

خصائص تنظيم القطاع الصحي في الجزائر وأثره على جودة الخدمات الصحية

Characteristics of the regulation of the health sector in Algeria and its impact on the quality of health services

بقاش وليد¹، فاتح بلواضح²

¹ المدرسة العليا للتجارة، oualidbakache@gmail.com

² جامعة المسيلة، fa14teh@gmail.com

تاريخ النشر: 15 /06/2019

تاريخ القبول: 16 /04/2019

تاريخ الاستلام: 07 /02/2019

الملخص

تعتبر جودة الخدمة النتيجة القياسية التي يعتمد عليها لقياس مردودية المؤسسة الخدمية، والمؤسسات العمومية الصحية لا تخرج عن هذا الإطار، رغم التعقيد الذي تتميز به عن باقي المؤسسات الأخرى، وجودة الخدمات الصحية تعني مدى تحقق النتائج الصحية المرجوة ومدى توافقها مع المبادئ المهنية. والسياسات الصحية في العالم تتغير على حسب هاته النتائج المحققة، نهدف من خلال هاته الورقة إلى تسليط الضوء على تنظيم القطاع الصحي في الجزائر قبل الإصلاحات ومدى تطوره بعد إصلاحات 2007، قياسا إلى تطور نوعية الخدمة المقدمة.

الكلمات المفتاحية: تنظيم القطاع الصحي، السياسات الصحية، جودة الخدمة الصحية.

Abstract

Quality of service is the standard outcome that is used to measure the profitability of the service establishment and the public health institutions, despite the complexity of the other institutions. The quality of the health services means the achievement of the desired health results and their compatibility with the professional principles.

The aim of this paper is to shed light on the organization of the health sector in Algeria before the reforms and the extent of its development after the reforms of 2007, in relation to the development of the quality of service provided.

Keywords: health sector regulation, health policies, quality of health service.

المؤلف المرسل: بقاش وليد، الإيميل: oualidbakacheC@mail.com

مقدمة

عرفت السياسات الصحية في الجزائر منذ الاستقلال إلى اليوم تغيرات مستمرة ، نظرا للبيئة المتغيرة، ونظرا لتدني جودة الخدمات مع مرور الوقت، مما يفرض تجديدا في كل مرة سواء على مستوى السياسات المقدمة، أو على مستوى التنظيم والهيكل ، أو على مستوى التمويل ، وهذا ما حتم على الدولة اصلاحات جذرية لقطاع المستشفيات بداية من 2007 ، بموجب الخريطة الصحية الجديدة التي أخذت بعين الاعتبار التغيرات المتسارعة، بالاضافة إلى الأساليب والطرق التنظيمية الجديدة في الادارة والتشغيل وعلى مستوى اللوجيستيات والتطور التقني.

فعملت السلطات المعنية على البحث عن الحل المناسب كبدل لتنظيم القطاع الصحي والذي يتمثل في الخريطة الصحية الجديدة التي جاءت وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسة العمومية الاستشفائية، والذي يسعى إلى إعطاء الاستقلالية لكل منهما وبالتالي الفصل بين تسيير المستشفيات والهيكل خارج الاستشفائية، حيث يتمثل الهدف الجوهرى من التغيير في تقريب الخدمة الصحية من المواطن وتحسين الخدمة المقدمة بالدرجة الأولى ، من خلال ماسبق يمكن ان نطرح التساؤل التالي:

ما هو أثر التنظيم الصحي الجديد على جودة الخدمات المقدمة ؟

ومن خلال السؤال الرئيسي يمكننا أن نطرح التساؤلات التالية:

- ماهي الآثار الايجابية المترتبة على اصلاحات 2007؟

- ماهي النقائص الموجودة لحد الآن على مستوى تنظيم القطاع الصحي في الجزائر؟

- ما أثر الاصلاحات على تطور وتحسين جودة الخدمات؟

من أجل معالجة الاشكالية قمنا بتقسيم الموضوع الى محورين:

المحور الاول: تطور السياسة الصحية في الجزائر قبل الاصلاحات وبعد الاصلاحات

المحور الثاني : تطور النفقات الصحية في الجزائر وأثرها على جودة الخدمة المقدمة

عادة الاستقلال، كانت الجزائر تُعد حوالي 500 طبيب (50% جزائريين) وذلك لتغطية احتياجات السكان الذين قدر عددهم آنذاك بحوالي 10,5 مليون نسمة، أما الوضعية الصحية في هذه الفترة فقد كانت تتميز بوفيات الأطفال خاصة الرضع، والتي كانت بنسبة مرتفعة تجاوز معدلها 180%، و أمل حياة لم يصل إلى 50 سنة، وكان انتشار الأمراض المعدية المرتبطة بالحالة البيئية والمعيشية السبب الرئيسي للوفيات¹، وأمام هذه الوضعية ركزت وزارة الصحة في البداية على توزيع الأطباء والمؤسسات الصحية عبر كامل التراب الوطني وأيضاً على محاربة الأوبئة والأمراض.

