جامعة عبد الحميد ابن باديس

كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير

قسم العلوم المالية والمحاسبة

مذكرة تخرج مقدمة ضمن متطلبات هيل شهادة ماستر أكاديمي

أهمية جودة الخدمة في تطوير القطاع الصحي في الجزائر

من إعداد الطالبة:

- بن زخروفة خيرة

تحت إشراف:

- الأستاذة: ملاحي رقية

2017/2018

شكر

الحمد لله و الصلاة والسلام على رسول الله ، وعلى اله و صحبه ومن تبعه إلى يوم الدين .

ياربي إذا أعطيتني النجاح فلا تأخذ تواضعي و إذا أعطيتني تواضعا فلا تأخذ اعتزازي بكرامتي .

بعد شكر الله سبحانه و تعالى أتقدم بجزيل الشكر إلى الأستاذة ملاحي مليكة و كل معلمي و اساتذة الأطوار التي مررت بها .

الى رئيس بلدية مازونة السيد مكروق الراس بلمهل و النواب نابر بوعبد الله الكوميتي الناصر بن بن عبدي محمد

عمال مستشفى مازونة على راسهم بخديجة الحبيب و بوقرط محمد

وكل من ساهم في إنجاح هذا العمل.

الإهداء:

إلى التي كانت دعواتها ستارا يحميني، إلى التي سهرت الليالي ووقفت إلى جانبي، إلى التي قاسمتني أفراحي وأحزاني، إلى التي جعل الله الجنة تحت أقدامها، إلى أغلى امرأة في الدنيا: "أمي الغالية" حفظها الله.

إلى الذي كان سببا في وجودي إلى الذي رعاني وتعب لأجلي في الحياة، إلى الذي علمني أن المرء موجودا إذ وجدت فيه حسن الخلق والطاعة، إلى الذي أوصاني بالعلم، إلى أغلى رجل في الدنيا: "أبي العزيز" حفظه الله ورعاه.

الى الجدين الكريمين والجدتين بارك فيهما الله

الى الاختين سامية و رحمة و الى الغالية اسماء

الى الاخوة الياس اسماعيل عبد الرزاق والاخ يوسف و عمر

الي كل الصديقات ياقوت نادية و فطيمة

الى كل الخالات و الاخوال

الى كل الاساتذة بكلية العلوم الاقتصادية وعلى راسهم عميد الكلية الاستاذ برينيس

الى الاستاذة المؤطرة ملاحي مليكة و الى الاساتذة اعضاء لجنة المناقشة

إلى كل الأهل والأقارب الذين وسعتهم ذاكرتي ولم تسعهم مذكرتي.

إلى كل طلبة المعهد خاصة طلبة الماستر تخصص تسويق الخدمات

الى زملاء العمل

الفهرس

إهداء

تشكرات

مقدمة 01

مدخل عام للدراسة 03

الفصل الأول: الخدمات والخدمات الصحية

مقدمة الفصل 07

المبحث الأول: مفاهيم عامة حول الخدمات 08

المطلب الأول: مفهوم الخدمات 08

3-المفهوم الإجرائي للخدمات 08

4- المطلب الأول خصائص الخدمات..... 09

1-4 اللاملموسية Intangibility 09

2-4 التلازمية Inseparability "عدم الانفصال" 09

3-4 عدم تجانس الخدمة Heterogeneity 11

4-4 الهلامية والفناء تلاشي الخدمة Perishability 11

المطلب الثاني: أنواع الخدمة..... 11

1- خدمات ربحية و غير ربحية..... 11

2 -خدمات حسب المجال..... 12

2- خدمات حسب القائمين عليها..... 12

المبحث الثاني: ماهية جودة الخدمة..... 12

المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمة 12

1- تعريف الجودة..... 13

تعريف جودة الخدمة 13

المطلب الثاني : معايير الجودة 13

المطلب الثالث: أنواع الجودة..... 14

المبحث الثالث: الخدمة و علاقتها بالجودة..... 14

المطلب الأول: تعريف جودة الخدمة 14

المطلب الثاني : أبعاد جودة الخدمة..... 14

خاتمة الفصل 16

الفصل الثاني: جودة الخدمة الصحية

تمهيد 17

المبحث الأول: ماهية جودة الخدمات الصحية 18

المطلب الأول: مفهوم الصحة..... 18

1- مفهوم الصحة العامة..... 18
1-1 مفهوم الصحة العامة لغة:..... 18
2-1 مفهوم الصحة العامة اصطلاحا 18
3-1 المفهوم الإجرائي للصحة العامة..... 20
1- مستويات درجات الصحة: 20
- أساليب تحقيق الصحة العامة ومؤشراتها:..... 22
-1 أساليب تحقيق الصحة العامة..... 22
المبحث الثاني : ماهية جودة الخدمات الصحية..... 25
المطلب الأول : تعريف جودة الخدمات الصحية:..... 26
المطلب الثاني: أهمية جودة الخدمات الصحية 26
المطلب الثالث: العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية..... 26
1- فهم وتوقعات المريض:..... 27
1- تحديد جودة الخدمات:..... 28
المبحث الثالث: متطلبات تقييم الخدمات في المؤسسات الصحية..... 28
المطلب الأول: متطلبات تقييم الخدمات في المؤسسات الصحية..... 28
المطلب الثاني: المتطلبات الأساسية لضمان الجودة وتحسينها في الخدمات الصحية..... 28
المطلب الثالث: الرقابة على جودة الخدمات في المؤسسات الصحية 30
خاتمة الفصل الثاني 33
الفصل التطبيقي.....
تمهيد..... 34
تقديم النظام الصحي في الجزائر..... 35
1-1 تاريخ المنظومة الصحية في الجزائر 35
2-التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر..... 37
1.2 -المرحلة الأولى (1962-1965) 39
2-2 المرحلة الثانية (1965-1979) 41
3.2 -المرحلة الثالثة (1979-2007) 43
3. هيكلة النظام الصحي في الجزائر 46
1-3 المستوى المركزي 48
2-3 على المستوى الولائي 50
3-3 على المستوى المحلي(الدائرة والبلدية) 53
4- عرض الخدمة الاستشفائية في الجزائر 54
5- إصلاح النظام الصحي في الجزائر 54

1.5أهداف مشروع الإصلاح وملفاته 54
6- مكانة الجودة في ظل الإصلاحات الجديدة..... 54
7- أوجه قصور النظام الصحي في الجزائر وطرق معالجتها 54
1-7 الاختلالات المرتبطة بالتمويل وطرق معالجتها 55
2-7 الاختلالات المرتبطة بكل من التنظيم ،الإعلام، تكوين المستخدمين وطرق معالجتها..... 55
خاتمة الفصل..... 55
الخاتمة العامة..... 56
الملاحق
المراجع

مقدمة

مقدمة:

من أكثر قضايا التخطيط والتنمية إثارة للجدل، قضية الرعاية الصحية للمواطن وما ينبغي أن يخصص لها من ميزانية الدولة وذلك لسببين هما:

أولا: أن الإنسان هو هدف التنمية كما أنه وسيلتها، والصحة هي أول متطلبات الإنسان وأهم مقومات الحياة.

ثانيا: أن الخدمات الصحية تعد أغلى أنواع الخدمات تكلفة حيث يبلغ حجم الإنفاق العالمي على الخدمات الصحية سنوياً تريليوني دولار ويتوقع أن تزيد خلال السنوات القادمة.

والواقع أن الصحة العامة وصحة المواطن هي أغلى ما تملكه المجتمعات، وهي ثروة يجب الحفاظ عليها وصيانتها، حيث أن الإنسان هو الهدف لكل ما تقدمه برامج وخطط التنمية من خدمات، وأن مطلب الحياة هو أول مطالب ذلك الإنسان، وأهم مقومات الحياة هي الصحة. ومن جهة أخرى فإن الإنسان هو الوسيلة الأولى لعمليات التنمية ذاتها، وهو الذي يعتمد عليه بعد الله– تعالى – في نجاح هذه العمليات واستمرارها، حيث أن الإنسان المريض لا يمكن أن يعمل أو يخطط أو حتى يفكر في خدمة مجتمعه حتى يشفى وتحل مشكلاته الصحية .وإذا كان تحسين الصحة هو الهدف الرئيسي لأي نظام صحي فإنه ليس بالجانب الوحيد، كما أن الهدف ينقسم إلى شقين، الأول منهما يتمثل في الحد قدر الإمكان من الفوارق القائمة بين الأفراد والجماعات في تيسير حصولهم على الرعاية الصحية وهو ما يعني بالعدالة، والشق الثاني هو بلوغ أفضل مستوى صحي وهذا يعني ما يعني بالجودة، فلقد ركزت منظمة الصحة العالمية في تقريرها الصادر في العام 2014 على عافية الأشخاص وسلامتهم بدنيا ونفسيا مع التأكيد على هذين العنصرين ألا وهما الجودة والعدالة، ولقد راعى التقرير إلى حد كبير الأدوار التي تضطلع بها الدول في النظم سواء بالنسبة لمقدمي الخدمات أو المستفيدين منها أو المساهمين في تقديم هذه الخدمات الصحية بجهودهم أو أموالهم، وأشار التقرير أيضا إلى كيفية معالجة النظم القائمة للفوارق بين الناس وطريقة استجابتهم لها ورضائهم عنها.

وبما أن المنظمات الصحية من مستشفيات ومصحات ومراكز صحية تعتبر واسطة العقد ومركز الدائرة في تقديم الخدمات الصحية والطبية، وبالتالي فهي ملاذ المرضى الذين ينشدون العافية والأصحاء الذين يطلبون الوقاية، ومع تزايد الضغوط بصورة غير مسبوقة على كل مؤسسات الخدمات الصحية في زمن انتشرت فيه أمراض العصر المزمنة والوبائية والتي ساعدت حركة الناس المتزايدة وانتقالهم السريع من مكان إلى أخر في انتشارها واتساع دائرة نطاقها، فتضاعفت الضغوط المتزايدة أصلا على هذه المؤسسات الصحية والطبية، هذا بالإضافة إلى ما شهدته السنوات الأخيرة من زيادة مضطردة وإقبالا متناميا في أعداد المترددين على المستشفيات، ولقد اتسمت هذه الزيادة بخصائص لم تكن متوفرة في السابق خاصة فيما يتعلق بالمطالبة على الاستجابة السريعة لمتطلبات المواطنين واحتياجاتهم مع الزيادة في تحسين جودة الخدمات الصحية والطبية المقدمة لهم، كل ذلك حتم على القائمين على إدارة الخدمات الصحية والطبية إيجاد الوسائل والسبل لمقابلة هذه الطلبات

والاستجابة لها، الشيء الذي أدى إلى تبني وتطبيق المفاهيم التسويقية في هذه المنظمات الصحية، ودخل التسويق بذلك غمار حقبة جديدة في هذا النوع من الخدمات، وقد زادت أهميته بسبب العولمة لاسيما بعد التوسع العالمي في الاتجار في الخدمات الصحية، وأصبح بذلك التسويق كأحد أهم المداخل الإدارية الفعالة التي يمكن لها أن تقوي الدور القيادي والتوجيهي للمنظمات الصحية وهذا من خلال الانطلاق من حاجيات المريض والعمل على تقديم خدمة صحية وطبية ذات جودة متميزة من البداية وهذا من خلال الاستغلال الكفء والأمثل للموارد المتاحة لدى المنظمات الصحية.

إشكالية البحث:

لقد أصبح التحدي الذي تواجهه المنظمات الصحية الجزائرية سواء التي تهدف إلى الربح أو غير الربحية منها ليس هو أن تستخدم التسويق أو لا تستخدمه، لأن التسويق هو أمرا مفروضا لا يمكن تجنبه، ولكن المسألة هي أن تؤديه بكفاءة أو دون كفاءة وسعيا لتأكيد هذا الدور وبناء على ما سبق وفي إطار الواقع المشار إليه يمكن طرح الإشكالية:

ما هي المعايير التي تساعدك في الحكم على جودة الخدمات الصحية؟

1- أسئلة فرعية:

- كيف تساعد جودة الخدمات الصحية في تطوير قطاع الصحة ؟
- ما هو واقع قطاع خدمات الصحية في الجزائر ؟

الفرضيات :

- تعتبر جودة الخدمات الصحية اساس تقييم اداء المؤسسات الصحية العمومية والخاصة.
- يعد قطاع الخدمات الصحية في الجزائر بالمتدهور نتيجة لانعدام وسائل والامكانيات اللازمة .

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة فيما يلي:

أ-الأهمية العملية:

إن التسويق الحديث يرتكز على العميل الذي يعد حجر الزاوية لأي نشاط تسويقي في المنظمات الصحية، ومن ثم العمل على تحقيق واشباع رغبات وحاجات المريض الأساسية من خلال تصميم مزيج تسويقي صحي مثالي ومتكامل يمكن أن يساهم في تقديم أفضل الخدمات الصحية والطبية بهذه المنظمات بأسرع وقت ممكن وبأعلى جودة، كما أن للتسويق أبعاد تتعلق بالكفاءة والتقنيات والاستمرارية، والعلاقات الاجتماعية مع الأفراد ممثلة في التسويق الداخلي والتسويق التفاعلي(العلائقي)، والتي سيكون لها الأثر الايجابي في تحسين جودة الخدمة الصحية وبالتالي تحقيق رضا المريض.

ب-الأهمية العلمية:

تنبثق أهمية هذه الدراسة من كونها تتناول موضوعا حيويا في قطاع حساس، حيث أن دراسة موضوع التسويق يساعد المنظمة في التعرف على الدور الذي يقوم به التسويق في المنظمة الصحية على كفاءة وفعالية الخدمات

الصحية والطبية التي تقدمها، كما تبرز أهمية هذه الدراسة بوضوح نظرا لنقص الدراسات في مجال تسويق الخدمات الصحية بالرغم من التزايد المتناهي عليها في السنوات الأخيرة.

3- أهداف الدراسة:

حاولنا من وراء هذه الدراسة هو التوصل إلى مجموعة من الأهداف النظرية والميدانية تتمثل أهمما فيما يلي:

-محاولة الإلمام والتعرف على طبيعة الخدمات الصحية.

-محاولة التعرف على مفهوم التسويق عموما وتشخيص التسويق الصحي خصوصا في المنظمات الصحية وأهميته.

-إبراز الدور الذي يلعبه المزيج التسويقي الصحي الخارجي والتفاعلي في تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية وبالتالي بلوغ أهداف المنظمة الصحية المنشودة.

-التعرف على محددات الجودة المكونة للخدمات الصحية.

-إن أهم ما تتميز به هذه الدراسة هو اعتمادها على تقييم المستفيدين من خدمات الرعاية الصحية وهم المرضى، لذلك فإن تقييم دور التسويق في القطاع الصحي من قبل المستفيدين ودراسة مدى رضاهم عن تلك الخدمات أصبح يمثل الاتجاه الجديد في تقييم الخدمات الصحية، لأن الهدف لا يمكن تحقيقه دون الوصول إلى درجة مناسبة من رضا المستفيدين.

5- أسباب اختيار الموضوع:

يرجع اختيارنا لهذا الموضوع إلى:

-الرغبة في تنمية وإثراء معلوماتنا التسويقية في هذا الميدان بحكم التخصص.

-شعورنا بأهمية الموضوع خاصة في ظل المتغيرات والمستجدات والمفاهيم الحديثة وبروز الأهمية الكبرى للقطاع الخدمي والصحي في النشاط الاقتصادي.

-بالرغم من الجهود البحثية التسويقية التي امتدت إلى قطاعات عديدة ومتنوعة لم يلق قطاع الخدمات عموما وقطاع الخدمات الصحية خصوصا باهتمام كبير في مجال التسويق.

-تطور تسويق الخدمات الصحية من مفهوم التسويق الخارجي التقليدي إلى مفهوم أخر فرضته طبيعة الخدمات المتنوعة في خصائصها عن السلع المادية، وهو مفهوم التسويق الداخلي والتسويق التفاعلي (العلائقي) الذي يرتكز على مقياس الجودة سواء من منظور المستفيدين أو الإدارة أو الاثنين معا باعتبارها سلاحا تنافسيا فاعلا.

6- المنهج المستخدم:

لدراسة موضوع دور التسويق في قطاع الخدمات الصحية فقد تم الاعتماد على منهج يستند في جوهره على أساسين، الوصف والتحليل وهو منهج وسط يهدف إلى شرح أبعاد التسويق وأثره على جودة الخدمات الصحية المقدمة وذلك عن طريق وصف وتشخيص ظاهرة البحث بغرض استيعاب الإطار النظري

7- الدراسات السابقة:

- مدخل استراتيجي، وظيفي، تطبيقي،بشير عباد العلاق، حميد عبد النبي الطائي :الخدمات دار زهران للنشر والتوزيع، عمان،1999،ص37.

- التسويق(المفاهيم-الاستراتيجيات النظرية والتطبيق) عصام الدين أمين أبو علفة: ، جزء أول أساسي، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2002 ،ص473 .
- مبادئ التسويق، محمد صالح المؤذن، دار الثقافة، لطبعة الأولى، عمان،.2002 ص223 .
- أسس التسويق الحديث، عبد الجبار منديل :الدار العلمية الدولية، الطبعة الأولى، عمان، 2002 ،ص . 271.

لمعالجة هذه الإشكالية يتم تقسيم البحث إلى ثلاثة فصول رئيسية فصلين نظريين و فصل تطبيقي.

- الفصل الأول: الخدمة و جودة الخدمة.
- الفصل الثاني : جودة الخدمة الصحية
- الفصل الثالث: واقع قطاع الصحة في الجزائر.

الفصل الأول

الخدمات والخدمات الصحية

تمهيد:

تنامت الخدمات في السنوات الأخيرة بشكل كبير ومتزايد، وفرضت مكانتها الحقيقية والمتميزة في اقتصاديات الدول، مما عزز مكانتها في الحياة اليومية لإنسان القرن الواحد والعشرين. وفي حقيقة الأمر فان الخدمات تتميز وتختلف عن السلع المادية في عدة نقاط جوهرية وهامة، وينجر عن هذا التمايز والاختلاف وجود تقسيمات متنوعة ومتعددة للخدمات .ومن بين تلك التقسيمات في مجال الخدمات نجد ما يسمى بالخدمات الصحية التي زاد الطلب عليها باختلاف مستوياتها، ونتيجة لذلك وضعت الدول معايير محددة من أجل تقديم هذا النوع من الخدمات بشكل واسع وكبير لكافة شرائح المجتمع، وبغية تحقيق تلك الأهداف كان لابد من تنظيم هذه الخدمات الصحية ووضع إطار استراتيجي لها عرف فيما بعد بنظام الرعاية الصحية.

المبحث الأول: مفاهيم عامة حول الخدمات

في العشريتين الأخيرتين اكتسبت الخدمات أهمية بالغة متزايدة على مختلف الأصعدة، ولقد حدث ذلك من جراء بروز معطيات وتفعيل تأثيرات سببها أساسا التقدم العلمي والتكنولوجي الهائل من جهة، وكذا التحولات المثيرة في الهيكلة الاقتصادية الدولية من جهة أخرى، لذلك أصبحت الخدمات تحتل دورا مهما في حياة الفرد والمجتمع وتساهم في رفاهيتهم واستقرارهم لذلك شهدت السنوات الأخيرة تطورا كبيرا في مجال تقديم هذه الخدمات.

المطلب الأول: مفهوم الخدمات

ويكون مفهوم الخدمات حسب:

1- لغة: "خدمة": ج خِدم وخدمات :واجبات شخص يعمل لحساب الآخرين، يقوم بحاجتهم "كان في خدمة فلان //"ما يقدم من مساعدة أو عون في القيام بعمل أو في قضاء حاجة":أسدى إلينا خدمة//"تأدية بعض الواجبات أو الاضطلاع ببعض المهمات في سبيل شيء أو شخص[1].

2 -اصطلاحا:

"تباينت وجهات نظر الكتاب في تحديد مفهوم الخدمة وتعددت بناء على ذلك المفاهيم التي تناولت هذا الجانب، بسبب وجود خدمات ترتبط بشكل كامل أو جزئي مع السلع المادية) مثل إيجاد العقار والخدمات الفندقية ... بينما تمثل خدمات أخرى أجزاء مكملة لعملية تسويق السلع المباعة (مثل الصيانة) ، هناك أنواع من الخدمات تقدم مباشرة، دون ارتباطها بسلعة ما (مثل الخدمات الصحية، التأمين....).

فقد عرفها على أنها" :"هي النشاطات غير الملموسة والتي تحقق منفعة للزبون Stanton أما أو العميل، والتي ليست بالضرورة مرتبطة ببيع سلعة أو خدمة.أي أن إنتاج أو تقديم خدمة كعينة لا يتطلب استخدام سلعة مادية[2]" هذا التعريف ركز كذلك على عدم ملموسية الخدمة من جهة وأن الخدمة قد تكون منفصلة عن السلعة.

فقد عرفها" على أنها أي نشاط أو فائدة يمكن لأحد الأطراف أن يقدمها لطرف Kotler أما آخر، وهي أساسا غير ملموسة ولا تؤدي إلى تملك أي شيء ملموس .وقد يرتبط إنتاجها أو لا يرتبط بمنتج مادي[3] ." لقد أكد هذا التعريف على أهم خاصية للخدمة وهي عدم ملموسيتها والتي تميزها عن السلع المادية بالإضافة إلى عدم نقل الملكية للعميل.

3-المفهوم الإجرائي للخدمات:

من خلال التعاريف السابقة يمكن تعريف الخدمات من الناحية التسويقية بأنها عبارة عن تصرفات أو أنشطة تقدم من طرف إلى طرف آخر من أجل تلبية رغباته، وهذه الأنشطة تعتبر غير ملموسة، ولا يترتب عليها

[1] محمود جاسم محمد الصميدعي: مداخل التسويق المتقدم، دار زهران، عمان، 1999 ،ص213 .

[2] بشير عباد العلاق، حميد عبد النبي الطائي :الخدمات -مدخل استراتيجي، وظيفي، تطبيقي، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان،1999،ص37

[3] عصام الدين أمين أبو علفة: التسويق(المفاهيم-الاستراتيجيات النظرية والتطبيق)، جزء أول أساسي، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2002 ،ص473 .

نقل ملكية أي شيء بل يحصل من ورائها على منافع أو فوائد، كما أن تقديم الخدمة قد يكون مرتبطا أو غير مرتبط بسلعة مادية ملموسة.

4- خصائص الخدمات:

عموما إن الخدمات غير ملموسة والطبيعة غير الملموسة للخدمات هي الأكثر هيمنة في تعريف الخدمات وإذا وضعنا جانبا العنصر المشترك في تكوينها وهو عنصر عدم الملموسية، فإن للخدمات خصائص أخرى تميزها عن غيرها من المنتجات الملموسة، والتي يمكن أن تؤثر في تصميم البرامج التسويقية وصياغة الاستراتيجيات والسياسات التسويقية للخدمات .وفيما يلي استعراض لأهم هذه الخصائص:

1-4 اللاملموسية Intangibility: .

أن اللاملموسية هي الخاصية التي تنفرد بها الخدمات عن السلع Bateson ويرى باتسون وأن اللاملموسية تشمل كل من الملموسية الواضحة)أي التي لا يمكن لمسها من قبل المستهلك (والملموسية الذهنية) أي من الصعب على المستهلك أسرها ذهنيا، وهو بذلك يرى أن هاتين الخاصيتين هما المسؤولتان عن بعض السمات التي تميز الخدمة عن السلعة.[1]

- أولا :الخدمات غير قابلة للمس.
- ثانيا :صعوبة تنيط الخدمات.
- ثالثا :تلازمية الإنتاج و الاستهلاك.
- رابعا :استحالة جرد أو تخزين الخدمة.
- خامسا :تسويق الخدمات لا تتضمن عملية انفصال الملكية.
- سادسا :تباين دور الوسطاء في تسويق الخدمات عنه في تسويق السلع.
- سابعا :العميل جزء من عملية الإنتاج، فإما أن يأتي العميل إلى موقع مقدم الخدمة وإما أن يذهب مقدم الخدمة إلى العميل(المستهلك).

2-4 التلازمية Inseparability "عدم الانفصال":

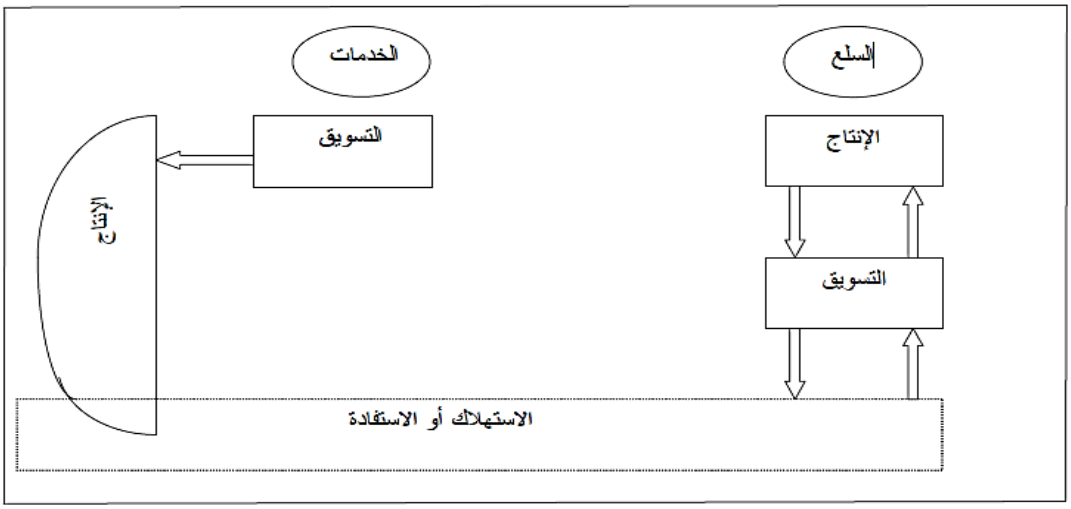
والخاصية الثانية من خصائص الخدمات هي التلازمية التي تعني درجة الارتباط بين الخدمة ذاتها والشخص الذي يتولى تقديمها، أي من الصعب فصل الخدمات عن مقدمها، الأمر الذي يترتب عليه ضرورة حضور طالب الخدمة إلى أماكن تقديمها، لذلك فإن أداء خدمة معينة قد يحدث جزئيا أو كليا في لحظة وقت استهلاكها، فالسلع تنتج وتباع وتستهلك، أما الخدمات فهي تباع ومن ثم تنتج وتستهلك وعدم القدرة على فصلها يؤدي إلى تزامن الإنتاج والتقديم والاستفادة وهذا بخلاف ما عليه في المنتجات الملموسة .والشكل الموالي يبين العلاقة بين الإنتاج والاستهلاك للسلع والخدمات.

