

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس-مستغانم-

كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية

قسم علوم التسيير



مذكرة تخرج مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي

التخصص: إدارة الهياكل الإستشفائية.

الشعبة: علوم التسيير

تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة العمومية الإستشفائية في الجزائر

دراسة حالة: المؤسسة العمومية للصحة الجوارية وادي الأبطال- معسكر-

تحت إشراف الأستاذة:

أ.حجار آسية

مقدمة من طرف الطالبة:

رفاس نصيرة

أعضاء لجنة المناقشة :

الصفة	الإسم واللقب	الرتبة	عن الجامعة
رئيسا	أ. ودان بو عبد الله	أستاذ محاضر أ	جامعة مستغانم
مقررا	أ. حجار آسية	أستاذة مساعدة أ	جامعة مستغانم
مناقشا	أ. زعفران منصورية	أستاذة مساعدة	جامعة مستغانم

السنة الجامعية: 2016/2017

شكر وتقدير

الحمد لله الذي أنار لنا درب العلم و المعرفة وأعاننا على أداء هذا الواجب و وفقنا على إنجاز هذا العمل.

نتوجه بجزيل الشكر و الامتنان إلى كل من ساعدنا من قريب أو من بعيد على إنجاز هذا العمل و في تذليل ما واجهنا من الصعوبات و نخص بالذكر الأستاذ المشرف الأستاذة حجار أسية التي لم تبخل علينا بتوجيهاتها القيمة التي كانت عوناً لنا في إتمام البحث.

كما أتقدم بجزيل الشكر و التقدير إلى السادة الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم بقبول الاشتراك في مناقشة هذا البحث المتواضع و تقييمه.

إهداء

إلى من لا يمكن للكلمات أن توفي حقهما

إلى من لا يمكن للأرقام أن تحصي فضائلهما

إلى والدي العزيزين أدامهما الله لي

إلى إخوتي وأخواتي

إلى أمز صديقتي سارة- فتية- ليلي.

إلى كل طلبة السنة الثانية ماستر دفعة 2017

إلى كل عمال الصحة في الجزائر من الطبيب إلى أبسط عامل، الذين

يسهرون على علاج المرضى والتخفيف من

معاناتهم برغم ظروف العمل الصعبة.

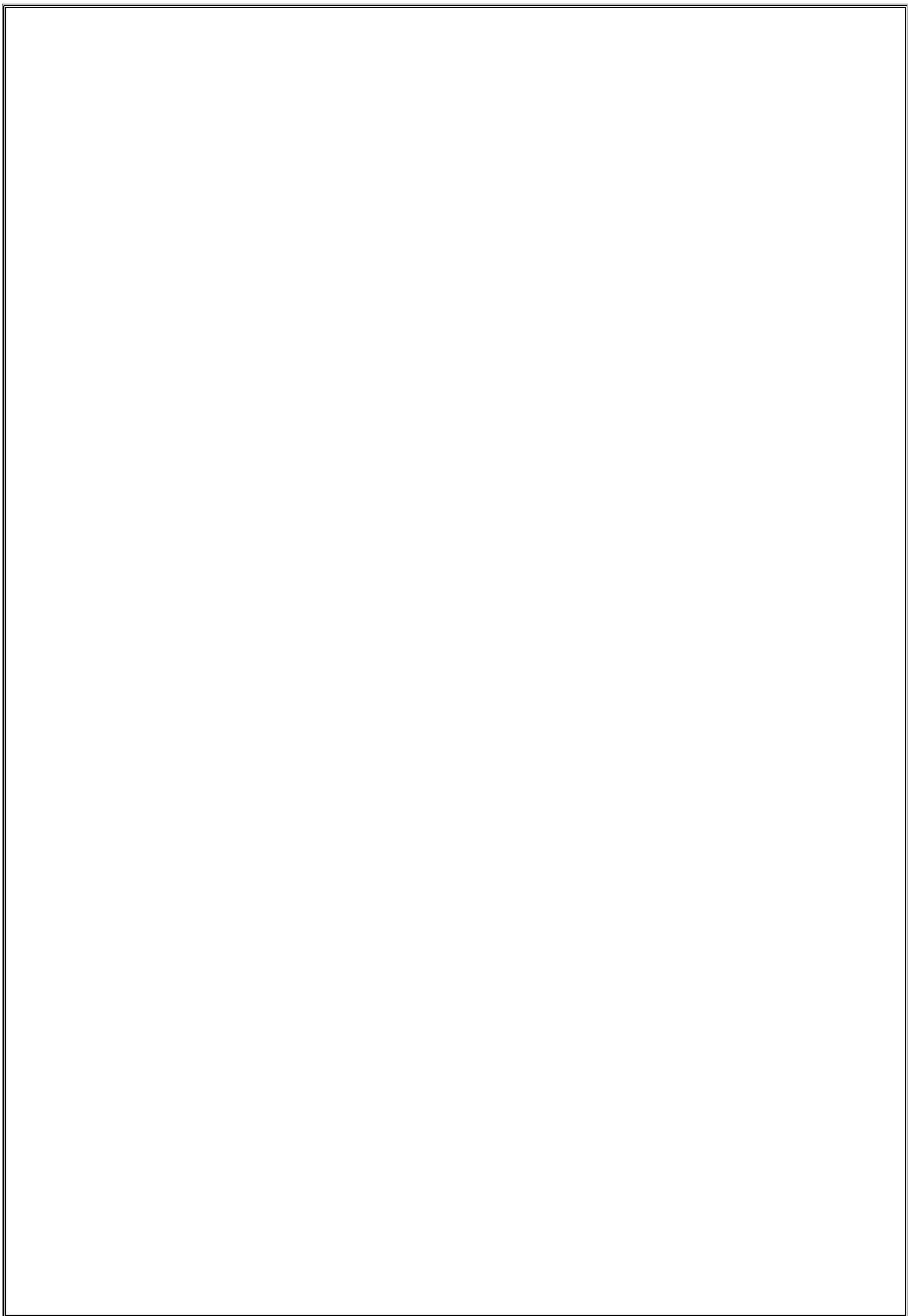
الفهرس

الفهرس

.....	قائمة الجداول
.....	قائمة الأشكال
01.....	المقدمة
.....	الفصل الأول: المؤسسات الصحية
05.....	تمهيد
06.....	المبحث الأول: التطور التاريخي للمنظومة الصحية
06.....	المطلب الأول: المراحل التاريخية للنظام الصحي في الجزائر
07.....	المطلب الثاني: هيكله النظام الصحي في الجزائر
10.....	المطلب الثالث: إصلاح النظام الصحي في الجزائر
14.....	المبحث الثاني: عموميات حول المؤسسة الصحية
15.....	المطلب الأول: مفهوم المؤسسة الصحية
15.....	المطلب الثاني: الأهداف الأساسية للمؤسسات الصحية
17.....	المطلب الثالث: أنواع المؤسسات الصحية
19.....	المبحث الثالث: ماهية الخدمات الصحية
19.....	المطلب الأول: مفهوم الخدمة و الخصائص المميزة لها
21.....	المطلب الثاني: الخدمات الصحية
22.....	المطلب الثالث: أنواع الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية
25.....	خلاصة الفصل
.....	الفصل الثاني: إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية
26.....	تمهيد
27.....	المبحث الأول: تطور مفهوم الجودة
27.....	المطلب الأول: ماهية الجودة
27.....	المطلب الثاني: المدخل التقليدي للجودة
28.....	المطلب الثالث: المدخل الحديث للجودة (إدارة الجودة الشاملة)
28.....	مفهوم إدارة الجودة الشاملة
29.....	مبادئ إدارة الجودة الشاملة
32.....	مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة
34.....	مستويات تطبيق إدارة الجودة الشاملة
34.....	معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة
36.....	المطلب الرابع: مقارنة بين إدارة الجودة الشاملة والإدارة التقليدية
37.....	المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية
37.....	المطلب الأول: ماهية جودة الخدمات الصحية

39.....	المطلب الثالث: أهداف جودة الخدمة الصحية.....
39.....	المطلب الرابع: قياس جودة الخدمة الصحية.....
40.....	المبحث الثالث: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.....
40.....	المطلب الأول: خطوات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.....
42.....	المطلب الثاني: عوامل نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.....
44.....	خلاصة الفصل.....
	الفصل الثالث: دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لوادي الأبطال معسكر.....
45.....	تمهيد.....
46.....	المبحث الأول: تعريف المؤسسة العمومية للصحة الجوارية.....
46.....	المطلب الأول: التعريف بالمؤسسة.....
46.....	المطلب الثاني: الموارد البشرية و القدرة الاستيعابية للمؤسسة.....
	المبحث الثاني: الهيكل التنظيمي ومهام المؤسسة الاستشفائية العمومية للصحة الجوارية لوادي الأبطال
47.....	-معسكر-.....
47.....	المطلب الأول: الهيكل التنظيمي.....
47.....	المطلب الثاني: التنظيم الداخلي في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لوادي الأبطال-معسكر-.....
48.....	المبحث الثالث: تحليل نتائج الاستبيان.....
48.....	المطلب الأول: الإجراءات المنهجية للدراسة.....
49.....	المطلب الثاني: تحليل نتائج الاستبيان.....
49.....	تحليل نتائج الاستبيان الموجه (للإداريين).....
60.....	تحليل نتائج الاستبيان الموجه (للأطباء و الممرضين).....
72.....	خلاصة الفصل.....
73.....	الخاتمة.....
76.....	المراجع.....

قائمة الجداول



قائمة الجداول:

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
01-II	مقارنة بين إدارة الجودة الشاملة والإدارة التقليدية	36
01-III	الجنس	49
2-III	السن	50
3-III	الوظيفة	50
4-III	عدد سنوات الخبرة	51
5-III	التزام الإدارة العليا لتحسين جودة الخدمات المقدمة بالمستشفى	51
6-III	هدف المستشفى هو إرضاء المريض	52
7-III	عملية التحسين المستمر مسؤولية الجميع بالمستشفى	52
8-III	التحسين المستمر يشمل كل عمليات المنجزة بمختلف أقسام المستشفى و إدارتها	53
9-III	التغذية العكسية(feed back) أساسية لتعديل القرارات المتخذة	53
10-III	عملية اتخاذ القرارات في هذا المستشفى تتم بناء على تحليل جيد للبيانات	54
11-III	التدريب المستمر للعاملين بالمستشفى للانتقال من الإدارة التقليدية للانتقال إلى إدارة الجودة الشاملة	54
12-III	استخدام عمليات المراقبة الإحصائية لاكتشاف أي انحراف عن معايير الجودة	54
13-III	تقديم الخدمة الصحية من المرة الأولى	55
14-III	تحقيق احتياجات المرضى بالكامل و في الوقت المناسب	55
15-III	الاستغلال الأمثل للأجهزة و التقنيات الحديثة في المجال الطبي	56
16-III	تقليل الأخطاء وتكلفة اللاجودة	56
17-III	سرعة الاستجابة لشكاوى المرضى و اقتراحاتهم	56
18-III	ثقة عالية لدى المريض حياته بين أيدي أمينة	57
19-III	زيادة عدد المرضى المترددين على المستشفى	57
20-III	عدم وجود برامج تدريبية في مجال إدارة الجودة الشاملة	58
21-III	عدم تخصيص الموارد الكافية	58
22-III	عدم الاستعانة بخبراء متخصصين في إدارة الجودة الشاملة	58
23-III	ضعف تحفيز العاملين بالمستشفى لتحسين أدائهم	59
24-III	عدم وضوح مفهوم حول العمل الجماعي و غياب روح الفريق	59
25-III	عدم وجود معايير و أبعاد جودة الخدمات الصحية	59
26-III	عدم وجود مقاييس موضوعية لمعرفة مستوى رضا المرضى عن خدمات الرعاية الصحية	60
27-III	الجنس	60

60	السن	28 -III
61	الوظيفة	29 -III
62	عدد سنوات الخبرة	30 -III
62	التزام الإدارة العليا لتحسين جودة الخدمات المقدمة بالمستشفى	31 -III
63	هدف المستشفى هو إرضاء المريض	32 -III
63	عملية التحسين المستمر مسؤولية الجميع بالمستشفى	33 -III
63	التحسين المستمر يشمل كل عمليات المنجزة بمختلف أقسام المستشفى وإدارتها	34 -III
64	التغذية العكسية (feed back) أساسية لتعديل القرارات المتخذة	35 -III
64	عملية اتخاذ القرارات في هذا المستشفى تتم بناء على تحليل جيد للبيانات	36 -III
65	التدريب المستمر للعاملين بالمستشفى للانتقال من الإدارة التقليدية للانتقال إلى إدارة الجودة الشاملة	37 -III
65	استخدام عمليات المراقبة الإحصائية لاكتشاف أي انحراف عن معايير الجودة	38 -III
66	تقديم الخدمة الصحية من المرة الأولى	39 -III
66	تحقيق احتياجات المرضى بالكامل و في الوقت المناسب	40 -III
67	الاستغلال الأمثل للأجهزة و التقنيات الحديثة في المجال الطبي	41 -III
67	تقليل الأخطاء وتكلفة الالاجودة	42 -III
67	سرعة الاستجابة لشكاوى المرضى و اقتراحاتهم	43 -III
68	ثقة عالية لدى المريض حياته بين أيدي أمينة	44 -III
68	زيادة عدد المرضى المترددين على المستشفى	45 -III
69	عدم وجود برامج تدريبية في مجال إدارة الجودة الشاملة	46 -III
69	عدم تخصيص الموارد الكافية	47 -III
69	عدم الاستعانة بخبراء متخصصين في إدارة الجودة الشاملة	48 -III
70	ضعف تحفيز العاملين بالمستشفى لتحسين أدائهم	49 -III
70	عدم وضوح مفهوم حول العمل الجماعي و غياب روح الفريق	50 -III
70	عدم وجود معايير و أبعاد جودة الخدمات الصحية	51 -III
71	عدم وجود مقاييس موضوعية لمعرفة مستوى رضا المرضى عن خدمات الرعاية الصحية	52 -III

قائمة الأشكال

قائمة الأشكال:

الصفحة	العنوان	رقم الشكل
49	توزيع أفراد المجتمع المدروس (الإداريين) حسب الجنس	01-III
50	التوزيع العمري لأفراد المجتمع المدروس (الإداريين)	02-III
50	التوزيع الأفراد المجتمع المدروس (الإداريين) حسب الوظيفة	03-III
51	توزيع أفراد المجتمع المدروس (الإداريين) حسب عدد سنوات الخبرة	04-III
51	التزام الإدارة العليا لتحسين جودة الخدمات المقدمة بالمستشفى	05-III
52	إجابات الإداريين حول هدف المستشفى هو إرضاء المريض	06-III
52	توزيع المجتمع المدروس (الإداريين) حسب عملية التحسين المستمر مسؤولية الجميع	07-III
53	توزيع المجتمع المدروس (الإداريين) حسب التحسين المستمر يشمل كل عمليات المنجزة بمختلف أقسام المستشفى وإدارتها	08-III
53	توزيع المجتمع المدروس حسب التغذية العكسية (feed back) أساسية لتعديل القرارات المتخذة	09-III
54	عملية اتخاذ القرارات في هذا المستشفى تتم بناء على تحليل جيد للبيانات	10-III
54	توزيع المجتمع المدروس حسب التدريب المستمر للعاملين بالمستشفى من الإدارة التقليدية إلى إدارة الجودة الشاملة	11-III
54	استخدام عمليات المراقبة الإحصائية لاكتشاف أي انحراف عن معايير الجودة	12-III
55	إجابات الإداريين حول طريقة تقديم الخدمة الصحية في المستشفى	13-III
55	إجابات الإداريين حول مدى تحقيق احتياجات المرضى بالكامل و في الوقت المناسب	14-III
56	إجابات الإداريين حول مدى استغلال الأجهزة والتقنيات الحديثة في المجال الطب	15-III
56	إجابات الإداريين حول تقليل الأخطاء وتكلفة الالاجودة	16-III
56	إجابات الإداريين حول مدى الاستجابة لشكاوى المرضى واقتراحاتهم	17-III
57	إجابات الإداريين حول مدى ثقة المرضى بالخدمات المقدمة بالمستشفى	18-III
57	إجابات الإداريين حول عدد المرضى المتكررين على المستشفى	19-III
58	إجابات الإداريين حول وجود برامج تدريبية في مجال إدارة الجودة الشاملة	20-III
58	إجابات الإداريين حول الموارد الكافية المخصصة	21-III
58	إجابات الإداريين حول استعانة المستشفى بخبراء متخصصين في إدارة الجودة الشاملة	22-III
59	ضعف تحفيز العاملين بالمستشفى لتحسين أدائهم	23-III
59	إجابات الإداريين العمل الجماعي و روح الفريق	24-III

59	إجابات الإداريين حول وجود معايير و أبعاد جودة الخدمات الصحية	25-III
60	إجابات الطاقم الإداري حول وجود مقاييس موضوعية لمعرفة مستوى رضا المرضى عن خدمات الرعاية الصحية	26-III
60	توزيع أفراد المجتمع المدروس (للأطباء و الممرضين) حسب الجنس	27-III
61	التوزيع العمري لأفراد المجتمع المدروس (الأطباء و الممرضين)	28-III
61	التوزيع الأفراد المجتمع المدروس (الأطباء و الممرضين) حسب الوظيفة	29-III
62	توزيع أفراد المجتمع المدروس (الأطباء و الممرضين) حسب عدد سنوات الخبرة	30-III
62	التزام الإدارة العليا جودة الخدمات المقدمة بالمستشفى	31-III
63	إجابات المرضى حول هدف المستشفى هو إرضاء المريض	32-III
63	إجابات (الأطباء و الممرضين) حول عملية التحسين المستمر مسؤولية الجميع	33-III
63	إجابات (الأطباء و الممرضين) حول التحسين المستمر يشمل كل عمليات المنجزة بمختلف أقسام المستشفى و إدارتها	34-III
64	إجابات (الأطباء و الممرضين) التغذية العكسية (feed back) أساسية لتعديل القرارات المتخذة	35-III
64	إجابات (الأطباء و الممرضين) عملية اتخاذ القرارات في هذا المستشفى تتم بناء على تحليل جيد للبيانات	36-III
65	توزيع المجتمع المدروس حسب التدريب المستمر للعاملين بالمستشفى من الإدارة التقليدية إلى إدارة الجودة الشاملة	37-III
65	إجابات (الأطباء و الممرضين) حول استخدام عمليات المراقبة الإحصائية لاكتشاف أي انحراف عن معايير الجودة	38-III
66	إجابات (الأطباء و الممرضين) حول طريقة تقديم الخدمة الصحية في المستشفى	39-III
66	إجابات (الأطباء و الممرضين) حول مدى تحقيق احتياجات المرضى بالكامل وفي الوقت المناسب	40-III
67	إجابات (الأطباء و الممرضين) حول مدى استغلال الأجهزة و التقنيات الحديثة في المجال الطب	41-III
67	حول تقليل الأخطاء وتكلفة اللاجودة إجابات (الأطباء و الممرضين)	42-III
67	إجابات (الأطباء الممرضين) حول مدى الاستجابة لشكاوى المرضى و اقتراحاتهم	43-III
68	إجابات (الأطباء و الممرضين) مدى ثقة المرضى بالخدمات المقدمة بالمستشفى	44-III
68	إجابات (الأطباء و الممرضين) حول عدد المرضى المترددين على المستشفى.	45-III
69	إجابات (الأطباء و الممرضين) حول وجود برامج تدريبية في مجال إدارة الجودة الشاملة	46-III
69	إجابات (الأطباء و الممرضين) حول الموارد المخصصة	47-III

69	إجابات (الأطباء و الممرضين) حول استعانة المستشفى بخبراء متخصصين في إدارة الجودة الشاملة	48-III
70	ضعف تحفيز العاملين لتحسين أداءهم بالمستشفى	49-III
70	إجابات(الأطباء و الممرضين) حول العمل الجماعي و روح الفريق	50-III
70	إجابات (الأطباء و الإداريين) حول وجود معايير و أبعاد جودة الخدمات الصحية	51-III
71	إجابات (الأطباء و الممرضين) حول وجود موضوعية لمعرفة مستوى رضا المرضى عن خدمات الرعاية الصحية	52-III

المقدمة

تعد التنمية من أحد أهم الأهداف التي تسعى دول العالم لتحقيقها، فهي أساس تقدم المجتمعات ومقياس لرفاهيتها، وعند الحديث عن التنمية لا بد من الإشارة إلى الإنسان، فهو أساس تحقيقها بمختلف مجالاتها بما فيها الاقتصادية، ولن يتحقق ذلك إلا إذا توفرت له المتطلبات اللازمة، والصحة، فقطاع الصحة من بين أهم القطاعات التي أوليت اهتماما كبيرا من طرف الحكومات والمنظمات الدولية، حيث عمدت الأمم المتحدة إلى إنشاء منظمة خاصة بالصحة في العالم سنة 1948، هدفها أن تبلغ جميع الشعوب أرفع مستوى صحي ممكن، وإذا كان تحسين الصحة هو الهدف الرئيسي لأي نظام صحي، فإنه ليس الجانب الوحيد منه، حيث أنّ هذا الهدف ينقسم إلى شقين، الأول منهما يتمثل في الحد قدر الإمكان من الفوارق الممكنة بين الأفراد في تسهيل حصولهم على الرعاية الصحية، وهو ما يصطلح عليه بالعدالة الصحية، والشق الثاني منه هو بلوغ أفضل مستوى صحي وهو ما يصطلح عليه بالجودة في الصحة، إذ في أواخر الثمانينات من القرن الماضي تم إدخال مفهوم الجودة في الرعاية الصحية، إذ استحدث علم "ضمان الجودة في الرعاية الصحية"، والذي تطور نحو عدة مفاهيم منها إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، التطوير المستمر للجودة وتحسين أداء النظم الصحية... الخ، وذلك من أجل تطوير وتطبيق مناهج صحية لتحسين المستمر لجودة الرعاية الصحية من خلال تحديد المشكلات وطرق حلها، وضمان رضا المستهلكين (المرضى) ومقدموا الخدمات الصحية على حد سواء.

وعلى الرغم من أن مفاهيم الجودة قد نشأت أساسا في إطار تحسين السلع والمنتجات والارتقاء بها في القطاع الاقتصادي الهادف للربح، إلا أن تلك المفاهيم قد امتدت إلى المؤسسات الخدمية من أجل الارتقاء بالجودة في الخدمات، وأصبح بالإمكان تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الخدمية باعتبارها منهجا إداريا جديدا يحرص على إخراج هذه المؤسسات من دائرة الأساليب البيروقراطية التي تركز على تحقيق الأهداف بغض النظر عن نوعية الإنجاز.

وتعتبر المؤسسات الصحية من أكثر المؤسسات حساسية للجودة، لأنها تهتم بتقديم خدمات لأغلى ما تمتلكه المجتمعات، وهو الإنسان، وهي تؤمن أن هذا الأخير (الإنسان) هو الوسيلة الأولى لعمليات التنمية، وهو الذي يعتمد عليه في نجاح هذه العمليات واستقرارها، حيث أن الإنسان المريض لا يمكنه أن يعمل أو يخطط أو حتى يفكر في خدمة مجتمعه حتى يشفى وتحل مشاكله الصحية.

وقد شجع النجاح الذي حققته إدارة الجودة الشاملة في الولايات المتحدة الأمريكية واليابان وكثير من دول أوروبا الغربية وبعض الدول العربية وعدد من المؤسسات الخدمية على محاولة تطبيقها في المؤسسات الصحية في الدول العربية بصفة عامة، وفي الجزائر بصفة خاصة. وترتكز هذه الدراسة على استطلاع إمكانية تطبيقها في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية وادي الأبطال-معسكر.

• إشكالية البحث:

بشكل عام حققت قطاعات الصناعة والتجارة نجاحا ملموسا في تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلا أن تطبيق برامج التحسين المستمر في جودة الخدمات الصحية لم يصل في نجاحه إلى ما وصلت إليه القطاعات الأخرى، وذلك يعود إلى تأخر إدارة المؤسسات الصحية في إدراك مبادئ إدارة الجودة الشاملة ومزايا تطبيقها. كما أن إدارة الجودة الشاملة مازالت حتى الآن لم تأخذ طريقها للتطبيق في الكثير من المؤسسات الصحية، ولم تحدد بعد بدقة أسباب عدم التطبيق أو أسباب فشل الكثير من التجارب أو مقومات نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات

الصحية فمن خلال هذا البحث قمنا بتسليط الضوء حول موضوع تطبيق ادارة الجودة في المؤسسات الصحية وطرح الإشكالية التالية:

ما مدى إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة العمومية الإستشفائية؟

إن الإجابة على التساؤل الأساسي تتضمن الإجابة على تساؤلات فرعية وهي:

-نقص ثقافة إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الاستشفائية ؟

-ما هي الصعوبات التي تواجهها المؤسسة العمومية الإستشفائية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة ؟

-ما مدى إدراك المؤسسة العمومية الإستشفائية لمبادئ إدارة الجودة الشاملة ؟

• الفرضيات:

وكمحاولة للإجابة على هذه التساؤلات من خلال قراءة أولية عن الموضوع، قدمنا الفرضيات التالية:

- نقص ثقافة إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الاستشفائية.

-تواجه المؤسسات العمومية الاستشفائية عدة صعوبات لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.

-التطبيق الجيد لمبادئ إدارة الجودة الشاملة يعمل على تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.

• أسباب اختيار الموضوع:

تتمثل دوافع اختيار موضوع البحث فيما يلي:

-أهمية المؤسسات الصحية بالنسبة للمجتمع لما لها من تأثير على العنصر البشري الذي يعتبر أساس التنمية الاقتصادية والمحرك الأساسي لعملية الإنتاج.

-الواقع الذي يعيشه قطاع الصحة في الجزائر.

-تسليط الضوء على المشاكل التي يعاني منها المرضى أثناء توجههم الى المؤسسات العمومية الاستشفائية.

-سلسلة الإضرابات التي قام بها أفراد الطاقم الطبي و الشبه في الآونة الأخيرة تدعوا إلى النظر لظروف عملهم والعراقيل التي تواجههم، خصوصا باعتبارهم يمثلون جانب مهم من جوانب تحقيق الجودة في المؤسسات الصحية.

• أهمية البحث:

يستمد هذا البحث أهميته من أهمية قطاع الصحة في المجتمع، كونه يهتم بأعلى عنصر من عناصر الإنتاج والمتمثل في الإنسان، بالإضافة إلى أنه يتزامن مع جهود الدولة الجزائرية في تطوير جودة الخدمات المقدمة، والمتمثلة في إصلاح النظام الصحي و محاولة النهوض بهذا القطاع.

كما تبرز الأهمية التطبيقية للبحث من النتائج والاقتراحات التي يسفر عنها، والتي يؤمل أن تستفيد منها المؤسسة العمومية للصحة الجوارية وادي الأبطال - معسكر-في دعم تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وتدليل الصعوبات التي تحول دون تطبيقها، وتعديل اتجاهات الإدارة العليا لتكون أكثر إيجابية في تطبيق هذه الإستراتيجية الحديثة.

• أهداف البحث:

يسعى هذا البحث إلى تحقيق هدفه الرئيسي وهو تحديد مدى إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية وادي الأبطال - معسكر- من خلال تحقيق الأهداف الفرعية التالية:

-كشف مدى أهمية مبادئ إدارة الجودة الشاملة من وجهة نظر العمال بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية وادي الأبطال- معسكر.-

-معرفة المعوقات التي تحول دون تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة العمومية الجوارية وادي الأبطال - معسكر- ومحاولة إيجاد حلول لها.

-التعرف على مدى وعي وإدراك العمال لأهمية محاور تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة العمومية الجوارية وادي الأبطال - معسكر.-

• منهج البحث:

كمحاولة من أجل الإجابة على إشكالية الموضوع و التساؤلات الفرعية،و اختبار صحة الفرضيات،اعتمدنا في دراستنا لهذا الموضوع على النهج التاريخي وهذا لدراسة تطور النظام الصحي في الجزائر، كما اعتمدنا على المنهج الوصفي في إيضاح مبادئ،مراحل و مزايا ادارة الجودة الشاملة وكيفية تطبيقها في المؤسسة الاستشفائية،أما فيما يخص الجانب التطبيقي اعتمدنا على المنهج التحليلي من خلال استخدام طريقة المقابلة في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية مع مدير الموارد البشرية و كذلك تحليل نتائج الاستبيان الموجه للإداريين،الأطباء و المرضى.

• حدود البحث:

تحددت هذه الدراسة بالمجالات التالية:

➤ المجال البشري: اقتصر المجال البشري في هذه الدراسة على الإداريين، الأطباء و المرضى بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بوادي الأبطال-معسكر.-

➤ المجال المكاني: اقتصر المجال المكاني في هذه الدراسة على المؤسسة العمومية الجوارية بوادي الأبطال -معسكر.-

➤ المجال الزمني: طبقت هذه الدراسة خلال شهر مارس من العام 2016/2017.

• دراسات سابقة:

نظرا لأهمية موضوع إدارة الجودة الشاملة اتجه إليه الكثير من الباحثين من بينهم:

- كحيلة نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، مذكرة الماجستير، تخصص تسيير

الموارد البشرية، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية و علوم التسيير، 2008/2009.

- مزغيش عبد الحليم، تحسين أداء المؤسسة في ظل إدارة الجودة الشاملة، مذكرة مقدمة لنيل شهادة

الماجستير ، العلوم التجارية ، فرع التسويق، 2011/2012.

• هيكل البحث:

ينقسم البحث إلى ثلاثة فصول، حيث تضمن الفصل الأول تحليل المؤسسات الصحية، وقد تم التركيز على المستشفى باعتبارها أهم مؤسسة صحية، وقد تم التطرق إلى النظام الصحي في الجزائر من أجل لفت الانتباه إلى المشاكل التي يعاني منها من خلال مؤشرات الصحة.

ثم جاء الفصل الثاني تحت عنوان تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، حيث يشمل هذا الفصل تطور مفهوم الجودة، وجودة الخدمات الصحية، بعدها تم التطرق إلى متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

أما الفصل الثالث فيحاول معرفة مدى إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة العمومية للصحة الجوية وادي الأبطال -معسكر-، وذلك من خلال تحليل الاستبيان الموجه إلى الإداريين، الأطباء و المرضى للخروج بنتائج هذا البحث الميداني والاقتراحات المقدمة لهذه المؤسسة العمومية الإستشفائية.

• مصطلحات البحث:

استخدمت في هذا البحث مجموعة من المصطلحات والتي يمكن تحديد مدلولاتها ومعانيها كما يلي:
الجودة:

تعرف الجودة على أنها: مجموعة من الخصائص لمنتج، عملية، خدمة والتي على عاتقها الوفاء بمتطلبات او احتياجات محددة، و باختصار هي " القدرة على ارضاء حاجيات المستهلك"¹
إدارة الجودة الشاملة:

هي منهج علمي لتطوير أداء المنظمة و العاملين بهدف تقديم سلعة أو خدمة تلي حاجيات و توقعات المرضى (العملاء)، و ذلك من خلال الحرص على التحسين المستمر و تدريب العاملين و العمل ضمن فريق و إشراك العملاء في جميع مراحل العملية.²
المستشفى:

" جزء من النظام الاجتماعي يرتبط في أداء وظائفه ببرنامج صحي متكامل مع النظام الصحي العام"³

¹ أ. غواري مليكة، إدارة الجودة الشاملة في خدمات الرعاية الصحية، دار البازوري العلمية للنشر و التوزيع، 2012، ص11.