والمحاور الكبرى التي ركزت عليها الحكومة في وضعها للسياسة الصحية الوطنية لهذه المرحلة تمثلت في:

- الوقاية: إن أفضل طرق العلاج هو تجنب المرض والعمل على عدم وقوعه، وذلك من خلال الحملات التلقيحية وإجراءات النظافة ومحاصرة المرض قبل انتشاره عن طريق التلقيح.
- علاج الأمراض: حيث يتلقى المريض بعد تعرضه للمرض أو لحوادث العمل العلاجات الضرورية ابتداء من المراكز الصحية القاعدية، ثم المستشفيات في حالة استعصاء العلاج.
- التوزيع العقلاني للأطباء: وذلك تحقيقاً للأهداف المرسومة في الخريطة الصحية، أي تحقيق تغطية صحية كاملة للتراب الوطني من حيث الموارد البشرية والهيكل والمعدات الضرورية.

تميزت هذه الفترة بذهاب الأطباء الفرنسيين، بحيث تقلص عددهم من 2500 طبيب إلى 630 طبيب، مع نقص فادح في الهياكل الصحية، أما عن المؤشرات الخاصة بالصحة العمومية هي كالآتي:2:

أمل الحياة 50 سنة، عدد الأطباء 1,2 إلى 1,6 لكل 10.000 ساكن، أطباء الأسنان من 1 إلى 2 لكل 100.000 ساكن، الصيادلة 3 لكل 100.000 ساكن.

نظراً للوضعية الصحية المتدهورة لمعظم السكان، تم الإعلان عن سياسة الطب المجاني في جانفي 1974 من أجل تجسيد شعار حق الصحة لجميع المواطنين مهما كان دخلهم ووضعيتهم الاجتماعية.

نسجل خلال هذه الفترة تطورا فيما يخص المنشآت القاعدية وعدد المستخدمين وهذا بفضل الاستثمارات المرتفعة التي تحملها الدولة، حيث ارتفع عدد الأسرة من 42450 سرير عام 1973 إلى 62500 عام 1987، وارتفع عدد المراكز الصحية من 558 عام 1974 إلى 1147 عام 1986.

تطور عدد المستخدمين في قطاع الصحة من 57872 عام 1973 إلى 124728 عام 1987، طبيب لكل 1124 نسمة، أنعكس ذلك إيجابيا على الوضع الصحي للبلاد، حيث ارتفع أمل

الحياة من 51 سنة عام 1965 إلى 65 عام 1987، انخفاض معدل وفيات الرضع، وانخفاض حدة الأمراض المعدية³.

أما بالنسبة للجانب التشغيلي، أصبحت الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي تتحمل كل نفقات الصحة، حيث ساعد ارتفاع سعر النفط في هذه الفترة على ذلك.

عرفت هذه المرحلة بالمرحلة المركزية المفرطة في التسيير، حيث اقتصر دور المسير على تنفيذ الميزانيات لا غير، حيث لا يمكن تحويل بعض الاعتمادات المالية من عنوان الآخر، رغم الحاجة الملحة إلا بالرجوع إلى السلطة الوصية، حيث لم تترك أي مبادرة للمدير للتكيف مع الظروف والمستجدات، صعوبة التعامل مع المؤسسات الخاصة، وبعض المؤسسات العمومية التي ترفض استخدام الإذن بالطلب.

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

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

كل هذا جعل المسيرين غير مسؤولين، وما فاقم المشكل أكثر هو غياب مسيرين متخصصين في التسيير الصحي أنعكس ذلك بعدم القدرة على حل مشاكل الصحة للمواطنين، وهجرة هياكل العلاج القاعدية، واکتظاظ الهياكل الثقيلة مثل المراكز الاستشفائية الجامعية، والتي من المفروض أن تقدم العلاج المتخصص، كما أن تكاليف التشغيل عرفت تضخما كبيرا، ونوعية العلاج لم تتوقف عن التدهور⁴

عرفت الجزائر خلال هذه العشرية أزمة اقتصادية و سياسية كبيرة مما تسبب في حالة أمنية متدهورة وغير مسبوقة، و اللا استقرار في كل المجالات ما نتج عنها تخريب مجمل الهياكل و البنى التحتية التربوية و التجارية والصناعية، والهياكل الصحية مما جعلها خارج الخدمة⁵، فضلا عن استفحال ظاهرة البطالة و المحسوبية، ومع ذلك فقد عرفت هذه الفترة إعادة تنظيم قطاع الصحة عن طريق إصدار مراسيم تنفيذية، والتي سمحت بإنشاء الوحدات الصحية الضرورية لإضفاء أكثر إنسانية على الهياكل الاستشفائية الوطنية و عصرنتها وإضفاء نجاعة أكبر عليها و نسجل في هذه الفترة:

- ضعف الدخل و حجم المديونية الكبير بحيث تراوح من 37,28 مليار دولار سنة 1990 إلى 72,25 مليار دولار سنة 1993 ليصل إلى 47,30 مليار دولار سنة1998.

