمات في عالم الواقع مما ينعكس سلبا على فعالية المجموعات وعلى قدرتها على المشاركة الفعالة في عملية التغيير.

ويعتبر أسلوب بناء الفريق مدخلا لدعم الأداء الكلي لمجموعة العمل وقدرتها على تسهيل عملية التغيير ومشاركتها الفعالة فيها.

إستراتيجيات القوة تقوم هذه الإستراتيجيات على استعمال العقوبات والقسر لضمان تنفيذ التغيير وإذعان الفرد للتغيير، وتستعمل إستراتيجيات القوة وبشكل خاص عندما تفل المنظمة أو إحدى الوحدات التنظيمية فيها إدراك الفجوة الأدائية (ما تفعله وما يتوجب فعله)، حيث تفشل في البدء بعملية التغيير المطلوب.

إلا أنه يعاب على هذه الإستراتيجيات وبشكل واضح أنها وإن كانت تضمن تنفيذ التغيير إلا أنها لا تضمن القبول بالتغيير من المعنيين في المنظمة.

المبحث الثاني: وضعية المؤسسة العمومية الاستشفائية بسيدي علي

المطلب الأول: التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بسيدي علي

التعريف:القطاع الصحي بسيدي علي مصنف في الرتبة " ب " ويشمل 240 سرير، دشن سنة 1990 من طرف مجلس الإدارة يقع في الناحية الجنوبية لولاية "مستغانم" يحده من الناحية الجنوبية ولاية "غليزان" ومن الناحية الشرقية ولاية "الشلف"

المؤسسة الاستشفائية بسيدي علي تغطي ثلاثة دوائر هي: سيدي علي، سيدي لخضر، عشعاشة، حيث يعتبر المستشفى الوحيد في هذه الدوائر، ويغطي أيضا من الناحية الصحية 226486 نسمة أغلبهم من الري والأرياف وجلهم فلاحين، وعليه مستشفى سيدي علي بمستغانم هو مؤسسة عمومية ذات طابع صحي استشفائي وهو

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

قطاع تابع لوزارة الصحة والسكن، وهذه الأخيرة هي مصالح بم فيها استشفاء جميع المرضى وأهم ما يميزها هي الخدمة الدائمة والمستمرة 24/27 ساعة و 7 أيام/7 أيام تستعين المؤسسة الإستشفائية بسيدي علي بالوسائل البشرية الموضحة في الجدول التالي تعددات مستخدمي المؤسسة العمومية بسيدي علي لسنة 2018/2017.

المنصب الحقيقية	المنصب المفتوحة	الرتبة	السلك
16	28	. أطباء أخصائيون	الطبي
29	20	. أطباء عاملون	
01	01	. الصيدلية	
18	18	. أعوان شبه طبيون في التخدير والإنعاش	الشبه الطبي
18	18	. القابلات	
79	83	الشبه طبيون للصحة العمومية	
68	68	. الشبه طبيون المؤهلون	
50	52	. الشبه طبيون المساعدون	
37	39		الإداريون
75	75		التقنيون وأعوان المصالح
107	107		المتقاعدون
498	509		المجموع

* المصالح العامة:

1. المطبخ cuisine
2. حضيرة السيارات parc auto
3. الغسيل buanderie

4. الحرق incinération
5. المكيف الحراري chaudière
6. المخازن magasinis
7. الورشات ateliers
8. ضخ المياه station poupag
9. المولد الكهربائي groupe électo
10. حفص الجثث morgue

*المصالح التقنية:

1. المخبر
2. الأشعة
3. جهاز السكانير
4. جهاز أشعة الموجات المغناطيسية
5. جناح العمليات الجراحية
6. الاستعجالات الطبية والجراحية
7. وحدة حقن الدم

*المصالح الإستشفائية:

1. . مصلحة الأمراض الصدرية (رجال، نساء): 26 سرير.
2. . الجراحة العامة: 33 سرير

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

3. . مصلحة الولادة وجراحة النساء والتوليد: 40 سرير.

4. . الاستجالات الطبية

5. . الاستجالات الجراحية: 16 سرير.

6. . طب الأطفال: 60 سرير

7. . الطب الداخلي (رجال . نساء): 33 سرير.

