

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عبد الحميد ابن باديس مستغانم
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم علوم التسيير



مذكرة تخرج مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي

الشعبة: علوم التسيير التخصص: إدارة الهياكل الاستشفائية

**أثر التوافق بين الموارد المادية والبشرية في المؤسسات الاستشفائية العمومية
دراسة حالة: المؤسسة الاستشفائية المتخصصة "قضي بكير" بغرداية والمؤسسة
الاستشفائية المتخصصة "لالة خيرة" بمستغانم**

تحت إشراف الأستاذة :

د. ملاحي رقية

مقدمة من طرف الطالب:

- لكحل الحبيب مولاي احمد

أعضاء لجنة المناقشة

د. حجار آسيا	أستاذة محاضر - ب -	رئيسا	جامعة مستغانم
د. ملاحي رقية	أستاذة محاضرة - ب -	مقررا	جامعة مستغانم
د. عثمان عبد اللطيف	أستاذة مساعد	مناقشا	جامعة مستغانم

السنة الجامعية: 2016 / 2017

الإهداء

إليك أنت يا فرحتي وقرة عيني وسويداء قلبي، إلى أحلى ثلاثة حروف نطقها لساني وعشقها قلبي، فيها حنان وفي قريها راحة وأمان وأول من رفعت همي فكانت الشمس المشرقة إلى أغلى الناس "أمي".

هذه يا أمي ثمرة السنين أهديتها لك وأنا رافع الجبين

كنت لي أفضل معين فلن أنسى فضلك إلى يوم الدين

إليك يصاحب الكف الحنون والصدر الدافئ، إليك يا من سقيتنا من شبابك حب العمل والمثابرة لنتمتع بضلال النجاح وثمار العلاج لك يا "أبي" حفظك الله.

إلى من أتقاسم معهم المحبة الأسرية إخوتي: مصطفى وفهد عبد العزيز وصديقي إسماعيل وعبد الحميد وبن قومار حسان وبن قلة محمد واستاذي الفاضل بوخالفي مسعود وإلى كل من كان لي عون في درب نجاحي

إلى من سرنا سويًا ونحن نشق الطريق معًا نحو النجاح والإبداع إلى إمن علمونا حروفا من ذهب وعبارات من أسعى وأجلى العبارات في العلم إلى من صاغوا لنا علمهم حروفا ومن فكرهم منارة تنير لنا سيرة العلم والنجاح إلى أساتذتنا الكرام

شكر وتقدير

نحمد الله تعالى ونشكره على نعمه وعونه، ونصلي على خاتم الأنبياء والمرسلين. نتقدم بجزيل الشكر والامتنان إلى كل من ساهم في إنجاز هذه الدراسة، ونخص بالذكر الأستاذة المشرفة ملاحى رقية التي وجهتنا وارشدتنا بنصائحها القيمة إلى غاية إتمام هذه الدراسة.

كما نتقدم بالشكر والتقدير إلى كل من مسؤولي المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة قضي بكير بغرداية ولالة خيرة وعيادة الحبيب قارة.

اشكر الأساتذة الكرام الذين رافقونا طيلة مسارنا الدراسي وكل الذين ساهموا من قريب أو بعيد.

كما نتقدم بوافر التقدير وعظيم الامتنان لأعضاء اللجنة المناقشة الأفاضل الذين شرفونا بقبول مناقشة هذه الدراسة.

الملخص

شهد القطاع الصحي في الآونة الأخيرة اهتماما كبيرا على جميع المستويات، حيث أصبحت جودة الخدمة الصحية محل اهتمام عالي متزايد. لذا تسعى المؤسسات الصحية لتقديم خدمات ذات جودة عالية لتحقيق أقصى رضا ممكن للمريض، ويهدف هذا البحث الى دراسة امكانية توافق الموارد المادية والبشرية في المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة قضي بكيربغرداية ولالة خيرة بمستغانم ومؤشرات تقييم الاداء للمؤسستين، وقد تمكنا في هذه الدراسة من التوصل الى ان هناك توافق في الموارد المادية مع الموارد البشرية في المؤسستين كما ان هناك نقص في الموارد مقارنة مع عدد الحالات في المؤسسة الاستشفائية لالة خيرة بمستغانم، مما يستوجب ضرورة التوسع وانشاء مؤسسة استشفائية جديدة او انشاء فرع اخر على مستوى ولاية مستغانم من اجل التناسب مع احتياجات المرضى .

الكلمات المفتاحية: المؤسسات الصحية، الخدمات الصحية، الموارد المادية، الموارد البشرية، تقييم الاداء،

Le secteur de la santé a connu ses derniers temps beaucoup d'attention sur tous les niveaux lorsque le secteur de santé est devenu de plus en plus une préoccupation mondiale Aussi les établissements de santé cherchent à fournir des services de hautes qualités afin de satisfaire aux besoins de la population. Le but de cette recherche est la compatibilité des ressources humaines et matériels des deux établissements de Gadibakir de la wilaya de Ghardaia et lala khera de Mostaganem répondant aux exigences de la population. Cela peut nous permettre dans cette étude qu'il existe un consensus dans les ressources humaines des deux institutions. Nous avons constaté un manque de ressources a rapport aux nombres de cas dans l'établissement hospitalier de Mostaganem cela exige une expansion de l'établissement ou mettre en place un nouveau secteur dans la wilaya de Mostaganem afin de répondre aux des patients

Les mots clés : Etablissement de santé - Les sources humaines - Les sources matériels - Les services de santé - Evaluation de la performance

الفهرس

فهرس المحتويات

الإهداء

شكر وتقدير

الملخص

الفهرس..... ا

المقدمة العامة..... أ

إشكالية البحث..... ب

فرضيات البحث:..... ج

أهداف الدراسة وأهميتها:..... ج

أسباب اختيار الموضوع:..... ج

حدود الدراسة:..... د

منهجية الدراسة:..... د

طرق جمع البيانات:..... د

صعوبات البحث:..... د

الفصل الأول

تقييم أداء المؤسسات الصحية

تمهيد..... 6

المبحث الاول: المؤسسات والخدمات الصحية..... 6

المطلب الاول: ماهية المؤسسات الصحية..... 6

الفرع الأول: تعريف المؤسسة الصحية..... 6

الفرع الثاني: خصائص المؤسسة الصحية والأهداف الأساسية لها..... 9

الفرع الثالث: أنواع المستشفيات..... 12

المطلب الثاني: ماهية الخدمات الصحية.....	14
الفرع الاول: مفهوم الخدمة.....	14
الفرع الثاني: مفهوم الخدمات الصحية.....	16
الفرع الثالث: أنواع الخدمات الصحية.....	22
المبحث الثاني: تقييم اداء المؤسسات الاستشفائية.....	24
المطلب الاول: مكونات المؤسسة الاستشفائية.....	24
الفرع الاول: مدخلات النظام.....	24
الفرع الثاني: مخرجات النظام.....	26
الفرع الثالث: ادارة النظام.....	27
الفرع الرابع: أنواع أسلاك الموظفين والمستخدمين في إدارة المستشفيات:.....	28
المطلب الثاني: تقييم الأداء الكلي للمؤسسات الاستشفائية.....	30
الفرع الاول: مفهوم تقييم أداء المستشفى:.....	30
الفرع الثاني: أهمية تقييم الأداء في المستشفى:.....	35
الفرع الثالث: مؤشرات تقييم أداء المستشفى:.....	36
خلاصة الفصل الأول:.....	41

الفصل الثاني

التوافق بين الموارد المادية والبشرية في المؤسسات الاستشفائية العمومية المتخصصة "قضي بكير"
بغرداية و"لاله خيرة" بمستغانم

تمهيد:.....	43
المبحث الأول: تقديم المؤسستين محل الدراسة.....	43
المطلب الاول: المؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير غرداية.....	43
الفرع الأول: تقديم المؤسسة وهيكلها التنظيمي.....	43
الفرع الثاني: مهام المؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير غرداية وقدرتها	
الاستيعابية.....	47

48.....	الفرع الثالث: المورد البشري في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير غرداية
50.....	المطلب الثاني: المؤسسة الاستشفائية المتخصصة (لالة خيرة) بمستغانم
51.....	الفرع الاول: بطاقة تعريفية عن المستشفى المتخصصة (لالة خيرة) بمستغانم
54.....	الفرع الثاني : الموارد البشرية في المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة لالة خيرة بمستغانم
58.....	المبحث الثاني: الدراسة الميدانية
58.....	المطلب الاول: منهجية الدراسة الميدانية وادوات جمع البيانات
58.....	الفرع الاول : المنهج المستخدم
59.....	الفرع الثاني: البرامج المستخدمة:
60.....	المبحث الثاني: عرض النتائج ومناقشتها
60.....	المطلب الاول: عرض النتائج
60.....	الفرع الاول: القدرة الاستيعابية في المؤسسات الاستشفائيتين قضي بكير غرداية ولالة خيرة
60.....	بمستغانم
61.....	الفرع الثاني : عدد الحالات على حسب نوع الانشطة
62.....	الفرع الثالث: المؤشرات المرتبطة بالنشاطات الخاصة بالمؤسسات الاستشفائيتين
67.....	المطلب الثاني : مناقشة النتائج
67.....	الفرع الاول: على حسب مؤشرات تقييم الأداء الخاصة بالكادر الصحي:
67.....	الفرع الثاني: على حسب المؤشرات الخاصة بالتشغيل:
69.....	الفرع الثالث: تحليل النتائج
71.....	خاتمة
75.....	قائمة المراجع والمصادر

قائمة الجداول

الجدول رقم: (I-1): بعض المشاكل الناتجة عن خصائص الخدمات واساليب معالجتها.....	21
الجدول رقم: (I-2): مجموعة معايير الأداء ومؤشرات قياسها.....	40
الجدول رقم (II-1): القدرة مصالح المؤسسة وقدرتها الاستيعابية.....	47
الجدول رقم (II-2): حظيرة السيارات للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير بغرداية.....	48
الجدول رقم (II-3): عدد افراد الطاقم الطبي في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير غرداية.....	48
الجدول رقم (II-4): عدد افراد الطاقم الشبه طبي في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير غرداية.....	49
الجدول رقم (II-5): طاقم الموظفين الاداريين والتقنيين وموظفي المصالح للمؤسسة.....	50
الجدول رقم (II-6): القدرة الاستيعابية للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة لالة خيرة مستغانم.....	54
الجدول رقم (II-7): عدد افراد الطاقم الطبي و الشبه الطبي في المؤسسة الاستشفائية.....	55
الجدول رقم (II-8): عدد افراد الطاقم الاداري في المؤسسة الاستشفائية مستغانم.....	56
الجدول رقم (II-9): عدد عمال المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة لالة خيرة بمستغانم.....	56
الجدول رقم (II-10): عدد المناصب العليا في المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة لالة خيرة مستغانم.....	57
الجدول رقم (II-11): القدرة الاستيعابية للمؤسسة على حسب كل نشاط في المؤسستين الاستشفائيتين لالة خيرة بمستغانم وقضي بكير بغرداية لسنة 2015.....	60
الجدول رقم (II-12): عدد الحالات على حسب كل نشاط لسنة 2015.....	61
الجدول رقم (II-13): المؤشرات المرتبطة بالنشاطات سنة 2015 بمستغانم.....	62
الجدول رقم (II-14): المؤشرات المرتبطة بالنشاطات سنة 2015 بغرداية.....	63
الجدول رقم (II-15): الاخلاء في الفترة الممتدة من 2015-01-01 إلى غاية 2015-12-31.....	63
الجدول رقم (II-16): مخطط الاعمال الاستراتيجي 2016-2019.....	65
الجدول رقم (II-17): مؤشرات التشغيل الخاصة بالمؤسستين الاستشفائيتين قضي بكير بغرداية و لالة خيرة بمستغانم.....	68

قائمة الاشكال

- الشكل رقم (II-1): الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير غرداية.....45
- الشكل رقم (II-2): الهيكل الخاص بمصالح المؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير غرداية.....46
- الشكل رقم (II-3): الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة لالة خيرة مستغانم.....52
- الشكل رقم (II-4): القدرة الاستيعابية للمؤسستين على حسب كل نشاط.....61
- الشكل رقم (II-5): عدد الحالات على حسب نوع الأنشطة.....62
- الشكل رقم (II-6): مؤشرات التشغيل الخاصة بالمؤسستين الاستشفائيتين قضي بكير بغرداية و لالة خيرة
بمستغانم.....68

المقدمة العامة

تعد الخدمات الصحية إحدى الدعائم الرئيسية للخدمات الاجتماعية التي تحرص كل الدول على تقديمها وتمويلها، أو إدارتها والإشراف عليها وضمانها، باعتبار أن تقديم الخدمات الصحية المناسبة لأفراد المجتمع إنما يعني في النهاية الاستثمار في الثروة البشرية التي تعد الركيزة الأساسية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية لأي مجتمع. ومما لا شك فيه أن قطاع الصحة قد شهد تطورا هاما في العالم ككل أو في البلدان النامية والبلدان العربية على وجه الخصوص، وقد تميزت هذه التطورات باتساع الأبحاث الطبية على مستوى القطاع الصحي مما جعل حل المشاكل الصحية المستعصية لدى الأفراد أمرا واردا بين الحين والآخر.

أما بالنسبة للجزائر فقد شهد هذا القطاع تطورات كبيرة تزامنت مع التطورات الاقتصادية والاجتماعية التي شهدتها المجتمع الجزائري بشكل عام. وقد كان من أولى الخطوات التي قامت بها الجهات الحكومية لتحقيق التنمية بهذا القطاع، هو محاولة القيام بالتغيرات الضرورية في المنظومة الصحية عبر تطبيق سياسات مبرمجة، أما من الناحية المادية فتظهر تنمية هذا القطاع من خلال مخصصاتها المالية من الميزانية العامة للدولة وهذا بحكم الدور الذي يلعبه هذا القطاع في التنمية.

-فحسب الإحصائيات لمشروع ميزانية الدولة لقطاع الصحة وإصلاح المستشفيات للسنوات من 2002 الى 2011 كانت نفقات التسيير لقطاع الصحة على النحو التالي :

نفقات التسيير لقطاع الصحة في الجزائر سنة 2002 بلغ 49.12 مليون دينار جزائري، وفي سنة 2007 بلغت النفقات 93.55 مليون دج، الى ان ارتفعت سنة 2011 الى 227.86 مليون دج.

وحتى يتسنى لنا دراسة موضوعنا قمنا بأخذ عينة من المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية، الا وهي المؤسسات الاستشفائيتين العموميتين المتخصصةين بغرداية ومستغانم، لمعرفة مدى التوافق بين الموارد المادية والبشرية وواجه القصور التي تعانيها المؤسسة في مواردها المتاحة والتعرف على مختلف الطرق التي يمكن بها قياس أداء المؤسسة من اجل التحكم في مواردها وتقييم ادائها اتجاه الموارد المتاحة من جال تقديم خدمات صحية جيدة. ومن هنا تتبلور الاشكالية التي سنحاول الاجابة عليها من خلال الدراسة.

إشكالية الدراسة

تم إجراء هذه الدراسة للاجابة على الاشكالية التالية:

هل تتوافق الموارد المادية والبشرية في المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية؟

وتندرج تحت هذه الإشكالية التساؤلات التالية:

- ماهي الموارد المتاحة في المؤسسة الاستشفائية؟
- هل هناك أثار سلبية لعدم التوافق بين المورد المادي والبشري في المؤسسات الاستشفائية؟
- كيف يتم تقييم أداء المؤسسة الاستشفائية؟

فرضيات الدراسة:

من اجل بلوغ أهداف البحث والإجابة على مختلف التساؤلات المطروحة فإننا نعمل على اختبار الفرضيات التالية:

- يمثل نقص الإمكانيات المادية والبشرية المشكل الأساسي في تقديم الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية العمومية .
 - هناك اكتفاء في الموارد المادية في المؤسسات الاستشفائيتين قضي بكير بغرداية ولالة خيرة بمستغانم.
 - هناك اكتفاء في الموارد البشرية في المؤسسات الاستشفائيتين قضي بكير بغرداية ولالة خيرة بمستغانم.
- أهداف الدراسة وأهميتها:

تمثلت أهداف الدراسة فيما يلي :

- دراسة المورد البشري بمختلف أنواعه في المؤسسة الاستشفائية.
 - دراسة الموارد المادية المتاحة في المؤسسات الاستشفائية .
 - من اجل دراسة مدى التوافق بين موارد المؤسسة الاستشفائية.
- أهمية الدراسة:

أما بالنسبة للأهمية يلقي موضوعنا أهمية معتبرة من خلال كونه موضوع مهم لمختلف الأوساط في الجزائر لأنه يظهر واقع المؤسسات الاستشفائية في الجزائر.

أسباب اختيار الموضوع :

تختلف أسباب اختيار الموضوع حسب طبيعته فيمكن أن تكون أسباب موضوعية كما يمكن أن تكون أسباب ذاتية أيضاً:

أسباب ذاتية:

- كوننا طلبة ماستر تخصص ادارة الهياكل الاستشفائية لابد علينا معرفة واقع المؤسسات الاستشفائية ومعرفة الموارد المتاحة ونقاط القوة والضعف والفرص والتحديات في قطاع الصحة.
 - الرغبة في التعرف على سير عمل المؤسسات الاستشفائية.
- أسباب موضوعية :

- نظرا لأهمية هذا الموضوع وللطلبة المقبلين على العمل في ادارة المستشفيات.
- إلقاء الضوء على المؤسسات الاستشفائية.
- معرفة مدى تأثير الموارد البشرية والمادية في الخدمات الصحية.

حدود الدراسة:

تمت هذه الدراسة في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير الواقعة بغرداية والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة لالة خيرة الواقعة بمستغانم.

أما عن المجال الزمني لدراستنا فهو محدد بسنة 2016-2017. وفيما يخص فترة التريص واعداد التقرير تمت خلال السنتين الدراسيتين 2015/2017

منهجية الدراسة:

من اجل معالجة موضوع بحثنا استخدمنا المنهج الوصفي بغية الإلمام والإحاطة بالجانب النظري، أما الجانب التطبيقي اتبعنا فيه المنهج التحليلي، حيث قمنا بإسقاط الجانب النظري على الجانب التطبيقي.

طرق جمع البيانات:

المقابلة: وفي هذه الدراسة أجرينا المقابلة بغرض الحصول على المعلومات المتعلقة بالمؤسسة الاستشفائية.

الملاحظة: ملاحظة نشاط المؤسسة الاستشفائية والموارد المتاحة فيها.

صعوبات الدراسة:

- تمثلت بالدرجة الأولى في الحصول على البيانات الخاصة بالمؤسسة محل الدراسة والتي أخذت الجزء الأكبر من وقتنا مما ساهم في التأخر في إنجاز الدراسة التطبيقية.
 - عدم توفر دراسات سابقة لأننا أول دفعة تخصص إدارة الهياكل الاستشفائية.
- هيكل الدراسة:

يهدف انجاز هذا البحث والتوصل إلى النتائج المطلوبة وفقا لمنهجية علمية أصيلة، قمنا بتقسيم هذه الدراسة إلى فصلين مسبقين بمقدمة عامة وتنتهي بخاتمة للدراسة وتوصيات، وتتمثل فصول الدراسة في:

الفصل الاول: حيث قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى جزأين من خلال تسليط الضوء المؤسسات والخدمات الصحية وذلك في المبحث الاول، اما المبحث الثاني تطرقنا فيه تقييم أداء المؤسسة الصحية ومكوناتها.

اما في الفصل الثاني: والذي يعتبر خاص بتعريف المؤسسة محل الدارسة والدراسة التطبيقية، سنحاول في المبحث الأول تقديم المؤسسات الاستشفائيتين قضي بكير بغرداية ولالة خيرة بمستغانم، إضافة إلى المبحث الثاني الذي قمنا فيه بعرض نتائج الدراسة وتحليلها ومناقشتها.

الفصل الأول:

تقييم أداء المؤسسات

الصحية

تمهيد

تعتبر المؤسسات الصحية من المنشآت الهامة في المجتمع سواء كانت مستشفيات، عيادات، مستوصفات أو مراكز صحية، عامة أو خاصة باعتبارها تتولى تقديم مزيج متنوع من الخدمات الصحية، حيث انتقل مفهوم هذه المؤسسات من مجرد مكان لإيواء المرضى إلى اعتبارها كمؤسسات منتجة للصحة، من خلال تحويل المريض غير المنتج إلى مواطن سليم يضيف بجهدته إلى الإنتاج القومي، والذي نتج عنه توسع في مفهوم ووظائف هذه المؤسسات كما يحتاج القائمون على أي مستشفى إلى قياس كفاءة أداء المستشفى لمعرفة مدى سلامة مسيرة المستشفى في تحقيقها لأهدافها، ومدى حسن استخدامها لمواردها المادية والبشرية.

المبحث الأول: المؤسسات والخدمات الصحية

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

وسنتطرق في هذا المبحث إلى مفهوم المؤسسات الخدماتية بصفة عامة والمؤسسات الصحية بصفة خاصة والتعريف على خصائصها وأنواعها والمفاهيم الأساسية حول الخدمات الصحية وخصائصها، ثم نتعرض إلى مستوياتها وأنواعها.

المطلب الأول: ماهية المؤسسات الصحية

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

الفرع الأول: تعريف المؤسسة الصحية

هناك عدة مؤسسات لتقديم الخدمة كالمؤسسات المصرفية، مؤسسات النقل، مؤسسات الاتصالات والمؤسسات الصحية، والعديد من المؤسسات الخدماتية الأخرى، ومن خلال هذا المطلب سنعرف المؤسسة الخدماتية بصفة عامة والمؤسسة الصحية بصفة خاصة.

أولاً: مفهوم المؤسسة الخدماتية

هناك العديد من التعاريف التي قدمت للمؤسسة الخدماتية من بينها:

- تعرف المؤسسة الخدماتية على أنها: " كل مؤسسة يتحدد غرضها الأساسي في تقديم خدمة للعميل"¹.

¹ أحمد بن عيشاوي، إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الخدماتية، مجلة الباحث، ورقلة، الجزائر، العدد 04، 2006، ص 8

- وعرفت أيضا بأنها: " تلك المؤسسة التي تقوم بإنتاج خدمات غير ملموسة مثل البنوك، الفنادق، المستشفيات، وشركات التأمين ومؤسسات الطيران وشركات المقاولات.
 - ويمكن تعريف المؤسسة الخدمية أيضا على أنها: " كل مؤسسة تقدم خدمات غير ملموسة (مدركة بالحواس) وقابلة للتبادل"².
 - وقد عرفت أيضا: " نظام يتكون من مجموعة من الأشخاص والوسائل المنظمة والمتفاعلة فيما بينها لإنتاج قيمة غير مادية لإشباع حاجات ورغبات العميل"³.
 - بعد عرض التعاريف السابقة نجد أنها ركزت على أن الغرض الأساسي للمؤسسة الخدمية هو تقديم خدمة غير ملموسة بهدف إشباع حاجات ورغبات العميل.
 - وفي الأخير يمكن تقديم تعريف نظام التصنيف الصناعي الشمال الأمريكي الذي ركز على تصنيف المؤسسات الخدمية حسب طبيعة الخدمة المقدمة، حيث عرف المؤسسة الخدمية على أنها:
- " المؤسسات المعنية بشكل أساسي في تقديم تشكيلة واسعة من الخدمات للأفراد ولقطاع الأعمال وللمؤسسات الحكومية والغير الحكومية ويشمل ذلك الفنادق ومؤسسات خدمات الافراد والأعمال والصيانة وخدمات المتاحف والخدمات الصحية والقانونية والهندسية وكذلك المؤسسات التعليمية ومؤسسات خدمية أخرى متنوعة"⁴.
- بعد عرض التعريف السابق الذي تطرق لعدة أنواع من المؤسسات سنركز فيما تبقى في هذا الفرع على مؤسسات الخدمات الصحية.