² نور الدين حاروش، الادارة لاصحية وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر و التوزيع ، 2012، ص152.

³ سيد محمد جاد الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، مطبعة العشري، بدون مكان نشر، 2008، ص40.

الفصل الأول:

المؤسسات الصحية

تمهيد:

بعد استقلال الجزائر وجدت نفسها في وضعية أقل ما يقال عنها أنها أزمة متعددة الأوجه، سواء على المستوى لاقتصادي أو الاجتماعي أو الثقافي، وكان على المسؤولين آنذاك البحث وبسرعة على الطريقة أو الطرق التي تسمح بالخروج تدريجيا من هذه الأزمة المعقدة، ثم الدخول فيما بعد في تنمية اجتماعية واقتصادية شاملة، ونظرا للأهمية الإستراتيجية والدور الفعال الذي تلعبه المؤسسة الصحية في عملية التنمية الشاملة وتحقيق التوازن الاجتماعي، فقد عمدت الجزائر إلى تطبيق العديد من الإصلاحات التي شهدت من خلالها المؤسسة الصحية الجزائرية بعد الاستقلال عدة تغيرات سواء من حيث الهياكل الصحية بمختلف أنواعها، أو من حيث عدد العاملين بها، وهذه التغيرات كانت عبر مراحل حيث امتدت عبر سنوات طويلة و تعتبر منعرجات حاسمة في تاريخ قطاع الصحة بالجزائر.

المبحث الأول: التطور التاريخي للمنظومة الصحية:

المطلب الأول: المراحل التاريخية للنظام الصحي في الجزائر:

لقد تم تقسيمه إلى ثلاث مراحل وتمثل في¹:

المرحلة الأولى (1962-1965):

ورثت الجزائر سنة 1962 حالة صحية متدهورة 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.

وقبل 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 لكل 52323 نسمة. أما أطباء الأسنان فكانوا حوالي 151 طبيبا، أي طبيب أسنان واحد لكل 70688 نسمة.

أما من حيث الهياكل القاعدية فقد كان هناك عجز دائم حيث كان قبل سنة 1969 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 البنيات والهياكل التي خلفا الاستعمار، قبل توفير أدنى قسط من الخدمات الصحية للسكان، ومن جانب آخر كانت الدولة عازمة على تنمية سياسية على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيحية لبعض الأمراض الفتاكة والمعدية.

المرحلة الثانية (1965-1979):

ميز هذه المرحلة مضاعفة قاعات العلاج في الفترة ما بين 1969 إلى 1979، وهذا محاولة إعطاء العلاج الأولي أولوية وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو على مستوى كل حي 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 والطبية والشبه الطبية والهياكل القاعدية في المدن الكبيرة وغيابها تقريبا في المناطق الريفية والشبه الريفية، هذه الأخيرة التي لا تحتوي إلا على بعض الأعوان الشبه الطبيين الذين لم يتلقوا حتى التكوين الأساسي للمتمريض.

¹ الطاهر الوافي، التحفيز و أداء الممرضين، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية، 2013/2012، ص

ولقد كان قرار مجانية الطب المتعلق بإنشاء قانون الطب المجاني، 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. وانطلاقاً من ذلك أصبحت العلاجات مهمة وطنية يستوجب اتخاذ إجراءات هامة وحاسمة من أجل تدعيمها، خاصة في مجال التعليم والتكوين، والزيادة في عدد الهياكل القاعدية مع التطبيق الصارم للتوازن الجهوي في ذلك.

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

المرحلة الثالثة (1979-2007):

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 1985 والمتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الاستشفائي. بالإضافة إلى الإشارة في قانون المالية لسنة 1993 أنه بداية من هذه السنة تتولى الدولة التكفل بالوقاية والبحث بالمعوزين أما باقي العلاجات فتكون وفق نظام تعاقدى بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي وهذا الأخير "النظام أو النهج التعاقدى" 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 وكذا عدد المستخدمين.

أما المؤشرات الصحية الخاصة بسنة 2005، فقد عرفت بعض التحسن والدليل على ذلك تقرير المنظمة العالمية للصحة بشأن الجزائر حيث اعتبرت المنظمة أنه بالرغم من المبالغ المالية العمومية المرصودة للقطاع الصحي في الجزائر والمقدرة بـ 09.10% 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 و التفاوت فيما يخص الرعاية الصحية... كما أن الأموال وحدها لا تحقق الأهداف والنتائج.

المطلب الثاني: هيكلية 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 لها.

ويشمل ثلاثة مستويات أساسية وتتمثل في:

1- المستوى 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:
- 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 البوائية والمستديمة،
 - التزويد بالأدوية والمعدات الطبية وتوزيعها،
 - الحماية الصحية في الوسط التربوي والعائلي والعملي،
- وتشمل الإدارة المركزية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات على المصالح الآتية:
- 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:
- 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- 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 و إعداد 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 الديموغرافي) 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 الاجتماعية التي تنشئها وتسيرها مجالس الخدمات الاجتماعية للإطارات والشركات العمومية

ليستفيد منها العمال وعائلاتهم . كما أنها لا تهان في تطبيق أي إجراء من شأنه أن يسهل تطبيق القانون الأساسي لممارسي الصحة في الولاية.

3- على المستوى المحلي (الدائرة والبلدية):

تنظم الخدمات الصحية على مستوى الدائرة والبلدية في شكل قطاعات صحية (المؤسسات العمومية الاستشفائية، وحدات استشفائية متخصصة 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 تم إنشاء قطاعات المسماة قاعدية أو أولية لتتسع نسبتها في المجتمع، حيث (sous secteurs sanitaire) صحية فرعية 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):

- تقديم مختلف الخدمات الصحية والاستعجالية والفحوصات العامة المتخصصة:

- الإشراف الفني والإداري على المراكز الصحية البلدية:

- تقوم بدور الوساطة بين المركز الصحي والمستشفى

ينشأ عند كل قرية أو كل تجمع سكاني،

ب - المركز الصحي (Centre de santé): وتوكل له مهمة: الوقاية الصحية، وحماية الأمومة والطفولة والتطعيم والعلاجات والفحوصات العامة.

ج - قاعات العلاج (salle de soin): وهي التي تتولى تقديم العلاجات البسيطة لكل ساكن.

ولكن قرار المرسوم التنفيذي لسنة 2007 تضمن تغيير تقسيم القطاعات الصحية إلى²:

- (EPH) المؤسسات العمومية الاستشفائية

- (EPSP) المؤسسات العمومية للصحة الجوية

- (EHS). المؤسسات الاستشفائية المتخصصة

لتتحول بدورها إلى عيادات متعددة الخدمات (Centres de santé) وقد ألغيت المراكز الصحية حسب حالة وضعيتها المادية (salles de soin). أو إلى قاعات للعلاج، (Polycliniques) حسب المرسوم التنفيذي السابق ذكره هي مؤسسة عمومية (EPH) إن المؤسسة العمومية الاستشفائية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية

المرسوم التنفيذي رقم 14-07 المؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428 الموافق 19 مايو سنة 2007، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوية وتنظيمها وتسييرها.

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 والأفات 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.

أما المؤسسة العمومية للصحة الجوارية (EPSP) حسب نفس المرسوم لها نفس تعريف المؤسسة العمومية الاستشفائية، إلا أنها تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج. تحدد المشتملات المادية والحيز الجغرافي لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة. أما مهامه حسب المادة 8 من هذا المرسوم فهي التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بما يلي:

- الوقاية والعلاج القاعدي،
- تشخيص المرض،
- العلاج الجوارى،
- 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 والأفات الاجتماعية والصحة المدرسية.

المطلب الثالث: إصلاح النظام الصحي في الجزائر:

يعتبر العنصر المميز لسنة 2002، في مجال الصحة في الجزائر، تغيير اسم وزارة الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ويندرج هذا التغيير ضمن حركية الإصلاحات التي تشهدها الجزائر، والتي مست العديد من القطاعات³.

الفرع الأول: أهداف مشروع الإصلاح وملفاته:

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

³عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، مذكر لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، التسيير والعلوم

-إحصاء عروض العلاج والاستشفاء وتكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال.
-ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية
-التأكيد على حقوق وواجبات المستعملين وحماية المرضى على وجه الخصوص.
-إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن.
-توفير الإمكانيات الضرورية لمحتري الصحة ، مهما كانت مسؤولياتهم ، وذلك قصد الاستجابة بأكثر فعالية للحاجات الصحية والاجتماعية.

-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:

- ملف الحاجيات الصحية وطلب العلاج :

تمحور هذا الملف حول دراسة كفاءات التنسيق بين النظام الوطني للصحة ومنظومته الاستشفائية الفرعية، وذلك بتفادي عزل إصلاح المؤسسات الاستشفائية عن الإطار الاجتماعي، الوبائي، المالي و التنظيمي. وتم التعرض إلى كفاءات 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 هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية، وذلك بإدراج جملة من الأهداف نعرضها فيما يلي:
-تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية والخاصة.
-المساهمة الفعالة للمريض ولجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج، وجودة أدائها.
-استعجال وضع دعامة إعلامية التي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي .

- ملف الموارد البشرية :

اهتم هذا الملف بعصر أساسي في النظام الصحي وهو المستخدمين ، وذلك من خلال السهر على مراجعة أحوالهم الشخصية ، شروط وظروف عملهم ، علاواتهم وأجورهم ، ترقيةهم في المسار المهني وتكوينهم، حيث أن التكوين يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين ، شبه الطبي، 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 وتقييم 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 لهذا 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 تسيير المؤسسات الصحية حاليا مع

التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات، وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى.

- ملف اشترك القطاعات:

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

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

الفرع الثاني: 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 الاختلالات التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر والتدابير المتخذة لمعالجتها:

1- 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.

- 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:

- 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 بهذه الفئات والتي ستكون على عاتق الوزارة المكلفة بالتضامن.

- الحرص على أن تخضع كل المؤسسات الصحية للمراقبة البعيدة الوحيدة طبقا للتنظيم الساري.
- تحرير المبادرات التي تعتمد على مصادر خاصة في إطار المهام المنوطة بالمستشفى ،كإخراج المصالح الاقتصادية والعامّة 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.
- جعل الوسائل المادية والبشرية أكثر مردودية.
- تدعيم الإجراءات الموجودة لحساب التكلفة.
- وضع ميزانية ملحقة مستقلة عن ميزانية المستشفى.
- مواصلة مسار رفع الديون عن المستشفيات.

2-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 الأتي: 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 هذه النقاط بدون معالجة، بل حاول ذات المجلس وضع بعض الحلول والاقتراحات بشكل موازي للاختلالات السابقة كما يلي:
- الحد من تدخل الوصاية بإعادة مركزة مهام الإدارة المركزية وهيكلها غير الممركزة.
- مراجعة القوانين الأساسية السارية المفعول للمستخدمين قصد تحسين شروط الممارسة والتقدم في المسار المهني وإدراج نظام تعويض محفز.
- توحيد الوسائل المادية و الموارد البشرية.
- 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.

3- العراقيل المرتبطة بالإعلام وأوجه معالجتها:

أولى المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات أهمية لجانب تكوين المستخدمين في قطاع الصحة، 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، وهذا ما يترتب عنه نقص محسوس في بعض الاختصاصات الطبية والمشبه 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 أكبر للتدابير التي يفترض أن تحرص وزارة الصحة والسكان على العمل بها، والتي سنهتم بإبرازها في النقاط الآتية:
- 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 المهنيين والاعتراف بالكفاءات التي لم تتوج بالطريقة المتعارف عليها.
- أما فيما يخص المتدربين 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.
- 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 المهنة الصحية يثير التفكير حول فكرة إنشاء "جامعة لعلوم الصحة" في المستقبل القريب.

المبحث الثاني: عموميات حول المؤسسة الصحية

تعتبر المؤسسة الخدمية من أهم المؤسسات في وقتنا الحالي فقد أصبحت تحتل مكانة كبيرة في حياتنا اليومية، وتعتبر المؤسسات الصحية أهمها وذلك لأنها تقدم أنواع عديدة من الخدمات الصحية الضرورية والمتعلقة بسلامة صحة الأفراد، ومن خلال هذا المبحث سنحاول التعرف على بعض الجوانب المهمة والمتعلقة بالمؤسسة الصحية.

المطلب الأول: مفهوم المؤسسة الصحية:

هناك عدة تعاريف للمؤسسة الصحية منها⁴:

-في البداية يمكن عرض التعريف التالي الذي يعتبر المؤسسة الصحية بأنها "كل مؤسسة تنشط في المجالات الصحية والرعاية الصحية العامة والمتخصصة وإدارة الرعاية الصحية والخدمات المساندة مثل المستشفيات وإعادة التأهيل وبيوت الرعاية الصحية وكبار السن، الصحة العقلية، والتدخل في أثناء الأزمات والمستشفيات النفسية.

-كما يمكن تعريف المؤسسة الصحية من خلال تعريف الأطراف المتعاملة معها، حيث تعتبر لدى:

المرضى: الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج والرعاية الطبية لهم .

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

الإطار الطبي: المكان الذي يمارسون فيه أعمالهم ومهامهم الإنسانية إدارة المؤسسة الصحية: مؤسسة على البيئة المحيطة بها ومتفاعلة مع متغيراتها المختلفة في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفؤ وفعال.

شركات الأدوية وباقي المؤسسات المعنية: سوق واسع يستوجب إمداده بما يحتاجه من أدوية و مستلزمات طبية.

الطلبة والجامعات: موقع تدريبي وعملي لإكسابهم المهارة والمعرفة الميدانية لإجراء البحوث والتجارب.

ويجب الإشارة إلى وجود تعاريف أخرى تخص عدة أطراف أخرى (كالعاملين في مجال الصيانة للأجهزة والمعدات الطبية، الجهات التحقيقية والجنائية)

-أما التعريفين التاليين فقد اشتركا في التركيز على توضيح هدف المؤسسة الصحية.

وفي الأخير يمكن تقديم تعريف منظمة الصحة العالمية باعتباره التعريف الأشمل بين التعريفات السابقة، حيث عرفت المؤسسة الصحية على أنها "جزء متكامل من النظام الصحي ووظيفتها توفير العناية الصحية الكاملة لجميع أف ارد المجتمع، سواء كانت علاجية أو وقائية، كما أنها مركز لتدريب العاملين في الحقل الطبي والصحي وكذلك مركز للأبحاث الطبية والاجتماعية.

المطلب الثاني: الأهداف الأساسية للمؤسسات الصحية:

هناك عدة أهداف عامة يمكن أن تعد القاسم المشترك بين مختلف المؤسسات الصحية، ومن بينها الأهداف

التالية⁵:

أولا: الإرتقاء بالأوضاع الصحية للسكان إلى مستويات أعلى أهداف وذلك يكون بالتقييم المستمر للبرامج الراهنة وتطويرها، وقد إقترح هنريك بلوم تفصيلية لهذا الهدف هي:

-السعي المستمر نحو إطالة الحياة والوقاية من الموت المبكر

-خفض معدلات الوفيات الناجمة عن الأم ارض

⁴نجاح صغير، تقييم جودة الخدمات الصحية، رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير، في علوم التسيير، تخصص: اقتصاد تطبيقي و تسيير المنظمات، 2012/2011، ص ص، 04، 03.

⁵دريدي أحلام، دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير، في علوم التسيير،

تخصص: الأساليب الكمية في التسيير 2014/2013، ص ص، 09، 08.

- خفض مستوى القلق الناجم عن المرض
 - خفض مستوى الإعاقة ولا سيما حالات العجز
 - تحصين المجتمع ضد الأمراض التي تتوافر لها لقاحات
 - تأمين خدمات الرعاية الصحية المتوازنة لجميع أفراد المجتمع
 - تأمين الكفاءات البشرية بالأعداد والنوعيات المناسبة التي تحتاج إليها بمرمجة خدمات الرعاية الصحية بصفة دائمة، والاستغلال الأمثل لهذه الكفاءات ودعم البرامج التعليمية والتدريبية التي تعمل على تنمية قدرات هذه الكفاءات.

- تطوير نظام المعلومات الصحية بما يتيح توفير المعلومات عن الأوضاع والجهود الصحية وفي الوقت المناسب.
 - تشجيع القطاع الخاص على المشاركة في تشغيل المرافق الصحية الحكومية وعلى وضع المشروعات الصحية، بما يؤدي إلى تحقيق التنمية الصحية الوطنية.

- تأمين الموارد المالية اللازمة لتغطية نفقات إنشاء المرافق الجديدة وتجهيزها وصيانة القوائم منها، والموارد المطلوبة لأنشطة التشغيل السليم لشبكة خدمات الرعاية الصحية.

- تحقيق التكامل والتنسيق بين الخدمات المعنية ببرامج الرعاية الصحية وخدماتها على المستوى الوطني.

- وضع الضوابط وإعداد المعايير وتحديد الإجراءات التي تكفل الارتقاء بخدمات الرعاية الصحية.

- تشجيع البحوث والدراسات ذات الصلة بالقضايا والمشكلات الرئيسية التي تواجه المؤسسات الصحية.

ثانياً: التعليم والتدريب:

حيث يتم تدريب العاملين في التخصصات المختلفة لاكتساب العاملين مهارات جديدة وهذا يتم بأسلوب نقل الخبرات من شخص لآخر وذلك ينطبق على معظم أنشطة الطب والتمريض، المعامل والورش، المغاسل وكافة الأعمال الإدارية.

ثالثاً: إجراء البحوث:

كالقيام بالبحوث الطبية مثل البحوث الإكلينيكية في المعامل وبعوث التسجيل الطبي، والبعوث الإدارية مثل البحوث المالية والخاصة بالعاملين، والبعوث السلوكية والعديد من البحوث الأخرى.

رابعاً: وقاية المجتمع من الأمراض.

يعتبر هذا الهدف من بين أهم أهداف المؤسسات الصحية، وذلك لأن الوقاية أقل تكلفة من العلاج

خامساً: الربحية

يعتبر الهدف الثاني بعد تقديم الرعاية الصحية وخاصة في المستشفيات الخاصة، وإن كان تحقيق الربح من خلال الإنسانية وعلاج المرضى وإنقاذ المصابين يبدو غريباً إلا أن هناك مجموعة من المستشفيات في الأساس هي شركات ومشروعات فردية تسعى لتحقيق الربح وذلك من أجل البقاء والاستمرارية والتوسع، كما نجد أيضاً أن المستشفيات العامة قد تسعى للربح من خلال تخصيص بعض الأقسام للعلاج بأجر وتقديم بعض الخدمات التشخيصية بأجر رمزي وذلك من أجل زيادة دخلها وتدعيم القدرة المالية.

المطلب الثالث: أنواع المؤسسات الصحية :

إن وظائف المستشفيات هي التي تحدد طبيعتها وخصائصها، وهناك مجموعة من الأسس تستخدم غالباً لتصنيف ووصف أنواع المستشفيات، ومن أهمها: نمط الملكية والإشراف الربحية، مدة الإقامة، نوع الخدمة، حجم المستشفى، جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة⁶.

(1) نمط الملكية والإشراف:

يمكن تقسيم المستشفيات على أساس الملكية والإشراف إلى نوعين رئيسيين: مستشفيات حكومية ومستشفيات خاصة.

● **المستشفيات الحكومية:** وتعتبر إحدى أهم المؤسسات الصحية، وهي مملوكة للدولة وتديرها أجهزة حكومية من وزارات وهيئات ومؤسسات عامة، وفق تنظيمات ولوائح حكومية تحكم سير إجراءات العمل في القطاع العام ويمكن تصنيف المستشفيات الحكومية كما يلي:

- **مستشفيات حكومية عامة وخاصة وتخصيصية:** بالنسبة للمستشفيات الحكومية العامة فهي تابعة لوزارة الصحة والسكان غالباً، وأما المستشفيات الخاصة فهي تابعة لجهة معينة مثل: المستشفيات العسكرية والشرطة، بالإضافة إلى المستشفيات التابعة لمنشآت وهيئات معينة، وغالباً ما تقدم خدماتها للعاملين وأبنائهم بتلك الجهات.

أما المستشفيات التخصصية، فتشمل مستشفيات الولادة، العيون، الأنف والأذن والحنجرة، التأهيل والعظام، الأمراض المزمنة، مرضى الاحتياجات الخاصة، القلب، ومستشفيات الأطفال وغيرها وهناك مستشفيات تشمل أكثر من تخصص واحد.

- **المستشفيات الجامعية والتعليمية:** هي مستشفيات مملوكة للدولة، وإن كانت تابعة للجامعات، وتقدم خدماتها مجاناً أو مقابل رسوم زهيدة تغطي تكاليفها ومصاريفها الإدارية، ويقوم بإدارتها مجلس إدارة من أطباء كليات الطب المختلفة، وتحتوي على بعض الأقسام التعليمية التي تتيح فرصة التدريب العملي لطلاب الطب.

● **المستشفيات الخاصة:** وهي تشمل جميع المستشفيات باستثناء تلك التابعة للحكومة المركزية أو المحلية، وهذه المستشفيات تقدم الخدمات مقابل رسوم، وذلك عكس المستشفيات الحكومية التي تقدم الخدمات الصحية مجاناً.

ويمكن تقسيم المستشفيات الخاصة إلى قسمين أساسيين وهما 2: مستشفيات ذات طابع ربحي ومستشفيات ذات طابع غير ربحي.

- **مستشفيات ذات طابع ربحي:** هي المستشفيات التي قد يملكها شخص أو شركة أو هيئة... وذلك بهدف تحقيق مكاسب ربحية من خلال الخدمات المقدمة.

- **مستشفيات ذات طابع غير ربحي:** هي المستشفيات التي تتوافر فيها نفس خصائص ومميزات المستشفيات ذات الطابع الربحي، إلا أن الهدف من إنشائها يكون غالباً بهدف المساهمة في تقديم خدمة اجتماعية عامة لأفراد المجتمع. والعلاج في هذا النوع من المستشفيات ليس مجاناً، حيث أن الأموال المتحصل عليها من المرضى تصرف عادة على النفقات المتعلقة بتطوير خدمات المستشفى.

⁶ كحيلة نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، مذكرة الماجستير، تخصص تسيير الموارد البشرية، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، 2008/2009، ص 24، 26.

(2) الربحية:

بالرغم من أن الهدف العام من إنشاء المستشفيات هو تقديم الخدمات الصحية للأفراد، إلا أن هناك أهداف أخرى قد تكون أساسية، ومن بينها سعي المستشفيات لتحقيق الأرباح، وفي هذا السياق يمكن أن نميز بين ثلاثة أنواع من المستشفيات وهي كما يلي :

✓ **مستشفيات تهدف للربح:** وهي المستشفيات التي تعود ملكيتها عادة إلى أفراد هم في الغالب من الأطباء، والتي تكون عادة لغرض الربح، حيث تقوم بتقسيم أرباحها التي تكسبها من المرضى مقابل ما تقدم إليهم من خدمات على مؤسسها ومالكها وعلى المشاركين فيها، ويكثر هذا النوع من المستشفيات في الدول الرأسمالية.

✓ **مستشفيات خيرية:** وهي مستشفيات أنشئت من قبل إحدى الجهات الخيرية إما على هيئة جمعية خيرية أو دينية، فهي مملوكة لجمعيات أهلية غير حكومية، وتقدم خدمات صحية مقابل رسوم ضئيلة نسبياً، تستخدم في تطوير المستشفى، وتحسين مستوى أداؤها، وهي وإن كانت. تهدف إلى الربح نسبياً، إلا أنه يفضل أن تدرج ضمن النوع الثالث من المستشفيات .

✓ **مستشفيات لا تهدف إلى الربح:** وهي مستشفيات حكومية تقوم الدولة بتأسيسها بهدف تقديم الخدمات الصحية للأفراد من دون مقابل، أو مقابل رسوم رمزية زهيدة، ومثل هذا النوع من المستشفيات يكثر في الدول الاشتراكية.

(3) مدة الإقامة:

تعد إقامة المريض في المستشفى أساساً في تصنيف المستشفيات إلى مدة إقامة قصيرة أو طويلة، وغالباً ما تعتمد مدة ثلاثين يوماً وأقل كمعدل لإقامة المريض في المستشفى ضمن، المستشفيات قصيرة الإقامة، وإذا ما تجاوزت ذلك فيعد من المستشفيات طويلة الإقامة، ومنه يمكن تقسيم المستشفيات على هذا الأساس إلى قسمين هما:

- **مستشفيات قصيرة الإقامة:** ويصل متوسط فترة إقامة المريض فيها من يوم إلى ثلاثين يوم، مثل: مستشفيات الأطفال ومستشفيات أمراض النساء والتوليد.

- **مستشفيات طويلة الإقامة:** ويصل متوسط إقامة المريض فيها إلى أكثر من ثلاثين يوماً مثل: مستشفيات الحروق، مستشفيات الأمراض النفسية.

(4) نوع الخدمة:

تكون المستشفيات على نوعين :

- **مستشفيات عامة:** تضم اختصاصات متعددة، وتعالج أمراض مختلفة من خلال استقبال المرضى والمصابين بهذه الأمراض.

- **مستشفيات متخصصة:** تختص في علاج جزء معين من أجزاء الجسم (العين، الأعصاب، الأنف والأذن والحنجرة، الأمراض المزمنة... الخ).

5) حجم المستشفى :

يتحدد حجم المستشفى بناء على عدد أسرة الرجال والنساء والأطفال، ويستثنى من ذلك أسرة الأطفال حديثي الولادة.

وضمن هذا التصنيف نستطيع أن نميز بين الأنواع التالية :

- المستشفيات الصغيرة الحجم: وهي التي تحتوي على 100 سرير أو أقل.
- المستشفيات المتوسطة الحجم: وهي المستشفيات التي تحتوي بين 101 و 500 سرير.
- المستشفيات الكبيرة الحجم: وهي التي يزيد عدد أسرتها عن 500 سرير.

المبحث الثالث: ماهية الخدمات الصحية:

المطلب الأول: مفهوم الخدمة والخصائص المميزة لها:

الفرع الأول: مفهوم الخدمة:

من أهم التعاريف التي جاءت بها أدبيات تسويق الخدمات فالجمعية الأمريكية للتسويق عرفت الخدمة بأنها "النشاطات أو المنافع التي تعرض للبيع أو التي تعرض لارتباطها بسلعة معينة.⁷

إلا أن هذا التعريف لا يميز بصورة كافية بين السلعة والخدمة . وهناك تعريف لي : ستانتون يقول أن الخدمة هي : النشاطات غير محسوسة والتي تحقق منفعة للزبون أو المستفيد ، والتي ليست بالضرورة مرتبطة ببيع سلعة أو خدمة أخرى. أي أن إنتاج خدمة معينة أو تقديمها لا يتطلب استخدام سلعة مادية.

أما الباحث GRONOOS فعرفها كما يلي : هي أي نشاط أو سلسلة من الأنشطة ذات طبيعة غير ملموسة في العادة ولكن ليس ضروريا أن يحدث عن طريق التفاعل ليس المستهلك وموظفي الخدمة أو الموارد المادية أو السلع أو الأنظمة والتي يتم تقديمها كحلول لمشاكل العميل.

وبالنسبة إلى الباحث KOTLER أي نشاط أو انجاز أو منفعة يقدمها يرى أن الخدمة عبارة عن طرف ما لطرف آخر وتكون أساسا غير ملموسة ولا ينتج منها أية ملكية وأن إنتاجها وتقديمها قد يكون مرتبط بمنتج مادي أو لا يكون مرتبطا به.

كما عرفها Christiane Dumoulin على أنها : مجموعة من التصرفات التي تتم في زمن محدود ومكان معين من خلال وسائل مادية وبشرية لمنفعة معين أو مجموعة من الأفراد بالاعتماد على الإجراءات و سلوكيات منظمة .

عرف Jean Lapeyre الخدمة أنها : ذلك النشاط الذي يشكل قيمة اقتصادية بالاستجابة لحاجات و رغبات الزبون ، دون أن يتطلب ذلك الإنتاج شيء مادي ملموس .

ومن التعريفات السابقة للخدمة ، تتضح المضامين التالية:

- تكون الخدمة في الغالب غير ملموسة أو غير محسوسة.
- قد ترتبط الخدمة بمنتج ملموس أو مادي أو قد لا ترتبط بذلك.
- لا يمكن تملك الخدمة أو مقدمها ، وإنما يمكن الاستفادة من عرضها.
- الخدمة تدرك بالحواس من خلال المنفعة التي تقدمها للمستفيد.
- الخدمة تدرك بالحواس من خلال المنفعة التي تقدمها للمستفيد.

⁷عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، مرجع سبق ذكره، ص ص 15، 16.

- تتألف الخدمة من جوهر تدعمه خدمات تكميلية.

الفرع الثاني: خصائص الخدمات:

للخدمات خصائص تميزها عن غيرها من المنتجات الملموسة، والتي تعكس صفات وطبيعة الخدمات، ومن هذه الخصائص نجد ما يلي⁸:

1- اللاملموسية (اللامادية): تمثل هذه الخاصية حقيقة الخدمة لكونها لا ترى ولا يمكن لمسها قبل الإقدام على شرائها، وهي بذلك تختلف عن المنتجات السلعية التي يمكن للمستهلك اختيارها بشيء من التمعن بسبب خصائصها المادية. والمستهلك قد يحصل على شيء مادي ملموس ليمثل الخدمة، لكن في النهاية شراء الخدمة هو شراء شيء غير ملموس.

2- التلازمية (عدم الانفصال): وتعني التلازمية درجة الترابط بين الخدمة ذاتيا وبين الشخص الذي يتولى تقديمها، ويترتب على ذلك في كثير من الخدمات ضرورة حضور طالب الخدمة إلى أماكن تقديمها (أي تزامن العرض والطلب).

ويترتب على خاصية التلازمية للخدمة ما يلي :

و- وجود علاقة مباشرة بين المؤسسة الخدمية والمستهلك، وتعتبر هذه الخاصية مشتركة بين جميع الخدمات و إن كانت خدمات لا تتطلب بالضرورة حضور المستهلك شخصيا، مثل الخدمات الموجهة إلى ممتلكات المستهلك. كما يترتب على هذه الخاصية ضرورة مساهمة أو مشاركة مستهلك الخدمة في إنتاجها وعلى هذا الأساس، المؤسسة الخدمية لا تستطيع أن تنتج أو تباع خدماتها بالشكل المطلوب ما لم يساهم المستهلك في عمليات الإنتاج بشكل أو بآخر حسب طبيعة الخدمة التي يريد الانتفاع بها. -زيادة درجة الولاء، أي أن المستهلك يصر على الخدمة من شخص معين أو مجموعة أشخاص معينين، أو مؤسسة معينة.

