الجمهوريـــــة الجزائريـــــة الديمقراطيـــــة الشعبيـــــة

وزارة التعليم العـــــالي و البحث العلـــــمي

جامعـــــة عبـد الحميد بن بـاديـــس مستغانـم

كلية العلـوم الاقتصاديـــة و التجاريـــة و علوم التسييـــر

قسم العلوم التسييـــر

مذكرة تخرج مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي

التخصص: تسيـــــير الهياكـــــل الاستشفائيـــــة

تسيـــــير المـــــواد الصيدلانيـــــة في المؤسسات العمومية الاستشفـائيـــــة

دراسة مقارنة بين مؤسستين عموميتين استشفائيتين "سيدي علي" و "عين تادلس"

مقدمـــــة من طرف الطالب :

شايب الذراع أحمـــــد

تحت إشراف الأستاذة :

د/ قصاص زكيـــــة

أعضـــاء لجنـــــة المناقشة

الصفـــة	الاســـم و اللقب	الرتبـــة	عن الجـامعة
رئيسا	مقداد نـــــادية	أستاذة مساعدة .أ	مستغانـــم
مقررا	قصـــاص زكيـــة	أستاذة مساعدة .أ	مستغانـــم
مناقشا	دبـــــاحي يمينـــة	أستاذة مساعدة .أ	مستغانـــم

السنة الجامعيـــة :2017/2016

الشكـــــــر و التقدير

أشكر ربي كثيرًا وحده الذي أعانني وسهل علي مشقة الصعاب

مصداقًا لقوله" ولئن شكرتم لأزيدنكم"

ثم أتقدم بشكري وعظيم امتناني إلى التي كانت نصائحها وإرشاداتها نورًا ساطعًا أنار

لي دروب البحث والاكتشاف، وزادني وقوفها إلى جانبي تجلدًا وصبرًا رغم انشغالاتها

الكثيرة الأستاذة قصاص زكيـــــة جزاها الله أفضل الجزاء.

كما لا يفوتني أن أتقدم بشكري إلى من رقنت أناملها هذا البحث ليخرج على

صورته هذه.

إلى كل أساتذة التخصص الذين لم يبخلوا علينا بالعلم و النصائح و الإرشادات

الإهـــــــداء

إلى التي كان دعائها لي نورًا ساطعًا في ظلمات الحياة إنصافًا لشغفها لأجلي،

الوالدة الكريمة حفظها الله.

إلى من شق الصعاب وحمل على عاتقه تربيتي، وشغفه الكبير إلى أن أصل إلى أعلى المراتب،

الوالد العزيز

إلى بسمة شفاي، فلذة كبدي، ابناي فاطمة و العربي أنبتهما الله

نباتًا حسنًا.

إلى العـــائلة الكريمة .

أهدي هذا العمل.

الطالب: شايب الذراع أحمـــــد

فهرس المحتويات

المحتـــــــوى	رقم الصفحة
شكر وتقديـــر	I.
الإهـــداء	II.
فهرس المحتويات	III.
قائمة الجداول	IV.
قائمة الأشكال	V.
قائمة المختصرات و الرمــوز	VI.
المقدمة العامـــة	01
إشكالية البحث	02
الفصل الأول: الإطار النظري حول المؤسسات الصحية	**06**
تمهيـــــد	**07**
المبحث الأول: عموميات حول المؤسسات الصحية	**08**
المطلب الأول: المؤسسة الصحية كمورد للرعاية الصحية	**08**
المطلب الثاني : أنواع ووظائف المؤسسة الصحية	**13**
المبحث الثاني : مدخل عام إلى المؤسسات العمومية الاستشفائية	**18**
المطلب الأول: المؤسسات العمومية الاستشفائية و الخدمة العمومية	**18**
المطلب الثاني: الصيدلية الاستشفائية و المواد الصيدلانية	23
الخلاصـــــة	**32**
الفصل الثاني :المواد الصيدلانية في المؤسسات العمومية	**33**
تمهيـــــد	**34**
المبحث الأول: شراء و تخزين المواد الصيدلانية بالمؤسسة الاستشفائية	**35**
المطلب الأول: إجراءات شراء المواد الصيدلانية	**35**
المطلب الثاني: التخزين و تسيير مخزون المواد الصيدلانية	**37**
المبحث الثاني: مسار المواد الصيدلانية داخل المؤسسة الاستشفائية	**51**
المطلب الأول: اتجاه تدفق المواد الصيدلانية	**51**
المطلب الثاني: اتجاه تدفق المواد الصيدلانية	**56**
الخلاصـــــة	**61**
الفصل الثالث :ألية تسيير المواد الصيدلانية في المؤسسات العمومية الاستشفائية دراسة مقـــــارنة	**62**
تمهيـــــد	**63**

المبحث الأول: عموميات حول المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة	**64**
المطلب الأول :المؤسسة العمومية الاستشفائية "بلطرش العجال" بعين تادلس	**64**
المطلب الثاني :المؤسسة العمومية الاستشفائية "حمادو حسين" بسيدي علي	**66**
المطلب الثالث: الصيدلية الاستشفائية	**69**
المبحث الثاني: واقع تسيير المواد الصيدلانية بالمؤسسة الاستشفائية	**71**
المطلب الأول: منهجية الدراســـــــة	**71**
المطلب الثاني: نتائج الدراسة و اختبار الفرضيات	**72**
الخلاصـــــــة	**83**

قائمـــــــــة الاشكال و الجداول

قـــــــائمة الجداول		
الرقم	العنـــــوان	الصفحة
الجدول رقم I-1	يتضمن عدد المؤسسات الاستشفائية، و عدد الأسرة المجهزة بها	
الجدول رقم II-1	يبين مزايا عيوب نظام إجمالي الجرعة الكلية	
الجدول رقم III-1	توزيع السعة السريرية حسب المصالح و الوحدات	
الجدول رقم III-2	توزيع الموارد البشرية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بعين تادلس موقوفة بتاريخ 2016/12/31	
الجدول رقم III-3	توزيع السعة السريرية حسب المصالح و الوحدات	
الجدول رقم III-4	توزيع الموارد البشرية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بسيدي علي موقوفة بتاريخ 2016/12/31	

قـــــــائمة الأشكـــــــال		
الرقم	العنـــــوان	الصفحة
الشكل رقمII-1	حركة المواد الصيدلانية	
الشكل رقم II-2	صيدليات أوتوماتيكية ومعلوماتية مترابطة بشبكة معلوماتية	
الشكل رقم II-3	حركة دورة الدّواء أوتوماتيكية ومعلوماتية.	
الشكل رقمIII-1	ايرادات الميزانية لسنة 2016	
الشكل رقم III-2	نفقات الميزانية لسنة 2016	
الشكل رقم III-3	ايرادات الميزانية لسنة 2016	
الشكل رقم III-4	نفقات الميزانية لسنة 2016	

قائمة المختصرات و الرمــوز

الرقـــم	الرمز و المختصـر	التسميــة
01	FEFO	من ينتهي مفعوله أولا يخرج أولا
02	PCH	الصيدلية المركزية للمستشفيات
03	DCI	التسمية الدولية المشتركـــة
04	IMC	شركة الصناعات الطبية و الجراحية

الفهـــــــرس

المحتـــــــوى	رقم الصفحة
شكر وتقديـــر	I.
الإهـــداء	II.
فهرس المحتويات	III.
قائمة الجداول	IV.
قائمة الأشكال	V.
قائمة المختصرات و الرمـــوز	VI.
المقدمة العامـــة	**01**
إشكالية البحث	**02**
الفصل الأول: الإطار النظري حول المؤسسات الصحية	**06**
تمهيـــــد	**07**
المبحث الأول: عموميات حول المؤسسات الصحية	**08**
المطلب الأول: المؤسسة الصحية كمورد للرعاية الصحية	**08**
المطلب الثاني : أنواع ووظائف المؤسسة الصحية	**13**
المبحث الثاني : مدخل عام إلى المؤسسات العمومية الاستشفائية	**18**
المطلب الأول: المؤسسات العمومية الاستشفائية و الخدمة العمومية	**18**
المطلب الثاني: الصيدلية الاستشفائية و المواد الصيدلانية	23
الخلاصـــــة	**32**
الفصل الثاني :المواد الصيدلانية في المؤسسات العمومية	**33**
تمهيـــــد	**34**
المبحث الأول: شراء و تخزين المواد الصيدلانية بالمؤسسة الاستشفائية	**35**
المطلب الأول: إجراءات شراء المواد الصيدلانية	**35**
المطلب الثاني: التخزين و تسيير مخزون المواد الصيدلانية	**37**
المبحث الثاني: مسار المواد الصيدلانية داخل المؤسسة الاستشفائية	**51**
المطلب الأول: اتجاه تدفق المواد الصيدلانية	**51**
المطلب الثاني: اتجاه تدفق المواد الصيدلانية	**56**
الخلاصـــــة	**61**
الفصل الثالث :ألية تسيير المواد الصيدلانية في المؤسسات العمومية الاستشفائية دراسة مقـــــارنة	**62**
تمهيـــــد	**63**

المبحث الأول: عموميات حول المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة	64
المطلب الأول :المؤسسة العمومية الاستشفائية "بلطرش العجال" بعين تادلس	64
المطلب الثاني :المؤسسة العمومية الاستشفائية "حمادو حسين" بسيدي علي	66
المطلب الثالث: الصيدلية الاستشفائية	69
المبحث الثاني: واقع تسيير المواد الصيدلانية بالمؤسسة الاستشفائية	71
المطلب الأول: منهجية الدراســــــة	71
المطلب الثاني: نتائج الدراسة و اختبار الفرضيات	72
الخلاصـــــة	83

"آلية تسيير المواد الصيدلانية في المؤسسات العمومية الأستشفائية"

الفصل الأول: الإطار النظري حول المؤسسات الصحية

المبحث الأول: المؤسسات الصحية

المطلب الأول: مفهوم المؤسسة الصحية

المطلب الثاني : أنواع ووظائف المؤسسة الصحية

المبحث الثاني : المؤسسات العمومية الاستشفائية

المطلب الأول: مفهوم و مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية

المطلب الثاني: تنظيم وتسيير المؤسسة العمومية الاستشفائية

الفصل الثاني: المواد الصيدلانية في المؤسسات العمومية

المبحث الأول : الصيدلية الاستشفائية

المطلب الأول: مفهوم الصيدلية الاستشفائية

المطلب الثاني: المـواد الصيدلانية

المطلب الثالث: مهام و مسؤولية الصيدلي

المبحث الثاني: تموين المؤسسة الاستشفائية بالمواد الصيدلانية

المطلب الأول: شراء المواد الصيدلانية

المطلب الثاني: التخزين و تسيير مخزون المواد الصيدلانية

المبحث الثالث: مسار المواد الصيدلانية داخل المؤسسة الاستشفائية

المطلب الأول: اتجاه تدفق المواد الصيدلانية

المطلب الثاني: تسيير المواد الصيدلانية داخل الأقسام

الفصل الثالث: دراسة حالة "دراسة مقارنة بين المؤسسة العمومية الاستشفائية لسيدي علي و نظيرتها بعين تادلس"

المقدمة العامـــة:

إن السياسات الاقتصادية و الاجتماعية المنتهجة وضعت من المواطن الجزائري غايتها المنشودة، و عليه جعلت من الصحة حق أساسي لكل عنصر بشري، مهما كان وضعه الاجتماعي، و لقد تم تثبيت هذا الحق بقرار مجانية العلاج المجسد ابتداء من سنة 1974، بما في ذلك حماية الصحة و ترقيتها، حيث عرفت الميزانيات المخصصة لهذا القطاع تطورا كبيرا إلى جانب انتشار الهياكل الصحية عبر تراب الوطن، هناك عيادة متعددة الخدمات لكل 23.917 ساكن، و قاعة علاج لكل 6.886 ساكن، أما عن عدد الأسرة فأصبح هناك 1,76 سرير لكل 1000 ساكن، أما عن الكفاءات من مختلف التخصصات التي واكبت هذه التغطية الصحية، فقد أصبح هناك طبيب عام لكل 1.118 ساكن، و طبيب متخصص لكل 1.413 ساكن، و طبيب أسنان لكل 2.972 ساكن، و صيدلي لكل 3.467 ساكن، أما عن الشبه الطبين و القابلات فأصبح هناك شبه طبي لكل 325 ساكن و قابلة لكل 1.203 ساكن[1]،

كل هذه العوامل دفعت بنمو الطلب على الخدمات الصحيـــة، عبر المؤسسات الصحية العموميـــة و الخاصة، وهذا ما أدى بدوره إلى الزيادة في استهلاك الأدوية، و المواد الصيدلانية، و بالتالي الزيادة في حجم استيراد هذه المواد الحيوية بالعملة الصعبة، حيث بلغت فاتورة استيراد المواد الصيدلانية لسنة 2016 (حسب إحصائيات المركز الوطني للإعلام الآلي والإحصاء التابع للجمارك) 2ر02 مليار دولار مقابل 1ر97 مليار دولار في 2015[2] ،

من هذا المنطلق اكتسب موضوع الأدوية و المواد الصيدلانية أهمية كبيرة في السياسات الصحية لكافة بلدان العالم عموما، و الجزائر خاصة حيث أشارت مختلف الدراسات الاقتصادية التي ظهرت في السنوات الأخيرة أن الدواء عنصر أساسي و هام في أي سياسة صحية، و في إدارة أي نظام صحي نظرا لخصوصياته الوقائية و العلاجية.

و لقد أقر أول قانون لحماية الصحة و ترقيتها (85-05) المؤرخ في 16 فبراير سنة 1985، في المادة 180 منه "تسلم الهياكل الصحية العمومية مجانا، الأدوية التي يصفها أطباء القطاعات الصحية للمرضى الذين يقيمون في هذه الهياكل"، و عدلت هذه المادة و تممت في نص القانون 08-13 المؤرخ في 20 يوليو 2008 ب " يجب أن تسلم مجانا الأدوية ذات الاستعمال الاستشفائي، الواردة في مدونات الأدوية، و التي يصفها الممارسون الطبيون للمؤسسات الاستشفائية العمومية للمرضى المقيمين به أو الخاضعين لعلاج لا يستدعي الإقامة بالمستشفى"[3].

و من هنا بدت اهتمامات الطبيب و المسير (الاقتصادي)، مختلفة فالأول هدفه علاج المرضى مع متابعة التطور الطبي مهما كان الثمن، أما الثاني فهو مجبر على احترام مبدأ العقلانية في استخدام الموارد المالية المحدودة لتلبية الحاجات المتعددة،

حيث دعا وزير الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات السيد عبد المالك بوضياف في ماي 2015 إلى إيجاد أفضل الآليات لضبط و تفعيل الموارد المخصصة للعلاج، وأوضح في رسالة وجهها للمشاركين في

[1] http://www.sante.gov.dz/index.php/indicateurs

[2] https://www.commerce.gov.dz/ar/statistiques/importation-des-medicaments-durant-l-annee-2016

[3] القانون 08-13 المؤرخ في 20 يوليو 2008 الذي يعدل و يتمم القانون 85-05 و المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها، الجريدة الرسمية رقم 44 المؤرخة في 3 أوت 2008.

ورشة حول صيدلة-الاقتصاد أنه "بالنظر إلى التطورات الصحية، لاسيما في مجال التكفل بالمرضى وضرورة التحكم في النفقات بالتوصل إلى أحسن علاقة بين الكلفة والفعالية فان إيجاد أفضل الآليات لضبط و تفعيل الموارد المخصصة للعلاج أصبح ضرورة ملحة".

و أشار في هذا الخصوص إلى أن صيدلة-الاقتصاد في الأنظمة الصحية المتطورة "أضحت تلعب اليوم دورا هاما و حاسما في ترشيد خيارات الصحة العمومية و الاستراتيجيات الصحية". كما أكد الوزير أن ضبط و ترشيد هذه الموارد أضحى ضروريا ".[1]

حيث انطلقت محاولات عديدة لدراسة المشاكل المرتبطة بالنشاطات الصحية و تحليلها و تفسيرها لإيجاد الحلول اللازمة لها و لعل أولى و أهم هذه المشاكل هي تقليص النفقات الصحية و سوء التسيير في وقت بدت الموارد المالية المتاحة محـــــدودة،

- **إشكالية الدراســـة:**

انطلاقا من الدور الذي يلعبه الدواء خاصة و المواد الصيدلانية عامة في تقديم الرعاية الصحية في المؤسسات الاستشفائية، تتمحور الاشكالية الأولية التالية لإنجاز هذه الدراسة:

ما مدى فعالية الطرق المتبعة في عملية تسيير المواد الصيدلانية، في المؤسسات العمومية الاستشفائية؟

و يمكن تفكيك هذه الاشكالية الأولية إلى الأسئلة الفرعية التالية:

1. ما هو الدور الذي تلعبه الصيدلية الاستشفائية في تموين المؤسسة الاستشفائية العمومية بالمواد الصيدلانية؟
2. كيف تتم معالجة مشكل ندرة المواد الصيدلانية، مقابل الطلب المتزايد داخل المؤسسة الاستشفائية العمومية؟
3. ما مدى نجاعة أنظمة توزيع المواد الصيدلانية، في تأمين مسار الدواء في المؤسسة العمومية الاستشفائية؟
4. و أخيرا، هل يوجد تنسيق و اتصال ما بين المؤسسات العمومية الاستشفائية، لتفادي سوء تسيير المواد الصيدلانية، و انتهاء مدة صلاحيتها دون الاستفادة منها؟

- **فرضيات الدراســـة:**

لمعالجة إشكالية بحثنا وتسهيل الإجابة على الأسئلة المطروحة سنتبنى الفرضيات التالية كمنطلق لنا في هذه الدراسة:

1. تعاني المؤسسات العمومية الاستشفائية جملة من مشاكل سوء تسيير المواد الصيدلانية، في ظل القوانين و الاجراءات المعمول بها حاليا.
2. تتبع المؤسسات العمومية الاستشفائية أنظمة توزيع للمواد الصيدلانية داخل المصالح، برهنت عن قدمها ،وقصورها، و عدم صلاحيتها.
3. تفتقر المؤسسات الاستشفائية العمومية، لنظام تسيير موحد للصيدلية الاستشفائية، كما هو معمول به في جل دول العالم.

[1] http://www.djazairess.com/elayem/224897

- **أسباب اختيار الموضـــوع:**

بحكم التخصص المدروس، و أهمية القطاع الصحي على المستوى الوطني والدولي بشكل عام ومدى اهتمام السلطات بتطوير هذا القطاع وإصلاحه، ومسايرة منا لهذا المسار حاولنا معالجة الجانب الخفي لتسيير المواد الصيدلانية،

تعتبر ندرة الأبحاث والمراجع في هذا المجال سواء على مستوى كليتنا أو على المستوى الوطني من بين أهم الدوافع التي جعلتني اهتم بهذا الموضوع , و لذلك سأحاول توضيح الغموض الذي يكتنف هذا المفهوم مساهمة بذلك ولو بشيء قليل في إثراء مكتبتنا،

ضف إلى كل ذلك جانب الفضول الشخصي باستكمال البحوث المتعلقة بهذا الموضوع، و المساهمـة و لو بالشيء البسيط في معالجة مشاكل سوء التسيير في المجال الاستشفائي.

- **أهداف الدراســة:**

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على واقع تسيير المواد الصيدلانية، في المؤسسات العمومية الاستشفائية، و ضعف أنظمة التسيير في ظل التطورات التكنولوجية التي يشهدها العالم، خاصة في المجال الصحي و الاستشفائي و الصيدلاني.

وتتلخص أهداف الدراسة في النقاط التالية:

1. التعرف على الصيدلية الاستشفائية، و الدور الذي تلعبه في تقديم الرعاية الصحية،
2. إبراز طرق تموين المؤسسات العمومية الاستشفائية، بالمواد الصيدلانية،
3. تسليط الضوء على مسار المواد الصيدلانية، ليصل في آخر المطاف إلى المريض المناسب و في الوقت المناسب.

- **أهمية الدراســة:**

تكمن أهمية الدراسة، في أهمية الدواء و المواد الصيدلانية في عملية الاستشفاء، فهذه الدراسة من شأنها إبراز الخلل، في مشكل الندرة بالرغم من تسخير الامكانيات المادية و البشرية، و تسطير السياسات، فإذا كانت هذه المشاكل في ظل الراحة المالية التي شهدتها البلاد، فكيف ستصبح في ظل الأزمة المالية الكاسحة التي تشهدها البلاد.

- **الدراسات السابقة:**

من خلال مطالعتنا لمختلف المراجع لم نجد مراجع كثيرة تتكلم عن هذا الموضوع، و من الدراسات القليلة التي تمت نجد:

الدراسة الأولى: تطرق كل من Landry و Lafond (1999) [1] إلى أهم الرهانات التي يواجهها تسيير المخزون في قسم العمليات الجراحية ، فقد عرفا ماهية الفوائد المنتظرة من جراء تخطيط العوامل المرتبطة بهذا القسم مع شرح عمل نظام تخطيط احتياجات المواد وبينا تطبيقه في قسم العمليات، ليحيطا بذلك بكل من المدخلات، القيود وعوامل النجاح التي يمكن تطبيقها على مستوى هذا القسم. فمن خلال التسيير

[1]Nelson Lafond et Sylvain Landry, La planification des besoins matières (MRP) pour gérer les stocks du bloc opératoire: étude exploratoire , Cahier de Recherche 99-04, Groupe de recherche CHAINE, École des Hautes Études Commerciales , Montréal, 1999,

الأمثل لمخزون هذا القسم يستطيع مسؤولو هذا الأخير تدنية مخزون اللوازم الطبية والجراحية والتكاليف المتعلقة بها، و التحسين من إنتاجية اليد العاملة المباشرة والغير المباشرة وكذا تحسين مستوى الخدمة المقدمة[1].

الدراسة الثانية: لقد عددت Sampierie (2004) في دراستها للمؤسسات الاستشفائية الفرنسية العمومية مواقع الخلل التي تشوب أنشطة الإمداد بحيث استنتجت أن هناك:[2]

- زيادة لتكاليف التخزين،
- تعدد مواقع التخزين مما يتسبب ذلك في خلق حالة ازدحام، تلف وضياع المواد الصيدلانية،

سوء نوعية التخزين لما ينتاب هذا الأخير من حالات نفاذ متكررة وانتهاء صلاحية بعض المواد...الخ

الدراسة الثالثة: تطرق من السيد زاير مصطفى إلى تسيير مخزون المواد الصيدلانية بالمستشفى الجامعي لولاية تلمسان أين عالجا موضوع إدارة المخزون كنشاط مستقل وهذا ضمن رسالته الآتي عنوانها :

"تسيير المواد الصيدلانية في القطاعات الصحية العمومية بالجزائر –دراسة حالة الصيدلية المركزية لمستشفى تلمسان-"[3] سنة 1998 ،حيث خلص إلى عدم إشراك الصيادلة في القرارات المتعلقة بعمليات الاستيراد مما جعل نوعية و كمية المواد المستوردة غير متوازنة، و غياب الرقابة على نوعية الأدوية المستوردة من حيث تحديد مدة صلاحيتها، و هذا ما يزيد من خسائر تلف بعضها بمجرد وصولها إلى المخازن، وكذلك عدم تطبيق الأساليب العلمية للتخزين، مما يؤدي إلى فساد بعض الأدوية الناجم أساسا إما عن انتهاء مدة الصلاحية أو نتيجة تأثرها بالعوامل المناخية بسبب نقص في تجهيزات التخزين.

- **منهج الدراســـة:**

محاولة لدراسة الموضوع من كافة الجوانب و الإجابة على الاشكالية السالفة الذكر ، ارتأينا استخدام عدة مناهج تتناسب والدراسة، و سعيا لإبراز الفرضيات المقدمة و تحديد مدى صحتها، و إسقاطها على عينة من المؤسسات العمومية الاستشفائية، تم الاعتماد على النهج الوصفي حيث نقوم بعرض مختلف المفاهيم و سرد التطور التاريخي لها، من خلال التطرق إلى كل المراسيم و النصوص التنظيمية التي صدرت في هذا الشأن، أما في الجانب التطبيقي فقد استعملنا منهج دراسة المقارنة في محاولة منا لاستقراء الواقع، و ذلك من خلال محاولة اسقاط الدراسة النظرية على عينة من المؤسسات العمومية الاستشفائية بصفة خاصة، و على مجمل المؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر بصفة عامة.

- **حــدود الدراســة:**

[1] الطالبة بحدادة نجاة تحديات الامداد في المؤسسة الصحية، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية تخصص: بحوث العمليات وتسيير المؤسسات جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان سنة 2012/2011 ص 135.

2 Sampierie Tessier Nathalie, enjeux et limites d'une amélioration des pratiques logistiques dans les hôpitaux publics français, Logistique & Management, numéro spécial de la logistique hospitalière, 2004.

[3] زاير مصطفى، تسيير المواد الصيدلانية في القطاعات الصحية العمومية بالجزائر –دراسة حالة الصيدلية المركزية لمستشفى تلمسان- مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، بجامعة أبو بكر بالقايد تلمسان، سنة 1999/1998.

1. الحدود المكانية: سيتم التركيز في هذه الدراسة على المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية مستغانم، المؤسستين العموميتين الاستشفائيتين "سيدي علي" و "عين تادلس".
2. الحدود الزمانية: تمت دراسة المقارنة ما بين المؤسستين العموميتين الاستشفائيتين في الفترة الممتدة ما بين شهر أفريل و شهر ماي من سنة 2017 .
3. الحدود الموضوعية: تمت دراسة تسيير المواد الصيدلانية في المؤسسات العمومية دون الأخذ بعين الاعتبار السوق الصيدلانية الوطنية و الدولية، و كذا السياسات و الإجراءات المتخذة من طرف الدولة في عمليات تسجيل الأدوية، و تشجيع الانتاج المحلي، و مشكل تقليص فاتورة استيراد المواد الصيدلانية.

- **هيكـــل الدراســة:**

للتوسع في النقاط المثارة سابقا والإلمام بهذا الموضوع قسمنا هذا البحث إلى ثلاثة فصول كما يلي:
الفصل الأول: و عبارة عن مدخل عام للمفاهيم الأولية تناولنا فيه الإطار النظري للمؤسسات الصحيـــة و تناولنا فيه العناصر التالية: عموميات حول المؤسسة الصحية، أنواعها و تصنيفاتها، و المؤسسة العمومية الاستشفائية، الصيدلية الاستشفائية و المواد الصيدلانية.
الفصل الثاني: و هو يتناول آليات تموين المؤسسات العمومية الاستشفائية بالمواد الصيدلانية و تناولنا فيه العناصر التالية: شراء و تخزين ، و تسيير مخزون المواد الصيدلانية، مسار المولد الصيدلانية داخل المؤسسة الاستشفائية، بالإضافة إلى نظم توزيع الدواء و الصيدلية الالكترونية و الأوتوماتيكية.
الفصل الثالث: و الذي يكتسي أهمية خاصة و يتناول دراسة مقارنة بين المؤسستين الاستشفائيتين "سيدي علي" و "عين تادلس" ،لتشخيص واقع تسيير المواد الصيدلانية في المؤسسات العمومية الاستشفائية في المباحث التالية: عموميات حول المؤسستين محل الدراسة، و اقع تسيير المواد الصيدلانية على مستوى المؤسستين.

- **صعوبات الدراسة:**

لقد واجهتنا العديد من الصعوبات و العقبات عند بدئنا هذه الدراسة، بالرغم من أنها لم تمنعنا، و لم تنقص من عزيمتنا و من بينها:

- قلة الكتب و المراجع التي عالجت مثل هذه المواضيع، خاصة بالغة العربية،
- عدم تقدير بعض المسؤولين لأهمية البحث العلمي، و اختلاق الأعذار و الاعتذار و التردد في تقديم المعلومات،
- الامتناع تماما عن تقديم المعلومات، بحجة السرية و الحفاظ على السر المهني، و خاصة إذا تعلق الأمر بالتسيير و مشاكله.

الخاتمة العامة:

من الصعب الحديث عن واقع تسيير المواد الصيدلانية في المؤسسات العمومية الاستشفائية، و تسيير الصيدلية الاستشفائية نظرا للفرق الشاسع ما بين ما هو موجود و ما يجب أن يكون موجود، أي هناك تباين و تباعد كبيرين ما بين النظري و الواقع، و ما بين ما توصلت إليه الدول (أقل دخلا و أقل إمكانيات من الجزائر) في مجال الصيدلة الاستشفائية و ما بين ما نحن عليه، فبالرغم من الامكانيات المالية التي تمتعت بها الجزائر، و بالرغم من الإصلاحات التي تلتها إصلاحات، إلا أننا مازلنا عاجزين على تهيئة و تجهيز صيدلية استشفائية بالمعايير و المقاييس الدولية، و هذا من أجل التخزين الجيد للمواد الصيدلانية للمحافظة على فعاليتها، في حين أن دول العالم تتكلم عن مصطلح "الجودة "في الصيدلية الاستشفائية، و تحظير الدواء داخل الصيدلية، و التعقيم.

لقد رأينا سابقا مفهوم الأدوية و المواد الصيدلانية في القانون الجزائري، و ماهية الصيدلي مسير الصيدلية و الذي في معظم المؤسسات الاستشفائية يعبر عن طاقة شبابية، و الدور الذي يلعبه في تسيير و مراقبة و تأمين المواد الصيدلانية داخل المؤسسة العمومية الاستشفائية.

و من خلال دراستنا لتسيير المواد الصيدلانية في المؤسسات العمومية الاستشفائية، و التي تعتبر عنصر ضروري لا يمكن الاستغناء عنه في حلقة الاستشفاء، تبين لنا أن هناك طرق منتهجة من طرف هذه المؤسسات لتسيير المواد الصيدلانية، أقل ما يقال عنها قديمة، و بدائية، بعيدة عن الفعالية .

لقد تطرقنا في دراستنا إلى دور الصيدلية الاستشفائية في تموين المؤسسة الاستشفائية بالمواد الصيدلانية ، و واقعه من خلال دراسة المقارنة ما بين المؤسستين العموميتين الاستشفائيتين "بسيدي علي" و "عين تادلس" ، أين تبين لنا، أن هاتين المؤسستين تعاني من جملة من مشاكل سوء تسيير المواد الصيدلانية، حيث في ظل القوانين و الإجراءات المعمول بها، لا تلعب الصيدلية الاستشفائية الدور المنوط بها، فليس لها حتى الخيار في اختيار المورد المناسب الذي يضمن لها تدفق المواد الصيدلانية، فهي مجبرة على التعامل مع موردين، هناك من له حق حصري بنص قانوني و آخرين الوحيدين الذين يملكون تلك المواد، فيقومون ببيعها بالأثمان الذين يريدونها.

و ما لمسناه أيضا أن أنظمة توزيع الدواء داخل الأقسام، في المؤسسات العمومية الاستشفائية هي أنظمة برهنت عبر الزمن عن قصورها، و عدم صلاحيتها، و هي أنظمة لم تعد تستعمل في العالم، لعدم قدرتها على تأمين مسار الدواء و المواد الصيدلانية من الهدر، و السرقة، و الضياع، و التبذير.

و من بين الأمور التي لا يجب الإغفال عنها أن المؤسسات العمومية الاستشفائية تفتقر لنظام تسيير موحد أو حتى دليل الممارسات الجيدة (guide de bonnes pratiques)، للصيدلية الاستشفائية كما هو معمول به في جل دول العالم (حتى دول العالم الثالث)، بحيث يعد هذا الدليل من التوصيات التي توصي بها منظمة الصحة العالمية و التي تساهم في تمويل مشاريعها.

- **النتائج:**

- إن أول النتائج التي توصلنا إليها أن نظام تموين المؤسسات العمومية الاستشفائية، بالمواد الصيدلانية هو نظام يضيق الخناق على هذه المؤسسات ، و يسلبها حرية التعامل مع الموردين بحكم استقلالها المالي، و لا يعكس تحرير السوق و ثقافة المنافسة من أجل خدمة أفضل،
- بالرغم من وجود كفاءات في الموارد البشرية من صيادلة و مسيرين، من شأنها إصلاح الأمور إلا أنها رهينة القوانين و النصوص التنظيمية، و تقاليد العمل السيئة،
- سوء التسيير و غياب التنسيق بين المديريات الفرعية للمؤسسات العمومية الاستشفائية، يصعب من مهمة كل مسير،
- الوضع الاقتصادي الراهن، وسياسة ترشيد النفقات العمومية بشتى أنواعها، تضع المسيرين و خصوصا المسؤولين عن تموين المواد الصيدلانية بين مطرقة الطلب المتزايد للمرضى على هذه المواد، و سندان تسقيف النفقات العمومية،
- نقص فادح في استعمال معلوماتية التسيير، بالرغم من المجهودات المبذولة من طرف الوزارة الوصية في العشرية الأخيرة،
- عدم مواكبة أنظمة توزيع الدواء داخل مصالح المؤسسات العمومية الاستشفائية ، للتطورات التكنولوجية الحديثة، التي تساهم في تدنية التكاليف الناتجة عن ضياع و هدر المواد الصيدلانية،
- عدم وضوح الصيدلية الاستشفائية في الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية، فهي ليست مصلحة و لا مكتب.