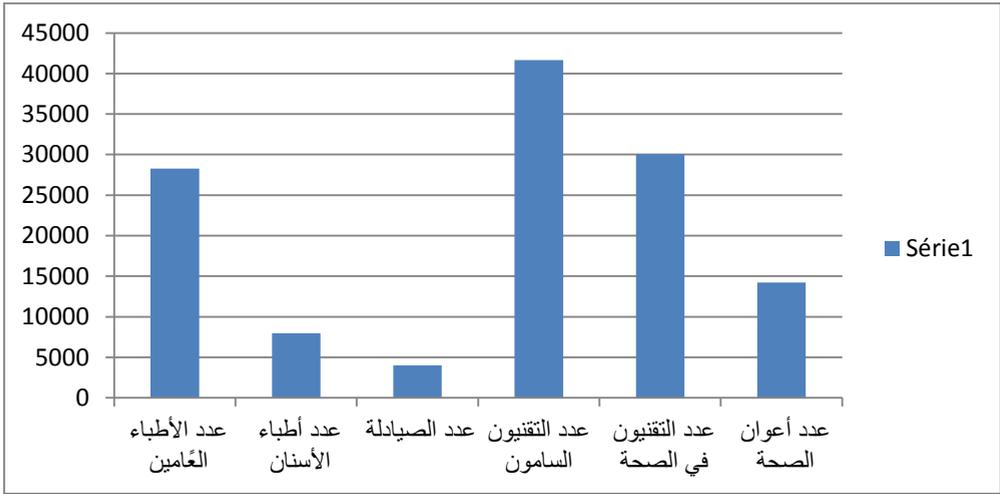
- أن نقص الموارد المالية قلص من أداء القطاع العام للصحة في مواجهة الطلب على الخدمات الصحية و الإستشفائية، خاصة مع تدهور قيمة العملة الوطنية، حيث بات موضوع اقتناء الأدوية والأجهزة الطبية من أصعب أدوار قطاع الصحة في الجزائر، وعلى إثر ذلك جاء قرار سياسي عبارة عن منشور وزاري في 1995م و المتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الاستشفائي 6، وجاء في قانون المالية لسنة1993 أنه بداية من هذه السنة تتولى الدولة التكفل بالوقاية و البحث و بالمعوزين، أما باقي العلاجات فتكون وفق نظام تعاقدى بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعى7.

- المؤشرات الصحية لهذه الفترة كانت كما يلي:

نسبة الزيادات25,3% ، نسبة الوفيات العامة 6,04%، وفيات الأطفال 44 %، متوسط أمل الحياة 68 سنة.

في حين كان تطور عدد المستخدمين كما يلي

الشكل رقم (1.1) تطور عدد المستخدمين



المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على معطيات المركز الوطني للتخطيط والاحصاء الجزائر

و يمكن إحصاء عدد الهياكل المسجلة في هذه الفترة على النحو التالي:

عدد المستشفيات223 ، عدد الأسرة60000 ، عدد العيادات المتعددة الخدمات465 ، عدد المراكز الصحية1144 ، عدد عيادات الولادة433 ، عدد قاعات العلاج4222

2- السياسة الصحية ما بعد الإصلاحات

1-2 دوافع الإصلاحات في المنظومة الصحية

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

1-1-2 التغيير ضروري لنمو وتحسين خدمات المؤسسات الصحية: تعاني المؤسسات الصحية من

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

- خلق الفعالية، ومضاعفة العطاء والخدمة العامة.
- تسهيل وسائل الاتصال بين المسؤول والموظف وجعل العلاقة أكثر مرونة.
- تعميم التكوين على كافة الموظفين لمسايرة ما يجري في المحيط الخارجي.
- وضع إجراءات عمل سهلة، مفهومة من طرف الجميع تساعد على تحسين العلاقات بين الموظفين (إداريين، تقنيين، أطباء، شبه أطباء) بحيث تكون هناك لغة مشتركة توضح أهداف المؤسسة.
- تحسين نوعية وجود الخدمات الصحية (الاستقبال، التغذية...).
- البحث عن ثقافة جامعة شاملة لكل الأطراف دون إقصاء.
- تحفيز الموظف واستشارته في قرارات المؤسسة يجعله أكثر ثقة في مسؤوليه مما يدفعه للعمل أكثر.

2-1-2 التغيير كضرورة لمسايرة التطورات: أحدثت التطورات السريعة في العلوم والتكنولوجيا

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

وفي حالة أخرى مشروع إداري يطبق بصفة منتظمة على المؤسسة لتتبعه مراجعة عامة لنوع سياسة التسيير، وهكذا فالتغيير يجب أن يكون دوما مستمرا بتحسين برنامج العمل ويدفع بالموظفين بعيدا نحو التغيير الأحسن⁸.