ثانيا: مفهوم المؤسسة الصحية

في البداية يمكن عرض التعريف التالي الذي يعتبر المؤسسة الصحية بأنها: " كل مؤسسة تنشط في المجالات الصحية والرعاية الصحية العامة والمتخصصة وادارة الرعاية الصحية والخدمات المساندة مثل المستشفيات وإعادة التأهيل وبيوت الرعاية الصحية وكبار السن، الصحة العقلية، والتدخل في أثناء الأزمات والمستشفيات النفسية"⁵.

تعني كلمة المستشفى في اللغة العربية المكان الذي يطلب فيه الشفاء⁶ أي البرء من العلة، وفي اللغة اللاتينية تعني إكرام الضيف وقد اتخذت المستشفيات بمفهومها المعاصر اشكالا متعددة وأطلق عليها اسماء متنوعة عبر العصور المختلفة. وقد كانت البداية في الحضارة الاغريقية سنة 1200 قبل الميلاد حيث اتخذت

² حميد الطائي وبشير العلاق، ادارة عمليات الخدمة، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الاردن، 2009، ص 16.

³ فؤاد بوجنانة، تقييم واقع الاتصال التسويقي في المؤسسة الاقتصادية الخدمية، مذكرة ماجستير في علوم التسويق، تخصص تسويق، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر، 2008-2009، ص 30.

⁴ سعدي محمد الكحلوت، العوامل المؤثرة على استمرارية أنشطة الجودة الشاملة في المستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة، مذكرة ماجستير في إدارة الأعمال من كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين، 2004، ص 62.

⁵ موسى سويدان وعبد المجيد البرواري، ادارة التسويق في المنظمات غير الربحية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الاردن، 2008، ص 18.

⁶ سيد محمد جاد الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، مطبعة العشري، بدون مكان نشر، 2008، ص 40.

المستشفيات شكل معابد سميت ب معابد الهة الطب⁷، خصصت لرعاية المرضى وللعبادة في وقت واحد، وكان كهنة المعابد يقومون بدور الاطباء، كما تشير الوثائق التاريخية المصرية الى وجود ما يطلق عليه بـ "معابد الشفاء" سنة 600 قبل الميلاد، وقد استخدم نفس الاسم في الهند سنة 273 ق م حيث أطلق على الاماكن المخصصة لتشخيص امراض الانسان وعلاجها اسم السيكتا اي معابد الشفاء.

في حين ان الرومان قد خصصوا خلال الفترة 350- 500 ميلادية اماكن ملحقة بالكنائس المسيحية لإيواء وعلاج المرضى. وقد أطلق العرب على المستشفيات لفظ "البيمارستانات"⁸ اي دور المرضى وهو لفظ فارسي يتكون من كلمتين بيمار بمعنى مريض او عليل، وستان بمعنى الدار. وقد خطى العرب في العصور الاسلامية خطوات واسعة في مجال تنظيم مهنة الطب والصيدلة وضعوا مجموعة من القواعد التي تلتقي مع النظم المعمول بها في العصر الحديث.

وفي العصر الحديث عرفت الهيئة الامريكية المستشفيات american hospital association المستشفيات بانه: مؤسسة تحتوي على جهاز طبي يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل اسرة للنوم وخدمات طبية تتضمن خدمات الاطباء وخدمات التمريض المستمرة لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمرضى⁹. عرفته منظمة الصحة العالمية¹⁰:

أنه جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي، تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، علاجية كانت أو وقائية وتمتد خدمات عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما انه أيضا مركز لتدريب العاملين الصحيين وللقيام ببحوث اجتماعية حيوية.

وبما أن هذا التعريف لا يمثل الواقع في أغلب البلدان النامية فقد عرفته بأنه:

مؤسسة تكفل للمريض الداخلي مأوى يتلقى فيه الرعاية الطبية والتمريض¹¹.

وقد عرفت من قبل الدكتور عبد الاله ساعاتي بانها مكان لتنويم المرضى وعلاجهم بما يتطلب ذلك من خدمات فندقية وتوفير التغذية للمرضى، وانها ايضا مكان للتدريب والتعليم المستمر و مكان لأجراء البحوث في مختلف الحقول الصحية¹².

كما استخدمت بعض البحوث والدراسات والكتابات العلمية مدخل النظم في تعريف المستشفى وذلك باعتباره نظاما مركبا من مجموعة نظم فرعية لكل منها طبيعة مميزة وخصائص مختلفة، كما تعتبر ايضا

⁷ سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق، عمان، 2006، ص 26

⁸ وليد يوسف صالح، ادارة المستشفيات والرعاية الصحية والطبية، دار اسامة للنشر والتوزيع، عمان، 2011، ص 23.

⁹ مصطفى يوسف كافي، ادارة المستشفيات، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 2016، ص 31.

¹⁰ مصطفى يوسف كافي، ادارة المستشفيات مرجع سابق، ص 32.

¹¹ غواري مليكة، جودة خدمات الرعاية الصحية في المؤسسات الاستشفائية، دار اليازوري العلمية، عمان، الاردن، 2016، ص 81.

¹² عبد الاله الساعاتي، مبادئ ادارة المستشفيات، دار الفكر العربي، القاهرة، الطبعة الاولى، 1998، ص 31.

بمثابة نظام مفتوح لأنه يعمل على حل مشكلات تعترض صحة افراد المجتمع الذين يتفاعلون معه ويتأثرون فيه .

ويختلف مفهوم المستشفى حسب الأطراف التي يتعامل معها، فكل طرف له مفهومه الخاص عن المستشفى تبعاً لتلك العلاقة القائمة بينهما، ويتضح ذلك فيما يلي¹³:

- المرضى: ينظرون إلى المستشفى على أنه الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج والرعاية الصحية لهم واستشفائهم.
 - الكادر الصحي: هو الموقع الذي يمارس فيه أعماله ومهامه الإنسانية، وبما يملكه من خبرة ومهارة في القيام بالرعاية الصحية.
 - إدارة المستشفى: منظمة مفتوحة على البيئة المحيطة بها ومتفاعلة مع متغيراتها المختلفة في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفاء وفعال
 - الدولة: إحدى مؤسساتها الخدمية والمسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع، للنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن.
 - مصانع الأدوية: سوق واسع يستوجب إمداده بما يحتاجه من أدوية ومستلزمات طبية وفق اتفاقات مسبقة.
 - الطلبة والجامعة: موقع تدريبي وعملي لإكسابهم المهارة والمعرفة الميدانية عن أسرار المهنة لإجراء التجارب والبحوث المستقبلية في مجال الطب.
- بالإضافة إلى ذلك، هناك جهات نظر لأطراف أخرى تمتد إلى زوايا وتصورات مختلفة عن فهمها للمستشفى.

وفي ضوء ما تقدم ومن خلال المفاهيم السابقة للمستشفى يمكن تعريف المستشفى على أنه جزء من النظام الاجتماعي يرتبط في أداء وظائفه ببرنامج صحي متكامل مع النظام الصحي العام وفي نفس الوقت هو عبارة عن نظام كلي يضم مجموعة من النظم الفرعية المتكاملة والمتمثلة في نظام الخدمات الطبية ونظام الخدمات المعاونة ونظام الخدمات الفندقية ونظام الخدمات الادارية ، وتتفاعل تلك النظم معا بهدف تحقيق أقصى رعاية ممكنة للمريض والمصاب وتدعيم الانشطة التعليمية التدريبية والبحوثية للدارسين والعاملين في المجال الطبي¹⁴.

الفرع الثاني: خصائص المؤسسة الصحية والأهداف الأساسية لها

تعددت الخصائص التي تميز المؤسسة الصحية عن غيرها من المؤسسات كما توجد عدة أهداف أساسية لهذه المؤسسة، ومن خلال هذا المطلب سيتم التعرف على هاته الخصائص والأهداف.

¹³ ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوت العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص 21.22.

¹⁴ سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، مرجع سابق، ص 27.

أولاً: خصائص المؤسسة الصحية

هناك عدة خصائص تميز نشاط المؤسسة الصحية عن غيرها من المؤسسات الأخرى، منها:

- (أ) تعدد أسعار الخدمة الواحدة ففي الوقت الذي قد تقدم فيه خدمة معينة مجاناً لفئة من المرضى، فإن نفس الخدمة قد تقدم بمقابل رمزي لفئة أخرى، كما قد تقدم بمقابل يساوي كلفة الخدمة أو بمقابل يزيد عنها لفئة مختلفة، كما قد تختلف طرق تحصيل الخدمات التي تقدم بمقابل فقد تحصل قيمتها نقداً أو بالأجل، أو وفقاً لتعاقدات بين المؤسسة الصحية وجهات عمل معينة.
- (ب) وجود خطوط للسلطة الأول هو خط السلطة الوظيفية الرسمية ممثلاً بالجهاز الإداري، أما الثاني فهو خط سلطة المعرفة الذي يتميز به أفراد الجهاز الطبي بسبب طبيعة تخصصهم الوظيفي الدقيق، الأمر الذي يؤدي في بعض الأحيان إلى صراع على النفوذ، أما النوع الآخر من السلطة هو السلطة التقابلية التي لها ثقل تمثيلي مما يسمح أن يكون لها موقع تفاوضي قوي.
- (ج) تدار الكثير من المؤسسات الصحية بأسلوب الإدارة بالأزمات بدلاً من أسلوب الإدارة بالأهداف وذلك لأن متطلبات العمل في غالبيتها ذات طبيعة طارئة غير قابلة للتأجيل.
- (د) تتعامل المؤسسات الصحية في صراع مع مشكلة الحياة والموت وهذا ما يجعل العاملين بها تحت ضغوط بصفة مستمرة، كما أن العمل بها يتطلب درجة عالية من التخصص وقليل ما يتحمل الخطأ.
- (هـ) اعتماد نشاط المؤسسات الصحية أساساً على كفاءة ومهارة العنصر البشري حيث تبرز أهمية كفاءة ومهارة العنصر البشري في تمييز نشاط مؤسسة عن أخرى من خلال المعاملة الحسنة، الاستقبال الجيد والكفاءة العلاجية والتمريضية.
- (و) اعتبار المؤسسات الصحية بمثابة نظام لا يمكن توحيد نشاطاته وهذا عائد لاختلاف احتياجات المرضى ومتطلباتهم الصحية.

ثانياً: الأهداف الأساسية للمؤسسات الصحية

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

(أ) الارتقاء بالأوضاع الصحية للسكان إلى مستويات أعلى

وذلك يكون بالتقييم المستمر للبرامج الراهنة وتطويرها، وقد اقترح هنريك بلوم تفصيلية لهذا الهدف وهي:

- السعي المستمر نحو إطالة الحياة والوقاية من الموت المبكر.
- خفض معدلات الوفيات الناجمة عن الأمراض.
- 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 برامج 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.
- 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 بـ برامج الرعاية الصحية وخدماتها على المستوى الوطني.
- وضع الضوابط واعداد المعايير وتحديد الاجراءات التي تكفل الارتقاء بخدمات الرعاية الصحية.
- تشجيع البحوث والدراسات ذات الصلة بالقضايا والمشكلات الرئيسية التي تواجه المؤسسات الصحية¹⁵.
- (ب) 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.
- (ج) اجراءات البحوث كالقيام بالبحوث الطبية مثل البحوث الإكلينيكية في المعامل وبحوث التسجيل الطبي، والبحوث الإدارية مثل البحوث المالية والخاصة بالعاملين، والبحوث السلوكية والعديد من البحوث الأخرى.
- (د) وقاية المجتمع من الامراض يعتبر هذا الهدف من بين أهم أهداف المؤسسات الصحية، وذلك لأن الوقاية أقل تكلفة من العلاج.
- (هـ) الربحية يعتبر الهدف الثاني بعد تقديم الرعاية الصحية وخاصة في المستشفيات الخاصة، وان كان تحقيق الربح من خلال الإنسانية وعلاج المرضى وانقاذ المصابين يبدو غريب إلا أن هناك مجموعة من المستشفيات في الأساس هي شركات ومشروعات فردية تسعى لتحقيق الربح وذلك من أجل البقاء والاستمرارية والتوسع، كما نجد أيضا 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.

¹⁵ طلال بن عايد الاحمدي، ادارة الرعاية الصحية، معهد الادارة العامة، الرياض، السعودية، 2004، ص 20.

الفرع الثالث: أنواع المستشفيات

إن وظائف المستشفيات هي التي تحدد طبيعتها وخصائصها، وهناك مجموعة من الأسس تستخدم غالباً لتصنيف ووصف أنواع المستشفيات، ومن أهمها¹⁶: نمط الملكية والإشراف الربحية، مدة الإقامة، نوع الخدمة، حجم المستشفى، جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة.

أولاً: على حسب نمط الملكية والإشراف:

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

أ) 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:

- 1) 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.
- 2) 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.

ب) 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: مستشفيات ذات طابع ربحي ومستشفيات ذات طابع غير ربحي.

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

¹⁶ د. مصطفى يوسف كافي، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 33.

(2) مستشفيات ذات طابع غير ربحي: هي المستشفيات التي تتوافر فيها نفس خصائص ومميزات المستشفيات ذات الطابع الربحي، إلا أن الهدف من إنشائها يكون غالبا بهدف المساهمة في تقديم خدمة اجتماعية عامة لأفراد المجتمع. والعلاج في هذا النوع من المستشفيات ليس مجانا، حيث أن الأموال المتحصلة من المرضى تصرف عادة على النفقات المتعلقة بتطوير خدمات المستشفى¹⁷.

ثانيا: على حسب مدة الإقامة:

تعد إقامة المريض في المستشفى أساسا في تصنيف المستشفيات إلى مدة إقامة قصيرة أو طويلة، وغالبا ما تعتمد مدة ثلاثين يوما 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:

- (أ) مستشفيات قصيرة الإقامة: ويصل متوسط فترة إقامة المريض فيها من يوم إلى ثلاثين يوم، مثل: مستشفيات الأطفال ومستشفيات أمراض النساء والتوليد.
- (ب) مستشفيات طويلة الإقامة: ويصل متوسط إقامة المريض فيها إلى أكثر من ثلاثين يوما مثل: مستشفيات الحروق، مستشفيات الأمراض النفسية.

ثالثا: على حسب نوع الخدمة:

تكون المستشفيات على نوعين:

- (أ) مستشفيات عامة: تضم اختصاصات متعددة، وتعالج أمراض مختلفة من خلال استقبال المرضى والمصابين بهذه الأمراض.
- (ب) مستشفيات متخصصة: تختص في علاج جزء معين من أجزاء الجسم (العين، الأعصاب، الأنف والأذن والحنجرة، الأمراض المزمنة... الخ).¹⁸

رابعا: على حسب الحجم

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:

- (أ) المستشفيات الصغيرة الحجم: وهي التي تحتوي على 100 سرير أو أقل.
- (ب) المستشفيات المتوسطة الحجم: وهي المستشفيات التي تحتوي بين 101 و500 سرير.

¹⁷ سليم بطرس جلدة، ادارة المستشفيات والمراكز الصحية، مرجع سابق ، ص 36.

¹⁸ حسين دنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، داروائل للنشر، عمان، 2005، ص20.

(ج) المستشفيات الكبيرة الحجم: وهي التي يزيد عدد أسرته عن 500 سرير¹⁹.

خامسا: على حسب جودة الخدمات المقدمة

حسب هذا المعيار يمكن تصنيف المستشفيات كما يلي:

(أ) المستشفيات المعتمدة: هي المستشفيات المعترف بجودة خدماتها المقدمة، حيث تشرف على مراقبة الخدمات هيئات رسمية متخصصة مثل: الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد التنظيمات.

(ب) المستشفيات غير المعتمدة: هي المستشفيات التي لم تتحصل بعد على اعتماد من طرف الهيئة المختصة بذلك، والتي مازالت لم تصل بعد إلى حد معين معترف به من جودة الرعاية الصحية المقدمة.

بالإضافة إلى الأسس السابقة المعتمدة في تصنيف المستشفيات، يمكن أن نذكر: الجنس، عمر المريض، نوع التعليم وغيرها، كما يمكن للأسس السابقة أن تتداخل بتعدد الأغراض التي يهدف المستشفى إلى تحقيقها.

المطلب الثاني: ماهية الخدمات الصحية

كان الاقتصاديون حتى نهاية القرن 19م لا يدركون قيمة وأهمية الخدمات وينظرون إليها على أنها مخرجات غير ملموسة لا قيمة لها، اعتبارها خدمات غير مثمرة أو منتجة، ولا تضيف أي قيمة تذكر للاقتصاد. ولقد ميز آدم سميث في كتاباته في القرن 18م ما بين الإنتاج ذي المخرجات الملموسة مثل الزراعة والتصنيع وبين الإنتاج عديم المخرجات الملموسة مثل جهود الأطباء والمحامين والقوات المسلحة واصفا إياه بفاقد القيمة.

وقد ساد هذا الاعتقاد حول الخدمات حتى الربع الأخير من القرن 19م عندما جاء الفريد مارشال بالقول الذي مفاده أن الشخص الذي يعرض أو يقدم خدمة هو شخص قادر على تقديم منفعة للمستفيد تماما مثل الشخص الذي ينتج سلعة ملموسة.

ولقد تطرقنا في المطلب الأول إلى بعض المفاهيم المتعلقة المؤسسات الصحية وسنقوم في هذا المطلب بعرض بعض المفاهيم الخاصة بالخدمات الصحية .

الفرع الأول: مفهوم الخدمة

سننتظر في هذا الفرع لتحليل مختلف تعاريف الخدمة وخصائصها، من خلال تحديد المفاهيم الأساسية للخدمات وما يرتبط بها.

¹⁹ د. مصطفى يوسف كافي، إدارة المستشفيات، مرجع سابق ، ص 39.

أولاً: تعريف الخدمة

اختلفت وجهات النظر حول تعريف الخدمة، ومن التعاريف التي يمكن تقديمها في هذا المجال، نذكر ما يلي: عرفت الخدمة على أنها " أي فعل أو أداء يمكن أن يحققه طرف ما إلى طرف آخر، ويكون جوهره غير ملموس، ولا ينتج عنه أي تملك وأن إنتاجه قد يكون مرتبطاً بإنتاج مادي أوقد لا يكون²⁰.

يشير هذا التعريف إلى تأكيد الجانب غير الملموس للخدمة، وأنها لا تتم إلا بوجود طلب من طرف آخر وليس بالضرورة أن ترتبط بإنتاج مادي.

كما يمكن تعريف الخدمات بأنها " عبارة عن تصرفات أو أنشطة أو أداء يقدم إلى طرف آخر، وهذه الأنشطة تعتبر غير ملموسة، ولا يترتب عنها نقل ملكية أي شيء، كما أن تقديم الخدمة قد يكون مرتبطاً أو غير مرتبط بمنتج مادي ملموس²¹.

ما يميز هذا التعريف عن سابقه هو إضافة خاصية جديدة للخدمة، وهي كونها لا تملك مادياً من قبل مشتركيها.

وعرفت جمعية التسويق الأمريكية الخدمات بأنها "منتجات غير ملموسة أو على الأقل هي كذلك إلى حد كبير، فإذا كانت بشكل كامل غير ملموسة، فإنه يتم تبادلها مباشرة من المنتج إلى المستعمل، ولا يتم نقلها أو تخزينها، وهي تقريبا تفتى بسرعة. فالخدمات يصعب في الغالب تحديدها ومعرفتها لأنها تظهر للوجود بنفس الوقت التي يتم شراؤها واستهلاكها، فهي تتكون من عناصر غير ملموسة متلازمة وغالبا ما تتضمن مشاركة الزبون بطريقة هامة، حيث لا يتم بيعها بمعنى نقل الملكية وليس لها لقب أو صفة.

يلاحظ من التعريف السابق أنه أضاف مميزات جديدة للخدمات مثل فناء الخدمة، تلازم إنتاجها واستهلاكها ومشاركة العميل.

وبناء على ما سبق يمكن القول إن الخدمة هي أداء مرتبط بتبادل المنافع بين طرفين ويتميز هذا الأداء أساساً بفنائه السريع، عدم الملموسية وعدم إمكانية نقله، وكذا تزامن إنتاجه واستهلاكه في نفس الوقت.

ثانياً: الخصائص الأساسية للخدمة

1-الخدمة غير ملموسة: الخدمة لا يمكن للمستهلك لمسها أو رؤيتها قبل الشراء ولكنه يشعر بها أثناء استقبال الخدمة، ويمكنه تقديرها والحكم عليها، فخدمة النقل مثلا لا يمكن رؤيتها أو لمسها أو الإحساس بها قبل عملية الشراء، ولكن عند تلقيها يمكن تقديرها والحكم عليها بسهولة.

ويعني ما سبق أن الخدمات من غير الممكن اختبارها، مشاهدتها، لمسها، قبل أن تتم عملية شرائها.

²⁰ ثامرياسر البكري، إدارة المستشفيات، مرجع سابق ، ص56.

²¹ وليد يوسف صالح، إدارة المستشفيات و الرعاية الصحية و الطبية، مرجع سابق ، ص44.

2-التلازم : يعني تلازم الإنتاج والتوزيع في مجال صناعة الخدمات إمكانية المراقبة أو التصحيح فالخدمات تنتج وتستهلك في نفس الوقت، أي نفس لحظة إنجازها أو إنتاجها.

3-التباين :يتعذر تنميط مخرجات المؤسسة الخدمية، فهي دائما متغيرة ومتنوعة لارتباطها بما يطلبه كل عميل أو كل مجموعة من العملاء ويعني ذلك أنه يكون من الصعب في بعض الأحيان أن نحافظ على مستوى واحد من النمطية في المخرجات لذات الخدمة المقدمة للفرد، ويعود ذلك إلى العوامل المؤثرة في مدخلات إنتاج الخدمة

4-فناء الخدمة : بما أن الخدمات غير ملموسة، فهي غير قابلة للتخزين، وهذا ينعكس على النظام الإنتاجي ويجعل إدارته أكثر تعقيدا خاصة مع تذبذب حجم الطلب.

بمعنى آخر خاصية فناء أو هلاك الخدمة تعني أن منتج الخدمة الذي لا يستطيع أن يبيع كل إنتاجه في الفترة الحالية لا تتوفر لديه فرصة ترحيل إنتاجه للبيع في فترة لاحقة.

5-الملكية : تعود عدم القدرة على امتلاك خدمة ما إلى عدم كونها ملموسة وهلاكها، بمعنى آخر عند تأدية خدمة لا يتم نقل الملكية من البائع إلى المشتري، فالمشتري يشتري فقط الحق في عملية خدمة.

بعبارة أخرى، نقصد بعدم التملك أن الخدمة يمكن الانتفاع بها ولا يمكن التمتع بحق امتلاكها عند الحصول عليها.²²

6-ارتباط الخدمة بشخصية مقدمها :إن معظم الخدمات يرتبط تقديمها بشخصية مقدمها ويصعب الفصل بينهما، فنجد أن تقديم خدمة الاستشارات الهندسية مرتبطة بالمهندس حتى لو كان من خلال مكتب أو شركة، وكذلك الخدمة التي يقوم بها المحامي لا يمكن تقديمها إلا من خلاله وكذلك الحال بالنسبة للخدمات الصحية وخدمة التعليم والتدريب.