- **الاقتراحات والحلول:**
  - اقتراحات إلى الوزارة الوصية:

- إضفاء المرونة و حرية التعامل مع موردي المواد الصيدلانية، و الابتعاد عن الحقوق الحصرية و الاحتكار من أجل ترسيخ ثقافة المنافسة في هذا الميدان،
- تو حيد نمط تسيير الصيدليات الاستشفائية العمومية، كما هو معمول به في دول العالم، من خلال إعداد دليل الممارسات الجيدة (guide de bonnes pratiques)، بحيث يقوم بتوحيد المقاييس لطريقة انشاء الصيدليات الاستشفائية، و طرق تسييرها،
- أعداد برامج تكوينية في مجال التسيير لفائدة الصيادلة مسيري الصيدليات الاستشفائية، و الأعوان المساعدين لهم، قصد تطوير الكفاءات،
- إلزامية توفير قاعدة بيانات، وشبكة معلوماتية خاصة بالمؤسسات الاستشفائية العمومية، من شأنها رقمنة تسيير الصيدلية الاستشفائية، و ربط هذه الأخيرة من أجل تبادل المعلومات، المتعلقة بنقص

المواد الصيدلانية، و خاصة تلك التي قرب انتهاء مدة صلاحيتها في مؤسسة، ليتم استهلاكها في مؤسسة اخرى تعاني نفادها،

- إن الأزمة التي تمر بها البلاد، و عملية ترشيد و تسقيف النفقات العمومية، أمر يدعونا إلى إعادة النظر في أنظمة توزيع الدواء في المؤسسات العمومية الاستشفائية، إلى أنظمة حديثة قد تظهر مكلفة في البداية، إلا أن نتائجها تقلص من التكاليف (نظام الجرعة الواحدة)، على المدى البعيد،
- إعادة النظر في الهيكل التنظيمي للمؤسسات العمومية الاستشفائية، لتوضيح موقع الصيدلية الاستشفائية أو إدراجها كمصلحة مستقلة لأهميتها، و دورها الحساس،

- اقتراحات للمؤسسات العمومية الاستشفائية:

- التنسيق و التكامل بين المديريات الفرعية، و العمل كفريق من شأنه القضاء على الكثير من مشاكل سوء التسيير ، و أحادية القرار،
- تحسين ظروف العمل من خلال تهيئة مكاتب منفصلة عن المخازن، و توفير وسائل المناولة الخاصة بالمواد الصيدلانية لتسهيل عملية نقلها،
- تهيئة المخازن و تأمين سلسلة التبريد و تجهيزها بوسائل قياس الحرارة و الرطوبة، من أجل الحفظ الأمثل للمواد الصيدلانية،
- ضرورة تنصيب نظام معلومات فعال، على مستوى الصيدلية من شأنه تبادل المعلومة مع مختلف لمصالح بسرعة و أمان، نظرا لأهميتها،
- توفير معدات الأمن و السلامة لعمال الصيدلية، نظرا لخطورة المواد التي يتعاملون معها

- **الآفاق المستقبلية:**

كآفق للدراسة :

- السوق الصيدلانية الوطنية و الدولية، وأثرها على جودة الخدمة الصحية،
- السياسات المنتهجة من طرف الدولة الجزائرية، لتدعيم المنتوج الصيدلاني المحلي و التخفيف من فاتورة الاستيراد.

الفصل الأول

تمهيـــــد:

تعد المؤسسة الصحية اللبنة الأساسية في بناء أي نظام صحي لأي بلد كان، وهي المؤسسة التي تقوم بتنفيذ السياسة الصحية، فمن خلال مخرجات هذه المؤسسة (تقديم الرعاية الصحية)

نقوم بقياس مدى نجاعة السياسة الصحية المتبعة و مدى فشلها، و مهما كان نوع وحجم هذه المؤسسات الصحية فإنها تتفق على هدف واحد و هو تقديم خدمة صحية في مستوى تطلعات المريض و المواطن، و توفير بيئة صحيّة لجميع أفراد المجتمع، وتثقيف الأفراد صحيّاً، من أجل السيطرة على الأمراض الانتقالية، وتوفير الخدمات الصحيّة والطبيّة والتمريضية للمجتمع، مع تشخيص مبكّر للأمراض وتوفير العلاج المناسب، وتسهيلٍ لتقديم المساعدات لتأمين العيش المطلوب لكلّ فرد وتوفير الحد الأعلى من الصحّة المثلى المناسبة لها، وتوفير الخدمات الصحيّة، والنفسيّة، والعقليّة.

كلها نقاط سنتطرق إليها خلال هذا الفصل، و ذلك من خلال استعراضنا للمؤسسة الصحية كمورد للرعاية الصحية و كذا مفهوم و أنواع ووظائف و تصنيفات المؤسسات الصحية، مع التركيز على نوع منها، المؤسسات العمومية الاستشفائية و دراستها بصورة معمقة، بصفتها نوع من المؤسسات الصحية من جهة، و أنها المؤسسة التي سوف تتم فيها الدراسة الميدانية، مع التركيز على الصيدلية الاستشفائية و كذا المواد الصيدلانية.

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 المريض غير منتج إلى مواطن سليم يضيف بجهده إلى الإنتاج القومي و الذي نتج عنه توسع في مفهوم ووظائف هذه المؤسسات،

من خلال هذا المبحث سنتعرف على الصحة و الخدمات الصحية، و مفهوم المؤسسات الصحية ، مع الإشارة إلى أنواع ووظائف هذه المؤسسات.

المطلب الأول: المؤسسة الصحية كمورد للرعاية الصحية

أولا: الصحة و الخدمات الصحية

1. الصحـــــة:

أ. مفهـــوم الصحـــة:

لقد اهتم الاقتصاديون الأوائل باقتصاديات الصحة، فقد عرف Alfred Marshall، في كتابه "مبادئ الاقتصاد"، الصحة بأنها القوة الجسدية والقوة العقلية والقوة المعنوية أو النفسية للفرد.[1]

كما يعرف البنك الدولي أن " كلا من الصحـــة والقـــدرة على تحسيـــن الصحة يرتبـــطان بالدخل و التعليم وبالتغيرات التي تحدثها الثروة والتعليم في سلوك الأفراد وكذلك مقدار النفقات وكفاءتها في النظام الصحي، ومدى انتشار الأمراض الحالية والتي يحددها المناخ والعوامل الجغرافية والبيئة إلى حد كبير[2].

وتعرف منظمة الصحة العالمية (OMS) الصحة الجيدة بأنها حالة السلامة البدنية والعقلية الكاملة، وليس مجرد غياب المرض أو عدم الاتزان.[3]

ب. مستويات الصحـــة:

الصحة ليست بالشيء الثابت الذي يمكن أن يوفر مرة واحدة بل يجب أن تضاف وتحسن باستمرار من طرف الفرد والمجتمع على حد سواء. إذ نجدها تتذبذب من صحة مثالية إلى عدة مستويات مرضية إلى الموت في النهاية وبذلك تكون درجات الصحة كما:[1]

---

[1] ***Marshall.A***, ***Principles of economics***, the McMillan Press Ltd, Eight Edition, London, 1977, pp 161-169 cited by : طلعت الدمرداش ، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس، الطبعة الثانية، مصر، 2006 ، ص 18

[2] تقرير عن التنمية في العالم: الاستثمار في الصحة، البنك الدولي، 1993ص 71.

[3] Benamouzg.D," La santé au miroir de l'économie" ,Presse Universitaires de France, 1ére Edition, PARIS, , 2005, p22.

- **الصحـــة المثالية:** وهي حالة التكامل المثالي لجميع الجوانب الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية أي الحالة التي يكون فيها الفرد خاليا من أية أمراض ظاهرية أو باطنية ومتمتعا بكافة الجوانب الصحية، وهو هدف بعيد لبرامج الرعاية الصحية والاجتماعية تسعى لتحقيقه وان كان صعب المنال،

- **الصحـــة الايجابية:** وهي حالة يستطيع الفرد فيها مواجهة المشاكل والمؤثرات الاجتماعية والنفسية والجسمية بكفاءة عالية إلى حد كبير دون ظهور أية أعراض مرضية،

- **السلامة المتوسطة:** لا يظهر المـــرض فيها بصورة مباشرة ولكن مع التعرض لأي مؤثرات خارجية أو داخلية يصاب الفرد في المرض،

- **المرض غير الظاهر:** في هذه الحالة لا يشكو الفرد من أعراض أي أن هناك قصورا صحيا غير ظاهر ولكن عند القيام بالتحليلات أو الإشعاعات أو الفحوصات يكتشف المريض أن هناك مرضا غير ظاهر سطحيا،

- **المرض الظاهـر:** في هذا المستوى يكون هناك ظهور لأعراض مرضية يشعر بها الفرد تدل على إصابته بمرض معين،

- **مستوى الاحتضار:** وهو المستوى الذي يفقد فيه الإنسان جميع قواه وكل قدرته على أداء الوظائف الحيوية وتسوء حالته من وقت لآخر وبالتالي يصعب استعادة حالته الصحية.

ت. إنتاج الصحـــة:

يقصد بإنتاج الصحة استخدام موارد اقتصادية محددة للوصول إلى حالة الصحة الجيدة، ولعل أهم العناصر التي تدخل في إنتاج الصحة مستوى التغذية ونوعية البيئة ونوعية الإسكان ومستوى التحضر ومستوى التعليم وطبيعة المهنة وكذا ساعات العمل ومستوى الدخل والعادات الصحية الشخصية (مثل تدخين السجائر واستهلاك الخمور والمخدرات وساعات النوم وممارسة الرياضات المختلفة)...وأخيرا مستوى الخدمات الصحية (العلاجية والوقائية) وتحسين مستوى الوصول إليها.

كما توجد مدخلات صحية مختلفة تكون ذات فعاليات مرتفعة أو منخفضة في تحسين الصحة، وتعتمد تلك المدخلات على حقائق بيولوجية وحقائق طبية، وتشمل المدخلات التي تعتمد على حقائق بيولوجية: التغذية والمسكن وبيئة العمل ...، و المدخلات التي تعتمد على حقائق طبية هي الخدمات الصحية، وبذلك تكون الخدمات الصحية مدخلا واحدا في إنتاج الصحة[2]

[1] الطالبة بحدادة نجاة تحديات الامداد في المؤسسة الصحية، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية تخصص: بحوث العمليات وتسيير المؤسسات جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان سنة 2012/2011 ص 28 .

[2] Deon Filmer and al, Health policy in poor countries : weak links in the chain , policy research working paper 1874, The world bank -Development research group- Washington, January 1998, p 8.

2. الخدمات الصحية:

أ. مفهوم الخدمة الصحية:

إن الخدمة الصحية هي كل ما يؤدي إلى وقاية الناس من الأمراض ويؤدي إلى السرعـــة 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 إشباعا ورضا معينا للمستفيد.

ب. تقسيم الخدمات الصحيـــة:

يمكن تقسيم الخدمات الصحية إلى قسمين رئيسيين[1]:

- **الخدمات الصحية العلاجية:** والتي تشتمل على الخدمات المرتبطة بصحة الفرد بصـــورة مباشرة والتي تشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج، سواء تم ذلك بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنزل، أو تم من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج لرعاية سريرية داخل المستشفى، أو تم ذلك بالتدخل الجراحي التقليدي أو المعاصر ، بالإضافة إلى خدمات الرعاية الصحية حتى يتم الشفاء و ذلك بهدف تخليص الفرد من مرض أصابه أو تخفيف المعاناة من آلام المرض.
- **بالخدمات الصحية الوقائية:** وهي الخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع (أو كما يطلق عليها البعض بخدمات الصحة العامة) أو كما يمكن أن نطلق عليها بالخدمات الصحية البيئية حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض 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 الوبائية، وخدمات رعاية الأمومة والطفولة وخدمات مكافحة الحشرات والحيوانات الناقلة للمرض مثل البعوض والفئران.

وترمي الخدمات الصحية إلى تحقيق هدف أساسي على المستوى الشخصي وهو الوقاية من المرض أولا والشفاء من المرض إذا أصاب الفرد ، فان لم يكن فيتدنى الهدف إلى التخفيف من آلام المرض ، وان 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. لذا فان الاهتمام بالخدمات الصحية ليس مرجعه الدافع الإنساني أو الاجتماعي فقط وإنما مرجعه الدافع الاقتصادي كذلك.

[1] *طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية*.2006 ، مرجع سابق، ص ص 25 - 26 .

ت. مدخلات إنتاج الخدمات الصحية:

إن إنتاج الخدمات الصحية مثله مثل أي سلعة يتطلب استخدام مدخلات عديدة ويتم ذلك داخل وحدات إنتاج قد تكون عيادات طبية خاصة أو مستشفيات حكومية أو خاصة أو معامل للتحاليل الطبية أو مراكز للأشعة.

ويمكن حصر مدخلات إنتاج الخدمات الصحية في عناصر الإنتاج الرئيسية التالية:

- **مدخلات الموارد البشرية:** والتي تتمثل في عنصر العمل الذي يشتمل على مجموعات فرعية عديدة تبدأ بالمهارات العالية رفيعة المستوى المتمثلة في الأطباء المتخصصين وتنتهي بالعمالة غير الماهرة. ويمكن تصنيف عنصر العمل في قطاع الخدمات الصحية من خلال المجموعات التالية:

الأطباء، الصيدليين، عمال المساندة الذين يتولون مهام التمريض الأقل مهارة، فنيي الأجهزة الطبية الذين يتولون تشغيل وصيانة الأجهزة الطبية المتخصصة من المهندسين، الإداريين وتشمل هذه المجموعة المحاسبين ومسؤولي الإدارة المالية وشؤون العاملين والمشتريات والمخازن وأقسام تسجيل المرضى والإحصاء، عمال الخدمات المساعدة، وتشمل هذه ا موعة عمال النظافة، عمال أقسام التغذية، عمال أقسام الغسيل والتنظيف وعمال السلامة البيئية داخل الوحدات السائقين وعمال الصيانة والأمن وغيرها.

- **مدخلات رأسمالية ثابتة:** وتتمثل في جميع الأصول الثابتة المستخدمة في إنتاج الخدمات الصحية وتشتمل على:

الأرض، المباني والتأثيث الطبي، الأجهزة والأدوات الطبية المعمرة، معدات مساندة، وسائل النقل كسيارات الإسعاف وسيارات نقل العاملين.

- **مدخلات جارية:** والتي يمكن تقسيمها إلى:

مستلزمات العلاج الطبي الجارية، وتشمل على جميع المواد التي تستخدم للعلاج اليومي وأثناء إجراء

العمليات الجراحية مثل الغازات الصناعية الطبية، و المواد الصيدلانية، و الأدوية ومستلزمات العمليات الجراحية، التغذية، الطاقة .

ثانيا: مفهوم المؤسسة الصحية

إن المؤسسة الصحية في شكلها الحالي ليست إلا خلاصة تطورات تاريخية أكسبتها الشكل المؤسسي بعد أن كانت تخضع للمنطق الخيري، و عليه سنتطرق في هذا المطلب إلى عرض مفهوم، المؤسسات الصحية.

و لقد اهتمت العديد من البحوث و الدراسات العلمية المتخصصة في مجال الصحي بتحديد مفهوم المؤسسة الصحية، و تباين المفهوم بالنسبة للأطراف التي تتعامل معها المؤسسة

الصحية، كل حسب نظرته الخاصة و حسب العلاقة بين هذه الأطراف و المؤسسة، حيث تعرف لدى:[1]

- **المرضى**: بأنها الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج، الاستشفاء و الرعاية الطبية لهم;
- **الحكومة**: بأنها إحدى مؤسساتها الخدمية المسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع، للنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن;
- **الاطار الطبي**: بأنها المكان الذي يمارسون فيه أعمالهم و مهامهم الإنسانية;
- **إدارة المؤسسة**: أنها مؤسسة مفتوحة على البيئة المحيطة بها، و متفاعلة مع تغيراتها المختلفة، في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفؤ و فعالٍ;
- **شركات الأدوية و باقي المؤسسات المعنية**: أنها سوق واسع يستوجب إمداده بما يحتاجه من أدوية و مستلزمات،

كما عرفت المؤسسة الصحية، بأنها "كل مؤسسة تقدم الرعاية الصحية بشكل مباشر مثل المستشفيات، المراكز الصحية، العيادات و المراكز المتخصصة، أو بشكل غير مباشر مثل المختبرات و الإدارات الصحية ذات الخدمات المساندة و الصيانة الطبية. [2]

أما منظمة الصحة العالمية (OMS) فقد عرفتها من المنظور الوظيفي بأنها "ذلك الجزء المتكامل من التنظيم الاجتماعي و الصحي الذي يعمل على توفير الرعاية الصحية الكاملة بشقيها العلاجي و الوقائي للمواطنين، و يصل بخدماته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، وهو أيضا مركب لتدريب العاملين في الخدمة الصحية "[3]

و استخدمت بعض الدراسات و البحوث مدخل النظم في تعريف المؤسسة الصحية، فعرفتها بأنها "نظام كلي مركب من مجموعة من النظم الفرعية و التي تتميز كل منها بطبيعة مميزة و خصائص خاصة، و التي تتفاعل معها بغية تحقيق مجموعة من الأهداف الصحية المرجوة. [4]

فهي بذلك عبارة عن "تركيب اجتماعي انساني يستهدف تحقيق و تلبية أهداف محددة، يشمل مدخلات و مخرجات، و يتكون من ثلاثة عناصر أساسية: أفراد و جماعات تحتاج لخدمات صحية، أفراد أو مهنيين مختصون بميادين صحية متنوعة و مجتمعات انسانية تنظم اسلوب تقديم الخدمة الصحية و أسلوب التمويل و الشراء للخدمات و تقنين و تشريع الخدمات و التخطيط و التنسيق و رسم الأهداف و السعي المتواصل لتحسين الخدمات و مراقبة ذلك. [5]

---

[1] ***ثامر ياسر البكري إدارة المستشفيات***،: دار اليازوري للنشر و التوزيع، ، الأردن ،2005 ص،ص.21-22

[2] تقرير عبد الحميد بن حبيب الله نياز، "جودة الرعاية الصحية: الأسس النظرية و التطبيق العلمي"، وزارة الصحة، الرياض: 2005،ص،62

[3] ***سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات و المراكز الصحية***،: دار الشروق للنشر و التوزيع الطبعة الأولى ،الأردن ،2007،ص.27

[4] ***أحمد محمد غنيم ، إدارة المستشفيات***- رؤية معاصرة- المكتبة العصرية للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى مصر 2006ص-24

[5] A.Belghiti Alaoui,Principes généraux de planification à l'hôpital,: sans édition, Rabah Maroc 2005,P,17

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

- النظر للمؤسسات الصحية على أنها مؤسسات اجتماعية عليها أن تحقق العدل الاجتماعي، هذه الخاصية فرضت عليها وضعية متناقضة، فهي من جهة مضطرة إلى الحفاظ على بقائها و نموها بكل ما يتضمنه ذلك من خصائص المتعامل الاقتصادي، و من جهة أخرى يتوجب عليها ضمان البعد الأخلاقي للإنتاج العلاجي، لكون الصحة حق أساسي يقضي توفير الخدمات الضرورية و إتاحتها للجميع.
- وجود نوعين من العاملين مهني الصحة و المسيرين، فعلى المؤسسة الصحية مسؤولية إدارة الخدمات العلاجية و مسؤولية إدارة الموارد، و التحدي الحقيقي يكمن في القدرة على ضمان تسيير جيد للموارد بالمحافظة على الاستقلالية اللازمة للمهنيين حتى يؤدوا مهامهم .

وقد اتخذت المؤسسة الصحية بمفهومها المعاصر أشكالها متعددة و أطلق عليها مسميات متنوعة، و أصبح ينظر إليها على أنها نظام مفتوح لاعتمادها على أفراد المجتمع و تأثرها بالبيئة، و قد تم وصفها بأنها نظام الإنسان الاجتماعي و ذلك لأن الإنسان هو أساس النظام و لا يعمل إلا بوجوده، و هو صانع الخدمة و في نفس الوقت المنتفع بها. [1]

و إن أهم ما يميز المؤسسات الصحية في العصر الحديث ما يلي:[2]

- التركيز على العيادات الخارجية و تقديم الخدمات الصحية في منزل المرضى;
- التركيز على استخدام التقنيات الطبية الحديثة بشكل واسع;
- التركيز على المعايير الجودة و مدى تحقيقها في المجالات الطبية;

المطلب الثاني: أنواع و وظائف المؤسسات الصحية

يختلف تصنيف المؤسسات الصحية باختلاف أساس التصنيف المعتمد، و حسب نوعية النشاط الذي تقوم به هذه المؤسسات فإن وظائفها أيضا تتباين عن باقي المؤسسات الأخرى،

أولا: أنواع المؤسسات الصحية

يمكن التمييز بين نوعين من المؤسسات الصحية حسب طبيعة نشاطها كما يلي:[3]

- المؤسسات المنتجة للخدمة الصحية، على سبيل المثال المستشفيات، العيادات و مراكز العلاج;
- المؤسسات الغير المنتجة للخدمة الصحية، تتمثل في وزارة الصحة و كل الهيئات الإدارية المختصة في متابعة البرامج الصحية وتسيير العلاقات مع المؤسسات المنتجة للخدمة الصحية.

[1] ***ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات***،2005 مرجع سالق، ص.21

[2] **أحمد محمد غنيم**، 2006مرجع سابق،ص.20

[3] A.Belghiti Alaoui,2005, Op,Cit, P.11

كما تعددت تصنيفات المؤسسة المنتجة للخدمات الصحية، نظرا لتعدد التعريفات التي تناولتها من جهة، و تعدد الأنشطة التي تقوم بها من جهة أخرى، يمكن التمييز بين نوعين من المؤسسات حسب المعايير التالية:[1]

1. **التصنيف حسب الملكية و الإشراف:** يمكن التمييز بين نوعين من المؤسسات حسب هذا المعيار:

- المؤسسات الحكومية: تملكها و تديرها الأجهزة الحكومية، و لا تهدف إلى تحقيق الربح، تأخذ عدة أشكال أهمها:
- المؤسسات الحكومية العامـــة: تتميز بملكيتها للدولة أو إحدى الهيئات الرسمية التي تقوم بالإشراف عليها، تضم أكثر من قسم و تخصص و هي موجهة لخدمة جميع فئات المجتمع بالمجان أو مقابل دفع رسوم رمزية،
- المؤسسات الحكومية لخدمة فئات خاصة: تتميز بتبعيتها لوزارة أو مصلحة حكومية معينة، بحيث تقتصر خدماتها على العاملين و أسرهم في هذه الجهات، على سبيل المثال: المستشفيات العسكرية
- المؤسسات الحكومية التخصصية: تتخصص هذه المؤسسات في تشخيص و علاج حالات مرضية معينة، على سبيل المثال العيادات المتخصصة في علاج الأمراض الصحية الصدرية
- المستوصفات و الوحدات العلاجية: هي مؤسسات صغيرة الحجم، تقتصر الخدمة فيها على إجراء الكشف الطبي ووصف العلاج للمرضى بالمجان أو مقابل رسوم محدودة نسبيا.
- المستشفيات الجامعية: و هي نوع من المستشفيات التي تلحق بكليات الطب، تقدم نفس خدمات المؤسسات العامة، و تحتوي على بعض الأقسام التعليمية من أجل ممارسة التدريب العملي لطلاب الكلية
- المؤسسات الخاصة: تختلف المؤسسات الخاصة عن المؤسسات الحكومية في أنها تكون ملك لأفراد أو جمعيات خيرية أو شركات خاصة، و يتم إدارتها وفقا لأسلوب إدارة الأعمال بالقطاع الخاص، مع سعيها الدائم لتحقيق الربح. من أهم أنواعها:
- مؤسسات بأسماء أصحابها: تحمل هذه المؤسسات أسماء أصحابها من أطباء و أساتذة، يتولى هؤلاء إدارتها و تقديم الخدمات في مجال تخصصهم، و ذلك مقابل الحصول على أتعاب يتم الاتفاق عليها مع المرضى. هذا النوع من المؤسسات يعتمد بالدرجـــة الأولى على الخبرة و المهـــارة و سمعة أصحابها، و كذا جودة ما يقدمونه من تخصصات صحية لمرضاهم،
- مؤسسات الجمعيات غير الحكومية: يقوم بإنشائها جمعيات غير حكومية مثل الجمعيـــات الدينية و الخيرية عن طريق الهبات و التبرعات التي تحصل عليها. و قد تأخذ شكل المؤسسات

[1] أحمد محمد غنيم، 2006مرجع سابق، ص.ص.31-40

العـــامة أو المؤسسات التخصصية و ذلك من حيث خدماتها التشخيصية، و لا تسعى إلى تحقيق الربح و إنما إلى لقديم خدمات صحية بالمجان أو بأسعار رمزية

- مؤسسات صحية استثمارية: يمتلكها و يديرها أفراد أو شركات خاصة بهدف تحقيق ارباح من الخدمات التي تقدمها. تأخذ شكل شركات المساهمة أو ذات المسؤولية المحدودة: و تكون خدماتها متخصصة في مجالات طبية معينة .

2. **التصنيف حسب الموقع و السعة السريرية:** تنقسم المؤسسات حسب هذا المعيار إلى ثلاثة أنواع:

- مؤسسات مركزية : التي تخدم تجمعات سكنية متوسطة تقع في ضواحي المدن، و تتراوح سعتها السريرية ما بين 100 و 500 سرير.
- مؤسسات المناطق الإقليمية: و التي تقوم بتقديم خدمات تخصصية لا تستطيع توفيرها أغلب المستشفيات الأخرى في منطقة ما، هذا و تتوقف سعتها السريرية على الاحتياجات الصحية للأفراد.
- مؤسسات محلية صغيرة: التي تقدم خدماتها لتجمعات سكنية صغيرة، و لا تزيد سعتها السريرية عن 100 سرير.
- التصنيف حسب معيار و جودة الخدمة الصحية المقدمة: تنقسم المؤسسات الصحية حسب هذا المعيار إلى:
- المؤسسات المعتمدة: هي تلك التي تعترف بها بعض الهيئات العلمية التخصصية الصحية بمستوى أفضل، مثل مستشفى الملك فيصل التخصصي في المملكة العربية السعودية.
- المؤسسات الغير المعتمدة: هي التي لا تمتثل لأي شروط أو ضوابط من قبل الهيئات المتخصصة.

3. **التصنيف حسب معيار التخصص**: تصنف المؤسسات الصحية حسب هذا المعيار إلى:

- مؤسسات عامة: تجمع بين أكثر من تخصص و قسم، و تخدم مناطق واسعة من سكان،
- مؤسسات متخصصة: تتخصص في علاج نوع واحد من الأمراض، مثل مستشفى الأمراض الصدرية.
- و هناك معايير أخرى لتصنيف المؤسسات الصحية، نذكر منها:[1]
- **الربحية**: حسب هذا المعيار هناك مؤسسات تسعى إلى تحقيق الربح و مؤسسات لا تسعى إلا تحقيق الربح، مثل المستشفيات ذات الطابع الديني الخيري.
- **مدة إقامة المريض**: حسب هذا المعيار هناك مؤسسات ذات إقامة قصيرة و مؤسسات ذات إقامة طويلة، مثل المستشفيات الخاصة بالاستعجالات، فمدة الاقامة فيها قصيرة مقارنة بالمستشفيات الخاصة بإعادة تأهيل المرضى.
- **الجنس**: حسب هذا المعيار فإنه هناك مؤسسات مخصصة لفئة معينة حسب جنس المريض مثل مستشفى أمراض النساء و التوليد.

[1] *تامر ياسر البكري إدارة المستشفيات*،2005 مرجع سابق .ص 29-31

- **العمر**: حسب هذا المعيار هناك 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، و ما فيما يلي عرض لأهم هذه الوظائف:[1]

1. **الرعاية الطبية و الصحية**: تعتبر الوظيفة الرسمية للمؤسسة الصحية، و تتمثل في الخدمات التشخيصية و العلاجية و التأهيلية و الاجتماعية و النفسية المتخصصة التي تقدمها الاقسام العلاجية و ما يرتبط بهذه الخدمات من خدمات مساعدة، التي يمكن حصرها في الآتي:[2]

– **الخدمات الفندقية**: هي الخدمات التي تهتم بإقامة المرضى، و في نفس الوقت تمثل مكان تواجد العنصر المعالج (تشخيصات طبية، خدمات شبه طبية)، و العنصر غير الطبي (صيانة، إطعام)، و كذا مكان تواجد أهالي المرضى و ذويهم.

– **الخدمات التقنية**: هي الوظيفة التي تجمع الوسائل التكنولوجية الثقيلة الخاصة بخدمات التشخيص و العلاج (مخابر التحاليل، أقسام الأشعة)، و تتم ممارسة مهام هذه الوظيفة استنادا إلى توصيات الأطباء.

– **الخدمات اللوجستية:** تتعلق بكل المهام التي تدعم النشاط الرئيسي، مثل إقامة المرضى و خدمات الإطعام و المواد الصيدلانية، و يمكن أن تنجز هذه الوظيفة من قبل قسم داخلي تابع للمؤسسة أو جهات خارجية خاصة.

– **الخدمات الإدارية**: تشمل هذه الوظيفة وحدات التوجيه، التنسيق و الرقابة، و كذلك و حدات إدارة الوسائل (الإدارة العامة، المالية، الموارد البشرية،....). و يرتبط حجم هذه الوظيفة بحجم المؤسسة الصحية نفسها، فقد تشمل عشرة اشخاص في المراكز الاستشفائية الصغيرة، و عشرات الأشخاص في المستشفيات الجامعية الكبيرة.

2. **التعليم و التدريب**: يفرض التطور في التقنيات و العلوم الطبية ضرورة تطور المهارات و خبرات كافة العاملين و المتخصصين في مختلف مجالات المهن الطبية من خلال التعليم و التدريب المستمر، وهذا ما تمثله المؤسسات الصحية خاصة الجامعية لما تملكه من إمكانيات و تجهيزات و مراكز تدريب للأطباء و أجهزة التمريض و الفنيين و الأخصائيين، و تنمية معلوماتهم عن الأمراض المختلفة و طرق علاجها، و تزويد الهيئات الطبية و المعالجة بالمهارات الازمة للتفاعل النفسي و الاجتماعي مع المرضى و منه تسهيل مهامهم في تشخيص المشاكل الصحية و علاجها، بالإضافة إلى نقل التجارب من ذوي الخبرة إلى الجدد منهم و تبادل المعلومات معهم.

[1] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، 2007مرجع سابق .ص.8-10

[2] ***Farida Djellal et al, L'Hôpital Innovateur : de l'Innovation Médicale à L'innovation de service*** édition Masson, Paris:, 2004 p 52.

3. **البحوث الطبية و الاجتماعية**: تسهم المؤسسات الصحية من خلال المعامل و المختبرات و ما تحتويه من تجهيزات، و سجلات طبية، و حالات مرضية متنوعة، و عناصر بشرية متخصصة مهنيا في توفير بيئة مناسبة لإجراء البحوث و الدراسات الطبية و الاجتماعية للمساهمة في تقدم العلوم الطبية، و تطوير الوسائل و الأساليب العلاجية.

4. **وقاية المجتمع من الأمراض**: تتمثل في وقاية أفراد المجتمع، وذلك بتوفير توفير الصحة للجميع و تشجيعهم على تفهم أهم المشكلات الصحية سعيا وراء القضاء عليها. و يتطلب الأمر ضرورة قيام المؤسسات الصحية بدور فعال في مجالات التوعية الصحية من خلال[1]:

- تنظيم الندوات للمرضى و ذويهم لتوعيتهم بالأسباب المؤدية إلى هذا المرض و طرق المحافظة على الصحة;
- إذاعة برامج للتوعية الصحية عن طريق الراديو و التلفزيون;
- إصدار نشرات تساعد على تفهم أفراد المجتمع لسبل تحقيق الوقاية من الأمراض المختلفة.

رغم تعدد تصنيفات المؤسسات الصحية و اختلاف الأنشطة التي تمارسها، إلا أن تقديم خدمات صحية هو الأساس الذي وجدت من أجله، بحيث سنتطرق إلى صنف من اصناف المؤسسات الصحية العمومية أو الحكومية بالتفصيل في المبحث التالي.

[1] ***أحمد محمد غنيم***،2006 مرجع سابق، ص 47.

المبحث الثاني: مدخل عام إلى المؤسسات العمومية الاستشفائية

بعدما تطرقنا إلى تصنيف و وظائف المؤسسات الصحية عموما، سوف نتطرق في هذا المبحث إلى نوع من هذه المؤسسات الذي يدخل في تكوين المنظومة الصحية الجزائرية، و هو المؤسسات العمومية الاستشفائية، و ذلك بعدما نسلط الضوء على مفهوم و معايير الخدمة العمومية.