3- عدم التماثل أو عدم التجانس: وتعني هذه الخاصية الصعوبة البالغة أو عدم القدرة في كثير من الحالات على تنميط الخدمات، وخاصة تلك التي يعتمد تقديمها على الإنسان بشكل كبير.

4- القابلية للتلاشي (فناء الخدمة): تعكس هذه الخاصية أن الخدمات لا يمكن تخزينها بهدف البيع أو الاستخدام اللاحق للمنتجات، فكلما زادت درجة اللاملموسية للخدمة انخفضت فرصة تخزينها وهذا ما يجعل تكلفة التخزين منخفضة نسبيا أو كميا في المؤسسات الخدمية، وهذا ما يمكن النظر إليه كنتيجة إيجابية لخاصية الفنائية، لكن في الوقت ذاته تعقد الأمور فيما يخص مواجهة تقلبات الطلب.

5- عدم الملكية: لا يتوفر في بيع الخدمات عنصر نقل الملكية كما هو الحال في بيع المنتجات الملموسة، وذلك لأن المستهلك له الحق فقط في استعمال الخدمة لفترة معينة، دون أن يمتلكها، فالدفع يكون بهدف الاستعمال أو الاستئجار للشيء فحسب، بينما في حالة شراء السلعة المستهلك له حق التصرف بها.

6- تذبذب الطلب: يتميز الطلب على بعض الخدمات بالتذبذب وعدم الاستقرار، فيه لا يتغير عبر فصول السنة فحسب، بل يتغير أيضا من يوم إلى آخر من أيام الأسبوع، وحتى من ساعة إلى آخر فالسفر إلى المنتجعات مثلا يتقلص في فصل الشتاء.

⁸ خامت سعيدة، عجو نورة، تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، مذكرة لنيل شهادة المستر، تخصص تسويق، معهد العلوم الاقتصادية، التجارية و علوم التسيير، 2012/2011، ص. 05.08.

المطلب الثاني: الخدمات الصحية:

الفرع الأول: تعريف الخدمة الصحية: تعرف على أنها: "العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصاً أو إرشاداً أو تدخلاً طبياً ينتج عنه رضا أو قبول وانتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل.⁹ كما تعرف الخدمة الصحية أيضاً بأنها: "مجموعة من الوظائف التي تعمل على إشباع الحاجات الإنسانية المرتبطة بالبقاء والاستمرار بشكل مباشر، وترتبط بالوظائف الأخرى للمجتمع كالوظيفة الاقتصادية، التعليمية، الاجتماعية وغيرها بشكل غير مباشر بحيث تعطي للمريض القدرة على التكيف البيئي عن طريق توفير الدعم لقدراته البيئية، الحسية والنفسية بما يمكنه من تحقيق الأداء المطلوب".¹⁰

الفرع الثاني: الخصائص المميزة للخدمات الصحية:

تتجسد الخصائص المميزة للخدمة الصحية المقدمة من قبل المؤسسات الصحية فيما يلي:¹¹

أولاً: عدم ملموسية الخدمات الصحية:

في المؤسسات الصحية لا يتضح تماماً ما الذي دفع المريض قيمته، فأولاً بما أن عملية الشفاء تقتضي بعض الوقت، وتنبور آراء المرضى حول جودة الرعاية التي تلقوها طوال هذا الوقت، وثانياً لا يمكن اختبار الرعاية قبل الاقتناع بتلقبها.

ثانياً: التلازم (تزامن الإنتاج والاستهلاك):

كون هذه المؤسسات قطاعاً خدمياً فإنها تنتج الخدمة وتستهلك في آن واحد ويعكس هذا أن الخدمة الصحية ليست منتجا يركب ويخزن ثم يباع فيما بعد، ومن سلبيات هذا التزامن في الإنتاج والاستهلاك التحدي الذي يشكله ضبط الجودة، أو ضمان فعالية الخدمة، وبسبب خاصية التزامن أيضاً لا يمكن استرجاع خدمة قدمت بجودة متدنية واستبدالها حتى لو تم تصحيح العملية التي أنتجتها وقدمت بجودة عالية لمرضى آخرين.

ثالثاً: عدم قابلية الخدمة الصحية للتخزين:

تصمم المؤسسات الصحية خدماتها لتقدمها بقدرة وإمكانية معينة في فترة زمنية محددة وإذا لم تستخدم هذه الطاقة في فترة محددة ستهدر هذه الخدمة.

رابعاً: مشاركة المريض في إجراءات الخدمة:

يعد المريض (أو حالاتهم المرضية) الذين يتلقون الرعاية مدخلات الخدمة، أما حالاتهم بعد التشخيص والعلاج فهي المخرجات، ومن ثم يتفاعل المريض والمؤسسة الصحية من خلال تقديم الرعاية.

خامساً: الاختلاف وعدم التجانس (التباين):

تتصف الخدمات الصحية بشكل خاص بالتباين وعدم التماثل لأنها تعتمد على مهارة وأداء سلوك مقدم الخدمة والزمان والمكان وعلى المعلومات التي يقدمها المريض لمقدم الخدمة الصحية، فالمريض يختلف أيضاً من حيث المزاج والسلوك ومستوى الاستجابة والتفاعل، فقد يعالج الطبيب مرضاه بطرق مختلفة وقد لا يقدم

⁹ نجاة صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص15.

¹⁰ دريدي أحلام، دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص16.

¹¹ دريدي أحلام، دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص17، 21.

نفس المستوى من الخدمات وهذا يعود إلى مدى استجابة المريض للطبيب وتعاونه معه وقت تقديم الخدمة، كما أن حالة الطبيب (متعب أو مرتاح، سعيد أو حزين) أثرا على الاختلاف وتباين الخدمة .

• الخصائص المميزة للخدمات الصحية عن باقي الخدمات:

- تتميز الخدمات الصحية بكونها عامة للجُمهور وتُسعى من تقديمها إلى تحقيق منفعة عامة ولمختلف الجهات والأطراف المستفيدة منها سواء كانوا أفراد أو المؤسسات.

- تتميز الخدمات الصحية لارتباطها بحياة الإنسان وشفائه وليس بأي شيء مادي آخر يمكن تعويضه وإعادة شراؤه بضرورة أن تكون على درجة عالية من الجودة ولذلك فإن معيارية الأداء للخدمات الصحية تكون عالية وتخضع إلى رقابة إدارية وطبية واضحة.

- تؤثر القوانين والأنظمة الحكومية على عمل المؤسسات الصحية عامة والمستشفيات خاصة، وعلى وجه التحديد إذا كانت تابعة للدولة أو للقطاع الخاص وذلك فيما يتعلق بتحديد منهج عملها والخدمات الطبية التي يقدمها والكيفية التي يتم بها ذلك.

- في المؤسسات الصحية تكون قوة اتخاذ القرارات موزعة إلى حد ما بين الإدارة ومجموعة الأطباء بينما في مؤسسات الأعمال عموما تكون قوة اتخاذ القرارات بيد شخص واحد أو مجموعة أشخاص يمثلون قمة الإدارة. -وجوب الاتصال المباشر بين المؤسسة الصحية والمستشفيات بصفة خاصة والمستفيد من الخدمة الصحية، إذ أن الخدمة الصحية لا يمكن تقديمها في الغالب إلا بحضور المريض نفسه للفحص والتشخيص والعلاج وإجراءات التحاليل.

- في المؤسسات الصحية يكون من الصعب تطبيق المعايير نفسها والمفاهيم الاقتصادية التي تطبق في خدمات أخرى على عملها، وذلك راجع لارتباط الخدمة الصحية بالإنسان.

-تتطلب الخدمة الصحية الانتشار المكاني والزمني ذلك لأنها تتميز في الغالب بالإلحاح والسرعة في أداؤها. -صعوبة تحديد وتقييم وقياس جودة الخدمة.

-تتكون الخدمة الصحية من عناصر يكمل بعضها البعض .

المطلب الثالث: أنواع الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية

هناك عدة أشكال للخدمات داخل المؤسسات الصحية فإما أن تصنف هذه الخدمات حسب طبيعتها وهذا ما ركزت عليه أغلب التصنيفات، أو على أساس التصنيف الذي تتبعه أغلب النظم الصحية العالمية أنها موجهة للصحة الشخصية أو العامة. تصنيف الخدمات الصحية كما يلي:

الفرع الأول: التصنيف على أساس طبيعة الخدمات الصحية:

تصنف الخدمات الصحية وفق هذا التصنيف إلى:

-الفحوصات والاستشارات: تمثل واجهة المؤسسة الصحية، فهي دافع الالتقاء والتفاعل بين طالبا لخدمة وعارضها.

-الخدمات السريرية: تؤمن الإقامة للمرضى، مكان عمل الأشخاص المعنيين بالرعاية الطبية (التشخيصات الطبية، الرعاية التمريضية) وكذلك الأشخاص غير المعنيين بالرعاية الطبية (عمال الصيانة، النظافة)، وفي مكان التفاعل مع العائلات.

-الأرضية التقنية: تضم الوسائل التكنولوجية التي تخص التشخيص والعلاج.

- خدمات الإمداد: تتكون من جميع الخدمات المدعمة للأنشطة السابقة مثل الترميم، الصيانة والنقل وهذه الخدمة قد يقوم بها قسم داخل المؤسسة أو توكل إلى طرف خارجي (مقدم خدمات).
- الخدمات الإدارية: تجمع مختلف الوظائف الإدارية (التخطيط، التوجيه، التنظيم، الرقابة) تنظم مختلف الأقسام والإدارات المالية والمحاسبية، إدارة الأفراد، إدارة المخزون.
- كما تأخذ الخدمات الصحية أشكالاً عديدة وفق هذا التصنيف هي :
- الخدمات الباطنية (وقائية أو علاجية): الطب العام والأخصائي، طب الأطفال، طب الأعصاب، والعديد من التخصصات الأخرى.
- الخدمات الجراحية: جراحة عامة، جراحة لكل الأم ارض الباطنية، جراحة أم أمراض النساء والولادة.
- الخدمات المساعدة: كالأشعة والتحليل.
- كما يعتمد هذا التصنيف على عدة مؤشرات وهي :
- من حيث الاعتمادية: حيث تنوع الخدمات الصحية استناداً إلى اعتمادها على السلع الملموسة كالتحاليل المختبرية أو الأشعة والجراحة ، وهناك خدمات أخرى تعتمد على العنصر البشري كالعلاج النفسي أو تشخيص المرض.
- من حيث حضور كل من المستفيد من الخدمة الصحية ومقدمها: مثل العمليات الجراحية وسحب الدم.
- من حيث نوع الحاجة: فقد تشبع الخدمات حاجة فردية مثل الفحص الشخصي في عيادة الطبيب أو الحاجة إلى حزمة منافع مثل الرقود في المستشفى حيث تقدم خدمات الإطعام والعناية لجميع الراقدين في المستشفى.
- من حيث أهداف مقدمي الخدمات الصحية: حيث يختلف مقدموا الخدمات الصحية في أهدافهم الربحية أو اللاربحية، ومن حيث الملكية المؤسسات الصحية الخاصة أو العامة، من حيث البرامج التسويقية والأهداف لمستشفى خاص عن تلك البرامج المطبقة في المستشفيات عامة، والأهداف التي تسعى لتحقيقها.
- الفرع الثاني: التصنيف على أساس التوجه للصحة الشخصية أو العامة:**
- يعد هذا التصنيف من أكثر التصنيفات الشائعة حيث يصنف الخدمات الصحية إلى نوعين :
- الخدمات الصحية الشخصية: ويقصد بها الخدمات الوقائية العلاجية أو التأهيلية التي تقدم للفرد من قبل الطبيب أو من قبل المؤهلين للتشخيص والعلاج والرعاية الشخصية كأخصائي المختبر، الأشعة، التغذية، العلاج الطبيعي والتمريض، فزيارة المريض للطبيب أو لأخصائي العلاج الطبيعي بقصد العلاج هما من صور الخدمات الصحية الشخصية، وتتضمن الخدمات الصحية أنواعاً مختلفة من الخدمات نوجزها فيما يلي:
- خدمات الرعاية الخارجية: وهي الخدمات الصحية التي لا تشمل على رعاية إيوائية للمستفيدين ويقدم هذا النوع من الخدمات عادة في عيادات الأطباء الخاصة أو التابعة للعيادات الخارجية للمستشفى أو في قسم الطوارئ الملحق به، أو في مراكز الرعاية الصحية الأولية وكذلك في مراكز العلاج الطبي.
- خدمات الرعاية الداخلية في المستشفيات: ويقصد بها خدمات الرعاية الصحية الإيوائية أو الإستشفائية التي تقدم للمرضى الذين تقتضي حالتهم الصحية الإقامة في المستشفيات العامة أو التخصصية بقصد التشخيص والعلاج لفترات لا تتجاوز ثلاثين يوماً.
- خدمات الرعاية الطويلة الأجل: وهي خدمات صحية تجمع بين نمطي الرعاية السالفة الذكر، وتتجاوز مدة الإيواء في الغالب الثلاثين يوماً، وأغلب المستفيدين من هذه الخدمات هم الأشخاص الذين يعانون من أشكال

من الإعاقة والأمراض المزمنة ومن أمثلة هذه الخدمات مستشفيات الصحة النفسية، الخدمات الصحية المقدمة في المصحات ودور النقاهاة ومراكز الرعاية الإيوائية الشاملة الخاصة بالمعوقين والمسنين ودور التمريض، فضلا عن تلك الخدمات التي يقدمها أخصائيو الرعاية التمريضية المنزلية للأشخاص الذين هم بحاجة إلى عناية الآخرين ولا سيما المسنين، لكن حالتهم الصحية لا تقتضي بقائهم في المستشفى.

-خدمات الصحة العامة: وهي الخدمات الصحية التي تستهدف حماية صحة المواطنين والارتقاء بها وتتولى الدولة عادة مسؤوليات تقديم هذه الخدمات التي تشتمل في المقام الأول على الأنشطة الآتية:

- مكافحة الأمراض المعدية وخاصة المتوطن منها مراقبة الجوانب المهمة في صحة البيئية، كسلامة الهواء، الغذاء الملائم، التخلص من النفايات ومعالجة مياه الصرف الصحي.
- الإشراف المباشر على رعاية الأمومة والطفولة مع التركيز بصفة خاصة على التركيز على برامج التحصين القيام بالفحوص المخبرية ذات الصلة بميدان الصحة العامة.
- توعية المواطنين وتبصيرهم بالمشكلات الصحية السائدة وبأوجه الاستفادة المثلى من الخدمات الصحية المتاحة.
- وضع التشريعات واللوائح التنظيمية والضوابط والسياسات والإستراتيجيات والخطط التي تكفل الحفاظ على صحة المواطنين ورفاهيتهم.

خلاصة الفصل:

إن الهدف الأساسي لأي نظام صحي هو ضمان وتوفير مستوى صحي أمثل للفرد والمجتمع، وذلك بالاعتماد على ما يتوفر له من إمكانيات وموارد، ولتحقيق هذا الهدف لا بد أن يضمن النظام الصحي تقديم خدمات صحية نوعية للأفراد، هذا من جهة، ومن جهة أخرى عليه أن يسعى إلى التخفيض من معدلات الوفيات ومعدلات حدوث الأمراض والحوادث والإعاقات في المجتمع. وتستطيع المستشفيات بإمكانياتها الفنية والبشرية، تقديم كافة أنواع الخدمات الصحية دون غيرها من المؤسسات الصحية الأخرى، إضافة إلى الخدمات العلاجية والوقائية، أصبحت مراكز للتدريب والتعليم، والأبحاث العلمية والاجتماعية.

الفصل الثاني: إدارة الجودة الشاملة في

المؤسسات الصحية

تمهيد:

يعد مفهوم إدارة الجودة الشاملة من المفاهيم الإدارية الحديثة التي أصبحت محل اهتمام العديد من الباحثين و الدارسين و الممارسين، كما وقد أصبحت مرتكزات هذا المفهوم و أساليبه المتمثلة في الاهتمام بالمستفيد و ضبط الجودة من خلال العمليات الإحصائية و ضرورة توفير الثقافة التنظيمية المساندة للتغيير تمثل الإطار الأساسي لأسلوب الإدارة في كثير من المنظمات، على غرار المنظمات الصحية، حيث أصبح تبني تطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة في مختلف المنظمات الصحية، كإستراتيجية تهدف إلى التحسين المستمر في مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة للزبائن (المرضى)، يساهم في رفع مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة بها، وهو ما يؤدي إلى استقطاب أكبر قدر ممكن من العملاء أو الزبائن، ويخلق ميزة تنافسية كبيرة بين مختلف المنظمات. و تجدر الإشارة إلى أن نجاح أو فشل برنامج الجودة الشاملة يتحقق عن طريق تضافر عوامل مختلفة مثل ثقافة المنظمة، البنية التحتية ومدى استعداد النظام لتنفيذها.

المبحث الأول: تطور مفهوم الجودة.

المطلب الأول: ماهية الجودة:

مفهوم الجودة: تعددت مفاهيم الجودة:

تعرف الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية الجودة بأنها "درجة الالتزام بالمعايير الحالية و المتفق عليها للمساعدة في تحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو مشكلة طبية معينة"¹

ويعرف جابلونسكي الجودة بأنها "تلك الصفات المميزة للمنتج أو خدمة ما، التي يقرن المستفيد بها قيمة هذه الصفات بالجودة.

ويرى إيشيكاوا أن الجودة قد يتسع مداها ليشتمل على جودة العمل، جودة الخدمة، جودة المعلومات، التشغيل و جودة القسم و النظام، وجودة الناس(المدرين التنفيذيين و المهندسين و الموظفين و العمال) وجودة الأهداف و غيرها. مما يجعل مراقبة الجودة و أبعادها المتعددة من الأدوات الأساسية لتحقيق الأهداف المنشودة. و يعرف جوران و جارونا الجودة بأنها "ملائمة الاستعمال" وهذا يعني أن السلع و الخدمات يجب أن تلبي احتياجات المجتمع الذي سيستخدمها.

و يشرح ديمينغ أن الجودة ممكن تحقيقها عن طريق تحسين العملية، بحيث تسهم في زيادة تماثل مخرجات الإنتاج و تقليل الأخطاء و الازدواجية في العمل، كما تسهم في تقليل ضياع الوقت و الموارد وبالتالي زيادة الإنتاجية بمجهود أقل. ومن هذا المنطلق يؤكد ديمينغ "أن الجودة عبارة عن تخفيض مستمر للخسائر و تحسين مستمر للجودة في جميع النشاطات.

المطلب الثاني: المدخل التقليدي للجودة:

يتضمن المدخل التقليدي للجودة ثلاث مراحل متتالية هي الفحص، ضبط الجودة وتأكيد (ضمان) الجودة²:
1- الفحص: كانت تحليلات الجودة تركز فقط على فحص المنتج، وكان القرار الرئيسي السائد خلال تلك الحقبة هو القرار الخاص بتحديد متى يتم فحص المنتجات وما هو عدد المنتجات التي تخضع للفحص.

وتتضمن عملية الفحص الأنشطة المتعلقة بقياس واختبار وفتيش المنتج وتحديد مدى مطابقة المنتج للمواصفات الفنية الموضوعية، وبالتالي فإن المنتجات المطابقة للمواصفات الفنية يمكن تسليمها إلى العميل، أما المنتجات غير المطابقة للمواصفات الفنية، فإنها إما أن تلتف أو يعاد العمل عليها أو يتم بيعها بأسعار أقل. وترتكز عملية فحص المنتج فقط على اكتشاف الأخطاء والقيام بتصحيحها، فالخطأ أو العيب أو التلف قد حصل فعلا، وعملية الفحص اكتشفت الخطأ ولكنها لم تقم بمنعه من الأساس.

2- ضبط الجودة: يشمل ضبط الجودة كافة النشاطات والأساليب الإحصائية التي تضمن المحافظة على مطابقة المنتج أو الخدمة للمواصفات الموضوعية. وهنا تم التركيز على حاجات العميل وتحديدها من خلال الأبعاد المتمثلة في جودة التصميم وجودة المطابقة، ولتحقيق ذلك ركزت هذه المرحلة على عمليات الفحص والوقاية التي بإمكانها

¹ د. خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات في القطاع الصحي، الرياض، 1997، ص 43، 45.

² محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة: مفاهيم وتطبيقات، الطبعة الثانية، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص 25.

تحسين الجودة والوصول بالمنتج إلى درجة المطابقة بين ما تم تصميمه وما يرغبه العميل، كل ذلك يجب أن يتم في حدود التكلفة التي تناسب العميل.

3- تأكيد الجودة: هو مجموعة من الأنشطة التنفيذية والمخططة داخل نظام ما والضرورية من أجل توفير ثقة كافية بأن المنتج أو الخدمة يحقق متطلبات الجودة، وبتعبير آخر يعني تأكيد الجودة التركيز على عدم حدوث الأخطاء، وذلك بالتأكد من أن كل العمليات قد أديت بالصورة الصحيحة من أول مرة باعتماد أسلوب الرقابة الشاملة على كافة العمليات من مرحلة تصميم المنتج حتى مرحلة وصوله للسوق واستلامه من قبل العميل، والرقابة الشاملة لا تتحقق إلا بتكافل جهود مشتركة من الإدارة المعنية بتنفيذ مراحل العمل.

المطلب الثالث: المدخل الحديث للجودة (إدارة الجودة الشاملة).

1- مفهوم إدارة الجودة الشاملة: تعددت التعاريف التي تناولت مفاهيم إدارة الجودة الشاملة، ويمكن تصنيفها إلى ثلاث مجموعات كما يلي³:

• المجموعة الأولى: تركز على كيفية أداء إدارة الجودة الشاملة. ويقسم مصطلح إدارة الجودة الشاملة إلى

مفرداته الثلاثة: الإدارة، الجودة، الشاملة، نوضحها فيما يلي:

-الإدارة: تعني التطوير والمحافظة على إمكانية المؤسسة من أجل تحسين الجودة بشكل مستمر وتبدأ الإدارة بالإدارة العليا وتنتهي بكل العاملين، أو أنها تخطيط وتنظيم وتوجيه ومراقبة كافة النشاطات المتعلقة بتطبيق الجودة، كما يتضمن ذلك دعم نشاطات الجودة وتوفير الموارد اللازمة.

-الجودة: تعني الوفاء بمتطلبات العميل، بل وتتجاوزها إلى تلافي العيوب والنواقص من المراحل الأولى للعملية بما يرضي العميل، وتضم الجودة: جودة المنتج، جودة الخدمة، جودة المسؤولية الاجتماعية، جودة السعر وتاريخ التسليم، أو هي بشكل موجز تلبية متطلبات العميل وتوقعاته.

-الشاملة: تعني البحث عن الجودة في أي مظهر من مظاهر العمل ابتداء من التعرف على احتياجات العميل وانتهاء بتقييم رضاه عن المنتجات أو الخدمات المقدمة إليه وتضم:

-كل المؤسسة.

-كل العاملين.

-في كل مجالات العمل.

• المجموعة الثانية: تركز على مبادئ إدارة الجودة الشاملة حيث:

تعرف منظمة التقييس العالمية إدارة الجودة الشاملة بأنها "عقيدة أو عرف متأصل وشامل في أسلوب القيادة والتشغيل لمؤسسة ما، يهدف التحسين المستمر في الأداء على المدى الطويل، من خلال التركيز على متطلبات وتوقعات العملاء، مع عدم إغفال متطلبات المساهمين وجميع أصحاب المصالح الآخرين"⁴:

وقد عرفها المعهد الفدرالي الأمريكي بأنها "القيام بالعمل السليم بالشكل الواضح والصحيح منذ البداية، مع الاعتماد على تقييم العميل في معرفة مدى التحسن في الأداء، وذلك باستخدام الطرق الكمية لإحداث التطوير المستمر في المؤسسة"⁵.

³ بوحنية قوي، "تنافسية مخرجات الجامعة في ظل العولمة: تطوير فلسفة وأداء التعليم العالي في إطار نظرية إدارة الجودة الشاملة TQM، مجلة الحقيقة، العدد السادس، جامعة أدرار، ماي، 2005، ص ص63، 65.

⁴ محمد عبد الوهاب العزاوي، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص 39.

وفي تعريف أشمل تعرف الجودة بأنها " فلسفة ومجموعة من المبادئ الرشيدة التي تعد كأساس للتحسين المستمر للمؤسسة، وهي أيضا تطبيق لأساليب كمية وجهود شاملة للمؤسسة تسعى إلى تهيئة وخلق مناخ يقوم العاملون فيه بتحسين مستمر لقدراتهم من أجل تحسين جميع العمليات المنفذة وتحسين الدرجة التي يفي بها منتج المؤسسة احتياجات العميل الحالية والمستقبلية، فإدارة الجودة الشاملة تعمل على تحقيق تكامل الأساليب الإدارية والأدوات الفنية وجهود التحسين المبذولة من أجل التركيز على التحسين المستمر.⁶

• المجموعة الثالثة: تركز على الأهداف والنتائج:

تعرف إدارة الجودة الشاملة بأنها " فلسفة الإدارة التي تبحث في الإتصال بجميع أعضاء المؤسسة لكي تحقق الجودة العالية والتحسين المستمر والتركيز على العملية والإهتمام بالعميل الداخلي والخارجي والذي يؤدي بالنتيجة إلى أفضل المخرجات، والتي تؤدي إلى رضا العملاء وتحقيق الأرباح للمؤسسة.⁷

2- مبادئ إدارة الجودة الشاملة:

يتطلب تفعيل فلسفة إدارة الجودة الشاملة داخل مؤسسة ما سواء كانت إنتاجية أو خدمية توفر عدة مبادئ تتناسب وتتكامل فيما بينها لتحقيق أهدافها، والتي نعرض أهمها فيما يلي:

-دعم الإدارة العليا: إن نجاح المؤسسة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة، يعتمد على دعم الإدارة العليا والتزامها وقناعتها بتبني هذه الفلسفة في كل أنشطة وعمليات وأقسام المؤسسة. وتقوم الإدارة العليا بدور قيادي لتنسيق الجهود وتوحيدها من أجل تحقيق أهداف المؤسسة ويكون التطوير والتنفيذ مهمة العاملين من خلال فرق العمل، انطلاقا من فرضية أن الأفراد أكثر قدرة على تطوير وتحسين الأعمال التي يؤديونها، ولكي يتحقق نجاح إدارة الجودة الشاملة يجب أن تلتزم الإدارة العليا بهذا المفهوم الحديث، ولضمان ذلك الالتزام وإقناع الآخرين به لا بد أن يبدأ التطبيق في قمة الهرم التنظيمي، ثم ينحدر للمستويات الدنيا، وأن تلتزم القيادة الإدارية بدعم وتشجيع التغيير من الإدارة التقليدية إلى إدارة الجودة الشاملة من خلال تمكين فرق العمل من إجراء التغييرات المقترحة، ودون التزام الإدارة العليا بهذا المبدأ سيكون مصير إدارة الجودة الشاملة الفشل، ولن تكون هناك جدوى من الاستثمار فيها.⁸

-التركيز على العميل: يشمل مصطلح العميل في إدارة الجودة الشاملة كلا من العميل الداخلي والعميل الخارجي. ويقصد بالعميل الخارجي ذلك الفرد الذي تتمحور حوله كافة الأنشطة والجهود من أجل تحقيق رغباته، وتحفيزه على اقتناء المنتج، أما العميل الداخلي فيمثل الأفراد العاملين في الوحدات التنظيمية المختلفة للمؤسسة. وقد أشارت منظمة الجودة البريطانية للعملاء بشمولية أكبر، حيث عرفت العملاء بأنهم المستثمرون والموظفون وأصحاب المصالح والموردون والمجتمع بأسره وأي شخص له علاقة معينة بالمؤسسة.

⁵ صالح ناصر عليمات، إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات التربوية: التطبيق ومقترحات التطوير، الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2004، ص19.

⁶ بوحنية قوي، مرجع سبق ذكره ص 64

⁷ غسان قاسم داود اللامي، أميرة شكر ولي البياتي، إدارة الإنتاج والعمليات: مرتكزات كمية ومعرفية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص 527

⁸ عبد الله بن موسى الخلف، ثالث التميز: تحسين الجودة و تخفيض التكلفة وزيادة الانتاجية، مجلة الإدارة العامة، العدد الأول، الرياض، ماي، 1997، ص137.

ولذلك ينبغي على المؤسسة أن تضع في حساباتها الأنشطة التي من شأنها أن تحقق للعميل الجودة العالية التي تنسجم مع ضرورة تعزيز الثقة بينه وبين المؤسسة، إذ يعتبر كسب ولائه ورضاه وثقته الهدف الأسمى الذي ينبغي التركيز عليه في كافة الأنشطة التشغيلية التي تؤدها المؤسسة⁹

-التحسين المستمر: إن إدارة الجودة الشاملة ليست برنامجاً تعرف بدايته ونهايته سلفاً، بل هي جهوداً للتحسين والتطوير بشكل مستمر ودون توقف، لأن إدارة الجودة الشاملة قائمة على مبدأ أن فرص التطوير والتحسين لا تنتهي أبداً مهما بلغت كفاءة وفعالية الأداء، كما أن مستوى الجودة ورغبات وتوقعات العملاء ليست ثابتة، لذلك يجب تقويم الجودة والعمل على تحسينها بشكل مستمر وفق معلومات يتم جمعها وتحليلها بشكل دوري¹⁰. إن التحسين المستمر عملية شاملة تتضمن كافة أنشطة المؤسسة سواء المدخلات أو عمليات التحويل أو المخرجات وحتى انتقال المخرجات إلى العميل. وقد ينتج عن عملية التحسين المستمر تخفيض في المدخلات، أو زيادة في المخرجات أو تحسين جودة المخرجات، أو ارتفاع مستوى رضا العاملين والعملاء.

-اتخاذ القرارات بناء على المعلومات: لا بد أن تمتاز المؤسسات التي تطبق إدارة الجودة الشاملة بقرارات مبنية على حقائق وبيانات صحيحة، وليس مجرد اقتراحات أو توقعات مبنية على أساس الرأي الشخصي، وخاصة أن المؤسسات تواجه تغيرات متسارعة في العلم والتكنولوجيا والمنافسة، إذ لا بد من تقليل حالات عدم التأكد، وذلك بالإعتماد على الأساليب الكمية المعدة لهذا الغرض مثل شجرة القرارات وغيرها، ومن الممكن أيضاً استخدام نظام المعلومات الإدارية والحاسوبية في هذا المجال، وذلك لمساعدة المديرين في تشخيص نقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات.¹¹

-التركيز على العمليات والنتائج معا: عندما نحصل على منتج لا يلي احتياجاتنا أو يزيد من توقعاتنا، فإننا عادة ما نذهب إلى المنافس، أو نشتكى إذا اعتقدنا بأن الشكوى ستؤدي إلى نتيجة وفي ظل إدارة الجودة الشاملة نستخدم هذه النتائج الناقصة، أو التوقعات غير الملباة كأعراض أو مؤشرات على أن شيئاً ما يتم خطأ في العمليات التي أدت إلى إنتاج هذه المنتجات. وتفضي هذه الأعراض إلى خطة عمل لتصحيح هذه الأخطاء أو نواحي القصور، ولا شك أن استخدام المدخل الهيكلي لحل المشاكل يجعل بالإمكان التحرك المستمر نحو تحسين جودة السلع أو الخدمات.¹²

وبالتالي يجب تركيز الجهود على إيجاد حلول مستمرة للمشاكل التي تعترض سبيل تحسين جودة المنتجات، فالنتائج المعيبة تعتبر مؤشراً على عدم الجودة في العمليات ذاتها.

-الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها: إن إعطاء الاهتمام للعمليات والنتائج معا، يجعل من الممكن تطبيق مبدأ الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها.

لقد اعتقد المديرون بأنهم يستطيعون فحص الجودة داخلياً، وعند حدوث خطأ في إنتاج بعض المنتجات أو الخدمات يكتفون من عملية الفحص بزيادة عدد الفاحصين، وهذا عكس ما يحدث في إدارة الجودة الشاملة،

⁹ خضير كاظم حمود، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الثانية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2005، ص 99.

¹⁰ محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة، مفاهيم وتطبيقات، دار وائل للنشر و التوزيع، الطبعة الثانية، عمان، 2009، ص 182.

¹¹ مؤيد عبد الحسين الفضل، يوسف حجيم الطائي، إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلى المستهلك: منهج كمي، الطبعة الأولى، مؤسسة الورق للنشر والتوزيع، عمان، 2004، ص 368.

¹² جوزيف جابلونسكي، تطبيق إدارة الجودة الشاملة: نظرة عامة، ترجمة عبد الفتاح السيد النعماني، الجزء الثاني، مركز الخبرات المهنية للإدارة،

القاهرة، 1996، ص 56

حيث يتم تطبيق المدخل الهيكلي لحل المشاكل، وتخصيص الاستثمار الضروري لفهم اختلاف العملية، والقيام بعملية المراقبة الضرورية للتأكد من أن كل سلعة أو خدمة تلبى الجودة المقبولة والمتنبأ بها.¹³

-حشد خبرات القوى العاملة: إن أحد أهم الفروقات بين إدارة الجودة الشاملة والأفكار التقليدية في تحليل وتحسين الجودة هو قضية من يقوم بالتحليل، فبمقتضى العمل بإدارة الجودة الشاملة يعتبر العامل هو الخبير في تحليل وتحديد المعلومات التي تحول دون تحسين عمليات العمل، هذا التوجه من الممكن أن يشجع الإبداع ويرفع الروح المعنوية، كما يؤدي إلى التزام و ولاء أكبر نحو المؤسسة.¹⁴

-التغذية العكسية: يسمح هذا المبدأ من مبادئ إدارة الجودة الشاملة، للمبادئ السابقة أن تحقق النتائج المطلوبة منها، وفي هذا المجال تلعب الاتصالات الدور الرئيسي لأي منتج، ومن ثم فإن النجاح في الحصول على التغذية العكسية، والتي تتحقق في الوقت الملائم، تعتبر من العوامل الأساسية التي تساهم في تمهيد وزيادة فرص النجاح والإبداع.

إن الاستطلاع المستمر لرأي العملاء حول مستوى جودة المنتج، يوضح للمؤسسة مدى رضاهم عنها، فنتائج الاستطلاع والتقييم تعد معياراً للحكم على مدى نجاحها في تحقيق الرضا والسعادة لعملائها، كما تعتبر مصدراً للأفكار والاقتراحات التي يجب الاهتمام بها.¹⁵

والجدير بالإشارة أن التغذية العكسية تمثل جزءاً أساسياً من أجزاء النظام، والمتمثل في المدخلات والعمليات التحويلية والمخرجات، وبالتالي فإن فلسفة إدارة الجودة الشاملة تقوم على أساس تحقيق التكامل بين النظامين الفني والاجتماعي، من خلال نظام إداري يركز على الوفاء باحتياجات كل من العملاء، العاملين وأصحاب الأموال، إضافة إلى المتطلبات الفنية.¹⁶

وتنطبق هذه المبادئ على أي مؤسسة بصورة عامة، حيث أنها تشكل في مجموعها العوامل الرئيسية التي تحدد نجاح برنامج إدارة الجودة الشاملة، وعلى الرغم من عمومية هذه المبادئ في معظم البرامج التي تعنى بتحسين الجودة، إلا أن مجرد تبنيها لا يضمن النجاح، لأنه إذا لم يتم تنفيذها بشكل صحيح فإنها قد تتسبب في خلق نوع من الخلط والإرباك. وفي حين تبدو هذه الأسس بديهية، إلا أن العديد من المؤسسات وجدت صعوبة في تنفيذها، بسبب ما يتطلبه ذلك من جهد، واستغراق للوقت، وعدم تركيز في كثير من الأحيان على المحور الذي تدور حوله الجودة. ويعتقد بعض منتقدي الجودة أن مبادئها غارقة في الجانب النظري، وواسعة بحيث يصعب تنفيذها عملياً.

وجدير بالملاحظة أنه لا يمكن لطريقة بمفردها أن تحوي جميع مفاتيح النجاح للجودة، كما أنه لا توجد قاعدة ثابتة صالحة للتطبيق لكل حالات المؤسسة وثقافتها، لذلك فإن نجاح أو فشل برامج إدارة الجودة الشاملة

¹³ عبد الرحمن توفيق، "الجودة الشاملة: الدليل المتكامل"، إصدارات بميك، العدد 45، مركز الخبرات المهنية للإدارة، القاهرة، 2003، ص 46، 47.

¹⁴ ستيفن كوهين، رونالد براند، إدارة الجودة الكلية في الحكومة دليل عملي لواقع حقيقي، ترجمة عبد الرحمن بن أحمد هيجان، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1997، ص 49، 53.

¹⁵ فريد عبد الفتاح زين الدين، تخطيط ومراقبة الإنتاج: مدخل إدارة الجودة، دار الكتب، القاهرة، 1997، ص 555.

¹⁶ راتب السعود، "إدارة الجودة الشاملة: نموذج مقترح لتطوير الإدارة المدرسية في الأردن"، مجلة جامعة دمشق، المجلد 18، العدد الثاني، دمشق، 2002، ص 94.

يتحقق عن طريق تظافر عوامل مختلفة، كثقافة المؤسسات التي تؤدي بدورها إلى تحقيق الجودة الشاملة، والبنية التحتية المناسبة للجودة، ومدى استعداد النظام لتنفيذها¹⁷.

3- مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

إن فهم العناصر الأساسية لإدارة الجودة الشاملة في حد ذاته يمثل أولى الخطوات الرئيسية في تحقيق الجودة، غير أن هذا الفهم يستلزم ترجمته إلى واقع من خلال مراحل يتم تحديدها من أجل التطبيق، تطبيق إدارة الجودة الشاملة يمر بخمس مراحل:

• المرحلة الصفرية (الإعداد):

يتمثل الهدف الأساسي من هذه المرحلة في اعتبار الجودة الشاملة جزءاً من ثقافة المؤسسة، والتركيز على الدعم التام من قبل الإدارة العليا للمؤسسة، وتتضمن هذه المرحلة الخطوات التالية¹⁸:
- تعزيز الوعي بأهمية التطوير المستمر، وذلك من خلال التشخيص العملي لمشاكل المؤسسة، وبيان التحديات التي تواجهها.

- تحديد احتياجات المستفيدين ومتطلباتهم واتجاهاتهم ورغباتهم، واعتبارها أساساً مهماً من أسس صياغة أهداف المؤسسة.

- تعريف قيادات المؤسسة بالأسس الفكرية لإدارة الجودة الشاملة.

- التزام القيادات الإدارية بفكر التميز الإداري والجودة الشاملة، فضلاً عن مساندة تطوير أداء العاملين.

• مرحلة التخطيط:

تبدأ هذه المرحلة بإرساء حجر الأساس لعملية التغيير داخل المؤسسة، حيث يقوم الأفراد الذين يشكلون مجلس الجودة باستعمال البيانات التي تم تطويرها خلال مرحلة الإعداد لتبدأ مرحلة التخطيط الدقيق¹⁹.

وتتضمن مرحلة التخطيط القيام بعدة نشاطات من أهمها²⁰:

- تحليل البيئة الداخلية بما فيها من عناصر القوة ونقاط الضعف.

- تحليل البيئة الخارجية سواء الفرص المتاحة أو التهديدات المتوقعة، وذلك بهدف الاستعداد لها مسبقاً.

- صياغة الرؤيا القيادية التي تعكس طموحات المؤسسة خلال الفترة القادمة لفترة تتراوح بين خمسة إلى عشرة سنوات.

- وضع رسالة المؤسسة من خلال تحديد سبب وجود المؤسسة، أي النشاطات الرئيسية التي تؤديها والأسواق المستهدفة.

- وضع الأهداف الإستراتيجية بعيدة المدى لتكون متوافقة مع رسالة المؤسسة بالإضافة إلى وضع الاستراتيجيات الكفيلة بالوصول إلى هذه الأهداف.

- اختيار مدير الجودة في المؤسسة ليكون مسؤولاً عن كافة النشاطات المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة.

¹⁷ ديونج شين وآخرون، " جوانب تنفيذية حاسمة في إدارة الجودة الكلية"، ترجمة محمد بن أحمد العبيدي، مجلة الإدارة العامة، المجلد التاسع والثلاثون، العدد الأول، معهد الإدارة العامة، الرياض، أبريل، 1999، ص 205، 206.

¹⁸ قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات و تطبيقات، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان، 2009، ص 192.

¹⁹ خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، مرجع سبق ذكره، ص 85.

²⁰ محفوظ أحمد جودة، مرجع سبق ذكره، ص 215، 2016.

-تنفيذ برامج تدريبية لفرق العمل المختلفة في موضوعات الجودة والتعاون وعمل الفريق.
-دراسة توقعات العملاء ومتطلباتهم فيما يتعلق بخصائص الجودة المطلوبة.
-تصميم خطط التنفيذ المتعلقة بالمرحلة التالية، مع الأخذ بعين الاعتبار الموارد المادية والبشرية المتاحة للمؤسسة.

● مرحلة التقدير والتقويم

تشمل هذه المرحلة أربع خطوات كما يلي²¹:

-التقويم الذاتي: تبدأ عملية التقويم الذاتي بعدد من التساؤلات المهمة، والتي يمكن في ضوء الإجابة عليها تهيئة المناخ المناسب للمديرين للبدء في تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
-التقدير التنظيمي: تهدف عملية التقدير التنظيمي إلى توفير أداة ضرورية لفهم المؤسسة وجميع العاملين فيها، حيث أنه من الضروري أن يتم تقييم الوضع الحالي للمؤسسة، وتقييم العوامل المتعددة، والتي يمكن أن تقود المؤسسة إلى الأفعال الإيجابية التي تركز على التحسين المستمر.
-دراسة العملاء: تهدف هذه العملية إلى التعرف على مدى رضا العملاء، وعلى ما يقترحونه من مجالات التحسين والتطوير خلال لقاءات عمل أو من خلال الاتصالات.
-التغذية العكسية لتقييم التدريب: تشكل التغذية العكسية المكتسبة من خلال تقييم التدريب الخطوة الأخيرة لمرحلة التقويم، ويمكن الاستفادة منها في التعرف على ردود أفعال المشاركين في الدورات التدريبية من العاملين والمديرين أعضاء فرق العمل، وآرائهم، واقتراحاتهم في إمكانية تحسين الأداء.

● مرحلة التطبيق:

تحتوي هذه المرحلة على الخطوات التالية

❖ اختيار المشرف على التدريب بالمؤسسة: وهو يتمتع بالخبرة والمعرفة اللازمة بشؤون وقضايا إدارة الجودة الشاملة، كما أنه غالباً ما تتم دعوته من قبل هيئات خارجية متخصصة في التدريب.

❖ تدريب المديرين والمرؤوسين: والذي يتضمن ما يلي:

-الإدراك والوعي بأهمية إدارة الجودة الشاملة.
-التدريب على اكتساب المعرفة والمهارات التي تخص مهارات بناء الفرق، ديناميكية الجماعة، الاتصال، وحل المشاكل.
-تشكيل فرق العمل: ويتم في هذه الخطوة تشكيل فرق عمل تساهم في جمع المعلومات وإعطاء الاقتراحات والحلول الممكنة للمشاكل المطروحة، والتي تخص مجال الجودة.
-التطبيق على مشروعات تحسين تجريبية: من أجل استخدام نتائج التحسين والتوسع في تطبيقها على مستوى المؤسسة ككل²².

²¹ جمال طاهر أبو الفتوح حجازي، إدارة الإنتاج و العمليات:مدخل إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، مكتبة القاهرة للطباعة و التصوير، القاهرة، 2002، صص343،344.

²² عبد الفتاح محمد سليمان، الدليل العملي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في شركات ومشروعات التشييد، إيتراك للطباعة والنشر، القاهرة، 2001، ص 25.

● مرحلة تبادل ونشر الخبرات:

إن إنجاز المراحل السابقة يزود المؤسسة بأساس معرفي جوهري، فالسياسة قد حددت و الاعتراضات على التغيير قد تم التغلب عليها، وقصص النجاح يمكن أن تتحدث عنها فرق العمل، وحتى هذه النقطة، ومع الخبرة الجديدة المكتسبة، يجب دعوة الأطراف الأخرى في المؤسسة للمشاركة، وهذه الأطراف يمكن أن تشمل المؤسسات الفرعية ووحدات الأعمال الإستراتيجية، الفروع، الموردين، البائعين والأقسام المختلفة داخل المؤسسة، وتتم التوصية بتبادل ونشر الخبرات بمجرد الحصول على المصادقية بواسطة المؤسسة الأم المطبقة لإدارة الجودة الشاملة.²³

4-مستويات تطبيق إدارة الجودة الشاملة:هناك خمس مستويات لإدارة الجودة الشاملة:²⁴

-المستوى الأول (غير مدرك):إن المنظمات في هذه المرحلة غالبا ما تكون غير مدركة لمبادئ إدارة الجودة الشاملة و يظهر هذا جليا في عدم قدرتها على التحكم في طرق التحسين المستمر و تعزيز مشاركة العمال في اتخاذ القرارات .

-المستوى الثاني(غير ملتزم):إن هذا المستوى يختلف عن الأول باعتباره متقدما حيث إن المنظمات في هذه المرحلة تكون ساعية في تطبيق إدارة الجودة ولكن نتائجها غير واضحة وغير دالة على الفرق قبل وبعد تبني إدارة الجودة الشاملة هذه ما سيؤثر على اجتهادها في ممارسة و تطبيق مبادئ الجودة وسيفرز سلبية للمنظمة اتجاه نفسها.

-المستوى الثالث(المبتدئ):في هذا المستوى يبدأ ظهور الاهتمام بعمليات التحسين المستمر و تتجلى التغييرات الناتجة عن تطبيق المفهوم إلا أن بعض المبادئ تبقى غير مكتملة الفهم ولا بد من البحث عن طرق لمساعدة المنظمة لتستطيع بناء المفهوم المتكامل لإدارة الجودة الشاملة.

-المستوى الرابع(المتحسن):في هذا المستوى تظهر تطورات حقيقية لتطبيق مبادئ إدارة الجودة و تبدأ المنظمة في السير الثابت نحو إدارة الجودة الشاملة إلا أنها غير قادرة بعد على تعميم الفلسفة داخل المنظمة هذا ما يجعلها جد حساسة للصعوبات والعراقيل غير المتوقعة التي قد تواجهها بالإضافة إلى الضغوطات القصيرة المدى الممكنة الحدوث أثناء تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

-المستوى الخامس(المنجز):إن المنظمات في هذه الحالة قد نضجت بها جميع مبادئ إدارة الجودة الشاملة و يظهر في ثقافتها و القيم التي تتعامل بها سواء كان ذلك مع المستخدمين أو الزبائن أو الشركاء،كما إن عمليات التحسين المستمر تتحول إلى عمليات طبيعية تمارسها المنظمة بشكل مستدام.

5- معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

✓ التغيير الدائم في القيادات الإدارية بحيث لا يمنحها الفرصة لتأسيس و تطوير ثقافات خاصة بمنظمتها، بالإضافة إلى الاهتمامات المختلفة لكل قيادة.

²³ عبد الرحمن توفيق الجودة الشاملة:الدليل المتكامل، القاهرة 2006ص66.

²⁴ مزغيش عبد الحليم، تحسين أداء المؤسسة في ظل إدارة الجودة الشاملة، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير ، العلوم التجارية ، فرع

التسويق، 2011/2012، ص ص 73، 71.

- ✓ تمسك المنظمات في تحدي احتياجاتها التدريبية بسؤال موظفيها عن رغباتهم التدريبية اقتناعاً بأن هذه الطريقة تشكل حافزاً لدى الموظفين تدفعهم للاستفادة القصوى من التدريب. أما أسلوب إدارة الجودة الشاملة فإنه يعرض التدريب على جماعة العمل بناءً على الدور التنظيمي الجديد.
- ✓ يركز أسلوب إدارة الجودة الشاملة على إشباع حاجات المستفيد. وعند تطبيق هذا الأسلوب في الأنظمة سيواجه تحديد صعوبة في تحديد المستفيدين من خدماتها بدقة.
- ✓ من الملاحظ أن قضية جمع و تحليل المعلومات لم تكن عقبة في طريق تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الخاص عند الدول المتقدمة على عكس ما تواجهه أنظمة المعلومات في دول العالم النامي.
- ✓ طول الوقت اللازم لتطبيق و تفعيل أسلوب إدارة الجودة الشاملة في الأجهزة الحكومية.
- ✓ الإعتماد على الإدارة الهرمية ، فتسلسل الأوامر الإدارية يحبط روح الإبداع عند العاملين ، مع زرع الخوف من الأخطاء.
- ✓ صعوبة ترويح فكرة روح الفريق الواحد في بيروقراطيات القطاع العام.
- ✓ يتم تقييم الأداء على النتائج بدل من تحسين العمليات.

المطلب الرابع: مقارنة بين إدارة الجودة الشاملة والإدارة التقليدية: الجدول الآتي يبين ذلك²⁵:
الجدول رقم (II-01): مقارنة بين إدارة الجودة الشاملة والإدارة التقليدية:

العنصر	الإدارة التقليدية	إدارة الجودة الشاملة
الهيكل التنظيمي	هرمي يتصف بالجمود في خطوط السلطة والمسؤولية	مسطح و مرن و أقل تعقيدا
التركيز	التركيز على إبقاء الوضع الكائن وعدم إصلاح ما لم يتكسر.	التركيز على التطوير المستمر في الأنظمة و العمليات عملا بمبدأ الوقاية خير من العلاج.
نظرة العاملون	ينظر العاملون إلى رؤسائهم نظرة المراقب بناء على الصلاحيات.	ينظر العاملون إلى رؤسائهم نظرتهم إلى المدرب أو المسير للأمر، ينظر إلى المدير بأنه قائد.
العلاقات	تتصف علاقات الرئيس بالمرؤوسين بصفات التواكل و الحقوق و السيطرة.	تتحول العلاقات بين الرئيس و المرؤوسين إلى علاقات مبنية على الاعتماد المتبادل و الثقة و الالتزام من الجانبين.
الجهود	التركيز على الجهود الفردية حيث تسود المنافسة بين الأفراد.	التركيز على الجهود الجماعية، حيث تسود روح الفريق.
نظرة الإدارة	تنظر الإدارة إلى عناصر العمل والتدريب على أنها عناصر تكلفة.	تنظر الإدارة إلى العمل على أنه أصل من الأصول وإلى التدريب على أنه استثمار فكري.
الجودة	تحدد ماهية الجودة و ما إذا كان تم التوصل إلى مستويات هذه الجودة	تطلب المنظمة من زبائنها توصيف الجودة و تطور مقاييسها لتحديد فيما إذا تم التوصل إلى متطلبات الزبائن و توقعاتهم.
القرارات	تبنى القرارات على المشاعر و الأحاسيس التلقائية	تبنى القرارات على أسس من الحقائق و الأنظمة.

المصدر: د. يوسف حجيم الطائي، نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية و الخدمية، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، الأردن، 2009، ص 218.

المبحث الثاني: جودة الخدمات الصحية

²⁵ د. يوسف حجيم الطائي، نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية و الخدمية، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، الأردن، 2009، ص 218.

المطلب الأول: ماهية جودة الخدمات الصحية

1-تعريف جودة الخدمة:

تعددت آراء الباحثين حول تعريف جودة الخدمة بصفة عامة، وجودة الخدمة الصحية خاصة، فمنهم من ركز في تعريفه على جودة الخدمة من وجهة نظر المؤسسة المقدمة للخدمة (المؤسسة الصحية)، ومنهم أيضا من ركز على المستفيد من الخدمة (المريض) لاعتباره الحكم في تقدير جودة الخدمة.

هناك عدة تعاريف مقدمة من طرف الباحثين من أجل تعريف جودة الخدمة، منها²⁶:

-تعرف جودة الخدمة على أنها "تقديم الأداء اللازم للعميل، والذي يقوم بإشباع وتلبية رغباته وفق سعر تنافسي، وفي الوقت المناسب ووفق الطرق والأساليب المناسبة".

-كما يمكن تعريفها بأنها "الفارق بين الخدمة المتحصل عليها وبين الخدمة المتوقع التحصل عليها من قبل المستفيد من الخدمة".

-والتعريف التالي ركز أيضا على تعريف جودة الخدمة من قبل المستفيد منها "قياس لمدى تطابق مستوى الجودة المقدمة مع توقعات المستفيد، فتقديم خدمة ذات جودة يعني في المصلحة النهائية أن تكون الخدمة متوافقة مع توقعات المستفيدين".

-أما التعريف التالي فركز على جودة الخدمة من قبل المؤسسة المقدمة للخدمة "قيام المؤسسة بتصميم وتسليم الخدمة بشكل صحيح من أول مرة، على أن تؤدي بشكل أفضل في المرة التالية وتحقيق رضا العملاء في الوقت نفسه، وأن تتمتع بمزايا تنافسية مقارنة بالخدمة التي تقدمها المؤسسات المشابهة".

2-تعريف جودة الخدمة الصحية: قد يختلف تعريفها حسب الأطراف المتعاملة مع المؤسسات الصحية، فكل طرف يراها من ازويته الخاصة، ومن بين التعاريف المقدمة لجودة الخدمة الصحية ما يلي:

-تعرف جودة الخدمة الصحية بأنها "تحقيق مستوى عالي وجيد في الخدمة الطبية والصحية المقدمة للمريض منذ المرة الأولى، كما تشكل الجودة أحد الأسبقيات التنافسية، إضافة إلى التكلفة والمرونة ووقت التسليم والإبداع في تحقيق المؤسسة الاستجابة لطلبات السوق والى التنافس من خلالها"²⁷.

المطلب الثاني: أبعاد جودة الخدمة الصحية :

من أبعاد جودة الخدمة الصحية ما يلي²⁸:

أولا: الاستجابة

تشير إلى أن جميع المرضى بغض النظر عن أصلهم وحالتهم وخلفيتهم يتلقون الرعاية السريعة من قبل الكادر العامل في المؤسسة الصحية (المستشفى) مع حسن المعاملة والتعاون، ووقت انتظار ملائم أو المناسب وغير مزعج، وتشمل الاستجابة في مجال جودة الخدمة الصحية العناصر التالية:

-السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة

²⁶ دريدي أحلام، دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، مذكرة لنيل شهادة ماجستير، علوم التسيير، 2013/2014، ص 25، 30.

²⁷ نجاه العامري: تسويق الخدمات الصحية (دراسة حالة مصحة أبو القاسم بسكيكدة)، مذكرة ماجستير، كلية علوم التسيير والعلوم الإقتصادية، 2008/2009، ص 64.

²⁸ دريدي أحلام، مرجع سبق ذكره، ص 26، 27.

-الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال.
-الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض.

-الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوي وأخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقدم الخدمة والانتهاه منها.
أي أن الاستجابة في مجال جودة الخدمات الصحية تشير إلى أن العاملين في المؤسسة الصحية قادرين على الاستجابة السريعة وفي جميع الأوقات للحالات المرضية والإصابات التي ترد إليها، فضلا عن المبادرة السريعة لتقديم المساعدة للمستفيدين (المرضى) من خدمات المؤسسة الصحية والإجابة السريعة على جميع استفساراتهم والشكاوي المقدمة من قبلهم وكذلك سرعة إنجاز وتقديم الخدمات الصحية لهم عند احتياجهم لها.

ثانيا: الاعتمادية

وتعتبر الاعتمادية عن درجة ثقة المستفيد (المريض) من الخدمة في المؤسسة الصحية ومدى اعتماده عليها في الحصول على الخدمات الطبية التي يتوقعها ويعكس هذا العنصر مدى قدرة المؤسسة على الوفاء بتقديم الخدمات الطبية في المواعيد المحددة وبدرجة عالية من الدقة والكفاءة ومدى سهولة وسرعة إجراءات الحصول على تلك الخدمات ويرفع هذا من ومدى سهولة وسرعة إجراءات الحصول على تلك الخدمات ويرفع هذا من مستوى مصداقية الخدمة الصحية، ويمكن تلخيص ما سبق في العناصر التالية:

-الوفاء في تقديم الخدمة في المواعيد المحددة.

-الحرص على حل مشكلات المستفيد من الخدمة.

-أداء الخدمة بدقة وبدون أخطاء في التشخيص.

-الثقة في الأطباء والفنيين وكفاءتهم وشهرتهم .

ثالثا: الضمان

وهو شعور المريض بالراحة والاطمئنان عند التعامل مع المؤسسة الصحية وكوادرها الطبية المختلفة كما تشمل دعم وتأييد الإدارة العليا أثناء قيامهم بتقديم الخدمات العلاجية للمرضى وإبداء الاستعداد لتقدير المواقف وتقدير الجهد المبذول في العمل ، أي أن الضمان يقصد به تأكيد إدارة المؤسسة الصحية على الجودة الصحية وتدعيم ذلك بالعاملين المؤهلين كالأطباء، ممرضين وغيرهم، فضلا على توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة عالية .

رابعا: الملموسية

يشير هذا البعد إلى التسهيلات المادية والتي تزيد من إقبال المستفيدين بين المرضى والمراجعين للمستشفى، وعودتهم لنفس مقدم الخدمة الصحية، وتشمل الشكل الخارجي للمبنى ووسائل الراحة والترفيه مثل البرامج الطبية التثقيفية باستخدام أجهزة العرض والوسائل التعليمية والكتب، وكذلك المظهر الفيزيائي للمرافق الصحية ونظافتها وحادثة المعدات والأجهزة والأدوات الصحية الطبية المختبرية والأشعة التمرضية وغيرها، ونظافة العاملين وهندامهم اللائق ومظهر الأثاث والديكور وجاذبية المؤسسة والتصميم والتنظيم الداخلي لها .

خامسا: التعاطف

وهو الحرص أو الانتباه والعناية الخاصة التي تقدمها المؤسسة الصحية إلى المستفيدين من خدماتها، وبمعنى آخر الضمان يمثل العلاقة والتفاعل بين مراجعي المؤسسة الصحية وأعضاء الفريق الصحي والفني والإداري والمحاسبي، ويقصد به أيضا وجود الثقة، الاحترام، اللباقة، اللطف، الكياسة، السرية، التفهم، الإصغاء والتواصل بين مقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها (المرضى) إذ تسهم العلاقة الجيدة بين الطرفين إلى إنجاح الخدمة الصحية واستجابة المرضى في مقدمة اهتمامات الإدارة الإدارية والعاملين في المؤسسة الصحية والإصغاء للمريض وتلبية احتياجاته بروح من الود واللطف.

المطلب الثالث: أهداف جودة الخدمة الصحية : وتتمثل في²⁹:

- ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين.
- تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضى المستفيد (المريض) وزيادة ولاؤه للمنظمة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المنظمة الصحية.
- تعد معرفة آراء وانطباعات المستفيدين (المرضى) وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها.
- تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها.
- تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية.
- تحقيق مستويات إنتاجية أفضل ، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين (المرضى) الهدف الأساس من تطبيق الجودة.
- كسب رضى المستفيد (المريض) إذ أن هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لابد من توفرها في أي منظمة صحية تعمل على تحسين الجودة وتسعى لتطبيق نظم الجودة وبالتالي تطوير أداء العمل وبالنهاية كسب رضى المستفيد.
- تحسين معنويات العاملين ، إذ أن المنظمة الصحية الخاصة هي التي يمكن لها تعزيز الثقة لدى العاملين لديها وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم وبالتالي الحصول على أفضل النتائج.
- زيادة الطلب على مختلف أنواع الخدمات الصحية الحديثة ورافق هذه الزيادة زيادة من نوع آخر في الاهتمام بتلبية حاجات وتوقعات العملاء.
- زيادة قوس التنافس بين المنشآت الصحية المشابهة.

المطلب الرابع: قياس جودة الخدمة الصحية

أصبح قياس جودة الخدمة الصحية ضرورة ملحة، ولكن عند اختيار القياسات يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار الغرض من القياسات وأنواع المتغيرات التي سوف نقيسها، وقبل التطرق لطرق قياس جودة الخدمة الصحية يجب الإشارة إلى أن هناك عنصرين أساسيين تقاس بهما جودة الخدمة الصحية هما:

²⁹ عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية، مرجع سبق ذكره، 2011/2012 ص98.

-العنصر التقني: ويتعلق بتطبيق المعارف، المعلومات والتقنيات الطبية وغيرها من العلوم في معالجة المشكلات الصحية، وتقاس درجة الجودة في هذا العنصر بمدى القدرة على توفير أقصى حد من المنافع الصحية للمريض دون أن يؤدي ذلك إلى زيادة المخاطر التي يتعرض لها.

-العنصر الإنساني: ويتمثل في إدارة التفاعل الاجتماعي والنفسي بين مقدمي الخدمة الصحية والمرضى وفق القيم والقواعد الاجتماعية التي تحكم التفاعل بين الأفراد بشكل عام وفي مواقف المرضى بشكل خاص، وتقاس درجة الجودة في هذا العنصر بمدى تلبية مقدمي الخدمة الصحية لتوقعات واحتياجات المرضى، وأيضا من ناحية مستلزمات الراحة المتعلقة في الإقامة مثل توافر غرف الانتظار المريحة، نظافة أماكن الإقامة، الغذاء الجيد، توافر خدمات الاتصال والترفيه، وغيرها باعتبارها مكملة للجوانب الاجتماعية والنفسية.

