

جامعة سعد دحلب بالبليدة

كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير

قسم العلوم التجارية

التخصص: تسويق

دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمات الصحية
- دراسة حالة المركز الإستشفائي الجامعي للبليدة -

من طرف

محمد بوبقيرة

أمام اللجنة المشكلة من:

رئيسا	جامعة البليدة	أستاذ محاضر	رابح كشاد
مشرفا ومقررا	جامعة الجزائر	أستاذ التعليم العالي	سعدون بوكبوس
عضوا مناقشا	الجمعية العمومية	أستاذ محاضر المدرسة الوطنية للصحة العمومية	عبد الحق سايحي
عضوا مناقشا	جامعة البليدة	أستاذة مكلفة بالدروس	نادية الغرس

البليدة، ماي 2006

ملخص

نظرا للملامح الجديدة للبيئة التسويقية أو بيئة الأعمال المعاصرة ، والتي تتسم بالمنافسة الشرسة وتكسير الحواجز وتخطي كل الحدود ، أصبحنا نسمع يوميا عن ميلاد منظمات جديدة واندثار منظمات سابقة ، وبين الأولى والثانية ، منظمات رائدة ، تزداد قوة وهيمنة وسيطرة على الأسواق ، كانت ولا تزال الأولى بين المنظمات ، وستبقى كذلك بفضل مسيرتها وإدارتها الفعالة، التي تسعى دوما لتحقيق الجودة والجودة الشاملة .

ومن هته المنظمات ، المنظمات الخدمية ، والتي يتزايد عددها بكثرة ، وقد أصبحت من مميزات وسمات الدول الافتراضية ، من هنا يتضح لنا أن إدارة الجودة الشاملة مفتاح النجاح والاستمرارية لجميع المنظمات الهادفة وغير الهادفة للربح .

وقد ركزنا دراستنا هته على المنظمات الصحية، والتي تفتقر إلى الجودة في تقديم الخدمات أو ما يسمى بجودة الرعاية الصحية، كما أن النوعية في أداء الخدمات الصحية يصعب جدا قياسها.

لذا فإن اقتصاد الصحة يدمج ما بين الرعاية الصحية والطبية و علم الاقتصاد، وبتطبيق إدارة الجودة الشاملة على القطاع الصحي ، فإننا نحقق مستويات أحسن وأفضل للرعاية الصحية ، ونعمل بذلك على الارتقاء بالخدمات الصحية ، خاصة وانه أصبح من الضروري تطبيق هذا النوع من الإدارة على منظماتنا الصحية ونخص بالذكر المركز الاستشفائي الجامعي بالبلدية فرانتز فانون محل دراستنا هته ، وذلك لضمان تحسين مستمر للجودة في مستشفياتنا الجامعية وغيرها.

شكر

الحمد لله ، والشكر لله عز وجل الذي منحني القوة والصبر على انجاز هذا العمل المتواضع ، و سدد خطاي إلى خير ما فيه، ووفقني للمساهمة ولو بعمل بسيط في ترك بصمة تثري المكتبة الجامعية.

كما أتقدم بشكري الخالص و بامتناني العميق إلى مشرفي الدكتور سعدون بوكبوس الذي لم يتوانى عن توجيهي وإرشادي إلى الصواب .

كما اخص بالذكر كل من ساهم بفكرة أو اقتراح في تخريج هذه المذكرة من الزملاء والأساتذة و موظفوا المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية .

كما أتقدم إلى أعضاء لجنة المناقشة بالشكر مسبقا على قبولهم مناقشة هذا العمل.

كما أتقدم بخالص الشكر إلى كل عمال مكتبة العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير بجامعة سعد دحلب بالبلدية ، وكذا عمال المكتبة المركزية بنفس الجامعة، وخاصة عمال مصلحة البيوجرافيا والإنترنت، وعمال مكتبة العلوم الاقتصادية بالخروبة والمدرسة العليا للتجارة والمعهد الوطني للتجارة بابين عكنون، وكذا عمال المكتبة المركزية بالجزائر، وعمال المكتبة الوطنية ، القديمة والجديدة)، وكذا عمال مكتبة المركز الجامعي بن فارس بالمدينة، ومكتبة العلوم الاقتصادية لبومرداس و مكتبة المدرسة الوطنية للصحة العمومية.

وأخيرا نشكر كل من أمدّنا بيّد العون والمساعدة سواء من قريب أو من بعيد.

قائمة الأشكال

الرقم	الصفحة
01	نموذج وأبعاد الجودة 25
02	العلاقة بين تكاليف الجودة وقيمة الجودة 30
03	عملية تخطيط الجودة 32
04	إدارة الجودة الشاملة وتطور الفكر الإداري 34
05	عجلة النوعية ومرتكزاتها الفكرية والفلسفية 38
06	النظرة الشمولية لكل الأطراف في تحقيق أهداف المنظمة 39
07	نظام تأكيد الجودة الأساسي 44
08	مراحل تطور إدارة الجودة الشاملة 45
09	أقدم تدفق للعلاقة بين الوظائف مقدم من طرف دمينج سنة 1950 47
10	الرسم البياني لعظمة السمكة 48
11	دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين الجودة والمركز التنافسي للمنظمة 56
12	إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة في تحقيق جودة عالية 60
13	مزايا الجودة الشاملة 61
14	هيكل حلقات الجودة 74
15	مخطط نموذجي لتنظيم حلقات الجودة 76
16	طريقة عمل حلقات الجودة 80
17	المفاهيم المتعلقة بتسيير وتحسين الجودة 84
18	إهتمامات حلقات الجودة ومجالات تطبيقها 87
19	نشأة الايزو 9000 95

97	الايزو 9000 سنة 1994، جودة- مطابقة: من الوعود إلى التسليم	20
98	الايزو 9000 سنة 2000، جودة- رضا: من الآمال إلى الرضا	21
100	المواصفات الأساسية التي تضمنتها سلسلة مواصفات ISO 9000	22
101	تميز مقاييس الايزو عن بعضها البعض	23
106	فوائد تطبيق معايير الايزو 9000.	24
127	تصنيف العملاء بالنسبة للمنظمات	25
128	أبعاد التسويق الخدمي.	26
135	المزيج التسويقي واسع النطاق للخدمات	27
137	دورة حياة الخدمة	28
148	النظم الفرعية المكونة للنظام الكلي للمستشفى والمستفيدين من خدماتها.	29
154	نماذج التشابك القطاعي الدائري بين قطاعات للاقتصاد الكلي	30
156	مكونات أسواق الخدمات الصحية	31
173	نماذج البناء التنظيمي	32
180	الخطوات التنفيذية للإدارة بالأهداف	33
192	المقومات الأساسية لضمان استمرارية التزام العاملين بأسلوب إدارة الجودة الشاملة	34
193	تطبيق خطة إنسياب أسلوب إدارة الجودة الشاملة في وحدة الرعاية الصحية	35
194	القيم الجوهرية لإدارة الجودة الشاملة	36
202	الأبعاد الرئيسية للجودة حسب مفهوم ليوغو ارسوز	37
219	العناصر الأساسية لنموذج جوران للجودة	38
234	عمليات التخطيط الاستراتيجي	39
240	عملية تقييم الجودة	40
259	طريقة الاختيار الاستراتيجي الاستشفائي	41
273	تعداد المستخدمين من القطاع الطبي والشبه الطبي في الجزائر.	42
274	تصنيف وعدد إدارات المستخدمين في القطاع الصحي	43
276	توزيع الأطباء حسب القطاعين العام والخاص	44
283	الهيكل التنظيمي للمركز الإستشفائي الجامعي للبلدية	45
284	تدرج المكاتب تحت المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية	46

287	الوحدات الاستشفائية المشكلة للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية	47
293	توزيع الأسرة في عيادة بن بو لعيد	48
294	الهيكل التنظيمي للأسرة في وحدة امحمد يزيد	49
298	الإيرادات العامة للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية لسنة 2006	50
300	التنفقات العامة للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية لسنة 2006	51
308	(نسب الاستثمارات المسترجعة وغير المسترجعة	52
309	نسبة كل جنس في العينة المستجوبة	53
310	وظائف العينة المستجوبة	54
311	سنوات الخبرة لعينة المستجوبة	55
313	نسب الإجابات على تشجيع العمل بأسلوب الفريق	56
314	مدى تطبيق رؤية إستراتيجية	57
314	مدى توفر فرص التدريب	58
315	مدى إهتمام الإدارة بشؤون المستخدمين	59
316	نسب الإجابة على وجود تحسن مقارنة بالعام الماضي	60
316	نسب الإجابات على تحسين جودة العمل	61
318	نسب الإجابة على تحسين الجودة وفق متطلبات المرضى	62
319	نسب الإجابات على أهمية رضا العميل	63
319	مدى إشباع المستهلكين من الخدمات الصحية	64
321	مستوى إشراك المستخدمين في عملية اتخاذ القرارات	65
322	نسب إعلام المستخدمين بما يتعلق بجودة العمل	66
322	نسب تحسين جودة الأجهزة والمعدات الطبية	67
323	مدى مطالبة الإدارة مستخدميها بتسجيل نتائج العمل	68
323	نسب توفر المعلومات عن جودة العمل التمرضي	69
326	مدى معرفة وإدراك المستخدمين لمتطلبات المرضى	70
326	نسب مدى سرعة حل مشاكل المرضى	71
327	نسب توفر المعلومات عن جودة العمل التمرضي	72
328	نسب خلق الشعور بالمسؤولية نحو المجتمع لدى المستخدمين	73
328	نوعية العلاقة بين المسؤولين والمستخدمين	74

329	نسب توفر المعلومات عن جودة العمل التمريضي	75
330	نسب مطالبة المستخدمين بتغيير القيادة الإدارية معاملتها اتجاههم	76
332	نسب رضا المستخدمين على الأجر الذي يتقاضونه	77
333	نسب وجود الترقيات والحوافز	78
333	مدى دور الحوافز في الأداء الجيد للمستخدمين	79
334	نسب المستخدمين الذين يودون تغيير مهنتهم	80
334	مدى مشاركة المستخدمين لمسؤوليهم في اتخاذ القرارات	81
335	نسب الاستثمارات الموزعة على المرضى والزوار	82
336	نسبة كل جنس في العينة المستجوبة	83
337	المستوى المعيشي للعينة المستجوبة	84
338	صفة تواجد المستجوبين في المستشفى	85
340	صفة طريقة الاستقبال داخل المستشفى	86
340	رأي المرضى والزوار في معاملة الأطباء	87
341	معاملة السلك شبه الطبي للمرضى والزوار	88
341	معاملة باقي العمال مع المرضى والزوار	89
342	نسبة الردود على نظافة محيط المستشفى	90
343	رأي المريض والزائر في وسائل الراحة المسخرة	91
344	رأي المريض في نوعية الوجبات الغذائية المقدمة	92
345	رأي المريض في كمية الوجبات الغذائية المقدمة	93
346	نسب رضا المريض عن الرعاية الصحية والعلاج المقدم له	94
347	نسب الاختيار بين الهياكل الصحية العامة والخاصة للمريض	95
348	نسب تناسب تكاليف العلاج مع المستوى المعيشي للمريض	96
354	مبدأ سلمية الخدمات الصحية	97

قائمة الجداول

الرقم	الصفحة
01	أبعاد الجودة 21
02	الاختلاف بين المنشآت التقليدية ومنشآت الجودة الشاملة 35
03	عدد حلقات السيطرة النوعية المسجلة في نقابة العلماء و المهندسين اليابانيين 73
04	نطاق اهتمامات حلقات الجودة مرتبة وفقا لأهمية النسبة حسب نتائج الدراسات التي قام بها (JUSE) عام 1997. 86
05	سلسلة مواصفات الايزو (نماذج مختارة). 96
06	الاختلافات بين كل من إدارة الجودة الشاملة والايزو 9000 107
07	الاختلافات بين إدارة الجودة الشاملة والمعيار البريطاني للجودة 108
08	ملخص الخصائص المختلفة والمشاكل التسويقية الناتجة عنها والإستراتيجيات المقترحة في هذا الصدد 132
09	خصائص جودة الخدمة 211
10	المنشآت الصحية الاستشفائية المتوفرة لسنة 1996 260
11	تطور عدد السكان و حالات الزواج المسجلة في الجزائر 264
12	معدل الحياة لدى الجنسين في الجزائر 265
13	يوضح هذا الجدول النسب الوفيات حسب الجنس لكل 1000 شخص 266
14	تطور عدد المراكز والهيكل الاستشفائية في الجزائر 267
15	محتويات المراكز الاستشفائية الجامعية بالجزائر 268
16	عدد الهياكل الصحية التي تقديم الرعاية الصحية الأولية 269
17	ترتيب المراكز الاستشفائية الجامعة من حيث عدد الأسرة والداخلين للعلاج 270

	والأيام الاستشفائية لسنة 1999.	
271	عدد المستخدمين من الأطباء وشبه الطبي في القطاع العمومي لسنتي 1995 و 1996	18
272	تعداد المستخدمين من القطاع الطبي والشبه الطبي في الجزائر	19
273	تصنيف وعدد إطارات المستخدمين في القطاع الصحي	20
275	توزيع الأطباء حسب القطاعين العام والخاص	21
278	ميزانيات التسيير للمؤسسات الصحية من حيث مصادر تمويل المداخل بملايين الدينارات	22
279	تطور نفقات التسيير بملايير الدينارات	23
280	تطور نفقات الاستثمار بالنسبة للتربية والصحة بملايير الدينارات	24
288	تقسيم المستخدمين في مستشفى فرانتز فانون حسب المهنة والجنس	25
291	تصنيف وعدد المستخدمين في عيادة بن بولعيد لسنة 2006	26
292	عدد مرضى الاستعجالات الذين تم استقبالهم في عيادة بن بولعيد	27
292	عدد المرضى الذين تم استقبالهم في عيادة مصطفى بن بولعيد	28
294	تصنيف وعدد المستخدمين في وحدة امحمد يزيد لسنة 2006	29
295	عدد الفحوصات والعمليات الجراحية في وحدة امحمد يزيد لسنة 2005	30
296	عدد المستخدمين في وحدة جراحة الأسنان أحمد زبانة لسنة 2006	31
296	الإمكانيات ووحدة جراحة الأسنان أحمد زبانة لسنة 2006	32
297	الإيرادات العامة للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية لسنة 2006	33
299	النفقات العامة للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية لسنة 2006	34
301	تكلفة العلاج لسنتي 2004 و 2005 في المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية	35
303	عدد الأسرة للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية	36
304	عدد الداخليين للعلاج في المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية	37
305	عدد الأيام الاستشفائية للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية	38
306	عدد وفيات المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية	39
307	نسب الإستثمارات الخاصة بالمستخدمين	40
308	نسبة كل جنس في العينة المستجوبة	41

309	وظائف العينة المستجوبة	42
310	سنوات الخبرة لعينة المستجوبة	43
312	نسب الردود على التحسين المستمر	44
317	نسب الردود على مدى التركيز على العميل	45
320	نسب الردود على مدى اتخاذ القرارات بناء على المعلومات	46
325	نسب الردود على مدى دعم الإدارة العليا في تحقيق الجودة	47
331	نسب الردود على مدى تأثير الحوافز في الأداء	48
335	يوضح نسب و عدد الاستثمارات الموزعة على المرضى والزوار	49
336	نسبة كل جنس في العينة المستجوبة	50
337	المستوى المعيشي للفئة المستجوبة	51
338	صفة تواجد المستجوبين في المستشفى	52
339	نسب القسم الأول من الأسئلة الموجهة للمرضى والزوار	53
342	رأي المستجوبين في نظافة محيط المستشفى	54
343	نسبة الردود على وسائل الراحة ونوعية الوجبات في المستشفى	55
345	النسب التي تمثل رأي المريض في كمية الوجبات الغذائية	56
346	نسب رضا المريض عن الرعاية الصحية والعلاج المقدم له	57
347	نسب الاختيار بين الهياكل الصحية العامة والخاصة للمريض	58
348	نسب تناسب تكاليف العلاج مع المستوى المعيشي للمريض	59