المطلب الأول :المؤسسات العمومية الاستشفائية و الخدمة العمومية

أولا: الخدمة العمومية

لقد عرفها مستشار الدولة الفرنسي، المحافظ السابق لإصلاح الدولة "Jean Ludovic SILICANI " بأنها:

"مجموعة النشاطات الضرورية الموجهة للمصلحة العامة، تكون في متناول أكبر شريحة ممكنة، بسعر معقول و ظروف مماثلة[1]".

و عرفه الأستاذ شنوفي نور الدين على أنها: " جميع أنواع الخدمات التي من غير الممكن استغلالها إلا في إطار جماعي، و تتوفر بشكل إجباري، وفق قاعدة المساوات، و التي ينص عليها القانون و يكون من الضروري استغلالها بمعزل عن قواعد السوق، و تتحمل الدولة مسؤولية توفيرها و القيام بها من حيث أدائها و مراقبتها".

1. ضبط الخدمة العمومية:

يوحي مصطلح الخدمة العمومية بتلك الرابطة التي تجمع بين الإدارة العامة و المواطنين على مستوى تلبية الرغبات، و إشباع الحاجات المختلفة للأفراد من طرف الجهات الإدارية و المنظمات العامة، و ينصب مفهوم الخدمة العمومية في محورين[2]:

- **الخدمة العمومية كعملية:** يمكن اعتبار الخدمة التي تقدمها المنظمات الحكومية على أنها تمثل عمليات ذات طابع تكاملي ، تنطوي على مدخلات و تشغيل و مخرجات، أمل بالنسبة للمدخلات فهي ثلاثة يمكن أن تجرى عليها عمليات التشغيل لإنتاج الخدمة المطلوبة و هي:

الأفراد، الموارد، و المعلومات

- **الخدمة العمومية كنظام:** يتكون هذا النظام من أجزاء مختلفة تشمل:

أ. نظام عمليات التشغيل أو إنتاج الخدمة: وفقه تتم عمليات التشغيل على مدخلات الخدمة، لإنتاج العناصر الخاصة بها.

[1] عبد الرزاق كلتين ،تحسين الخدمة العمومية، مذكرة لنيل شهادة الماستر، جامعة خميس مليانة، سنة 2014 ، ص،ص44-45 .

[2] عشور عبد الكريم، دور الإدارة الالكترونية في ترشيد الخدمة العمومية، مذكرة لنيل شهادة ماجستير علوم سياسية، جامعة قسنطينة، الجزائر، 2010، ص 40.

ب. نظام تسليم الخدمة: وفقه يتم تجميع نهائي لعناصر الخدمة، ثم التسليم النهائي لها بإيصالها للمواطن طالب الخدمة .

2. معايير الخدمة العمومية:

من خلال نتائج الأعمال و الدراسات التي خلص إليها معظم العلماء الباحثين في مجال المناجمنت العمومي، أكدوا أن كل عملية التسيير لنشاطات الخدمة العمومية ينبغي عليها أن تستخدم قواعد مشتركة، تعد بمثابة قيم تستمد منها شرعيتها و صفاتها، و المتمثلة في المعايير التالية[1]:

أ. **معيار المساواة:** يعبر هذا المعيار عن عدم التمييز بين المواطنين على أساس الأصل أو المعتقد أو اللون أو الانتماء الحزبي، فهذا المعيار يفرض المساواة بين المستفيدين في حالة وجودهم في وضعيات متماثلة،

ب. **معيار الاستمرارية:** هذا المعيار يتطلب الأداء الدائم للخدمة العمومية، لضمان استمرار الرفاهية الاجتماعية، و الرقي العام للمواطنين من خلال توفير الحاجات الضرورية لهم،

ت. **معيار التطور:** هذا المعيـــار يسمح بتكيف محتوى الخدمـة العمومية مع التطـور الاجتمـاعي و التقدم التقني من جهة و احتياجات المستفيدين من جهة أخرى، مثلا بطاقة الشفاء، و معالجة العمليات بالنظم الآلية الحديثة،

ث. **معيار المجانية النسبية:** امتدادا لمعيار المساواة بين المواطنين في حالة ما إذا كانت وضعياتهم متباينة (من حيث مستوى الدخل)، يتم اعتماد سلم يبين هذا التباين بحيث يدرج في أعلى هذا السلم الخدمات العمومية التي يكون الوصول إليها مجانيا للجميع، مثل الصحة و الأمن .....إلخ، ثم ترتيب الخدمات تنازليا حسب نوعية الخدمة و مستوى دخل المستفيد، بحيث، تتعدد التسعيرات و تتدرج إلى غاية أسفل السلم، أين يقتضي معيار المساوات في التعامل، بالحصول على الخدمة العموميـة بمقابل، مثل أغلبيـة الخدمات العموميـة ذات الصفة الصناعيـة و التجاريـة كالسكن، و التزويد بالماء الصالح للشرب، السياحة و الترفيه، و يكون هذا التسعير خاضعا لثمن تقريبي قابل للمراجعة دوريا.

ج. **معيار الشمولية:** انطلاقا من مفهوم الخدمة العمومية كونها خدمة أساسية يكون حق الاستفادة منها مكفولا لكل المواطنين، لأنها تعتبر ضرورية في أغلب الأحيان، و من ثم ينبغي أن تكون في متناول جميع المواطنين، و السماح لهم بالوصول إليها بشروط مواتية لقدراتهم و مستويات معيشهم،

ح. **معيار الفعالية:** الخدمة العمومية هي كل الأنشطة التي ثبت فيها عجز السوق في التصحيح الذي يحصل في حالات الاستغلال غير المتوازن بين المناطق، فتوفير بعض الخدمات العمومية الجوارية، في مجال النقل و الاتصالات و الصحة و الأمن، و شق الطرق في المناطق ذات الكثافة السكانية الضعيفة، يسهم في خلق التوازن الجهوي و الحفاظ على مزاولة النشاطات خارج التجمعات السكانية الكبرى،

[1] عبد الرزاق كلتين ،تحسين الخدمة العمومية سنة 2014 ،مرجع سابق ، ، ص، ص، 49-50.

خ. معيار التضامن: الخدمة العمومية هي تعبير عن التضامن الاجتماعي بين المواطنين،تتولى الدولة قيادته و تجسيده ميدانيا، من خلال محاربة الفقر و الحرمان، بالمساهمة في تقليص الفوارق بين المواطنين، لذى فمهام الخدمة العمومية من منظور هذا المعيار تتجلى في جعل الخدمة العمومية ماديا و ماليا في متناول المعوزين، بالإضافة إلى المحافظة على الانسجام الاجتماعي و الشعور بالمواطنة، و كذا تشجيع الاستعمال الفعال و العادل للموارد.

ثانيا: المؤسسات العمومية الاستشفائية

تعد المؤسسات العمومية الاستشفائية، من المؤسسات التي لها دورا محوريا في استقطاب المرضى و تقديم الرعاية الصحية السريرية في المنظومة الصحية الجزائرية و الجدول الموالي يبين ذلك:

الجدول رقم (I-1):يتضمن عدد المؤسسات الاستشفائية، و عدد الأسرة المجهزة بها

نـــــوع المؤسسة	العدد	عدد الأسرة	مجموع الأسرة
مركز استشفائي جامعي (CHU) و مؤسسة استشفائية جامعية(EHU)	01+15	14.343	77.245 العمومية:71.770 الخاصة:5.475
مؤسسة استشفائية (EH)	09	1.476	
مؤسسة عمومية استشفائية (EPH)	204	40.175	
مؤسسة استشفائية متخصصة	76	12.552	
مؤسسة عمومية للصحة الجوارية (EPSP)	273	3.224	
مؤسسة استشفائية خاصة (EHP)	187	5.475	

المصدر: نقلا عن الموقع الالكتروني لوزارة الصحة www.sante.gov.dz

التعليق:

من خلال الجدول نلاحظ أن 56% من الأسرة على المستوى الوطني، موجود على المؤسسات العمومية الاستشفائية، ما يعكس أهمية هذه المؤسسات و الدور الذي تلعبه في تقديم الرعاية الصحية للمواطنين.

1. مفهوم و مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية:

حسب المادتين 2 و 3 من المرسوم التنفيذي 07-140 المؤرخ في 19 مايو 2007 فإن المؤسسة العمومية الاستشفائية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي. و توضع تحت وصاية الوالي، و تتكون المؤسسة العمومية الاستشفائية من هيكل للتشخيص و العلاج و الاستشفاء و إعادة التأهيل الطبي بحيث تتكفل بصفة متكاملة و متسلسلة، بالحاجات الصحية للسكان و تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات، كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي و التكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

2. مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية:

تتمثل المهام الجوهرية للمؤسسة العمومية الاستشفائية فيما يلي:

- ضمان تنظيم و برمجة توزيع العلاج الشفائي و التشخيص و إعادة التأهيل الطبي و الاستشفاء،
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة،
- ضمان حفظ الصحة و النظافة و مكافحة الأضرار و الآفات الاجتماعية،
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة و تجديد معارفهم،

3. تنظيم و تسيير المؤسسة العمومية الاستشفائية.

يسير كل مؤسسة عمومية استشفائية مجلس إدارة و يديرها مدير و تزود بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي[1].

يساعد المدير أربعة (4) نواب مديرين يكلفون على التوالي بما يأتي: (أنظر الملحق رقم 02)

- المالية و الوسائل،
- الموارد البشرية،
- المصالح الصحية،
- صيانة التجهيزات الطبية و التجهيزات المرافقة.

و يعيين نواب المديرين بقرار من الوزير المكلف بالصحة، حيث يشتمل التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية، الموضوعة تحت سلطة المدير، الذي يلحق به مكتب التنظيم العام و مكتب الاتصال، ما يلي :[2]

أ. المديرية الفرعية للمصالح الصحية:

وهي مسؤولة عن تنظيم و سير جميع المصالح الصحية و الأقسام التقنية، و بهذه الصفة يقوم المدير الفرعي للمصالح الصحية ب:

- -تقييم نشاطات المصالح الاستشفائية و الأقسام التقنية، من خلال إعداد تقارير أسبوعية، شهرية، فصلية و سنوية حول نشاطات المصالح و الأقسام،
- الاشراف عل تنظيم و سير المناوبة الطبية، الإدارية، و فرق شبة الطبي،
- التنسيق بين مختلف المصالح الاستشفائية، الإدارية و التقنية،
- متابعة أشغال اللجان التي لها علاقة بالأنشطة الصحية،
- التنسيق مع مكتب التكوين من أجل إحياء المناسبات الصحية و التظاهرات العلمية.

1 المادة 170 من القانون 08-13 المؤرخ في 20 يوليو 2008 الذي يعدل و يتمم القانون 85-05 و المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها، الجريدة الرسمية رقم 44 المؤرخة في 3 أوت 2008 ،ص4.

2 القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20 ديسمبر سنة 2009 الذي يحدد التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية.جريدة رسمية رقم 15 المؤرخ في 07 مارس 2010

و تشتمل المديرية الفرعية للمصالح الصحيـــة ثلاث مكاتب: مكتب القبـــول، مكتب التعاقـــد و حساب التكاليف، مكتب تقييم النشاطات الصحية و متابعتها.

ب. المديرية الفرعية للموارد البشرية:

و هي مسؤولة عن تسيير شؤون جميع الموظفين و العمال و المتعاقدين و عقود ما قبل التشغيـــل، و بهذه الصفة يقوم المدير الفرعي للموارد البشرية ب:

- إعداد المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية، و تنفيذ مختلف العمليات الواردة يه،
- تسيير تحركات المستخدمين تحت سلطة المدير،
- إعداد و تنفيذ المخطط السنوي للتكوين و فقا للتنظيم المعمول به،
- يسير تحت مسؤوليته الشخصية الملفات الإدارية لجميع المستخدمين.
- و تشمل المديرية الفرعية للموارد البشرية مكتبيين: مكتب تسيير الموارد البشرية و المنازعات، مكتب التكوين.

ت. المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية و التجهيزات المرافقة:

و هي مسؤولة عن كل أعمال صيانة التجهيزات المرافقة، و بهذه الصفة يقوم نائب المدير المكلف بالصيانة التجهيزات الطبية و التجهيزات المرافقة ب:

- إعداد و تنفيذ برامج صيانة التجهيزات الطبية و التجهيزات المرافقة،
- تحضير مشاريع العقود الخاصة بصيانة التجهيزات الطبية و التجهيزات المرافقة،
- الاشراف على الصيانة الوقائية و الصيانة التصحيحية،
- مهما تكن طبيعة التجهيزات الطبية و التجهيزات المرافقة، لا يسمح بإدخالها أو إخراجها من و إلى المؤسسة دون موافقة و مراقبة نائب المدير المكلف بالصيانة التجهيزات الطبية و التجهيزات المرافقة.

و تشمل هذه المديرية مكتبين: مكتب صيانة التجهيزات الطبية، مكتب صيانة التجهيزات المرافقة.

ث. المديرية الفرعية للمالية و الوسائل:

و هي مسؤولة عن القيام بأعمال المحاسبة الماديـــة و محاسبة المخـــزون، و يعد الحساب الإداري، و الوضعية المالية للمؤسسة كل ثلاثة أشهر.

- إعداد دفاتر الشروط الخاصة بالصفقات العمومية للمؤسسة و متابعتها،
- الاشراف على مخازن المؤسسة، من خلال بطاقة المخزون و إعداد الجرد،
- تسيير الميزانية تحت إشراف الآمر بالصرف،
- تسيير جميع مفاتيح المخازن، و تضمن مسؤولية الأعوان المكلفين بتموين و توزيع المواد،
- الاشراف على تنفيذ برامج صيانة و ترميم الهياكل، و مراقبتها.
- مسك مختلف السجلات المحاسبية،
- مهما تكن طبيعة المواد و السلع، لا يسمح بإدخالها أو إخراجها من و إلى المؤسسة دون موافقـــة و مراقبة نائب المدير المكلف بالمالية و الوسائل.

و تشتمل هذه المديرية على ثلاث مكاتب: مكتب الميزانية و المحاسبة، مكتب الصفقات العمومية، مكتب الوسائل العامة و الهياكل.

المطلب الثاني: الصيدلية الاستشفائية و المواد الصيدلانية

غالبا ما تحرص المؤسسة الخدماتية على ضمان وجود و تدفق العناصر المادية المتدخلة في عملية تقديم الخدمة، خصوصا إذا كانت الخدمة المقدمة هي الرعاية الصحية و المادة المتدخلة في عملية التقديم هي الدواء و المواد الصيدلانية.

أولا: عموميات حول نشأة و مفهوم الصيدلة

يرجع تاريخ علم الصيدلة إلى قدم وجود البشرية، وإن اختلف المفهوم اليوم إلا أن الهدف واحد و الحفاظ على النفس البشرية، فعلم الدواء كجزء من علوم الصيدلة نشأ مع اللحظة التي وجد فيها الانسان و التي تزامن معها تعرضه للأمراض، الأمر الذي دفع و حرك الرغبة في داخله إلى إيجاد علاج فعال و مؤثر لهذا الداء، و ذلك عائد إلى طابع الغريزة الانسانية، و تعود البدايات الأولى أو الانطلاقة الحقيقية لعلم الصيدلة إلى شخص يدعى اوروكالدينا [1] نسبة إلى مدينة أور الكلدانية، وهو أول إنسان في التـــاريخ قام بتحظير الدواء و معالجة المرضى، أي أنـــه قـــام بدور الطبيب و الصيدلي بنفس الوقت الأمر الذي كان شائعا في تلك العصور الغابرة، و أعقب ذلك ظهور الطب و الصيدلة في العصرين الأشوري و البابلي و بعدها حضارة واد النيل أو ما عرف بمصر القديـــمة و الحضارة الصينية و تأليف العديد من الكتب في مجال الصيدلة، كما شهدت الحضارة الهندية تقدم المعرفة الصيدلانية من خلال عدد من المؤلفات و الكتب في هذا المجال، أما اليونان و الإغريق فقد كان لهم باع طويل في مجالي الطب و الصيدلة و خصوصا بعد ظهور أرسطو [2] و هو أول من قال أن العلاج يبدأ بالحمية و الوقاية و بعد ذلك يأتي دور الدواء، فلم يحبذ استعمال الدواء إلا في الحالات القصوى مع أنه كان صيدليا بارعا.

أما في عهد الإسلام فقد عرفت الصيدلة إشراقا و عهدا مميزا تجلى في فصل مهنة الصيدلة عن الطب لأول مرة في تاريخ البشر [3]، فمن الملاحظ أن الإسلام جعل المعرفة الصيدلانية و من قبلها الطبية في مستوى من التميز تتحقق منها الفائدة المرجوة لعموم البشر، كما أنه وضع الأسس السليمة للطب الوقائي و العلاجي، واشتهر المسلمون ببناء المستشفيات خصوصا في العصر العباسي كما عرفوا الصيدليات بشكلها المستقل، فأقيمت أول صيدلية في بغداد أيام الخليفة أبو جعفر المنصور عام 780 كذلك أصبح في كل مدينة عميد للصيادلة يقوم بامتحان الصيادلة و منحهم رخص العمل في هذا المجال، و من أشهر الأطباء المسلمين العالم ابو بكر الرازي و مؤلفه الحاوي

[1] *جهاد الموجز في تاريخ الصيدلة*، الطبعة الأولى، دار اليازوري، عمان،2006 ص 39.

[2] *عمر محمد عودة عريقات المسؤولية المدنية للصيدلي عن الخطأ الدوائي*،الطبعة الأولى،الدار العلمية الدولية،عمان،2016ص 35.

[3] *د.العلمي، الدواء من فجر التاريخ إلى اليوم*، المجلس الوطني للثقافة و الأدب، الكويت، 1998صفحة 19.

فهو موسوعة صيدلانية كيميائية، و الشيخ الجليل ابن سينا، و داود النطاكي و الزهراوي و جابر ابن حيان إضافة إلى البيروني صاحب كتاب الصيدلة.

أما في أوربا فإن أول تنظيم حقيقي لمهنة الصيدلة فقد كان في عهد الإمبراطور الألماني فريدرك الثاني، الذي قام بإصدار قانون خاص بتنظيم مهنة الصيدلة، و بعد ذلك بدأ العلماء في تطوير علم الصيدلة و اكتشاف العقاقير و الأدوية بالإضافة إلى إنشاء المستشفيات و الصيدليات و إصدار القوانين و الأنظمة التي تنظم مزاولة مهنة الصيدلة و تحدد شروطها.

من خلال ما تقدم من سرد تاريخي مختصر لتطور مهنة الصيدلة لدى الحضارات والعصور المختلفة يتضح أن تطور علم و مهنة الصيدلة لم يأت دفعة واحدة وإنما يتقدم كل يوم، وهذا رهين باستمرار إجراء الأبحاث و الدراسات في هذا المجال إلى أن وصل بنا الأمر اليوم إلى ظهور ما يعرف بالصيدلية الإلكترونية، و التي كان أول ظهور لها في بريطانيا عام 1999 و التي من خلالها يتم بيع الأدوية عن طريق الأنترنت، حيث تطور هذا المبدأ ليصل إلى المجال الاستشفائي، حيث تستعمل أكبر المستشفيات في العالم الصيدلية الاستشفائية الالكترونية.

ثانيا : مهام و مسؤولية الصيدلي

بعدما تطرقنا في بداية هذا المطلب إلى البدايات التاريخية لمهنة الصيدلة و تبلور مفهوم الصيدلة، سوف نتطرق إلى مفهوم الصيدلي و فقا لعدة تشريعات و قوانين منها قانون الصحة الجزائري.

1. مفهوم الصيدلي:

لقد جاءت مهنة الصيدلة لتكمل مهنة الطب، فبعد أن يقوم الطبيب بفحص المريض و تشخيص حالته المرضية يقوم بوصف العلاج المناسب له و من ثم يأتي دور الصيدلي، فأصل لفظ صيدلية منقول إلى العربية من الهندية و أصلها "جنديابي" و الجندن هو الصندل و هو من العطور المعروفة عند العرب و استعمله قدماء الهنود كدواء[1].

و قد ظهرت تعريفات قديمة لمهنة الصيدلة لعل أبرزها هو تعريف البيروني، فقد عرفها هذا الأخير على أنها : "معرفة العقاقير المفردة بأجناسها و أنواعها و صورها المختارة لها و خلط المركبات مع الأدوية، و الذي يعلوها في الرتبة هو معرفة قوى الأدوية المفردة و خواصها"[2]

كما عرفها الفقيه راؤول ميشال بأنها: "مهنة علمية و فنية و تجارية"[3]

أما في قانون الصحة الجزائري فتتوقف مهنة الصيدلي طبقا لمقتضيات المادة 197 من القانون 85-05 المؤرخ في 16 فبراير سنة 1985 على رخصة يسلمها الوزير بناء على الشروط التالية :

1 د.العلمي 1998: المرجع السابق صفحة 25

2 د.الفتلاوي،: التشريعات الصحية، الطبعة الأولى، مكتبة دار الفكر، عمان ،1997 ص ص83، 84

3 د. **نور الشرع: مسؤولية الصيدلي الجنائية**، الطبعة الأولى، داروائل للنشر و التوزيع، عمان،2008 ص 16

- أن يكون طالب هذه الرخصة حاصلا على شهادة الصيدلة أو شهادة أجنبية معترف بمعادلتها،
- أن لا يكون مصابا بعاهة أو بعلة مرضية منافية للممارسة المهنة،
- أن لا يكون قد تعرض لعقوبة مخلة بالشرف،
- أن يكون جزائري الجنسية، و يمكن استثناء هذا الشرط على أساس المعاهدات و الاتفاقيات التي أبرمتها الجزائر و بناء على مقرر يتخذه الوزير المكلف بالصحة،

فتمارس مهنة الصيدلة في القطاع الخاص أو في القطاع العام طبقا لمقتضيات المادة 201 من القانون الصحي المذكور أعلاه، و يُلزم الصيادلة العاملين في القطاع الخاص طبقا للمادة 209 من نفس القانون على القيام بالمناوبة و ذلك تحت طائلة عقوبات إدارية ، و يتعيّن على الصيادلة الامتثال لأوامر التسخير الصادرة من السلطة العمومية.

2. الصيادلة العامين في الصحة العمومية ومهامهم

أمّا الصيادلة العاملين في القطاع العام أي في الهيئات الصحية العمومية، فإنهم يكونون في وضعية الموظفين الدّائمين و يتصفون بهذه الصفة و بالتالي يخضعون إلى الأمر 06-03 المؤرخ في 15 يوليو 2006 و المتضمن القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية.

و يضمّ سلك الصيادلة العامين في الصحة العمومية ثلاثة (03) رتب كما اقتضت أحكام المادة 30 من المرسوم التنفيذي 09-393 المؤرخ في 24 نوفمبر 2009، و المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العامين في الصحة العمومية، هي:

- صيدلي عام في الصحة العمومية،
- صيدلي عام رئيسي في الصحة العمومية،
- صيدلي عام رئيس في الصحة العمومية.

و يقوم الصيادلة العامون في الصحة العمومية بضمان الأبحاث و التحليلات البيولوجية و التحضيرات الصيدلانية و تسيير و توزيع المواد الصيدلانية و التربية الصحية ، بالإضافة إلى مساهمتهم في تكوين مستخدمي الصحة[1].

أما الصيادلة العامون الرّئيسيون في الصحة العمومية ، فهم زيادة على قيامهم بالمهام الخاصة بالصيادلة العامون في الصحة العمومية التي رأيناها سابقا ، يتولون أيضا بضمان الخبرات البيولوجية و التسمّمية و الدوائية.

و أمّا الصيادلة العامون الرؤساء ، فهم زيادة على المهام المسندة إلى الصيادلة العامين الرّئيسيين في الصحة العمومية التي رأيناها أعلاه ، يقومون بالإضافة إلى ذلك بضمان تأطير البرامج الوطنية للصحة المتعلقة بمجال تخصّصهم و إعداد و تقييم خطط العمل السنوية لأنظمة اليقظة

[1] المادة 31 المرسوم التنفيذي 09-393 المؤرخ في 24 نوفمبر 2009، و المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العامين في الصحة العمومية، الجريدة الرسمية رقم 70 المؤرخة في 29 نوفمبر 2009 ،ص11.

بخصوص الأدوية و العتاد الطبي و المواد الكاشفة و الدم ، و كذا ترقية الدراسات فيما يخصّ اقتصاد الأدوية و ضمان النوعية[1].

و بالنسبة للمناصب العليا الخاصة بالصيادلة العامين في الصحة العمومية فإنه يوجد منصب عالي واحد هو "صيدلي منسق" الذي يتم تعيين فيه الصيادلة العامين الرّئيسيين الذين يثبتون على الأقل (03) ثلاث سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة، أو يتم تعيين فيه أيضا الصيادلة العامين في الصحة العمومية الذين يثبتون (10) عشر سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفـــة، و تتمثل مهام الصيدلي المنسق إضافة إلى مهام الأسلاك الثلاثة المذكورة آنفا، في ضمان المسؤولية التقنية للهياكل التابعة لمجال اختصاصه.[2]

ثالثا: المواد الصيدلانية

يُعرّف الدواء عن طريق عرضه أو تقديمه، و يُقصد أن أي منتوج يُعرّف بأنه دواء عندما يتمّ وصفه أو التوصية عليه على أساس امتلاكه لخصائص، علاجية أو وقائية ، و ذلك منذ قرار المحكمة العليا الفرنسية المؤرّخ في 1958/03/04[3] ، و عرفه المشرع الجزائري في بادئ الأمر في المادة 170 من القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فبراير 1985 الذي يتعلق بحماية الصحة و ترقيتها، على أنه كل مادة أو تركيب يعرض لكونه يحتوي على خاصيات علاجية أو وقائية من الأمراض البشرية أو الحيوانية، و كل المواد التي يمكن تقديمها للإنسان أو الحيوان، قصد القيام بالتشخيص الطبي أو استعادة وظائفها العضوية أو تصحيحها أو تعديلها.

فحسب قانون الصحة الجزائري يقصد بالدواء كل:[4]

- كل مادة أو تركيب يعرض لكونه يحتوي على خاصيات علاجية أو وقائية من الأمراض البشرية أو الحيوانية و كل المواد التي يمكن وصفها للإنسان أو للحيوان قصد القيام بتشخيص طبي أو استعادة وظائفه العضوية أو تصحيحها و تعديلها،
- كل مستحضر وصفي يحضر فوريا في صيدلية تنفيذا لوصفة طبية،
- كل مستحضر استشفائي محضر بناء على وصفة طبية و حسب بيانات دستور الأدوية بسبب غياب اختصاص صيدلاني أو دواء جنيس متوفر أو ملائم لصيدلية مؤسسة صحية و الموجه لوصفه لمريض أو عدة مرضى،
- كل مستحضر صيدلاني بدواء محضر في الصيدلية حسب بيانات دستور الأدوية أو السجل الوطني للأدوية و الموجه لتقديمه مباشرة للمريض،

1 المادتين 32 و 33 مرجع سابق

2 المادتين 55 و 58 من نفس المرسوم

3 Code de la santé publique, 19ème édition DALLOZ, Paris, 2005, p. 552.

4المادة 170 من القانون 08-13 المؤرخ في 20 يوليو 2008 مرجع سابق،

- كل مادة صيدلية مقسمة معرفة بكونها كل عقار بسيط أو كل منتوج كيميائي أو كل مستحضر ثابت وارد في دستور الأدوية[1] و المحضر سلفا من قبل مؤسسة صيدلانية و التي تضمن تقسيمه بنفس الصفة التي تقوم بها الصيدلية الاستشفائية ،
- كل اختصاص صيدلاني مسبقا و يقدم وفق توضيب خاص و يتميز بتسمية خاصة،
- كل دواء جنيس يتوفر على نفس التركيبة النوعية و الكمية (المبادئ) الفاعل (الفاعلة) و نفس الشكل الصيدلاني دون دواعي استعمال جديدة و المتعاوض مع المنتوج المرجعي نظرا لتكافئه البيولوجي المثبت بدراسات ملائمة للتوفر البيولوجي،
- كل كاشف الحساسية وهو كل منتوج موجه لتحديد أو إحداث تعديل خاص و مكتسب للرد المناعي على عامل مثير للحساسية،
- كل لقاح أو سمين أو مصل و هو كل عامل موجه للاستعمال لدى الانسان قصد إحداث مناعة فاعلة او سلبية او القصد تشخيص حالة المناعة،
- كل منتوج صيدلاني إشعاعي جاهز للاستعمال لدى الانسان و الدي يحتوي على نوكليد أو عدة نوكليدات إشعاعية[2]،
- كل منتوج ثابت مشتق من الدم،
- كل مرّكز تصفية الكلى أو المحاليل التصفية الصفاقية،
- الغازات الطبية.

يقصد بمثيل الدواء[3] :

- مواد النظافة ومنتوجات التجميل التي تشمل على مواد سامة بمقادير و كثافة تفوق ما يحدده بقرار الوزير المكلف بالصحة،
- منتجات التغذية الحموية التي تحتوي على مواد غير غذائية، تمنحها خاصيات مفيدة لصحة البشرية،
- الجسيمات المعدلة وراثيا أو جسيمات تعرضت لتعديل غير طبيعي طرأ على خصائصها الأولية بإضافة جين واحد علة الأقل أو حذفه أو تعويضه و التي تستعمل في العلاج أو إنتاج الأدوية أو اللقاحات.

و يقصد بالمواد الصيدلانية:

- الأدوية
- الكواشف البيولوجية

1 جاء هذا المصطلح " دستور الأدوية " مقابل للمصطلح التقني في نفس المادة باللّغة الفرنسية Pharmacopée و الذي يُقصد به حسب التعريف الوارد في المُنجد الطبي "لاروس" Petit LAROUSSE de la médecine المجموعة الرّسمية للقواعد و المعلومات الضرورية للصيدلي ، التي تمكّنه بممارسة وظيفته

2 جاءت في نسخة اللغة الفرنسية radionucléides

3 المادة 171 المعدلة و المتممة من القانون 08-13 المؤرخ في 20 يوليو 2008 ، مرجع سابق

- المواد الكيميائية الخاصة بالصيدليات
- المنتجات الغلينية[1]
- مواد التضميد
- النوكليد الإشعاعي و هـــو نظير الإشعاعي
- الإضمامة[2] و هي كل مستحضر ناتج عن إعادة تشكيل أو تركيب مع نوكليدات إشعاعية في المنتوج الصيدلاني النهائي
- السلف[3] و هو كل نوكليد إشعاعي يسمح بالوسم المشع لمادة أخرى قيل تقديمه للإنسان
- كل المواد الاخرى الضرورية للطب البشري

رابعا: الصيدلية الاستشفائية

تعتمد الخدمة الطبية المقدمة في المستشفيات على شقين أساسين: هما تشخيص الطبيب المعالج و الدواء الذي يوصي به.

1. مفهوم الصيدلية الاستشفائية

طبقا للمادة 180 من القانون الصحي المعدل و المتمم بالقانون 08-13 المؤرخ في 20 يوليو 2008، فإنه يجب تسليم الأدوية ذات الاستعمال الاستشفائي الواردة في المدوّنات الوطنية للمواد الصيدلانية المستعملة في الطب البشري التي يصفها الممارسون الطبيون في المؤسسات الاستشفائية العمومية بصفة مجانية للمرضى المقيمين بهذه المؤسسات، و كذا الأمر أيضا بالنسبة للمرضى الخاضعين للعلاج بدون الإقامة فيها أي في إطار العلاج غير الاستشفائي Soins ambulatoires.

بما أن تأمين الدواء الموصي به بالنوعية المناسبة و بالكمية اللازمة أمر يقوم به قسم الصيدلية فإنه يبدو جلياً أهمية دور هذا القسم في تقديم الخدمات الطبية للمرضي بالمستشفيات، و يعتبر تنظيم الأدوية بكفاءة و فعالية في المستشفى مصدر مهم في رعاية المريض و يساهم بالدرجة الأولى في علاجه، و تقع هذه المسؤولية بالدور الأول على عاتق صيدلية المستشفى،

تعتبر صيدلية المستشفى مصلحة طبية – تقنية – إدارية مسؤولة على احترام عدة معايير معتمدة وطنيا و دوليا لضمان توفير المنتوجات الصيدلانية بجودة عالية ضرورية لسلامة المرضى و هذا تحت مسؤولية صيدلي الذي يتولى تسيير هذه الصيدلية.

