



الموضوع

أثر إدارة الجودة على جودة الخدمات الصحية في المؤسسة
الاستشفائية من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين
(دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون بسكرة)

مذكورة مقدمة كجزء من متطلبات نيل شهادة الماستر في العلوم الاقتصادية

تخصص: إقتصاد وتسيير المؤسسات

الأستاذة المشرفة:

إعداد الطالب:

د / خير الدين جمعة

صالح حمزة

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

إهداء

إلى من علمني معنى الجد والصبر ودفعني إلى الرجوع للدراسة منبع الحب

والعطاء أمي الغالية

إلى قدوتي في الحياة منبع الحب والعطاء والدي رحمة الله عليه

إلى أعزها عندي في هذه الدنيا بنيتي سارة

إلى من شاركوني دفةء العائلة ونورها إخوتي الأحباء

إلى أصدقائي : من دفعة ثانية ماستر إقتصاد وتسيير المؤسسة وإلى أجد

الأصدقاء خارج مقاعد الدراسة

إلى كل من نسيتم بقلمي ولم أنسهم بقلبي إلى جميع هؤلاء

أهدي ثمرة جهدي المتواضع

شكر و تقدير

إن الحمد والشكر كله لله تعالى ،أحمده على نعمه علي ولطفه بي ،أن وفقني لإتمام هذا البحث الذي لم يكن لي يري النور لولا توفيقه.

أما بعد فلا يسعنا إلا أن نتقدم بالشكر والتقدير إلى أستاذتنا المشرفة الدكتورة - خير الدين جمعة - بقبولها الإشراف على هذا البحث وعلى إهداء نصائحها وإبراء ملاحظاتها القيمة وبذل عنايتها للمساعدة والتوجيه ،فقد كان لتوجيهها السديد الأثر الكبير في إظهار هذه الرسالة المتواضعة على الشكل الذي هي عليه , أرجو لها دوام التوفيق والسداد .

و أشكر الأساتذة أعضاء اللجنة لقبولهم مناقشة وإثراء هذه الرسالة .

كما أتقدم بعبارات الشكر والتقدير إلى كل عمال المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون بسكرة, لاستقبالنا و منحهم لنا يد العون و المساعدة, وعلى كافة الإرشادات و النصائح المقدمة.

وإلى كل من كان لهم الفضل في مساعدتي على انجاز هذا البحث.

ملخص الدراسة

تعد إدارة الجودة أسلوباً إدارياً مهماً في المؤسسات الصحية من خلال ما حققه هذا الأسلوب من نجاحات في الإدارة ، بحيث يشمل هذا الأسلوب وصف تقديم الخدمات الصحية وإجراء التعديلات والاقتراحات التي تساعد على تحسين جودة الخدمات الصحية بشكل مستمر .

انطلاقاً من هذا تحاول هذه الدراسة إبراز أثر إدارة الجودة على جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية .

ومن أجل الإلمام بالموضوع تضمنت الدراسة فصلين ، حيث تناول الفصل الأول من حيث الجانب النظري إدارة الجودة وكذلك جودة الخدمات الصحية ما بين تعريفهما وأبعادهما و الأهمية ، أما الفصل الثاني فتناول الجانب التطبيقي لدراسة الأثر في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون، حيث اعتمد الباحث على دراسة آراء مقدمي الخدمات من سلك شبه الطبيين حول مدى توفر أبعاد جودة الخدمة في المؤسسة الاستشفائية ، والتي خلصت إلى وجود أرضية تسمح بتفعيل إمكانية تطبيق إدارة الجودة في المؤسسة محل الدراسة ، وبالتالي تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة ، ثم الخروج بالنتائج والتوصيات التي اقترحتها الدراسة.

الكلمات الرئيسية: إدارة الجودة / المؤسسة الاستشفائية / جودة الخدمة الصحية / مقدمي الخدمات .

Résumé

La gestion de la qualité est une méthode de gestion importante dans les établissements de santé et cela au succès de cette méthode administrative, y cette méthode englobe aussi la prestation de services de santé et donner des modifications et des suggestions pour améliorer la qualité des services de santé et assurer la continuité sur cette base, cette étude tente de mettre en évidence l'impact de la gestion de la qualité meilleure des services de santé dans l'établissement hospitalier Le premier chapitre traite du point de vue théorique la gestion de la qualité ainsi que de la qualité des services de santé entre leurs définitions et leurs dimensions et son importance. Le deuxième chapitre traite de l'aspect pratique de l'étude d'impact dans l'établissement spécialisé en ophtalmologie. Chercheure c'est basées sur les avis des prestataires du corps paramédical sur la disponibilité des dimensions de qualité de service dans l'établissement hospitalier, qui a conclu qu'il y a un plancher qui permet la mise en œuvre de la gestion de la qualité dans l'établissement lieu d'étude on améliorant étudiée, améliorant ainsi la qualité des services de santé T suggéré par l'étude

Mots-clés: Gestion de la qualité / l'établissement hospitalier / Qualité de service / Fournisseurs de services.

فهرس المحتويات

الصفحة

الموضوع

ملخص الدراسة.

قائمة الجداول.

جدول الأشكال.

قائمة الملاحق.

أ- د مقدمة

الفصل الاول :الإطار النظري لإدارة الجودة وجودة الخدمات الصحية

02 تمهيد

03 المبحث الأول : إدارة الجودة

03 المطلب الأول : تعريف إدارة الجودة

03 أولا:التعريف

04 ثانيا :مراحل تطور إدارة الجودة

06 ثالثا :تعريف إدارة الجودة

09 رابعا :أهداف وفوائد تطبيق إدارة الجودة.

10 المطلب الثاني :رواد إدارة الجودة

10 أولا : إدوارد ديمنج.

12 ثانيا : جوزيف جوران Joseph Juran.

13 ثالثا : فيليب كروسبي philip Grosby

13 المطلب الثالث : مبادئ إدارة الجودة.

14 أولا : إلتزام الإدارة العليا.

14 ثانيا : التركيز على الزبون.

15 ثالثا : التحسين المستمر.

16 رابعا : مشاركة العاملين وتفويض الصلاحية.

18 خامسا :التدريب والتطوير.

19 سادسا : التخطيط الإستراتيجي.

19 سابعا :إتخاذ القرارات على أساس حقائق.

20 المطلب الرابع :مراحل تطبيق إدارة الجودة

20 أولا :مرحلة الأولى : التهيئة والإعداد.

20 ثانيا :المرحلة الثانية: الدراسة والتخطيط.

20 ثالثا :المرحلة الثالثة : التقييم.

21 رابعا :المرحلة الرابعة : التنفيذ

21	..... المرحلة الخامسة : تبادل ونشر الخبرات
22	..... المبحث الثاني : ماهية جودة الخدمات الصحية
22	..... المطلب الأول : تعريف الخدمات وخصائصها
22	..... أولاً : مفهوم الخدمة
23	..... ثانياً : خصائص الخدمات
24	..... المطلب الثاني : ماهية الخدمات الصحية
24	..... أولاً : تعريف الخدمات الصحية
25	..... ثانياً : أسس الخدمات الصحية
27	..... ثالثاً : أنواع الخدمات الصحية
29	..... رابعاً : خصائص الخدمات الصحية
30	..... المطلب الثالث : جودة الخدمات الصحية
31	..... أولاً : مفهوم جودة الخدمات الصحية
32	..... ثانياً : أبعاد جودة الخدمات الصحية
36	..... ثالثاً : قياس جودة الخدمات الصحية
41	..... المبحث الثالث : مساهمة إدارة الجودة في تحسين جودة الخدمات الصحية والدراسات السابقة
41	..... المطلب الأول : أهمية اعتماد إدارة الجودة في المؤسسات الاستشفائية
41	..... أولاً : نمو مجال الخدمة
41	..... ثانياً : إزدياد المنافسة
41	..... ثالثاً : الفهم الأكبر للزبائن
42	..... رابعاً : المدلول الإقتصادي لجودة خدمة الزبون
42	..... المطلب الثاني : خطوات إدخال إدارة الجودة في المؤسسات الاستشفائية
42	..... أولاً : تعريف إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية
43	..... ثانياً : مراحل التحول إلى إدارة الجودة في المؤسسات الاستشفائية
45	..... المطلب الثالث : فوائد تطبيق إدارة الجودة على جودة الخدمات الصحية
45	..... أولاً : جودة الخدمة الصحية المقدمة
45	..... ثانياً : رضا العملاء (المرضى والمرتفقين)
46	..... ثالثاً : رفع معنويات العاملين
46	..... رابعاً : كفاءة التشغيل
47	..... خامساً : القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية
47	..... سادساً : الحد من تكرار العمليات
47	..... المطلب الرابع : دراسات سابقة
47	..... أولاً : الدراسات العربية
52	..... ثانياً : دراسات أجنبية

الفصل الثاني: الإطار التطبيقي لإدارة الجودة على جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية

المتخصصة في طب العيون بسكرة، من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين

56	تمهيد
57	المبحث الأول : التطور التاريخي للقطاع الصحي مع تقديم عام للمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة
57	المطلب الاول : التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر.....
57	أولا: تاريخ المنظومة الصحية في الجزائر.....
58	ثانيا : التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر.....
61	ثالثا : هيكلية النظام الصحي في الجزائر.....
64	المطلب الثاني : نشأة المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة
64	أولا:التعريف بالمؤسسة الاستشفائية (نشاطها ، موقعها ، أصل ملكية الوحدة)
64	ثانيا :تقديم المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون بسكرة ومهامها.....
66	ثالثا : الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية.....
68	المطلب الثالث : الموارد البشرية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون.....
69	أولا: سلك الأطباء والنفسانيين.....
69	ثانيا : سلك الشبه طبيين.....
70	ثالثا : سلك الإداريين والتقنيين.....
70	رابعا : سلك العمال المهنيين وسائقي السيارات.....
71	المبحث الثاني : الإطار المنهجي للدراسة.....
71	المطلب الأول : مجتمع وعينة الدراسة.....
71	أولا:مجتمع الدراسة.....
71	ثانيا :عينة الدراسة.....
72	ثالثا: ادوات المستخدمة في تحليل نتائج الدراسة.....
72	المطلب الثاني: الأدوات المستخدمة في الدراسة.....
72	اولا : الاستبانة
73	ثانيا : أدوات المستخدمة في تحليل نتائج الدراسة.....
73	المطلب الثالث :ثبات وصدق أداة الدراسة.....
73	أولا : ثبات أداة الدراسة.....
74	ثانيا : صدق أداة الدراسة.....
77	ثالثا: إحتبار التوزيع الطبيعي من خلال معامل الإلتواء والتفرطح.....
78	المبحث الثالث:تحليل وتفسير نتائج الدراسة.....

78	المطلب الأول : خصائص مجتمع الدراسة.....
81	المطلب الثاني: عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية.....
81	أولا: التحليل الإحصائي الوصفي للبيانات.....
82	ثانيا: تحليل اتجاهات أفراد المعينة نحو محاور الدراسة.....
85	ثالثا: إختبار مستوى متغيرات الدراسة في المؤسسة الاستشفائية.....
86	المطلب الثالث : إختبار فرضيات الدراسة.....
86	أولا : مدى ملائمة النموذج لإختبار الفرضية الرئيسة للدراسة.....
86	ثانيا : اختبار علاقة الارتباط بين متغيرات الدراسة بمعامل بيرسون Pearson.....
87	ثالثا: تحليل علاقات الأثر لإختبار فرضيات الدراسة.....
91	المطلب الرابع: تفسير نتائج الدراسة المتعلقة بإختبار الفرضيات.....
91	أولا: تفسير النتائج المتعلقة بالفرضيات الفرعية للدراسة.....
94	ثانيا: تفسير النتائج المتعلقة بالفرضية الرئيسية للدراسة.....
95	خلاصة الفصل الثاني.....
97	الخاتمة
101	قائمة المراجع
107	الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	جدول رقم (01) مقارنة بين إدارة الجودة والإدارة التقليدية	08
02	جدول رقم (02) أبعاد جودة الخدمة بالمؤسسات الاستشفائية	35
03	جدول رقم (03) يوضح انشاء مصالح ووحدات المكونة للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة	65
04	جدول رقم (04) يبين عدد أفراد سلك الأطباء والنفسانيين	69
05	جدول رقم (05) يبين عدد أفراد سلك الشبه طبيين	69
06	جدول رقم (06) يبين عدد أفراد سلك الإداريين والتقنيين	70
07	جدول رقم (07) يبين عدد أفراد سلك العمال المهنيين وسائقي السيارات	70
80	جدول رقم (08) يوضح الاستبيانات الموزعة على عينة العاملين	71
09	جدول رقم (09) يبين الدرجات وفق مقياس ليكرت	73
10	جدول رقم (10) : أبعاد إستبيان الدراسة	73
11	جدول رقم (11): معاملات ثبات متغيرات الدراسة	74
12	جدول رقم (12): معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات المحور الأول والدرجة الكلية له .	75
13	الجدول رقم (13): معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات البعد الأول للمحور الثاني والدرجة الكلية له	75
14	الجدول رقم (14): معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات البعد الثاني للمحور الثاني والدرجة الكلية له.	76
15	الجدول رقم (15): معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات البعد الثالث للمحور الثاني والدرجة الكلية له	76
16	الجدول رقم (16): معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات البعد الرابع للمحور الثاني والدرجة الكلية له	76
17	الجدول رقم (17): معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات البعد الخامس للمحور الثاني والدرجة الكلية له	77
18	جدول رقم (18): يوضح معاملي الإلتواء والتفرطح لأبعاد متغيرات الدراسة	77
19	جدول رقم (19): الخصائص الديموغرافية لأفراد عينة الدراسة (الجنس، السن، التحصيل العلمي، عدد سنوات الخبرة، التخصص الوظيفي).	78
20	جدول رقم (20): تدرج المقياس الخماسي وقيم المتوسطات الحسابية	81
21	جدول رقم (21): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعبارات المحور الأول .	82
22	جدول رقم (22): يوضح الإجابة عن تساؤلات البعد الأول (الإعتمادية).	83
23	جدول رقم (23): يوضح الإجابة عن تساؤلات البعد الثاني (الإستجابة).	83
24	جدول رقم (24): يوضح الإجابة عن تساؤلات البعد الثالث (الضمان).	84
25	جدول رقم (25): يوضح الإجابة عن تساؤلات البعد الرابع (الملموسية).	84
26	جدول رقم (26): يوضح الإجابة عن تساؤلات البعد الخامس (التعاطف).	85
27	جدول رقم (27): إختبار إتجاهات العينة.	85
28	جدول رقم (28): نتائج تحليل التباين للإنحدار للتأكد من صلاحية النموذج لإختبار الفرضية الرئيسية.	86
29	جدول رقم (29): يوضح معاملي الإرتباط بيرسون.	87

88	جدول رقم(30):نتائج تحليل الإنحدار لإختبار الفرضية الفرعية الأولى للدراسة	30
88	جدول رقم(31):نتائج تحليل الإنحدار لإختبار الفرضية الفرعية الثانية للدراسة	31
89	جدول رقم(32):نتائج تحليل الإنحدار لإختبار الفرضية الفرعية الثالثة للدراسة	32
90	جدول رقم(33):نتائج تحليل الإنحدار لإختبار الفرضية الفرعية الرابعة للدراسة	33
90	جدول رقم(34):نتائج تحليل الإنحدار لإختبار الفرضية الفرعية الخامسة للدراسة	34
91	جدول رقم(35):نتائج تحليل الإنحدار لإختبار الفرضية الرئيسية للدراسة	35

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
ب	شكل رقم (01) نموذج الدراسة	01
15	شكل رقم (02) يوضح رضا الزبون حسب تيبولTeboul	02
33	شكل رقم (03) نموذج تكميلي لجودة الخدمة الصحية	03
46	شكل رقم (04) نتائج تقييم الخدمة	04
67	شكل رقم (05) الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون	05
79	الشكل رقم (06): توزيع الجنس	06
79	الشكل رقم (07): توزيع السن	07
80	الشكل رقم (08): شكل يوضح سنوات الخبرة	08
80	الشكل رقم (09): شكل يوضح المستوى الدراسي	09
81	الشكل رقم (10): شكل يوضح توزيع رتبة العينة	10

قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	الرقم
107	أداة الدراسة - الاستبيان -	01
111	قائمة المحكمون للاستبيان	02

مقدمة

مقدمة :

يعد الارتقاء بالمستوى الصحي للمواطنين هدفا رئيسيا بالنسبة لأي دولة في خططها التنموية الاجتماعية والاقتصادية، والذي أسهم في نقل المستشفيات من إطارها القديم المتمثل في كونها مجرد مكان يمارس فيه الطبيب مهنته ليأخذ إطار اشمل في الكيفية التي تقدم بها الخدمة الصحية لطالبيها سواء من المرضى أو غير المرضى ، فضلا عن تخطيط وتنفيذ برامج التطوير والبحث ، إلى جانب وضع معايير للرقابة على جودة الخدمات المقدمة .

ولأن المستشفى وسيلة مهمة من الوسائل التي تسهم في تحقيق التنمية الاجتماعية ، فقد زاد الاهتمام على الصعيد العالمي بإنشاء المستشفيات والإنفاق عليها ، ويتم ذلك عن طريق إسهام الهيئات والجمعيات الخيرية والقطاع الخاص في دول أخرى ، وتعد المستشفيات الحكومية من أهم الأنواع انتشارا في عالم اليوم والتي ترجع ملكيتها للدولة ، ويدخل تحت هذا التصنيف المستشفيات الجامعية ، ولما كانت الأموال التي تنفق في هذا المجال كبيرة ، تعين الحرص على أن تكون الخدمة الطبية المقدمة ذات جودة ومستوى عال يتناسب مع هذه النفقات ، وهو أمر يتأتى بتأمين كفاءات إدارية مؤهلة تأهيلا جيدا ، لضمان الاستفادة القصوى من الإمكانيات ، إن أداء المؤسسة وأنشطتها قد تتأثر وتتشكل نتيجة للقوى المحيطة بها .

تواجه المؤسسات الاستشفائية الجزائرية كغيرها من المؤسسات الاستشفائية في مختلف دول العالم تحولات كبيرة ، حيث إن الخدمات الصحية تتقدم بتقدم التقنيات الطبية وتطورها ، وباعتبار المؤسسات الاستشفائية العمومية الجهة الوحيدة التي تقدم خدمات شبه مجانية للمواطنين ، فهي مطالبة بتبني مناهج إدارية حديثة لتحسين جودة خدماتها والارتقاء بها إلى المستوى المطلوب¹ . لأنها من أكثر المؤسسات حساسية للجودة، حيث أنها تهتم بتقديم خدمات لأعلى ما تمتلكه المجتمعات ، وهو الإنسان .

كما تشهد هذه المؤسسات تغييرا ملحوظا في سلوك المستفيدين من الخدمات الصحية تتمثل في الرغبة في المشاركة في حيثيات الرعاية الصحية والمطالبة بتحسين جودتها ، فلقد بينت بعض الدراسات أن بعض المشاكل التي تواجهها هذه المؤسسات الاستشفائية ناتجة من عدم مجارات الأساليب الحديثة للتسيير وضعف الرقابة الجادة من قبل الإدارة، وضعف أنظمة التحفيز .

إن نجاح أي مؤسسة يعتمد بشكل أساسي على قدرة إدارتها على تفسير وتحليل المتغيرات المحيطة ودقة الاستجابة لها والعمل على تشخيصها لمعرفة ما يواجهها من فرص وتحديات في مجال الخدمة الصحية المقدمة.

1. إشكالية الدراسة

وإنطلاقا من هذا التقدم العام فإن منهج التسيير الحديث لإدارة الجودة في المؤسسات الاستشفائية يساعد في تحديد الإمكانيات المادية والبشرية المهدورة، وبالتالي معالجة طرق تسييرها، والتخلص من الهدر واستغلالها أحسن استغلال ، كما لوحظ أن المؤسسات التي طبقت هذا النوع من التسيير استطاعت تحقيق متطلبات ورضا متلقي الخدمة ، من خلال تحسين أسلوب العمل والظروف المحيطة به .

من خلال ماسبق وجب التفكير بإعتماد منهج التسيير الحديث لإدارة الجودة للعمل به بالمؤسسات الاستشفائية الذي يؤدي إلى إدخال الرضا في نفس مرتفقى المؤسسات الاستشفائية ، وجعل الخدمة أسهل وصولا إليها .

وعلى ضوء ما سبق ، تبرز مشكلة الدراسة التي نطرحها في السؤال التالي:

❖ هل يوجد أثر لإدارة الجودة على جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة من وجهة نظر

أسلاك شبه الطبيين ؟

ينبثق منها التساؤلات الفرعية التالية :

¹شرف الدين زديرة ، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية (دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية) ، رسالة دكتوراه تخصص مناجمت المنظمات، جامعة بسكرة ، 2017.

- هل يعتبر مقدم الخدمة هو الطرف الأساسي في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية ؟

- هل تقدم الخدمات الصحية المطلوبة من طرف المرتفقين في الوقت المناسب ؟

- هل توفر إدارة الجودة نوع من الوثوقية بين طالب الخدمة الصحية والقائمين على تقديمها ؟

- هل لتوفر الإمكانيات المادية اللازمة دور في التأثير على جودة الخدمات الصحية داخل المؤسسة الاستشفائية؟

- هل يبدي مقدم الخدمة نوع من التعاطف إتجاه مشاكل وإحتياجات المرضى ؟

- ما مستوى إدارة الجودة وجودة الخدمات الاستشفائية بالمؤسسة محل الدراسة؟

- هل توجد علاقة بين إدارة الجودة وجودة الخدمات الاستشفائية بالمؤسسة محل الدراسة؟

فرضيات الدراسة : على ضوء الإشكالية المطروحة تمت صياغة الفرضية الرئيسية التالية :

❖ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة على جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين .

ينشق منها الفرضيات الفرعية التالية :

- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الإعتمادية في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين.

- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الإستجابة في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين.

- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الضمان في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين.

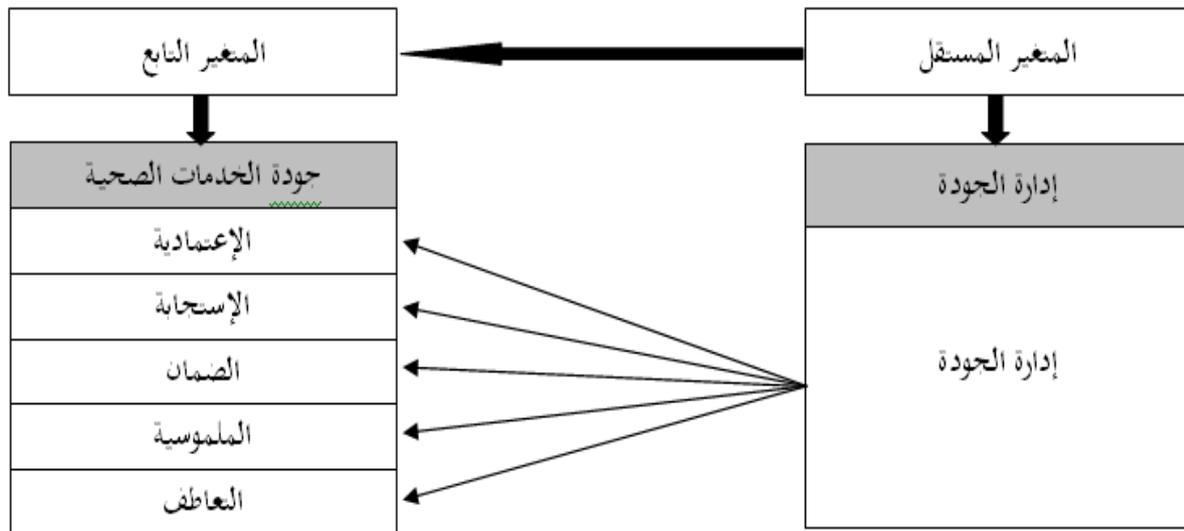
- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الملموسية في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين .

- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة على التعاطف في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين .

2. نموذج الدراسة : تم تصميم نموذج الدراسة في ضوء الإشكالية وفرضياتها، والعلاقة بين المتغير المستقل المتمثل في إدارة الجودة

ومتغير تابع جودة الخدمات الصحية والتي سوف نعرضها في الشكل الموالي.

شكل رقم (1) نموذج الدراسة



المصدر : من إعداد الطالب

3. أهمية الدراسة :

- يستمد هذا البحث أهميته من أهمية قطاع الصحة في المجتمع ، كونه يهتم بأعلى عنصر من عناصر الإنتاج والمتمثلة في الإنسان ، بالإضافة أنه يتزامن مع جهود الدولة في تحسين خدمات المقدمة ، والمتمثلة في إصلاح النظام الصحي بكل ما يتضمن من ملفات .
- كون إدارة الجودة من أهم المداخل الإدارية الحديثة والتي تحظى باهتمام كبير من العديد من المؤسسات والمنظيرين الذين يحاولون إيجاد أساليب جديدة لتطوير العمل التسييري .
- كما تكمن أهمية البحث فيما يمكن أن تقدمه إدارة الجودة في مجال تحسين نوعية الخدمات المقدمة من طرف المؤسسات الاستشفائية

4. أهداف البحث :

سنحاول في هذا البحث تحقيق جملة من الأهداف :

- محاولة التعريف بأهمية إدارة الجودة في المؤسسات الاستشفائية واثرها في تحسين جودة الخدمة الصحية.
- تحليل وتشخيص الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة الاستشفائية وتوضيح أهمية توفر مبادئ إدارة الجودة وأبعاد جودة الخدمة الصحية.
- محاولة التعرف على مدى إدراك مقدمي الخدمة الصحية لضرورة تبني إدارة الجودة كمنهج إداري جديد ، يمكن من خلاله تحقيق خدمات صحية تقارب المستوى المطلوب من طرف طالب الخدمة.

5. منهج الدراسة:

في إطار الإجابة عن إشكالية البحث الأساسية وأسئلتها الفرعية المنبثقة عنها قمنا بالمرج بين المنهج الوصفي والمنهج التحليلي، حيث يفترض التوجه التحليلي للبحث العلمي أن الحقيقة مجهولة بطبيعتها ولا يمكننا التمكن منها بطريقة تامة، لكن هذه الحقيقة مرتبطة بتصور وبالقدرات الفكرية للباحث. فهي إذن حقيقة نسبية لأنها ناتجة عن المعنى الذي يقدمه الفرد للظاهرة المدروسة. أما في النموذج الوصفي تكون المعرفة موحودة بذاتها، قابلة للملاحظة وقابلة للقياس، لها علاقات محددة وقابلة للتوقع بينها باعتبارها وصف لواقع ثابت.

6. حدود الدراسة :

- **المجال المكاني :** بالنظر لكون قطاع الصحة في الجزائر يضم أكثر من 558 مؤسسة استشفائية إلى غاية تاريخ جانفي 2016¹ مقسمة بين مراكز استشفائية جامعية، مؤسسات استشفائية متخصصة، مؤسسات عمومية للصحة الجوارية، وبالنظر إلى كون عنوان بحثنا أثر إدارة الجودة على جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية ، فقد كان إختيار عينة الدراسة على المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في طب العيون بسكرة .

تجدر الإشارة إلى أننا اعتمدنا على برنامج الحزمة الإحصائية في العلوم الإجتماعية الإصدار 19 (SPSS.19) في الحصول على النتائج وإجراء الاختبارات الإحصائية الضرورية .

¹ بن فرحات عبد المنعم ، انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات ، دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة ، رسالة دكتوراه ، تخصص إقتصاد وتسيير المؤسسات ، جامعة بسكرة، 2018، ص133.

ولإستكمال هذا البحث اعتمدنا على مجموعة متنوعة من المراجع باللغة العربية واللغات الأجنبية ، واستعنا بالمجلات والدوريات ، والمصادر الرسمية كالقوانين والمراسيم .

- **المجال البشري :** بعد تصميم الإستبيان وتحكيمة من طرف بعض الأساتذة و نواب مدراء بالمؤسسات الصحية، قمنا بتوزيع الإستمارات الاستبائية على مقدمي الخدمة من سلك شبه الطبيين (ممرضين ، محضر صيدلي ، مخبري، مساعد تمريض، مختص في حفظ الصحة، ممرض) لهاته المؤسسة لإستقصاء آرائهم حول إدارة الجودة وأثرها على جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في طب العيون بسكرة في أواخر شهر أفريل 2018 تم إسترجاعها في النصف الأول من شهر ماي 2018.

- **المجال الزمني :** تناولنا في هذا البحث في إطاره النظري من بداية سنة 1962 إلى غاية إعلان المصادقة على مشروع قانون الصحة الجديد في منتصف 2018، أما الإطار التطبيقي فكان خلال المدة المحصورة ما بين النصف الأخير من أفريل 2018 إلى النصف الأول من شهر ماي لنفس السنة .

أسباب اختيار البحث :

- أسباب ذاتية :

- كوني موظفا بمؤسسة استشفائية ، ما دفعني في البحث عن أهم أسباب تديني جودة الخدمات الصحية.
- تنقل المرضى بأعداد متزايدة للعلاج في دول شقيقة أقل قدرة اقتصادية ومالية من الجزائر.

- أسباب علمية :

- أهمية المؤسسات الاستشفائية بالنسبة للمجتمع لما لها من تأثير على العنصر البشري ، والذي يعتبر أساس التنمية في جميع المجالات.
- المؤشرات الصحية في الجزائر ، والتي تنذر بوجود مشاكل يجب علاجها .
- المشاكل التي تعاني منها المؤسسات الاستشفائية في تقديم الخدمات ، التي لا تحض برضا الزبون ، وتذمر دائم بسبب سوء الخدمات المقدمة .
- الإهتمام الكبير للحكومة الجزائرية بقطاع الصحة ، وما تنفقه من أموال كبيرة عليه دون تحقيق رضا الزبون .

7. هيكل الدراسة:

من اجل طرح موضوع البحث بشكل منظم ومن أجل الإجابة عن الإشكالية المطروحة قمنا بتقسيم الدراسة إلى ، مقدمة وفصلين وخاتمة .

جاء في الفصل الأول الإطار النظري لإدارة الجودة وجودة الخدمات الصحية ، حيث سوف نتطرق في المبحث الاول لإدارة الجودة ويدرس المبحث الثاني ماهية جودة الخدمات الصحية ، التعريف ، الأنواع ، الأبعاد بينما نتطرق في المبحث الثالث إلى مساهمة إدارة الجودة في تحسين جودة الخدمات الصحية والدراسات السابقة حيث نعدد فيه جملة من النقاط مثل فوائد تطبيق إدارة الجودة في المؤسسة الاستشفائية ، والدراسات السابقة .

كما سنتناول في الفصل الثاني الإطار التطبيقي لأثر إدارة الجودة على جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة، وسوف نتطرق فيه إلى المبحث الخاص بالتطور التاريخي للقطاع الصحي مع تقديم عام للمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة ، وكمبحث ثاني الإطار المنهجي للدراسة، ومبحث ثالث نقوم بتحليل وتفسير نتائج الإستبيان.

الفصل الاول :الإطار النظري لإدارة الجودة

وجودة الخدمات الصحية

تمهيد :

كانت المستشفيات وما تزال أحد أهم وأكبر مكونات النظام الصحي التي تقدم الخدمة الصحية في المجتمعات. وقد اهتمت المجتمعات عبر التاريخ وما تزال بإنشاء وإدامة المستشفيات من قبل مختلف القطاعات والهيئات الحكومية والأهلية والخيرية. ونظراً لما يتوافر للمستشفيات من إمكانات مادية وفنية وتكنولوجية وبشرية ضخمة ومرتفعة الكلفة، ازداد الاهتمام والتركيز على المستشفيات وإدارتها وتشغيلها من قبل الجهات الممولة لها والجهات المستفيدة من خدماتها والجهات المتعاملة معها بهدف ضمان كفاءة وفعالية استعمال هذه الموارد الضخمة وبما يحقق الهدف الأساسي من وجودها وهو تقديم خدمات استشفائية ذات جودة عالية وبأقل كلفة ممكنة. ومن هنا جاء الاهتمام والتركيز على إدارة المستشفيات لضمان حسن سير العملية الإدارية فيها وسلامة ورشادة استعمال الموارد المتاحة لها والتي تتصف بالندرة والمحدودية وارتفاع التكلفة.

من خلال هذا الفصل سنتطرق للمباحث التالية :

- المبحث الأول : إدارة الجودة.
- المبحث الثاني : ماهية جودة الخدمات الصحية .
- المبحث الثالث : مساهمة إدارة الجودة في تحسين جودة الخدمات الصحية والدراسات السابقة.

المبحث الأول : إدارة الجودة .

تعد إدارة الجودة من المواضيع الهامة التي حظيت باهتمام كبير في بيئة المؤسسات الحديثة ، ويتم تطبيقها في العديد من المؤسسات العالمية ، من أجل تطوير وتحسين منتجاتها وخدماتها ، والمساعدة في مواجهة التحديات ، وكسب رضا العملاء الداخليين والخارجيين

المطلب الأول : تعريف إدارة الجودة

قبل أن نتطرق لمفهوم إدارة الجودة يجدر بنا ان نتطرق لتعريف الجودة والمرور على التطور التاريخي .

أولاً:التعريف

لقد جرت محاولات عديدة لتقديم تعريف الجودة ، وكانت كل من التعريفات التي نتجت عن هذه المحاولات تتولى إبراز سمة معينة تقوم بالتمحور حولها . وبصرف النظر عن الاختلافات التي أبرزتها تلك المحاولات ، إلا أن هناك بعض التعريفات التي فرضت نفسها على الفكر الإداري وذلك لما اتصفت به من موضوعية وتعبير دقيق للمفهوم .

1. يعرف المفهوم التقليدي على أنها " مجموعة من الصفات والخصائص التي يجب ان تتوفر في المنتج وبما يتطابق مع صفات وخصائص وضعت لهذا المنتج سابقا في معظم الأحيان فإن هذه الخصائص والصفات تتحدد من قبل المنتج لظروفه وموارده واعتباراته الإنتاجية .¹

2. يعرف Connel الجودة بأنها المتانة والأداء المتميز للمنتج بينما يرى Baker and Abou zeid أن الجودة هي جعل السلعة أكثر قدرة على الأداء المتميز في السوق ويعرفها المكتب القومي للتنمية الاقتصادية ببريطانيا NEDO بأنها الوفاء بمتطلبات السوق من حيث التصميم والأداء الجيد وخدمات ما بعد البيع.²

3. الجودة حسب الجمعية الأمريكية لضبط الجودة: هي مجموعة من المزايا وخصائص المنتج أو الخدمة القادرة على تلبية حاجات المستهلكين .

4. الجودة حسب مواصفات القياسة ISO9000 لعام 2000 :الجودة هي مجموع الصفات المميزة للمنتج (أو النشاط أو المؤسسة أو الشخص) التي تجعله ملبياً للحاجات المعلنة والمتوقعة أو قادراً على تلبيةها .

5. الجودة حسب David Garvin: لقد قام بجمع كل المفاهيم المتعلقة بالجودة وحددها بأربعة مداخل أساسية في كتابه Managing Quality في عام 1988 وتمثل هذه المداخل في :

✓ مدخل التفوق : يقصد بالجودة وفق هذا المدخل بأنها ملائمة المنتج ، أي قدرة أداء المنتج للإستخدام وفقاً للمواصفات التي تحقق رضا المستهلك ، أو تقديم أداء أفضل .

✓ مدخل الإنتاج : تعرف الجودة وفق هذا المدخل بأنها مدى مطابقة المنتج للمقاييس والمواصفات أو الخصائص المحددة من طرف المنتج .

¹محمد الصيرفي ، سلسلة التدريب الإداري للجودة الشاملة طريقك للحصول على شهادة الإيزو ، مؤسسة حورس الدولية للطباعة والنشر والتوزيع ، مصر ، 2005، ص 18.

²جباري فادية ، تأثير جودة الخدمة على رضا العميل دراسة حالة الوكالة التابعة للمديرية الجهوية للشركة الجزائرية للتأمينات تلمسان ، مذكرة لئيل شهادة الماجستير ، تخصص تسويق ، جامعة أبو بكر بلقايد ، تلمسان ، ص 7 ، السنة الجامعية 2011

✓ مدخل التقدم: تعرف الجودة بأنها إرضاء توقعات المستهلك ، وبأنها درجة التوافق والإعتمادية التي تتناسب مع السوق والتكلفة بمعنى المطابقة لإحتياجات.

✓ مدخل القيمة: الجودة تتمثل في العلاقة بين الجودة والتكلفة اما بالنسبة للمستهلك فإنها تعني العلاقة بين الجودة والسعر فالمنتج ذو الجودة العالية هو ذلك المنتج الذي يلبي الحاجات بسعر معقول بالنسبة للمستهلك أو يكلفه مقبولة بالنسبة للمنتج.¹

ثانيا :مراحل تطور إدارة الجودة

من البداهي أن النهج الإداري الحديث المتمثل بإدارة الجودة الشاملة ، لم يأت من فراغ بل نتيجة تطور مفاهيم الإدارة العلمية ، ليتماشى مع التطورات السريعة والكبيرة للعلم والتكنولوجيا التي يشهدها العالم اليوم من جانب ، والتجاوب مع المتطلبات والإحتياجات السلعية والخدمية من جانب آخر .

تتميز أغلب أدبيات الفكر الإداري بين خمس مراحل ، توجت المرحلة الأخيرة بإدارة الجودة الشاملة وقد كان للدين الإسلامي نصيب وافر في التأكيد على جودة المنتج وإتقان الأعمال وإحقاق الحقوق للعاملين حيث نجد هذا التأكيد في آيات القرآن والاحاديث النبوية ، منها قوله تعالى (صنع الله الذي أتقن كل شئ خلقه) (النمل 88) والآية الكريمة (الذي أحسن كل شئ خلقه) (السجدة 7) ، كما أن الحضارة العربية الإسلامية تمدنا بالشواهد الكثيرة وفي مختلف المجالات على إهتمام المسلمين بإتقان الاعمال وجودتها ويمكن تلخيص هذه المراحل كما يلي :

1. مرحلة الفحص والتفتيش .

تركزت هذه المرحلة على التأكد من مدى مطابقة المنتج للمواصفات الموضوعية وضمان منع وصول وحدات معينة للزبون ، وهو ما أدى إلى حتمية فحص المنتجات النهائية بهدف إيجاد المعيب منها ويمكن إنجاز اهم خصائص هذه المرحلة فيما يلي :

✓ تحدد مفهوم الجودة في هذه المرحلة على أنه مطابقة المنتج للمواصفات .

✓ قد لا تكون المنتجات التي تم إنتاجها تفي بإحتياجات الزبون لأن تصميم المنتج كان يقوده المنتجون أكثر مما يوجهه المستهلكون .

✓ استدعت هذه المرحلة الحاجة الملحة للتطوير والتحسين في عمليات التفتيش.²

أي أن عملية الفحص تتضمن الأنشطة المتعلقة بقياس واختبار وتفتيش المنتج وتحديد مدى مطابقة المنتج للمواصفات الفنية الموضوعية ، وبالتالي فإن المنتجات المطابقة للمواصفات الفنية يمكن تسليمها إلى العميل ، أما المنتجات غير المطابقة للمواصفات الفنية ، فإنها إن لم تلتف أو يعاد العمل عليها أو يتم بيعها بأسعار أقل .

وترتكز عملية فحص المنتج فقط على اكتشاف الأخطاء والقيام بتصحيحها، فالخطأ أو العيب أو التلف قد حصل فعلا، وعملية الفحص اكتشفت الخطأ ولكنها لم تقم بمنعه من الأساس.¹

¹مصباح عماد الدين، أهمية جودة الخدمة في تحقيق رضا الزبون دراسة حالة مكتب بريد رابح جدو بالخروب، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، تخصص تسويق ، جامعة منتوري ،قسنطينة ، 2012 ، ص 1،2 ،

²واله عائشة ، أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون مع حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية ،مذكرة لنيل شهادة الماجستير ، تخصص تسويق ، جامعة الجزائر 3 ، 2011 ، ص 53 ،

2. مرحلة مراقبة الجودة (1940-1960).

تميزت هذه المرحلة باستعمال الأساليب الإحصائية وتطويرها، في متابعة عملية الإنتاج، قصد الحصول على منتجات أكثر تماثل في خصائصها، ما أدى إلى تجاوز مرحلة تفتيش الجودة إلى مرحلة الرقابة على الجودة.

يقصد بمراقبة الجودة أنشطة وأساليب العمليات التي تستخدم لإتمام متطلبات الجودة، واتسمت هذه المرحلة ببناء أساليب إحصائية مستحدثة يمكن من خلالها أداء أنشطة مراقبة الجودة، إن التركيز على الإنتاج الكبير أدى إلى ظهور أساليب إحصائية وتطور استخدامها في مجال مراقبة الجودة، فخلال الحرب العالمية الثانية وضعت عدة معايير ومواصفات لتطبيق مراقبة الجودة الإحصائية في مجال صناعة الأسلحة بالولايات المتحدة الأمريكية.²

تميزت هاته الفترة بالإستخدام الواسع والكبير للمخططات الإحصائية في عمليات المنظمة ولا سيما الإنتاج والجودة كمخطط السبب - التأثير التي أثبتت كفايتها في تشخيص المشاكل. لقد إنصب التركيز في هاته الفترة على العمليات وكيفية إدارتها بكفاية وبالشكل الذي أدي إلى جعل الرقابة على العمليات مسؤولية لكل فرد في المنظمة .

وقد إستخدمت الأساليب العلمية في ضبط الجودة والعمليات وتشخيص المشاكل التي تحدث في أثناء عملية الإنتاج ، فأصبح أسلوب ضبط العملية إحصائيا الأسلوب الرئيس في الرقابة على العمليات بإعتباره مجموعة من الانشطة والتقنيات التي كانت تحدد فيما إذا كانت مخرجات عملية الإنتاج مطابقة للتصاميم.³

3. مرحلة تأكيد الجودة.