الفهرس

ملخص

شكر

قائمة الأشكال

قائمة الجداول

الفهرس

13	.....	مقدمة
18	.....	1. المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة
19	.....	1.1. المفاهيم الأساسية للجودة
19	.....	1.1.1. الجودة في الإسلام
21	.....	2.1.1. تعريف الجودة
23	.....	3.1.1. أبعاد ومحددات الجودة
28	.....	4.1.1. الجودة والتكاليف
33	.....	2.1. إدارة الجودة الشاملة وتطور الفكر الإداري
36	.....	1.2.1. عموميات حول إدارة الجودة الشاملة
55	.....	2.2.1. أساسيات إدارة الجودة الشاملة
62	.....	3.2.1. العوامل والمتطلبات الأساسية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة
66	.....	4.2.1. الدور الهام لإدارة المنظمة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة
70	.....	3.1. حلقات الجودة
70	.....	1.3.1. نشأة وتطور فكر حلقات الجودة
76	.....	2.3.1. أساسيات تطبيق حلقات الجودة
84	.....	3.3.1. أهمية وأساليب حلقات الجودة
91	.....	4.3.1. علاقة حلقات ومعايير الجودة بمفهوم إدارة الجودة الشاملة
92	.....	4.1. المنظمة الدولية للمواصفات
93	.....	1.4.1. أهمية ومفاهيم المواصفات ومقاييس الجودة
99	.....	2.4.1. مقاييس الجودة العالمية ISO 9000
102	.....	3.4.1. المعايير الدولية للايزو 9000
107	.....	4.4.1. اختلاف إدارة الجودة الشاملة ومختلف المواصفات
110	.....	2. اقتصاديات الخدمات الصحية
111	.....	1.2. عموميات في تسويق الخدمات
111	.....	1.1.2. مفهوم تسويق الخدمات
122	.....	2.1.2. المؤسسات الخدمية
129	.....	3.1.2. خصائص الخدمات وتطبيقاتها التسويقية
138	.....	4.1.2. إستراتيجيات تسويق الخدمات
140	.....	2.2. مفاهيم الخدمات الصحية
140	.....	1.2.2. الخدمات الصحية والصحة

143.....	2.2.2. معايير تقديم الخدمات الصحية
145	3.2.2. منظمات الخدمات الصحية
150	3.2. تسويق الخدمات الصحية
150	1.3.2. مفهوم التسويق الصحي
155	2.3.2. تسويق المنتجات الصحية
161.....	3.3.2. تمويل الخدمات الصحية
164.....	4.3.2. مؤشرات الإنتاجية في قطاع الخدمات الصحية
167.....	4.2. إدارة منشآت الخدمات الصحية
168.....	1.4.2. مبادئ إدارة المستشفيات
170.....	2.4.2. وظائف إدارة المستشفيات
176.....	3.4.2. السجلات الطبية و السكريتاريا المنظمات الصحية
179.....	4.4.2. الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات
186.....	3. تطبيقات إدارة الجودة الشاملة على المنظمات الصحية
186.....	1.3. جودة الرعاية الصحية وإدارة الجودة الشاملة
186.....	1.1.3. مدخل إلى إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية
190.....	2.1.3. تطوير إدارة الجودة الشاملة في نظام الخدمات الصحية
197.....	2.3. خلفية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي
197.....	1.2.3. الخلفية التاريخية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية
201.....	2.2.3. مفهوم الجودة في قطاع الخدمات الصحية
.....	3.2.3. مقارنة بين نظامي إدارة الجودة الشاملة و الجودة النوعية في قطاع الخدمات الصحية ...
207.....	
208.....	4.2.3. أهمية إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية
208.....	3.3. العوامل المؤثرة على نظام الجودة في المنظمة الخدمية
209.....	1.3.3. تطبيق نظام الجودة في منظمة الخدمة
213.....	2.3.3. المهام الأساسية التي تواجه الخدمات
218.....	3.3.3. النماذج الأساسية لتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي
221.....	4.3. مشاكل وتكاليف منشآت الخدمات الصحية
221.....	1.4.3. المشكلة الاقتصادية والخدمات الصحية
223.....	2.4.3. التحليل الاقتصادي للتكاليف في منشآت الخدمات الصحية
230.....	3.4.3. التخطيط التسويقي و نظم المعلومات في قطاع الخدمات الصحية
237.....	4.4.3. ضمان الجودة وتحسينها في المنظمات الصحية
246.....	4. دراسة مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية
247.....	1.4. تكوين المؤسسات الإستشفائية في الجزائر
248.....	1.1.4. تاريخ منشأ القطاعات الصحية
250.....	2.1.4. تاريخ تطور النظام الصحي الاستشفائي
257.....	3.1.4. الأدوات والقواعد التي تمكن تسيير عصري للمؤسسات الصحية العمومية الجزائرية
258.....	4.1.4. الإستراتيجية الإستشفائية واستقلالية تسيير المنظمات الصحية الجزائرية
262.....	2.4. الاستشفاء وهاكل المنظومة الوطنية للصحة
263.....	1.2.4. النمو الديمغرافي والحركة السكانية في الجزائر
267.....	2.2.4. هياكل المنظومة الصحية الوطنية
271.....	3.2.4. إطارات ومستخدمي المنظومة الصحية بالجزائر

276	4.2.4. مداخيل ونفقات القطاع الصحي
280	3.4. المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية
280	1.3.4. نبذة تاريخية عن مستشفى فرانز فانون
287	2.3.4. الوحدات الاستشفائية للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية
297	3.3.4. الحركة المالية وإمكانيات المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية
307	4.4. تحليل الإستبيان والمقابلات
307	1.4.4. تحليل إستبيان المستخدمين
335	2.4.4. تحليل استبيان المرضى والزوار
349	3.4.4. تحليل الاستبيان الخاص بالمدير العام للمركز الإستشفائي الجامعي بالبلدية
352	4.4.4. المقابلات
357	خاتمة
362	قائمة المراجع

مقدمة

تتبلور أهم ملامح بيئة الأعمال في أن الأسواق المعاصرة أصبحت أسواقا شاملة، تتميز بالمنافسة الحادة بين المنشآت و هذا كمحاولة منها للوصول إلى إشباع احتياجات و متطلبات المستهلكين و إرضائهم بتمتعهم بالمزايا التنافسية التي تتيح لها الاحتفاظ بموقعها في الميادين التي تعمل بها .

و لذا على المؤسسة التي لديها الرغبة في البقاء و النمو مع التفوق، فما عليها سوى أن تتبنى فلسفة جديدة تركز على تقديم قيمة أعلى للمستهلك المستهدف.

و هذا ما جعل الاهتمام بالجودة ظاهرة عالمية حيث أصبحت المنظمات و الحكومات في العالم توليها اهتماما خاصا ، و أصبحت الجودة هي الوظيفة الأولى لأي منظمة و فلسفة إدارية و أسلوب حياة لتمكنها من الحصول على الميزة التنافسية حيث أصبحت الجودة سلاحا استراتيجيا للحصول على الميزة التنافسية . و قد أدى إدراك أهمية الجودة كسلاح استراتيجي للحصول على ميزة تنافسية إلى تبني فلسفة " إدارة الجودة الشاملة " و هي فلسفة قائمة على أساس مجموعة من الأفكار الخاصة بالنظر إلى الجودة على أساس أنها عملية دمج جميع أنشطة المنظمة و وظائفها ذات العلاقة للوصول إلى مستوى متميز من الجودة و تصبح مسؤولية كل فرد في المنظمة مما يرفع أداء المؤسسة .

ومن المنظمات التي تحتاج إلى ضمان الجودة في خدماتها ، منظمات الرعاية الصحية وليس ضمان الجودة وتحسينها في مجال الرعاية الصحية مفهوما جديدا، فهو نتيجة مباشرة لمبادئ الرعاية الصحية الأولية، أي العدالة، الإتاحة، التكامل، ومضمونية الاستمرار، والشراكة بين المجتمع وسائر الشركاء ، ويتطلب تحقيق ذلك أن يكون ضمان الجودة وتحسينها جزءا لا يتجزأ من مكونات الرعاية الصحية الأولية في جميع بلدان ، وان لا ينظر إليه على انه مهمة معقدة ومكلفة .

وإذا التفتنا إلى منظماتنا الصحية فإننا نجد بأنها بعيدة كل البعد عن معاني الجودة والأداء الفعال في القطاع الصحي، كما نجد الغياب التام للتسيير الفعال في هذا القطاع ومنه بالضرورة غياب حتمي لإدارة الجودة الشاملة.

وانطلاقاً من هذا التقديم العام جاء سؤالنا المحوري الذي نود الإجابة عنه في إطار إعدادنا لهذه المذكرة البحثية والمتمثل في:

هل يؤدي التطبيق الفعلي لإدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة والسماح بزفر المنظمات الصحية بشهادة الإيزو للجودة في الخدمات ؟
ولتذليل هذه الإشكالية أدرجنا تحتها الأسئلة الفرعية التالية:

- ما هي متطلبات وعوامل نجاح إدارة الجودة الشاملة في المنظمات ؟
- ما المقصود بإقتصاد الصحة و تسويق الخدمات الصحية في المنظمات الصحية ؟
- ما هي عوامل تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة المطبقة في المنظمات الصحية ؟
- هل تلتزم الإدارة العليا بتطبيق إدارة الجودة الشاملة؟ وتحقق بذلك إشباعاً للمستهلكين (تحقق احتياجات وتوقعات المرضى والموظفين في المنظمات الصحية) ؟

فرضيات الدراسة:

- وقصد الإجابة عن هذه التساؤلات أدرجنا الفرضيات التالية:
- الثقافة التنظيمية للمنظمة ودعم الإدارة العليا تساعد على تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
 - تعتبر المنظمة الصحية كباقي المنظمات التي تهدف إلى تسويق منتجاتها وإرضاء عملائها عن طريق سياسة إقتصادية وتسويقية تميزها عن باقي المنظمات.
 - إن إنخفاض التكاليف وتوفر الإمكانيات المالية والمادية يساعد على تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية.
 - إستخدام أدوات إدارة الجودة الشاملة بكفاءة ووجود لجان لتخطيط ومراقبة وتقييم نظام تسيير القطاع الصحي يساعد على تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية.

دوافع إختيار الموضوع:

- كما يرجع السبب إختيار الموضوع إلى:
- المعانات التي واجهتها أمة في الأيام الأولى من مدة إقامتها في المستشفى.
 - عدم تطبيق المنظمات الصحية الجزئية لمبادئ إدارة الجودة الشاملة.

- سوء العناية الصحية ونوعية الخدمات الصحية المقدمة في الجزائر.
- إدراك مزايا إدارة الجودة الشاملة حين تطبق في المنظمات.
- محاولة إثراء المكتبة الجامعية بمرجع جديد.

أهمية الموضوع:

- وتبرز أهمية الدراسة من خلال :
- أهمية القطاع الصحي
- أهمية التحسين في المستشفيات الحكومية محل الدراسة.
- أهمية إدارة الجودة الشاملة.
- قلة الدراسات المتعلقة بموضوع الدراسة.
- انحصار فكرة أن التسويق يكون في مجال السلعة والخدمات المدرة للأموال.
- أهمية الخدمة في دفع عجلة التنمية.

أهداف الموضوع:

- ويهدف موضوع الدراسة إلى:
- محاولة الوقوف على متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية.
- تقديم نموذج مقترح لتطبيق عوامل إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية (في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة) يمكن الإستفادة منه في التحسين المستمر للخدمات الصحية في القطاع الصحي .
- استخلاص الحلول للمنظمة في القطاع الصحي لرفع جودة خدماتها.

الدراسات السابقة:

وحسب اطلاع الباحث فإنه لم يصادف دراسات سابقة بهذا الموضوع ، مما زاد ذلك في عزمه على بذل مجهودات اكبر لتحقيق الأفضل.

المنهج المتبع:

والمنهج المتبع في هذه الدراسة تماشى وطبيعة البحث الذي يتمحور حول متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية.

وقد اعتمدنا في تحليل هذا الموضوع على استخدام المنهج الوصفي التحليلي بأسلوبه المسحي حيث يعتبر هذا المنهج ملائماً لهذا النوع من الدراسات، وذلك لإمكانية إستقصاء عدد كبير من آراء المستجوبين، كما أن هذا المنهج يقوم على تقديم وصف للظاهرة محل الدراسة ومن ثم تحليل نتائج الدراسة للربط بين متغيرات للوصول إلى أسبابها وإستخلاص النتائج ومن ثم تعميمها، وذلك من خلال معالجة الجانب النظري والجانب التطبيقي باحثين في ذلك على الجمع بين سهولة الطرح و الدقة في الإجابة على الإشكالية المطروحة .

حدود الدراسة:

تمّ اعتماد الدراسة من خلال الحدود الزمنية والحدود المكانية، فبالنسبة للحدود الزمنية فهي تتعلق بفترة الدراسة التي قمنا بإجرائها على المركز الاستشفائي الجامعي بالبلدية فرانتز فانون والتي كانت ممتدة من أوائل شهر جانفي إلى غاية 10 جوان 2006، يضاف إلى ذلك استعمال بعض السنوات في عملية تحليل نشاط المؤسسة .

أما بالنسبة للحدود المكانية الخاصة بالبحث فتتعلق بمكان إجراء الدراسة وهي المركز الإستشفائي الجامعي للبلدية، والذي يضم مستشفى فرانتز فانون و عيادة بن بو لعيد و عيادة طب الأسنان أحمد زبانة و مستشفى امحمد يزيد المدعوا سابقا بمستشفى متيجة ، يضاف إلى ذلك الزيارات الميدانية إلى المدرسة الوطنية للصحة العمومية .

هيكل وخطة البحث:

من أجل معالجة الإشكالية قمنا بتقسيم البحث إلى أربعة فصول، ثلاثة منها نظرية وفصل أخير تطبيقي كما يلي:

الفصل الأول: المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة؛

الفصل الثاني: اقتصاديات الخدمات الصحية

الفصل الثالث: تطبيقات إدارة الجودة الشاملة على القطاع الصحي

الفصل الرابع: دراسة إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الاستشفائي الجامعي بالبلدية فرانتز فانون.

ففي الفصل الأول تعرضنا إلى المفاهيم الأساسية للجودة ثم إلى إدارة الجودة الشاملة وتطور الفكر الإداري ثم إلى حلقات الجودة والمنظمة العالمية للجودة.

أما الفصل الثاني قد تطرقنا إلى عموميات في تسويق الخدمات بعد ذلك تعرضنا لمفاهيم

الخدمات الصحية ثم تسويق الخدمات الصحية و مؤشرات الإنتاجية في قطاع الخدمات الصحية

أما الفصل الثالث جودة الرعاية الصحية وخلفية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي ثم العوامل المؤثرة على نظام الجودة في المنظمة الخدمية ومشاكل وتكاليف منشآت الخدمات الصحية .

في حين تعرضنا في الفصل التطبيقي إلى تطور المنظومة الصحية في الجزائر ثم تعرضنا بعدها إلى الإمكانيات المادية والمالية والبشرية للمنظومة الصحية بالجزائر، بعدها قمنا بالتعرض للإمكانيات المادية والمالية والتنظيمية للمركز الإستشفائي الجامعي للبلدية بوحداثه الأربعة، خاتمين هذا الفصل التطبيقي بتحليل الإستبيان.

- صعوبات الدراسة

- تتلخص أهم الصعوبات التي واجهتنا عند إنجاز هذا البحث في النقاط التالية:
- صعوبة الحصول على المراجع المتخصصة وذات الصلة بالموضوع الشيء الذي كلفنا جهدا ووقتا كبيرا في الترجمة لتواجد مراجع متخصصة باللغة الأجنبية.
 - عدم التمكن من الحصول على الدراسات السابقة في الموضوع .
 - صعوبة الموافقة المبدئية للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية للقيام بالدراسة الميدانية خاصة وأن طبيعة الموضوع تتطلب ذلك بهدف استيعاب المعارف النظرية بشكل أحسن ومطابقتها مع واقع .
 - تخوف المسؤولين والمستخدمين وحتى المرضى من الإستبيان أو المقابلات التي أجريت، مما جعل الباحث يكرر ويغير من أسلوب الأسئلة الموجهة، ليدرك التباين في الإجابات ويدرك الصواب من الخطأ في إجابات المستجوبين.
 - صعوبة الحصول على البيانات المتعلقة بالدراسة الميدانية، وكذا الوثائق الإدارية والإحصائية التي ألزمتها الباحث استخدام أكثر من أسلوب للحصول عليها، وذلك بسبب التخوف من طبيعة البحث، والجهة المنتسب إليها.

الفصل 1

المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة

تتميز بيئة الأعمال التي تعمل فيها المنظمات بالتغيرات السريعة المتلاحقة والتطورات المتعاقبة، وتتبلور أهم ملامح هذه البيئة في أن الأسواق المعاصرة أصبحت أسواقا شاملة، تتميز بالمنافسة الحادة بين المنشآت و هذا كمحاولة منها للوصول إلى إشباع احتياجات و متطلبات المستهلكين و إرضائهم، بتمتعهم بالمزايا التنافسية للمنظمة التي تتيح لها الاحتفاظ بموقعها في الميادين التي تعمل فيها .

و لذا على المؤسسة التي لديها الرغبة في البقاء و النمو مع التفوق، أن تتبنى فلسفة جديدة تركز على تقديم قيمة أعلى للمستهلك المستهدف.