1 يُقصد بمصطلح غليني Galénique حسب القاموس الطبي " لاروس " Petit LAROUSSE de la médecine هو ما يتعلق بالمستحضرات الخاصة بالأدوية و بعملية إعداد الأدوية التي يقوم بها الصيادلة إمّا في المخابر الصيدلانية الصناعية أو في محلات صيدلياتهم

2جاء في النص الفرنسي لنفس المادة ما يُقابل مصطلح الإضمامة كلمة : Trousse

3 جاء ما يُقابل هذا المصطلح في النص الفرنسي لنفس المادة كلمة : Précurseur

2. مهام الصيدلية الاستشفائية:

تؤدي الصيدلية العديد من المهام في المجال تأمين وتوزيع وصرف الأدوية و المستلزمات الطبية ومن هذه المهام[1]:

1. استلام الوصفات الطبية التي يشير بها الطبيب المعالج و التأكيد من سلامة الوصفات من حيث حجم الجرعة و حساسية المريض للدواء الموصوف وعدم وجود أدوية متضادة يحظر استخدام أحدها في حالة استخدام الآخر و تجهيز هذه الوصفات وبيان سمياتها وكيفية ومرات تناولها أو استخدامها

2. تحضير وتركيب بعض الأدوية والمحاليل والمراهم وغيرها من المستحضرات الصيدلية وتعبئتها في العبوات الخاصة بها

3. تنظيم إجراءات توزيع الأدوية على المرضي المنومين في المستشفى بما يكفل سلامة وسرعة وصولها إليهم وتعويض ما نقص من رصيد أدوية و مستلزمات محطات التمريض بأجنحة المرضي المنومين وقسم الطوارئ وغرف العمليات

4. تأمين الأدوية و المستحضرات الصيدلية التي يحتاجها المستشفى في الوقت المناسب وبالجودة المطلوبة من المصادر المناسبة وبالكمية وبالأسعار الملائمة و مع تخزينها بالطرق المناسبة بما يكفل سلامة حفظها وسرعة تناولها

5. حفظ نماذج الوصفات الطبية و مستندات صرف لوازم الاقسام العلاجية من الصيدلية بما يكفل تسجيل المنصرف اليومي منها وإعداد معدلات صرفها بما يؤدي إلى تحديد رصيدها و تأمين ما قارب النفاد منها

6. تحديث دليل الأدوية بالمستشفى (Hospital Formulary) بما يؤدي إلى أعلام الأطباء بالمتاح بالصيدلية من الأدوية و المستحضرات الطبية بجانب الجديد الوارد إلى صيدلية المستشفى منها توضيح الإجراءات اللازمة لصرف بعض الأدوية مثل الأدوية المهدئة و المخدرات و المنبه وتلك المحتوية على مواد كحولية أو على مواد سامة التي تصرف عادة وفق ضوابط خاصة ونماذج معينة تعتمد في بعض المستشفيات غالباً من رئيس الهيئة الطبية

7. الاشتراك في برامج تعليم وتدريب طلبة كليات الطب والتمريض فيمد يتعلق بعلم العقاقير (Pharmacology) وكذلك في البحوث الإكلينيكية المتعلقة ببعض العقاقير المستخدمة.

و يعتمد نمط التنظيم في القسم الصيدلية وخاصة في المستشفيات الكبيرة على التنظيم الوظيفي المرتكز على تقسيم الصيدلية إلى وحدات تنظيمية بحيث تختص كل وحدة منها بأداء وظيفة رئيسية معينة ويمكن وفقاً لهذا النوع من التنظيم تجزئة كل وظيفية رئيسية إلى عدد من الوظائف الفرعية بحث يخصص لكل منها لشعبة يتحدد حجمها على ضوء النشاطات التي تقوم بها،

[1] Guide d'organisation et de fonctionnement de la pharmacie hospitalière, royaume du Maroc, union européenne, Appui technique pour l'amélioration de la gestion et de l'organisation des pharmacies hospitalières, Document élaboré et rédigé par : Pr Patrice TROUILLER, Chef de mission – Expert en pharmacie hospitalière ,Maroc , mai 2013 p66.

3. **الصيدلية المركزية للمستشفيات**:(Pharmacie centrale des hôpitaux (PCH

أنشأت الصيدلية المركزية للمستشفيات بموجب المرسوم التنفيذي رقم 293/94 المؤرخ في 25 سبتمبر 1994 الذي يتضمّن إنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات و تنظيمها و عملها المعدّل و المتمّم بالمرسوم التنفيذي رقم 457/11 المؤرخ في 28 ديسمبر 2011[1] ، و ذلك في شكل هيئة عمومية ذات طابع صناعي و تجاري لها الشخصية المعنوية و الاستقلال المالي ، و تم وضعها تحت وصاية وزارة الصحة و جعل مقرّها في مدينة الجزائر مع إمكانية إنشاء ملحقات لها بقرار من وزير الصحة.

و تحوز الصيدلية المركزية على حق حصري في مجال استيراد و تسويق المنتوجات المشتقة من الدم و المنتوجات المخدرة و منتوجات الأشعة الصيدلانية[2] ، و دعمت الدولة صلاحيات الصيدلية المركزية على خلفية أزمة الدواء التي عرفتها البلاد، بهدف القضاء على أزمة الدواء و ندرته في نقاط البيع بالتجزئة على مستوى الصيدليات الخاصة و كذا على مستوى صيدليات المؤسسات الاستشفائية العمومية، فأصبحت المهام المنوطة بالصيدلية المركزية للمستشفيات في إطار السياسة الوطنية للصحة العمومية كما يلي:[3]

- تموين المؤسسات العمومية للصحة بالمنتوجات الصيدلانية و المستلزمات الطبية في إطار إجراء الشراء لحساب الغير لصالح هذه المؤسسات ،و تحدد قائمة هذه المنتوجات بمقرر من الوزير المكلف بالصحة،
- إعداد برامج التموين و إنجازها انطلاقا من الإنتاج الوطني،
- إعداد برنامج استيراد المنتوجات الصيدلانية على أساس الحاجيات الوطنية المعبر عنها من طرف الوزارة المكلفة بالصحة،
- تسويق المنتوجات الصيدلانية لصالح المؤسسات العمومية و الخاصة للصحة،
- تسويق المنتوجات الصيدلانية لدى المؤسسات المعتمدة المكلفة بتوزيع المنتوجات الصيدلانية و الصيدليات،
- القيام بتنفيذ أعمال ضبط التموين بالمنتوجات الصيدلانية طبقا للتشريع و التنظيم المعمول بهما،
- إنتاج الأدوية لاسيما الأدوية الجنيسة،
- القيام بتوضيب المنتوجات الصيدلانية ،
- إنشاء نقاط لبيع المنتوجات الصيدلانية بالتجزئة و الموجهة لضمان توفر هذه المنتوجات عبر التراب الوطني،
- تقديم مساعدة تقنية في إطار الشراكة لكل متعامل ينشط في مجال الصناعة الصيدلانية، كما تكلف الصيدلية المركزية في إطار تبعات الخدمة العمومية، بحيازة مخزون استراتيجي من المنتوجات الصيدلانية، يضمن ستة (6) أشهر من التغطية يوجه هذا المخزون لضمان توفير المنتوجات الصيدلانية لاسيما في حالات عجز المونين، أو عدم تطابق المنتوجات ،أو وقف مؤقت أو دائم لتصنيع المنتوجات.
- حيازة مخزون تنظيم النجدة من المنتوجات الصيدلانية من منتوجات صيدلانية للإسعافات الأولية

1 المادة 4 مكرر1 من المرسوم التنفيذي رقم 457/11 المؤرخ في 28 ديسمبر 2011 المعدل و المتمم للمرسوم التنفيذي رقم 293/94 المؤرخ في 25 سبتمبر 1994 الذي يتضمّن إنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات و تنظيمها و عملها، جريدة رسيمة رقم 1 ،المؤرخة في 14 جانفي 2012، ص 47

2 نفس المرجع ، ص 48.

و منتوجات التطهير و مكافحة انتشار الأوبئة و الأمراض. تحدد الوزارة المكلفة بالصحة قائمة هذه المنتوجات وكمياتها ،

- تموين المؤسسات العمومية للصحة بالمنتوجات الصيدلانية الموجهة لمعالجة الأمراض النادرة و الأمراض التي تكون فيها حياة الإنسان مهددة،
- تموين المؤسسات العمومية للصحة بالمنتوجات الصيدلانية التي تدخل في إطار البرامج الوطنية للوقاية و المخططات الوطنية للصحة.

ويتم اقتناء هذه المنتوجات من طرف الصيدلية المركزية على أساس الكميات التقديرية و التي تبلغها إياها الوزارة المكلفة بالصحة في بداية السداسي الثاني من السنة الجارية كأقصى أجل للسماح للصيدلية المركزية بالشروع في إجراءات الاقتناء للسنة المقبلة.

خلاصـــــة:

لقد سلطنا الضوء في هذا الفصل على الصحة و الخدمة الصحيـــة، و الخدمة العمومية و معاييرها، و كذلك المؤسسة الصحية و أنواعها و تصنيفاتها، لنركز على نوع هام من أنواع المؤسسات الاستشفائية التي تلعب دورا محوريا في تقديم الرعاية الصحية الاستشفائية في الوطن، كما تلعب الصيدلية الاستشفائية دورا فعالا في تسيير المواد الصيدلانية، و فلا يمكننا فحص المريض و تشخيص الداء دون صرف الدواء المناسب له و في الوقت المناسب له، لاستكمال عملية الاستشفاء.

الفصل الثاني

تمهيد:

غالبا ما تحرص المؤسسة الخدماتية على ضمان وجود و تدفق العناصر المادية المتدخلة في عملية تقديم الخدمة، خصوصا إذا كانت الخدمة المقدمة هي الرعاية الصحية و المادة المتدخلة في عملية التقديم هي الدواء و المواد الصيدلانية،

تعتبر مكانة الدواء شيئا محوريا داخل المنظومة الصحية بشكل عام، و لهذا السبب يكون للتدبير الدوائي انعكاسات كبيرة إما سلبا أو إيجابا بشكـــل مباشر أو غير مباشر على صحة المواطنـــين، و يكون هذا التجسيد جليا بشكل أكبر داخل المؤسسات الاستشفائية، فحسن التسيير و ضبط الآليات المنظمة لدورة الدواء داخل المستشفى لضمان توفره في الوحدات السريرية يحافظ على جودته وكمياته اللازمة وتعقب أثره، بحيث ينعكس أي خلل في التدبير الدوائي على السير العام للمستشفى و مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، ففي هذا الفصل سنلقي الضوء على ، إجراءات اقتناء المواد الصيدلانية في المؤسسات العمومية الاستشفائية، و إجـــــراءات تخزينـــها، و أليات تسييرها و المحافظة عليها من الهدر و السرقة و انتهاء صلاحيتها لتصل إلى المريـــض المناسب و في الوقت المناسب في آخر الدورة.

المبحث الأول: شراء و تخزين المواد الصيدلانية بالمؤسسة الاستشفائية

المطلب الأول: إجراءات شراء المواد الصيدلانية

إن إنتاج السلع أو تقديم الخدمات يعتمد بشكل أساسي على توافر المواد والآلات والمعدات وكافة المستلزمات اللازمة للعمل في أي منظمة سواء كانت تنتج سلعا أو تقدم خدمات وبغض النظر فيما إذا كانت هذه المنظمة ربحية أم غير ربحية، إذ لا تستطيع أي منظمة العمل دون توفير المستلزمات اللازمة لها، فالمواد وغيرها من المستلزمات يجب أن تتوفر في الوقت المناسب من حيث الكمية والنوعية المناسبتين وفي المكان وبالسعر المناسبين.

أولا: مفهوم عملية الشراء

لقد تطورت وظيفة الشراء في الآونة الأخيرة، وغيرت إدارة المنظمات نظرتها المحدودة لها حتى أضحت وظيفة الشراء أكثر من مجرد القيام بعمليات شراء روتينية فتضمنت عمليات التخطيط للشراء ورسم السياسات المتعلقة به واختيار مصادر الشراء المناسبة وتنفيذ إجراءاته بهدف تخفيض تكلفة الشراء لأدنى حد ممكن وهذا كله يعكس مدى أهمية هذه الوظيفة في الوقت الحالي.

إن عملية الشراء ما هي إلا عملية اقتصادية تتجسد في الحصول على خدمة أو منتوج بمقابل مالي، وبذلك يعتبر الشراء كنشاط مسؤول عن اقتناء وتوفير المواد من سلع وخدمات بجودة تتطابق مع المواصفات المطلوبة والمحددة سلفا لتؤدي الغرض المطلوب منها وبكمية لا تقل أو تزيد عن الكميات التي تحددها احتياجات العمل والتشغيل ومستلزمات الإنتاج وبسعر مناسب يتم الحصول عليه بإتباع طرق الشراء الصحيحة وباختبار أفضل المصادر الممكنة كالتوريد في الوقت المناسب الذي تحدده احتياجات العمل و العملاء وبما يضمن عدم توقف العمل والإنتاج.[1]
ولا تعتبر عملية الشراء هدفا في حد ذاتها بل وسيلة لتحقيق الأهداف التي وجدت من اجلها المؤسسة سواء كانت تلك المؤسسة إنتاجية أو خدماتية، فوظيفة الشراء من الوظائف الهامة في أي مؤسسة ولها مركز مميز على الخريطة التنظيمية.

ويمكن تعريف وظيفة الشراء على أنها إحدى وظائف المؤسسة المسؤولة عن توفير احتياجاتها من المواد والسلع والخدمات ومن مستلزمات الإنتاج المختلفة وفقا لسياسات محددة وتخطيط مسبق وبما يخدم جميع أنشطة المؤسسة ويؤدي إلى تحقيق الأهداف التي وجدت من اجلها وذلك بالكمية الصحيحة والجودة المناسبة والسعر الصحيح وفي الوقت المناسب وبالمكان الصحيح وذلك بالتنسيق مع الإدارات الأخرى.[2]

---

[1] الطالبة بحدادة نجاة "تحديات الامداد في المؤسسة الصحية"، 2012/2011 مرجع سابق ،ص 118

2 Fréderic Bernard et Eric Salviac, Fonction achats : contrôle interne et gestion des risques, édition Maxima, Paris,2009, p 17.

ومع تطور المفاهيم الإدارية أصبحت وظيفة الشراء تشمل بمعناها الواسع جميع الأنشطة والعمليات المنحصرة من مرحلة التفكير في الشراء ومن ثم تحديد الحاجة وحتى مرحلة التسليم وفحص السلع المشترات على اختلاف أنواعها وفق تنظيم يضمن اعتبارات الجودة والكمية والسعر والمصدر والوقت وحفظها في الأماكن المناسبة.

ثانيا: شراء المواد الصيدلانية في المؤسسات العمومية الاستشفائية

ووفقا لدراسة أجراها Jerome Geominne (2006) حول وظيفة الشراء في المراكز الاستشفائية الفرنسية وجد ان مشتريات السلع والخدمات تمثل نسبة من **15 %** إلى **20 %** من ميزانية المستشفى وهو أمر جعل هذه الوظيفة تكتسي اهتماما خاصا لدى الباحثين لما لها من تأثير لا يستهان به على مالية المستشفى.[1]

وفي ظل القيود المالية التي تلقي أكثر فأكثر بثقلها على إدارة المؤسسات الصحية تستطيع وظيفة الشراء أن تسهم بشكل معتبر وواضح في التحكم في النفقات الاستشفائية من جهة، ومن جهة أخرى فلوظيفة الشراء قدرة إسهام هامة في التحسين من نوعية تشغيل المؤسسات الصحية وفي تحولاتها.

و تعد عملية شراء المواد الصيدلانية في المؤسسات الاستشفائية العمومية عملية جد معقدة و مقننة، و خاضعة لقانون الصفقات العمومية، مع مراعاة الاعتمادات المالية الممنوحة و ذلك في ضل احترام مبدأ سنوية الميزانية، و تتم عملية شراء المواد الصيدلانية بعد دراسة محكمة لتحديد الحاجات، و التي تحظى بعناية خاصة من طرف الصيدلي مسير الصيدلية (الذي يحصي المواد المتواجدة داخل المخازن، و المواد التي تسجل نقص) و كذا مجموع الواصفين و ذاك من خلال مختلف المجالس و كذا اللجان التي تمت دراستها سابقا، و هذا من أجل تحديد لمدونة الأدوية الخاصة بكل مصلحة لضبط اعداد الطلبيات بشكل محكم.[2]

بعد تحديد الحاجات و إجراء جرد عام عن الأدوية و المواد الصيدلانية الموجودة في المخازن، تأتي إجراءات الشراء و ابرام الصفقات و التي يقوم بها مكتب الصفقات العمومية التابع للمديرية الفرعية للمالية و الوسائل، والتي تخضع لتنفيذ صارم لأحكام قانون الصفقات العمومية. [3]

1 Jérôme Geominne, Optimiser la fonction achat : l'exemple du centre hospitalier de Lens, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP), RENNES, 2006, p 02

2 Circulaire N° 007/sp/min/msprh/05 relative a la gestion des produits pharmaceutiques dans les établissements publics de santé, p5

3 نفس المرجع ص2.

1. إجراءات قانون الصفقات العمومية:

أ. **مفهوم الصفقات العمومية:**

الصفقات العمومية عقود مكتوبة ، تبرم بمقابل مع متعاملين اقتصاديين و فق شروط، لتلبية حاجات المصلحة المتعاقدة في مجال الأشغال و اللوازم و الخدمات و الدراسات.[1]

و تبرم الصفقات العمومية قبل الشروع في تنفيذ الخدمات، ولا تصح و لا تكون نهائية إلا إذا وافق عليها مدير المؤسسة العمومية، الذي بإمكانه أن يفوض صلاحياته في هذا المجال إلى مسؤول مكلف.

ب. **إجراءات إبرام الصفقات العمومية:**

تبرم الصفقات العمومية وفقا لإجراء طلب العروض الذي يشكل القاعدة العامة أو وفق إجراء التراضي.

- طلب العروض: هو إجراء يستهدف الحصول على عروض من عدة متعهدين متنافسين، مع تخصيص الصفقة للمتعهد الذي يقدم أحسن عرض من حيث المزايا الاقتصادية.
- التراضي: هو إجراء تخصيص صفقة لمتعامل متعاقد واحد، دون الدعوة الشكلية إلى المنافسة.

2. عملية اختيار المونين:

إن عملية اختيار المونين للمواد الصيدلانية، في المؤسسات العمومية الاستشفائية تختلف بالاختلاف المادة فإذا كانت أدوية، فالمورد هو الصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH) ، لحصولها على حق حصري ببيع الأدوية بنص قانوني كما رأينا سابقا، أما إذا كانت المادة عبارة عن لقاحات، فالمورد هو معهد باستور كذلك لأن لديه حق حصري، بنص قانوني فهو المورد الوحيد للقاحات على المستوى الوطني، أما إذا كانت المادة خاصة بمصلحة أمراض الكلى (غسيل الكلى)، فالمورد هو شركة الصناعات الطبية و الجراحية (IMC)، ليس لحصولها على حق حصري بنص قانوني، بل لأنها الوحيدة التي تسوق هذه المواد في التراب الوطني، إذن المؤسسة العمومية الاستشفائية تتعاقد مع الموردين الثلاث بصيغة التراضي، أما ما تبقى من المواد الصيدلانية (المستهلكات) فتلجأ المؤسسة إلى إجراء طلب العروض لاختيار المورد.

المطلب الثاني: التخزين و تسيير مخزون المواد الصيدلانية

تحتفظ كل منظمة بمخزون ما، ولما كان هذا المخزون مرتفع الثمن فانه يحتاج إلى إدارة فعالة، ولكن لماذا تحتفظ المنظمات على اختلاف أنواعها بالمخزون ؟ الإجابة الرئيسية على السؤال هي أن المخزون يواجه تقلبات الطلب وحالة عدم التأكد من جانبي العرض والطلب وبما أن المنظمات مهما كان حجمها تحتفظ بمخزون ما فان مشكلة المخزون تعد من المشاكل الشائعة. هذا من جهة، ومن جهة أخرى، أصبحت إدارة المنظمة تولي اهتمامها بهذه الوظيفة وبإجراءاتها السليمة وكذا الرقابة على المخزون وحمايته من الأخطار فقد أصبحت هذه الوظيفة تحتل جزءا حيويا في

[1] المرسوم الرئاسي رقم 15-247 المؤرخ في 16 سبتمبر2015 يتضمن تنظيم الصفقات العمومية و تفويضات المرفق العام، المادة رقم 2 الجريدة الرسمية رقم 50، ص 12.

المنظمات على اختلاف أنواعها سواء الصناعية أو التجارية أو الزراعية أو الخدماتية عمومية كانت أو خاصة.

أولا: التخزين

1. مفهوم المخزون و عملية التخزين

يمكن تعريف المخزون بأنه :"عبارة عن مجموع المواد التي تمتلكها المؤسسة، و هي مخزنة من أجل بيعها أو استعمالها في نشاط المؤسسة سواء كان عاديا، أو متخصصا لعملية الإنتاج، و بعبارة أخرى هو عبارة عن مؤونة من المواد الأولية، سلع، منتجات .....تنتظر الاستعمال"

و يمكن تعريف عملية التخزين على أنها: "المحافظة على المواد مهما كان شكلها و طبيعتها الفيزيائية و الكيميائية ضمن شروط السلامة إلى حين استعمالها، و هو معدل للتدفق المادي كميا و زمنيا" [1]

و من خلال هذا التعريف نلاحظ أن التخزين يمس ثلاث أبعاد:

- **البعد الأول:** الحفظ ضمن شروط السلامة، و نقصد به حفظ المواد ضمن الشروط الموضوعية للحفظ حسب طبيعة المادة الشكلية و الفيزيائية و الكيميائية و الاقتصادية و قيمتها السوقية حفظا يمنعها من التلف و الاحتراق و الكسر و السرقة.....الخ.
- **البعد الثاني:** منظم للتدفق المادي عبر الزمن، و نقصد به توقيت خروج و إدخال الكميات المناسبة إلى المخازن، حيث يضمن هذا البعد التزامن مع الحاجـــة و لا يخل بها بعجز أو بفـــائض. و نقصد بالكمية المناسبة تلك الكمية التي تمنع الانقطاع و التقادم و تجميد الأموال و تخفض التكاليف إلى حدها الأدنى المناسب.
- **البعد الثالث:** التناسب الكمي و الزمني، ونقصد به تنظيم التوازن في الكمية و الزمن، حيث تخرج الكمية المناسبة أو تدخل في الوقت المناسب لها.

2. تسيير المخازن:[2]

تختلف إدارة المخزون في مفهومها عن إدارة المخازن، فإدارة المخازن تهتم أساسا بالأماكن أو المباني أو المستودعات المخصصة للاحتفاظ بالأصناف المختلفة من المواد التي تتعامل فيها المنشاة، وذلك من حيث مواقع أو مساحات تلك الأماكن وطرق ترتيب المواد داخلها ووسائل المناولة المستخدمة في تداولها، أعمال التسلم والحفظ أو الوقاية والصرف وما يرتبط بها من سجلات أو نماذج ومستندات وأيضا القوى العاملة المناسبة كما ونوعا للقيام بهذه الأعمال

[1] علي كساب ،تسيير المحزون مقاربات مختلفة، ديوان المطبوعات الجامعية ،الجزائر 2013، ص ص 45،55.

2 "الدلائل الإرشادية الخاصة بتخزين الأدوية الأساسية وغيرها من المستلزمات الصحية . 2003 .آرلينغتون،فرجينيا ,John Snow : Inc./DELIVERبالتعاون مع منظمة الصحة العالمية بالنيابة عن الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية ص، ص 13، 25.

أ. **استلام المواد الصيدلانية:**

عند استلام المواد الصيدلانية يجب القيام بما يلي:

- التأكد من وجود مساحة كافية للتخزين،
- إعداد وتنظيف الأماكن المخصَّصة لاستلام المنتجات وتخزينها،
- فحص العبوات لتحديد المنتجات التالفة أو المنتهية الصلاحية،
- عد الوحدات لكل منتج تم تسلمه، و مقارنته بوصل الاستلام،

ب. **ترتيب المواد الصيدلانية:** ترتيب أماكن التخزين و الأرفف كما يلي:

في حالة استخدام المنصات النقالة، يتوجب ترتيب الصناديق على المنصات

- على ارتفاع لا يقل عن 10 سم من الأرض،
- على بعد لا يقل عن 30 سم من الجدران والمجموعات الأخرى،
- بعلو لا يزيد على 2,5 م (قاعدة عامة).
- ينبغي اتباع توجهات المصنع أو القائم بالشحن عند ترتيب المواد المخزنة، فضلاً عن ضرورة اتباع إرشادات اللصقات الخاصة بظروف التخزين ،
- ينبغي وضع المنتجات السائلة على الأرفف السفلى أو أسفل الكومة،
- لابد من تخزين المنتجات التي تتطلب درجة برودة في مناطق ملائمة يتم التحكم في درجة حرارتها،
- يجب تخزين المنتجات العالية القيمة/والعالية الأمن في مناطق ملائمة من الناحية الأمنية،
- ينبغي فصل المنتجات التالفة أو المنتهية الصلاحية عن المخزون الصالح للاستخدام دون أدنى تأخير، كما يجب التخلص منها باتباع الإجراءات المتبعة في هذا المجال،
- لابد من تخزين كل المستلزمات بالصورة التي تسمح بتطبيق سياسة: ما ينتهي مفعوله أولاً يصرف أولاً (FEFO) في إدارة المخزون،
- ينبغي ترتيب الصناديق بحيث يكون السهم لأعلى، فضلاً عن وضوح رؤية اللاصقة، وتاريخ انتهاء الصلاحية، وتواريخ التصنيع. فإذا لم يتيسر ذلك، فيتوجب تدوين اسم المنتج، وتاريخ الانتهاء بوضوح على الجانب الظاهر للعيان.

كما ينبغي أن يكون لدى كل المخازن الصيدلانية نظام لتصنيف وترتيب الأدوية، مع ضرورة التأكُّد من معرفة كل العاملين بالنظام المستخدم، و هذه بعض الأنظمة الشائعة والمتبعة في ترتيب لأدوية:

- الترتيب الأبجدي وفقاً للاسم الجنيس: وغالباً ما يظهر سواء في المؤسسات الاستشفائية الكبيرة أو الصغيرة، فعند استخدام مثل هذا النظام، ينبغي تغيير اللاصقات عند مراجعة وتحديث قائمة الأدوية الرئيسية ،
- الفئة العلاجية أو الدوائية: وتفيد أكثر في المخازن الصغيرة أو المستوصفات البسيطة، ولاسيَّما عندما يكون مسير مخزن على دراية بعلم الصيدلة،
- شكل الجرعة: تأخذ الأدوية أشكالاً مختلفة كالأقراص، والشراب، والحقن، والاستخدام الخارجي مثل المراهم والكريمات. وفي ظل هذا النظام، يتم تصنيف الأدوية وفقاً لشكل الجرعة. وداخل كل

جزء يتم استخدام نظام خاص بكل شكل سواء الثابت أو السائل أو شبه السائل لتخزينه. وقد يستخدم أي أسلوب للتصنيف في تنظيم المواد بشكل أكثر دقة،

- تكرار الاستخدام: يجب وضع المنتجات الكثيرة والسريعة الاستخدام في المدخل أو بالقرب من مكان الإخراج. وينبغي استخدام هذا النظام بمصاحبة نظام آخر،
- الكمية العشوائية: تحدد مساحة معينة للتخزين، أو خانة تخصص لتدوين الرف، وكيفية الوصول إليه، ومكان المنتج على الرف و يتطلَّب هذا النظام نظاماً حاسوبياً،
- ترميز المستلزمات: فكل بند له رمز خاص به وبمكانه، ويتمتع هذا النظام بأعلى درجة من المرونة، ولكنه الأكثر تجريداً، فالعاملون بالمخزن ليسوا بحاجة إلى معرفة أي معلومات فنية عن المنتج لتشغيل النظام، حيث إن الرموز تتضمن المعلومات اللازمة لتخزين المنتج بصورة سليمة، مثل درجة الحرارة المطلوبة، ودرجة الأمن، والقابلية للاشتعال. ويلائم هذا النظام تماماً نظم الإعلام الآلي للرقابة على المخزون.

ت. ظروف التخزين الخاصة:

تحتاج بعض المنتجات إلى التخزين في بيئة يخضع الوصول إليها للرقابة، فلابد من تحديد المنتجات المعرضة لخطر السرقة، أو إساءة الاستخدام، أو التي يمكن إدمانها، مع ضرورة توفير المزيد من الأمن لمثل هذه المستلزمات. ويسري هذا على المنتجات التي يتزايد الطلب عليها، أو التي يسهل إعادة بيعها (ذات القيمة في السوق السوداء).

فغالباً ما تتضمن القوائم الوطنية للأدوية العديد من المخدرات والأدوية النفسانية التأثير؛ ولا تخلو قوائم أي صيدلية من واحد أو اثنين من هذه النوعيات، وفي ما يلي أمثلة على ذلك:

- **المخدرات**: المورفين، مستحضرات الأفيون، البيتيدين، الديامورفين، البابافيرين، هيدروكودون، اكسيكودون، وثنائي إلبيبانون، وترامادول.
- **المواد الأفيونية المفعول والمسكنات القوية:** البنتمازوسين، والكودين، والثنائي الهيروكودين، والبروبوكيفين، والديكستروموراميد، والبوبرينورفين.
- **الأدوية النفسانية التأثير:** وتطلق غالباً على مجموعة الأدوية المسماة (ببنزويازيبين) الأدوية المهدئة والمضادة للاكتئاب، وأكثرها شيوعاً الديازيبام والتيمازيبام، والنترازيبام، والفلونترازيبام، والأوكسازيبام (دواء مهدئ ومرخ للعضلات).

فبعض الأدوية المذكورة آنفاً تتطلب رقابة عليها، ويتم تداولها تحت مظلة رقابة دولية؛ حيث إن هذه الأدوية تتطلب اهتماماً بالغاً. وهنالك إجراءات محدَّدة لمشتريات، واستلام، وتخزين، وتوزيع، وإدارة هذه المواد الخاضعة للرقابة و التي تستدعي استخدام نماذج طلب خاصة

كما تجدر الإشارة بالنسبة للأدوية الأخرى، بما فيها الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية، والتي تستخدم في علاج مرض الإيدز والعدوى بفيروسه، فينبغي تخزينها في مرافق مراقبة، نظراً لندرتها، وارتفاع تكلفتها، وزيادة الطلب عليها.

ث. الرقابة على إمكانية الوصول إلى المواد المخزنة:

في حالة وجود منتجات تتطلب أمناً إضافياً، فلابد من إرساء نظام للرقابة على الوصول إلى المخزون، ويتضمن هذا تخزين المنتجات في غرفة منفصلة مغلقة، أو خزانة، أو قفص مغلق داخل مرفق التخزين.

ففي الأوضاع المثلى، يوجد جرس أو ضوء للتحذير في حالة الوصول للمنتج بصورة غير ملائمة، ولا يسمح بالوصول إلى مكان المنتجات الخاضعة للرقابة إ لا للصيد لي أ و كبير أمناء المخزن، و موظف آخر فقط.

كما يجب تحديد عدد المفاتيح ا لخاصة بأماكن التخزين المراقبة، والاحتفاظ بقائمة الأفراد المسموح لهم بالاحتفاظ بهذه المفاتيح.

ج. المواد السريعة الاشتعال:

هناك بعض السوائل السريعة الاشتعال والتي يعتاد وجودها في صيدليات المؤسسات الاستشفائية مثل الاسيتون، والأثير التخديري، والكحوليات (قبل التخفيف) والكيروسين،

و ينبغي تخزين المواد السريعة الاشتعال في مكان منفصل بعيداً عن حجرة التخزين الرئيسية، ويفضل خارجها، ولكن بنفس المبنى، وعلى بعد 20 متر على الأقل من المباني الأخرى. وينبغي الاحتفاظ بمستلزمات إطفاء الحريق في متناول اليد و في مكان يسهل الوصول إليه. فالكميات الكبيرة من المواد السريعة الاشتعال يجب ألا يحتفظ بها مع الأدوية في نفس المكان،

أما الكميات المحدودة من المواد السريعة الاشتعال فقد يحتفظ بها في خزانة فولاذية في منطقة جيدة التهوية، بعيداً عن اللهب المكشوف والأجهزة الكهربائية. وتوضع علامة على الخزانة تشير إلى وجود سوائل سريعة الاشتعال، وكذا الرمز الدولي الدال على وجود مواد خطرة. كما ينبغي تصميم أرفف الخزانة بالشكل الذي يسمح باحتواء وعزل الانسكابات. ويجب دائماً تخزين المواد السريعة الاشتعال في الحاوية الأساسية.

فالسوائل السريعة الاشتعال لها نقطة وميض خاصة بكل نوع منها، وهي تمثِّل أدنى درجة للحرارة يؤدي فيها السائل إلى تكوين بخار بكثافة كافية لتكوين مزيج قابل للاشتعال، مع وجود هواء بالقرب من سطح السائل. ونقطة الوميض هذه تدل على الحساسية للاشتعال:

- فنقطة وميض الأسيتون و الأثير التخديرى -18 درجة مئوية،
- ونقطة وميض الكحوليات المخففة تتراوح ما بين 18 و 23 درجة مئوية،
- ونقطة وميض الكيروسين تتراوح ما بين 23 و 61 درجة مئوية.