ظهر مفهوم تأكيد الجودة بشكل أساسي في فترة الستينات . وذلك مع تطور الأساليب الإحصائية واستخدامها في عمليات الفحص والمراقبة ، واشتداد حدة المنافسة . فهو نظام شامل للحصول على المستوى الأمثل للجودة يهدف في المقام الأول إلى تحقيق إنتاج بدون أخطاء . وفي المقام الثاني تقدم الإنذارات المبكرة للأسباب المؤدية إلى عدم الجودة ، وذلك من خلال إجراء رقابة شاملة على كافة العمليات ومراحل الإنتاج ، وتعاون مشترك بين جهود جميع الإدارات المعنية . وتحقيقا لشعار الإنتاج بدون أخطاء ، بتبني تأكيد الجودة تم استخدام عدد من المراجعات :

- ✓ مراجعات النظام : إجراءات العمل ، إجراءات الفحص ، والإختبار .
- ✓ مراجعات العمليات : وتعني فحص عمليات التصنيع ، وكذلك عمليات التصميم والشراء .
- ✓ مراجعة المنتج : وتعني مراجعات المواد الخام ، الموردين ، المنتجات النهائية ، عمليات إنتاج الخدمة.⁴

4 . مرحلة إدارة الجودة الإستراتيجية

وكانت بدايتها في بداية السبعينيات حين دخلت التجارة العالمية في حالة منافسة شديدة بين الشركات لكسب حصة أكبر من السوق ، ولاسيما المؤسسات اليابانية ، وقد اعتمدت شركة IBM إدارة الجودة الإستراتيجية لمواجهة الزحف الياباني ونفذت المعايير الاتية :

✓ إرضاء المستفيد وتلبية ما يريده .

¹ كحيلة نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، تخصص تسيير الموارد البشرية، جامعة منتوري قسنطينة، 2009، ص70.

² جباري فادية مرجع سابق، ص14.13.

³ محمد عبد الوهاب العزاوي، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري، عمان الأردن، 2005، ص 19

⁴ فائق أحمد أبو بكر ، موسى بنت محمد الزومان ، معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الأجهزة الحكومية ، معهد الإدارة العامة ، المملكة العربية السعودية ، 2007 ، ص 19 ، 20،

✓ الجودة مسؤولية الجميع من قمة الهرم التنظيمي حتى قاعدته .

✓ المطلوب تحقيق الجودة في كل شئ (الانظمة الثقافية ، التنظيمية ، الهيكل التنظيمي ،أساليب وإجراءات العمل) .

إن إدارة الجودة الإستراتيجية تركز على أن الجودة وإرضاء المستهلك هي الاساس الذي تقوم عليه استراتيجيات المؤسسات العالمية في الوقت الحاضر .¹

5. مرحلة إدارة الجودة الشاملة

طور الامريكويون إدارة الجودة الإستراتيجية لتصبح إدارة الجودة الشاملة في منتصف الثمانينات وسيلة دفاعية ضد غزو الصناعة اليابانية لأسواقها ، ويعتمد المدخل الشامل لإدارة الجودة على فلسفة أن تحقيق الجودة هو ناتج لجودة جميع جوانب وأنشطة العمل الرئيسية بالمنطقة بشكل مستمر .

فلقد قدم إيشكاوا Ishikawa الجودة الشاملة على أنها تتضمن جودة المنتج ، وجودة طريقة الأداء ، وجودة المعلومات وجودة العمليات الإنتاجية ، وجودة أماكن العمل ، وجودة الأفراد .²

ظهرت إدارة الجودة الشاملة كمدخل إداري يركز على الجودة التي تعتمد على مساهمة جميع أفراد المنظمة لتحقيق نجاح طويل الامد من خلال تحقيق رضا الزبون وتحقيق المنافع لجميع أفرادها وللمجتمع .³

ثالثا: تعريف إدارة الجودة .

1. تعتبر إدارة الجودة من أكثر المفاهيم الفكرية والفلسفية الرائدة التي إستحوذت على الإهتمام الواسع من قبل الإختصاصيين والباحثين ، وقد تعددت التعاريف التي أعطيت لهذا المفهوم .

✓ نظام قائم على التحسين المستمر لجميع مجالات العمل ، من تصميم المنتج أو الخدمة لاستخدامه من قبل عميل راضي.⁴

✓ تعرف بأنها نظام إداري يضع رضا الزبون على رأس قائمة الأولويات بدلا من التركيز على الأرباح ذات الامد القصير ، إذ أن هذا الإتجاه يحقق أرباحا على المدى الطويل أكثر ثباتا وإستقرارا بالمقارنة مع المدى الزمني القصير .

✓ كما يعرفها دليل إدارة الجودة الصادر عن وزارة الدفاع الأمريكية بأنها مجموعة من المبادئ الإرشادية والفلسفية التي تمثل التحسين المستمر لأداء المؤسسة من خلال إستخدام الأساليب الإحصائية والمصادر البشرية لتحسين الخدمات والمواد التي يتم توفيرها للمؤسسة ، وكل العمليات التي تتم في التنظيم والدرجة التي يتم فيها تلبية حاجات الزبون في الوقت الحاضر والمستقبل

✓ ويعرفها المعيار البريطاني بأنها فلسفة الإدارة وممارسات المؤسسة التي تهدف لإستخدام الموارد البشرية والمادية المتاحة للمؤسسة بالطريقة الأكثر فاعلية لإنجاز أهدافها .

✓ وتعرف بأنها إستراتيجية عمل ومبادئ إدارية وفنية تعتبر أساسا لعملية التطوير والتحسين المستمر في جميع نشاطات المؤسسة من خلال إستغلال الأساليب العلمية والكوادر البشرية المؤهلة بهدف تحقيق رؤية المؤسسة . فهي تعني الإسهام الفعال للنظام الإداري والتنظيمي بكافة عناصره في تحقيق الكفاءة الإستثمارية للموارد المتاحة من مادة أولية ومعدات وقوى بشرية ومعلوماتية

¹ مهدي صالح السامرائي ، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي ، دار جرير للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن ، 2007 ، ص، 47.

² فائق أحمد أبو بكر ، مرجع سابق ، ص، 20.

³ محمد عبد الوهاب العزاوي ، مرجع سابق ، ص، 21.

⁴ J .Kelad.les défis dela qualité totale ,Application dans les services publics,avril ,2001 ,p12.

وإدارة إستراتيجية ومعايير ومواصفات... الخ. بحيث تسهم جميعا في تحقيق الإشباع الأمثل للمستهلك الأخير من خلال تقديم السلع والخدمات بالمواصفات القياسية ذات النوعية الجيدة والسعر الذي يتلائم مع قدراته الشرائية.¹

✓ كما يمكن ببساطة وصف إدارة الجودة بأنها تطور كل عنصر من عناصر المؤسسة باستمرار لتحقيق مزايا العالم التنافسي والمحاولات الإجمالية الموحدة التي تم إنفاؤها لتحقيق هذا الإنجاز.²

ورغم إختلاف التعاريف السابقة ، إلا أنها إتفقت على أن إدارة الجودة هي مدخل جديد يتميز عن المدخل التقليدي للإدارة ، ولمزيد من التوضيح والتعريف بالمفهوم يعرض الشكل رقم 1 مقارنة بين إدارة الجودة والإدارة التقليدية (الممارسة الإدارية الأكثر شيوعا)

¹فاروق عزون ، دور إدارة الجودة الشاملة في تحقيق الميزة التنافسية المستدامة دراسة حالة بعض المؤسسات الاقتصادية الجزائرية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير ، تخصص إدارة الأعمال والتنمية المستدامة ، جامعة فرحات عباس ، سطيف ، 2015، ص 20 ، 21.

² Robyn Dawkins, Total Quality Management In Healthcare, Scientific research paper Management, Faculty England, 2002,p 4

جدول رقم (1) مقارنة بين إدارة الجودة والإدارة التقليدية

إدارة الجودة	الإدارة التقليدية	عناصر المقارنة
أفقي مسطح	هرمي	الهيكل التنظيمي
مؤسس ، غير مركزي ، مبني على البيانات والإجراءات العلمية والمشاركة التامة	غير مؤسس ، مركزي ، مبني على معرفة الافراد في قمة الهرم	اتخاذ القرار
البحث عن المشاكل التي تعيق التحسين المستمر وترقبها ، إتباع أسلوب الفعل لكشف المشاكل ومنعها قبل حدوثها	تجنب المشاكل وتفاديها ، وعدم محاولة إصلاح أى شئ إلا إذا تعطل تماما ، إتباع أسلوب رد الفعل والتفتيش	حل المشاكل
العمليات والإجراءات والنظام الإداري مصدر المشاكل ، لذلك فالمديرون يديرون العمليات الإدارية والنظام الإداري	العاملون هم مصدر المشاكل الإدارية دائما لذلك فالمديرون يديرون الأفراد	مصدر المشكل
لا يمكن تحمل أو قبول الأخطاء أو الإهدار أو إعادة الأعمال	يمكن التعامل معها وتحميلها لدرجة معينة ، والأخطاء عادة يتم إكتشافها وتصحيحها	الأخطاء والإهدار وإعادة الأعمال
تخطيط طويل الأجل	تخطيط قصير الاجل	التخطيط
تركيز داخلي وخارجي على العميل	تركيز داخلي على تحقيق نتائج سريعة	التركيز
تحسين مستمر	عندما تنشأ مشكلة أو حاجة للتحسين	جهود التحسين
المنتجات والخدمات يتم تحديدها وتصميمها من قبل فرق عمل ممكنة وفقا لمعلومات وبيانات تم جمعها من عملاء الداخل والخارج	المنتجات والخدمات يتم تحديدها وتصميمها من قبل الإدارات المختصة وفق لمعرفة الخبراء	تصميم المنتجات والخدمات
الافراد الذين يؤدون العمل يعرفونه أكثر ، لذلك فالعاملون يشاركون في تحسين الإجراءات والعمليات الإدارية	المديرون يعرفون أكثر ، والعاملون يستمعون للتعليمات وينفذونها حرفيا	المديرون والعاملون
تحسين الجودة يؤدي إلى زيادة الإنتاجية	هدفان متضاربان لا يمكن تحقيقها في ان واحد	الإنتاجية والجودة
الجودة مسؤولية الإدارة ، ويلقي اللوم على الإدارة والنظام المتبع عند تردي الجودة	الجودة مسؤولية العاملين ويلامون بشكل مباشر عند تردي الجودة	المسؤولية عن الجودة

المصدر: عبد الله بن موسى ، ثالث التميز ، تحسين الجودة وتخفيض التكلفة وزيادة الإنتاجية ، مجلة الإدارة العامة ، المجلد 37 ، معهد

الإدارة العامة ، الرياض ، العدد الأول ، 1997 ، ص 124

رابعا : أهداف ، وفوائد تطبيق إدارة الجودة

1 : فوائد إدارة الجودة

إن تطبيق وإستخدام مبادئ إدارة الجودة ومفاهيم إدارية معينة ، لا يمكن أن يحظى بإهتمام الإدارة العليا إلا إذا ترتب عنها تحقيق فوائد معينة ، وتطبيق إدارة الجودة يؤدي إلى تحقيق الكثير من الفوائد أهمها ¹.

1.1 تحسين الربحية والقدرة على المنافسة:

فالتحسين الذي يتحقق في الجودة يمكن من البيع بأسعار أعلى من دون إحداث رد فعل عنيف لدى الزبائن ويقلل من تكاليف التسويق، ويزيد من كمية المبيعات، ثم تزداد ربحية المؤسسة والقدرة على التنافس، إن شعار إدارة الجودة ، هو افعال الشيء الصحيح بطريقة صحيحة من أول مرة الذي ينبغي أن يطبق في جميع أنشطة ومجالات عمل المؤسسة ، يؤدي حتما إلى تخفيض التكاليف والكفاية والفعالية.

2.1 زيادة الفعالية التنظيمية:

إن إدارة الجودة تفرز قدرة أكبر على العمل الجماعي وتحقيق تحسين في الاتصالات وإشراكا أكبر لجميع العاملين لحل المشاكل أو المعوقات، وتحسين العلاقة بين الإدارة والعاملين، وبهذا يقل معدل دوران العمالة ويزداد ولاء العاملين وانتمائهم إلى المنظمة.

3.1 كسب رضا المجتمع:

فإدارة الجودة تركز على معرفة احتياجات ورغبات الزبائن وإشباعها، الذين هم جزء من المجتمع، وتعمل كذلك في المحافظة على البيئة والصحة العامة، وبعد تحديد ما تقدمه للزبون الآن تبدأ بالتفكير والعمل على ما ينبغي أن تفعله لتقديم المزيد وتحدد إدارة الجودة الشاملة دور كل فرد، وكل جماعة في هذا المجال بدءا من مرحلة بحوث السوق لتحديد المواصفات التي تخص المستهلك، مروراً بمرحلة التصميم، ومرحلة الإنتاج، ثم النقل والتخزين والمناولة والتوزيع، وأخيرا التوزيع وخدمات ما بعد البيع ونتيجة لذلك يتحقق الأتي:

1.3.1 لاحتفاظ بالزبون الحالي وكسب رضا المجتمع من خلال جذب المزيد من الزبائن.

2.3.1 تصميم منتجات وخدمات تساهم في تحديث رغبات الزبائن أو التطلعات التي تكون خارج حدود تفكيرهم.

3.3.1 . تقليل تكاليف الفشل بنوعيه الداخلي والخارجي، ومن بينها تكاليف إعادة العمل التالف وتكاليف المسألة القانونية وشكاوي الزبائن.

4.1 تقوية المركز التنافسي للمؤسسة:

إن إدارة الجودة هي نظام متكامل يتبنى دائما رغبات الزبائن وتطلعاتهم المستقبلية في المنتج أو الخدمة المعروضين ، والذي يترتب عليه تقديم منتج أو خدمة ذا جودة عالية وعلى وفق طلب الزبائن وبالسعر المناسب لهم وفي الوقت الذي يناسبهم مما يجعلهم أكثر التصاقا بهذا المنتج أو الخدمة ، الذي يضفي على المؤسسة شكلا إيجابيا ويجعلها أكثر تميزا من المنافسين، ومن ثم تحصل على أكبر حصة سوقية.

5.1 المحافظة على حيوية المؤسسة :

إن إدارة الجودة هي رحلة وليست محطة وصول والمؤسسة التي تعمل على وفق هذا الشعار يتطلب منها دائما عدم الوقوف عند محطة معينة ، بل يتطلب منها دائما التجديد في العمليات الإنتاجية ، وكذلك بجودة منتجاتها ، إما بإضافة خصائص جديدة للمنتجات

¹فاروق عزون ، مرجع سابق، ص 34 .

والخدمات التي تقوم بها أو بإنتاج منتجات وخدمات جديدة وغير تقليدية ، وكذلك عليها أن تبني فلسفة التحسين المستمر والأخذ بمبدأ التدريب والتعليم للأفراد الموجودين بها مدى الحياة والتكيف مع المتغيرات البيئية التي تحدث باستمرار وهذا يضمن لها البقاء والاستمرار في المنافسة.¹

2. أهداف إدارة الجودة.

. التركيز على احتياجات السوق وترجمتها إلى مواصفات للتصميم.

. تحقيق أعلى أداء في كل المجالات.

. وضع إجراءات بسيطة لأداء الجودة.

. المراجعة المستمرة للعمليات لإزالة الهدر أو الفاقد.

. ابتكار معايير للأداء.

. إدراك المنافسة وتطوير إستراتيجية المنافسة.

. وضع أسلوب تطوير مستمر وبلا نهاية.

من خلال هذه الأهداف يتضح لنا أن مجالات أهداف إدارة الجودة هي:

. جودة الموارد البشرية في المقام الأول.

. جودة التكنولوجيا التي تستعمل.

. جودة البنية الداخلية.

. جودة البنية الخارجية.²

المطلب الثاني: رواد إدارة الجودة

عند الحديث عن تطور مفهوم إدارة الجودة فإن يقودنا للوقوف أمام العديد من المفكرين الذين أسهموا بشكل كبير في تطوير مداخل إدارة الجودة وهنا سوف نقتصر على أهم ثلاثة منهم فقط وهم كل من: إدوارد ديمينغ، جوزيف جوران، فليب كروسي.

أولاً : إدوارد ديمينج

من مواليد 1900 يعد ديمينج من الاخصائيين البارزين في عمليات تحسين الغنتاجية والجودة وهو أمريكي وأستاذ في جامعة نيويورك واصبح يلقب بأنه أبو ثورة إدارة الجودة .وقد ابتكر مايسمى بدائرة ديمينج المعروفة باسم PDCA خطط ،نفذ،افحص،ومن ثم حسن ،ويعتبر ديمينج من أسباب نجاح اليابان في الجودة وهم أول من يعترف بدور ديمينج فينجاحهم ولذلك تم تقليده في سنة 1960 بوسام الإمبراطور هيروهيتو.³

1. وقد ركز ديمينغ على ضرورة قيام المنظمة بتقليل الإنحرافات التي تحصل في العمل وقد أشار لذلك في كتاباته عن فلسفته وأساليبه

التي أصبحت ذات أثر فعال في تطور إدارة الجودة وقد أشار بوضوح لمفهوم إدارة الجودة من خلال تركيزه على أربعة عشر معيار

وهي:

¹أحمد يوسف دودين ، مرجع سابق ،ص 35 ، 36 .

²نور الدين حاروش ، الإدارة الصحية وفق نظام الإدارة الجودة الشاملة ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن ، 2012 ، ص 154 ، 155 ، 156 ،

³قاسم نايف علوان، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الإيزو 9001:2000، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، ، 2013، ص83

- 1.1 تثبيت الغرض من تحسين المنتج أو الخدمة: ويتضمن خلق ثبات الأغراض الهادفة لتحسين جودة المنتجات والخدمات المرعوم تقديمها وإقرار مسؤولية الإدارة العليا بشأنها.
- 2.1 التكيف مع الفلسفة الجديدة: وتعني تبني فلسفة جديدة تقوم على ضوء إعتبار أن المنظمة تحقق أهدافها من خلال تجاوز الإخفاقات المقترنة بالهدر والضياع في المادة الأولية وإخفاض كفاءة العاملين والتخلص من التأخير في إنجاز العمل... الخ من المؤشرات التي من شأنها تحسين كفاءة الأداء في المنظمة.
- 3.1 توقف الإعتماد على الفحص الشامل كطريقة أساسية لتحسين الجودة: وتناول إعتماد الفحص والتفتيش باستخدام الأساليب الإحصائية في السيطرة والتخلص من الإخفاقات في الأداء الإنتاجي.
- 4.1 التوقف عن النظر إلى المشروع من خلال السعر: وتعني عدم إعتماد الأسعار كمؤشر أساسي للشراء بل إعتماد المجهزين الذين يعتمدون الجودة العالية في بيع منتجاتهم.
- 5.1 التحسين المستمر لعملية إنتاج السلع والخدمات: وتعني متابعة المشاكل التي ترافق الأداء وتحسين الأداء المتعلق بالأنشطة التشغيلية بشكل مستمر والإهتمام باستخدام الأساليب الإحصائية.
- 6.1 إيجاد التكامل بين الأساليب الحديثة والتدريب: وتعني إعتماد الطرق الحديثة في التدريب والتعليم في العمل مع تبني قيادة بديلة.
- 7.1 تحقيق التناسق بين الإشراف والإدارة: وتعني تحسين العمليات الإشرافية وتمكين المشرفين من العمل بشكل مباشر مع العاملين في الخطوط والشعب الإنتاجية وتحسين أدائهم وفقا للتوجهات المختلفة وتعميق توجيهات المشرفين أو ملاحظي العمل نحو تحسين الجودة وزيادة الإنتاجية وجعل أفاق وتصورات هؤلاء المشرفين تقود العاملين نحو نفس الأهداف.
- 8.1 إبعاد الخوف: وتتضمن إزالة الخوف من العاملين وجعل أنشطتهم تتوجه دائما نحو معرفة المشاكل في الأداء وإبلاغ الإدارة المسؤولة عن ذلك بشكل مستمر ودون تردد أو خوف.
- 9.1 إزالة الحواجز الموجودة بين الإدارات: وتعني كسر الحدود الموضوعية بين الأقسام المختلفة وجعلهم يعملون سوياً وبروح متفاعلة كفريق واحد نحو إنجاز النوعية الملائمة والإنتاجية العالية.
- 10.1 تقليل الشعارات والأهداف الرقمية واللوحات وغير ذلك: وتتناول تجاوز الصيغ والأساليب الغير القادرة على تحقيق الأهداف الأساسية للإنجاز الإنتاجي.
- 11.1 تقليل الإجراءات التي تتطلب تحقيق نتيجة محددة من كل موظف على حد والتركيز بدلا من ذلك على تكوين سلوك الفريق داخل المصنع، إن الإجراءات التي تتطلب نتيجة رقمية محددة من مهندس ما بمفرده سوف تنتج في النهاية عملا وتخلق الأجواء الملائمة لإتكاب الأخطاء.
- 12.1 إزالة العوائق في الإتصالات: وتتضمن إزالة الحواجز بين الإدارة العليا والعاملين وتجنب الأنظمة السنوية في التقييم.
- 13.1 تأسيس البرامج التطويرية: وتعني إحلال برامج التعليم والتطوير المستمر للأفراد ومهارات جديدة.
- 14.1 تشجيع الأفراد في العمل والسعي من أجل مواكبة التحسن والتطور المستمرين في الأداء وإعتماد سياسات تطويرية جديدة لكي تحل محل السياسات القديمة ثم تنحيه الطرق القديمة وإعتماد الأساليب الجديدة وبإستمرار¹

¹حاضر كاظم محمود ، إدارة الجودة الشاملة ، دار المسيرة ، عمان ، الأردن ، بدون سنة طبع ، ص 90،93 .

2 كما تطرق ديمينج بعد الإشارة إلى العوامل الأربعة عشر السابقة على الأمراض السبعة القاتلة في إدارة الجودة وهي:

- 2.1 غياب الغاية الثابتة والهدف المستقر لتحسين الخدمة والمنتج الذي يمنح التنافسية ويحافظ على بقاء المؤسسة في مجال الأعمال.
- 2.2 التركيز على الأهداف والمكاسب قصيرة الأجل.
- 3.2 اعتماد نظام تقييم أداء العاملين السنوي والتقييمات السنوية الأخرى.
- 4.2 التغيير الإداري السريع (الإدارة العليا) وعدم الثبات في مكان واحد.
- 5.2 الإدارة بالأرقام فقط. مع إعطاء أهمية قليلة أو إهمال ما هو غير معلوم.
- 6.2 التكاليف العلاجية المرتفعة.
- 7.2 المصاريف القانونية المرتفعة¹

ثانيا : جوزيف جوران Joseph Juran

من مواليد 1904، شغل منصب أستاذ ومستشار في مراقبة الجودة، وأهتم بتدريب مبادئ الجودة لليابانيين خلال الخمسينيات. قدم جوزيف جوران مساهمة مثيرة في إدارة الجودة، وقد منحه الإمبراطور الياباني آنذاك وساما تقديرا لمساهمته الفاعلة ، وقد ركز على العيوب أو الأخطاء أثناء الأداء التشغيلي (العمليات) وكذلك على الوقت الضائع Lost time أكثر من الأخطاء المتعلقة بالجودة ذاتها كما انه ركز على الرقابة على الجودة دون التركيز على كيفية إدارة الجودة، ولذا فهو يرى أن النوعية تعني مواصفات المنتج التي تشبع حاجات المستهلكين وتحوز على رضاهم مع عدم احتوائها على العيوب أو النواقص²

1. ثلاثية الجودة عند جوران

- **تخطيط الجودة** : ويتضمن وضع أهداف الجودة، تحديد الزبائن (الداخلية والخارجية)، تطوير خصائص المنتج ووضع ضوابط العملية، تحويل إلى العمليات.
- **ضبط الجودة**: وتضم اختيار موضوعات الضبط والتحكم ، واختيار وحدات القياس وضع الأهداف ، إستخدام نظام الجسات لكشف المعيبات ، قياس الأداء الفعلي .
- **تحسين الجودة**: ويضم إثبات الحاجة، تحديد المشاريع ، تنظيم فرق المشاريع ، تشخيص الأسباب ، توفير الحلول وإثبات فاعليتها. وحاول تغيير وجهة النظر التقليدية للمنظمة فيما يتعلق بالجودة (مطابقة المواصفات) إلى مدخل يعتمد على خدمة المستخدم بشكل أكبر، بحيث يمكن الوصول إلى ما يسمى الموائمة للاستخدام، إذ أن المنتج الخطر يمكن أن يطابق المواصفات لكنه غير موائم للاستخدام³

2. خطوات تحسين الجودة عند جوران :

- بناء الوعي للحاجات واستغلال الفرص للتحسين.
- وضع أهداف للتحسين.

¹فاروق عزون، دور مرجع سابق ص31.

² خيضر كاضم محمود ، مرجع سابق ص 94

³محمد عبد الوهاب العزاوي ، مرجع سابق ،ص 49، 50 .

- التنظيم لتحقيق الأهداف.
- توفير فرص تدريب للمؤسسة.
- تنفيذ مشاريع لحل المشكلات.
- إعداد تقارير عن مراحل تطور العمل.
- العرفان والتقدير لجهود العاملين.
- مشاركة الجميع في معرفة النتائج.
- وضع خطوط محددة للأهداف.
- الاحتفاظ بمعدلات التحسين كجزء من النظام العام للمؤسسة.

أخيرا فقد كان جوران أول من أدخل مفهوم مبدأ Pareto (قاعدة 20 | 80) في مجال الإدارة، هذا المبدأ الذي أوجده عالم الاقتصاد الايطالي Vilfredo Pareto ، والذي يشير إلى أن 80% من المشاكل في المؤسسات تكون بسبب 20% من الأسباب والعوامل، وبناء على هذا فإن المؤسسات مطالبة بالتركيز على إزالة المسببات القليلة التي تشكل أغلبية أسباب المشاكل¹

ثالثا : فيليب كروسبي philip Grosby

من مواليد 1926 حيث كان موظف مشرف على خطوط إنتاج شركة Inovation et Transfert Technohogique (ITT) حيث تدرج في عدة مناصب حتى وصل إلى نائب مدير وقد شغل هذا المنصب لمدة 14 سنة وقد ساعده هذا الأخير في إصدار كتابه الشهير في مجال الجودة وهو " quality without tears " ومن المفاهيم التي جاء بها فيليب هي ما يعرف Zero defect أي المعايير تساوي صفر في إطار العمليات الإنتاجية، حيث أنه يرى أن الجودة ما هي إلا انعكاسا لمدى معيارية القيادة وكذلك الأدوات الأخرى التي تعكس معايير الجودة وإن فيليب يرى أن ما تتطلبه الجودة لأن تكون في تطور مستمر يتأتى من خلال عوامل متعددة منها:

- إن المستهلكين ذوي وعي كامل بأهمية جودة المنتجات والخدمات.
- إن تطوير الأدوات التي تساعد على تطوير الجودة ستؤدي إلى زيادة الحصة السوقية للمنظمة.
- أن يتم تطوير الثقافة المتعلقة بالجودة بما يلائمها من متغيرات بيئية وظرفية أخرى²

المطلب الثالث : مبادئ إدارة الجودة

تتباين رؤى الباحثين والكتاب في تحديد المبادئ التي تستند إليها الجودة ، من كاتب لأخر قد حددها البعض بخمسة مبادئ ومنهم من قسمها لسبعة ويوجد من يوسعها لأكثر من عشرة:

إذن ورغم تعدد تعدد أوجه النظر حول عدد هذه المبادئ ، إلا أن معظمها تتفق حول المضمون العام لها ، ويمكن تلخيص أهم المبادئ في الأتي :

¹ فاروق عزون ، مرجع سابق ، ص 33 ، 34.

² يحيى كاظم حمود ، مرجع سابق ، ص 95 ، 96.

أولاً : إلتزام الإدارة العليا .

إن القرارات المتعلقة بالجودة تعتبر من القرارات الإستراتيجية ، ولذا فإن إلتزام الإدارة العليا في دعمه وتطويره وتنشيط حركة القائمين عليه يعد من المهام الاساسية التي تؤدي بلا شك لنجاح النظام المستهدف . ويؤكد (مارتن 1993) أن إلتزام الإدارة العليا يتمثل بالجوانب التالية :

- تعزيز ثقافة الجودة

- تعزيز وتطوير إمكانيات الموظفين والعاملين في أدائهم

- توفير رؤية إستراتيجية واضحة المعالم للمؤسسة وأهدافها

كما يجب على الإدارة العليا لأية مؤسسة لأية مؤسسة الإلتزام بالتحسين المستمر . وهو ما سيبدو جليا عبر كافة مستوياتها ، فلن يؤدي العمال مهام مكلفون بالقيام به في أحسن وجه إلا بوجود هذا الإلتزام من خلال توفير كافة الوسائل والانظمة الكفيلة بتحقيق ذلك .

وتعتمد القيادة القوية على الحس والخبرة في التعامل مع مختلف العمليات الديناميكية ، أضف إلى ذلك وجود رؤية واضحة والرغبة في حدوث الأشياء ، وجعل الآخرين يحسون بالحاجة لهم وأنهم مهمون بحيث يصبحون قادرين على المساهمة بكفاءة في تحقيق الاهداف ¹.

ثانيا : التركيز على الزبون

تزايد إستخدام المؤسسات الخدمية لمفهوم رضي العميل كمقياس أو معيار للجودة ، وتعزى أهمية رضي الزبون إلى المنافسة العالمية . وتعني إدارة الجودة الشاملة أن يكون هاجس المؤسسة تحقيق أو الزيادة على توقعات الزبون إلى الحد الذي يكون معه الزبون سعيدا . لذلك على المؤسسة أن تمنح زبائنها منتجات (سلع ، خدمات) ذات جودة تقابل بدورها إحتياجاتهم ، وبأسعار معقولة ، وتسليمها لهم في الوقت المحدد ، ولكي تتمكن المؤسسة من تحقيق ذلك لابد عليها أن تراجع نظام الجودة للنظر في مدى ملاءمته للتغيرات في متطلبات الزبون وتوقعاته المتغيرة بإستمرار أي أن الهدف الأساسي التركيز على رضا الزبون وليس الربحية لأن تحقيق رضا الزبون هو الذي سيقود إلى زيادة الربحية. ² ويأتي التركيز على رضا الزبون هو مراقب الجودة الأول. ³

1. مفهوم رضا الزبون : بدأ الإهتمام بمفهوم الرضا منذ بدايات تطور الفكر الإداري .وقد زاد الإهتمام مع دراسة العلاقات

الإنسانية في العشرينيات من القرن الماضي .

وقد عرف الرضا بأنه شعور الشخص بالسعادة أو خيبة الأمل الناتجة عن مقارنة أداء الخدمة مع توقعات الزبون ، فإذا كان الأداء يطابق التوقعات يكون الضيف عندها راضيا بشكل عالي أو سعيدا ، أما غذا كان الأداء دون توقعات يكون الزبون عندها غير راضي ⁴.

ويمكن التعبير عن رضا العميل بما وضعه تيبول في نموذج حبه حسب الشكل ويتم تمثيل إحتياجات الزبون بواسطة الدائرة ، كما يوضح المربع المنتج الخدمة أو السلعة المقدمة بواسطة المؤسسة .

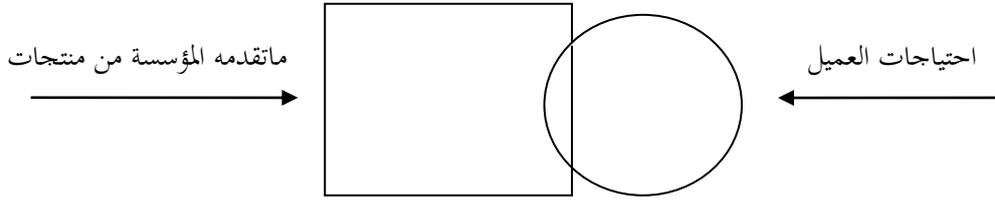
¹ فاروق عزون ، مرجع سابق ،ص 24 .

² أحمد يوسف دودين ، إدارة الجودة الشاملة ، الأكاديميون للنشر والتوزيع ، عمان ،الأردن ، 2014 ، ص 109 .

³ عبد الحميد عبد الفتاح المغربي ، عبد العزيز بن سلطان ، إدارة الموارد البشرية ، دار المريخ للنشر ، المملكة العربية السعودية ، 2015 ، ص 387.

⁴ دنيا طارق أحمد ، العلاقة بين الثقافة المنظمة ورضا الزبون ، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية ، العدد 28 ، 2011 ، ص 13 .

الشكل (2): شكل يوضح رضا الزبون حسب تبول Teboul



المصدر : أحمد يوسف دودين ، إدارة الجودة الشاملة ، الأكاديميون للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن ، 2014 ، ص 111 .

وهنا يتحقق الرضا التام عندما يتماشي ما هو مقدم من المؤسسة مع الإحتياجات التي يتطلبها الزبون ، أو عندما يتم إحتواء الدائرة داخل المربع ويكون الهدف تغطية مستوى الاداء المتوقع .

كما أن الجزء من المربع الذي داخل الدائرة يعتبر في نظر الزبون مرضيا ، والجزء الذي يقع خارج الدائرة يعتبر في نظر الزبون غير ضروري
ثالثا : التحسين المستمر :

إن هدف أي مؤسسة هو الوصول إلى الكمال وذلك من خلال التحسين المستمر في المدخلات والعمليات والمخرجات . وبطبيعة الحال إن الكمال هو هدف بعيد المنال ويصعب تحقيقه ، لكن يجب على المنظمة أن تسعى بإستمرار للتحسين للوصول إليه بالقدر الإمكان¹.

1. مفهوم التحسين المستمر

هو قدرة التنظيم على تصميم وتطبيق نظام إبداعي يحقق بإستمرار رضا تام للزبون ، من خلال السعي المتواصل للوصول إلى الأداء الأمثل من خلال عدة خطوات².

كما يعرف كذلك بأنه فلسفة إدارية تهدف إلى العمل على تطوير العمليات والأنشطة المتعلقة بالألات والمواد والأفراد وطرق الإنتاج بشكل مستمر ، وفلسفة التحسين المستمر هي إحدى ركائز منهجية إدارة الجودة الشاملة ، والتي تحتاج إلى دعم الإدارة العليا وتشجيعها من خلال الحوافز المعنوية والمادية .

وتستطيع المنظمة أن تطور وتحسن بإستمرار من خلال أمور عديدة ومنها مايلي :

- النظر إلى العمل بكامله كعملية ، وجعل جميع العمليات فعالة وذات كفاءة .
- مقابلة توقعات ومتطلبات العميل بإستمرار ، وتوقع التغيير في حاجات الزبون بشكل متواصل.
- التحكم في أداء العمليات باستخدام معايير مثل تقليل المواد الضائعة ودورة التحكم .
- الحد من الفاقد وتكرار العمل حيثما يحدث .

¹أحمد يوسف دودين ، مرجع سابق ، ص 111 ، 131 .

²محمد عبد الوهاب العزاوي ، مرجع سابق ، ص 60 .

- فحص الأنشطة التي لا تضيف قيمة إلى المنتج بهدف التخلص منه .
- استخدام المعايير الأساسية لتحسين المميزات التنافسية .
- الإبداع بغرض الوصول إلى التجديد .
- الإحتفاظ بالمكاسب حتي لا يحدث تراجع .

2. الطرق الاساسية للتحسين المستمر .

- **خفض الموارد** : فالعملية التي تستخدم موارد أكثر مما تحتاج تمثل هدرا لها ، لذلك يجب دائما الإستخدام الأنسب والأمثل لموارد المؤسسة ، مراعاة حسن إستغلال هذه الموارد بكفاءة وفاعلية .
- **تقليل الأخطاء** : يجب العمل دائما وبإستمرار على تقليل نسبة الأخطاء في هاته المهمات والأعمال في المؤسسة .
- **تلبية توقعات الزبائن والزيادة عليها** : يجب على المؤسسة أن تضع في أولوياتها الرئيسية التركيز على العميل وجعله يشعر دائما بالرضا والسعادة لأن الزبون هو أساس نجاح أو فشل المنظمة .
- **جعل العملية آمنة** : بأن يكون مكان إجراء العمليات أكثر أمانا فهذا يزيد من الإنتاجية ويقلل الحوادث التي تضيع الوقت ، وكذلك أقل دعاوى لتعويض العاملين .
- **جعل العملية أكثر رضا لمن يقوم بها** : أي زيادة الرضا لدى الفرد الذي يقوم بأداء الأعمال والمهمات ، لأن العامل الراضي والسعيد يكون أكثر إنتاجية ¹.

رابعا : مشاركة العاملين وتفويض الصلاحية :

إن تفعيل عوامل المشاركة الفعالة للعاملين تساعد على تحقيق أهداف المؤسسة بصورة إيجابية ، وذلك لشعور الفرد والجماعة بأن عملية تحقيق أهدافها عبر العمل التشاركي في المنظمة تحفزهم للحفاظ والرقى بالمؤسسة ذاتها فينتج عمل روحي نابع من الثقة في الآخرين والرؤساء وإنعكاس ذلك على الإبداع فتصبح ثقافة متبعة للأفراد وبالتالي الدفاع عن مصالح المؤسسة، وتعمل المشاركة المعرفية على زيادة الولاء التنظيمي ، وتجعل الأفراد يرتبطون ببيئة عملهم بشكل أكبر بحيث يعتبرون ما تواجهه المؤسسة من تحديات بالنسبة لهم ولأمنهم ولإستقرارهم الأمر الذي يؤدي لتقبلهم روح المشاركة برغبة وروح معنوية عالية ². فلسنوات عديدة طلت عملية مشاركة العاملين في صنع القرارات في المؤسسات ضعيفة للغاية، وذلك تبني العديد من المدراء لفلسفة البيروقراطية في الإدارة ، وساعدهم في ذلك ثبات وإستقرار بيئة المؤسسات وفي الستينيات أدى ظهور أفكار رواد المدرسة السلوكية والمتعلقة بالدور الحاكم للعنصر البشري في زيادة الإنتاجية ، بالإضافة إلى التغيرات المتسارعة في بيئة المؤسسة ، وبحث العديد من المؤسسات عن أساليب إدارية حديثة للتوافق مع تلك التحديات والمتغيرات المتسارعة والمتلاحقة ، ومن بين تلك الاساليب الإدارة بالمشاركة .

1. مفهوم المشاركة :

قد تباينت رؤى الباحثين حول مفهوم مشاركة العاملين في صنع القرارات :

- **فمن منظور التفويض** : تعرف المشاركة بأنها عملية يحصل بموجبها الفرد على حرية أكبر في صنع القرارات في مجال عمله .

¹ أحمد يوسف دودين ، مرجع سابق ، ص 130 .

² عبد الحفيظ علي ، عيسى سالم علي ، أثر البيئة الداخلية للمنظمة في المشاركة المعرفية للعاملين ، مجلة العلوم الإنسانية والإقتصادية ، جامعة السودان ، العدد 1 ، 2012 ، ص 4 .

- ومن منظور سلوكي : تعرف المشاركة بأنها إندماج عقلي وعاطفي للأفراد في ظروف الجماعة التي تشجعهم للإسهام في تحقيق أهدافها ومشاركتهم المسؤولية .
- وكذلك تعرف بأنها مشاركة المرؤوسين في إتخاذ القرارات الإدارية ، فهي إذا علاقة متبادلة بين طرفين في المؤسسة هما الإدارة والعمالون ، تهدف إلى زيادة الإنتاجية بشكل مستمر ، عن طريق ضمان تأثير القوى العاملة على القرارات التي تتخذ فيها بما يؤدي إلى تحقيق التعاون بين العاملين من جهة والإدارة من جهة أخرى للتخفيف من حدة الصراع بينهما .
- وتعرف أيضا بأنها إشتراك كل العاملين بالمؤسسة في المساعدة في إتخاذ القرارات الإدارية المختلفة عن طريق التعبير عن آرائهم ومقترحاتهم بكل ما يتعلق بنواحي العمل ، وكذلك الأمور التي تتعلق بمصالحه ومصالح المؤسسة ومختلف العاملين بما بهدف زيادة الإنتاج بشكل مستمر .

1.1. أهمية مشاركة العاملين:

- تحسين العلاقات الإنسانية بين العاملين والقيادات بما يزيد فعالية الإتصالات الإدارية وجودة القرارات .
- تحسن الإتصالات والإستخدام الأمثل للمعلومات
- تزيد من مهارات العمل .
- تزيد من ثقة العاملين .
- تشعر العاملين بالتحكم والسيطرة.
- تزيد من مستوى الرضا الوظيفي .¹

2. مفهوم تفويض الصلاحية :

- لقد نال موضوع تفويض السلطة إهتماما من الباحثين من خلال دراسة المشاركة في إتخاذ القرارات ،على أساس تفويض الصلاحية شكل من أشكال المشاركة في صنع القرارات .
- يعرف التفويض بأنه نقل المسؤول الإداري لجانبا من إختصاصاته إلى بعض مرؤوسيه ليمارسوها دون الرجوع إليه ، مع بقاء مسؤوليته عن هذه الإختصاصات أمام مسؤوله الأعلى
 - ويعرف كذلك بأنه السماح للمرؤوسين بإتخاذ قرارات عن طريق تحويل جزء من سلطات الرئيس لهم وإعطائهم حرية إتخاذ القرارات بأنفسهم .²
 - كما عرف التفويض بأنه إيلاء المسؤولية والصلاحية إلى شخص آخر لإتمام واجب محدد بوضوح متفق عليه تحت إشرافك وفي الوقت نفسه ، تحتفظ بالمسؤولية الكلية لنجاح العمل كاملا .

1.2 المبادئ الأساسية لتفويض السلطة بالمؤسسة :

- للقيام بعملية تفويض ناجحة وفعالة لا بد من تحقيق الغرض منها ، لا بد من توافر شروط ومبادئ أساسية عديدة ليس فقط في الكفاءات البشرية وإنما في عملية التفويض نفسها بكل جوانبها .والتي تتمثل في :

¹شوقي محمد الصباغ ، عبد العزيز على مرزوق ، ثروت صبري ، نموذج مقترح لمشاركة العاملين في إتخاذ القرارات ، مجلة إقتصاد شمال إفريقيا ، العدد 17 ، 2017 ، ص 141 .
²على محمد العضايلة ، تفويض السلطة في المؤسسات العامة الأردنية ، المجلة العلمية لكلية الإقتصاد ، العدد 9 ، الأردن ، 1998 ، ص 203 .