و هذا ما جعل الاهتمام بالجودة ظاهرة عالمية، حيث أصبحت المنظمات و الحكومات في العالم توليها اهتماما خاصا ، و أصبحت الجودة هي الوظيفة الأولى لأي منظمة و فلسفة إدارية و أسلوب حياة لتمكنها من الحصول على الميزة التنافسية، حيث أصبحت الجودة سلاحا استراتيجيا للحصول عليها، و قد أدى إدراك أهمية الجودة كسلاح استراتيجي للحصول على ميزة تنافسية إلى تبني فلسفة " إدارة الجودة الشاملة " و هي فلسفة قائمة على أساس مجموعة من الأفكار الخاصة بالنظر إلى الجودة على أساس أنها عملية دمج جميع أنشطة المنظمة و وظائفها ذات العلاقة للوصول إلى مستوى متميز من الجودة، و تصبح مسؤولية كل فرد في المنظمة مما يرفع أداءها .

وستتطرق من خلال هذا الفصل إلى أربعة جوانب أساسية تم ترتيبها على النحو التالي:

- المفاهيم الأساسية للجودة.
- إدارة الجودة الشاملة وتطور الفكر الإداري.
- حلقات الجودة.

- المنظمة الدولية للمواصفات ISO.

1.1. المفاهيم الأساسية للجودة

بالرغم من الإهتمام المتزايد بموضوع الجودة، إلا أن الملاحظ أن هناك اختلافات في تعريف الجودة وفقا لاختلاف وجهات النظر للكتابات في هذا الموضوع .
وعن حقيقة هذا الإهتمام والحديث عن تطبيق الجودة ومعاييرها في المنتج، فإن ديننا الحنيف كان أول من تكلم عنها وأمر بتطبيقها من خلال نصوص قرآنية وأحاديث نبوية و قدسية ، وبالتالي فإن أفكار المناهضين وفلاسفة الجودة ليست بالشيء الجديد عنا نحن المسلمين ، لأنه وكما سبق ذكره فإن هذا الأمر من صفات وشيم المسلمين، وسنؤكد ذلك في المطلب الموالي من خلال آيات بيّنات أوحيت إلى نبي هذه الأمة قبل أربعة عشر قرنا من هذا اليوم.

1.1.1. الجودة في الإسلام

ارتبطت الجودة بديننا الحنيف منذ الوهلة الأولى لخروج هذا الدين إلى الوجود، ويكفينا الاستدلال بآيات بينات لتأكيد ذلك، قال تعالى : " وأحسن كما أحسن الله إليك " (الآية 77 القصص) ، وقوله: " صنع الله الذي أتقن كل شيء " (الآية 88 النمل)، وقوله كذلك : " لقد خلقنا الإنسان في أحسن تقويم " (الآية 04 التين) [1] ص 20.

1.1.1.1. مفهوم الجودة في الإسلام

بداية جاءت الرسالة الإسلامية لتعبر عن دين الإسلام في أسمى مواقفه، وانضح وأكمل عطائاته وإرشاداته للإنسان كي يتفرغ لأمر الدين والدنيا بلا أضرار أو احتجاج، ومن هنا جاءت الرسالة المحمدية بالتشريع الكامل لكل جوانب الحياة ، كما كانت التمام لرسالات الأنبياء من قبل ويقول عليه الصلاة والسلام: " إنما بعثت لأتمم مكارم الأخلاق ".
ومن هنا ربما لا نجد غرابة في أن خلاصة الرسالة الإسلامية ، هو عبارة عن تكليف الله لعباده ومطالبتهم إياهم باتخاذ الموقف الأجود و الأمتثل في كل حركاتهم وسكناتهم ، أو مجمل عملهم ونشاطهم .

والمنتبع للنصوص القرآنية والأحاديث النبوية الشريفة، التي بثت في الفرد الرغبة والطاعة والعمل، من خلال التوصيات ، يجد أن غاية المشرع في المكلف ليس في مجرد الانصياع والقيام

بالعمل فقط ، ولكن يجد في ثنايا النصوص ولفظها وروحها، أن المرجو والمطلوب هو العمل المتقن وإحسان العمل.

وقد ورد هذا المعنى في نصوص صريحة مثل قول رسول الله صلى الله عليه وسلم: "إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه" ، وقوله : " إن الله كتب الإحسان على كل شيء " ، وكل شيء هنا تفيد العموم، والإحسان مرتبة أعلى من الإتقان [1] ص 16- 18.

2.1.1.1. ثوابت الجودة

بداية نقصد بجودة المنتج مطابقة المنتجات المصنوعة بالمواصفات الموضوعه، فإذا قلنا الجودة عن المواصفات فهذا مؤشر لعدم كفاءة الأداء وبنفس المنطق إذا زادت الجودة عن المواصفات الموضوعه، فتعتبر غير معبرة عن الأداء المطلوب ومن هنا جاءت الأهمية لتحديد ثوابت للجودة وهي كالاتي: [1] ص 16

- 1) أن تعريف الجودة هو التطابق مع احتياجات المستفيدين.
- 2) أن الجودة هي المنع والوقاية، وليست مجرد اكتشاف الأخطاء.
- 3) أن معيار الجودة هو اللاخطأ ، أو الخلو من العيوب.
- 4) أن مقياس الجودة هو التكلفة، وفي هذا المجال تفسر تكلفة الجودة بأنها التكلفة الناشئة عن الأخطاء.

3.1.1.1. أبعاد الجودة في الإسلام

لقد كانت هناك صعوبة في تحسين جودة أي منتج، و ظهرت بصورة أساسية في مدى إمكانية تحويل احتياجات العميل إلى خصائص قياسية عن طريق إتقان العمل والإخلاص في الأداء، كي نستطيع من خلالها الحكم على تمييز هذا المنتج عن غيره.

كما يدعوا الإسلام للتحسين والجودة والإتقان في العمل وجعل لمن يحسن عمله أطيّب جزاء، لقوله تعالى: " إنّا لا نضيع أجر من أحسن عملاً " الآية 30 من سورة الكهف ، وقوله تعالى: " ولتسنننّ عمّا كنتم تعملون " الآية 93 من سورة النحل.

ومن هنا تولدت الحاجة إلى تحديد أبعاد الجودة، وتقع المسؤولية في تحديد أبعاد الجودة على المسؤولين عن التسويق، وتترجم هذه الأبعاد بعد ذلك إلى متطلبات لتطوير منتج جديد، أو تحسين منتج موجود، حيث هناك ما يزيد عن تسعة أبعاد تظهر في الجدول التالي: [1] ص 27

الجدول رقم 01: أبعاد الجودة [1] ص 27

المعنى والمثال	البعد
خواص أولية للمنتج مثل وضوح الصورة.	الأداء
الخواص الثانوية أو السمات المضافة مثل التحكم من بعد.	السمات
مقابلة المواصفات أو نمطيات الصناعة، أو النمطيات المهنية.	المطابقة
تماسك الأداء عبر الوقت، متوسط الوقت لفشل الوحدة.	العولية
الحياة النافعة، بما في ذلك الإصلاح.	الاستدامة
التداخل من إنسان لآخر مثل المجاملة واللفظ والمودة.	الاستجابة
خواص حساسية.	الجمال
الأداء المسبق مثل الترتيب في المقدمة.	السمعة
زمن الانتظار في الخط، و زمن الإنتاج، و زمن إكمال الخدمة.	الزمن
ندرة التغيرات في مخرجات كل العمليات المكررة.	التجانس

2.1.1. تعريف الجودة

في حقيقة الأمر يجب الاتفاق على تعريف واضح للجودة داخل أي منظمة حتى يمكن قياس الجودة وتطبيقها على العمل، وهناك قول شائع في الإدارة " إذا لم تستطع قياسها فإنك لن تستطيع إدارتها " .

وقد قدم دافيد جرافن David gravin في كتابه الشهير Quality Managing خمسة مداخل لتعريف الجودة: [2] ص 11- 15

1.2.1.1. التعريف غير المحدد خارج نطاق الخبرة

يصعب وضع تعريف محدد لها وإنما يمكن معرفتها والاستدلال عليها، وهذا التعريف مبهم غامض لا يمكن قياسه ووضعه في مواصفات للتشغيل، وكثير من وظائف التصميم والإنتاج والخدمة تجد صعوبة في استخدام هذا التعريف كأساس لإدارة الجودة.

2.2.1.1. التعريف المبني على المنتج

وفقا لهذا التعريف فإن الجودة يتم تعريفها على أنها صفات أو خصائص يمكن قياسها ووضعها في صورة ومعايير قياسية يعتمد عليها التصميم ورقابة الجودة وقياسها.

3.2.1.1. التعريف المبني على المستخدم النهائي

يعرف هذا التعريف الجودة على أنها أمر فردي على تفضيلات المستخدم، التي يطلبها في السلعة أو الخدمة والمنتجات التي تقدم أعلى إشباع لهذه التفضيلات، وتعتبر هي المنتجات الأعلى جودة، ويعاب على هذا المدخل ما يلي :

- أن تفضيلات المستهلك متعددة ومن الصعب أن تتجمع جميع هذه التفضيلات في منتج واحد حتى يكون له قبول عام.
- قد يحدث عدم تطابق بين الجودة ورضاء المستهلك.

4.2.1.1. التعريف المبني على التصنيع

وفقا لهذا التعريف فإن الجودة تعرف على أساس أنها التوافق مع المواصفات و المتطلبات، والمواصفات تكون متعلقة بالممارسات التصنيعية والتشغيلية والهندسية، ويتم تحديدها من خلال التصميم، وأن أي انحراف عن هذه المواصفات يعتبر انخفاض في الجودة ، ويتم قياس الجودة طبقا للمعايير الموضوعية بواسطة المنظمة، ويمكن للمنتج أو الخدمة أن تحصل على الامتياز في الجودة طالما كانت مطابقة للمواصفات .

5.2.1.1. التعريف المبني على القيمة

يعتمد تعريف الجودة على أساس التكلفة والأسعار وعدد من الخصائص الأخرى، ويعتمد القرار الشرائي للمستهلك على الجودة والقيمة، والمنتج الأعلى جودة، لا يعني عادة الأفضل قيمة، فهذا اللقب "الأفضل جودة" يوصف المنتج أو الخدمة (الأحسن شراء) .

ويلاحظ أن التعاريف المختلفة للجودة تركز كلها على نواحي متعددة ومختلفة، ولا يمكن أن تبني كل قسم في المنظمة مفهوم خاص للجودة و إلا أدى هذا إلى تعارض ينتج عنه ارتفاع التكاليف و انخفاض رضاء المستهلك.

6.2.1.1. التعريف الحديث للجودة

تشير الجودة إلى قدرة المنتج أو الخدمة على الوفاء بتوقعات المستهلك، أو حتى تزيد توقعات المستهلك.

الجودة تعني حصول المستهلك على ما تم دفعه للحصول عليه من منافع، وقد تكون أحد الأسباب الرئيسية لانخفاض الجودة في منظماتنا راجع إلى تركيز معظم المنظمات على التكلفة والإنتاجية أكثر من اهتمامها بموضوع الجودة، وعادة تعرف الجودة وفقا لعدة أبعاد تتعلق برضاء المستهلك.

نستنتج من خلال التعاريف السابقة للجودة و المداخل المختلفة لمفهوم الجودة ، أن تلك التعاريف تتناول أبعادا مختلفة من نفس الظاهرة ، و من ثم يبدو المنطق في وصف الجودة بأنها شاملة، إذ تشمل كافة أبعاد السلعة أو الخدمة سواء من حيث التصميم أو التصنيع، أو الأداء أثناء الاستعمال ، كل ذلك بهدف رئيسي هو إشباع حاجات و رغبات المستهلك للسلعة أو الخدمة و الوفاء بمتطلبات تحقيق أعلى مستوى من التوافق بين أداء السلعة أو الخدمة، و بين مستوى حاجات و تطلعات المستهلك [3] ص 18.

3.1.1. أبعاد ومحددات الجودة

تعتبر الجودة محصلة لمجموعة من الأبعاد كما أن لها محددات تستطيع بها المنتجات أو الخدمات أن تحقق الهدف المنشود، وقد اختلف الكتاب في تعداد أبعاد الجودة، غير أنهم اختلفوا في معظمها وقد تم تحديدها كما يلي:

1.3.1.1. أبعاد الجودة

إن أي عمل بشري لا يمكن أن يرقى إلى درجة الكمال المطلق ، فأعمال البشر سواء كانت فردية أو جماعية قد يعترها النقص و الخلل ، بدرجات متفاوتة ، إلا أن السعي للوصول إلى درجة عالية من الإتقان في العمل، هدف إستراتيجي في أي مجال من المجالات ، و عندما تعاني إحدى المؤسسات بعضا من جوانب الخلل و القصور، فيجب على القائمين عليها البحث عن هذه الجوانب ، و تحري طرق العلاج بأساليب علمية صحيحة .

و لتحسين جودة المنتج ، يتطلب إيجاد طرق جديدة لإدارة العمل ، فلم تعد الإدارة مجرد إصدار الأوامر للموظفين ، و لكن المطلوب منهم التفكير و المشاركة بجدية في عملية الإدارة و

تنظيم العمل ، و السعي للوصول إلى درجة عالية من الإتقان و إنجاز العمل بدرجة عالية من الجودة فكان ما سبق منطلق لأبعاد و محددات الجودة و التي يمكن ذكرها كما يلي : [2] ص 16

1.1.3.1.1. الأداء

و يشير هذا البعد إلى الخصائص الأساسية في المنتج أو الخدمة مثل السرعة و التنافسية.

2.1.3.1.1. الاعتمادية

و يشير هنا إلى الاتساق في الأداء ، و يجب أن يكون هناك درجة من الاعتمادية و الثقة في أداء المنتج أو الخدمة (عدم تكرار الأعطال و أن تكون جاهزة وفقا للطلب).

3.1.3.1.1. الصلاحية

" الفترة الزمنية " و يشير هذا إلى مدة بقاء المنتج أو الخدمة (مدة البقاء أو الصلاحية ممثلة في عدد الأيام. المقاومة للصدأ، مدة العمل خلال فترة حياة المنتج) .

4.1.3.1.1. الخصائص الخاصة

و يشير هنا هذا البعد إلى خصائص إضافية للمنتج أو الخدمة مثل الأمان والسهولة في الاستخدام أو التكنولوجيا العالية.

5.1.3.1.1. التوافق

و يشير هذا البعد إلى المدى الذي تستجيب فيه أو كيف يتوافق المنتج أو الخدمة مع توقعات المستهلك، و الأداء الصحيح من أول مرة و ماله من أثر على تحسين فاعلية العملية التسويقية.