المبحث الثالث: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

المطلب الأول: خطوات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

يمكن تحديد الإطار الذي من خلاله يتم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، فيما يلي³⁰:

❖ الإعداد والتهيئة لبرنامج الجودة الشاملة: يبدأ الانجاز الناجح لإدارة الجودة الشاملة من الإعداد والتهيئة لتطبيقها. وفي هذ المرحلة التي تسبق بناء النظام تشترك الإدارة العليا للمستشفى ورؤساء الأقسام الطبية والإدارية بها بالتعاون مع مستشارين أو محترفين في مجال تصميم نظام الجودة الشاملة بالإضافة إلى كبار الموظفين في مختلف التخصصات، في مناقشة كافة جوانب العمل بالمستشفى وحصر مشكلاتها واستنباط الأفكار والحلول المثلى لها. ورغم انه لا توجد آلية محددة لكيفية انجاز هذه المرحلة فان هدفها الأساسي يتلخص في توفير كافة البيانات و المعلومات والأفكار والمقترحات التي تحدد الملامح الأساسية والأبعاد الرئيسية والمركزات التي تتمحور حولها السياسات العامة للمستشفى والخطط التشغيلية والبرامج التنفيذية والمشروعات الخاصة بتحقيق ما تصبو إليه من طموحات وما تسعى إلى تحقيقه من غايات.

❖ نشر ثقافة الجودة الشاملة: لمفهوم إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية مبادئ ومهارات وطرائف، وأدوات مختلفة، لذلك ينبغي للأنشطة الأولية المتعلقة بالجودة أن تشمل على تنظيم سلسلة من الحلقات الدراسية حول الموضوع لتوجيه أصحاب القرار والمديرين بشأن مفهوم ومنافع إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية. وينبغي أن تعقب هذه الحلقات الدراسية مناقشات فكرية حول تطبيقات هذا المفهوم في بلد معين، مع مراعاة الموارد المتاحة، والثقافة السائدة، والوضع الصحي الراهن، والهياكل القائمة. وينبغي كذلك تنظيم أنشطة مماثلة لتعريف سائر العاملين بمفهوم إدارة الجودة الشاملة للحصول على دعمهم لهذا المفهوم وتوسيع نطاق نشره.

ويمكن الاستعانة بما يتجمع خلال هذه الأنشطة من المعلومات الأولية والارتجاعية في توسيع نطاق برامج إدارة الجودة الشاملة وتحسينها. وتنبغي الاستفادة على أفضل وجه من الدور الذي يمكن أن تقوم به رسائل الإعلام في هذا الصدد، وإسهامها في التوعية بأهمية جودة الرعاية وحفز الطلب على الرعاية الجيدة.

³⁰ عتيق عائشة، مرجع سبق ذكره، ص 103، 101.

- ❖ تكوين فريق عمل الجودة: تختلف المسميات، فقد سمي فريق الجودة أو مجلس الجودة أو إدارة الجودة، وغير ذلك من التسميات وتستند إلى هذا الفريق المهام التالية:
 - أ- وضع سياسة مكتوبة وواضحة للجودة بكافة مجالات العمل بالمستشفى واتخاذ الإجراءات اللازمة لتعريف جميع فئات العاملين بها مع التأكيد في هذه السياسة على الاعتبارات التالية:
 - ✓ أداء العمل بالطريقة السليمة من المرة الأولى دون السماح بأي أخطاء.
 - ✓ مشاركة جميع فئات العاملين في حل مشكلات العمل والقضاء على الأخطاء.
 - ✓ التركيز على ضرورة تفهم احتياجات المرضى الظاهرة والخفية والعمل على تلبيتها بأقصى كفاءة ممكنة
 - ✓ التركيز على نظم وإجراءات وأساليب العمل والنتائج المتحققة في آن واحد.
 - ✓ تطوير فكرة الولاء والانتماء للمستشفى وأهدافها.
 - ✓ الأخذ بمفهوم العميل الداخلي والخارجي، وتعميق فكرة أن العميل هو الذي يدير المستشفى ويوجه كافة أنشطتها".
 - ب- تكوين حلقات أو جماعات الجودة في مختلف مجالات العمل بالمستشفى، وتعتبر هذه الحلقات من أكثر أساليب نشر ثقافة الجودة والمساعدة في تطبيق أساليبها.
 - ج- التخطيط لأنشطة الجودة عن طريق تحديد الأهداف المطلوب تحقيقها وصياغة السياسات أو الخطوط العريضة التي يسترشد بها في اتخاذ القرارات الخاصة بأنشطة الجودة، بالإضافة إلى تحديد الإجراءات وأساليب أداء الأعمال اللازمة لذلك.
 - هـ- البدء في تطبيق خطة الجودة ومتابعتها. ومن أهم متطلبات التطبيق السليم لإدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات ما يلي:
 - ✓ تحليل هيكل العمالة الموجودة بالمستشفى كما ونوعا واتخاذ الإجراءات اللازمة لإعادة توزيعها وفقا لمقتضيات العمل بمختلف الأقسام الفنية والإدارية.
 - ✓ تعديل الهياكل التنظيمية الرئيسية والتفصيلية للمستشفى لدعم أنشطة الجودة من ناحية وتوفير المناخ التنظيمي المناسب لدعم العمل الجماعي وخلق اتجاهات ايجابية لدى مختلف فئة العاملين.
 - ✓ استكمال بطاقات الوصف الوظيفي لمختلف الوظائف الطبية والفنية والإدارية، وأيضا أدلة إجراءات ونظم العمل والصلاحيات والمسؤوليات واستمرار مراجعتها للتأكد من وفائها باحتياجات العمل في مختلف المجالات.
 - ✓ تصميم وتنفيذ مجموعة من النظم والآليات واللازمة لتغطية الجوانب التالية:
 - تلقي وتحليل ومعالجة شكاوي المرضى والعاملين والزائرين.
 - تشجيع جميع فئات العاملين بالمستشفى والمتعاملين معها على التقدم بأرائهم ومقترحاتهم بشأن تحسين جودة الأداء في جميع المجالات.
 - إعداد آلية لجوائز التميز في الأداء وجودة الخدمات المقدمة على مستوى الأقسام والأفراد.
 - تهيئة الظروف المناسبة لأداء العمل ورعاية العاملين.
 - تلقي وتحليل شكاوي الموردين والمقاولين ومعالجتها.
 - ✓ توفير وتصميم آليات مرنة للاتصالات في مختلف الاتجاهات.

- ✓ تصميم وتنفيذ مجموعة من الدورات التدريبية والحلقات النقاشية بناء على دراسة علمية للاحتياجات التدريبية بالمستشفى.
 - ✓ صياغة آلية مناسبة لقياس درجة رضا عملاء المستشفى من المرضى والعاملين والزائرين والمتعاملين معها على مستوى ما تقدمه من خدمات ومجالات التحسين والتطوير المطلوبة بشأنها.
 - ✓ تصميم وتوفير نظام متكامل للمعلومات مع دعمه بالإمكانيات التقنية والبشرية اللازمة لتوفير وتحليل البيانات وإعداد التقارير المطلوبة منها ورفعها للأفراد والوحدات التي تحتاج إليها لدعم الأنشطة التي تقوم بها أو القدرات التي تتخذها.
 - ✓ تصميم وتنفيذ خطة لمتابعة التنفيذ وأداء العمل بمختلف أقسام المستشفى مع الاستعانة بالمعايير الموضوعية لتقديم الأداء والأساليب الإحصائية المناسبة في إتمام عملية الرقابة والمتابعة.
- يتبين من خلال مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية انه لابد من توافر مجموعة من المرتكزات يمكن عرضها باختصار كما يلي:
- التركيز على العميل (الداخلي والخارجي).
 - مساندة وتدعيم الإدارة العليا.
 - العمل الجماعي المشترك بين التخصصات المتعددة.
 - تدريب العمال.
 - المكافئة.
 - استخدام الحقائق والبيانات كأساس لاتخاذ القرار (اتخاذ القرار بناء على الحقائق).
- المطلب الثاني: عوامل نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:**
- لإنجاح تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لابد من توافر مجموعة من العوامل منها :
- يجب أن تقتنع الإدارة العليا في المنظمات الصحية بأهمية ومزايا تطبيق نظام الجودة الشاملة
 - يجب أن تقتنع الإدارة العليا جميع العاملين في المنظمة بفوائد ومزايا هذا النظام.
 - يجب إن تتوقع الإدارة في المنظمة بعض القيود والمعوقات ومقاومة بعض الأفراد لتطبيق هذا النظام وكلما تفهم الجميع أهمية النظام كلما انخفضت حده وحجم المقاومة.
 - ترتفع تكاليف تطبيق النظام في أول الأمر ثم تأخذ في الانخفاض التدريجي حتى تستقر عند حجم معين ، وعندها يبدأ النظام في الكشف عما من مزايا وفوائد
 - يتطلب النظام في كثير من جوانبه تغيير في السياسات والمفاهيم والاستراتيجيات والهياكل التنظيمية في المنظمات الصحية
 - الترويج لهذا النظام وتسويقه لدى العاملين في مجال الخدمات الصحية داخل المنظمة أو المتعاملين معها.
 - نظام فعال للعلاقات الإنسانية يهدف إلى تعميق الولاء التنظيمي ويحقق ويعمق مفهوم أن الجودة العالية هي مسؤولية كل فرد في الوحدة الصحية.
 - فهم واضح لأساليب وطرق الرقابة الإحصائية ونظام فعال لتشغيل البيانات ونظام كفاء للمعلومات يدعم هذا النظام وعملية اتخاذ القرارات.

- نظم فعالة للاتصالات والتنسيق والتكامل بين مختلف الإدارات والوحدات الفرعية.
- نظام واضح ومحدد ومعلن للثواب والعقاب فيما يتعلق بتطبيق هذا النظام
- يمكن للوحدة أو المنظمة الطبية البدء في تطبيق نظام الجودة الشاملة في احد أنشطتها الفرعية ثم تتدرج بعد ذلك منها إلى باقي الأنشطة.
- تظهر الملامح الجيدة لتطبيق هذا النظام بسرعة في المنظمات الصحية الخاصة ، حيث الإمكانيات العالية والعناصر البشرية الفعالة والمناخ التنظيمي الملائم.
- يحتاج النظام قبل تنظيمه إلى دورات تدريبية مكثفة ، وأيضا إلى الاستفادة من تجارب المنظمات التي نجحت في هذا المجال.

خلاصة الفصل:

تعد إدارة الجودة الشاملة أسلوب إداري مهم في المؤسسات الصحية من خلال ما حققه هذا الأسلوب من نجاحات في الإدارة، بحيث يشمل هذا الأسلوب على وصف تقديم الخدمات الصحية وإجراء التعديلات والاقتراحات التي تساعد على تحسين جودة الرعاية الصحية بشكل مستمر. وبالرغم من المزايا التي تحققها إدارة الجودة الشاملة، إلا أنها مازالت لم تأخذ طريقها للتطبيق في الكثير من المؤسسات الصحية، ولم تحدد بعد بدقة أسباب عدم التطبيق وعوامل النجاح في إدارة الجودة الشاملة.

الفصل الثالث:

دراسة حالة بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية وادي
الأبطال بمعسكر

تمهيد:

في الآونة الأخيرة شهد القطاع الصحي اهتماما كبيرا على جميع المستويات بتطبيق معايير وإجراءات نظم الجودة فهي تختلف باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي، حيث ينظر إلى الجودة من منظور طبي على أساس تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية. أما الجودة من منظور المستفيد، فتركز على طريقة الحصول على الخدمة ونتيجتها النهائية. في حين تعني الجودة من الناحية الإدارية كيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، ومن هذا المنطلق و بعد دراسة الجانب النظري لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية العمومية، أردنا أن نطبق المكتسبات النظرية المحصلة على الواقع العملي فقمنا بتسليط الضوء على المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بوائي الأبطال معسكر .

ويتناول هذا الفصل تقديم المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بوائي الأبطال معسكر ، من خلال التعريف بها ودراسة هيكلها التنظيمي ، كما يتناول الإطار المنهجي العام للدراسة، حيث يركز على تحليل عينة الدراسة وأهم خصائص أفرادها، ثم يستعرض بناء أداة الدراسة والإجراءات التي تم استخدامها للتأكد من صدقها وثباتها، وأخيرا يتم عرض النتائج التي توصلت إليها الدراسة وتحليلها ومناقشتها، ثم الخروج بالاقترحات التي تعزز وتدعم

إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة العمومية الاستشفائية .

المبحث الأول: تعريف المؤسسة العمومية للصحة الجوارية:

المطلب الأول: التعريف بالمؤسسة:

وفقاً للمرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى لعام 1430 الموافق 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء، تسيير و تنظيم المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية ولا سيما المادة 22 منه يمكن لنا أن نعرف المؤسسة و مهامها الرئيسية التي يمكن تلخيصها في العناصر التالية :

- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية مؤسسة ذات طابع إداري لديها الشخصية المعنوية و الاستقلالية المالية.
- و توضع تحت وصاية السيد الوالي بمجلس الإدارة .
- تتكون المؤسسة العمومية للصحة الجوارية من هياكل للتشخيص و العلاج و الاستشفاء و إعادة التأهيل الطبي و لها المهمة الصحية أن تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة من البلديات.
- للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية مهام محددة، مندمجة و متدرجة وفقاً للاحتياجات الصحية للمواطنين، و في هذا السياق تحدد لها المهام الرسمية التالية :

- تطبيق البرامج الوطنية الصحية
- ضمان النظافة و إجراءات ضد الأضرار و الانحرافات الاجتماعية
- ضمان تحسين التكوين و رسكلة أفراد المصالح الصحية
- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية تعمل على إتاحة كل الفرص للتكوين الشبه الطبي و التسيير الإستشفائي على أساس تعاقد مع مؤسسات التكوين.

من باب تاريخي، المؤسسة للصحة الجوارية لوادي الأبطال معسكر تأسست سنة 2013 تحت اسم الشهيد عمارة الحبيب، حالياً تحتوي المؤسسة للصحة الجوارية لوادي الأبطال معسكر على ستة (06) مصالح طبية , تحتوي على الفندقية بقوة استيعاب محددة من طرف وزارة الصحة والسكان , حيث يقدر عدد الأسرة المنظمة من طرف المؤسسة ب 80 سرير.

المطلب الثاني: الموارد البشرية و القدرة الاستيعابية للمؤسسة:

حيث تقدر قدرة استيعابه ب 80 سرير مقسمة على المصالح و الوحدات الداخلية حسب الجدول الآتي وهذه الأخيرة هي مصالح يتم فيها استشفاء جميع المرضى و أهم ما يميزها هي الخدمة الدائمة 24/24 ساعة و 7/7 أيام. تعداد المستخدمين بمستشفى وادي الأبطال - معسكر-

بعد إجراء مقابلة مع مدير الموارد البشرية DRH تحصلنا على المعلومات التالية:

أن مستشفى وادي الأبطال يتكون من:

- الأطباء العامون الرئيسون :16.
- الأطباء العامون:29.
- جراحو الأسنان:12.
- صيادلة:03.
- الشبه طبيون:272.

• الموظفون الإداريون:36.

• العمال المهنيون:58.

المبحث الثاني : الهيكل التنظيمي ومهام المؤسسة الاستشفائية العمومية للصحة الجوارية لوادي الأبطال - معسكر:-

المطلب الأول: الهيكل التنظيمي

إن الهيكل التنظيمي لمستشفى وادي الأبطال-معسكر- هو عبارة عن بناء أو إطار يحدد مستويات الإدارة و الأجزاء الداخلية فيها كما يحدد خطوط السلطة و المسؤوليات ومواقع اتخاذ القرار ،وهو هيكل يوضح ويحدد كيفية توزيع المهام و الواجبات و أدوات التنسيق و التفاعل الواجب إتباعها ، كما يبين درجة الرسمية التي تعكس مدى اعتماده هذه المؤسسة على القوانين و الأنظمة و القواعد والتعليمات والإجراءات في توجيهه و تحديد سلوك الأفراد داخل المؤسسة، كما يبين أيضا درجة المركزية فيشير إلى مكان و موقع اتخاذ القرار أو مراكز القوة في هذه المؤسسة فيمكن الاعتماد عليه في تحديد درجة الحوكمة المتبعة .

المطلب الثاني: التنظيم الداخلي في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية وادي الأبطال-معسكر:-

تسير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بمجلس إدارة يرأسه والي الولاية و يسيره مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية.

المديرة العامة :

يتولى تسيير المديرية العامة المدير الذي هو الممثل القانوني و الرسمي للمؤسسة، و يساعده مكتبان :

• مكتب التنظيم العام

• مكتب الاتصال

في أشغاله اليومية و متابعة تنفيذ البرامج الصحية و تعليمات الوصاية، يركز المدير على أربع مديريات فرعية وهي كالتالي :

• المديرية الفرعية للمالية و الوسائل

○ و تنقسم بدورها إلى ثلاثة مكاتب :

■ مكتب المدير الفرعي للمالية و الوسائل.

■ مكتب المحاسبة المادية.

■ مكتب الميزانية و المحاسبة.

■ مكتب الصفقات العمومية.

• المديرية الفرعية للموارد البشرية

○ و التي بدورها تتكون من المكاتب التالية :

○ مكتب المدير الفرعي للموارد البشرية.

■ مكتب تسيير المستخدمين.

■ مكتب المنازعات.

■ مكتب الأجور.

- مكتب التكوين.
- المديرية الفرعية للمصالح الصحية
 - و تنقسم بدورها إلى مكاتب وهي :
 - مكتب المدير الفرعي للمصالح الصحية.
 - مكتب الدخول.
 - مكتب تنظيم و تقييم النشاطات الصحية.
 - مكتب حساب التكاليف.
- المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية و التجهيزات المرافقة
 - وتشمل مكاتبين(02):
 - مكتب صيانة التجهيزات الطبية.
 - مكتب صيانة التجهيزات الطبية المرافقة.

المبحث الثالث:تحليل نتائج الاستبيان:

المطلب الأول: الإجراءات المنهجية للدراسة

1- مجالات الدراسة:

إن تحديد مجالات الدراسة يعد من أهم الخطوات المنهجية في البحوث الاجتماعية، و قد اتفق أغلبية الباحثين و المتخصصين في مناهج البحث الاجتماعي على أن لكل دراسة ثلاثة مجالات رئيسية وهي:

أ- المجال المكاني:

لقد تمت هذه الدراسة على مستوى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية وادي الأبطال معسكر.

ب- المجال الزمني:

لقد بدأت الدراسة الميدانية في شهر مارس من سنة 2017، أين قمنا بالتعرف عن قرب على مختلف مصالح المؤسسة وسير العمل بها وإجراء المقابلات مع مختلف مسؤولي المؤسسة، خاصة مدير الموارد البشرية، وذلك من أجل التصريح لإجراء التبرص وكذا تقديم بعض المعلومات المتعلقة بالهيكل التنظيمي للمؤسسة، وتعدادها البشري وكل المعلومات والبيانات التي من شأنها أن تخدم هذه الدراسة كمرحلة أولية.

بعد الانتهاء من الدراسة النظرية والإجراءات المنهجية، وفي المرحلة الأخيرة من الدراسة الميدانية قمنا بتطبيق الاستمارة للحصول على البيانات والمعلومات التي يتم من خلالها اختبار الفروض التي انطلقنا منها للإجابة على الإشكالية التي طرحناها.

ت- المجال البشري

بما أننا نهدف إلى معرفة مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الاستشفائية، اعتمدنا في جمع البيانات والمعلومات على طاقمين، طاقم إداري و طاقم طبي.

2- وصف عينة الدراسة:

العينة عبارة عن مجموعة من المفردات تؤخذ من مجتمع البحث، يقوم الباحث باختيارها بهدف جمع البيانات الخاصة ببحثه، و عادة ما يلجأ الباحث إلى الاعتماد على طريقة العينة في جمع البيانات عندما يجد

نفسه غير قادر على القيام بدراسة شاملة لجميع مفردات البحث¹، و يجب أن تكون هذه العينة ممثلة للمجتمع الأصلي و أن يعطى لأفراد المجتمع المدروس فرصا متساوية في الاختيار. أخذنا عينة طبقية عشوائية تتكون من 15 من الطاقم الإداري و 15 من الطاقم الطبي و الشبه الطبي. أدوات جمع البيانات:

فقد اعتمدنا في دراستنا على الأدوات المنهجية التالية:

- الملاحظة:

استعملنا هذه الأداة خاصة عند إجراء المقابلات المباشرة مع مختلف أفراد العينة و حتى مع بعض المسؤولين و رؤساء المصالح الذين أفادونا كثيرا بمعلومات لها صلة مباشرة بموضوع الدراسة.

- المقابلة:

و لقد استخدمنا هذا النوع من المقابلة في الدراسة الميدانية مع رئيس مصلحة الموارد البشرية، و كان الهدف منها هو جمع المعلومات عن المؤسسة الاستشفائية ميدان الدراسة من اجل التعريف بها، و معرفة نظرة المسؤولين حول إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية العمومية.

- الاستمارة:

و تعرف استمارة البحث على أنها نموذج يضم مجموعة أسئلة توجه إلى الأفراد من اجل الحصول على معلومات حول موضوع أو مشكل أو موقف.

حاولنا من خلالها الكشف عن مبادئ، مزايا و معوقات إدارة الجودة الشاملة على مستوى المؤسسة الاستشفائية، و قد احتوت هذه الاستمارة على أسئلة معظمها مغلقة، و ذلك لتوجيه المبحوث نحو الإجابة المحددة.

المطلب الثاني: تحليل نتائج الاستبيان:

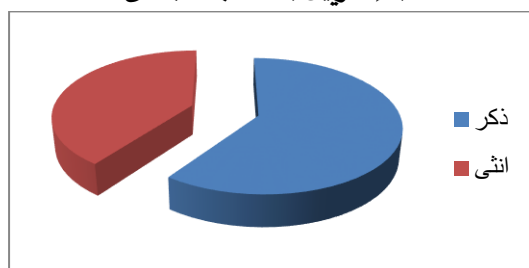
الفرع الأول: تحليل نتائج الاستبيان: الموجه (للإداريين):

المحور الأول: معلومات شخصية:

الشكل رقم (III-01): توزيع أفراد المجتمع المدروس

الجدول رقم (III-01): الجنس :

(الإداريين) حسب الجنس:



	ذكر	أنثى	
العدد	09	06	
النسبة %	60	40	

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

تمثل نسبة الذكور في المجتمع المدروس أعلى نسبة قدرت ب 60%، في حين قدرت نسبة الإناث ب 40%.

¹ محمد شفيق، الخطوات المنهجية لإعداد البحوث، مصر، المكتب الجامعي الحديث، 1981، ص 86.

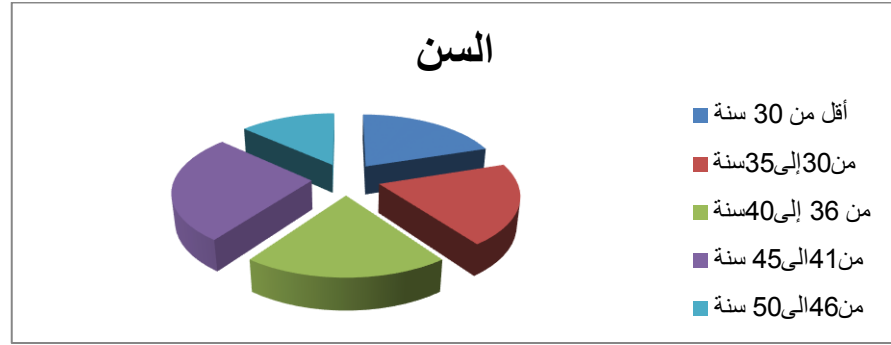
الجدول رقم(III-02) السن :

أقل من 30 سنة	من 30 إلى 35 سنة	من 36 إلى 40 سنة	من 41 إلى 45 سنة	من 46 إلى 50 سنة	أكثر من 50 سنة	
03	03	03	04	02	00	العدد
20	20	20	27	13	00	النسبة %

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

فيما يخص التوزيع العمري للإداريين، فقد بلغت نسبة الأفراد الذين أعمارهم بين 41 و45 سنة أعلى نسبة قدرت ب27%، في حين كانت النسب متساوية للأفراد الذين تتراوح أعمارهم أقل من 30 سنة إلى 40 سنة و قدرت النسبة ب20% و كانت اقل نسبة للأفراد الأكثر من 46 سنة و قدرت ب13% سنوضح ذلك في الشكل:

الشكل رقم(III-02) السن : التوزيع العمري لأفراد المجتمع المدروس (الإداريين):

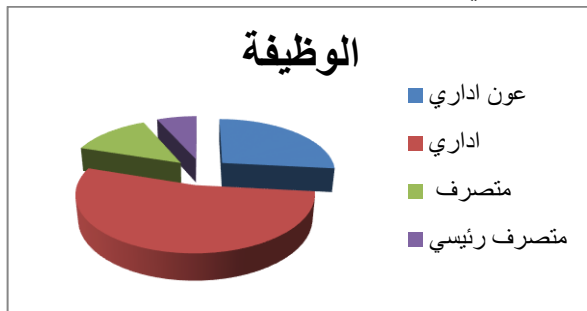


المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

الشكل رقم(III-03): التوزيع الأفراد المجتمع المدروس

الجدول رقم(III-03): الوظيفة

(الإداريين) حسب الوظيفة:



عون إداري	إداري	متصرف	متصرف رئيسي	
04	08	02	01	العدد
27	53	13	07	النسبة %

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يتضح من الجدول أن أغلبية العينة المدروسة هم إداريين حيث تبلغ نسبتهم 53% ثم تليها فئة العون الإداري بنسبة 27%، وتمثل فئة المتصرف و المتصرف الرئيسي أقل النسب ب13% و 7%.

الجدول رقم(III-04):عدد سنوات الخبرة:

أقل من 05سنوات	من 05إلى 10 سنة	من 11إلى 15سنة	من 16إلى 20سنة	أكثر من 20سنة	
04	05	04	05	00	العدد
27	33	27	33	00	النسبة %

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

من خلال الجدول يتضح أن أعلى نسبة من أفراد الدراسة لديهم خبرة في العمل بالمستشفى تتراوح بين 05 و20سنة وتقدر النسبة حوالي60% بمن مجموع أفراد الدراسة، تليها نسبة الذين خبرتهم أقل من 05سنوات بنسبة27%وهي متساوية مع الأفراد الذين سنوات خبرتهم من 11 إلى 15سنة.

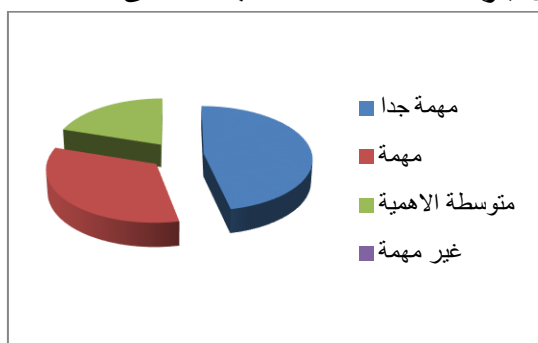
الشكل رقم(III-04): توزيع أفراد المجتمع المدروس (الإداريين) حسب عدد سنوات الخبرة:



المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

المحور الثاني:مبادئ إدارة الجودة الشاملة:

الجدول رقم(III-05):التزام الإدارة العليا لتحسين الشكل رقم(III-05):التزام الإدارة العليا جودة الخدمات المقدمة بالمستشفى: لتحسين جودة الخدمات المقدمة بالمستشفى:

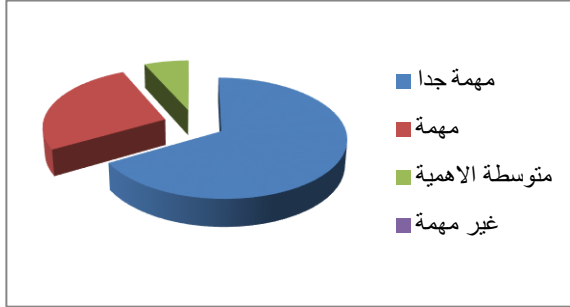


غير مهمة	متوسطة الأهمية	مهمة	مهمة جدا	
00	03	05	07	العدد
00	20	33	47	النسبة %

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

من خلال إجابات الطاقم الإداري في المؤسسة الاستشفائية للصحة الجوارية وادي الأبطال –معسكر- نجد أن 47% يرون أن التزام الإدارة العليا مهم جدا لتحسين جودة الخدمات المقدمة بالمستشفى، في حين نجد أن

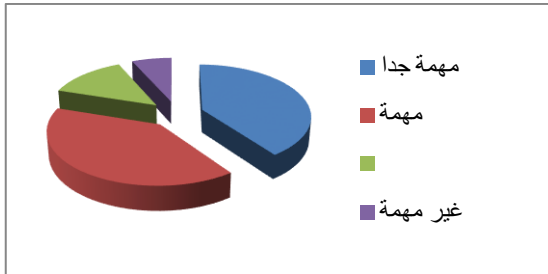
33% منهم يرون أنها مهمة ، بينما ترى فئة قليلة منهم أنها متوسطة الأهمية بنسبة 20% وهذا دليل على أن الطاقم الإداري في المؤسسة الإستشفائية يحرصون على التزام الإدارة العليا لتحسين جودة الخدمات .
الجدول رقم(06-III):هدف المستشفى هو إرضاء
الشكل رقم(06-III): إجابات الإداريين حول
هدف المستشفى هو إرضاء المريض:



	مهمة جدا	مهمة	متوسطة الأهمية	غير مهمة
العدد	10	04	01	
النسبة %	67	27	06	

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يتضح من الجدول أنه أكثر من نصف العينة المدروسة يرون أن هدف المستشفى هو إرضاء المريض مهم جدا بنسبة 67% ، بينما يرى 27% أن إرضاء المريض مهم ، وهناك نسبة قليلة جدا ترى أنه متوسط الأهمية. وهذا دليل على أن في مستشفى وادي الأبطال يكون الاهتمام بصحة المريض و الحرص على إرضائه.
الجدول رقم(07-III):عملية التحسين المستمر
الشكل رقم(07-III): توزيع المجتمع المدروس (الإداريين)
مسؤولية الجميع بالمستشفى:
حسب عملية التحسين المستمر مسؤولية الجميع:

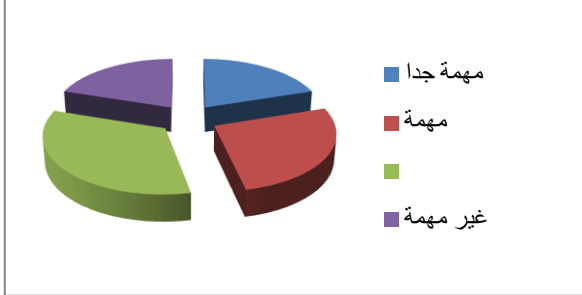


	مهمة جدا	مهمة	متوسطة الأهمية	غير مهمة
العدد	06	06	02	01
النسبة %	40	40	13	07

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

ترى أغلبية العينة المدروسة أن عملية التحسين المستمر مسؤولية الجميع بالمستشفى، حيث كانت نسبة الإجابات بمهمة جدا و مهمة 40% في حين تقدر الإجابات بمتوسطة الأهمية ب13% و تقدر الإجابات بغير مهمة ب07% وهذا دليل على أن الأغلبية يسعون إلى تحقيق المستمر في المستشفى.