الفرع الثاني: مفهوم الخدمات الصحية

تعتبر الخدمات الصحية ناتج عملية شاملة متعددة الأطراف داخل المؤسسة بدءا من عملية تحديد الأهداف وتوفير وتوجيه الموارد الى غاية تحقيق الغاية الأهداف وتقويمها من اجل تصحيح وتطوير وضعية المؤسسة، لذا سنتطرق الى ابراز الإطار المفاهيم للخدمة الصحية .

اولا: تعريف الخدمات الصحية

الخدمة الصحية مطلب أساسي لكل إنسان في الحياة، تسعى المجتمعات الإنسانية إلى تحقيقه مهما اختلفت نظمها السياسية والاقتصادية، كما تحاول مختلف الدول توفير الإمكانيات المناسبة في مؤسساتها الصحية، سواء كانت بشرية أو تقنية أو مالية، للارتقاء بمستوى أداء الخدمة الصحية. وتعتبر الخدمة الصحية

²²دلال السويدي، نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية، مذكرة ماجستير في علوم التسيير،

تخصص نظام المعلومات ومراقبة التسيير، جامعة قاصدي مرباح، ورقة، الجزائر، 2013، ص ص38-39.

سلعة اقتصادية غير ملموسة شأنها شأن السلع الخدمية الأخرى، ولكنها تتميز بمجموعة من الخصائص التي تؤثر في الطلب عليها، الأمر الذي يتطلب تحديد هذه الخصائص.

لكن قبل هذا، نرى أنه من المفيد التطرق لمفهوم الخدمة الصحية فيما يلي:

تعرف الخدمة الصحية بأنها "عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية".

يتبين من التعريف أعلاه أن الخدمات الصحية هي كل ما يوفره القطاع الصحي في الدولة من خدمات سواء كانت موجهة للفرد أو المجتمع أو البيئة.

ونرى من الضروري التفريق بين مفهومين وهما²³:

-الرعاية الطبية، ويقصد بها الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية كالخدمات المتعلقة بالتشخيص والعلاج والتأهيل الاجتماعي والنفسي، وما يرتبط بها من خدمات طبية متخصصة مكملية كالفحوص المختبرية والتحاليل الطبية، الطوارئ، العيادات الخارجية، الأشعة، الإسعاف، التمريض، والخدمات الصيدلانية والغذائية وغيرها.

-أما الرعاية الصحية فيقصد بها الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية للمجتمع بأسره، بهدف توفير الصحة للجميع، كحملات تنظيم الأسرة، رعاية الأمومة والطفولة، الوقاية من الأمراض المتوطنة، التطعيم ضد الأمراض المعدية، رعاية المسنين وغيرها.

ثانياً: تصنيف الخدمات الصحية

وانطلاقاً مما سبق، يمكن أن نصنف الخدمات الصحية كالتالي:

- 1-خدمات علاجية: موجهة للفرد، وترتبط بجميع الخدمات الطبية في مختلف التخصصات، سواء على مستوى المصالح الاستشفائية (الاستشفاء) أو مصالح الطب اليومي (العيادات الخارجية)، بالإضافة إلى الخدمات المساعدة المتمثلة في الأشعة والتحاليل، وإلى جانب خدمات التغذية والنظافة والإدارة وغيرها.
- 2-خدمات وقائية: تعمل هذه الخدمات على تسهيل أداء الخدمات العلاجية، فهي مدعمة لها ويتمثل دورها في حماية المجتمع والبيئة من الأمراض المعدية والأوبئة، مثل الرقابة الصحية على الواردات.
- 3-خدمات إنتاجية: وتتضمن إنتاج الأمصال واللقاحات والدم كما تتضمن إنتاج الأدوية وأيضاً العتاد والأجهزة الطبية الأخرى.

²³ مكرم عبد المسيح باسيلي، المحاسبة في المنشآت الفندقية، رؤية إدارية الفنادق-المستشفيات، المكتبة العنصرية، القاهرة، 2006، ص152.

4- خدمات الارتقاء بالصحة: تركز هذه الخدمات على الارتقاء بصحة الفرد من خلال العوامل غير الطبية، كالتركيز على أهمية الغذاء الصحي المتوازن، وأهمية الرياضة البدنية والراحة والنظافة الشخصية، والسلوك الصحي السليم للفرد.

ثالثاً: خصائص الخدمات الصحية

ويمكن عرض خصائص الخدمات الصحية في الآتي:

1. قلة التنميط والتوحيد للخدمة الصحية: الخدمات الصحية هي خدمات فردية نظراً لاختلاف طبيعة الأفراد وأمراضهم وحالاتهم النفسية، فالخدمة تتنوع من فرد لآخر، وحتى للفرد الواحد فقد يحصل هذا الأخير على خدمة الجراحة والعيون والقلب والصدر... الخ²⁴.

ونفس الشيء بالنسبة للوحدات التي تنتج الخدمة فإنها تتنوع باختلاف الأمراض والتخصصات، وهذا الأمر يتطلب أن يتم تقدير الطلب على كل تخصص عند تقدير الطلب على الخدمة الصحية.

وبالتالي فالخدمات الصحية-مثل الخدمات العلاجية-هي خدمات فردية، بمعنى أنها تقدم لكل فرد على حدى في مجالات تخصص معينة.

2. اختلاف وتذبذب حجم الطلب على الخدمات الصحية: يؤدي عدم تجانس الخدمة الصحية وتباينها من فرد لآخر طبقاً لحاجاته الشخصية إلى تفاوتات مخرجات المؤسسة الصحية الواحدة، وكذلك تباين الخدمات التي يقدمها العاملون بمؤسسة الخدمة الصحية من وقت لآخر، ومن ثم إلى صعوبة التنبؤ بالطلب على المؤسسات الصحية، بالإضافة إلى ذلك فإن صعوبة التنبؤ بالطلب على الخدمات الصحية تكون نتيجة لما يتميز به هذا الطلب من عدم ثبات وعدم استقرار، فقد يحدث الطلب مرة واحدة في العام أو لفترة زمنية قصيرة خلال العام أو في مواسم معينة مثل: زيادة الإصابة بنزلات البرد في الشتاء وانتشار بعض الأوبئة الأخرى في الصيف، كما قد يتنوع الطلب خلال الشهر أو الأسبوع الواحد أو حتى في اليوم الواحد. وتقوم المستشفيات بعمل قائمة انتظار لبعض الخدمات التي تقدمها بغرض تحديد حجم الطلب مستقبلاً.

3. الخدمة الصحية منتج غير ملموس: الأمر الذي يستوجب ضرورة وجود اتصال مباشر قوي وفعال بين مقدم الخدمة الصحية (المؤسسة الصحية) والمستفيد منها، حتى تتحقق الاستفادة الكاملة من هذه الخدمات.

ولذلك يجب على الأجهزة المقدمة للخدمات الصحية والمشرفة عليها أن تتأكد بصفة مستمرة عن طريق أساليبها الخاصة من تحقيق هذا الاتصال لتضمن تحقيق خدمة فعالة للمستفيدين من خدماتها، حيث لا يمكن فصل مقدم الخدمة الصحية عن المستفيد منها.

²⁴ فريد توفيق نصيرات، لإدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص172.

4. الخدمة الصحية سلعة عامة : السلع العامة تخضع للتأثيرات الخارجية بدرجة أساسية ، وتتميز هذه السلع بأنها حساسة للأفراد. وقد حدد كل من ماسجريف (Musgrave) و بوسطن (boston) سنة 1976 خاصيتين للسلع العامة أو الخدمات العامة هما : المنافسة، والإقصاء أو الابتعاد.

وتعني الخاصية الأولى أن الفرد عندما يستهلك خدمة عامة فإنه يقف في علاقة تنافسية مع فرد آخر، فمثلا عندما يستهلك المريض الخدمة الصحية في وقت معين فإنه يكون قد أوقف المرضى المنتظرين للخدمة نفسها في الوقت ذاته، باعتبار أن الطلب على هذه الخدمة مستمر.

أما الخاصية الثانية وهي خاصية الإقصاء، تعني احتمال إقصاء البعض من فوائد الخدمة فعلى سبيل المثال، هناك احتمال إقصاء بعض المستفيدين من الخدمة عندما تكون التكاليف مرتفعة²⁵.

5. الخدمات الصحية غير قابلة للتأجيل: تتطلب الخدمات الصحية في غالبيتها السرعة في تقديمها، للإصابة بمرض معين على سبيل المثال يقتضي سرعة علاجه للقضاء عليه عند ظهور الأعراض.

ويترتب على هذه الخاصية بعض الأبعاد المرتبطة بتحقيق حماية المستفيد منها وهي:

- البعد المكاني: والذي يقضي بضرورة انتشار وحدات تقديم الخدمات الصحية في الأماكن المختلفة التي يتواجد فيها الأفراد، وبمعنى آخر ضرورة إتباع سياسة التغطية الصحية الشاملة للمناطق الجغرافية المختلفة.
- البعد الزمني: والذي يقضي بضرورة تقديم الخدمات الصحية في الوقت المناسب سواء كانت خدمات علاجية أو وقائية، فتأجيلها يترتب عليه أضرار بالغة.
- إضافة إلى خصائص الخدمات الصحية سألقة الذكر، يضيف البعض مجموعة من الخصائص تعرف بالخصائص الاقتصادية، والتي يقتصر بعضها على جانب الطلب، والبعض الآخر يقتصر على جانب العرض كما يلي:

1- الخصائص التي تقتصر على جانب الطلب على الخدمات الصحية : وتتمثل في الآتي:

- الخدمات الصحية تعد سلعا جماعية: فالسلع الجماعية هي تلك السلع التي يرى المجتمع أنها تقدم منافع لكل أفرادها، وليس فقط للفرد الواحد الذي يستهلكها، وهذا ما ينطبق على الخدمات الصحية، إذ أن تحسن صحة الفرد لا يفيد هذا الفرد فقط، ولكنّه يفيد أسرته، أصدقاءه وكل شخص يحيط به، وهو ما يطلق عليه بآثار الانتشار الخارجية الموجبة للخدمات الصحية، وقد يكون من المفيد اقتصاديا تقديم دعم لهذه الخدمات، أو حتى تقديمها مجانا، فمعظم الدول تعتبر الخدمات الصحية من الخدمات الاجتماعية، ومن ثم فإن الدولة تقدمها مجانا، ولا يكون البديل الوحيد أن تتولى الدولة إنتاج هذه الخدمات بنفسها، إذ يمكنها أن تسمح للقطاع الخاص بذلك، على أن تقوم بدعّمه والإشراف عليه وتنظيمه .
- الطلب على الخدمات الصحية يعد طلبا مشتقا: يطلق اصطلاح الطلب المشتق عادة على السلع التي لا تطلب للاستهلاك المباشر، ولكنها تستخدم في صناعة منتجات أخرى من أجل الاستهلاك النهائي، وكذا فإن

²⁵ حسن امين عبد العزيز، مرجع سابق ، ص 67.

الطلب على هذه السلع يعتمد على الطلب على السلع والخدمات التي تساعد على إنتاجها، فإذا كانت كل الخدمات الصحية يمكن اعتبارها كمدخلات لإنتاج الصحة يكون الطلب على الخدمات الصحية طلباً مشتقاً من الطلب على الصحة ككل، حيث أن الزيارات المنتظمة لطبيب الأسنان تتم من أجل الحصول على أسنان سليمة في المستقبل، وبهذا المعنى فإن المريض يستمر في رعاية أسنانه في الحاضر من أجل الحصول على أسنان سليمة في المستقبل²⁶.

- الخدمات الصحية تعد إنفاقاً استهلاكياً: السلع الاستهلاكية هي السلع التي يشتريها المستهلك عادة من أجل المنفعة (الإشباع) التي تقدمها إما بصفة مباشرة، أو في صورة تدفق خدمات، وهذا ما ينطبق على الخدمات الصحية، إذ أن شراء المستهلك للأدوية واستهلاكها يعطي إشباعاً مباشراً بينما شراء جهاز لقياس السكر أو جهاز لقياس الضغط الشخصي يقدم خدمات على مدى فترة زمنية ممتدة.
- الخدمات الصحية تمثل شراء ضغط بالنسبة للمستهلك: يعد تلقي الخدمة الصحية من طرف المستهلك أمراً ضرورياً لتخليصه من آلام مرض معين عند الحاجة²⁷، ويمكن توضيح هذه الخاصية من خلال التطرق إلى المثالين الموالين:
- إن زيارة طبيب الأسنان قد تكون غير مريحة وتسبب الانقباض لدى البعض، ولكنها تمثل شراء ضرورياً للتخلص من آلام الأسنان.
- كما أن دخول المريض غرفة العمليات لإجراء جراحة أمر غير مستحب ولكنه ضروري لتخليصه من آلامه واستعادة صحته.

2- الخصائص التي تقتصر على جانب العرض: يمكن إدراجها في الآتي:

- تخضع أسواق الخدمات الصحية إلى جانب كبير من التدخل والتنظيم الحكومي: تؤثر القوانين والأنظمة الحكومية على عمل المؤسسات الصحية عامة والمستشفيات بصفة خاصة وعلى وجه التحديد إذا كانت تابعة للدولة أو للقطاع الخاص، وذلك فيما يتعلق بتحديد منهج عملها والخدمات الصحية التي تقدمها والكيفية التي يتم بها ذلك²⁸.
- انخفاض مرونة عرض الخدمات الصحية في الأجل القصير: يتسم عرض الخدمات الصحية بانخفاض المرونة في الأجل القصير، وذلك لأن بناء المستشفيات وتجهيزها، بالإضافة إلى تدريب الأطباء والمهنيين يحتاج إلى سنوات عديدة، ومن ثم فإن العرض غير المرن لبعض مدخلات إنتاج الخدمات الصحية في الأجل القصير، يجعل من هذه الخدمات كمنتج نهائي غير مرن كذلك في الأجل القصير²⁹.

²⁶ فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، 1998، ص 148.

²⁷ إبراهيم طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، دار الكتب المصرية، القاهرة، 2000، ص 29.

²⁸ تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 59.

²⁹ أسامة عبد الحليم مصطفى، تحليل ظاهرة تزايد الانفاق العام على الخدمات الصحية واثاره الاقتصادية، مجلة البحوث التجارية، الجزء 1،

المجلد 23، العدد 2، جامعة زقازيق، القاهرة، 2000، ص 35.

- كثافة استخدام عنصر العمل: إن العمل في المؤسسات الصحية يتصف بدرجة عالية من التخصص والتماييز والاختلاف، وهو مقسم بين عدد كبير من العناصر البشرية المختلفة ابتداء من الأطباء والممرضين والمديرين كأهم العناصر البشرية من حيث التعليم والثقافة، وانتهاء بعمال التغذية والنظافة الأقل حظاً³⁰.

الجدول رقم: (1-1): بعض المشاكل الناتجة عن خصائص الخدمات واساليب معالجتها

خصائص الخدمات	بعض التطبيقات	بعض طرق المعالجة
عدم الملموسية	- صعوبة توفير عينات - وجود قيود على عنصر الترويج في المزيج التسويقي - صعوبة تحديد السعر والنوعية مسبقاً - استخدام السعر كمؤشر للجودة - صعوبة تقييم الخدمات المتنافسة	- التركيز على الفوائد - زيادة إضفاء الملموسية للخدمة - استخدام الأسماء التجارية - استخدام التوصية الشخصية كمدخل لبيع الخدمة - تطوير الشهرة - تخفيض تعقيدات الخدمة
التلازم	- تتطلب تواجد مقدم الخدمة - البيع المباشر - محدودية نطاق العمليات	- تعلم العمل في مجموعات كبيرة - العمل بسرعة - تحسين أنظمة تسليم الخدمة
الاختلاف وعدم التجانس	- المقاييس تعتمد على من هو مقدمها ومتى تقدم - صعوبة التأكد من النوعية	- تدريب عدد أكبر من الموظفين الأكفاء - الحرص على اختيار وتدريب الموظفين - توفير مراقبة مستمرة ومنظمة
عدم القابلية للتخزين	- لا يمكن تخزينها	- أتمت العمليات قدر المستطاع
(الزوال والفناء)	- مشاكل التدبذب في الطلب	- المحاولة المستمرة لإيجاد التوافق بين العرض والطلب) كتحفيض الأسعار في حالة انخفاض الطلب أو استخدام نظام الحجوزات (
الملكية	- المستفيد من الخدمة يسمح له باستخدام الخدمة ولكن لا يملكها	- التركيز على مميزات عدم الملكية مثل) توفير نظام الدفع (

المصدر: هاني حامد مضمور، مرجع سابق، ص29.

³⁰توفيق فريد نصيرات، مرجع سابق، ص168.

الفرع الثالث: أنواع الخدمات الصحية

هناك أربعة أنواع للخدمات الاستشفائية بحيث تنقسم إلى:

أولاً: خدمات طبية مرتبطة بصحة الفرد³¹

إن هذا النوع من الخدمات الاستشفائية مرتبط مباشرة بصحة الفرد بحيث تتعلق بتشخيص والعلاج حيث أن هناك عدة أقسام في المستشفى خاصة بهذا:

- قسم الأمراض الداخلية.
- قسم الأمراض الجراحية.
- قسم الأطفال.
- قسم التوليد وأمراض النساء.
- قسم أمراض الرأس.
- قسم العلاج الطبيعي.
- قسم التخدير والإنعاش.
- قسم الإسعاف والطوارئ.
- قسم المختبر.
- قسم الأشعة.

ثانياً: خدمات طبية مساعدة:

وهي خدمات تساعد الخدمة الأساسية، وهي كل ما يتعلق بالرعاية سريره داخل المستشفى وتدخل ضمن:

- خدمات التمريض.
- خدمات الصيدلة.

ثالثاً: الرعاية الصحية:

تهدف إلى تشجيع وتعزيز المستوى الصحي لدى الأفراد بمختلف الجوانب النفسية والجسدية والذهنية والعقلية والاجتماعية حيث أن الرعاية الصحية تعمل على حدوث المرض بعدة وسائل وإذا حدثت تعمل على

³¹ فريد كورتل، مرجع سابق، ص 318-319.

معالجته حيث أن الرعاية الصحية فعالة مع المعالجة عمل الرعاية لا يتوقف لتأهيل المريض بعد إجراء عمل جراحي والعلاج³².

رابعاً: الخدمات الصحية البيئية:

إن هذا القسم لا يمكننا إهماله على الإطلاق، لأنه يرتبط بالحماية من الأوبئة، والأمراض المعدية، وإن الخدمات الاستشفائية وقائية تقيه من الأمراض كاللقاحات وخدمات الوقاية الصحية على متاجر الغذاء وخدمات مكافحة الحشرات وخدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي³³.

³² حسن القضاة، مرجع سابق، ص 48.

³³ فريد كورتل ، مرجع سابق ، ص 319.

المبحث الثاني: تقييم أداء المؤسسات الاستشفائية

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

فقد تم الاتفاق على أن العنصر العام في جودة الخدمة الصحية هو أنها تعتمد على إدراك المستهلك (المريض)، وعلى المؤسسات الصحية أن تبحث في تحسين الخدمات الصحية التي تتلاءم مع توقعات المستهلكين (المرضى) وتلبي حاجياتهم، فالخدمة الجيدة من وجهة نظر المستهلك هي التي تتفق مع توقعاته، وتسعى المؤسسات الصحية إلى تلبية تلك الرغبات عن طريق التعرف على المعايير التي يلجأ إليها المستهلكون والمعايير التي وضعتها المنظمة العالمية للصحة من أجل الحكم على نوعية الخدمات الصحية المقدمة وعلى إمكانية تلبية التوقعات ومن أجل معرفة مدى التوافق بين الموارد المتاحة في المؤسسة.

المطلب الأول: مكونات المؤسسة الاستشفائية

سننتظر في هذا المطلب إلى مكونات المؤسسة الاستشفائية ومختلف الموارد البشرية المتوفرة فيها.

الفرع الأول: مدخلات النظام

يعرف النظام بمجموعة من العناصر المترابطة والتي تعمل مع بعضها البعض لتحقيق أهداف المؤسسة بهذا المفهوم فإن المستشفى نظام يتألف من العديد من الأنشطة والفاعليات المختلفة والمتكاملة لتحقيق أهداف النظام المختلفة والتي يأتي المريض ورعايته في مقدمة هذه الأهداف.

أولاً: المرضى.

يعتبر المريض أحد أهم العناصر البشرية المشاركة في التنظيم وأهم مدخلاته، وكما أن المستشفى نظام معقد فإن المريض أيضاً هو نظام غاية في التعقيد بما لديه من أنظمة إنسانية متعددة لا بد للمستشفى من التعامل معها، وأن تركيز المستشفى على النظام البيولوجي وإهماله للأنظمة الأخرى للمريض تؤثر على سلوك المريض ومعالجته وبالتالي تؤثر على الحصيلة النهائية للمعالجة³⁴.

ثانياً: الهيئة الطبية:

تتألف الهيئة الطبية من الأطباء المتفرغين العاملين في المستشفى والأطباء المستقلين الذين لهم عياداتهم الخاصة خارج المستشفى ويستخدمون تسهيلات المستشفى لمعالجة مرضاهم وتؤثر الهيئة الطبية بما لديها من معرفة متخصصة ومهارات فنية لوصف العلاج ووضع خطة المعالجة، وتقديم الخدمات الصحية كما ونوعاً إلى أكبر درجة من أي عامل آخر داخل التنظيم فهم الوحيدون المؤهلون والمفوضون قانونياً لممارسة مهنة الطب وبشكل عام فإن الهيئة الطبية مسؤولة عن القيام بالوظائف التالية:

- العناية بالمرضى وهي المسؤولية.

³⁴د. حسن القضاة، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 73.

- المحافظة على كفاءة اداء عملية تقديم الخدمات الطبية وتحسين كفاءة الاطباء.
- تنظيم افراد الهيئة الطبية وربطهم بالتنظيم الكلى للمستشفى.
- التعليم والتدريب ويتضمن اعطاء المحاضرات النظرية والتطبيقات العملية لأعضاء الهيئة الطبية.
- تقييم عملية اداء الخدمة الصحية ونتائجها من خلال وضع مقاييس مهنية تحكم الاداء لضمان مستوى جيد من الخدمة.
- تقديم المشورة للإدارة ومساعدتها في ادارة وتنظيم شؤون المستشفى وخاصة فيما يتعلق بالنواحي الفنية للخدمة الصحية.

ثالثا: هيئة التمريض

تعتبر هيئة التمريض جزء من التنظيم الاداري الرسمي للمستشفى، وتتألف هيئة التمريض من الممرضين القانونيين والممرضين المساعدين ومساعدين التمريض.

وهيئة التمريض مسؤولة على رعاية المريض وهي تعمل كوسيط بين النظام الفرعي الفني المتمثل بالأطباء والنظام الفرعي التنسيق الممثل بالجهاز الاداري مما يضعهم في دورين متضاربين في التنظيم، وبالنسبة للمريض فالمرضى هو الممثل الرئيسي للمستشفى لارتباطه المباشر وتفاعله المستمر لمراحل علاجه من خلال تنسيق كافة النشاطات الضرورية لرعايته³⁵.

رابعا: الجهاز الاداري

يتألف الجهاز الاداري من مدير المستشفى ومساعديه رؤساء الاقسام والخدمات الادارية والفنية، والتي تقع مسؤولية اختيارهم على كاهن مدير المستشفى وهذه الاقسام على سبيل المثال هي قسم التمريض والعيادات الخارجية والطوارئ وقسم الاستعجالات الطبية والدخول والتغذية والصيانة والصيدلة والمختبر والأشعة والتخضير والعلاقات العامة وشؤون المستخدمين وغيرها من الخدمات الادارية والصحية.