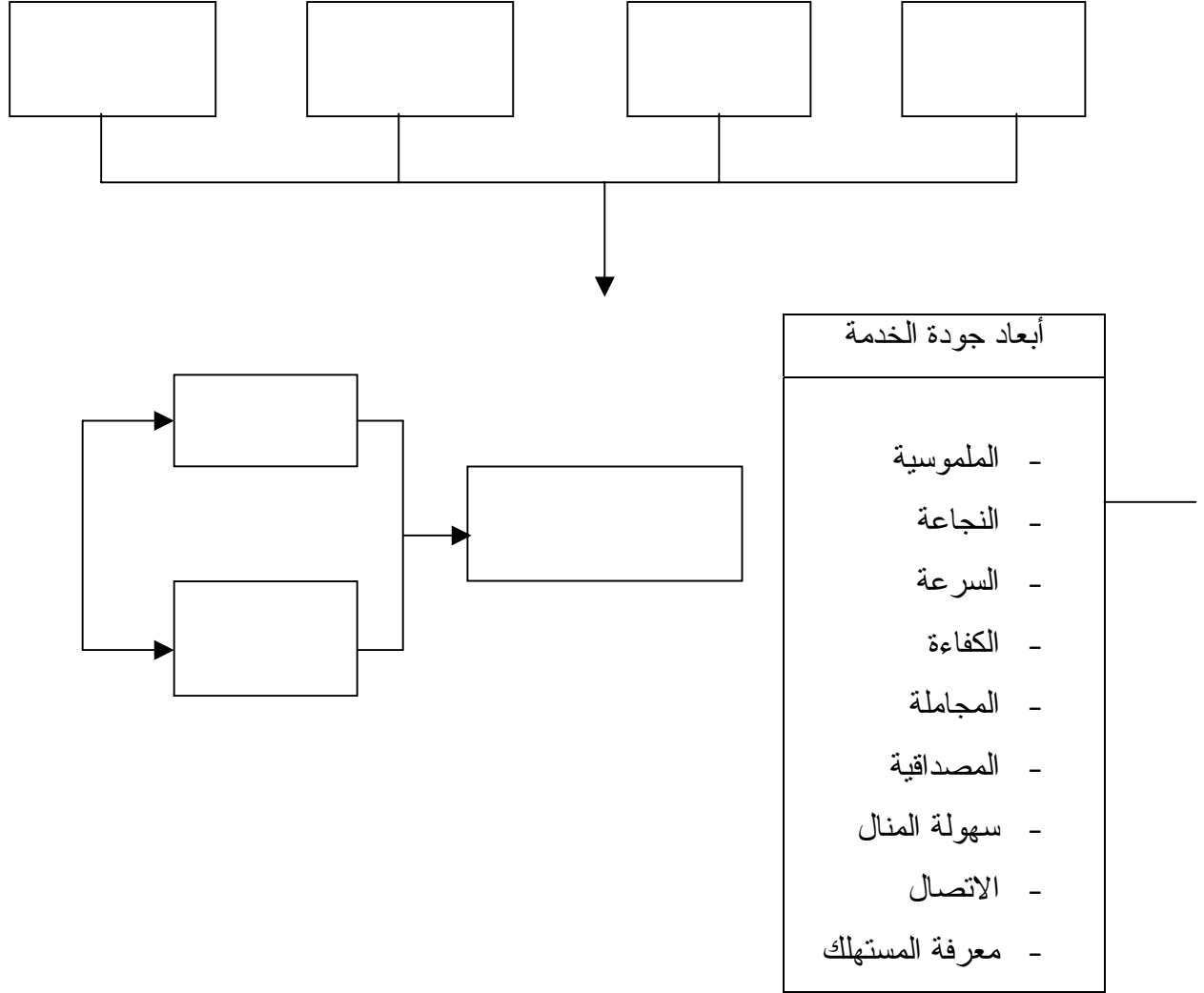
6.1.3.1.1. خدمات ما بعد البيع

و يشير هذا البعد إلى أنواع خدمات ما بعد البيع، مثل معالجة شكاوى المستهلكين أو التأكد من رضا المستهلك و عادة ما تستخدم بعد الأداء و الاعتمادية و التوافق و الخصائص الخاصة في الحكم على ملازمة المنتج للاستخدام بواسطة المستهلك، و يلاحظ أن البعد الخاص بالثقة و الاعتمادية في الحكم على جودة السلعة أو الخدمة له أهمية خاصة في مفهوم الجودة الحديثة، خصوصا في مجال جودة الخدمات، خاصة تلك التي تتعلق بحياة المستهلك أو الطيران أو المال أو الإصلاح، فغالبا ما يهتم المستهلك بقدرة المنظمة على أداء الخدمة بالشكل الذي توفر له درجة عالية من الصحة و الدقة و خلوها من الأخطاء.

و هذا البعد يحقق فائدة أيضا للمنظمات مثل ما يحققه للأفراد ، فيمكن للمنظمات أن تحقق

مميزات تنافسية من خلال الاهتمام بزيادة الثقة في جودة خدماتها، عن طريق زيادة فعالية

الإستراتيجيات التسويقية التي تؤدي إلى زيادة حصتها السوقية و تحقيقها الزيادة الإنتاجية ، مما ينعكس على زيادة الأرباح للمنظمة .



شكل رقم 01: نموذج وأبعاد الجودة [4] ص 36.

2.3.1.1. محددات الجودة

إن الدرجة التي تستطيع بها المنتجات أو الخدمات أن تحقق الغرض الأساسي من تقديمها

تعتمد على أربع محددات و هي: [5] ص

- التصميم.
- التوافق مع التصميم .

- سهولة الاستخدام.
- الخدمة ما بعد التسليم .

1.2.3.1.1. التصميم

يشير التصميم إلى غرض المصمم في تضمين بعض الخصائص أو عدم تضمينها في المنتج أو الخدمة، و يجب أن يأخذ المصمم متطلبات المستهلك في الاعتبار بالإضافة إلى القدرات الإنتاجية أو التصنيفية للمنتج أو الخدمة، و اعتبارات التكاليف عند التقييم للمنتجات و الخدمات .

2.2.3.1.1. التوافق مع التصميم

أو ما يسمى بجودة التطابق، و يشير هذا المحدد إلى درجة تطابق المنتج أو الخدمة أو تحقيقها لغرض التصميم، و هذه بدورها تتأثر بمجموعة من العوامل، مثل القدرات الإنتاجية، كقدرة الآلات و المعدات و مهارة العاملين و التدريب و الحوافز، كما تعتمد أيضا على عمليات المتابعة و الرقابة لتقييم عملية التطابق و تصحيح الانحرافات في حالة حدوثها .

3.2.3.1.1. سهولة الاستخدام

إن سهولة الاستخدام و توافر العمليات و الإرشادات لمستهلك عن كيفية استخدام المنتجات، لها أهمية قصوى في زيادة قدرة المنتجات على الأداء بطريقة سليمة و آمنة، وفقا لما هو مصمم لها.

4.2.3.1.1. خدمات ما بعد التسليم

من الأهمية بما كان من وجهة نظر الجودة المحافظة على أداء المنتج أو الخدمة كما هو متوقع و هنالك الكثير من الأسباب التي قد تؤدي إلى اختلاف الأداء عما هو متوقع، و في هذه الحالات لابد من أخذ التصرفات التصحيحية التي تضمن الأداء وفقا للمعايير الموضوعية .

3.3.1.1. النتائج المترتبة على رداءة الجودة

تؤثر الجودة الرديئة للمنتجات أو الخدمات على المنظمات وخاصة في النواحي التالية: [2]

ص 19- 20

1.3.3.1.1. فقدان العميل

قد تؤدي الجودة الرديئة للمنتجات أو الخدمات إلى خسارة المنظمات وفقدان القدرة على الاستمرار، فعادة تؤثر هذه الجودة الرديئة على سمعة المنظمة، وتدمر صورتها في ذهن المستهلكين، وقد يؤدي هذا إلى تناقص حصتها السوقية أو الخسارة وترك مجال العمل.

2.3.3.1.1. المسؤولية عن الأخطاء المتحملة

إن هناك جانب هام يتعلق برداءة الجودة، بالمسؤولية المالية للمنظمة عن أي أخطاء تحدث نتيجة الإصابات أو الحوادث الناتجة عن استخدام منتجات معينة، سواء كان هذا راجع إلى التصميم الرديء أو رداءة الصناعة.

3.3.3.1.1. الإنتاجية

الإنتاجية والجودة لهما صلة وثيقة ببعضهما البعض، بل إن هناك رأي بأنهما وجهان لعملة واحدة، فإن المحافظة على الجودة وتحسينها وصيانتها يؤديان إلى تأثير إيجابي على الإنتاجية. وبالمثل فإن الجودة الرديئة تؤثر على الإنتاجية، وقد كان هناك اعتقاد بأن ارتفاع الجودة يؤدي إلى زيادة التكلفة وتخفيض الإنتاجية، ولكن هذا اعتقاد ثبت خطؤه ويمكن الجمع بين تحسين الجودة والإنتاجية، مما يؤدي إلى تعظيم القدرة التنافسية للمنظمات.

4.3.3.1.1. التكاليف

تؤدي الجودة الرديئة إلى زيادة أنواع معينة من التكاليف التي تتحملها المنظمة، خاصة تلك التكاليف المتعلقة بالوحدات المعيبة، وتكاليف إعادة الإنتاج، وتكاليف الفحص والنقل والتعامل مع شكاوى العملاء، والتكاليف المتعلقة بالخصم الذي يمنح على المنتجات ذات الجودة الرديئة.

4.3.1.1. الإجراءات العملية لضبط النوعية

يمكن تصنيفها إلى الإجراءات الأساسية التالية: [6] ص 273.

1.4.3.1.1. توفير الإرشادات الفنية

بعد الانتهاء من عملية تحديد المواصفات المطلوبة تقوم الإدارة بتوفير الإرشادات جملة من الأمور كأنواع المواد المستخدمة في صناعة البضاعة وأبعادها المختلفة.

2.4.3.1.1. المتابعة المستمرة لمواصفة المنتج

يجب أن تتخذ الإجراءات اللازمة لمتابعة مواصفات المنتجات التي تقوم المصانع بإنتاجها، وهذا يتطلب تكليف أشخاص مختصين وذوي خبرة في مجال تطبيق المواصفات، لمتابعة عملية التصنيع وفقا للمواصفات المحددة.

3.4.3.1.1. مقارنة المواصفات الفعلية مع المواصفات المحددة

إن المتابعة المستمرة لمطابقة المنتج مع المواصفات المحددة، تبين مدى الانحراف في المواصفات، وفي حالة حصول هذه الانحرافات، يجدر بالإدارة أن تعمل على كشف الأسباب أو الأخطاء ومعالجتها بالسرعة الفائقة واتخاذ الخطوات التصحيحية.

4.4.3.1.1. الإجراءات التصحيحية

إن هذه الإجراءات تتخذ عند الانحراف عن المواصفات المثبتة للمنتج ، وذلك بمعرفة الأسباب التي أدت إلى الانحراف في الجودة، فقد تكون بسبب عدم صلاحية المواد أو عدم كفاءة العامل أو إهمال المشرفين، هذا يتطلب إعادة تدريب العمال والمشرفين وضبط الآلات والمعدات إذا كانت هي السبب لهذه الانحرافات أو استخدام مواد جديدة تختلف عن المواد السابقة تبعا للجودة.

5.4.3.1.1. مراقبة الجودة

مراقبة الجودة هي استخدام الأساليب والأنشطة في تحقيق تحسين للجودة المنتجة أو الخدمة، وتشمل تكامل الأساليب والأنشطة المرتبطة بها، وهي:

- 1- مواصفات يكون هناك حاجة إليه.
 - 2- تصميم المنتج أو الخدمة.
 - 3- إنتاج أو تشييد لمقابلة المعاني الكاملة للمواصفات.
 4. الفحص لتحديد مطابقة المواصفات .
 - 5- مراجعة الاستخدام لتوفير معلومات لمراجعة المواصفات إذا ما لزم ذلك.
- استغلال هذه الأنشطة يوفر أفضل منتج أو خدمة للعمل بأقل تكلفة، ويجب أن يستمر الهدف لتحسين الجودة بمراقبة الجودة إحصائيا، هو أحد فروع مراقبة الجودة وهو تجميع وتحليل، وتفسير بيانات لاستخدامها في أنشطة مراقبة الجودة.
- وبينما يزيد التركيز على المزيد من منهج إحصائي لمراقبة الجودة، إلا أن هذا ليس إلا جزءا فقط من الصورة الكلية، فمراقبة العلمية إحصائيا ومعانية القبول هما جزءان رئيسيان من مراقبة الجودة إحصائيا، ويلزم عدد من الأساليب المختلفة [7] ص 26.

4.1.1. الجودة والتكاليف

يرتكز اهتمام المنتج على إنتاج السلعة أو الخدمة بأقل تكلفة ومستوى الجودة الذي يلاءم ويقبله العميل، والذي يتوقف بدوره على مستوى جودة كل من التصميم والتنفيذ.

1.4.1.1. جودة المنتج والعوامل المؤثرة فيها

رغم تقدم التقنيات المستعملة في الإنتاج ، ورغم الاهتمام المتزايد بتحقيق رغبات الزبائن والوصول إلى أعلى نسبة لرضا العميل على جودة المنتجات ، إلا أن تحقيق ذلك يتطلب وقتا

وإمكانيات وتدرج في العملية الإنتاجية، التي تحقق الجودة المرجوة، وذلك لا يكون إلا بالوصول إلى جودة في تصميم المنتج وجودة في تنفيذ المنتج.

1.1.4.1.1. جودة تصميم المنتج

تمثل جودة تصميم المنتج في أبعاده ودرجة دقته ومظهره الخارجي، كما تبنتها المواصفات الخاصة به، بينما تمثل جودة التغير بمدى مطابقة المنتج بعد صناعته بالمواصفات الموضوعية أو المحددة [7] ص 268.

وتتأثر جودة التصميم بارتفاع التكاليف مما يتطلب: [8] ص 80

- مواد ذات مستوى جودة مرتفع.
- أساليب إنتاج أكثر دقة.
- عمال ذوي مستوى مهارة عالية.
- أزمنة تقنيش أطول.

2.1.4.1.1. جودة تنفيذ المنتج

جودة تنفيذ المنتج هي درجة مطابقة المنتج للمواصفات وهي تعتمد على عنصرين

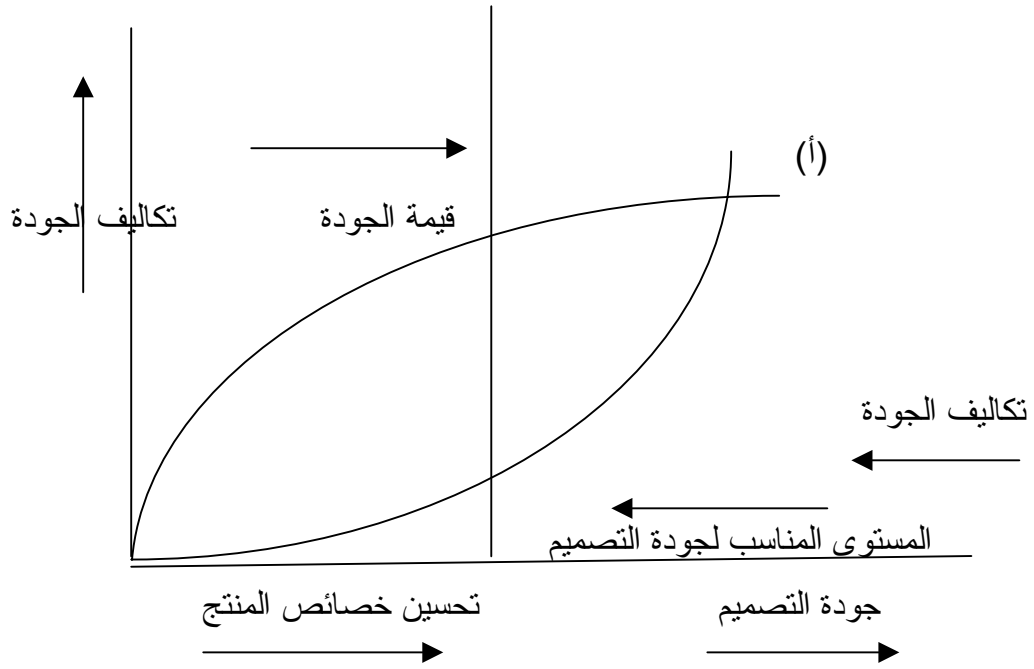
أساسيين: [6] ص 270

- إمكانية الأقسام الإنتاجية لوضع المواصفات المطلوبة قيد التنفيذ.
- إمكانية إدارة السيطرة النوعية لضبط جودة الإنتاج ومدى المطابقة مع المواصفات والتحكم فيها.

وتتخفف التكاليف بارتفاع جودة التنفيذ لأن ذلك يقلل الفاقد الناتج عن: [8] ص 80

- تخزين المواد.
- العمالة والمواد المنصرفة على إعادة تشغيل المنتجات المعيبة.
- الأعباء الناتجة عن زيادة طاقة الوحدة الإنتاجية لإصلاح المنتجات المعيبة.
- زيادة تكاليف التقنيش.
- الخصم الناتج عن بيع المنتجات كدرجة ثانية.
- إستقصاء مسببات العيوب.

والشكل التالي يبين العلاقة بين تكاليف الجودة وقيمة الجودة:



شكل رقم 02: العلاقة بين تكاليف الجودة وقيمة الجودة [8] ص 81.

يوضح الشكل السابق أنه بتحسين بعض خصائص المنتج ترتفع قيمته بتكاليف بسيطة ، ويستمر الارتفاع في القيمة والتكاليف بزيادة الجودة ولكن معدل ارتفاع التكاليف يزيد بينما يقل معدل ارتفاع القيمة، ولذا فإن معدل المستوى الأمثل لدرجة الجودة في التصميم هي عند مستوى (أ) لأن الفارق بين قيمة الجودة وتكاليفها أكبر ما يكون عند هذا المستوى. كذلك يوضح الشكل انه لا داعي لتحسين المعدل تحسينا يتطلب تكاليف كثيرة لإنتاجه، حينما لا يتناسب مع ما يضيفه هذا التحسين إلى قيمة المنتج مع الزيادة في التكاليف [8] ص 81.

2.4.1.1. تكاليف ضبط الجودة

يمكننا قياس الجودة من خلال التكلفة ، و تعني التكلفة جميع التكاليف التي تحدثها العيوب و تصحيح الأداء تقدير الحالة المالية ، فعلى سبيل المثال وضع " تونكس " تقسيما للتكاليف المتمثل في ما يلي: [9] ص

1.2.4.1.1. تكلفة التقويم

ترتبط هذه التكلفة بالاختبارات الداخلية، الرقابة و التنظيم و الفحص و الإشراف و إعداد التقارير.