ويترتب على خاصية التلازمية ما يلي[2]:

[1] هاني حامد الضمور، المرجع السابق، ص23 .

[2] محمد صالح المؤذن، مبادئ التسويق، دار الثقافة، لطبعة الأولى، عمان،.2002 ص223 .

الشكل: (1-1) العلاقة بين الإنتاج والاستهلاك للسلع والخدمات



المصدر :د.زكي خليل المساعد:تسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، . 2003 ، ص50.

- **أولا:** يكون تقديم الخدمة في الوقت الذي تطلب فيه.
- **ثانيا:**التوزيع المباشر zero-level channel هو الأسلوب الجيد الذي يمكن استخدامه في توصيل هذا النوع من التي تعني، الخدمات إلى طالبيها ويسمى هذا الأسلوب: سياسة اللاوسيط أن منتج أو مقدم الخدمة هو الذي يتولى القيام بأعمال التوزيع وأنشطته.
- **ثالثا :**تكون العلاقة بين مقدم الخدمة والمستفيد منها قوية ووطيدة.
- **رابعا:** ومن نتائج التلازمية في أداء الخدمات زيادة درجة الولاء إلى حد كبير، أي أن المستهلك يصر على طلب الخدمة من شخص معين أو مجموعة أشخاص معينة الذين تعود الحصول على تلك الخدمة منهم، ولذلك فإن مقدمي الخدمات يعملون جاهدين في الوقت الحاضر لكي يخلقوا لخدماتهم درجة عالية من المكانة و قدرا كبيرا من التميز لدى المستهلكين مما يجعل مهمة المنافسة في اختراق ولاءاتهم مهمة صعبة بل عسيرة. ذات أهمية كبيرة ولها دور فاعل في personal relationship .
- **خامسا:** العلاقات الشخصية الترويج للخدمات التي تتطلب حضور المستفيد إلى أماكن تقديم الخدمات، أما دور الإعلان في هذا المجال فيكون محدودا في أغلب الحالات .ويعود السبب في كل ذلك إلى القناعة والثقة الكبيرتين في الكلمة التي يسمعها طالب الخدمة من أصدقائه ومعارفه مقارنة بالمعلومات التي ينشرها مقدمو الخدمات عن طريق وسائل الإعلان المختلفة، أي أن الاتصال الشخصي أصبح له أهمية كبيرة في ترويج الخدمات وتأكيدا لذلك فقد لاحظ كثيرون من مقدمي الخدمات أن عددا كبيرا من زبائنهم الجدد قد جاؤا بناءا على توصية أحد الأشخاص الأمر الذي دفع بهم إلى وضع كتابات و لافتات عديدة تؤكد أهمية هذا الأسلوب في ترويج الخدمات، حيث كتب أحد البنوك وفي مكان بارز :إن أرضيناك فتحدث عنا ، وإن لاحظت قصورا فتحدث لنا.

وبذات المعنى كتب أحد أطباء الأسنان في مكان بارز من عيادته:

"Satisfied customers are our best customers.

If you are happy with us, tell your friends"

- **سادسا:** ومن نتائج التلازمية أن أصبحت الأجواء و البيئة المادية مثل المكان، نظافته، سعته، تنظيمه، والأثاث، المعدات والعاملين وهيأتهم وغيرها والتي تخلق الصورة الذهنية التي تتولد لدى الزبون ذات أهمية كبيرة في حث المستهلكين على طلب تلك الخدمات.
- **سابعا:** ومن النتائج الأخرى التي تترتب على ضرورة حضور المستفيد إلى أماكن تقديم الخدمات، التي هي بالأساس خدمات يؤدي فيه العنصر البشري دورا كبيرا بل أساسيا إن كانت نسبة الخطر مرتفعة كما هو الحال في الخدمات الطبية مقارنة بتلك الخدمات التي يتم تقديمها بواسطة المكائن والآلات المسيرة ذاتيا.

3-4 عدم تجانس الخدمة Heterogeneity:

تتميز الخدمات بخاصية التباين أو عدم التجانس لذلك فمن الصعوبة افتراض أن مخرجات المنظمات الخدمية للمستهلك تتم بنفس المستوى و النوعية، لأن جودة الأداء يعتمد إلى حد كبير على مهارة وأسلوب وكفاءة مقدمها وزمان ومكان تقديمها، كما أن مقدم الخدمة يقدم خدماته بطرق مختلفة اعتمادا على ظروف معينة وبذلك تتباين الخدمة المقدمة من قبل نفس الشخص أحيانا، كما أنها تختلف من شخص لآخر كما أن الخدمة تتأثر بأداء مقدم الخدمة ومستهلكها في نفس الوقت[1]..

4-4 الهلامية والفناء تلاشي الخدمة Perishability:

العديد من الخدمات ذات طبيعة هلامية أي غير قابلة للخزن، فكلما زادت درجة اللاملموسية للخدمات انخفضت فرصة التخزين وهذا ما يجعل تكلفة التخزين منخفضة نسبيا أو بشكل كامل في المنظمات الخدمية، ويمكن اعتبار ذلك نوعا من الايجابية نظرا لتفادي تكاليف التخزين وغيرها، إلا أن ذلك قد يخلق مشاكل وتعقيدات بالنسبة للمنظمات الخدمية وهذا من خلال تقلبات الطلب على خدماتها

المطلب الثاني أنواع الخدمة :

أنواع الخدمة تنقسم الخدمات إلى عدّة أقسام، وذلك بناءً على معايير عديدة، كالمُقابل الماديّ، وطبيعة المجال الذي تُقدم خلاله الخدمة، وطبيعة القائمين عليها، وفيما يلي نستعرض تلك الأنواع:

1/ خدمات ربحية وغير ربحية: تشمل الخدمات المدفوعة الأجر، كالخدمات السياحية التي تقدمها بعض المكاتب، ويتحملها على الأغلب المُرشد السياحيّ، وتنحصر مهمته في تعريف السائح على الأماكن الأثرية والتاريخية في بلدٍ ما، واصطحابه إلى المطاعم والأماكن الترفيهية ضمن جولةٍ سياحيةٍ كاملة، والخدمات غير الربحية التي تُقدمها الجمعيات الإنسانية، أو المنظمات الإغاثية التي يظهر دورها بارزاً وقت النكبات والكوارث الطبيعية، أو الحروب وتشمل خدماتها: محاولة توفير ممراتٍ آمنة لخروج المدنيين من الأماكن المحاصرة إلى المناطق الأكثر أماناً، وتقديم المعونة المادية، وتوفير الملبس، والمأكل، وأدنى متطلبات الحياة العادية.

[1] عبد الجبار منديل:أسس التسويق الحديث، الدار العلمية الدولية، الطبعة الأولى، عمان، 2002 ،ص271 .

2/ خدمات حسب المجال

2 .1/ الخدمات الاجتماعية:

تشمل الخدمات التي يقوم بها الفرد تجاه مجتمعه من أنشطة التطوع مثلاً، وتقدّم الحكومات الخدمات الاجتماعية للمواطنين كتلك الخدمات المُقدمة للمسنين، بتوفير مبلغٍ شهريّ خاصٍّ بهم، وتوفير الرعاية الصحية المجانية، كما تشمل الخدمات الاجتماعية عمل المرشد الاجتماعيّ في المدارس، والسجون، وما تقدمه وزارة العمل الاجتماعي.

2 . 2 / الخدمات التعليمية:

تتضمن توفير المدارس، والجامعات، والمراكز التعليمية، ووضع المناهج التعليمية وتطويرها، إلى جانب العمل على مُلائمة أسعار بعض الخدمات التعليمية؛ كالأقساط الجامعية مع قدرة الطالب المادية، ويشمل ذلك الجامعات الحكومية والخاصة.

2 .3/ الخدمات العسكرية:

تشمل خدمة الأفراد الجنود في الجيش الرسميّ لبلدانهم، وتكون هذه الخدمة مدفوعة الأجر في الأوضاع العادية للمنتسبين للجيش بشكلٍ رسميّ، برتبٍ عسكريةٍ مختلفةٍ، ومجانيةٍ لمن يتطوعون في الجيش في حالات الحروب، وإعلان الطوارئ في بلدانهم، كحالات التعرّض للكوارث الطبيعية الممتدة على مساحاتٍ جغرافيةٍ واسعة، حيث يتّحد أفراد الجيش في هذه الحالة مع كافّة شرائح المجتمع، ومؤسّسات المجتمع المدني.

3. خدمات حسب القائمين عليها:

تشمل الخدمات العمومية التي تقدّمها الحكومة ومؤسّساتها الرسمية المنبثقة عنها، كخدمات النقل، والماء، والكهرباء، والبريد وغيرها، بالإضافة إلى الخدمات التي تُقدمها مؤسّساتٌ وشركاتٌ معيّنةٌ تتعلق بمجال عملها، كخدمات العملاء في البنوك والقطاعات المصرفية، وخدمات الزبائن في المحال التجاريّة الكبرى.

المبحث الثاني: ماهية جودة الخدمة.

تحتل الجودة موقعا مهما في توجهات ونشاطات المؤسسات المختلفة، وتعتبر المؤسسات الصحية من أقر المؤسسات حساسية الجودة، لها تهتم بتقديم خدمات الأغلى ما تملكه المجتمعات، وهو الإنسان وهي تؤمن أن هذا الأخير هو الوسيلة الأولى لعمليات التنمية، وهو الذي يعتمد عليه في نجاح هذه العمليات واستقرارها، حيث أن الإنسان المريض لا يمكن أن يعمل أو يخطط أو حتى يفكر في خدمة مجتمعه حتى يشفى وتحل مشكلاته الصحية.

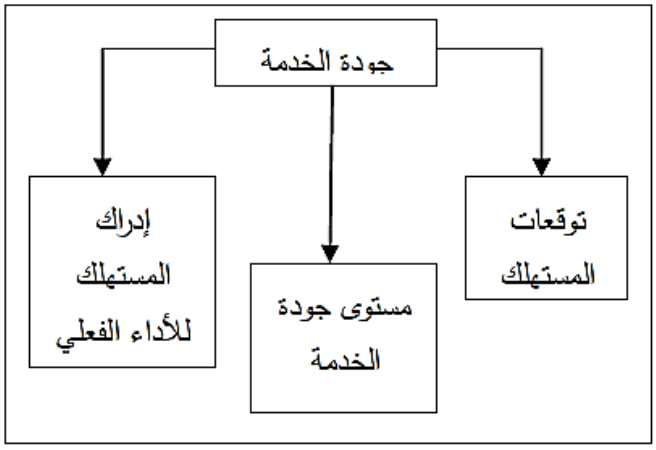
المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمات

تعددت التعاريف المقدمة لجودة الخدمة الصحية وخلف حاجات وتوقعات الزبائن عند البحث عن جودة الخدمة المطلوبة وكذا في الأخلاق والحكم عليها.

1- تعريف الجودة: هنالك عدة تعاريف لمفهوم الجودة وكل تلك التعاريف للوصول إلى إبراز سمة معينة تقوم بالتحور حول هذا المفهوم. فعرفت الجودة على أنها مدي المطابقة مع المتطلبات Conformanc to Requirements فلما كانت مواصفات المنتج مطابقة لمواصفات العميل كلما كان هذا المنتج ذا نوعية جيدة[1].

2-جودة الخدمة: ليس من السهل إعطاء تعريف واحد ودقيق الجودة الخدمة، وذلك راجع إلى الخصائص العامة المميزة للخدمات فلسا بالسلع المادية، وتميل أغلب التعاريف الحديثة للجودة إلى أنها معيار لدرجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات المستهلكين، وذلك وفق الشكل التالي:[2]

الشكل رقم (2-01): مفهوم جودة الخدمة



المصدر :من اعداد الطالب بالاعتماد على مذكرة دور التسويق في تطوير الخدمة الصحية في الجزائر، رسالة دكتوراه، الدكتورة سعيدة رحمانية.

المطلب الثاني: معايير الجودة:

قدّم الأمريكي فيليب كروسبي من خلال فلسفته لإدارة الجودة الشاملة أربع دعائم لمفهوم الجودة الشاملة، وهي:

- جودة المنتج: وهي أن يكون مطابقاً للمواصفات التي يطلبها العميل.
- نظام الجودة هو وقاية المنتج/ الخدمة من أي أخطاء.
- يجب أن يكون معيار الأداء في الجودة هو "صفر عيوب".
- يتم قياس جودة المنتج بقياس مدى عدم مطابقته أو مطابقته للمتطلبات.

[1] محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة "مفاهيم وتطبيقات"، دار وائل للنشر، الأردن ،عمان،2004، ص:19.

[2] قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، عمان، 2006، ص:90

المطلب الثالث: أنواع الجودة

الجودة في أبسط صورها هي مستوى وفاء المنتج لإحتياجات المستهلك، وتعتبر الجودة ضرورة لنجاح أي نظام اقتصادي و هي مدخل الطبيعي للعملية التنافسية، لما توفره من تواجد بالأسواق المحلية و العالمية.

إن تعريف الجودة هو التطابق مع متطلبات العملاء

نظام الجودة هو المنع و الوقاية و ليس مجرد إكتشاف الأخطاء

إن معيار الجودة هو عدم وجود أخطاء

أن مقياس الجودة هو التكلفة و تشمل الناشئة عن الأخطاء ثم التكلفة المترتبة على إصلاحها

حدوث الخطأ مرة أخرى يهدف إل التوافق مع متطلبات العملاء

الضغط الكامل للجودة يشمل ثلاثة عناصر رئيسية:

- جودة التصميم
- جودة التوافق بين المنتج و التصميم
- جودة الأداء.

المبحث الثالث: الخدمة وعلاقتها بالجودة

تعتبر الجودة من أهم خصائص التي تتمتع بها الخدمة ولهذا سنقوم بربط العلاقة بين الخدمة والجودة وسوف نتطرق في هذا المبحث إلى تعريف جودة الخدمة وأبعادها.

المطلب الأول: تعريف جودة الخدمة

سنقوم في البداية بتحديد مفهوم كل من جودة الخدمة ورضا الزبون استنادا الى مجموعة من التعاريف، حتى يتسنى لنا تحديد أبعاد جودة الخدمة وكيفية تأثيرها في رضا الزبون.

مفهوم جودة الخدمة:

إن إعطاء مفهوم للجودة في مجال الخدمات يعتبر أمر جد صعب مقارنة بالمجال السلعي،كون الخدم ة تتصف بصفة التجريد بالإضافة إلى أنها لا تتصف بالديمومة، متميزة وصعبة القياس .

تعريف جودة الخدمة:

عرف كل من (Kotler & Keiler) جودة الخدمة بأنها :" درجة تطابق الأداء الفعلي للخدمة مع توقعات الزبون لهذه الخدمة"، كما يمكن تعريفها على أنها " تلك الجودة التي تشمل على البعد الإجرائي والبعد الشخصي كأبعاد مهمة في تقديم الخدمة ذات الجودة العالية ، حيث يتكون الجانب الإجرائي من النظم والإجراءات المحددة لتقديم الخدمة أما الجانب الشخصي للخدمة فهو كيف يتفاعل العاملون (بمواقفهم وسلوكا)م وممارساتهم اللفظية) مع الزبائن .فجودة الخدمة تنتج عن تفاعل بعدين إجرائي وآخر شخصي . حيث يكمل الأول الثاني فحين يتطلب الثاني الأول .

المطلب الثاني : أبعاد جودة الخدمة

حسب الباحثين (parasuramanzeithanrl and berry) هناك خمسة أبعاد لجودة الخدمة تتمثل فيما يلي:

- الإعتمادية : وهذا البعد من الأبعاد الخمسة الأكثر ثباثا و يكون الأكثر أهمية في تحديد إدراكات جودة الخدمة عن الزبائن و تعرف الإعتمادية بأنها القدرة على تقديم وعود الخدمة بشكل موثوق ودقيق
- الأمان (الثقة):خلق وكسب الثقة، حيث تعد الثقة بشكل عام عنصرا أساسيا ومهما للعلاقات التبادلية الناجحة فهي تمثل الرغبة والإستعداد واعتماد الطرف الأخر في تبادل تجاري معين يضع فيه الزبون ثقته الكاملة[1].
- الإستجابة : ويتضمن هذا البعد أربعة متغيرات، تقيس اهتمام المؤسسة بإعلام زبائنها بوقت تأدية الخدمة، وحرص موظفيها على تقديم الخدمات الفورية لهم، والرغبة الدائمة لموظفيها في معاونتهم، وعدم إنشغال الموظفين عن الإستجابة الفورية لطلباتهم.
- الملموسية: وتشمل التسهيلات المادية والمعدات ومظهر الموظفين ومواد الإتصال.
- التعاطف: وتعني مستوى العناية والإهتمام الشخصي المقدم للزبون.

[1] مجلة الريادة لاقتصاديات الأعمال المجلد 03- العدد 04 2017.

خاتمة الفصل:

من خلال دراستنا للخدمات والخصائص الصحية المميزة لها عن السلع المادية، والأنواع والتقسيمات لتلك الخدمات، تجدنا نخرج في النهاية على أن الخدمات الصحية على مختلف أنواعها ومستوياتها، هي خدمات ذات درجة عالية من الاتصال، نتيجة لخاصية التلازمية التي تميز هذا النوع من الخدمات .وحتى تتمكن المنظمات الصحية من الحفاظ عن تلك العلاقة الناجمة عن خاصية التلازم في تقديم الخدمات الصحية، فإنها تحتاج إلى تبني فكر ومنظور جديد في تعاملاتها، وهذا ما يسمى بالتسويق الذي يعتبر العميل نقطة الارتكاز والبداية لأية خطوة من خطوات المنظمة.

الفصل الثاني

الجودة في القطاع الصحي ودور التسويق في تحسينها

تمهيد:

شهد القطاع الصحي في الآونة الأخيرة اهتماما كبيرا على جميع المستويات، وذلك بتطبيق معايير واجراءات نظم الجودة والوصول إلى التغيير والتحسين المستمر، ولمواكبة التقدم بحاجات المجتمع في المجال الاقتصادي والاجتماعي والسياسي والثقافي. حيث يعتبر القطاع الصحي صمام الأمان للحفاظ على سلامة كل مستخدمي الخدمات الصحية الأمر الذي يستلزم تطبيق نظم الجودة والاهتمام يسيل ضمان كفاءة المؤسسات الصحية وتحسين جودة الخدمات التي تقدمها باعتبارها وسيلة مهمة في كسب ثقة المستفيدين من الخدمات الصحية وهي أحد أسس الإدارة الحديثة التي تساهم في الارتقاء بالعمل في ظل التحديات والمستجدات المتلاحقة. وللتسويق الصحي دورا هاما في تطوير جودة الخدمة الصحية.

المبحث الأول: ماهية جودة الخدمات الصحية

تحتل الجودة موقعا مهما في توجهات ونشاطات المؤسسات المختلفة، وتعتبر المؤسسات الصحية من أقر المؤسسات حساسية الجودة، لها تهتم بتقديم خدمات الأغلى ما تملكه المجتمعات، وهو الإنسان وهي تؤمن أن هذا الأخير هو الوسيلة الأولى لعمليات التنمية، وهو الذي يعتمد عليه في نجاح هذه العمليات واستقرارها، حيث أن الإنسان المريض لا يمكن أن يعمل أو يخطط أو حتى يفكر في خدمة مجتمعه حتى يشفى وتحل مشكلاته الصحية.

المطلب الأول: مفهوم الصحة

- مفهوم الصحة العامة

1-1 مفهوم الصحة العامة لغة:

"يشير هذا المصطلح إلى طائفة واسعة من الأنشطة التي يجري تنظيمها على جميع مستويات المجتمع .وتستهدف هذه الأنشطة أن تحقِّق، بطريق مباشر أو غير مباشر، تحسين صحة السكان، بوقايتهم من المرض، أو إطالة أعمارهم، أو تعزيز صحتهم .ويمكن استخدام مصطلح – الصحة العمومية - للإشارة إلى نظام من نُظُم الصحة العمومية .علماً بأن هذا النظام هو خدمة يمولها القطاع العام، وتستهدف في المقام الأول تحسين الصحة باتخاذ تدابير مجتمعية.[1]

"**الصحة العمومية**": هي أحد الجهود التي ينظِّمها المجتمع لحفظ صحة الناس، وتعزيزها، واستعادتها .وهي توليفة من العلوم، والمهارات، والمعتقدات موجهة لصون صحة جميع الناس وتحسينها من خلال إجراءات جماعية أو اجتماعية .وتركز البرامج، والخدمات، والمؤسسات المعنية بها على الوقاية من المرض والاحتياجات الصحية لعموم السكان .وتتغير أنشطة الصحة العمومية بتغير التكنولوجيا والقِيم الاجتماعية، غير أن مراميها تبقى كما هي بلا تغيير، وتتمثل هذه المرامي في:

خفض معدلات المرض والموت المبتسر، وتقليل ما يسببه المرض للسكان من انزعاج وعجز .وعلى ذلك، تُعتبر الصحة العمومية مؤسسة اجتماعية، واختصاص علمي، وممارسة." جون لاست .معجم الوبائيات،1988 ".[2]

2-1 مفهوم الصحة العامة اصطلاحا:

هناك محاولات عديدة لتعريف الصحة العامة وقد ظهرت عدة مصطلحات تستعمل أحيانا كمترادفات لمعنى عام وهذه المصطلحات هي علم الصحة، صحة البيئة، الطب الاجتماعي، الصحة الاجتماعية، والصحة العامة.

فالصحة مفهوم نسبي من القيم الاجتماعية للإنسان ولقد حاول الكثير من العلماء تعريف الصحة، على أنها : "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن Perkins فقد عرفها العالم بركنز تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها وأن تكيف الجسم عملية ايجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه)".[3]

---

[1] www.emro.who.int/Rc50/arabic/infdoc5.

[2] منظمة الصحة العالمية، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، المكتب الإقليمي، مرجع سبق ذكره.

[3] أيمن مزاهرة: الصحة والسلامة العامة، الشروق، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2000 ،ص13 .

فقد عرف الصحة العامة على أنها" :الصحة العامة هي علم Winslow أما العالم ونسلو وفن الوقاية من المرض، وإطالة العمر، وترقية الصحة والكفاية وذلك بمجهودات منظمة للمجتمع من أجل صحة البيئة ومكافحة الأمراض المعدية وتعليم الفرد الصحة الشخصية وتنظيم خدمات الطب والتمريض للعمل على التشخيص المبكر و العلاج الوقائي للأمراض وتطوير الحياة الاجتماعية والمعيشية ليتمكن كل مواطن من الحصول على حقه المشروع في الصحة والحياة)".[1]

إن هذا التعريف واسع جداً، إذ يشمل معظم العناصر المعاصرة للصحة العامة، على الرغم من أنه اقتُرح منذ أكثر من 80 سنة مضت .غير أن تركيزه لا يزال منصباً على المرض وقائماً على الإطار النظري السائد اليوم في ما يتعلق بالتصحح) حفظ الصحة الشخصية (أو الإصحاح، وإن كان يشتمل في الوقت نفسه على البعد الاجتماعي للصحة والطبيعة الجماعية لإجراءات الصحة العمومية.

أما المنظمة العالمية للصحة فقد عرفت مفهوم الصحة الذي قدمته عام 1948 على أنه" :هي حالة التكامل الجمالي والعقلي والاجتماعي للفرد وليس مجرد الخلو من الأمراض والعاهات)".[2]

فلو تمعنا في هذا التعريف فإننا نجد أن:

-الصحة لا تعني الخلو من الأمراض.

-التكامل بين الجوانب البدنية والنفسية والاجتماعية أي أن للصحة ثلاثة مكونات وأبعاد مترابطة جدا مع بعضها البعض.

- انتقاص أي عنصر من هذه العناصر ينتج عنه عدم اكتمال الصحة.

- نسبية الصحة فلا يمكن تحديدها تحديدا مطلقا يميز بين ما هو مثاليا وما هو دون ذلك.

كما قامت منظمة الصحة العالمية بعقد الاجتماع الأقاليم حول الصحة العمومية الجديدة، في جنيف نوفمبر 1985، وذلك لتقييم التحديات الجديدة، وإعداد الإجراءات التي يمكن اتخاذها في المستقبل في إطار الصحة العامة، حيث أكدت على أن الصحة العامة ليست بمفهومٍ بقدر ما هي فلسفةٌ تسعى إلى توسيع نطاق الفهم القديم للصحة العامة بحيث يشمل مثلاً، صحة الفرد إضافةً إلى صحة السكان، وتسعى إلى التصدي لبعض القضايا الصحية المعاصرة، من قبيل إتاحة الخدمات الصحية على أساس من العدل والإنصاف، فضلاً عما يتصل بها من قضايا تتعلق بالبيئة، والإدارة السياسية، والتنمية الاجتماعية والاقتصادية .وهي تسعى إلى إدخال الصحة في إطار التنمية لضمان الحماية للصحة في السياسة العمومية . لقد عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة ولم تعرف الجانب المقابل لها، ألا وهو المرض، ولذلك لابد أن نحدد مفهوم المرض لكي توضع الصورة المحددة للصحة، فالمرض هو حالة الانحراف عن الحالة الطبيعية للفرد جسميا أو عقليا أو اجتماعيا أو نفسيا وقد يكون هناك انحراف في أكثر من جانب من الجوانب المحددة للشخصية الإنسانية، وأن هذا الانحراف يمكن أن يكون نسبيا أو مطلق. حيث أن Disease أو السقم Sickness ليس مرادفا تمام للاعتلال

[1] سلوى عثمان الصديقي، د.السيد رمضان:الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2004 ، ص41 .

[2] أحمد فايز النماس:الخدمة الاجتماعية الطبية، دار النهضة العربية، الطبعة الأولى، بيروت، 2000 ،ص.

Illness والمرض[1]، فالمرض :يمكن أن يحدد بأنه الإدراك الواعي بعدم الراحة ويؤثر في فردية الكائن الحي وشخصيته.

- ✓ **السقم:** هو حالة عضوية أو نفسية للاختلال الوظيفي تؤثر على فردية وشخصية الفرد.
- ✓ **الاعتلال:** يحدد بأنه حالة من الاختلال الوظيفي والتي يتأثر بها الجانب الاجتماعي وتؤثر على علاقة الفرد بالآخرين.