8. . طب العيون

9. . تصفية الدم

*المصالح الإدارية:

1. الإدارة العامة direction gel

2. مديرية الموارد البشرية DRH

3. مديرية المصالح الصحية DSS

4. مديرية المالية والسائل DFM

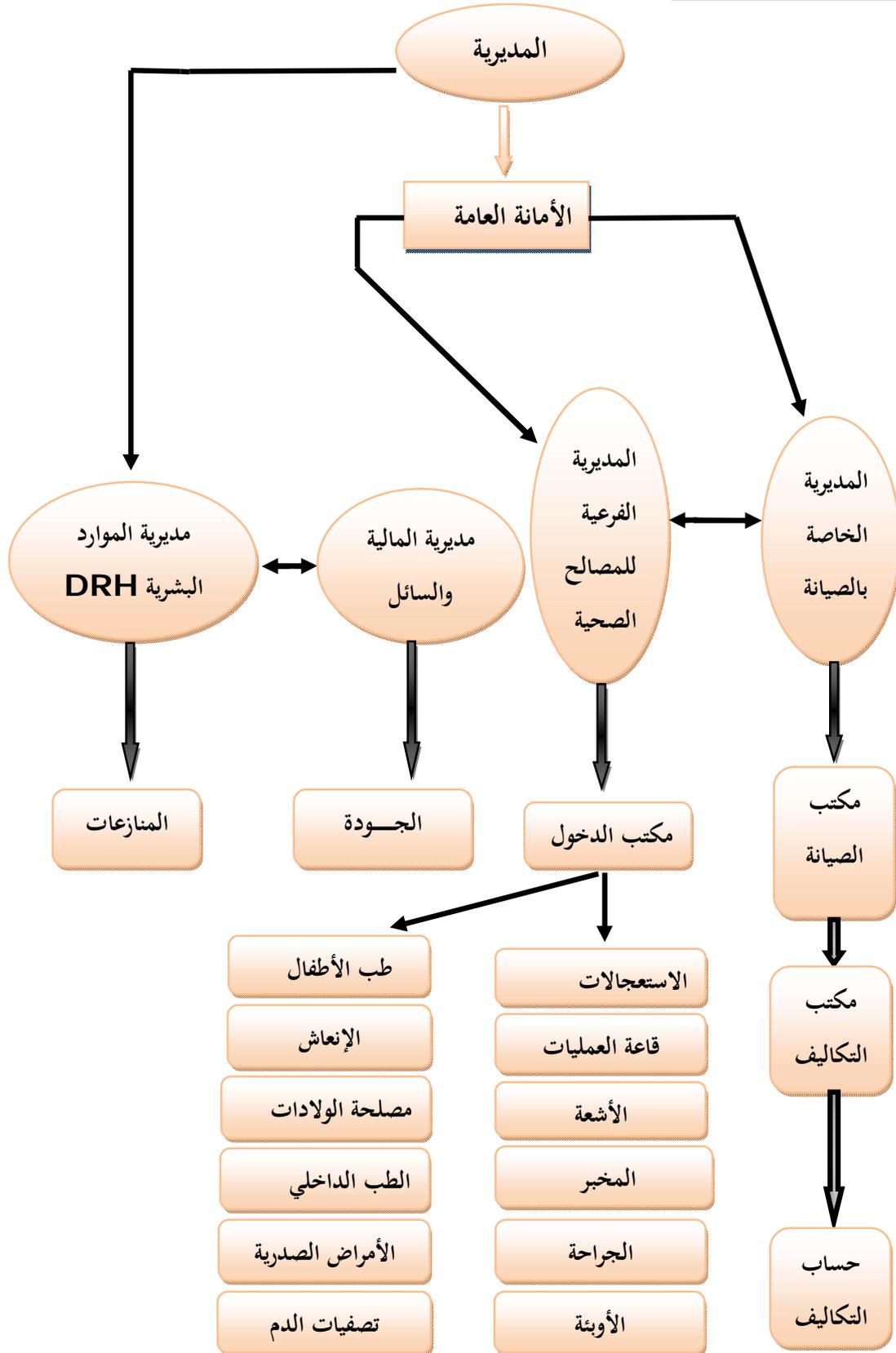
5. الطب الوقائي memp

6. طب العمل Médecine de travail

7. الفحصات الخارجية consultation escterne

8. المجلس الطبي PCE

9. الخدمات الاجتماعية service sociale



الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

المطلب الثاني: المشاكل والحلول

بعد القيام بإحصاء عام حول رضی كل الموظفين والمرضى وحتى سكان المنطقة عن التسيير بالمؤسسة تحصلنا على