2-2 ميادين الاصلاح في المؤسسات الصحية

سيتم عرض ميادين التغيير التنظيمي على النحو التالي:

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

1-2-2 التغيير على مستوى الهياكل: فهو يحدد التغيرات الداخلية في التنظيم، من حيث إعادة تنظيم الأقسام الإدارية، مواقع اتخاذ القرارات، إعادة تحديد السلطة والمسؤولية وإعادة تعديل العلاقات بين الإدارات والأفراد وغيرها⁹.

2-2-2 التغيير على مستوى العنصر البشري: يعتبر العنصر البشري أساس نجاح أي مؤسسة، فباستقامته تستقيم الأوضاع وباعوجاجه تتعقد المشاكل. ولهذا يمكن القول أن تطور الهياكل وتغييرها لا يأتي إلا بتغير وتطور الموظفين الذين يتحكمون في الهياكل.

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

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

أما في حالة امتناع أي موظف عن تقبل الإجراءات الجديدة بطرق دبلوماسية، فعلى الإدارة اللجوء إلى العقاب بصورة استثنائية¹⁰.

ومن الأمور التي تساعد الموظف على تقبل الجو الجديد للعمل هو جعله يحس فعلا أنه ينتهي إلى مؤسسته، وهذا بالنظر في مشاكله والاستماع إليه والتغلب على الخلافات الداخلية. وبهذا تصبح

الأهداف مشتركة بين جميع الموظفين، بالإضافة إلى تحسيسهم بأهمية آراءهم والأخذ بها أحيانا واعتبارهم الثروة الأولى والأخيرة لنجاح مؤسستهم.

وبالنظر إلى المنظمة الصحية يمكن القول أن العنصر البشري مشئت الأفكار، فمن جهة الطبيب يفكر لوحده وكذلك الشبه طبي ، فيلاحظ عدم تواجد اتحاد فكري منهجي والأهداف تكاد غير واضحة ومشاركة.

3- السياسة الصحية مابعد الاصلاحات تم في بداية هذه الفترة وضع خريطة صحية وطنية تدفع إلى تقليص الفوارق بين المناطق ومراعاة الخصوصيات والحاجات الملحة لكل جهة ومعالجة الاختلال في التنظيم والتنسيق، أيضا ترقية القطاع والرفع من أداء المؤسسات الطبية وتحديثها لاستيعاب الطلب المتزايد للمواطنين على الخدمات المقدمة، مع تشجيع القطاع الخاص¹¹.

عرفت هذه المرحلة خريطة جديدة للصحة، جاءت وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسة العمومية الاستشفائية، والذي يسعى إلى إعطاء الاستقلالية لكل منهما وبالتالي الفصل بين تسيير المستشفيات والهيكل خارج الاستشفائية، حيث يتمثل الهدف الجوهرى من التغيير في تقريب الخدمة الصحية من المواطن وتحقيق أفضل تغطية للهيكل الاستشفائية في المناطق الداخلية والجنوبية للوطن¹². أما الهيكل فمتمثلة في الجدول

الجدول رقم (1.1) الهياكل الصحية العمومية لسنة 2007 حسب إحصائيات فيفري 2008

عدد	الهياكل الصحية العمومية	عدد	الهياكل الصحية الخاصة	عدد
240	المستشفيات العمومية	35157	العيادات الطبية المتخصصة	5206
511	المستشفيات الخاصة بالأمومة		العيادات الطبية العامة	6179
147	الهيكل العمومية		عيادات طب الأسنان	4381
5117 و 324 قاعة غير مشغلة	الهيكل العمومية للصحة		الصيدليات	6689

164	العيادات الطبية الجراحية		338	المراكز الصحية	الجوارية
13	عيادات تشخيص الأمراض	740	1	EHU	المؤسسات الاستشفائية الجامعية
		12697	13	CHE	المراكز الاستشفائية الجامعية
		9785	54	EHS	المؤسسات الاستشفائية المتخصصة

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على احصائيات وزارة الصحة لسنة 2008.

تطور عدد المستخدمين: عدد الأطباء 35368: طبيب أي 11 طبيب لكل 10000 ساكن ، أطباء الأسنان: 9553 طبيب أي 03 لكل 10000 ساكن ، 17 سرير لكل 10000 ساكن ، الشبه الطبيين 69749: أي 22 لكل 10000 ساكن 13.

ونسجل في هاته الفترة الأخيرة من هذه المرحلة عدة نقائص هامة:

- زيادة عدد الهياكل وتحسين للبنية التحتية للقطاع الصحي مع وجود نقص واضح في الأطباء المتخصصين خاصة في المناطق الداخلية.