3-1 المفهوم الإجرائي للصحة العامة:

لقد تطور مفهوم الصحة العامة على مدى تاريخ البشرية، وفقاً لفهمنا لواقع الأمور وللوسائل المتاحة للتدخل . فالتعقُّد في عالم اليوم قد جعل مفهومها متعدد الأوجه وفي حالة تحول دائم. ويجدر بنا أن ندرس بعناية كل الأوجه المختلفة لهذا المفهوم من جميع الزوايا الممكنة، كلما عنت لنا هذه الأوجه بمختلف الطرق العديدة التي يتم بها تحديدها والتصرف حيالها. ويشمل هذا أيضاً استخدام تعابير بديلة أو مكملة في ما يتعلق باستخدام مصطلحات من قبيل الطب الاجتماعي وصحة المجتمع.

لذلك وكما أُوضح آنفاً، فمن غير الممكن وضع تعريف يمكن اعتباره ملائماً ومتفقاً عليه بالإجماع.

وعلى ذلك نقترح تعريف يجمع بين العناصر المشتركة في التعاريف العديدة السابقة، ويسعى إلى التوافق مع المفاهيم التي تم تحليلها في هذا المطلب، وهذا التعريف هو:

الصحة العامة هي علم وفن تعزيز عافية الناس البدنية، والنفسية، والاجتماعية، وحفظها واستعادتها، وذلك من خلال تدابير اتقائية، وتشخيصية، وعلاجية، وتأهيلية، تُطبق على البشر وبيئتهم.

1- مستويات درجات الصحة:

الصحة ليست بالشيء الثابت الذي يمكن أن يوفر مرة واحدة للجميع ولكنها يجب أن تطور وتصان وتحسن باستمرار، بواسطة الجهود المشتركة من الفرد والمجتمع .إن الصحة تتذبذب في مدى يحد في إحدى النهايات بالصحة المثالية ثم عدة مستويات مرضية فالموت في النهاية الأخرى.وعلى ذلك تكون درجات الصحة كما يلي[2]:

- **أولا -الصحة المثالية:** وهي حالة التكامل المثالي لجميع الجوانب الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية أي الحالة التي يكون فيها الفرد خاليا من أي أمراض ظاهرية أو باطنية ومتمتعا بكافة الجوانب الصحية البدنية والعقلية والنفسية والاجتماعية، وهو هدف بعيد لبرامج الرعاية الصحية والاجتماعية تسعى لتحقيقيه وان كان صعب المنال.
- **ثانيا -الصحة الايجابية:** وهي حالة يستطيع الفرد فيها والمجتمع مواجهة المشاكل والمؤثرات الاجتماعية والنفسية والجسمية بكفاءة عالية إلى حد كبير دون ظهور أي أعراض مرضية.
- **ثالثا -السلامة المتوسطة:** لا يظهر المرض فيها بصورة مباشرة ولكن مع التعرض لأي مؤثرات خارجية أو داخلية يقع الفرد في براثن المرض، أي أن الفرد لا يشكو بصورة مباشرة من مرض معين ولكن بصفة عامة لا تظهر الطاقة الايجابية في الحالة الصحية.

[1] إقبال إبراهيم مخلوف:الرعاية الطبية والصحية ورعاية المعوقين، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، دون ذكر سنة النشر، ص70 .

[2] إقبال إبراهيم مخلوف:المرجع نفسه، ص68 .

- **رابعا -المرض غير الظاهر:** في هذه الحالة لا يشكو الفرد من أعراض، أي أن هناك قصورا صحيا غير ظاهر، ومعنى ذلك اختفاء الأعراض المرضية الظاهرة ولكن عند القيام بالتحليلات أو الإشعاعات أو الفحوصات يكتشف المريض أن هناك مرضا ولكن غير ظاهرا سطحيا.
- **خامسا -المرض الظاهر:** وفي هذا المستوى يكون هناك ظهور لأعراض مرضية يشعر بها الفرد تنم عن إصابة الفرد بمرض معين، ويشعر الفرد من جرائها بالألم والقلق الظاهرين.
- **سادسا -مستوى الاحتضار:** وهو المستوى الذي يفقد الإنسان معه كل قدرة على أداء الدور أو الوظائف الحيوية، وتسوء الحالة من وقت لآخر ومعه يصعب على الفرد استعادة حالته الصحية.

إن هذه الدرجات تقسم بالنسبية المطلقة حيث يصعب تحديدها وقياسها قياسا دقيقا ومحددا الشكل4 الموالي يوضح ذلك:

الشكل رقم (1-4) مفهوم الصحة من ناحية درجتها

المثالية	يقارب المثالية (صحة ايجابية)	متوسط السلامة	مرض غير ظاهر	مرض ظاهر	يقارب الموت (يحتضر)	الموت

المصدر: د.إقبال إبراهيم مخلوف:العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، اتجاهات تطبيقية، دار المعرفة الجامعية .الإسكندرية، مصر، 1991 ،ص49 .

وتتأثر صحة أي مجتمع بعديد من العوامل المتفاعلة والمؤثرة في بعضها البعض وأن هذه العوامل هي التي تقرر مستويات أو درجات الصحة، وتتمثل هذه العوامل في:

- **عوامل طبيعية** :وتتمثل في العوامل المناخية والبيئة الجغرافية· .
- **عوامل بيولوجية*حيوية** :*وتتمثل في ناقلات العدوى سواء كانت حشرات مثل الذباب· والناموس أو حيوانات كالفئران والذئاب والكلاب.
- **عوامل اجتماعية** :وتتمثل في مستويات المعيشة والعادات والتقاليد والتعقيم· .
- **عوامل اقتصادية** :مثل قصور الإمكانات المادية المتمثلة في عدم وجود إمكانات لتنفيذ برامج الرعاية الصحية مثل التشخيص والتحصينات أو انتشار الفقر وعدم توافر الإمكانات التي تساعد على توفير حياة صحية جيدة، من مسكن وغذاء ورعاية طبية.
- **عوامل بيئية** :وتتمثل في عدم توافر المياه الصحية الصالحة للشرب وصرف الفضلات بصورة صحية وما يترتب عليها من انتشار الأمراض المعدية مثل النزلات المعوية وتلوث الهواء بعوادم السيارات والمصانع.

- **عوامل سكانية** :حيث التركيبة السكانية وزيادة معدلات المواليد والوفيات والخصوبة، مما يترتب عليها مشاكل صحية واجتماعية.
- **عوامل طبية** :مثل مدى توافر العيادات الطبية والأطباء والممرضين، كل هذا يؤدي إلى مشاكل صحية واجتماعية تؤثر في الحالة الصحية ومستوى الصحة العامة بالمجتمع.

- أساليب تحقيق الصحة العامة ومؤشراتها:

الغرض الرئيسي للصحة العامة ومناط اهتمامها الأول هو صحة السكان، علماً بأن هذا يشمل جميع العناصر ذات الاهتمام المشترك التي تسهم في تحسين صحة الناس، وعليه فإنه لا ينبغي قصر مناط اهتمامها على ما يسمى المنافع والخدمات العمومية، أو الخرائج المهمة، أو الإجراءات التي تُعتبر من مسؤوليات الحكومة أو الدولة . وهنالك إجماع على أن هذا يشكل جزءا مهما من الصحة العامة وأنه ينبغي ويمكن أن يكون هو لبها الاستراتيجي العام.

3 -1 أساليب تحقيق الصحة العامة: في تعريف الصحة العامة جاء على أنها علم وفن الوقاية من المرض، ولذلك فإن أساليب تحقيق الصحة العامة تعني أساليب الوقاية من المرض ومضاعفاته الصحية أو الاجتماعية وتنقسم أساليب الوقاية إلى مستويات وقائية ثلاث:

- ✓ **المستوى الأول:** وهو المستوى الوقائي الأولي والذي يهدف إلى الوقاية من الحالة المرضية.
- ✓ **المستوى الثاني**: وهو المستوى الوقائي من الدرجة الثانية والذي يهدف للوقاية من مضاعفات المرض بعد ظهوره.
- ✓ **المستوى الثالث** :وهو مستوى وقائي من الدرجة الثالثة يهدف إلى الوقاية من المضاعفات الاجتماعية.

ويمكن تناول أساليب الوقاية من خلال المحاور التالية:[1]

- **أولا -المحور الأول: إجراءات الوقاية العامة لترقية الصحة وتقويتها**

وهي عمل تستهدف تقوية الصحة بصفة عامة دون الاهتمام بمرض معين ويتناول هذا المحور:

- الخدمات الصحية البيئية العامة من توفير مسكن صحي تتوافر فيه عناصر صحية مثل التهوية الجيدة والإضاءة الصحية والمياه الصالحة للاستعمال الآدمي وأساليب صحية لتصريف الفضلات.
- خدمات التغذية الصحية التي تستهدف تقوية مناعة الجسم للأمراض وتقوية الجسم بصفة عامة· .
- خدمات التوعية والتربية الصحية بصفة عامة والتربية الجنسية بصفة خاصة· .
- خدمات الرعاية الخاصة للأمومة والطفولة· .
- خدمات الترويح عن النفس· .
- توفير الخدمات التي تهيئ للتكيف النفسي السليم وتحقيق الشخصية السوية· .
- خدمات الرعاية السرية الشاملة· .

[1] سلوى عثمان الصديقي: مدخل في الصحة العامة والرعاية الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية،1999 ،ص .38-41.

ونستطيع أن نجمل هذا المحور في مجموعة الإجراءات والخدمات الشاملة التي تهدف إلى تحقيق السلامة والكفاية البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية العامة دون الاهتمام بحالة معينة أو فئات خاصة.

- **ثانيا -المحور الثاني: الوقاية المتخصصة أو النوعية**

وهي التي تهدف إلى الوقاية من مرض معين قبل حدوثه ولاسيما الأمراض المعدية أو أمراض سوء التغذية ويتمثل هذا في الإجراءات الوقائية المحددة مثل التطعيمات ضد أمراض معينة مثل التطعيم ضد الجدري أو الدفتيريا أو السعال الديكي أو ضد مرض الكساح.كما قد تكون إجراءات وقائية نحو المسببات النوعية مثل تصريف الفضلات أو قد تكون بتحسين العادات الغذائية أو استخدام ملابس واقية ضد إصابات مهنية أو أقنعة في الصناعة، وقد توجه هذه الأساليب الوقائية إلى إجراءات بيئية مثل ردم البرك والمستنقعات المسببة لأمراض معينة أو تحسين المستوى الاقتصادي والتعليمي والصحي بصفة عامة.

- **ثالثا -المحور الثالث: الاكتشاف المبكر للحالات المرضية**

وهي الإجراءات الوقائية التي تتخذ لاكتشاف الحالات المرضية في أدوارها الأولى مع عدم ظهور الأعراض المرضية وبالتالي قد تكون مجهولة للمصابين بها .ومما لاشك فيه أن الاكتشاف المبكر للأمراض يساعد على العلاج الفوري وبالتالي يكون أيسر وأسهل وذات فعالية أسرع في العلاج ويساعد على منع حدوث مضاعفات للمريض . ومن طرق الاكتشاف المبكر:

- الكشف الدوري والفحص المستمر للحالة الجسمية العامة ودون إحساس الفرد بأي أعراض مرضية أو حدوث ألام.
- التحليلات الطبية الشاملة سواء كان تحليل بول أو دم.
- عمل الإشعاعات المختلفة الشاملة والمقطعية. .

وهذه الإجراءات تساعد في الكشف المبكر للحالات المرضية وبالتالي علاج الأمراض في حالة ظهورها في الأطوار الأولى لها مما يساعد على تجنب حدوث مضاعفات وبالتالي إمكانية الشفاء التام، ولذلك يجب أن يقوم الفرد بإجراء الفحص المستمر والمتواصل للوصول إلى الاكتشاف المبكر لأي مرض وبالتالي يسهل علاجه .وكلما تقدمت الدول والمجتمعات كلما كان هناك إجراءات للاكتشاف المبكر للأمراض.

- **رابعا -المحور الرابع :علاج المرضى من المرض الظاهر**

ويهدف العلاج الحد من المضاعفات أو العجز المرضي واستكمال الشفاء فهذا المحور يستهدف علاج المرض والوقاية من مضاعفات المرض للمريض، بل ويستهدف وقاية المجتمع من انتشار المرض ولاسيما إذا كان مرضا معديا.

- **خامسا -المحور الخامس:** الإجراءات التأويلية

وتشمل الإجراءات التي تتخذ بعد علاج الحالات المرضية وثبوت الحالات التشريحية والوظيفية للجسم وتستهدف هذه الإجراءات الوقائية من المضاعفات الاجتماعية، بل وتحقيق التكيف الاجتماعي للفرد.

حيث تستهدف الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية والمهنية حتى يستطيع الاعتماد على نفسه في تصريف شؤون حياته باستغلال أقصى قدراته وإمكاناته المتبقية أفضل استغلال ممكن. وعملية التأهيل تمر بمجموعة

من الخطوات التي تبدأ بالفحص الطبي الشامل لتحديد درجة العجز أو الإصابة ثم تحديد الأساليب الطبية اللازمة للحالة، ويصاحب هذه العملية التأهيل النفسي للفرد لقبول العجز أو العاهة والرضا النفسي يؤهل الفرد للتأهيل الاجتماعي حيث محاولة التكيف مع المجتمع باختيار المهنة أو العمل الذي يتناسب وطبيعة العجز أو العاهة، وبالتالي التأهيل المهني المناسب وبالتالي إيجاد العمل المناسب وتحقيق التأهيل والتكيف الاجتماعي.

وتختلف المجتمعات في مدى اهتمامها بالمحاور الخمس السابقة حيث تتفاوت باختلاف المستويات الاقتصادية والاجتماعية، فبرامج الرعاية الصحية الوقائية تعتبر سمة من سمات المجتمعات المتقدمة حيث الوقاية والاكتشاف المبكر للأمراض وبالتالي استخدام إجراءات علاجية فورية، بينما نجد أن البرامج العلاجية هي التي تميز المجتمعات النامية.

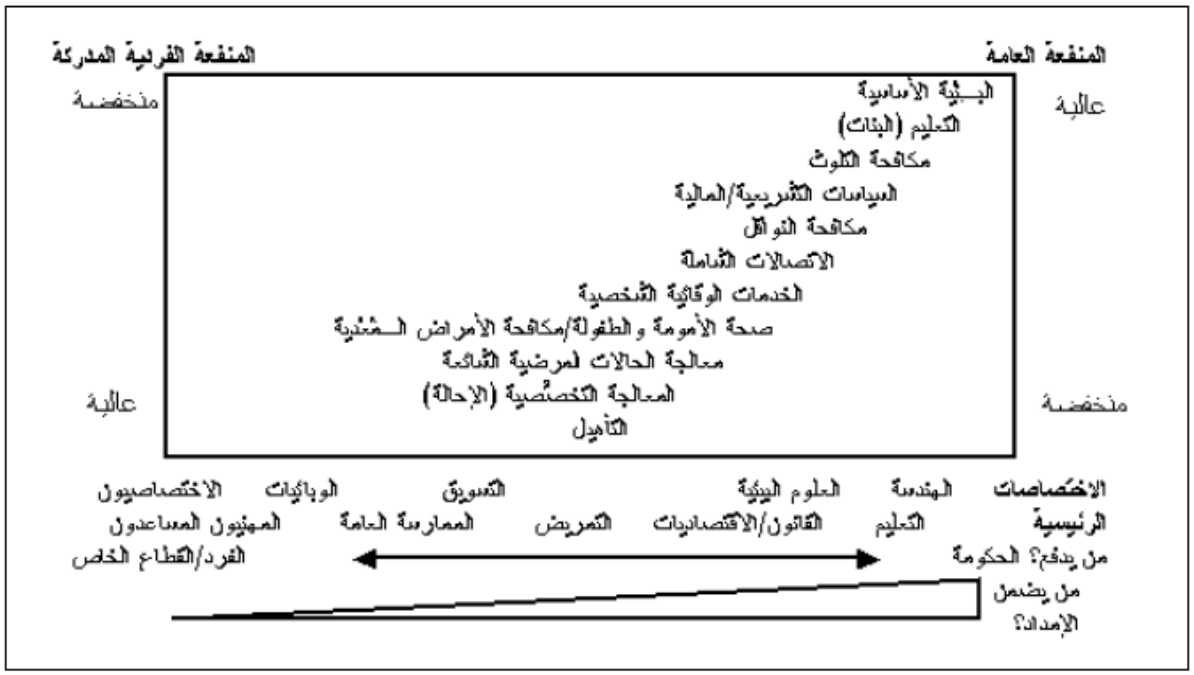
إن الرعاية الصحية جزء من الرعاية الاجتماعية ونجاح الخدمات الصحية يعتمد على نجاح الخدمات الأخرى التي تهدف إلى رفاهية المجتمع، ويمكن تقسيم الخدمات الصحية إلى قسمين رئيسين:

- ✓ **الأول:** يشمل على الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة والتي تشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج سواء تم ذلك بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنازل أو تم من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المستشفيات، أو تم ذلك بالتدخل الجراحي، بالإضافة إلى خدمات الرعاية الصحية حتى يتم الشفاء، وهذه الخدمات هي خدمات صحية علاجية، تهدف إلى تخليص الفرد من مرض أصابه أو تخفيف معاناة الفرد من ألام المرض.
- ✓ **الثاني**: بالخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع أو ما يمكن أن نطلق عليه 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 .وهذه الخدمات هي:خدمات صحية مانعة أو وقائية وتشمل خدمات التطعيم ضد الأمراض الوبائية، وخدمات الرقابة الصحية على متاجر تقديم الغذاء والمشروبات إضافة إلى خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي.

وقد يسود الاعتقاد بضرورة الاهتمام بتوفير الخدمات الصحية المرتبطة مباشرة بصحة الفرد مع إهمال الخدمات الصحية البيئية، وغالبا ما يسود هذا الاعتقاد الدول النامية بسب نقص الموارد المتاحة للخدمات الصحية سواء على مستوى الميزانية العامة للدولة أو على مستوى الدخل الفردي.

ولكن هذا الاعتقاد خاطئ تمام لأن زياد الإنفاق على الخدمات الصحية البيئية سيؤدي إلى انخفاض احتمالات الإصابة بالمرض، ومن ثم سيؤدي إلى تناقص الميزانيات المطلوبة للخدمات الصحية المباشرة المرتبطة بصحة الفرد.والشكل الموالي يبين التوازن النسبي بين المسؤوليات والمنافع العمومية والفردية .ومن ثم يمكن تحديد نطاق الصحة العامة وفقاً للاحتياجات الأساسية وتوافُر الموارد العامة.

الشكل رقم (1-5) الأنشطة، والموارد، والاختصاصات الرئيسية التي تشارك في إيتاء الصحة العامة



المصدر:تقرير اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، الدورة الخمسون، المكتب التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية، القاهرة،2003.

المبحث الثاني : ماهية جودة الخدمات الصحية

يعد الاهتمام المتزايد بالجودة في الخدمات الصحية في الآونة الأخيرة مؤشرا على أهميتها في القطاع الصحي والذي يعتبر من أكثر القطاعات احتياجا لاستخدام مثل هذه الأساليب وبالتالي فهي تركز على جودة الخدمة الصحية المدركة من قبله، إذ يجب أن تقيم بمعايير أبعاد جودة الخدمة الصحية (وترتبط بإدراك المستهلك المريض وليس المؤسسة الصحية

المطلب الأول : تعريف جودة الخدمات الصحية:

يعير موضوع جودة الصحية من المواضيع الأكثر طرحا واهتماما من قبل الباحثين والإداريين والمستهلكين (المرضى) وتعددت التعاريف لجودة الخدمة الصحية وهي كالتالي:

عرفت على أنها درجة الإلتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة والنتائج المتوقعة لخدمة محددة أو أجراء تخص أو مشكلة طبية [1]

وفي تعريف آخر يشار إلى أن جودة الخدمات الصحية بأنها جميع الأنشطة الموجهة نحو الوقاية من الأمراض أو علاج هذه الأمراض بعد طولها ثم أنشطة التأصيلية التي قد يتطلبها استكمال التخلص من آثار المرض، أو هي الرعاية التي تقدم للمريض، والتي تضمن فحصه وتشخيص مرضه وإلحاقه بإحدى المؤسسات الصحية وتقديم الدواء اللازم لعلاجه والغذاء الجيد الملائم لحالته مع حسن معاملة الفريق العلاجي له لمساعدته على استعادة صحته.[2]

وعرفت جودة الخدمات الصحية أيضا بأنها تحقيق أفضل نتيجة لكل مريض وتجنب المضاعفات التي قد يسببها الطبيب المعالج ثم الإهتمام بالمريض وما حصل عليه من فوائد، إضافة إلى ضرورة التوثيق المعقول للعملية التشخيصية والعلاجية[3]

ومن خلال التعاريف السابقة يتضح تعريف شامل لجودة الخدمات الصحية والتي تمثل مجموعة من الإجراءات المصممة التي تهدف إلى تقديم الخدمات الصحية المستهلكين المرضي)، بما من شأنه معرفة حاجاتهم ومتطلباتهم والعمل على إشباعها من طرف مقدمي هذه الخدمات أطباء، ممرضين...إلخ) الذين يستخدمون مهاراتهم وخبراتهم العملية والفنية وتقنيات الرعاية الصحية المتاحة لهم، بما يضمن تحقيق أفضل النتائج في الوقت المناسب والمكان المناسب وبأقل كلفة ممكنة، وهذا ما يعني أن جودة الخدمات الصحية هي أسلوب لدراسة عمليات تقديم الخدمات الصحية، وتحسينها باستمرار بما يلبي احتياجات ومتطلبات المستهلكين (المرضى).

المطلب الثاني: أهمية جودة الخدمات الصحية

تتمثل أهمية جودة الخدمات الصحية فيما يلي:[4]

- تمييز الخدمات المقدمة من طرف المؤسسة الصحية عن المؤسسات الصحية الأخرى.

---

[1] وليد يوسف الصالح، مرجع سابق، ص:50

[2] مريزق محمد عدمان، مداخل في الادارة الصحية، دار الراية للنشر والتوزيع، عمان ،طبعة أولى،2012، ص5.5.

[3] مرجع سابق ص :55

[4] ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص:199

- تعد جودة الخدمات الصحية مؤشرا مهما قياس الرضا المحقق لدى المستهلك المريض) عن الخدمات الصحية المقدمة له.

- تحقيق مستويات إنتاجية أفضل، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الخدمات المقدمة للمستفيدين (المرضى) العنف الأساسي من تطبيق الجود.

- ضمان الصحة البيئية والنفسية للمتقين.

- تساعد على التحسين المستمر، إذا ما كانت خير إدارة مخصصة ضمن الهيكل التنظيمي للمؤسسة الصحية، فجودة الخدمات الصحية حق الشمولية والتكاملية في الأمام فالشمولية تخي التوسع في مستوى الخدمات الصحية التي وقعها المستهلكين المرضى من الخدمات الصحية المقدمة لهم، بينما التكاملية تعني كون المؤسسة الصحية نظام مكون من أنظمة فرعية تعتمد بعضها على البعض الأخر، ولكل نظام فرنى برامجه الخاصة إلا أنه يتكامل مع البرامج الأخرى، فعلى سبيل المثال الهيئة الطبية لا تستطيع ممارسة وظائفها العلمية السريرية من تون وجود تكامل مع الهيئة التمريضية، أو الخدمات المساعدة الأخرى كالمختبر والأشعة.

ومن أسباب الاهتمام بجودة الخدمة الصحية مايلي:[1]

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

- تنامي درجة وعي المستهلكين المرضى، وإدراكهم لحقوقهم وتزايد مستوى ترفعهم لما يمكن أنتقدمه الخدمات الصحية.

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

المطلب الثالث: العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية

هناك عدة عوامل تؤثر في جودة الخدمات الصحية، وتشمل هذه العناصر في:[2]

1- فهم وتوقعات المريض:

تحتاج المؤسسات الصحية إلى فهم اتجاهات المرضي عند تصميمهم للخدمة الصحية بحيث يكون هذا التصميم متفوقا على توقعات المريض لأنها الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية للخدمة المقدمة ويمكن للمرضى أن يحققوا ادراكاتهم الختمة المقدمة من خلال التمييز بين المستويات المختلفة الجودة وهي:

أ- الجودة المتوقعة: وفي تلك الدرجة من الجودة التي يرى المريض وجوب وجودها، وهذا المستوى منالجودة يصعب تحديده في الغالب اذ يختلف باخت خصائص المرضي وحالاتهم العلاجية فضلاعن اختلاف الخدمات التي يتوقعون وجودها في المؤسسات الصحية.

[1] فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص:384

[2] صلاح محمد ذياب، قياس أبعاد جودة الخدمة الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الاردنية من منظور المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الاسلامية للدراسات الاقتصادية والادارية، المجلد 20، العدد 01، الأردن، 2012، ص ص : 73-74

ب- **الجودة المدركة:** وهي إدراك المريض لجودة الخدمة الصحية المقدمة له من قبل المؤسسةالصحية، أي تصور المريض لجودة الخدمة الصحية المقدمة له.

ج- **الجودة القياسية:** ذلك المستوى من الخدمة المقدمة والتي تتطابق مع المواصفات المحددة أساساللخدمة والتي تمثل بذات الوقت ادراكات إدارة المؤسسة الصحية.

د- **الجودة الفعلية:** وهي تلك الدرجة من الجودة والتي اعتادت المؤسسة الصحية تقديمها للمرضى.

2- تحديد جودة الخدمات:

عندما تفهم المؤسسة الصحية حاجات المرضى فانه يجب أن تضع التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة، وهذا التوصيف عادة ما يكون مرتبطا مع أداء العاملين في المؤسسة الصحية ومستوى وكفاية الأجهزة والمعدات المستخدمة في انجاز الخدمة الصحية.

2-1 أداء العاملين: عندما تضع إدارة المؤسسة معايير الجودة الخدمة الصحية المقدمة ويتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الطاقم الطبي فإنها بالمقابل يجب ان تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأثناء المناسب ويكون من المهم ان تتوقع إدارة المؤسسة الصحية تقييم المرضي لجودة الخدمة الصحية المقدمة لهم، وأن تكون هذه التوقعات فلاحية ويمكن تحقيقها، وهنا يكون من الضروري أن لا تقتم الإدارة وعودا لا تستطيع الوفاء بها في :

2-2 إدارة توقعات الخدمة: أن إدارة توقعات الخدمة تتم من خلال اعتماد أنظمة الاتصالات الداخلية في المؤسسة الصحية والترويح والإعلان في خارجها، ويكون من الضروري على إدارة المؤسسة الصحية أن تقدم وعودا لا تستطيع تحقيقها نظرا لضخامتها أو عدم تجانسها مع قدراتها في التنفيذ أو الضعف في التدريب أو الكفاية اللازمة في اتصالاتها الداخلية لتحقيق ذلك، وهذا سينعكس على عدم رضا المستفيد عن الخدمة الصحية المتوقع حصولها.