النتائج التالية:

المجموع	بدون رأي	سيء	متوسط	جيد	
22	2	1	6	13	الموظفون صنف "أ"
90	24	43	11	12	باقي الموظفين
60	2	25	21	12	المرضى
30	4	12	9	5	سكان المنطقة

لهذه الأسباب تحولت المستشفيات إلى مذابح للجزائريين

60% من الوفيات سببها أمراض القلب والسبب تكوين الأطباء العاملين

توقف كلي لعمليات زرع الكبد في عهد زيارى وهجرة جماعية لأطباء التوليد إلى القطاع الخاص.

سرير إنعاش لكل 170 ألف نسمة والمقاييس الدولية تحدد سرير الكل 10 آلاف نسمة.

انعدام الاستقبال والتوجيه، ظروف إقامة سيئة وصعوبات للحصول على الفحوص المتخصصة

قطاع يسير بالنيابة، غيابات متكررة للمناوبين ومسكن تحولت إلى عيادات خاصة بلا شهادات مطابقة.

التقرير هذا الذي يكشف عن فحواه لأول مرة، والذي اطلع عليها الوزير الأول عبد المالك سلال، ويؤكد الوضع

العام للقطاع قبل سبتمبر 2013 يبرر مواقف الرئيس عبد العزيز بوتفليقة عندما هز عرش جمال ولد عباس وأقاله

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

من منصبه رافضا إياه بأن يؤدي القطاع بموظفيه إلى الهاوية والشأن نفسه بالنسبة لخليفته عبد العزيز زباري، هذا الأخير الذي لم يتمكن حتى من تسخين كرسي مكتب الوزير بسبب الفضائح التي شوهدت القطاع في ظرف وجيز، ويبرر أيضا موقف الرئيس حين وضع ثقته الكاملة في عبد المالك بوضياف وعينه على رأس قطاع محفوف بالمخاطر ومن كافة الجوانب بسبب انتشار ما يسمى بمافيا الدواء ومافيا القطاع الخاص وغيرها من جماعات المافيا التي راحت تكشف عن نواياها على المباشر بعدما كانت في الخفاء، التقرير الذي تحصلت النهار على نسخة منه يكشف عن حقيقة القطاع بعد تدقيق شامل وتحقيرا عميقا قام بها إدارات تم تجنيدهم لهذا الغرض أكد وجود مشكل كبير في التنظيم وآخر في التسيير يتطلبان حولا استعجالية وتطبيقا صارما لما جاء في قانون الصحة الجديد من مواد وكذا شروع إدارات مركزية في حملة مراقبة للتأكد من التنفيذ الفعلي للتوجيهات الوزارية وندوات التقييم، التقرير، نقل معاناة المرضى من انعدام الاستقبال والتوجيه وحفظ الصحة الاستشفائية ناهيك عن ظروف الإقامة السيئة وصعوبات كبيرة في الحصول على الفحوصات المتخصصة، لا سيما في ولايات الهضاب العليا والجنوب بسبب العجز الكبير المسجل من حيث عدد المستخدمين الطبيين المتخصصين وشبه الطبيين، مما أدى بالمرضى إلى اللجوء إلى مصالح الاستعجال، وأنتج ذلك عبئا إضافيا وضاعف من معاناة المصابين بداء السرطان خاصة فيما يتعلق بتحديد المواعيد وقلص من آمال بقائهم على قيد الحياة، والأخطر من كل هذا هو التأخر الكبير في تشخيص الداء، تضاف إليها الندرة المتكررة للأدوية المضادة وكذا النقص الحاد لمصالح ووحدات طب الأورام ومراكز العلاج بالأشعة والعلاج الكوري، فحتى وإن توفرت هذه المراكز فإن غالبيتها مزود بتجهيزات ذات تكنولوجيا قديمة.