خامسا: التكنولوجيا

يستخدم المستشفى الحديث اليوم تكنولوجيا طبية متقدمة ومعقدة مما كان لها اثر كبير على اهدافه القابلة للتحقيق وعلى هيكله التنظيمي وأنظمتها الفرعية الاخرى ولم تقتصر التكنولوجيا على الآلات والمعدات والأجهزة الطبية المعقدة بل تعدى ذلك الى ما تتطلبه من أبنية و منشآت وتصاميم خاصة ومعقدة لاستيعاب هذه التكنولوجيا المتقدمة بالإضافة الى المهارات والتخصصات الفنية المتعددة لإدارة وتشغيل هذه المعدات، كما أدت هذه التعقيدات المتزايدة الى حاجة اكبر لأساليب جديدة في التنظيم والإدارة لتنسيق الجهود والأنشطة وتكاملها ولتحقيق الاستعمال الامثل لهذه الاجهزة والمعدات المرتفعة التكاليف.

سادسا: المواد والمعدات

ويمكن تقسيم المواد والمهمات التي يحتاجها المستشفى الى قسمين:

³⁵ حسن القضاة، مرجع سابق، ص 49.

أ-المواد والمعدات الطبية: وتشمل الادوية والمحاليل الطبية والأدوات والمعدات الطبية والجراحية مثل الحقن والإبر والخيوط الجراحية ووحدات الغيار وغيرها من المعدات الطبية العديدة.

ب- الموارد غير الطبيعية : وتشمل المعدات والتزويد الفندقية من أغذية وملابس وشراشف وبياضات ومواد كيماوية وماء وبخار وزيوت ومحروقات وغيرها.

الفرع الثاني: مخرجات النظام

أصبح المستشفى ورشة عمل للطبيب يقوم بتقديم الرعاية الصحية للمرضى ضمن علاقة مباشرة ومغلقة بين الطبيب ومريضه حيث غلب عليها الطابع الشخصي.

بعد ان تعرفنا على مدخلات النظام لابد من التعرف على مخرجاته وجودتها كما هي مذكورة في التعريفات الموالية.

أولاً: تعريف مخرجات النظام

تتمثل مخرجات النظام بالحصيلة النهائية لعملية معالجة المريض كنتيجة لجهود كافة العناصر العاملة في المستشفى، ويعتبر الاطباء أحد أهم العناصر التي تؤثر على جودة الخدمة العلاجية ومستواها لكونهم الفئة الوحيدة المؤهلة والمفوضة قانونياً لممارسة مهنة الطب، وبهذا فهي الفئة المسؤولة عن نوعية الخدمة وعن تقديم مستوى عال من الخدمة الطبية. ومن هنا يقع على عاتق الهيئة الطبية وضع مقاييس لأداء الخدمة العلاجية وتبني هذه المقاييس الحصيلة النهائية للخدمة العلاجية.

وتعتبر جودة الخدمة الصحية وضبطها من اعقد القضايا التي تواجه المستشفيات ، ولحد الان لا يوجد مقاييس كيفية متفق عليها من قبل الاطباء بشكل عام ، حيث تقوم الهيئات الطبية في كل مستشفى بوضع وتبنى المقاييس المهنية التي تراها مناسبة للتحكم بنوعية الخدمة العلاجية والتي تختلف من مستشفى لآخر ولضبط جودة الخدمة تقوم الهيئة الطبية عادة بتشكيل لجان مهنية متخصصة تتولى عملية التقييم والمتابعة مثل لجنة التقييم الطبي ولجنة الاستخدام ولجنة السجلات الطبية ولجنة السيطرة على العدوى ولجنة العقاقير ولجنة الانسجة وغيرها من اللجان المتخصصة.

ثانياً: جودة المخرجات

للاستدلال على جودة الخدمة العلاجية هنالك عدة نقاط متضمنة في عملية القياس يمكن ان تعطى مؤشر للجودة وهي:

- تفحص الهيكل التنظيمي الذي تقدم من خلاله الخدمات وذلك بتفحص خصائصه وأنشطته المختلفة التي تؤثر على الجودة ومتابعة كفاءة مدراء الوحدات التنظيمية في ادارة اقسامهم.
- تفحص الطريقة الفعلية لتقديم الخدمة العلاجية بالنظر الى التفاعل بين المرضى والهيئة الطبية والتمريضية والخدمات المساعدة الاخرى ويمكن ذلك بوسائل مختلفة مثل الملاحظة المباشرة لممارسة المهنة الطبية ومراجعة السجلات الطبية العائدة للمرضى الذي تلقوا الخدمة الطبية.

- قياس النتيجة النهائية للمعالجة كما يدل عليها وضع المريض الصحي بعد تلقيه الخدمة او بعد خروجه من المستشفى.

الفرع الثالث: ادارة النظام

ان الادارة بمفهوم النظام هي عملية لتحويل المدخلات في النظام الى المخرجات المرغوبة، ويشكل المريض في نظام المستشفى أحد أهم المدخلات بالإضافة إلى العناصر البشرية والمادية الاخرى التي تشكل مدخلات النظام من أطباء وممرضات ومهنيين صحيين وجهاز ادارى وتكنولوجيا ومواد وأبنية. وتحمل ادارة المستشفى مهمة خلق النظام الكلى التنظيمي وإيجاد الانظمة الفرعية الداخلية لربط هذه العناصر وتحديد ادوارها وعلاقاتها مع بعضها البعض ومع بيئة النظام الخارجية بشكل يضمن سلامة عملية التحويل بما يحقق الاهداف الكلية المرسومة مسبقا. وبهذا فان ادارة المستشفى تقوم بمجموعتين من الوظائف.

الوظائف الادارية الداخلية والتي تتفاعل من خلالها الادارة مع عناصر النظام الداخلي ومكوناته كما يبين وتتضمن عملية اتخاذ القرارات الرسمية:

- تنظيم العناصر والأنشطة والنظم الفرعية المكونة للنظام الداخلي ووضع السياسات والأهداف الفرعية الخاصة بها وتوجيهها باتجاه تحقيق اهداف النظام المرغوبة.
 - الرقابة المالية على عملية التحويل وضبطها.
 - الادارة وتقييم الاداء.
 - تخطيط البرامج والأنشطة ورسم السياسات العامة للنظام بما يتلاءم مع حاجات المجتمع الصحية وبشكل يربط النظام ببيئته.
 - تنسيق وتنظيم علاقات البيئة والمؤثرات والقوى الخارجية مع المؤسسات الصحية.
 - تقييم النتائج النهائية لعملية التحويل على اساس الاهداف المرسومة مسبقا.
- وبذلك فان مدير المستشفى يساهم في تشكيل النظام الكلى للمستشفى.

وفي نفس الوقت الذي تقوم فيه ادارة المستشفى بتنظيم الأنشطة المتعددة والمختلفة في النظام فلا بد للإدارة من إدراك أهمية النواحي غير الرسمية في التنظيم لاسيما وان المستشفى هو نظام أنساني ضخم ونظام في اجتماعي معقد يعتمد في تنفيذ نشاطاته على تخصصات ومهارات فنية معقدة ويستخدم تكنولوجيا متقدمة وما ينتج عن ذلك من صراعات ومشاكل تقود للتنسيق والصراع على السلطة بين الهيئة الطبية والمدير.

وحقيقة الامر انه لا يوجد خط منفرد للسلطة في المستشفى فالسلطة مشتركة بين الهيئة الطبية والمدير. ان السلطة في المستشفى لا تنبثق من مصدر واحد او منفرد ولا تتسلسل عبر خط منفرد كما هو الحال في غالبية التنظيمات الرسمية. فهناك تداخل كبير بين مصادر السلطة في المستشفى مما يولد بينها اسباب الصراع ولتنظيم العلاقة بين هذه المصادر المتعددة للسلطة لابد من النظر اليها من خلال نظاميين

فريعين الاول ادارى يتولى المدير فيه دورا تخطيطيا وتنسيقيا في التفاوض مع العناصر المختلفة المكونة للنظام لتحقيق التنسيق والتكامل، وتتولى الهيئة الطبية الدور الفني فيما يتعلق بمعالجة المريض³⁶.

الفرع الرابع: أنواع أسلاك الموظفين والمستخدمين في إدارة المستشفيات³⁷:

هناك أربعة أنواع من المستخدمين في قطاع الصحة

- السلك الإداري.
- السلك الطبي.
- السلك الشبه طبي.
- سلك الصيانة والمصلحة.

فيما يخص السلك الاداري، فان قانون 59-85 هو المرجع في تحديد الاجور والعلاوات³⁸.

اولا: المستخدمون الطبيون

منهم الاستشفائيون الجامعيون، ومنهم الممارسون الطبيون، ومنهم الأطباء العامون:

01- الفئة الاولى: الأطباء الاستشفائيين الجامعيين

فإنها الفئة القليلة من حيث العدد، وهم مجموع الأطباء الذين يزاولون مهنة الطب مع مهنة التعليم الجامعي، وتتحكم هذه الفئة في تسييرها عن طريق اللجان التي تحكمها، أو تحكم وتنظم نشاطها، بحيث السلطات المركزية والوزارة لا تجرؤ على مخالفتها. وهذه اللجان هي:

- اللجنة الوطنية الاستشفائية الجامعية.
- اللجنة المحلية (ولائية و جهوية) الاستشفائية الجامعية.

02- الفئة الثانية: أطباء الصحة العمومية

وهي الفئة الخاصة بمُجمل الأطباء العامين، وهي فئة كبيرة العدد، وفي بعض الأحيان يفوقون فئة الشبه طبيين، إلا أن توزيعهم كذلك يفتقد إلى العقلانية، وذلك لأن بعضهم أصبح يزاول نشاط غير النشاط الذي كون من أجله مثل : النشاط الإداري، في الوزارة ومديريات الصحة، وحتى إدارة ، لأن النشاط الصحي لا بد له من إدارة، والوظيفة الإدارية تختلف عن الوظيفة الطبية، وتسم بصعوبة الإجراءات وتحتاج إلى تحليل وفهم وبرامج، وهذا ما أدى بمديرية الوظيفة العمومية إلى عدم الاعتراف ببعض مهام الأطباء كمديرين، بحيث تم "تكليفهم بمهمة" وليس تعيينهم، وبالتالي يفتقدون إلى صفة الأمر بالصرف، وصفة القدرة على التعيين، وكل هذا

³⁶حسن القضاة، ادارة المستشفيات، مرجع سابق ، ص88.

³⁷محمد قندوز، ادارة المستشفيات، مذكرة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في القانون العام، فرع الادارة والمالية، جامعة الجزائر، 2012-

2013، ص ص 64- 72.

³⁸مرسوم رقم 59-85 مؤرخ في أول رجب عام 1405 الموافق 23 مارس سنة 1985 يتضمن القانون الأساسي النموذجي لعمال المؤسسات والإدارات العمومية

نتيجة تأخر صدور القوانين الخاصة بفئة مديري المؤسسات العمومية، سواء كانت الاستشفائية أو للصحة الجوارية.

ثانياً: المستخدمون شبه طبيون

تعرف هذه الفئة نقص فادح من حيث التأطير، عكس الجهاز الطبي، بحيث أصبح الشباب يعزف عن هذه المهمة، وهي مهمة " التمريض " لما لها من صعوبة في التكوين والتمهين، ولثقل النشاط الشبه طبي، بحيث يقوم الممرض إضافة إلى المهام الموكلة له من حقن وتضميد جراح وعلاجات بسيطة، اي يقوم بمهمة المساعد الطبي، أي كل ما يأمره الطبيب من القيام به مثل إجراء العمليات البسيطة للخياطة الطبية وغيرها، رغم أن التشريع في هذا المجال واضح جداً، بحيث الأعمال أو النشاطات ذات الطابع الطبي مثل الجراحة والخياطة والفحص، هي من أعمال الطبيب وليس الممرض، وفي غالب الأحيان يكون ليس من المهام، وفي حدود التدخل للممرض، وهذا ما ينجر عنه تجاوزات وخلافات يكون ضحيتها المريض أو الممرض، لأن الممرض مسؤول ولكنّه مأمور تحت سلطة الأمر وهو الطبيب، وهذا حسب التشريع المعمول به، ولكن الواقع يفرض في بعض الأحيان تداخل المهام خاصة في مجال الاستعجالات الطبية، حيث يتسارع كل من الطبيب والممرض والمساعد إلى القيام بكل ما من شأنه التخفيف على المريض وتقديم المساعدة الطبية له، رغم قلة الوسائل في هذا الميدان، لأن الاستعجالات الطبية هي مسألة مستعجلة، وتتعلق بموت أو حياة مريض وإنسان، وبالتالي لا يمكن اعتبار نقص الوسائل عذراً، ولا تساوي الإمكانات في كل الأحوال حياة مريض، ولهذا في التسيير الحديث للمستشفيات وفيما يخص تقديم الدواء، صرح السيد السعيد بركات، وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، أنه لا يمكن السماح بفقدان الدواء خوفاً من تجاوز مدة صلاحيته، فحياة المريض أغلى من الدواء، فيجب توفير احتياطي من الدواء الكافي خاصة في الاستعجالات الطبية.

وينقسم المستخدمون الشبه طبيون الى ثلاث مستويات:

- التقنيون السامون للصحة.
- التقنيون الصحيون.
- المستخدمون التقنيون.

وتشمل الفئة الأولى القابلات، الممرضين المتحصّلين على شهادة دولة في العلاج العام، والمتحصّلين على شهادة دولة في العلاج الخاص، (بعض التخصصات مثل الأمراض العقلية...إلخ).

وتشمل الفئة الثانية: الممرضين في العلاج العام، والممرضين في النظافة والتطهير، نواب الممرضين في الأشعة.

الفئة الثالثة: وتشمل مساعدي التمريض.

ثالثاً: المستخدمون الإداريون

أكثر الذين يدرسون تسيير إدارة المستشفيات يهتمون هذه الفئة من المستخدمين، على أساس أن هؤلاء ليست لهم علاقة مباشرة بالمرضى، وإذا أمعنا النظر في المنظمات والإدارات والمؤسسات، فإن التسيير الجيد والعقلاني يتوقف على كفاءة الإطارات الإدارية، لأنها هي رأس المنظمة ومصدر القرارات فيها، فإذا كانت القرارات الإدارية سليمة وعقلانية وواقعية مدروسة، لا شك أنها تأتي بالخير على المنظمة وعلى العاملين فيها وعلى المؤسسة الصحية، وبالتالي على المرضى بطريقة غير مباشرة، فأى دراسة تهمل هذه الفئة من المستخدمين الإداريين.

رابعاً: عقود ما قبل التشغيل وعقود ادماج الاطارات

لقد عرف الوظيفة العمومي في الآونة الأخيرة مشاكل عدة، وهذا راجع إلى المشاكل الاقتصادية، بحيث عرفت عدة مؤسسات اقتصادية إفلاس، وبالتالي لجأ أغلب العاملين فيه إلى الاستنجد بالوظيفة العمومي، وبالتالي إقبال على التشغيل في الوظيفة العمومي وفي المؤسسات الاستشفائية

المطلب الثاني: تقييم الأداء الكلي للمؤسسات الصحية

حظي موضوع تقييم أداء المنظمات باهتمام العديد من الكتاب بشكل عام وفي المنظمات الخدمية وتحديداً الصحية منها بشكل خاص لتمكين المستشفى في تقديم خدمات رعاية صحية أفضل للمجتمع، الأمر الذي يتطلب منا إلقاء الضوء على مفهوم تقييم أداء المستشفى وبعض المؤشرات المستخدمة في عملية التقييم³⁹.

الفرع الأول: مفهوم تقييم أداء المستشفى :

يعد مفهوم التقييم في المنظمات من بين أبرز المؤشرات المعتمدة، لقياس مدى تحقيق تلك المنظمة لأهدافها المحددة وانسجامها وتكيفها مع البيئة التي تعمل فيها، من حيث استغلالها للموارد المختلفة منها البشرية والمادية والمالية، وهذا ليس فقط لضمان بقائها والاستمرار، بل من أجل تحسين قدراتها ومكانتها السوقية. ونشير هنا أن مفهوم التقييم يأخذ عدة أشكال منها الإنتاجية، الكفاءة، الفعالية، وصولاً إلى تقييم الأداء وقدرة المستشفى على تحقيق أهدافه.

أولاً: الانتاجية

تعتبر الإنتاجية في قطاع المستشفيات من المفاهيم المعقدة، والتي يصعب الاتفاق على تعريفها وقياسها من قبل الباحثين والمهتمين، لكونها تستعمل كمترادف للفاعلية والكفاءة. وعلى الرغم من ذلك فإن تعريف الإنتاجية ينسب إلى كونه، مقياس لاستعمال الموارد الخاصة بالمنظمة وتحويلها إلى مخرجات. كما تعتبر مقياس في كيفية الاستعمال المناسب للموارد أو للمشاريع، بغرض إنتاج لسلع والخدمات، ويمكن تعريفها على أنها "نسبة المخرجات في عملية الإنتاج إلى المدخلات"⁴⁰.

³⁹ د. أكرم أحد الطويل، بعض مؤشرات تقييم أداء المستشفيات، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، جامعة تكريت، كلية الإدارة والاقتصاد، المجلد 2، العدد 20، 2010، ص 5

⁴⁰ ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 191

الإنتاجية = المخرجات/المدخلات، أي أن الإنتاجية تتعامل مع النتائج المحصلة من الخدمة الاستشفائية، ولا تعني بالضرورة الوصول إلى مستوى صحي أفضل، وقد تكون مؤشر هام لقياس المستشفيات بتحسين المستوى الصحي للمجتمع. ولذا فإن المقاييس العملية لإنتاجية المستشفى، مثل الحالات المرضية المستفيدة من الخدمات الصحية، ومجمل أيام الاستشفاء والتي تقيس مجمل أنشطة المستشفى، إذ هي أصبحت الأكثر شيوعاً واستعمالاً لقياس مخرجات الرعاية الاستشفائية، وتتضمن الإنتاجية في المستشفى بعدين أساسيين:

أ- الإنتاجية الكمية: وهي تتضمن:

- عدد الناس المستفيدين من الخدمة الاستشفائية.

- مجمل أيام الاستشفاء (مدة مكوث المريض في المستشفى).

- معدل الإقامة في المستشفى.

- نسبة تشغيل الأسرة.

ب- الإنتاجية النوعية: وهي تمثل قدرة المؤسسة على تقديم خدمات تنسجم مع المعايير المهنية وتحظى برضا المريض وتنقسم بدورها إلى ما يلي:

ب-1- المقاييس التي تركز على الخصائص الداخلية للمستشفى والعاملين فيه:

- وجود عدد كافي من العمال والمؤهلات والخبرات المطلوبة، وهذه بعض الأمثلة لمعايير المدخلات⁴¹
- يتطلب توفير أربعة (4) أسرة لكل ألف نسمة، وألا تزيد عدد الأسرة في الغرفة الواحدة عن أربعة (4) أسرة.
- يجب ألا تقل المساحة المخصصة للسرير الواحد عن ستة (6) متر مربع.
- يتطلب وجود اختصاصي أو مساعد اختصاصي لكل عشرة أسرة.
- يجب أن يوفر المستشفى طبيباً مقيماً لكل أربعين (40) سرير أو طبيب لكل قسم على الأقل.
- ألا تقل نسبة الممرضات إلى الأسرة عن 01 إلى 04 : أي من ممرض(ة) إلى أربعة لكل سرير
- كما يتطلب في (01) مختبر لكل 30 سرير، وفي أشعة لكل (50) سرير، باحث اجتماع لكل (100) سرير.

ب-2- المقاييس العائدة لعملية التحويل: وهو التركيز على مدى تطابق الأنشطة مع المعايير المهنية المتفق عليها، والذي يعرف من خلال عمل التدقيق الطبي والتمريضي، عن طريق وضع معايير للعمليات والأنشطة، الخاصة بكل التشخيصات المرضية لغاية مقارنتها بالأداء الفعلي لها، ويتم تحديد هذه المعايير كما يلي:

- إجماع الأطباء العاملين في المستشفى على معايير الرعاية المثلى.

- استعارة المعايير لمستشفيات شبيهة لها والاعتماد على الخبرة المتراكمة لدى المستشفى من البيانات السابقة.

⁴¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 415

ب-3-طريقة المخرجات النهائية: تركز هذه الطريقة على الأنشطة المنجزة، ومدى مساهمتها في التغيير على المستوى الصحي للسكان وعلى مستوى الفرد (المريض)، فعلى المستوى الصحي للسكان تأخذ المؤشرات التالية:

- إحصاء الوفيات والأمراض ونسبة التغير عليها - التغيب عن العمل أي عدد الأيام الضائعة بسبب التغيب؛
 - قياس الأداء الوظيفي للأفراد المعالجين ونسبة التعطيل والإعاقة؛
- أما على مستوى صحة الفرد فينظر إلى التغيير في صحة المريض الحالية وفي المستقبل من خلال:

- تحسين في الأداء الاجتماعي والنفسي - مواقف المرضى والمعرفة الصحية التي اكتسبوها.
- التغير في سلوك الأفراد الإيجابي كوقف التدخين، وممارسة الرياضة... إلخ
- وهذه بعض الأمثلة على معايير المخرجات) خاصة بالنتائج الصحية⁴²:

- مدة الإقامة للمرضى يجب ان تكون ما بين 6-7 ايام.
- نسبة الولادات القيصرية يجب ألا تزيد عن 10 % من مجموع الولادات في المستشفى.
- يجب ألا تزيد نسبة الخطأ الدوائي عن 2 % لكل ألف مريض، بالإضافة إلى نسبة الشكاوى التي يجب ألا تزيد عن 1 % من مجموع المرضى.

ج-الإنتاجية في الخدمات الصحية: إن الاهتمام بالإنتاجية لقطاع الخدمات لا يختلف من حيث الأساسيات، عما هو موجود في القطاع السلعي، وأن من أبرز الأسباب التي تدعو قطاع الخدمات الصحية للاهتمام بالإنتاجية يكمن فيما يلي:

- كون إدارة المستشفى تعتمد على السلوك العلمي في قياس نتائج أعمالها.
- كون المستشفى يسعى إلى تحقيق الأهداف المحددة له، لذا يتطلب منه استعمال مفهوم الإنتاجية لتأشير النتائج التي توصل إليها.
- اتساع حجم المنافسة بين المستشفيات في السوق الصحي، والذي يتطلب منها الوقوف وبشكل دقيق على إمكانياتها الداخلية، وبالتالي معرفة نقاط قوتها وفرص تهديدها؛
- ولهذا يتطلب اعتماد أسس الإنتاجية بصيغتها الحقيقية أي:

- كمية العوامل التي تدخل في إنتاج الخدمة الصحية، ويقصد بها عدد ساعات العمل المتحقق من قبل الفريق الطبي والشبه الطبي (الممرضات + الفنيين والمساعدين).
- عدد الأفراد العاملين لإنجاز الخدمة الطبية من أطباء وممرضين في مجال الفحوصات، العمليات الجراحية، الصيدلة، العلاج الطبيعي، الإطعام لتغذية الخ ...، وعدد المرضى في اليوم، والذين يختلفون من وقت لآخر.

وعلى الرغم من كل ما قيل من أهمية ودور للإنتاجية في مجال الخدمات الصحية، إلا أن الأمر فيه الكثير من الصعوبات كون أغلبية مدخلاتها ومخرجاتها غير ملموسة، فهي تقوم بتحديد مقدار الانتفاع من الخدمة الصحية والرضا المتحقق لدى المريض.

⁴²فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 417

ثانياً: الكفاءة

بما أن المنظمة تسعى إلى البقاء والاستمرار، فهي بحاجة إلى التفاعل مع البيئة المحيطة بها، ولعل أبرز التفاعلات هو حصولها على المدخلات، ومدى قدرتها في التعامل مع هذه المدخلات بشكل عقلاني بما يحقق لها أفضل مستوى للمخرجات. ومن هنا فإن مفهوم الكفاءة يستمد من قدرة المنظمة، في استعمال الموارد المتاحة لديها بطريقة عقلانية، كون هذه الموارد وخاصة المالية منها تنسم بالمحدودية.