- قانونية التفويض: أي توافقه وإنسجامه مع الأنظمة والقوانين المعمول بها في المؤسسة .
- جزئية التفويض : أي أن التفويض لا يكون إلا لبعض الإختصاصات والسلطات التي تساعد في تحقيق الكفاءة والفعالية .
- علنية التفويض : يجب أن يبلغ التفويض للمفوض إليه بالسلطة للعاملين في المؤسسة ، وأن يكون صريحاً لا ضمناً .
- توضيح حدود والسلطات المخولة قبل التفويض : يجب على الرئيس الأعلى توضيح حدود السلطات المفوضة .
- تفويض المسؤولية : أي إعطاء المسؤول لجزء من سلطته لا يعني تخليه عن المسؤولية ، بل يجب عليه المتابعة المستمرة.
- تناسب درجة التفويض مع قدرة المفوض ومركزه الوظيفي : على المسؤول أن تكون لديه القدرة على إختيار الأشخاص المناسبين للقيام بالمهام التي سيتم تفويض أدائها إليهم .
- صدور تفويض السلطة للمفوض بصفته الوظيفية لا الشخصية : بحيث لا يتأثر أو يتغير بتغير شاغل المنصب بإستثناء تفويض التوقيع حيث يصدر لشخص بإسمه .
- عدم تفويض ما تم تفويضه : أي لا يجوز للمرؤوسين أن يقوم بإعادة تفويض السلطة التي إنتقلت إليه إلى من هم أدنى منه .
- التفويض لا يكون إلا من الأعلى للأسفل : فالتفويض وسيلة للتخلص من المركزية وعدم التركيز الشديد للسلطات في القمة.
- حق المدير في تعديل التفويضات المخولة وإستردادها : يمكن المسؤول الأعلى إذا رغب أن يعدل من السلطات المخولة لمرؤوسيه أو إستردادها في حالة الضرورة.¹

خامسا: التدريب والتطوير :

- ينظر إلى التدريب والتطوير المستمر على أنه وسيلة لتنمية إمكانيات الأفراد كل ضمن وظيفته بما يحقق الإنجاز الأمثل.²
- مفهوم التدريب والتطوير: تعتبر عملية وضع مفهوم واضح للتدريب لأمر في غاية الأهمية حيث أن التحديد الواضح لمفهوم التدريب كونه ركيزة أساسية في نظام إدارة الجودة ، حيث يعتبر أساسا موضعيا لتخطيط النشاط التدريبي والعملية التدريبية ، فالتدريب له عدة تعاريف نذكر منها .
- تعرف الأمم المتحدة التدريب بأنها عملية تبادلية لتعليم وتعلم مجموعة من المعارف والأساليب المتعلقة بالحياة العملية وهو نشاط لنقل المعرفة إلى الأفراد والجماعات الذين يعتقد أنهم يستفيدون .
 - ويعرف كذلك بأنه عملية منظمة تهتم بإكتساب قدرات معينة أو الإحتفاظ بها فالتدريب له أهمية على مستوى المجتمع والمؤسسة والفرد حيث أن دور أنشطة التدريب في تنمية الموارد البشرية تتجسد أهميتها من حيث إنعكاس هذه الأنشطة بالإيجاب لصالح المجتمع والمؤسسة والعاملين .

¹ ماهر صبري درويش ، إبراهيم راشد الشمري ، تفويض السلطة الأسلوب الأمثل لرفع كفاءة الأداء الوظيفي ، مجلة الإدارة والإقتصاد ، الجامعة المستنصرية ، العراق ، العدد 82 ، 2010 ، ص

63،64

² محمد عبد الوهاب العزاوي ، مرجع سابق ، ص 61.

1.1 أهداف التدريب والتطوير : يتمثل الهدف الأساسي في العملية التدريبية في إحداث تغييرات في سلوك ومعارف وإتجاهات المتدربين وفق منهج إدارة الجودة للتغلب على المشكلات والمعوقات ، كما يمكن ذكر أهداف التدريب في النقاط التالية :

- ضمان أداء العمل بفاعلية وسرعة وسد الثغرات التي توجد بين معايير الأداء التي يحددها الرؤساء وبين الأداء الفعلي للعاملين .
- ترغيب العامل في عمله بتنمية ولائه وإتتمائه للعمل بإعتبار إن زيادة إنتاجيته مرهونة برغبته في أداء العمل .
- توفير الدافع الذاتي للعامل لزيادة كفاءته وتحسين إنتاجيته كما ونوعا من خلال توعيته بأهداف المؤسسة ورسالتها.
- زيادة مهارات وقدرات العامل وإقتناعه بمقومات تؤهله للترقية للمناصب الأعلى¹
- معالجة نقاط الضعف لدى العاملين وتحويلها لنقاط قوة.
- إيجاد شعور بالرضا لدى العاملين حين يعلمون أنهم يحضون بالدعم المستمر من جهة عملهم.²

سادسا : التخطيط الإستراتيجي :

إن وضع خطة شاملة تعتمد رؤية ورسالة وأهدافا واسعة سيتمكن من صياغة الإستراتيجية ، ومن ثم تسهيل وضع السياسات والبرامج في ضوء تحليل معمق للبيئة الداخلية والخارجية بإعتماد تحليل نقاط القوة والضعف في البيئة الداخلية والفرص والمخاطر في البيئة الخارجية لغرض وضع الخطط الشاملة بالشكل الذي يوفر قابلية دعم الميزة التنافسية للمؤسسة .

التخطيط الإستراتيجي هو تفكير إستراتيجي منظم له مقوماته ومفاهيمه وتقنياته الفعالة يستخدم المنهج العلمي لإستشراف متغيرات المستقبل وتحليل بيئة المؤسسة داخليا وخارجيا للإفادة من الفرص المتاحة ومواجهة التحديات القائمة والمتوقعة بصورة تمكن من بناء إستراتيجيات قابلة للتنفيذ مستمدة من البدائل والخيارات المطروحة بغية الوصول للأهداف الإستراتيجية للمؤسسة.³

سابعا : إتخاذ القرارات على أساس حقائق :

يمثل مبدأ إتخاذ القرار على أساس الحقائق أحد المكونات التي تتركز عليها إدارة الجودة ، ويتطلب تطبيقه الإعتماد على تقنيات وموارد تهيئة القنوات اللازمة لتمكين الأفراد وإيصال ما يمتلكونه من معلومات تتحدث عن الحقائق إلى حيث يجب أن تصل هذه المعلومات للإستفادة منها في تحقيق الجودة .

تشكل المعلومات أساسا مهما في إدارة الجودة ، فتوافرها للإدارة العليا بمختلف أنواعها سيعكس مدى إمكانية هذه المؤسسات من تطبيق إدارة الجودة ، إن أهمية المعلومات تتبلور في توافر البيانات المهمة للمؤسسة ، كالمعلومات المالية التي توضح للإدارة العليا الموارد المالية التي تحتاج إليها المؤسسة ، فيما إذا طبقت إدارة الجودة وما هي الإستثمارات المطلوبة لتبني هذا الأسلوب الإداري بالشكل الذي سيؤثر في درجة الإلتزام التي ستبديها الإدارات العليا نحو إتخاذ قرار التطبيق لهذه الفلسفة .

¹عائدة عبد العزيز على نعمان ، علاقة التدريب بأداء أفراد العاملين في الإدارة الوسطى ، رسالة ماجستير ، تخصص إدارة الأعمال ، جامعة جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا ،الأردن ،2008، ص23.

²ملخص للدليل الإرشادي للتدريب والتطوير ،وزارة الخدمة المدنية ،المملكة العربية السعودية ،بدون سنة نشر ،ص 9 .

³برهان الدين حسن السماراني ، دور القيادة في تطبيق أسس ومبادئ إدارة الجودة الشاملة ،مذكرة ماجستير ، تخصص إدارة أعمال ، الاكاديمية العربية البريطانية للتعليم العالي ،بريطانيا ، 2012، ص 82.

أن طبيعة العمل الجديد تتطلب توافر المعلومات الضرورية لمختلف العاملين بما يوسع افقهم وتطلعاتهم على وفق المهام الجديدة التي ألقته إدارة الجودة في حل المشاكل يكون ذا فائدة كبيرة لها لأنه يمثل إمكانية إجراء التحسينات اللاحقة للعملية وللجودة بعد توافر المعلومات اللازمة لإنجاز هذه التحسينات وبمشاركة العاملين كافة بما يجعل نشاط المنظمة فعالاً ومؤثراً.¹

المطلب الرابع: مراحل تطبيق إدارة الجودة.

وهي المراحل الخمس لتطبيق إدارة الجودة وتمثل في :

- المرحلة الأولى وهي مرحلة التهيئة والإعداد.
- المرحلة الثانية وهي مرحلة الدراسة والتخطيط.
- المرحلة الثالثة وهي مرحلة التقييم.
- المرحلة الرابعة وهي مرحلة التنفيذ.
- المرحلة الخامسة وهي تبادل الخبرات

أولاً: المرحلة الأولى : التهيئة والإعداد : هذه المرحلة عبارة عن معرفة مدى الحاجة إلى تطبيق مدخل إدارة الجودة في المؤسسة المبحوثة، فهي تمثل مرحلة تحضيرية لتحديد وتوضيح عدد من القضايا ومنها :

- توضيح الرؤيا الإستراتيجية .
- تحديد رسالة الشركة .
- تحديد الموارد المطلوبة لتنفيذ غدارة الجودة.

ثانياً: المرحلة الثانية: الدراسة والتخطيط : بناء على البيانات التي تم تجميعها في المرحلة السابقة، وفي حالة كونها مشجعة لإلتخاذ قرار تطبيق إدارة الجودة، يتم التخطيط إلى عملية التطبيق وذلك بتشكيل لجنة تسمى لجنة إدارة الجودة تقوم بإعداد الآتي :

- إعداد خطة أولية للتنفيذ .
- تحديد الموارد المطلوبة للخطة .
- تحديد إستراتيجية التنفيذ.

ثالثاً: المرحلة الثالثة : التقييم : تتضمن هذه المرحلة تقوم واقع الشركة المعنية من حيث :

- دراسة الوضع الحالي للمؤسسة ومن ثم تقويمه بهدف تحديد ما يمكن اعتباره قوة داعمة لتنفيذ مدخل إدارة الجودة أو ما يمكن اعتباره ضعفاً أو عائقاً لعملية لعملية التنفيذ ومحاولة تذليلها .

- دراسة وتقييم آراء واتجاهات المستهلكين بصدد التغيرات في بيئة عمل الشركة . أي تقييم لما تم تنفيذه من خطط بهذا

المجال.²

¹ محمد عبد الوهاب العزاوي ، مرجع سابق ، ص 61 .

² قاسم نايف علوان، مرجع سابق، ص 110، 111.

رابعا: المرحلة الرابعة : التنفيذ : تتم عبر مراحل هي :

1. تدريب الإدارة والعاملين :

- التدريب الذي يستهدف خلق الإدراك والوعي بالجودة .
- التدريب التوجيهي نحو الاهداف المطلوبة .
- التدريب لتنمية المهارات.

2. تدريب المشاركين في فرق العمل :

- جمع المعلومات .
- تحليل المعلومات .
- تقديم وعرض النتائج .
- المتابعة.

3. التدريب الإحصائي لضبط الجودة :

- المدرج التكراري .
- الإرتباط.
- خرائطرقابة العمليات .

4. التدريب على الأساليب المستخدمة في حل المشكلات .

- خرائط التدقيق .
- العصف الذهني .
- أشكال السبب والأثر .
- تحليل باريتو .

5. المرحلة الخامسة : تبادل ونشر الخبرات .

إنها مرحلة الحصاد ،مرحلة استثمار الخبرات والنجاحات لمزيد من الثقة والتحفيز ، ويتم فيها :

- دعوة جميع وحدات المؤسسة وفروعها ،وجميع المتعاملين معها من عملاء ،وموردين للمشاركة في عملية التحسين ،واقناعهم بالمزايا التي تعود عليهم من وراء هذه المشاركة .

- يتم توجيه الدعوة إلى الموردين لحضور جلسات مجلس الإدارة للحصول على تأييدهم لما تم تنفيذه باعتباره نجاح الجودة لا

يتحقق بدوئهم¹.

¹حمدي عبد العظيم ،المنهج العلمي لإدارة الجودة الشاملة ، الدار الجامعية ،الإسكندرية ،مصر ،2008،ص،ص،34،33.

المبحث الثاني : ماهية جودة الخدمات الصحية .

يتبادر إلى الذهن عادة أن الخدمة الصحية التي يتلقاها الإنسان مرتبطة فقط بالخدمة المقدمة في حالة المرض والتي تتمثل في بعض الأعمال المادية التي تقوم بها ممارس الصحة كإجراء بعض الفحوصات والإسعافات أو العمليات الجراحية ، غير أن الخدمة الصحية في حقيقة الأمر تتجاوز هذا التعريف المادي الملموس لاداء بعض ممارسي الصحة لتتسع إلى مفهوم أشمل يعنى برفاهية الإنسان ومدى تمتعه بالحياة ، حال السلامة قبل حال المرض الذي يكون فيه مفهوم الخدمة الصحية محدودا بإزالة الألم أو التخفيف من المعاناة بسببه ¹.

المطلب الأول :تعريف الخدمات وخصائصها.

إن الإهتمام الذي حظت به الخدمات بأنواعها المختلفة لم يكن وليد اللحظة الانية بل إنه تنامي بشكل كبير ، وذلك توافقا مع تنامي دور وأهمية الخدمات في حياة الأفراد ومنظمات الأعمال والإقتصاد ككل ، إن الإهتمام بجودة الخدمات يعتبر في الوقت الحاضر من المهام التي تركز عليها المؤسسات المنتجة للخدمات ، وذلك بسبب تزايد المناقشة بشكل كبير . وبما أن الخدمة نشاط أو مجموعة من الأنشطة غير الملموسة تنتج وتقدم من خلال تفاعل مقدم الخدمة ومتلقيها.

أولا : مفهوم الخدمة.

إن مفهوم الخدمة يلعب دورا رئيسيا في تصميم الخدمات وتطويرها ،لما له من اهمية في التعريف بها وشرحها .

1. تعريف الخدمة.

لقد أظهرت الأدبيات الحديثة العديد من التعاريف للخدمة ، والتي اجتهد في وضعها العديد من الباحثين كل من وجهة نظره ، وسيتم ذكر البعض منها ، بهدف الوصول إلى تعريف شامل ومحدد للخدمة.

- الخدمة ليست مجرد كيانات مادية، بل هي مزيج من العمليات، ومهارات الناس، والمواد التي يجب أن تكون متكاملة بشكل مناسب ليؤدي إلى خدمة "مخططة" أو "مصممة"².

- عرفت الجمعية الأمريكية الخدمة على أنها : النشاطات أو المنافع التي تعرض للبيع أو التي تعرض لإرتباطها بسلعة معينة أي أن الخدمة عبارة على نشاط أو منفعة تقدم للبيع إما بشكل مستقل أو تكون مصاحبة لبيع سلع مادية ³.

- وقد عرف Judd1964:الخدمة بأنها عملية مبادلة تقوم بها المؤسسة ، أين يكون موضوع التبادل لا يتعلق بنقل ملكية شئ مادي للطرف الاخر .

- أما kotler 2000 فقد عرف الخدمة بأنها أي نشاط أو إنجاز أو منفعة يقدمها طرف ما لطرف آخر ، وتكون أساسا غير ملموس ولا ينتج عنها أية ملكية ،وإن إنتاجها أو تقديمها قد يكون مرتبطا بمنتج مادي ملموس أو لا يكون .

¹بن فرحات عبد المنعم، إنعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات ،دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة ،رسالة دكتوراه ، تخصص إقتصاد وتسيير المؤسسات ،جامعة بسكرة،2018،ص 41.

² Susan Meyer Goldstein, Robert Johnston, JoAnn Duffy, **The service concept: the missing link in service design research**, Journal of Operations Management, No. 20 , 2002 , USA ,P 1.

³صليحة رقاد ، تطبيق نظام ضمان الجودة في مؤسسات التعليم العالي الجزائرية ،رسالة دكتوراه في العلوم الإقتصادية ، جامعة سطيف 1 ، 2014 ، ص 21.

- ان هذه التعاريف تعبر عن مفهوم الخدمة من مرحلة الى اخرى تبعا لتطور المجتمعات لكنها تركز في مجملها على الخصائص التي تتمتع بها بحيث يشير judd إلى أن شراء الخدمات لا يترتب عنه ملكية أو حيازة لشيء مادي ، بينما يشير Langrois et Tocquer إلى أن الخدمة تتصف بالتلازم ، فهي تحدث عن طريق التفاعل بين العميل ومقدم الخدمة أو التجهيزات المادية والتقنية ، كخدمات الصيانة إلا أنه لا يتم إدراك قسمتها إلا بعد الحصول عليها ، في حين نجد تعريف كوتلر هو الأكثر شمولاً والأقرب إلى الواقع بحيث يشير إلى أن الخدمة تتصف بعدم الملموسية ، غير أنه بمقابل ذلك نحصل على فوائد ومنافع تتباين وتختلف حسب درجة مهارة مقدميها وطريقة ومكان وظروف تقديمها.¹

ثانياً : خصائص الخدمات .

للخدمات خصائص ومميزات تجعل تسويقها يختلف لحد بعيد عن تسويق السلع الملموسة ، ومن أهم الخصائص :

- **1.1 غير قابلة للمس :** نظراً لأن الخدمات غير ملموسة فإنه من المستحيل على مشتري الخدمة الإحساس المادي ، كالتذوق أو التجريب أو الإحساس بالخدمة قبل إستخدامها أو شرائها.
- **2.1 الملائمة :** لا يمكن فصل الخدمة عن مقدمها أو المنتج للخدمة كونها ملازمة له ، ويعتبر مقدم الخدمة جزءاً لا يتجزأ من الخدمة .
- **3.1 التباين :** يصعب إن لم يكن مستحيلاً أن يتم وضع وإتباع معايير محددة وثابتة للخدمات التي يتم تقديمها كما هو الحال في السلع المادية ، حيث نجد أن كل وحدة منتجة من الخدمات تختلف عن باقي الوحدات بشكل نسبي . كما أن مقدم الخدمة يقدم خدماته بطرق مختلفة إعتقاداً على ظروف معينة ، فالطبيب قد يعالج مرضاه بطرق مختلفة ، كذلك يحدث التباين في الخدمة لإختلاف شخصية ومزاج ومعرفة مقدم الخدمة .
- **4.1 لا يمكن تخزين الخدمة :** حيث يتطلب أن يكون مقدم الخدمة بالقرب من الزبون ، إذ أن الخدمة تنتج وتستهلك عند الطلب² ، إذ أنه لا يمكن الإحتفاظ بالخدمة أو تخزينها لفترة طويلة ثم إستخدامها عند الحاجة بالنسبة للزبون ، وكذلك لا يمكن لمنتج الخدمة تخزينها عند طلب المستهلك³.
- **5.1 غياب التملك :** عندما يشتري المستهلكون السلع يحصلون على إمكانية استخدام المنتج لفترة زمنية غير محدودة أي يمتلكون السلعة ، وعند الرغبة بالبيع يبيعونها ، وبخلاف ذلك فإن الخدمات لا تعد ملكاً .
- **6.1 تنتج الخدمة عند وقوع الطلب عليها :** إن ما يميز الخدمات هو إنتاجها عند وقوع الطلب عليها ، وذلك لكونها فعل أو نشاط يقوم من طرف لآخر في لحظة التقاء الطرفين .
- **7.1 تقلب الجودة :** إن هذه الخاصية تعود إلى أن جودة الخدمة ترتبط بطبيعة مقدمها والمستفيد منها ، ونوع الاجهزة والمعدات التي تساهم في تقديمها .

¹العايب أحسن ، دور الترويج في تسويق الخدمات الفندقية ،دراسة حالة فندق سييوس الدولي عناية ،مذكرة ماجستير ، تخصص تسويق ، جامعة سكيكدة ،2009،ص،3 ،4

²جمال محمد ضانة ، جودة الخدمة وأثرها على رضا الزبائن ،مجلة دراسات الإقتصاد والأعمال ،العدد1 ،جامعة مصراتة ، ليبيا ،2015،ص،189،199

³محمد ربحان ،التسويق لخدمة الرعاية الصحية ،المؤتمر العربي الثالث (الإتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات)،القااهرة ،مصر ،2004،ص،28.

- 8.1 صعوبة تنميط الخدمة : يعد من الصعب تنميط ما يقدم من خدمات من قبل المقدمين للخدمة نفسها ، أو حتي تنميط مقدمها نفسه ، مثال ذلك الخدمات المصرفية والخدمات الصحية وخدمات النقل .
- 9.1 اشتراك المستفيد : يقوم المستفيد بدور رئيس في تسويق وإنتاج الخدمات ، كالتعامل مع المصارف وطرحه للأسئلة حول العمليات التي تجرى في المصرف والتي تقع ضمن ما يخصه المستفيد .¹

المطلب الثاني: ماهية الخدمات الصحية

تنامت الخدمات في السنوات الاخيرة بشكل كبير ومتزايد ، وفرضت مكانتها الحقيقية والمتميزة في إقتصاديات الدول ، مما عزز مكانتها في الحياة اليومية لإنسان القرن الواحد والعشرين . وفي حقيقة الامر أن الخدمات تتميز وتختلف عن السلع المادية في عدة نقاط جوهرية وهامة ، وينجر عن هذا التمايز والإختلاف عدة تقسيمات متنوعة ومتعددة للخدمات . وينجر عن هذا التمايز والإختلاف وجود تقسيمات متنوعة ومتعددة للخدمات .ومن بين تلك التقسيمات في مجال الخدمات نجد ما يسمى بالخدمات الصحية ، والتي هي من أهم الخدمات الإجتماعية التي تقدمها الدولة .

أولا : تعريف الخدمات الصحية

1. تعريف الصحة وأهميتها :

يصعب في الحقيقة إعطاء تعريف جامع عن الصحة ويتأتى ذلك من صعوبة قياسها ، إذا تتجاوز الصحة في مفهومها المعطى المادي المرتبط بالسلامة من المرض إلى مجال أوسع يعني بالرضا النفسي والسعادة بالحياة ، فالتمتع بحالة الصحة الجيدة لا يعني مجرد الحياة ، بل يعني القدرة على التمتع بالحياة إلى أقصاها .

وهي بحسب منظمة الصحة العالمية حالة السلامة البدنية والعقلية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو عدم الإتران ، كما تعرف على أنها العلم والمهارة الذي يمنع ظهور الأمراض ، لتمديد الحياة وتحسين الصحة والنشاط الذهني والفيزيائي لأفراد المجتمع بوسائل جماعية متفق عليها لتطهير الوسط ولتوعية الفرد بقواعد الصحة الفردية ، لذلك فهي :

- تؤثر على المحيط من خلال تقليص قدرته على نقل الامراض.

- تنظيم عملية الحصول على علاج .

- تراقب الحالة الصحية بإعتبارها تعكس مدى شفافية السياسة التي تتبناها الإدارة .

- تعمل على الوقاية من الأوبئة الفتاكة .²

ولو نظرنا إلى المعاجم أنها تفسر وتعرف الصحة على أنها حالة حسنة أو سوية جسميا وعقليا أو ذهنيا ولكن أيضا بعيدا من النشوة والألم والمرض .³

¹جمال محمد ضانة ، مرجع سابق،ص ص 189،199.

²بن فرحات عبد المنعم ، مرجع سابق ،ص52

³عتيق عائشة ، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية ، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ،مذكرة ماجستير ،تخصص تسويق دولي ،جامعة تلمسان ،2011،ص35.

فالصحة إذا كمفهوم جامع تشمل الصحة البدنية ، الإجتماعية والعقلية وهي ترتبط بعدة عوامل كالدخل والتعليم وبالتغيرات التي تحدثها الثروة والتعليم وسلوك الأفراد ، وكذلك مقدار النفقات وكفاءتها في النظام الصحي ومدى إنتشار الامراض الحالية والتي يحددها المناخ والعوامل الجغرافية والبيئية إلى حد كبير إضافة إلى العوامل الوراثية .¹

2. مفهوم الخدمات الصحية

إن مفهوم الخدمات الصحية ووسائل تقديم هذه الخدمات هي في تغير مستمر وهذا التغيير في المفاهيم يتطلب على المؤسسات الاستشفائية أن تكون على وعي وتفهم لهاته التغيرات فمن بين التعاريف التي تتحدث عن الخدمات الصحية نذكر:²

– الخدمة الصحية هي نشاط يهدف إلى تعزيز وتشجيع المستوى الصحي للأفراد والجماعات بكافة الجوانب الجسدية والنفسية أو العقلية والذهنية والإجتماعية ، أن الخدمة الصحية تركز أولاً على منع المرض أو منع الإصابة بالمرض والوقاية منه ، بوسائل عديدة غير مكلفة ، وإذا أصاب أحد المرض تتدخل الخدمة الصحية لمعالجته ولا ينتهي عملها أو نشاطها عند هذا الحد ، بل قد تتدخل لتأهيل المرضى الذين لا يشفون تماماً من المرض.³

– الخدمة الصحية تعني الخدمة أو الخدمات العلاجية أو الاستشفائية أو التشخيصية التي يقدمها احد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع ، مثل معالجة الطبيب لشخص مريض سواء كان ذلك في عيادته الخاصة أو في العيادات الخارجية للمؤسسات الحكومية .

– الخدمة الصحية هي ذلك النشاط الذي يقدم للمنتفعين ، والتي تهدف إلى إشباع حاجات ورغبات المستهلك النهائي حيث لا ترتبط ببيع سلعة أو خدمة أخرى .

– الخدمة الصحية ما هي إلا مزيج متكامل من العناصر الملموسة وغير الملموسة والتي تحقق إشباعها ورضا معنا للمستفيد .
إنطلاقاً من التعاريف السابقة يمكن القول ان الخدمة الصحية هي عبارة عن جميع النشاطات والعمليات التي تحقق الرضا لدى المستفيد ، وهي أساساً غير ملموسة ، ولا يمكن نقل ملكيتها ، كما أنها تكون مقابل ثمن ودون أن يتضمن تقديمها أي أخطاء .⁴

ثانياً: أسس الخدمات الصحية

هناك مجموعة من العوامل التي تحدد أسس وسمات الخدمات الصحية كالحاجات العامة للسكان ، وإنطباع الطبيب عما هو أفضل بالنسبة لمرضاه ، وقد أصبح تخطيط هذه الخدمات يتم في ضوء تقدير للحاجات الملحة وله ارتباط كبير بالبحوث والدراسات الجارية في الرعاية الطبية ، ونظم المعلومات الصحية ، وتنظيم المؤسسات الاستشفائية والمراكز الصحية والعيادات متعددة الخدمات وهذا من أجل تقديم الخدمات الطبية بشكل كاف ومستوى عالي أي أنه يجب أن تتوفر فيها الكفاية الكمية والكفاية النوعية .

¹ ابن فرحات عبد المنعم ، مرجع سابق ، ص52.

² توريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية ، دار مسيرة للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن ، 2008، ص35.

³ صفاء محمد هادي الجزائري و اخرون، قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية (دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام – البصرة)، مجلة الدراسات الادارية ، العدد الرابع، جامعة البصرة، 2001، ص4

⁴ بداوي عادل ، تأثير جودة الخدمات الصحية على رضا المريض ، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية عين بسام ، البويرة، مذكرة تخرج للتكوين المتخصص للمتصرفين لمصالح الصحة ، المدرسة الوطنية للمناجمت وإدارة الصحة ، 2016، ص 8.

1. الكفاية الكمية

وهي تعني توفير الخدمات الطبية بحجم وعدد كاف يتناسب مع عدد السكان وهذا يشمل :

1.1 توفر عدد كاف من الموارد البشرية الطبية : اطباء، ممرضين ، فنيين ، مختبرات ، وغيرهم من المساعدين ، حيث أن

الطبيب لوحده لا يستطيع القيام بجميع أعمال الخدمات الكمية من تمريضية ومخبرية وإدارية ،

2.1 توفير عدد كافي من الأطباء والمراكز والمؤسسات الطبية التي تقدم الخدمات الطبية : مثل وحدات صحية ،

مستشفيات ، مختبرات ، صيدليات ، ويشترط أن تكون هناك عدالة ومساواة في توزيعها بين مختلف المناطق البلاد ، إذ لا

يجوز أبدا تخصيص أو زيادة عدد أعضاء الفريق الطبي في منطقة ما في البلاد على حساب المناطق الأخرى .

3.1 توفر الخدمات الطبية في جميع الأوقات : وهذا يعني ضرورة عمل أعضاء الفريق الطبي لمدة 24 ساعة ، فالمرض لا

يعرف وقتا محددا يقع فيه أوقات الدوام الرسمي .

4.1 توفير أساليب ووسائل التثقيف الصحي بين أفراد المجتمع : وهذا لتعريفهم بوسائل الرعاية الطبية ، وتواجدها ،

والخدمات التي تقدمها وأهميتها وطرق الاستفادة منها مبكرا ، بمجرد إحساس الفرد بالمرض ، وعدم الإنتظار حتى يتطور

المرض ويصبح خطيرا ليعرض نفسه على الطبيب.

5.1 يجب وضع النظم المالية والإدارية اللازمة : أي الكفيلة بتوفير الخدمات التي تكفل للفرد الحصول عليها ، والسعي

للتأمين الطبي الشامل لكافة المواطنين .

2. الكفاية النوعية

لا يكفي لتوفير الخدمة الصحية زيادة عدد أعضاء الفرق الطبية والوحدات الخدمية والمؤسسات الاستشفائية فحسب ، بل يجب أيضا

توفير ظروف ريفية المستوى للعمل الطبي وهذا يشمل على :

1.2 وضع معايير وأسس تحدد مستوى المطلوب والواجب توفيره في كل من أعضاء الفريق الطبي ، والمعدات والأجهزة ،

ووسائل التشخيص والعلاج ، ويجب أن تضع هذه المعايير لجنة عليا من ذوي الإختصاص والخبرة والدراية في مجالات

الخدمات الطبية المختلفة، ولا يسمح لأي كان طبييا أو ممرضيا أو مؤسسة طبية أن تمارس مهنة تقديم الخدمات الطبية إلا

إذا توافرت فيها هذه المعايير .

2.2 العمل على رفع الكفاءة وحسن تدريب الفريق الطبي ، سواء كان طبييا عاما أو إختصاصيا أو ممرضيا ، وهذا من خلال

وضع برامج ثقافية علمية لرفع مستواهم العلمي للإطلاع على أحداث الإكتشافات الطبية ، بالإضافة إلى البرامج

التأهيلية من أجل تجديد معلوماته النظرية والعلمية ، ويشترط في هذه الدورات أن تكون إجبارية .

2.3 تقديم التسهيلات والمساعدات المالية والإدارية والفنية لجميع العاملين في قطاع الخدمات الطبية ، سواء كانوا أفراد أو

مؤسسات من أجل الحصول وإمتلاك الادوات والأجهزة والمعدات الطبية اللازمة والمرافق الطبية بأقل التكاليف المالية

والجهود ، ليستطيعو تقديم خدمات طبية بمستوى عالى .

4.2 دمج الخدمات الصحية والعلاجية والوقائية وذلك لأن هاته الخدمات لها كيان واحد متكامل ، وعرض شامل هو العمل

على إكمال سلامة الفرد من النواحي الجسمية والعقلية علاوة على مكافحة الأمراض وعلاجها ، لأن تقسيم هذه

الخدمات ينفي الغرض من التكامل إضافة على ما يتبع ذلك من زيادة في النفقات الفعلية والإدارية لهذه الخدمات .¹

ثالثاً: أنواع الخدمات الصحية

تصنف الخدمات الصحية التي تقدمها أغلب النظم الصحية في العالم في نوعين هما: الخدمات الصحية الشخصية ، وخدمات

الصحة العامة ، وفيما يلي تفصيل لهذين النوعين :²

1. الخدمات الصحية الشخصية :

ويقصد بها تلك الخدمات الصحية الوقائية أو العلاجية أو التأهيلية التي تقدم للفرد من قبل الطبيب ، أو من قبل المؤهلين

للتشخيص والعلاج والرعاية الشخصية ، كأخصائي المختبر ، والأشعة ، والرعاية النفسية والتغذية والعلاج الطبيعي ، والتمريض

فزيارة المريض للطبيب ، أو لأخصائي العلاج الطبيعي بقصد العلاج هما من صور الخدمات الصحية الشخصية .

وتتضمن الخدمات الصحية الشخصية أنواعاً عديدة من الخدمات نوجزها فيما يلي :

1.1 خدمات الرعاية الخارجية .

وتعرف بأنها الخدمات الصحية التي لا تشمل على أى رعاية إيوائية للمستفيدين . ويقدم هذا النوع من الخدمات عادة في عيادة

الأطباء الخاصة ، أو التابعة للعيادات الأولية ، أو في قسم الطوارئ الملحق به ، أو في مراكز الرعاية الصحية الأولية ، أو في العيادات

المجمعة Polclinics أو في مراكز العلاج الطبي .

2.1 خدمات الرعاية الداخلية .

ويقصد بها خدمات الرعاية الإيوائية أو الاستشفائية التي تقدم للمرضى الذين تقتضى حالتهم الصحية الإقامة في المستشفيات

العامة أو التخصصية ، بقصد التشخيص والعلاج لفترات لا تتجاوز الثلاثين يوماً .

2.1 خدمات الرعاية الطويلة الأجل .

وهي خدمات صحيحة تجمع بين نمطي الرعاية السالف ذكرهما : الرعاية الخارجية ، والأخري الإيوائية . وتتجاوز مدة الرعاية

الإيوائية في هذا النوع من الخدمات في الغالب ثلاثون يوماً . وأغلب المستفيدين من هذه الخدمات هم الأشخاص الذين يعانون من

أشكال من الإعاقة والأمراض المزمنة . ومن أمثلة هذه الخدمات ، مستشفيات الصحة النفسية ، وخدمات الرعاية الصحية المقدمة

في المصحات ، ودور النقاهاة ومراكز الرعاية الإيوائية الشاملة الخاصة بالمعوقين والمسنين ، ودور التمريض فضلاً عن تلك الخدمات

التي يقدمها أخصائيو الرعاية التمريضية المنزلية للأشخاص الذين هم بحاجة إلى عناية الآخرين ولا سيما المسنين لكن حالتهم

الصحية لا تقتضى بقائهم في المؤسسات الاستشفائية .

2. خدمات الصحة العامة

وهي الخدمات الصحية التي تستهدف حماية صحة المواطنين والإرتقاء بها . وتتولى الدولة عادة مسؤوليات تقديم هذه الخدمات

التي تشمل في المقام الأول على الأنشطة الآتية :

¹ بداوي عادل ، مرجع سابق ، ص 8،9.

² طلال بن عايد الاحمدي ، إدارة الرعاية الصحية ، معهد الإدارة العامة ، مركز البحوث ، المملكة العربية السعودية ، 2004 ، ص 24-26.

1.2 خدمات الإرتقاء بالصحة العامة .

وهي خدمات نحو بناء سلوكيات صحية إيجابية لدى الأفراد وخاصة فيما يتعلق بأهمية الغذاء الصحي المتوازن ، وممارسة الرياضة البدنية أي التركيز على العوامل غير طبية وأهمية الصحة الشخصية للفرد ، وصحة البيئة المنزلية .

2.2 خدمات الصحة العامة .

وتهتم هذه الخدمات بصحة الأفراد كمجموعات وتشمل الخدمات التالية :

- السيطرة على الأمراض السارية والمعدية والقضاء عليها .
- عزل الحالات المصابة بالأمراض وعلاجها .
- خدمات رعاية الأم والطفل .
- الإحصاءات الحيوية والصحية .
- تقييم وتنمية الموارد المتاحة .
- الأبحاث العلمية في المجال الصحي .

2.2 خدمات صحة البيئة .

وترتبط هذه الخدمات عادة بخدمات عادة بخدمات الصحة العامة المذكورة أعلاه وهي خدمات موجهة نحو توفير البيئة الصحية السليمة للأفراد وتهتم بشكل رئيسي بقضايا التلوث البيئي والأمن والسلامة العامة وقضايا الإسكان والمسكن الصحي . وتشمل هذه الخدمات مايلي .

- توفير الماء الصالح للشرب والطرق السليمة لإستعماله وتخزينه .
- التخلص السليم من النفايات الصلبة والسائلة
- صحة الحليب والمأكولات .
- توفير المسكن .
- الإهتمام بالصحة المهنية وأمور السلامة العامة والتفتيش على المرافق الصحية العامة.
- السيطرة على الموارد المشعة .

وترتكز خدمات وبرامج الصحة العامة على صحة المجتمع على صحة المجتمع ككل بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والمحافظة على أعلى مستوى صحي ممكن . ولتحقيق هذا الهدف فقد ركزت خدمات الصحة العامة وبشكل تقليدي على الطرق التالية لحماية أفراد المجتمع من الأمراض المعدية والسيطرة عليها وهذه الطرق :

- حملات التطعيم الموجه للمجتمع لتحصين أفرادهم ضد الأمراض السارية والمعدية .
- خدمات صحة البيئة المذكورة أنفا .
- عزل الحالات المرضية المصابة بالأمراض السارية والمعدية لمنع إنتشارها .¹

¹فريد توفيق نصيرات ، إدارة منظمات الرعاية الصحية ، دار مسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، الأردن ، 2015، ص 61-63 .

رابعاً: خصائص الخدمات الصحية

1. تشترك الخدمات بصفة عامة في عدد من الخصائص مثلما تم ذكره في المطلب الثاني من هذا المبحث ، كما هو مبين في هاته النقاط :

- غير قابلة للمس
- الملازمة
- التباين
- لا يمكن تخزين الخدمة
- غياب التملك
- تنتج الخدمة عند وقوع الطلب عليها
- تقلب الجودة
- صعوبة ترميم الخدمة
- اشتراك المستفيد

ولما كانت الخدمات الصحية هي واحدة من اهم وأبرز الخدمات المنتجة والمقدمة لأنها مرتبطة بصحة وسلامة الأفراد ، ولذلك فيلإ جانب تميزها بالخصائص المذكورة سابقا فإن لها ، أي الخدمات الصحية ، خصائص مميزة لها ، والتي يمكن إيجازها فيما يلي :

- الخدمات الصحية تقدم لكل أفراد المجتمع ، بغض النظر عن مستوياتهم الإجتماعية ، الثقافية ، التعليمية أو المادية .
- الخدمات الصحية تهدف إلى تقديم منفعة عامة لمختلف الأطراف المستفيدة منها ، أفراد ، هيئات وتنظيمات ...إلخ .
- تتميز الخدمات الصحية بكونها مراقبة بشدة حيث أنها تخضع للقوانين والتنظيمات الصادرة عن الدولة ، وذلك فيما يتعلق بطبيعة الخدمات المقدمة وبكيفية تقديمها.
- يشترط في الخدمات الصحية درجة عالية من الجودة لأنها مرتبطة بحياة الافراد.
- الخدمات الصحية تتميز باستمرارية وعدم القابلية للتأجيل ، وذلك على مدار اليوم ، الأسبوع ، الشهر، السنة .
- الخدمات الصحية تتطلب الحضور الشخصي للمستفيد ، منأجل الفحص ، التشخيص، إجراء التحاليل والمعالجة .
- يتحدد مستوى جودة الخدمات الصحية بدرجة أولى من قبل المستفيد ، أي المريض . حيث ان درجة التوافق بين جودة الخدمة ومستوى إدراك المريض لتلك الجودة في الخدمة هي المحدد لمستوى جودة الخدمة الصحية¹ .
- صعوبة تقدير حجم المنفعة المتأتية من الخدمة الصحية ومدى جودتها لكونها ليست سلعة معيارية تستهلك بظروف معيارية كما هو الحال في السلع الأخرى.²

2. إن مثل هذه الخصائص والمميزات التي تصبغ الخدمات الصحية في عمومها ، تتوافق إلى حد كبير مع الجوانب التالية :

- المطابقة مع المواصفات

¹بديسي فهيمة ، زويوش بلال ، جودة الخدمات الصحية الخصائص ، الأبعاد والمؤشرات، مجلة الإقتصاد والمجتمع ، جامعة منتوري قسنطينة، العدد7، 2011، ص ، ص141،140.

² فريد توفيق نصيرات ، إدارة المستشفيات ، إثراء للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن ، 2008، ص33.

حيث أن طالب الخدمة الصحية يتوقع أن تكون على درجة عالية من الأداء . أي يجب وأن تتطابق أو تتحقق فيها المواصفات المحددة والمعلن عنها ، إذا كان الأمر يتعلق بمؤسسة إستشفائية خاصة تعمل على الترويج والدعاية للخدمات التي تقدمها . أو على الأقل تتطابق الخدمة المقدمة والمواصفات المتعارف عليها كالدقة في المعاينة ، التشخيص والمعالجة ، سرعة التدخل ، الإهتمام والعناية المستمرة...إلخ.

- المواءمة مع الإستخدام

ويقصد بهذا التوافق والإنسجام بين الأداء المحقق أو نتائج الخدمات الصحية المقدمة والهدف أو الأهداف المحددة . وهذا التوافق يكون من حيث الطبيعة ، الكفاءة والفاعلية ، كيفية الأداء والتوقيت الزمني .

- الدعم

ويتمثل في درجة إهتمام المؤسسة الاستشفائية بمستوى جودة الخدمة المقدمة للمرضى. والأساليب المعتمدة للمحافظة على نفس المستوى أو العمل على تحسينه تماشياً والحاجات المعبر عنها ، أي تماشياً والمستجدات ، وذلك على المستويين المحلي والدولي .

- التأثير النفسي

تقييم مستوى جودة الخدمة المقدمة عادة ما يكون من وجهة نظر المستفيد بها أي المريض . في غالب الأحيان يخضع مثل هذا التقييم للتأثير النفسي الذي تخلفه الخدمة المقدمة ، والذي يعطي تصورات وانطباعات مختلفة قد تكون إيجابية أو سلبية.¹

المطلب الثالث : جودة الخدمات الصحية

أضحى الإرتقاء بالمستوى الصحي بالمواطنين هدفا عاما وهاجسا في أية دولة في سعيها لصياغة خططها التنموية الإجتماعية والإقتصادية ، والذي أسهم في نقل المؤسسات الاستشفائية من إطارها القديم المتمثل في كونها مجرد مكان يمارس فيه الطبيب مهنته ليأخذ إطارا أشمل في الكيفية التي تقدم بها الخدمة الصحية لطالبيها سواء المرضى أو غير المرضى ، فضلا عن تخطيط وتنفيذ برامج التطوير والبحث ، أضف إلى ذلك وضع معايير الرقابة على جودة الخدمات المقدمة . ولما كانت المؤسسات الاستشفائية وسيلة مهمة من الوسائل المساهمة في تحقيق التنمية الإجتماعية ، فقد زاد الإهتمام على الصعيد العالمي بإنشاء المستشفيات والإنفاق عليها ، ولما كان هذا الإنفاق المتزايد على هاته المؤسسات تعين الحرص على أن تكون الخدمة الطبية المقدمة ذات مستوى عال يتناسب مع هذه النفقات ، وهو أمر يتأتى بتأمين كفاءات مؤهلة تأهيلا جيدا لضمان الإفادة القصوى من الإمكانيات المتاحة . للمساهمة في إدخال البهجة في نفس طالب الخدمة بما يفوق توقعاته ، مع ضرورة الإصغاء له والإبداع في خدمته وتحقيق التفاعل معه ، والتأكد على زيادة إرتيابه من الخدمة وما يحيط بها ، وجعلها أسهل منال وأكثر تناسقا .

أولا : مفهوم جودة الخدمات الصحية

1 التطور التاريخي لفكر الجودة في الصحة

يرجع تاريخ الجودة في المجال الصحي إلى عام 2000 قبل الميلاد وإلى قانون حمو رابي ملك بابل ، حيث يحتوي قانونه على أقدم قوائم عرفها الانسان تتعلق بتكاليف ورسوم الخدمات المقدمة والذي جمع بين الجودة وتكلفة الرعاية الصحية . كما تضمن قانون حمو رابي بنوداً خاصة بالعقوبات المرتبطة بالأخطاء الجراحية والتقصير والإهمال.