توقف كلي لعمليات زرع الكبد في عهد زباري

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

-التقرير هذا تطرق إلى قضية زرع الأعضاء وعدد المرضى المصابين بالقصور الكلوي والبالغ عددهم 26 ألف حالة، شأنهم شأن المرشحين لعمليات زرع الكبد الذين عانوا هم أيضا كثيرا وعلى مدار سنين في عهد الوزراء السابقين بسبب توقف البرنامج، كما تطرق إلى نقص المصالح المكلفة بزرع النخاع، إذ بلغ عدد العمليات منذ عام 2007 888 عملية مقابل 15 عملية زرع الكبد وتوقف زرع القرينة منذ 2011.

سرير إنعاش لكل 170 ألف نسمة والمقاييس الدولية تحدد سرير لكل 10 آلاف نسمة

ومن ضمن النقائص المسجلة أيضا تلك المتعلقة بسوء تنظيم الاستعجالات الطبية الجراحية بسبب نقص التكوين لدى المستخدمين وغياب التنسيق بين المصالح التي تتولى خدمة المناوبة ومصالح الاستشفاء إلى جانب العجز الكبير فيما يخص أسرة الإنعاش الذي لا يتجاوز 200 سرير، أي سرير لكل 170 ألف نسمة في وقت تحدد فيه المقاييس الدولية سرير لكل 10 آلاف نسمة والنقص الحاد فيعدد المنعشين الطبيين نتيجة توقف تعليم هذا التخصص منذ أكثر من عقدين.

هجرة جماعية لأطباء التوليد من القطاع العام نحو الخاص

وبخصوص أقسام التوليد وطب المواليد حديثي الولادة بالمؤسسات الاستشفائية، فقد عرفت هذه الأقسام عجزا كبيرا في الموارد البشرية بسبب انتقال المتخصصين إلى القطاع الخاص مما تسبب في حالة فوضى خاصة في فترة الصيف، أين تعرف هياكل طب النساء إقبالا أكثر من اللازم يضاف إليها النقص الحاد في وحدات الإنعاش المتعلقة بطب المواليد الجدد.

60% من الوفيات سببها أمراض القلب ... والسبب تكوين الأطباء العاملين

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

وفي الشق المتعلق بطب وجراحة القلب فقد كشف التقرير أن الجزائريين الذين يموتون بأمراض القلب مضاعف لعدد المصابين بالسرطان، ويمثلون نسبة 60 من المائة من إجمالي عدد الوفيات فيما تمثل النساء المعرضات للإصابة بأمراض القلب والأوعية 22 من المائة ناهيك عن النقص الحاد في مصالح جراحة القلب وانعدام شبكات التكفل باستعجالات طب القلب، علاوة على ذلك فإن الأطباء العاملين هم الأوائل الذين يفحصون المرضى المصابين بأمراض القلب والأوعية وليس لهم تكوين مناسب لمواجهة هذا النوع من الأمراض

انقطاع العلاقة الوظيفية بين مؤسسات الصحة منذ 2007

هذا وقد اكتشف إطارات قطاع الصحة الذين شخصوا حالة القطاع انعدام التسلسل العلاجي واستمراره بسبب انقطاع الروابط الوظيفية بين المؤسسات عقب إعادة هيكلة المؤسسات العمومية للصحة عام 2007، إذ يمكن إنشاء المؤسسات العمومية للصحة الجوارية من الاستقلال المالي لهذه المؤسسات ومن ثم انقطاع العلاقة، أضف إلى ذلك أنه لم تتمكن كثرة أنواع وأصناف المؤسسات من تحقيق التسيقات المرجوة، لا سيما في إطار توزيع الموارد البشرية والوسائل والاشتراك في استعمالها.

فوضى في مصالح التسيير وغيابات متكررة للمناوبين

وبخصوص أجهزة التسيير فإن جهاز المداولة لا يشارك في تسيير المؤسسة في ظل غياب متكررة لأعضائه الذين يجتمعون في أغلب الأحيان من أجل توزيع الاعتمادات ونقلها فقط، تقابلها عدد مشاركة المجالس الطبية والعلمية بشكل كاف في تنظيم المصالح الطبية والمناوبة والاستعجالات، وفي نفس الإطار دائما فقد تم تسجيل عدد كبير من رؤساء المؤسسات معينين بالنيابة، ولكن لديهم صفة الأمر بالصرف، وهذا غير محفز، كما أنهم يواجهون إجراءات تسيير لا تتلاءم مع بعض النفقات الاستعجالية، كما تم تسجيل ثقل في التسيير بسبب الإجراءات المتعلقة بالمراقبة القبيلية للنفقات، ومما زاد من تفاقم الوضع هو بعد المراقب المالي للمؤسسة العمومية للصحة بالجنوب.