المبحث الثالث: متطلبات تقييم الخدمات في المؤسسات الصحية

تركز المؤسسة الصحية على مجموعة متطلبات المعرفة وتقييم خدماتها، وكذلك تهتم بموضوع الرقابة على جودة الخدمة الصحية وتكلفتها يثيران العاملين اكر أسية في بيئة المؤسسة الصحية لتحقيق المعادلة الصعبة، المتمثلة في ضمان توفيروتقديم اعلى مستوى ممكن من الجودة في الخدمة الصحية.

المطلب الأول: متطلبات تقييم الخدمات في المؤسسات الصحية.

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

- تقييم مؤهلات وخبرات الأطباء عند التوظيف أو الترقية من قبل لجنة خاصة بالمؤهلات العلميةلضمان استخدام العناصر البشرية المؤهلة لتقديم مستوى جيد من الخدمات الصحية.

- التركيز على الوسائل الوقائية التي من شأنها تحسين جودة الخدمات الصحية مثل رقابة وضبطالعنوى وانتقال الأمراض داخل المؤسسة الصحية، وتبني سياسة محددة وجيدة للأدوية فيها، منخلال لجان متخصصة فتية، هي لجنة التحكم بالعتري ولجنة الصيدلة.

[1] فريد توفيق نصيرات، ادارة منظمات الرعاية الصحية،ص ص :393-394.

- تقييم ورقابة جودة الخدمات الصحية من خلال التحقيق الطبي الاسترجاعي (يجري هذا التدقيقمرة في الشهر على الأقل، يكون خاص بكل خدمة صحية، مثل الطب الباطني والجراحةوهو عبارة عن مراجعة السجلات الطبية، يقوم بها الأطباء الزملاء الأعمال زملائهم بالاستناد الى معايير توضع من قبل الأطباء أنفسهم، حيث يتم التركيز على النتائج النهائية)، ومراجعة الاستخدام والتي وظيفتها تقليل مدة الإقامة وترشيد استعمال الموارد.

تقوم معظم المؤسسات الصحية بتقييم جودة خدماتها الصحية المقدمة من خلال إنشاء مجلس جودة مركزي، أو لجنة مراقبة جودة الخدمات الصحية، لكن هذه الطريقة لا تجد حاليا التأييد نظرا لان الخدمات الصحية تختلف من تخصص إلى أخر، فمن غير المهم أن يقوم بتقييم جودة الخدمة الصحية في تخصص معين أطباء من تخصص أخر غير ذي صلة، يكونون متعلمين في الجنة وبدلا من ذلك فانه أكثر ملائمة أن يتم أجراء مناقشات للإحصائيات عند الوفيات، والمواليد الجدد، في اجتماعات مجدولة ينخرط فيها أخصائيون كل حسب تخصصه، ولهذا السبب أصبح من الواجب أن يتم التقييم لجودة الخدمات الصحية محررا من الإجراءات الإدارية، اذ أصبح تقييم جودة الخدمة الصحية من خلال تدفق الوفيات والمواليد الجدد، والموت للأمهات، ومراجعة السجلات الطبية على أساس الأقسام أحسن من أن يكون من خلال لجنة مركزيةمن أجل ذلك تقترح الجمعية الأمريكية الاعتماد المؤسسات الصحية عدد من المتطلبات الدقيقة النظام المقبول لتقديم الخدمات في المؤسسات الصحية هذه المتطلبات هي:[1]

-يجب أن يكون التعلم هادفا وموضوعيا، ولا بد من وضع معايير مناسبة كوسائل للقياس عليها.

- يجب أن يكون نظام التقويم كفؤ وخاصة من حيث توفر والطبيب، وهنا لا بد من استخدامغير الأطباء المهام التي تستهلك وقتا كبيرا ولا تطلب تقويما.

-يجب أن يكون التقويم موثقا، بحيث يتم تسوين كل القرارات الهامة كتابة وتوقعا من قبل الطبيبالمسؤول.

- يجب أن يكون النظام مرنا بحيث يسمح بقدر من الاختلاف والانحراف عن المعايير اذا ما توفرالسبب الجيد والمتون في الملف الطبي.

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

المطلب الثاني: المتطلبات الأساسية لضمان الجودة وتحسينها في الخدمات الصحية

لا يقتصر تحسين الجودة في الرعاية الصحية على التفاعل بين العاملين الصحيين وبين مراجعيهم. تحسين الجودة يعني بالإدارة السليمة النظام ختمات الرعاية الصحية والقيم الثقافية، والأسلوب المتكامل السير الحصول على خدمات الرعاية الأساسية. ولايته من الأخذ بعدد من الخيارات الإستراتيجية في تنفيذ أسلوب تحسين الجودة في الرعاية الصحية الأولية كما يلي:

[1] فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص:394.

- **تحديد المسؤوليات:** قبل الشروع في تلقي أي برنامج لتحسين الجودة لا بد من تحديد الأشخاصالذين سيتحملون المسؤولية الأداء مختلف مقومات البرنامج ووحدات ايتاء الخدمات فيه، ويتطلبتلك إعداد وصيات وظيفية بسيطة وواضحة، من المجال الذي يعمل فيه مختلف العاملين الصين في ما يتعلق بسمات معينة من سمات الجودة في الرعاية الصحية. ويسهل هذا الأمرالعمل الجماعي والنظام علاقات اجتماعية بروح الفريق.
- **إعادة توجه العاملين الصحيين وتدريبهم على الجودة:** لابد أن تتوافر لدى العاملين في مجالالرعاية الصحية المعلومات الأساسية والمهارات اللازمة لتقديم الرعاية على أعلى مستوى ممكن إذ إنما يتوافر لديهم من معارف يقوم ينور رئيسي في العملية والنتيجة وفي هذه المدة التي تقل فيها الموارد لا ينبغي للممارسين العاملين والنظم الرعاية الصحية أن يسهر عن كون التدريبوسيلة فعالة لتحسين الجودة.
- **بث عناصر عملية ضمان الجودة وتحسينها:** أن إقامة البرامج الفعالة والناجحة لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية تتطلب بيئا واضحا لأغراض البرنامج والأنشطة المقررة وينبغي للقطاع الصحي والمجتمع المهني إنشاء شبكة اتصال شيح التواصل بلا قيود.
- **التدرج في التنفيذ:** يوصي عند إدخال تدابير تحسين الجودة باتخاذ أسلوب التدرج في تطبيقها حفاظا على التزام الموظفين وتنمية مهاراتهم. فيتم أولاد انتقاء عدد قليل من سمات من الجودة ويوضع لها عدد من المعايير المحددة ومن خلال استخدام نورة تحسين الجودة يكتسب الموظفون المعيون بالتدرج قدرتهم على حل المشكلات وبقتل استفادة أولئك الموظفين ومداخلاتهم التصحيحية من خلال عملية تحسين الجودة فإنهم يكسبون من الثقة ما يجعلهم يتوسعون في إبعاد الجودة في الرعاية الصحية.

وعليه فإن معظم المؤسسات الخدمية في الوقت الحاضر تعيش في عصر التسويق، حيث تمثل قضية التسويق الفعال محور اهتماما نظرا للدور الكبير الهام الذي يليه النشاط التسويقي كمحند لنجاح تلك المؤسسات، والمؤسسات الصحية كغيرها من المؤسسات الخدماتية، حيث نجد أنها تتطلع إلى التسويق بأمل وجود طريقة جديدة توصلها إلى حل المشاكل التي تواجهها من أجل الحفاظ على مستوى إنتاجي والعمل على تحسين جودة خدماتها بغية تحقيق رضا العميل (المريض)، أي أن التسويق أصبح وليفة أساسية ومهمة لهذه المؤسسات سواء كانت تين إلى الربح المستشفيات الخاصة أو لا تهدف إلى الربح في المستشفيات العمومية.

المطلب الثالث: الرقابة على جودة الخدمات في المؤسسات الصحية

- **مفهوم الرقابة: يمكن أن تعرف الرقابة على أنها: "عملية مقارنة النتائج الفعلية (الإنجازات) مع النتائج** المخلوطة (الأهداف) واتخاذ الإجراء الصحي اللازم في حالة الانحراف إذا كان مطلوبا وممكنا من خلال التعريف يمكن أن تجد العوامل المميزة لهذا القطاع والتي تجعل الرقابة أكثر أهمية لعل أهمها:[1]

[1] فريد توفيق نصيرات ، نفس مرجع سابق، ص: 211-212.

- إعتماد مؤسسات الرعاية الصحية في تقسيم خدماتها على إمكانيات بشرية هائلة من حيث الحجم والتخصص وارتفاع التكلفة، فالمعروف ان هذه المؤسسات في مؤسسات إنسانية كيفية العمالة، مما يستلزم رقابية على الخصر البشري، واستخدامه الاستخدام الأمثل.

- الطبيعة غير المرنة الطلب على معظم ختمت الرعاية الصحية وعدم خضوعه لقانون العرض والطلب (فالطلب على هذه الخدمات في ارتفاع مستمر ويفوق ما هو معروض منها دائما).

- التجديد المستمر للتكنولوجيا الطبية المتقدمة والتطوير المستمر لها وفر بدائل عديدة ومختلفة.

- الخلل والخطأ في تقديم الخدمة لا يمكن إصلاحه كما ان الطلب على هذه الخدمات لا يحتمل التأجيل والانتظار، وأي خطا سينعكس مباشرة على صحة الفرد وشكل مضاعفة كبيرة على حياته.

2-2 **أساليب الرقابة على جودة الخدمات الصحية:** تتضمن رقابة جودة الخدمة الصحية الرقابة على مكونات العظام الصحي والوسائل المختلفة المختصة في النظام الصحي حيث يتم الرقابة على مؤهلات وخبرات وسلوكيات كافة العاملين في القاعة وعظم المؤسسات الصحية تشكل لجان مختلفة بهدف تحقيق الرقابة على جودة الخشة ي ويذهب البعض إلى إيجاد وحدة إدارية رسمية ضمن الهيكل التنظيمي مهمتها تحسين جودة الخدمات الصحية وتعتمد على نوعين من أساليب التقويم والرقابة هما :[1]

أ- **أساليب التقويم غير الرسمية:** هي الأكثر شيوع واستعمالا حيث تعتمد الإدارة على ملاحظات وتقويم الأطباء أنفسهم للخدمات التمريضية بصفتهم الجهة الأكثر احتكاكا بالممرضات والأقدر على الحكم عن مستوى جودة الخدمات من الثلاجة الفنية المتعلقة بمعالجة المريض كل عطاء الأدوية حسب إرشادات الطبيب المعالج، كما تعتمد إدارة المؤسسة الصحية على استقصاء ودراسة أراء المرضى حول جودة خدمة التمريض المقدمة لهم فالمرضي وبحكم اتصالهم و احتكاكهم المباشر بالممرضات يمكنهم تقييم هذه الخدمات من خلال الملاحظات الشخصية.

پ- أساليب التقديم الرسمية: تشمل هذه الأساليب مراجعات وتدفق ملفات المرضى فيما يتعلق بالجانب التمريضي، ويمكن القيام بهذا التحقيق من قبل لجنة تحقيق خدمات التمريض في المؤسسة أو من قبل ممرضات متخصصان داخل المؤسسة، حيث يتم كشف الانحرافات غير المقبولة في أداء خدمات التمريض من واقع الملف الطبي للمريض ومن ثمة يجري تصحيح هذه الانحرافات والرقابة على جودة الخدمة الصحية، يوجد العديد من المؤشرات والعوامل المساعدة في التقييم، أهمها:[2]

ب-1 مؤشرات هيكلية: تقوم هذه المؤشرات تقييم كل ماله علاقة بالموارد المستثمرة في تسليم الخدمة الاستشفائية بما في ذلك الموارد البشرية الطبية وشبه الطبية والتجهيزات.

ب-2 مؤشرات العملية: تقوم هذه المؤشرات بتقدير أداء العمليات الصحية مثل التشخيص، العلاج والجانب العلاجي واحترام المواعيد.

ب-3 مؤشرات النتيجة: تستعمل هذه المؤشرات قياس معدلات الشقاء والوفاة وكذلك درجة رضا المريض، ويعتبر هذا النوع مقياسا أساسيا من أجل تحصيل درجة الأداء في نظر المريض من أجل ضمان مستوى عال

[1] فريد نصيرات، مرجع سابق ،ص: 238

[2] H,Math,et autres, le service global linnovation et stratégies international etDéveleppement dans les service ,maxima, paris ,1997 ,p 224

لفعالية الختمة الصحية وجب تحقيق مستوى عال من جودة هذه الخدمة، قياس جودة الخدمة الصحية يتطلب وجود مقاييس تعبر عن مستوى الأداء الفعلي، في هذا الإطار يوجد مشكل تقليدي وآخر حيث قياس الجودة، حيث بين المنظور الحديث عدم كفاية توجيه الاهتمام فقط بملامح محددة من المخرجات والعمليات تر الهيكل بل يتعدى ذلك إلى كل المستويات والعناصر في المؤسسة الصحية وكذا مراعاة العوامل المؤثرة على جودة هذه الخدمات والرقابة الجديدة عليها.

خاتمة الفصل الثاني:

تم التطرق في هذا الفصل إلى جودة الخدمة الصحية والتي تحي عدي التطابق بين مستوى الخدمة المقدمة وتوقعات المستهلكين، حيث يتم تقييمها من وجهة نظرهم بالاعتماد على مجموعة من المعايير (الاعتمادية، الأمان، المصداقية..) وقد قدمت عدة نماذج التقييم جودة الخدمة الصحية ومعرفة العوامل المؤثرة فيها.

وشملت الدراسة كذلك على معرفة العلاقة بين التسويق الصحي بضمان جودة الخدمة الصحية المقدمة من خلال معرفة أثر أبعاد التسويق الصحي ودوره في تحسين الخدمة الصحية والذي يعتمد على التفاعل بين العاملين الصحيين وبين مراجعيهم

الفصل التطبيقي

تمهيد:

شهدت الجزائر مند بداية الثمانينات تقدما ملحوظا ومستمرا في الارتقاء بالحالة الصحية للمواطن ، وقد تحسنت بعض المؤشرات الصحية بشكل سريع منذ بداية التسعينات من القرن الماضي ، حيث تراجع معدل الوفيات بصفة عامة ،وارتفع متوسط العمر المأمول عند الولادة.

وبالرغم من التحسن في بعض المؤشرات إلا أن الأساليب التي كانت قبل سنة 2002 ، أي قبل مشروع الإصلاح ،لتقديم وتوزيع الخدمات وإنفاق الموارد المادية المتاحة لقطاع الصحة لم تحقق العائد المستهدف منها ، ولذا كان لابد من إعادة النظر في السياسة الصحية ،بتبني مشروع جديد سمي بمشروع إصلاح المستشفيات ،كان الهدف منه إرساء مبدأ العدالة عند تقديم الخدمات الصحية وكفاءة الإنفاق الصحي والارتقاء بجودة الخدمات وضمان الاستمرارية على المدى البعيد.

تهدف دراسة جودة الخدمات الصحية إلى تقديم صورة تحليلية لواقع تقديم هده الخدمة ومدى جودتها بأوجه متعددة بالاعتماد على بعض الأساليب الكمية والإحصائية ،وقد تم تقسيم هذا الفصل إلى مبحثين، فالمبحث الأول يدرس نظرة شاملة لواقع الصحة بالجزائر من خلال التعريف بالخدمات الصحية العمومية، حتى نأخذ فكرة عن المنظومة الصحية في الجزائر وتنظيم النظام الصحي في الجزائر إضافة إلى إصلاح النظام الصحي وأوجه قصوره في الجزائر وطرق معالجتها.لنتنقل إلى حالة القطاع الصحي في مدينة سعيدة ،وبالتركيز على المؤسسة العمومية الاستشفائية ، وهو ميدان الدراسة باعتباره أهم قطاع حيوي في حياة المواطن .

1المبحث الاول: تقديم النظام الصحي في الجزائر:

تعتبر الصحة إلى جانب كونها حق عالمي أساسي ،موردا بالغ الأهمية لتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية والشخصية ،وفي هذا الإطار حاولت الجزائر منذ الاستقلال توفير حاجيات السكان في مجال الصحة توفيرا كاملا ومنسجما وموحدا في إطار الميثاق الصحي ،الذي يشكل التصميم التوجيهي للمنظومة الوطنية للصحة. من خلال محاولة تسخير جميع الوسائل الكفيلة بحماية الصحة وترقيتها في ظل قيود محددة.

وسنحاول من خلال هذا المبحث تقديم النظام الصحي في الجزائر بهدف فهم خصائصه الرئيسية.

المطلب الاول : تاريخ المنظومة الصحية في الجزائر:

لقد عرف قطاع الصحة في الجزائر حقبات تاريخية متباينة امتدت عبر سنوات طويلة تعتبر منعرجات حاسمة في تاريخ قطاع الصحة بالجزائر ، وقد عرف القطاع الصحي انهيار في عدد العاملين حيث انخفض عدد الأطباء من 2500 طبيب منهم 285 جزائري إلى 600 طبيب ، أي بمعدل طبيب واحد لكل 100.000 ساكن متمركزين في المناطق الكبرى بالإضافة إلى طاقم صحي من الممرضين لا يتعدى 1380 أين الأغلبية غير مؤهلة و ليست لديها شهادات وكذا انعدام التجربة للطاقم الإداري المسير.[1]

واتسمت المؤشرات الصحية في ذلك الوقت بارتفاع معدلات الوفيات والإصابات بسبب انتشار الأمراض المعدية والمتنقلة ، على نطاق لم يسبق لها مثيل مما دفع الدولة بالانشغال ،ونظرا لمحدودية الموارد وضعت وزارة الصحة اثنين من الأهداف الرئيسية لمعالجة هذا الوضع : مكافحة الأمراض المعدية وتحسين الحصول على الرعاية، وتميز العمل على ارض الواقع بتنفيذ برنامج الصحة لحماية الناس والمجتمع (التطعيم الإجباري لجميع الأطفال) والوقاية من الأمراض المنتشرة (القضاء على الملاريا والسل.) ومن هنا أصبح لزاما انتهاج سياسة واضحة بتطبيق المشروع الاشتراكي الذي يدعو إلى أن النظام الصحي خدمة عمومية والعيادات الخاصة تساهم في هذه الخدمة ،والمهم بالنسبة لمسئولي الصحة هو إبراز الجهود المبذولة لبناء المستشفيات، والإصرار على الزيادة في تكوين عدد الأطباء والاستقلال الذاتي النسبي الذي يتمتع به الممارسين في مجال الرعاية الصحية ،لان العديد من الحكومات لا تريد تشغيل مستشفياتها على أساس تجاري لأنها جزء من ميراثها القومي.

وقد تميز النظام الصحي في العقد الثاني بعد الاستقلال بثلاث ميزات رئيسية وهي:

- تقديم الرعاية المجانية وإقرارها رسميا من يناير 1974 ،تطبيقا للمرسوم التنفيذي في ديسمبر 1973 والذي يتضمن مشروع كل الوثائق التاريخية للثورة الجزائرية وهدا ما عزز من وضعية السكان في الحصول على رعاية صحية.
- إصلاح التعليم الطبي في مختلف التخصصات.

[1] حوالف رحيمة ،" تطبيق إدارة الجودة الشاملة (دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان ")، أطروحة دكتوراه ، جامعة أبو بكر بالقايد تلمسان2009 -2010 ص133.

- إنشاء قطاع الصحة ومحاولة تطويره بتوسيع نطاق التغطية الصحية بانجاز العديد من المرافق الصحية، وخصوصا المستشفيات والهياكل الخفيفة الوزن كالعيادات الشاملة والمراكز الصحية وذلك لتحقيق ثلاثة مهام أساسية وهي الرعاية ، التدريب والبحث.

وخلال عقدين الثمانينات والتسعينات وبسبب انخفاض عائدات النفط من جهة و مرور بلادنا بالعشرية السوداء من جهة أخرى ، اضطر النظام للرضوخ إلى التعديل الهيكلي منذ 1972 ،بعد أن شهد نظام الرعاية الصحية انهيارا جعله يعاني من نقص في المجالين التقني والعلاجي. وخلال الفترة ما بين شهد المجال الطبي انتكاسات قوية الحجم تسببت في العديد من الممارسات تمثلت في تدهور وضعية مختلف الهياكل الاستشفائية وتدهور الخدمات المقدمة بها ،بالإضافة إلى تذمر العديد من الأطباء بسبب سوء الوضعية المهنية والاجتماعية ،وظهور العيادات الخاصة المنافسة .

المطلب الثاني: التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر: فقد تم تقسيمه إلى ثلاث مراحل وتتمثل في[12] :

1.2 -المرحلة الأولى (1962-1965):

ورثت الجزائر سنة 1962 حالة صحية متردية ومتدهورة حيث كان النظام الصحي الموجود متمركزا أساسا في المدن الكبرى كالجزائر ،وهران ،قسنطينة.ويتمثل خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات، وعيادات تشرف عليها البلديات وتقدم المساعدات الطبية المجانية.ومراكز الطب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم. ومن جهة أخرى هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيبا ويعملون في عيادات خاصة جلهم كانوا من الأجانب.

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

قبل سنة 1965 لم تكن البلاد تتوفر إلا على 1319 طبيبا منهم 285 جزائريا فقط ،وهو ما يعادل طبيب واحد لكل 8092 مواطن، و 264 صيدليا، أي صيدلي واحد لكل52323 نسمة.أما أطباء الأسنان فكانوا حوالي 151 طبيبا ،أي طبيب أسنان واحد لكل 70688.

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

إن السياسة الصحية خلال هذه الفترة محدودة في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها .وكان ينبغي في أول الأمر إعادة إنعاش البنايات والهياكل التي خلفا الاستعمار ،قبل توفير أدنى قسط من الخدمات الصحية

[1] حوالف رحيمة ،" تطبيق إدارة الجودة الشاملة(دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان ")،أطروحة دكتوراه ،جامعة أبو بكر بالقايد تلمسان2009 -2010، ص133.

[2] نور الدين حاروش،"إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية"،دار الكتامة للنشر والتوزيع الجزائر، الطبعة الأولى 2009 ،ص1

للسكان ، ومن جانب آخر كانت الدولة عازمة على تنمية سياسية على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيحية لبعض الأمراض الفتاكة والمعدية.

هده المرحلة امتازت من جهة بطلب الدولة من خلال المؤسسات الاستشفائية التي تضمن العلاج والاستشفاء ، والتي تسير من طرف وزارة الصحة ،والمراكز الصحية التي تضمن المساعدة الطبية المجانية AMG في المدن والبلديات ،والتي تسير من البلديات.وأخيرا مراكز النظافة المدرسية والتي تسير من طرف وزارة التعليم.ومن جهة أخرى، هناك قطاع صحي خاص يقدم علاج ذو طابع لبرالي في العيادات الخاصة، ولكن بإمكان الأطباء الخواص استعمال المؤسسات العمومية التابعة للدولة وذلك في إطار تعاقد ،وهذا الخليط من الأنظمة يتم التنسيق له من طرف مديرية دائرة الصحة.

2-2 المرحلة الثانية (1965-1979):

ميز هذه المرحلة مضاعفة قاعات العلاج في الفترة ما بين 1965 الى 1979 ،وهذا محاولة إعطاء العلاج الأولي أولوية وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو على مستوى كل حي[1].

والهدف من هذه الهياكل القاعدية هو قبل كل شيء الوقاية نظرا لخصوصية المجتمع الجزائري الشاب، وكذلك لإنشاء العيادات المتعددة الخدمات بداية من سنة 1974.

من ناحية التغطية الصحية لم يكن هناك إنصاف وعدل بين المناطق الحضرية والريفية، فنجد تمركز الموارد البشرية الطبية والشبه الطبية والهياكل القاعدية في المدن الكبيرة وغيابها تقريبا في المناطق الريفية والشبه الريفية، هذه الأخيرة التي تحتوي إلا على بعض الأعوان الشبه الطبيين الذين لم يتلقوا حتى التكوين الأساسي للتمريض.

ولقد كان قرار مجانية الطب المتعلق بإنشاء قانون الطب المجاني [2]،كخطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل، ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية والاقتصادية للأفراد ،وذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات لحماية الصحة وترقيتها في البلد ،وتعميم صيغة مجانية النظام الصحي الوطني.وانطلاقا من دلك أصبحت العلاجات مهمة وطنية يستوجب اتخاذ إجراءات هامة وحاسمة من اجل تدعيمها ، خاصة في مجال التعليم والتكوين ، والزيادة في عدد الهياكل القاعدية مع التطبيق الصارم للتوازن الجهوي في ذلك.

أما بشان تطور الموارد المادية ففي هذه المرحلة تميزت بنوع من الاستقرار من حيث الهياكل القاعدية، ومع هذا نسجل ارتفاعا محسوسا في عدد العيادات المتعددة الخدمات. حيث أن هده الهياكل التي هي بمثابة همزة وصل بين المراكز الصحية وقاعات العلاج من جهة، والمستشفيات والقطاعات الصحية من جهة أخرى.

---

[1] نور الدين حاروش،"إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية"،مرجع سابق ،ص135.

[2] المتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، الصادرة بالتاريخ1 جانفي 1924 ،ص 65 /12/ 2 المؤرخ في - 21 الجريدة الرسمية 1923 ،العدد1 ،الامر رقم2

أما بشان البرنامج الصحي في هذه المرحلة ،ومنذ 1975 ،شرع فريق عمل متعدد الاختصاصات في إعداد برنامج صحي لتطبيقه في المخطط الرباعي الثاني ،وهكذا فقد تم تحديد المشكلات الصحية ذات الأولوية الارتباط مع تحديد المشكلات الاقتصادية والاجتماعية ،وهي كما يلي:

1.المشكلات الصحية: كمكافحة الأمراض المتنقلة ،مثل الملا ريا ،السل ،الرمد ،الأمراض المعدية... الخ

2.مكافحة الأمراض غير متنقلة:كأمراض القلب ،الأمراض العقلية... الخ

3.المشكلات المتعلقة بنظافة المحيط والأمن في العمل.

4.المصالح المتعلقة بالقطاعات الصحية للوطن وتحسين وظيفتها ،في مجال الهياكل الصحية وتحديد المعايير التي تقود إلى التطور.