¹بديسي فهيمة ، زويوش بلال ، مرجع سابق ، ص141، 140.

وفي القرن الخامس قبل الميلاد احتوت كتب "توت" في الحضارة المصرية القديمة على بعض معايير الممارسات الطبية، حيث عد أي انحراف عن هذه المعايير جريمة تستوجب العقاب، وفي القرن الرابع قبل الميلاد وضع أرسطو قانوناً يؤكد أنه لا يسمح للأطباء بتغيير طريقتهم الاعتيادية في المعالجة إلا في ظروف قصوى. وفي عصر الاغريق طلب أبو قراط من تلاميذه أن يقسموا على أن يقدموا لمرضاهم أفضل ما يمكن تقديمه من رعاية. وقد أدت هذه الخلفية التاريخية إلى تأسيس وترسيخ قيم وتقاليد مهنية معينة تحكم ممارسة مهنة الطب منذ عصور ما قبل التاريخ وحتى عصرنا الحاضر.

وفي العصر الحديث أدى إنشاء الكلية الأمريكية للجراحين عام 1913م إلى حدوث تطورات رئيسية في مجال جودة الرعاية الطبية من أهمها تحسين التوثيق للإجراءات الجراحية وإعداد والالتزام بما يعرف ببروتوكولات العلاج. (Clinical Protocols) هذا وقد انضمت الكلية الأمريكية للجراحين وعدد من الهيئات الأخرى لتشكيل ما يعرف بالهيئة المشتركة لاعتماد المستشفيات عام 1951م والتي تابعت حركة تحسين الجودة في المستشفيات وذلك بوضعها لضوابط محددة للأداء في المؤسسات الاستشفائية. وقد تابعت جهود تحسين الجودة في المجال الصحي تحركها جهات التمويل والمنظمات الحكومية والخاصة والجمعيات المهنية. وقد يكون أهم أعمال هذه الحركات فكرة معايير الجودة النوعية أو توكيد الجودة في السبعينيات والثمانينيات الميلادية. في التسعينات الميلادية انتشرت مفاهيم إدارة الجودة الشاملة (Total Quality Management) أو الجودة الشاملة للجودة (Continuous Quality Improvement) والتي تستند إلى المبادئ التي وضعها خبراء الجودة أمثال ديمينغ، وجوران، وكروسبي والتي بدأ تطبيقها في القطاع الصناعي في اليابان في أعقاب الحرب العالمية الثانية ثم امتدت تدريجياً إلى القطاعات الأخرى بما فيها الخدمات الصحية¹.

2. مفهوم جودة الخدمات الصحية

إن الرغبة في تطبيق برامج إدارة الجودة الشاملة في مجال الرعاية الصحية لهدف عالمي يتسع نطاق تطبيقه عاما بعد عام. لذلك فالجودة توضع في المرتبة الأولى ضمن أولويات الرعاية الصحية الأساسية في الوطن العربي . فالخدمات التي تقدمها الرعاية الصحية الأساسية ذات تأثير مباشر على حياة وصحة المواطنين وأسراهم .

إن أول من إستخدم هذا المفهوم في مجال الطب ممرضة بريطانية تدعى "فلورنس نايتفيل" والتي كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية بالمستشفيات العسكرية خلال حرب القرم وذلك بإدخال معايير أداء بسيطة إلى عملها مما أدى إلى إنخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المستشفيات .

كما أن موضوع الجودة الصحية أصبح من المواضيع الأساسية في تسويق خدمات الرعاية الصحية ، كما أن هذا الموضوع هو محل الإهتمام والتركيز من قبل إدارات المستشفيات والمستفيدين من خدمات الرعاية الصحية ، والأطباء، والجهات الممولة لهاته الخدمات حيث تركز هاته الأطراف المتعددة على جودة الخدمة الصحية لتحقيق أهدافها ومصالحها ، وتعني جودة الخدمة الصحية :

¹ أشرف عبد الله سليمان أبو حليقة ، أثر الجودة في الرعاية الصحية ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير ، تخصص إدارة الجودة ، الجامعة العربية المفتوحة لشمال أمريكا ، 2013 ، ص،ص،8،9.

- تقديم خدمات صحية أكثر أماناً وأكثر إقناعاً لمقدميها وأكثر إرضاءً للمستفيدين منها بحيث تتولد في المجتمع نظرة إيجابية إلى الرعاية الصحية المقدمة¹.
- أما تعريفها من المنظور الطبي المهني هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية ويتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة ونوعيتها وطبيعة الخدمة الصحية المقدمة .
- أما من المنظور المهني الإداري فيعني كيفية إستخدام الموارد المتاحة والمتوفرة والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الإحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة.
- و من وجهة نظر المريض فهي الأهم فتعني جودة الخدمة الصحية طريقة الحصول عليها ونتيجتها النهائية
- كما تعرف من وجهة نظر الأطباء قد تعني توافر أعلى مستوى ممكن من المعارف والمهارات الطبية وتقديمه لخدمة مرضاهم.

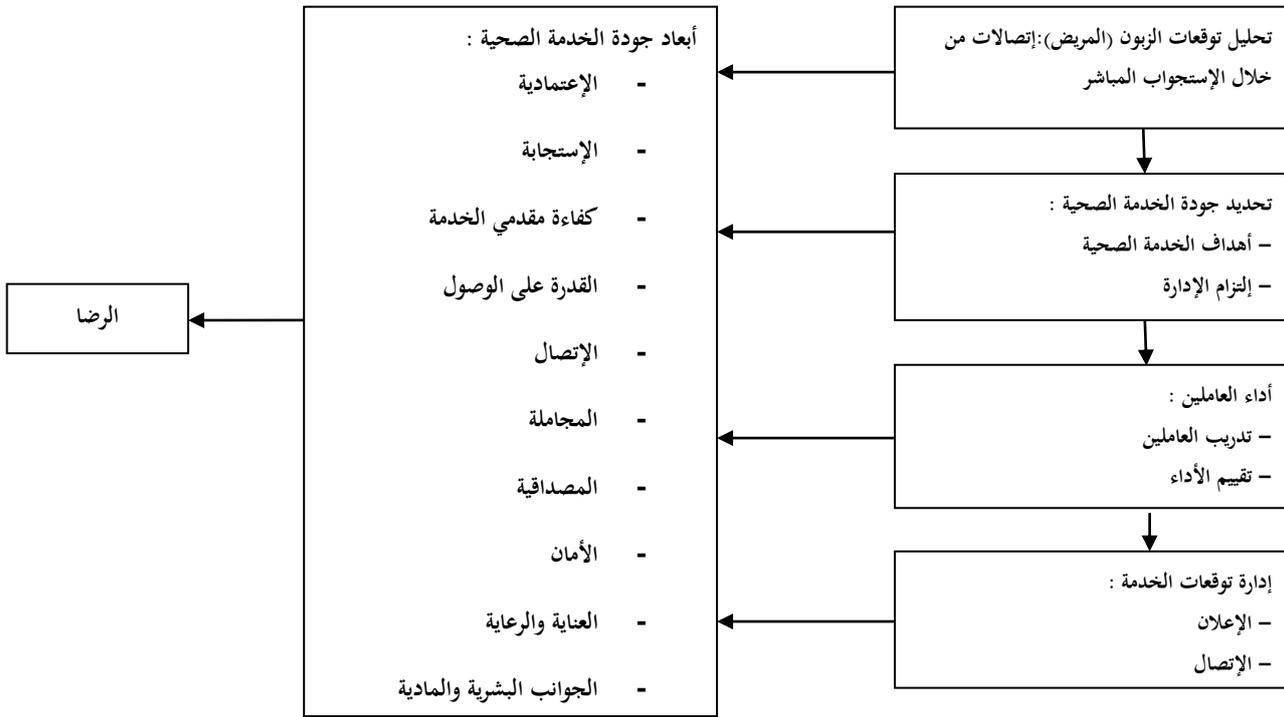
3. أسباب الإهتمام بالخدمات الصحية

- إن المؤسسات الاستشفائية ما هي إلا مؤسسات إنسانية وإجتماعية وخدمية وهي جزء من المجتمع تؤثر فيه وتتأثر به في نفس الوقت ، وتقدم خدماتها بشكل مباشر إلى المريض فإن تحقيق رضا المرضى من هذه الخدمات وجودتها تكتسب أهمية كبيرة للأسباب الآتية:
- إن الهدف النهائي للخدمات الصحية هو ضمان الصحة الجسدية والنفسية للمريض .
 - تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية تحقق رضا المريض الذي هو وسيلة لتحقيق أهداف أخرى مثل تعاون المريض مع الأطباء وجهاز التمريض وقبوله وتنفيذه لتوصياتهم وهذا يؤدي إلى الوصول إلى تشخيص سليم وعلاج ملائم .
 - يتطلب تقديم خدمة صحية فعالة وجود مشاركة مسؤولة لدى المرضى ويحتاج ذلك إلى قناة اتصال فعال بين مقدمي الخدمة الصحية والمرضى بصورة دورية لتحديد الخطوة الأولى في تطوير قنوات الإتصال بين المستفيد والخدمة الصحية ومقدمها.
 - من أجل إستمرار المؤسسات الاستشفائية في النمو ولكي تؤدي مهامها بفاعلية تحتاج أن تعطي إهتماماً أكبر لجمهور المستفيدين بإعتبارهم أهم عناصر بيئتها الخارجية².

¹محمد نور الطاهر، أحمد عبد القادر، قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان (من وجهة نظر المرضى والمراجعين)، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلد 11، العدد 4، 2005، ص 6.

²رضوان أنساع، محمد فلاح، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة، مستشفى الجامعة الأردنية نموذجاً، مجلة الإدارة والتنمية والدراسات، العدد 4 ، جامعة الشلف، بدون سنة نشر، ص 61 .

الشكل رقم (3) نموذج تكميلي لجودة الخدمة الصحية



المصدر: بديسي فهمية ، زويوش بلال ، جودة الخدمات الصحية الخصائص ، الأبعاد والمؤشرات ، مجلة الإقتصاد والمجتمع ، جامعة منتوري قسنطينة، العدد7، 2011، ص143.

من خلال الشكل السابق ، والذي يعكس رؤيا شاملة ومتكاملة للجودة في قطاع الخدمات الصحية ، تبدو العوامل المؤثرة بشكل مباشر وغير مباشر في جودة هذا النوع من الخدمات وكذلك بعض الأبعاد المميزة لهذا النوع .

ثانيا :أبعاد جودة الخدمات الصحية

مثل ماهو الحال بالنسبة لمفهوم الجودة ، عموما وجودة الخدمات الصحية على وجه الخصوص ، لا يوجد إتفاق بين الباحثين والمهتمين حول الأبعاد أو الجوانب التي تحدد مستوى الخدمة التي تقدمها المؤسسة الاستشفائية حيث يرى كل من Swan & Comb بأن جودة الخدمة الصحية لها بعدان :

- **الجودة المادية الملموسة** : وتتمثل في ما يحصل عليه الزبون المعبر عنه بالرضا .

- **الجودة التفاعلية** : وتتمثل في الاداء والممثل بالعمليات المنجزة داخل وخارج المؤسسة الخدمية قصد إنتاج وتقديم الخدمة

كما أضاف Lehtinen وآخرون بعدا **ثالثا هو جودة المنظمة** ، والتي تتعلق بصورة المنظمة التي يرسمها العميل في ذهنه .

أما Parasuroman وآخرون فقد توصلوا إلى تحديد عشرة أبعاد أساسية لجودة الخدمة عموما والصحية على وجه الخصوص والتي تحدد مستوى الجودة تماشيا وإدراك العملاء :

1. **الإعتمادية** : وتعني القدرة على الإنجاز وبدقة الخدمة مثل ما تم تحديدها ، وتقديمها بالشكل الصحيح ومن المرة الأولى .أي العمل على تقليص مجال الخطأ¹ . وهي تعبر عن درجة ثقة الزبون (المريض) في المؤسسة الاستشفائية ومدى إيمانه عليها في الحصول على الخدمات الطبية التي يتوقعها ويعكس هذا العنصر مدى قدرة المؤسسة على الوفاء بتقديم الخدمات الطبية في المواعيد المحددة وبدرجة عالية من الدقة والكفاءة ومدى سهولة وسرعة إجراءات الحصول على تلك الخدمات ويرفع هذا من مستوى مصداقية الخدمة الصحية وتتلخص هذه المجموعة في العناصر التالية
 - الوفاء في تقديم الخدمة في الموعد المحدد .
 - الحرص المخلص على حل مشكلات الزبون .
 - أداء الخدمة بدقة وبدون أخطاء.
 - الثقة في الأطباء والفتيات وكفاءتهم وشهرتهم² .
2. **الإستجابة** : وتشير إلى سرعة الإستجابة في تقديم الخدمة أي مدى قدرة وإستعداد مقدم الخدمة بشكل دائم في تقديم الخدمة للزبائن عند إحتياجهم لها . والمساعدة الحقيقية في تقديم الخدمة إلى المستفيد ، والتقليل ما أمكن من الأمور المزعجة له ، أي أن الإستجابة مقرونة بالفورية في أداء الخدمة وتقديمها حال الحاجة إليها والمبادرة إلى ذلك من خلال معرفة رغبة طالبي الخدمة تلقائيا ، أدركوا هم توصيف حاجاتهم أم لم يدركو لحظة وقوع المشكلة الصحية .

ويبرز هذا البعد بشكل واضح في الخدمات الإستعجالية التي تقدمها المؤسسات الصحية الاستشفائية التي هي عليها أن تكون حاضرة طوال اليوم أو على مدار 24 ساعة ، بقريق صحي متكامل يضمن سرعة الإستجابة وتلبية المنفعة الصحية المقصودة من طالبيها وهو المريض في مثل هاته الحالة .

ومن العناصر التي تعتمد لتقييم هذا البعد :

 - السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة
 - الإستجابة الفورية لإحتياجات المريض مهما كانت درجة الإنشغال .
 - الإستعداد الدائم للتعاون مع المريض
 - الرد الفوري على الإستفسارات والشكاوى³ .
3. **كفاءة مقدمي الخدمة** : أي كفاءة القائمين على أداء الخدمة من حيث المهارات والمعرفة التي تمكنهم من أداء الخدمة .
4. **مدى إمكانية وتوفر الحصول على الخدمة الصحية** : أي توفرها في الوقت المناسب والمكان الذي يرغب المريض وسهولة الوصول إلى مكان تلقيها⁴ .

¹ بديسي فهيمه ، زويوش بلال ، جودة الخدمات الصحية الخصائص ، الأبعاد والمؤشرات ، مجلة الإقتصاد والمجتمع ، جامعة منتوري قسنطينة، العدد7، 2011، ص146.

² دبون عبد القادر ، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية ، حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة ، مجلة الباحث، العدد11، 2012، ص219.

³ ابن فرحات عبد المنعم ، مرجع سابق ، ص50

⁴ إلهام يحياوي ، ليلي بوحديد ، تقييم جودة الخدمات الصحية ومستوى رضا الزبون عنها ، دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة ، مجلة الباحث ، عدد14، 2014، ص335.

5. الإتصال :وتعني تبادل المعلومات بين مختلف الأقسام والمصالح المقدمة للخدمة وكذا بين الأفراد العاملين بها من جهة ، وبينهم وبين المرضى المتعاملين الخارجيين من جهة أخرى .
6. المجاملة : وتتمثل في حسن المعاملة .
7. المصدقية : وتعني توفر درجة عالية من الثقة في مقدمي الخدمة الصحية .
8. الامان (الضمان) : ويشير هذا البعد إلى إلمام العاملين بالمؤسسة الاستشفائية بالمهام والوظائف الموكلة لهم ، وبشكل يمكنهم من تقديم خدمة خالية من أي مخاطر .
9. العناية والرعاية : أي بذل كافة الجهود لإشعار المرضى بذلك
- 10.الجوانب المادية والبشرية الملموسة : ويتمثل هذا البعد في كفاءة وفعالية التجهيزات ، المواد ،وسائل الإتصال والأفراد العاملين بالمؤسسة الصحية .

وفي دراسة لاحقة تمكن (Berry) وزملاؤه سنة 1988 من دمج هذه المعايير العشر في خمسة فقط هي الجوانب الملموسة، الإعتدادية، الإستجابة، الأمان، التعاطف .وقد أثبتت تلك الدراسة، أنه على الرغم من النظر إلى المعايير على أنها ضرورية ، إلا أن الوزن النسبي لها يختلف بين المرضى ومن مؤسسة إستشفائية إلى أخرى .

والجدول الموالي يظهر الأبعاد الخمسة التي ركزت عليها الدراسة وما يقابلها من معايير لتقييم كل بعد والأمثلة التي يمكن أن تقابل ذلك البعد في مجال تقديم الخدمات الصحية بالمؤسسات المختصة في ذلك.¹

جدول رقم (2) أبعاد جودة الخدمة بالمؤسسات الاستشفائية

الأمثلة	معايير التقييم	البعد
ثقة عالية لدى المرضى بأن حياتهم بين أيدي أمينة	دقة السجلات المعتمد في إدارة المؤسسة الاستشفائية . المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية	الإعتدادية
وصول سيارات الإسعاف خلال دقائق معدودة غرف العمليات جاهزة كليا ولكل الحالات	تقديم خدمات علاجية فورية . إستجابة سريعة لنداءات الطوارئ الخارجية العمل على مدار ساعات اليوم .	الإستجابة
المعاملة الحسنة للمرضى . تدريب ومهارات عالية في الاداء	سمعة ومكانة المؤسسة الاستشفائية عالية المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والشبه طبيين تميز العاملين بدرجة عالية من الإنسانية .	التعاطف
المرضى بمثابة الأم الحنون . النظر للمريض بأنه دائما على حق .	إهتمام شخصي بالمرضى . الإصغاء الكامل للشكوى . تلبية الحاجات بلطف وود.	الأمان
نظافة الغرف وأماكن العلاج نوعية الطعام الجيدة	الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج . المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة . أماكن الإنتظار والإستقبال المناسبة	الملموسية

المصدر : بديسي فهيمة ،زويوش بلال ،جودة الخدمات الصحية ،مجلة الإقتصاد والمجتمع ، جامعة قسنطينة،العدد2011،7،ص148.

¹بديسي فهيمة ،زويوش بلال ،مرجع سابق ،ص147.

ثالثاً : قياس جودة الخدمات الصحية

لقد إتفق الباحثون على أن العنصر العام في جودة الخدمة بغض النظر عن نوعها هو أن الجودة تعتمد على إدراك الزبون وعلى المؤسسة أن تبحث عن الطرق والوسائل لتطوير وتحسين جودة الخدمة التي تتفق مع توقعاته ، وتسعي المنظمة إلى تلبية تلك التوقعات عن طريق التعرف على المعايير التي يلجأ إليها الزبائن للحكم جودة الخدمة المقدمة إليهم ، وعلى إمكانية تلبية هذه التوقعات .

1. إدراك الزبون للجودة :

إن إدارة الجودة تطلب تغييراً جذرياً في ثقافة المؤسسة من خلال العمل على تغيير الأسلوب الإداري السائد فيها وإعطاء رغبات المستهلك الأولوية الأولى ، وكذلك الانتقال من الأسلوب التقليدي في الإدارة إلى الأسلوب الحديث القائم على الديمقراطية والمشاركة والإهتمام بفريق العمل وروح المشاركة الفعالة لكل فرد في المؤسسة ، وكل ذلك في سبيل الوصول إلى خدمة متميزة للزبائن ، حتى أن المؤسسات في العصر الحديث أصبحت لاتعمل فقط على إرضاء الزبائن وإبهارهم كما يقول كما يقول الأمريكيون بل أصبحت تسعى إلى ما يسمى إسعاد الزبائن وتقديم مالا يتوقعونه كما يقول اليابانيون .

وقد أوضح المسح الذي قامت به الجمعية الأمريكية للرقابة على الجودة إدراك المستخدم النهائي لجودة المنتج وللعوامل المهمة التي تؤثر في قراره للشراء وهذه العوامل هي :

- الأداء : ويتضمن الأداء مفهوم (الملائمة للإستخدام) وهذه العبارة تعني أن المنتج جاهز لإستخدام المستهلك وقت البيع .
- المواصفات (الخصائص) : أي ماهي مميزات وخصائص المنتج أو الخدمة التي تشبع نفسيته .
- الخدمة : إن الخدمة تسهم بشكل كبير في رضا العميل . ويعمل الضمان على تحقيق مبيعات أكثر للعملاء ويقوى من ولائهم للمؤسسة .
- السمعة : يكون الزبائن على إستعداد لدفع مبالغ كبيرة مقابل سمعة المؤسسة وشهرتها .
- السعر: إن زبون اليوم يرغب في دفع سعر أعلى في سبيل الحصول على جودة عالية . ويسعى دائماً لتقييم منتجات وخدمات المؤسسة مع منافسيها ، وذلك لمعرفة أي منهم يقدم جودة عالية وسعر اقل يوازي المنفعة التي سيحصل عليها من المنتج الذي قام بشرائه¹. وهاته النقطة تكون في أغلب الاحيان على السلع لا الخدمات لصعوبة تقييم تكلفة الخدمة والحاجة الملحة والضرورة القصوى للخدمة أو غياب البديل الإحلالي في أغلب الاحيان².

2 . قياس جودة الخدمات الصحية

إن عملية تطبيق المعايير والمقاييس المناسبة والأمنة لتوفير الرعاية الصحية أصبحت ضرورة ، فضلاً عن اليات لتقييم نظم وأداء المؤسسة ، وفي جميع أنحاء العالم لا تزال مسألة جودة الخدمة الصحية بالغة الأهمية ،³ فقد وضع الباحثون في مجال الرعاية الصحية مجموعة من المؤشرات التي تمكننا من معرفة مستوى فعالية خدمات مؤسسات نظم الرعاية الصحية وتسمح لنا بتقييمها ، والتي تصنفها إلى :

¹ أحمد يوسف دداوين ، مرجع سابق ، ص 114، 113

² براينيس عبد القادر، كبير هادية ، خصائص الخدمات وأثرها على سلوك المستهلكين ، مجلة الإستراتيجية والتنمية ، العدد 6، جامعة مستغانم ، بدون سنة نشر.

³ هاني عبد الرحمة عمر العمري ، مدي الإنزام بمعايير الجودة العالمية في قطاع الخدمات الصحية بالمملكة العربية السعودية ، المنظمة العربية للتنمية الإدارية ، 2014، ص 109.

- مؤشرات كلية .
- مؤشرات تفصيلية حسب المصالح .

1.2 المؤشرات الكلية : ويمكن تقسيمها إلى مؤشرات الإستشفاء ومؤشرات الوقاية .

أ - متوسط المدة الزمانية للإستشفاء : حسابه يسمح بتقييم الفترة التي قضاها المريض قصد الإستشفاء . هذا المؤشر يسمح بإعطاء حكم تقديري على نوعية الخدمة المقدمة ، ففي الواقع كلما كانت مدة الإستشفاء قليلة كلما كان التكفل بالمريض من حيث العلاج ناجعا.

من الممكن أحيانا وجود مرضى يشتغلون الأسرة لوقت أطول من المعدل العام لفترة المكوث مثل حالة المصابين بالأمراض المزمنة . حساب هذا المؤشر أيضا يسمح بإجراء مقارنة بين مختلف مصالح الإستشفاء التي لها نفس التخصص أو بتخصصات مختلفة . متوسط المدة الزمنية للإستشفاء يعطى بالمعادلة التالية :

عدد أيام الإستشفاء خلال السنة

$$\frac{\text{عدد المرضى الباقين حتى 12/31} + \text{عدد المرضى المستشفين خلال السنة}}{\text{عدد أيام الإستشفاء}}$$

ب - معدل شغل الأسرة : يسمح هذا المؤشر بمتابعة شغل الأسرة لمصلحة إستشفائية . في الواقع ، إذا كان معدل شغل الأسرة مساوي ل100%، فذلك لايعني أن أداء المصلحة فعال ، بل يثبت أن المرصى كاملا . بالمقابل ، إذا كان معدل شغل الأسرة هو بمثابة جرس إنذار لبحث الخلل في التسيير وإيجاد الحل في أقرب الأوقات . معدل شغل الأسرة يعطى بالمعادلة التالية :

عدد أيام الإستشفاء

$$100 \times \frac{\text{عدد أيام السنة} \times \text{عدد الأسرة}}{\text{عدد أيام الإستشفاء}}$$

ج - معدل الدوران : هذا المؤشر يسمح بمعرفة عدد المرصى الذين تم إستشفاؤهم على ذات السرير خلال سنة معينة ، فهو يسمح إذن ، بتقييم الدوران على السرير بمصلحة إستشفائية . كذلك بإجراء مقارنة بين مختلف المصالح الاستشفائية . كما يحضى هذا المؤشر من زاوية أخرى بأهمية معتبرة في تقييم التكلفة السنوية للسرير مقارنة بميزانية التسيير ، فكلما كان معدل الدوران مرتفعا كلما إنخفضت التكلفة نتيجة لإرتفاع طاقة الإستعاب داخل المستشفى . معدل دوران يعطى بالمعادلة التالية :

عدد المرضى الباقين في 01/01 + عدد المرصى الداخليين

$$\frac{\text{عدد أسرة الإستشفاء}}{\text{عدد المرضى الباقين في 01/01} + \text{عدد المرصى الداخليين}}$$

د - متوسط المرتقين : ويعني متوسط المرضى الذين دخلوا إلى المستشفى خلال سنة معطاة . هذا المؤشر يسمح يسمح بمراقبة المرضى الذين قصدوا مكتب الدخول وباقي المصالح الاستشفائية .
ويعطى متوسط المرتقين بالمعادلة :

عدد أيام الإستشفاء

عدد أيام السنة

هـ - نسبة الوفيات : والمقصود به نسبة الوفيات بين المرضى الذين دخلوا المؤسسة الاستشفائية .
وتعطى نسبة الوفيات كالتالى :

عدد الوفيات

100X

عدد الإخراجات (أحياء + أموات)

و - معدل الإشغال لأي يوم : والمقصود به تحديد معدل شغل الأسرة اليومي . ويعطى كالتالى .

عدد المرضى الموجودين في ذلك اليوم

عدد الأسرة المتوفرة

ز- معدل شغور الأسرة : ويوضح هذا المؤشر نسبة شغور الأسرة بالنظر لعدم القدرة على الإستغلال الكامل للطاقة الإيوائية للمؤسسة الاستشفائية ، ويعطى كالتالى :

100 - معدل شغل الأسرة

2.2 مؤشرات الوقاية

توجد عدة مؤشرات لتقييم الانشطة الوقائية في بلد ما ، وتمثل إجمالاً في :

أ - نسبة الوفيات : وذلك لما تهدف إليه الصحة من تمديد معدل العمر وخفض نسبة الوفيات ، بما يجعل هذا المؤشر دليلاً على حسن التكفل بالمرضى كلما كان منخفضاً والعكس من ذلك كلما كان مرتفعاً فإنه يدل على عدم توفر الشروط الكافية للتكفل الجيد بالمرضى بما يعني تراجعاً في مستوى الخدمة .

وتعطى نسبة الوفيات وفق المعادلة التالية :

100x

عدد الوفيات

عدد الإستشفاءات

ب - معدل وفيات الأطفال : وهو مؤشر دال على مدى نجاعة السياسات الوطنية في برامج التلقيح الموسعة ، وكذا برامج حماية الأمومة والطفولة والتي هي من صميم العمل الوقائي للهياكل الصحية العمومية .

وتعطى نسبة وفيات الأطفال أقل من خمسة (5) سنوات وفق المعادلة التالية :

$$1000 \times \frac{\text{عدد الوفيات بين الأطفال أقل من 05 سنوات}}{\text{عدد الأطفال أقل من 05 سنوات}}$$

وتعطى نسبة وفيات الأطفال الرضع سنوات وفق المعادلة التالية :

$$1000 \times \frac{\text{عدد الوفيات بين الأطفال أقل من سنة}}{\text{عدد المواليد الأحياء}}$$

وتعطى نسبة وفيات الأطفال حديثي الولادة وفق المعادلة التالية :

$$1000 \times \frac{\text{عدد الوفيات بين الأطفال أقل من 28 يوم}}{\text{عدد المواليد الأحياء}}$$

ج - معدل العمر المتوسط للفرد : وهو يحدد مقدار أمل الحياة للإنسان في ظل النظام الصحي للبلد الذي يقطنه .

وتعطى معدل العمر المتوسط وفق المعادلة التالية :

$$\frac{\text{مجموع الأعمار المتوفين لفترة معينة}}{\text{عدد المتوفين خلال ذات الفترة}}$$

د- معدل الإصابة بالمرض : ويعني متوسط حالات الإصابة بمرض ما لدى مجموعة سكانية خلال السنة (كما قد يعطى هذا المعدل

خلال فترة مختارة تكون أقل من السنة)

وتعطى معدل الإصابة بالمرض كالتالي وفق المعادلة التالية :

$$1000 \times \frac{\text{عدد حالات مرض معين}}{\text{عدد السكان في نصف السنة}}$$

هـ تطور الأمراض الوبائية : والهدف من ذلك هو معرفة مدى نجاعة النشاطات الوقائية في الحد أو التقليل من إنتشار الأمراض الوبائية ،

لما لها من تداعيات جد سلبية على صحة المجتمع ، ومن ذلك :

- معدل الإصابة بالأمراض المراقبة بواسطة التلقحات كالسعال الديكي .
- معدل الإصابة بالأمراض المتنقلة عن طريق الحيوانات كالكلب .
- معدل الإصابة بالأمراض المتنقلة عن طريق المياه إلخ .

2.2 المؤشرات التفضيلية حسب المصالح :

توضع هذه المؤشرات لتقييم فعالية أداء التسيير الجزئي للمؤسسة الصحية في المصالح والأقسام المختلفة ، وتتعدد حسب طبيعة المصلحة أو القسم من جهة وحسب التصور الإستراتيجي لمسير المؤسسة الصحية من جهة أخرى (سواء كانت مرفقا عاما أو مؤسسة خاصة) . تتميز هذه المؤشرات بكون أغلبها ذات طابع كفي ويصعب إستخدامها ، ونظرا لما تتطلبه من متابعة مستمرة وملاحظة دقيقة وتطبيقها مكلف ومجهد في ان واحد . ويمكن ذكر بعضها كالتالي:

- عدد المرضى المحولين إلى مؤسسات أخرى لنقص الأسرة
- عدد المرضى المحولين بسبب تأخرهم في الإستشفاء لدى المؤسسة الصحية الأقرب
- عدد المرضى العائدين إلى مصالحتهم في أقل من 24 ساعة ، نظرا لعدم مطابقة أو عدم واقعية علاجهم
- الأخطاء الصحية في التكفل بالمرضى
- الأضرار الناجمة عن عمليات التخدير
- عدد اعمليات الجراحية
- نسبة الولادات القيصرية
- درجة الألم التي يشعر بها المريض¹

3.2 كما توجد أساليب أخرى لقياس جودة الخدمة الصحية :

- تطابق الخدمة الفعلية مع المتوقعة : يقوم هذا الأسلوب على أساس النتائج الفعلية المحققة من إستخدام الخدمة ، أي أنه لايمكن القيام بعملية القياس قبل الإنتهاء التام من الإستهلاك أو تلبية الحاجة أو الخدمة ، مع الأخذ بعين الإعتبار بين مرتفقي المؤسسات الاستشفائية في تقييم الخدمة
- تقييم الخدمة أثناء تقديمها : لا يتم الحصول على الخدمة في معظم الأحيان دفعة واحدة ، وإنما على عدة مراحل ، وتقييم الخدمة يتم بما يسمى سلاسل الخدمة ولحظات الإختبار . وتعرف سلاسل الخدمة بأنها سلسلة من الأحداث التي يمر بها العميل وهو يطلب الخدمة ، أما لحظات الإختبار فهي كل مرة يحدث فيها تفاعل بين العميل وأي جزء من الخدمة ، ويخرج منه المرتفق "المريض" بإنطباع عن الجودة .
- ويجب على المؤسسات أن تدرس لحظات الإختبار بعد أن تحددها ، ومن ثم تحدد الجودة عند كل لحظة إختيار بعد أن تحددها ، ومن ثم تحدد الجودة عند كل لحظة إختيار ، فمثلا هل المرتفق راض عن سعر تكلفة العلاج ، وعند هذا التفصيل لجزئيات الخدمة تستطيع المؤسسة من خلال إختيار كل جزء أن تحسن جودة هذه الاجزاء ، وبالنتيجة تحسن جودة الخدمة بشكل كامل² .

¹ بن فرحات عبد المنعم ، مرجع سابق ، ص 53-58

² هاني عبد الرحمان عمر العمري ، مرجع سابق ، ص 130،131.

المبحث الثالث : مساهمة إدارة الجودة في تحسين جودة الخدمات الصحية والدراسات السابقة.

إن المؤسسة التي لديها الرغبة في تقديم خدمات أفضل للزبائن عليها أن تتبنى فلسفة جديدة تركز على تقديم قيمة أعلى للزبون، وهذا ما جعل الاهتمام بالجودة ظاهرة عالمية حيث أصبحت المؤسسات والحكومات في العالم توليها اهتماما خاصا، وأصبحت الجودة من الوظائف التي تسعى إليها المؤسسات وفلسفة إدارية وأسلوب حياة ، حيث أصبحت الجودة سلاحا استراتيجيا للحصول على الميزة التنافسية .وقد أدى إدراك أهمية الجودة كسلاح استراتيجي للحصول على ميزة تنافسية إلى تبني فلسفة " إدارة الجودة " وهي فلسفة قائمة على أساس مجموعة من الأفكار الخاصة بالنظر إلى الجودة على أساس أنها عملية دمج جميع أنشطة المنظمة ووظائفها ذات العلاقة للوصول إلى مستوى متميز من الجودة وتصبح مسؤولية الفرد في المؤسسة مما يرفع أداءها .

ان الرغبة في تطبيق برامج الادارة الخاصة بالجودة في مجال الرعاية الصحية لهي هدف عالمي يتسع نطاق تطبيقه عاما بعد عام لذلك فالجودة توضع في المرتبة الاولى ضمن اولويات الخدمات الصحية الاساسية في العالم فالخدمات التي تقدمها المؤسسات الاستشفائية ذات تأثير مباشر على حياة وصحة المواطنين وأسرهم ,فالجودة هي مفتاح النجاح في عالم يعتمد اليوم أساسا على المنافسة, وحيث يشهد العالم الحديث اليوم متغيرات عديدة في جميع الميادين سواء كانت اقتصادية ، سياسية، اجتماعية ، مما دعى المؤسسات الخدمية للبحث عن عنصر يمكن أن ترتقي به في أداءها لتحافظ على موقعها فمن هنا أصبح من الضروري اعتماد الجودة كمعيار أساسي للمفاضلة بين المنشآت ومدى تأثيرها على المنافسة بين المنشآت العاملة لذلك نجد التميز في تقديم خدمة لدى مؤسسة معينة يعتمد على مدى تطبيقها برامج ادارة الجودة الشاملة داخل المؤسسة ومن ضمنها المؤسسات الاستشفائية موضوع بحثنا حيث قطاع الخدمات الصحية في تنامي مستمر .

المطلب الاول :أهمية اعتماد إدارة الجودة في المؤسسات الاستشفائية.

لتطبيق إدارة الجودة في المؤسسات الاستشفائية أهمية كبيرة تظهر فيما يلي :

أولا:نمو مجال الخدمة .

تزايدت أعداد المؤسسات الاستشفائية التي تقدم خدمات أكثر من أي وقت مضى ، فعلى سبيل المثال يتعلق نشاط نصف مؤسسات الأعمال التجارية الأمريكية بالخدمات ،حيث يلاحظ أن نمو المؤسسات المتصلة بالخدمات الصحية سريعا ويعبر عن مدى أهمية هذا المجال ودلالة على توفر الجودة فيه .

ثانيا : إزدياد المنافسة.

إن بقاء المؤسسات الاستشفائية ، يعتمد على حصولها على القدر الكافي من المنافسة ،لذلك فإن توفر جودة عالية للخدمة الصحية في هذه المؤسسات يوفر لها العديد من المزايا التنافسية .

ثالثا : الفهم أكبر للزبائن .

إن اعتماد إدارة الجودة في المؤسسات الاستشفائية سوف يوفر آلية ناجحة لمعاملة الزبائن بصورة جيدة فهم لا يرغبون بالتعامل مع المؤسسات الاستشفائية التي تركز على الخدمة فقط ولا يكتفى بتقديم خدمات ذات جودة وسعر معقول بدون توفر المعاملة الجيدة والفهم الأكبر للزبائن وسلوكياتهم .

رابعا: المدلول الإقتصادي لجودة خدمة الزبون.

أصبحت المؤسسات الاستشفائية الخاصة تحرص في الوقت الحالي على ضرورة استمرار التعامل معها وتوسيع قاعدة مرتفقيها ، وهذا يعني أن المؤسسات يجب أن لا تسعى فقط إلى اجتذاب الزبائن الحاليين بل تسعى لكسب عمرتفقين جدد ،ومن هنا تظهر الأهمية القصوى لجودة خدمة الزبائن.¹

المطلب الثاني :خطوات إدخال إدارة الجودة في المؤسسات الاستشفائية.

إن تطبيق الجودة في المؤسسة الاستشفائية يستلزم بعض المتطلبات التي تسبق البدء بتطبيق هذا البرنامج حتى يمكن إعداد الكوادر البشرية من الأطباء والإختصاصيين والطاقم التمريضي وكذلك الفنيين العاملين والمختبرات وغيرهم على قبول الفكرة ومن ثم السعي نحو تحقيقها بفاعلية ،وحصر نتائجها المرغوبة .

إن تطبيق إدارة الجودة حديث نسبيا في المؤسسات ، ويستند إلى المبادئ التي يضعها رواد الجودة ، أمثال ديمينج وجوران ،والتي بدأ تطبيقها في القطاع الصناعي ثم امتدت تدريجيا إلى القطاعات الأخرى بما فيها الخدمات الصحية .

أولا : تعريف إدارة الجودة في المؤسسات الاستشفائية .

من الجدير بالذكر أن المؤسسات الاستشفائية يجب أن تنظر إلى المرضى على أساس أنهم زبائنهم وهذا لوحده يجعل هذه المؤسسات تعمل على تشخيص حاجات ورغبات مثل هؤلاء الزبائن غير العاديين مما يدعو إلى إجراء التغيير في مجمل نظام الخدمة الصحية بالبلد ، ومن هنا يتضح وجود خصوصية في مفهوم إدارة الجودة في المؤسسات الاستشفائية حيث يمكن تعريف هذا النظام كالآتي :

تعرف إدارة الجودة في المؤسسات الاستشفائية بأنها " إطار تلتزم من خلاله المؤسسات الاستشفائية والعاملين فيها بمراقبة وتقويم جميع جوانب نشاط المؤسسات (المدخلات ،العمليات إلى جانب المخرجات) لتحسينها بشكل مستمر .²

يتضح من التعريف السابق بأن إدارة الجودة في المؤسسات الاستشفائية هي أسلوب لتحسين فاعلية العمل بشكل عام ، وأنها طريقة للتنظيم تشمل المؤسسة بأكملها وفي ذلك جميع الأنشطة والعاملين على كل المستويات .

كما تعرف إدارة الجودة في المؤسسات الاستشفائية بأنها الإستراتيجية الشاملة التي تهدف من ورائها المؤسسة إلى تحقيق التغييرات في الخصائص والصفات التي تمكن الأفراد جميعهم (المهنيون وهم الأطباء وكوادر التمريض الفنيون والمرضى على حد سواء) من التعلم على استخدام طرق وأساليب الجودة ، بالشكل الذي يحقق الوفرة بالكلف ، بالإضافة إلى تلبية متطلبات المرضى والعملاء الآخرين الذين يطلبون الرعاية الصحية .

يتضح من التعريف أعلاه أن إدارة الجودة تساهم في بناء إستراتيجيات تركز على المريض وتطبيق برامج التخطيط الفعالة ، بالإضافة إلى تنفيذ البرامج التدريبية الضرورية لكافة الأفراد العاملين في أنظمة الرعاية الاستشفائية .

وتعرف إدارة الجودة في المؤسسات الاستشفائية بأنها فلسفة واسعة وعريضة في كيفية جعل مجاميع مختلفة من الأفراد تجتمع معا لإنجاز عرض عام ، تسمح لهم فهم طبيعة وأهمية ما يقدمونه من خدمات ، وأن يضعو طاقاتهم وإمكانياتهم في تحقيق التحسين المستمر ولهذا يطلق على

¹شرف الدين زديرة ، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية (دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية) ،رسالة دكتوراه، تخصص مناجحت المنظمات، جامعة بسكرة ،2017، ص88.

²شرف الدين زديرة، مرجع سابق ، ص88.

إدارة الجودة المعرفة المعمقة أو معرفة التحسين¹. حيث أنها تعتمد على مشاركة جميع الأعضاء في المنظمة في تحسين العمليات والمنتجات والخدمات والبيئة التفاعلية للعمل².

ويمكن تلخيص التعاريف السابقة الذكر أعلاه بالوظائف المتميزة التي غالباً ما تعرف بها الإدارة الجيدة وهي كالآتي :

- تمكين كافة العاملين في نظام الخدمة الصحية والمدراء من تحليل وتحسين عمليات الخدمة .
- اعتماد المقادير التي تخص الخدمة المقدمة للأفراد على كونها الأسس التي تمثل جودة أدائهم .
- تأسيس الدافعية إلى التعاون في بناء المدخل المعتمد على قاعدة بيانات معقولة في عملية التحليل والتغيير في نظام الخدمة الصحية .

إن تفهم تطبيق أساليب إدارة الجودة في قطاع الرعاية الصحية قد أدى إلى تطوير المدخل المختلفة في تفعيل ودفع تطبيقات إدارة صمن الثقافة المحلية للمؤسسة ، ولذلك فإن إدارة الجودة تعرف على أنها "المدخل الإداري الذي يقوى ويعزز الرضا لدى جميع الأطراف في أنظمة الرعاية الصحية وهم المرضى والأطباء وجهاز التمريض والموردين وغيرهم من المساهمون في هذا النظام من خلال الجهود المبذولة من كافة عناصر قوة العمل لغرض تحقيق التحسينات المستمرة والمساهمة القوية للإدارة العليا وكذلك تمكين كافة العاملين وتحسين وسائل الإتصالات بينهم في تقديم خدمات الرعاية الصحية بصورة أفضل ، كما يساهم مدخل إدارة الجودة في تبسيط الإجراءات والعمليات والأنشطة بالإضافة إلى بناء إستراتيجيات التركيز على المريض وتطبيق برامج التخطيط الفعالة بالإضافة إلى تنفيذ البرامج الضرورية لكافة الأفراد العاملين في المؤسسات الاستشفائية³.