2.2.4.1.1. تكلفة الأخطاء

ترتبط هذه التكلفة بالعيوب التي ظهرت خلال عمليات الإنتاج أو في مرحلة إعداد الخدمة للعميل.

3.2.4.1.1. تكلفة الفشل

ترتبط التكلفة بعد استلام العميل لسلعة غير صالحة، أو خدمة غير جيدة، و تكون هذه التكلفة من نوع التكاليف المباشرة عندما يتم الإصلاح أو الاستبدال.

4.2.4.1.1. تكلفة فقدان العميل

ترتبط هذه التكلفة عندما لا يتم تلبية توقعات العميل و رغباته مما يؤدي إلى أن العميل سيضطر إلى البحث عن منشأة أخرى تلبى رغباته و احتياجاته و بالتالي فإن المنشأة تخسر لفقدانها هذا العميل .

5.2.4.1.1. تكلفة الوقاية

إن هذه التكلفة ضرورية لضمان أداء العميل بصورة صحيحة و تلبية توقعات العميل في جميع الأحوال .

3.4.1.1. الإجراءات العملية لضبط النوعية

إن الخطوات والإجراءات التي تتخذها الإدارة لغرض الالتزام بالمواصفات المثبتة لمنتجاتها يمكن تصنيفها إلى أربعة أنواع هي: [6] ص 273

1.3.4.1.1. توفير الإرشادات الفنية

بعد الانتهاء من عملية تحديد المواصفات المطلوبة، تقوم الإدارة بتوفير الإرشادات الفنية إلى العاملين في الأقسام الإنتاجية و تتضمن هذه الإرشادات جملة من الأمور كأنواع المواد المستخدمة في صناعة البضاعة و أبعادها المختلفة.

2.3.4.1.1. المتابعة المستمرة لمواصفات المنتج

يجب أن تتخذ الإجراءات اللازمة لمتابعة مواصفات المنتجات التي تقوم المصانع بإنتاجها، وهذا يتطلب تكليف أشخاص مختصين وذوي خبرة في مجال تطبيق المواصفات لمتابعة عملية التصنيع وفق المواصفات المحددة .

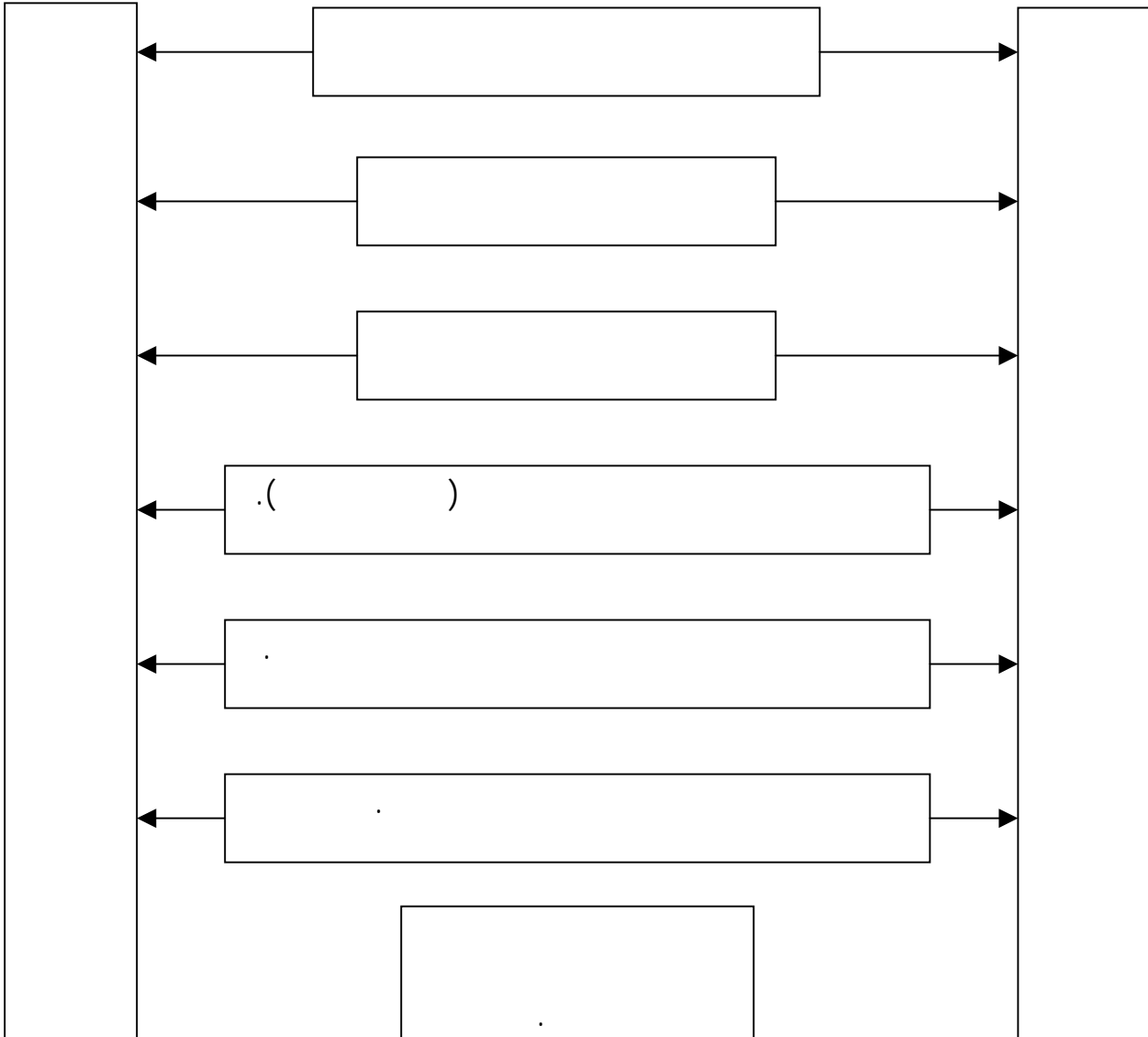
3.3.4.1.1. مقارنة المواصفات الفعلية مع المواصفات المحددة

إن المتابعة المستمرة لمطابقة المنتج مع المواصفات المحددة، تبيّن مدى الانحرافات التي يجدر بالإدارة أن تعمل على كشف الأسباب أو الأخطاء ومعالجتها بالسرعة الفائقة واتخاذ الخطوات التصحيحية.

إن الانحراف عن المواصفات المثبتة للمنتج تتطلب اتخاذ إجراءات تصحيحية وهي المرحلة الرابعة في الإجراءات .

ولضمان الجودة أو النوعية المرغوب فيها يجب إجراء عملية تخطيط للجودة التي تمر عبر

الخطوات الموضحة في الشكل الموالي: [10] ص 48



4.4.1.1. مراحل السيطرة النوعية

يمكن تحديد مراحل السيطرة النوعية كما يلي: [6] ص 274

- تحديد الإدارة العليا للسياسة العامة للمنتج ونوعيته في ضوء حاجة السوق الذي تسعى لإشباعه.
- وضع التصاميم الهندسية التي تراعي السوق المستهدف والإمكانات المتاحة للمنشأة.
- إجراء عمليات الفحص والتفتيش على المواد الأولية وعمليات التصنيع للتأكد من مراعاتها للمواصفات المحددة.
- السيطرة على نوعية المنتج النهائي و التأكد من ملائمته للاستعمال ومطابقته للمواصفات الموضوعية وتحقيق الأداء الجيد.

ومن هذه المراحل يتضح أن السيطرة النوعية لا تقتصر على عمليات الفحص والتفتيش وإنما هي مجموعة من العمليات المترابطة، تبدأ من قيام إدارة المنشأة بوضع السياسات والخطط التي تهدف إلى ضمان النوعية وتطويرها وتنتهي بتنفيذها من قبل قسم السيطرة النوعية والأقسام التي بإمكانها أن تؤثر في النوعية.

2.1. إدارة الجودة الشاملة وتطور الفكر الإداري

تعتبر الممارسات الإدارية التي نراها اليوم في مجال الأعمال، والطريقة التي تضع بها المنظمات إستراتيجياتها وخطتها وسياساتها وإجراءاتها وأنماط سلوكها الإداري، وأيضاً سمات ومظاهر ثقافتها التنظيمية، جميعها أمور تمثل تراثاً لنظريات الإدارة في المرحلة التي تمت فيها، وفي هذا الجزء يهمنا أن نوضح موقع إدارة الجودة الشاملة في مسيرة التفكير الإداري [11] ص 35.

والشكل التالي يصور إدارة الجودة الشاملة وتطور فكر الإدارة عبر مسيرته التاريخية:]

[12] ص 543

جدول رقم 02: الاختلاف بين المنشآت التقليدية ومنشآت الجودة الشاملة [13] ص 14.

منشآت الجودة الشاملة	المنشآت التقليدية
<p>- الهيكل التنظيمي مسطح ومرن واقل تعقيدا.</p> <p>- التركيز على التطوير المستمر في الأنظمة والعمليات عملا بمبدأ الإصلاح قبل أن يحدث الكسر.</p> <p>- ينظر العاملون إلى رؤسائهم نظرتهم إلى المدرب أو المسير للأمور، وينظر إلى المدير على انه القائد.</p> <p>- تتحول علاقات الرئيس بالمرؤوسين إلى علاقات مبنية على الاعتماد والثقة المتبادلة و الالتزام من الجانبين.</p> <p>- التركيز على الجهة الاجتماعية حيث تسود روح الفريق.</p> <p>- تنظر الإدارة إلى العمل على انه أصل من الأصول و إلى التدريب على انه استثمار.</p> <p>- تطلب المنشأة من عملائها توصيف الجودة وتطور مقاييس لتحديد ما إذا كان تم التوصل إلى متطلبات وتوقعات العملاء.</p> <p>- تبنى القرارات على أسس من الحقائق والأنظمة.</p>	<p>- الهيكل التنظيمي هرمي يتصف بالجمود في خطوط السلطة والمسؤولية.</p> <p>- التركيز على إبقاء الوضع الكائن وعدم إصلاح ما لم ينكسر.</p> <p>- ينظر العاملون إلى رؤسائهم نظرتهم إلى الحاكم بأمره أو الشرطي الرقيب.</p> <p>- تتصف علاقات الرئيس بالمرؤوسين بصفات التواكل والحقوق والسيطرة .</p> <p>- التركيز على الجهود الفردية حيث تسود المنافسة بين الأفراد.</p> <p>- تنظر الإدارة إلى عناصر العمل والتدريب على أنها عناصر تكلفة.</p> <p>- تحدد ماهية الجودة و ما إذا كان تم التواصل إلى مستويات هذه الجودة.</p> <p>- تبنى القرارات على المشاعر والأحاسيس التفائنية.</p>

1.2.1.1. عموميات حول إدارة الجودة الشاملة

لقد أسهمت اليابان إسهاما فاعلا في تصعيد وتأثير النهوض في ميدان العمليات الإنتاجية بشكل عام، وكان للنوعية أهمية خاصة في مضمار التطورات التي أصبحت مثارا لاهتمام كافة الاختصاصيين والباحثين في مختلف المجتمعات الإنسانية المتقدمة والناهضة على حد سواء . وكان للنوعية أثر بارز وهام سيما ظهور الفكر النوعي الشامل و بروز ظاهرة إدارة الجودة الشاملة Total Quality Management التي أصبحت الآن وفي أوائل القرن الحادي والعشرون تشكل أهمية كبيرة في تحقيق أهداف المنظمات الإنسانية على الصعيد الإنتاجي والخدمي على حد سواء [6] ص 71.

1.1.2.1. مفهوم إدارة الجودة الشاملة

تتركز فلسفة إدارة الجودة الشاملة على العديد من المفاهيم التي تشكل إطارها ومفهومها وفلسفتها، أهم تلك المفاهيم نستعرضها بإيجاز فيما يلي: [11] ص 545- 546

1.1.1.2.1. الجودة من أجل الربح

فما زال هناك اهتمام كبير لتحسين موقف الربحية من خلال تحسينات الجودة للسلع والخدمات .

2.1.1.2.1. أداء العمل بطريقة صحيحة من أول مرة

ويمثل هذا المفهوم المترکز الرئيسي لإدارة الجودة الشاملة وهذا يؤدي إلى تحقيق أدنى حد ممكن من العيوب ومن ثم الوصول إلى هدف العيوب الصفرية، وفي هذا المعنى يذكر كروسبي أن هدف إدارة الجودة هو وضع نظام يمنع العيوب من الحدوث في دورة أداء الشركة .

3.1.1.2.1. تكلفة الجودة

ووفقا لمنطق إدارة الجودة الشاملة فإن تكلفة الجودة هي بشكل مختصر جميع تكاليف الأعمال المتعلقة بتحقيق جودة السلعة أو الخدمة، ومعنى ذلك أنها تتضمن تكاليف الوقاية، التقييم، الفشل الداخلي، الفشل الخارجي، احتياجات المستهلك و الفرص الضائعة.

4.1.1.2.1. التمييز التنافسي

ونعني بهذا المفهوم محاولات الإدارة المستمرة التي تساعد على تقوية مركزها التنافسي وان تستخدم مختلف المعلومات في تصميم خطة عملية لتحقيق شهرة واسعة في السوق.

5.1.1.2.1. مشاركة جميع الأفراد

في الحقيقة كل فرد مشترك في توليد الأخطاء والعيوب ولهذا فإن مدخل إدارة الجودة الشاملة يؤكد على ضرورة مشاركة الجميع بدءاً من المديرين ومروراً برؤساء الأقسام ووصولاً إلى العاملين .

6.1.1.2.1. التعاون في فريق العمل

اليابانيون يؤمنون إيماناً راسخاً في التعاون، فليس هناك اختلاف في الوضع بين المهندسين ذوي المعرفة النظرية والعاملين ذوي المعرفة التطبيقية، فكل النوعين من المعرفة أساسي للتقدم والتطور .

7.1.1.2.1. الملكية وعناصر الإدارة الذاتية

ويقصد بذلك أنه إذا كان غير ممكن لمعظم الأفراد أن تكون لهم ملكية تجارية في المنظمة التي يعملون فيها، فإنه يمكن على الأقل أن يتمتعوا بالملكية النفسية في العمل.

8.1.1.2.1. عملية تسليم الجودة

إن إدارة الجودة الشاملة ليست مهتمة فقط بجودة السلع أو الخدمة في مراحلها النهائية بل إنها تتطلب تطبيق نظم جديدة، وهو ما يطلق عليه عملية تسليم الجودة، وهي التسمية العامة والشاملة لهذا النظام.

وتعد إدارة الجودة الشاملة من أكثر المفاهيم الفكرية الفلسفية الرائدة التي استحوذت على الاهتمام الواسع من قبل الاختصاصيين والباحثين والإداريين والأكاديميين، الذين يعنون بشكل خاص في تطوير وتحسين الأداء الإنتاجي والخدمي في مختلف المنظمات الإنسانية، وإستخدام أسلوب إدارة الجودة الشاملة التي تعمق استخدامها بشكل واسع النطاق في شتى الميادين الإنتاجية والخدمية.

إن التحديات الكبيرة التي تشهدها منظمات الأعمال في المجتمع الإنساني المعاصر تقترن بالجوانب النوعية على الصعيدين السلعي والخدمي، وتستخدم النوعية كسلاح تنافسي رئيسي في هذا الاتجاه ، وقد تم الاهتمام بالإطار الفلسفي و الفكري بإدارة الجودة الشاملة، حيث أن هذا

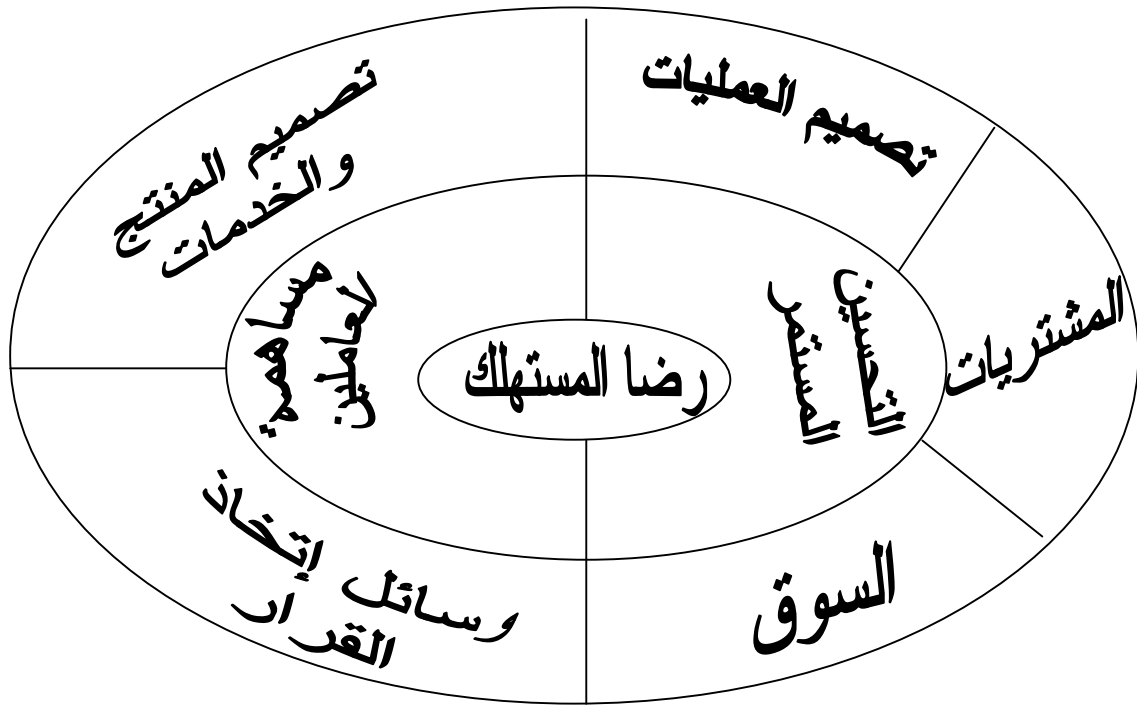
الاتجاه يؤشر ثلاث مرتكزات هادفة في هذا المجال وهي: [6] ص 72

- تحقيق رضا المستهلك.