- سنة 2015 ميزانية الصحة كلفت الدولة أكثر من 381 مليار دج أي ما يعادل أكثر من 110 دولار للشخص في السنة ، يصنفها من بين الدول المتوسطة في الرعاية الصحية، غير أنه بالمقابل نلاحظ أن عدة مؤشرات توجي بأن هناك عدم انسجام بين هذا الرقم ومؤشرات أخرى كمعدل الفقر الذي ارتفع من 12% سنة 1988 بالنسبة لعدد السكان إلى 22,6% سنة 2004 وهو ما يظهر بوضوح من خلال بداية اندثار الطبقة الوسطى من التقسيم الطبقي للسكان، مما أدى إلى عودة بعض الأمراض المرتبطة بسوء التغذية، النظافة.. وهو ما يزيد من المسؤولية تجاه هذه الفئة ويطرح التساؤل حول مدى نجاعة العلاج ونوعيته المقدم نحوها¹⁴.

- انخفاض سعر البترول وهو ما أدى بالدولة إلى البحث عن سياسة تقشفية، لكامل القطاعات منها قطاع الصحة، وهو ما يفسر عدم وجود هندسة شاملة للنظام الصحي العمومي، بحيث تكون بها منافسة وتحقق الاحتياجات، بكفاءة عالية دون تأثير كبير بالسياسات الاجرائية المؤقتة والعشوائية¹⁵.

- رغم ما تم إنجازه ورغم فتح القطاع الخاص، إلا أننا لم نصل إلى منافسة حقيقية تصل بنا إلى استعمال أمثل للموارد وترشيد النفقات، وهو ما يوضحه الجدول القائم اليوم حول سياسة "مجانية العلاج" الذي ارتبطت بالتبذير وعدم الفعالية، فأخذت الشكل دون توزيع عادل لهاته السياسة التي زادت العبء على النفقات العامة.

- إلى اليوم يفتقر القطاع في جانبه التنظيمي إلى الفعالية والانسجام بين مختلف وحداته ومصالحه وبدرجة أكبر إلى نقص في التسيير الاقتصادي، وعامل الاحتراف والعلمية المعتمدة على التخطيط المحكم والمراقبة المستمرة عند التنفيذ، فعملية التسيير تفتقر إلى الرؤية الاستراتيجية وهذا ما يفسر عدم وجود مراكز تخطيط واستشارات استراتيجية تخص هذا القطاع 16.

المحور الثاني: إدارة جودة الخدمات كمدخل لاصلاح المنظومة الصحية في الجزائر

تحتل الخدمات الصحية مكانة بارزة في اهتمامات الجميع نظرا لأهميتها في الحفاظ على سلامة الإنسان وزيادة قدرته على البناء والتنمية ، وهي في هذا المعنى تمثل أهم مايمكن أن يقدم للإنسان صانع الحياة والتطور، ولا يماثلها في ذلك إلا الغذاء والتعليم فهي وان كانت تعكس ضرورة إنسانية فإنها أيضا تمثل ضرورة اقتصادية لبناء مجتمع قادر على الأداء الأفضل في مجالات التنمية الاقتصادية والاجتماعية...

1- مفهوم جودة الخدمة الصحية:

يمثل مفهوم الجودة بشكل عام القدرة على الاستجابة لتوقعات الزبائن وذلك فيما يتعلق بخصائص السلعة أو الخدمة وهي كما عرضها Coyle بقوله ((إنها الإرضاء المتواصل لمتطلبات وتوقعات الزبائن)) إلا أن إعطاء تعريف محدد لجودة الخدمة الصحية ليس سهلا لكونها خدمة غير ملموسة شأنها في ذلك شأن بقية الخدمات الأخرى ولعدم وجود معايير نمطية للحكم على جودة الخدمة كما هو الحال في السلع، لذا أصبح تحديد مفهوم جودة الخدمة الصحية يخضع لأراء مختلفة منها رأي الطبيب والمريض وإدارة المستشفى فلكل من هؤلاء رأيه الخاص بمفهوم جودة الخدمة الصحية وهي آراء لانعكس بالضرورة اتجاهها متماثلا. فجودة الخدمة الصحية من المنظور المهني والطبي هي تقديم أفضل الخدمات وفق احدث التطورات العلمية والمهنية ويتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة،، إما من المنظور الإداري فيعني كيفية استخدام الموارد المتاحة والمتوفرة والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة إما من وجهة نظر المريض أو المستفيد من الخدمة الصحية وهو الأهم فتعني جودة الخدمة الصحية طريقة الحصول عليها ونتيجتها النهائية.