ثانياً : مراحل التحول إلى إدارة الجودة في المؤسسات الاستشفائية

يمكن تحديد الإطار الذي من خلاله يتم تطبيق إدارة الجودة في المؤسسات الصحية فيما يلي :

1. الإعداد والتهيئة لبرنامج الجودة: يبدأ الإنجاز الناجح لإدارة الجودة من الإعداد التهيئة لتطبيقها ، وفي هذه المرحلة التي تسبق

بناء النظام تشترك الإدارة العليا للمؤسسات الاستشفائية ورؤساء الأقسام الطبية والإدارية بما بالتعاون مع مستشارين أو محترفين في مجال تصميم نظام الجودة الشاملة بالإضافة إلى كبار الموظفين في مختلف التخصصات ، في مناقشة كافة جوانب العمل بالمؤسسات الاستشفائية وحصر مشكلاتها وإستنباط الأفكار والحلول المثلى لها ، ورغم أنه لا توجد آلية محددة لكيفية إنجاز هذه المرحلة فإن هدفها الأساسي يتلخص في توفير كافة البيانات والمعلومات والأفكار والإقتراحات التي تحدد الملامح الأساسية والأبعاد الرئيسة والمركبات التي تتمحور حولها السياسات العامة للمؤسسات والخطط التشغيلية والبرامج التنفيذية والمشروعات الخاصة بتحقيق ما تصبو إليه من طموحات وما تسعى إلى تحقيقه من غايات .

2. نشر ثقافة الجودة: لمفهوم إدارة الجودة في مجال الخدمات الصحية مبادئ ومهارات وطرق وأدوات مختلفة ، لذلك ينبغي أن

تشتمل الأنشطة الأولية المتعلقة بالجودة على تنظيم سلسلة من الحلقات الدراسية حول الموضوع لتوجيه أصحاب القرار والمدبرين بشأن مفهوم وأهمية إدارة الجودة في الرعاية الصحية ، وينبغي أن تعقب هذه الحلقات الدراسية مناقشات فكرية حول تطبيقات

¹ كحيلة نبيلة ، مرجع سابق ، 111.

² جمال محمد ضانة ، جودة الخدمة وأثرها على رضا الزبائن ، مجلة دراسات الإقتصاد والاعمال ، العدد الأول ، 2015، ص 189.

³ شرف الدين زديرة، مرجع سابق ، ص 87

هذا المفهوم في بلد معين ، مع مراعاة الموارد المتاحة ، الثقافة السائدة، الوضع الصحي الراهن و الهياكل القائمة ، وينبغي كذلك تنظيم أنشطة مماثلة لتعريف سائر العاملين بمفهوم إدارة الجودة للحصول على دعمهم لهذا المفهوم والتوسيع نطاق برامج إدارة الجودة الشاملة وتحسينها ، كما ينبغي الاستفادة من الدور الذي يمكن أن تقوم به وسائل الإعلام في هذا الصدد وإسهامها في التوعية بأهمية الجودة وحفز الطلب على الرعاية الصحية الجيدة .

3. تكوين فريق عمل الجودة : تختلف المسميات التي تطلق على الفريق الذي يقود مشروع الجودة ، فقد سمى فريق الجودة أو مجلس الجودة أو إدارة الجودة ، وغير ذلك من المسميات وتسد إلى هذا الفريق المهام التالية

1.3 وضع سياسة مكتوبة وواضحة للجودة بكافة مجالات العمل بالمستشفى وإتخاذ الإجراءات اللازمة لتعريف جميع فئات العاملين بها مع التأكيد في هذه السياسة على الإعتبرات التالية :

- أداء العمل بالطريقة السليمة من المرة الأولى دون السماح بأي أخطاء .
- مشاركة جميع فئات العاملين في حل مشاكل العمل والقضاء على الأخطاء .
- التركيز على ضرورة تفهم إحتياجات المرضى الظاهرة الخفية والعمل على تلبيتها بأقصى كفاءة ممكنة .
- التركيز على نظم وإجراءات وأساليب العمل والنتائج المتحققة في أن واحد .
- تطوير فكرة الولاء والإنتماء في المؤسسات الاستشفائية وأهدافها .
- الاخذ بمفهوم العميل (المريض او المرتفق) الداخلي والخارجي .

2.3 تكوين حلقات وجماعت الجودة في مختلف مجالات العمل بالمستشفى ، وتعتبر هذه الحلقات من أشهر أساليب نشر ثقافة الجودة والمساعدة في تطبيق أساليبها .

3.3 التخطيط لأنشطة الجودة عن طريق تحديد الأهداف المطلوب تحقيقها وصياغة السياسات أو الخطوط العريضة التي يسترشد بها فيإتخاذ القرارات الخاصة بأنشطة الجودة ، بالإضافة إلى تحديد الإجراءات وأساليب أداء الأعمال اللازمة لذلك .¹

4.3 البدء في تطبيق خطة الجودة ومتابعتها ومن أهم متطلبات التطبيق السليم لإدارة الجودة للمستشفيات مايلي :

- إيجاد نظام للمتابعة والرقابة على تنفيذ مشاريع تحسين الجودة وإجراء التغذية المرتدة بحيث يعدل برنامج تحسين الجودة بما يتفق مع أية متغيرات في مستوى الجودة المطلوبة للمستهلكين .²
- تحليل هيكل العمالة الموجودة بالمستشفى كما ونوعا وإتخاذ الإجراءات اللازمة لإعادة توزيعها وفقا لمقتضيات العمل بمختلف الأقسام الفنية والإدارية .
- إستكمال بطاقات الوصف الوظيفي لمختلف الوظائف الطبية والفنية والإدارية وأيضا أدلة إجراءات ونظم العمل وصلاحيات والمسؤوليات وإستمرار مراجعتها والتأكد من وفائها لإحتياجات العمل في مختلف المجالات
- تلقي وتحليل ومعالجة شكاوى المرضى والعاملين والزائرين .

¹كحيلة نبيلة ، مرجع سابق ، ص 115،114

²وفاء صبحي التميمي ، سيد أحمد حاج عيسى ،تطبيق إدارة الجودة الشاملة لتحسين أداء العاملين (دراسة ميدانية عن مستشفيات الجزائرية الخاصة) ،مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية واجتماعية ،المجلد 11، العدد 1،2014، ص34.

- تشجيع جميع فئات العاملين بالمستشفى والمتعاملين معها على التقدم بأرائهم وإقتراحاتهم بشأن تحسين جودة الأداء في جميع المجالات .
- إعداد الية لجوائز التميز في الاداء وجودة الخدمات المقدمة على مستوى الأقسام والافراد .
- تهيئة الظروف المناسبة لأداء العمل ورعاية العاملين .
- تلقي وتحليل شكاوى الموردين والمقاولين ومعالجتها .
- تصميم وتوفير آليات مرنة للإتصالات لمختلف الإتجاهات .
- تصميم وتدريب مجموعة من الدورات التدريبية والعلاقات النقاشية بناء على دراسات علمية للإحتياجات التدريبية للمؤسسات الاستشفائية .
- صياغة آلية مناسبة لقياس درجة رضا عملاء المؤسسات الاستشفائية والمرضى والعاملين والزائرين والمتعاملين معها على مستوى ما تقدمه من خدمات ومجالات التحسين والتطوير المطلوبة بشأنها .¹

المطلب الثالث: فوائد تطبيق إدارة الجودة على جودة الخدمات الصحية .

تواجه المؤسسات الاستشفائية تحديات كبيرة ومتعددة لعل في مقدمتها التكاليف المتزايدة في انتاج الخدمات الطبية ، وتحديات جودة هذه الخدمات ، لاسيما وأن هذه المؤسسات تتعامل مع صحة الإنسان وعامل الحياة والموت. وإدارة الجودة تحقق الاستخدام الأمثل للموارد وتقتنن الإنفاق وجودة متكاملة في العمليات والخدمات المقدمة للمرضى والمراجعين للمستشفيات. ويمكن تلخيص أهم فوائد تطبيق إدارة الجودة في المؤسسات الصحية فيما يلي:

أولا :جودة الخدمة الصحية المقدمة:

الهدف من تطبيق إدارة الجودة هو تحقيق مستويات عالية من الجودة في الرعاية الطبية التي توفرها المنشآت الصحية والاستخدام الأمثل لمواردها المادية والبشرية وترشيد النفقات والاستخدام وتقويم جودة الإنتاجية المتمثلة في الخدمات الصحية والعمل الدائم والمستمر على تحسين جودة الخدمات الصحية.

أي انها حسب منظمة الصحة العالمية هي: التماشي مع المعايير والإتجاهات الصحيحة بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع بتكلفة مقبولة بأن تؤدي إلى إحداث تأثيرات على نسبة الوفيات والإعاقاة وسوء التغذية .²

ثانيا :رضا العملاء (المرضى والمرتفقين):

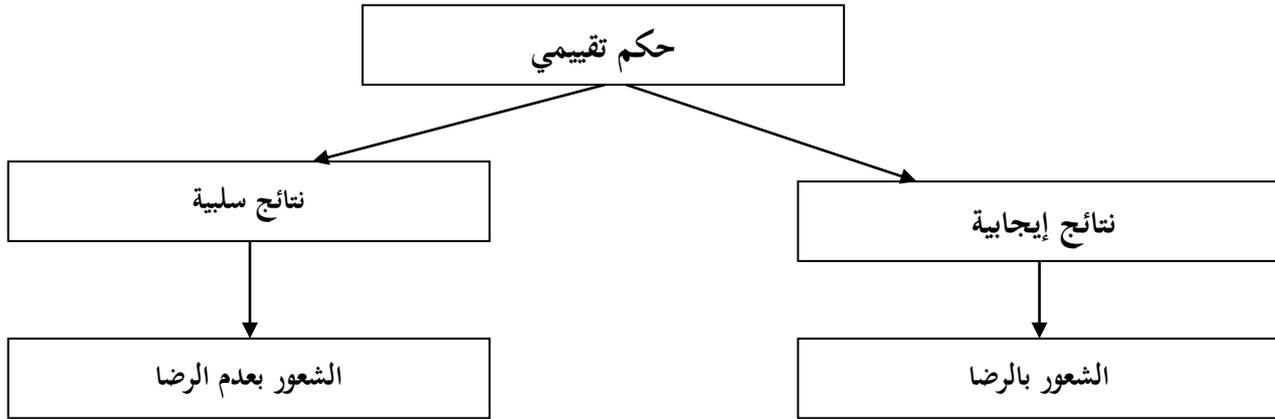
تستهدف ادارة الجودة تقديم خدمة صحية عالية الجودة وبما يتفق مع تطلعات المستفيدين منها وذلك من خلال عملية تستهدف تحسينا مستمرا للجودة بما يتفق ويتفوق على توقعات العملاء. وهذا ما يعبر عنه برضا المريض أو المرتفق فقد إحتل موضوع رضا الزبون الذي هو المريض عن الخدمة المقدمة له إهتمام الكثير من المؤسسات سواء على المستوى المحلى أو الدولي ،وذلك أن رضا الزبون يعتبر أحد المعايير المتبعة لمراقبة الجودة ، لذلك تسعى المنظمات إلى متابعة شكاوى ومقترحات الزبائن والوقوف على

¹كحيلة نبيلة ، مرجع سابق ، ص 115،114 .

²بن عبشي عمار، أبعاد جودة الخدمة الصحية ودورها في رضا الزبون ،مجلة إدارة الأعمال والدراسات الإقتصادية ، جامعة الجلفة ، العدد 6 ، ص 8.

درجة الرضا لديهم ، فالرضا كما عرفه Kotler هو حكم الزبون أو المريض الإيجابي أو السلبي مقارنة بالخبرة الإستهلاكية أو الإستعمال الناتج عن توقعاته بالنسبة للمنتج الذي هو الخدمة الصحية المقدمة ، والأداء المدرك . مثل ماهو موضح في الشكل¹

الشكل رقم : (4) نتائج تقييم الخدمة



المصدر : مصباح عماد الدين ، أهمية جودة الخدمة في تحقيق رضا الزبون ، دراسة حالة مكتب البريد بالخروب ، مذكرة ماجستير ، تخصص تسويق ، جامعة قسنطينة ، 2012، ص 83.

ثالثا : رفع معنويات العاملين :

تعد مشاركة العاملين في صنع القرار من أساسيات إدارة الجودة ، فهم يعتبرون عملاء داخليين يجب إرضاءهم.

رابعا : كفاءة التشغيل :

تعتبر كفاءة التشغيل من أهم الفوائد التي يحققها تطبيق مفهوم الجودة وذلك نتيجة للقضاء على الهدر في أداء العمليات وارتفاع مستوى مهارة العاملين ومثالا على ذلك قد تمكن مستشفى سنترال دو بيج في ولاية إيلينوي الأمريكية من توفير (73.000) دولار أمريكي سنوياً بتخفيض استهلاك الإبر الوريدية في وحدة الطوارئ نتيجة لتدريب العاملين على استخدامها بشكل أفضل. وفي برنامج زراعة نخاع العظام بمستشفى لوثرن جنرال في ولاية إيلينوي تم تخفيض الهدر في استهلاك أحد الأدوية الباهظة الثمن والناتج عن التأخر في إعطائه للمريض مما يفقده صلاحيته للاستخدام وقد كان يكلف المستشفى حوالي (120.000) دولار أمريكي سنوياً.

خامسا : القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية :

من أهم المشكلات التي تواجه المنظمات الصحية اختلاف الطرق التي يؤدي بها الأطباء عملهم، وما لذلك من انعكاسات على مستوى الجودة والكفاءة. ويسهم تطبيق مفهوم الجودة في القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية واختيار الطرق الأفضل لأداء العمل وفقا للأدلة والحقائق العلمية. وفي أربع مستشفيات تابعة لمركز (إنترماونتن Intermountain) وجدت الاختلافات التالية بين مجموعة متماثلة من المرضى الذين أجريت لهم عملية جراحية معينة من قبل ستة عشر جراحا تابعين للمركز: تراوحت مدة العملية الجراحية بين (20) إلى (90) دقيقة، وتراوح وزن الأنسجة المستأصلة في العملية بين (13) إلى (45) غرام، وتراوحت مدة بقاء المريض في المستشفى

¹مصباح عماد الدين ، أهمية جودة الخدمة في تحقيق رضا الزبون ، دراسة حالة مكتب البريد بالخروب ، مذكرة ماجستير ، تخصص تسويق ، جامعة قسنطينة ، 2012، ص 83.

بين (2.7) إلى (4.9) أيام، مما يعكس تفاوتاً غير مبرر في الأسلوب الإكلينيكي المتبع. وقد تمكن فريق التحسين والمكون من مجموعة من الجراحين المعنيين من دراسة هذه الاختلافات ومن ثم تحديد الأسلوب الأفضل لإجراء هذه العملية الجراحية وبالتالي القضاء على هذه الاختلافات.

سادساً: الحد من تكرار العمليات:

يساعد تطبيق هذا المفهوم على تحديد الطرق الأفضل لأداء العمل ومن ثم الحد من التكرار وما لذلك من تأثير سلبي على مستوى الجودة والكفاءة والإنتاجية ورضاء العملاء. وفي دراسة أجريت في مستشفى هنري فورد وجد بأن (25%) من مسحات عنق الرحم (Pap Smear) تتم إعادة أخذها لأن حجم العينة ليس مناسباً لإجراء التحليل. وكان ذلك يسبب إزعاجاً للمريضات ويؤدي إلى زيادة غير مبررة في تكاليف العلاج. وقد تم القضاء على المشكلة بعد أن تبين لفريق التحسين أن الأطباء يتبعون طرقاً مختلفة لإجراء مسحة عنق الرحم وأن بعض هذه الطرق يحقق نتائج أفضل من غيره.¹

المطلب الرابع: الدراسات السابقة

تعد الخدمات الصحية من أهم الخدمات الاجتماعية التي يستفيد منها المواطن ويتأثر بها بشكل مباشر، وجودتها تلعب دور كبير في مخرجات هاته الخدمة حيث تسعى العديد من المؤسسات الاستشفائية لتحسين جودة هاته الخدمات من خلال أساليب علمية كإدارة الجودة الشاملة، ومع هذا السعي ظهرت العديد من الدراسات المتعلقة بالخدمات الصحية وإدارتها، سواء ما يتعلق بجودة الخدمة الصحية المقدمة أو ارتفاع تكاليفها أو أساليب تحسين جودتها، وهنا سيتم عرض بعض الدراسات التي تطرقت إلى هذا الموضوع.

أولاً: الدراسات العربية

الدراسة الأولى: دراسة حسن مبارك داوود سليمان، أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على ترقية أداء الخدمات الطبية، وهي مقدمة ضمن إستكمال متطلبات الحصول على الماجستير، تخصص إدارة أعمال جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا كلية الدراسات، 2009. تهدف هذه الدراسة إلى معرفة مدى تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في توفير وترقية أداء الخدمات الطبية، وكذلك معرفة مدى إمكانية الاستفادة من مفاهيم الجودة الشاملة في تحسين قدرات عينة الدراسة من العاملين بإدارة الخدمات الطبية، وتم اختبار العينة بصورة عشوائية استخدم الباحث الاستبانة كأداة لجمع البيانات والمعلومات من مجتمع الدراسة، حيث تم توزيع (120) نسخة على عينة عشوائية بإدارة الخدمات الطبية وتم استعادة (95) نسخة بعد الإجابة الكاملة عليها.

قد استخدمت مجموعة من الأساليب الإحصائية المختلفة منها الإحصاء الوصفي لوصف متغيرات الدراسة وبيان الآثار المترتبة عليها ونماذج إحصائية لاختبار فرضيات الدراسة، وبيان مدى دقة أي من النماذج المستخدمة وكانت أهم النتائج المستخلصة من الدراسة كما يلي:

لا توجد سياسة جودة واضحة بإدارة الخدمات الطبية

ضعف الثقافة التنظيمية المتعلقة بمفاهيم إدارة الجودة الشاملة بإدارة الخدمات الطبية

هنالك عدم وعي لدى كثير من القيادات الإدارية بإدارة الخدمات الطبية بمفهوم ومنهج إدارة الجودة الشاملة

قلة الوعي بحاجات الزبون واهتماماته من جميع العاملين بإدارة الخدمات الطبية

¹ أشرف عبد الله سليمان أبو حليقة، مرجع سابق، ص 117.

التغير المستمر في القيادات الإدارية نتيجة للتنقلات المفاجئة ، علاوة على الإحالة إلى المعاش لاسباب لامت بصلة الى عدم الكفاءة والمقدرة على العطاء ، مما يحول دون تمكنها من السيطرة على برنامج الجودة الشاملة بإدارة الخدمات الطبية¹

الدراسة الثانية . وفاء نايل عطاء الله كرايشة " تحقيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفى الملكة رانيا العبد الله للأطفال في الاردن ، دراسة حالة من وجهة نظر مقدمي الخدمة ومرافقي متلقي الخدمة" وهي مقدمة ضمن إستكمال متطلبات الحصول على الماجستير .

هدفت هاته الدراسة إلى التعرف على أساليب تحقيق إدارة الجودة الشاملة من خلال تطبيق معايير الإعتماد الصحي بالمستشفى الملكة رانيا العبد الله من المستشفيات الخدمات الطبية الملكية، وسعت إلى إبراز الادوار التي تلعبها المتغيرات المستقلة "المؤثرة" معايير الإعتماد على متغيرات التابعة إدارة الجودة الشاملة .

وقد أظهرت نتائج التحليل عددا من النتائج المهمة يأتي في مقدمتها وجود فروقات لصالح عينة مقدمي الخدمة التي ترى أن معيار حقوق المرضى وعائلاتهم مطبق أكثر من وجهة نظر مرافقي متلقي الخدمة .وان تطبيق معايير الإعتماد تحقق وصول المستشفى إلى مستوى إدارة الجودة الشاملة ، كما أكدت الدراسة على وجوب أهمية متابعة تطبيق معايير الإعتماد الصحي كمتغير مستقل يؤثر على تحقيق إدارة الجودة الشاملة .

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

- أظهرت الدراسة ان مقدمي الخدمة في مستشفى الملكة رانيا العبد الله في مدينة عمان ،الاردن يدركون أهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة ، إذ أظهرت النتائج مستويات عالية من الإدراك لجميع مبادئ إدارة الجودة الشاملة .
- بينت الدراسة وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في إدراك مقدمي الخدمة ومرافقي متلقي الخدمة في المستشفى لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة تعزى لبعض المتغيرات معايير الغنتماد (حقوق المرضى وعائلاتهم ،منع العدوى والسيطرة عليها، التثقيف والتدريب ،التحسين المستمر للجودة)
- توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية على إدراك مقدمي الخدمة ومرافقي متلقي الخدمة في مستشفى الملكة رانيا لأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة تعزى لبعض متغيرات الإعتماد (السجلات الطبية وإدارة المعلومات) .
- وبناء على نتائج الدراسة تم تقديم عدد من التوصيات كان من بينها ضرورة إستمرار دعم الإدارة العليا ومتابعتها في تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة ، بالإضافة إلى تفعيل عنصر المشاركة وفرق العمل لدى مقدمي الخدمة ، وترسيخها في ثقافتهم التنظيمية .²

الدراسة الثالثة: سعد بن عبد الله الغانم وآخرون ،تطبيقات في إدارة الخدمات الصحية ،منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية ،مصر ، 2014.هدفت هاته البحوث إلى التعرف على مدى استخدام الخدمات الصحية بواسطة المرضى ذوى الحالات الصحية المزمنة ، وأنواع المرافق الصحية التي يقصدونها ومدى معرفتهم بالخدمات الصحية التي يمكن أن تقدم لهم .

¹حسن مبارك داوود سليمان ،أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على ترقية أداء الخدمات الطبية، مذكرة ماجستير ،تخصص إدارة أعمال ،جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا ،2009.

²وفاء نايل عطا الله كرايشة ،تحقيق إدارة الجودة الشاملة باستخدام معايير الإعتماد في مستشفى الملكة رانيا العبد الله ، دراسة حالة من وجهة نظر مقدمي الخدمة ومرافقي متلقي الخدمة،مذكرة لنيل شهادة الماجستير ،تخصص إدارة أعمال ، جامعة الشرق الأوسط ،الاردن 2012.

كذلك ركزت على إيجاد مؤشرات للرعاية السريرية تمكن من عمل دراسات مقارنة تسهم في تفعيل اليات الجودة الشاملة في مجال الرعاية الصحية . وأن أهمية البحث في التعرف على مدى الإلتزام بمعايير اعتماد الجودة الشاملة في الخدمات الصحية بمستشفيات محافظة جدة .

حيث توصل البحث إلى توافر مؤشرات الجودة بشكل بين ضعيف ومتوسط وجيد في بعض المؤشرات ، وعدم تطبيق معايير الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية وعدم توافر نظام معلوماتي مناسب يمكن من الوصول منه لمؤشرات الخدمات الصحية ، وضعف الامن والسلامة بالمؤسسات الصحية ، كذلك مؤشرات التواصل مع المرضى بعد إتمام العلاج ومغادرة المستشفيات ، وضعف الإهتمام بالتحقيق ونشر الوعي ، وانه لا توجد مؤشرات كافية لقياس جودة الرعاية السريرية .

وبناء على النتائج المتوصل لها في البحث قدم الباحثين مجموعة من التوصيات :

حيث تعد إدارة الجودة الشاملة أحد الإتجاهات الإدارية الحديثة التي تمكن من الإستجابة للتحديات التي تواجه المؤسسات الصحية ،فإدارة الجودة الشاملة والمفاهيم المرتبطة بها تمثل أحد أهم سياسات تطوير الأداء ، وتقديم أفضل الخدمات وتحسينها ،وتقليل الهدر ورفع الكفاءة، ومنه :

- ضرورة مراجعة وتقييم الخدمات الصحية المقدمة للمرضى ذوى الحالات الصحية المزمنة .
- ضرورة مراجعة أنظمة التثقيف الصحي المقدمة في هذه المراكز الصحية .
- ضرورة الربط الإلكتروني بين المرافق الصحية المختلفة والإهتمام بوجود نظم معلومات بشكل واف ومتربط حيث يعد هو الأساس في الحكم على توافر مؤشرات الجودة الصحية .مع ضرورة تفعيل نظام المؤشرات وربطه بالأداء والجودة ، فهو الأداة التي يمكن عن طريقها تقييم الجودة وتنميتها بالمؤسسات الصحية .¹

الدراسة الرابعة: دراسة كحيل نبيلة " تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات الصحية " ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير ،جامعة قسنطينة ، سنة 2009.

حيث إتبعت الباحثة المنهج الوصفي والتحليلي ،وهدفت الدراسة إلى مدى إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الاستشفائية ، حيث قامت الباحثة بدراسة إحصائية عن طريق تحليل بيانات الإستيبيان المقدم إلى المرضى بالمستشفى . وتوصلت هاته الدراسة إلى عدة نتائج منها :

- ضعف إلتزام الإدارة العليا بالمستشفيات لدعم جهود الجودة ، وعدم وضوح العمل الجماعي وغياب برامج تدريبية في مجال إدارة الجودة .²

الدراسة الخامسة : دراسة عتيق عائشة " جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية "عن طريق دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بسعيدة ، وهي مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير ،تخصص تسيير الموارد البشرية،جامعة منتوري قسنطينة ،2009.

تناولت هاته الدراسة إشكالية واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية ومدى تأثيرها على رضا المريض ؟

¹سعد بن عبد الله الغانم وآخرون ، تطبيقات في إدارة الخدمات الصحية ، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية ، مصر ، 2014 .

²كحيلة نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية ، مذكره لنيل شهادة الماجستير، تخصص تسيير الموارد البشرية، جامعة منتوري قسنطينة، 2009

- وقد إعتمدت الباحثة في دراستها على المنهج الوصفي من خلال أسلوب دراسة حالة والتي كانت على مجموعة من المرضى المقيمين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بسعيدة خلال شهر نوفمبر 2011.
- وكانت أهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة التي تتمثل فيما يلي :
- المؤشرات المهمة والخاصة بالمريض أن العوامل مثل العمر والجنس والمستوى الاجتماعي وكذلك الوضع الصحي للمريض وغيرها تعتبر عوامل تؤثر على نسبة رضائه عن الخدمات الصحية . فالمرضى الكبار أكثر رضاء عن الخدمات الصحية ويعرف الفرق بين الخدمات الصحية في الماضي والحاضر ، وذلك لأنه عاصر تطور الخدمات الصحية .
 - رضا المرضى عن جودة الخدمة الصحية المقدمة من حيث أبعاد الإعتمادية ، الإستجابة ، الضمان ، والتعاطف بينما كان معظم المرضى غير راضين عن الخدمات المقدمة من ناحية بعد الملموسية .
 - يقوم المستشفى بتسهيل إجراءات العمل قدر الإمكان وهذا لضمان وسرعة وسهولة تقديم الخدمة الصحية ، إضافة إلى رغبة العاملين في المستشفى للإستعداد الدائم للتعاون مع المرضى وسرعة إستجابتهم لطلباتهم ، وهو ما يؤكد رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية المقدمة .
 - شعور المرضى بالامان في التعامل مع العاملين في المستشفى ، وتمتع الأطباء بالمهارات اللازمة وحسن الخلق ، وهذا يدل على بعد الضمان متوفر في المؤسسة .
- كما عرضت الباحثة الإقتراحات التالية :
- إن وجود إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية لم يعد مجرد نظرية إدارية جديدة وإنما أصبح ضرورة ملحة وذلك لضمان تحسين وتطوير الأداء بصورة مستمرة ، وتقديم خدمات صحية متميزة.
 - يجب أن يكون نظام رقابي داخلي كل مؤسسة إستشفائية مكونة من الغداريين والأطباء والمرضى من أجل الرقابة .
 - ضرورة الإهتمام بتطوير الخدمات الصحية وتحسينها بما يتناسب مع الإحتياجات المتجددة والمتغيرة للمستفيدين ، وذلك بمواكبة التطور السريع خاصة في مجال الاجهزة والمعدات التقنية والطبية .
 - تنمية الحياة المهنية للعامل بإعتماد على نشاطات قاعدية تتركز في الاساس على تريضات تكوينية لتطوير الكفاءات .¹
- الدراسة السادسة : دراسة شرف الدين زديرة " دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات المؤسسات الاستشفائية "**
- للطالب شرف الدين زديرة لنيل شهادة الدكتوراه علوم التسيير جامعة بسكرة ، 2017 .**
- تناولت هاته الدراسة إشكالية : كيف يمكن لإدارة الجودة الشاملة تحسين مستوى الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية. هدفت هاته الدراسة إلى إبراز دور إدارة جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية ، ولإثبات الحاجة إلى تبني هذا الأسلوب الإداري ، إعتمد الباحث على دراسة اراء مقدمي الخدمة (أطباء ، ممرضين ، إداريين) حول مدى توفر أبعاد الخدمة بالمستشفيات محل الدراسة .
- وخلصت هاته الدراسة التي إعتمدت على عينة البالغ عددها 718 فرد مقسمون على ثلاثة مؤسسات إستشفائية ، توفر أربع أبعاد من أبعاد الجودة الخمس وهي : بعد الإستجابة ، بعد الإعتمادية ، بعد التعاطف وبعد الضمان ، وإختيار آرائهم حول توفر بعد الملموسية ، مما

¹عتيق عائشة ،مرجع سابق ،ص 211،212،213.

يدل على وجود أرضية تسمح بتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة، وبالتالي تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة .

وطرح الباحث بعض الإقتراحات المستنتجة من هاته الدراسة :

- ضرورة تبني برنامج إدارة الجودة الشاملة من قبل الوزارة الوصية بإعتبارها المسؤول الأول على قطاع الصحة، وهذا بالإعتماد على التجارب الناجحة في الدول الرائدة في مجال الصحة .
- ضرورة الإقتناع التام للإدارة العليا بالمستشفيات العمومية، بأهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة كمنهج لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة .
- تمكين مقدمي الخدمات الصحية من برامج تدريبية، توفر لهم القدرة على تطبيق إدارة الجودة الشاملة للوصول إلى الإستغلال الامثل للموارد المادية والمالية .
- إنشاء نظام معلومات دقيق داخل المؤسسات الاستشفائية لتمكين المديرين من متابعة شكاوى متلقى الخدمة ومعالجتها في الوقت المناسب للوصول إلى جودة الخدمات الصحية .
- تأسيس خلايا الجودة داخل المؤسسات الغستشفائية والتي تسهر على مساعدة المسؤولين في تطبيق إدارة الجودة الشاملة وإيجاد حلول للمشاكل والعقبات.¹

الدراسة السابعة: دراسة بن فرحات عبد المنعم " إنعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات " دراسة حالة المؤسسات العمومية للصحة، ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه، علوم إقتصادية جامعة بسكرة، 2018 .

هدفت هاته الدراسة إلى فهم العلاقة بين نمط التسيير المعتمد في المرفق الصحي العمومي، سواء كان مركزيا أو لامركزيا أو مستمدا من اليات القطاع الخاص وبين نوعية الخدمة الصحية المقدمة في هذا المرفق، وبالتالي إمكانية بلورة مقارنة تسييرية تعنى بالكفاءة الإقتصادية للمؤسسة العمومية للصحة وجودة الخدمة المقدمة .

حيث خلص الباحث لنتائج التالية :

- ان النمط البيروقراطي الذي يميز المؤسسات الصحية العمومية بدأ يضمير ليفسح المجال نحو مقارنة التسيير العمومي .من خلال النمط التعاقدى بتطبيقاته المختلفة، حيث ان دول العالم المتقدم أصبح العمل بالامركزية والتفويض المحلى سمة أساسية في التقييم أن تقييم جودة الخدمة الصحية من خلال إستطلاع اراء عينة سواء كانوا عاملين أو مستفدين يبقى نسبيا، ما لم تحدد معايير موضوعية من قبل خبراء في الميدان مستلزمات الجودة وإعتمادها كمؤشرات عملية في تقييمها، وخصوصا وأن الميدان الصحي عموما والطبي منه على وجه لا يمكن ربط قياسه فقط من خلال إنفعالات المستفدين أو إنطباعات العاملين.
- إنه على الرغم الإلتزام الإجرائي من قبل كل المؤسسات الصحية العمومية بتطبيق تعليمات الوصاية في تبني وإعداد مشروع المؤسسة وعقد الأهداف والنجاعة، إلا أن الإلتزام بالخطوات الفعلية في إعداد هاته اللوحات القيادية يكاد يكون منعما، ونقصد بذلك التفاوض الحقيقي بين الفاعلين الداخليين في المؤسسات الصحية وإشراكهم في وضع الأهداف .

¹شرف الدين زديرة، مرجع سابق، ص 210، 211، 5.

واقترح الباحث جملة من النقاط نذكر منها:

- أن الحالات المرضية يجب التكفل بها في التوقيت الضروري المتوافق مع أدبيات المهنة الطبية ،هذه الأوقات تعني أكثر بالأمراض ذات الطابع الإستعجالي .
- وهنا يجب الأخذ بعين الإعتبار المناطق التي لا تتوفر على الكفاءات المهنية والهياكل الصحية المؤهلة ، من خلال العمل على التأثير على الوقت المستغرق في الإنتظار والوصول إلى الخدمة عن طريق توفير وسائل نقل صحية خاصة لا تتأثر بمعوقات الوصول الفنية كأزدحام الطرق .
- ضرورة إعداد خارطة تخضع للتعيين الدوري وينظر فيها لطبيعة توزيع الهياكل والمهارات الصحية بين مختلف الجهات ،والعمل على التأثير في ذلك بعرض الوصول إلى وضعية أكثر عدالة في توزيع هاته الإمكانيات .
- فيما يتعلق بالخدمات ذات المستوى التقني العالي ، فمن الأهمية بمكان الأخذ بعين الإعتبار التوازن من حيث حجم النشاط ومنطقة التواجد ، حيث أنه :
- ✓ بالنسبة للحالات الغير إستعجالية ،فإن عامل البعد الجغرافي يصبح أقل أهمية إعتبارية .
- ✓ بالنسبة للحالات الإستعجالية ،فإنه وفي حدود الإمكانيات المتاحة يصرار إلى الإعتماد على هياكل تقنية مكيفة ضمن مؤسسات إستشفائية توفر الوصول السريع للمريض من جهة وتحضيره للتحويل في أفضل الظروف .¹

ثانيا: دراسات أجنبية

الدراسة الأولى : Paul Kunst Quality Management and Performance in Hospitals

Search for success factors , Maastricht Institute for Economic Innovation

Maastricht University Netherlands.

—جامعة ماسترخت —هولندا ، والتي أجريت على عدة مستشفيات أوروبية جامعية عامة وخاصة في إسبانيا وبريطانيا وهولندا ،والتي هدفت إلى التعرف على عوامل النجاح للجودة المتميزة والأداء والعلاقة المتبادلة واهم ما خرجت به الدراسة هو:

- انه توجد علاقة إيجابية ما بين إدارة الجودة الشاملة والجودة المدركة من قبل المنتفعين بالخدمات داخل المستشفيات ، ولكن لدرجة محدودة متصلة مع الأداء .
- كما بينت الدراسة أن التقدم في الإدارة يؤدي إلى أداء أفضل في المستشفيات ،وتشير إلى أثر الكفاءة على التكلفة ، وأن الجودة المدركة من قبل المرضى تشير إلى الفاعلية .²

¹بن فرحات عبد المنعم ، مرجع سابق ،ص 180،181.

²وفاء صبيحي صالح التميمي ،سيد أحمد حاج عيسى ، مرجع سابق ،ص 37

: الدراسة الثانية : C. Wagner , R.coppen2006

C. Wagner, R. Coppen, Quality and Safety Management in Hospitals (QSMH), Survey manual of the QSMH,2006

تختلف البلدان الأوروبية في سياسات الجودة التي تتبع ، وبالتالي مدى جودة في مؤسسات الرعاية الصحية المختلفة لكل بلد. فالشبكة الأوروبية للبحوث حول إدارة الجودة في الرعاية الصحية (شبكة ENQual) هي عبارة عن شبكة مواضيعية تركز على سياسات الجودة الوطنية ، وأنظمة إدارة الجودة والسلامة في المستشفيات ، وإمكانيات البحث المقارن بين الدول المشاركة. يتم تمويل الشبكة من قبل المفوضية الأوروبية ، وهي جزء من برنامج "نوعية الحياة" "الصحة العامة" (الأنشطة العامة ، المنطقة 10) ؛ تهدف إلى تحسين صحة المواطنين الأوروبيين من خلال تحليل "مبادرات السياسة الصحية والتغيرات في نماذج الرعاية الصحية" ، و "فعالية التدخلات الصحية".

تأسست شبكة ENQual في يناير 2003 لتسهيل وتنسيق تبادل المعلومات والخبرات حول أوجه التشابه والاختلاف بين الدول الأوروبية. يتم تمثيل الدول الأعضاء من قبل شخص رئيسي (خبير) في مجال إدارة الجودة في مجال الرعاية الصحية. هذه الدول هي: الجمهورية التشيكية وفنلندا والدنمارك وألمانيا والمجر وليتوانيا وإسبانيا وبولندا وهولندا والمملكة المتحدة وإيطاليا وسلوفاكيا. تم تنظيم ثلاث ورش عمل ودراسة تجريبية في المستشفيات بهدف التعرف على سياسة الجودة الوطنية وتطبيق إدارة الجودة في المستشفيات¹

¹ C. Wagner, R. Coppen, Quality and Safety Management in Hospitals (QSMH), Survey manual of the QSMH,2006.p2.

الخلاصة

وتعد إدارة الجودة أحد الإتجاهات الإدارية الحديثة التي تمكن من الإستجابة للتحديات التي تواجه المؤسسات الاستشفائية ،
فإدارة الجودة والمفاهيم المرتبطة بها تمثل أحد أهم سياسات تطوير الأداء ، وتقدم أفضل الخدمات وتحسينها في المؤسسات الاستشفائية ،
ونظرا لما تواجهه المؤسسات الاستشفائية في الدول من تحديات متزايدة في ظل التطور التكنولوجي وما تتطلبه هذه التحديات من إنتهاج
أساليب غير تقليدية في نظم العمل ،وجب على الميسيرين التفكير في إنتهاج سبيل إدارة الجودة داخل هاته المؤسسات،والهدف منها طبعاً
تقديم خدمات ذات جودة ترتقي إلى تطلعات المستخدمين منها،وذلك بتوفير البيئة اللازمة وجعل العنصر البشري يؤمن بضرورة تبني مبادئ
إدارة الجودة ، لأداء مهامه في أحسن وجه .

الفصل الثاني :الإطار التطبيقي لإدارة الجودة
على جودة الخدمات الصحية في المؤسسة
الاستشفائية المتخصصة في طب العيون بسكرة
من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين

تمهيد:

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

وبالرغم من التحسن في بعض المؤشرات إلا أن الاساليب التي كانت قبل سنة 2002، أي قبل مشروع الإصلاح ، لتقدم و توزيع الخدمات و إنفاق الموارد المادية المتاحة لقطاع الصحة لم تحقق العائد المستهدف منها ، ولذا كان لابد من إعادة النظر في السياسة الصحية ، بتبني مشروع جديد سمي بمشروع إصلاح المستشفيات ، كان الهدف منه إرساء مبدأ العدالة عند تقديم الخدمات الصحية و كفاءة الإنفاق الصحي و الارتقاء بجودة الخدمات و ضمان الاستمرارية على المدى البعيد.

يهدف هذا الفصل الى تقديم صورة تحليلية لتاريخ تطور المنظومة الصحية بالجزائر وكذلك البحث عن أثر إدارة الجودة على جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة .

وقد تم تقسيم هذا الفصل إلى ثلاث مباحث ، فالمبحث الأول يعطى نظرة شاملة لواقع الصحة ، حتى نأخذ فكرة عن المنظومة الصحية في الجزائر و تنظيم النظام الصحي إضافة إلى إصلاح النظام الصحي وأوجه قصوره و طرق معالجتها.لنتنقل إلى دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون بسكرة ، لكي يواصل المبحث الثاني تفصيل الإطار المنهجي للدراسة ، أما المبحث الثالث فقد تطرق إلى اختبار الفرضيات، وتفسير النتائج حول أثر إدارة الجودة على جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة محل الدراسة .

من خلال هذا الفصل سنتطرق للمباحث التالية :

- المبحث الأول : التطور التاريخي للقطاع الصحي مع تقديم عام للمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة.
- المبحث الثاني : الإطار المنهجي للدراسة .
- المبحث الثالث : تحليل وتفسير نتائج الدراسة.

المبحث الأول: التطور التاريخي للقطاع الصحي مع تقديم عام للمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة .

إن الصحة في المجتمعات تعد مورداً مهماً لتحقيق التنمية الاجتماعية والإقتصادية و الشخصية ، ومن خلال هاته الأهمية حاولت الجزائر منذ الإستقلال توفير حاجيات السكان في مجال الصحة توفيراً كاملاً منسجماً و موحداً في إطار الميثاق الصحي، الذي يشكل التصميم التوجيهي للمنظومة الوطنية للصحة . من خلال محاولة تسخير جميع الوسائل الكفيلة بحماية الصحة و ترقيةها في ظل قيود محددة. وسنحاول من خلال هذا المبحث تقديم النظام الصحي واهم المراحل التي مر بها في الجزائر .

المطلب الأول : التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر:

تختلف نظم الرعاية الصحية الوطنية بعضها عن بعض ، إذ قلما نجد نظامين صحيين متماثلين ، وذلك بسبب إختلاف ظروف الدول الإجتماعية والإقتصادية والسياسية والثقافية ، التي تتأثر بها هذه النظم . كحال النظام الصحي الجزائري وما مرة به من مراحل مختلفة¹ .

أولاً : تاريخ المنظومة الصحية في الجزائر:

تركزت السياسات الصحية التي مرت بها الجزائر أثارها الإيجابية والسلبية على منظومتنا الصحية² ، وقد عرف النظام الصحي انخيار في عدد العاملين حيث انخفض عدد الأطباء من 2500 طبيب منهم 285 جزائري إلى 600 طبيب ، اي بمعدل طبيب واحد لكل 100.000 ساكن متمركزين في المناطق الكبرى بالإضافة إلى طاقم صحي من المرضى لا يتعدى 1380 اين الأغلبية غير مؤهلة و ليست لديها شهادات وكذا انعدام التجربة للطاقم الإداري المسير .