فليس من الضرورة تخزين المواد السهلة الاشتعال في درجة أقل من نقطة الوميض الخاصة بها، ولكن ينبغي تخزينهم في أبرد محل ممكن، وتجنُّب ضوء الشمس المباشر، ومن الضروري السيطرة على معدل التبخر وتجنب الضغط.

ح. مواد التآكل:

تتضمن مواد التآكل أو الأكسدة والتي يغلب وجودها في المستشفيات أو المرافق الأخرى رفيعة المستوى، ثلاثي كلور الأسيتيك، وحمض الأسيتيك الثلجي، ومحلول النشادر المركز، ونترات الفضة، ونترات الصوديوم، وحبيبات هيدروكسيد الصوديوم، و ينبغي دائماً تخزين مواد التآكل بعيداً عن المواد السريعة الاشتعال، ويفضل تخزينها في خزائن فولاذية منفصلة لمنع التسرب. وينبغي استخدام قفازات ونظارات ملائمة للوقاية من النوع المستخدم في الصناعة عند التعامل مع هذه المواد.

خ. التحكم في درجات الحرارة:

- **الرطوبة:** في حالة وجود ملصق على المنتج يشير إلى ضرورة "الحماية من الرطوبة"، يتم تخزين المنتج في مكان لا تزيد الرطوبة النسبية فيه على 60 % وينبغي مراعاة الأمور التالية للحد من آثار الرطوبة:

- التهوية: يتم فتح النوافذ أو مخارج الهواء في المخزن للسماح بدوران الهواء[1]. التأكد من وجود سواتر على كل النوافذ لمنع دخول الحشرات والطيور. ويتم وضع قضبان أو تكون النوافذ ضيقة الفتحات بما لا يسمح لأي فرد بتسلقها. يتم وضع الصناديق على منصات نقالة ويتم التأكد من وجود مسافات كافية بينها وبين حائط غرفة التخزين،

- التعبئة: التأكد من كافة السدادات، و لا يجوز فتح أي صندوق جديد إلا في حالة الضرورة لذلك،

- الدوران: يتم استخدام مروحة لضمان دوران الهواء النقي (الخارجي)، وقد نحتاج إلى مروحة سقف في حجرات التخزين الكبيرة، إلا أن المروحة القائمة قد تكون أكثر فائدة في حجرات التخزين الصغيرة.

وهذا يتطلب وجود كهرباء وأعمال صيانة،

- التكييف: يمكن استخدام تكييف هواء إن أمكن ذلك، ويعتبر هذا الحل باهظ الكلفة، ويتطلب توافر الكهرباء والصيانة الدورية وفقاً للظروف المناخية، قد يكون ماص الرطوبة حلاً أفضل، إلا أنه أيضاً يتطلب توافر الكهرباء والمتابعة الدورية لتفريغ الحاويات،

- **أشعة الشمس:**

تتسم بعض المنتجات الصحية بحساسيتها للضوء، مثل الفيتامينات، والنورسيميد، الكلوروفينيرامين، والماليات، والهيدروكورتيزون، ومنتجات اللاتكس وفلم الأشعة ،ولحماية المنتجات من أشعة الشمس ينبغي حجب النوافذ أو استخدام ستائر في حالة وجود أشعة شمس مباشرة، و الاحتفاظ بالمنتجات في الصناديق على أن لا يتم تخزين أو تعبئة المنتجات في ضوء

1 Elle respect au minimum les caractéristiques de la classe 8 de la nome NF EN IOS 14644-1 au repos dans toutes les zones de conditionnement. Guide de bonnes pratiques de pharmacie hospitalière, 1 ère édition jun 2001, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Bureau de l'ingénierie et des techniques hospitalière , 75350 Paris

الشمس، و استخدام البلاستيك غير النفاذ أو الزجاج المعتم للمنتجات التي تتطلب ذلك، مع محاولة زراعة الأشجار حول المبنى لتوفير الظل، مع تفقدها بصورة دورية للتأكد من سلامة الفروع والتي قد تضر بالمرفق .

- **الحرارة:**

وكما رأينا سالفا أن الحرارة قد تؤثر على العديد من المنتجات، فهي قد تؤدي إلى ذوبان المراهم والدهانات وقد تسبب فقدان بعض المنتجات الأخرى لفعاليتها، إن اتباع الدلائل الإرشادية الخاصة بحماية المنتجات من أشعة الشمس والرطوبة قد تفيد في حماية المنتجات من الحرارة، لذى يجب وجود مقياس للحرارة في أماكن متعددة في المخزن لمراقبة درجة الحرارة،

كما يجب وجود حجرة تبريد و كذا الثلاجات فبعض المنتجات مثل بعض اللقاحات تحتاج إلى نقلها داخل سلسلة تبريد ويتم تخزينها في درجة حرارة -20 درجة مئوية، و بعض المنتجات تكون شديدة الحساسية للحرارة، ولكن لا يجوز تجميدها، وبالتالي يتم الاحتفاظ بها في الجزء الأول والثاني من الثلاجة (لا يجوز وضعها في المجمد نهائياً)

د. إنشاء مخزن المواد الصيدلانية:

عند إنشاء المخزن يتم مراعاة ما يلي:

- الموقع: يجب أن يكون المخزن متاحاً لكل المصالح أو الوحدات الاستشفائية التي يقوم بخدمتها، والوضع الأمثل، أن يكون المخزن قائما بذاته في قسم منفصل لتعزيز الأمن والحد من الاختناقات البشرية المرورية. و التأكد من اتساع الطريق للسيارات الكبيرة التي قد تأتي للمخزن،
- الظل: يتم اختيار مكان المخزن في منطقة يمكن بها زراعة الأشجار لتوفير الظل والتخفيف من درجة الحرارة المرتفعة،
- صرف المياه: يتم بناء المخزن على أساس مرتفع للسماح لمياه الأمطار بالصرف من المخزن، وإذا أمكن يتم انتقاء مكان المخزن على أرض مرتفعة،
- سهولة الوصول: يتم اختيار مكان المخزن بحيث يسهل استلام وتوزيع الأدوية، وقد يكون هذا المكان بالقرب من الطريق الوطني،
- الأمن: توفير الأمن الكافي للمخزن لتأمينه ضد الحرائق والسرقة...،وما إلى ذلك، وغالباً ما تستخدم الأسوار أو الجدران المحيطة لتحسين الأمن والرقابة على الدخول.

ثانيا: تسير مخزون المواد الصيدلانية

عندما نتكلم عن تسيير المخزون، فإننا نتكلم عن الوظيفة المكلفة بذلك، و هي نظام جزئي وظيفي مفتوح على باقي الأنظمة الجزئية الوظيفية، فموضوع هذه الوظيفة هي التخزين كاحتفاظ حيث تحافظ على المواد المخزنة

(المخزون) إلى حين استعمالها و تعمل على تعديل التدفق المادي للمواد المخزنة بأدوات و وسائـــل و آليات تعديل، هذا التعديـــــل يمس الكميـــة و الوعاء (المخزون و المخزن) و الفترة والتـــوقيت

و السياسات و الإجراءات و القواعد، و لا يتم ذلك إلا بتوصيف ظاهرة التخزين توصيفا دقيقا يحدد خصائصها المطابقة لخصائص الرغبة في وجود حالة مثلى للظاهرة، كما يتوجب التأكيد هنا على الاختلاف الجوهري بين تسيير المخزون (إدارة المخزون) و تسيير المخزن (إدارة المخازن).[1]

1. تقنيات إدارة المخزون:

أ. نموذج كمية الطلب الاقتصادية:

ويطلق عليه أحيانا نموذج التحليل الكلاسيكي اعترافا بأهميته وترجع أول إشارة إليه إلى Harris.F عام 1915، وهو يسمح بحساب كمية الطلبية المثلى والوقت بين طلبين لمنتوج ما ، بحيث يقوم على التساؤلات التالية: متى يتم تقديم الطلبية؟ وما هي الكمية التي يجب طلبها؟

ويقوم هذا النموذج على عدة افتراضات هي :

- ثبات حجم الطلب، أي الطلب على السلعة ثابت لا يتغير.
- ثبات وقت تسليم الطلبيات وعدم تأثره بالعوامل الخارجية.
- ثبات سعر الوحدة وعدم تأثره بحجم الكمية المراد شراؤها.
- ثبات تكاليف إعداد الطلبيات وعدم تأثرها بتغير حجم الطلبية.
- عدم تجاوز حجم الطلبية الواحدة حجم الاستخدام للفترة الزمنية المعينة.
- استلام الطلبية يتم دفعة واحدة وليس على دفعات.
- القيام بإعادة الطلب عند وصول مستوى المخزون من المادة إلى نقطة إعادة الطلب والتي يتم تحديدها مسبقا.
- الفترة الزمنية بين طلب البضاعة واستلامها (فترة الانتظار) ثابتة ومعروفة.
- مخزون الأمان معدوم ولا يقبل نفاذ المخزون.

فإذا تمعنا في دورة مخزون واحدة فإننا نجد انه عند نقطة ما يتم اصدار أمر شراء بالكمية Q التي تصل فورا ويتم استخدامها بمعدل ثابت D حتى لا يبقى أي مخزون ، عندئذ يتم اصدار أمر شراء جديد وتصل الكمية الجديدة فورا ويكون طول الدورة هو T [2].

وبذلك تكون الكمية الداخلة في المخزون Q تساوي الكمية الخارجة منه D.T فالنموذج يفترض أن يكون مستوى المخزون عند البداية وعند النهاية يساوي 0 .

الكمية الداخلة في المخزون في الدورة = الكمية الخارجة من المخزون في الدورة

$$D.T = Q$$

1علي كساب، 2013 ، مرجع سابق ص 52 .

[2] الطالبة بحدادة نجاة "تحديات الامداد في المؤسسة الصحية"، 2012/2011 مرجع سابق ص130

- اشتقاق معادلة الكمية الاقتصادية للشراء:

نلخص في الجدول الموالي أهم المتغيرات التي تدخل في إيجاد الكمية الاقتصادية للطلب:

المتغيـــــر	الرمـــــز
الكمية المطلوبة	Q
زمن الدورة	T
الطلب	D
تكلفة الوحدة	CU
تكلفة إعادة الطلب	CR
تكلفة الاحتفاظ	CH

ومن بين كافة المتغيرات السابقة فان المتغير الوحيد الذي يكون للمنظمة سيطرة عليه هو المتغير الخاص بالكمية التي يعاد طلبها فيمكن للمنظمة أن تحدد أي قيمة تشاء لهذه الكمية في حين تخرج المتغيرات الأخرى عن نطاق سيطرتها.

ويفترض نموذج Wilson ثبات باقي المتغيرات ويستهدف النموذج أساسا الوصول إلى المعادلة الرياضية التي تحدد القيمة المثلى للكمية المطلوبة Q ومن ثم T بمعلومية باقي المتغيرات. و بهذا المعنى فان القيمة المثلى هي تلك التي تصل بالتكاليف الإجمالية إلى أدنى حد ممكن.

وللحصول على الكمية الاقتصادية للشراء نمر بثلاث خطوات هي:

- إيجاد التكلفة الإجمالية لدورة المخزون الواحدة.

- قسمة هذه التكلفة على طول الدورة للوصول إلى تكلفة العنصر بالنسبة لوحدة الزمن.

- تدنية هذه التكلفة بالنسبة لوحدة الزمن.

$$CT = \frac{Q.CH}{2} + \frac{D.CR}{Q} + D.CU$$

$$CV + D.CU = \frac{Q.CH}{2} + \frac{D.CR}{Q} + D.CU$$

$$CV = \frac{Q.CH}{2} + \frac{D.CR}{Q}$$

ويمكن الوصول إلى القيمة الدنيا للتكلفة الإجمالية بالنسبة لوحدة الزمن CT بإجراء التفاضل بالنسبة ل Q

والمساواة بالصفر كما يلي :

$$\frac{d\,(CT)}{dQ} = \frac{CR.D}{Q^2} + \frac{CH}{2} = 0$$

$$Q_0 = \sqrt{\frac{2\,CR\,D}{CH}}$$

والمعادلة الأخيرة تمثل الحجم الأمثل للطلبية أو الكمية الاقتصادية للشراء ويرمز لها بالرمز Q_0.
وتجيب هذه المعادلة عن السؤال: ما هي الكمية التي ينبغي طلبها ؟
ويمكن الوصول إلى الطول الأمثل لدورة المخزون من المعادلة: Q=D.T
فإذا أحللنا Q ب Q_0 فانه يمكن الوصول إلى الطول الأمثل لدورة المخزون T_0 حيث: $T_0=\frac{Q_0}{D}$

الطول الأمثل لدورة المخزون $T_0 = \sqrt{\frac{2\,CR}{D.CH}}$

و بالتالي:

$$C_0V=\sqrt{2.CR.CH.D}$$

$$C_0T= CU.D+ C_0V$$

رغم بساطة استعمال نموذج Wilson نظريا ، فهو يفرض شرط ثبات الاستهلاك على مستوى عدة فترات وبعبارة أخرى فان النموذج لا يستطيع ان يمس سوى تخطيط الطلبيات ذات الأحجام الموحدة والمتشابهة
و لفترات ثابتة، مما يجعله غير مناسب لاستهلاك المواد الصيدلانية ، لأن استهلاك هذه الأخيرة يتم في ظروف على أرض الواقع أقل ما يقال عنها أنها عشوائية تعيشها المؤسسة الاستشفائية في ظل المتغيرات الاقتصادية (مشكل الندرة) و كذا مشاكل التسيير.

ب. مبدأ باريتو أو النظام الثلاثي في الرقابة على المخزون:

في القرن الثامن عشر وأثناء قيام Vilfredo Pareto بدراسة تهدف إلى معرفة توزيع الثروة في مدينة ميلان بايطاليا، وجد أن 20% من الناس تملك 80% من الثروة.
إن هذا المنطق وهو منطق القلة يمتلكون أغلبية الثروة والأكثرية يمتلكون القلة قد توسع ليشمل حالات كثيرة، وهو ما تجسد في أنظمة المخزون حيث أن بعض الوحدات القليلة من المخزون تشكل الحجم الأكبر من الاستثمار، كما أن هذا المبدأ يعرف بمبدأ Pareto.
إذن فمبدأ باريتو في الرقابة على المخزون يقوم على أساس التركيز على عدد قليل من عناصر المخزون والتي تكون قيمتها مرتفعة، إن هذا بالتأكيد لا يعني تجاهل عناصر المخزون الأخرى التي تمثل في معظم الحالات حوالي 80% من عناصر المخزون، ولكن هذه العناصر من المخزون لا تحتاج إلى نفس الدرجة من الدقة والإجراءات الرقابية و بناء على هذا المبدأ فإنه يتم تقسيم المخزون إلى ثلاث مجموعات رئيسية من الأنواع وفقا لأهميتها وقيمة الاستخدام السنوي منها[1].
إذ تمثل عناصر القسم "A" قمة هذا النظام من إجمالي عناصر المخزون، لذلك يحتاج هذا القسم إلى رقابة دقيقة وشديدة ويحتل نسبة مرتفعة من إجمالي الأموال المنفقة على النظام الرقابي.

[1] تسيير المحزون مقاربات مختلفة، علي كساب ، ديوان المطبوعات الجامعية 2013 ، ص 182

أما عناصر القسم "B" فتمثل درجة ثانية من جهد نفقات الرقابة ونسبته لا تتعدى 20 % من إجمالي الأموال المنفقة على النظام الرقابي لعناصر المخزون.

وبالنسبة لعناصر القسم C فتمثل أقل الأقسام حاجة إلى الجهود والنفقات الرقابية.

و يحتاج تطبيق هذا النموذج إلى الإجابة على مجموعة من الأسئلة:

- ما هي نوع البيانات التي يجب ان تتوفر في المؤسسات حتى تتمكن من تطبيق هذا النموذج في الرقابة على المخزون؟
- ما هي الخطوات التي يجب على المؤسسة إتباعها حتى تتمكن من تطبيق هذا النموذج؟

- **البيانات التي يحتاج إليها نموذج باريتو:**

يتطلب استخدام نموذج باريتو في الرقابة على المخزون توفير البيانات التالية:

- تحديد رقم الصنف،
- ترتيب أرقام الأصناف ترتيبا تنازليا والرقم الرمزي للصنف بالمخازن،
- توصيف ووصف الأصناف،
- تحديد تكلفة الوحدة لكل نوع من أنواع المواد،
- إيجاد معدل الاستخدام اليومي لكل نوع من الأنواع ومن ثم ترتيبها تنازليا من حيث كمية الاستخدام،
- تحديد النسبة المئوية للكمية المستخدمة من كل نوع من الأنواع ومن ثم مقارنتها مع إجمالي قيمة جميع الأنواع.

القيام بإعداد الرسم البياني الذي يعكس نتائج النموذج الرقابي بحيث يتم وضع عدد الأصناف مقسمة إلى ثلاث مجموعات على المحور الأفقي وقيمة الاستخدام السنوي على المحور الراسي.

- **مراحل تطبيق لنظام باريتو في الرقابة على المخزون:**

إن تطبيق نظام التحليل الثلاثي ABC في الرقابة على المخزون يتطلب ما يلي[1]:

- تحديد الأصناف التي يتم استخدامها سنويا،
- تحديد قيمة الاستخدام السنوي من كل صنف من الأصناف المخزونة وبشكل سنوي ويقصد بتحديد

الاستخدام السنوي القيام بما يلي:

- القيام بعملية التنبؤ من اجل تحديد الاحتياجات من المواد للسنة القادمة باستخدام أساليب التنبؤ المختلفة،
- إعداد تقارير على أساس كمي ثم يحول إلى قيمة،
- حساب قيمة الاستخدام السنوي لكل صنف كما يلي:

كمية الاستخدام السنوي من النوع الواحد X تكلفة الوحدة الواحدة من ذلك النوع

1 الطالبة بحدادة نجاة "تحديات الامداد في المؤسسة الصحية"، 2012/2011 مرجع سابق ص134

- القيام بترتيب الأصناف ترتيبا تنازليا وفقا لقيمة الاستخدام السنوي حيث نبدأ الترتيب بالقيمة الأكبر ثم الأصغر وهكذا مع إعطاء رقم متسلسل لكل نوع من الأنواع،
- استخراج القيمة الإجمالية للاستخدام السنوي على أساس الخطوة السابقة لكل نوع من أنواع المواد،
- استخراج النسب المئوية المجمعة لعدد الأصناف مقابل النسب المئوية لإجمالي الاستخدام من الأنواع المختلفة ،
- إعداد رسم بياني بحيث يتم وضع النسب المئوية المجمعة لإجمالي الأصناف على المحـور الأفقي و النسب المئوية المجمعة لقيمة الاستخدام السنوي للأصناف،
- رسم منحنى المتجمع الصاعد والذي عن طريقه يمكن تحديد التقسيمات الثلاثة السابقة للأصناف A،B ،C على ضوء الاسترشاد بمتغيرات المنحنى المتجمع المتصاعد من نقطة إلى أخرى،
- إعداد جدول مبسط يوضح نتائج النظام الرقابي السابق لمجموعات الأصناف الثلاثة من حيث نسبة أصناف كل مجموعة ونسبة قيمة الاستخدام السنوي.

و حسب ما تمت دراسته سابقا بإمكان تطبيق هذه الطريقة في المؤسسات الاستشفائية إذا كانت هناك رغبة لتصنيف المواد الصيدلانية و تحديد نوعية الرقابـــة على كل صنف حسب أهميتـــه و كذا كلفته و سرعة دورانه.

2. دعائم تسيير المخزون:

إن الهدف العام للإدارة المخزون الصيدلاني بالمؤسسات الاستشفائية هو إيجاد توازن بين المخزون الضروري و الكافي لتغطية الاحتياجات من المواد الصيدلانية للمؤسسة و المخزون الزائد الذي يعبر عن التبذير و تثبيت المواد على حساب نشاطات أخرى في المؤسسة.

هذا التوازن يكون بناء على المعطيات و المعلومات الداخلية في المؤسسة الاستشفائية (التقدير الكمي لاحتياجات السنوية للمؤسسة، و نوعية الخدمة الصحية المقدمة) من جهة، و البيئة الخارجية للمؤسسة الاستشفائية (مدة التموين و إعادة التموين للموردين،....).

و من أجل دقة المعلومات الداخلية يجب مسك دعائم محاسبية و سجلات و حتى نظام معلومات من شأنه أن يمد الصيدلي مسير الصيدلية أو رؤساء المصالح و أصحاب القرار بالحالة المادية التي توجد عليها المخازن و مستوى المواد الصيدلانية عند أي لحظة.

- **بطاقة تسير المخزون:**fiche de tenue de stock

يجب إجباريا وجود بطاقة المخزون لكل مادة من المواد الموجودة في المخزن، و توضع على الرف بجانب المادة المخزنة و تحتوي على تسمية المادة و كذا تسجيل معلومات الدخول و الخروج (حركة المادة) و معلومات حول التسيير الديناميكي (متوسط الاستهلاك الشهري)، بحيث تكون هناك

بطاقة تسير المخزون لكل حالة غالينية بنفس التسمية الدولية المشتركة (DCI)، و لكـــل تركيز، و توضع بطاقة جديدة لكل مادة صيدلانية جديدة [1].

- **سجل الصيدلية و السجلات الخاصة:** registre de main-courante

سجل الصيدلية و السجلات الخاصة بالمواد المخدرة و المهلوسة، هي سجلات تسير إجبارية (بالصيغة الورقية أو الرقمية)، و التي تدون عليها جميع حركات المواد الصيدلانية و في حينها.

هذه السجلات معدة للمتابعة و المراقبة لكل الحركات الكمية لدخول و خروج المـــواد الصيدلانية، و كذا الوضعية الحقيقية للمخزون.

يطلق على هذه السجلات بسجلات محاسبة المادة (la comptabilité matière).[2]

- **حساب تسيير المواد:** le compte de gestion matière

إن تسيير أي صيدلية استشفائية مقيد بقواعد التسيير المالي و المحاسبي للمؤسســـة الاستشفائية، و ضرورة التحكم في نفقات الأدوية و المستلزمات الصحية، هذا التحكم لن يكون ممكن إلا من خلال المتابعة و التحليل لتطور المخزونات و الاستهلاكات.

تكون هذه المتابعة بدعم معلوماتية التسيير و ذلك بوضع ادوات التسيير (مؤشرات التسيير) بحيث تكون مجمعة ومنظمة و متناسقة و التي تسمى بلوحة القيادة، و التي تسمح بالقيادة الحقيقية لصيدلية المؤسسة الاستشفائية و تتمثل بعض هذه المؤشرات في:

أ. وضعية الاستهلاك السنوية لكل نوع من المواد الصيدلانية،

ب. وضعية الاستهلاك السنوية لكل مركز نشاط عل جدى،

ت. قيمة مخزونات الصيدلية للمواد من الصنف "A" (20 %من المواد التي تمثل على الأقل 80 % من القيمة الكلية للمواد المخزنة)،

ث. القيمة النقدية بالميزانية السنوية للمواد الصيدلية المنتهية الصلاحية،

ج.الجرد المادي و التدقيق في المخزونات: يعتمد الجرد المادي على عد كل نوع من المخزن في أي وقت باليد، ويساعد الجرد المادي في التأكد من أن الرصيد الموجود والمسجل في سجلات التخزين يتفق مع كميات المنتج الموجودة بالفعل في المخزن، فعند إجراء جرد مادي، يتم عد كل منتج على حدة وفقاً للاسم الجنيس، وشكل الجرعة والصلابة [3].

- **نظام المعلومات:**

يجب أن يغطي نظام المعلومات مجمل المعلومات المستعملة في الصيدلية الاستشفائية، و يعد لتسهيل التسيير و تكامل المعلومات في الوقت الحقيقي بين العمليات (العمليات المنجزة في الصيدلية) و متخذي القرار (قرار طلب المواد الصيدلانية)، و يكون مدمج قدر الامكان في نظام المعلومات الكلي للمؤسسة الاستشفائية (مكتب الدخول، المخبر و مصالح الرعاية و ملف المريض).

---

1 Guide d'organisation et de fonctionnement de la pharmacie hospitalière, royaume du Maroc, union européenne, Appui technique pour l'amélioration de la gestion et de l'organisation des pharmacies hospitalières, Document élaboré et rédigé par : Pr Patrice TROUILLER, Chef de mission – Expert en pharmacie hospitalière, mai 2013 p45.

2 نفس المرجع ص ص 46 ،51.

3 الدلائل الإرشادية الخاصة بتخزين الأدوية الأساسية وغيرها من المستلزمات الصحية.2003 . مرجع سابق ،ص 35 .

3. حدود التخزين:

إن الطريقة الأساسية للرقابة على المخزون هي تحديد مستويات لهذا المخزون و المتمثل في:

- الحد الأدنى (مخزون الأمان): و هو المخزون الاحتياطي من كل مادة و الواجب توافره بصورة دائمة و الذي لا يستعمل إلا في الحالات الاستثنائية،
- حد الطلب: و هو المستوى الذي يحدد كمية من الوحدات، و التي إذا وصل المخزون إليها، وجب البدئ في إجراءات الطلب، بحث يأخذ بعين الاعتبار الكميات المستهلكة في الفترة السابقة، و التغيرات التي تقع في المستقبل و منها زيادة الاستهلاك، و الكميات المحفوظة في المخازن لمواجهة الطوارئ،
- الحد الأقصى (الأعلى): يمثل أعلى مستوى يجب أن لا تزيد عنه كميات المخزون، في مخزن المؤسسة، أي الحد الذي لا يمكن تجاوزه و عند وضع هذه الحدود بالنسبة للمؤسسة يجب الأخذ بعين الاعتبار، فترة التموين، و هامش الأمان.

المبحث الثاني: مسار المواد الصيدلانية داخل المؤسسة الاستشفائية

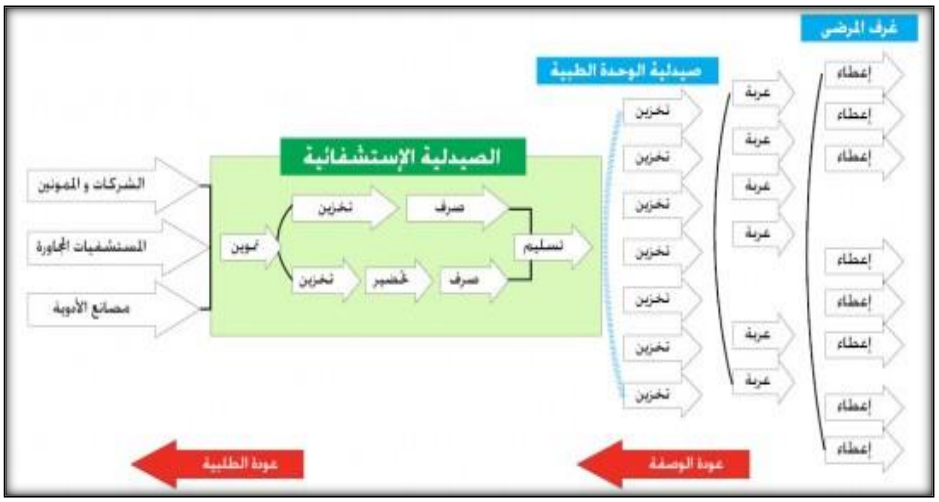
يتطلب تصميم نظام توزيع الأدوية داخل المؤسسة الاستشفائية دراسة عميقة لكل الأنشطة، مع الأخذ بعين الاعتبار كل ما يتطلب توزيع الدواء داخل المؤسسة الصحية من شروط متعلقة بالفعّالية والاقتصاد والسلامة، و يبدأ تسلسل الخطوات المتعلقة بتوزيع الدواء انطلاقاً من لحظة شراء الدواء من المصدر ثم يتّبع مخططاً منطقياً لينتهي عند تناول المريض للدواء.

المطلب الأول: اتجاه تدفق المواد الصيدلانية

يجب أن تتناسب المظاهر الإدارية الخاصة بنظام توزيع الأدوية لتتلاق مع معظم وظائف الصيدلية الاستشفائية، فإنه من الصعب إقصاء مهمات الشراء، ورقابة الجرد، والتسعير، والاستلام، والتخزين، ومراقبة الجودة ووظائف أخرى مشابهة عن تلك المرتبطة بواقع توزيع الأدوية للمرضى.

من ناحية أخرى فإن المظاهر السريرية (الإكلينيكية) لنظام توزيع الدواء يجب أن تتعدى حدود وظيفة توزيع الأدوية للمرضى فحسب ، لتشتمل على كل الفعاليات المتعلقة بتأثير الدواء على المريض.

الشكل رقمII-1 - حركة المواد الصيدلانية



المصدر: من إعداد د. لينا العلمي دكتوراه في الصيدلة و ماجستير في الصحة العمومية رئيسة مصلحة الصيدلية المركزية المركز الاستشفائي الجامعي الحسن الثاني فاس http://www.tawassol.ma

أولا: المركزية و اللامركزية في توزيع وصرف المواد الصيدلانية

تعني مركزية توزيع المواد الصيدلانية للمرضى بالمؤسسات الاستشفائية وصرفها لمرضى العيادات الخارجية التابعة لها ومرضى الاستعجالات، ان الصرف يتم عن طريق مركز واحد يقوم بهذا النشاط، بينما في ظل نظام لامركزية التوزيع يكون هناك أكثر من مركز يناط به التوزيع ومن الجدير بالذكر أن أغلب المستشفيات تعمل بكل الأسلوبين غير أنه في ظل مركزية التوزيع يمكن الاستفادة القصوى من الخبرات المتاحة وكذلك يمكن الإشراف التام على مزاولة المهنة بما يؤدي إلى إنجازها بشكل أفضل ,فضلاً عن التوفير في المساحات والفرق، ناهيك عن توفير نفقات التشغيل الإضافية ولنجاح أسلوب مركزية التوزيع يلزم أن يكون موقع الصيدلية قريباً من أجنحة الأقسام العلاجية .

ثانيا: أنواع أنظمة توزيع الدواء

مهما كانت طبيعة أنظمة توزيع المواد الصيدلانية المتبعة في أي مؤسسة استشفائية، فإن جميعها يتفق على طريقة طلب مصالح الاستشفاء و الاستعجالات هذه المواد من الصيدلية الاستشفائية، فهذه العملية تستوجب نوعا من الصرامة و الحذر و الانضباط حيث تتم عملية الطلب عموما بإحدى الطريقتين :[1]

- بناء على سند طلبية أسبوعي (خاصة لاحتياجات حالات الطوارئ)،
- بناء على وصفة طبية إسمية و شخصية .

بحيث وحدهم الأطباء الممارسين رؤساء المصالح و الأطباء المرخص لهم، و الذين قد قدموا نموذج الإمضاء على مستوى الصيدلية الاستشفائية، الذين لهم القدرة على إمضاء سند الطلبية.
يجب أن يبين سند الطلبية، الكمية المطلوبة، و الكمية المتبقية في المصلحة للتوجه نحو عملية التسليم التي تمر بالمراحل التالية:

- تقديم سند الطلبية أو الوصفة الطبية على مستوى الصيدلية ممضاة من طرف رئيس المصلحة أو الطبيب المرخص،
- دراسة و تحليل الطلبات و الوصفات من طرف الصيدلي مسير الصيدلية،
- تحضير المواد المطلوبة من طرف المحضرين على مستوى الصيدلية الذين عليهم إمضاءها،
- تسليم المواد الصيدلية المطلوبة إلى العون المكلف رسميا بعملية الاستلام من طرف رئيس المصلحة و ذلك بعد الإمضاء على سجل الاستلام و الذي يحتوي على ما يلي:

أ. تاريخ الاستلام في المصلحة،
ب. أرقام السند أو الوصفة،
ت. اسم ،لقب، رقم، و إمضاء العون الذي قام بعملية الاستلام.

- الحفظ اليومي لنسخ سندات التسليم.

1. الأنظمة التقليدية:

أ. نظام تخزين الدواء في الأجنحة والأقسام: و يسمى أيضا نظام إجمالي الجرعة الكلية ، حيث يُخزن الكثير من الأدوية حسب هذا النظام في كافة أقسام المؤسسة الاستشفائية التي تُعنى برعاية المريض، ويكون تداول الدواء من أساسيات العمل فيها (كالأجنحة، والأشعة، والإسعاف، والغسيل الكلوي وغيرها) ، حيث يُخصص لها مكان في وحدة التمريض من كل قسم ، وتستثنى من ذلك الأدوية التي ليس لها استخدام في الجناح أو القسم (تخصص لائحة من الأدوية المتداولة في كل

[1] Circulaire N° 007/sp/min/msprh/05 du 22/11/2005 relative a la gestion des produits pharmaceutiques dans les établissements publics de sante p 4.

قسم على حده)، كما تستبعد الأدوية التي تحتاج إلى رقابة صارمة من مخزون الأدوية في الأجنحة والأقسام في أكثر الأحيان ، وترسل إلى وحدة التمريض بموجب وصفة طبية خاصة بالمريض [1].