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

وجدت قطاعا يسير بالنيابة

التعيين بالنيابة احتل مساحة في التقرير بعدما تم التأكيد على أن أغلبية المسؤولين الإداريين والطبيين وشبه الطبيين لقطاع الصحة كانوا معينين بالنيابة، مما أثر سلبا على السير الحسن للمؤسسات الصحية والتأكيد أيضا على عدم تطبيق القوانين الأساسية الخاصة والأنظمة التعويضية لمختلف الأسلاك بالرغم من صدورها في الفترة الممتدة من 2009 إلى 2011، وقد كان هذا الوضع سببا لعدة اضطرابات اجتماعية، وفي نفس الإطار دائما فقد تم تسجيل ظاهرة تغيب وتساهلات مضرّة بالسير الحسن للمصالح والتكفل بالمرضى، لاسيما خلال مناوبات وعطل نهاية الأسبوع، علاوة على التأخر الكبير في المصادقة على مخططات تسيير الموارد البشرية.

مؤسسات صحية عمومية تحت سيطرة القطاع الخاص

هذا ومن السلوكيات الأخلاقية التي شوهدت صورة قطاع الصحة تلك المتعلقة بالتغيب الكبير للمهنيين في القطاع العمومي وتخريب المرضى نحو القطاع الخاص إلى جانب الاستعمال غير الشرعي للوسائل البشرية والمادية للقطاع العمومي لفائدة القطاع الخاص ونقل المرضى الذين أجريت لهم عمليات جراحية في القطاع الخاص إلى العام، ناهيك عن النشاط التكميلي خفية وتقاضي علاوة التخلي عن ذلك وكذا ابتزاز المريض، لاسيما فيما يتعلق بالأمراض الجراحية الثقيلة من أجل تحريبه إلى القطاع الخاص.

تبليغ متأخر للميزانية... انعدام محاسبة تحليلية ومديونية ثقيلة للمؤسسات العمومية

التسيير المالي في قطاع الصحة كان محل تحقيقات من طرف الإطارات الذين اكتشفوا الإلغاء غير المناسب عام 2011 من الهيكل التنظيمي للإدارة المركزية والهيكل المكلفة بحساب التكاليف ومراقبة التسيير والتعاقد، علاوة على التبليغ المتأخر للميزانية وانعدام محاسبة تحليلية وكذا مديونية مرتفعة للمؤسسات العمومية للصحة، لاسيما في

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

الفصل المخصص للدواء، إلى ذلك فقد كشف التقرير عن عدم نجاعة التعاقد مع هيئات الضمان الاجتماعي لعدم توفر الشروط المسبقة والأدوات الضرورية لتنفيذه لاسيما إنشاء مدونة الأعمال المهنية وتسعيرة الدواء.

اقتناء عشوائي للتجهيزات الطبية.. صيانة متأخرة ولا أثر لقطع الغيار

أثبتت تحقيقات إدارات وزارة الصحة وجود اقتناء عشوائي لتجهيزات غير ملائمة لنشاط الهياكل الصحية وحظيرة غير متجانسة بسبب تعدد العلامات ومنه صعوبة وضع إستراتيجية صيانة وقائية وإصلاحية إلى جانب تعطل هذه التجهيزات والتدخل المتأخر لإصلاحها بسبب غياب خدمة ما بعد البيع في الهيكل الصحي ونقص الميزانية المخصصة للصيانة وكذا الصعوبات المرتبطة بوفرة قطع الغيار في الجزائر.