واتسمت المؤشرات الصحية في ذلك الوقت بارتفاع معدلات الوفيات و الإصابات بسبب انتشار الامراض المعدية والمتنقلة ، على النطاق لم يسبق لها مثيل مما دفع الدولة بالإنشغال ، و نظر لمحدودية الموارد وضعت وزارة الصحة اثنين من الاهداف الرئيسية لمعالجة هذا الوضع :مكافحة الامراض المعدية وتحسين الحصول على الرعاية ، و تميز العمل على ارض الواقع بتنفيذ برنامج الصحة لحماية الناس و المجتمع –(التطعيم الإجباري لجميع الأطفال) و الوقاية من الأمراض المنتشرة (القضاء على الملاريا و السل) . و من هنا اصبح لازماً انتهاج سياسة واضحة بتطبيق المشروع الإشتراكي الذي يدعو إلى أن النظام الصحي خدمة عمومية و العيادات الخاصة تساهم في هذه الخدمة . وقد تميز النظام الصحي في العقد الثاني بعد الإستقلال بثلاث ميزات رئيسية وهي:

1. تقديم الرعاية المجانية و إقرارها رسمياً من يناير 1974، تطبيقاً للمرسوم التنفيذي في ديسمبر 1973 و الذي يتضمن مشروع كل الوثائق التاريخية للثورة الجزائرية وهذا ما عزز من وضعية السكان في الحصول على رعاية صحية .

2. اصلاح التعليم الطبي في مختلف التخصصات .

3. إنشاء قطاع الصحة و محاولة تطويره بتوسيع نطاق التغطية الصحية بانجاز العديد من المرافق الصحية ، و خصوصاً المستشفيات و الهياكل الخفيفة الوزن كالعيادات الشاملة و المراكز الصحية وذلك لتحقيق ثلاثة مهام اساسية و هي الرعاية ، الترتيب و

البحث.³

¹ طلال بن عايد الأحدي ، إدارة الرعاية الصحية ،معهد الإدارة العامة ،المملكة العربية السعودية ،2004، ص 31.

² العلواني عديلة ،تفعيل النمط التعاقدني في نظام الصحة الجزائري ،جزء3، دار هومة ،الجزائر 2014 ،ص 13.

³ عتيق عائشة ، مرجع سابق ،ص 125.

ثانيا : التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر :

مرت البلاد منذ الإستقلال بعدة تغيرات سياسية صحية تم تقسيمها إلى ثلاث مراحل و تتمثل في :

1. المرحلة الأولى (1962-1973):

ورثت الجزائر سنة 1962 حالة صحية متردية و متدهورة حيث كان النظام الصحي الموجود متمركزا أساسا في المدن الكبرى كالجرائر ، وهران،قسنطينة.و تمثل خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات، و عيادات تشرف عليها البلديات و تقدم المساعدات الطبية . و مراكز الطب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية و التعليم .

و من جهة اخرى هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيبا و يعملون في عيادات خاصة جلهم كانوا من الاجانب . لقد عرف قطاع الصحة خلال الحقبة الممتدة من الإستقلال الى غاية منتصف السبعينات وما بعدها، تطورات كبيرة من خلال المستخدمين والهيكل القاعدية لكن بمستوى تميز بالبطء مقارنة مع التطور السكاني الذي عرفته البلاد .وكذا بجملة من النصوص و القوانين لتوحيد النظام الموروث عن المستعمر.¹

قبل سنة 1965 لم تكن البلاد تتوفر إلا على 2500 طبيبا منهم 285 جزائريا فقط ،و264صيدليا ،أي صيدلي واحد لكل 52323 نسمة.أما أطباء الأسنان فكانو حوالي 151 طبيبا ،أي طبيب أسنان واحد لكل 70688.

إن السياسة الصحية خلال هذه الفترة محدودة في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها. وكان ينبغي في اول الامر إعادة إنعاش البنيات و الهياكل التي خلفها الإستعمار ، قبل توفير أدنى قسط من الخدمات الصحية للسكان ، ومن جانب آخر كانت الدولة عازمة على تنمية سياسة على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيحية لبعض الأمراض الفتاكة و المعدية .²

2. المرحلة الثانية: (1974-1979):

إن أهم نقطة ميزت هاته المرحلة هو اعتماد الدولة الجزائرية على مجانية العلاج لكافة الشعب من خلال ما ورد في المادة الاولى من الجريدة الرسمية لسنة 1974(إن أعمال الصحة العمومية وأشغال التشخيص ومعالجة المرضى وقبولهم في المستشفيات ، تكون مجانية في جميع القطاعات الصحية).³

ميز هذه المرحلة مضاعفة قاعات العلاج في الفترة ما بين 1974-1979 ، وكان هذا لمحاولة إعطاء العلاج الأولي أولوية وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج و المراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو على مستوى الحي.والهدف من هذه الهياكل القاعدية هو قبل كل شيء الوقاية نظرا لخصوصية المجتمع الجزائري الشاب ،و كذلك لإنشاء العيادات متعددة الخدمات بداية من سنة 1974.

من ناحية التغطية الصحية لم يكن هناك إنصاف و عدل بين المناطق الحضرية و الريفية ، فنجد تركز الموارد البشرية الطبية و الهياكل القاعدية في المدن الكبيرة و غيائها تقريبا في المناطق الريفية و الشبه ريفية ،هذه الأخيرة التي تحتوي إلا على بعض الأعوان الشبه الطبيين الذين لم يتلقو حتى التكوين الأساسي للتمريض.⁴

¹العلواني عديلة ، مرجع سابق ،ص 14،13.

²عتيق عائشة ، مرجع سابق ،ص 127

³الجريدة الرسمية ،العدد 1 ، الأمر رقم 73-65 المؤرخ في 1973/12/28 يتضمن إنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية الصادرة بتاريخ 1974/01/01

⁴عتيق فتيحة ،مرجع سابق ،ص 128.

لقد سجل في هذه الفترة على مستوى السياسة الصحية ثلاث قرارات أساسية :

- تأسيس الطب الجاهني كما جاء ذكره في هياكل الصحة العمومية ،بداية من جانفي من سنة 1974 .ففي ظل هذا النظام يغطي التأمين الصحي كل السكان بمنافع مماثلة للجميع ،ولا يتطلب مصروفات من الجيب للخدمات الطبية الأساسية .¹
 - إصلاح المنظومة التربوية وبالتحديد الدراسات الطبية من خلال تحسين نوعية التعليم والتكوين ، مما يسمح بزيادة عدد الممارسين الطبيين في كل التخصصات الطبية .
 - تأسيس مايسمى بالقطاع الصحي ، لتنظيم النظام الوطني للصحة وذلك بتوحيد كل وحدات العلاج الأولية المسيرة من طرف البلديات أو القطاع الشبه الطبي.
- إن المشاكل التي عرقلت عمل المنظومة الصحية في الجزائر كانت كبيرة ، حيث إن الإستراتيجية الصحية المرتكزة حول المستشفى والخدمات العلاجية ، أدت إلى تهميش الرعاية الأولية والوقائية ،وكذلك الإكتظاظ والإزدحام داخل المستشفيات بالقطاع العمومي ، نقص وندرة الأدوية وأهم المشاكل على الإطلاق هو تدني الأجور لدى الأطباء وعمال القطاع ككل ، مما ساهم في تدهور الأوضاع على مستوى النظام الصحي العمومي ،وهذا ما أدى إلى هجرة الأدمغة خاصة الاطباء منهم سواء إلى الخارج أو القطاع الخاص .²

3. المرحلة الثالثة (1980-2009):

- عرفت سنة 1980 بداية المخطط الخماسي الأول الذي من أهدافه ترقية المجتمع من كل النواحي وأولهم الصحة .
 - في سنة 1981 تم رسم مشروع إستراتيجي يهدف إلى حماية وترقية الصحة يهدف إلى تطوير النظام الصحي الوطني، حماية وترقية الصحة فرض على كل مواطن .
- وبهدف السير الحسن التوزيع الجيد للعلاج في القطاع العمومي سعت الدولة إلى ترسيخ ثلاثة مبادئ أساسية وهي :
- تقسيم القطاع الصحي : حيث سعت الدولة من خلال هذا التقسيم إلى توزيع القطاعات الصحية عبر كافة التراب الوطني من أجل خلق نوع من التكامل بين الوحدات الصحية حيث يضم كل قطاع صحي : مستشفى عام ،عيادات طبية ،مراكز صحية ،قاعات علاج ،عيادات توليد .
 - التدرج في العلاج :يرمي هذا المبدأ إلى تنويع العلاج بالنسبة للوحدات الصحية حسب درجة التعقيد والتقنية المطلوبة .
 - الجهوية الصحية :ينص هذا المبدأعلى تقسيم التراب الوطني انطلاقا من تسلسل مستويات العلاج إلى ثلاثة عشرة منطقة صحية حيث نظم كل منطقة مجموعة من الولايات .
- مايميز هاته المرحلة هو تجسيد النظام التعاقدي للعلاج عبر مراحل تدريجية ليتم تطبيقه بصفة نهائية سنة 2009 حيث توزع النفقات العمومية على الصحة بالنسبة للمرض عن طريق صناديق الضمان الإجتماعي CNAS و CASNOS ،أما عديمي الدخل فمن خلال مساهمة الدولة ممثلا في مديرية النشاط الإجتماعي .³

¹بول فلديستن ،ترجمة محمد حامد عبد الله ، إقتصاديات الرعاية الصحية ،النشر والمطابع،المملكة العربية السعودية،1999،ص885.

²خروبي بزاره عمر ،إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) ،دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف ، رسالة ماجستير ،تخصص رسم السياسات العامة ،كلية العلوم السياسية والعلاقات الدولية ،جامعة الجزائر 3 ،2011،ص45.

³علي دحمان محمد ،تقييم نفقات الصحة والتعليم ،دراسة حالة ولاية تلمسان،رسالة ماجستير ،تخصص تسيير المالية العامة، كلية العلوم الإقتصادية والتسيير ،جامعة تلمسان،2011،ص37.

اعتبرت اللجنة المركزية لجبهة التحرير الوطني يجب ان يدمج ضمن المخطط الوطني للتنمية الإقتصادية و الإجتماعية ، وحتى يتحقق هذا الهدف يجب التركيز على مايلي :

توحيد و تحديث القوانين و النظم الصحية لضمان التنسيق بين التنظيم القانوني و الاهداف الأساسية التي أعلنها الميثاق الوطني 1976. إلزامية التكامل بين القطاعات و تحديد الوظائف و الأدوار ليست فقط وزارة الصحة ، وإنما القطاعات و التنظيمات الوطنية التي لها علاقة بالصحة بطريقة مباشرة ، لان مشكل الصحة ليس مشكل وزارة الصحة فقط.

- تكامل جميع الهياكل الصحية مهما كانت طبيعتها القانونية في تطبيق البرامج الوطنية و الجهوية للصحة .
- البطاقة الصحية، كوسيلة فعالة في توجيه و توحيد و تأكيد التنمية الصحية.
- التسلسل في العلاج و إعطاء الاولوية للعلاج القاعدي الذي يمكن تقديمه عن طريق الهياكل الصحية القاعدية .
- جعل المؤسسات الصحية أكثر مردودية و نجاعة .
- بالاضافة إلى إعادة النظر في جملة المشكلات المتعلقة بالجانب الإجتماعي للموظفين من أجور و نقل و تكوين و غيرها.

و نواصل دراسة تطور النظام الصحي في ظل الطب المجاني لأهمية و ذلك في مرحلتَي الثمانينات و بداية التسعينات ، وما نسجله في هذه المرحلة هو إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986 وهي المراكز الاستشفائية الجامعية ، و كذا المنشور الوزاري سنة 1995 و المتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء و الإطعام في الوسط الاستشفائي .بالاضافة إلى الاشارة في قانون المالية لسنة 1993 انه بداية من هذه السنة تتولى الدولة التكفل بالوقاية والبحث بالمعوزين أما باقي العجلات فتكون وفق نظام تعاقدى بين المؤسسات الاستشفائية و الهيئات الضمان الاجتماعي ،وهذا الاخير "النظام او النهج التعاقدى" الذي يشرع في عملية التجريب بداية من سنة 1997، من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية المتخصصة و القطاعات الصحية و المراكز الاستشفائية الجامعية¹.

-وفي سنة 2007 ،صدر مرسوم تنفيذي جديد عدل التنظيم الذي قامت عليه الخارطة الصحية في الجزائر المرتكزة على القطاع الصحي بشكل أساسي ، إلى تنظيم جديد يتمحور حول الفصل بين الأنشطة العلاجية والوقائية والمؤسسات المعنية بتقديمها . هذا التغيير بالانتقال من القطاع الصحي إلى مؤسسات عمومية إستشفائية ومؤسسات أخرى للصحة الجوارية لم يكن وليد الصدفة بل له أسباب ودوافع نخت بهذا الإتجاه ولعل من أهم الأبعاد المؤدية إلى هذا التحول نذكر :

- الخلل المرتبط بالتنظيم والموارد البشرية.

- الخلل المرتبط بالإعلام والتكوين².

4. مرحلة المراجعة الحديثة لهيكله القطاع الصحي في الجزائر :

بعد أقل من ستة سنوات عن طريق تطبيق المرسوم التنفيذي 07-140 الخاص بميكلة المنظومة الصحية العمومية حول مؤسسات عمومية للصحة الجوارية وأخرى إستشفائية ، ظهرت خلال هذه الفترة بعض الإختلالات في التسيير وإدارة الشأن الصحي بشكل عام ، أبرزه النقد المتتابع من كثير من الشركاء الاجتماعيين حول اليات تسيير هذه الهيئات العمومية وكذا قدرتها على تحقيق الأهداف الصحية المطلوبة مثل تعريف الإحتياجات الصحية للمواطن ، تقريب الخدمة ،تحقيق الجودة...إلخ.

¹عتيق عائشة ، مرجع سابق ،ص132.

²بن فرحات عبد المنعم ، مرجع سابق ،ص 101

وعلى إثر ذلك وبالتشاور مع الشركاء الاجتماعيين ومهنيي الصحة ، تقدمت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في نهاية سنة 2013 ، بمشروع جديد يتعلق بإعادة تنظيم الهياكل الصحية في الجزائر ، وطرحته للإثراء والمناقشة بغرض إعداد المشروع النهائي للمرسوم التنفيذي المحدد لهذه الهيكلة الجديدة المتمثلة في المقاطعة الصحية. وقد كان نواب البرلمان قد صادقوا على المشروع أواخر شهر أفريل من سنة 2018.

المقاطعة الصحية : نص المشروع الجديد على أن الهيئة المناط بما تقدم خدمة الصحة العمومية وتنفيذ برامجها على المستوى المحلي ، تتمثل في المقاطعة الصحية ، حيث عرفت على أنها هيئة عمومية ذات طابع إداري ، تصنف حسب فئتين : فئة مقر الولاية ، فئة مقر الدائرة . وهي منظمة إدارية وصحية تحوي هياكل الصحة ، الوقاية ، التشخيص ، العلاج ، الإستشفاء وإعادة التأهيل الحركي وكل الهياكل الأخرى التابعة لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ، وتسعي - أي هذه المنظمة - إلى تلبية الإحتياجات الصحية لمجموعة من المواطنين ضمن مجال جيو - صحي - يشمل دائرة أو أكثر ، كما يمكن أن تكون في الدائرة الإدارية الواحدة عدة دوائر صحية لتلبية الحاجات الخاصة بالكتلة السكانية الكثيفة فيها .

تستثني من ذلك المعاهد التي لها مهام العلاج والبحث ، المؤسسة الاستشفائية الجامعية ، المراكز الاستشفائية الجامعية ، المؤسسات الاستشفائية المتخصصة التي تقوم بتغطية حاجات لمنطقة سكانية تشمل عدة دوائر أو ولايات .

- أدوات واليات تسيير المقاطعة الصحية : تسيير المقاطعة الصحية عن طريق مجلس توجيه وتدار عم من طرف مدير عام بالنسبة لمقر الولاية ومن طرف مدير بالنسبة لمقر الدائرة الإدارية . كما تزود بمجلس علمي¹.

ثالثا : هيكلة النظام الصحي في الجزائر:

تعتبر وزارة الصحة و السكان المسؤول الأول عن تقديم الرعاية الصحية و توفير الدواء ورفع المستوى الصحي للمواطنين الجزائريين و الأجانب و القضاء على مشاكلهم الطبية ، تلبها المستشفيات الجامعية و الجهوية ثم القطاعات الصحية و الوحدات القاعدية التابعة لهذا و يشمل ثلاثة مستويات و تتمثل في :

1. المستوى المركزي :

يتمثل المستوى المركزي في وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات و تتكون من:

1.1. الوزير: يقوم وزير الصحة و السكان

بوضع إستراتيجية لتنمية أعمال قطاعه في مجال

__وقاية صحة السكان و رعايتها.

__التحكم في النمو الديمغرافي و التخطيط العائلي.

__التنظيم الصحي و الخريطة الصحية.

__تحديد انماط تكوين الممارسين الطبيين و الشبه طبيين .

__ينظم المهام و يعد التنظيم الخاص بما عن طريق التدابير التنظيمية و التشريعية التي تخضع لها الاعمال التابعة لميدان إختصاصه و السهر على تطبيقها .

¹بن فرحات عبد المنعم ، مرجع سابق ،ص 109،110،111.

__دعم الأعمال التي لها علاقة بالوقاية و مكافحة الأمراض الوبائية و المستديمة .

__التزويد بالأدوية و المعدات الطبية و توزيعها .

__الحماية الصحية في الوسط التربوي و العائلي و العملي.

و تشمل الإدارة المركزية لوزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات على المصلح الأتية:

2.1 . ديوان الوزير: يكلف مدير الديوان الذي يساعده مكلفون بالدراسة و عددهم سبعة(7) و يلحقون بالديوان و عددهم اربعة

(4)،بجميع أشغال الدراسات و الأبحاث المرتبطة باختصاصاتهم و تحضيرهم مشاركة الوزير في اعمال الحكومة و في علاقة مع الخارج.

3.1 .الامانة العامة:تكلف الامانة العامة التي يشرف على إدارتها مدير عام يساعد إثنان(2) من مديري الدراسات و يلحق بهما مكتب

البريد و الإتصال و التنسيق بين الهياكل المركزية و المصالح التابعة لها و تقييمها الدراسات و يلحق بهما مكتب البريد و الإتصال و التنسيق

بين الهياكل المركزية و المصالح التابعة لها و تقييمها و توجيهها .

4.1 . المفتشية العامة : يشرف عليها ستة (6) مفتشين يقومون بالمهام التالية :

__الوقاية من كل أنواع التقصير و تسيير المصالح الصحية .

__ توجيه المسيرين و إرشادهم لمراعاة القوانين و الأحكام التنظيمية .

__العمل على الاستعمال المحكم للوسائل و الموارد.

__ضمان مطلب الصرامة في تنظيم العمل .

5.1 . المديريات المركزية : و تشمل ثمانية مديريات لكل منها إختصاص معين و هي :مديرية الوقاية ، مديرية المصالح الصحية

،مديرية الصيدلية و الدواء، مديرية السكان ،مديرية التكوين ،مديرية التخطيط ، مديرية التقنين و المنازعات

2. على المستوى الولائي :

1.2 مديرية الصحة والسكان :

يكلف مدير الصحة و السكان بعدة مهام أهمها تمثيل وزير الصحة و السكان على مستوى الولاية بكل مايتعلق بالصحة و

السكان ،و العمل على توزيع الوسائل الصحية توزيعا منسجما و متوازنا و متابعة تحضير ميزانيات القطاعات الصحية و تنفيذها،بالإضافة

إلى مراقبة و توزيع الادوية و المواد الصيدلانية و تفقد ظروف خزنها و إعداد التلاخيص لتحديد الاحتياجات الصحية في الولاية في مجال

الوقاية والعلاج و الأدوية و المواد البشرية و المنشآت الأساسية و التجهيز و التكوين و تطبيق التنظيم الخاص بالنظافة العمومية و الوقاية

العامة ، كما أنها تهتم بإعداد جداول المواطنين (النمو الديمغرافي)و ضبطها باستمرار و الدراسة المنازعات المترتبة بأعمال تسيير ممارسي

الصحة، بالإضافة إلى الإصال بالمصالح المعنية في تحديد الاحتياجات إلى موظفي الصحة و إعداد برامج العمل الخاص بميدان التكوين،و

التكفل بالأطفال المعوقين و الأشخاص المعوزين للمساعدات الطبية و الإجتماعية ، كما أنها تهتم بالمراكز الطبية التي تنشئها و تسييرها

مجالس الخدمات الإجتماعية للإطارات و الشركات العمومية الاجتماعية ليستفيد منها العمال و عائلاتهم . كما أنها لا تتهاون في تطبيق

أي إجراء من شأنه أن يسهل تطبيق القانون الأساسي لممارسي الصحة في الولاية.¹

¹عتيق عائشة ، مرجع سابق ،ص 132،133،134،135.

2.2 أنواع المؤسسات الصحية :

تتكون المنظومة الصحية في الجزائر أساسا من مؤسسات الصحة العمومية والخاصة التي تمارس نشاطها إستشفائيا موجهة للتشخيص والعلاج . إلى جانب مؤسسات عمومية ذات طبيعة تقنية طبية تعمل في ميدان الصيدلة ومخابر التحاليل والبيولوجيا ونقل الدم (هي هياكل دعم الصحة العامة كامعهد الوطني للصحة العمومية ،الوكالة الوطنية لتطوير البحث في الصحة المركز الوطني لليقضة بخصوص الأدوية والعتاد الطبي ،الوكالة الوطنية للدم ،المخبر الوطني لمراقبة المنتوجات الصيدلانية) .

وبالبقاء في الميدان العام يتنوع المشهد الإستشفائي في الجزائر من خلال مؤسسات الصحة التي تتنوع مهامها ، وتوجه أحيانا للتكفل بمجموعة من الأمراض حصريا . نخصي ثلاثة هياكل وهي :

- المراكز الاستشفائية الجامعية : أنشأت في 13 جوان 1974 ، وهي نتائج لاتحاد مركز إستشفائي جهوي (660 الى 700 سرير) و معهد طبي ، دون أن يفقدها شخصيتها المتميزة . يعتبر المركز الاستشفائي منشأة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي ، و يتم إنشائها بموجب مرسوم البناء على إقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة و الوزير المكلف بالتعليم العالي و البحث العلمي . بحيث يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصية الادارية على المركز الاستشفائي الجامعي و يمارس الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية.
- المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية :
- أنشأت المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية بديلا عن القطاعات الصحية المنظمة بالمرسوم التنفيذي رقم 466/97 المؤرخ في 1997/12/02 المحدد لقواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها ، الذي تم إلغاؤه بموجب أحكام المادة 35 من المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 2007/05/19 المتضمن سير وإنشاء وتنظيم المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية .¹
- حيث عرفت المادة 02 من المرسوم 140/07 المؤسسة العمومية الاستشفائية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي². وتضع تحت وصاية الوالي . كما تتكون المؤسسة من هيكل للتشخيص والعلاج والإستشفاء وإعادة التأهيل الطبي تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموع بلديات وهذا حسب المادة 03 من نفس المرسوم³
- أما المؤسسة العمومية للصحة الجوارية فهي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي . وتوضع تحت وصاية الوالي .⁴ تتكون المؤسسة العمومية للصحة الجوارية من مجموع عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج تغطي مجموعة من السكان .⁵

¹ سعودي على ، النظام القانوني للمؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر ، رسالة ماجستير ،مدرسة دكتوراه دولة ومؤسسات عمومية ، كلية الحقوق ، جامعة الجزائر 1 ، 2017 ، ص 11،12،13 .

² المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، المادة 02

³ المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، المادة 03

⁴ المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، المادة 06

⁵ المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، المادة 07

- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة : هي تلك المؤسسات التي تتكفل بنوع معين في العلاج والتشخيص ، وهذا النوع من المؤسسات سوف نتعرض له بالتفصيل في هاته الدراسة التطبيقية . حيث أخذنا كعية المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون بسكرة¹.

المطلب الثاني :نشأة المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون بسكرة.

سيتم التطرق من خلال هذا المطلب إلى ماهية المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في طب العيون بسكرة ، من حيث: المفهوم ، النشاط و الهيكل التنظيمي المعتمد بها .

أولاً:التعريف بالمؤسسة الاستشفائية (نشاطها ، موقعها ، أصل ملكية الوحدة)

1. مفهوم المؤسسة الاستشفائية :

يعد مصطلح المؤسسة الاستشفائية من بين المفاهيم الشائعة في عصرنا الحالي ، باعتبارها حقيقة واضحة و ثابتة في حياة الإنسان ، و أصبح تحديد مفهومها بصورة دقيقة من المهام الصعبة على الفكر التنظيمي و السيسولوجي المعاصر ، ولقد اختلف الباحثون في تعريفهم لها ، ذلك بسبب إختلاف الاتجاهات و الايديولوجيا التي تبناها كل منهم في تعريفه للمؤسسة الصحية ، وفيما يلي سنبرز بعض التعارف المقدمة حول المؤسسة الصحية:

عرفها الإقتصادي ستيفان روبن على انها : "كيان اجتماعي يرمى له حدود واضحة المعالم يعمل على أساس دائم لتحقيق هدف معين أو مجموعة أهداف" يبين هذا التعريف الخصائص الاساسية للمؤسسة، ة اجتماع مجموعة من الافراد أو الجماعات بشكل واعي و بتخطيط مسبق حيث يشكلون كيانا إجتماعيا ، مع وجود أهداف يسعون إلى تحقيقها.

كما يعرفها الاقتصادي نالكون بارسوتز بأنها: "كل وحدة اجتماعية تقام وفقا لنموذج بنائي معين معين لكي تحقق أهداف محددة " ، من خلال تعريف نالكون بارسوتز فإن المؤسسة الصحية عبارة عن قسم يتكون من مجموعة فروع مختلفة، وهي كغيرها من المؤسسات يتفاعل الافراد داخلها فيما بينهم تفاعلا واعيا و منسقا بشكل مسبق لكي تضمن تحقيق الاهداف بكفاءة عالية ، وذلك من خلال توزيع الادوار على العاملين الذين يشاركون في تحقيقها .

وهناك من عرف المؤسسة الاستشفائية على انها : " كل هيئة تهدف إلى تقديم رعاية علاجية أو استشفائية للافراد الذين يقيمون في بيئة جغرافية معينة، او في قطاع مهني او خدمات عامة للجميع بدون استثناء" هذا التعريف ركز أكثر على الادوار و المهام و الانشطة المنوط بها على البعدين العلاجي و الإستشفائي ، كما ركز على الاهداف العامة للمؤسسة الصحية والتي تتصف بتعدد أقسامها .

ثانيا : تقديم المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون بسكرة ومهامها

1. الطبيعة القانونية للمؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة

هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري ، ووجهة علمية ، وتقنية ، تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي كما نص عليه المرسوم التنفيذي رقم 265/97 المؤرخ في 02-12-1997 المتضمن قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة حيث جاء في المادة 2 من المرسوم - المؤسسة الاستشفائية المتخصصة مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية

¹سعودي على،النظام القانوني للمؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر ، رسالة ماجستير ،مدرسة دكتوراه دولة ومؤسسات عمومية ، كلية الحقوق ،جامعة الجزائر 1 ،2017،

المعنوية والإستقلال المالي . وتنشأ بمرسوم تنفيذي بناء على اقتراح من الوزير المكلف بالصحة بعد إستشارة الوالي ، وتوضع تحت وصاية والي الولاية الموجود بها مقر المؤسسة .¹

2. نشأتها ،

أنشأت وفقا للمرسوم التنفيذي 465/97 المتضمن إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وسيورها ، الموافق ل02 ديسمبر 1997 ، كما نصت المادة 02 من قرار رقم 027 المؤرخ في 1997/12/02 من وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات إنشاء وحدات ومصحة بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون بسكرة كما هو موضح بالجدول التالي² :

جدول رقم(03) يوضح انشاء مصالح ووحدات المكونة للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة

المصالح	عدد الأسرة	الوحدات
طب أمراض العيون	40	- إستشفاء الرجال - إستشفاء النساء - الفحص والإستعجالات - الكشف

المصدر: المادة 02 من قرار رقم 027 المؤرخ في 1997/12/02 من وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات.

ملاحظة : الطاقة الإستيعابية الفعلية بالمؤسسة الاستشفائية هي 80 سرير مقسمة على جناح الرجال ، جناح النساء .

بالإضافة إلى قيام بفتح مخبر للتحاليل الطبية وقاعة للتصوير بالأشعة ، كما تم في وقت لاحق فتح صيدلية بالمؤسسة الاستشفائية وذلك تبعا للقرار رقم 45 المؤرخ في 2013/02/26 من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ، المتضمن إنشاء مصحة الصيدلية³

3. موقعها : تقع المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في طب العيون بسكرة في وسط المدينة بجي البخاري ، بجدها من جميع الجهات أحياء سكنية ،

مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في طب العيون بسكرة .

حسب نص المادة 3 من المرسوم التنفيذي 465/97 المتضمن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيورها ، بأن هاته المؤسسات تختص في علاج مرض واحد فقط حيب نص المادة 03 - تتكون المؤسسة الاستشفائية من هيكل واحد متخصص للتكفل بما يلي :

- طب وجراحة العيون،⁴ وهي تغطي حاجات سكان ولاية بسكرة وبعض الولايات المجاورة مثل باتنة ،خنشلة ولسيلة

كما نصت كذلك المادة 05 من نفس المرسوم على نقاط تقوم بها هاته المؤسسات في مجال نشاطها ، بالمهام الأتية .

- تنفيذ نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكييف الطبي والإستشفاء ،

¹المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المتضمن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيورها، المادة 02.

² قرار رقم 027 المؤرخ في 1997/12/02 ، وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات إنشاء وحدات ومصحة بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون بسكرة المادة 02.

³القرار رقم 45 المؤرخ في 2013/02/26 من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ، المتضمن إنشاء مصحة الصيدلية ، المادة 01 .

⁴المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المتضمن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيورها، المادة 03

- تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة ،
 - المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتحسين مستواهم.¹
- وفي الأخير ذكر في المادة 06 من نفس المرسوم بأنه ، يمكن إستخدام المؤسسة الاستشفائية المتخصصة كميدان للتكوين الشبه الطبي والتسيير الإستشفائي على أساس إتفاقيات توقع مع مؤسسة التكوين² ، ويمكن إعتماد مؤسسة عمومية متخصصة أو جزء من هياكلها لضمان نشاطات استشفائية جامعية بناء على قرار وزاري مشترك بين الوزير المكلف بالصحة ووزير التعليم العالي³.

ثالثا : الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون

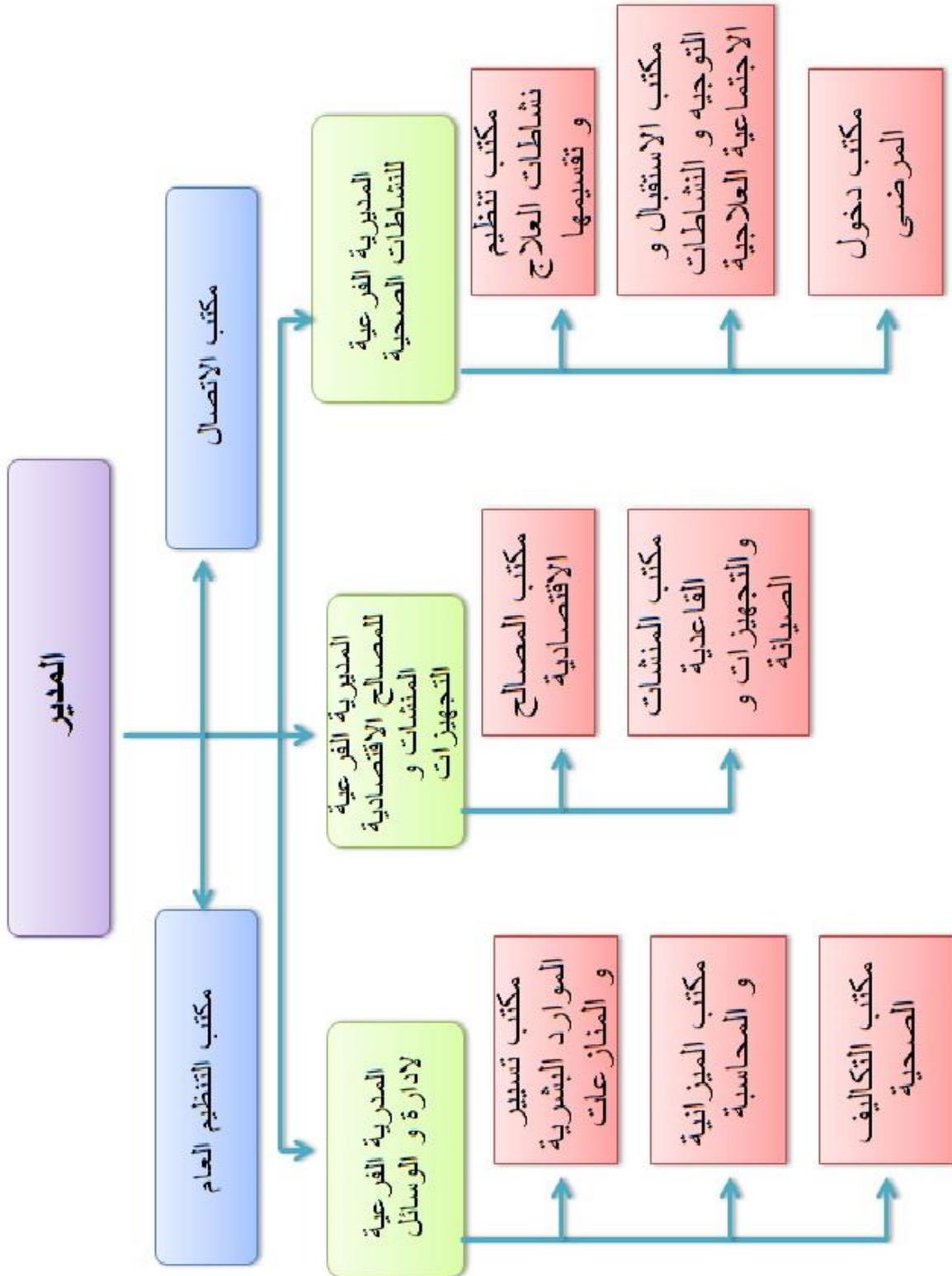
الهيكل التنظيمي للمؤسسة هو الأداة أو الشكل الذي يبين توزيع السلطة و المسؤوليات على مختلف الوحدات في المستويات الإدارية المختلفة كما يبين كيفيات الإتصال الرسمي بينها. كما هو مبين في الشكل الموالي .

¹المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 02ديسمبر 1997 الملتمضمّن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، المادة 05.

²المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 02ديسمبر 1997 الملتمضمّن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، المادة 06

³المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 02ديسمبر 1997 الملتمضمّن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، المادة 07

الشكل رقم(05): الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون



المصدر: المديرية الفرعية لإدارة الوسائل

المدير: ويعين من طرف وزير الصحة و يقوم بالمهام التالية :

- تسيير المؤسسة.
- الأمر بالصرف فيما يخص نفقات المؤسسة.
- تسيير الميزانية .
- المصادقة على مختلف الوثائق في حدود صلاحياته .
- القدرة على سلطة العقاب و منح المكافآت.

مكتب التنظيم العام: يضم هذا المكتب : مكتب الأمانة و مكتب التنظيم

تعتبر أمانة المدير السلطة التنفيذية الأولى لاستقبال المواطنين و تنظيمهم و قد يكون هذا الاستقبال داخلي أو خارجي أو الشخصي.

أما مكتب التنظيم فهو ذات صلة مباشرة بالمدير فهو الذي يلتقي جميع المراسلات و يقوم بمراقبة العمليات الصادرة و الواردة .

مكتب الإتصال: هو عبارة عن وسيط بين إدارة المؤسسة و وزارة الصحة و السكان و كذا مختلف الإدارات الأخرى و هذا يكون بواسطة الإنترنت (شبكة داخلية) و الإكسترنترنت .

تشتمل كذلك المؤسسة حسب التنظيم الإداري الموضح في الهيكل التنظيمي على ثلاث مديريات فرعية تابعة للمدير هي كالتالي :

1- المديرية الفرعية للإدارة والوسائل :

- مكتب تسيير الموارد البشرية والمنازعات
- مكتب التكاليف الصحية
- مكتب الميزانية والمحاسبة

2-المديرية الفرعية للنشاطات الصحية :

- مكتب تنظيم نشاطات العلاج وتقسيمها .
- مكتب الإستقبال والتوجيه،والنشاطات الإجتماعية العلاجية
- مكتب دخول المرضى .

3-المديرية الفرعية للمصالح الإقتصادية الهياكل والتجهيزات:

- مكتب المصالح الإقتصادية
- مكتب المنشآت القاعدية والتجهيزات والصيانة

المطلب الثالث : الموارد البشرية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون .

أما بالنسبة للموارد البشرية فالمؤسسة تضم تشكيلة متنوعة من مختلف الفئات الطبية ،الشبه طبية والإدارية بعدد إجمالي مقدر ب 178 عامل ، لغاية تاريخ 2018/05/09 موزعين كالتالي .

أولا :سلك الأطباء والنفسانيين :

جدول رقم (4): يبين عددأفراد سلك الأطباء والنفسانيين

العدد	السلك
09	أطباء مختصين في طب العيون
03	أطباء مختصين في التخدير والإنعاش
06	أطباء عامون
01	نفساني عيادي للصحة العمومية
19	المجموع

المصدر: المديرية الفرعية للإدارة والوسائل للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون

من بين المؤشرات الصحية الهامة التي تعكس مقدار التكفل أو مستوى العدالة في التغطية الصحية هو نسبة الممارسين الصحيين إلى عدد السكان، هذا المؤشر يتحكم فيه مقدار الموارد البشرية المعنية حسب الوظيفة والتخصص¹. وهنا نلاحظ إرتفاع في عدد الأطباء المختصين، وهو ما يعكس المستوي العالي المقبول الصحية في مجال طب العيون.

ثانيا :سلك الشبه طبيين :

جدول رقم (5): يبين عدد أفراد سلك الشبه طبيين

العدد	السلك
20	مساعدو التمريض للصحة العمومية
29	ممرضو الصحة العمومية
02	مشغلي أجهزة التصوير الطبي للصحة العمومية
06	المخبريين للصحة العمومية
02	المحضرين في الصيدلية للصحة العمومية
01	المختصين في حفظ الصحة للصحة العمومية
04	المساعدين الطبيين للصحة العمومية
05	عون طبي في التخدير والإنعاش للصحة العمومية
69	المجموع

المصدر: المديرية الفرعية للإدارة والوسائل للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون

يلاحظ من خلال هذا الجدول، أن فئة ممرضو الصحة العمومية تحتل المرتبة الأولى من حيث العدد، تليها فئة مساعدو التمريض، وهذا راجع أساسا لطبيعة العمل الإستشفائي الذي يعتمد على هاتين الفئتين بشكل كبير في تقديم الخدمات، وكذلك السياسة التكوينية التي إتجهت إليها الوصاية بغرض تدعيم قطاع الصحة بيمستخدمين شبه طبيين خاصتين الفئتين المذكورتين .

¹بن فرحات عبد المنعم، مرجع سابق، ص134.

ثالثا: سلك الإداريين والتقنيين:

جدول رقم (06): يبين عدد أفراد سلك الإداريين والتقنيين

العدد	السلك
01	متصرفي المصالح الصحية
02	المتصرفين
03	ملحقني الإدارة
05	الكتاب
01	التقنيين في الإعلام الألى
02	مساعد مهندس في الإعلام الالى
01	مهندس في الإعلام الألى
15	المجموع

المصدر: المديرية الفرعية للإدارة والوسائل للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون

يلاحظ من الجدول ان هناك نقص كبير في عدد الإداريين وهذا ناتج عن عدة تحويلات من أماكن العمل، بالإضافة إلى سياسة الدولة المنتهج في التوظيف .

رابعا: سلك العمال المهنيين وسائقي السيارات .

جدول رقم (07): يبين عدد أفراد سلك العمال المهنيين وسائقي السيارات

العدد	السلك
09	العمال المهنيين
06	سائقي السيارات
62	الأعوان المتعاقدين
77	المجموع

المصدر: المديرية الفرعية للإدارة والوسائل للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون

يلاحظ من الجدول الاخير العدد الكبير لهذا السلك، خاصة الاعوان المتعاقدين وذلك ناتج عن التوجه الذي تنتهجه المؤسسة في ضمان جودة الخدمة الصحية من خلال التركيز على النظافة الاستشفائية ومكافحة العدوى وهذا ما يستدعي إلى كم معتبر من عمال الخدمات لتحقيق هذا المبتغي¹

¹بن فرحات عبد المنعم، مرجع سابق، ص 136.

المبحث الثاني : الإطار المنهجي للدراسة .

اعتمدنا في دراستنا على أسلوب الاستبيان في جمع المعلومات ،حيث أن الاستبيان هو مجموعة من الاسئلة المتنوعة والتي ترتبط ببعضها البعض بشكل يحقق الهدف الذي يسعى إليه من خلال المشكلة التي يطرحها بحثه ،ويسلم الاستبيان مباشرة إلى مجموعة من الافراد التي إختارهم الباحث لبحثه لكي يتم تعيبتها ثم إعادتها للباحث ،وسنقوم من خلال هذا البحث بتقديم عينة الدراسة ثم شرح لكيفية تصميم هذا الإستبيان وعناصره ،والأسلوب المستعمل في تحليل خصائص مجتمع الدراسة وعينته وفي الأخير إختيار فرضيات الدراسة.

المطلب الاول :مجتمع و عينة الدراسة :

أولا : مجتمع الدراسة:

و نعني به مجموعة الافراد الذين تمت عليهم الدراسة، والتي انصب عليها الإهتمام ، في هذه الدراسة هم مقدمي الخدمات في المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في طب العيون بسكرة .

ومنه تم توجيه الإستبيان إلى المجتمع المتمثل في مقدمي الخدمة من سلك شبه الطبيين (ممرضين ،محضر صيدلي ،مخبري،مساعد تمريض،مختص في حفظ الصحة،ممرض) لهاته المؤسسة لإستقصاء آرائهم حول أثر إدارة الجودة على جودة الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسة .

حيث بلغ مجتمع الدراسة 69 عامل كما هو موضح في الجدول رقم (5) صفحة 14. مع إنقاص 5 عاملات هن في حالة إستداع وتحويل مؤقت،وبالتالي الباقي 64عامل. حيث نلاحظ من الجدول رقم (5) أن أغلبية سلك شبه الطبيين هم ممرضو الصحة العمومية بنسبة % 42.02 وتليها مباشرة فئة مساعدي التمريض بنسبة 28.98% وهذا راجع أساسا لطبيعة العمل الإستشفائي الذي يعتمد على هاتين الفئتين بشكل كبير في تقديم الخدمات ،وكذلك السياسة التكوينية التي إتجهت إليها الوصاية بغرض تدعيم قطاع الصحة بالمستخدمين شبه الطبيين خاصتا الفئتين المذكورتين ، ثم تأتي باقي بنسب صغيرة ومتفاوتة .