أما من حيث تمويل هذه الخدمات فقد قدرت نسبة الدولة ب72 % من مجموع النفقات، و32 % من طرف الضمان الاجتماعي، والباقية02 % من طرف السكان أو الأسر، بحث كانت هيئات الضمان الاجتماعي تغطي نفقات العلاج للمنتسبين إليها ،وتضطلع الدولة بالسكان المعوزين عن طريق الإعانة الطبية المجانية. AMG

وما يقدم كانتقاد لهذه المرحلة التاريخية هو عدم ترتيب الأولويات حسب أهميتها ،وانعدام أهداف واضحة موضوعة لهذا النظام أن لنا تسميته بنظام ،بحيث كان الهدف هو تلبية الطلب قدر الإمكان. وفي النهاية نشير إلى المقترحات الهامة الخاصة بوضع نظام وطني للصحة في الجزائر من خلال مقترحات اللجنة المركزية لحزب جبهة التحرير الوطني، علما بأنها مرتبطة بالمرحلة القادمة التي نتناولها في دراسة خاصة بها.[1]

3.2 -المرحلة الثالثة (1979-2007):

اعتبرت اللجنة المركزية لجبهة التحرير الوطني يجب أن يدمج ضمن المخطط الوطني للتنمية الاقتصادية والاجتماعية ،وحتى يتحقق هدا الهدف يجب التركيز على ما يلي:

- ✓ توحيد وتحديث القوانين والنظم الصحية لضمان التناسق بين التنظيم القانوني والأهداف الأساسية التي أعلنها الميثاق الوطني 1976. إلزامية التكامل بين القطاعات وتحديد الوظائف والأدوار ليست فقط وزارة الصحة، وإنما القطاعات والتنظيمات الوطنية التي لها علاقة بالصحة بطريقة مباشرة ،لان مشكل الصحة ليس مشكل وزارة الصحة فقط.
- ✓ تكامل جميع الهياكل الصحية مهما كانت طبيعتها القانونية في تطبيق البرامج الوطنية والجهوية للصحة.
- ✓ البطاقة الصحية ، كوسيلة فعالة في توجيه وتحديد وتأكيد التنمية الصحية.
- ✓ التسلسل في العلاج وإعطاء الأولوية للعلاج القاعدي الذي يمكن تقديمه عن طريق الهياكل الصحية القاعدية.
- ✓ جعل المؤسسات الصحية أكثر مردودرية و نجاعة.

[1] نور الدين حاروش،"إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية"،مرجع سابق ،ص13

بالإضافة إلى إعادة النظر في جملة المشكلات المتعلقة بالجانب الاجتماعي للموظفين من أجور ونقل وتكوين وغيرها.

ونواصل دراسة تطور النظام الصحي في ظل الطب المجاني لأهميته وذلك في مرحلتي الثمانينات وبداية التسعينات ،وما نسجله في هذه المرحلة هو إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986 وهي المراكز الاستشفائية الجامعية ،وكذا المنشور الوزاري سنة 1995 والمتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الاستشفائي. بالإضافة إلى الإشارة في قانون المالية لسنة 1993 انه بداية من هده السنة تتولى الدولة التكفل بالوقاية والبحث بالمعوزين أما باقي العلاجات فتكون وفق نظام تعاقدي بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي ،وهذا الأخير" النظام أو النهج التعاقدي "الذي يشرع في عملية التجريب بداية من سنة 1997 ، من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية المتخصصة والقطاعات الصحية والمراكز الاستشفائية الجامعية ،وفي سنة 2007 يعاد تنظيم القطاعات الصحية لتصبح المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن.

كما عرفت هذه المرحلة تطور عدد الهياكل القاعدية وكدا عدد المستخدمين.

أما المؤشرات الصحية الخاصة بسنة 2005 ،فقد عرفت بعض التحسن دليل على ذلك تقرير المنظمة العالمية للصحة بشان الجزائر حيث اعتبرت المنظمة انه بالرغم من المبالغ المالية العمومية المرصودة للقطاع الصحي في الجزائر والمقدرة ب7.0 % من الميزانية العامة ،إلا أن الخدمات الصحية لاسيما ما يتعلق بوفيات الأطفال دون المستوى ، والسبب في ذلك عدم وجود سياسة إستراتيجية ناجعة ،وسوء توزيع الأطباء والتفاوت فيما يخص الرعاية الصحية... كما أن الأموال وحدها لا تحقق الأهداف والنتائج.

وفي الأخير نقول أن موضوع الصحة والسكان كان دوما ذو أولوية وذلك منذ استقلال البلاد ،فإذا كان الدستور الجزائري ينص في مادته" 79 أن جميع المواطنين لهم الحق في الصحة وتضمن الدولة هدا الحق من خلال الوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمستوطنة"،ولقد منحت الأولوية في السنوات التي تلت استقلال الوطن إلى غاية سنة 1980 ما يلي:

- ✓ إعادة بناء الوطن الذي دمرته الحرب.
- ✓ تشييد الاقتصاد الوطني بتنصيب شبكة صناعية واستجابة الحاجيات الاجتماعية والثقافية للسكان، كالتعليم والشغل والصحة.
- ✓ تحسين الظروف الاجتماعية الاقتصادية للسكان لتحقيق الهدف ،وهو التحكم في النمو الديمغرافي وتنظيم النسل في السبعينات.

لكن الانطلاقة الفاعلية جاءت من خلال المصادقة سنة 1983 على البرنامج الوطني للتحكم في النمو السكاني، حيث يرتكز هدا البرنامج على مبادئ تحريضية واختباريه للانضمام الإرادي للأزواج إلى التخطيط العائلي واحترام

القيم الاجتماعية والدينية. وكانت للبرامج الوقائية والأعمال الصحية المطبقة انعكاسا طيبا على صحة السكان ،ويبدو ذلك واضحا من خلال مؤشرات الوفيات بصفة عامة ،ووفيات الأطفال بصفة خاصة ، ولابد من القول أن تحسين الظروف العامة لمعيشة السكان الناجمة عن التقدم والتطور في مجال ظروف السكن(التزويد بالماء الصالح للشرب والكهرباء، وقنوات صرف المياه... الخ)،وتحسين شروط النظافة ،وطريقة التغذية قد أدت إلى اختفاء أمراض متنقلة، وتراجعهم لبعض الأمراض الأخرى.وخلاصة القول ،هذه بعض المعطيات العلمية والميدانية المتعلقة بالسياسات الصحية منذ الاستقلال إلى يومنا هذا ،إن ما نسجله بشأنها أن هناك تغيرات جذرية مرتبطة بالتوجه الإيديولوجي للجزائر انعكس على القطاع الصحي ،والذي يحتاج إلى تغيير جذري حتى يكون حق الصحة لكل المواطنين.

المطلب الثالث : هيكلة النظام الصحي في الجزائر:

تعتبر وزارة الصحة والسكان المسئول الأول عن تقديم الرعاية الصحية وتوفير الدواء ورفع المستوى الصحي للمواطنين الجزائريين والأجانب والقضاء على مشاكلهم الطبية، تليها المستشفيات الجامعية والجهوية ثم القطاعات الصحية والوحدات القاعدية التابعة لهذا.

ويشمل ثلاثة مستويات أساسية وتتمثل في:

1.3المستوى المركزي:

يتمثل المستوى المركزي في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وتتكون من:

أ - الوزير : يقوم وزير الصحة والسكان بوضع إستراتيجية لتنمية أعمال قطاعه في مجال[1]2 :

-وقاية صحة السكان ورعايته،

-التحكم في النمو الديمغرافي والتخطيط العائلي،

-التنظيم الصحي والخريطة الصحية،

-العلاج الطبي في الهياكل الصحية،

-تحديد أنماط تكوين الممارسين الطبيين والشبه طبيين،

-العمل على تنمية الموارد البشرية المؤهلة في ميدان التكوين وتحسين المستوى وتحديد المعلومات،

-ينظم المهن ويعد التنظيم الخاص بها عن طريق التدابير التنظيمية والتشريعية التي تخضع لها الأعمال التابعة لميدان اختصاصه والسهر على تطبيقها،

-دعم الأعمال التي لها علاقة بالوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمستديمة،

-التزويد بالأدوية والمعدات الطبية وتوزيعها،

-الحماية الصحية في الوسط التربوي والعائلي والعملي،

وتشمل الإدارة المركزية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات على المصالح الآتية:

[1]بموجب المرسوم التنفيذي رقم 124 .90 المؤرخ في 30 أفريل19

ب - ديوان الوزير : يكلف مدير الديوان الذي يساعده مكلفون بالدراسة وعددهم سبعة (07) وملحقون بالديوان وعددهم أربعة (04) ، بجميع أشغال الدراسات والأبحاث المرتبطة باختصاصاتهم وتحضيرهم مشاركة الوزير في أعمال الحكومة وفي علاقته مع الخارج

ج - الأمانة العامة : تكلف الأمانة العامة التي يشرف على إدارتها مدير عام يساعده اثنان (02) من مديري الدراسات ويلحق بهما مكتب البريد والاتصال والتنسيق بين الهياكل المركزية والمصالح التابعة لها وتقييمها وتوجيهها.

د - المفتشية العامة : يشرف عليها ستة (06) مفتشين يقومون بالمهام التالية[1] 1 :

-الوقاية من كل أنواع التقصير وتسيير المصالح الصحية،

-توجيه المسيرين وإرشادهم لمراعاة القوانين والأحكام التنظيمية،

-العمل على الاستعمال المحكم للوسائل والموارد،

-ضمان مطلب الصرامة في تنظيم العمل.

هـ - المديريات المركزية : وتشمل ثمانية مديريات لكل منها اختصاص معين وهي:

مديرية الوقاية، مديرية المصالح الصحية، مديرية الصيدلية والدواء، مديرية السكان، مديرية التكوين، مديرية التخطيط، مديرية التقنين والمنازعات.

2-3 على المستوى الولائي:

يكلف مدير الصحة والسكان بعدة مهام أهمها تمثيل وزير الصحة والسكان على مستوى الولاية بكل ما يتعلق بالصحة والسكان، والعمل على توزيع الوسائل الصحية توزيعا منسجما ومتوازنا ومتابعة تحضير ميزانيات القطاعات الصحية وتنفيذها، بالإضافة إلى مراقبة وتوزيع الأدوية والمواد الصيدلانية وتفقد ظروف خزنها وإعداد التلاخيص لتحديد الاحتياجات الصحية في الولاية في مجال الوقاية والعلاج والأدوية والموارد البشرية والمنشآت الأساسية والتجهيز والتكوين وتطبيق التنظيم الخاص بالنظافة العمومية والوقاية العامة، كما أنها تهتم بإعداد جدول المواطنين (النمو الديمغرافي)وضبطها باستمرار ودراسة المنازعات المترتبة بأعمال تسيير ممارسي الصحة، بالإضافة إلى الاتصال بالمصالح المعنية في تحديد الاحتياجات إلى موظفي الصحة وإعداد برامج العمل الخاص بميدان التكوين، والتكفل بالأطفال المعوقين والأشخاص المعوزين للمساعدات الطبية والاجتماعية، كما أنها تهتم بالمراكز الطبية التي تنشئها وتسيرها مجالس الخدمات الاجتماعية للإطارات والشركات العمومية (CMS) الاجتماعية ليستفيد منها العمال وعائلاتهم . كما أنها لا تتهاون في تطبيق أي إجراء من شأنه أن يسهل تطبيق القانون الأساسي لممارسي الصحة في الولاية.

[1] بموجب المرسوم التنفيذي رقم -111 .90 المؤرخ في 23 جوان1999

ب - المراكز الاستشفائية الجامعية

أنشأت المستشفيات الجامعية في 13 جوان 1974 ، وهي نتاج لاتحاد مركز استشفائي جهويومعهد طبي، دون أن يفقدها شخصيتها المتميزة . يعتبر المركز الاستشفائي منشاة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ويتم إنشائها بموجب مرسوم بناءا على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي [1]2 . بحيث يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية على المركز ألاستشفائي الجامعي، ويمارس الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية . وبصفة عامة يمكن أن يوصف المركز الاستشفائي الجامعي على أنها ذلك النوع من المستشفى الذي عادة ما يكون كبير ويقع بمنطقة حضرية، والذي يتولى تقديم مجموعة من الخدمات الفنية ويستقبل مرضاه من بين قاعدة السكان العريضة، ويهتم بتدريب هيئة فنية في مجال البحث والرعاية على السواء بمعنى أنه يشرف على ثلاث ميادين أساسية هي:

- الميدان الصحي،
- الميدان التكويني،
- ميدان الدراسة والبحث.

يدير المركز الاستشفائي مجلس إدارة، ويسيره مدير عام ويزود بجهاز استشاري يسمى المجلس العلمي.

3-3 على المستوى المحلي(الدائرة والبلدية):

تنظم الخدمات الصحية على مستوى الدائرة والبلدية في شكل قطاعات صحية (المؤسسات العمومية الاستشفائية، وحدات استشفائية متخصصة 3 [2]ووحدات صحية قاعدية)، . تتولى هذه المنشآت تحديد احتياجات السكان قبل تنفيذ البرامج الصحية الوطنية والمحلية، وهذا بالاستعمال الأمثل للموارد المادية والبشرية . وللحد من الضغط على المراكز الاستشفائية وتطبيقا لسلمية العلاج hiérarchisation des soins تم إنشاء قطاعات صحية فرعية (sous secteurs sanitaire) المسماة قاعدية أو أولية لتتسع نسبتها في المجتمع، حيث أوكلت لها مهمة انتقاء الحالات المرضية بعد كشفها وتوجيه الخطير منها نحو المستشفى والرعاية البسيطة منها ذاتيا، إلى جانب إسهامها في الحملات الوقائية والتطعيم لسكان منطقة معينة . وهي تتكون على الترتيب من

أ عيادة متعددة الخدمات (Polyclinique) : مهمتها

- تقديم مختلف الخدمات الصحية والاستعجالية والفحوصات العامة المتخصصة؛
- الإشراف الفني والإداري على المراكز الصحية البلدية؛
- تقوم بدور الوساطة بين المركز الصحي والمستشفى.

[1]بموجب قانون رقم 100 74 . الصادرة في 13 جوان 1974.

[2]المنشأة الاستشفائية المتخصصة :هي منشأة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، تتكفل بمرض معين أو مرض أصاب جهاز عضوي معين أو مجموعة ذات عمر معين . مثل مستشفى الأمراض العقلية، مستشفى أمراض السرطان، أمراض الأطفال

ب - المركز الصحي (Centre de santé) : ينشأ عند كل قرية أو كل تجمع سكاني، وتوكل له مهمة الوقاية الصحية، وحماية الأمومة والطفولة والتطعيم والعلاجات والفحوصات العامة.

ج -قاعات العلاج -0222 (salle de soin): وهي التي تتولى تقديم العلاجات البسيطة لكل0222 ساكن. ولكن قرار المرسوم التنفيذي لسنة 2007 1[1] تضمن تغيير تقسيم القطاعات الصحية إلى:

-المؤسسات العمومية الاستشفائية(EPH)établissement Publics Hospitalier :

-المؤسسات العمومية للصحة الجوارية(EPSP) Etablissements publics de santé de proximité :

-المؤسسات الاستشفائية المتخصصة(EHS) Etablissements Hospitaliers spécialisé :

وقد ألغيت المراكز الصحية (Centres de santé) لتتحول بدورها إلى عيادات متعددة الخدمات (Polycliniques)، أو إلى قاعات للعلاج (salles de soin) حسب حالة وضعيتها المادية.

إن المؤسسة العمومية الاستشفائية (EPH) حسب المرسوم التنفيذي السابق ذكره هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، و هي تتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات.

تحدد المشتملات المادية للمؤسسة العمومية الاستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة.

تتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية حسب المادة 4 من هذا المرسوم في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان ، وفي هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام التالية:

- ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة
- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي وشبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

حسب نفس المرسوم لها نفس تعريف المؤسسة (EPSP) أما المؤسسة العمومية للصحة الجوارية العمومية الاستشفائية، إلا أنها تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج . تحدد المشتملات المادية والحيز الجغرافي لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة[2] .

أما مهامه حسب المادة 08 من هذا المرسوم فهي التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بما يلي:

- الوقاية والعلاج القاعدي،

[1] قرار المرسوم التنفيذي رقم -140 . 07 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1421 الموافق مايو سنة20

[2] قرار المرسوم التنفيذي رقم -140 . 07 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1421 الموافق مايو سنة2002

- تشخيص المرض،
- العلاج الجواري،
- الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي،
- الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي،
- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.

وتكلف على الخصوص بالمساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية والصحة المدرسية.

المبحث الثاني: عرض الخدمة الاستشفائية في الجزائر:

تم إسناد النظام الصحي في الجزائر إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، التي تسير العنايات الإستشفائية والصحة في الوسط العمومي وتراقب شروط الممارسة في القطاع الخاص وتسير التغطية الاجتماعية من قبل ثلاث صناديق وطنية تحت وصاية وزارة العمل و الضمان الاجتماعي، و هي الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء CNAS ، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الغير أجراء CASNOS والصندوق الوطني للتقاعد. CNR ويغطي نظام الحماية الاجتماعية الضمانات الاجتماعية(المرض، الأمومة، العطب، الوفاة)...، والتقاعد ، وحوادث العمل و الأمراض المهنية، والخدمات الاجتماعية، والتأمين على البطالة، و التقاعد المسبق[1] .

المطلب الاول: عرض الخدمة الاستشافية في الجزائر

حيث سجل السلك الطبي نموا قدرت نسبته بحوالي % 70 خلال العشرية السابقة في الهياكل العمومية ، بتسجيل ارتفاع في عدد الأطباء الممارسين من21000 إلى 4000 منهم أخصائيون إلى 35000 طبيب ممارس(منهم 13000أخصائيون)في سنة 2007 ، و قد تمت مرافقة ذلك بتدعيم حضور أطباء أخصائيين في المدن الداخلية بالبلاد . وعليه فإن عدد الأطباء الأخصائيين العاملين في هياكل الصحة العمومية عبر ولايات الهضاب العليا، قد ارتفع من 307 في سنة 1999 إلى 9200 في سنة 2007.

أما بالنسبة لولايات الجنوب، ارتفع عدد الأطباء الأخصائيين الذي لم يكن يتجاوز 92 في سنة 1977، إلى 2220 في سنة 2002[2] وبهدف تلبية طلبات المواطنين، تمت مرافقة سياسة الصحة العمومية بجهود هامة للاستثمار من طرف الدولة، بغية توسيع و تدعيم شبكة المنشآت الصحية من أجل تكفل أفضل بالمريض، و من أجل تحقيق تغطية طبية أفضل . وعليه، فبالنسبة للفترة الممتدة من 2005 إلى 2008 فقط، استفاد القطاع الصحي من244

[1] الوكالة الوطنية الجزائرية لتطوير الاستثمار

[2] وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، 15 سبتمبر2002.

مليار دج من الاستثمارات العمومية من أجل إنجاز مجموعة من المنشات الصحية منها 050 تم استكمالها ، وحوالي 222 منشأة في طور الانجاز.

أما بالنسبة لسنة 0227 قد قدرت الإحصائيات الإجمالية المتعلقة بالهياكل الاستشفائية ب3 :

القطاع العام:

- 079 مستشفى منها 30 (مركز استشفائي متخصص، 03 مركز استشفائي جامعي)،بطاقة استقبال مقدرة ب 52222 سرير.
- 522 عيادة متعددة الخدمات ،و 5379 مركز طبي ومستوصف.
- 505 مركز طبي اجتماعي ،و 0000 وحدة طبية للكشف ومتابعة الصحة المدرسية.
- 92 وحدة طبية وقائية في الوسط الجامعي إضافة إلى 002 مركز لنقل الدم.
- الهيئات التابعة للقطاع العسكري منها: مستشفى مركزي ،و 27 مستشفيات جهوية ، 23 عيادات متعددة الخدمات ،عيادتين للتوليد.

القطاع الخاص:

- 500 عيادة عاملة ،تستخدم ما يقرب من 522 اختصاصي ،و 022 طبيب عام ،و 0022 عون شبه طبي ،ببطاقة استقبال مقدرة ب 3222 سرير.

الموارد البشرية:

من خلال الجدول رقم (3-1): يوضح تطور مؤشرات التغطية الطبية في الجزائر:

السنوات	طب عام	طب خاص	طب أسنان	صيادلة	شبه طبيين
1992	1 من 25643 من عدد السكان		72848/1	416671/1	2979/1
1999	1750/1	3594/1	3752/1	6134/1	364/1
2009	1457/1	2052/1	3241/1	4492/1	370/1

Source :Communication de Monsieur le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière Septembre 2009 p16.

يتضح من الجدول أعلاه أن عدد الأطباء العامين والخاصين ،ارتفع عددهم بشكل ملحوظ وهذا تناسبا مع ارتفاع عدد السكان من سنة 0770 بعد الاستقلال إلى غاية 0227 مما يدل أن سياسة التي انتهجتها الدولة لتحسين الخدمات الصحية كان لها اثر واضح ،أما بالنسبة لأطباء الأسنان و الصيادلة فلم يكن هناك ارتفاع

كبير ما بين سنة 1977 و 2007 ، بينما سجل ارتفاعا في عدد الشبه الطبيين ما بين سنة 1962 و 1999 ليعاود الانخفاض في عددهم خلال سنة 2009.

المطلب الثاني :إصلاح النظام الصحي في الجزائر:

يعتبر العنصر المميز لسنة 2007 ،في مجال الصحة في الجزائر ،تغيير اسم وزارة الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ،ويندرج هذا التغيير ضمن حركية الإصلاحات التي تشهدها الجزائر، والتي مست العديد من القطاعات.

1.5أهداف مشروع الإصلاح وملفاته:

لقد أورد التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف ،والتي يسعى الإصلاح إلى تحقيقها ، وتتمثل في الآتي[1] :

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

2ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية.

3.التأكيد على حقوق وواجبات المستعملين وحماية المرضى على وجه الخصوص.

.4 إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن.

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

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

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

أما فيما يخص ملفات الإصلاح ،فقد ركز المجلس في تصوره على ستة ملفات ،نعرضها فيما يلي[2] :

- **ملف الحاجيات الصحية وطلب العلاج:**

تمحور هذا الملف حول دراسة كيفيات التنسيق بين النظام الوطني للصحة ومنظومته الاستشفائية الفرعية ، وذلك بتفادي عزل إصلاح المؤسسات الاستشفائية عن الإطار الاجتماعي ،الوبائي، المالي و التنظيمي.

وتم التعرض إلى كيفيات التنسيق بين الهياكل الجوارية ومستشفى القطاع من جهة، وتلك الموجودة بين مستشفيات القطاع و المستشفيات المرجعية الجهوية أو الوطنية من جهة أخرى.

ملف الهياكل الاستشفائية:

تمحور هدا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية ،ودلك بإدراج جملة من الأهداف نعرضها فيما يلي:

[1] وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات: الأولويات والأنشطة المستعجلة ،

[2] http://www.santemaghreb.com/actualites/0703/0703-27.htm

- تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية والخاصة.
- المساهمة الفعالة للمريض ولجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بآرائهم حول توزيع شبكة العلاج ،وجودة أدائها.
- استعجال وضع دعامة إعلامية التي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.
- **ملف الموارد البشرية:**

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

- **ملف الموارد المادية:**

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

- **ملف التمويل:**

اهتم هذا الملف بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات ،وضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي، بالإضافة إلى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تسير المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات ،وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى.

- ملف اشتراك القطاعات:[1]

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

[1] Les 6 dossiers de la réforme hospitalière, op –Cit

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

المطلب الثالث: مكانة الجودة في ظل الإصلاحات الجديدة:

من ناحية التنظيم وتسيير هذه المؤسسات - تظهر مكانة الجودة في القانون التنفيذي رقم29 فيسير كل مؤسسة كل مؤسسة عمومية استشفائية ومؤسسة عمومية للصحة الجوارية مجلس إدارة تحت إشراف مدير المؤسسة، وتزودان بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي. فمنذ المرسوم التنفيذي لسنة 2007 والذي دخل حيز التنفيذ منذ بداية 2008 أعطى أولوية لتحسين جودة الخدمات المقدمة، من خلال تحديد التنظيم الداخلي للعلاقات الوظيفية للمؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية[1] .

وقد أعطت سياسة الإصلاح الجديدة مكانة للقطاع الخاص حيث بلغ عدد الأسرة في القطاع الخاص إلى ما يزيد على 3222 سرير ،ووصل في القطاع العام إلى أكثر من 62000 سرير.

أما بخصوص الاستثمارات في هذا المجال فقد فتحت الجزائر الباب أمام المستثمرين الأجانب مثل بعض الشركات الأجنبية في إصلاح العتاد وصيانته ،ومنهم مهندسين جزائريين إضافة إلى بعض الأجانب في حرية الانتقال عبر جميع التراب الوطني بهدف إصلاح العتاد وصيانته. وقد تم إنشاء مؤسسات كوبية متخصصة وخاصة في طب العيون في بعض الولايات الوطن الشيء الذي يفتح ويحث المؤسسات الجزائرية على الاهتمام أكثر بالجودة في تقديم الخدمات وبلوغ الجودة العالمية.

المبحث الثالث: أوجه قصور النظام الصحي في الجزائر وطرق معالجتها:

لم يدع التقرير الذي أعده المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات ،انه وضع قائمة كاملة للمشاكل التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر ،وخصوصا المستشفى ،وإنما قدم حوصلة عن العقبات والمشاكل الأكثر بروزا ،وتمس جوانب جد مهمة.

وفيما يلي عرض للاختلالات التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر والتدابير المتخذة لمعالجتها:

المطلب الأول: الاختلالات المرتبطة بالتمويل وطرق معالجتها:

يعاني قطاع الصحة العمومي من عدة اختلالات تتمثل في نقص الوسائل المالية الضرورية لمواجهة طلبات العلاج المتزايدة بالدرجة الأولى ، ويمكن إرجاع ذلك إلى ما يلي:

- تخصيص وتوزيع غير ملائم وغير كاف للموارد المالية.

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، 30 ماي 2002 ،العدد 30 ،ص 11 ،ملحق رقم2

- ميزانيات مستشفيات لم يتم التفاوض بشأنها.
- مديونية ثقيلة.
- غياب التحكم في التكلفة والنفقات الصحية.