- مساهمة العاملين في المنظمة.

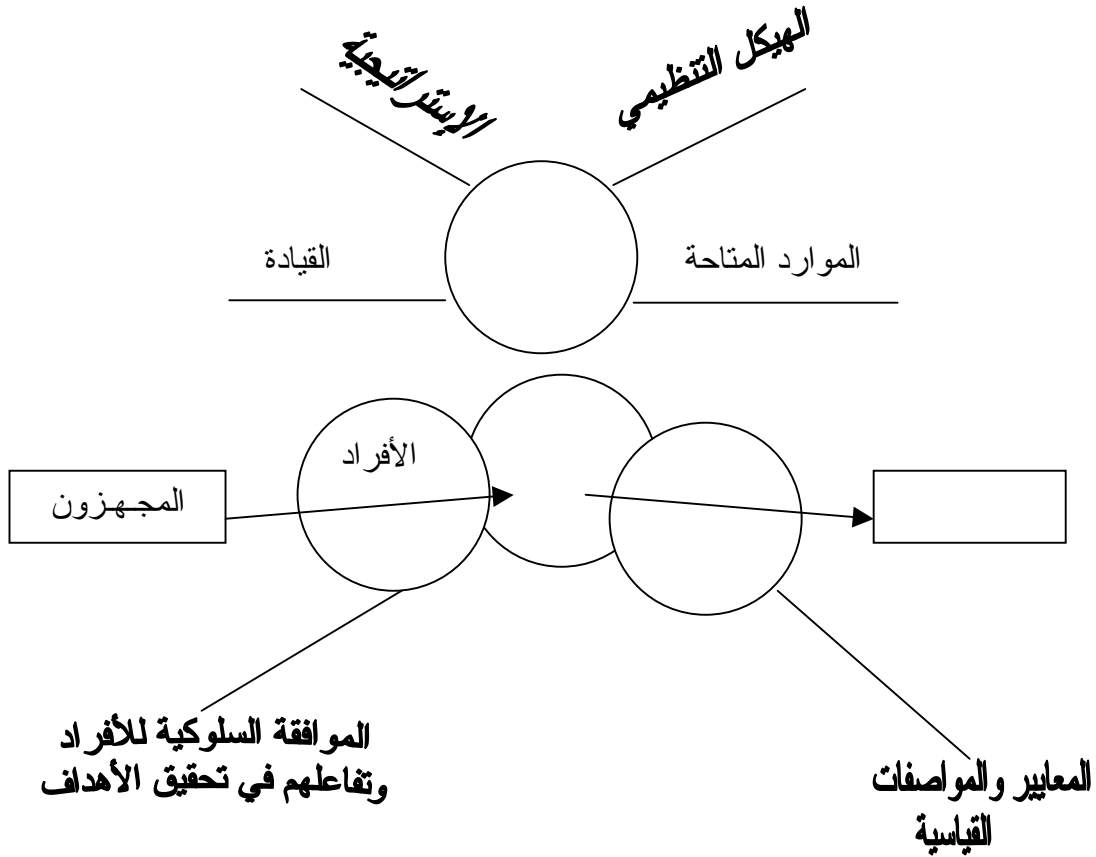
- استمرارية التحسين والتطور في الجودة .

ويشير الشكل إلى عجلة النوعية و مرتكزاتها الفكرية والفلسفية:



شكل رقم 05 : عجلة النوعية ومركزاتها الفكرية والفلسفية [6] ص 72.

ولعل مفهوم إدارة الجودة الشاملة كغيره من المفاهيم الإدارية التي تتباين بشأنه المفاهيم والأفكار إلا أن هذا التباين الشكلي في المفاهيم يكاد يكون متماثل في المضامين الهادفة، إذ أنه يتمحور حول الهدف الذي تسعى لتحقيقه المنظمة والذي يتمثل في المستهلك، من خلال تفاعل كافة الأطراف الفاعلة في المنظمة والشكل يوضح ذلك: [6] ص 73



شكل رقم 06 : النظرة الشمولية لكل الأطراف في تحقيق أهداف المنظمة [6] ص 73.

2.1.2.1. تعريف إدارة الجودة الشاملة

قام "سيامبا" بتحديد مفهوم إدارة الجودة الشاملة من خلال ثلاث طرق كما يلي: [14] ص

70-71.

- مفهوم الإدارة الشاملة المبني على أساس العملاء.
- مفهوم الإدارة الشاملة المبني على أساس النتائج.
- مفهوم الإدارة الشاملة المبني على أساس الأدوات.

1.2.1.2.1. مفهوم الإدارة الشاملة المبني على أساس العملاء

وتتمحور هذه الطريقة لتعريف مفهوم إدارة الجودة الشاملة حول فكرة العميل ومتطلباته واحتياجاته وتوقعاته.

فيعرف "أوماتشونو" إدارة الجودة الشاملة بأنها " مفهوم يحدد الجودة ويعرفها في إطار تجربة العميل في مجال الخدمات، فهذه التجربة وما يعقبها من إدراك حسي بالجودة، يتأثران بالعناصر والمكونات الملموسة وغير الملموسة التي تتكون منها الخدمات المقدمة، ويتأثران أيضا بما يحدث بعد خروج العميل من النظام الذي يقدم الخدمة له، ويبدأ تنفيذ نظام إدارة الجودة الشاملة للخدمات بالتزام الإدارة العليا تجاه هذا النظام الذي يجب أن يسن على جميع مستويات الإدارة في المنشأة " .

ويعرف "تونكس" إدارة الجودة الشاملة بأنها " اشترك والتزام الإدارة والموظف في ترشيد العمل عن طريق توفير ما يتوقعه العميل أو ما يفوق توقعاته " ، و يتضمن هذا التعريف ثلاثة عناصر مهمة:

- مشاركة الإدارة و الموظفين والتزامهم.
- إن إدارة الجودة الشاملة تعد طريقة تادية للعمل وليست مجرد برنامج.
- اعتبار العميل وتوقعاته هدف تحسين الجودة.

ويعرف إدارة الجودة الشاملة بأنها " نظام إداري يضع رضا العميل في أول قائمة الأولويات بدلا من التركيز على الأرباح قصيرة المدى ، حيث يؤمن هذا النظام بأن تحقيق رضا العميل ينتج أرباحا ثابتة على الأجل الطويل مقارنة بالأرباح المحدودة في الأجل القصير .

إن إدارة الجودة الشاملة عبارة عن نظام يشمل على مجموعة من الفلسفات المتكاملة والأدوات الإحصائية والعمليات الإدارية المستخدمة لتحقيق الأهداف ورفع مستوى رضا العميل والموظف على حد سواء " .

2.2.1.2.1 مفهوم الإدارة الشاملة المبني على أساس النتائج

وتتطلق الطريقة في تعريف إدارة الجودة الشاملة من خلال النتائج النهائية .
 فيعرف "كروسبي" إدارة الجودة الشاملة بأنها " الطريقة المنهجية المنظمة لضمان سير النشاطات التي خطط لها مسبقا، كما أن إدارة الجودة تعد الأسلوب الأمثل الذي يساعد في منع وتجنب حدوث المشكلات وذلك من خلال التشجيع على السلوكيات الجيدة وكذلك الاستخدام الأمثل لأساليب التحكم التي تحول دون حدوث هذه المشكلات وتجعل منعها أمرا ممكنا " .

كما يعرف "جايلو نسكي" إدارة الجودة الشاملة بأنها " مظهر تعاوني لأداء عمل ما، يعتمد على مواهب وقدرات العاملين في الميدان العملي والمجال الإداري في سبيل توفير تحسين جودة

مستمرة وإعداد فرق عمل ذات كفاءة إنتاجية عالية ". ويجسد هذا التعريف ثلاث مكونات ضرورية لإدارة الجودة الشاملة من أجل ازدهار أعمال أية منشأة:

- الإدارة بالمشاركة.

- التحسين المستمر للعمليات.

- استخدام أسلوب الممارسة الجماعية.

ويعرف "بروكا وبروكا" إدارة الجودة الشاملة بأنها " الطريقة التي من خلالها تستطيع المنشآت تحسين الأداء بشكل مستمر في كل مستوى من مستويات التشغيل بجميع المناطق الوظيفية للمنشآت من خلال الاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمالية المتاحة " .

ويعرف "هوفهر" ومشاركوه إدارة الجودة الشاملة بأنها " فلسفة إدارية مصممة لجعل المنشآت أكثر سرعة ومرونة بحيث تساهم هذه الطريقة في نشوء نظام متين التركيب يوجه جهد كل مواطن إلى كسب ثقة العميل كما تساهم هذه الطريقة في استحداث بيئة تسمح بمشاركة منسوبي المنشآت جميعهم في التخطيط وتنفيذ أساليب تحسين مستمر لتلبية رغبات العميل " .

3.2.1.2.1 مفهوم الإدارة الشاملة المبني على أساس الأدوات

وهذه الطريقة تهدف لتحديد مفهوم إدارة الجودة الشاملة وتتمحور حول فكرة استخدام الوسائل العلمية والأدوات الإحصائية المتاحة لتطبيق مفهوم الجودة الشاملة . يعرف "جوران" إدارة الجودة الشاملة بأنها " ليست سلسلة من البرامج، بل هي نظام إداري، إذ يمكن تطبيق كثير من الأدوات التي قامت إدارة الجودة الشاملة بتطويرها بصورة فعالة على المنشأة، في حين لا يمكن جني الفوائد كاملة دون إحداث تغيير في انطباق العاملين وتوجهاتهم وكذلك إحداث تغيير على أوضاع التشغيل اليومية وأوليائه، ومن أجل تحقيق نجاح في عملية تطبيق النظام الإدارة الجودة الشاملة، فإنه يجب على جميع أقسام المنشأة الالتزام طويل الأجل إلى جانب توفير الولاء ومن قبل منسوبي المنشأة " .

ويعرف "كالوزيني ومكلان وسمبسن" إدارة الجودة الشاملة بأنها " الطريقة النظامية للمشاركة في تخطيط وتنفيذ عملية التحسين المستمر للمنشأة، وتركز هذه الطريقة على إرضاء العميل وتلبية توقعاته و تحديد المشكلات والتعرف عليها، و زيادة الشعور بالانتماء لدى العاملين ودعم فكرة المشاركة في اتخاذ القرار، ومن خلال إدارة الجودة الشاملة يتم تطبيق الأدوات التحليلية مثل خرائط الانسياب والخرائط الإحصائية وخرائط المتابعة من أجل جمع البيانات عن النشاطات المتعددة داخل المنشأة، كما أن إدارة الجودة الشاملة تستخدم أدوات للعملية الإنتاجية على سبيل المثال المجموعات الصورية واستنباط الأفكار والاتفاق العام لتسهيل عمليات الاتصال واتخاذ القرار .

ويعرف معهد الجودة الفدرالي الأمريكي إدارة الجودة الشاملة بأنها " نظام إداري إستراتيجي متكامل يسعى لتحقيق رضا العميل، إن تطبيق هذه الفلسفة الإدارية يحتم مشاركة المديرين والموظفين، ويقوم باستخدام الطرق الكمية لتحسين العملية الإدارية بشكل مستمر ".
 ويعرف "كيننج" إدارة الجودة الشاملة بأنها " مبدأ إداري عام يمكن تطبيقه على بيئة معينة في حين توجد عدة أساليب لوضع إدارة الجودة الشاملة موضع التنفيذ بعدد المنشآت التي تقوم عمليا بممارستها، وهناك هدف واضح يشكل القاسم المشترك لجميع المنشآت يتمثل في حرص كل فرد على منتجات وخدمات تتكاتف من أجل توفير تطلعات عملائها أو تتفوق عليها، في حين يتم توظيف الأساليب المحددة في سبيل إنجاز تطوير مستمر لتلك المنتجات والخدمات.
 ورغم أن هناك عدة تعريفات لإدارة الجودة الشاملة إلا أن معظمها يشمل الخصائص التالية:

- استخدام الحقائق والبيانات الدقيقة و الكافية لاتخاذ القرارات.
- اشتراك جميع الأفراد في دورات الجودة أو فرق تحسين العمليات .
- التحسين المستمر للعملية والمنتج .
- التركيز على العمليات والنشاطات بدلا من النتائج.
- تلبية احتياجات العميل وتوقعاته (العميل الداخلي والخارجي).
- استعمال الأساليب الإحصائية الأساسية لقياس الجودة.

3.1.2.1. التطور التاريخي لإدارة الجودة الشاملة

ما من شك من أن إدارة الجودة الشاملة مرت بمراحل عديدة حتى تؤول إلى ما هي عليه الآن ، وقد اتفق الكتاب على أن إدارة الجودة الشاملة مرت بسبعة مراحل نبيها في ما يلي:[15] ص 120.

1.3.1.2.1. المرحلة الأولى ما قبل الثورة الصناعية

في هذه المرحلة لم يكن المصنع موجود بمعنى الكلمة إنما وجود ورشات، فالنسبة لعملية الرقابة على الجودة فقد كانت تتم من قبل العامل نفسه و منفردا، مع تدقيق نهائي من قبل صاحب الورشة.

2.3.1.2.1. المرحلة الثانية بعد الثورة الصناعية

في هذه المرحلة لم تعد الرقابة على الجودة تتم من قبل العامل نفسه، بل من قبل المشرف المباشر، الذي كانت عليه مسؤولية التحقق من الجودة.

3.3.1.2.1. المرحلة الثالثة الإدارة العلمية

في هذه المرحلة ظهر مفهوم فحص الجودة الذي سحب بموجبه مسؤولية فحص جودة المنتج من المشرف المباشر، وأسندت إلى مفتشين مختصين بالعمل الرقابي على الجودة.