جدول رقمII-1 يبين مزايا و عيوب نظام إجمالي الجرعة الكلية

المزايـــا	العيـــوب
- إتاحة الكثير من الأدوية في يد الأطباء و التمريض في الأجنحة والأقسام، - **التقليل من الوصفات الطبية الداخلية،** - **خفض نسبة إرجاع الدواء إلى الحد الأدنى،** - **تخفيض الحاجة إلى عدد كبير من الموظفين في الصيدلية.**	- ارتفاع احتمال حدوث الخطأ الدواء بسبب غياب مراجعة الصيادلة لكل طلب طبي علاجي يكتبه الطبيب للمريض، - الخسارة المادية الناتجة عن سوء استعمال الدواء من قبل العاملين في الأجنحة، وإعطاء الأدوية للمرضى دون تقدير التكاليف، - زيادة مخزون الدواء في المؤسسة الاستشفائية، - ارتفاع الخسارة المادية الناتجة عن الإهمال والتلف، - محدودية مساحة التخزين في وحدات التمريض في كثير من المستشفيات مما يُعيق إمكانية التخزين الصحيحة، - تعريض سلامة المرضى للخطر، نتيجة احتمال وجود أدوية منتهية الفعالية أو تالفة في مخزون الجناح لم تتم ملاحظتها، - استهلاك طاقة فريق التمريض في تحضير الجرعات الدوائية و القيام بنشاطات أخرى متعلقة بالأدوية.

Source: Guide de bonnes pratiques de pharmacie hospitalière, 1 ère édition jun 2001, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Bureau de l'ingénierie et des techniques hospitalière , 75350 Paris,2001,p48-49 (formulation personnelle)

ب. نظام صرف الأدوية بموجب وصفة طبية خاصة بكل مريض[2]:

يقوم الصيدلي عملياً من خلال هذا النظام بصرف الأدوية الخاصة بكل مريض بموجب طلب طبي أو وصفة طبية خاصة بكل مريض. وبالرغم من كون هذا النظام أكثر ملائمة من نظام تخزين الأدوية في الأجنحة إلا أنه غير مستحب أيضاً لكثرة عيوبه، والتي نذكر بعضاً منها على سبيل المثال :

- ارتفاع في إمكانية وقوع الخطأ الدوائي الناتج عن النقص في مراقبة توزيع جرعات الأدوية، وعن عدم فعّالية العمليات المطبقة لمتابعة جدولة الجرعات، وتحضيرها، وإعطاءها، ومراقبتها، وكذلك تدوين عملية توزيع الجرعات وإعطاءها للمريض،

1 Guide d'organisation et de fonctionnement de la pharmacie hospitalière, royaume du Maroc, union européenne, Appui technique pour l'amélioration de la gestion et de l'organisation des pharmacies hospitalières, Document élaboré et rédigé par : Pr Patrice TROUILLER, Chef de mission – Expert en pharmacie hospitalière, mai 2013 p34

[2] Même source p37.

- الاستهلاك المفرط لطاقة فريق التمريض في إعداد جرعات الأدوية و القيام بنشاطات أخرى متعلقة بالأدوية،
- احتمال ارتفاع في معدلات ضياع الأدوية بسبب الهدر والإهمال والتلف.

ت. الجمع بين النظامين السابقين:

هذا النظام من أكثر نظم توزيع الدواء شيوعا، حيث يتم توزيع أكثر الأدوية بناءً على وصفة طبية خاصة بكل مريض على حده، ويمكن الحصول على الأدوية المتبقية من مخزون الدواء المحدود المتوفر في الجناح.

تشتمل الأدوية المخزونة في الأجنحة أو الأقسام على الأدوية التي تستخدم باستمرار كالمسكنات المراقبة ، والأدوية التي لا تحتاج إلى وصفة كالباراسيتامول (أسيتامينوفين)، والمخدرات التي تعطى قبل العمليات، وغيرها من الأدوية التي لا تحتاج إلى وصفة فردية.

يمضي فريق التمريض في هذا النظام الكثير من الوقت في إعداد جرعات الدواء الخاصة بكل مريض، وتحضير الأدوية التي تُعطى عن طريق الحقن، وطلب ومتابعة مخزون الدواء في الأجنحة.

يفتقر هذا النظام إلى المراقبة الكافية على الجرعات الدوائية المُحضرة، كما أن الدقة في جدولة إعطاء الجرعات الدوائية غالباً ما تكون دون المستوى المطلوب.

2. نظام الجرعة الواحدة لصرف الأدوية (النظام الحديث):

بدت الحاجة مُلحّة في مطلع ستينات القرن الماضي إلى ابتكار نظم أكثر تطوراً لتوزيع الأدوية، لذا شهدت تلك المرحلة ولادة نظام الجرعة الواحدة كنظام جديد لتوزيع الدواء.

و لعبت عدة مستشفيات جامعية في الولايات المتحدة الأمريكية إلى حدٍ كبير، دوراً هاماً في إرساء أسس هذا النظام الجديد، وساهمت في دفع عجلة التغيير في المؤسسات الصحية نحو تطبيقه، ومع التقدم في تطبيق نظام الجرعة الواحدة، بدأت نقاط الضعف في أنظمة التوزيع القديمة بالظهور بشكل واضح ، والتي يمكن تلخيصها كالتالي:

- الحد من دور الصيادلة،
- الاستخدام غير الفعّال لسلك التمريض،
- اتساع حجم المخزون الدوائي،
- العجز في فهم الوصفات الطبية ونسخها بسبب غياب دور الصيدلي في مراجعتها،
- كثرة الكلام في الصحف والمجلات عن وقوع العديد من الأخطاء الدوائية في المستشفيات .

لقد تمكن نظام الجرعة الواحدة من تحسين الكثير من العيوب المذكورة إن لم نقل بأنه تجاوزها في أغلب الأحيان.

❖ **تعريف نظام الجرعة الواحدة:** هو عبارة عن طريقة صيدلانية لصرف الأدوية ومراقبة الدواء في مؤسسات الرعاية الصحية، وبالرغم من اختلاف أشكال تطبيق نظام الجرعة الواحدة بحسب

مصادر الاحتياجات المحددة، والمواصفات الخاصة بكل مؤسسة صحية فإن هناك أربعة عناصر عامة لا بد مشتركة لهذا النظام وهي[1]:

- الأدوية محتوة في عبوة الوحدة المفردة single unit أو عبوات جرعة واحدةunit dose packages.
- تُصرف الأدوية بطريقة تكون قابلة فيها للاستعمال الفوري قدر الإمكان.
- في أغلب الأحوال يجب أن لا يُصرف ولا يتواجد في منطقة العلاج من الجرعات إلا ما يُغطي حاجة المريض لأربع وعشرين ساعة فقط..
- يجب الاحتفاظ في الصيدلية بملف خاص لكل مريض يدعى ملف المريض الدوائي patient medication profile.

يخفف مخزون الأدوية في الأجنحة ويحدد في أدوية الإسعاف، والأدوية التي تُستعمل بشكل روتيني "الأدوية الآمنة" مثل المحاليل المطهرة، وغسولات الفم وغيرها.

❖ **تعريف عبوة الجرعة الواحدة**[2]: هي عبوة تحتوي على الكمية الموصوفة من الدواء على شكل جرعة واحدة قابلة لاستعمال الفوري من قبل مريض معين بالطريقة والتوقيت الموصوفين، مثال: (إذا وصف الطبيب 500 ملغ من الأمبيسيللين فإن عبوة الجرعة الواحدة ممكن أن تكون عبارة عن عبوة وحدة مفردة تحتوي على كبسولة من عيار 500 ملغ أو وحدتين مفردتين تحتوي كل منهما على كبسولة بعيار 250 ملغ).

❖ **تعريف ملف المريض الدوائي:** هو عنصر أساس من عناصر نظام الجرعة الواحدة يجب الاحتفاظ به في الصيدلية لكل المرضى الذين يتلقون رعاية روتينية في المستشفى، ويجب تحديث المعلومات التي يحتويها باستمرار. كما تجب مراجعة ملفات المرضى الدوائية من قبل الصيادلة قبل صرف أي دواء،

يمكن أن يكون هذا الملف يدوياً أو آلياً يحتفظ به على الكومبيوتر، إنّ وجود الملف الدوائي لكل مريض يفيد العاملين في الصيدلية كالتالي:

أ. معرفة كل أدوية المريض مما يساعد على اكتشاف أي تنافر محتمل بين الأدوية، أو أي تغيير غير مقصود في الجرعات، أو اي تطابق بين الأدوية، أو أي تجاوزات علاجية، أو أي استعمال لدواء مضاد للشفاء بسبب وجود حساسية لدى المريض أو غير ذلك،

ب. تحضير جرعات المرضى اليومية وتوزيعها بشكل يضمن وصولها وإعطاءها في الوقت المحدد لها،

ت. قد يكون مفيداً في إجراء دراسات بالأثر الرجعي الخاصة بمراجعة استعمال الدواء،

يختلف شكل ملف المريض الدوائي من مستشفى إلى أخرى إلا أنه يجب أن يتضمن خانات خاصة بالمعلومات التالية:

أ. اسم المريض، وتاريخ دخوله إلى المستشفى، والعمر, والجنس، والوزن، رقم هوية المستشفى، التشخيص المبدئي أو سبب التنويم،

ب. نتائج التحاليل المخبرية،

---

1 http://www.moh.gov.ps/portal/ل-نوعى-انجاز-الواحدة-الجرعة-نظام-الصحة افريل 2017

[2] نفس المرجع.

ت. البيانات الأخرى ذات العلاقة بعلاج المريض،

ث. الحساسة، ومضادات الاستطباب الأخرى،

ج. المنتجات الدوائية المصروفة كل على حده ، مع تاريخ الطلب الطبي الدوائي الأول للمنتج، وتركيزه، وشكله الصيدلاني، وكميته، وموعد إعطاء الجرعة أو طريقة الاستعمال، وتاريخ توقيفه إذا حدده الطبيب وإلا يوضع تاريخ التوقيف الأوتوماتيكي الذي تنص عليه سياسة الصيدلية،

ح. بالنسبة لأدوية الحقن عادة ما يُخصص لها ملف دوائي خاص إلا أنه لا بد من وجود طريقة تسمح للصيدلي بمراجعتها في وقت واحد مع الملف الدوائي،

خ. منتجات الدم التي تم إعطاؤها للمريض،

د. توقيع الصيدلي أو الفني الذي دون الطلب الطبي على الملف، والصيدلي الآخر الذي تحقق من صحة التدوين،

ذ. البنود الأخرى التي لها علاقة بعلاج المريض ولم يتم توفيرها من قبل الصيدلية.

المطلب الثاني: تسيير المواد الصيدلانية داخل الأقسام

أولا: توجيه و نقل المواد الصيدلانية إلى الأقسام

تختلف طرق نقل وإيصال المواد الصيدلانية إلى أقسام الرعاية الطبية من مستشفى لآخر حسب الأنظمة المتبعة في التوزيع و حسب الامكانيات المتوفرة لذلك

1. نظام التسخير: و يقابل هذا النظام نظام تخزين الدواء في الأجنحة والأقسام، و يعتبر هذا النظام من أقدم الطرق المستخدمة في أنشطة إعادة التموين بالمستشفيات، ومع استخدام مثل هذا النظام تقع مسؤولية الحفاظ على مستوى كاف من المواد الصيدلانية على عاتق مقدمي الرعاية من تقنيين إداريين و ممرضين وبذلك يقوم هذا الطاقم بجرد المخزونات إضافة إلى تقييم الاستهلاكات على أساس منتظم.

إذن فكل المواد والمنتجات الصيدلانية التي تدخل ضمن احتياجات وحدة العلاج ستكون محل تسخير بحيث يتم إرسال الطلب إما يدويا أو الكترونيا إلى الصيدلية المركزية للمستشفى، انطلاقا من هذا الطلب يجمع موظفو الصيدلية المواد الضرورية وإرسالها إلى وحدات الرعاية.

واهم ما يميز هذا النظام هو عدم تطلبه للكثير من الاستثمارات الرأسمالية هذا من جهة ومن جهة أخرى فهو يلقي بمسؤولية إدارة المواد الصيدلانية على عاتق وحدات الرعاية وهو الأمر الذي سيتسبب في خلق بعض الصعوبات لان طاقم التمريض غالبا ما يكون جد مشغول عن القيام بمتابعة جدية للمواد المخزنة. والأكثر من ذلك ، أن هذه المهام تخرج عن إطار أولويات الممرضين وعن تكوينهم المتخصص .

إن هذه الوضعية يمكن أن تتسبب في نفاذ المخزون لبعض المواد، و ارتفاع مستوى المخزون لمواد أخرى هذا بالإضافة إلى تقادم بعض المنتجات وتلفها[1].

[1] الطالبة بحدادة نجاة "تحديات الامداد في المؤسسة الصحية"، 2012/2011 مرجع سابق ص 149.

2. نظام تبادل العربات: إن تبادل العربات هو تقنية لإعادة التموين والتي عرفت انتشارا في أواسط السبعينات ، وفي هذه الفترة اعتبرت هذه الطريقة أحسن من سابقتها لأنها ألغت مسؤولية وحدات الرعاية في إدارة المخزون الصيدلاني،

و ذكر Chow و Heaver (1994) أن هذا النظام يعمل وفقا لما يلي : أن اللوازم الطبية التي تخصها عمليات إعادة التموين توضع في عربات متنقلة تتواجد بوحدات العلاج التي تستعمل كنقاط تخزين، ولضمان إعادة تموين الوحدة العلاجية وبعد أن يتم استهلاك الأدوية واللوازم التي كانت بالعربة المتنقلة تستبدل هذه الأخيرة بعربة ثانية مماثلة ومليئة وفقا لجدول زمني محدد، حيث تؤخذ العربة الأولى إلى الصيدلية لجرد اللوازم وتجديد المخزون بها وفي الوقت المحدد يمكن لهذه العربة أن تستبدل من جديد بسابقتها المتمركزة بوحدة الرعاية،

ووفقا ل Perrin (1994) فان تبادل العربات كأسلوب يتميز عن سابقه نظام التسخير، بكونه حول المسؤوليات من وحدة الرعاية إلى قسم الصيدلية، الأمر الذي جعل الممرضين يتحررون من مهام لم يتلقوا فيها أي تكوين[1].

وعلى عكس الطرق الأخرى الخاصة بإعادة التموين تسمح طريقة تبادل العربات بإنجاز أنشطة الطلب والترتيب خارج وحدة الرعاية الصحية و ينطبق هذا على الأنظمة المدروسة سابقا أي نظام صرف الأدوية بموجب وصفة طبية، ونظام الجرعة الواحدة.

ومع ذلك فان لهذا النظام بعض أوجه القصور ففي بادئ الأمر ينبغي الإشارة إلى أن تبادل العربات يجعل من مضاعفة التنقلات إلى الصيدلية أمرا ضروريا لضمان تموين وحدات الرعاية بالمستشفى.

3. منهج level : نظرا للتكاليف الهامة المتولدة عن تبني نظام تبادل العربات تراجع استعمال هذه الطريقة في السنوات الماضية ليحل محلها نظام level ،ولعل أهم ما يميز هذا الأخير هو القيام بجولة عبر وحدات الرعاية المراد تجديد مواردها وفقا لجداول زمنية محددة سلفا، خلال هذه الجولة تتم عملية إحصاء المواد الصيدلانية المستودعة في هذه الوحدات ليتم إدخال البيانات المتعلقة بالكمية المحصاة باستخدام قارئ الرموز Lecteur des codes a Barres، و يتم تحميل المعلومة عبر نظام المعلومات الذي يقارن بين الكمية المحصاة مع الحصص المقررة ليقوم هذا الأخير باستخلاص قائمة الاحتياجات التي سيتم على أساسها تجميع هذه المواد في المخزن الصيدلية المركزية ليتم بعد ذلك نقل هذه المواد وتسليمها إلى وحدات الرعاية ووضعها في الأماكن المخصصة لتخزينها كالعربات الثابتة، الأرفف، الأدراج.

ويهدف هذا النظام إلى تموين الوحدات بالمواد الصيدلانية بشكل دوري وعلاوة على ذلك فان هذا النظام أي نظام level هو أكثر ملائمة للحالات التي تكون فيها فضاءات التخزين غير كافية، سواء في وحدات الرعاية أو في مخزن الصيدلية لاستيداع عربة أو أكثر، وهو ما تبين من خلال دراسات Burnette (1994) بان هذا النظام يتطلب مساحات أقل من نظام تبادل العربات والأكثر من ذلك أن هذه التقنية تسمح بتدنية المخزون المحتفظ به عن طريق القضاء على العربة التوأم وبالحد من تحركاتها داخل المستشفى.

[1] نفس المرجع ص 152.

4. نظام ملئ/ فارغ: ان العديد من المستشفيات تستخدم نظام مليء /فارغ لضمان إعادة تموين وحدات الرعاية، حيث يعتبر هذا النظام نظاما للخزانات المزدوجة والذي يسمح بتسيير المخزون في وحدات الرعاية الصحية، وعلى وجه التحديد فان تشغيل هذا النمط داخل المستشفى يشمل المراحل التالية:

يتم تخزين المواد في مكان ينقسم إلى جزأين، أين نجد في كل جزء نفس الكمية من المنتجات، بحيث تسمى هذه الكمية بالحصة أو المخصصات ويتم احتساب هذه الكميات من اجل تغطية احتياجات الاستهلاك ما بين فترات والتي يضاف إليها مخزون الأمان لمواجهة تقلبات الطلب وعندما تفرغ إحدى الأدراج المخصصة للمنتجات، تسحب بطاقات الترميز (codes a Barre) من قبل طاقم التمريض يتم المسح الضوئي لهذه الملصقات وفق جداول زمنية محددة سلفا بعد قراءة ملصقات الترميز تبدأ عملية إعادة التموين حيث تحول المعلومة المدخلة مسبقا في قارئ الترميز لنظام المعلومات الذي يقوم بإنشاء قائمة المنتجات المطلوبة للتجميع في المخزن المركزي للمستشفى بعد ذلك تسلم هذه اللوازم للوحدات وترتب في الدرج الفارغ، و بدأ انتشار هذه الطريقة منذ سنوات التسعينات في المستشفيات الأوربية ومن ثم المستشفيات الأمريكية، وبما أن هذا النظام لا يخضع لمسؤولية الممرض، فانه بالتالي يكتسب نفس مزايا نظامي تبادل العربات ونظام level ،ضف إلى ذلك فانه وفقا لدراسة أجراها Gerber (1999) فان هذا النظام سيسمح بانخفاض كبير يقدر ب 50 % من الوقت الضروري لإحصاء المخزون المتواجد بوحدات الرعاية[1].

ثانيا: تقديم الأدوية إلى المريض

إن تقديم الأدوية و المواد الصيدلانية للمريض هي العملية التي تلي مباشرة العمليات السابق ذكرها، و هذه العملية تأمن من طرق الطاقم الشبه الطبي للصحة العمومية (مساعدو التمريض) [2].

بعد مراقبة الوصفة الطبية و نوع الجرعة و التأكد من الطريقة الموصوفة لأخذ الدواء من طرف الممرض، يقدم الدواء و تدون هذه العملية في الملف الطبي أو الدوائي للمريض[3]، و من جهة أخرى فإن الطبيب رئيس المصلحة يحرص على حفظ سجلات الوصفات التي تحتوي على المعلومات التالية:

- اسم و لقب الطبيب و التأشيرة،
- اسم و لقب المريض،
- سن المريض،
- رقم سرير المريض،
- رقم الدخول،
- الدواء المقدم و نوعية الجرعة و الطريقة،

[1] الطالبة بحدادة نجاة "تحديات الامداد في المؤسسة الصحية"، 2012/2011 مرجع سابق ص 153

2 المادة 22 من المرسوم التنفيذي 11-121 المؤرخ في 20 مارس 2011، يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية الجريدة الرسمية رقم 17 ص9.

3 Guide d'organisation et de fonctionnement de la pharmacie hospitalière, mai 2013 source précédente p40.

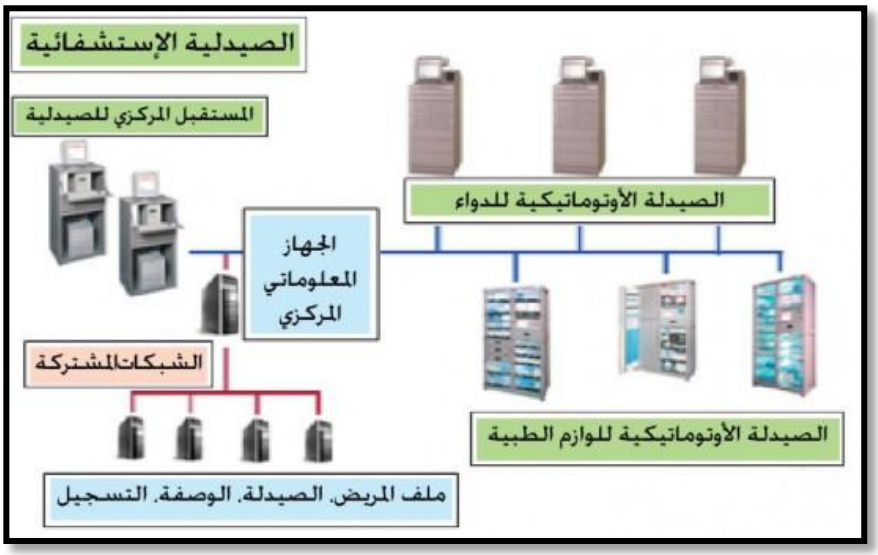
- تاريخ الوصفة،
- مدة العلاج،
- الملاحظات.

يحرص الطبيب رئيس المصلحة على احترام تسجيل و تدوين الوصفات الطبية من طرف كل أطباء المصلحة، و يراقبها يوميا، كما تراقب كلما اقتضت الضرورة ذلك من طرف الصيدلي مسير الصيدلية.

و بهذه الإجراءات تكتمل مسار الدواء و المواد الصيدلانية بحيث يمكن تتبع أثرها و مراقبتها في أي مرحلة كانت

ثالثا :الصيدلية الالكترونية و الاوتوماتيكية[1] تصّل الصيدلية يوميا طلبيات من مختلف المصالح بشكل أوتوماتيكي و إلكتروني و هي مترابطة بشبكة معلوماتية (صورة1) و مبرمجة بحيث تضمن تدبير و تدوين العمليات الأساسية في حركة الدّواء بين الصيدلية و المصلحة و المريض.

الشكل رقم II-2 - صيدليات أوتوماتيكية ومعلوماتية مترابطة بشبكة معلوماتية



المصدر: من إعداد د. لينا العلمي دكتوراه في الصيدلة و ماجستير في الصحة العمومية رئيسة مصلحة الصيدلية المركزية المركز الاستشفائي الجامعي الحسن الثاني فاس http://www.tawassol.ma

تُراجع وصفة الدّواء قبل صرفها و ذلك إما بشكل الكتروني وأوتوماتيكي حيث يقوم النظام المعلوماتي بالكشف عن أي تضارب بين الأدوية الموصوفة أو أي تضارب بين حالة المريض و الدّواء الموصوف (مثال الدّواء و الحمل أو الدّواء و نتيجة التحليل الطبي)، خلال كتابة الطبيب للوصفة في النظام و ذلك بناءً على برمجة مَسبقة.

تُدوّن الأدوية المّوصوفة في سجل المريض الإلكتروني و الكتابي (مجموعة من المرضى) بعد اعتمادها من الصيدلاني المسؤول ، و يتم إسقاطها من النظام المعلوماتي للصيدلية قبل خروجها.

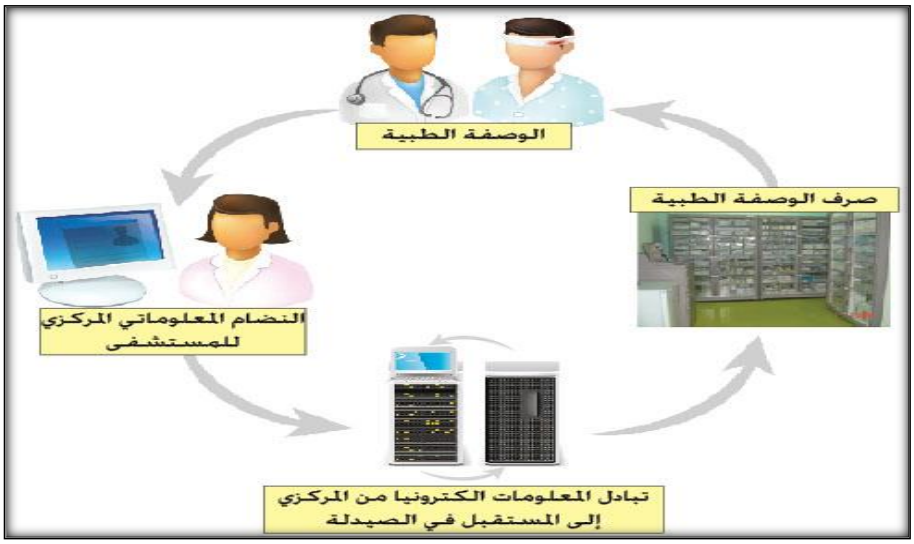
1 د. لينا العلمي، دكتوراه في الصيدلة و ماجستير في الصحة العمومية رئيسة مصلحة الصيدلية المركزية المركز الاستشفائي الجامعي الحسن الثاني فاس عدد 4 - أبريل 2013 موقع الجمعية المغربية للتواصل الصحي

فور أخذ الدّواء يقوم النظام :

- بتدوين وقت و كمية الدّواء و الممرض المسؤول و الطبيب الواصف و المحضر الذي مـــوّن الدّواء و الصّيدلاني الّذي اعتمد الجرعات و الأدوية البديلة.
- بإعطاء إشارة للصيدلية المركزية بطلب تعويض الدّواء.

و بهذا يَوفر الدّواء في المصلحة بشكل مستمر محافظا دوما على توفر الكمية القصوى المبرمجة لكل دواء و ضبط حركته ، حرصا على ضمان توفره باستمرار و بدون انقطاع في المؤسسة الاستشفائية (الصورة 02).

الشكل رقم II-3 - حركة دورة الدّواء أوتوماتيكية ومعلوماتية.



المصدر: من إعداد د. لينا العلمي دكتوراه في الصيدلة و ماجستير في الصحة العمومية رئيسة مصلحة الصيدلية المركزية المركز الاستشفائي الجامعي الحسن الثاني فاس http://www.tawassol.ma

خلاصـــة:

من خلال هذا الفصل حاولنا معالجة آليات تسيير المواد الصيدلانية داخل المؤسسة الاستشفائية ، حيث سلطنا الضوء على الصيدلي مسير الصيدلية و مفهوم و دورة المواد الصيدلانية منذ مرحلة تحديد الحاجة إلى غاية وصولها إلى المرضى في مصالح الرعاية الصحية، مرورا بإجراءات الشـــراء ،و بشروط التخزين المثلى، و كذا تقنيات تسيير المخازن، و أنظمة توزيع الدواء، و من ثم الطلب عليها من مختلف المصالح و إجراءات خروجها من المخازن و تأمين مسارها، و ذلك لضمان وصولها إلى المريض المناسب و في الوقت المناسب و بالتركيز المناسب ، وهذا يظهر جليا في المراقبـــة الدورية و اليومية للصيدلي في المصلح.

و مما لاشك فيه أن التسيير المحكم للمواد الصيدلانية يجعلها متوفرة باستمرار و بدون انقطاع في المؤسسة الصحية (دون التخزين الزائد)، و يجنبها جميع احتمالات الهدر و الضياع ، الشيء الذي ينعكس اقتصاديا بشكل كبير على خزينة الدولة و الأهم من ذلك على الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين.

الفصل الثالث

تمهيد:

بعدما درسنا في الفصلين السابقين الإطار النظري للمؤسسات الصحية و كذا ماهية الصيدلية الاستشفائية و المواد الصيدلانية ، و طريقة اقتناءها و الظروف المثلى لتخزينها ، و مسارها داخل المؤسسة الاستشفائية لتصل إلى المريض المناسب و في الوقت المناسب و بالكمية المناسبة، سنتطرق في هذا الفصل إلى الدراسة الميدانية لواقع تسيير المواد الصيدلانية في المؤسسات العمومية الاستشفائية، وذلك من خلال التربص التطبيقي الذي أجري في كلا من المؤسستين العموميتين الاستشفائيتين، بدائرتي "عين تادلس" و "سيدي علي"، بمستغانم و الذي من خلاله اعتمدنا على أداتي الملاحظة و المقابلة الشخصية، لمحاولة التعرف على آليات تسيير المواد الصيدلانية في هذه المؤسسات و ما مدى تطابق هذه الآليات مع الدراسة النظرية التي قمنا بها، مع التعرف على مشاكل و صعوبات التسيير و كذا العراقيل الميدانية التي تواجه مسيري الصيدليات، و المؤسسات العمومية الاستشفائية، بعد مقارنة نتائج المقابلة في كل مؤسسة على حدى، ليتسنى لنا معرفة ما إذا كانت هذه المؤسسات تعاني من نفس مشكلات التسيير أو لا.

المبحث الأول: عموميات حول المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة

المطلب الأول :المؤسسة العمومية الاستشفائية "بلطرش العجال" بعين تادلس:

1. تقديم المؤسسة:

تحمل المؤسسة العمومية الاستشفائية بعين تادلس اسم الشهيد "بلطرش العجال"، وهي تعتبر من أهم المرافق الحيوية في دائرة عين تادلس، حيث أنشأت بتاريخ 14 مارس 1986 لتحول في سنة 2008 إلى مؤسسة عمومية استشفائية بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 140-07 المؤرخ في 19 ماي سنة 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و تنظيمها.

و تغطي المؤسسة الاحتياجات الصحية لأربعة دوائر، بوقيراط ،ماسرة ، خير الدين، عين تادلس.