وعلى ضوء ما سبق ،تقرر عن المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات عدة طرق يمكن إدراجها لمعالجة التمويل الصحي على مستوى القطاع العمومي ، نعرضها فيما يلي[1] :

- البحث عن مصادر جديدة للتمويل من خلال استراد جزء من الضرائب المحلية عن التلوث والتبغ ، بالإضافة إلى إدراج مساهمة التأمينات الاقتصادية.
- إعطاء بعد واقعي للتعاقد من خلال تعيين مدونة الأعمال الطبية والتسعير.
- قيام الوزارة المكلفة بالتضامن بإعادة تحديد وضبط فئات الأشخاص المعوزين ،حيث تحدد وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات التكفل المالي بهده الفئات والتي ستكون على عاتق الوزارة المكلفة بالتضامن.
- الحرص على أن تخضع كل المؤسسات الصحية للمراقبة البعدية الوحيدة طبقا للتنظيم الساري.
- تحرير المبادرات التي تعتمد على مصادر خاصة في إطار المهام المنوطة بالمستشفى ،كإخراج المصالح الاقتصادية والعامة عن المستشفى.
- وضع مخطط حسابات المستشفيات.
- ترخيص المستشفيات بإبرام عقود وعروض خدمات مع المؤسسات الوطنية والدولية والشركات.
- إعادة تفصيل آليات نقل الميزانيات المخصصة للتعليم والبحث الطبي نحو المستشفيات.
- إعطاء المؤسسات الصحية العمومية من الضرائب الجمركية المفروضة على التجهيزات.
- الانتقال من منظومة ميزتها تمويل الهياكل إلى منظومة تستهدف تمويل النشاطات.
- تظل المهام الاجتماعية للمستشفى(الاستعجالات ،التعليم،البحث و الوقاية)تستفيد من تخصيصات الميزانية الإجمالية.
- جعل الوسائل المادية والبشرية أكثر مردودية.
- تدعيم الإجراءات الموجودة لحساب التكلفة.
- وضع ميزانية ملحقة مستقلة عن ميزانية المستشفى.

[1] Centre for administrative innovation in the Euro- Méditerranéen Région ,Assistance sociale dans la région Méditerranéenne , Algérie . http://www.unpanl.un.org/intraddoc/groups/public/document/CAIMED/unpan018927.pdf

- مواصلة مسار رفع الديون عن المستشفيات.

وتجدر الإشارة إلى أن القطاع الخاص يستثني الفئات المعوزة من العلاج ،بالإضافة إلى عشوائية تحديد أتعاب الأعمال وتكاليفها ،وعلى هذا الأساس توجد محاولات التفكير مع المؤسسات المعنية بالتامين على المرض في طريقة لتمويل هذا القطاع بشكل يسمح بالحفاظ على مبدأ إمكانية حصول كل المواطنين على
الخدمات الصحية بدون أن يقع على عاتقهم دفع مجموع التكاليف المترتبة عن العلاج ،بالإضافة إلى اعتماد الشفافية بخصوص أتعاب الأعمال وتكاليفها[1] .

المطلب الثاني : الاختلالات المرتبطة بكل من التنظيم ،الإعلام، تكوين المستخدمين وطرق معالجتها:

لا يمكن التكلم عن تمويل أي نظام صحي في غياب تنظيم محكم للوسائل المادية والموارد البشرية، وكذلك في غياب نظام إعلامي موثوق فيه وتكوين فعال للمستخدمين ،وعلى هذا الأساس ارتأينا إلقاء نظرة على ما اقره مشروع الإصلاح في كل جانب على حدى.

أ -العراقيل المرتبطة بتنظيم الوسائل المادية والبشرية وتدابير معالجتها:

لقد انبثقت عن أشغال مجلس إصلاح المستشفيات عدة ملاحظات ترجمت إلى نقاط أساسية تظهر هشاشة التنظيم على مستوى القطاع العمومي ،سنبرزها في الآتي:

- ✓ تعدد أجهزة التدخل على مستويات مختلفة مما يجعل الوصاية شديدة الثقل وغير فعالة.
- ✓ تثبيط المستخدمين بسبب قوانين أساسية وظروف ممارسة غير ملائمة وأجور منخفضة.
- ✓ تباين توزيع الوسائل المادية والموارد البشرية بين المناطق وداخلها.
- ✓ نقص في صيانة العتاد الطبي.
- ✓ نفاذ الموارد الصيدلانية بسبب ضغوطات مالية وتنظيمية تزيد من وطئتها الاختلالات في تسيير المستشفيات والأدوية.
- ✓ تقييم غير كاف للنشاطات الطبية.

وبالطبع لم تترك هده النقاط بدون معالجة ،بل حاول ذات المجلس وضع بعض الحلول والاقتراحات بشكل موازي للاختلالات السابقة كما يلي:

- ✓ الحد من تدخل الوصاية بإعادة مركزة مهم الإدارة المركزية وهياكلها غير الممركزة.
- ✓ مراجعة القوانين الأساسية السارية المفعول للمستخدمين قصد تحسين شروط الممارسة والتقدم في المسار المهني وإدراج نظام تعويض محفز.
- ✓ لقد توحيد الوسائل المادية و الموارد البشرية.

[1] **Centre for administrative innovation in the Euro- Méditerranéen Région ,Assistance sociale dans la région Méditerranéenne , Algérie,op_cit .**

- ✓ إنشاء مديرية مستقلة على مستوى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تكلف بصيانة العتاد الطبي.
- ✓ جعل صيدلية المستشفيات هيكلا مستقلا وتحديد مهامها بدقة وإلزامها بمسؤولياتها.
- ✓ تزويد المستشفيات بالهياكل والآليات والوسائل والأدوات اللازمة للتقييم الداخلي.

أما فيما يخص القطاع الخاص ،فتم إغفال جانبه التنظيمي بحجة غياب المعايير المرتبطة بتنظيم أنشطته الطبية.

ب -العراقيل المتربطة بالإعلام وأوجه معالجتها:

أولى المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات أهمية لجانب تكوين المستخدمين في قطاع الصحة(العمومي، الخاص)،

وذلك لعد اعتبارات يمكن عرضها فيما يلي:

- لا يأخذ نظام التعليم والتكوين بدقة الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة.
- التكوين الأكاديمي لم يعد قادرا على الاستجابة للمؤهلات التي تتطلبها ممارسة المهنة ومتطلبات تعدد الخدمات في الميدان ،وهدا ما يترتب عنه نقص محسوس في بعض الاختصاصات الطبية والشبه طبية.
- مدارس التكوين شبه الطبي لا تستجيب كلية إلى طلبات التكوين المتواصل لكل المستخدمين.
- تكوين المسيرين على مستوى مؤسسات التعليم العالي لا تستجيب إلى مواصفات التسيير في المستشفيات.

كما خص ذات المجلس أهمية اكبر للتدابير التي يفترض أن تحرص وزارة الصحة والسكان على العمل بها، والتي سنهتم بإبرازها في النقاط الآتية[1] :

- إعادة النظر في تزايد عدد الفئات الطبية وإعادة تحديد مواصفات التكوين ومحتويات التعليم المقدم وذلك بالعمل مع قطاع التعليم العالي.

- وضع قنوات المرور عبر التكوين الأكاديمي أو المؤهلات المكتسبة لتمكين تحرك المستخدمين وتسيير المهن والاعتراف بالكفاءات التي لم تتوج بالطريقة المتعارف عليها.

- أما فيما يخص المتمدرسين الطبيين الأخصائيين ،يجب التفكير مع القطاعات المعنية في طريقة للحصول على شهادة ثانية دون الاضطرار إلى المرور بكامل الأطوار الأكاديمية.

- إعادة فتح ملحقات مدارس التكوين شبه الطبي على مستوى المؤسسات الصحية حسب الحاجة في إطار إعادة تأهيل المستخدمين وتحسين مستواهم أثناء ممارسة عملهم.

[1] Centre for administrative innovation in the Euro- Méditerranéen Région ,Assistance sociale dans la région Méditerranéenne , Algérie,op_cit .

-جعل الترخيص لممارسة شبه الطبيين في القطاع الخاص مشروطا بالقيام بتكوين مؤهل لمدة ثلاث سنوات في المؤسسات العمومية للصحة.

-وضع مخطط إعادة إدماج محترفي الصحة المكونين أو الممارسين بالخارج مع التعاون مع وزارة التعليم العالي والمؤسسات المكلفة بالتعاون الدولي.

-مراجعة مواصفات التكوين ومحتوى التعليم حسب حاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة بالإضافة إلى أن الاهتمام بالبحث عن أقصى انسجام في المهن الصحية يثير التفكير حول فكرة إنشاء" جامعة لعلوم الصحة"في المستقبل القريب.

المطلب الثالث: الإنفاق العام على الصحة في الجزائر

الشكل (3-1) الإنفاق العام على الصحة.

الإنفاق العام على الصحة (٪ من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية) »		
% 74.16	البنك الدولي	2013

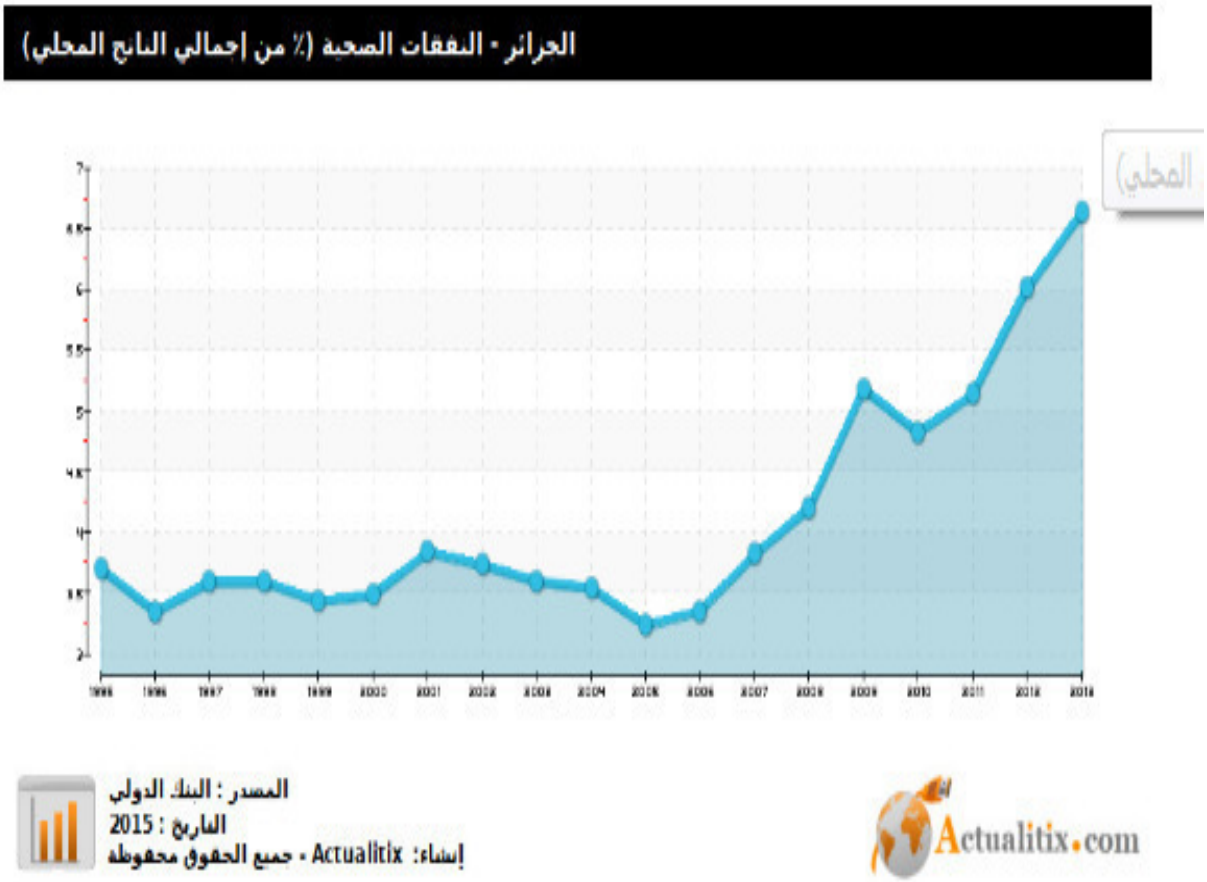
الإنفاق الصحي الجيبي (٪ من النفقات الخاصة على الرعاية الصحية) »		
% 97.23	البنك الدولي	2013

النفقات الصحية ـ المجموع (٪ من إجمالي الناتج المحلي) »		
% 6.64	البنك الدولي	2013

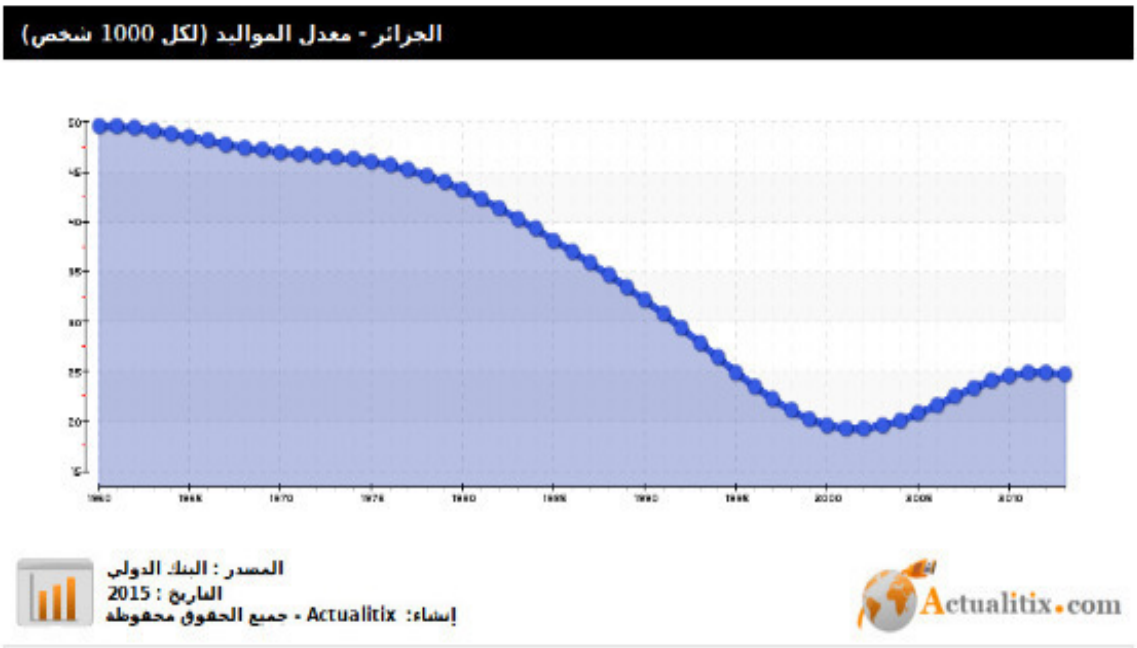
الجزائر - النفقات الصحية (٪ من إجمالي الناتج المحلي)

المصدر: موقع ويكيبيديا

الشكل (3-2) النفقات الصحية



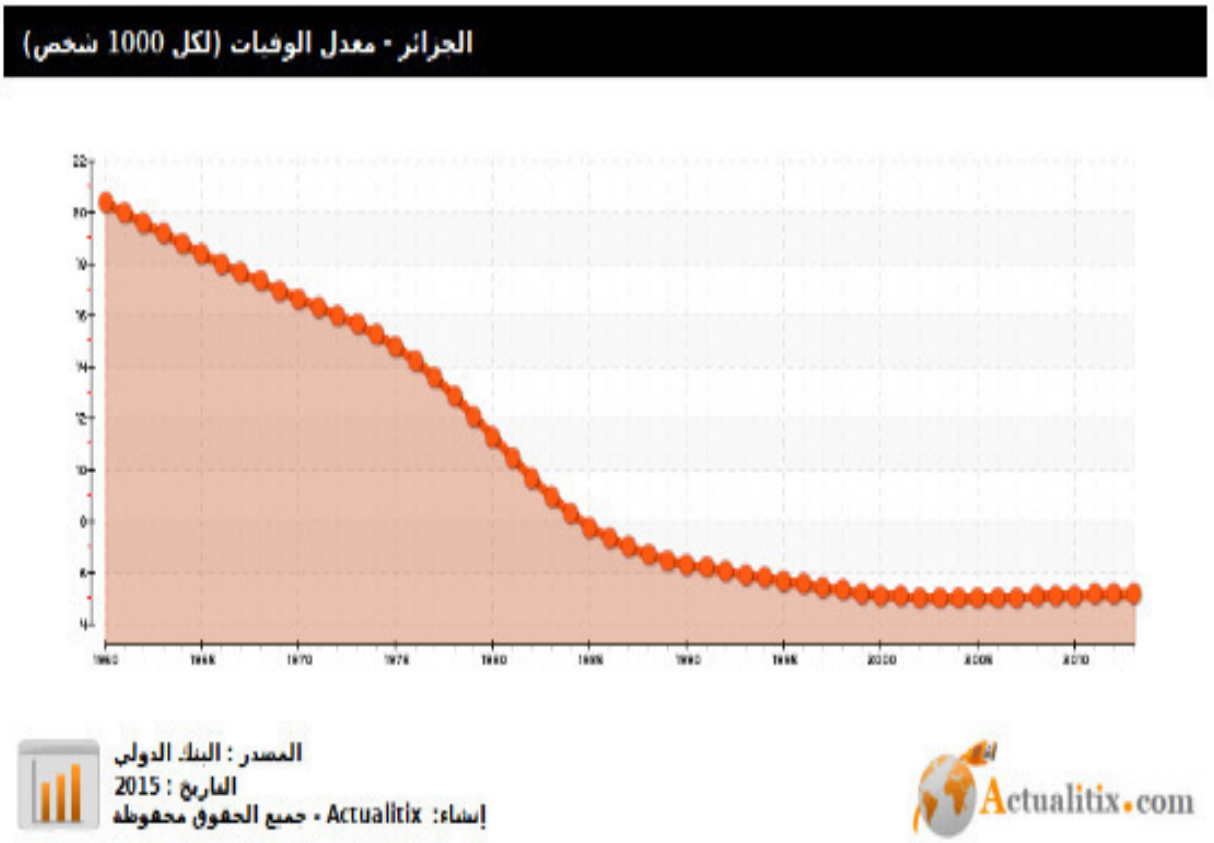
الشكل (3-3) معدل المواليد



المصدر: موقع وكيبيديا

الشكل (3-4) معدل الوفيات.

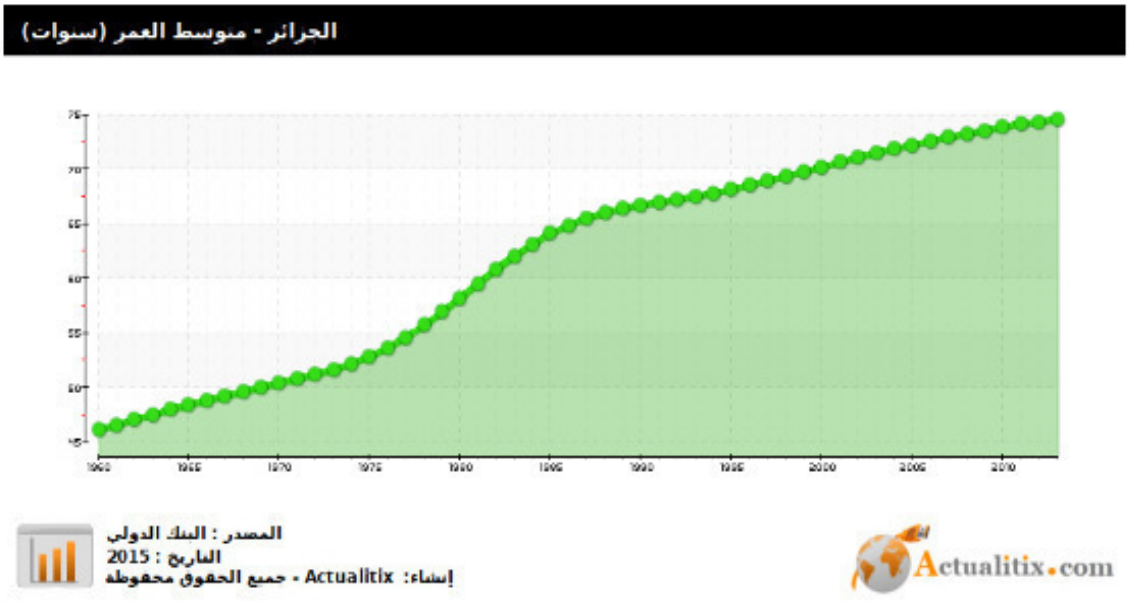
معدل الوفيات (لكل 1000 شخص) »		
5.13	البنك الدولي	2013



المصدر: موقع ويكيبيديا

الشكل (3-5) إجمالي متوسط العمر المتوقع.

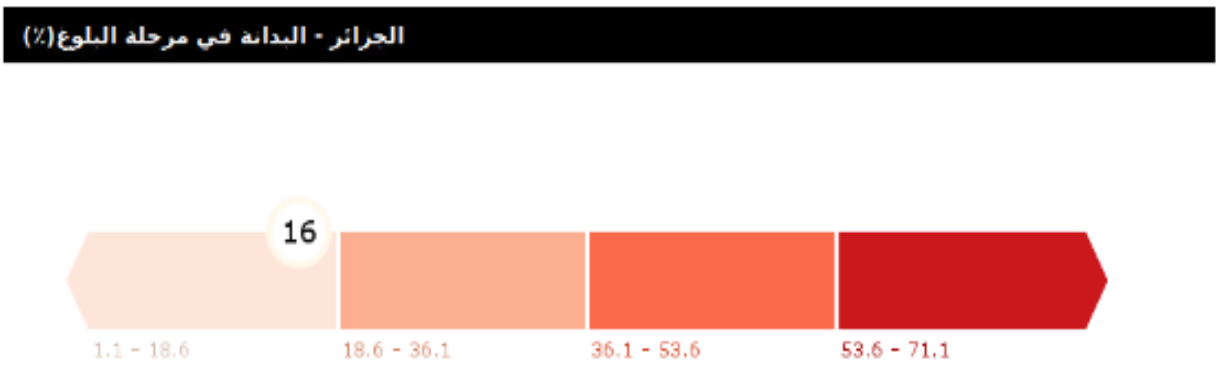
إجمالي متوسط العمر المتوقع »		
75	البنك الدولي	2013



المصدر: موقع ويكيبيديا

الشكل (3-6) البدانة في مرحلة البلوغ

البدانة في مرحلة البلوغ »		
% 16.00	وكالة المخابرات المركزية	* 2013



خاتمة الفصل:

واستنادا على ما سبق يمكن استخلاص أن هذه التدابير المقترحة في شتى الجوانب ليست جامعة مانعة، ولكي يتم تجسيدها في الواقع الميداني يجب إثراء التفكير حول إصلاح المستشفيات في مختلف الجوانب المذكورة سابقا قصد بناء هيكل قانوني ،إداري، مالي واجتماعي متين على المدى المتوسط والبعيد.

تمثل الخدمات الصحية مؤشرا للتنمية البشرية لأنها ترتبط بالتنمية والتخطيط التنموي، وهي تشكل أحد القطاعات الإجتماعية المهمة التي تسعى كل دولة لتطويرها وتحقيق جودة منتجها الخدمي وتوفيرها لجميع أفراد المجتمع.

ويهدف هذا البحث إلى توضيح واقع جودة الخدمات الصحية وأثرها على رضا المريض في المؤسسة العمومية الاستشفائية ،من حيث المكونات الأساسية للكشف عن أهم الفروقات والتباينات الموجودة من أجل إتخاذ التدابير والإجراءات الضرورية التي تساهم في تحقيق توازنات مجالية وضمان كفاءة وكفاية المكونات الصحية

خاتمة عامة

خاتمة عامة:

إن تزيد الضغوط بصورة غير مسبوقة على مؤسسات الخدمات الصحية، فرض عليها أن تكون في تطلع دائم للاستجابة السريعة لمتطلبات المواطنين واحتياجاتهم مع الزيادة في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم، وذلك بإدخال تطوير المؤسسات الصحية بوضع استراتيجيات تتضمن تحديد الأهداف المؤسسة، مع دراسة وتطيل الزبائن الحاليين والمستهدفين، إلى جانب التركيز بالنسبة للمنتجات والخدمات الصحية المقيمة في السوق على أن يتم هذا العمل بشكل يتم بالارتباط والتكامل.

وفي هذه الدراسة تم إبراز مدى مساهمة جودة الخدمات الصحية في تطوير القطاع الصحي و ذلك كمحاولة للسعي نحو تفعيل مفهوم جودة الخدمة الصحية بالمؤسسات الصحية العمومية وقد هدفت الدراسة إلى قياس مدى اقتناع مرضى المؤسسات الصحية العمومية بأهمية جودة الخدمات المقدمة ، وقياس العلاقة الارتباطية بين الجودة و تطوير قطاع الصحة .

اختبار الفرضيات:

-تعتبر جودة خدمات الصحية العمومية والخاصة بحيث هذا التقييم ياتي من خلال قياس جودة الخدمات الصحية والذي يعد عملية صعبة نظرا لطبيعة وخصائص الخدمة التي تعتبر من ضمني غير ملموس ومنه الفرضية الاولى صحيحة.

- لقد عرف قطاع خدمات الصحية بانهيار في عدد العاملين حيث انخفض عدد الاطباء وكذا انعدام التجربة للطاقم الاداري المسير وتمثل الخدمات الصحية مؤشر التنمية البشرية ومنه الفرضية الثانية صحيحة.

النتائج المتوصل اليها:

-للخدمة الصحية خصوصيتها والتي تميزها عن باقي الخدمات وهي مزيج متكامل من العناصر المادية الملموسة وغير الملموسة، التي تحقق إشباع المريض إرضائه.

-تعتبر ترجمة رضا المريض في حد ذاتها مقياس لجودة الخدمة الصحية، لأنها توفر المعلومات حول مدى نجاح مقدمي الخدمة في العمل وفق تقييم المرضي ومناي تحقيقهم لتوقعاتهم.

-الطب المرضي كانوا راضين عن الاستقبال بمستوى القول على الرغم من شكوى إدارة المصالح الإستشفاتية الداخلية، التي اتت أن عملية الإستقبال يتكفل بها رجال الأمن وليس مختصون في المجال.

-إهمال المؤسسة الاستشفائية الأبعاد التسويق خاصية التسويق الداخلي، حيث انها لا تولي اهتمام كبير كتقديم تحفيزات لعمالها تجعلهم أكثر تميزا في عملهم.

-عدم إعتماد المؤسسة الإستشفائية لنظام الجودة الشاملة انعكس على مستوى التناسق بين المستويات الإدارية.

-يعتبر مستوى جودة الخدمات في المؤسسات العمومية متوسطا.

-هناك علاقة إرتباط طردية بين جودة الخدمة و تطور القطاع الصحي.

-توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين جودة الخدمة و تطور القطاع الصحي.

- تؤثر جودة الخدمة الصحية على القطاع الصحي إما بالإيجاب وذلك بالاهتمام الجيد بهذا البعد أو تؤثر بالسلب عند إهمال هذا البعد.