ومن جهات النظر الأخرى المتعددة حول مفهوم جودة الخدمة الصحية تحتل وجهة نظر المريض أو المستفيد من الخدمة أهمية بالغة حيث إن مستوى تلك الجودة يعتمد إلى حد كبير على إدراك المريض وتقييمه لها وبالتالي ستكون الخدمة الصحية ذات جودة اعلي لو جاءت متلائمة مع توقعات المرضى ولبت احتياجاتهم وفي هذا المعنى عرفت جودة الخدمة الصحية بأنها ((تلك الدرجة التي يراها المريض

في الخدمة الصحية المقدمة إليه وما يمكن أن يفيض عنها قياسا بما هو متوقع ((واستنادا لذلك حرصت المؤسسات الصحية على تلبية توقعات المرضى بشأن خدماتها وذلك من خلال التعرف على المعايير التي يستند إليها العملاء من المرضى في الحكم على جودة خدماتها . وقد قدم عدد من الباحثين (Zeithaml & Bither, Gronroos) و (Cronin & Tylor) مجموعة من المعايير التي تستخدم من قبل المستفيدين من الخدمة بصورة عامة والصحية بصورة خاصة للحكم على جودتها وهي:

الاعتمادية: وتشير إلى قدرة مالخدمة:مة على أدائها بشكل يمكن الاعتماد عليها وبدرجة عالية من الدقة:

مدى إمكانية وتوفير الحصول على الخدمة: ويتحدد ذلك بمدى قدرة مقدم الخدمة على الإجابة على الأسئلة التالية:

هل الخدمة تتوفر في الوقت الذي يريده الزبون؟

هل الخدمة متوفرة في المكان الذي يرغبه الزبون؟

كم من الوقت يحتاج الزبون لانتظار الحصول على الخدمة؟

هل من السهولة الوصول إلى مكان تلقي الخدمة؟

الآمان: وتستخدم كمؤشر يعبر عن درجة الشعور بالآمان والثقة في الخدمة المقدمة؛

المصداقية: وهي درجة الثقة بمقدم الخدمة وبما يقوله؛

الاستجابة: قدم الخدمة لحاجات الزبون ومدى تفهمه لمشاعره وتعاطفه مع مشكلته؛

الاستجابة: وتعني قدرة ورغبة واستعداد مقدم الخدمة في أن يكون دائما في خدمة الزبائن

2- قياس جودة الخدمة الصحية:

تقاس جودة الخدمة الصحية بتوافر الأبعاد الخمسة التي توصل إليها؛ وهذه الأبعاد هي:17

1-2 الجوانب الملموسة، وتشمل المتغيرات الآتية:

- جاذبية المباني والتسهيلات المادية؛

- التصميم والتنظيم الداخلي للمباني؛

- حداثة المعدات والأجهزة الطبية؛

- ومظهر الأطباء والعاملين.

2-2 الاعتمادية، وتشمل المتغيرات الآتية:

- الوفاء بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة؛
- الدقة وعدم الخطأ في الفحص أو التشخيص أو العلاج؛
- توافر التخصصات المختلفة؛
- الثقة في الأطباء والأخصائيين؛
- الحرص على حل مشكلات المريض؛
- والاحتفاظ بسجلات وملفات دقيقة.

2-3 الاستجابة، وتشمل المتغيرات الآتية:

- السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة؛
- الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال؛
- الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض؛
- الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوى؛
- وإخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاؤها منها.

2-4 الأمان، ويشمل المتغيرات الآتية:

- الشعور بالأمان في التعامل؛
- المعرفة والمهارة المتخصصة للأطباء؛
- الأدب وحسن الخلق لدى العاملين؛
- استمرارية متابعة حالة المريض؛
- سرية المعلومات الخاصة بالمريض؛
- ودعم وتأييد الإدارة للعاملين لأداء وظائفهم بكفاءة.

2-5 التعاطف، ويشمل المتغيرات الآتية:

- تفهم احتياجات المريض؛
- وضع مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين؛
- ملائمة ساعات العمل والوقت المخصص للخدمة المقدمة؛
- العناية الشخصية بكل مريض؛

- تقدير ظروف المريض والتعاطف معه؛
 - والروح المرحة والصدقة في التعامل مع المريض.
- 3- إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية:

يعتبر مفهوم إدارة الجودة الشاملة حديثا نسبيا في القطاعات الصحية ويستند إلى المبادئ التي وضعها خبراء الجودة أمثال ديمينغ وجوران وكروزبي، والتي بدأ تطبيقها في القطاع الصناعي في اليابان في أعقاب الحرب العالمية الثانية ثم امتدت تدريجيا إلى القطاعات الأخرى بما فيها القطاع الصحي.