فالكفاءة تعني "الترشيد في استعمال الموارد البشرية والمادية والمالية"⁴³، أي انجاز العمل بأقل جهد ضائع وبهذه الصورة فإن الكفاءة تعني مدى التطابق بين الانجاز الفعلي للخدمة والانجاز المخطط، أي درجة الدقة في الاستجابة بين الموارد المتاحة وما يحقق منها من اهداف للمنظمة.

- **الكفاءة في الخدمات الصحية:** إذا كانت الكفاءة موضوع اهتمام من قبل المنظمات عامة، فإن المنظمة الصحية لها اهتمام خاص، نظراً لكون النتائج المتحققة (ترتبط بحياة الإنسان في بقائه أو عدمه). وهذا الأمر يستدعي نوع من الرقابة على الأداء، والتقويم الدقيق للطاقت المتاحة من موارد بشرية ومادية ومالية للوصول إلى الأهداف المطلوبة. إن أهمية الكفاءة في الخدمات الصحية تبرز من خلال ما يلي:

- طول المدة الزمنية التي تستغرقها عملية إنتاج الخدمة الصحية، من طرف الأطباء، وأطباء الأسنان والصيدلة
 - كون الخدمات الصحية تعتمد على مهارة القائمين على إنتاجها والتي تتباين من فرد لآخر، وبالتالي لا يمكن وضع مقاييس معيارية لأدائها وقياسها.
 - لبلوغ الكفاءة وتحقيق الأهداف يستوجب توفير المستلزمات التكنولوجية، لمواكبة التطور الحاصل هنا وهناك في مجال الطب، وتسخير مختلف الوسائل المتاحة للفريق الطبي، لإنجاز مهامه بالشكل الذي يتوافق مع قدراته العلمية.
 - كما يستوجب توفير الإمكانيات المالية للحصول على الموارد البشرية المؤهلة، التي تكتسب الخبرة في المجال الطبي المعرفي والتكنولوجي، مما تساعد على الإنجاز وتحقيق الخدمة الصحية المناسبة.
 - التكاليف المترتبة على إنجاز الخدمة الصحية ووصولها إلى المريض والاستفادة منها، هذا الأمر لا يتحقق إلا من خلال الكفاءة في إنتاجية الخدمة عبر الموارد المستخدمة في عملية إنتاجها.
- ولهذا نقول بأن قياس الكفاءة للخدمات الصحية، يرتبط أساساً بالموارد المتاحة والمستخدمه في عملية إنتاج الخدمة الصحية، وهذه الأخيرة التي ترتبط بمستوى النوعية المقدمة، حيث لا يكفي الحصول على عدد أو حجم من المخرجات، وإنما في نوعية تلك الخدمات ومدى رضا المستفيدين منها.

⁴³ ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 184

ثالثاً: الفعالية

تعني الفعالية " الوسائل المختارة في ظل الظروف الموجودة، لتحقيق الهدف النهائي"، فهي تعني قدرة المنظمة على البقاء والتكيف مع الظروف بغض النظر عن الأهداف التي تحققها، وأن الإمكانية التي تتطلبها في الاستمرار والبقاء تجعل من تكيفها البيئي مصدر مستلزمات وجودها.

أما التعريف الثاني " قياس مدى قدرة الخدمات الصحية على تخفيف حالات معينة أو تحسين الأوضاع الصحية ودرجة الرضا عنها"⁴⁴.

ونخلص من هذين التعريفين بأن الفعالية، هي عبارة عن الربط بين الأهداف المتحققة وبعض المستلزمات الواجب توفرها، وأهمها مشاركة المجتمع ودرجة الرضا لتلك الخدمات المقدمة.

وأن قياس الفعالية للمنظمة يعتمد المؤشرات ومنها:

1- مؤشرات تقويم فعالية الخدمات الصحية:

تنقسم مؤشرات تقويم الفاعلية للمنظمات الصحية إلى مجموعتين، المدخلات والمخرجات:

أ- المدخلات: وهي تشير إلى الأشكال المختلفة من الموارد، التي تحصل عليها المنظمة الصحية منها البشرية والتي تضم كل من الهيئة الطبية والمتمثلة في الأطباء وأطباء الأسنان والصيدالة، والشبه الطبية المتمثلة في الممرضين والمساعدين، والجهاز الإداري والفني، والموارد المالية وهي تلك الموارد التي تحصل عليها من الميزانية العامة للدولة في شكل اعتمادات مالية ممنوحة خلال كل سنة مالية، أو من مصادر تتحصل عليها من خلال إيجار مساحات لوقوف السيارات، أو إيجار محلات تابعة للمستشفى، أو من خلال الهبات والتبرعات التي تأتي في شكل منح. ولهذا فإن الزيادة في المدخلات كمية كانت أو نوعية، فهي تعد مؤشر لفعالية المنظمة الصحية، لأنه على أساس تلك الموارد والمستلزمات يتم إنجاز وتحقيق الأهداف الصحية المرغوب فيها، بما يحقق القدرة للمنظمة على البقاء والاستمرار.

ب- المخرجات: وهي مجموع ما يتم تحقيقه من نتائج مختلفة عبر أنشطة المنظمة الصحية لتقديم خدماتها للمستفيدين منها، وقد تكون هذه النتائج ملموسة معبرة بعدد العمليات المنجزة، عدد الخدمات المقدمة، عدد الإطارات الطبية في المستشفى، وقد تكون غير ملموسة معبرة بالرضا لدى المريض.

2- مؤشرات المهام الوقائية

وهي تشمل على:

- عدد المراكز الوقائية وسعة انتشارها الجغرافي.
- معدل عدد الإصابات والوفيات الناجمة عن الأمراض.
- معدل عدد الولادات السليمة منها والوفيات للأطفال حديثي الولادة.

⁴⁴ تامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص 180

3- مؤشرات المهام العلاجية :

وهي تشمل على ما يلي:

- عدد المستشفيات العامة والمتخصصة.
- عدد المراكز الصحية وانتشارها الجغرافي.
- عدد العيادات المتعددة التقنيات (التخصصات).
- عدد الأطباء وشبه أطباء ونسبتهم إلى عدد المرضى.

4- مؤشرات المهام التعليمية:

وهي بدورها تشير إلى:

- عدد الكليات والمعاهد والمدارس الطبية وشبه الطبية.
- وعدد الأجهزة والمعدات المستخدمة في العمل أي عدد الأجهزة والمختبرات الطبية والتحليلية (مخابر التحاليل الطبية، والأشعة). وأخيرا نقول بأن قياس الفعالية في المنظمات الصحية لمن الصعوبة بتحديد لها نظرا للمتطلبات الكثيرة التي ستوجها لقياس النتائج.

الفرع الثاني: أهمية تقييم الأداء في المستشفى:

ترجع أهمية تقييم أداء الخدمات في المستشفيات إلى الاعتبارات الآتية⁴⁵:

- أهمية وحيوية الأدوار المتعددة التي تقوم بها المستشفيات في العصر الحديث.
- الدور الاجتماعي الذي تقوم به المستشفى في العلاج والوقاية وتنظيم الأسرة والسكان وخاصة في الدول النامية.
- إن صعوبة وضع مقاييس كمية لتقييم أداء بعض الأنشطة الطبية أتاحت الفرصة لإجراء مزيد من الدراسات والأبحاث العلمية في مجال تقييم أداء هذه المؤسسات.
- تطور مفهوم إدارة وتنظيم الخدمات الصحية من التركيز على الخدمات الصحية إلى التركيز على المرضى الحاليين، ووضع نظام متكامل لتقديم هذه الخدمات بما يحقق إرضاء حاجات المرضى.
- الاهتمام بتفاعل المؤسسات الصحية مع البيئة المحيطة بها، وتحديد المشاكل الصحية التي تعاني منها البيئة، مثل: الأمراض وتلوث الجو وانخفاض مستوى الصحة العامة للأفراد...الخ.
- انعكاس نتائج تقييم الأداء على تحسين الأداء الإداري والصحي في المؤسسات الصحية وجعلها نظاما ديناميكيا يتفاعل مع المؤثرات الخارجية والداخلية.
- تتميز الموارد الصحية وخاصة في الدول النامية بندرتها وعدم كفايتها لمتطلبات واحتياجات الأفراد، وهذا يؤدي إلى الاهتمام بفاعلية وكفاءة إدارة هذه الموارد على أحسن وجه ممكن، بما يحقق أكبر فوائد ممكنة، مثل: الوقاية والنهوض بالصحة العامة وتأثير ذلك على التنمية الاقتصادية والاجتماعية في الدول النامية.

⁴⁵ السيد محمد جاد الرب، مرجع سابق، ص 306-307.

- استخدام نتائج التقييم في إعادة تقويم برامج إدارة الموارد البشرية، وخاصة فيما يتعلق ببرامج الاختيار والتعيين والترقية والتكوين.
- يعمل نظام تقييم الأداء على إحداث التوازن الداخلي والخارجي للمؤسسة.

الفرع الثالث: مؤشرات تقييم أداء المستشفى:

تحتاج المؤسسات الصحية إلى مؤشرات معينة لقياس ومعرفة مستوى الأداء المحقق، بهدف معرفة التقدم الحاصل في أعمالها. ويشترط في هذه المؤشرات أن تكون دقيقة وواضحة⁴⁶.

ويمكن إجمال هذه المؤشرات في ثلاثة مجموعات رئيسية، والتي تتفرع منها مقاييس مختلفة، كما يلي:

أولاً: مؤشرات تقييم الأداء الخاصة بالكادر الصحي في المستشفى⁴⁷

وتشمل المؤشرات الفرعية التالية:

- عدد الأسرة/طبيب: أي نصيب الطبيب الواحد من الأسرة في المستشفى، وزيادة عدد الأسرة للطبيب الواحد تعني تدني الخدمات الصحية في المستشفى والعكس صحيح، والمستوى المقبول عالمياً هو أربعة أسرة لكل طبيب.
- عدد الأسرة/ممرض: نصيب الممرض أو الممرضة من أسرة المستشفى، ونقصان عدد الأسرة يرفع من مستوى الخدمة المقدمة للمرضى، والعدد المعمول به هو سرير لكل ممرض أو ممرضة.
- عدد الأسرة/صيدلي: لا يقتصر تطبيق مؤشر عدد الأسرة على الأطباء والممرضين فحسب وإنما أيضاً على الصيادلة، والعدد المقبول هو (100) سرير لكل صيدلي وأي نقص عن هذا العدد يعني تدني أداء المستشفى.
- عدد الأسرة/أخصائي التغذية وأخصائي التحليل المختبري: تولى المستشفيات الحديثة هذا المؤشر الاهتمام المناسب، وتحرص على توفير (100) سرير لكل أخصائي من النوعين لأهميتهما في المستشفى.
- عدد الأسرة/موظفي الخدمة الاجتماعية: تهتم أغلب المستشفيات كذلك بهذا المؤشر الذي يفترض أن يصل إلى (70/1) و المعيار نفسه على أخصائي العلاج الطبيعي .
- عدد الأسرة/الموظفين: تشمل فئة الموظفين جميع الأفراد العاملين في إنجاز المهام الإدارية في المستشفى، ويفترض أن يساوي عدد الموظفين عدد الأسرة، فالمستشفى الذي يضم (300) سرير مثلاً يفترض أن يعمل فيه (300) موظف ، و أي خلل في هذه المعادلة ينعكس سلباً على أداء المستشفى .

ثانياً: المؤشرات الخاصة بتشغيل المستشفى

وتتضمن ما يلي:

⁴⁶ امير جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، مذكرة ضمن متطلبات الدكتوراه في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، فرع التخطيط، جامعة الجزائر، 2008-2009، ص75.

⁴⁷ حسين ذنون علي البياتي، مرجع سابق، ص ص 116-120.

- متوسط فترة الإقامة : يرتبط هذا المقياس بأيام مكوث المرضى في المستشفى، ويدل انخفاض هذا المعدل على تصاعد أداء المستشفى، كما يعكس جودة الخدمات الصحية والمستوى العالي لرضا المرضى عن هذه الخدمات، والمعادلة المعتمدة لهذا الغرض هي:

$$\text{متوسط فترة الإقامة} = \frac{\text{اجمالي عدد ايام المرضى خلال سنة معينة}}{\text{اجمالي عدد المرضى خلال نفس السنة}}$$

- معدل إشغال السرير : يؤشر هذا المقياس الاستغلال الفعلي للأسرة المتاحة في المستشفى والمعادلة المعتمدة لهذا الغرض هي :

$$\text{معدل اشغال السرير} = 100 \times \frac{\text{اجمالي عدد ايام المرضى (عدد ايام العلاج)}}{\text{عدد الاسرة} \times 365}$$

- معدل دوران السرير : يوضح هذا المؤشر عدد المرضى الذين يخدمهم سرير خلال فترة زمنية معينة، غالبا ما تكون سنة، والمعادلة المعتمدة لهذا الغرض هي:

$$\text{معدل دوران السرير} = \frac{\text{عدد حالات الخروج في السنة}}{\text{عدد الاسرة في نفس السنة}}$$

- معدل المراجعين إلى العيادة الخارجية : يؤشر هذا المعيار مدى استغلال الطاقات البشرية على نحو سليم، بحيث يصبح لكل طبيب (20) مريضا من مرضى العيادة الخارجية حسب المقاييس العالمية المعروفة، ويشير ارتفاع هذه النسبة إلى تدني أداء المستشفى والعكس صحيح، ويحسب هذا المعدل بالمعادلة التالية:
معدل المراجعين إلى العيادة الخارجية = مجموع عدد المرضى المراجعين إلى المستشفى - (مجموع المرضى الراقدين + مجموع مرضى قسم الطوارئ).

- معدل كلفة المريض : يعبر هذا المعيار أحد المؤشرات المالية الموضوعية لمعرفة مدى إيجابية أداء المستشفى، إذ يدل ارتفاع هذه التكاليف على تدني أداء المستشفى والعكس صحيح، وتحسب التكلفة وفق المعادلة التالية:

$$\text{معدل كلفة المريض} = \frac{\text{مجموع النفقات في المستشفى خلال فترة معينة}}{\text{اجمالي عدد ايام المرضى خلال نفس الفترة}}$$

- معدل حالات التشريح : يشير ارتفاع هذا المعدل إلى الأداء العالي للمستشفى وانخفاضه يشير إلى تدني أدائه، لما لهذه الحالات من فوائد لمعالجة الحالات المرضية المماثلة مستقبلا، وتحسب وفق المعادلة التالية:

$$\text{معدل التشريح} = \frac{\text{مجموع حالات التشريح خلال فترة معينة}}{\text{مجموع عدد الوفيات خلال نفس الفترة}} \times 100$$

- معدل العمليات القيصرية : ويتم حسابه كما يلي:

$$\text{معدل العمليات القيصرية} = \frac{\text{اجمالي عدد العمليات القيصرية خلال فترة معينة}}{\text{اجمالي عدد الولادات خلال نفس الفترة}}$$

ثالثا : معايير الأداء الخاصة بنتائج التشغيل

وتتضمن ما يلي:

- معدل الوفيات العام : يعبر عن نسبة المرضى الذين توفوا في المستشفى من مختلف الأعمار وللأسباب المختلفة، ويدل ارتفاعه على تدني أداء المستشفى، وانخفاضه يدل على أداء مرتفع ويحسب وفق المعادلة الآتية:

$$\text{معدل الوفيات العام} = \frac{\text{إجمالي عدد الوفيات في المستشفى خلال فترة معينة}}{\text{اجمالي عدد المرضى خلال نفس الفترة}} \times 100$$

- معدل وفيات الأطفال : يعبر هذا المعدل عن كفاءة أداء المستشفى في حال انخفاضه، أما في حالة ارتفاعه فإنه يدل على تدني هذا الأداء، ويتم حسابه كما يلي:

$$\text{معدل وفيات الاطفال} = \frac{\text{اجمالي وفيات الاطفال عمر (0-12 شهر) خلال السنة}}{\text{اجمالي عدد الولادات خلال نفس السنة}} \times 100$$

- معدل وفيات الأمهات : يقيس هذا المؤشر نسبة وفيات الأمهات اللواتي في حالة الحمل أو عند الولادة، إذ يمكن أن تكون هذه الحالات سببا لوفاة بعض الأمهات حتى اللواتي في صحة جيدة، ووفاة الأمهات نتيجة هذه الحالات إما يكون نتيجة خلل يعود للكوادر الصحية أو العناية أو الخدمات الأخرى أو الأجهزة أو أوضاع المستشفى المتردية من نواحي أخرى. ويدل ارتفاع هذه النسبة على تدني أداء المستشفى والعكس بالعكس، والمعادلة الآتية تعبر عن هذه النسبة:

$$\text{معدل وفيات الامهات} = \frac{\text{اجمالي وفيات الامهات في المستشفى نتيجة الحمل او الولادة خلال السنة}}{\text{اجمالي عدد الولادات خلال نفس السنة}} \times 100$$

- معدل الوفيات نتيجة التخدير: يختص هذا المعيار بعدد العمليات الجراحية ونسبة المتوفين في حالة العملية نتيجة القصور في إجراءات التخدير، ويشير ارتفاع هذه النسبة إلى تدني أداء المستشفى، والمعادلة المعتمدة لهذا الغرض هي:

$$\text{معدل وفيات التخدير} = \frac{\text{اجمالي عدد الوفيات بسبب التخدير خلال فترة معينة}}{\text{اجمالي عدد العمليات الجراحية خلال نفس السنة}} \times 100$$

- معدل الوفيات من التلوث: تعد المستشفى مكانا للعلاج مع ذلك يمكن أن تكون مصدرا للإصابة بالأمراض المختلفة نتيجة التلوث وعدم مكافحة مسببات هذا التلوث إضافة إلى أمراضهم ويصاب الكادر الصحي أيضا بهذه الأمراض ولأسباب مختلفة كضعف التدابير الوقائية وقلة المعدات والأجهزة الطبية التي تحد من حالات التلوث والإصابة بأمراض تنتشر في جميع أروقة المستشفى، ويدل ارتفاع هذا المعدل على تدني أداء المستشفى، وانخفاضه يدل على أداء مرتفع، وبحسب وفق المعادلة الآتية:

$$\text{معدل الوفيات من التلوث} = \frac{\text{عدد حالات التلوث خلال السنة}}{\text{اجمالي عدد المرضى خلال نفس السنة}} \times 100$$

وبعد استعراض أهم المعايير التي يفترض اعتمادها لقياس أداء المستشفيات تقتضي الضرورة الإشارة إلى أهم المقاييس بالحدود الدنيا والحدود القصوى التي يجب الالتزام بها ومراعاتها عند محاولة تشخيص الانحرافات بهدف تحديد مقدار الانحراف وطبيعته، ويمكن الاعتماد على ما حددته منظمة الصحة العالمية كما هو موضح في الجدول الموالي:

الجدول رقم: (1-2): مجموعة معايير الأداء ومؤشرات قياسها

المعايير	مؤشر القياس
عدد الأسرة / طبيب	4 أسرة
عدد الأسرة / ممرض أو ممرضة	سريرين
صيدلي واحد	100 سرير
أخصائي واحد للتغذية	100 سرير
أخصائي واحد بالتحاليل المخبرية	100 سرير
موظف واحد متخصص بنظام المعلومات الطبية	75
موظف واحد متخصص بالخدمة الاجتماعية	75
موظف واحد متخصص بالعلاج الطبيعي	75
موظف واحد	سرير واحد
الوفيات العام	3%
الوفيات نتيجة التخدير	1/ 5000
الوفيات بعد العملية	1%
وفيات الأمهات	0.25%
وفيات الأطفال عند الولادة	2%
معدل التلوث	1%
معدل التلوث بعد العملية	1%
معدل التشريح	25%
معدل العمليات القيصرية	4%
متوسط فترة الإقامة	7 أيام
معدل إشغال السرير	80%
معدل دوران السرير	65
مريض العيادة الخارجية/طبيب	15 مريض

المصدر: حسين ذنون علي البياتي، مرجع سابق ، ص 120.

خلاصة الفصل الأول:

لقد قمنا في هذا الفصل بالتطرق لمفهوم المؤسسات الاستشفائية وأنواعها وخصائصها والخدمات المتعلقة بها إضافة الى معرفة مكوناتها وطرق تقييم أدائها والمؤشرات المستعملة في تقييم الأداء من اجل معرفة مدى التوافق بين الموارد المتاحة في المؤسسة.

كما ان الاهتمام بالموارد البشرية في المنظمات المعاصرة نابع عن اقتناع علمي بالدور الذي يقوم به المورد البشري في صنع التقدم وتحقيق الإنجازات العلمية والتقنية والإنتاجية التي غيرت ملامح الحياة جميعا، وبذلك تتعامل المنظمة مع الانسان باعتباره المورد الأكثر قدرة والأعلى قيمة على تحقيق انتاج والأهداف المرجوة.

ان نجاح أي مؤسسة مرتبط بالدرجة الأولى بمواردها البشرية، فاذا كان العنصر البشري في المؤسسة يمتاز بالكفاءة فيصاحب ذلك استغلال فعال لباقي الموارد من الآلات وغيرها من الموارد المادية المتاحة وبالتالي تكون هناك جودة في الإنتاج والعكس صحيح و من هذا المنطلق تظهر لنا أهمية تقييم أداء المؤسسة الاستشفائية ومعرفة مدى توافق مواردها لان المؤسسات تسعى لتحقيق أهداف استراتيجية وهذه الأهداف تعتمد بشكل كبير على فعالية الموارد البشرية في المؤسسة دون ان ننسى التطور الكبير للتكنولوجيا الذي يحتم على المؤسسة مسابقة هذا التطور و ادخال كل ما هو جديد.

الفصل الثاني:

التوافق بين الموارد المادية والبشرية في المؤسسات
الاستشفائية العمومية المتخصصة "قضي بكير" بغرداية و"لالة
خيرة" بمستغانم

تمهيد:

تستلزم صحة كل من الأم والطفل رعاية صحية خاصة في جميع الحالات حيث لجأت الدولة الجزائرية لتوفير المرافق المناسبة للتكفل بالأم من أجل السهر والإشراف على صحتها من خلال طاقم طبي وإداري كفؤ يشرف على هذه المؤسسات.

المبحث الأول: تقديم المؤسسات محل الدراسة

سنتناول في هذا المطلب تعريف المؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير بغرداية والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة لالة خيرة بمستغانم من خلال التطرق إلى نبذة تاريخية عنهما وموقعهما الجغرافي، بالإضافة إلى النظام القانوني الذي تسيّران وفقه، ثم نعرض بعدها أرقام عن الموارد البشرية العاملة على تقديم الخدمات الصحية في كلتا المؤسسات.

المطلب الأول: المؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير بغرداية

تعد المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة قضي بكير بغرداية أحد أهم المؤسسات الصحية في ولاية غرداية لأنها تهتم بالأمومة والطفولة، لذا سنتناول فيما يلي بطاقة فنية من أجل التعريف بالمؤسسة محل الدراسة.