الجدول رقم(08-III):التحسين المستمر يشمل كل عمليات المنجزة بمختلف أقسام المستشفى وإدارتها
الشكل رقم(08-III):توزيع المجتمع المدروس (الإداريين) حسب التحسين المستمر يشمل كل عمليات المنجزة بمختلف أقسام المستشفى وإدارتها:

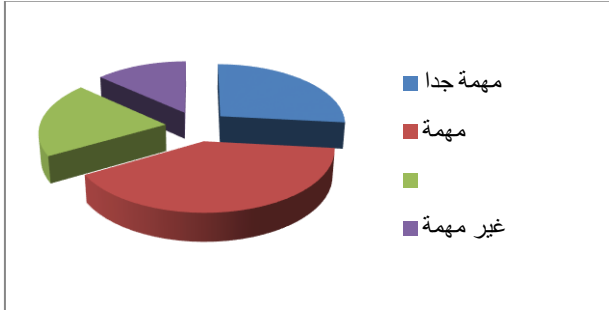


مهمة جدا	مهمة	متوسطة الأهمية	غير مهمة	
03	04	05	03	العدد
20	27	33	20	النسبة %

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان..

أما فيما يخص إجابات الإداريين حول التحسين المستمر يشمل كل عمليات المنجزة بمختلف أقسام المستشفى وإدارتها، فيرى 20% من الإداريين أنها مهمة جدا في حين يرى 27% منهم أنها مهمة، و ترى أكبر نسبة منهم انها متوسطة الأهمية و تقدر ب 33%، وهناك نسبة 20% يرون أنها غير مهمة.

الجدول رقم(09-III):التغذية العكسية (feed back) أساسية لتعديل القرارات المتخذة:
الشكل رقم(09-III): توزيع المجتمع المدروس حسب التغذية العكسية (feed back) أساسية لتعديل القرارات المتخذة:



مهمة جدا	مهمة	متوسطة الأهمية	غير مهمة	
04	06	03	02	العدد
27	40	20	13	النسبة %

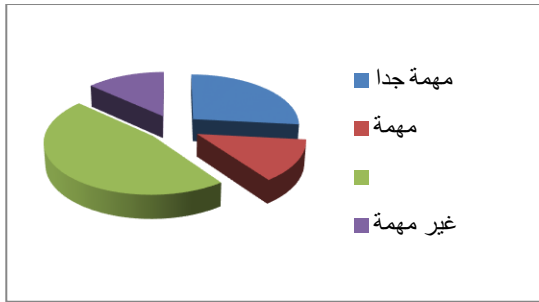
المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان..

أما فيما يخص إجابات الطاقم الإداري حول التغذية العكسية (feed back) في المستشفى ، فيرى 40% أنها مهمة حيث تعتبر هذه الأخيرة أساسية لتعديل القرارات المتخذة ، في حين كانت الإجابات متقاربة بين مهمة جدا و متوسطة الأهمية بنسبة 27% و 20%، وقدرت نسبة الإداريين الذين أنها غير مهمة ب 13% .

الجدول رقم(10-III):عملية اتخاذ القرارات في
الشكل رقم(10-III):عملية اتخاذ القرارات في هذا

هذا المستشفى تتم بناء على تحليل جيد للبيانات:

المستشفى تتم بناء على تحليل جيد للبيانات:

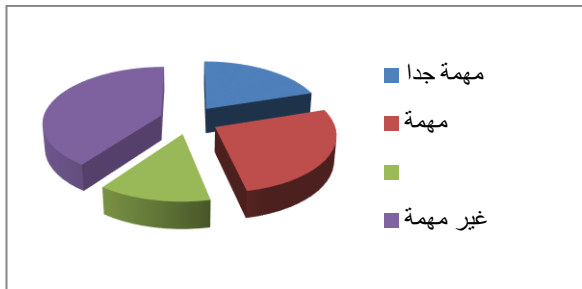


مهمة	مهمة جدا	متوسطة الأهمية	غير مهمة	العدد
04	02	07	02	13
27	13	47	13	%

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان..

يتضح من الجدول أن عملية اتخاذ القرارات في هذا المستشفى متوسطة الأهمية بنسبة قدرت بـ 47% وهذا دليل على أن يتم اتخاذ القرارات دون تحليل جيد للبيانات، في حين ترى 27% من العينة المدروسة أنها مهمة جدا، وكانت الإجابات متساوية في مهمة وغير مهمة بنسبة 13%.

الجدول رقم (III-11): التدريب المستمر للعاملين الشكل الجدول رقم (III-11): توزيع المجتمع المدروس بالمستشفى للانتقال من الإدارة التقليدية حسب التدريب المستمر للعاملين بالمستشفى للانتقال إلى إدارة الجودة الشاملة: من الإدارة التقليدية إلى إدارة الجودة الشاملة:

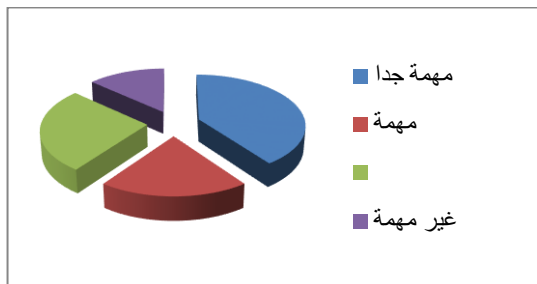


مهمة	مهمة جدا	متوسطة الأهمية	غير مهمة	العدد
03	04	02	06	13
20	27	13	40	%

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يرى أغلبية العينة المدروسة أن التدريب المستمر للعاملين بالمستشفى للانتقال من الإدارة التقليدية إلى إدارة الجودة الشاملة غير مهمة وقدرت النسبة بـ 40% في حين كانت الإجابات متقاربة بين مهمة و مهمة جدا بنسبة 27% و 20%، أما الإجابات بأنها متوسطة الأهمية قدرت بنسبة 13% وهذا دليل على أن مستشفى وادي الأبطال لا يقوم بعملية التدريب .

الجدول رقم (III-12): استخدام عمليات المراقبة الشكل رقم (III-12): استخدام عمليات الإحصائية لاكتشاف أي انحراف عن معايير الجودة: المراقبة الإحصائية لاكتشاف أي انحراف عن معايير الجودة:



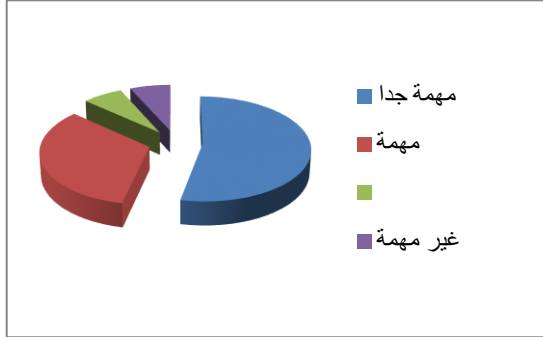
مهمة	مهمة جدا	متوسطة الأهمية	غير مهمة	العدد
06	03	04	02	13
40	20	27	13	%

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يرى أغلب الإداريين أن استخدام عمليات المراقبة الإحصائية لاكتشاف أي انحراف عن معايير الجودة مهمة جدا حيث قدرت النسبة بـ40%، في حين كانت النسب متقاربة بين مهمة ومتوسطة الأهمية بنسبة 20% و27%، و يرى 13% من العينة المدروسة أنها غير مهمة، وهذا دليل على أن المستشفى يهتم بالجودة و يسعى لتحقيقها .

المحور الثالث: مزايا تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

الجدول رقم (III-13): تقديم الخدمة الصحية الشكر رقم (III-13): إجابات الإداريين حول طريقة المرة الأولى: من تقديم الخدمة الصحية في المستشفى:



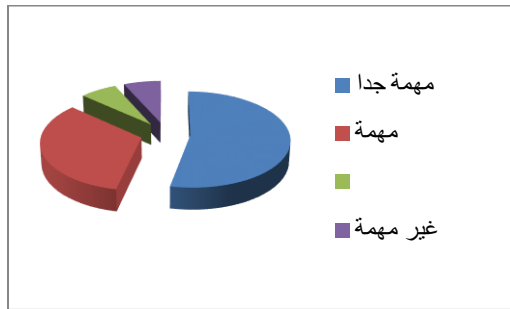
مهمة جدا	مهمة	متوسطة الأهمية	غير مهمة	
08	05	01	01	العدد
53	33	07	07	النسبة %

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

اتجه أغلب أفراد المجتمع المدروس إلى أن تقديم الخدمة الصحية من المرة الأولى مهمة جدا بنسبة قدرها 53%، بينما يرى 33% منهم أنها مهمة، في حين كانت النسب متساوية في الإجابات بمتوسطة الأهمية و غير مهمة وقدرت بـ07%.

الجدول رقم (III-14): تحقيق احتياجات المرضي المناسبات الشكر رقم (III-14): إجابات الإداريين حول مدى المرضي بالكامل وفي الوقت المناسب:

المناسب:

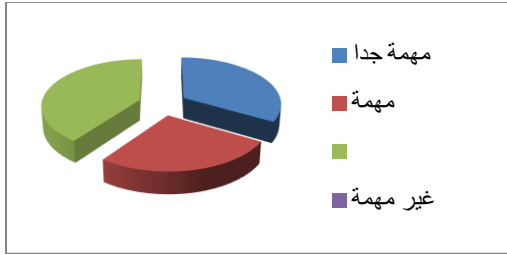


مهمة جدا	مهمة	متوسطة الأهمية	غير مهمة	
08	05	01	01	العدد
53	33	07	07	النسبة %

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

اتجه أغلب أفراد المجتمع المدروس إلى أن تحقيق احتياجات المرضي بالكامل و في الوقت المناسب مهم جدا بنسبة قدرها 53%، بينما يرى 33% منهم أنها مهمة، في حين كانت النسب متساوية في الإجابات بمتوسطة الأهمية و غير مهمة وقدرت بـ07%.

الجدول رقم(III-15): الاستغلال الأمثل للأجهزة الشكل رقم(III-15): إجابات الإداريين حول مدى استغلال والتقنيات الحديثة في المجال الطبي:

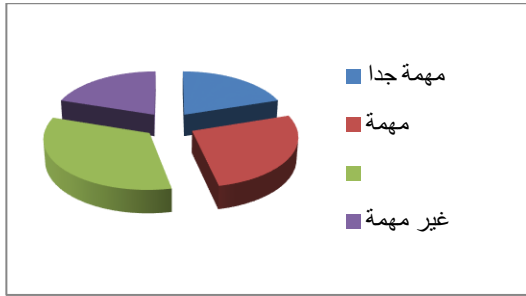


مهمة	مهمة جدا	متوسطة الأهمية	غير مهمة	العدد
05	04	06	00	00
33%	27%	40%	00%	00

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

فيما يخص إجابات الطاقم الإداري حول الاستغلال الأمثل للأجهزة والتقنيات الحديثة في المجال الطبي، فقد اتجه 40% من أفراد المجتمع على أنها متوسطة الأهمية، في حين كانت الإجابات متقاربة بمهمة جدا ومهمة بنسبة 33% و27%، هذا يدل على أنه في المستشفى لا يتم الاستغلال الأمثل للأجهزة وذلك راجع إلى نقص في الخبراء.

الجدول رقم(III-16): تقليل الأخطاء وتكلفة الأخطاء الشكل رقم(III-16): إجابات الإداريين حول تقليل الأخطاء وتكلفة الأخطاء:

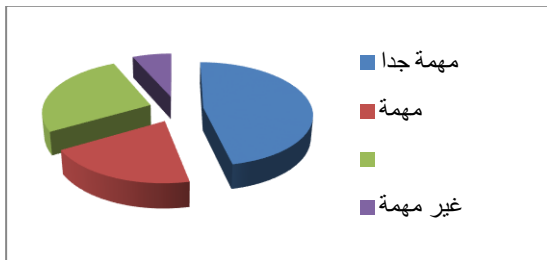


مهمة	مهمة جدا	متوسطة الأهمية	غير مهمة	العدد
03	04	05	03	03
20%	27%	33%	20%	20

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

فيما يخص إجابات الطاقم الإداري حول تقليل الأخطاء وتكلفة الأخطاء، فقد اتجه 33% من أفراد المجتمع على أنها متوسطة الأهمية، في حين كانت الإجابات متساوية بمهمة جدا وغير مهمة بنسبة 20%.

الجدول رقم(III-17): سرعة الاستجابة لشكاوى المرضى واقتراحاتهم: الشكل رقم(III-17): إجابات الإداريين حول مدى الاستجابة لشكاوى المرضى واقتراحاتهم:

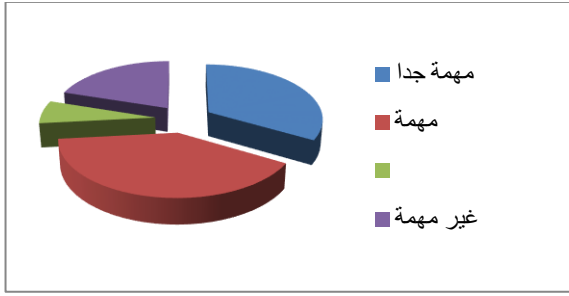


مهمة	مهمة جدا	متوسطة الأهمية	غير مهمة	العدد
07	03	04	01	07
46%	20%	27%	07%	07

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يتضح من الجدول أن أغلبية أفراد العينة المدروسة يرون أن في مستشفى وادي الأبطال هناك سرعة في الاستجابة لشكاوى المرضى واقتراحاتهم حيث قدرت بأعلى نسبة 46%، في حين كانت الإجابات بمهمة ومتوسطة الأهمية متقاربة بنسبة 20% و27%، وقد قدرت نسبة الإجابات بغير مهمة ب 07% وهذا دليل على أنه في المستشفى وادي الأبطال الأولوية للمريض.

الجدول رقم(III-18): ثقة عالية لدى المريض بين أيدي أمينة: ثقة المرضى بالخدمات المقدمة بالمستشفى:
الشكل رقم(III-18): إجابات الإداريين حول مدى حياته

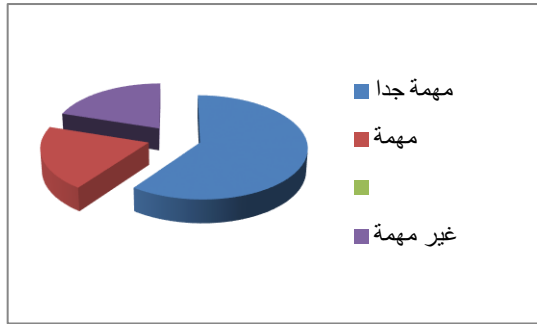


مهمة	مهمة جدا	متوسطة الاهمية	غير مهمة	
05	06	01	03	العدد
33	40	07	20	النسبة %

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

فيما يخص إجابات الطاقم الإداري حول ثقة عالية لدى المريض بان حياته بين أيدي أمينة ، فقد اتجه 40% من أفراد المجتمع على أنها مهمة، في حين يرى 33% منهم أنها مهمة جدا ،وقدرت نسبة الإجابات بمتوسطة الأهمية ب 07% و غير مهمة ب20% كانت الإجابات متساوية بمهمة جدا وغير مهمة بنسبة 20%.

الجدول رقم(III-19):زيادة عدد المرضى المترددين على المستشفى:
الشكل رقم(III-19): إجابات الإداريين حول عدد المرضى المترددين على المستشفى:



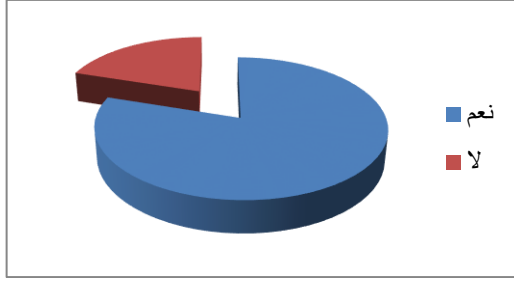
مهمة	مهمة جدا	متوسطة الاهمية	غير مهمة	
09	03	00	03	العدد
60	20	00	20	النسبة %

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يتضح من الجدول أن أغلبية أفراد العينة المدروسة اتجهوا إلى أن زيادة عدد المرضى المترددين على المستشفى مهم جدا وقد بلغت أعلى نسبة حيث قدرت 60% ، في حين كانت الإجابات بمهمة وغير مهمة متقاربة حيث قدرت النسبة ب20% و هذا دليل على أن هناك توافد كبير من المرضى إلى مستشفى وادي الأبطال.

المحور الرابع: معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

الشكل رقم(III-20): إجابات الإداريين حول وجود برامج تدريبية في مجال إدارة الجودة الشاملة:



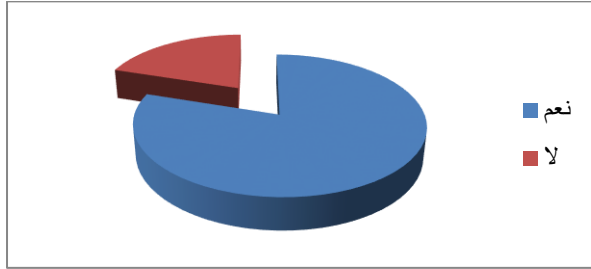
الجدول رقم(III-20):عدم وجود برامج تدريبية في مجال إدارة الجودة الشاملة:

لا	نعم	
02	13	العدد
13	87	النسبة %

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

من خلال إجابات الطاقم الإداري ، نجد أن أغلبية أفراد المجتمع المدروس يرون أنه لا توجد برامج تدريبية في مجال إدارة الجودة الشاملة حيث قدرت النسبة ب87% ، في حين قدرت نسبة الإجابات بلا ب13% وذلك راجع إلى غياب ثقافة إدارة الجودة الشاملة.

الشكل رقم(III-21): إجابات الإداريين حول الموارد الكافية المخصصة:



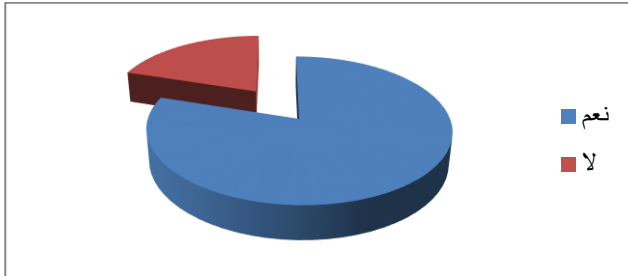
الجدول رقم(III-21):عدم تخصيص الموارد الكافية:

لا	نعم	
02	13	العدد
13	87	النسبة %

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يتضح من الجدول أن أغلبية إجابات الطاقم الإداري كانت بنعم حيث قدرت النسبة ب87%، في حين قدرت نسبة الإجابات بلا ب13%، وهذا دليل على أن مستشفى وادي الأبطال ل يقوم بتخصيص الموارد الكافية.

الشكل رقم(III-22): إجابات الإداريين حول استعانة المستشفى بخبراء متخصصين في إدارة الجودة الشاملة:



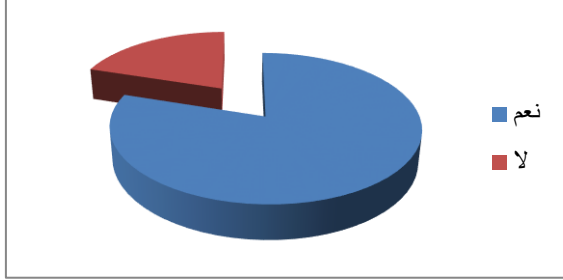
الجدول رقم(III-22):عدم الاستعانة بخبراء متخصصين في إدارة الجودة الشاملة:

لا	نعم	
01	14	العدد
07	93	النسبة %

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

فيما يخص الاستعانة بخبراء متخصصين في إدارة الجودة الشاملة، يرى أغلبية أفراد العينة المدروسة غياب المتخصصين حيث قدرت النسبة بـ 93%، أما الإجابات بلا قدرت بـ 7% فهذا يدل على أن المستشفى لا يستعين بخبراء في إدارة الجودة الشاملة.

الشكل رقم (III-23): ضعف تحفيز العاملين بالمستشفى لتحسين أدائهم;



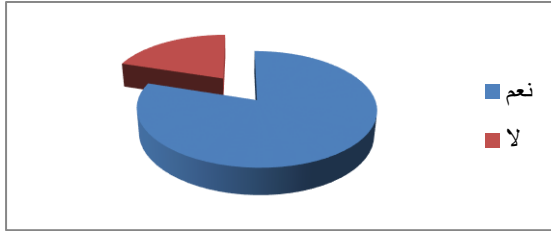
الجدول رقم (III-23): ضعف تحفيز العاملين بالمستشفى لتحسين أدائهم;

الإجابة	العدد	النسبة %
نعم	13	87
لا	02	13

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

اتجهت أغلب إجابات الطاقم الإداري إلى أن المستشفى لا يقوم بعملية التحفيز لتحسين أداء العمال حيث قدرت النسبة بـ 87%، في حين أجابوا 13% من العينة المدروسة بلا وهذا يدل على أن ضعف التحفيز وعدم إشراك العمال يؤدي إلى ضعف المردودية.

الجدول رقم (III-24): عدم وضوح مفهوم غياب روح الفريق: العمل الجماعي وروح الفريق;

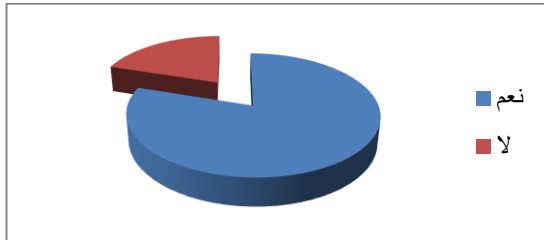


الإجابة	العدد	النسبة %
نعم	11	73
لا	04	27

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

فيما يخص إجابات الطاقم الإداري حول عدم وضوح مفهوم العمل الجماعي و غياب روح الفريق فكانت أغلب الإجابات بنعم و قدرت النسبة بـ 73% في حين قدرت نسبة الإجابات بلا بـ 27%.

الجدول رقم (III-25): عدم وجود معايير جودة الخدمات الصحية: معايير وأبعاد جودة الخدمات الصحية;

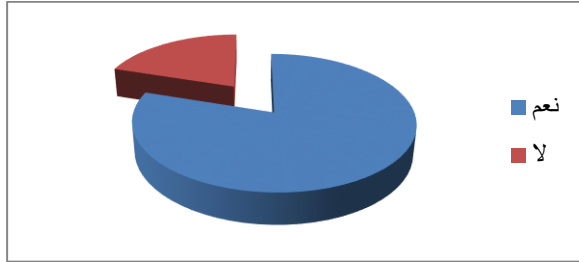


الإجابة	العدد	النسبة %
نعم	14	93
لا	01	07

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

اتجه رأي 93% من أفراد المجتمع المدروس إلى عدم وجود معايير وأبعاد جودة الخدمات الصحية في مستشفى وادي الأبطال ، بينما رأت نسبة 7% بأنها موجودة.

الشكل رقم (III-26): إجابات الطاقم الإداري حول وجود مقاييس موضوعية لمعرفة مستوى رضا المرضى عن خدمات الرعاية الصحية:



الجدول رقم (III-26): عدم وجود مقاييس موضوعية لمعرفة مستوى رضا المرضى عن خدمات الرعاية الصحية:

الإجابة	العدد	النسبة %
نعم	12	80
لا	03	20

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يتضح من الجدول أن أغلب إجابات المجتمع المدروس حول عدم وجود مقاييس موضوعية لمعرفة مستوى رضا المرضى عن خدمات الرعاية الصحية كانت بنعم حيث قدرت النسبة بـ 80%، في حين قدرت نسبة الإجابات بلا بـ 20%.

الفرع الثاني: تحليل نتائج الاستبيان الموجه (للأطباء والمرضى):
المحور الأول: معلومات شخصية:

الشكل رقم (III-27): توزيع أفراد المجتمع المدروس (للأطباء والمرضى) حسب الجنس:



الجنس	العدد	النسبة %
ذكر	05	33
أنثى	10	67

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

تمثل نسبة الإناث في المجتمع المدروس أعلى نسبة حيث قدرت بـ 67%، في حين قدرت نسبة الذكور بـ 33%.

الجدول رقم (III-28) السن :

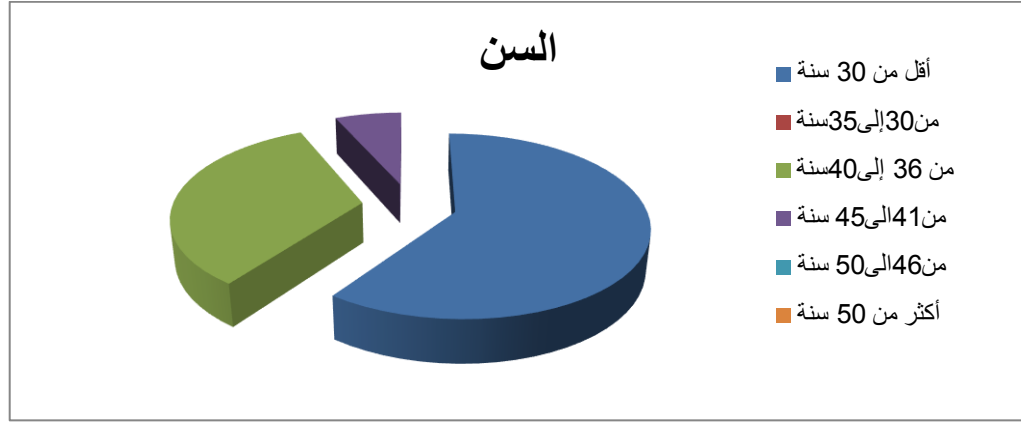
أقل من 30 سنة	من 30 إلى 35 سنة	من 36 إلى 40 سنة	من 41 إلى 45 سنة	من 46 إلى 50 سنة	أكثر من 50 سنة	
09	00	05	01	00	00	العدد
60	00	33	07	00	00	النسبة %

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

فيما يخص التوزيع العمري للطواقم الطبي و الشبه الطبي، فقد بلغت نسبة الأفراد الذين أعمارهم أقل من 30 سنة أعلى نسبة قدرت بـ 60%، في حين قدرت نسبة الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 36 و 40 سنة بـ 33%، وكانت النسب منعدمة للأفراد الذين تتراوح أعمارهم من 30 سنة إلى 35 سنة و الأفراد الأكثر من 46 سنة و قدرت

نسبة للأفراد الذين تتراوح أعمارهم من 41 إلى 45 سنة. وهذا يدل على أن معظم الطاقم الطبي و الشبه الطبي المتواجدين في مستشفى وادي الأبطال شباب.

الشكل رقم (III-28): التوزيع العمري لأفراد المجتمع المدروس (الأطباء والمرضى):



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

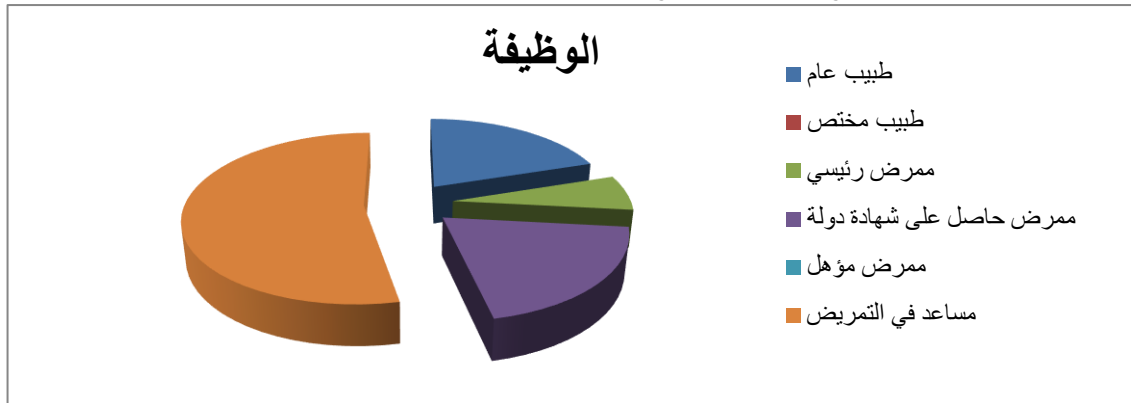
الجدول رقم (III-29): الوظيفة:

مساعد في التمريض	ممرض مؤهل	ممرض حاصل على شهادة دولة	ممرض رئيسي	طبيب مختص	طبيب عام	العدد
08	00	03	01	00	03	العدد
53	00	20	07	00	27	النسبة %

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يتضح من الجدول أن أغلبية العينة المدروسة هم مساعدين في التمريض حيث تبلغ نسبتهم 53% ثم تليها فئة طبيب العام بنسبة 27%، في حين كانت قدرت نسبة الممرضين الحاصلين على شهادة الدولة ب 20%، ونسبة ممرض رئيسي ب 07% وهي نسب صغيرة مقارنة بنسبة مساعدين في التمريض، أما نسبة الأطباء المختصين فكانت منعدمة، وهذا راجع إلى نقص في الموارد البشرية الذي تعاني منه المؤسسة العمومية للصحة الجوارية وادي الأبطال.