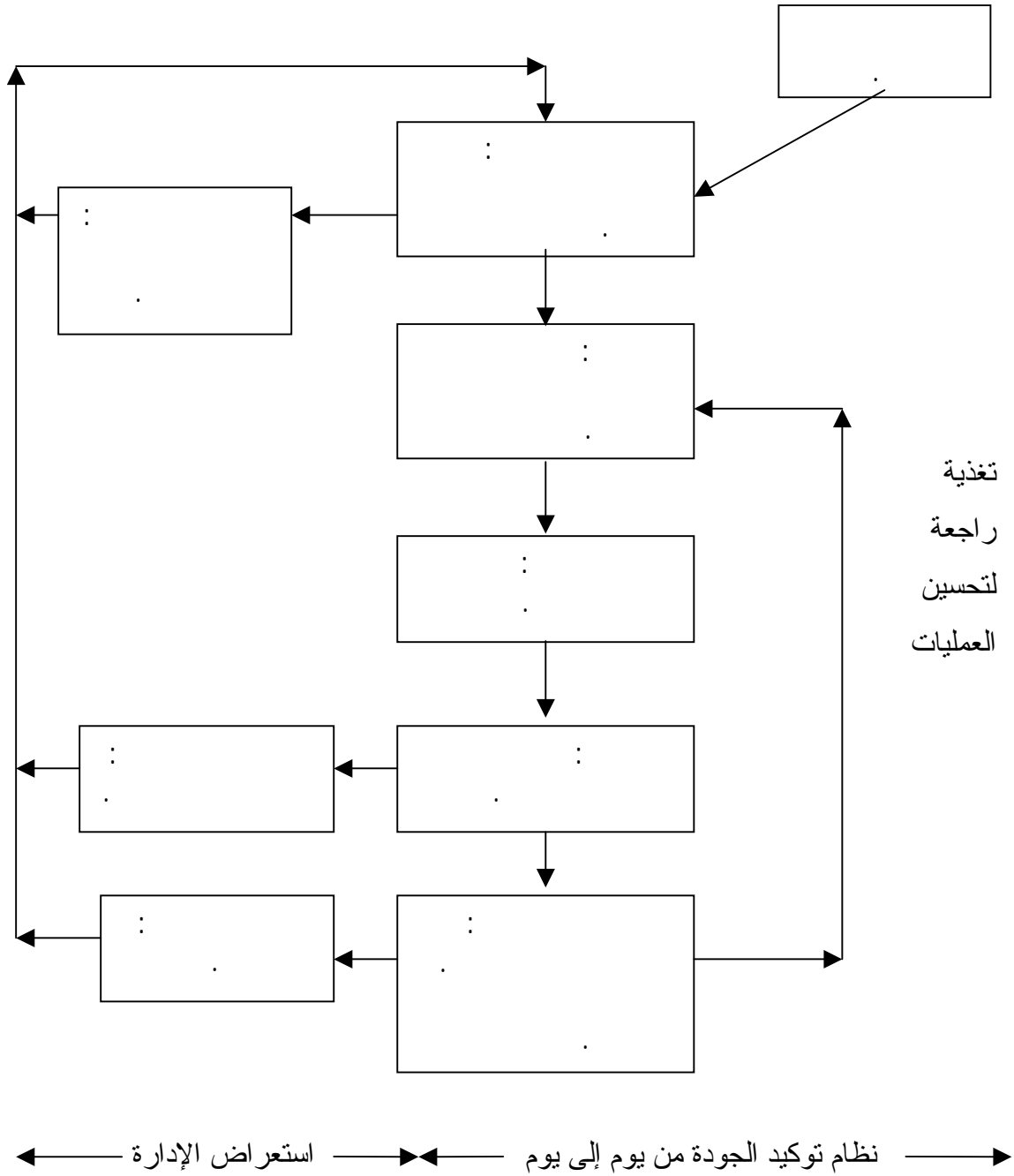
4.3.1.2.1. المرحلة الرابعة الرقابة الإحصائية على الجودة

ظهرت الرقابة الإحصائية على الجودة مع ظهور أسلوب الإنتاج الكبير عام 1931 الذي صاحبه آنذاك مفهوم تمييط و توحيد الإنتاج كوسيلة للإقلال من أخطاء تصنيع السلعة ، فقد صمم كل من هار ولد دودج و هاري رومينغ أسلوبا إحصائيا لفحص عينات من الإنتاج بدلا من فحصه كله.

5.3.1.2.1. المرحلة الخامسة تأكيد الجودة

بدأ التفكير بمفهوم تأكيد الجودة عام 1956 ثم طور بعد ذلك ليأخذ أبعاده كأسلوب فعال في مجال الرقابة على الجودة على فلسفة مفادها ما يلي:

إن الوصول إلى مستوى عال من الجودة و تحقيق إنتاج بدون أخطاء ، يتطلب رقابة شاملة على كافة العمليات و ذلك من مرحلة تصميم المنتج حتى مرحلة وصوله للسوق ليد المستهلك و هذا يعني وجود جهود مشتركة من قبل جميع الإدارات المعنية بتنفيذ هذه المراحل .



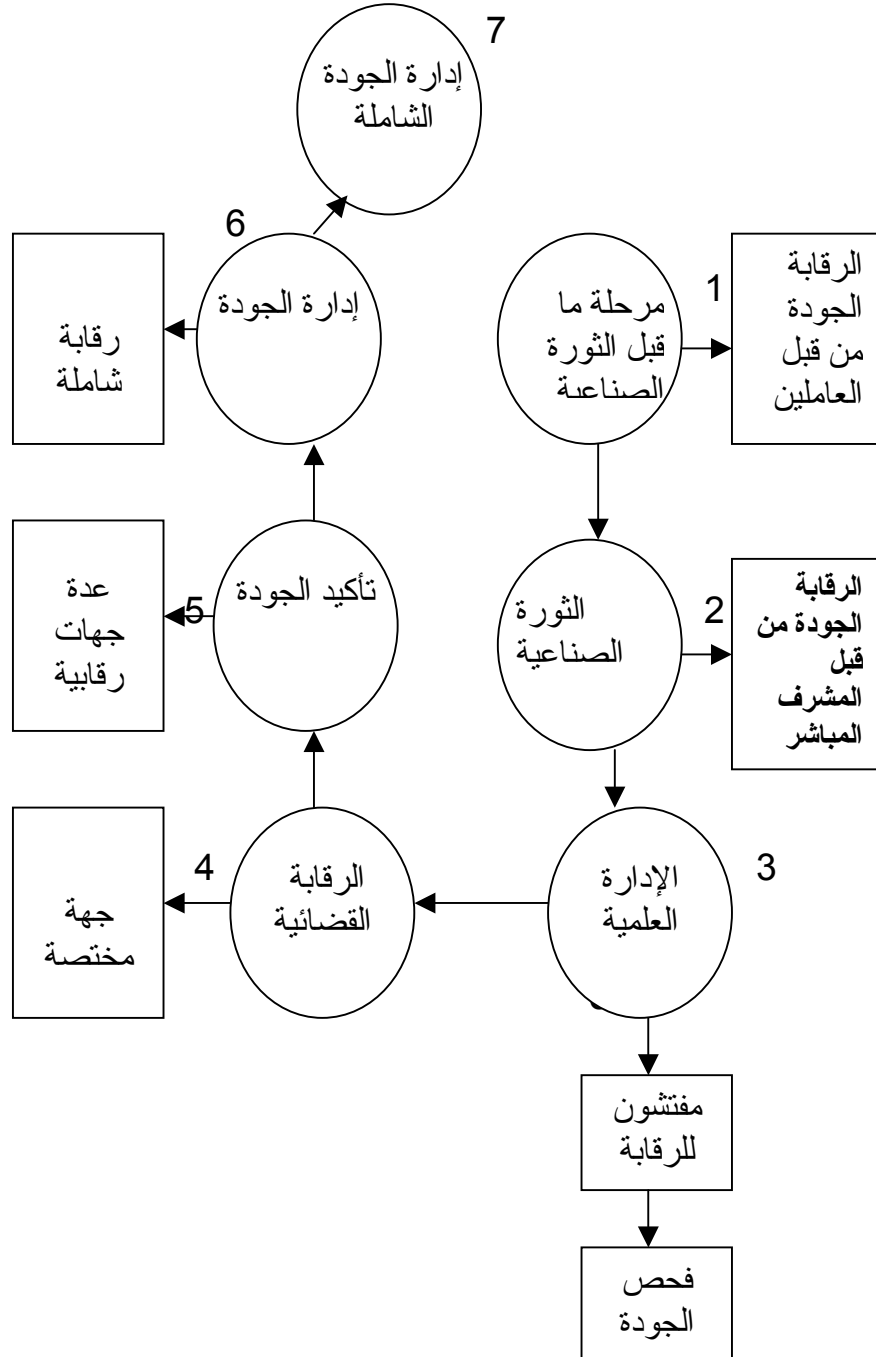
شكل رقم 07 : نظام تأكيد الجودة الأساسي [16] ص 31.

6.3.1.2.1. المرحلة السادسة إدارة الجودة الإستراتيجية

ظهر هذا المفهوم عن الجودة ما بين عامي 1970 و 1980 و كان ذلك بسبب دخول التجارة العالمية في حالة منافسة بين الشركات اليابانية التي غزت أسواق العالم بمنتجاتها ذات الجودة المتميزة و الأسعار المعقولة، و لعل شركة IBM الأمريكية هي أولى الشركات الأمريكية التي تبنت إدارة الجودة الإستراتيجية .

7.3.1.2.1. المرحلة السابعة إدارة الجودة الشاملة

ظهر هذا المفهوم عن الجودة في الثمانينات و مازال مستمر حتى يومنا هذا، و سبب ظهوره هو تزايد شدة المنافسة العالمية و اكتساح الصناعة اليابانية للأسواق و خاصة البلدان النامية ، و خسارة الشركات الأوروبية و الأمريكية لحصص كبيرو من الأسواق .
و الشكل التالي يبين هذه المراحل:



شكل رقم 08: مراحل تطور إدارة الجودة الشاملة [17] ص 21.

4.1.2.1. رواد وفلسفات إدارة الجودة الشاملة

حظيت الحقبة الأخيرة لإدارة الجودة بإسهام عدد محدود من العلماء والخبراء منهم على سبيل المثال:

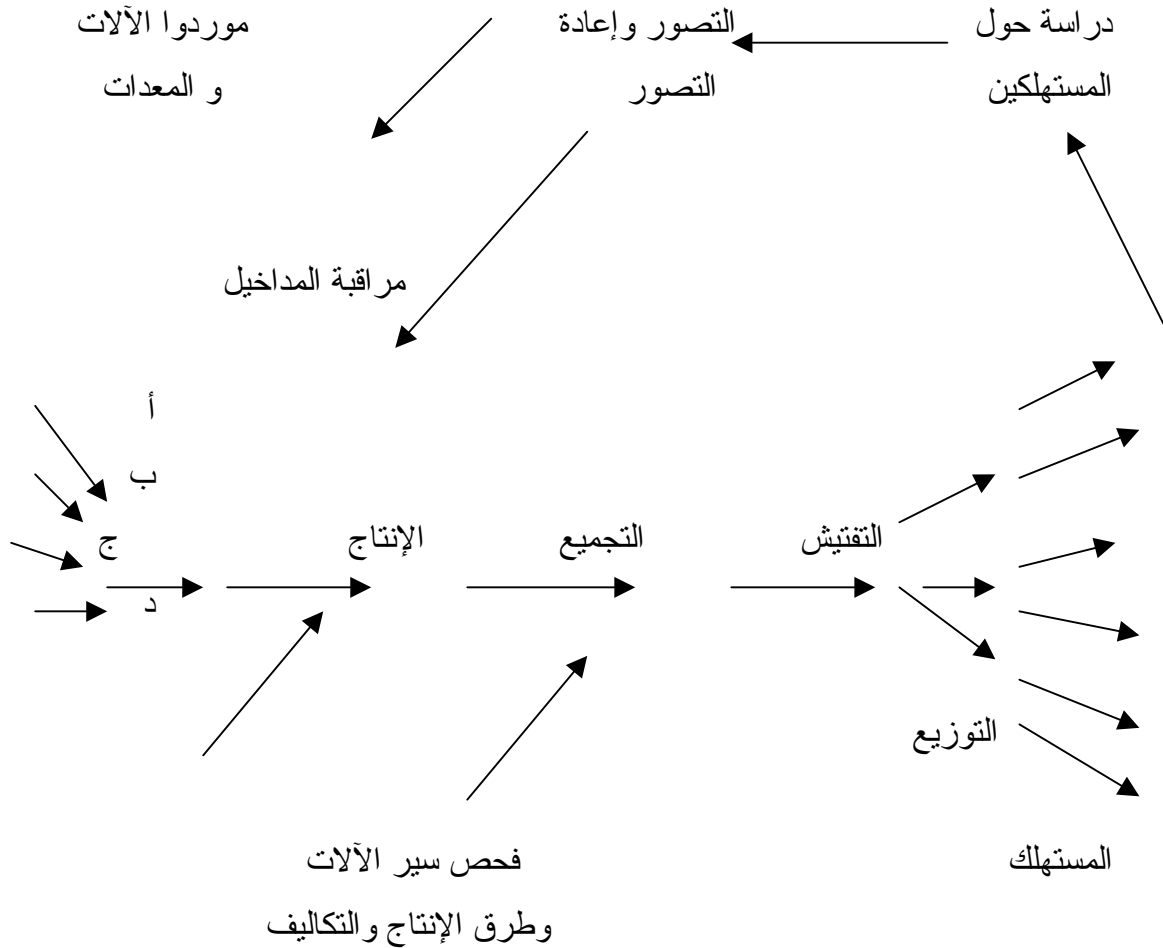
1.4.1.2.1. ديمينج

توفي ديمينج في ديسمبر 1993 عن عمر يقترب من التسعين عاما . ويعتبر ديمينج مؤسس الموجة الثالثة من الثورة الصناعية, وهو من خبراء الإنتاج الحربي أثناء الحرب العالمية الثانية، وعمل كاستشاري جودة للعديد من المصانع و الهيئات الأمريكية، وهو الذي كان يمتنع عن العمل مع الإدارات التي لا تعطي دعما لإدارة الجودة، وهو صاحب فكر ثوري في موضوع الجودة وإدارة الجودة، وهو القائل: "لقد حان الوقت لإيجاد دين جديد لأمريكا".

ويقصد فكر جديد في المؤسسات الإنتاجية، وهناك في اليابان جائزة باسم جائزة ديمينج تحصل عليها الشركات ذات المستوى المتميز في الجودة ويقول ديمينج أن الجودة ليست مطلقة ولكنها نسبية وعند ديمينج رباط وثيق بين الجودة والإنتاجية وفلسفته الأساسية في إدارة الجودة هي أن الإنتاجية تتحسن كلما قلت الاختلافات والفروق، وقد تركزت أهم توجيهات ديمينج في أربعة عشرة نقطة رئيسية [2] ص 32.

كما أن ديمينج وضع أقدم شكل وضح فيه تدفق العلاقات بين وظائف المؤسسات: [18] ص

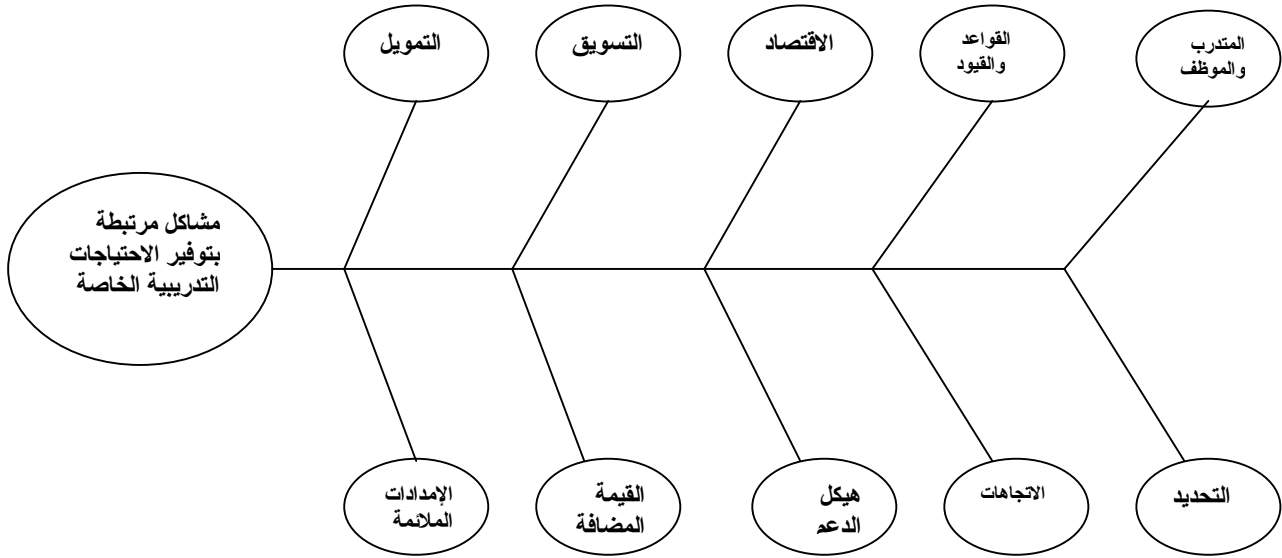
.23



شكل رقم 09 : أقدم تدفق للعلاقة بين الوظائف مقدم من طرف دمينج سنة 1950 [18] ص 23.

2.4.1.2.1. كارو إيشيكاوا

أصدر إيشيكاوا "كتابا أسماه مرشد السيطرة على الجودة" وينسب إلى إيشيكاوا مفهوم حلقات الجودة حيث يعتبر أبو حلقات الجودة (Q.C) كما اقترح أيضا مقترحا أو تحليل عظمة السمكة والتي تستخدم لتتبع شكاوى العملاء عن الجودة وتحديد مصدر أو مصادر الخطأ أو القصور، ويعرض الشكل التالي تحليلا أو خريطة عظمة السمكة: [19] ص 127



شكل رقم 10 : الرسم البياني لعظمة السمكة [19] ص 127.

ويرى إيشيكوا أنه بينما تنحصر المسؤولية عن جودة المنتج في الشركات الأمريكية عند عدد من طاقم الإدارة، فإن كل المديرين اليابانيين مسئولون عن الجودة وملتزمون بها [8] ص 106.

3.4.1.2.1. جوزيف جوران

دعي جوزيف جوران إلى اليابان 1954 بواسطة نقابة العلماء والمهندسين، وركزت محاضراته على الأبعاد الإدارية لعمليات التخطيط والتنظيم والرقابة وأهمية التأكد على مسؤولية الإدارة في تحقيق الجودة وضرورة وضع الأهداف.