الفرع الأول: تقديم المؤسسة وهيكلها التنظيمي

أولاً: تقديم المؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير بغرداية

- نبذة تاريخية : المؤسسة الاستشفائية المتخصصة " غرداية " أنشأت طبقاً للمرسوم التنفيذي رقم 07-204 المؤرخ في 30 جوان 2007 (الجريدة الرسمية رقم 43 في 01-07-2007).
- المسماة: المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب الأمومة والأطفال * قضي بكير بغرداية *.
- بدأت في العمل في نوفمبر 2008.
- النظام القانوني: المؤسسة الاستشفائية المتخصصة هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، تحمل الشخصية المعنوية وتتمتع بالاستقلال المالي، أنشأت بموجب المرسوم رقم 97-465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 (الجريدة الرسمية رقم 81 في 10-12-1997).
- الموقع الجغرافي: المؤسسة الاستشفائية المتخصصة - غرداية تقع في وسط مدينة غرداية يحدها من الشمال (المؤسسة العمومية الاستشفائية ورقلة)، ومن الشرق (المؤسسة العمومية الاستشفائية متليلي)، ومن الغرب (المؤسسة العمومية الاستشفائية الأغواط)، ومن الجنوب (المؤسسة العمومية الاستشفائية المنية).
- يحد من داخل الولاية: المؤسسة العمومية الاستشفائية لغرداية 2 كم - العيادة المتخصصة لسيدي عباذ - العيادة المتخصصة بلغنم - العيادة المتخصصة للعطف - عيادة المطار وتبعد ب 21 كم.
- العنوان : وسط المدينة شارع خميسي محمد.

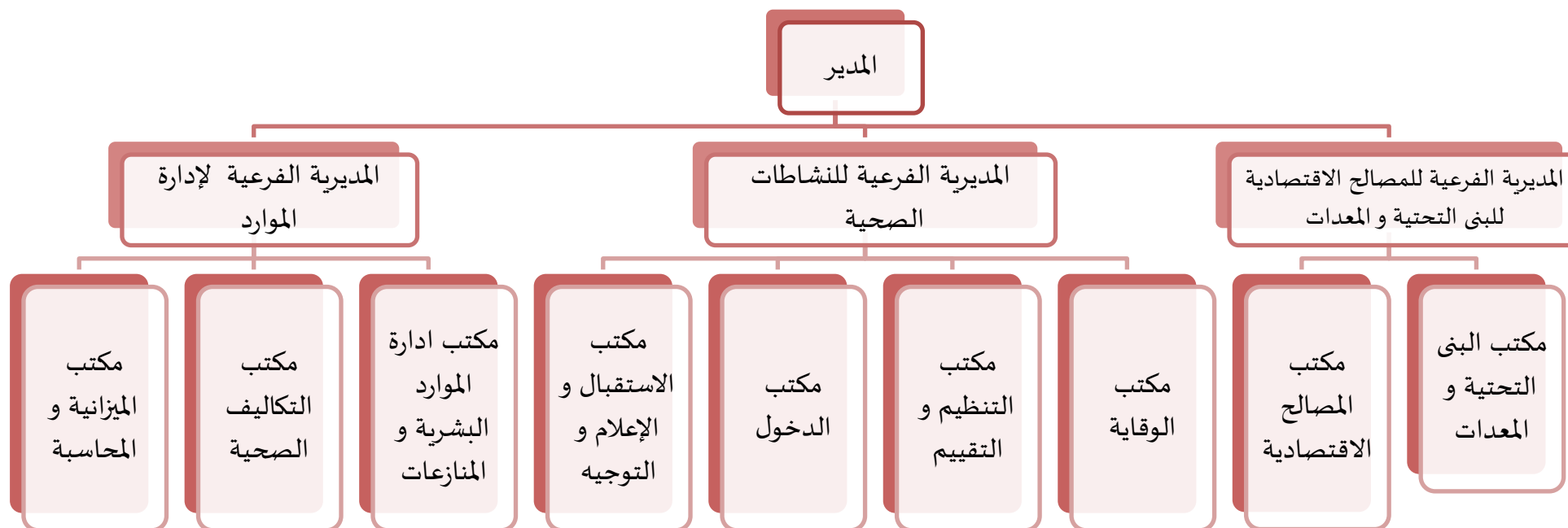
- رقم الهاتف: 029285954.
- رقم الفاكس: 029285200.
- المساحة: 8700 متر مربع.
- نظام المراقبة: المؤسسة تتوفر على 16 كاميرا مراقبة.

-

ثانيا: الهيكل التنظيمي المؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير غرداية

يعد الهيكل التنظيمي للمؤسسات من اهم العوامل التي تؤدي الى تحقيق أهدافها، فهو يظهر الوظائف ويحدد المسؤوليات، وسنوضح فيما يلي الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير بغرداية في الشكل رقم (01).

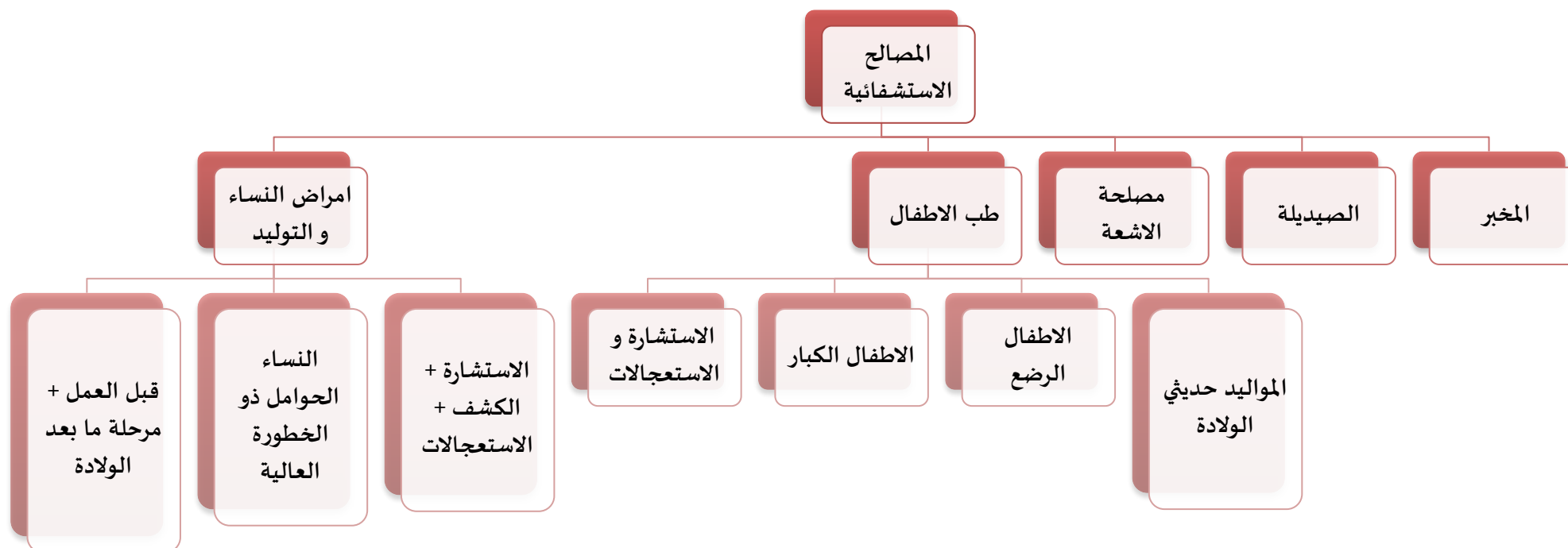
الشكل رقم (II-1): الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير غرداية



المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على الوثائق المقدمة من المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة قضي بكير

ثالثا: الهيكل الخاص بالمصالح الاستشفائية

الشكل رقم (II-2): الهيكل الخاص بمصالح المؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير غرداية



المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على الوثائق المقدمة من المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة قضي بكير

الفرع الثاني: مهام المؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير غرداية وقدرتها الاستيعابية

اولا - مهام المؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير غرداية

المؤسسة الاستشفائية المتخصصة تهدف إلى التكفل التام وتلبية بطريقة متكاملة ومتسلسلة للحاجيات الصحية للسكان في مجال أمراض النساء والتوليد، حيث تسعى إلى:

- ضمان تنظيم وبرمجة وتوزيع العلاج، التشخيص والإقامة في المستشفى
- تطبيق البرامج الوطنية الصحية المتعلقة بالتخصص الصحي
- ضمان النظافة، ومواجهة الإزعاج والمشاكل الاجتماعية في مجال هذا التخصص
- ضمان تحسين و مثالية أداء الأشخاص العاملين في المصالح الصحي

ثانيا- القدرة الاستيعابية للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير غرداية

طبقا للقرار الوزاري رقم 2008-003 /وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات/مديرية المصالح الصحية تتكون المؤسسة الاستشفائية المتخصصة غرداية من مصلحتين وتنقسم الى 8 وحدات كالتالي:

الجدول رقم (II-1): القدرة مصالح المؤسسة وقدرتها الاستيعابية

المصالح	عدد الأسرة	الوحدات
أمراض النساء والتوليد	62	-أمراض النساء -النساء الحاملات اللواتي تواجهن الخطر -العناية والمتابعة ما بعد الولادة -الاستشارة:
طب الأطفال	28	-الأطفال الحديثي الولادة - الرضع -الأطفال الكبار -الاستشارة والاستعجالات

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على الوثائق المقدمة من المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة قضي بكير

عندنا في الجدول رقم (01) مصالح المؤسسة والمتمثلة في مصلحة امراض النساء والتوليد ذات سعة 62 سرير والتي تنقسم الى أربعة وحدات مختلفة وهي وحدة امراض النساء، وحدة النساء الحوامل اللواتي تواجهن الخطر، والعناية والمتابعة بعد الولادة ووحدة الاستشارة الطبية.

ثالثا- حظيرة السيارات

الجدول رقم (II- 2): حظيرة السيارات للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير بغرداية

نوع السيارة	اول استعمال	ترقيم السيارة	الحالة	الملاحظات
POLARSUN	2008	47,309.03282	سيئة	سيارة إسعاف
FAW	2007	01897.107.47	سيئة	ذات منفعة
SYMEX	2008	3885.308.47	جيدة	استعمال عام
CAMION	2009	01735.210.47	جيدة	المسار الطويل
HYUNDAI 4X4	2006	37513.00.16	جيدة	سيارة إسعاف
HYUNDAI H1000	2007	131587.00.16	سيئة	سيارة إسعاف
MASTER RE NAULT	2012	00992.112.47	جيدة	سيارة إسعاف
FIAT	2013	5676260016	جيدة	ذات منفعة

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على الوثائق المقدمة من المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة قضي بكير

في الجدول اعلاه لدينا انواع السيارات المتوفرة في المؤسسة وتاريخ اول استعمال كل سيارة وحالتها بالإضافة الى الملاحظات حول حالة كل سيارة متاحة

الفرع الثالث: المورد البشري في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير غرداية

اولا: الطاقم الطبي والشبه طبي في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير غرداية

تتوفر المؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير غرداية على موارد بشرية هامة في العديد من الاختصاصات الصحية ، من اطباء وممرضين وفنيين ، وسنوضح في الجدول رقم (3)الهيئة الطبية في المؤسسة الاستشفائية .

الجدول رقم (II- 3): عدد افراد الطاقم الطبي في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير غرداية

الاختصاص	عدد الممارسين (المتخصصين في الصحة العمومية)
طب النساء والتوليد	04 من المهمة الكوبيين
طب الأطفال	08 (06 جزائريين و02 من كوبا)
الأطفال الحديثي الولادة	03 من المهمة الكوبية
التخدير والانعاش	06 منهم 02 من المهمة الكوبية
ممارسين العامين	13
صيادلة	02
اخصائيين نفسانيين	03

المصدر: من اعداد الطالب تحت اشراف المديرية الفرعية لإدارة الموارد البشرية بالمؤسسة الاستشفائية غرداية

لدينا في الجدول اعلاه عدد الممارسين (المتخصصين في الصحة العمومية) مقسمة على حسب الاختصاص كما يظهر الموارد البشرية المحلية والموارد البشرية المستوردة من الخارج أي اليد العاملة الكوبية

الجدول رقم (II-4): عدد افراد الطاقم الشبه طبي في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير غرداية

العدد	التخصص
34	القبالات
71	ممرض للصحة العمومية
17	مساعد تمريض للصحة العمومية
11	الموظفين العاملين في المخبر
03	الموظفين العاملين في الأشعة
01	مربي في الصيدلة
01	المساعدين الاجتماعيين
01	اختصاصي الصحة العمومية في التغذية
139	المجموع

المصدر: من اعداد الطالب بالاعتماد على وثائق المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة قضي بكير بغرداية

نلاحظ في الجدول اعلاه عدد افراد الطاقم الشبه طبي والموزع على حسب كل تخصص وفي اخر الجدول العدد الاجمالي والمقدر بـ 139 موظف

ثانيا: طاقم الموظفين الإداريين، التقنيين وموظفي المصالح في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير غرداية

الجدول رقم (II-5): طاقم الموظفين الاداريين والتقنيين وموظفي المصالح للمؤسسة

الرتبة	العدد
إداريين	09
متصرف إداري رئيسي	03
متصرف إداري	05
عون إداري	05
عون المكتب	02
أمين الإدارة	01
محاسب رئيسي	01
تقني سامي في الإعلام العالي	04
عون الحجز	02
عون الحراسة	14
السائق	05
عامل نظافة 1	22
عامل نظافة 2	16
المتعاقدون	25
المجموع	114

المصدر: من اعداد الطالب تحت اشراف المديرية الفرعية لإدارة الموارد البشرية بالمؤسسة الاستشفائية غرداية

في الجدول راعلاه نلاحظ مجموع 114 عامل مقسمون على حسب مهنة كل واحد فيهم، منهم عمال اداريين وعمال تقنيين وموظفي المصالح

المطلب الثاني: المؤسسة الاستشفائية المتخصصة (لالة خيرة) بمستغانم

المؤسسة الاستشفائية المتخصصة تقع في وسط المدينة في الجزء الأعلى لولاية مستغانم على مستوى المجمع الصحي الذي يتضمن المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب الأمومة والأطفال والمعهد الوطني العالي لتكوين شبه الطبيين والعيادة الطبية (عابد خوجة) ومخبر النظافة للولاية.

وسنتطرق في هذا المطلب للتعرف على المؤسسة وهيكلها التنظيمي ومكوناتها:

الفرع الاول: بطاقة تعريفية عن المستشفى المتخصصة (لاله خيرة) بمستغانم

أولا : التعريف بالمؤسسة

المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب الأمومة والأطفال (لاله خيرة) بمستغانم، انشأت بموجب المرسوم التنفيذي رقم 62/08 المؤرخ في 24 فيفري 2008 المتضمن إنشاء تنظيم وسير القطاع الصحي والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة.

وهي عبارة عن مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتميز بالاستقلالية المالية تقع تحت مراقبة الوالي.

تتكون من هيكل يتضمن الأنشطة التالية: التشخيص والعلاج والإقامة في المستشفى التي تشمل وتستقبل كافة فئات المجتمع.

تهدف إلى التكفل بطريقة متكاملة ومتسلسلة للحاجيات الصحية في مجال أمراض النساء، التوليد والمواليد الجدد.

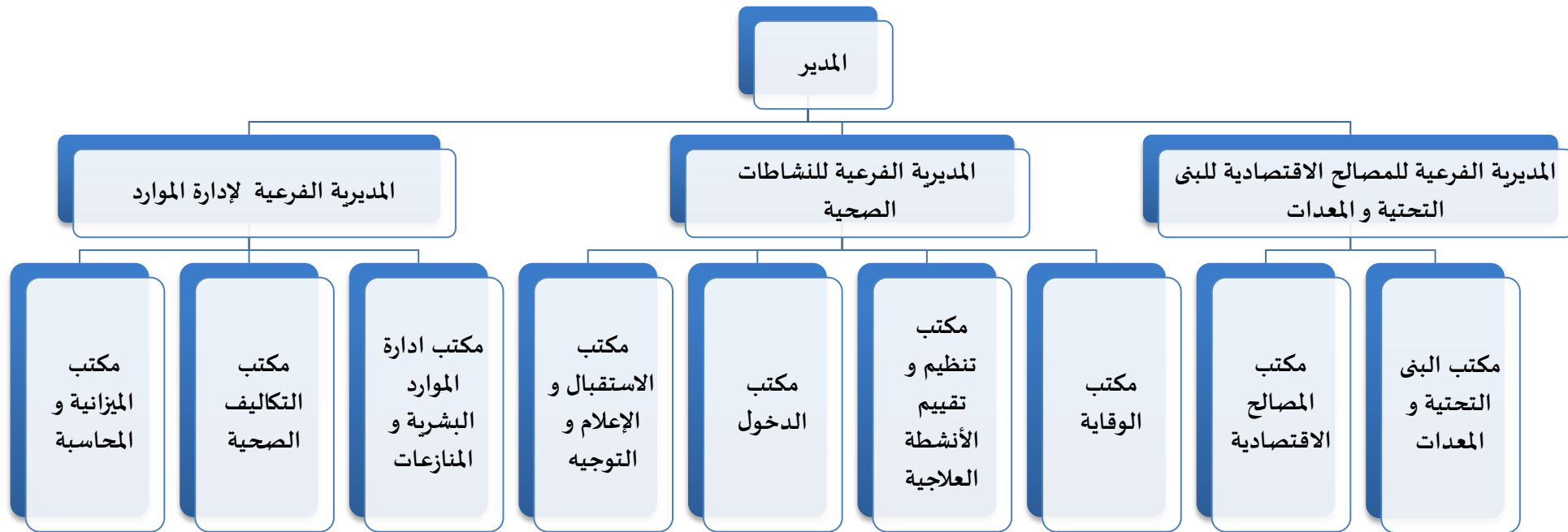
في هذا الإطار تسعى المؤسسة الاستشفائية إلى:

- ضمان تنظيم وبرمجة وتوزيع العلاج الشفائي والتشخيص الطبي والإقامة في المستشفى.
- تطبيق البرامج الوطنية الصحية المتعلقة بالتخصص.
- ضمان النظافة، الانتفاع ومواجهة الإزعاج والمشاكل الاجتماعية في مجال هذا التخصص.
- ضمان تحسين ومثالية أداء الأشخاص العاملين في المصالح الصحية.

المؤسسة الاستشفائية المتخصصة تعتبر كميدان لتكوين الأطباء وشبه الطبيين، والتكوين أيضا في مجال إدارة المستشفيات تنفيذا للاتفاقية الموقعة مع مؤسسات التكوين.

ثانيا: الهيكل التنظيمي للمؤسسة

الشكل رقم (II-3): الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة لالة خيرة مستغانم



المصدر: من اعداد الطالب بالاعتماد على الوثائق المقدمة من طرف المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة لالة خيرة بمستغانم

ثالثاً: مكونات المؤسسة

المؤسسة على شكل بناء موحد يتضمن ستة طوابق وطابق تحت ارضي وغرفة خاصة بالأرشفة تقع في الطابق السادس.

بالإضافة الى موقف السيارات ، غرفة الغسيل ، المحرقة ، وفي المستقبل القريب ستبنى المشرحة.

1. يوجد في الطابق الأرضي:

- استعجالات خاصة بأمراض النساء والتوليد تتكون من:

قاعة الاستقبال والتوجيه.

غرفة الانتظار.

دورة المياه.

استشارة في التوليد مضمونة 24 ساعة/24 ساعة من طرف القابلة.

استشارة طبية مع توفر جهاز التصوير الإشعاعي (ايكوغرافي) مضمون 24 ساعة/24 ساعة بواسطة طبيب

وحدة التصوير الاشعاعي للأثداء (ماموغرافي).

مكتب القبول مفتوح 24 ساعة/24 ساعة .

- الإدارة.

- المطبخ ومخزن تحفظ فيه السلع الغذائية.

2. الطابق الأول:

- يتضمن غرفة التوليد، غرفة عمليات التوليد، غرف ما بعد الولادة الفورية تتكون من 28 سرير منظم.

- غرف ما بعد الولادة تتضمن 30 سرير منظم.

3. الطابق الثاني:

- يتضمن دورة المياه، ومكاتب مخصصة للمحاسبة.

4. الطابق الثالث:

- يرتبط جناح العمليات بغرفتي عمليات وغرفتين للإنعاش، بقدرة استيعاب تصل إلى 06 أسرة.

- غرفة التخضير والإنعاش بقدرة استيعاب تصل إلى 06 أسرة.

- الصيدلية المركزية.

- غرفة المناوبة.

- مكاتب الأطباء ورئيس مصلحة الشبه الطبيين.

5. الطابق الرابع:

يتكون من وحدتين :

- جناح للحضانة ذو قدرة استيعاب 25 مهد و 8 حاضنات و 5 طاوولات للتجفيف والتدفئة.
- مصلحة ما بعد العمليات مع قدرة استيعاب 18 سرير.
- 6. الطابق الخامس: وحدة بقدرة استيعاب 29 سرير منظم.
- 7. الطابق السادس: يتضمن غرفة الأرشيف وغرفة التحكم في المصاعد.

رابعاً: القدرة الاستيعابية

الجدول رقم (II- 6): القدرة الاستيعابية للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة لالة خيرة مستغانم

المصلحة	عدد الاسرة
مصلحة التوليد	70 سرير
مصلحة العمليات القيصرية	47 سرير
طب الأطفال الرضع	38 سرير
المجموع	155 سرير

المصدر: من اعداد الطالب اعتماد على الوثائق المقدمة من المؤسسة الاستشفائية المتخصصة (لالة خيرة) بمستغانم

نلاحظ في الجدورقم (6) عدد الاسرة مقسمة على المصالح الثلاثة للمؤسسة منها 70 سرير لمصلحة التوليد و 47 سرير لمصلحة العمليات القيصرية بالإضافة لـ 38 سرير لمصلحة طب الاطفال الرضع وهذا بمجموع 155 سرير بسعة اجمالية

الفرع الثاني : الموارد البشرية في المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة لالة خيرة بمستغانم

اولاً: الطاقم الطبي و الشبه طبي في المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة لالة خيرة بمستغانم

تتوفر المؤسسة الاستشفائية العمومية بمستغانم على موارد بشرية هامة في العديد من الاختصاصات الصحية ، من اطباء و ممرضين ، اداريين و فنيين ، وسندرج في الجدول رقم (...) عدد الهيئة الطبية في المؤسسة الاستشفائية

الجدول رقم (II-7): عدد افراد الطاقم الطبي و الشبه الطبي في المؤسسة الاستشفائية

التخصص	عدد الموظفين
ممارسين متخصصين	28
الاطباء العاملين للصحة العمومية	24
نفسانيين عيادين	7
بيولوجيين للصحة العمومية	9
اعوان طبيين في التخضير والانعاش	14
مساعد تمريض للصحة العمومية	41
ممرضين للصحة العمومية	64
مختص في التغذية للصحة العمومية	1
مشغل اجهزة التصوير الطبي	1
مخبريين للصحة العمومية	8
مختص في الصيدلة للصحة العمومية	1
مختص في حفظ الصحة	1
مساعد اجتماعي	1
سلك القابلات للصحة العمومية	35
المجموع	235

المصدر: من اعداد الطالب بالاعتماد على وثائق المؤسسة (المديرية الفرعية لإدارة الموارد البشرية بالمؤسسة الاستشفائية مستغانم)

يقوم بتقديم الخدمات الصحية في مجال طب النساء والاطفال ما مجموعه 235، موزعون بين رتبة مختصون واطباء وممرضون وقابلات، هذا العدد يعتبر كافيا لاحتياجات المؤسسة الاستشفائية بمستغانم حسب المدير الفرعي للمؤسسة

ثانيا: الطاقم الاداري في المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة لالة خيرة بمستغانم

سنعرض في الجدول الموالي عدد افراد الطاقم الاداري حسب الاختصاص في المؤسسة الاستشفائية
مستغانم

الجدول رقم (II-8): عدد افراد الطاقم الاداري في المؤسسة الاستشفائية مستغانم

التخصص	عدد الموظفين 2015
متصرف مصالح الصحة	1
متصرف رئيسي	2
متصرف	9
ملحق رئيسي للإدارة	6
ملحق ادارة	3
عون ادارة رئيسي	4
عون ادارة	2
عون كتب	3
كاتب . سكرتاريا	3
عون حفظ البانيات	10
محاسب اداري رئيسي	1
محاسب اداري	2
مهندس دولة في الاعلام الالي	1
تقني سامي في الاعلام الالي	3
وثائقي امين المحفوظات	1

المصدر: من اعداد الطالب بالاعتماد على وثائق المؤسسة (المديرية الفرعية لإدارة الموارد البشرية بالمؤسسة الاستشفائية مستغانم)

تتوفر المؤسسة الاستشفائية على عدد من الاداريين موزعون على حسب ما يبينه الجدول اعلاه.