الشكل رقم (III-29): التوزيع الأفراد المجتمع المدروس (الأطباء والمرضى) حسب الوظيفة:



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

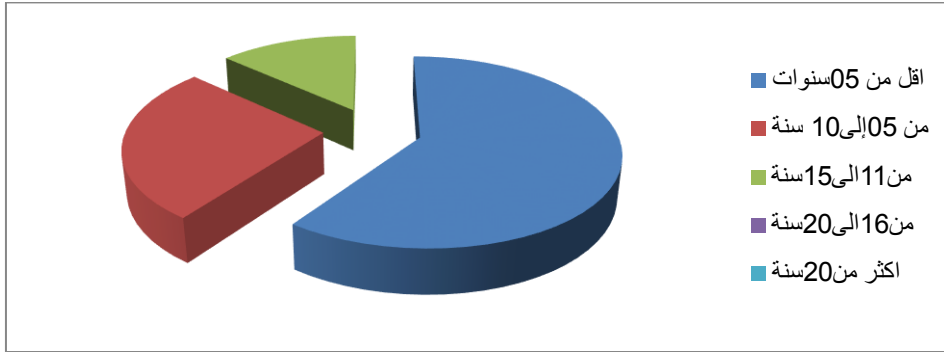
الجدول رقم(III-30):عدد سنوات الخبرة:

أقل من 05سنوات	من 05إلى10 سنة	من 11إلى15سنة	من 16إلى20سنة	أكثر من20سنة	
09	04	02	00	00	العدد
60	27	13	00	00	النسبة %

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يتضح من الجدول أن أغلبية أفراد العينة المدروسة تقل خبرتهم عن 05سنوات في العمل حيث قدرت النسبة بـ60%، أما الأفراد الذين تتراوح نسبتهم بين 05و10 سنة قدرت بـ27%، ثم تلمها نسبة الأفراد الذين تتراوح خبرتهم بين 11و15سنة بـ13%. في حين كانت النسب منعدمة للأفراد الذين تتراوح خبرتهم من 16سنة فأكثر، وهذا راجع إلى حداثة نشأة المستشفى، وسنوضح ذلك في الشكل:

الشكل رقم(III-30): توزيع أفراد المجتمع المدروس (الأطباء والمرضى) حسب عدد سنوات الخبرة:



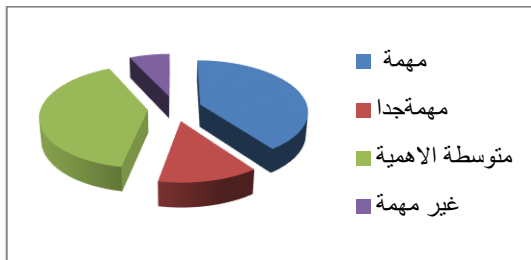
المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

المحور الثاني: مبادئ إدارة الجودة الشاملة:

الجدول رقم(III-31):التزام الإدارة العليا

بتحسين جودة الخدمات المقدمة بالمستشفى:

الخدمات المقدمة بالمستشفى



المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

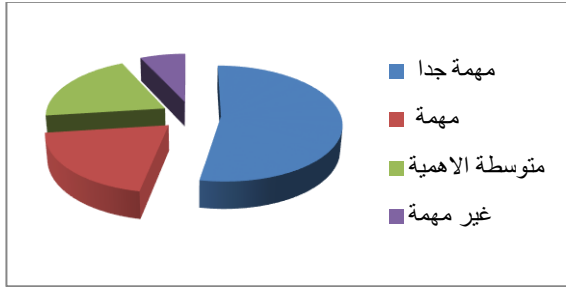
غير مهمة	متوسطة الأهمية	مهمة	مهمة جدا	
01	06	02	06	العدد
07	40	13	40	النسبة %

من خلال إجابات العينة المدروسة في المؤسسة الاستشفائية للصحة الجوارية وادي الأبطال –معسكر-، كانت النسب متساوية بين الإجابات بمهمة جدا و متوسطة الأهمية حيث قدرت بـ40% وهي أعلى نسبة، ثم تلمها نسبة الإجابات بمهمة و قدرت بـ13%، في حين قدرت نسبة الإجابات بغير مهمة بـ07%. وهذا دليل على أن الطاقم الطبي و الشبه الطبي في المؤسسة الاستشفائية يحرصون على التزام الإدارة العليا لتحسين جودة الخدمات .

الجدول رقم(III-32): هدف المستشفى هو إرضاء المريض:

	مهمة جدا	مهمة	متوسطة الأهمية	غير مهمة
العدد	08	03	03	01
% النسبة	53	20	20	07

الشكل رقم(III-32): إجابات المرضى حول هدف المستشفى هو إرضاء المريض:



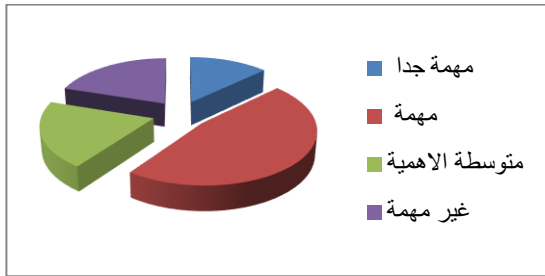
المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يتضح من الجدول أنه أكثر من نصف العينة المدروسة يرون أن هدف المستشفى هو إرضاء المريض مهم جدا بنسبة 53 % ، بينما كانت نسب الإجابات بمهمة ومتوسطة الأهمية متساوية وقدرت ب20% ، وهناك نسبة قليلة جدا ترى أن إرضاء المريض غير مهم بنسبة قدرت ب07%، وهذا دليل على أن في مستشفى وادي الأبطال يكون الاهتمام بصحة المريض وحرص على إرضائه .

الجدول رقم(III-33):عملية التحسين المستمر مسؤولية الجميع.

	مهمة جدا	مهمة	متوسطة الأهمية	غير مهمة
العدد	02	07	03	03
% النسبة	13	47	20	20

الشكل رقم(III-33):إجابات (الأطباء والمرضى) حول عملية التحسين المستمر مسؤولية الجميع.



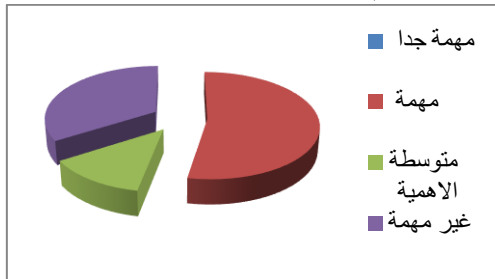
المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

أما فيما يخص إجابات الطاقم الطبي و الشبه الطبي حول التحسين المستمر مسؤولية الجميع ،فيري 47% منهم أنها مهمة في حين يري 13% منهم أنها مهمة جدا،وقد كانت النسب متساوية في الإجابات بمتوسطة الأهمية و غير مهمة حيث قدرت ب20%.

الجدول رقم(III-34):التحسين المستمر يشمل

	مهمة جدا	مهمة	متوسطة الأهمية	غير مهمة
العدد		08	02	05
% النسبة		53	13	34

الشكل رقم(III-34):إجابات (الأطباء والمرضى) حول التحسين المستمر يشمل كل عمليات المنجزة بمستشفى وإدارتها:

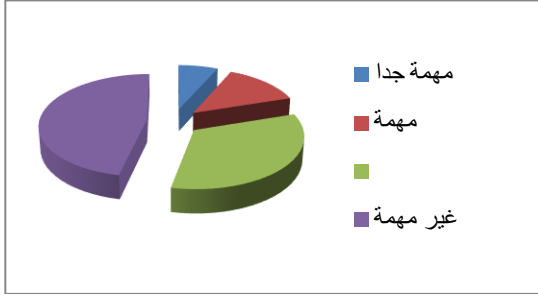


المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يرى أكثر من نصف العينة المدروسة أن التحسين المستمر يشمل كل عمليات المنجزة بمختلف أقسام المستشفى و إدارتها مهم حيث قدرت النسبة ب 53% ، في حين ترى نسبة 13% أنها متوسطة الأهمية وكانت النسبة منعدمة في الإجابات بمهمة جدا ، أما الإجابات بغير مهمة قدرت ب34%.

الجدول رقم(III-35):التغذية العكسية(feed back) الشكل رقم(III-35):إجابات (الأطباء و المرضى) التغذية العكسية(feed back)أساسية لتعديل

القرارات المتخذة:



مهمة	مهمة جدا	مهمة	متوسطة الاهمية	غير مهمة
العدد	02	03	04	06
النسبة %	13	20	27	40

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

اتجه أغلبية العينة المدروسة إلى أن التغذية العكسية (feed back) غير مهمة في المستشفى حيث قدرت النسبة ب 40% ، ثم تليها نسبة الإجابات بمتوسطة الأهمية التي قدرت ب 27% ، أما نسبة الإجابات بمهمة جدا فكانت 13% و نسبة الإجابات بمهمة قدرت ب20% وهذا دليل على أن المستشفى لا يعتمد على مبدأ التغذية العكسية.

الجدول رقم(III-36):عملية اتخاذ القرارات في هذا الشكل رقم(III-36): إجابات (الأطباء و المرضى) عملية اتخاذ القرارات في هذا المستشفى تتم بناء على تحليل جيد للبيانات:

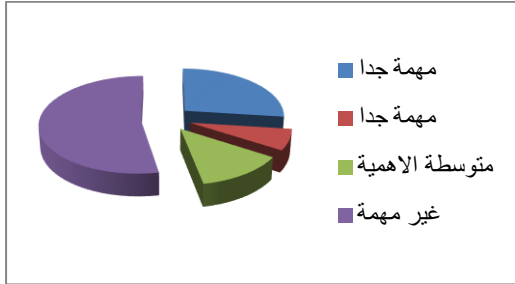


مهمة	مهمة جدا	مهمة	متوسطة الاهمية	غير مهمة
العدد	01	02	05	07
النسبة %	07	13	33	47

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يتضح من الجدول أن عملية اتخاذ القرارات في هذا المستشفى لا تتم بناء على تحليل البيانات حيث قدرت نسبة الإجابات بغير مهمة ب 47% ، في حين ترى 33% من العينة المدروسة أنها متوسطة الأهمية، و قدرت نسبة الإجابات بمهمة و مهمة جدا بالنسب التالية 13% و 07% .

الجدول رقم(III-37):التدريب المستمر للعاملين
 الشكل رقم(III-37): توزيع المجتمع المدروس
 بالمستشفى للانتقال من الإدارة التقليدية إلى
 حسب التدريب المستمر للعاملين بالمستشفى للانتقال
 إدارة الجودة الشاملة:
 من الإدارة التقليدية إلى إدارة الجودة الشاملة:

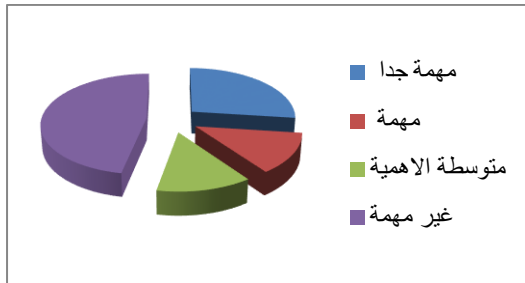


مهمة جدا	مهمة	متوسطة الاهمية	غير مهمة	العدد
04	07	13	27	08
27	07	13	53	النسبة %

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يرى أغلبية العينة المدروسة أن التدريب المستمر للعاملين بالمستشفى للانتقال من الإدارة التقليدية إلى إدارة الجودة الشاملة غير مهمة وقدرت النسبة بـ 53% في حين قدرت نسبة الإجابات بمهمة جدا بـ 27% ونسبة الإجابات بمهمة بـ 07%، أما الإجابات بأنها متوسطة الأهمية قدرت بنسبة 13% وهذا دليل على أن مستشفى وادي الأبطال لا يقوم بعملية التدريب فيما يتعلق بإدارة الجودة الشاملة.

الجدول رقم(III-38):استخدام عمليات المراقبة
 الشكل رقم(III-38):إجابات (الأطباء والممرضين)
 حول استخدام عمليات المراقبة الإحصائية
 لاكتشاف أي انحراف عن معايير
 الجودة:
 لاكتشاف أي انحراف عن معايير الجودة:



مهمة جدا	مهمة	متوسطة الاهمية	غير مهمة	العدد
04	13	13	27	07
27	13	13	47	النسبة %

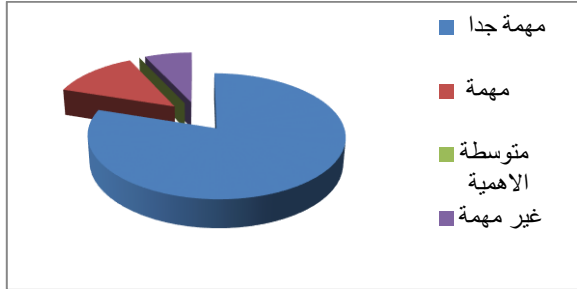
المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يتضح من الجدول أن استخدام عمليات المراقبة الإحصائية لاكتشاف أي انحراف عن معايير الجودة غير مهم في المستشفى حيث قدرت النسبة بـ 47%، في حين كانت النسب متساوية بين مهمة ومتوسطة الأهمية بنسبة 13%، و يرى 27% من العينة المدروسة أنها مهمة جدا. وهذا راجع إلى نقص في وسائل مراقبة.

المحور الثالث: مزايا تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

الشكل رقم (III-39): إجابات (الأطباء والمرضى) حول طريقة تقديم الخدمة الصحية في المستشفى:

الجدول رقم (III-39): تقديم الخدمة الصحية من المرة الأولى:



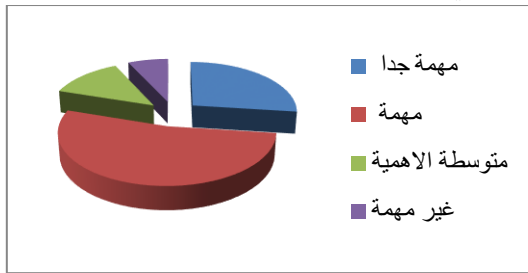
مهمة	مهمة جدا	متوسطة الأهمية	غير مهمة	
12	02	00	01	العدد
80	13	00	07	النسبة %

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

اتجه أغلب أفراد المجتمع المدرس إلى أن تقديم الخدمة الصحية من المرة الأولى في المستشفى تحقيق مهم جدا بنسبة قدرها 80%، بينما يرى 13% منهم أنها مهمة، في حين كانت النسبة منعدمة في الإجابات بمتوسطة الأهمية و كانت النسبة ضعيفة جدا في الإجابات بغير مهمة حيث قدرت ب 07% وهذا دليل على أن المستشفى يهتم بصحة المريض و يحرص على سلامته.

الشكل رقم (III-40): إجابات (الأطباء والمرضى) حول مدى تحقيق احتياجات المرضى بالكامل وفي الوقت المناسب:

الجدول رقم (III-40): تحقيق احتياجات المرضى بالكامل وفي الوقت المناسب:

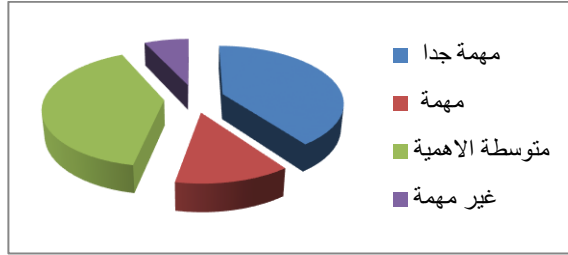


مهمة	مهمة جدا	متوسطة الأهمية	غير مهمة	
04	08	02	01	العدد
27	53	13	07	النسبة %

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

اتجه أغلب أفراد المجتمع المدرس إلى أن تحقيق احتياجات المرضى بالكامل و في الوقت المناسب مهمة بنسبة قدرها 27%، بينما يرى 53% منهم أنها مهمة جدا، في حين كانت النسب منخفضة في الإجابات بمتوسطة الأهمية و غير مهمة و قدرت ب 13 و 07%. وهذا دليل على أن للمريض أهمية كبيرة في المستشفى.

الجدول رقم(III-41): الاستغلال الأمثل للأجهزة
الشكل رقم(III-41): إجابات (الأطباء والمرضى) حول مدى استغلال الأجهزة والتقنيات الحديثة في المجال الطبي:

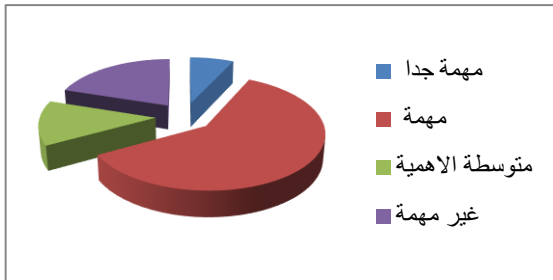


مهمة جدا	مهمة	متوسطة الأهمية	غير مهمة	العدد
06	02	06	01	07
40	13	40	07	النسبة %

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

فيما يخص إجابات الطاقم الطبي و الشبه الطبي حول الاستغلال الأمثل للأجهزة و التقنيات الحديثة في المجال الطبي، فقد كانت النسب متساوية بين الإجابات بمهمة جدا و متوسطة الأهمية حيث قدرت ب 40%، في حين كانت النسب منخفضة في الإجابات بمهمة و غير مهمة بنسبة 13% و 07%، وهذا راجع إلى نقص في الخبراء و التقنيين.

الجدول رقم(III-42): تقليل الأخطاء وتكلفة
الشكل رقم(III-42): إجابات (الأطباء والمرضى) حول تقليل الأخطاء وتكلفة اللاجودة:

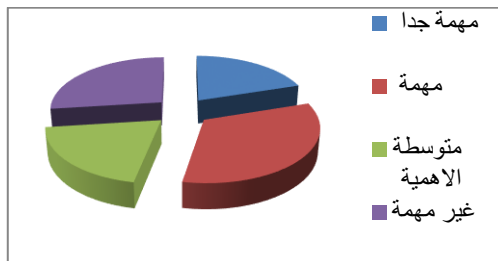


مهمة جدا	مهمة	متوسطة الأهمية	غير مهمة	العدد
01	09	02	03	20
07	60	13	20	النسبة %

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يتضح من الجدول أن أغلبية أفراد العين المدروسة اتجهوا إلى أن تقليل الأخطاء وتكلفة اللاجودة مهم في المستشفى بنسبة 60%، في حين اتجه 20% منهم أنها غير مهمة، أما نسبة الإجابات بمتوسطة الأهمية بلغت 13%، ونسبة الإجابات بمهمة جدا ب 07%. فهذا دليل على أن عمال المستشفى يسعون إلى تقليل الأخطاء.

الجدول رقم(III-43): سرعة الاستجابة
الشكل رقم(III-43): إجابات (الأطباء والمرضى) حول مدى الاستجابة لشكاوى المرضى واقتراحاتهم:

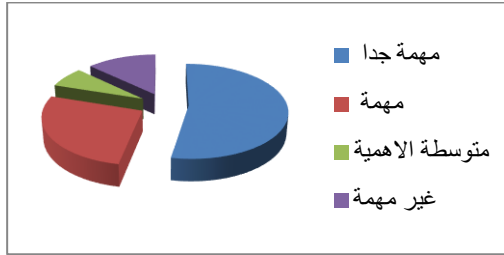


مهمة جدا	مهمة	متوسطة الأهمية	غير مهمة	العدد
03	05	03	04	27
20	33	20	27	النسبة %

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

اتجه بعض أفراد العينة المدروسة إلى أن الاستجابة لشكاوى المرضى و اقتراحاتهم مهم في مستشفى وادي الأبطال بنسبة قدرت ب33%، في حين كانت النسبة متساوية بين الإجابات بمهمة جدا و متوسطة الأهمية و قدرت ب 20%، أما نسبة الإجابات بغير مهمة ب27% و هذا دليل على انه في المستشفى وادي الأبطال.

الجدول رقم(III-44) : ثقة عالية لدى المريض الشكل رقم(III-44) : إجابات (الأطباء و المرضى) بأن حياته بين أيدي أمينة: مدى ثقة المرضى بالخدمات المقدمة بالمستشفى:

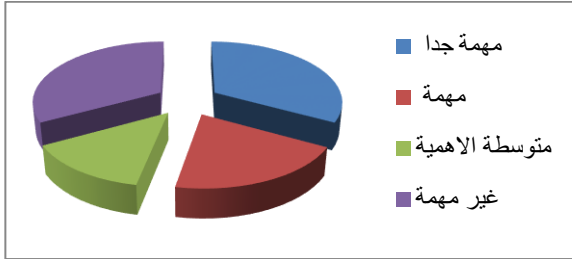


مهمة جدا	مهمة	متوسطة الأهمية	غير مهمة	العدد
08	04	01	02	
53	27	07	13	النسبة %

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

فيما يخص إجابات الطاقم الطبي و الشبه الطبي حول ثقة عالية لدى المريض بان حياته بين أيدي أمينة ، فقد اتجه 53% من أفراد المجتمع على أنها مهمة جدا، في حين يرى 27% منهم أنها مهمة ، و قدرت نسبة الإجابات بمتوسطة الأهمية ب 07% و غير مهمة ب13%.

الجدول رقم(III-45) : زيادة عدد المرضى و المترددين على المستشفى: الشكل الجدول رقم(III-45) : إجابات (الأطباء و المرضى) حول عدد المرضى المترددين على المستشفى.



مهمة جدا	مهمة	متوسطة الأهمية	غير مهمة	العدد
05	03	02	05	
33	20	14	33	النسبة %

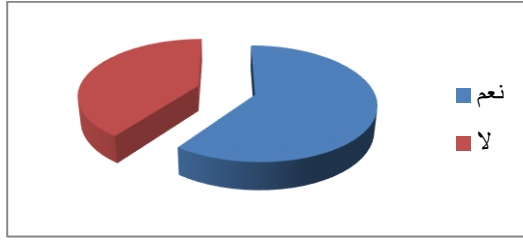
المصدر:

من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

من خلال الجدول نلاحظ أن إجابات أفراد العينة المدروسة بمهمة جدا حول زيادة عدد المرضى المترددين على المستشفى بلغت 33%، في حين كانت نسب متقاربة في الإجابات بمهمة و متوسطة الأهمية و قدرت ب20 و 14 %، وكانت نسبة معتبرة للإجابات بغير حيث قدرت ب33% و هذا دليل على أن هناك توافق كبير من المرضى إلى مستشفى وادي الأبطال.

المحور الرابع: المعوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة:

الجدول رقم (III-46) : عدم وجود برامج تدريبية في مجال إدارة الجودة الشاملة: الشكل الجدول رقم (III-46) : إجابات (الأطباء والمرضى) حول وجود برامج تدريبية في مجال إدارة الجودة الشاملة:

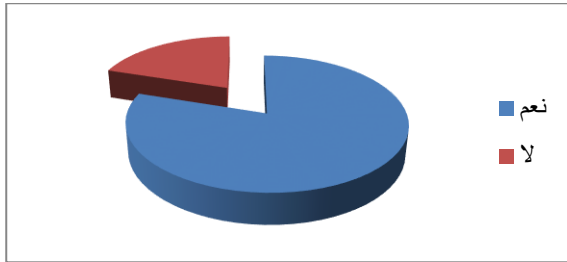


لا	نعم	
06	09	العدد
40	60	النسبة %

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

من خلال إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبية ، نجد أن أكثر من نصف أفراد المجتمع المدروس يرون أنه لا توجد برامج تدريبية في مجال إدارة الجودة الشاملة حيث قدرت النسبة بـ 60% ، في حين قدرت نسبة الإجابات بلا بـ 40% وذلك راجع إلى غياب ثقافة إدارة الجودة الشاملة .

الجدول رقم (III-47) : عدم تخصيص الموارد الكافية: الشكل رقم (III-47) : إجابات (الأطباء والمرضى) حول الموارد المخصصة:

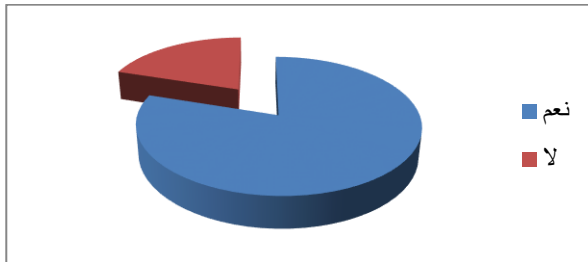


لا	نعم	
03	12	العدد
20	80	النسبة %

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يتضح من الجدول أن أغلبية إجابات العينة المدروسة كانت بنعم حيث قدرت النسبة بـ 80% ، في حين قدرت نسبة الإجابات بلا بـ 20% ، وهذا دليل على أن مستشفى وادي الأبطال لا يقوم بتخصيص الموارد الكافية.

الجدول رقم (III-48) : عدم الاستعانة بخبراء متخصصين في إدارة الجودة الشاملة: الشكل رقم (III-48) : إجابات (الأطباء والمرضى) حول استعانة المستشفى بخبراء متخصصين في إدارة الجودة الشاملة:

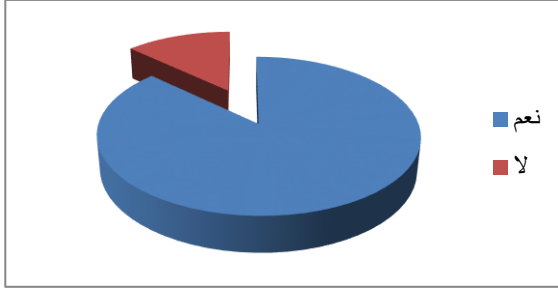


لا	نعم	
03	12	العدد
20	80	النسبة %

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

فيما يخص الاستعانة بخبراء متخصصين في إدارة الجودة الشاملة، يرى أغلبية أفراد العينة المدروسة نقص المتخصصين حيث قدرت النسبة بـ 80% ، أما الإجابات بلا قدرت بـ 20% فهذا يدل على أن المستشفى لا يستعين بخبراء في إدارة الجودة الشاملة.

الشكل رقم (III-49): ضعف تحفيز العاملين أداءهم لتحسين أداؤهم بالمستشفى:



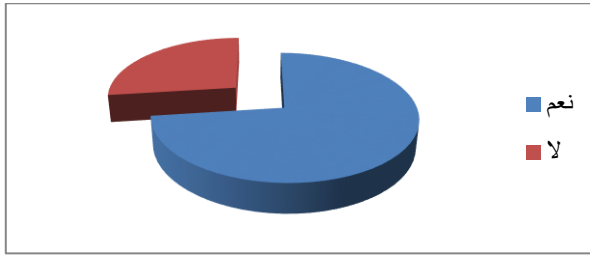
المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

الجدول رقم (III-49): ضعف تحفيز العاملين لتحسين بالمستشفى:

لا	نعم	
02	13	العدد
13	87	النسبة %

اتجهت أغلب إجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي إلى أن المستشفى لا يقوم بعملية التحفيز لتحسين أداء العمال حيث قدرت النسبة بـ 87%، في حين أجابوا 13% من العينة المدروسة بلا وهذا يدل على أن ضعف التحفيز و عدم إشراك العمال يؤدي إلى ضعف المر دودية.

الجدول رقم (III-50): عدم وضوح مفهوم العمل الجماعي و غياب روح الفريق: (إجابات (الأطباء و الممرضين) حول العمل الجماعي و روح الفريق):

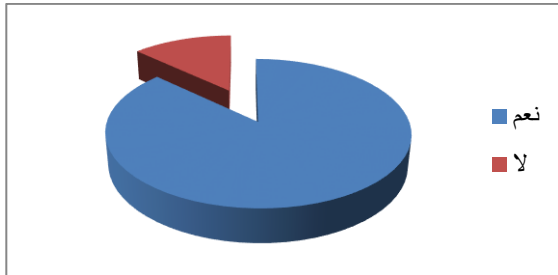


المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

لا	نعم	
04	11	العدد
27	73	النسبة %

بالنسبة لإجابات الطاقم الطبي وشبه الطبي حول عدم وضوح مفهوم العمل الجماعي و غياب روح الفريق فكانت أغلب الإجابات بنعم و قدرت النسبة بـ 73% في حين قدرت نسبة الإجابات بلا بـ 27% .

الجدول رقم (III-51): عدم وجود معايير و أبعاد جودة الخدمات الصحية: (إجابات (الإداريين) حول وجود معايير و أبعاد جودة الخدمات الصحية):

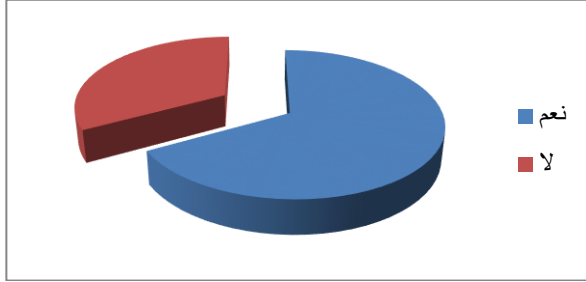


المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

لا	نعم	
02	13	العدد
13	87	النسبة %

اتجه رأي 87% من أفراد المجتمع المدروس إلى عدم وجود معايير و أبعاد جودة الخدمات الصحية في مستشفى وادي الأبطال ، بينما رأت نسبة 13% بأنها موجودة.

الشكل رقم(III-52): إجابات (الأطباء والممرضين) حول وجود موضوعية لمعرفة مستوى رضا المرضى عن خدمات الرعاية الصحية:



الجدول رقم(III-52):عدم وجود مقاييس موضوعية لمعرفة مستوى رضا المرضى عن خدمات الرعاية الصحية:

الإجابة	العدد	النسبة %
نعم	10	33%
لا	67	80%

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج الاستبيان.

يتضح من الجدول أن أكثر من نصف إجابات المجتمع المدروس كانت عدم وجود مقاييس موضوعية لمعرفة مستوى رضا المرضى عن خدمات الرعاية الصحية حيث قدرت النسبة بـ80%، في حين قدرت نسبة الإجابات بلا بـ33%.

الخاتمة

تعاني المؤسسات الخدمية العامة من مشاكل متعددة تعد من أبرزها تلك المتعلقة بالتنظيم والتمويل، وكجزء من منظومة المؤسسات الخدمية العامة تحتل المستشفيات العمومية صدارة تلك المؤسسات في عدد المشاكل ومدى تعقدها نظراً لما تقدمه من خدمات صحية وطبية ، وطبقاً للشريحة التي تقدم لها تلك الخدمات وهم (المرضى) بكافة أعمارهم وحالاتهم الصحية المختلفة.

وللحاق بركب مستشفيات الدول المتقدمة أصبح من الضروري على المستشفيات العمومية تبني منهج إدارة الجودة الشاملة، حرصاً منها على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية، إلا أن المعوقات التمويلية طفت على السطح وذلك بسبب ما يتطلبه تطبيق منهج الجودة الذي يهدف إلى تحقيق التحسين المستمر في كل العمليات الخاصة بالخدمات الصحية التي تقوم المستشفيات بتقديمها من تكاليف باهظة أدت إلى ارتفاع تكلفة الخدمات المقدمة بشكل عام . و بات التحدي الذي يواجه تلك المستشفيات هو تحقيق معادلة خفض تكاليف الخدمات الصحية مع رفع مستوى جودة تلك الخدمات. ولمعرفة مدى تطبيق مؤسساتنا الاستشفائية العمومية لإدارة الجودة الشاملة قمنا بتسليط الضوء على المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بوادي الأبطال معسكر و تم التوصل إلى النتائج التالية:

النتائج المستمدة من تحليل نتائج الاستبيان:

- هيمنة جنس الإناث على جنس الذكور في الطاقم الطبي ، إذ بلغت نسبهم 67% في بلغت نسبة الذكور 33 % و العكس في الطاقم الإداري وهذا راجع إلى توجه جنس الإناث أكثر إلى مجال الطب.
- انتساب نسبة كبيرة من أفراد العينة لفئة الشباب تقدر بـ 60 % حيث تتراوح أعمارهم ما بين 21 و 40 سنة وهذا ما يعكس الحيوية في المستشفى وتقديم نوعية جيدة للخدمة الصحية.
- نسبة كبيرة من أفراد العينة المدرسة تتراوح خبرتهم ما بين 05 و 10 سنة وهذا راجع إلى حداثة نشأة المستشفى.
- إن أفراد عينة الدراسة يرون أن مبادئ إدارة الجودة الشاملة مهمة في مستشفى وادي الأبطال كالإلتزام الإدارة العليا بتحسين جودة الخدمات المقدمة في هذا المستشفى و السعي إلى إرضاء المريض حيث كانت النسب تتراوح بين 40 و 60% في حين كانت بعض البادئ شبه غائبة في المجالين الطبي و الإداري كالتدريب المستمر للعاملين للانتقال من الإدارة التقليدية إلى إدارة الجودة الشاملة، التغذية العكسية (feed back) أساسية لتعديل القرارات المتخذة، عملية اتخاذ القرارات تتم بناء على تحليل جيد للبيانات وهذا راجع إلى عدم الإدراك الجيد لهذه المبادئ.
- يرى معظم أفراد العينة المدروسة أن لإدارة الجودة الشاملة مزايا عديدة مهمة جدا فقد كانت النسب تتراوح ما بين 30 و 60% ، إذ أن المستشفى يقوم بتقديم الخدمة الصحية من المرة الأولى، تحقيق أغلب احتياجات المرضى وفي الوقت المناسب، سرعة الاستجابة إلى شكاوي المرضى و اقتراحاتهم. وهذا ما يجعل ثقة عالية لدى المريض بأن حياته بين أيدي أمينة وزيادة ترده إلى المستشفى.