"PCH" ومعهد باستور مؤسسات غارقتان في الديون بسبب سوء التسيير

وضعية الصيدلية المركزية للمستشفيات كارثية وغارقة في الديون وعاجزة عن دفع مستحقات مموليها وفتح رسائل الاعتماد الضرورية لتمويلها، حيث تسبب ذلك في ندرة دورية في المواد الصيدلانية على مستوى المؤسسات العمومية للصحة وكذا صعوبة التحكم في تقديرات الاقتناء، أما معهد باستور فيعاني هو الآخر من أزمة ديون خانقة ومن مشاكل التسيير وكذا الانقطاعات المتكررة في التمويل ببعض الأمصال واللقاحات، مما تسبب في اضطراب برنامج التلقيح الموسع، إلى ذلك فقد كشف التقرير عن إنشاء الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية بموجب قانون 208 ولم تتم إقامتها بسبب قانونها الأساسي غير الملائم، وفي الختام وقبل التطرق إلى الحلول تطرق التقرير إلى المؤسسات الصحية الخاصة وأكد على أنها غير مدمجة في شبكة العلاجات والسياسة الوطنية للصحة وخارجة كليا عن إطار المراقبة، كما أن تحديد أماكن إنشائها لا تلائم منطق خريطة صحية وأغلبها أنجزت بعد تغيير بنايات سكنية، مما يطرح مشكل سهولة الدخول والمطابقة المعمارية.

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

"العيادات الخاصة": مساكن تحولت إلى مؤسسات صحية من دون شهادة مطابقة

إلى ذلك فقد أثبتت نتائج التحقيقات وجود تغييرات تمت دون ترخيص مسبق، كما أن أغلب أعوان السلك الطبي وشبه الطبي الذين يمارسون في المؤسسات الخاصة هم مستخدمين يأتون من مؤسسات الصحة العمومية وهم في وضعية ممارسة غير شرعية، كما أثبتت نتائج التحقيقات عدم استقرار المستخدمين الطبيين خصوصاً المدير التقني الطبقي وكذا توظيف مستخدمين غير مؤهلين إلى جانب تسجيل فوضى كبيرة في الأتعاب وتكاليف الأعمال وعدم الإعلان عن تكاليف الخدمات، وفي نفس الإطار دائماً فقد أثبتت عدد مشاركة القطاع الخاص في نشاطات الوقاية والاستعجال وانعدام دفتر أعباء وعدم احترام النصوص التنظيمية في مجال الممارسة الشخصية لنشاطات تنظيمية، وكذا غياب مقاييس مطبقة على القطاع الخاص بشأن تنظيم النشاطات الطبية، وبالرغم من الصورة السوداء التي يتضمنها التقرير إلا أن الإطارات المحققة لم تعالج فقط اختلالات ونقائص القطاع وإنما تطرقت إلى الحلول والتدابير التي يتوجب اتخاذها تمثلت في ضمان إصغاء أفضل للجمهور واستقبال والرد على مجموع بريد مرفقي الصحة واستقبالهم من طرف مهني الصحة وليس أعوان الأمن وإعلامهم عن طريق إصفاق قوائم المناوبة وإعادة تنظيم الاستعجالات وجعلها تحت نظام مراقبة عن بعد، ومن جملة التدابير المتخذة دائماً تلك المتعلقة بعقد اجتماعات أسبوعية مع مجموع رؤساء المؤسسات وإرسال المحضر في اليوم نفسه إلى الوزارة وضمن ارتداء الألبسة والإشارات الطبية وتخفيف الإجراءات الإدارية وإعادة تهيأت المطالب حسب المقاييس المطلوبة وإقامة جهاز مراقبة دائم لحفظ الصحة في المحلات والتجهيزات والمستخدمين والواجبات وضمن أمني مهني الصحة إلى ذلك فقد تقرر إقامة برمجية 3COH أي (المحاسبة الثلاثية) في مجال التسيير المالي وإنشاء ملف الكتروني طبي في المؤسسات النموذجية المختارة وكذا منح الميزانيات للمؤسسات مباشرة عند بداية شهر جانفي

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

من السنة، وقد أشار التقرير إلى تقدم نسبة أشغال مختلف الاستثمارات وارتفاعها من 3 من المائة إلى عهد الوزراء السابقين إلى 27 من المائة في عهد الوزير الحالي عبد الملك بوضياف

* بعض الحلول والمقترحات

يعتبر التغيير التنظيمي المفتاح الأساسي لنجاح المؤسسات وتمييزها تنافسيا في ظل الظروف الحركية التي يشهدها العالم.