ثالثا: عمال المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة لالة خيرة بمستغانم

الجدول رقم (II-9): عدد عمال المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة لالة خيرة بمستغانم

التخصص	عدد العمال 2015
العمال المهنيين	20
عمال مهنيين متعاقدين	38

المصدر: من اعداد الطالب اعتماد على الوثائق المقدمة من المؤسسة الاستشفائية المتخصصة (لالة خيرة) بمستغانم

يعمل في المؤسسة الاستشفائية بمستغانم 58 عمال منهم 20 عامل مهني بالإضافة الى 38 عامل مهني متعاقد من عمال نظافة والمطبخ واعوان الامن الخ.

رابعاً: المناصب العليا في المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة لالة خيرة بمستغانم

الجدول رقم (II-10): عدد المناصب العليا في المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة لالة خيرة مستغانم

التخصص	عدد المناصب
مدير مؤسسة	1
نائب المدير	1
منسق النشاطات الشبه طبية	1
قابلية منسقة	1

المصدر: م من اعداد الطالب اعتماد على الوثائق المقدمة من المؤسسة الاستشفائية المتخصصة (لالة خيرة) بمستغانم

المبحث الثاني: الدراسة الميدانية

سيكون اهتمامنا منصبا على ابراز المنهجية المتبعة في دراسة الحالة وذلك بتحديد حدود الدراسة، وادوات الدراسة مع ابراز ادوات جمع البيانات، وفي الاخير نتطرق لعرض النتائج ومناقشتها

المطلب الاول: منهجية الدراسة الميدانية وادوات جمع البيانات

سنطرق في هذا المطلب لمنهجية الدراسة المتبعة وادوات جمع البيانات

الفرع الاول : المنهج المستخدم

تعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي والذي يقوم على الجمع بين الدراسة النظرية و الدراسة الميدانية، حيث تسعى الدراسة النظرية الى جمع المادة العلمية المتعلقة بموضوع البحث من خلال الاطلاع على الكتب و البحوث الجامعية وكذا الدوريات و الاطلاع على شبكة الانترنت بالإضافة الى استعراض بعض الدراسات السابقة المتعلقة بالبحث . اما الجانب النظري فتسعى الدراسة الميدانية الى اختبار مدى صحة فرضيات البحث من خلال الملاحظة و المقابلة مع مدراء و موظفي المؤسسات موضوع الدراسة ، ومن ثم الحصول على البيانات الاولى من مصادرها المدروسة ميدانيا . وهذا لتحقيق فهم افضل لمشكلة موضوع البحث حتى نتمكن من المساهمة في معالجتها .

لذا سيكون اهتمامنا منصبا على ابراز المنهجية المتبعة في دراسة الحالة وذلك بتحديد حدود الدراسة وادوات الدراسة:

أولاً: حدود الدراسة : لقد تمت هذه الدراسة في اطار حدود زمنية و مكانية معينة كما يلي :

1. ثانيا: الحدود الزمنية: لقد تم تحديد الفترة الزمنية للقيام بالدراسة في السنة الدراسية 2016-2017
2. الحدود المكانية: يهدف التعرف على مدي التوافق بين الموارد المادية والبشرية في المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية، اخترنا لتحقيق هذه الدراسة المؤسسة الاستشفائية المختصة بأمراض النساء والتوليد لولاية مستغانم وولاية غرداية.

ثانيا: أدوات جمع البيانات

تعتبر ادوات جمع البيانات الوسيلة الاساسية للحصول على الحقائق التي يسعى الباحث للوصول اليها باعتبارها ممن اهم المراحل الهامة التي تتطلب العناية الخاصة ، حيث ان طبيعة الموضوع هي التي تفرض علينا نوع الادوات المناسبة لذلك ، وبحكم طبيعة الدراسة التي تطرقنا لها، سيتم في هذا الجزء عرض الادوات المستخدمة محل الدراسة.

1. جمع الوثائق :

وقد تم اعتمادنا على عملية جمع الوثائق كأداة من أدوات البحث لمعرفة مدى توفر المورد البشري والمادي في المؤسسة، حيث تمكنا من الحصول على الوثائق المطلوبة لتحليل إشكالية الدراسة من طرف رؤساء المديرية الفرعية لإدارة البشرية والمديرية الفرعية للنشاطات الصحية.

2. الملاحظة:

تعرف بأنها توجيه الحواس والانتباه الى ظاهرة معينة او مجموعة من الظواهر من اجل الكشف عن صفاتها او خصائصها بهدف الوصول الى كسب معرفة جيدة ، وهي اول ما يستخدمه الباحث من مراحل المنهج العلمي ، وتفيد هذه الطريقة في ملاحظة سلوك الافراد ملاحظة واقعية اثناء فترة الدراسة ، وقد ساعدتنا هذه الوسيلة في التعرف عن كثب على ميادين الدراسة بالتعرف على جميع الاقسام والمصالح و مختلف الهياكل الاستشفائية ، ونشير اننا استعملنا هذه الاداة عند اجراء المقابلات المباشرة مع مختلف الافراد والمسؤولين ورؤساء المصالح الذين افادونا كثيرا بمعلومات لها صلة مباشرة بموضوع الدراسة

وقد تم استعمال ملاحظة ميدانيا في المجالات التالية:

- ملاحظة طبيعة العمل الذي يمارسه الموظفون.
- ملاحظة سلوك الموظفين اثناء استجوابهم وهم يقومون بالمهام المسندة إليهم.
- ملاحظة الاجهزة المتوفرة في المؤسسة.

3. المقابلة:

تعد المقابلة من الوسائل الهامة لجمع البيانات والمعطيات في دراسة الافراد والسلوك الانساني، وتعرف بانها "حوار او محادثه او مناقشة" موجهة، تكون بين الباحث عادة وبين جهة اخرى تمثل شخص او مجموعة اشخاص وذلك بغرض التوصل الى معلومات تعكس حقائق او مواقف محددة يحتاج الباحث للتوصل اليها في ضوء أهداف معينة⁴⁸

وبالنظر الى بحثنا فقد انصبت مقابلتنا في استجواب مجموعة من مسؤولي مديرية الوسائل المادية والمالية ومديرية الموارد البشرية ومدراء المؤسسات وبعض الاداريين، وتضمنت مقابلتنا مجموعة من الاسئلة بعضها محددة وبعضها عشوائية افادتنا في وصف كيفية سير المؤسسة والمهام الموكلة ومعرفة مختلف الوسائل المادية المتوفرة والموارد البشرية المتاحة ومختلف مصالح المؤسسة ونشاطاتها، واهم الصعوبات والعراقيل التي تواجه هذه المؤسسات لتأدي نشاطاتها في أحسن صورة حيث يعتبر هذا الجزء اهم المراحل التي تخص الموضوع.

الفرع الثاني: البرامج المستخدمة:

بغية تسهيل عملية التحليل، وعقب التحصيل النهائي للوثائق المطلوبة، تم تجميع البيانات المحصلة وتفريغها في برنامج اكسل Excel

⁴⁸ عامر قنديلجي، البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات التقليدية والالكترونية، دار الميسرة للنشر، عمان الاردن، 2008، ص 154

المبحث الثاني: عرض النتائج ومناقشتها

تعد المستشفيات من المنظمات الخدمية التي تقدم الخدمات الصحية لأفراد المجتمع، الأمر الذي يتطلب من الدولة زيادة الاهتمام بها والعمل على تطويرها كما ونوعاً لتقديم أفضل الخدمات الصحية للمرتادين لها والراquدين فيها. لذا نسعى في بحثنا هذا للتعرف على مستوى أداء المؤسسات محل الدراسة باستخدام بعض مؤشرات تقييم الأداء لمعرفة مدى توافق الموارد المادية والبشرية المتاحة.

سنقوم بعرض النتائج ومناقشتها والتوصل الى الاستنتاجات وطرح اقتراحات.

المطلب الاول: عرض النتائج

من خلال دراستنا السابقة و ملاحظتنا و استنباطنا للمعطيات تمكنا من التوصل للإحصائيات و النتائج التالية للمؤسسات الاستشفائيتين بمستغانم و غرداية.

الفرع الاول: القدرة الاستيعابية في المؤسسات الاستشفائيتين قضي بكير بغرداية ولالة خيرة بمستغانم

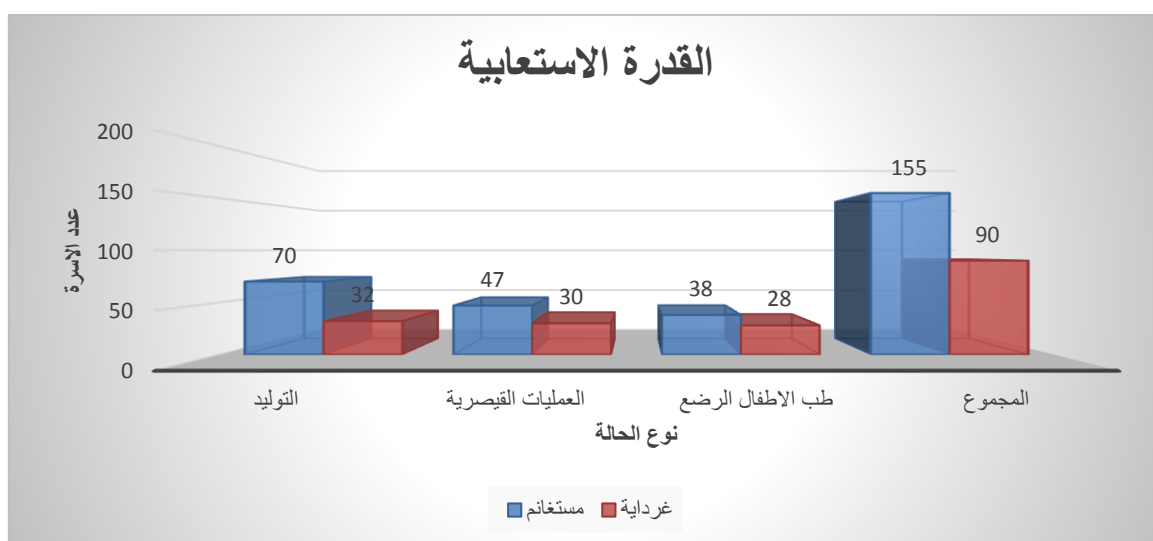
الجدول رقم (II - 11): القدرة الاستيعابية للمؤسسة على حسب كل نشاط في المؤسسات الاستشفائيتين لالة خيرة بمستغانم و قضي بكير بغرداية لسنة 2015

عدد الاسرة	مستغانم		غرداية	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
التوليد	70	45.16%	32	35.55%
العمليات القيصرية	47	30.32%	30	33.33%
طب الاطفال الرضع	38	24.52%	28	31.12%
المجموع	155	100%	90	100%

المصدر: من اعداد الطالب اعتماد على الوثائق المقدمة من المؤسسة الاستشفائية قضي بكير بغرداية ولالة خيرة بمستغانم

نلاحظ في الجدول أعلاه عدد الاسرة ونسبتها مقارنة مع العدد الإجمالي للأسرة المتوفرة في المؤسسات وهي مقسمة على حسب مصالح المؤسسات حيث نجد في مصلحة التوليد 70 سرير في المؤسسة الاستشفائية لالة خير بمستغانم بنسبة 45.16 بالمائة مع العدد الاجمالي للأسرة في المؤسسة مقابل 32 سرير في المؤسسة الاستشفائية بغرداية، وفيما يخص مصلحة العمليات القيصرية فهناك 47 سرير بمؤسسة لالة خيرة بمستغانم و30 سرير في المؤسسة الاستشفائية قضي بكير بغرداية. كما نجد 38 سرير و28 سرير على التوالي في المؤسسة الاستشفائية العمومية لالة خيرة بمستغانم وقضي بكير بغرداية

الشكل رقم (II-4): القدرة الاستيعابية للمؤسسات على حسب كل نشاط



المصدر: من اعداد الطالب اعتماد على الوثائق المقدمة من المؤسسة الاستشفائية قضي بكير بغرداية ولالة خيرة بمستغانم

نلاحظ في الشكل اعلاه القدرة الاستيعابية للمؤسسات حيث هنالك 155 سرير مقارنة بـ 90 سرير في مؤسسة غرداية

الفرع الثاني : عدد الحالات على حسب نوع الانشطة

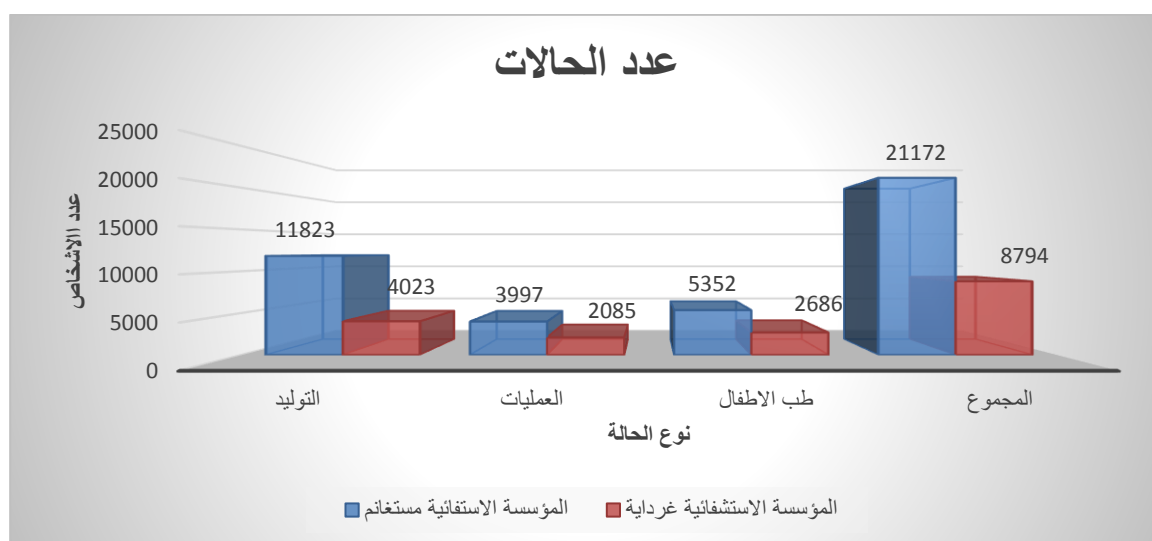
الجدول رقم (II-12): عدد الحالات على حسب كل نشاط لسنة 2015

غرداية		مستغانم		عدد الحالات الانشطة
النسبة	العدد	النسبة	العدد	
%45.75	4023	%55.84	11823	التوليد
%23.71	2085	%18.88	3997	العمليات القيصرية
%30.54	2686	%25.28	5352	طب الاطفال الرضع
100	8794	100	21172	المجموع

المصدر: من اعداد الطالب اعتماد على الوثائق المقدمة من المؤسسة الاستشفائية قضي بكير بغرداية ولالة خيرة بمستغانم

نلاحظ في الجدول أعلاه عدد الحالات على حسب كل مؤسسة حيث بلغ اجمالي عدد الحالات في مؤسسة قضي بكير بغرداية 8794 حالة مقارنة مع عدد الحالة في لالة خيرة بمستغانم الذي بلغ 21172 حالة وهذا ما يدل على ان هناك فرق حوالي 12378 حالة.

الشكل رقم (II-5): عدد الحالات على حسب نوع الانشطة



المصدر: من اعداد الطالب اعتماد على الوثائق المقدمة من المؤسسة الاستشفائية قضي بكير بغرداية و لالة خيرة بمستغانم

من خلال الاحصائيات المبينة في الشكل اعلاه ا مجموع عدد الحالات في المؤسسة الاستشفائية لالة خيرة مستغانم أكبر من الحالات في مؤسسة غرداية بنسبة 240.75% حيث بلغ عدد الحالات في مستغانم 21172 حالة سنة 2015 و 8794 حالة في غرداية من نفس السنة. وهذا نتيجة لكثرة المواليد والكثافة السكانية في ولاية مستغانم.

الفرع الثالث: المؤشرات المرتبطة بالانشطات الخاصة بالمؤسستين الاستشفائيتين

اولا: المؤشرات المرتبطة بالانشطات سنة 2015 بمستغانم

الجدول رقم (II-13): المؤشرات المرتبطة بالانشطات سنة 2015 بمستغانم

المصلحة	عدد الأسرة	عدد المرضى المقبولين	عدد الإقامة بالمستشفى	أيام نسبة استعمال الأسرة	معدل الإقامة بالمستشفى	عدد دوران الأسرة
مصلحة الأمومة	70	11823	25907	101%	يوميين	169%
مصلحة العمليات	47	3997	12774	74%	3ايام ونصف	85%
اطفال حديثي الولادة	38	5352	7778	56%	يوم ونصف	141%
المجموع	155	21172	46459	82%	يوميين ونصف	137%

المصدر: من اعداد الطالب اعتماد على الوثائق المقدمة من المؤسسة الاستشفائية المتخصصة (لالة خيرة) بمستغانم

يبين الجدول اعلاه المصالح المتواجدة في المؤسسة الاستشفائية لالة خيرة بمستغانم وهي كالتالي
مصلحة الامومة ومصلحة العمليات القيصرية ومصلحة الاطفال حديثي الولادة بحيث يظهر في كل مصلحة
عدد الاسرة والمرضى المقبولين وعدد ايام الإقامة ونسبة استعمال السرير بالإضافة الى معدل الإقامة
بالمستشفى والمقدر بعدد ايام المكوث وعدد دوران الاسرة لسنة 2015 وهذا ما يدل على مؤشرات اداء
المؤسسة من اجل معرفة مدى توافق الموارد المتاحة فيها

ثانيا: المؤشرات المرتبطة بالنشاطات سنة 2015 بغرداية

الجدول رقم (II-14): المؤشرات المرتبطة بالنشاطات سنة 2015 بغرداية

المصلحة	عدد	عدد	عدد أيام	نسبة	معدل الإقامة	عدد
	الأسرة	المرضى	الإقامة	استعمال	بالمستشفى	دوران
	المقبولين	بالمستشفى	بالمستشفى	الأسرة	بالمستشفى	الأسرة
مصلحة الأمومة	32	4023	8149	70%	يومية	126%
مصلحة العمليات	30	2085	6447	59%	3 أيام	70%
مصلحة طب الأطفال	28	2686	9745	95%	3 أيام ونصف	96%
المجموع	90	8794	24341	74%	3 أيام	98%

المصدر: من اعداد الطلبة اعتمادا على بعض الوثائق المقدمة من طرف المؤسسة

يبين الجدول اعلاه المصالح المتواجدة في المؤسسة الاستشفائية قضي بكير بغرداية وهي كالتالي مصلحة
الامومة ومصلحة العمليات القيصرية ومصلحة طب الاطفال بحيث يظهر في كل مصلحة عدد الاسرة والمرضى
المقبولين وعدد ايام الإقامة ونسبة استعمال السرير بالإضافة الى معدل الإقامة بالمستشفى والمقدر بعدد ايام
المكوث وعدد دوران الاسرة لسنة 2015.

ثالثا: الاخلاء من و الى المؤسسة الاستشفائية العمومية لالة خيرة بمستغانم

الجدول رقم (II-15): الاخلاء في الفترة الممتدة من 2015-01-01 إلى غاية 2015-12-31

الاخلاء من المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب الأمومة و الأطفال نحو المؤسسات الأخرى	استقبال الإخلاء من المؤسسات الأخرى
عدد الحالات: 53	عدد الحالات: 358
ملاحظة: نحو ولاية وهران	ملاحظة: دوائر وبلديات الولاية اضافة الى ولاية غليزان

المصدر: من اعداد الطلبة اعتمادا على بعض الوثائق المقدمة من طرف المؤسسة

في الجدول اعلاه عندنا عدد حالات الاخلاء واستقبال الاخلاء حيث بلغ عدد الاخلاء من المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب الامومة والاطفال لالة خيرة بمستغانم نحو المؤسسات الاخرى (نحو ولاية وهران) 53 حالة بحث بلغ استقبال الاخلاء 358 حالة من مختلف المؤسسات الاستشفائية لولاية مستغانم بما في ذلك المؤسسات الاستشفائية لولاية غليزان

وهذا ما يدل على ان المؤسسة الاستشفائية تستقبل عدد من المرضى من دوائر وبلديات مجاورة وبحيث يزيد من عدد الحالات ونقص كفاءة المؤسسة وعدم توافقها مع الموارد المتاحة سواء المادية او البشرية.

رابعاً: المخطط الاستراتيجي للأعمال قيد الإنجاز 2016-2019 للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة-غرداية

الجدول رقم (II- 16): مخطط الاعمال الاستراتيجي 2016-2019

نقاط التقييم مؤشرات النتيجة والانتقاد	الأهداف المطلوب تحقيقها	الأعمال التي تقود مع الاستحقاقات والمسؤوليات	مؤشرات القيادة ومتابعة التصحيات
مصلحة طب الأطفال	حاليا مصلحة طب الأطفال تقع في المؤسسة العمومية الاستشفائية (سيدي عباس) مع قدرة استيعاب تصل إلى 28 سرير. وطبقا للمرسوم الوزاري (رقم 003/2008/وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات أ/مديرية المصالح الصحية) مصلحة طب الأطفال تثبتت عند قدرة استيعاب 40 سرير(المؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير-غرداية)	تحويل مصلحة طب الأطفال على مستوى المؤسسة الاستشفائية المختصة - غرداية	دراسة مختصة من طرف مديرية الصحة والسكان والوزارة أدت إلى تأسيس مكتب دراسات مختص بمتابعة عمليات الانجاز
وحدة المواليد	مشروع انجاز وحدة المواليد الجدد انتهى بقدرة استيعاب تصل إلى 24 سرير	انجاز وحدة المواليد الجدد المختصة في التكفل بالمواليد الجدد	مشروع منتهي يدخل الخدمة سنة 2106
تخطيط الياكل التالية:	هيكلية التنفيذ	اعادة هيكلية المصالح: -الانعاش -مصلحة ما بعد الولادة	-الانجاز منتهي بنسبة 98% -تجهيز المعدات الطبية للعمليات في طور الانجاز بالتنسيق مع مديرية الصحة والسكان

بنك الدم	حاليا المؤسسة الاستشفائية لا تتوفر على بنك للدم	تخطيط محلي لإنشاء بنك للدم	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة سنة 2016 (نائب مدير المصالح الاقتصادية)	العملية في طور الانتهاء
التدفئة	توفير التدفئة في طور التنفيذ	التعميم على جميع المصالح الاستشفائية	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة سنة 2018-2017	العملية في طور الانتهاء
وحدة طب الأطفال	حاليا لا يوجد في المصلحة طبقا للمرسوم الوزاري (رقم 2008/003/وزارة الصحة و السكان واصلاح المستشفيات أ/مديرية المصالح الصحية)	تخطيط محلي	مديرية الصحة العمومية سنة 2019-2018	في طريق الدراسة التقنية والمالية

المصدر: من اعداد الطلبة اعتمادا على بعض الوثائق المقدمة من طرف المؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير بغرداية

من الجدول أعلاه نلاحظ ان المؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير بغرداية تقوم بإنجاز مشاريع من اجل تحقيق مطالب المرضى وتقديم خدمات ذات جودة عالية وتوفير توافق بين الموارد المتاحة في المؤسسة .