الاقتراحات :

من خلال النتائج السابقة والمتحصل عليها من خلال الدراسة النظرية والميدانية، يمكن تقديم اقتراحات والتي يمكن أن تقيد المؤسسات الصحية مستقبلا.

- تعزيز الاهتمام عناصر المزيج التسويقي الصحي، وكذلك المحافظة على مستوى الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية والاستمرار لمواكبة التطورات.

- إثراء المعرفة العلمية والطبية المتخصصة لدى مقدمي الخدمات الصحية مما يؤدي في الزيادة والتحسين من جودة الخدمة : ضرورة الاهتمام بالتثقيف الصحي في أوساط المجتمع من خلال أجهزة الإعلام في شكل برامج وندوات صحية ومؤتمرات علمية عن طريق الحملات التحسيسية.

- المراقبة المستمرة و الدائمة للمستشفيات وأناتها.

- زيادة الاهتمام بالسجلات الطبية وسريتها ودراسة الشكاوي والمقترحات.

- توفير قاعات انتظار للمرضى مريحة.

قائمة

المراجع

مرسوم تنفيذيّ رقم 09 – 393 مؤرّخ في 7 ذي الحجّة عام 1430 الموافق 24 نوفمبر سنة 2009، يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين العامين في الصحة العمومية.

إن الوزير الأوّل،

– بناء على تقرير وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات،

– وبناء على الدستور، لا سيما المادتان 85 – 3 و125 (الفقرة 2) منه،

– وبمقتضى القانون رقم 85 – 05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق 16 فبراير سنة 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها، المعدل والمتمم،

– وبمقتضى الأمر رقم 06 – 03 المؤرخ في 19 جمادى الثانية عام 1427 الموافق 15 يوليو سنة 2006 والمتضمن القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية، لاسيما المادتان 3 و11 منه،

– وبمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 07 – 304 المؤرخ في 17 رمضان عام 1428 الموافق 29 سبتمبر سنة 2007 الذي يحدد الشبكة الاستدلالية لمرتبات الموظفين ونظام دفع رواتبهم،

– وبمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 07 – 307 المؤرخ في 17 رمضان عام 1428 الموافق 29 سبتمبر سنة 2007 الذي يحدد كيفيات منح الزيادة الاستدلالية لشاغلي المناصب العليا في المؤسسات والإدارات العمومية،

– وبمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 09 – 128 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1430 الموافق 27 أبريل سنة 2009 والمتضمن تجديد مهام الوزير الأول،

– وبمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 09 – 129 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1430 الموافق 27 أبريل سنة 2009 والمتضمن تجديد مهام أعضاء الحكومة،

– وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 91 – 106 المؤرخ في 12 شوال عام 1411 الموافق 27 أبريل سنة 1991 والمتضمن القانون الأساسي الخاص بالممارسين الطبيين والمتخصصين في الصحة العمومية، المعدل والمتمم،

– وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 97 –291 المؤرخ في 22 ربيع الأول عام 1418 الموافق 27 يوليو سنة 1997 والمتضمن إنشاء شهادة الدراسات المتخصصة في العلوم الطبية،

– وبعد موافقة رئيس الجمهورية،

يرسم ما يأتي :

الباب الأول
أحكام عامة

الفصل الأول
مجال التطبيق

المادّة الأولى : تطبيقا لأحكام المادتين 3 و11 من الأمر رقم 06 – 03 المؤرخ في 19 جمادى الثانية عام 1427 الموافق 15 يوليو سنة 2006 والمذكور أعلاه، يهدف هذا المرسوم إلى توضيح الأحكام الخاصة المطبقة على الموظفين الذين ينتمون لأسلاك الأطباء والصيادلة وجراحي الأسنان العامين في الصحة العمومية وتحديد المدوّنة المرتبطة بها وكذا شروط الالتحاق بمختلف الرتب ومناصب الشغل المطابقة.

المادّة 2 : يكون الموظفون الخاضعون لهذا القانون الأساسي الخاص في الخدمة لدى المؤسسات العمومية للصحة التابعة للوزارة المكلفة بالصحة.

ويمكن أن يكونوا، بصفة استثنائية، في الخدمة لدى الإدارة المركزية.

كما يمكن أيضا أن يكونوا في وضعية الخدمة لدى المؤسسات العمومية ذات الأنشطة المماثلة للمؤسسات المنصوص عليها في الفقرة الأولى أعلاه والتابعة لوزارات أخرى.

يحدد قرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المعني والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية قائمة الرتب المعنية وكذا التعداد الخاص بكل مؤسسة.

الفصل الثاني
الحقوق والواجبات

المادّة 3 : يخضع الموظفون الذين يحكمهم هذا القانون الأساسي الخاص للحقوق والواجبات المنصوص عليها في الأمر رقم 06 – 03 المؤرخ في 19 جمادى الثانية عام 1427 الموافق 15 يوليو سنة 2006 والمذكور أعلاه.

كما يخضعون، زيادة على ذلك، للنظام الداخلي الخاص بالمؤسسة التي يعملون فيها.

المادّة 4 : يستفيد الممارسون الطبيون العامون في الصحة العمومية طبقا للتشريع والتنظيم المعمول بهما مما يأتي :

أ – النقل عندما يكونون ملزمين بعمل ليلي أو مداومة،

ب – خدمات في مجال الإطعام في هياكل الصحة ويكون الإطعام مجانا لمستخدمي المداومة،

ج – اللباس : يلزم الممارسون الطبيون العامون في الصحة العمومية بارتداء البدلة الطبية أثناء ممارسة مهامهم،

د – التغطية الصحية الوقائية في إطار طب العمل.

تحدد شروط ضمان النقل والإطعام واللباس بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالمالية.

المادّة 5 : يستفيد الممارسون الطبيون العامون في الصحة العمومية من حماية خاصة بمناسبة وأثناء القيام بمهامهم.

ويستفيدون في هذا الإطار من مساعدة السلطات المعنية، خاصة عندما يقومون بالخبرة الطبية والمعاينة الطبية الشرعية.

المادّة 6 : يستفيد الممارسون الطبيون العامون في الصحة العمومية من رخص الغياب دون فقدان الراتب للمشاركة في المؤتمرات والملتقيات ذات الطابع الوطني أو الدولي والتي تتصل بنشاطاتهم المهنية حسب الكيفيات والشروط المنصوص عليها في التنظيم المعمول به.

المادّة 7 : يلزم الممارسون الطبيون العامون في الصحة العمومية، في إطار المهام المخولة لهم، بما يأتي :

– الاستعداد الدائم للعمل،

– القيام بالمداومات التنظيمية داخل المؤسسات الصحية.

الفصل الثالث

التوظيف والتربص والترسيم والترقية والترقية في الدرجة

الفرع الأول

التوظيف والترقية

المادّة 8 : يوظف ويرقى الموظفون الذين يحكمهم هذا القانون الأساسي الخاص حسب الشروط والنسب المنصوص عليها في هذا المرسوم.

يمكن تعديل النسب المطبقة على أنماط الترقية المنصوص عليها في المواد 26 و35 و44 والمذكورة أدناه، بناء على اقتراح من السلطة التي لها صلاحية التعيين، بعد أخذ رأي اللجنة الإدارية المتساوية الأعضاء المختصة، بمقرر من السلطة المكلفة بالوظيفة العمومية.

الفرع الثاني

التربص والترسيم والترقية في الدرجة

المادّة 9 : تطبيقا لأحكام المادتين 83 و84 من الأمر رقم 06 – 03 المؤرخ في 19 جمادى الثانية عام 1427 الموافق 15 يوليو سنة 2006 والمذكور أعلاه، يعين المترشحون الذين يوظفون في الأسلاك والرتب التي يحكمها هذا القانون الأساسي الخاص بصفة متربصين بقرار أو مقرر، حسب الحالة، من السلطة المخولة صلاحية التعيين. ويلزمون باستكمال تربص تجريبي مدته سنة واحدة.

المادّة 10 : على إثر فترة التربص، يرسم المتربصون أو يخضعون لتمديد التربص مرة واحدة للمدة نفسها أو يسرحون دون إشعار مسبق أو تعويض.

المادّة 11 : تحدد وتائر الترقية في الدرجة المطبقة على الموظفين الذين ينتمون للأسلاك التابعة للممارسين الطبيين العامين في الصحة العمومية حسب المدد الثلاث (3) المنصوص عليها في المادة 11 من المرسوم الرئاسي رقم 07 – 304 المؤرخ في 17 رمضان عام 1428 الموافق 29 سبتمبر سنة 2007 والمذكور أعلاه.

الفصل الرابع

الوضعيات القانونية الأساسية

المادّة 12 : تطبيقا لأحكام المادة 127 من الأمر رقم 06 – 03 المؤرخ في 19 جمادى الثانية عام 1427 الموافق 15 يوليو سنة 2006 والمذكور أعلاه، تحدد النسب القصوى للموظفين الخاضعين لهذا القانون الأساسي الخاص الذين من شأنهم أن يوضعوا، بناء على طلبهم، في إحدى الوضعيات القانونية الأساسية المحددة أدناه، بالنسبة إلى كل سلك وكل مؤسسة، كما يأتي :

– الانتداب: 10 %،

– الإحالة على الاستيداع : 10 %،

– خارج الإطار: 5 %.

الفصل الخامس

التكوين

المادّة 13 : يتعين على الهيئة المستخدمة أن :

– تضمن التكوين وتحسين المستوى وتجديد المعلومات لفائدة الممارسين الطبيين العامين في الصحة العمومية بهدف تحسين دائم لمؤهلاتهم وترقيتهم،

– تضمن تحيين المعارف بهدف تحصيل مهارات جديدة مرتبطة باحتياجات قطاع الصحة وكذا متطلبات الطب العصري.

المادّة 14 : يتعين على الموظفين المشاركة في مختلف دورات التكوين التي تنظمها المؤسسات التي ينتمون إليها.

الفصل السادس

التقييم

المادّة 15 : علاوة على المعايير المنصوص عليها في المادة 99 من الأمر رقم 06 – 03 المؤرخ في 19 جمادى الثانية عام 1427 الموافق 15 يوليو سنة 2006 والمذكور أعلاه، يقيّم الممارسون الطبيون العامون في الصحة العمومية حسب النتائج المرتبطة بما يأتي :

– تحقيق الأهداف،

– روح المبادرة،

– أعمال الأبحاث والمنشورات والمداخلات ذات الطابع العلمي،

– الملف الإداري في جانبه التأديبي.

الفصل السابع

الأحكام العامة للإدماج

المادّة 16 : يدمج الممارسون الطبيون العامون في الصحة العمومية الخاضعون للمرسوم التنفيذي رقم 91 – 106 المؤرخ في 12 شوال عام 1411 الموافق 27 أبريل سنة 1991 والمذكور أعلاه، ويرسمون ويعاد تصنيفهم عند بداية سريان مفعول هذا المرسوم في الأسلاك والرتب المطابقة، المنصوص عليها في هذا القانون الأساسي الخاص.

المادّة 17 : يرتب الموظفون المذكورون في المادة 16 أعلاه، في الدرجة المطابقة للدرجة التي يحوزونها في رتبهم الأصلية. ويؤخذ باقي الأقدمية المكتسب في الرتبة الأصلية في الحسبان عند الترقية في الدرجة في رتبة الاستقبال.

المادّة 18 : يدمج المتربصون الذين عينوا قبل تاريخ نشر هذا المرسوم في الجريدة الرسمية، بصفة متربصين ويرسمون بعد استكمال الفترة التجريبية المنصوص عليها في المرسوم التنفيذي رقم 91 –106 المؤرخ في 12 شوال عام 1411 الموافق 27 أبريل سنة 1991 والمذكور أعلاه.

المادّة 19 : يجمع، انتقاليا ولمدة خمس (5) سنوات ابتداء من تاريخ سريان هذا المرسوم، بين الرتبة الأصلية ورتبة الإدماج في تقدير الأقدمية المطلوبة للترقية في رتبة ما أو التعيين في منصب عال، بالنسبة للموظفين الذين أدمجوا في رتب غير تلك المطابقة للرتب التي سبق إحداثها بموجب المرسوم التنفيذي رقم 91 – 106 المؤرخ في 12 شوال عام 1411 الموافق 27 أبريل سنة 1991 والمذكور أعلاه.

الباب الثاني

مدونة الأسلاك

المادّة 20 : ينظم الممارسون الطبيون العامون في الصحة العمومية في ثلاثة (3) أسلاك وهي :

– سلك الأطباء العامين في الصحة العمومية،

– سلك الصيادلة العامين في الصحة العمومية،

– سلك جراحي الأسنان العامين في الصحة العمومية.

الفصل الأول

الأحكام المطبقة على سلك الأطباء العامين في الصحة العمومية

المادّة 21 : يضم سلك الأطباء العامين في الصحة العمومية ثلاث (3) رتب وهي :

– رتبة طبيب عام في الصحة العمومية،

– رتبة طبيب عام رئيسي في الصحة العمومية،

– رتبة طبيب عام رئيس في الصحة العمومية.

الفرع الأول

تحديد المهام

المادّة 22 : يقوم الأطباء العامون في الصحة العمومية بضمان، لا سيما المهام الآتية :

– التشخيص والعلاج،

– حماية الأمومة والطفولة،

– الحماية الصحية في الوسطين المدرسي والجامعي،

– الحماية الصحية في الوسطين العمالي والمؤسسات العقابية،

– المراقبة الطبية عند الحدود،

– الوقاية العامة وعلم الأوبئة،

– التربية الصحية،

– إعادة التأهيل وإعادة التربية،

– الاستكشاف الوظيفي والتحاليل البيولوجية.

ويساهمون في تكوين مستخدمي الصحة.

المادّة 23 : زيادة على المهام المسندة للأطباء العامين في الصحة العمومية، يكلف الأطباء العامون الرئيسيون في الصحة العمومية بما يأتي :

– ضمان تطوير البرامج الوطنية للصحة العمومية،

– المساهمة في إعداد مشاريع المصلحة والمؤسسة،

– ضمان الخبرة الطبية.

المادّة 24 : زيادة على المهام المسندة للأطباء العامين الرئيسيين في الصحة العمومية، يكلف الأطباء العامون الرؤساء في الصحة العمومية بما يأتي :

– متابعة وتقييم تنفيذ البرامج الوطنية للصحة العمومية،

– المساهمة في تصور وتنمية النشاطات الصحية.

الفرع الثاني
شروط التوظيف والترقية

المادّة 25 : يوظف الأطباء العامون في الصحة العمومية، عن طريق المسابقة على أساس الشهادة في حدود المناصب المطلوب شغلها، من بين المترشحين الحائزين شهادة دكتور في الطب أو شهادة معترفا بمعادلتها.

المادّة 26 : يرقى بصفة طبيب عام رئيسي في الصحة العمومية :

1 – على أساس الشهادة، الأطباء العامون في الصحة العمومية، الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة والحائزين شهادة الدراسات المتخصصة في العلوم الطبية.

تحدد معايير انتقاء المترشحين للالتحاق بالتكوين للحصول على شهادة الدراسات المتخصصة في العلوم الطبية بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية.

2 – عن طريق المسابقة على أساس الاختبارات، في حدود 60 % من المناصب المطلوب شغلها، الأطباء العامون في الصحة العمومية الذين يثبتون سبع (7) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة.

تحدد طبيعة الاختبارات وكذا كيفيات تنظيم وإجراء المسابقة المذكورة في الحالة 2 أعلاه، بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية.

المادّة 27 : يرقى بصفة طبيب عام رئيس في الصحة العمومية، عن طريق المسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، الأطباء العامون الرئيسيون في الصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة.

تحدد طبيعة الاختبارات وكذا كيفيات تنظيم وإجراء المسابقة المذكورة أعلاه، بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية.

الفرع الثالث
أحكام انتقالية للإدماج

المادّة 28 : يدمج في رتبة طبيب عام في الصحة العمومية، الأطباء العامون في الصحة العمومية المرسمون والمتربصون.

المادّة 29 : من أجل التأسيس الأولي للرتبة، يدمج في رتبة طبيب عام رئيسي في الصحة العمومية :

– الأطباء العامون في الصحة العمومية، الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة والحائزين شهادة الدراسات المتخصصة في العلوم الطبية،

– الأطباء العامون في الصحة العمومية، الذين يثبتون عشر (10) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة.

الفصل الثاني
الأحكام المطبقة على سلك الصيادلة العامين في الصحة العمومية

المادّة 30 : يضم سلك الصيادلة العامين في الصحة العمومية ثلاث (3) رتب وهي :

– رتبة صيدلي عام في الصحة العمومية،

– رتبة صيدلي عام رئيسي في الصحة العمومية،

– رتبة صيدلي عام رئيس في الصحة العمومية.

الفرع الأول
تحديد المهام

المادّة 31 : يقوم الصيادلة العامون في الصحة العمومية بضمان المهام الآتية :

– الأبحاث والتحليلات البيولوجية،

– التحضيرات الصيدلانية،

– تسيير المواد الصيدلانية وتوزيعها،

– التربية الصحية.

ويساهمون في تكوين مستخدمي الصحة.

المادّة 32 : زيادة على المهام المسندة إلى الصيادلة العامين في الصحة العمومية، يقوم الصيادلة العامون الرئيسيون في الصحة العمومية بضمان الخبرات البيولوجية، والتسممية والدوائية.

المادّة 33 : زيادة على المهام المسندة إلى الصيادلة العامين الرئيسيين في الصحة العمومية، يقوم الصيادلة العامون الرؤساء في الصحة العمومية بضمان ما يأتي :

– تأطير البرامج الوطنية للصحة المتعلقة بمجال تخصصهم،

– إعداد وتقييم خطط العمل السنوية لأنظمة اليقظة بخصوص الأدوية والعتاد الطبي والمواد الكاشفة والدم، وكذا ترقية الدراسات فيما يخص اقتصاد الأدوية وضمان النوعية.

الفـــرع الثانـي
شروط التوظيف والترقيـة

المادّة 34 : يوظف الصيادلة العامون في الصحة العمومية، عن طريق المسابقة على أساس الشهادة، في حدود المناصب المطلوب شغلها، من بين المترشحين الحائزين شهادة صيدلي أو شهادة معترفا بمعادلتها.

المادّة 35 : يرقى بصفة صيدلي عام رئيسي في الصحة العمومية :

1 – على أساس الشهادة، الصيادلة العامون في الصحة العمومية، الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة والحائزين شهادة الدراسات المتخصصة في العلوم الطبية.

تحدد معايير انتقاء المترشحين للالتحاق بالتكوين للحصول على شهادة الدراسات المتخصصة في العلوم الطبية بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية .

2 – عن طريق المسابقة على أساس الاختبارات، في حدود 60 % من المناصب المطلوب شغلها، الصيادلة العامون في الصحة العمومية الذين يثبتون سبع (7) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة.

تحدد طبيعة الاختبارات وكذا كيفيات تنظيم وإجراء المسابقة المذكورة في الحالة 2 أعلاه، بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية.

المادّة 36 : يرقى بصفة صيدلي عام رئيس في الصحة العمومية، عن طريق المسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، الصيادلة العامون الرئيسيون في الصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة.

تحدد طبيعة الاختبارات وكذا كيفيات تنظيم وإجراء المسابقة المذكورة أعلاه، بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية.

الفـــرع الثالـث
أحكـام انتقاليـة للإدماج

المادّة 37 : يدمج في رتبة صيدلي عام في الصحة العمومية، الصيادلة العامون في الصحة العمومية المرسمون والمتربصون.

المادّة 38 : من أجل التأسيس الأولي للرتبة، يدمج في رتبة صيدلي عام رئيسي في الصحة العمومية :

– الصيادلة العامون في الصحة العمومية، الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة والحائزين شهادة الدراسات المتخصصة في العلوم الطبية،

– الصيادلة العامون في الصحة العمومية، الذين يثبتون عشر (10) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة.

الفصل الثالث
الأحكام المطبقة على سلك جراحي الأسنان العامين في الصحة العمومية

المادّة 39 : يضم سلك جراحي الأسنان العامين في الصحة العمومية ثلاث (3) رتب وهي :

– رتبة جراح أسنان عام في الصحة العمومية،

– رتبة جراح أسنان عام رئيسي في الصحة العمومية،

– رتبة جراح أسنان عام رئيس في الصحة العمومية.

الفـــرع الأول
تحديـد المهـــام

المادّة 40 : يقوم جراحو الأسنان العامون في الصحة العمومية بضمان المهام الآتية :

– التشخيص والعلاج،

– الوقاية،

– الرمامة،

– التربية الصحية للفم والأسنان.

ويساهمون في تكوين مستخدمي الصحة.

المادّة 41 : زيادة على المهام المسندة إلى جراحي الأسنان العامين في الصحة العمومية، يقوم جراحو الأسنان العامون الرئيسيون في الصحة العمومية بضمان ما يأتي :

– تطوير البرامج الوطنية لجراحة الأسنان،

– الخبرات المتعلقة بالفم والأسنان.

المادّة 42 : زيادة على المهام المسندة إلى جراحي الأسنان العامين الرئيسيين في الصحة العمومية، يقوم جراحو الأسنان العامون الرؤساء في الصحة العمومية بما يأتي :

– متابعة وتقييم تنفيذ البرامج الوطنية للصحة المتعلقة بالفم والأسنان،

– المساهمة في تصور وتطوير الأعمال الصحية في مجال تخصصهم،

– المساهمة في إعداد مشاريع المصلحة والمؤسسة.

الفرع الثاني
شروط التوظيف والترقية

المادّة 43 : يوظف جراحو الأسنان العامون في الصحة العمومية، عن طريق المسابقة على أساس الشهادة، في حدود المناصب المطلوب شغلها، من بين المترشحين الحائزين شهادة جراح أسنان أو شهادة معترفا بمعادلتها.

المادّة 44 : يرقى بصفة جراح أسنان عام رئيسي في الصحة العمومية :

1 – على أساس الشهادة، جراحو الأسنان العامون في الصحة العمومية، الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة والحائزين شهادة الدراسات المتخصصة في العلوم الطبية.

تحدد معايير انتقاء المترشحين للالتحاق بالتكوين للحصول على شهادة الدراسات المتخصصة في العلوم الطبية بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية .

2 – عن طريق المسابقة على أساس الاختبارات، في حدود 60 % من المناصب المطلوب شغلها، جراحو الأسنان العامون في الصحة العمومية الذين يثبتون سبع (7) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة.

تحدد طبيعة الاختبارات وكذا كيفيات تنظيم وإجراء المسابقة المذكورة في الحالة 2 أعلاه، بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية.

المادّة 45 : يرقى بصفة جراح أسنان عام رئيس في الصحة العمومية، عن طريق المسابقة على أساس الاختبارات، في حدود المناصب المطلوب شغلها، جراحو الأسنان العامون الرئيسيون في الصحة العمومية الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة.

تحدد طبيعة الاختبارات وكذا كيفيات تنظيم وإجراء المسابقة المذكورة أعلاه، بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية.

الفرع الثالث
أحكام انتقالية للإدماج

المادّة 46 : يدمج في رتبة جراح أسنان عام في الصحة العمومية، جراحو الأسنان العامون في الصحة العمومية المرسمون والمتربصون.

المادّة 47 : من أجل التأسيس الأولي للرتبة، يدمج في رتبة جراح أسنان عام رئيسي في الصحة العمومية :

– جراحو الأسنان العامون في الصحة العمومية، الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة والحائزين شهادة الدراسات المتخصصة في العلوم الطبية،

– جراحو الأسنان العامون في الصحة العمومية، الذين يثبتون عشر (10) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة.

الباب الثالث
الأحكام المطبقة على المناصب العليا

المادّة 48 : تطبيقا لأحكام المادة 11 من الأمر رقم 06 – 03 المؤرخ في 19 جمادى الثانية عام 1427 الموافق 15 يوليو سنة 2006 والمذكور أعلاه، تحدد قائمة المناصب العليا، بعنوان الممارسين الطبيين العامين في الصحة العمومية، كما يأتي :

– طبيب رئيس وحدة،

– طبيب منسق،

– صيدلي منسق،

– جراح أسنان رئيس وحدة،

– جراح أسنان منسق.

المادّة 49 : يحدد عدد المناصب العليا المنصوص عليها في المادة 48 أعلاه، بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالمالية والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية.

المادّة 50 : يكون شاغلو المناصب العليا المذكورة أعلاه، في حالة نشاط على مستوى المؤسسات العمومية للصحة باستثناء المؤسسات الاستشفائية الجامعية.

الفصل الأول
تحديد المهام

المادّة 51 : زيادة على المهام المنصوص عليها في المواد 22 و 23 و24 من هذا القانون الأساسي الخاص، يكلف الطبيب رئيس وحدة بضمان المسؤولية التقنية والإدارية لسير الوحدة في إطار مجال اختصاصه.

المادّة 52 : زيادة على المهام المنصوص عليها في المواد 22 و 23 و24 من هذا القانون الأساسي الخاص، يكلف الطبيب المنسق بما يأتي :

– تنسيق وتنشيط ومراقبة النشاطات الممارسة داخل هياكل الصحة الموضوعة تحت مسؤوليته،

– تنسيق وتقييم نشاطات الكشف والعلاج والتربية الصحية في الوسطين المدرسي والجامعي.

المادّة 53 : زيادة على المهام المنصوص عليها في المواد 31 و32 و33 من هذا القانون الأساسي الخاص، يكلف الصيدلي المنسق بضمان المسؤولية التقنية للهياكل التابعة لمجال اختصاصه.

المادّة 54 : زيادة على المهام المنصوص عليها في المواد 40 و41 و42 من هذا القانون الأساسي الخاص، يكلف جراح الأسنان رئيس وحدة بضمان تنسيق نشاطات جراحي الأسنان الموضوعين تحت مسؤوليته.

المادّة 55 : زيادة على المهام المنصوص عليها في المواد 40 و41 و42 من هذا القانون الأساسي الخاص، يقوم جراح الأسنان المنسق بتنشيط وتنسيق نشاطات جراحة الأسنان لدى جميع الهياكل التابعة للمؤسسة العمومية للصحة.

ويكلف جراح الأسنان المنسق في طب الفم والأسنان بتنسيق وتقييم نشاطات الكشف والعلاج والتربية الصحية في الوسطين المدرسي والجامعي.

الفصل الثاني
شروط التعيين

المادّة 56 : يعين الأطباء رؤساء الوحدات من بين الأطباء العامين على الأقل، الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة.