وتعرف إدارة الجودة الشاملة بأنها عملية تركز على منع وقوع الأخطاء أو الاختلافات في مستوى وأسلوب تقديم الخدمة بالقضاء على مسببات هذه الأخطاء واختلافات مسبقا. وتعرف أيضا على أنها إطار تنظيمي تلتزم من خلاله المنظمات الصحية والعاملون فيها بمراقبة وتقييم جميع جوانب نشاط هذه المنظمات (المدخلات والعمليات والمخرجات) لتحسينها بشكل مستمر.¹⁸

لا يوجد إطار موحد لتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة إلا أن هناك شبه إجماع بين الباحثين والمفكرين في هذا المجال على أن ذلك يتضمن توفير العناصر التالية:¹⁹

- 1- مساندة ودعم الإدارة العليا: حيث مسؤولية الجودة بالدرجة الأولى تقع على عاتق الإدارة العليا وهم مسئولون عن توفير المصادر التي تهدف إلى تعليم وتدريب العاملين وتقديم التسهيلات لهم، وتمثل الإدارة القدوة والمثل الأعلى للالتزام بمبادئ وأهداف التحسين، إذ لا بد أن يكون لها الإصرار على استمرار عملية التحسين، والقضاء على مقاومة العاملين للتغيير.
- 2- الاهتمام بالمستفيدين: وذلك بهدف إرضاء المستفيد من الخدمة الصحية على اعتبار أنه محور إدارة الجودة الشاملة وضرورة الاتصال معه في مراحل التخطيط والتنفيذ والتقييم.
- 3- مشاركة العاملين: وتعني ضرورة مشاركة كافة العاملين في جهود تحسين الجودة وإدارتها وتفويض اتخاذ القرارات والسلطات والمسؤوليات لهم، وتشجيع الثقة والإبداع والمجازفة لدى كافة الموظفين.
- 4- بناء فرق العمل: إن كافة جهود إدارة الجودة الشاملة لا يمكن تحقيقها إلا من جلال العمل الجماعي وتكوين فرق العمل المؤقتة والدائمة في التنظيم.

- 5- تدريب العاملين: إن حالات الإبداع والتميز في العمل تعتمد على القوى البشرية المؤهلة، ومن هنا فإن تدريب تلك القوى بصورة مستمرة لإكسابهم المهارات والمعارف اللازمة للارتقاء في الأداء أمر على جانب كبير من الأهمية.
- 6- احترام وتقدير العاملين: وتعني وجود اتصال واحترام متبادل بين العاملين بغض النظر عن مستواهم الوظيفي، وضرورة تقييم أداء العاملين بصورة موضوعية لترسيخ مبدأ مكافأة التميز والإبداع حيث يتطلب مفهوم إدارة الجودة الشاملة تغيير الثقافة السائدة في المؤسسة.

4- نتائج اصلاح المنظومة الصحية الجزائرية وآثارها:

- يمكن حصر نتائج اصلاح المنظومة الصحية الجزائرية من خلال الخدمات المقدمة فيما يلي:
- يعتبر التغيير التنظيمي المفتاح الأساسي لنجاح المؤسسات وتميزها تنافسيا في ظل الظروف الحركية التي يشهدها العالم وعندما نتكلم عن التغيير التنظيمي نقصد اصلاح المنظومة الصحية.
 - يتوقف نجاح التغيير على الفهم العميق لجوانبه المختلفة وأهدافه واقتناع الأفراد به ومشاركتهم فيه، حيث تلعب إدارة التغيير دورا فعالا في الحد من مقاومة التغيير والعمل على الاستفادة منها بشكل يساعدها على تعديل برامج التغيير وزيادة فعاليتها.
 - ترجع أهم أسباب نجاح عملية التغيير في المؤسسة الصحية إلى توفر مدير صحي يتمتع بمجموعة من المهارات الأساسية التي تمكنه من اختيار الإستراتيجية الملائمة لتنفيذ التغيير في منظمته، وكذا مواجهة الصعوبات التي تحول دون تطبيق التغيير في المؤسسة الصحية.
 - التغيير التنظيمي في المنظومة العمومية بالجزائر لم يصل إلى تحقيق هدف تطبيق العدالة في توزيع الموارد المالية والبشرية والوسائل المادية على المستوى الجهوي والوطني.
 - خفف ظهور المؤسسات العمومية للصحة الجوارية والمؤسسات العمومية الاستشفائية من حدة المشاكل التي كانت تعاني منها المنظومة العمومية للصحة، إلا أن هذه المشاكل لم تحل بصفة نهائية؛ فمازالت المنظومة العمومية للصحة تعاني من عدم التوازن في توزيع مؤسساتها بين جهات الوطن وكذا ظهور مشكل عدم الكفاءة في التسيير الناتج عن ترؤس المؤسسات العمومية للصحة الجوارية من طرف أطباء ليس لديهم الخبرة والدراية بميدان التسيير.
 - على وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إعادة النظر في توزيع المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (الهيكل الجديد في اصلاح المنظومة الصحية) للتحكم في زمام الأمور وتحقيق التسيير الفعال لها.