. يتوقف نجاح التغيير على الفهم العميق لجوانبه المختلفة وأهدافه واقتناع الأفراد به ومشاركتهم فيه، حيث إدارة التغيير دورا فعالا في الحد من مقاومة التغيير والعمل على الاستفادة منها بشكل يساعدها على تعديل برامج التغيير وزيادة فعاليتها.

. ترجع أهم أسباب نجاح عملية التغيير للمؤسسات الصحية إلى توفر مدير صحي يتمتع بمجموعة من المهارات الأساسية التي تمكنه من اختيار الإستراتيجية الملائمة لتنفيذ التغيير في منظمته، وكذا مواجهة الصعوبات التي تحول دون تطبيق التغيير في المؤسسة الصحية.

. التغيير التنظيمي في المنظومة العمومية بالجزائر لم يصل إلى تحقيق هدف تطبيق العدالة في توزيع الموارد المالية والبشرية والوسائل المادية على مستوى الجهوي والوطني.

. خفف ظهور المؤسسات العمومية للصحة الجوارية والمؤسسات العمومية الإستشفائية من حدة المشاكل التي كانت تعاني منها المنظومة العمومية للصحة، إلا أن هذه المشاكل لم تحل بصفة نهائية فمازالت المنظومة العمومية للصحة تعاني من عدم التوازن في توزيع مؤسساتها بين جهات الوطن وكذا ظهور مشكل عدم الكفاءة في التسيير الناتج عن ترؤس المؤسسات العمومية للصحة الجوارية من طرف أطباء ليس لديهم الخبرة والدراية بميدان التسيير.

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

. على وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إعادة النظر في توزيع المؤسسات العمومية للصحة الجوّاري

للتحكّم في زمام الأمور وتحقيق التسيير الفعال بها.

. على وزارة الصحة الإصغاء إلى الشكاوي المقدمة من موظفي المؤسسات العمومية للصحة والعمل على إيجاد

الحلول المرضية وتدارك الغلطات في أسرع وقت ممكن.

. إعطاء امتيازات أكثر للموظفين الصحيين من أجل العمل في المناطق الداخلية والخارجية للوطن.

خلاصة الفصل

مهما كان مصدر التغيير التنظيمي المقرر فعلى المؤسسة أن تنمي قدراتها للاستجابة للتغيرات الخارجية والداخلية. ويهدف تغيير تنظيم المؤسسات الصحية في إطار التحسين فيتمثل رهان المسير في إيجاد وسائل لتوحيد أصحاب المصلحة حول مشروع التغيير وقيادتهم وحشدهم بصورة كبيرة ومستمرة من أجل إدامة التغيير في سياقاً لتحسين المستمر

الخاتمة العامة

رغم معدل الإنفاق الهائل على الرعاية الصحية في الجزائر فإن نظامنا الصحي يصنف في مرتبة ثالثة بعد كل من تونس والمغرب على التوالي، كما يصنف في المرتبة 81 عالميا حسب الإحصاء الذي قدمته منظمة الصحة العالمية في سنة 2014، وهو ما يعد مرتبة متأخرة نسبيا مقارنة بالإمكانات المادية، المالية والبشرية المرصودة، ويبرز ذلك من خلال بعض المؤشرات الصحية السريرية كمعدل شغل الأسرة، معدل الدوران، عدد المرضى المقيمين أو المؤشرات الصحية الوبائية كنسبة انتشار الأمراض المزمنة أو الأمراض المعدية أو تلك المؤشرات الدالة على مدى تحقيق الأهداف من الرعاية الصحية كمعدل الأمل في الحياة، درجة استجابة النظام الصحي من حيث التوزيع وعدالة تلقي الخدمات ووعيا بأهمية الصحة، فقد كان التوجه نحو التفكير في تصور استراتيجي يبحث في الآليات التنظيمية والإجرائية التي تعني بحسن إدارة وتسيير الكفاء للنظام الصحي، وكانت النتيجة باعتماد خارطة صحية جديدة تعمل على الفصل بين الأنشطة الوقائية تتكفل بها مؤسسات للصحة الجوارية وبين الأنشطة العلاجية التكميلية تتكفل بها المؤسسات الإستشفائية المختلفة، وقد استصحب هذا التطور والتغيير واقع لا يحاكي الأهداف المرصودة، فوفرة الإمكانيات المادية والمالية لم يواكبها تحسن في الواقع الخدمي، ولعل المؤشر في ذلك هو الإحساس بالشعور العام لدى المواطن عن رضاه عن الخدمات المقدمة والتي يعتبر هو غاية وجودها ومحور إستراتيجياتها ، وفي هذه الدراسة كان البحث عن محاولة تشريح أسباب وكوامن التراجع في أداء نظام الرعاية الصحية بالجزائر مركزة على مؤسسات الخدمة الصحية المباشرة: الوقائية منها والعلاجية كأهم عناصر نسيج النظام الصحي، حيث اجتنبنا لهدر الوقت والتكاليف المثقلة، تم اختيار عينة مقطعية عن دائرة سيدي علي، ولعل الفحص الأولي لواقع تسيير المنظومة الصحية بالجزائر، يتلقى إشارات ضمنية عن مشهد يتسم بالتذبذب وعدم وضوح إستراتيجية إدارته، ومن خلال المعارف السابقة عن إدارة الأنظمة الصحية فيتوقع أن يصل البحث إلى إعادة مراجعة التنظيم الحالي