و تبلغ مساحة المؤسسة 39600 م^2 ،وتمتاز البناءات بعدة مستويات من التحت الأرضي حتى المستـوى الرابع، وتبلغ السعة السريرية للمؤسسة 282 سرير موزعة على 7 مصالح متمثلة فيما يلي:

الجدول رقم (III-1): توزيع السعة السريرية حسب المصالح و الوحدات

الرقم	المصلحـــــة	الأسرة تقنية	الأسرة المنظمة	الوحـــدات	الملاحظات
01	الجراحة العامة	60	60	1- الاستشفاء نساء 2- الاستشفاء رجال	
02	الجهاز الهضمي و الأمعاء	30	30	1- الاستشفاء 2- الفحص و الاستكشاف 3- خلية السرطان	
03	أمراض النساء و التوليد	40	20	1- أمراض النساء 2- التوليد	
04	الطب الداخلي	68	68	1- الاستشفاء نساء 2- الاستشفاء رجال 3- غسيل الكلى 4- طب القلب	
05	جراحة العظام	30	15	1- الاستشفاء نساء 2- الاستشفاء رجال	
06	طب الأطفال	30	30	1- طب الأطفال 2- حديثي الولادة	
07	الاستعجالات الطبية و الجراحية	24	12	1- الاستقبال و الفحص و الوضع تحت المراقبة 2- الإنعاش	

المصدر: ملحق القرار رقم 2767 المؤرخ في 06 فبراير 2008 المتضمن إنشاء المصالح و كذا الوحدات المكونة لها بالمؤسسة العمومية الاستشفائية عين تادلس

2. مـــــــوارد المؤسسة:

- **الموارد البشرية:**

تضم المؤسسة العمومية الاستشفائية بعين تادلس 461 مستخدما باختلاف كفاءاتهم ومؤهلاتهم العلمية ، يتوزعون كما يلي :

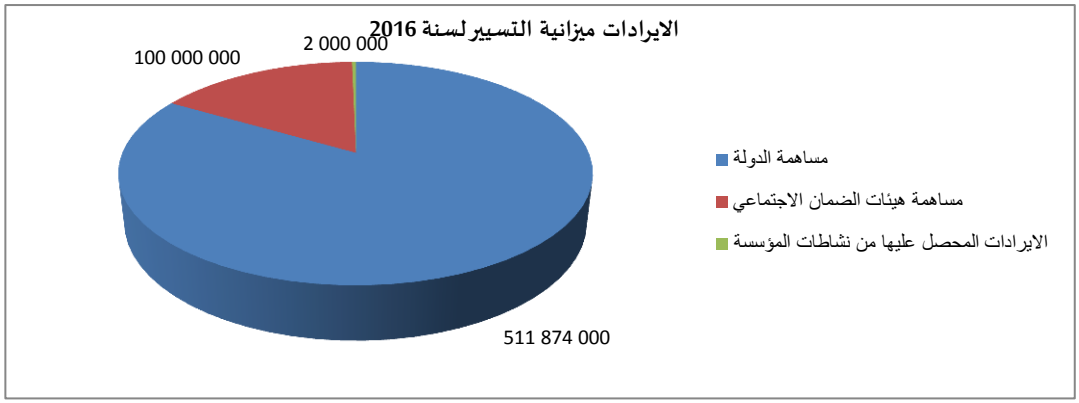
الجدول رقم (III-2): توزيع الموارد البشرية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بعين تادلس موقوفة بتاريخ 2016/12/31

المستخدمون	التخصص	العدد
الطاقم الطبي	أطباء أخصائيين	28
	أطباء عامين	22
	جراح أسنان	03
	صيدلي	03
الطاقم شبه الطبي	مساعدو التمريض	201
	ممرضو الصحة	
	إعادة التأهيل و التكييف	
طاقم التخدير و الإنعاش	عون طبي في التخدير و الإنعاش	16
الطاقم النفساني	نفساني عيادي للصحة العمومية	01
طاقم القابلات	قابلة رئيسية	17
	قابلة في الصحة العمومية	
الطاقم الإداري	مختلف المديريات الفرعية	52
البيولوجيين في الصحة	بيولوجي في الصحة العمومية	07
	ملحق بالمخبر	
العمال المهنيون	مختلف المصالح (الحراسة، الغسيل،.....)	111
المجمـــــــوع		**461**

المصدر: من إعداد الطالب بناء على المعلومات المحصلة من المديرية الفرعية لموارد البشرية

- **الموارد المالية:**

الشكل رقم (III-1): ايرادات الميزانية لسنة 2016



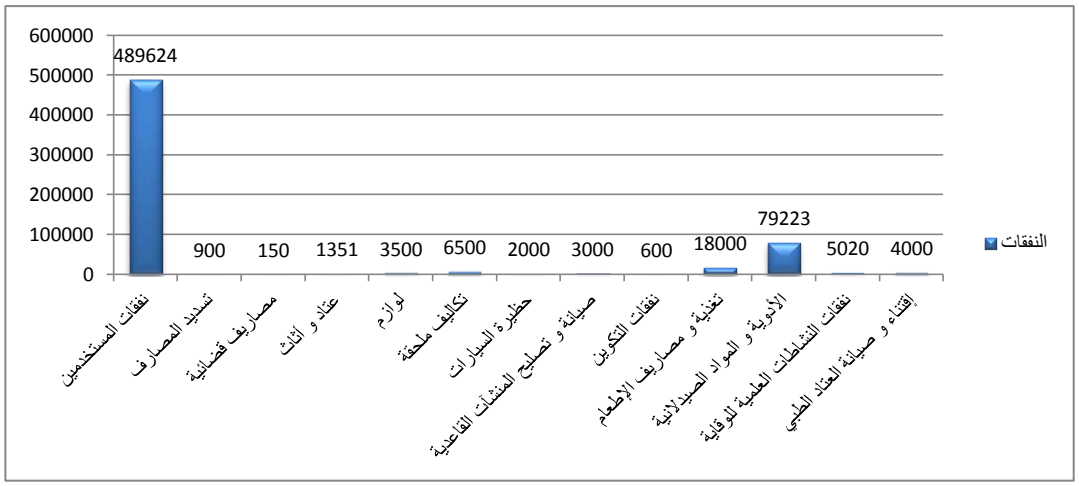
المصدر: من إعداد الطالب بناء على المعلومات المحصلة من المديرية الفرعية للمالية والوسائل

التعليق:

تبلغ إيرادات المؤسسة 613.874.000,00 حيث 83 % منها تمثل مساهمة الدولة، 16 % تمثل مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي.

نفقات المؤسسة:

الشكل رقم (III-2): نفقات الميزانية لسنة 2016



المصدر: من إعداد الطالب بناء على المعلومات المحصلة من المديرية الفرعية للمالية والوسائل

التعليق:

تشكل نفقات المستخدمين 79% ، من مجموع نفقات المؤسسة و تأتي في المرتبة الثانية النفقات الصيدلانية ب14% ،و هي تمثل 67 % من نفقات التسيير.

المطلب الثاني :المؤسسة العمومية الاستشفائية "حمادو حسين" بسيدي علي:

1. تقديم المؤسسة:

تحمل المؤسسة العمومية الاستشفائية بسيدي علي اسم الشهيد "حمادو حسين"، وهي تعتبر من أهم المرافق الحيوية في دائرة سيدي علي، حيث أنشأت كقطاع صحي لتحول في سنة 2008 إلى مؤسسة عمومية استشفائية بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 140-07 المؤرخ في 19 ماي سنة 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و تنظيمها.

و تغطي المؤسسة الاحتياجات الصحية لثلاث دوائر، عشعاشة ،سيدي لخضر ، سيدي علي.

و تبلغ مساحة المؤسسة 45600 م^2 ،وتمتاز البناءات بعدة مستويات من الأرضي حتى المستوى الثالث، وتبلغ السعة السريرية للمؤسسة 272 سرير موزعة على 8 مصالح متمثلة فيما يلي:

الجدول رقم (III-3): توزيع السعة السريرية حسب المصالح و الوحدات

الرقم	المصلحـــة	الأسرة تقنية	الأسرة المنظمة	الوحـــدات	الملاحظات
01	الجراحة العامة	40	38	1. الاستشفاء نساء 2. الاستشفاء رجال	
02	الأمراض الصدرية	40	30	1- الاستشفاء 2- الفحص و الاستكشاف 3- خلية السرطان	
03	أمراض النساء و التوليد	40	37	1- أمراض النساء 2- التوليد	
04	الطب الداخلي	40	30	1- الاستشفاء نساء 2- الاستشفاء رجال 3- غسيل الكلى 4- طب القلب	
05	الأمراض المعدية	40	30	3- الاستشفاء نساء 4- الاستشفاء رجال	
06	طب الأطفال	40	30	1- طب الأطفال 2- حديثي الولادة	
07	الاستعجالات الطبية و الجراحية	20	23	1- الاستقبال و الفحص و الوضع تحت المراقبة 2- الإنعاش	
08	أمراض الكلى	12	16	1- أمراض الكلى 2- تصفية الكلى	

المصدر: ملحق القرار رقم 2769 المؤرخ في 06 فبراير 2008 المتضمن إنشاء المصالح و كذا الوحدات المكونة لها بالمؤسسة العمومية الاستشفائية سيدي علي

2. موارد المؤسسة:

- **الموارد البشرية:**

تضم المؤسسة العمومية الاستشفائية بسيدي علي 422 مستخدما باختلاف كفاءاتهم ومؤهلاتهم العلمية ، يتوزعون كما يلي :

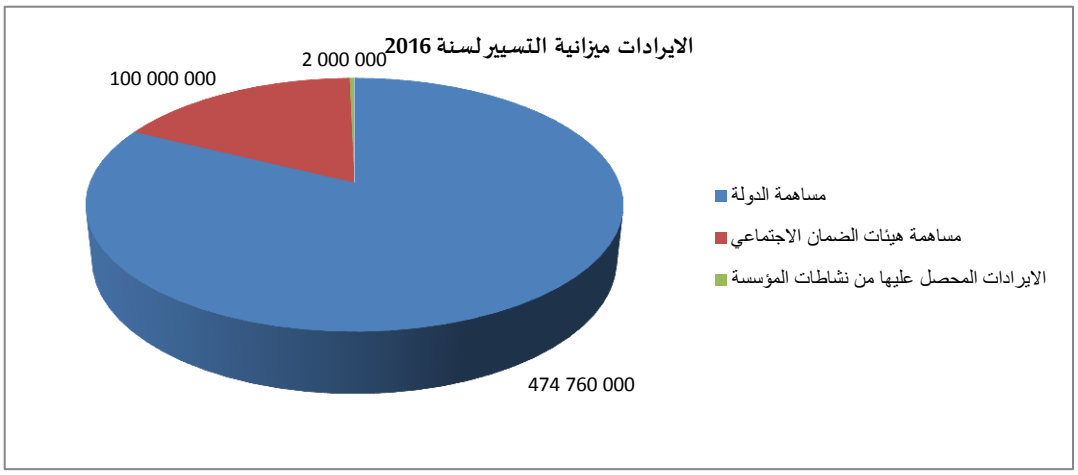
الجدول رقم (III-4): توزيع الموارد البشرية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بسيدي علي موقوفة بتاريخ 2016/12/31

المستخدمون	التخصص	العدد
الطاقم الطبي	أطباء أخصائيين	37
	أطباء عامـــــين	36
	جراح أسنـــــان	02
	صيدلي	03
الطاقم شبه الطبي	مساعدو التمريض	204
	ممرضو الصحـــة	
	إعادة التأهيل و التكييف	
طاقم التخدير و الإنعاش	عون طبي في التخدير و الإنعاش	18
الطاقم النفساني	نفساني عيادي للصحة العمومية	05
طاقم القابلات	قابلة رئيسية	18
	قابلة في الصحة العموميـــة	
الطاقم الإداري	مختلف المديريات الفرعيـــة	48
البيولوجيين في الصحة	بيولوجي في الصحة العمومية	03
	ملحق بالمخبر	
العمال المهنيون	مختلف المصالح (الحراسة، الغسيل،.....)	48
المجمـــــــوع		422

المصدر: من إعداد الطالب بناء على المعلومات المحصلة من المديرية الفرعية لموارد البشرية

- **الموارد المالية:**

الشكل رقم (III-3): ايرادات الميزانية لسنة 2016



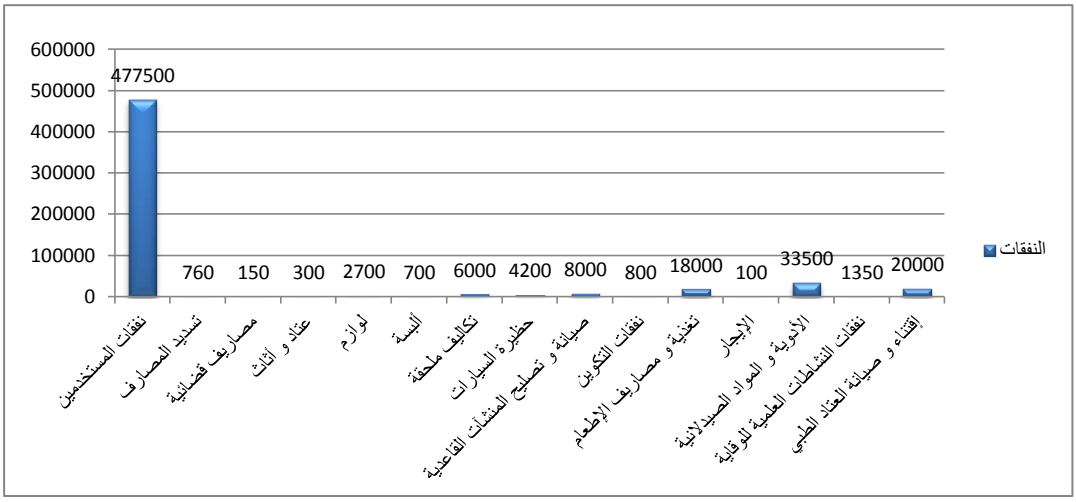
من إعداد الطالب بناء على المعلومات المحصلة من المديرية الفرعية للمالية والوسائل

التعليق:

تبلغ إيرادات المؤسسة 576.760.000,00 حيث 82 % منها تمثل مساهمة الدولة، 17 % تمثل مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي.

3. نفقات المؤسسة:

الشكل رقم (III-4): نفقات الميزانية لسنة 2016



من إعداد الطالب بناء على المعلومات المحصلة من المديرية الفرعية للمالية والوسائل

التعليق:

تشكل نفقات المستخدمين 82% ، من مجموع نفقات المؤسسة و تأتي في المرتبة الثانية النفقات الصيدلانية ب6% ،و هي تمثل 35 % من نفقات التسيير.

المطلب الثالث: الصيدلية الاستشفائية

أولا: صيدلية المؤسسة الاستشفائية بعين تادلس

توجد صيدلية المؤسسة العمومية الاستشفائية بعين تادلس في الطابق الأرضي مباشرة مقابل المدخل الرئيسي، منصهرة في بنايات المؤسسة كباقي المصالح الصحية، و تتكون من ثلاث مخازن منفصلة، إضافة إلى ملحقة للصيدلية بمصلحة الاستعجالات الطبية، يقع احد المخازن في الطابق التحت الأرضي، و الجدول التالي يبين مواصفات و محتويات كل مخزن:

الجدول رقم (III-5): مواصفات المخازن المكونة للصيدلية

الرقم	الطبيعة	المساحة $م^2$	أداة مراقبة الحرارة و الرطوبة	التبريد	المواد المخزنة
01	المخزن المركزي	200	يوجد	ثلاجتين	الأدوية و اللقاحات
02	المحزن الجانبي	35	لا يوجد	لا يوجد	المستهلكات
03	المخزن التحت الأرضي	100	لا يوجد	لا يوجد	مواد الغسيل الكلوي
04	ملحق الاستعجالات	80	لا يوجد	لا يوجد	كل المواد الصيدلانية

من إعداد الطالب بناء على الملاحظات و المعلومات المحصلة من الصيدلية

تحليل الجدول:

من خلال زيارتنا لكل مخازن الصيدلية لاحظنا أنها نظيفة و مجهزة بنوافذ و ستائر و حاملات الصناديق و الرفوف و لا يوجد بأسقفها أي تسربات لمياه الأمطار .

و أما عن انقسام الصيدلية إلى عدة مخازن منفصلة، فهذا لنقص سعة المخزن المركزي و عدم كفايته لاحتواء كل المواد الصيدلانية.[1]

من الملاحظ أيضا أن الصيدلية تحتوي على مكتب واحد مساحته حوالي 5 م^2، أما باقي مستخدمي الصيدلية فمكاتبهم في وسط المخازن.

أما عن مراقبة سلسلة التبريد والرطوبة فأن الصيدلية غير مجهزة بغرفة تبريد، و يتم استعمال ثلاجتين من الحجم الكبير، وفي حالات ارتفاع درجة الحرارة يتم استخدام مكيفات الهواء لتخفيضها.

الموارد البشرية و تنظيم الصيدلية:

تتكون الموارد البشرية للصيدلية من إحدى عشر (11) مستخدما موزعين كما يلي:

- ثلاث (03) صيادلة،
- محضران للصيدلية،
- ستة (06) ممرضين.

ثانيا: صيدلية المؤسسة الاستشفائية بسيدي علي

توجد صيدلية المؤسسة العمومية الاستشفائية بسيدي علي في الطابق الأول مقابل مصلحة غسيل الكلى، و تتكون من أربعة مخازن متصلة:

الجدول رقم (III-6): مواصفات المخازن المكونة للصيدلية

الرقم	الطبيعة	المساحة م^2	أداة مراقبة الحرارة و الرطوبة	التبريد	المواد المخزنة
01	المخزن المركزي	200	لا يوجد	ثلاجتين	الأدوية و اللقاحات
02	المحزن الثاني	60	لا يوجد	لا يوجد	المستهلكات
03	المخزن الثالث	100	لا يوجد	لا يوجد	مواد الغسيل الكلوي
04	المخزن الرابع	80	لا يوجد	لا يوجد	كل المواد الصيدلانية

من إعداد الطالب بناء على الملاحظات و المعلومات المحصلة من الصيدلية

تحليل الجدول:

من خلال زيارتنا لكل مخازن الصيدلية لاحظنا أنها نظيفة و مجهزة بنوافذ و ستائر و حاملات الصناديق و الرفوف و لاكن يوجد بأسقفها تسربات لمياه الأمطار .

أقسام الصيدلية عدة مخازن متفصلة، فسعة المخازن كافية لاحتواء كل المواد الصيدلانية.[2]

[1] من نتائج المقابلة مع الصيدلي مسير الصيدلية.
[2] من نتائج المقابلة مع الصيدلي مسير الصيدلية.

و من الملاحظ أيضا أن الصيدلية تحتوي على عدة مكاتب، مستقلة عن المخازن لجميع مستخدمي الصيدلية.

أما عن مراقبة سلسلة التبريد والرطوبة فأن الصيدلية غير مجهزة بغرفة تبريد، و يتم استعمال ثلاجة من الحجم المتوسط، وفي حالات ارتفاع درجة الحرارة يتم استخدام مكيفات الهواء لتخفيضها.

الموارد البشرية و تنظيم الصيدلية:

تتكون الموارد البشرية للصيدلية من إحدى عشر (13) مستخدما موزعين كما يلي:

- ثلاث (03) صيادلة،
- أربعة (04) شبه طبيين،
- ستة (05) أعوان مكتب،
- عامل مهني واحد

المبحث الثاني: واقع تسيير المواد الصيدلانية بالمؤسسة الاستشفائية

المطلب الأول: منهجية الدراسة

1. عينة الدراسة:

من بين المائتين و أربعة (204) مؤسسة عمومية استشفائية، على المستوى الوطني، تم تحديد عينة الدراسة و التي تضم المؤسستين العموميتين الاستشفائيتين "بعين تادلس" و "سيدي علي" حيث يوجد على مستوى الولاية ثلاث مؤسسات عمومية استشفائية، واحدة في مركز الولاية، و المؤسستين المتبقيتين على مستوى الدوائر، فتم اختيارهما لأنهما متماثلتان تقريبا، و ذلك لتكون عملية المقارنة أكثر موضوعية.

2. أدوات الدراسة:

اعتمدنا خلال الدراسة الميدانية على أداتي المقابلة و الملاحظة :

المقابلة: هي عبارة عن إجراء لقاء مباشر بين الباحث وعينة المجتمع التي سيتم دراسة البحث عليها، وتقوم المقابلة على أساس طرح بعض الأسئلة الخاصة بموضوع البحث على الشخص المقابل، وجمع هذه الإجابات وتحليلها.

الملاحظة: هي عبارة عن الجهد الحسي والعقلي المنظم والمنتظم الذي يقوم به الباحث بغية التعرف على بعض المظاهر الخارجية المختارة الصريحة والخفية للظواهر والأحداث والسلوك الحاضر في موقف معين ووقت محدد.

كما يمكن أن تعرف الملاحظة على أنها إحدى أدوات جمع البيانات، و تستخدم في البحوث الميدانية لجمع البيانات التي لا يمكن الحصول عليها عن طريق الدراسة النظرية أو المكتبية ، كما تستخدم في البيانات التي لا يمكن جمعها عن طريق الاستمارة أو المقابلة أو الوثائق والسجلات الإدارية أو الإحصاءات الرسمية والتقارير أو التجريب. ويمكن للباحث تبويب الملاحظة، وتسجيل ما يلاحظه الباحث من المبحوث سواء كان كلاماً أم سلوكاً.

المطلب الثاني: نتائج الدراسة و اختبار الفرضيات

1. تحليل نتائج الدراسة:

أ. التموين بالمواد الصيدلانية:

السؤال الأول: كيف تتم تحديد حاجة الصيدلية من المواد الصيدلانية؟

المؤسسة الأولى: تحدد الحاجة في الصيدلية بعد عملية جرد كامل لحالة المخزون ،و مدة صلاحيته (يدويا) ، وبعد تحديد كل طبيب رئيس مصلحة لمدونة الأدوية التي هو بحاجة إليها في مصلحته في الوقت الحالي و مستقبليا (تقديرات توقعية)، تتم تحديد الحاجة حسب المصالح و وحدات العلاج الموجودة و المبرمج فتحها بالمؤسسة العمومية الاستشفائية.

بعد ضبط الحاجة من طرف الصيدلي مسير الصيدليـــــة، يتم نقلها إلى المدير الفـــرعي للماليـــة و الوسائل لاستكمال باقي الإجراءات.

المؤسسة الثانية: تحدد الحاجة في الصيدلية بعد عملية جرد كامل لحالة المخزون ،و مدة صلاحيته ، باستعمال برنامج آلي(3COH) ،وبعد تحديد كل طبيب رئيس مصلحة لمدونة الأدوية التي هو بحاجة إليها في مصلحته في الوقت الحالي و مستقبليا، و ذلك إثر اجتماع المجلس الطبي.

التعليق:

من خلال أجوبة كلا من المسيرين، نلاحظ أن عملية تحديد الحاجة تتم بنفس الطريقة، و بنفس الإجراءات تقريبا، إلا أن المؤسسة الأولى تقوم بعملية جرد المخزون بطريقة يدوية، في حين المؤسسة الثانية تقوم بهذه العملية باستخدام نظام آلي مما يجعلها أكثر سرعة و دقة، في تحديد طلبيات المواد.

السؤال الثاني: كيف تتم عملية شراء المواد الصيدلانية؟

المؤسسة الأولى: يعنى بعملية شراء المواد الصيدلانية مكتب الصفقات العمومية التابع للمديرية الفرعية للمالية و الوسائل، بحيث يتم إبرام الصفقات بصيغة التراضي كما رأينا آنفا، مع كل من:

- الصيدلية المركزية للمستشفيات، المديرية الجهوية لوهران (PCH)، لاقتناء الأدوية،
- و معهد باستور ، لاقتناء اللقاحات و الأمصال،
- و (IMC) للمواد المستعملة في غسيل الكلى .

و ذلك لحيازتهم على وضعية احتكارية، أما باقي المنتجات مثل المستهلكات و ما شابهها فإنه يلجأ إلى طلب العروض المفتوح لاختيار أحسن عرض.

أما عملية الطلب، فيقوم الصيدلي مسير الصيدلية بإعداد سندات طلبية شهرية (أنظر الملحق رقم 3)، تمضى من طرف الصيدلي و مدير المؤسسة، حسب النقص الملاحظ في المواد، بعدها يودع السند لدى مصالح الصيدلية المركزية ليتم تحضير الطلبية، يقوم الصيدلي بعد تحضير الطلبية من طرف الصيدلية المركزية بإرسال شخص مكلف من مستخدمي الصيدلية في مهمة على متن شاحنة المؤسسة، لمراقبة المواد المطلوبة و ضبطها قبل شحنها.

عند وصول الطلبية إلى المؤسسة يتم مراقبتها مراقبة ثانية من طرف الصيدلي و الأعوان المكلفين قبل ترتيبها، و أن عملية إنزال الصناديق من الشاحنة و إدخالها يقوم بها مستخدمي الصيدلية، و لا يوجد أعوان مخصصين لهذه العملية .

المؤسسة الثانية: تقوم المؤسسة بنفس الإجراءات، و للتوضيح أكثر ،تتم عملية اقتناء الأدوية من الصيدلية المركزية للمستشفيات وفق ملحقين، الملحق 1 خاص باقتناء الأدوية على عاتق ميزانية المؤسسة، أما الملحق 2 خاص باقتناء الأدوية على عاتق ميزانية الوزارة الوصية، التي تعدها كما و نوعا دون مراعات احتياجات المؤسسة

و منذ الأزمة المالية التي تشهدها البلاد السنوات الأخيرة، قامت الوزارة الوصية بعملية تسقيف نفقات الميزانية مما أدى إلى نقص الاعتمادات، الأمر الذي دفع بالمؤسسات الموردة للأدوية و خصوصا تلك التي لها حق حصري، بفرض تسليم الأدوية كل أسبوع للمؤسسات لضمان تسديد فواتيرها، الأمر الذي صعب من مهمة الصيادلة المسيرين، في تحديد الحاجة بدقة.

التعليق:

من خلال الأجوبة نستنتج أن عملية الشراء تتم بنفس الطريقة على مستوى المؤسستين، و يمكن القول أن العملية مسطرة نوعا ما، أي لا نلاحظ أي حرية أو مرونة في اختيار المتعامل، بل حتى في اختيار المواد المشترات (الملحق 2)، ماعدا بالنسبة للمواد المستهلكة التي تتم عملية اختيار المتعامل، في حدود الاعتمادات المالية.

السؤال الثالث: كيف تتم عملية استلام المواد؟

المؤسسة الأولى: تتم عملية الاستلام بعد مراقبة المواد، و مطابقتها لمواصفات الطلبية، و سلامتها من العيوب أو النقص مع مراعات مدة الصلاحية.

المؤسسة الثانية: تتم عملية الاستلام من طرف العون المكلف المرافق للسائق، على مستوى المؤسسة الموردة قبل شحنها لتراقب مرة أخرى، قبل دخولها إلى الصيدلية و مدى مطابقتها مع وصل الاستلام.

التعليق:

نلاحظ أن عملية الاستلام تتم بحذر، بعد المراقبة عدة مرات لتفادي عدم المطابقة أو النقص، الأمر الذي يأدي الى استلام مواد سليمة و فقا للمواصفات، قابلة للتخزين.

السؤال الرابع: كيف يتم التعامل مع مواد غير مطابقة للطلبية، أو التي قرب تاريخ انتهاء صلاحيتها عند استلامها؟

المؤسسة الأولى: عند استلام مواد غير مطابقة للطلبية، نقوم بإعداد تقرير إخباري إلى السلطة السلمية، و بعدها نقوم بإرجاع هذه المواد في أجل لا يتعدى 48 ساعة.

المؤسسة الثانية: في حالة استلام مواد غير مطابقة، أو قرب تاريخ انتهاء صلاحيتها، تدون في سجل خاص لهذا الغرض و تتم عملية الارجاع في أجل لا يزيد عن 48 ساعة.

التعليق: نلاحظ ان كلا المسيرين يقوم بإرجاع المواد الغير مطابقة في 48 ساعة على الأكثر، و لاكن طريقة التعامل مها ليست نفسها.

ب. التخزين و دعائم تسيير المخزون:

السؤال الخامس: كيف تتم عملية ترتيب المواد داخل المخازن؟

المؤسسة الأولى: ترتب المواد الصيدلانية داخل الصيدلية، في المخازن المخصصة لكل مادة على المنصات أو في الأرفف حسب الفئة العلاجية أو الدوائية التي تنتمي إليها المادة ، و توضع العلبة او الصندوق الذي مدة صلاحيته الأقرب للانتهاء في الأعلى، و ذلك ليتم إخراجه أولا ، أما المواد التي لها حساسية من الحرارة فتوضع داخل الثلاجة للحفاظ عليها، و تنظم عملية الترتيب على الأرفف وفق التخصص.

المؤسسة الثانية: تتم عملية ترتيب المواد بعد استلامها، كل في مخزنها الخاص بها بحيث لا توضع الصناديق على الأرض، بل على المنصات المخصصة لذلك، مع احترام سلسلة التبريد و ترتب المواد داخل كل مخزن وفق العائلة الصيدلانية لكل مادة.

التعليق: يتفق المسيران، على طريقة وضع الصناديق و احترام مدة الصلاحية، و سلسلة التبريد إلا أنهما يختلفان في طريقة الترتيب، فكل صيدلي يختار طريقة الترتيب الخاصة بصيدليته و ذلك بهدف الوصول السريع و الدقيق إلى المواد المخزنة.

السؤال السادس: هل يوجد مخزون الأمان؟ و ما هي قيمته؟

المؤسسة الأولى: نعم مخزون الأمان موجود، بحيث لا يجب أن تقل المواد داخل المخازن عن مستوى مخزون الأمان. المؤسسة الثانية نفس الإجابة.

التعليق: كلا المسيرين أكد على وجود مخزون الأمان، و أنه من الضروري وجوده، و لاكن قيمته مجهولة، فكيف نستطيع القول أننا لم نتجاوز مخزون الأمان، مع العلم أن هذا المخزون يختلف من مؤسسة لأخرى حسب طبيعة نشاطها، و سرعة دوران المواد في المخازن.

السؤال السابع: هل توجد بطاقة تسيير المخزون و ما هو دورها؟

المؤسسة الأولى: يقوم كل مسؤول عن المخزن بخلق و بمتابعة بطاقات المخزون الخاصة بكل مادة (أنظر الملحق رقم 4) ،و التي توضع على الرف بجانب المادة، و التي تدون فيها حركة المـــادة (الدخول و الخروج)، و الباقي المتواجد في المخزن.

المؤسسة الثانية: هناك بطاقة مخزون لكل مادة داخل الصيدلية، و تتم عملية التسجيل يوميا لحركة المادة و هذا ما يعطينا المخزون الحقيقي المتواجد على الرف.

التعليق: تتم عملية مسك بطاقة المخزون بصرامة في كلا المؤسستين، و ذلك لضرورة هذه الأداة في عملية التسيير و المراقبة اليومية.

السؤال الثامن: هل يوجد سجل الصيدلية، وما هو دوره؟

المؤسسة الأولى: يعد سجل الصيدلية (le registre de la main courante)، من الأدوات التي لا يمكن الاستغناء عنها بحيث تـــدون فيه كل المواد الخارجـــــة من الصيدلية، و رقم سنـــد الطلب ، و الشخص الذي استلم المواد و كذا الإمضاء (أنظر الملحق رقم 5).

المؤسسة الثانية: كل مخزن مواد لديه سجل صيدلية خاص به، أي هناك أربعة سجلات صيدلية يقوم بمسكها كل مسؤول مخزن، و تسجيل المواد الخارجة من كل مخزن يوميا.

التعليق: نلاحظ وجود سجل الصيدلية الأمر الإيجابي، إلا أنه في المؤسسة رقم 2 هناك عدة سجلات بالرغم من أن التعليمات واضحة، فسجل الصيدلية هو عبارة عن سجل مركزي وحيد، تدون فيه جميع المواد الداخلة والخارجة من الصيدلية.

ت. الأنظمة المعلوماتية داخل الصيدلية:

السؤال التاسع: ما مدى استعمال معلوماتية التسيير في الصيدلية؟

المؤسسة الأولى: لا يوجد أي استعمال لأي نظام آلي داخل الصيدلية، أو برنامج لتسير المخازن الأمر الذي أدى بنا إلى اعتماد الطرق اليدوية و الجرد المادي من خلال بطاقات المخزون، وهذه الطريقة بدائية، و تأخذ وقت كبير و جهد أكبر.

المؤسسة الثانية: يوجد نظام واحد (3COH)أو بالأحرى ما تبقى منه، و ذلك لعدم تحيينه و عدم صلاحية معظم خصائصه، إلا أنه يفي بالغرض فهو يقدم وضعية المخزون كلما طلب منه ذلك.

التعليق: لقد قامت الوزارة الوصية (أكثر من عشر سنوات)بتزويد كل صيدلية استشفائية بنظامين آليين :

- نظام (EPIPHARM): و هو نظام قديم نوعا ما، إلا أنه فعال و لديه خصائص جد مفيدة في عملية تسيير الصيدلية حيث يقوم بتقديم وضعية و كلفة المخزون كما طلب منه ذلك، بالإضافة إلى التنبيه لمدة صلاحية المواد بستة أشهر قبل انتهاءها، و لا يزال يشتغل إلى يومنا هذا في عدة مؤسسات (المؤسسة العمومية الاستشفائية بمستغانم).
- نظام (3COH): و يسمى أيضا بنظام المحاسبات الثلاث، و هو نظام جد متطور اقتنته الوزارة في العشرية الأخيرة في إطار عصرنة التسيير ، في 287 مؤسسة عبر الوطن ،و هو نظام يعمل بشبكة معلوماتية تصل الصيدلية بمختلف المصالح داخل المؤسسة، و حتى الوزارة الوصية، و هو لا يشتغل في جل المؤسسات إن لم نقل كلها بسبب عدم اقتناء التحيينات الخاصة به.

السؤال العاشر: هل يوجد نظام للمعلومات بالصيدلية، و ما مدى اندماجه في نظام المعلومات العام للمؤسسة؟

المؤسسة الأولى: تنتقل المعلومة عموديا، من الوزارة الوصية، و المديرية الولائية للصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، ومدير المؤسســـــة إلى الصيدلي مسير الصيدليـــة بالتعليمات و المنـــــاشير و المراسلات الإدارية، و الأوامر المباشرة و المذكرات و حتى المكالمات الهاتفية، كما تنتقل المعلومة أفقيا انطلاقا من الصيدلي مسير الصيدلية إلى الصيادلة المساعدين و كذا مستخدمي الصيدلية،

عن طريق الأوامر المباشرة و كذا المذكرات و التوجيهات.، أما المؤسسة الثانية فكانت نفس الإجابة تقريبا .

التعليق: من خلال إجابة المسيرين، لا حظنا ان الإجابة على هذا السؤال كانت عن طرق انتقال المعلومة، الا أنه ونظرا للدور الذي تلعبه الصيدلية الاستشفائية في تقديم الرعاية الصحية وفي توفير الدواء و المواد الداخلة في عملية الاستشفاء، يتوجب وجود نظام معلومات فعال و قائم لإعطاء المعلومة المناسبة في الوقت المناسب لضرورة المصلحة و أهمية المعلومة في هذا المجال.

السؤال الحادي عشر: هل يتم اعداد حساب التسيير بالصيدلية و كيف؟

المؤسسة الأولى: نعم يتم إعداد حساب التسيير شهريا أي الوضعية الشهرية، للمواد الصيدلانية الموجودة في المخازن و كذا المستهلكة خلال الشهر، و تتم هذه العملية بصفة يدوية كما رأينا سابقا.

المؤسسة الثانية: نعم يتم إعداد حساب التسيير شهريا أي الوضعية الشهرية، للمواد الصيدلانية الموجودة في المخازن و كذا المستهلكة خلال الشهر، و تتم هذه العملية باستعمال برنامج (COH3).