- العمل على مراجعة برنامج التكوين وتكييفها خاصة في مجال التسيير، وتقنيات الاتصال لتمكين مدراء المؤسسات العمومية للصحة بالتحكم في زمام الأمور، وتحقيق التسيير الفعال بها.
- على وزارة الصحة الإصغاء إلى الشكاوى المقدمة من موظفي المؤسسات العمومية للصحة والعمل على إيجاد الحلول المرضية، وتدارك الغلطات في أسرع وقت ممكن.
- إعطاء امتيازات أكثر للموظفين الصحيين من أجل العمل في المناطق الداخلية والخارجية للوطن.

خاتمة

لقد سخرت الجزائر في مجال الصحة العمومية موارد كبيرة منذ أكثر من عشرين كاملتين، ومع هذا لم تتمكن من تحقيق النتائج المنتظرة والمسطرة، من خلال السياسة الوطنية للصحة من جهة ولا التحكم في النفقات الكبيرة مقارنة بدول أخرى.

وإذا ما نظرنا إلى اصلاحات القطاع الصحي نجد أنها كان أنه كان كمية أكثر منها نوعية، وذلك من خلال التجهيزات والهياكل والوسائل على حساب نوعية الخدمة المقدمة، أما حل مشاكل التنظيم والتسيير فلم تحقق التغيير المنشود وذلك لغياب هندسة تسييره شاملة التي لاتقف عند الاصلاحات الترقيعية للقطاع بل تتعداها إلى الإنتاج والاستثمار للوصول إلى مواكبة التحولات والتكيف مع الانظمة الصحية العالمية المتطورة.

ورغم ذلك فإن هناك تحسن ملموس في جوانب عديدة من الاصلاحات التي تركت نوعية الخدمة تتحسن كثيرا بالمقارنة مع ما كان موجودا سابقا.

المراجع

¹ سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الاصلاحات الاقتصادية في الجزائرأفاق 2010، اطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر 2010،3، ص ص 116-118.

² براحو فافة سهيلة، إصلاح المنظومة الصحية. واقع و أفاق، مجلة دراسات استراتيجية، الصادرة بالجزائر، عدد6، 2009، ص113.

³ وزارة الصحة والسكان، تقرير عام حول النظام الصحي الجزائري، 1990.

⁴ Boussof Rabah, *Géographie de santé en Algérie*, OPU, Alger 1992

⁵ Organisation Mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Afrique, *Algérie Plan de travail 2004- 2005*, novembre 2003, p.1.

⁶ بزارة عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر(1999-2009)، مذكرة ماجستير علوم سياسية وعلاقات دولية، جامعة الجزائر 3، 2011، ص 46

⁷ نورالدين حاروش، مرجع سبق ذكره، ص152.

⁸ عدنان مريزق، التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية-المؤسسة العمومية للصحة الجوارية أنموذجاً-، ملتقى الإبداع والتغيير في المنظمات الحديثة، جامعة سعد دحلب، البلدية، يومي 18-19 ماي 2011، ص3.

⁹ سيد محمد جاد الرب، السلوك التنظيمي موضوعات وتراجم وبحوث إدارية متقدمة، مطبعة العشري، جمهورية مصر العربية، 2005، ص 642.

¹⁰ حليلة درياس، نحو أسس جديدة لإستراتيجية التغيير على مستوى التنظيم الإداري الصحي، مذكرة لنيل شهادة ما بعد التدرج، تخصص إدارة أعمال المنظمات الصحية، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، 2000-2001، ص 2.

¹¹ عمر بزاره، مرجع سبق ذكره، ص50.

¹² عدنان مريزق، التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية-المؤسسة العمومية للصحة الجوارية أنموذجاً-، ملتقى الإبداع والتغيير في المنظمات الحديثة، جامعة سعد دحلب، البلدية، يومي 18-19 ماي 2011، ص3.

¹³ عمر بزاره، مرجع سبق ذكره، ص52.

¹⁴ سنوسي علي، مرجع سبق ذكره ، ص288.

¹⁵ Abdelhak Lamiri ; pour une réingénierie globale du système de santé publique, Elwatan Economie,2 février 2015.

¹⁶ Abdelhak Lamiri, **la décennie de la dernière chance émergence ou déchéance de L'économie algérien**, Chihab EDITION, 2013, P172.

¹⁷ بن عبد العزيز فطيمة، التغيير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية، الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة:دراسة وتحليل تجارب وطنية ودولية، جامعة سعد دحلب البلدية - الجزائر، 2011، ص17.

¹⁸ حنان عبد الرحيم الأحمدى، التحسين المستمر للجودة:المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية،مجلة الإدارة العامة،المجلد الأربعون،العدد الثالث،الرياض،أكتوبر 2000،ص 414.

¹⁹ محمد الطعمانة: إدارة الجودة الشاملة في القطاع الحكومي(حالة وزارة الصحة)أبحاث اليرموك،سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، الأردن، 2001، ص 52