المطلب الثاني : مناقشة النتائج

من خلال ملاحظتنا واستنباطنا للمعلومات وعلى حسب المعطيات تبين لنا النتائج التالية:

الفرع الاول: على حسب مؤشرات تقييم الأداء الخاصة بالكادر الصحي:

اولا: على مستوى المؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير بغرداية

1- بالنسبة للأطباء:

المقاييس العالمية تشير الى طبيب واحد لكل أربعة اسرة. لذا نجد عدد الاسرة 90 سرير مقارنة مع عدد الأطباء 28 طبيب منهم المتخصصين والأطباء العاميين؛ أي ما يقارب طبيب واحد لكل ثلاث اسرة وهذا يدل على ان هناك عدد كافي من الأطباء على حسب المعايير

2- بالنسبة للممرضين والممرضات:

88 ممرض وممرضة بالإضافة الى 34 قابلة مقابل 90 سرير وهذا ما يدل على وفرة في الممرضين والممرضات مقارنة مع المقاييس العالمية التي وضعتها منظمة الصحة العالمية والتي تشير لسريرين مقابل كل ممرض هناك نقص في المورد البشري المحلي (اليد العاملة الجزائرية) لذا قامت المؤسسة بعقد اتفاقية مع البلد الكوبي من اجل احضار مورد بشري خارجي لتغطية النقص الداخلي للمؤسسة، ولذا يمكننا القول ان هناك اكتفاء في المورد البشري على مستوى المؤسسة مقارنة مع عدد الحالات.

ثانيا: على مستوى المؤسسة الاستشفائية المتخصصة لالة خيرة مستغانم

1- بالنسبة للأطباء: ا

لمقاييس العالمية تشير الى طبيب واحد لكل أربعة اسرة. لذا نجد عدد الاسرة 155 سرير مقارنة مع عدد الأطباء 60 طبيب منهم المتخصصين و الأطباء العاميين أي ما يعادل طبيب واحد لكل ثلاث اسرة وهذا يدل على ان هناك عدد كافي من الأطباء على حسب المعايير.

2- بالنسبة للممرضين والممرضات:

نجد 175 ممرض وممرضة منهم 64 ممرض للصحة العمومية و 41 مساعد تمريض للصحة العمومية بالإضافة لـ 35 قابلة بالإضافة الى اخصائيين اخرين في المجال الشبه طبي مقابل 155 سرير وهذا ما يدل على وفرة في الممرضين والممرضات مقارنة مع المقاييس العالمية التي وضعتها منظمة الصحة العالمية والتي تشير لسريرين مقابل كل ممرض.

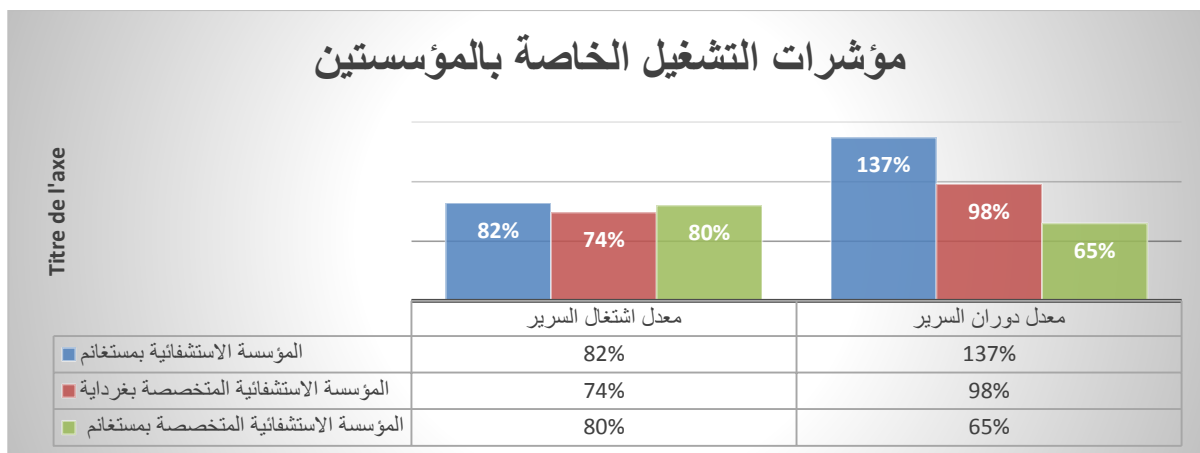
الفرع الثاني: على حسب المؤشرات الخاصة بالتشغيل:

الجدول رقم (II-17): مؤشرات التشغيل الخاصة بالمؤسسات الاستشفائيتين قضي بكير بغرداية ولالة خيرة بمستغانم

المؤشرات الخاصة بالتشغيل	مؤشرات عالمية	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير غرداية	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة لالة خيرة مستغانم
متوسط فترة الإقامة	7 أيام	3 أيام	يومان ونصف
معدل اشتغال (استعمال) السرير	80%	74%	82%
معدل دوران السرير	65%	98%	137%

المصدر: من اعداد الطلبة اعتمادا على بعض الوثائق المقدمة من طرف المؤسسة

الشكل رقم (II-6): مؤشرات التشغيل الخاصة بالمؤسسات الاستشفائيتين قضي بكير بغرداية ولالة خيرة بمستغانم



من الجدول والشكل أعلاه نلاحظ معدل دوران السرير ومعدل اشتغال السرير وفق المعايير التي حددتها المنظمة العالمية للصحة ما عدى معدل اشتغال السرير في المؤسسة الاستشفائية لالة خيرة بمستغانم .

اولا: بالنسبة لمعدل اشتغال السرير

1- غرداية: معدل اشتغال السرير 74% أي نقص بنسبة 06 % بالنسبة للمقاييس العالمية واقل بـ 8 % مقارنة مع المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بمستغانم.

وهذا يدل على عدم استعمال السرير بشكل كبير وهناك اسرة شاغرة.

2- مستغانم: معدل اشتغال السرير 82% أي ما يفوق 02% من المعدل العالمي

على حسب ما تشير الاحصائيات انه لا توجد كثافة في مكوث المريض في المستشفى لأنه كلما كان المعدل مرتفع فذلك يعني ازدحام المستشفى

ثانياً: بالنسبة لمعدل دوران السرير

- 1- غرداية: معدل دوران السرير حوالي 98 % وهذه النسبة كبيرة بزيادة 33% اذ تدل على نقص في الاسرة مقارنة مع النسبة العالمية التي تقدر ب 65 %.
- 2- مستغانم: معدل دوران السرير 137% أي ما يفوق ضعف النسبة العالمية بمعدل 210 % وهذا يدل على نقص فادح في الاسرة مقارنة مع عدد الحالات.

ثالثاً: معدل الإقامة بالنسبة للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير بغرداية و لالة خيرة بمستغانم

معدل الإقامة يتراوح ما بين يومين وثلاث ايام في المؤسسات الاستشفائيتين وهذا مالا نستطيع مقارنته مع المعايير التي وضعتها المنظمة العالمية للصحة والمقدر بـ 7 أيام لان هناك اختلاف في أنواع المؤسسات الاستشفائية أي تصنيف المؤسسة الاستشفائية على حسب مدة الإقامة فهناك مؤسسات استشفائية طويلة المدة ومتوسطة وقصيرة المدة.

الفرع الثالث: تحليل النتائج

من خلال دراستنا الميدانية، وبعد عرضنا النتائج والمعلومات المتحصل عليها من قبل المؤسسات اللتان كانتا محلا للدراسة (المؤسسة الاستشفائية المتخصصة قضي بكير بغرداية و لالة خير بمستغانم) استطعنا تحليل واستخلاص ما يلي:

لاحظنا ان هناك وجود لجهاز الماموغرافي وهو (جهاز فحص بالأشعة x للكشف المبكر عن سرطان الثدي) على مستوى المؤسسات لكن للأسف لا يتم استعمال الجهاز وهذا يعود على عدم توفر كفاءة مهنية وعدم توفر المورد البشري المناسب.

تتوفر في كلتا المؤسسات ثلاث (03) اجهزة ايكوغراف وهذا غير كافي بالنسبة للمؤسسة الاستشفائية لالة خير "مستغانم" مقارنة مع عدد الحالات.

- هناك فرق بين الموارد البشرية والمادية في المؤسسات ويوجد نقص في المورد البشري الجزائري واليد العاملة المحلية على مستوى الجنوب نظرا للعوامل الطبيعية والمناخية، لذا قامت المؤسسة باستقطاب اطباء اجانب من دولة اجنبية (كوبا).
- اما على مستوى الشمال هناك نقص في الموارد البشرية مقارنة مع عدد الحالات والكثافة السكانية.
- بفضل المجهودات المبذولة من طرف المدراء والسلطات المسؤولة، هناك توفر في المعدات والاجهزة الحديثة التي تلعب دور مهما في صحة المواطن.
- هناك جانب سلبي والمتمثل في نقص المورد البشري من اجل اتمام التوافق مع الموارد المتاحة في المؤسسة.

خلاصة الفصل الثاني:

للمنظمات الصحية ومنها المستشفيات أهمية في حياة الشعوب، إذ إن المستوى الصحي الجيد لأفراد المجتمع يعد من الأهداف الأساسية لخطة التنمية الاقتصادية والاجتماعية للدول التي ترغب في بناء راس مال بشري والمحافظة عليه وتنميته، من أجل استخدامه في تحقيق أهداف التنمية. ومن هذا فان الارتقاء بمستوى الخدمات الصحية للمستشفيات أصبح مطلباً ملحا وضروري لا غنى عنه في جميع الدول في الوقت الحاضر ومنها الجزائر، الأمر الذي يتطلب من الجهات المسؤولة عن المستشفيات كوزارة الصحة والسكن واصلاح المستشفيات ومن ثم مديريات الصحة الاهتمام بتقييم اداء المستشفيات والعمل على تحديد مستوى الاداء فيها بصورة دورية (سنوية، فصلية، شهرية) بهدف تلافي نقاط الضعف وتعزيز نقاط القوة له. ويتم تقييم الاداء من خلال استخدام مجموعة من المؤشرات العلمية والتي تعبر عن الاهداف كميا ونوعيا مما يساعد على مقارنة النتائج المحققة ومعرفة مدي التوافق بين الموارد المادية والبشرية المتاحة في المؤسسة خلال فترة محددة مع النتائج المستهدفة لنفس الفترة، فضلا عن مقارنتها بالمؤشرات التي حددتها منظمة الصحة العالمية. ونظرا لقلة الدراسات التي تناولت تقييم داء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة في الامومة والطفولة وجدنا من المناسب تقييم ادائها ومعرفة الموارد المتاحة في كل من المؤسسة الواقعة في الشمال (المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة لالة خيرة مستغانم) و (المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة الواقعة في الجنوب قضي بكير بغرداية).

خاتمة

بات واضح بأن عالمنا الذي نعيش فيه اليوم هو عالم الخدمات، لكونه ارتبط بالكثير من مفردات الحياة اليومية للمواطن، ولعل الخدمة الصحية واحدة من أبرز الخدمات التي ازدادت الحاجة إليها عما سبق، هذا ما أوجب أن يكون هناك اهتمام واضح ومتزايد من قبل المنظمات الصحية ولذلك كان لا بد أن يلعب تقييم أداء المؤسسة الاستشفائية، الدور المهم والحيوي في تلك الاستجابة الدقيقة والواضحة لتلبية الحاجات الانسانية.

ففي الآونة الأخيرة شهد القطاع الصحي اهتماما كبيرا. وعلى جميع المستويات تطبيق معايير وإجراءات نظم تقييم الاداء من اجل الحصول على خدمات ذات جودة عالية، حيث ينظر إلى جودة الخدمة من المنظور الطبي على أساس تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية. أما الجودة من منظور المستفيد، فتركز على طريقة الحصول 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، كما يعد تطوير الخدمات الصحية أحد المجالات الرئيسية للتنمية البشرية التي أولتها العديد من الدول اهتماما كبيرا.

ومن هذا المنطلق حاولنا من خلال هذا البحث الإجابة عن إشكال يدور حول توافق الموارد المادية والبشرية في المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية، كما وضعت فرضيات تم اختبارها على مسار هذا البحث والإجابة عليها على النحو التالي:

- اننا لا نستطيع الجزم والقول بان نقص الامكانيات المادية يمثل مشكلا اساسيا لتقديم الخدمة في المؤسسة الاستشفائية، لان المورد البشري يعتبر من اهم موارد المؤسسة وكفاءة المورد البشري يمكن ان تغطي بعض نقائص الامكانيات المادية، كما يعتبر نقص المورد البشري او عدم كفاءته هو المشكل الاساسي في تقديم خدمات ذات جودة عالية في المؤسسة الاستشفائية.
- تم تأكيد الفرضيات المتعلقة بالاكثفاء في الموارد المادية في المؤسسة الاستشفائية والمعدات والاجهزة الحديثة التي تلعب دورا مهما في صحة المواطن وذلك بفضل المجهودات المبذولة من طرف المدراء والسلطات المسؤولة.
- فيما رفضت الفرضية المتعلقة بتوفر والاكتفاء في الموارد البشرية.
- هناك جانب سلبي والمتمثل في نقص المورد البشري المحلي على مستوى المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة قضي بكيو بغرداية، اما بالنسبة للمؤسسة الاستشفائية لالة خيرة بمستغانم فهناك نقص في الموارد البشرية مقارنة مع عدد الحالات.

ومن خلال هذا المنطلق تمكنا من الوصول إلى رؤية مدى توافق الموارد المادية والبشرية في المؤسسة الاستشفائية وهذا من خلال دراستنا لحالة المؤسسة الاستشفائية العمومية المتخصصة قضي بكيو بغرداية ولالة خيرة بمستغانم.

النتائج والاقتراحات

يحتوي بحثنا هذا ملخصاً لأهم النتائج التي تم التوصل إليها من خلال هذه الدراسة، وأهم التوصيات المقترحة على ضوء النتائج والتي تساهم في معالجة نقاط الضعف من أجل تحقيق الأهداف المرجوة من خلال التعرف على مدى التوافق المادي والبشري في المؤسسات الاستشفائية قضي بكيـر بغرداية ولالة خير بمستغانم:

النتائج

تبين من تحليل نتائج المؤشرات المستخدمة في البحث، مستوى أداء المؤسسات وأثر التوافق بين الموارد المادية والبشرية المتاحة في المؤسسة الاستشفائية قضي بكيـر بغرداية ولالة خير بمستغانم:

1. المؤسسة الاستشفائية هي نظام اجتماعي مفتوح له أهداف يسعى إلى تحقيقها ومنها تقديم الخدمات الصحية (خدمات الفحص والتشخيص والعلاج) للمرضى والمصابين والمراجعين لها.
2. تعد عملية تقييم أداء المستشفى من المواضيع التي تحظى باهتمام كبير في مجال إدارة المنظمات الصحية حيث تعتبر الأساس الذي يمكن من خلاله تحديد نقاط القوة والضعف في أداء المستشفى وبالتالي تساهم في تطوير ودعم الخدمات الصحية.
3. يمكن اعتماد مجموعة من المؤشرات من أجل تقييم أداء المؤسسة الاستشفائية ومعرفة مدى التوافق بين الموارد المادية والبشرية المتاحة في المؤسسة الاستشفائية.
4. يمكن الاعتماد على المؤشرات في عملية الرقابة بهدف التصحيح والتعديل والتطوير في البرامج الصحية للمستشفى.
5. تبين لنا أن عدد الأسرة مقارنة مع عدد الأطباء في المؤسسات محل الدراسة كان جيداً مقارنة بالمعدل العالمي.
6. ظهر انخفاض في معدل الأسرة مقارنة مع عدد الحالات في المستشفيات محل الدراسة مقارنة مع المستوى الذي حددته المنظمة العالمية للصحة، وهذا يشير إلى زيادة الوقت المخصص من قبل الطبيب لكل سرير ويعد ذلك جيداً بموجب هذا المعدل.
7. وجد أن عدد المرضى الراقدين كان مرتفعاً مقارنة بالمعدل العالمي وبالتالي يشير ذلك إلى ضخامة حجم العمل الموكل لكل طبيب ممرض.

الاقتراحات

بناءً على الاستنتاجات السابقة، يمكن تقديم الاقتراحات التالية:

1. ضرورة زيادة اهتمام المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة بتقييم الأداء ومراعات التوافق بين الموارد المتاحة وعدد الحالات.
2. استقطاب موارد بشرية محلية من أجل توافق الموارد في المؤسسة الواقعة بالجنوب.
3. تنمية الحياة المهنية للعامل بالاعتماد على نشاطات قاعدية تتركز في الأساس على تربية كوادر.

4. لتطوير الكفاءات وانشاء موارد بشرية جديدة خاصة على مستوى الجنوب الجزائري.
5. تقديم تحفيزات وعلاوات من اجل جلب الموارد البشرية الجزائرية للعمل في الجنوب.
6. تقييم أداء المؤسسة دوريا باستخدام المؤشرات المعتمدة من قبل المنظمة العالمية للصحة.
7. تحديد الأسباب الكامنة وراء المؤشرات التي أظهرت نتائج سلبية مقارنة بمعدلات المنظمة الصحية العالمية ووضع حلول مناسبة لها لتعزيز النتائج.
8. ضرورة الاهتمام بتطوير الخدمات الصحية وتحسينها بما يتناسب مع الاحتياجات المتجددة والمتغيرة للمستفيدين، وذلك بمواكبة التطور التكنولوجي السريع خاصة في مجال الأجهزة والمعدات التقنية الطبية المتقدمة، وتوفير تكوين وتدريب مستمر للموارد البشرية من اجل مواكبة التطور.
9. ضرورة التوسع وانشاء مؤسسة استشفائية جديدة او انشاء فرع اخر على مستوى ولاية مستغانم.
10. مراجعة الخطة الاستثمارية للتوسع في المنشآت الصحية ووقف بناء أي وحدات أو مستشفيات جديدة إلا بعد إجراء دراسات شاملة، مع زيادة كفاءة المنشآت الصحية المتاحة حاليا وتطويرها وتوفير سيارات إسعاف مجهزة بوحدات اتصال سريعة في مراكز تقديم الرعاية الأساسية لتسهيل نقل المرضى والمصابين.
11. نشر الثقافة الصحية في أوساط المجتمع عن طريق إقامة المؤتمرات العلمية والملتقيات والأيام التحسيسية والندوات والمعارض، في مختلف وسائل الإعلام بشكل متواصل من أجل الوقاية خير من العلاج ومن ثم تخفيض الطلب على خدمات المستشفى.

افاق الدراسة:

بحكم أن الموضوع الذي تناولناه شائك ومتشعب الجوانب، نرى إمكانية مواصلة البحث في جوانب أخرى لها صلة بالموضوع وتحتاج الى تعمق أكثر، ولهذا يمكن اقتراح بعض المواضيع التي من شأنها ان تكمل هذه الدراسة، ومن بينها:

- أثر التوافق بين الموارد المادية والبشرية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة.
- إمكانية دمج القطاع الصحي العام والخاص والعمل معا.
- دور الموارد البشرية في تحسين اداء المؤسسة الصحية.
- الترقية للعاملين في المجال الصحي والاصناف المشكلة للجهاز الصحي واسس ترقيةهم.

أخيرا وفي نهاية هذا البحث نقول: ان هذا اجتهاد بشري، وجهد إنساني يلزمه النقص، ويحتاج إلى التصويب والإحسان، فإن أصبت فمن الله، وإن أخطأت فمن نفسي، وحسبي أنني اجتهدت.

قائمة المراجع والمصادر

أولاً: الكتب

1. ابراهيم طلعت الدمرداش ،اقتصاديات الخدمات الصحية، دار الكتب المصرية، القاهرة، 2000.
2. ثامرياسر البكري، ادارة المستشفيات ، داراليازوت العلمية للنشر والتوزيع ، عمان، 2005 ، ص 21.22.
3. حسين دنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، عمان، 2005.
4. حميد الطائي وبشير العلاق، ادارة عمليات الخدمة، داراليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الاردن، 2009.
5. سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق، عمان، 2006.
6. سيد محمد جاد الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، مطبعة العشري، بدون مكان نشر، 2008.
7. طلال بن عايد الاحمدي، ادارة الرعاية الصحية، معهد الادارة العامة، الرياض، السعودية، 2004، ص 20.
8. عامر قنديلجي، البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات التقليدية والالكترونية، دار الميسرة للنشر، عمان الاردن، 2008.
9. عبد الاله الساعاتي ،مبادئ ادارة المستشفيات ، دار الفكر العربي ، القاهرة ، الطبعة الاولى ، 1998.
10. غواري مليكة ، جودة خدمات الرعاية الصحية في المؤسسات الاستشفائية ، داراليازوري العلمية ، عمان ، الاردن ، 2016.
11. فريد توفيق نصيرات، لإدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2008.
12. فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، 1998.
13. مصطفى يوسف كافي، ادارة المستشفيات، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 2016.
14. مكرم عبد المسيح باسيلي، المحاسبة في المنشآت الفندقية، رؤية ادارية الفنادق-المستشفيات، المكتبة العنصرية، القاهرة، 2006.
15. موسى سويدان وعبد المجيد البرواري، ادارة التسويق في المنظمات غير الربحية، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الاردن، 2008.
16. وليد يوسف صالح، ادارة المستشفيات و الرعاية الصحية و الطبية، دار اسامة للنشر والتوزيع، عمان، 2011، ص 23.

ثانياً: الرسائل الجامعية والمجلات

17. احمد بن عيشاوي، ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات الخدمية، مجلة الباحث، ورقلة، الجزائر، العدد 04، 2006.
18. اسامة عبد الحليم مصطفى، تحليل ظاهرة تزايد الانفاق العام على الخدمات الصحية واثاره الاقتصادية، مجلة البحوث التجارية، الجزء 1، المجلد 23، العدد 2، جامعة زقازيق، القاهرة، 2000.

19. أكرم أحد الطويل، بعض مؤشرات تقييم أداء المستشفيات، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، جامعة تكريت، كلية الإدارة والاقتصاد، المجلد 2، العدد 20، 2010.
20. امير جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، مذكرة صمن متطلبات الدكتوراه في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، فرع التخطيط، جامعة الجزائر، 2008-2009.
21. دلال السويسي، نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية، مذكرة ماجستير في علوم التسيير، تخصص نظام المعلومات ومراقبة التسيير، جامعة قاصدي مرباح، ورقة، الجزائر، 2013.
22. سعدي محمد الكحلوت، العوامل المؤثرة على استمرارية أنشطة الجودة الشاملة في المستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة، مذكرة ماجستير في إدارة الأعمال من كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين، 2004.
23. فؤاد بوجنانة، تقييم واقع الاتصال التسويقي في المؤسسة الاقتصادية الخدمية، مذكرة ماجستير في علوم التسيير، تخصص تسويق، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر، 2008-2009.
24. محمد قندوز، ادارة المستشفيات، مذكرة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في القانون العام، فرع الادارة والمالية، جامعة الجزائر، 2012-2013.

ثالثا: القوانين

25. مرسوم رقم 59-85 مؤرخ في أول رجب عام 1405 الموافق 23 مارس سنة 1985 يتضمن القانون الأساسي النموذجي لعمال المؤسسات والإدارات العمومية