المادّة 57 : يعين الأطباء المنسقون من بين :

1 – الأطباء العامين الرئيسيين على الأقل، الذين يثبتون ثلاث (3) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة،

2 – الأطباء العامين الذين يثبتون عشر (10) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة.

المادّة 58 : يعين الصيادلة المنسقون من بين :

1 – الصيادلة العامين الرئيسيين على الأقل، الذين يثبتون ثلاث (3) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة،

2 – الصيادلة العامين الذين يثبتون عشر (10) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة.

المادّة 59 : يعين جراحو الأسنان رؤساء الوحدات من بين جراحي الأسنان العامين على الأقل، الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة.

المادّة 60 : يعين جراحو الأسنان المنسقون من بين :

1 – جراحي الأسنان العامين الرئيسيين على الأقل، الذين يثبتون ثلاث (3) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة،

2 – جراحي الأسنان العامين، الذين يثبتون عشر (10) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة.

الباب الرابع
تصنيف الرتب والزيادة الاستدلالية للمناصب العليا

الفصل الأول
تصنيف الرتب

المادّة 61 : تطبيقا لأحكام المادة 118 من الأمر رقم 06 – 03 المؤرخ في19 جمادى الثانية عام 1427 الموافق 15 يوليو سنة 2006 والمذكور أعلاه، يحدد تصنيف الرتب التابعة لأسلاك الممارسين الطبيين العامين في الصحة العمومية، طبقا للجدول الآتي :

الأسلاك	الرتب	التصنيف	
		الصنف	الرقم الاستدلالي الأدنى
الأطباء العامون في الصحة العمومية	طبيب عام	16	713
	طبيب عام رئيسي	قسم فرعي 1	930
	طبيب عام رئيس	قسم فرعي 2	990
الصيادلة العامون في الصحة العمومية	صيدلي عام	13	578
	صيدلي عام رئيسي	15	666
	صيدلي عام رئيس	17	762
جراحو الأسنان العامون في الصحة العمومية	جراح أسنان عام	13	578
	جراح أسنان عام رئيسي	15	666
	جراح أسنان عام رئيس	17	762

الفصل الثاني
الزيادة الاستدلالية للمناصب العليا

المادّة 62 : تطبيقا لأحكام المادة 3 من المرسوم الرئاسي رقم 07 – 307 المؤرّخ في 17 رمضان عام 1428 الموافق 29 سبتمبر سنة 2007 والمذكور أعلاه، تحدد الزيادة الاستدلالية للمناصب العليا التابعة لأسلاك الممارسين الطبيين العامين في الصحة العمومية، طبقا للجدول الآتي :

المناصب العليا	الزيادة الاستدلالية	
	المستوى	الرقم الاستدلالي
طبيب رئيس وحدة	9	255
طبيب منسق	10	325
صيدلي منسق	8	195
جراح أسنان رئيس وحدة	8	195
جراح أسنان منسق	9	255

الباب الخامس
أحكام ختامية

المادّة 63 : تلغى جميع الأحكام المخالفة لهذا المرسوم، لا سيما أحكام المرسوم التنفيذي رقم 91 – 106 المؤرّخ في 12 شوّال عام 1411 الموافق 27 أبريل سنة 1991 والمذكور أعلاه.

المادّة 64 : يسري مفعول هذا المرسوم ابتداء من أول يناير سنة 2008.

المادّة 65 : ينشر هذا المرسوم في الجريدة الرّسميّة للجمهوريّة الجزائريّة الدّيمقراطيّة الشّعبيّة.

حرّر بالجزائر في 7 ذي الحجّة عام 1430 الموافق 24 نوفمبر سنة 2009.

أحمد أويحيى

مرسوم تنفيذيّ رقم 09 – 394 مؤرّخ في 7 ذي الحجّة عام 1430 الموافق 24 نوفمبر سنة 2009، يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لسلك الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية.

إن الوزير الأوّل،

– بناء على تقرير وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات،

– وبناء على الدستور، لا سيما المادتان 85 – 3 و 125 (الفقرة 2) منه،

– وبمقتضى القانون رقم 84 – 10 المؤرخ في 9 جمادى الأولى عام 1404 الموافق 11 فبراير سنة 1984 والمتعلق بالخدمة المدنية، المعدل والمتمم،

– وبمقتضى القانون رقم 85 – 05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق 16 فبراير سنة 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها، المعدل والمتمم،

– وبمقتضى الأمر رقم 06 – 03 المؤرخ في 19 جمادى الثانية عام 1427 الموافق 15 يوليو سنة 2006 والمتضمن القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية، لا سيّما المادتان 3 و11 منه ،

– وبمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 07 – 304 المؤرخ في 17 رمضان عام 1428 الموافق 29 سبتمبر سنة 2007 الذي يحدد الشبكة الاستدلالية لمرتبات الموظفين ونظام دفع رواتبهم،

– وبمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 07 – 307 المؤرخ في 17 رمضان عام 1428 الموافق 29 سبتمبر سنة 2007 الذي يحدد كيفيات منح الزيادة الاستدلالية لشاغلي المناصب العليا في المؤسسات والإدارات العمومية،

– وبمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 09 – 128 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1430 الموافق 27 أبريل سنة 2009 والمتضمن تجديد مهام الوزير الأول،

– وبمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 09 – 129 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1430 الموافق 27 أبريل سنة 2009 والمتضمن تجديد مهام أعضاء الحكومة،

– وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 91 – 106 المؤرخ في 12 شوال عام 1411 الموافق 27 أبريل سنة 1991 والمتضمن القانون الأساسي الخاص بالممارسين الطبيين والمتخصصين في الصحة العمومية، المعدل والمتمم،

– وبعد موافقة رئيس الجمهورية،

يرسم ما يأتي :

الباب الأول
أحكام عامة

الفصل الأول
مجال التطبيق

المادّة الأولى : تطبيقا لأحكام المادتين 3 و 11 من الأمر رقم 06 – 03 المؤرخ في 19 جمادى الثانية عام 1427 الموافق 15يوليو سنة 2006 والمذكور أعلاه، يهدف هذا المرسوم إلى توضيح الأحكام الخاصة المطبقة على الموظفين الذين ينتمون لسلك الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية وتحديد شروط الالتحاق بمختلف الرتب ومناصب الشغل المطابقة.

المادّة 2 : يكون الموظفون الخاضعون لهذا القانون الأساسي الخاص في الخدمة لدى المؤسسات العمومية للصّحة التابعة للوزارة المكلفة بالصحة.

ويمكن أن يكونوا، بصفة استثنائية، في الخدمة لدى الإدارة المركزية.

كما يمكن أن يكونوا في وضعية الخدمة لدى المؤسسات ذات الأنشطة المماثلة للمؤسسات المذكورة في الفقرة الأولى أعلاه والتابعة لوزارات أخرى.

يحدد قرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المعني والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية قائمة الرتب المعنية وكذا التعداد الخاص بكل مؤسسة.

الفصل الثاني
الحقوق والواجبات

المادّة 3 : يخضع الموظفون الذين يحكمهم هذا القانون الأساسي الخاص للحقوق والواجبات المنصوص عليها في الأمر رقم 06 – 03 المؤرخ في 19 جمادى الثانية عام 1427 الموافق 15 يوليو سنة 2006 والمذكور أعلاه.

كما يخضعون للنظام الداخلي الخاص بالمؤسسة التي يعملون فيها.

المادّة 4 : يستفيد الممارسون الطبيون المتخصصون في الصحة العمومية طبقا للتشريع والتنظيم المعمول بهما، مما يأتي :

أ – النقل عندما يكونون ملزمين بعمل ليلي أو مداومة،

ب – خدمات في مجال الإطعام في هياكل الصحة ويكون الإطعام مجانا لمستخدمي المداومة،

ج – اللباس : يلزم الممارسون الطبيون المتخصصون في الصحة العمومية بارتداء البذلة الطبية أثناء ممارسة مهامهم،

د – التغطية الطبية الوقائية في إطار طب العمل.

تحدد شروط ضمان النقل والإطعام واللباس بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالمالية.

المادّة 5 : يستفيد الممارسون الطبيون المتخصصون في الصحة العمومية من كل الظروف الضرورية لتأدية مهامهم وكذا شروط النظافة والأمن المرتبطة بطبيعة نشاطهم.

المادّة 6 : يستفيد الممارسون الطبيون المتخصصون في الصحة العمومية من حماية خاصة بمناسبة وأثناء القيام بمهامهم.

ولهذا الغرض، فإنهم يستفيدون من مساعدة السلطات المعنية، خاصة عندما يقومون بالخبرة الطبية والمعاينة الطبية الشرعية.

المادّة 7 : يستفيد الممارسون الطبيون المتخصصون في الصحة العمومية من رخص الغياب دون فقدان الراتب للمشاركة في المؤتمرات والملتقيات ذات الطابع الوطني أو الدولي التي تتصل بنشاطاتهم المهنية حسب الكيفيات والشروط المنصوص عليها في التنظيم المعمول به.

المادّة 8 : تنشأ لجنة وطنية استشارية مكلفة بإبداء الرأي حول المسائل المرتبطة بالممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية.

تحدد صلاحيات هذه اللجنة وسيرها وتشكيلتها بموجب قرار من الوزير المكلف بالصحة.

المادّة 9 : يقوم الممارسون الطبيون المتخصصون في الصحة العمومية بمهمة الخدمة العمومية في الصحة.

وبهذه الصفة، يتعين عليهم ما يأتي :

– تقديم علاج متخصص ذي نوعية،

– مواكبة التطور الطبي من أجل تكفل أحسن بالمرضى،

– المساهمة في تكوين وتأطير مستخدمي الصحة،

– المساهمة في تصور البرامج الوطنية للصحة والسهر على تطبيقها،

– إعداد الحصيلة السنوية للنشاطات.

الفصل الثالث

التوظيف والترسيم والترقية والترقية في الدرجة

المادّة 10 : يوظف ويرقى الموظفون الذين يحكمهم هذا القانون الأساسي الخاص حسب الشروط المنصوص عليها في هذا المرسوم.

المادّة 11 : يعين ويرسم الممارسون الطبيون المتخصصون في الصحة العمومية والذين تم توظيفهم طبقا لأحكام هذا القانون الأساسي الخاص، مباشرة بعد تنصيبهم من قبل السلطة التي لها صلاحية التعيين.

المادّة 12 : تحدد وتائر الترقية في الدرجة المطبقة على الموظفين الذين ينتمون إلى سلك الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية حسب المدد الثلاث (3) المنصوص عليها في المادة 11 من المرسوم الرئاسي رقم 07 – 304 المؤرخ في 17 رمضان عام 1428 الموافق 29 سبتمبر سنة 2007 والمذكور أعلاه.

الفصل الرابع

الوضعيات القانونية الأساسية

المادّة 13 : تطبيقا لأحكام المادة 127 من الأمر رقم 06 – 03 المؤرخ في 19 جمادى الثانية عام 1427 الموافق 15 يوليو سنة 2006 والمذكور أعلاه، تحدد النسب القصوى للموظفين الخاضعين لهذا القانون الأساسي الخاص الذين من شأنهم أن يوضعوا، بناء على طلبهم، في إحدى الوضعيات القانونية الأساسية المحددة أدناه، بالنسبة إلى كل مؤسسة، كما يأتي :

– الانتداب: 10 %،

– الإحالة على الاستيداع : 10 % ،

– خارج الإطار: 5 %.

الفصل الخامس

التكوين

المادّة 14 : التكوين الطبي المتواصل للممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية حق وواجب.

المادّة 15 : يتعين على الهيئة المستخدمة مايأتي :

– ضمان التكوين وتحسين المستوى وتجديد المعلومات لفائدة الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية بهدف تحسين دائم لمؤهلاتهم وترقيتهم،

– ضمان تحيين المعارف بهدف اقتناء مهارات جديدة مرتبطة باحتياجات قطاع الصحة وكذا متطلبات الطب العصري.

الفصل السادس
الأحكام العامة للإدماج

المادّة 16 : يدمج الممارسون الطبيون المتخصصون في الصحة العمومية، الذين ينتمون إلى السلك والرتب المنصوص عليها في المرسوم التنفيذي رقم 91 – 106 المؤرخ في 12 شوال عام 1411 الموافق 27 أبريل سنة 1991 والمذكور أعلاه، ويعاد تصنيفهم عند بداية سريان مفعول هذا المرسوم في السلك والرتب المطابقة، المنصوص عليها في هذا القانون الأساسي الخاص.

المادّة 17 : يرتب الممارسون الطبيون المتخصصون في الصحة العمومية والمذكورون في المادة 16 أعلاه، في الدرجة المطابقة للدرجة التي يحوزونها في رتبهم الأصلية. ويؤخذ باقي الأقدمية المكتسبة في الرتبة الأصلية في الحسبان عند الترقية في الدرجة في رتبة الاستقبال.

الباب الثاني
الأحكام الخاصة المطبقة على سلك الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية

الفصل الأول

المادّة 18 : يضم سلك الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية ثلاث (3) رتب وهي :

– رتبة ممارس أخصائي مساعد،

– رتبة ممارس أخصائي رئيسي،

– رتبة ممارس أخصائي رئيس.

الفرع الأول
تحديد المهام

المادّة 19 : يقوم الممارسون المتخصصون المساعدون والممارسون المتخصصون الرئيسيون والممارسون المتخصصون الرؤساء في هياكل الصحة حسب تخصصهم ومجالات اختصاصهم بالمهام الآتية :

– التشخيص والعلاج والمراقبة والبحث في مجال العلاج والوقاية وإعادة التأهيل والكشف الوظيفي والبحث المخبري والخبرات الطبية والدوائية وتلك المتعلقة بالفم والأسنان.

– المساهمة في تكوين مستخدمي الصحة.

ويمكن، زيادة على ذلك، استدعاؤهم للقيام بمهام تسيير مشاريع المصلحة ومشاريع المؤسسة وبرامج الصحة وتقييمها وتأطيرها.

الفرع الثاني
شروط التوظيف والترقية

المادّة 20 : زيادة على شروط الممارسة المنصوص عليها في المادتين 197 و198 من القانون رقم 85 – 05 المؤرّخ في 16 فبراير سنة 1985 والمذكور أعلاه، يوظف الممارسون المتخصصون المساعدون، على أساس الشهادة من بين :

– المترشحين الحائزين شهادة الدراسات الطبية المتخصصة أو شهادة معترفا بمعادلتها،

– الأساتذة المساعدين الاستشفائيين الجامعيين.

المادّة 21 : يرقى بصفة ممارس متخصص رئيسي، عن طريق المسابقة على أساس الاختبارات، من بين الممارسين المتخصصين المساعدين الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة.

تحدد طبيعة الاختبارات وكذا كيفيات تنظيم وإجراء المسابقة بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية.

المادّة 22 : يرقى بصفة ممارس متخصص رئيس، على أساس التسجيل في قائمة التأهيل، الممارسون المتخصصون الرئيسيون الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة.

تحدد شبكة التقييم بموجب قرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية.

الفرع الثالث
الممارس المتخصص الرئيس المميز

المادّة 23 : تؤسس درجة ممارس متخصص رئيس مميز.

المادّة 24 : يمكن أن يرقى بصفة ممارس متخصص رئيس مميز، الممارسون المتخصصون الرؤساء الذين يثبتون عشر (10) سنوات على الأقل بهذه الصفة والذين قاموا بتأليف منشورات ذات طابع علمي وبيداغوجي وأعمال البحث بعد أخذ رأي اللجنة الاستشارية الوطنية.

الفرع الرابع
أحكام انتقالية للإدماج

المادّة 25 : يدمج في رتبة ممارس متخصص مساعد، الممارسون المتخصصون المساعدون.

المادّة 26 : يدمج في رتبة ممارس متخصص رئيسي :

– الممارسون المتخصصون الرئيسيون،

– الممارسون المتخصصون المساعدون الذين يثبتون عشر (10) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة عند تاريخ بداية سريان مفعول هذا المرسوم والذين :

* إما شغلوا بصفة قانونية المنصب العالي لرئيس مصلحة أو رئيس وحدة لمدة سنتين (2)،

* إما سيروا باستمرار برنامجا وطنيا للصحة لمدة سنة (1) واحدة،

* إما تابعوا باستمرار تكوينا تكميليا لمدة مجمعة تساوي أو تفوق السنة (1)،

* إما قدموا باستمرار تعليما عاليا في العلوم الطبية لمدة سنة (1) على الأقل.

المادّة 27 : يدمج في رتبة ممارس متخصص رئيس :

– الممارسون المتخصصون الرؤساء،

– الممارسون المتخصصون الرئيسيون، الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة عند تاريخ بداية سريان مفعول هذا المرسوم والذين :

* إما شغلوا بصفة قانونية المنصب العالي لرئيس مصلحة لمدة ثلاث (3) سنوات،

* إما شغلوا بصفة قانونية المنصب العالي لرئيس وحدة لمدة خمس (5) سنوات على الأقل،

* إما سيروا باستمرار برنامجا وطنيا للصحة لمدة سنة (1) واحدة،

* إما تابعوا باستمرار تكوينا تكميليا لمدة مجمعة تساوي أو تفوق السنة (1)،

* إما قدموا باستمرار تعليما عاليا في العلوم الطبية لمدة سنتين (2) على الأقل.

الباب الثالث

الأحكام المطبقة على المناصب العليا

المادّة 28 : تطبيقا لأحكام المادة 11 من الأمر رقم 06 – 03 المؤرخ في 19 جمادى الثانية عام 1427 الموافق 15 يوليو سنة 2006 والمذكور أعلاه، تحدد قائمة المناصب العليا، بعنوان سلك الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية، كما يأتي :

– رئيس وحدة،

– رئيس مصلحة،

– طبيب عمل مفتش.

المادّة 29 : يحدد عدد المناصب العليا المنصوص عليها في المادة 28 أعلاه، بموجب قرار مشترك بين وزير الصحة والوزير المكلف بالمالية والسلطة المكلفة بالوظيفة العمومية.

المادّة 30 : يكون شاغلو المناصب العليا المذكورة أعلاه في الخدمة على مستوى المؤسسات العمومية للصحة باستثناء المؤسسات الاستشفائية الجامعية.

الفصل الأول

تحديد المهام

المادّة 31 : زيادة على المهام المنصوص عليها في المادة 19 من هذا القانون الأساسي الخاص، يكلف رئيس وحدة بما يأتي :

– السهر على حسن سير الوحدة المكلف بها،

– اقتراح إلى رئيس المصلحة كل المناهج التي من شأنها تحسين نشاطات العلاج والبحث والتأطير على مستوى الوحدة،

– المساهمة في تقييم مستخدمي الوحدة،

– إعداد وإرسال لرئيس المصلحة تقارير نشاطات الوحدة،

– السهر على الانضباط داخل الوحدة.

المادّة 32 : زيادة على المهام المنصوص عليها في المادة 19 من هذا القانون الأساسي الخاص، يكلف رئيس المصلحة بما يأتي :

– السهر على حسن سير المصلحة المكلف بها،

– اقتراح في كل بداية سنة للمجلس الطبي للمؤسسة برنامج نشاطات المصلحة بغرض تحسين نشاطات العلاج والبحث والتأطير على مستوى المصلحة،

– اقتراح كافة المناهج التي من شأنها تحسين سير المصلحة،

– تقييم المستخدمين التابعين له،

– إعداد وإرسال تقرير سداسي حول تنفيذ برنامج النشاطات إلى السلطة السلمية،

– السهر على الانضباط داخل المصلحة.

المادّة 33 : يكلف طبيب العمل المفتش بما يأتي :

– القيام بالتزاماته في مجال المراقبة الطبية وظروف العمل والتنظيم والتكوين والاستشارة طبقا للتنظيم المعمول به،

– وصف تنظيم المؤسسة وكذا علاقاتها بالمصالح الخارجية المكلفة بالوقاية والمراقبة،

– توجيه وتنسيق وتقييم عمل أطباء العمل وهذا طبقا للتشريع والتنظيم المعمول بهما،

– مراقبة وضمان التفتيش المتضمن تنظيم هياكل طب العمل وسيرها.

الفصل الثاني

شروط التعيين

المادّة 34 : يعين رؤساء الوحدات من بين :

– الممارسين المتخصصين الرئيسيين، على الأقل، الذين يثبتون ثلاث (3) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة،

– الممارسين المتخصصين المساعدين الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة.

المادّة 35 : يعين رؤساء المصالح من بين الممارسين المتخصصين الرئيسيين، على الأقل، الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة.

المادّة 36 : يعين أطباء العمل المفتشون من بين :

– الممارسين المتخصصين الرئيسيين في طب العمل، على الأقل، الذين يثبتون ثلاث (3) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة،

– الممارسين المتخصصين في طب العمل الذين يثبتون خمس (5) سنوات من الخدمة الفعلية بهذه الصفة.

المادّة 37 : يتم التعيين في المناصب العليا لرئيس وحدة ورئيس مصلحة وطبيب عمل مفتش، بقرار من الوزير المكلف بالصحة.

الفصل الثالث

أحكام انتقالية

المادّة 38 : يعين في المنصب العالي لرئيس وحدة، الممارسون المتخصصون رؤساء الوحدات المعينون بصفة قانونية عند تاريخ سريان مفعول هذا المرسوم.

المادّة 39 : يعين في المنصب العالي لرئيس مصلحة، الممارسون المتخصصون رؤساء المصالح المعينون بصفة قانونية عند تاريخ سريان مفعول هذا المرسوم.

المادّة 40 : يعين في المنصب العالي لطبيب عمل مفتش، أطباء العمل المفتشون المعينون بصفة قانونية عند تاريخ سريان مفعول هذا المرسوم.

الباب الرابع

تصنيف الرتب والزيادة الاستدلالية للمناصب العليا

الفصل الأول

تصنيف الرتب

المادّة 41 : تطبيقا لأحكام المادة 118 من الأمر رقم 06 – 03 المؤرخ في 19 جمادى الثانية عام 1427 الموافق 15 يوليو سنة 2006 والمذكور أعلاه، يحدد تصنيف الرتب التابعة لسلك الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية، طبقا للجدول الآتي :

السلك	الرتب	التصنيف	
		خارج الصنف	الرقم الاستدلالي الأدنى
الممارسون الطبيون المتخصصون في الصحة العمومية	ممارس متخصص مساعد	قسم فرعي 2	990
	ممارس متخصص رئيسي	قسم فرعي 4	1125
	ممارس متخصص رئيس	قسم فرعي 5	1200

الفصل الثاني

الزيادة الاستدلالية للمناصب العليا

المادّة 42 : تطبيقا لأحكام المادة 3 من المرسوم الرئاسي رقم 07 – 307 المؤرخ في 17 رمضان عام 1428 الموافق 29 سبتمبر سنة 2007 والمذكور أعلاه، تحدد الزيادة الاستدلالية للمناصب العليا التابعة لأسلاك الممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية، طبقا للجدول الآتي :

المناصب العليا	الزيادة الاستدلالية	
	المستوى	الرقم الاستدلالي
رئيس وحدة	11	405
رئيس مصلحة	13	595
طبيب عمل مفتش	11	405

الباب الخامس

أحكام ختامية

المادّة 43 : تلغى جميع الأحكام المخالفة لهذا المرسوم، لا سيما المرسوم التنفيذي رقم 91 – 106 المؤرخ في 12 شوال عام 1411 الموافق 27 أبريل سنة 1991 والمذكور أعلاه.

المادّة 44 : يسري مفعول هذا المرسوم ابتداء من أول يناير سنة 2008.

المادّة 45 : ينشر هذا المرسوم في الجريدة الرّسميّة للجمهوريّة الجزائريّة الدّيمقراطيّة الشّعبيّة.

حرّر بالجزائر في 7 ذي الحجّة عام 1430 الموافق 24 نوفمبر سنة 2009.

أحمد أويحيى

مرسوم تنفيذيّ رقم 09 – 395 مؤرّخ في 7 ذي الحجّة عام 1430 الموافق 24 نوفمبر سنة 2009، يتضمن الموافقة على السحب النهائي لرخصة إقامة شبكة عمومية للمواصلات السلكية واللاسلكية واستغلالها وتوفير خدمات هاتفية ثابتة دولية وما بين المدن وفي الحلقة المحلية للجمهور، الممنوحة للمتعامل "الشركة الجزائرية للاتصالات".

إن الوزير الأوّل،

– بناء على تقرير وزير البريد وتكنولوجيات الإعلام والاتصال،

– وبناء على الدستور، لا سيما المادتان 85 – 3 و125 (الفقرة 2) منه،

– وبمقتضى القانون رقم 2000 – 03 المؤرخ في 5 جمادى الأولى عام 1421 الموافق 5 غشت سنة 2000 الذي يحدد القواعد العامة المتعلقة بالبريد والمواصلات السلكية واللاسلكية، لا سيما المواد 35 و 36 و 37 منه،

– وبمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 01 – 109 المؤرخ في 9 صفر عام 1422 الموافق 3 مايو سنة 2001 والمتضمن تعيين أعضاء مجلس سلطة الضبط للبريد والمواصلات السلكية واللاسلكية،

– وبمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 09 – 128 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1430 الموافق 27 أبريل سنة 2009 والمتضمن تجديد مهام الوزير الأول،

– وبمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 09 – 129 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1430 الموافق 27 أبريل سنة 2009 والمتضمن تجديد مهام أعضاء الحكومة،

– وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 01 – 123 المؤرخ في 15 صفر عام 1422 الموافق 9 مايو سنة 2001 والمتعلق بنظام الاستغلال المطبق على كل نوع من أنواع الشبكات بما فيها اللاسلكية الكهربائية، وعلى مختلف خدمات المواصلات السلكية واللاسلكية، المعدل والمتمم،

– وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 01 – 124 المؤرخ في 15 صفر عام 1422 الموافق 9 مايو سنة 2001 والمتضمن تحديد الإجراء المطبق على المزايدة بإعلان المنافسة من أجل منح رخص في مجال المواصلات السلكية واللاسلكية،

– وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 03 – 57 المؤرخ في 4 ذي الحجة عام 1423 الموافق 5 فبراير سنة 2003 الذي يحدد صلاحيات وزير البريد وتكنولوجيات الإعلام والاتصال،

– وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 05 – 174 المؤرخ في 30 ربيع الأول عام 1426 الموافق 9 مايو سنة 2005 والمتضمن الموافقة على رخصة إقامة شبكة عمومية للمواصلات السلكية واللاسلكية واستغلالها وتوفير خدمات هاتفية ثابتة دولية وما بين المدن وفي الحلقة المحلية للجمهور،

– وبعد استشارة سلطة الضبط للبريد والمواصلات السلكية واللاسلكية،

– وبعد موافقة رئيس الجمهورية،