- من خلال النتائج المتحصل عليها يتضح لنا أن مستشفى وادي الأبطال يواجه صعوبات كثيرة تحول دون تطبيق إدارة الجودة الشاملة إذ تراوحت نسب الإجابات بنعم بين 60 و90% ومن بين المعوقات نجد عدم وجود برامج تدريبية في مجال إدارة الجودة الشاملة، ضعف تحفيز العاملين بالمستشفى لتحسين أدائهم، عدم وضوح مفهوم العمل الجماعي وغياب روح الفريق و عدم الاستعانة بخبراء متخصصين في إدارة الجودة الشاملة. وهذا راجع إلى نقص في الموارد المالية و الموارد البشرية ذات الكفاءة. نتائج اختبار الفرضيات:

بالنسبة للفرضيات التي تم اقتراحها في بداية هذا البحث فقد تم إثبات بعضها ونفي الآخر من خلال الدراسة النظرية و التطبيقية لموضوعنا تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الاستشفائية. بداية بالفرضية الأولى و التي تمحورت حول " نقص ثقافة إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الاستشفائية." و التي تم تأكيدها حيث توصلنا من خلال الدراسة النظرية و التطبيقية أنّ العنصر البشري هو من أهم مقومات إدارة الجودة الشاملة و تعتبر حلقات الجودة خير دليل على ذلك فغياب روح الفريق و الاعتماد على العمل الفردي يتناقض مباشرة مع مقومات نجاح إدارة الجودة الشاملة من إشراك العمال وتمكينهم ، ممّا يفرض على المؤسسة التي تريد أن تحقق الجودة الشاملة أن تتبنى تنظيمًا مخالفًا يشجع الأفراد على معرفة الأخطاء و القضاء عليها.

فيما يخص الفرضية الثانية و المتمثلة "تواجه المؤسسات العمومية الاستشفائية عدة صعوبات لتطبيق إدارة الجودة الشاملة. تم إثباتها ، فقد أوضحت لنا الدراسة التطبيقية أن منهج إدارة الجودة الشاملة لا يزال مجرد فلسفة لا يمكن تطبيقه في المؤسسات الاستشفائية العمومية وذلك راجع إلى الصعوبات التي تواجهها مؤسساتنا كعدم تخصيص الموارد الكافية لهذا الموضوع، ضعف تحفيز العاملين، غياب روح الفريق و العمل الجماعي وعدم الاستعانة بخبراء متخصصين في إدارة الجودة الشاملة بالمستشفى وخاصة في الجانب الإداري.

أما الفرضية الثالثة و الأخيرة و المتمثلة في "التطبيق الجيد لمبادئ إدارة الجودة الشاملة يعمل على تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة." التي تم تأكيدها، ففي مستشفى وادي الأبطال لاحظنا غياب فكرة إدارة الجودة الشاملة مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية لا تشبع حاجيات المريض فعلى المؤسسة إدراك المعنى الحقيقي للجودة الشاملة، فإطلاق اللوم على هذا المنهج و نعتة بأنه أسلوب إدارة نظري لا يجد في الواقع تطبيقا راجع إلى الفهم السيئ لهذه الفلسفة فالجودة هي مصدر لإدراج الأرباح و تعظيم الأموال تحقيق رضا العملاء (المرضى).

الاقتراحات و التوصيات:

✓ ضرورة الاهتمام بتدريس إدارة الجودة الشاملة في الجامعات والمعاهد الجزائرية، و إحداث تخصصات متعلقة بها.

✓ ينبغي على الإدارة العليا للمستشفى أن تعمل على إيجاد نظام معلومات متقدم لتزويد إدارة المستشفى والأقسام الأخرى بالبيانات والمعلومات المساندة لعملية اتخاذ القرار الصحيح في الوقت المناسب.

✓ -الاستفادة من نظام المعلومات في تزويد إدارة المستشفى بنتائج قياس رضا المرضى والتعرف على أوجه القصور في خدمات المستشفى .

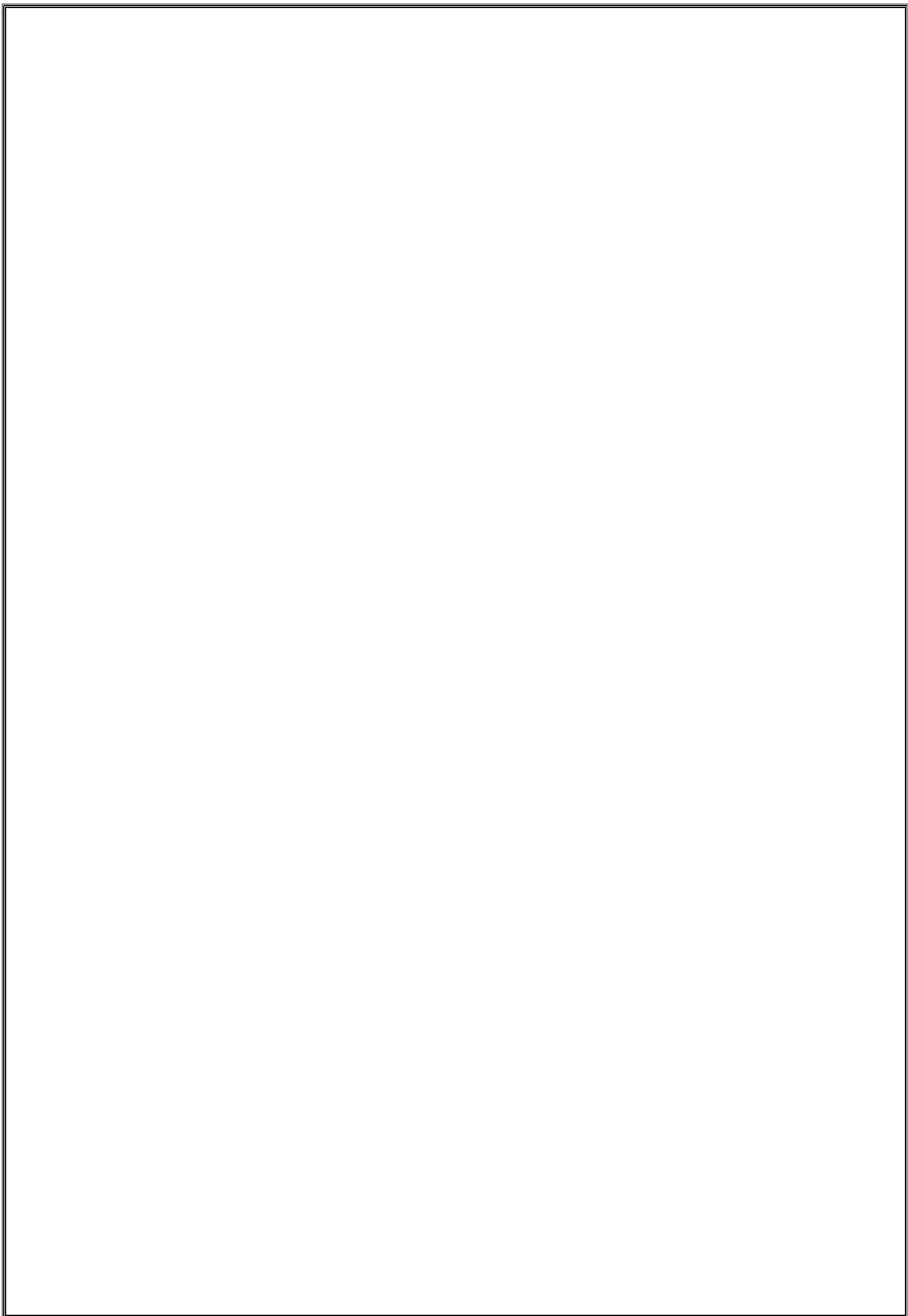
- ✓ الاهتمام بتشكيل فرق العمل المتجانسة داخل المستشفى تشجيعا للعمل الجماعي التعاوني ودعمًا لمشاركة العاملين في عمليات التحسين والتطوير المستمر للخدمات الصحية التي يوفرها المستشفى.
- ✓ على المستوى الإعلامي ضرورة تخصيص برامج تلفزيونية وإذاعية تهتم بقضايا الجودة.
- ✓ ضرورة التنسيق والتعاون مع الدول الأجنبية الرائدة في تطبيقات إدارة الجودة الشاملة، باعتبارها المفهوم الحقيقي للجودة، لاسيما التي تربطها شراكة مع الجزائر للاستفادة من تجاربها في هذا المجال.
- ✓ ضرورة الاستخدام الصحيح والمتقن لوظائف ومهام التسيير. برؤى مستقبلية معمقة، هدف تحقيق المكانة التنافسية المستهدفة.
- ✓ ضرورة اهتمام المؤسسات الصحية بالأفراد والكفاءات التي تتوفر عليها والعمل على تنميتها والرفع من مستوى جاهزيتها كونها مصدر وأساس كل تلك التقنيات والمهارات التسييرية التي يتطلبها بناء مشروع إدارة الجودة الشاملة والذي يبدأ بالاختيار الجيد لهؤلاء الأفراد، ثم إعدادهم وتدريبهم اللازم لتطوير معارفهم وتنمية قدراتهم والتأثير في اتجاهاتهم نحو الاقتناع بضرورة التغيير التي تشترطه إدارة الجودة الشاملة، ثم تحفيزهم لخلق الشعور بالاستقرار والولاء للمؤسسة وضمان بقائهم ضمنها وخلق بيئة عمل ملائمة تتميز بالمرونة وسهولة الاتصال.
- ✓ العمل الجاد على نشر ثقافة إدارة الجودة الشاملة بين جميع العاملين، تمهيدا لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، وقد يكون ذلك بالبداية بإنشاء وحدة أو إدارة مختصة بإدارة الجودة والتحسين المستمر وتزويدها بالكفاءات والخبرات اللازمة، ومنحها المسؤوليات والصلاحيات المطلوبة، كما يكون من مهام هذه الوحدة أو الإدارة العمل على نشر ثقافة إدارة الجودة الشاملة بين العاملين وتنفيذ دورات تدريبية متخصصة لجميع المستويات الإدارية والفنية.
- ✓ توفير نظام فعال للحوافز المادية والمعنوية يتماشى مع معدلات الأداء ويكافئ العاملين على إنجازاتهم المتميزة مع الإشادة بها في المواقف المختلفة.
- ✓ إجراء المزيد من الدراسات حول هذا الموضوع، وعلى عينات مختلفة من العاملين في المستشفى وكذلك على مستشفيات أخرى، لأن هذا النوع من الدراسات سيسهم في رفع مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات.
- ✓ الاستعانة بخبراء الجودة في عقد اللقاءات والاجتماعات الدورية مع العاملين بالمستشفى.

عقب الانتهاء من هذا البحث والذي ناقشنا من خلاله مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة (T.Q.M) في المؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر وتحديد الشروط الكفيلة لإنجاز هذا التطبيق وبالنظر إلى حداثة مفهوم إدارة الجودة الشاملة والقيمة البحثية المتميزة للعمل في هذا المجال، يتبين لنا العديد من المسائل والجوانب التي هي في حاجة إلى مواصلة البحث والتنقيب ضمن هذا الاتجاه ومن بينها:

1- قياس إدراك العملاء لجودة الخدمات الصحية في الجزائر.

2- إدارة الجودة الشاملة مدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية في الجزائر

قائمة المراجع



قائمة المراجع:

• الكتب:

- بوحنية قوي، " تنافسية مخرجات الجامعة في ظل العولمة: تطوير فلسفة وأداء التعليم العالي في إطار نظرية إدارة الجودة الشاملة TQM، مجلة الحقيقة، العدد السادس، جامعة أدرار، ماي، 2005.
- جمال طاهر أبو الفتوح حجازي، إدارة الإنتاج و العمليات:مدخل إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، مكتبة القاهرة للطباعة و التصوير، القاهرة، 2002.
- جوزيف جابلونسكي، تطبيق إدارة الجودة الشاملة: نظرة عامة، ترجمة عبد الفتاح السيد النعماني، الجزء الثاني، مركز الخبرات المهنية للإدارة، القاهرة، 1996.
- خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات في القطاع الصحي، الرياض، 1997.
- خضير كاظم حمود، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الثانية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2005.
- ستيفن كوهين، رونالد براند، إدارة الجودة الكلية في الحكومة دليل عملي لواقع حقيقي، ترجمة عبد الرحمن بن أحمد هيجان، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1997.
- صالح ناصر عليمات، إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات التربوية: التطبيق ومقترحات التطوير، الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2004.
- عبد الرحمن توفيق، " الجودة الشاملة: الدليل المتكامل"، إصدارات بيميك، العدد 45، مركز الخبرات المهنية للإدارة، القاهرة، 2003.
- عبد الفتاح محمد سليمان، الدليل العملي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في شركات ومشروعات التشييد، إيتراك للطباعة والنشر، القاهرة، 2001.
- عبد الله بن موسى الخلف، ثلوث التميز:تحسين الجودة و تخفيض التكلفة و زيادة الإنتاجية، مجلة الإدارة العامة، العدد الأول، الرياض، ماي، 1997.
- فريد عبد الفتاح زين الدين، تخطيط ومراقبة الإنتاج:مدخل إدارة الجودة، دار الكتب، القاهرة، 1997.
- قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم و عمليات و تطبيقات، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان 2009، ص 192.
- محمد غسان قاسم داود اللامي، أميرة شكر ولي البياتي، إدارة الإنتاج والعمليات: مرتكزات كمية ومعرفية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2008.
- محمد شفيق، الخطوات المنهجية لإعداد البحوث، مصر، المكتب الجامعي الحديث، 1981، ص 86.
- محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة: مفاهيم وتطبيقات، الطبعة الثانية، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2006.
- مؤيد عبد الحسين الفضل، يوسف حجيم الطائي، إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلى المستهلك: منهج كمي، الطبعة الأولى، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، عمان، 2004.
- يوسف حجيم الطائي، نظم إدارة الجودة في المنظمات الإنتاجية و الخدمية، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، الأردن، 2009.

• المذكرات:

- الطاهر الوافي، التحفيز و أداء الممرضين، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية، 2013/2012.
- خامت سعدية، عجو نورة، تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، مذكرة لنيل شهادة المستر، تخصص تسويق، معهد العلوم الاقتصادية، التجارية و علوم التسيير، 2012/2011.
- دريدي أحلام، دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير، في علوم التسيير، تخصص: الأساليب الكمية في التسيير 2014/2013.
- عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، التسيير والعلوم التجارية، 2012/2011.
- كحيله نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، مذكرة الماجستير، تخصص تسيير الموارد البشرية، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية و علوم التسيير، 2009/2008.
- مزغيش عبد الحليم، تحسين أداء المؤسسة في ظل إدارة الجودة الشاملة، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، العلوم التجارية، فرع التسويق، 2012/2011.
- نجاه العامري: تسويق الخدمات الصحية (دراسة حالة مصحة أبو القاسم بسكيكدة)، مذكرة ماجستير، كلية علوم التسيير والعلوم الاقتصادية، 2009/2008.
- نجاه صغير، تقييم جودة الخدمات الصحية، رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير، في علوم التسيير، تخصص اقتصاد تطبيقي و تسيير المنظمات، 2012/2011.

• المراسيم التنفيذية:

- المرسوم التنفيذي رقم 07-14 المؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428 الموافق 19 مايو سنة 2007، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و تسييرها.

• المجالات:

- راتب السعود، " إدارة الجودة الشاملة: نموذج مقترح لتطوير الإدارة المدرسية في الأردن"، مجلة جامعة دمشق، المجلد 18، العدد الثاني، دمشق، 2002، ص 94.
- ديونج شين وآخرون، " جوانب تنفيذية حاسمة في إدارة الجودة الكلية"، ترجمة محمد بن أحمد العبيدي، مجلة الإدارة العامة، المجلد التاسع والثلاثون، العدد الأول، معهد الإدارة العامة، الرياض، أبريل، 1999.

الملاحق

الملحق رقم:01

جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم.
كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير.
استمارة بحث مكملة لنيل شهادة الماستر في علوم التسيير.
تخصص: تسيير الهياكل الاستشفائية.

استبيان موجه للإداريين.

الموضوع: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية العمومية.
من إعداد الطالبة:

❖ رفاص نصيرة

تحية طيبة وبعد:

إنّ الغرض من هذا البحث هو معرفة مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الإستشفائية العمومية بوادي الأبطال ولاية معسكر ، من أجل ذلك نرجو أن تفضلوا بالإجابة على الأسئلة التالية، علماً أنّ البيانات التي ستدلون بها تستخدم حصراً للأغراض العلمية، وشكراً مسبقاً على تعاونكم.

ملاحظة: الرجاء وضع علامة (x) عند الإجابة التي تراها مناسبة:

المحور الأول: البيانات الشخصية

1-الجنس:

ذكر أنثى

2-العمر:

أقل من 30 سنة من 30 إلى 35 سنة
من 36 إلى 40 سنة من 41 إلى 45 سنة
من 46 إلى 50 سنة أكثر من 50 سنة

3-الوظيفة:

عون إداري إداري
متصرف متصرف رئيسي

4- عدد سنوات الخبرة:

أقل من 5 سنوات من 5 إلى 10 سنوات
من 11 إلى 15 سنة من 16 إلى 20 سنة
أكثر من 20 سنة

المحور الثاني: مبادئ إدارة الجودة الشاملة

الرقم	العبارة	مهمة جدا	مهمة	متوسطة الأهمية	غير مهمة
01	التزام الإدارة العليا بتحسين جودة الخدمات المقدمة في هذا المستشفى.				
02	هدف المستشفى هو إرضاء المريض.				
03	عملية التحسين المستمر مسؤولية الجميع بالمستشفى.				
04	التحسين المستمر يشمل كل العمليات المنجزة بمختلف أقسام المستشفى وإداراتها.				
05	التغذية العكسية (feed back) أساسية لتعديل القرارات المتخذة.				
06	عملية اتخاذ القرارات في هذا المستشفى تتم بناء على تحليل جيد للبيانات.				
07	التدريب المستمر للعاملين بالمستشفى للانتقال من الإدارة التقليدية إلى إدارة الجودة الشاملة.				
08	استخدام عمليات المراقبة الإحصائية لاكتشاف أي انحراف عن معايير الجودة.				

الرقم	العبارة	مهمة جدا	مهمة	متوسطة الأهمية	غير مهمة
01	تقديم الخدمة الصحية بالطريقة الصحيحة من المرة الأولى.				
02	تحقيق احتياجات المرضى بالكامل وفي الوقت المناسب.				
03	الاستغلال الأمثل للأجهزة والتقنيات الحديثة في مجال الطب.				
04	تقليل الأخطاء وتكلفة اللجوء.				
05	سرعة الاستجابة إلى شكاوي المرضى واقتراحاتهم.				
06	ثقة عالية لدى المريض بأن حياته بين أيدي أمينة.				

				زيادة عدد المرضى والمترددین علی المستشفى.	07
--	--	--	--	---	----

المحور الثالث: مزايا تطبيق إدارة الجودة الشاملة

المحور الرابع: معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة

الرقم	العبارة	نعم	لا
01	عدم وجود برامج تدريبية في مجال إدارة الجودة الشاملة.		
02	عدم تخصيص الموارد الكافية.		
03	عدم الاستعانة بخبراء متخصصين في إدارة الجودة الشاملة بالمستشفى.		
04	ضعف تحفيز العاملين بالمستشفى لتحسين أدائهم.		
05	عدم وضوح مفهوم العمل الجماعي وغياب روح الفريق.		
06	عدم وجود معايير وأبعاد جودة الخدمات الصحية.		
07	عدم وجود مقاييس موضوعية لمعرفة مستوى رضا المرضى عن خدمات المستشفى.		

الملحق رقم:02

جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم.
كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير.
استمارة بحث مكملة لنيل شهادة الماستر في علوم التسيير.
تخصص: تسيير الهياكل الاستشفائية.

استبيان موجه للأطباء والممرضين.

الموضوع: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الاستشفائية العمومية.
من إعداد الطالبة:

❖ رفاص نصيرة

تحية طيبة وبعد:

إنّ الغرض من هذا البحث هو معرفة مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الإستشفائية العمومية
بوادى الأبطال ولاية معسكر ، من أجل ذلك نرجو أن تفضلوا بالإجابة على الأسئلة التالية، علماً أنّ البيانات
التي ستدلون بها تستخدم حصراً لأغراض علمية، وشكراً مسبقاً على تعاونكم.
ملاحظة: الرجاء وضع علامة (x) عند الإجابة التي تراها مناسبة:

المحور الأول: البيانات الشخصية

1-الجنس:

ذكر أنثى

2-العمر:

أقل من 30 سنة من 30 الى 35 سنة
من 36 الى 40 سنة من 41 الى 45 سنة
من 46 الى 50 سنة أكثر من 50 سنة

3-الوظيفة:

طبيب عام طبيب متخصص
ممرض رئيسي ممرض حاصل على شهادة دولة
ممرض مؤهل مساعد في التمريض

4- عدد سنوات الخبرة:

أقل من 5 سنوات من 5 الى 10 سنوات
من 11 الى 15 سنة من 16 إلى 20 سنة
أكثر من 20 سنة

المحور الثاني: مبادئ إدارة الجودة الشاملة

الرقم	العبارة	مهمة جدا	مهمة	متوسطة الأهمية	غير مهمة
01	التزام الإدارة العليا بتحسين جودة الخدمات المقدمة في هذا المستشفى.				
02	هدف المستشفى هو إرضاء المريض.				
03	عملية التحسين المستمر مسؤولية الجميع بالمستشفى.				
04	التحسين المستمر يشمل كل العمليات المنجزة بمختلف أقسام المستشفى وإداراتها.				
05	التغذية العكسية (feed back) أساسية لتعديل القرارات المتخذة.				
06	عملية اتخاذ القرارات في هذا المستشفى تتم بناء على تحليل جيد للبيانات.				
07	التدريب المستمر للعاملين بالمستشفى للانتقال من الإدارة التقليدية إلى إدارة الجودة الشاملة.				
08	استخدام عمليات المراقبة الإحصائية لاكتشاف أي انحراف عن معايير الجودة.				

الرقم	العبارة	مهمة جدا	مهمة	متوسطة الأهمية	غير مهمة
01	تقديم الخدمة الصحية بالطريقة الصحيحة من المرة الأولى.				
02	تحقيق احتياجات المرضى بالكامل وفي الوقت المناسب.				
03	الاستغلال الأمثل للأجهزة والتقنيات الحديثة في مجال الطب.				
04	تقليل الأخطاء وتكلفة اللجوء.				
05	سرعة الاستجابة إلى شكاوي المرضى واقتراحاتهم.				
06	ثقة عالية لدى المريض بأن حياته بين أيدي أمينة.				

				زيادة عدد المرضى والمترددین على المستشفى.	07
--	--	--	--	---	----

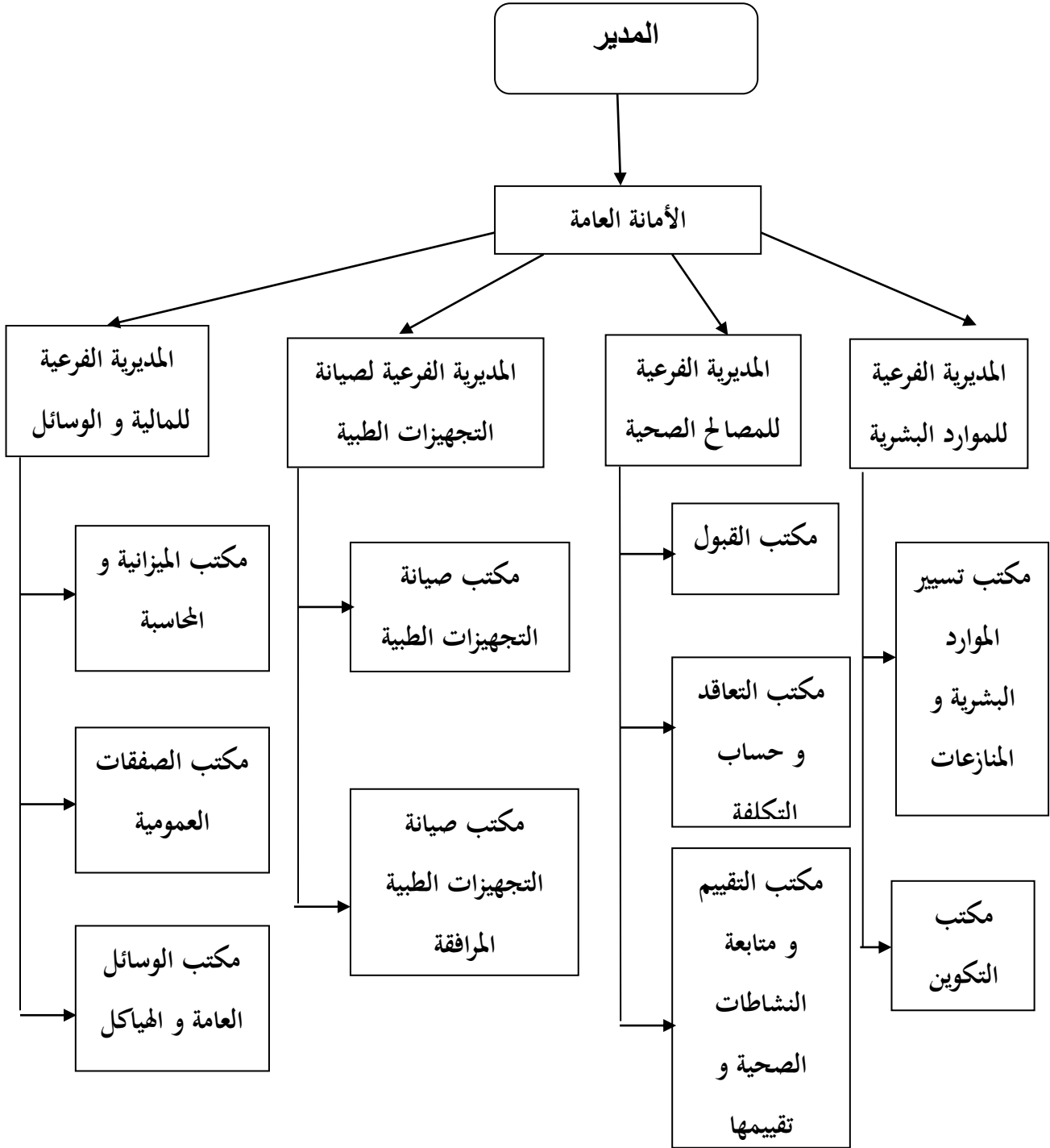
المحور الثالث: مزايا تطبيق إدارة الجودة الشاملة

المحور الرابع: معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة

لا	نعم	العبرة	الرقم
		عدم وجود برامج تدريبية في مجال إدارة الجودة الشاملة.	01
		عدم تخصيص الموارد الكافية.	02
		عدم الاستعانة بخبراء متخصصين في إدارة الجودة الشاملة بالمستشفى.	03
		ضعف تحفيز العاملين بالمستشفى لتحسين أدائهم.	04
		عدم وضوح مفهوم العمل الجماعي وغياب روح الفريق.	05
		عدم وجود معايير وأبعاد جودة الخدمات الصحية.	06
		عدم وجود مقاييس موضوعية لمعرفة مستوى رضا المرضى عن خدمات المستشفى.	07

الملحق رقم:03

الهيكل التنظيمي لمستشفى وادي الأبطال-معسكر-



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على وثائق المؤسسة و المقابلات مع مدراء المصالح الفرعية.

الملخص:

انتهجت معظم المستشفيات في الدول المتقدمة منهج إدارة الجودة الشاملة الذي يعد مدخلا واسع التنظيم يهدف إلى تحقيق التحسين المستمر في الجودة في كل العمليات الخاصة بالخدمات الصحية التي تقوم المستشفى بتقديمها. في حين تعاني المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر من مشاكل على المستويين التنظيمي و التمويلي، أدت إلى ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية المقدمة و في ذات الوقت عدم القدرة على ضمان خدمات صحية ذات جودة عالية.

ولكي يتم الوصول إلى جودة الخدمات الصحية كمنتج نهائي للمريض، لا بد من تحقيق جهاز إداري له الرغبة الأكيدة على ضرورة الارتقاء بالمؤسسة الصحية إلى مستوى الجودة الشاملة.

ومن هذا المنطلق قمنا بتسليط الضوء على المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بوادي الأبطال معسكر لمعرفة مدى إمكانية تطبيقها لإدارة الجودة الشاملة.

ومن أجل الإلمام بالموضوع تضمنت الدراسة ثلاثة فصول، حيث تناول الفصل الأول المؤسسات الصحية، أما الفصل الثاني فتضمن إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، وعني الفصل الثالث بعرض إجابات الطاقم الإداري و الطاقم الطبي لأهمية محاور تطبيق إدارة الجودة الشاملة، ليتضح لنا أن عمال المستشفى لديهم نقص ثقافة إدارة الجودة الشاملة رغم تطبيقهم لبعض مبادئها كالتزام الإدارة العليا وغيرها.

الكلمات المفتاحية : الجودة - إدارة الجودة الشاملة – المستشفى.

Résumé:

La plupart des hôpitaux poursuivis dans les pays développés, la qualité globale, ce qui est une introduction et une large organisation vise à assurer une amélioration continue de la qualité dans tous les services de santé privés que l'hôpital en fournissant l'approche de la gestion des opérations. Alors que les institutions de santé publique en Algérie souffrent de problèmes au niveau de l'organisation et le financement, conduit au coût élevé des services de santé fournis et en même temps, l'incapacité d'assurer des services de santé de haute qualité.

Pour accéder aux services de santé de qualité en tant que produit final du patient, il est nécessaire de parvenir à un organe administratif a un désir certain sur la nécessité d'améliorer l'établissement de santé au niveau de la qualité globale.

En ce sens, nous mettons en évidence l'Etablissement Public de Santé et de Proximité d'Oued El Abtal Mascara pour déterminer l'applicabilité de TQM.

Pour la connaissance de l'étude du sujet comportait trois chapitres, dont le premier chapitre a traité avec les institutions de santé, chapitre II garantit la qualité globale de la gestion des institutions de santé et le chapitre III présente les réponses de l'équipe de direction et le personnel médical de l'importance de l'application de la gestion de la qualité totale des axes pour nous apparaît clairement que les travailleurs de l'hôpital ont le manque de culture de gestion de la qualité en dépit de leur mise en œuvre de certains de ses principes comme un engagement de la haute direction et d'autres.

Mots clés: Qualité - Total Quality Management – hôpital.