التعليق: حساب التسيير هو بمثابة لوحة القيادة لمسير الصيدلية، و مسيري المؤسسة الاستشفائية فسرعة انجازه و دقته عاملان أساسيان، فهو ينجز شهريا فمن غير المعقول أن ينجز في 15 يوم.

ث. أنظمة توزيع الدواء للمصالح:

السؤال الثاني عشر: ما هو النظام المتبع في توزيع المواد الصيدلانية إلى المصالح؟

المؤسسة الأولى: يتبع نظام لا مركزية التوزيع، أي هناك برنامج أسبوعي مسطر، بحيث يتم من خلاله تخصيص يوم لكل مصلحة، لتقديم الطلبية الأسبوعية الخاصة بها عن طريق سند طلبية (انظر الملحق رقم 6) ، ليتم تحضيرها و فق المواد الموجودة و الكمية المتبقية في المخازن و الكمية المتبقية في المصلحة، أما المؤسسة الثانية فكانت نفس الإجابة.

التعليق: نلاحظ أن النظام المتبع في كلا المؤسستين هو نظام لا مركزية التوزيع، أي نظام تخزين الدواء في الأجنحة و الأقسام و هو من الأنظمة التقليدية، التي برهنت عن عجزها و عدم صلاحيتها لصعوبة الرقابة و تأمين مسار الدواء فيها.

السؤال الثالث عشر: هل تعتمدون في بعض الأحيان على نظام الوصفة الطبية الخاصة بكل مريض؟

المؤسستين :لا

التعليق: حتى نظام الوصفة الطبية الخاصة، الذي يمكن أن يطبق على الأدوية العالية الثمن، أقل شيء لا يطبق، مع أن تطبيقه لا يكلف، و من شأنه أن يضبط حركة بعض المواد و يأمن مسارها.

السؤال الرابع عشر: كيف تتم عملية تسير المواد الصيدلانية داخل الأقسام؟

على مستوى كل قسم هناك مسؤول صيدلية القسم ، فبعد استلام المواد أسبوعيا يقوم بتخزينها، و يقوم بإخراجها للمرضى حسب الأوامر الطبية للأطباء رؤساء المصالح، و يقوم بتسييرها ببطاقة المخزون و سجل تدون فيه كل حركة المواد و أسماء المرضى المستفيدين، و الجرعات و إمضاء الطبيب المعالج، المؤسسة الثانية نفس الإجابة.

التعليق: يتم إخراج كميات من المواد الصيدلانية إلى المصلحة، بحيث لا يوجد أي مؤشر على أنها الاحتياجات الاسبوعية الحقيقية للمصلحة، سوى أنها طلبت في سند الطلبية، و هي موجودة في المخازن، وتلعب المصلحة دور الصيدلية الاستشفائية و تسير المخزون، بالرغم من أن الشبه الطبيين ليس لهم أي علاقة بهذه المهام التي من شأنها أن تشغلهم عن المهام الموجودون من أجلها ، ناهيك عن المواد الصيدلانية التي تتطلب ظروف تخزين خاصة.

ج. عملية المراقبة:

السؤال الخامس عشر: هل فعلا الأطباء رؤساء المصالح هم من يسهرون على تسيير مخزون المواد الصيدلانية داخل الأقسام؟

المؤسسة الأولى: هناك بعض المواد الحساسة التي يقوم الأطباء بتسييرها و مراقبتها، أمل الباقي فيوكل المهمة إلى سلك التمريض.

المؤسسة الثانية: إن الطبيب بحكم المهام الموكلة إليه لا يقوم بتسيير هذه المواد، وحتى لا يقوم هو بإعداد سند الطلبية الأسبوعي، بل الممرضين فقط، و هو يقوم بعملية الإمضاء.

التعليق: نلاحظ أن عملية تسيير المواد الصيدلانية، و التي هي من مهام الصيدلي و الصيدلية الاستشفائية، قد أوكلت من خلال هذا النظام إلى المصالح، و أصبحت هذه الصيدلية مثل أي مخزن للمواد، في حين الذين أوكلت لهم المهمة في المصالح (الأطباء رؤساء المصالح)، قد قدموها بدورهم إلى الأعوان الشبه الطبيين و الممرضين، فنلاحظ أن هناك تساهل و بساطة في التعامل مع هذه المواد، التي تكلف ميزانية المؤسسة ما تكلفها، وفي حالة ندرتها أو عدم وجودها، ستتعطل المصالح الطبية و بالتالي المؤسسة ككل.

السؤال السادس عشر: بصفتكم صيدلي مسير الصيدلية، و المسؤول عن تأمين مسار الدواء، كيف تتم عملية المراقبة داخل الأقسام؟

المؤسسة الأولى: تتم عملية المراقبة بصفة دورية، مسطرة و فق برنامج معد مسبقا، و في بعض الأحيان بصفة فجائية، بحث تتم مقارنة المواد الداخلة للمصلحة مع السجلات و بطاقات المخزون الموجودة في المصلحة، و الكميات التي تم إخراجها ،و أسماء الرضى المستفيدين و الأطباء الواصفين

المؤسسة الثانية: في إطار تقسيم المهام في داخل الصيدلية، يقوم الصيدلي الآخر بهذه العملية، بحيث هناك سجل خاص بعملية المراقبة التي نقوم بها في المصالح المختلفة، و نقوم بإعداد تقارير دورية إلى مدير المؤسسة، عن هذه عمليات .

التعليق: إن عملية المراقبة من العمليات الحساسة، التي من خلالها نتأكد من المسار الذي تسلكه المواد الصيدلانية، و تبدأ عملية الرقابة من الصيدلية الاستشفائية إلى غاية تقديم الدواء للمريض، فهذه العملية تفوق قدرة شخص واحد، بل يجب أن يسخر لها نظام بأكمله، لكثرة المصالح و التخصصات و الأطباء، و المواد.

السؤال السابع عشر: ما هو تقييمكم للنظام الحالي في توزيع الأدوية؟

المؤسسة الأولى: إن هذا النظام من الأنظمة القديمة، بحيث تقوم من خلاله المصالح بالاستهلاك المفرط للمواد الصيدلانية، دون امكانية مراقبتها، فنحن نحاول قدر الامكان الحد من الاستهلاك المفرط، و فرض معدلات استهلاك معقولة.

المؤسسة الثانية: نحن في الصيدلية نسير حسب الامكانيات المتاحة، فمهمتنا الأولى هي توفير الدواء للمريض في المؤسسة، أما عن النظام فكل المؤسسات تعمل به.

التعليق: لا شك في أن هذا النظام في توزيع المواد الصيدلانية، قد أبدى قصوره إلا يبقى معمول به طالما لا توجد بدائل أخرى.

ح. **التعامل مع الاستعجالات الطبية:**

السؤال الثامن عشر: في حالة احتياجكم لدواء، لا يوجد على مستوى المخازن، هل هناك طريقة لتأمينه؟

المؤسسة الأولى: في حالة عدم وجود الدواء المطلوب في الصيدلية، نستطيع إعداد سند طلبية استعجالي، لنذهب به، بسيارة المؤسسة إلى الصيدلية المركزية بوهران لتأمينه، المؤسسة الثانية نفس الإجابة.

التعليق: هذه الطريقة مجدية، في حالة ما إذا لم يكن الطلب على الدواء بصفة استعجالية.

السؤال التاسع عشر: تكتسي احتياجات مصلحة الاستعجالات طابعا خاصا، فكيف يتم التعامل مع هذه المصلحة لتزويدها بالمواد الصيدلانية؟

المؤسسة الأولى: من المصالح التي تستهلك أكبر كمية من المواد الصيدلانية، و بحكم الطابع الاستعجالي لها، لا نستطيع مراقبتها مثل باقي المصالح، فقمنا باقتراح شخصي بعد موافقة المجلس الطبي، بإنشاء صيدلية ملحقة بمصلحة الاستعجالات، تضمن المداومة 24 ساعة، من شأنها تلبية كل احتياجات المصلحة.

المؤسسة الثانية: كان المسؤول عن المواد الصيدلانية في المصلحة يترك رصيد من المواد، عند كل مناوبة، وهذه الطريقة أثارت الكثير من المشاكل في المصلحة، ولاكن الآن أصبح عمال الصيدلية يستفيدون من المناوبة، فالصيدلية تشتغل على مدار 24 ساعة.

التعليق: نلاحظ الاختلاف الموجود بين المؤسستين في تعامل الصيدلية مع مصلحة الاستعجالات، فكل صيدلية و جدت طريقة لحل المشكل، و لاكن بدون إطار قانوني، أو إطار تنظيمي يوحد التعامل مع هذه المشاكل.

خ. المخزون الزائد عن الحاجة:

السؤال العشرون: في حالة و جود مخزون زائد عن الحاجة، و قرب تاريخ انتهاء صلاحيته، هل هناك طريقة متفق عليها، لتوجيهه إلى مؤسسة أخرى، هي بحاجة إليه أو تستطيع الاستفادة منه؟

المؤسسة الأولى: رسميا لا يوجد، ولاكن عند وجود مخزون زائد عن الحاجة فنتصل بالصيادلة في المؤسسات العمومية الاستشفائية، أو المؤسسات العمومية للصحة الجوارية ، المجاورة بصفة شخصية لإعلامهم بالأمر في حالة احتياجهم لهذه المادة.

المؤسسة الثانية: لا يوجد.

التعليق: نستطيع إيجاد مخزون زائد عن الحاجة في أي صيدلية استشفائية ، و هذا راجع لخطأ في التقديرات أو نقص الطلب عليها، ولاكن إذا لم يتم استعمالها من طرف مؤسسة اخرى، ربما تكون في حاجة إليها، فستصبح مواد منتهية الصلاحية.

د. المواد منتهية الصلاحية:

السؤال الواحد و العشرون: هل توجد مواد صيدلانية منتهية الصلاحية؟ و ما هي أسبابها؟

المؤسسة الأولى: نعم هناك مواد ينتهي مفعولها سنويا، أما عن أسباب انتهاء صلاحيتها فهي أسباب خارجة عن نطاقنا، فهناك مواد صيدلانية خاصة بمصلحة قد تم الذهاب النهائي لرئيسها و بالتالي تغلق، و لا يتم إخراج هذه المواد من المخازن إلى غاية انتهاء صلاحيتها، المؤسسة الثانية نفس الإجابة.

التعليق: نلاحظ أن غلق المصلحة و انتهاء مدة صلاحية المواد الصيدلانية يأتي فجأة، دليل على عدم وجود تخطيط في الموارد البشرية، و تنسيق بين المصالح و بعد نظر في التسيير.

السؤال الثاني و العشرون: كيف يتم التعامل مع المواد منتهية الصلاحية؟

المؤسسة الأولى: عند انتهاء مدة صلاحية المواد الصيدلانية، يتم اعداد محضر خاص بها بحيث تدون الأصناف و الكمية و تدون في سجل خاص بهذا الغرض، لتتم عملية حرقها و التخلص منها.

المؤسسة الثانية: نفس الإجابة.

ذ. المواد ذات التأثير النفسي:

السؤال الثالث و العشرون: كيف تتم عملية تسير المواد ذات التأثير النفسي؟

المؤسسة الأولى: تسيير المواد ذات التأثير النفسي من طرف الصيدلي شخصيا، ويكون إخراجها بسند خاص بها و تدون في سجل خاص معد لهذا الغرض، المؤسسة الثانية نفس الإجابة.

التعليق: تعد المواد ذات التأثير النفسي من المواد الحساسة التي تخزن داخل خزانة فولاذية، و يتطلب تسييرها نظام خاص تحت المسؤولية الشخصية للصيدلي.

ر. التكوين:

السؤال الرابع و العشرون: هل قمتم بعملية تكوين أو تحسين للمستوى أو تجديد المعلومات منذ شغلكم لهذا المنصب؟

المؤسسة الأولى: نعم ، تكوين مدته خمسة عشر يوما في فرنسا، عن الصيدلية الاستشفائية.

المؤسسة الثانية: لا.

التعليق: تعد الدورات التكوينية و عمليات تحسين المستوى ، مصدرا للتنمية الرأس المال البشري خصوصا في مهنة الصيدلة، لمواكبة التطور التكنولوجي المستمر و محاولة رفع مستوى الأداء.

السؤال الخامس و العشرون: عند دراستنا لتقسيم المديريات الفرعية و المكاتب من خلال الهيكل التنظيمي للمؤسسة، لم نجد الصيدلية، في رأيكم ما هو موقع الصيدلية؟

المؤسسة الأولى: الصيدلية يجب أن تكون مصلحة.

المؤسسة الثانية: الصيدلية مصلحة تحت سلطة المدير و لاكن لا تظهر في الهيكل التنظيمي.

التعليق: بالرغم من وجود الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية الذي ينظم المؤسسة إلى مديريات فرعية و مكاتب إلا أنه لا و جود للصيدلية، فهذه الأخيرة ليست مصلحة صحية و لا مصلحة إدارية.

2. اختبار الفرضيات:

الفرضية الأولى: تعاني المؤسسات العمومية الاستشفائية جملة من مشاكل سوء تسيير المواد الصيدلانية، في ظل القوانين و الاجراءات المعمول بها حاليا،

و من خلال دراسة التي قمنا بها في كلتا المؤسستين اتضح أنها تعاني من مشاكل سوء التسيير و عدم التنسيق بين الصالح، و عليه فإن الفرضية الأولى صحيحة.

الفرضية الثانية: تتبع المؤسسات العمومية الاستشفائية أنظمة توزيع للمواد الصيدلانية داخل المصالح، برهنت عن قدمها ،وقصورها، و عدم صلاحيتها، فمن خلال الدراسة التي أجريناها و المقابلة مع المسيرين تبين أن أنظمة التوزيع عاجزة عن تأمين المواد الصيدلانية و مراقبتها، و بالتالي فإن الفرضية الثانية صحيحة .

الفرضية الثالثة: تفتقر المؤسسات الاستشفائية العمومية، لنظام تسيير موحد للصيدلية الاستشفائية، كما هو معمول به في جل دول العالم، فمن خلال دراسة المقارنة التي أجريت بين المؤسستين تبين أنهما يفتقران لنظام تسيير موحد بحيث لكل صيدلية استشفائية طريقتها في تسيير المواد الصيدلانية ، و عليه فإن الفرضية الثالثة صحيحة.

3. نتائج الدراسة الميدانية:

- مقر أو بنايات الصيدلية الاستشفائية ليست بالمواصفات التي يجب أن تكون عليها، فهي لا تسمح بالتسيير الحسن للمواد الصيدلانية،

- بالرغم من التقارب الموجود بين المؤسستين في مبالغ الميزانية، إلا أن الفرق في الاعتماد المالية المخصصة للمواد الصيدلانية كبير،

- وجود نقص فادح في استعمال الأنظمة الآلية، و أنظمة تسيير المخزون،
- عدم وجود مرونة في اختيار الموردين فأغلب الموردين لهم حق حصري، و يتعاملون معا المؤسستين من موقع قوة،
- عدم تخصيص عمال و ا أدوات خاصة لعملية إنزال الصناديق الخاصة بالمواد الصيدلانية، و إدخالها إلى المخازن،
- عدم تحديد القيمة الفعلية لمخزون الأمان الخاص بكل صيدلية استشفائية،
- نقص النصوص التنظيمية الخاصة بتسيير الصيدلية الاستشفائية، بحيث هناك تعليمة وزارية واحدة (التعليمة رقم 7) يتم من خلالها تسيير المواد الصيدلانية ،
- عدم و جود دليل موحد لتسيير الصيدليات الاستشفائية، كما هو معمول به في جل دول العالم،
- عدم صلاحية نظام توزيع الدواء داخل الأقسام، و استحالة مراقبة مسار الدواء،
- عدم و جود نظام معلومات فعال، ما أدى إلى نقص التنسيق بين المديريات الفرعية،
- عدم و جود نظام للاتصال بين المؤسسات، خاصة فيما يخص المخزون الزائد عن الحاجة،
- نقص تكوين المسيرين للصيدليات الاستشفائية،
- عدم وضوح موقع الصيدلية الاستشفائية في الهيكل التنظيمي للمؤسسة.

خلاصة:

إن دراسة المقارنة التي تمت في هذا الفصل هي بمثابة المرآة العاكسة لواقع التسيير الصيدلاني في المؤسسات العمومية الاستشفائية، و التي تعكس جانب من واقع الخدمة الصحية الاستشفائية في الوطن، بحيث لا يمكن لهذه المؤسسات أن ترقى بمستوى الخدمة الصحية إلى أعلى المستويات دون أن تواجه مشاكل سوء التسيير، بمعالجتها و التخلص منها .

الخـــــاتمة

العـــــامة

الخاتمة العامة:

من الصعب الحديث عن واقع تسيير المواد الصيدلانيـــة في المؤسسات العمومية الاستشفائيـــة، و تسيير الصيدلية الاستشفائية نظرا للفرق الشاسع ما بين ما هو موجود و ما يجب أن يكون موجود، أي هناك تباين و تباعد كبيرين ما بين النظري و الواقع، و ما بين ما توصلت إليه الدول (أقل دخلا و أقل إمكانيات من الجزائر) في مجال الصيدلة الاستشفائية و ما بين ما نحن عليه، فبالرغم من الامكانيات المالية التي تمتعت بها الجزائر، و بالرغم من الإصلاحات التي تلتها إصلاحات، إلا أننا مازلنا عاجزين على تهيئة و تجهيز صيدلية استشفائية بالمعايير و المقاييس الدولية، و هذا من أجل التخزين الجيد للمواد الصيدلانية للمحافظة على فعاليتها، في حين أن دول العالم تتكلم عن مصطلح "الجودة "في الصيدلية الاستشفائية، و تحظير الدواء داخل الصيدلية، و التعقيم.

و من خلال دراستنا لتسيير المواد الصيدلانية في المؤسسات العمومية الاستشفائية، و التي تعتبر عنصر ضروري لا يمكن الاستغناء عنه في حلقة الاستشفاء، تبين لنا أن هناك طرق منتهجة من طرف هذه المؤسسات لتسيير المواد الصيدلانية، أقل ما يقال عنها قديمة، و بدائية، بعيدة عن الفعالية .

لقد تطرقنا في دراستنا إلى دور الصيدلية الاستشفائية في تموين المؤسسة الاستشفائية بالمواد الصيدلانية ، و واقعه من خلال دراسة المقارنة ما بين المؤسستين العموميتين الاستشفائيتين "بسيدي علي" و "عين تادلس" ، أين تبين لنا، أن هاتين المؤسستين تعاني من جملة من مشاكل سوء تسيير المواد الصيدلانية، حيث في ظل القوانين و الإجراءات المعمول بها، لا تلعب الصيدلية الاستشفائية الدور المنوط بها، فليس لها حتى الخيار في اختيار المورد المناسب الذي يضمن لها تدفق المواد الصيدلانية، فهي مجبرة على التعامل مع موردين، هناك من له حق حصري بنص قانوني و آخرين الوحيدين الذين يملكون تلك المواد، فيقومون ببيعها بالأثمان الذين يريدونها.

و ما لمسناه أيضا أن أنظمة توزيع الدواء داخل الأقسام، في المؤسسات العمومية الاستشفائية هي أنظمة برهنت عبر الزمن عن قصورها، و عدم صلاحيتها، و هي أنظمة لم تعد تستعمل في العالم، لعـدم قدرتها على تأمين مســـار الدواء و المـــواد الصيدلانية من الهدر ، و السرقـــة، و الضيـــاع، و التبذير.

و من بين الأمور التي لا يجب الإغفال عنها أن المؤسسات العمومية الاستشفائية تفتقر لنظام تسيير موحد أو حتى دليل الممارسات الجيدة (guide de bonnes pratiques)، للصيدلية الاستشفائية كما هو معمول به في جل دول العالم (حتى دول العالم الثالث)، بحيث يعد هذا الدليل من التوصيات التي توصي بها منظمة الصحة العالمية و التي تساهم في تمويل مشاريعها.

- **النتائج الدراسة:**

- إن أول النتائج التي توصلنا إليها أن نظام تموين المؤسسات العمومية الاستشفائية، بالمواد الصيدلانية هو نظام يضيق الخناق على هذه المؤسسات ، و يسلبها حرية التعامل مع الموردين بحكم استقلالها المالي، و لا يعكس تحرير السوق و ثقافة المنافسة من أجل خدمة أفضل،

- بالرغم من وجود كفاءات في الموارد البشرية من صيادلة و مسيرين، من شأنها إصلاح الأمور إلا أنها رهينة القوانين و النصوص التنظيمية، و تقاليد العمل السيئة،
- سوء التسيير و غياب التنسيق بين المديريات الفرعية للمؤسسات العمومية الاستشفائية، يصعب من مهمة كل مسير،
- الوضع الاقتصادي الراهن، وسياسة ترشيد النفقات العمومية بشتى أنـواعها، تضع المسيرين و خصوصا المسؤولين عن تموين المواد الصيدلانية بين مطرقة الطلب المتزايد للمرضى على هذه المواد، و سندان تسقيف النفقات العمومية،
- نقص فادح في استعمال معلوماتية التسيير، بالرغم من المجهودات المبذولة من طرف الوزارة الوصية في العشرية الأخيرة،
- عدم مواكبة أنظمة توزيع الدواء داخل مصالح المؤسسات العمومية الاستشفائية ، للتطورات التكنولوجية الحديثة، التي تساهم في تدنية التكاليف الناتجة عن ضياع و هدر المواد الصيدلانية،
- عدم وضوح الصيدلية الاستشفائية في الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية، فهي ليست مصلحة و لا مكتب.

- مقر أو بنايات الصيدلية الاستشفائية ليست بالمواصفات التي يجب أن تكون عليها، فهي لا تسمح بالتسيير الحسن للمواد الصيدلانية،

- بالرغم من التقارب الموجود بين المؤسستين في مبالغ الميزانية، إلا أن الفرق في الاعتماد المالية المخصصة للمواد الصيدلانية كبير،

- عدم تخصيص عمال و أدوات خاصة لعملية إنزال الصناديق الخاصة بالمـــواد الصيدلانيـــة، و إدخالها إلى المخازن،

- عدم تحديد القيمة الفعلية لمخزون الأمان الخاص بكل صيدلية استشفائية،

- نقص النصوص التنظيمية الخاصة بتسيير الصيدلية الاستشفائية، بحيث هناك تعليمة وزارية واحدة (التعليمة رقم 7) يتم من خلالها تسيير المواد الصيدلانية ،

- عدم و جود دليل موحد لتسيير الصيدليات الاستشفائية، كما هو معمول به في جل دول العالم،

- عدم و جود نظام معلومات فعال، ما أدى إلى نقص التنسيق بين المديريات الفرعية،
- عدم و جود نظام للاتصال بين المؤسسات، خاصة فيما يخص المخزون الزائد عن الحاجة،
- نقص تكوين المسيرين للصيدليات الاستشفائية،

- **الاقتراحات والحلول: و على ضوء نتائج الدراسة المقدمة سلفا يمكننا اقتراح ما يلي:**
  - **اقتراحات إلى الوزارة الوصية:**

- إضفاء المرونة و حرية التعامل مع موردي المواد الصيدلانية، و الابتعـاد عن الحقوق الحصرية و الاحتكار من أجل ترسيخ ثقافة المنافسة في هذا الميدان،
- تو حيد نمط تسيير الصيدليات الاستشفائية العمومية، كما هو معمول به في دول العالم، من خلال إعداد دليل الممارسات الجيدة (guide de bonnes pratiques)، بحيث يقوم بتوحيد المقاييس لطريقة انشاء الصيدليات الاستشفائية، و طرق تسييرها،
- أعداد برامج تكوينيـــة في مجال التسيير لفائـــدة الصيادلة مسيري الصيدليـات الاستشفائيـة، و الأعوان المساعدين لهم، قصد تطوير الكفاءات،
- إلزامية توفير قاعدة بيانات، وشبكة معلوماتية خاصة بالمؤسسات الاستشفائية العمومية، من شأنها رقمنة تسيير الصيدلية الاستشفائية، و ربط هذه الأخيرة من أجل تبادل المعلومات، المتعلقة بنقص المواد الصيدلانية، و خاصة تلك التي قرب انتهاء مدة صلاحيتها في مؤسسة، ليتم استهلاكها في مؤسسة اخرى تعاني نفادها،
- إن الأزمة التي تمر بها البلاد، و عملية ترشيد و تسقيف النفقات العمومية، أمر يدعونا إلى إعادة النظر في أنظمة توزيع الدواء في المؤسسات العمومية الاستشفائية، إلى أنظمة حديثة قد تظهر مكلفة في البداية، إلا أن نتائجها تقلص من التكاليف (نظام الجرعة الواحدة)، على المدى البعيد،
- إعادة النظر في الهيكل التنظيمي للمؤسسات العمومية الاستشفائية، لتوضيح موقع الصيدلية الاستشفائية أو إدراجها كمصلحة مستقلة لأهميتها، و دورها الحساس،
  - **اقتراحات للمؤسسات العمومية الاستشفائية:**

- التنسيق و التكامل بين المديريات الفرعية، و العمل كفريق من شأنه القضاء على الكثير من مشاكل سوء التسيير ، و أحادية القرار،
- تحسين ظروف العمل من خلال تهيئة مكاتب منفصلة عن المخازن، و توفير وسائل المناولة الخاصة بالمواد الصيدلانية لتسهيل عملية نقلها،
- تهيئة المخازن و تأمين سلسلة التبريد و تجهيزها بوسائل قياس الحرارة و الرطوبة، من أجل الحفظ الأمثل للمواد الصيدلانية،
- ضرورة تنصيب نظام معلومات فعال، على مستوى الصيدلية من شأنه تبادل المعلومة مع مختلف لمصالح بسرعة و أمان، نظرا لأهميتها،
- توفير معدات الأمن و السلامة لعمال الصيدلية، نظرا لخطورة المواد التي يتعاملون معها

- **الآفاق المستقبلية:**

إن المواضيع التي تخص جانب التسيير في المؤسسات الاستشفائية، لا تقل أهمية بعضها عن بعض، و خصوصا تلك التي تعتي الجانب الصيدلاني، كآفق للدراسة :

- دراسة السوق المواد الصيدلانية ، وأثرها على جودة الخدمة الصحية،
- السياسات المنتهجة من طـــرف الدولة الجزائريـــة، لتدعيم المنتـــوج الصيدلاني المحـــلي و التخفيف من فاتورة الاستيراد.
- دراسة المخزون الصيدلاني في الصيدلية المركزية للمستشفيات، استعمال تقنيات إدارة المخزون (ABC).
- التسويق الصيدلاني، في إطارتشجيع الانتاج المحلي.

المـــــــراجع

المراجع باللغة العربية

1.**الكتـــــب**:

1. طلعت الدمرداش ، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس، الطبعة الثانية، مصر، 2006
2. *ثامر ياسر البكري إدارة المستشفيات*،: دار اليازوري للنشر و التوزيع
3. *سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات و المراكز الصحية*،: دار الشروق للنشر و التوزيع الطبعة الأولى ،الأردن ،2007،
4. *أحمد محمد غنيم ، إدارة المستشفيات*- رؤية معاصرة- المكتبة العصرية للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى مصر 2006
5. جهاد الموجز في تاريخ الصيدلة، الطبعة الأولى، دار اليازوري، عمان،2006 .
6. د.العلمي، الدواء من فجر التاريخ إلى اليوم، المجلس الوطني للثقافة و الأدب، الكويت، 1998.
7. عمر محمد عودة عريقات المسؤولية المدنية للصيدلي عن الخطأ الدوائي، الطبعة الأولى، الدار العلمية الدولية ،عمان،2016.
8. د.الفتلاوي،: التشريعات الصحية، الطبعة الأولى، مكتبة دار الفكر، عمان ،1997 ،
9. د. نور الشرع: مسؤولية الصيدلي الجنائية، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر و التوزيـــع، عمان،2008
10. علي كساب ،تسيير المحزون مقاربات مختلفة، ديوان المطبوعات الجامعية ،الجزائر 2013

11. 2 **الرسائل الجامعية :**

11. الطالبة بحدادة نجاة تحديات الامداد في المؤسسة الصحية، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية تخصص: بحوث العمليات وتسيير المؤسسات جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان سنة 2012/2011.

12. عبد الرزاق كلتين ،تحسين الخدمة العمومية، مذكرة لنيل شهادة الماستر، جامعة خميس مليانة، سنة 2014 ،

13. عشور عبد الكريم، دور الإدارة الالكترونية في ترشيد الخدمة العمومية، مذكرة لنيل شهادة ماجستير علوم سياسية، جامعة قسنطينة، الجزائر، 2010،.

14. 3 **المجـــــلات**

15. تقرير عن التنمية في العالم: الاستثمار في الصحة، البنك الدولي، 1993

16. تقرير عبد الحميد بن حبيب الله نياز، "جودة الرعاية الصحية: الأسس النظرية و التطبيق العلمي"، وزارة الصحة، الرياض: 2005،

17. الدلائل الإرشادية الخاصة بتخزين الأدوية الأساسية وغيرها من المستلزمات الصحية . 2003 .". آرلينغتون،فرجينيا John Snow, Inc./DELIVER :بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية بالنيابة عن الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية
18. http://www.moh.gov.ps/portal/الصحة-نظام-الجرعة-الواحدة-انجاز-نوعى-ل افريل 2017
19. http://www.tawasol.ma
20. 4 **النصوص القانونية و التنظيمية**
21. القانون 08-13 المؤرخ في 20 يوليو 2008 الذي يعدل و يتمم القانون 85-05 و المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها، الجريدة الرسمية رقم 44 المؤرخة في 3 أوت 2008 ،
22. القانون 85- 05 المؤرخ في 16 فبراير 1985 الذي يتعلق بحماية الصحة و ترقيتها، الجريدة الرسمية صفحة 176
23. المرسوم التنفيذي 07-140 المؤرخ في 19 مايو 2007 المتضمن انشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية، الجريدة الرسمية رقم 33 المؤرخة في 29 نوفمبر 2009
24. القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20 ديسمبر سنة 2009 الذي يحدد التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية، جريدة رسمية رقم 15 المؤرخ في 07 مارس 2010
25. المرسوم التنفيذي 09-393 المؤرخ في 24 نوفمبر 2009، و المتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العامين في الصحة العمومية جريدة رسمية رقم 70 المؤرخة في 29 نوفمبر 2009
26. االمرسوم التنفيذي رقم 457/11 المؤرخ في 28 ديسمبر 2011 المعدل و المتمم للمرسوم التنفيذي رقم 293/94 المؤرخ في 25 سبتمبر 1994 الذي يتضمّن إنشاء الصيدلية المركزيـــة للمستشفيات و تنظيمها و عملها، جريدة رسيمة رقم 1 ،المؤرخة في 14 جانفي 2012
27. المرسوم الرئاسي رقم 15-247 المؤرخ في 16 سبتمبر2015 يتضمن تنظيم الصفقات العموميـــة و تفويضات المرفق العام، المادة رقم 2 الجريدة الرسمية رقم 50، ص 12.
28. المرسوم التنفيذي 11-121 المؤرخ في 20 مارس 2011، يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية الجريدة الرسمية رقم 17 ص9.

المراجع باللغة الفرنسية

29. ***Marshall.A*** , ***Principles of economics***, the McMillan Press Ltd, Eight Edition, London, 1977, pp 161-169 cited by :
30. Benamouzg.D," La santé au miroir de l'économie",Presse Universitaires de France, 1ére Edition, PARIS, , 2005
31. Deon Filmer and al, Health policy in poor countries : weak links in the chain , policy research working paper 1874, The world bank -Development research group-Washington, January 1998,.

32. A.Belghiti Alaoui,Principes généraux de planification à l'hôpital,: sans édition, Rabah Maroc 2005

33. Farida Djellal et al, L'Hôpital Innovateur : de l'Innovation Médicale à L'innovation ***de*** *service* édition Masson, Paris:, 2004.

34. Code de la santé publique, 19ème édition DALLOZ, Paris, 2005

35. Guide d'organisation et de fonctionnement de la pharmacie hospitalière, royaume du Maroc, union européenne, Appui technique pour l'amélioration de la gestion et de l'organisation des pharmacies hospitalières, Document élaboré et rédigé par : Pr Patrice TROUILLER, Chef de mission – Expert en pharmacie hospitalière ,Maroc , mai 2013

36. Fréderic Bernard et Eric Salviac, Fonction achats : contrôle interne et gestion des risques, édition Maxima, Paris,2009,

37. Jérôme Geominne, Optimiser la fonction achat : l'exemple du centre hospitalier de Lens, mémoire de l'Ecole

38. Nationale de la Santé Publique (ENSP), RENNES, 2006

39. Circulaire N° 007/sp/min/msprh/05 relative a la gestion des produits pharmaceutiques dans les établissements publics de santé,

40. Guide de bonnes pratiques de pharmacie hospitalière, 1 ère édition jun 2001, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Bureau de l'ingénierie et des techniques hospitalière , 75350 Paris.