الفصل الثالث دراسة ميدانية حول التسيير بالقطاع الصحي بسيدي علي

للخارطة الصحية باعتماد سياسة التسيير بالأقطاب بدلا عن التشتيت للطاقات ونزوعا عن منطق المركزية المحف

في آن واحد من جهة والاعتناء بتنفيذ التسيير بالمشاركة في تقييم وتقييم نظام الرعاية الصحية.



المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

أ) باللغة العربية:

1. إبراهيم مخلوف إقبال، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، الإسكندرية، 1991.
2. أبو صالح محمد صبحي وعوض، عدنان محمد، مقدمة في الإحصاء، الأردن، 2004.
3. ادريس ثابت عبد الرحمان، كفاءة وجودة الخدمات اللجستية، الإسكندرية، 2006.
4. بن حبيب الله نياز عبد العزيز، جودة الرعاية الصحية، الرياض، 2005.
5. بن عايد الأحمد طلال، إدارة الرعاية الصحية، الرياض، 2004.
6. البكري ثامر ياسر، إدارة المستشفيات، الأردن، 2005.
7. البكري ثامر ياسر، تسويق الخدمات الصحية، الأردن، 2005.
8. بواعنة عبد المهدي، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، عمان، 2004.
9. جلدة سليم بطرس، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الأردن، 2007.
10. الدمرداش إبراهيم طلعت، اقتصاديات الخدمات الصحية، مصر، 2006.
11. ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، الأردن، 2008.

<http://www.tkne.net/vb/t3341.htm> 12/01/2011

<http://www.elkhabar.com> 19/07/2011

http://*.gckw.com 13/01/2011

<http://www.hrm group.com> 13/01/2011

<http://www.ensan.net/news> 14/04/2011

1. Alaoui ,A.Belghiti, **principes Généraux e planification a l'hôpital**, Rabat: sans Edition,2005.
2. Amir, Mohamed, **l'Histoire de la santé en Algérie**, Alger: Edition OPU, 1999.
3. Brillman, jean, **les Meilleures pratiques de Management**, paris: éditions d'organisation,2003.
4. Daudin, jean, jacques et Tapiero, Charles, **les outils et le contrôle de la qualité**, paris: Economica,1996.
5. Djellal, Farida et al, **l'Hôpital Innovation Médicale a L'innovation de Service**, Masson,2004.
6. D. Michel et autres, Marketing Industriel (stratégie et mise en œuvre),paris: Economica ;2éme Editions,2000.
7. D. pettIGREW et autres, **Le Marketing**, Québec (canada): MC Graw Hill,2003.
8. Huberac, jean pierre, **Guide des Méthodes de la Qu**
9. Khiati Mostafa, **Quelle Santé les Algériennes** ,Alger: Edition Maghreb Relation,1990.
10. Leteurte, Hervé et autre, **La qualité Hospitalière**, France: Groupe Berger Levrant, 2éme Edition,1999.
11. Mi tonneau Henri, **ISO version 2000**, paris: 2éme Edition,2004.

12. Mangin, Yvon, processus: Les Outils d'optimisation de la performance, paris: Edition d'organisation, France,2004.