ثانيا :عينة الدراسة :

فيما يتعلق بطريقة سحب العينة فقد اخترنا: "العينة الميسرة (المتاحة) وتعني اختيار الأفراد الذين في متناولنا أو الذين قبلوا بالإجابة من شبه الطبيين كجزء من الفاعلين في تقديم الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون ،حيث تم توزيع 50إستبانة أي بنسبة %78،12 من إجمالي المجتمع،إسترد منها 45 إستبانة وبعد فحصها تم قبول 36 إستبانة نظرا لعدم تحقيق شروط الإجابة الصحيحة في باقي الإستبانات .

جدول رقم(08) توضح الاستبيانات الموزعة على عينة العاملين

عدد الاستمارات الموزعة	الاستمارات المسترجعة	الاستمارات الصالحة للتحليل
50	45	36
%100	%90	%72

المصدر: من اعداد الطالب .

ثالثا: ادوات المستخدمة في تحليل نتائج الدراسة :

للإجابة على أسئلة البحث واختبار صحة فرضياته، تم استخدام أساليب الإحصاء الوصفي والتحليلي، وذلك باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS.V19) كما يلي:

مقاييس الإحصاء الوصفي (**Descriptive Statistic Measures**): وذلك لوصف مجتمع البحث وإظهار خصائصه، بالاعتماد على النسب المئوية والتكرارات. والإجابة على أسئلة البحث وترتيب متغيرات البحث حسب أهميتها بالاعتماد على المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.

اختبار معامل الإلتواء و التفرطح (**Kurtosis et Skewness**): لمعرفة نوع البيانات أي هل البيانات تتبع التوزيع الطبيعي أم لا (**Normal Distribution**).

معامل الثبات "ألفا كرونباخ: (**Cronbach's Cefficient Alpha**): وذلك لقياس ثبات أداة البحث.

المطلب الثاني : الادوات المستخدمة في الدراسة :

في هذا المطلب نقوم بتوضيح الادوات و اهم البرامج التي قمنا بإستخدامها من اجل تحليل البيانات المجمعة .
أولا : الإستبانة .

قمنا ببناء استبيان اعتمادا على ما ورد في الإطار النظري والدراسات السابقة، أعد خصيصا لقياس اتجاهات الباحثين وفق المحاور الرئيسية للدراسة، إذ قسم هذا الاستبيان إلى قسمين، يتعلق القسم الأول بالخصائص الشخصية لأفراد عينة الدراسة ويشمل كل من الجنس، السن، التحصيل العلمي، عدد سنوات الخبرة، التخصص الوظيفي. أما القسم الثاني فقد خصص للدراسة وهو مقسم إلى محورين الأول يتعلق بإدارة الجودة والمحور الثاني يتعلق جودة الخدمات الصحية (الاستبيان يحتوي على 42 سؤال). أنظر الملحق رقم (1)

المحور الأول: يقيس هذا المحور اتجاهات الباحثين حول متطلبات إدارة الجودة في المؤسسة الاستشفائية ويتكون من (16) عبارة .

المحور الثاني: يقيس هذا المحور جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية ويتكون من (26) عبارة مقسمة على أربعة أبعاد كما يلي:

البعد الأول: يقيس هذا المحور اتجاهات الباحثين حول **بعد الاعتمادية** ، ويشتمل على (05) عبارات.

البعد الثاني: يقيس هذا المحور اتجاهات الباحثين حول **بعد الإستجابة** ، ويتكون من (06) عبارات.

البعد الثالث: يقيس هذا المحور اتجاهات الباحثين حول **بعد الضمان** ، ويحتوي على (05) عبارات.

البعد الرابع: يقيس هذا المحور اتجاهات الباحثين حول **بعد الملموسية** ويتكون من (05) عبارات.

البعد الخامس: يقيس هذا المحور اتجاهات الباحثين حول **بعد التعاطف** ويتكون من (05) عبارات.

و من اجل تحليل هذه المعطيات استخدمنا برنامج الحزمة الاحصائية spss نسخة 19 الذي يعتبر البرنامج المناسب لتحليل مثل هذه البيانات، وللحصول على نتائج أكثر دقة، و ذلك بتفريغ جميع البيانات فيه و ترميز الاجابات و تحليلها احصائيا من خلال الاساليب الاحصائية .

فلقد قمنا أولا بإدخال البيانات وفق مقياس ليكرت الخماسي والمقسم إلى خمس إختيارات ، أعطيت الدرجات من (1) إلى (5) ، حيث أن (1) أدنى درجة أي غير موافق تماما، و(5) هي أعلى درجة أي موافق جدا. يوضح الجدول التالي :
جدول رقم (09): يبين الدرجات وفق مقياس ليكرت.

التصنيف	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق جدا
الدرجة	1	2	3	4	5

المصدر : عز حسن سيد عبد الفتاح ، مقدمة في الإحصاء الوصفي والإحصاء الإستدلالي ، خوازم العملية ، جدة ، المملكة العربية السعودية، 2008، ص 550.

وكانت أبعاد إستبيان الدراسة موضحة في الجدول التالي :

جدول رقم (10): أبعاد إستبيان الدراسة.

أرقام العبارات	أبعاد الإستبيان
16	إدارة الجودة
16	إدارة الجودة
21-17	الإعتمادية
27-22	الإستجابة
32-28	الضمان
37-33	المللموسية
42-38	التعاطف
42-17	جودة الخدمات الصحية

المصدر: من إعداد الطالب

المطلب الثالث: ثبات وصدق أداة الدراسة

أولا: ثبات أداة الدراسة :

لقياس مدى ثبات أداة الدراسة تم استخدام معامل ألفا كرونباخ *Alpha de Cronbach* حيث طبقت المعادلة على العينة لقياس الصدق البنائي، وتتراوح قيمة معامل ألفا بين 0 و1 وكلما اقتربت من الواحد دلت على وجود ثبات عالي وكلما اقتربت من الصفر دلن على عدم وجود ثبات، والجدول التالي يوضح معاملات ثبات متغيرات الدراسة.

الجدول رقم (11): معاملات ثبات متغيرات الدراسة

متغيرات الدراسة	عدد العبارات	معامل الثبات
المتغير الأول: إدارة الجودة	16	0.772
إدارة الجودة	16	0.772
الإعتمادية	05	0.637
الإستجابة	05	0.726
الضمان	05	0.754
الملموسية	05	0.715
التعاطف	05	0.555
جودة الخدمات الصحية	26	0.697
الصدق والثبات العام للاستبيان	42	0.768

المصدر: من إعداد الطالب على أساس مخرجات SPSS 19

لقد استخدم ألفا كرونباخ لقياس الإتساق الداخلي ، حيث نلاحظ من الجدول الموالي أن كل الابعاد حققت الثبات باعتبار كرونباخ ألفا فاق 60 % ، حيث يتراوح بين 0.637 و 0.772 بإستثناء بعد التعاطف الذي قدر كرونباخ ألفا له ب 0.555 وقبل ثباته بإعتبار أن بعض الدراسات الإحصائية تسمح بنسبة 50 % وبهذا نقول أن ثبات الأداة محقق .

ثانيا: صدق أداة الدراسة

تم إختيار أداة الدراسة من خلال كل من الصدق الظاهري والصدق البنائي .

فمن اجل اختبار صدق أداة الدراسة ظاهريا ، تم توزيع الإستبيان على مجموعة من الاساتذة الجامعيين ونواب مدراء بالمؤسسات الاستشفائية من اجل تحكيم الاداة، ووفقا لأراء المحكمين قام الباحث بإجراء ما يلزم من تغييرات ، وتم إعداد الإستبيان في صورته النهائية (أنظر الملحق رقم 02).

أما المقصود بصدق البنائي للإستبيان التأكد من أنه سوف يقيس ما أعد لقياسه، من خلال صدق الاتساق الداخلي بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجة كل عبارة من عبارات الاستبيان بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه العبارة، كما توضحه الجداول التالية:

جدول(12): معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات المحور الأول والدرجة الكلية له .

معامل الارتباط	رقم العبارة
0.343*	1
0.436**	2
0.507**	3
0.370*	4
0.584**	5
0.520**	6
0.478*	7
0.335*	8
0.362*	9
0.411**	10
0.555**	11
0.537**	12
0.384*	13
0.349*	14
0.541**	15
0.630**	16
**دال عند مستوى الدلالة 0.01 فأقل	
* دال عند مستوى الدلالة 0.05 فأقل	

المصدر: من إعداد الطالب على أساس مخرجات SPSS 19

الجدول(13): معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات البعد الأول للمحور الثاني والبعد الذي ينتمي له.

معامل الارتباط	رقم العبارة
0.407*	17
0.539**	18
0.348*	19
0.477**	20
0.364*	21
**دال عند مستوى الدلالة 0.01 فأقل	
* دال عند مستوى الدلالة 0.05 فأقل	

المصدر: من إعداد الطالب على أساس مخرجات SPSS 19

الجدول(14): معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات البعد الثاني للمحور الثاني والدرجة الكلية له.

معامل الارتباط	رقم العبارة
0.640**	22
0.452**	23
0.352*	24
0.385*	25
0.346*	26
0.583**	27
** دال عند مستوى الدلالة 0.01 فأقل * دال عند مستوى الدلالة 0.05 فأقل	

المصدر: من إعداد الطالب على أساس مخرجات 19

الجدول(15): معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات البعد الثالث للمحور الثاني والدرجة الكلية له.

معامل الارتباط	رقم العبارة
0.414*	28
0.429**	29
0.484*	30
0.349*	31
0.415**	32
** دال عند مستوى الدلالة 0.01 فأقل * دال عند مستوى الدلالة 0.05 فأقل	

المصدر: من إعداد الطالب على أساس مخرجات SPSS 19

الجدول(16): معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات البعد الرابع للمحور الثاني والدرجة الكلية له.

معامل الارتباط	رقم العبارة
0.429*	33
0.359**	34
0.538*	35
0.635*	36
0.541**	37
* دال عند مستوى الدلالة 0.05 فأقل ** دال عند مستوى الدلالة 0.01 فأقل	

المصدر: من إعداد الطالب على أساس مخرجات SPSS 19

الجدول(17): معاملات ارتباط بيرسون بين عبارات البعد الخامس للمحور الثاني والدرجة الكلية له.

معامل الارتباط	رقم العبارة
0.399*	38
0.429**	39
0.458**	40
0.358*	41
0.478**	42
**دال عند مستوى الدلالة 0.01 فأقل	
* دال عند مستوى الدلالة 0.05 فأقل	

المصدر: من إعداد الطالب على أساس مخرجات SPSS 19

يتضح من الجداول السابقة أن قيم معامل الارتباط كل عبارة من العبارات مع محورها موجبة ودالة معنوية عند مستوى من الدلالة يساوي 0.01 فأقل ومستوى من الدلالة يساوي 0.05 فأقل، مما يدل على إتساق هذه العبارات مع محاورها وبالتالي التحقق من صدق الإتصال الداخلي للأداة .

ثالثا : إختبار التوزيع الطبيعي من خلال معامل الإلتواء والتفرطح .

بالنسبة لتوزيع البيانات كما هو موضح بالجدول الموالي فهي موزعة توزيع طبيعي بحيث أن معامل الإلتواء skewness محصور بين (3، -3) و هذا مقبول ،وكذلك معامل التفرطح kurtosis محصور بين (7،-7) وهذا إستنادا لدراسة (Cao.Q & Dowlatshahi.S) في تحديد المجال المسموح به للإلتواء والتفرطح¹.

جدول رقم(18): يوضح معاملي الإلتواء والتفرطح لأبعاد متغيرات الدراسة

معامل التفرطح skewness	معامل الإلتواء kurtosis	البعد	أبعاد جودة الخدمة الصحية
0.771	-1.023	إدارة الجودة المتغير المستقل	
2.206	0.396	جودة الخدمات الصحية المتغير التابع	
0.386	1.09	الإعتمادية	
0.050	-0.628	الإستجابة	
-0.268	-0.541	الضمان	
-1.321	-0.116	الملموسية	
4.633	2	التعاطف	

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS 19

¹خير الدين جمعة، دور ثقافة المؤسسة في تحسين أداء الموارد البشرية بالمؤسسة الاقتصادية، دراسة حالة مؤسسة الكوابل بسكرة، رسالة دكتوراه، تخصص إقتصاد وتسيير المؤسسة، جامعة بسكرة، ص188، 2015.

من خلال الجدول أعلاه ، فإن متغيرات الدراسة تتبع التوزيع الطبيعي ،كون معامل الالتواء كان محصورا بين (-1.023، 2) ومعامل التفرطح كان محصورا بين (-1.321، 4.633) وهذا ما يسمح للباحث بمتابعة تحليل نموذج الدراسة .

المبحث الثالث: تحليل وتفسير نتائج الدراسة .

المطلب الأول: خصائص مجتمع الدراسة .

الجدول رقم (19): الخصائص الديموغرافية لأفراد عينة الدراسة (الجنس، السن، التحصيل العلمي، عدد سنوات

الخبرة، التخصص الوظيفي).

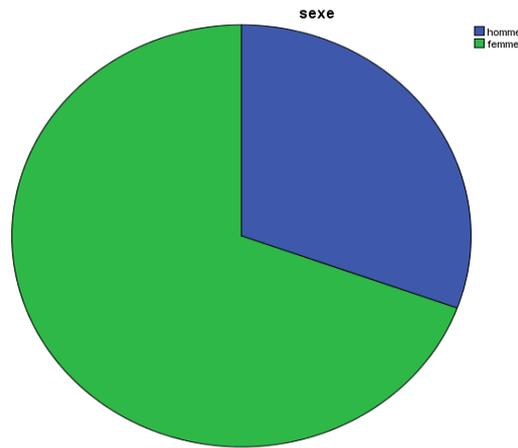
المتغير	فئات المتغير	التكرار	النسبة المئوية %
الجنس	ذكر	11	30.6
	أنثى	25	69.4
السن	من 20 إلى 30	26	72.2
	من 31 إلى 40	7	19.4
	من 41 إلى 50	2	5.6
	أكثر من 50	1	2.8
التحصيل العلمي	تعليم متوسط أو أقل	1	2.8
	تعليم ثانوي	11	30.6
	تعليم جامعي	24	66.7
الخبرة	من 6 إلى 10 سنوات	2	5.6
	من 11 إلى 20 سنة	14	38.9
	من 21 إلى 30 سنة	18	50.0
	أو أكثر 30 سنة	2	5.6
التخصص	مساعد تمريض	11	30.6
	ممرض	7	19.4
	مشغل أجهزة التصوير الطبي	2	5.6
	مخبري	8	22.2
	محضر صيدلي	1	2.8
	مختص في حفظ الصحة	1	2.8
	مساعد طبي	6	16.7
المتغير	فئات المتغير	التكرار	النسبة المئوية %

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS 19

من خلال الجدول رقم (19) نلاحظ أن:

- يتكون مجتمع الدراسة من عدد الإناث أكبر من الذكور ، حيث بلغ عدد الإناث (25) بنسبة بلغت (69.4%) وبالنسبة للذكور بلغ عددهم 11 بنسبة (6.30%). والشكل رقم (06) يوضح ذلك.

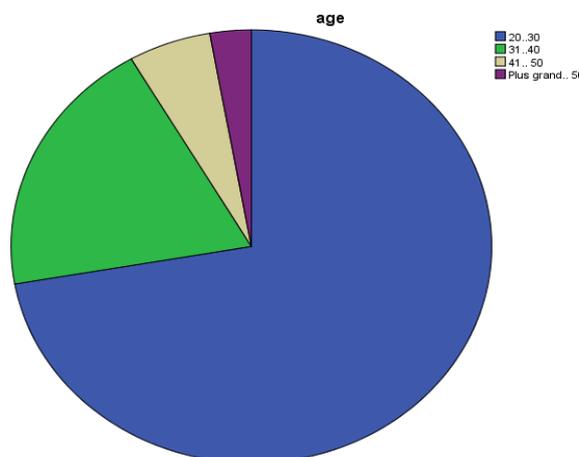
الشكل رقم (06): توزيع الجنس



المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS 19

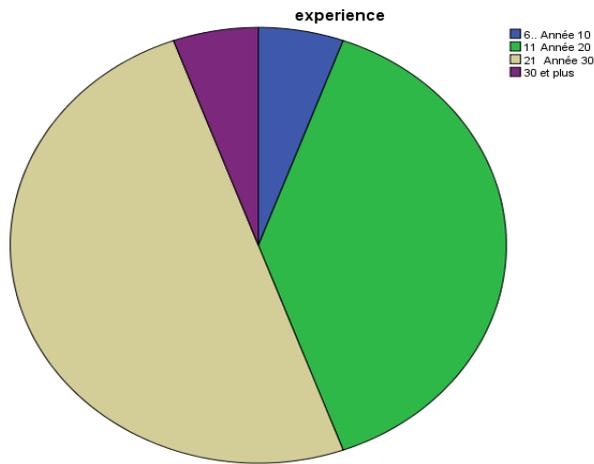
- إن فئة العمر ما بين 20-30 سنة بلغت نسبتها 72.2% وبلغت نسبة فئة العمر التي تتراوح بين 31-40 سنة 19.4% ، وبلغت نسبة فئة العمر التي تتراوح بين 41 سنة و50 سنة 5.6%، أما فئة العمر 50 فما أكثر سنة فأكثر فبلغت نسبتها 2.8% وهذا يدل على أن مجتمع المبحوثين في المؤسسة الاستشفائية هو مجتمع شاب وهذا ما تدعمه مدة الخدمة أو الخبرة فقد شكلت فئة (11-20) و (21-30) أعلى نسبتين وهما على التوالي 38.9% و50% ، في حين جاءت الفئة (41-50 سنة و50 فما أكثر) في الترتيب الثالث والرابع وبلغت 5.6% و 2.8% و3.3% ويدعم ذلك الشكلين رقم (8:7).

الشكل رقم (07): توزيع السن



المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS 19

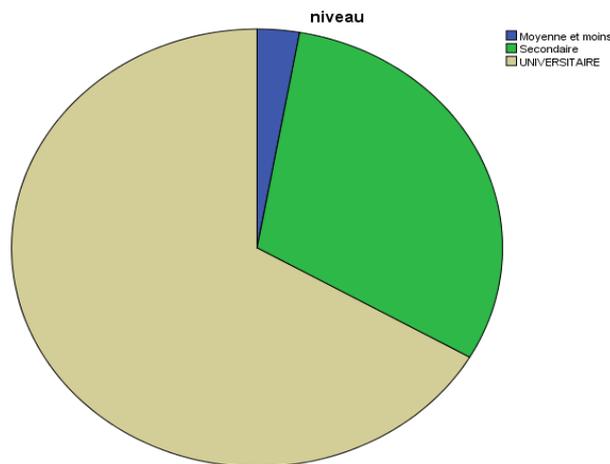
الشكل رقم (08): شكل يوضح سنوات الخبرة



المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS 19

- يلاحظ أيضاً أن نسبة التحصيل العلمي لمن يحملون شهادة المتوسط فأقل بلغت 2.8% ، ومن يحملون شهادة الثانوي بلغت 30.6% ، ومن تحصلوا على شهادة اليسانس بلغت 66.7% ، هذا ما نلاحظه كذلك في الشكل رقم (09).

الشكل رقم (09): شكل يوضح المستوى الدراسي

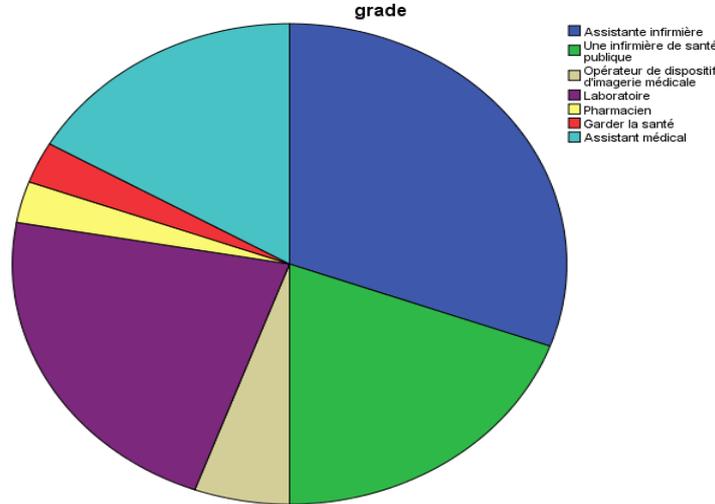


المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS 19

- وفيما يخص التخصص الوظيفي بلغ نسبة من يشغلون مساعد تمريض للصحة العمومية بنسبة 30.6% وهي أكبر نسبة ، وتخصص المخبري للصحة العمومية بلغ 22.2% ، ممرض للصحة العمومية 19.4% ، ومشغل أجهزة التصوير الطبي 5.6%

،بينما منصب محضر صيدلي ومختص في حفظ الصحة فقد إحتلى الرتب الأخيرة بنسب على التوالي 2.8%، 2.2%. وهذا ما يوضحه الشكل رقم (10).

الشكل رقم (10): شكل يوضح توزيع رتبة العينة



المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS 19

وبالتالي نلاحظ أن المؤسسة الاستشفائية تمتلك رصيد من الكفاءات الشابة التي تتمتع بخبرة ما بين 5-10 سنوات و 10-15 سنة وأغلبهم من يحملون شهادات الليسانس ، مما يدل على الإمكانيات والطاقات المتوفرة لدى المؤسسة الاستشفائية والتي تمثل ورقة رابحة في توليد توجه للإدارة نحو الاهتمام بإدارة الجودة.

المطلب الثاني: عرض وتحليل نتائج الدراسة الميدانية.

نتناول في هذا المبحث كل من التحليل الإحصائي الوصفي للبيانات والذي يتم فيه الإجابة عن تساؤلات الدراسة واختبار مستوى متغيرات الدراسة في الشركة محل الدراسة ، و اختبار فرضيات الدراسة بمعامل بيرسون واختبار الأثر بين متغيرات الدراسة باستخدام معامل **R square** وأخيراً نتائج الدراسة واقتراحاتها.

أولاً: التحليل الإحصائي الوصفي للبيانات.

في ما يأتي عرض لنتائج التحليل الإحصائي الوصفي للبيانات، وسيتم حساب قيمة المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ودرجة الموافقة، مع الأخذ بعين الاعتبار أن ندرج المقياس الخماسي وقيم المتوسطات الحسابية التي تم حسابها على أساس مقياس ليكرت (Likert) يتضمن خمسة مستويات، أدناها (1) وأعلىها (5)، وسيتم التعامل معها لتفسير البيانات وفقاً لما يأتي:

الجدول رقم (20): تدرج المقياس الخماسي وقيم المتوسطات الحسابية .

الدرجة	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
المتوسط الحسابي	5-4.2	4.19-3.4	3.39-2.6	2.59-1.8	1.79-1
درجة الموافقة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة

المصدر : عز حسن سيد عبد الفتاح ، مقدمة في الإحصاء الوصفي والإحصاء الاستدلالي ، خوازم العملية ، جدة ، المملكة العربية السعودية، 2008، ص 550.

وقد تم تحديد الوزن النسبي الفارق من حساب المدى (طرح الحدود العليا والدنيا للفئات) من مقياس ليكرت الخماسي، ثم تقسيمه على عدد فئات المقياس للحصول على طول الخلية الصحيح، ثم إضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في التدرج الخماسي وهي الواحد الصحيح، وذلك لتحديد الحد الأعلى لكل فئة.

ثانيا: تحليل إتجاهات أفراد العينة نحو محاور الدراسة.

1. تحليل إتجاهات أفراد العينة نحو المحور الأول .

جدول رقم(21):المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لعبارات للمحور الأول .

الترتيب	درجة الموافقة الكلية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	رقم الفقرة	بعد إدارة الجودة
13	محايد	0.832	3.78	01	
16	غير موافق بشدة	1.305	2.69	02	
12	موافق	1.082	3.17	03	
7	موافق	0.903	3.61	04	
8	موافق	0.841	3.58	05	
5	موافق	0.779	3.72	06	
4	موافق	0.866	3.78	07	
2	موافق	0.798	4.14	08	
9	موافق	1.219	3.33	09	
10	موافق	1.327	3.31	10	
1	موافق بشدة	1.396	3.78	11	
15	غير موافق	1.108	2.47	12	
14	محايد	1.1466	3	13	
11	موافق	1.207	3.17	14	
6	موافق	0.974	3.72	15	
3	موافق	0.980	3.81	16	
	موافق	0.963	3.43	البعد	

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على مخرجات SPSS 19

يتضح من الجدول أعلاه أن أفراد مجتمع الدراسة بشكل عام يفضلون درجة موافق على العبارات التي تقيس مستوى إدارة الجودة من طرف المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون بسكرة، حيث بلغ المتوسط المرجح (3.43) من (5) وهو متوسط يقع ضمن الفئة الرابعة لسلم ليكرت أكبر من (3.4 إلى 4.19) والتي تشير إلى أن المؤسسة الاستشفائية تعتمد بنسبة حسنة لإلتزام الإدارة لمنهج إدارة الجودة لديها ، وكذلك كانت إجابة الباحثين بعدم الموافقة على السؤالين المتعلقين بتوفر مكتب للجودة بالمؤسسة ، وكذلك إستجابة الأجر المقدم لمتطلبات تقديم جودة ، ماعدا ذلك كانت إجاباتهم بالموافقة كما قلنا على معظم الأسئلة.

بالنسبة للانحراف المعياري فهو يعبر على تشتت البيانات حول الوسط الحسابي وهنا نجد أن قيمته تساوي 0.963 أقل من الواحد كما يدل على تركيز إجابات المبحوثين وعدم تشتتها مما يدل على أن هناك تقارب في الإجابات لدى غالبية أفراد العينة، وبالتالي المتوسط يعبر نظرا لعدم تشتت البيانات.

2. تحليل إتجاهات أفراد العينة نحو المحور الثاني جودة الخدمات الصحية.

1.2 تحليل إتجاهات أفراد العينة نحو فقرات البعد الأول الإعتمادية .

جدول رقم(22): يوضح الإجابة عن تساؤلات البعد الأول (الإعتمادية).

الترتيب	درجة الموافقة الكلية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	رقم الفقرة	بعد الإعتمادية
02	موافق	0.494	4.39	17	
01	موافق	0.554	4.42	18	
05	موافق	1.082	3.53	19	
04	موافق	0.889	3.81	20	
03	موافق	0.715	4.06	21	
	موافق	0.447	3.80	البعد	

المصدر: من إعداد الطالب على أساس مخرجات SPSS 19

يتضح من الجدول أعلاه أن بعد الإعتمادية يقع في مجال الموافقة حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.80) من (5) وهو متوسط يقع ضمن الفئة الرابعة لسلم ليكرت أكبر من (3.4 إلى 4.19)، وانحراف معياري 0.447، وهذا يدل على موافقة أفراد العينة على بعد الإعتمادية، وتجدر الإشارة هنا إلى أن جميع أفراد العينة يوافقون على مكونات هذا البعد.

2.2 تحليل إتجاهات أفراد العينة نحو فقرات البعد الثاني الإستجابة.

جدول رقم(23): يوضح الإجابة عن تساؤلات البعد الثاني (الإستجابة).

الترتيب	درجة الموافقة الكلية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	رقم الفقرة	بعد الإستجابة
05	موافق	0.786	3.81	22	
01	موافق	0.874	4.08	23	
06	موافق	0.929	3.78	24	
04	موافق	0.747	3.89	25	
03	موافق	0.674	4.06	26	
02	موافق	0.770	4.08	27	
	موافق	0.752	4.16	البعد	

المصدر: من إعداد الطالب على أساس مخرجات SPSS 19

يتضح من الجدول أعلاه أن بعد الإستجابة يقع في مجال الموافقة حيث بلغ المتوسط الحسابي (4.16) من (5) وهو متوسط يقع ضمن الفئة الرابعة لسلم ليكرت أكبر من (3.4 إلى 4.19)، وإنحراف معياري 0.752، وهذا يدل على موافقة أفراد العينة على بعد الإستجابة، وتجدد الإشارة هنا إلى أن جميع أفراد العينة يوافقون على مكونات هذا البعد.

3.2 تحليل إتجاهات أفراد العينة نحو فقرات البعد الثالث الضمان.

جدول رقم(24): يوضح الإجابة عن تساؤلات البعد الثالث (الضمان).

الترتيب	درجة الموافقة الكلية	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	رقم الفقرة	بعد الضمان
05	موافق	0.845	3.83	28	
03	موافق	0.941	3.97	29	
01	موافق	0.906	4.25	30	
04	موافق	0.971	3.83	31	
02	موافق	0.956	4	32	
	موافق	0.816	3.43	البعد	

المصدر: من إعداد الطالب على أساس مخرجات SPSS 19

يتضح من الجدول أعلاه أن بعد الضمان يقع في مجال الموافقة حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.33) من (5) وهو متوسط يقع ضمن الفئة الرابعة لسلم ليكرت أكبر من (3.4 إلى 4.19)، وإنحراف معياري 0.816، وهذا يدل على موافقة أفراد العينة على بعد الإستجابة، وتجدد الإشارة هنا إلى أن جميع أفراد العينة يوافقون على مكونات هذا البعد.

4.2 تحليل إتجاهات أفراد العينة نحو فقرات البعد الرابع الملموسية.

جدول رقم(25): يوضح الإجابة عن تساؤلات البعد الرابع (الملموسية).

الترتيب	درجة الموافقة الكلية	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	رقم الفقرة	بعد الملموسية
04	محايد	1.134	3.03	33	
03	موافق	1.542	3.28	34	
01	موافق بشدة	.0.649	4.58	35	
02	موافق	1.009	3.81	36	
05	غير موافق بشدة	1.15	2.86	37	
	محايد	0.873	3.31	البعد	

المصدر: من إعداد الطالب على أساس مخرجات SPSS 19

يتبين من خلال أعلاه ، أن بعد الأشياء الملموسة حسب عينة الدراسة يقع في مجال المحايد ،بوسط حسابي قدره 3.31، من (5) وهو متوسط يقع ضمن الفئة الثالثة لسلم ليكرت من (2.6 إلى 3.39)، وإنحراف معياري 0.873 وهذا يدل على حياد أفراد العينة عن هذا

البعد ، كما تجدر الإشارة على أن جميع أفراد العينة يختلفون فيما بينهم على مكونات هذا البعد ، فمنهم من يوافق ومنهم من يعارض ومنهم من يفضل البقاء محايدا.

5.2 تحليل إتجاهات أفراد العينة نحو فقرات البعد الخامس التعاطف.

جدول رقم(26): يوضح الإجابة عن تساؤلات البعد الخامس (التعاطف).

الترتيب	درجة الموافقة الكلية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	رقم الفقرة	بعد التعاطف
02	موافق	0.667	4.11	38	
03	موافق	0.692	3.92	39	
04	موافق	0.604	3.92	40	
01	موافق	0.708	4.11	41	
06	موافق	0.828	4	42	
	موافق	0.853	3.93	البعد	

المصدر: من إعداد الطالب على أساس مخرجات SPSS 19

يتضح من الجدول أعلاه أن بعد الضمان يقع في مجال الموافقة حيث بلغ المتوسط الحسابي (3.93) من (5) وهو متوسط يقع ضمن الفئة الرابعة لسلم ليكرت أكبر من (3.4 إلى 4.19) ، وانحراف معياري 0.853، وهذا يدل على موافقة أفراد العينة على بعد الإستجابة ، وتجدر الإشارة هنا إلى أن جميع أفراد العينة يوافقون على مكونات هذا البعد.

ثالثا: إختبار مستوى متغيرات الدراسة في المؤسسة الاستشفائية.

جدول رقم(27): إختبار إتجاهات العينة

المتغيرات	الأبعاد	المتوسط Mean
	إدارة الجودة	3.43
	جودة الخدمات الصحية	3,90
	بعد الاعتمادية	3.80
	بعد الإستجابة	4.16
	بعد الضمان	3.43
	بعد الملموسية	3.31
	بعد التعاطف	3.91

المصدر: من إعداد الطالب على أساس مخرجات SPSS 19

من أجل إختبار مستوى متغيرات الدراسة (إدارة الجودة ، جودة الخدمات الصحية) قمنا بتحليل الأبعاد التابعة لمتغيرات الدراسة الرئيسية والمتمثلة في (إدارة الجودة، الاعتمادية، الإستجابة، الضمان، الملموسية، التعاطف). الموجودة من خلال الجدول رقم (27) نلاحظ أن متغيرات الدراسة تختلف عن بعضها البعض في مقياس ليكرت حيث أن بعد (أبعاد الجودة) بمتوسط مرجح بلغ (3.43) يقع ضمن الفئة الرابعة لسلم ليكرت أكبر من (3.4 إلى 4.19) والتي تشير إلى أن المؤسسة الاستشفائية تتوفر على مبادئ إدارة الجودة لديها ، وكذلك

كانت إجابة المبحوثين بعدم الموافقة على السؤالين المتعلقين بتوفر مكتب للجودة بالمؤسسة، وكذلك إستجابة الأجر المقدم لمتطلبات تقديم جودة ، ماعدا ذلك كانت إجابتهم بالموافقة كما قلنا على معظم الأسئلة.

أما فيما يتعلق بأبعاد جودة الخدمة الصحية(الإعتمادية،الإستجابة، الضمان، التعاطف) بمتوسطات على التوالي (3.80، 4.16، 3.43، 3.91، 5) وهو متوسط يقع ضمن الفئة الرابعة لسلم ليكرت أكبر من (3.4 إلى 4.19) والتي تعني أن المبحوثين موافقين فيما يتعلق بعبارات هذه الأبعاد. إلا البعد الرابع الملموسية بمتوسط وهو متوسط (3.31) يقع ضمن الفئة الثالثة لسلم ليكرت من (2.6 إلى 3.39) وهذا يدل على حياد أفراد العينة على هذا البعد ، كما تجدر الإشارة على أن جميع أفراد العينة يختلفون فيما بينهم على مكونات هذا البعد ، فمنهم من يوافق ومنهم من يعارض ومنهم من يفضل البقاء محايدا.

ومنه نخلص إلى أن متغيري الدراسة المتمثلين في (إدارة الجودة ، جودة الخدمات الصحية) بمتوسطين مرجحين على التوالي (3.43، 3.90) الذين ينتمون للفئة الرابعة لسلم ليكرت أكبر من (3.4 إلى 4.19) والتي تشير إلى أن المبحوثين بشكل عام يوافقون على أغلبية عبارات كل متغير من متغيرات الدراسة المستقل والثابت على حد سواء ويؤكد محتواها بما ينطبق مع المؤسسة الاستشفائية.

المطلب الثالث : إختبار فرصيات الدراسة

أولا :مدى ملائمة النموذج لإختبار الفرضية الرئيسة للدراسة.

تم إستخدام إختبار تحليل التباين للإنحدار Anova للتأكد من مدى صلاحية النموذج من اجل إختبار الفرضية الرئيسة : هل يوجد أثر لإدارة الجودة على جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين ؟.والجدول الموالي يبين مدى صلاحية النموذج لإختبار الفرضية الرئيسة.

جدول رقم(28): نتائج تحليل التباين للإنحدار للتأكد من صلاحية النموذج لإختبار الفرضية الرئيسة.

النموذج	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
الإنحدار	1.952	1	1.952	9.394	0.004 ^a
الخطأ المتبقي	7.063	34	0.208	-	-
المجموع	9.015	35	-	-	-

المصدر: من إعداد الطالب على أساس مخرجات SPSS 19

من خلال الجدول السابق تبين النتائج ثبات صلاحية النموذج لإختبار الفرضية الرئيسة حيث بلغت قيمة F المحسوبة 9.394 عند

مستوى دلالة يساوي 0.004 وهي أقل من مستوى دلالة $\alpha = 0.01$

ثانيا: إختبار علاقة الارتباط بين متغيرات الدراسة بمعامل بيرسون Pearson .

سيتم في هذا الفرع إختبار الارتباط بين متغيرات الدراسة بمعامل بيرسون Pearson الذي تتراوح قيمته بين 1 و-1.

جدول رقم(29): يوضح معاملي الارتباط بيرسون

مستوى الدلالة	الارتباط R	المتغير التابع	المتغير المستقل
0.000	0.581**	بعد الاعتمادية	إدارة الجودة
0.000	0.654**	بعد الإستجابة	
0.000	0.818**	بعد الضمان	
0.000	0.602**	بعد الملموسية	
0.000	0.768**	بعد التعاطف	

المصدر: من إعداد الطالب على أساس مخرجات SPSS 19.

** ذات دلالة عند مستوى $(\alpha = 0.01)$ فأقل* ذات دلالة عند مستوى $(\alpha = 0.05)$

من خلال الجدول نلاحظ وجود علاقة ارتباط طردية ذات دلالة إحصائية بين إدارة الجودة وجودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين.

- توجد علاقة ارتباط طردية ذات دلالة إحصائية بين إدارة الجودة والاعتمادية حيث بلغ معامل الارتباط $(R=0.581)$ عند مستوى دلالة تساوي 0.000 هي أقل من مستوى الدلالة $(\alpha = 0.01)$.
- توجد علاقة ارتباط طردية ذات دلالة إحصائية بين إدارة الجودة والإستجابة حيث بلغ معامل الارتباط $(R=0.654)$ عند مستوى دلالة تساوي 0.000 هي أقل من مستوى الدلالة $(\alpha = 0.01)$.
- توجد علاقة ارتباط طردية ذات دلالة إحصائية بين إدارة الجودة والضمان حيث بلغ معامل الارتباط $(R=0.818)$ عند مستوى دلالة تساوي 0.000 هي أقل من مستوى الدلالة $(\alpha = 0.01)$.
- توجد علاقة ارتباط طردية ذات دلالة إحصائية بين إدارة الجودة والملموسية حيث بلغ معامل الارتباط $(R=0.602)$ عند مستوى دلالة تساوي 0.000 هي أقل من مستوى الدلالة $(\alpha = 0.01)$.
- توجد علاقة ارتباط طردية ذات دلالة إحصائية بين إدارة الجودة والتعاطف حيث بلغ معامل الارتباط $(R=0.768)$ عند مستوى دلالة تساوي 0.000 هي أقل من مستوى الدلالة $(\alpha = 0.01)$.

ثالثا: تحليل علاقات الأثر لإختبار فرضيات الدراسة .

سيتم تحليل علاقات الأثر لإختبار الفرضيات الفرعية للدراسة وكذلك الفرضية الرئيسية.

1. تحليل علاقات الأثر لإختبار الفرضيات الفرعية للدراسة.

1.1 تحليل علاقات الأثر لإختبار الفرضية الفرعية الاولى للدراسة للدراسة.

H_1 : يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الاعتمادية في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة طب العيون من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين .

للتأكد من تأثير المتغير المستقل _إدارة الجودة_ في المتغير التابع _الإعتمادية_، يستخدم أسلوب الإنحدار الذي يمكن تلخيص أهم نتائجه في الجدول الموالي :

جدول رقم(30): نتائج تحليل الإنحدار لإختبار الفرضية الفرعية الأولى للدراسة

R ²	مستوى دلالة	قيمة T المحسوبة	المعاملات النمطية	المعاملات الغير نمطية		المتغير
			Beta	الخطأ المعياري	B	
0.145	0.008	2.833	-	0.660	1.869	ثابت Constant
	0.022	2.401	0.381	0.162	0.389	إدارة الجودة

المصدر: من إعداد الطالب على أساس مخرجات SPSS 19.

من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة (T=2.401) و (B=0.389) عند مستوى دلالة 0.022، وهي أقل من 0.05 مما يشير إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة في تحسين الإعتمادية بالمؤسسة محل الدراسة . كما يظهر الجدول قيمة معامل التحديد (R²) تساوي 0.145، وهذا يعني أن 14.5% من التباين في المتغير التابع _الإعتمادية_ مفسر بالمتغير المستقل _إدارة الجودة_، وأن باقي 85.5% ترجع إلى عوامل أخرى . وبناء على النتائج نقبل الفرضية الفرعية الأولى، والتي تنص على :

➤ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الإعتمادية في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين .

2.1 تحليل علاقات الأثر لإختبار الفرضية الفرعية الثانية للدراسة.

H₂: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الاستجابة في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة طب العيون . من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين .

للتأكد من تأثير المتغير المستقل _إدارة الجودة_ في المتغير التابع _الإستجابة_، يستخدم أسلوب الإنحدار الذي يمكن تلخيص أهم نتائجه في الجدول الموالي :

جدول رقم(31): نتائج تحليل الإنحدار لإختبار الفرضية الفرعية الثانية للدراسة

R ²	مستوى دلالة	قيمة T المحسوبة	المعاملات النمطية	المعاملات الغير نمطية		المتغير
			Beta	الخطأ المعياري	B	
0.386	0.052	2.013	-	0.522	1.050	ثابت Constant
	0.000	4.622	0.621	0.131	0.605	إدارة الجودة

المصدر: من إعداد الطالب على أساس مخرجات SPSS 19.

من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة (T=4.622) و (B=0.621) عند مستوى دلالة 0.000، وهي أقل من 0.01 مما يشير إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة في تحسين الإستجابة بالمؤسسة محل الدراسة .
كما يظهر الجدول قيمة معامل التحديد (R^2) تساوي 0.386، وهذا يعني أن 38.6 % من التباين في المتغير التابع _ الاستجابة _ مفسر بالمتغير المستقل _ إدارة الجودة _، وأن باقي 61.40% ترجع إلى عوامل أخرى .
وبناء على النتائج نقبل الفرضية الفرعية الثانية، والتي تنص على :

➤ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الاستجابة في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين .

3.1 تحليل علاقات الأثر لإختبار الفرضية الفرعية الثالثة للدراسة.

H_3 : يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الضمان في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة طب العيون من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين .

للتأكد من تأثير المتغير المستقل _ إدارة الجودة _ في المتغير التابع _ الضمان _، يستخدم أسلوب الإنحدار الذي يمكن تلخيص أهم نتائجه في الجدول الموالي :

جدول رقم(32): نتائج تحليل الإنحدار لإختبار الفرضية الفرعية الثالثة للدراسة

R^2	مستوى دلالة	قيمة T المحسوبة	المعاملات الغير نمطية		المتغير	
			Beta	الخطأ المعياري		
0.354	0.001	3.757	—	0.429	1.613	ثابت Constant
	0.000	4.314	0.595	0.107	0.460	إدارة الجودة

المصدر: من إعداد الطالب على أساس مخرجات SPSS 19.

من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة (T=4.314) و (B=0.460) عند مستوى دلالة 0.000، وهي أقل من 0.01 مما يشير إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة في تحسين الضمان بالمؤسسة محل الدراسة .
كما يظهر الجدول قيمة معامل التحديد (R^2) تساوي 0.354، وهذا يعني أن 35.4% من التباين في المتغير التابع _ الضمان _ مفسر بالمتغير المستقل _ إدارة الجودة _، وأن باقي 64.6% ترجع إلى عوامل أخرى .
وبناء على النتائج نقبل الفرضية الفرعية الثالثة، والتي تنص على :

➤ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الضمان الصحية في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين .

4.1 تحليل علاقات الأثر لإختبار الفرضية الفرعية الرابعة للدراسة.

H_4 : يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الملموسية في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة طب العيون من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين .

للتأكد من تأثير المتغير المستقل إدارة الجودة _ في المتغير التابع _ الملموسية _ ، يستخدم أسلوب الانحدار الذي يمكن تلخيص أهم نتائجه في الجدول الموالي :

جدول رقم(33):نتائج تحليل الانحدار لإختبار الفرضية الفرعية الرابعة للدراسة

R ²	مستوى دلالة	قيمة المحسوبة T	المعاملات النمطية	المعاملات الغير نمطية		المتغير
			Beta	الخطأ المعياري	B	
0.036	0.000	8.192	-	0.371	3.037	ثابت Constant
	0.027	1.120	0.189	0.103	0.115	إدارة الجودة

المصدر: من إعداد الطالب على أساس مخرجات SPSS 19.

من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة (T=1.120) و (B=0.115) عند مستوى دلالة 0.027 ، وهي أقل من 0.05 مما يشير إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة في تحسين الملموسية بالمؤسسة محل الدراسة .
كما يظهر الجدول قيمة معامل التحديد (R²) تساوي 0.036، وهذا يعني أن 3.6% من التباين في المتغير التابع _ الملموسية _ مفسر بالمتغير المستقل إدارة الجودة _ ، وأن باقي 96.4% ترجع إلى عوامل أخرى .
وبناء على النتائج نقبل الفرضية الفرعية الرابعة ، والتي تنص على :

➤ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الملموسية في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين .

5.1 تحليل علاقات الأثر لإختبار الفرضية الفرعية الخامسة للدراسة.

H₅: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة على التعاطف في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين .

للتأكد من تأثير المتغير المستقل إدارة الجودة _ في المتغير التابع _ التعاطف _ ، يستخدم أسلوب الانحدار الذي يمكن تلخيص أهم نتائجه في الجدول الموالي :

جدول رقم(34):نتائج تحليل الانحدار لإختبار الفرضية الفرعية الخامسة للدراسة

R ²	مستوى دلالة	قيمة المحسوبة T	المعاملات النمطية	المعاملات الغير نمطية		المتغير
			Beta	الخطأ المعياري	B	
0.018	0.000	11.826	-	0.274	3.236	ثابت Constant
	0.435	0.789	0.134	0.061	0.048	إدارة الجودة

المصدر: من إعداد الطالب على أساس مخرجات SPSS 19.

من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة (T=0.789) و (B=0.048) عند مستوى دلالة 0.435، وهي أكبر من 0.05 مما يشير إلى عدم وجود أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة في تحسين التعاطف بالمؤسسة محل الدراسة .

وبناء على النتائج نرفض الفرضية الفرعية الخامسة، ومنه نجد أنه :

➤ لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة على التعاطف في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون.

2. تحليل علاقات الأثر لإختبار الفرضية الرئيسية للدراسة.

الفرضية الرئيسية للدراسة: يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة على جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة طب العيون من وجهة نظر أسلاك شبه الطيين .

للتأكد من تأثير المتغير المستقل _إدارة الجودة_ في المتغير التابع _جودة الخدمات الصحية_، يستخدم أسلوب الإنحدار الذي يمكن تلخيص أهم نتائجه في الجدول الموالي :

جدول رقم(35): نتائج تحليل الإنحدار لإختبار الفرضية الرئيسية للدراسة.

R ²	مستوى دلالة	قيمة T المحسوبة	المعاملات النمطية	المعاملات الغير نمطية		المتغير
			Beta	الخطأ المعياري	B	
0.206	0.000	3.903	_	0.576	2.249	ثابت Constant
	0.005	2.968	0.454	1.66	0.492	إدارة الجودة

المصدر: من إعداد الطالب على أساس مخرجات SPSS 19.

من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة (T=2.968) و (B=0.492) عند مستوى دلالة 0.005، وهي أقل من 0.01 مما يشير إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة على جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة . كما يظهر الجدول قيمة معامل التحديد (R²) تساوي 0.206، وهذا يعني أن 20.6% من التباين في المتغير التابع _جودة الخدمات الصحية_ مفسر بالمتغير المستقل _إدارة الجودة_، وأن باقي 86.5% ترجع إلى عوامل أخرى . وبناء على النتائج نقبل الفرضية الرئيسية، والتي تنص على :

➤ يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة على جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة طب

العيون من وجهة نظر أسلاك شبه الطيين .

المطلب الرابع: تفسير نتائج الدراسة المتعلقة بإختبار الفرضيات .

أولا: تفسير النتائج المتعلقة بالفرضيات الفرعية للدراسة.

1. الفرضية الفرعية الأولى:

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الإعتمادية في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة من وجهة نظر أسلاك شبه الطيين .

- بينت النتائج وجود علاقة إرتباط طردية ذات دلالة إحصائية بين إدارة الجودة وتحسين الإعتمادية بالمؤسسة محل الدراسة ، إذ بلغت قيمت معامل الإرتباط R بين المتغيرين 0.581 عند مستوى دلالة 0.000 وهي أقل من 0.01.
 - أشارت النتائج إلى أن قيمة معامل التحديد (R^2) تساوي 0.145 وهذا يعني أن 14.5% من التباين في الإعتمادية مفسرة بالتغير في إدرة الجودة.
 - كما أشارت النتائج إلى وجود أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الإعتمادية في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة ، حيث قدرت قيمة (T=2.401) و (B=0.389) عند مستوى دلالة 0.022، وهي أقل من 0.05.
- ◀ نلاحظ من خلال الفرضية الفرعية الأولى أن أثر إدارة الجودة على الإعتمادية جاء ضعيف، وقد يرجع ذلك إلى عدم إعتماد المؤسسة على التدريب الجيد والتحفيز للموارد البشرية من أجل تحسين مهاراتهم ومنه نقبل الفرضية التي تنص على أنه:
- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الإعتمادية في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين .

2. الفرضية الفرعية الثانية:

- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الاستجابة في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين .
 - بينت النتائج وجود علاقة إرتباط طردية ذات دلالة إحصائية بين إدارة الجودة الإستجابة بالمؤسسة محل الدراسة ، إذ بلغت قيمت معامل الإرتباط R بين المتغيرين 0.654 عند مستوى دلالة 0.000 وهي أقل من 0.01.
 - أشارت النتائج إلى أن قيمة معامل التحديد (R^2) تساوي 0.386 وهذا يعني أن 38.6% من التباين في الإستجابة مفسرة بالتغير في إدرة الجودة.
 - كما أشارت النتائج إلى وجود أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الإستجابة في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة ، حيث قدرت قيمة (T=4.662) و (B=0.605) عند مستوى دلالة 0.000، وهي أقل من 0.01.
- ◀ نلاحظ من خلال الفرضية الفرعية الثانية أن أثر إدارة الجودة على الإستجابة جاء ضعيف ، وقد يرجع ذلك إلى عدم إعتماد المؤسسة على التدريب الجيد والتحفيز للموارد البشرية من أجل تحسين مهاراتهم ومنه نقبل الفرضية التي تنص على أنه:
- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الإستجابة في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين .

3. الفرضية الفرعية الثالثة:

- يوجد أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الضمان في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين .
- بينت النتائج وجود علاقة إرتباط طردية ذات دلالة إحصائية بين إدارة الجودة والضمان بالمؤسسة محل الدراسة ، إذ بلغت قيمت معامل الإرتباط R بين المتغيرين 0.818 عند مستوى دلالة 0.000 وهي أقل من 0.01 .

- أشارت النتائج إلى أن قيمة معامل التحديد (R^2) تساوي 0.354 وهذا يعني أن 35.4% من التباين في الضمان مفسرة بالتغير في إدارة الجودة.
- كما أشارت النتائج إلى وجود أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الضمان في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة ،حيث قدرت قيمة ($T=4.314$) و ($B=0.460$) عند مستوى دلالة 0.000،وهي أقل من 0.01 .
- نلاحظ من خلال الفرضية الفرعية الثالثة أن تأثير إدارة الجودة في الضمان جاء ضعيف ،قد يرجع ذلك إلى عدم قدرة القائمين على تقديم الخدمة على استلهم الثقة والائتمان بالكيف المطلوب فعلا لطالبي الخدمة الصحية ،ومنه نقبل الفرضية التي تنص على أنه:
- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الضمان في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين .

4. الفرضية الفرعية الرابعة :

- يوجد أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الملموسية في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين .
- بينت النتائج وجود علاقة إرتباط طردية ذات دلالة إحصائية بين إدارة الجودة والملموسية بالمؤسسة محل الدراسة ، إذ بلغت قيمت معامل الإرتباط R بين المتغيرين 0.602 عند مستوى دلالة 0.000 وهي أقل من 0.01.
- أشارت النتائج إلى أن قيمة معامل التحديد (R^2) تساوي 0.036 وهذا يعني أن 3.6% من التباين في الملموسية مفسرة بالتغير في إدارة الجودة.
- كما أشارت النتائج إلى وجود أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الملموسية في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة ،حيث قدرت قيمة ($T=1.120$) و ($B=0.115$) عند مستوى دلالة 0.027،وهي أقل من 0.05
- نلاحظ من خلال الفرضية الفرعية الرابعة أن أثر إدارة الجودة على الملموسية جاء ضعيف جدا ، وقد يرجع ذلك لنقص الإهتمام بجانب العناصر المادية للخدمة (المباني،الأجهزة والمعدات ، المرافق الصحية ومظهر العاملين) بالمؤسسة ، نقبل الفرضية التي تنص على أنه:
- يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الملموسية في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين .

5. الفرضية الفرعية الخامسة:

- يوجد أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة الجودة على التعاطف في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين .
- بينت النتائج وجود علاقة إرتباط طردية ذات دلالة إحصائية بين إدارة الجودة والتعاطف بالمؤسسة محل الدراسة ، إذ بلغت قيمت معامل الإرتباط R بين المتغيرين 0.768 عند مستوى دلالة 0.435 وهي أكبر من 0.05.
- كما أشارت النتائج إلى عدم وجود أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة الجودة على التعاطف في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة ،وقد يعود ذلك إلى هيمنة المحسوبية والعلاقات الشخصية على تسيير وتقديم الخدمات الصحية لطلابيها بالمؤسسة .
- ومنه نرفض الفرضية الفرعية الخامسة :

لا يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة على التعاطف في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين .

ثانيا: تفسير النتائج المتعلقة بالفرضية الرئيسية للدراسة.

يوجد أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة الجودة على جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين .

- بينت النتائج وجود علاقة إرتباط طردية ذات دلالة إحصائية بين إدارة الجودة وجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة محل الدراسة ، إذ بلغت قيمت معامل الإرتباط R بين المتغيرين 0.690 عند مستوى دلالة 0.000 وهي أقل من 0.01.

- أشارت النتائج إلى أن قيمة معامل التحديد (R^2) تساوي 0.206 وهذا يعني أن 20.6% من التباين في جودة الخدمات الصحية مفسرة بالتغير في إدارة الجودة.

- كما أشارت النتائج إلى وجود أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة الجودة على جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة ، حيث قدرت قيمة ($T=2.968$) و ($B=0.492$) عند مستوى دلالة 0.005 ، وهي أقل من 0.01.

◀ نلاحظ من خلال الفرضية الفرعية الرئيسية أن تأثير إدارة الجودة في تحسين الخدمات الصحية جاء ضعيف ، وقد يعود ذلك إلى المراحل الإصلاحية التي مرت بها المنظومة الصحية حيث دفعت المؤسسات لأكثر من مرة إلى تغيير أولوياتها التسييرية ، وقد أدى ذلك إلى عدم الإهتمام بمبادئ إدارة الجودة وتطبيقها في المؤسسة الإستشفائية مما إنجر عنه عدم الإهتمام بجودة الخدمات الصحية .

ومنه نقبل الفرضية التي تنص على أنه :

يوجد أثر ذو دلالة إحصائية لإدارة الجودة على جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين .

خلاصة الفصل

قمنا في هذا الفصل بإعطاء لمحة عن التطور التاريخي للمنظومة الصحية، و قمنا بإجراء دراسة ميدانية على المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في طب العيون بسكرة ، حيث تطرقنا من خلال مباحثة الثلاث إلى دراسة المنظومة الصحية في الجزائر وتطورها ، مع إعطاء دراسة حالة للمؤسسة من خلال التعريف بها وبهيكلها التنظيمي ، ثم عرض لعدد العمال فيها ، ثم قمنا بإعداد إستبيان يتكون 42 عبارة التي تخدم هدف الدراسة مقسمة على محورين محور إدارة الجودة ومحور جودة الخدمات الصحية، حيث قمنا بتحليله بالإعتماد على البرنامج الإحصائي SPSS 19 ، وذلك من أجل معرفة أثر ادارة الجودة على جودة الخدمات الصحية . حيث تم إستخلاص ما يلي :

يلتزم مقدمي الخدمات بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة بتقديم الخدمات الصحية المورجوة منهم في الوقت المناسب ، كما يستجيب مقدمي الخدمة فوراً لاحتياجات المريض مهما كانت درجة انشغالهم ، كما يبسطون إجراءات التعامل قدر الإمكان لضمان السرعة وسهولة تقديم الخدمة، كما أن مقدمي الخدمات يحضون بجانب من الموثوقية من طرف طالبي الخدمات المؤسسة، إلا أنه توجد بعض النقائص المتمثلة في عدم توفر التجهيزات والمعدات التقنية اللازمة لتقديم الخدمات ذات جودة، وكذا نقص المرافق الضرورية من قاعات انتظار ودورات مياه نظيفة ومرمجة داخل المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة .

الختمة

خاتمة

لقد حاولنا من خلال هذه الدراسة أن نجيب على التساؤل المطروح حول أثر إدارة الجودة على جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية .

إن من أكبر التحديات التي تواجهه المؤسسات الصحية اليوم، إشكالية الإرتقاء بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة وتقليل تكاليفها ، فقد أصبحت جودة الخدمات الصحية ضرورة لازمة، تتضح أهميتها بقدرتها على تقليص الفجوة بين الخدمات المتوقعة والخدمات المدركة من طرف متلقى الخدمة ،لذا من المهم أن تسعى المؤسسات الاستشفائية إلى تبني إدارة الجودة كأسلوب حديث لرفع مستوى الأداء في هاته المؤسسات .

ومن خلال الدراسة التي تمت في فصلين ، تم استعراض الأدبيات النظرية والتطبيقية للمتغيرين الرئيسيين المتمثلين في إدارة الجودة وجودة الخدمات الصحية، إضافة لدراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في طب العيون بسكرة ، من حيث هيكلها التنظيمي ومهامها .

وشملت الدراسة في هذا البحث عينة من مقدمي الخدمة ممثلة في أسلاك شبه الطبيين بالمؤسسة محل الدراسة ، وتم تحليل الإستثمارات المسترجعة اعتمادا على برنامج SPSS 19 والذي يعتبر من البرامج الواسعة الإستخدام في تحليل البيانات المستخرجة من الإستبانات ، حيث وقفنا في ذلك على مجموعة من النتائج أبرزها :

1. نتائج الدراسة النظرية

- إن منهج إدارة الجودة منهج حديث تسعى له جل المؤسسات التي تبحث عن البقاء ،سواء كانت خدمية أو تجارية وذلك لما له من فوائد كبيرة تعود على هذه المؤسسات .
- إن اعتماد وتبني مفهوم إدارة الجودة ،لا يتم إلا بتبني مجموعة من المبادئ التي نص عليها رواد هذا المنهج.
- تطبيق إدارة الجودة في المؤسسات الاستشفائية هي الخطوة الأساسية لتحسين الأداء وتطوير مستوى الخدمة فيها.
- جودة الخدمات الصحية تعني التماشي مع المعايير والإتجاهات الصحيحة بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع ،وبتكلفة مقبولة .

2. نتائج الدراسة الميدانية

- إن أهم ملاحظة وجب طرحها تكمن في أن جودة الخدمة الصحية لا يمكن تقييمها من خلال استطلاع آراء عينة سواء كانوا عاملين أو مستفيدين لأن ذلك يبقى نسبيا ،ما لم تحدد معايير موضوعية من قبل خبراء في الميدان لمستلزمات الجودة واعتمادها كمؤشرات عملية في تقييمها ،خصوصا وأن الميدان الصحي عموما والطبي منه على وجه الخصوص لا يمكن ربط قياسه فقط من خلال انفعالات المستفيدين أو انطباعات العاملين.
- مر النظام الصحي بالجزائر بعدة مراحل تاريخية متباينة فيما بينها ، كان أهم الملاحظات فيها إزدياد عدد المؤسسات الصحية بشكل عام .
- إن سياسة إصلاح المستشفيات التي باشرتها الحكومة في العشرية الاخيرة بمثابة القفزة النوعية في مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الجزائرية . وذلك من أجل الرقي بالنظام الصحي وتوفير خدمات صحية عالية الجودة .
- إن جل معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات المحور الاول من عبارات إدارة الجودة مع الدرجة الكلية له ، جاءت موجبة وقوية ،مما يشير إلى الإتساق الداخلي بين عبارات كل بعد من أبعاد أداة الدراسة .

- إن معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد المحور الثاني وهو جودة الخدمات الصحية مع الدرجة الكلية له، جاءت موجبة مما يشير إلى الصدق البنائي لأداة الدراسة .
- إن معامل الثبات ألفا كرونباخ مرتفع لكل أبعاد الدراسة ، مما يشير إلى ثبات أداة الدراسة.
- إن نتائج إختبار التوزيع الطبيعي من خلال معامل الإلتواء والتفلطح لجميع أبعاد الدراسة تدل على أنها تتبع التوزيع الطبيعي وبالتالي فهي تخضع للإختبارات المعلمية .
- جاءت إختبارات التجانس وإختبار صدق التكوين الفرضي لجميع عبارات كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية معنوية وبالتالي إختبارات أفراد العينة في هذه الدراسة معنوية وليست وليدة الصدفة ،ومنه يمكن القول أن جميع محاور الإستبانة تتمتع بخاصية صدق التكوين الفرضي .

3 . نتائج التحليل الإحصائي للإستبيان تبين ما يلي:

- وجود أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة الجودة على جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين.
- وجود أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الإعتمادية في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين.
- وجود أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الإستجابة في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين.
- وجود أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الضمان في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين.
- وجود أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة الجودة على الملموسية في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين.
- عدم وجود أثر ذي دلالة إحصائية لإدارة الجودة على التعاطف في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين.

4. إقتراحات :

- البدء في نشر مفهوم إدارة الجودة بين جميع العاملين ، تمهيدا لتطبيق إدارة الجودة ، وقد يكون ذلك بالبدء بإنشاء مكتب خاص بإدارة الجودة وتزويده بالكفاءات والخبرات اللازمة.
- ضرورة الاقتناع التام للإدارة العليا بالمؤسسات الاستشفائية ، بأهمية تطبيق إدارة الجودة كمنهج لتحسن جودة الخدمات الصحية المقدمة.
- تكثيف الحملات التوعوية والتحسيس بأهمية العمل، فالتعاون بأسلوب الفريق الواحد لأن ذلك يساعد على تبادل الخبرات والتجارب ، وبذلك الرفع من مستوى الخدمات الصحية وسهولة أداء المهام .

- الرفع من ميزانية التكوين وميزانية البحث العلمي وذلك بهدف تطوير والإرتقاء بالمستوى الصحي والطبي وتحسين جودة الخدمات في المؤسسة العمومية الاستشفائية المتخصصة في طب العيون بسكرة.
- انشاء خلايا لمراقبة الجودة أي مايسمي بحلقات الجودة ، وهذا لاكتشاف المشاكل وإيجاد الحلول لها عن طريق هذه الفرق، ويستحسن أن تكون في كل مصلحة أو جناح في المؤسسة وتكون مشكلة من مختلف فئات المستخدمين.
- تحفيز العمال وترقية من يستلزم ترقيته، والإعتماد بالدرجة الأولى تحفيزات معنوية .
- ينبغي على الإدارة العليا للمؤسسة الاستشفائية أن تعمل على إيجاد نظام معلومات متقدم لتزويد الاقسام الأخرى بالبيانات والمعلومات المساعدة لعملية اتخاذ القرارالصحيح في الوقت المناسب .
- الاستفادة من نظام المعلومات في تزويد إدارة المؤسسة الاستشفائية بنتائج قياس رضا المرضى والتعرف على أوجه القصور في خدمات المؤسسة الاستشفائية من وجهة نظر المرضى لأن هذا الإجراء سيساعد إدارة المؤسسة في التعرف على تعريف الجودة من وجهة نظر المرضى ،ومن ثم العمل على تحقيق احتياجاتهم ومتطلباتهم .
- إصدار دليل للجودة يوضح معايير ومقاييس جودة الخدمات .
- الابتعاد عن أنماط التسيير التقليدية .
- الاعتماد على الإختيار الأمثل والتكوين الأفضل لموظفي المؤسسات الاستشفائية.

5.أفاق الدراسة :

- إن موضوع إدارة الجودة بالمؤسسات الاستشفائية واسع لما له أثر على جودة الخدمة الصحية وأهميتها في المؤسسات الاستشفائية ،حيث يمكن دراسة العديد من العناوين التي بالإمكان أن تكون أبحاث مستقبلية .
- دور إدارة الجودة في تقليص تكاليف المؤسسات الاستشفائية في الجزائر .
 - تطبيق إدارة الجودة في المؤسسات الاستشفائية .
 - أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على ترقية أداء الخدمات الطبية.
 - تقييم جودة الخدمات الصحية ومستوى رضا الزبون.
 - أبعاد جودة الخدمة الصحية ودورها في رضا الزبون.
 - أنماط التسيير والتكوين وعلاقتها بجودة الخدمة الصحية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية

الكتب :

1. أحمد يوسف دودين، إدارة الجودة الشاملة، الأكاديميون للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2014.
2. بول فلدستن، ترجمة محمد حامد عبد الله، إقتصاديات الرعاية الصحية، النشر والمطابع، المملكة العربية السعودية، 1999.
3. حمدي عبد العظيم، المنهج العلمي لإدارة الجودة الشاملة، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2008.
4. خيضر كاضم محمود، إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة، عمان، الأردن، بدون سنة طبع.
5. سعد بن عبد الله الغانم وأخرون، تطبيقات في إدارة الخدمات الصحية، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2014.
6. صلاح محمود ذياب، عايد المعلا، إدارة وتسويق الخدمات الصحية، دار الفكر، الأردن، ط2013، 1.
7. طلال بن عايد الاحمدي، إدارة الرعاية الصحية، معهد الإدارة العامة، مركز البحوث، المملكة العربية السعودية.
8. عبد الحميد عبد الفتاح المغربي، عبد العزيز بن سلطان، إدارة الموارد البشرية، دار المريخ للنشر، المملكة العربية السعودية، 2015.
9. عزحسن سيد عبد الفتاح، مقدمة في الإحصاء الوصفي والإحصاء الاستدلالي، حوازرم العملية، جدة، المملكة العربية السعودية.
10. العلواني عديلة، تفعيل النمط التعاقد في نظام الصحة الجزائري، جزء3، دار هومة، الجزائر 2014.
11. فاتن أحمد أبو بكر، موصي بنت محمد الزومان، معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الأجهزة الحكومية، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2007.
12. فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، إثراء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008.
13. فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار مسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، ط2015، 5.
14. قاسم نايف علوان، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الإيزو 9001:2000، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2012.
15. محمد الصيرفي، سلسلة التدريب الإداري للجودة الشاملة طريقك للحصول على شهادة الإيزو، مؤسسة حورس الدولية للطباعة والنشر والتوزيع، مصر.
16. محمد عبد الوهاب العزاوي، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري، عمان الأردن.
17. مهدي صالح السامرائي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي، دار جرير للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2007.
18. نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الإدارة الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012.
19. هيوكش، ترجمة طلال بن عابد الأحمد، إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2002.
20. يشارو أوزجان، ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر، الأساسيات الكمية في إدارة الرعاية الصحية، معهد الغدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2008.

المذكرات والأطروحات :

1. أشرف عبد الله سليمان أبو حليقة ، أثر الجودة في الرعاية الصحية ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير ، تخصص إدارة الجودة ،الجامعة العربية المفتوحة لشمال أمريكا ، 2013.
2. بداوي عادل ، تأثير جودة الخدمات الصحية على رضا المريض ،دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية عين بسام ،البويرة،مذكرة تخرج للتكوين المتخصص للمتصرفين لمصالح الصحة ،المدرسة الوطنية للمناجمت وإدارة الصحة،2016.
3. برهان الدين حسن السمارائي ، دور القيادة في تطبيق أسس ومبادئ إدارة الجودة الشاملة ،مذكرة ماجستير ، تخصص إدارة أعمال ، الاكاديمية العربية البريطانية للتعليم العالي ،بريطانيا ، 2012.
4. بن فرحات عبد المنعم ،إنعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات ،دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة ،رسالة دكتوراه ، تخصص إقتصاد وتسيير المؤسسات ،جامعة بسكرة،2018.
5. جباري فادية ، تأثير جودة الخدمة على رضا العميل دراسة حالة الوكالة التابعة للمديرية الجهوية للشركة الجزائرية للتأمينات تلمسان ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير ،تخصص تسويق ، جامعة أبو بكر بلقايد ،تلمسان ، السنة الجامعية،2011 .
6. حسن مبارك داوود سليمان ،أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على ترقية أداء الخدمات الطبية، مذكرة ماجستير ،تخصص إدارة أعمال ،جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا ،2009.
7. خروي بزاره عمر ،إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) ،دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف ، رسالة ماجستير ،تخصص رسم السياسات العامة ،كلية العلوم السياسية والعلاقات الدولية ،جامعة الجزائر 3 .
8. خير الدين جمعة ،دور ثقافة المؤسسة في تحسين أداء الموارد البشرية بالمؤسسة الإقتصادية ،دراسة حالة مؤسسة الكوابل بسكرة،رسالة دكتوراه ،تخصص إقتصاد وتسيير المؤسسة ،جامعة بسكرة،ص2015،188
9. سعودي على ، النظام القانوني للمؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر ، رسالة ماجستير ،مدرسة دكتوراه دولة ومؤسسات عمومية ،كلية الحقوق ، جامعة الجزائر 1 ،2017.
10. شرف الدين زديرة ،دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة خدمات المؤسسات الاستشفائية (دراسة حالة عينة من المؤسسات الاستشفائية) ،رسالة ماجستير تخصص مناجمت المنظمات،جامعة بسكرة،2017.
11. صباح عماد الدين ،أهمية جودة الخدمة في تحقيق رضا الزبون دراسة حالة مكتب بريد رابح جدو بالخروب، مذكرة لنيل شهادة الماجستير ،تخصص تسويق ، جامعة منتوري ،قسنطينة ، 2012.
12. صليحة رقاد ، تطبيق نظام ضمان الجودة في مؤسسات التعليم العالي الجزائرية ،رسالة دكتوراه في العلوم الإقتصادية ، جامعة سطيف 1 ، 2014.
13. العايب أحسن ، دور الترويج في تسويق الخدمات الفندقية ،دراسة حالة فندق سيبوس الدولي عنابة ،مذكرة ماجستير ، تخصص تسويق ، جامعة سكيكدة ،2009.
14. عائدة عبد العزيز على نعمان ، علاقة التدريب بأداء أفراد العاملين في الإدارة الوسطى ، رسالة ماجستير ، تخصص إدارة الأعمال ، جامعة جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا ،الأردن ،2008 .

15. عتيق عائشة ، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية ، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ، مذكرة ماجستير ، تخصص تسويق دولي ، جامعة تلمسان ، 2012.
16. على دحمان محمد ، تقييم نفقات الصحة والتعليم ، دراسة حالة ولاية تلمسان ، رسالة ماجستير ، تخصص تسيير المالية العامة ، كلية العلوم الإقتصادية والتسيير ، جامعة تلمسان ، 2011.
17. فاروق عزون ، دور إدارة الجودة الشاملة في تحقيق الميزة التنافسية المستدامة دراسة حالة بعض المؤسسات الإقتصادية الجزائرية ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير ، تخصص إدارة الأعمال والتنمية المستدامة ، جامعة فرحات عباس ، سطيف ، 2015.
18. كحيله نبيلة ، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير ، تخصص تسيير الموارد البشرية ، جامعة منتوري قسنطينة ، 2009.
19. مصباح عماد الدين ، أهمية جودة الخدمة في تحقيق رضا الزبون ، دراسة حالة مكتب البريد بالخروب ، مذكرة ماجستير ، تخصص تسويق ، جامعة قسنطينة ، 2012.
20. واله عائشة ، أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون مع حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير ، تخصص تسويق ، جامعة الجزائر 3 ، 2011 .
21. وفاء نايل عطا الله كرادشة ، تحقيق إدارة الجودة الشاملة بإستخدام معايير الإعتماد في مستشفى الملكة رانيا العبد الله ، دراسة حالة من وجهة نظر مقدمي الخدمة ومرفقي متلقى الخدمة ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير ، تخصص إدارة أعمال ، جامعة الشرق الأوسط ، الاردن 2012.

المؤتمرات :

1. محمد ربحان ، التسويق لخدمة الرعاية الصحية ، المؤتمر العربي الثالث حول (الإتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات) ، جامعة القاهرة ، مصر ، 2004.

المجلات العلمية :

1. إلهام يجاوي ، ليلي بوحديد ، تقييم جودة الخدمات الصحية ومستوى رضا الزبون عنها ، دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة بباتنة ، مجلة الباحث ، عدد 14 ، 2014.
2. بديسي فهيمة ، زويوش بلال ، جودة الخدمات الصحية الخصائص ، الأبعاد والمؤشرات ، مجلة الإقتصاد والمجتمع ، جامعة منتوري قسنطينة ، العدد 7 ، 2011.
3. براينيس عبد القادر ، كبير هادية ، خصائص الخدمات وأثرها على سلوك المستعملين ، مجلة الإستراتيجية والتنمية ، العدد 6 ، جامعة مستغانم ، بدون سنة نشر .
4. بن عيشي عمار ، أبعاد جودة الخدمة الصحية ودورها في رضا الزبون ، مجلة إدارة الأعمال والدراسات الإقتصادية ، جامعة الخلفة ، العدد 6 . بدون سنة نشر .
5. جمال محمد ضانة ، جودة الخدمة وأثرها على رضا الزبائن ، مجلة دراسات الإقتصاد والأعمال ، العدد 1 ، جامعة مصراتة ، ليبيا ، 2015.

6. جمال محمد ضانة ، جودة الخدمة وأثرها على رضا الزبائن ،مجلة دراسات الإقتصاد والأعمال ،العدد1 ،جامعة مصراتة ، ليبيا ،2015.
7. جمال محمد ضانة ، جودة الخدمة وأثرها على رضا الزبائن ،مجلة دراسات الإقتصاد والاعمال ،العدد الأول ،2015.
8. دبون عبد القادر ، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية ،حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة ،مجلة الباحث ،العدد 11 ،2012.
9. دنيا طارق أحمد ، العلاقة بين الثقافة المنظمة ورضا الزبون ، مجلة كلية بغداد للعلوم الإقتصادية ، العدد 28 ، 2011.
10. رضوان أنساعد ، محمد فلاق ، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة ،مستشفى الجامعة الأردنية نموذجا ،مجلة الإدارة والتنمية والدراسات ،العدد 4 ، جامعة الشلف ، بدون سنة نشر.
11. شوقي محمد الصباغ ، عبد العزيز على مرزوق ، ثروت صبري ، نموذج مقترح لمشاركة العاملين في إتخاذ القرارات ، مجلة إقتصاد شمال إفريقيا ،العدد 17 ،2017.
12. صفاء محمد هادي الجزائري و اخرون: قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية (دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام – البصرة)، مجلة الدراسات الادارية ، العدد الرابع، جامعة البصرة، 2001 .
13. عبد الحفيظ علي ، عيسى سالم علي ، أثر البيئة الداخلية للمنظمة في المشاركة المعرفية للعاملين ، مجلة العلوم الإنسانية والإقتصادية ،جامعة السودان ،العدد 1 ، 2012 .
14. على محمد العضايلة ،تفويض السلطة في المؤسسات العامة الأردنية ، المجلة العلمية لكلية الإقتصاد ،العدد 9 ، الأردن ، 1998.
15. ماهر صبري درويش ،ابراهيم راشد الشمري ، تفويض السلطة الأسلوب الأمثل لرفع كفاءة الأداء الوظيفي ،مجلة الإدارة والإقتصاد ،الجامعة المستنصرية ،العراق ،العدد82 ،2010.
16. محمد نور الطاهر ،أحمد عبد القادر، قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان ،منهجية نظر المرضي والمراجعين ،المجلة الأردنية في إدارة الأعمال ،المجلد 1،العدد11 ،2005.
17. ملخص للدليل الإرشادي للتدريب والتطوير ،وزارة الخدمة المدنية ،المملكة العربية السعودية ، بدون سنة نشر.
18. هاني عبد الرحمة عمر العمري ، مدي الإلتزام بمعايير الجودة العالمية في قطاع الخدمات الصحية بالمملكة العربية السعودية ،ورقة بحثية ،المنظمة العربية للتنمية الإدارية ،2014.
19. وفاء صبحي التميمي ، سيد أحمد حاج عيسى ،تطبيق إدارة الجودة الشاملة لتحسين أداء العاملين (دراسة ميدانية عن مستشفيات الجزائرية الخاصة) ،مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والإجتماعية ،المجلد 11.

القرارات والمراسيم التنفيذية :

1. الجريدة الرسمية ،العدد 1 ، الأمر رقم 73-65 المؤرخ في 1973/12/28 يتضمن إنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية الصادرة بتاريخ 1974/01/01.
2. المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوية وتنظيمها وسيرها ،المادة 2.

3. المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، المادة 03.
4. المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، المادة 06.
5. المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، المادة 07.
6. المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المتضمن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، المادة 02.
7. قرار رقم 027 المؤرخ في 1997/12/02 ، وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات ، المتضمن إنشاء وحدات ومصحة بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون بسكرة المادة 02.
8. المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المتضمن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، المادة 03
9. المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المتضمن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، المادة 05
10. المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المتضمن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، المادة 06.
11. المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المتضمن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، المادة 07.
12. القرار رقم 45 المؤرخ في 2013/02/26 من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ، المتضمن إنشاء مصحة الصيدلية ، المادة 01 .

المراجع باللغات الأجنبية :

1. J .Kelad.les défis dela qualité totale ,Application dans les services publics,avril ,2001.
2. Robyn Dawkins, Total Quality Management In Healthcare, Scientific research paper Management, Faculty England, 2002
3. Susan Meyer Goldstein, Robert Johnston, JoAnn Duffy, The service concept: the missing link in service design research, Journal of Operations Management, No. 20 , 2002 , USA ,P
4. C. Wagner, R. Coppen, Quality and Safety Management in Hospitals (QSMH), Survey manual of the QSMH,2006.p2

قائمة الملاحق

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر - بسكرة-

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم العلوم الاقتصادية



استبيان

الأخ الفاضل...، الأخت الفاضلة...

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

في إطار إعداد مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر في العلوم الاقتصادية تخصص اقتصاد وتسيير المؤسسة ، حول موضوع "أثر إدارة الجودة على جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الاستشفائية (من وجهة نظر أسلاك شبه الطبيين ، دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب العيون بسكرة)" ، يسرنا أن نضع بين أيديكم هذا الاستبيان لتلقي ملاحظاتكم ورائكم حول جودة الخدمات المقدمة في المؤسسة الاستشفائية، لذلك إن تعاونكم الفعال معنا له أثر كبير في الحصول على أفضل النتائج ، وأود أن أحيط سيادتكم علما أن البيانات التي يتم الإدلاء بها سوف تحاط بالسرية التامة ولا تستخدم إلا لغرض البحث العلمي.

ونشكركم على حسن تعاونكم، ولكم منا كل تحية وتقدير .

ملاحظة : يرجى وضع علامة (X) أمام الفقرة التي تراها صائبة .

الأستاذة المشرفة :

خير الدين جمعة

الطالب :

صالح حمزة

الجزء الأول: 1-البيانات الشخصية و وظيفة

- 1- الجنس: ذكر () أنثى ()
- 2- السن: 20-30 سنة () ، 31-40 سنة () ، 41-50 () ، أكثر من 50 سنة () .
- 3- المستوى الدراسي: متوسط فما أقل () ، ثانوي () ، جامعي () .
- 4- التخصص الدقيق : مساعد تمريض للصحة العمومية () ، ممرض للصحة العمومية () ، مشغل أجهزة التصوير الطبي للصحة العمومية () ، مخبري للصحة العمومية () ، محضر صيدلي للصحة العمومية () ، مختص في حفظ الصحة للصحة العمومية () ، مساعد طبي للصحة العمومية () .
- 5- مدة الخدمة : أقل من 5 سنوات () ، 6- 10 () ، 11- 20 () ، 21- 30 () ، أكثر من 30 () .

الجزء الأول : إدارة الجودة

الرقم	العبارة	موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما
01	تتخذ المؤسسة الاستشفائية الجودة شعار لها					
02	يوجد مكتب خاص بالجودة بالمؤسسة الاستشفائية					
03	تقوم إدارة المؤسسة بإشراك العاملين في اتخاذ القرار					
04	تعتمد المؤسسة شكاوى المرضى معيارا لتحسين الخدمة					
05	تتميز العلاقة بين الإدارة والعاملين بالثقة المتبادلة					
06	تتوفر بمؤسستكم تقنيات ووسائل إتصال فعالة تسهل حفظ المعلومات					
07	توفر المؤسسة جميع المعلومات لتتقدم خدمة ذات جودة .					
08	يلتزم الممرضون بالمؤسسة الاستشفائية بالتحسين المستمر					
09	تعمل المؤسسة الاستشفائية على تقليص العمليات والإجراءات الروتينية الزائدة					
10	توضع برامج التدريب للممرضين على أساس التخصص					
11	تهتم المؤسسة بصحتك وسلامتك.					
12	يستجيب الأجر المقدم لمتطلبات تقديم خدمة ذات جودة					
13	تتم الترقيات على أساس نوعية الخدمة المقدمة					
14	تعتمد المؤسسة نظام حوافز لتحسين الخدمة المقدمة					
15	لديك جميع المعلومات اللازمة لتقديم جودة عالية في عملك					
16	تأكد الإدارة العليا على أن تحقيق معايير الجودة العالية مسؤولية شخصية لكل موظف					

2- : أبعاد جودة الخدمة الصحية:

الرقم	العـبارة	موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما
أولا - بعد الاعتمادية: درجة الاعتماد على مقدم الخدمة ودقة انجازه للخدمة المطلوبة.						
01	يلتزم مقدم الخدمة بتقديم الخدمات الصحية المطلوبة منهم					
03	يحرص مقدم الخدمة على عدم الخطأ في إنجاز ماطلب منهم					
04	تتوفر جميع التخصصات الصحية المطلوبة في مجال تخصص المؤسسة الاستشفائية.					
05	يبدى مقدم الخدمة اهتماما خاصا بمشاكل واستفسارات المستفيدين من خدمات المؤسسة.					
06	يحظى مقدم الخدمة بثقة واستحسان المستفيدين من الخدمات الصحية.					
ثانيا - بعد الاستجابة : سرعة الانجاز ومستوى المساعدة المقدمة للمستفيد من قبل مقدم الخدمة.						
07	يستجيب مقدم الخدمة فورا لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال بالمؤسسة الاستشفائية.					
08	يقوم مقدم الخدمة بإبلاغ المرضى بموعد الخدمة بدقة.					
09	يقوم مقدم الخدمة بالرد الفوري على استفسارات وشكاوى المستفيدين من الخدمات.					
10	يبدى مقدم الخدمة الاستعداد الدائم للتعاون مع المستفيدين من الخدمات					
11	يسيطر مقدم الخدمة إجراءات العمل قدر الامكان لضمان السرعة والسهولة في تقديم الخدمة الصحية.					
12	يقوم مقدمي الخدمة بإنجاز الاعمال المرجوة منهم في وقت مناسب وبجودة عالية.					
ثالثا - بعد الضمان: قدرة القائمين على تقديم الخدمة على استلهم الثقة والائتمان.						
13	يثق المرضى بكفاءة الإطار الصحي (الطبي ، تمريضي ، وغيرهم)					
14	يشعر المرضى بالأمان عند التعامل مع المؤسسة الاستشفائية.					
15	يتسم سلوك العاملين في المؤسسة بالأدب وحسن المعاملة مع المرضى.					
16	يتابع مقدم الخدمة حالة المرضى باستمرار.					
17	يحافظ مقدم الخدمة على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى					

الرقم	العـبارة	موافق جدا	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما
رابعا - بعد الملموسية : وهي تشتمل على العناصر المادية للخدمة (المباني،الأجهزة والمعدات ، المرافق الصحية ومظهر العاملين).						
18	تمتلك المؤسسة الاستشفائية مباني تستجيب لمتطلبات التطور الطبي .					
19	تمتلك المؤسسة الاستشفائية تجهيزات وأجهزة ومعدات تقنية حديثة .					
20	يحرص مقدم الخدمة في المؤسسة الاستشفائية على حسن المظهر .					

					21	توفر المؤسسة الاستشفائية الأدوية التي يحتاجها المريض .
					22	تمتلك المؤسسة الاستشفائية دورات مياه صحية نظيفة ومريحة .
خامسا : بعد التعاطف :الإهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية .						
					23	يولي مقدمو الخدمة تفهم كبير لإحتياجات المريض .
					24	يضع مقدمو الخدمة مصالح المريض في مقدمة اهتماماتهم.
					25	يحسن مقدم الخدمة الإصغاء لشكاوى طالبي الخدمات
					26	يقدر مقدمو الخدمة ظروف المريض ويتعاطفون معه
					27	يتعامل مقدمو الخدمة بروح مرحة وصدقة مع المريض

قائمة المحكمين

المؤسسة الأصلية	الرتبة	الإسم واللقب
جامعة محمد خيذر بسكرة	أستاذ مساعد . أ .	بوطي عز الدين
جامعة محمد خيذر بسكرة	أستاذ مساعد . ب .	بن فرحات عبد المنعم
المؤسسة العمومية المتخصصة في طب العيون بسكرة	مدير فرعي للمصالح الصحية	صولة رياض
المؤسسة العمومية للصحة الجوارية	مدير فرعي للإدارة والوسائل	غالم زيان