وقد عرف جوران الجودة على أساس أنها ملائمة للاستخدام فيما يتعلق بالتصميم والملائمة والتواجد والأمان ومجال الاستخدام، وبالتالي قد اهتم أكثر بوجهة نظر المستهلك وضرورة القياس والاعتماد على نظام وأساليب حل المشاكل. ولقد حدد جوران عشرة خطوات لتحسين الجودة [2] ص 34.

4.4.1.2.1. فاين بام

فاين بام مثل ديمج وجوران وصل إلى نتائجه من خلال العمل في اليابان, وقد قدم فاين بام نظام لدمج الجهود ولتطوير والمحافظة وتحسين الجودة بواسطة مجموعات مختلفة في التنظيم, وإذا لم يتم هذا فلن يمكن بناء الجودة في المراحل الأولى للعملية [2] ص 32.

5.4.1.2.1. فيليب كروسبي

يعتبر فيليب كروسبي الكتاب المشهور " Quality is free " قد حقق نجاح تجاري واسع بتطوير وجهة نظره عن الجودة، فقد ذكر أن الجودة الرديئة في أي منظمة تبلغ تكلفتها 20% من العائد وكثير من هذه التكلفة يمكن تجنبها بإتباع ممارسات جودة سليمة. وقد ركز كروسبي على الدوافع والتخطيط أكثر من عمليات الرقابة الإحصائية للجودة أو أساليب حل المشاكل.

وقد أكد أن الجودة غير مكلفة لأن تكاليف الرقابة أو التي تمنع حدوث الأخطاء سوف تكون أقل من تكلفة الفحص والتوفيق والتصحيح والفسل، وقد قدم كروسبي أربعة عشر نقطة للجودة.

6.4.1.2.1. أرماند فيجينباوم

طور فيجينباوم مفهوم السيطرة الشاملة على الجودة في كتابه الشهير الذي صدر عام 1983، حيث أشار إلى أن المسؤولية عن الجودة يجب أن تكون على من يؤدون كل عمل، حيث يشار لهذا المفهوم " بالجودة من المنبع " ويعني أن كل عامل أو موظف أو سكرتير أو بائع أو مهندس يجب أن يكون مسؤولاً عن أداء عمله، بجودة كاملة. وفي السيطرة الشاملة على الجودة، تكون جودة المنتج أعلى أهمية من معدلات أو أحجام الإنتاج، ويكون للعاملين حق إيقاف الإنتاج وقت حدوث أي مشكلة في الجودة [20] ص 27.

7.4.1.2.1. جيني شي تاجوشي

عمل تاجوشي مستشاراً لعدد من الشركات الكبيرة مثل " فورد و أي بي أم " لمساعدتهم على تطوير السيطرة الإحصائية لجودة عملياتهم الإنتاجية ويرى تاجوشي أن الضبط المستمر للآلات لبلوغ جودة مناسبة للمنتج ليس كافياً، وأنه بدلاً من ذلك يجب تصميم المنتجات بحث تكون قوية بالفدر الكافي برغم التباينات على خط الإنتاج أو في مواضع الأداء بشكل عام. وقد أسهمت هذه الاجتهادات أو التوجهات لهؤلاء المفكرين في إثراء إدارة الجودة سواء في مجال إنتاج السلع أو الخدمات [20] ص 29.

5.1.2.1. النماذج الأساسية لإدارة الجودة الشاملة

إعتمدت إدارة الجودة الشاملة في ظهورها على العديد من الرواد البارزين الذين أسهموا بنماذجهم في إبراز هذا المفهوم و سنتطرق إلى أشهرهم عبر العرض الآتي: [3] ص 34- 43.

1.5.1.2.1. نموذج إدوارد ديمينج

يشمل نموذج ديمينج على أربعة عشرة (14) مبدأ ، يشكل في مجموعها إطارا عاما يمكن للمؤسسات الاقتصادية الاستعانة به من أجل وضع نموذج خاص بها ، و فيما يلي عرض لهذه المبادئ :

- 1- تبني المؤسسة لفلسفة جديدة تقوم على أساس تحقيق أعلى جودة في منتجاتها من أجل تحقيق مركز تنافسي في السوق ، لذلك يجب صياغتها على شكل رسالة تعمم على كل من يعمل في المؤسسة لتكون معروفة من قبل الجميع ، الذين عليهم مسؤولية تحقيقها.
- 2- تبني المؤسسة لفلسفة التحسين المستمر للجودة ، حيث يجب أن تشمل كافة مجالات العمل في المؤسسة ، و أكد ديمينج أن عملية التحسين هي حلقة دائرية متكاملة لها صفة الاستمرارية.
- 3- تغيير هدف الرقابة من كشف الخطأ و محاسبة المسؤول ، إلى رقابة وقائية تهدف إلى منع وقوع الخطأ.
- 4- توطيد العلاقة الحسنة مع الموردين ، و التوقف على اختيار الموردين بناء على السعر فقط.
- 5- التركيز على عملية التكوين و التدريب المستمرين بحيث يشمل كافة فئات العاملين في المؤسسة.
- 6- التوقف على استخدام سياسة التقييم القائمة على أساس الكم و التوجه إلى سياسة التقييم على أساس الجودة المحققة.
- 7- تنمية صفة القيادة لدى المديرين ، فالقائد من وجهة نظر ديمينج هو مدرب ، و محسن لأداء و مهارة مرؤوسيه ، و ليس حاكما يصدر أحكام تتعلق بالمكافآت و العقوبات فقط.
- 8- الابتعاد عن فكرة و سياسة تحقيق الربح بأي وسيلة كانت ، فهي نظرة قصيرة الأمد ، تؤثر سلبا في تحقيق مستوى جودة عالية ، و في رضا العملاء.
- 9- إزالة كل الحواجز و العوائق التي تمنع العاملين من الافتخار بإنجازاتهم.
- 10- السعي إلى حل جميع الصراعات القائمة بين العاملين ، و إحلال التعاون بدلا عنها ، و أن يكون أسلوب العمل تعاوني من خلال فرق العمل.
- 11- تشجيع العاملين على عملية التطوير و التحسين الذاتي لمعارفهم و مهاراتهم.

12- توفير عنصر الاستقرار الوظيفي للعاملين ، من خلال توفير الأمان لهم ، و إبعاد الخوف عنهم بتهديدهم بفقدان وظائفهم في أية لحظة ، فالاستقرار يكفل للمؤسسة وجود عنصر بشري لديه ولاء و انتماء لها.

13- العمل على إزالة العوائق التنظيمية ، و الخلافات الموجودة بين الأقسام و الإدارات المكونة للمؤسسة.

14- العمل على ترسيخ المبادئ السابقة لدى جميع العاملين و جعلها حقيقة و ليست شعارات ينادى بها ، و حثهم على تطبيقها ، و الالتزام بها بشكل دائم و مستمر ، و تقع هذه المسؤولية على الإدارة العليا .

كما قدم ديمينج العوامل القائلة في إدارة الجودة الشاملة ، و حذر من عدم معالجتها، كما ذكر أن الشركات الأمريكية كانت مبتلية بسبعة أمراض مميتة ، أي منها يمكن أن يمنع من شأنه تحسين الجودة و هي كما يلي : [21] ص 11.

1- الفشل في توفير موارد بشرية ومالية مناسبة لتدعيم الهدف من تحسين الجودة.

2- التأكيد على الأرباح القصيرة الأجل والفائدة التي يحصل عليها المساهم.

3- اعتماد تقييم الأداء السنوي على الملاحظات والأحكام.

4- عجز الإدارة نتيجة التنقل المستمر بين الوظائف.

5- استخدام الإدارة للمعلومات المتاحة بسهولة، دون الاهتمام بما هو مطلوب لتحسين العملية.

6- تكاليف العناية الصحية اللازمة.

7- الأعباء القانونية الزائدة.

يتبين من خلال المبادئ (14) لديمينج ، و كذا العضلات التي نوه ديمينج عن خطورتها ، أن نموذجها يركز على مبدأ الوقاية بدلا من التفتيش لمنع الخلل قبل حدوثه ، و أعطى أولوية كبيرة للعنصر البشري و العلاقات الاتصالية ، و أكد كذلك على مسؤولية الإدارة العليا في تحقيق الجودة الشاملة في المؤسسة .

2.5.1.2.1. نموذج جوزيف جوران

يشمل نموذج جوران على المفاهيم الأساسية التالية :

1 - مستوى الجودة ذو علاقة مباشرة بمستوى رضا العميل.

2 - تتألف الجودة من شقين :

- الجودة الداخلية و تتعلق بمفهوم العميل الداخلي .

- الجودة الخارجية و تتعلق بمفهوم العميل الخارجي .

و كلا الشقين يشكلان سلسلة تدعى بسلسلة الجودة التي تركز على مبدأ (مورد - عميل) ، و أشار جوران إلى إمكانية إدخال تحسينات على الجودة في كل مراحل أو كل حلقة من حلقات سلسلة الجودة .

3 - التحسين المستمر للجودة يتم عن طريق برامج أسماها جوران " بمشاريع تحسين الجودة المتتالية" التي يمكن أن تقترحها أية جهة في المؤسسة : الإدارة, العمال,الخ.

4 - صنف جوران تكاليف الجودة إلى ثلاث أنواع هي :

- تكاليف الإخفاق أو الفشل.

- تكاليف التقييم.

- تكاليف الوقاية.

5- مجلس الجودة هو الجهة المسؤولة عن الإشراف العام على تطبيق عمليات تحسين الجودة داخل المؤسسة.

6 - تشجيع العاملين على روح المبادرة و الإبداع يستوجب خلق مناخ تنظيمي مناسب.

7 - استخدام الأساليب العلمية في حل المشكلات.

8 - تتحقق الجودة من خلال كفاءة ثلاثية جوران للجودة و هي :

- التخطيط الجيد للجودة

يرى جوران أن التخطيط الجيد للجودة يمر بعدة مراحل :

- تحديد من هم المستهلكين.

- تحديد احتياجاتهم.

- تطوير مواصفات المنتج لكي تستجيب لحاجات المستهلكين .

- تطوير العمليات التي من شأنها تحقيق تلك المواصفات أو المعايير المطلوبة.

- نقل نتائج الخطط الموضوعة إلى القوى التشغيلية .

- رقابة فعالة على الجودة

يرى جوران أن الرقابة الفعالة على الجودة تتضمن الخطوات التالية :

- تقييم الأداء الفعلي للعمل .

- مقارنة الأداء المحقق (الفعلي) بالأداء المخطط .

- معالجة الانحرافات باتخاذ الإجراءات التصحيحية .

- التحسين المستمر للجودة

يرى جوران أن التحسين المستمر للجودة يشمل على ما يلي :

- تحديد أهداف عملية التحسين المستمر .
- تنمية وعي جميع العاملين في المؤسسة حول أهمية التحسين المستمر .
- تنظيم عمل الأفراد بشكل يساعد على تحقيق عمليات التحسين المستمر .
- تدريب العاملين و تنمية قدرتهم على العمل الجماعي و حل المشكلات .
- التحسين الفعال هو الذي يقوم على أساس المشاركة .
- التحسين عملية شاملة .
- التحسين هو العمود الفقري لإدارة الجودة الشاملة .

3.5.1.2.1. نموذج فليب كروسبي

إن أهم ما جاء به كروسبي في مجال إدارة الجودة الشاملة نموذج الذي يحتوي على 14

مبدأ هي:

- اقتناع الإدارة العليا بالجودة .
 - تكوين فريق تحسين الجودة و الذي يشمل ممثلين عن كل الأقسام .
 - تحديد المشاكل المتعلقة بالجودة .
 - استخدام القياس كأداة موضوعية .
 - تقييم تكلفة الجودة .
 - زيادة الوعي بالجودة و إشراك جميع العاملين .
 - اتخاذ الإجراءات التصحيحية لحل المشاكل السابق تحديدها .
 - التخطيط السليم لإزالة العيوب في المنتج و تحديد فريق تنفيذ برنامج المعيب الصفري .
 - تعليم الموظفين و تدريب المشرفين للقيام بدورهم في برنامج تحسين الجودة .
 - تشجيع العاملين للقيام على تحقيق أهداف التطوير .
 - تشجيع العاملين على إعلام الإدارة بمعوقات تحقيق أهداف التطوير و إزالة معوقات الاتصال الفعال .
 - تشجيع و تقدير المشاركة .
 - عقد اجتماعات خاصة بالجودة بصفة دورية من خلال تكوين مجالس الجودة مهمتها التنسيق و الاتصال بأعضاء فرق تطوير الجودة .
 - التركيز على التطوير المستمر للجودة من خلال تكرار العمليات السابقة تشجيعاً للموظفين على إزالة معوقات الجودة باستمرار و تحقيق أهداف المؤسسة .
- و يعد كروسبي أول من نادى بفكرة " المعيب الصفري " Le zéro défaut ، و التي تعني أن المؤسسة يجب عليها أن تؤمن بفكرة عدم وجود عيوب، و أن لا تقبل إلا 100% بدون

عيوب ، حيث أشار كروسبي إلى أننا إذا لم نؤمن بإمكان تحقيق مستوى صفر من العيوب ، فإننا لن نستطيع تحقيق هذا الهدف على الإطلاق، ففكرة المعيب الصفري تختلف عن فكرة المستويات المقبولة للجودة ، و التي تقبل بوضع هدف 95 أو 98% بدون عيوب ، و لا تقبل العيوب التي تفوق هذا المعدل .

4.5.1.2.1. نموذج إيشيكاوا

يمكن تلخيص أهم ما جاء به إيشيكاوا فيما يلي :

- فكرة حلقات الجودة

و التي يقول فيها إيشيكاوا على أنها مجموعات صغيرة من العاملين تتراوح بين 4 و 7 عمال ، على أن يكون انضمامهم لحلقات الجودة تطوعيا ، تهتم بالتعرف على المشاكل التي يواجهونها في أعمالهم و إيجاد الحلول المناسبة لها ، لتطوير الأداء و تحسينه ، و مراعاة البعد الإنساني في العمل ، و إبراز القدرات الإنسانية ، و اعتبار حلقات الجودة مكملة لمدخل إدارة الجودة الشاملة باستهدافها التحسين المستمر .

المبادئ الأساسية لإدارة الجودة الشاملة

يلخص إيشيكاوا المبادئ الأساسية لإدارة الجودة الشاملة فيما يلي :

- إن الجودة مبنية على وجهة نظر العميل .
- إن الجودة هي جوهر العملية الإدارية، و يفضل أن ينظر لها على أنها استثمار طويل الأجل.
- إن الجودة تعتمد اعتمادا كليا على المشاركة الفاعلة من قبل العاملين، كما يتطلب تطبيق إدارة الجودة الشاملة إزالة الحواجز بين الأقسام المختلفة.
- استخدام البيانات و المعلومات بواسطة الوسائل الإحصائية للمساعدة في عملية اتخاذ القرارات. و تجدر الإشارة إلى أنه من أهم إسهامات كايزو إيشيكاوا تطويره لأساليب علمية و أدوات إحصائية سماها " الأدوات السبع " لمساعدة العاملين في تطبيق إدارة الجودة الشاملة ، و ذكر أن ذلك قد يمكن المؤسسة من السيطرة على أكثر من 95 % من مشكلاتها ، و هذه الأدوات هي :
خرائط باريتو ، مزلع إيشيكاوا ، المدرج التكراري ، خريطة الانتشار ، خريطة المراقبة ، الخرائط الانسيابية و قائمة الفحص .

5.5.1.2.1. نماذج أخرى

يعتبر نموذج ديمينج ، نموذج جوران ، نموذج كروسبي ، و نموذج إيشيكاوا من النماذج الرائدة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة ، كان لها الأثر الكبير في دفع عجلة تطور مفهوم إدارة الجودة الشاملة من خلال ظهور نماذج أخرى نجحت في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في

المؤسسة و التي من أهمها نموذج فيجنوم ، نموذج مارتن ماري ، نموذج جاكو ، نموذج تاجوشي ، نموذج تايشي أونوا و من النماذج الحديثة النموذج الدائري ، نموذج مالكوم بالدريج ، نموذج الجائزة الأوروبية ، نموذج شركة IBM .

و بالرغم من وجود بعض الاختلافات بين هذه النماذج ، إلا أن هناك مجموعة من القواسم المشتركة بين هذه النماذج نعرضها فيما يلي:

- وضع فلسفة إدارية جديدة تخدم تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- وضع إستراتيجية جديدة تسهم في تحقيق رسالة المؤسسة .
- إرضاء العميل هو الغاية الأساسية .
- التغيير الجذري لكل شيء يسهم في تحقيق الجودة و خاصة العمليات .
- تبني مبدأ الوقاية بدلا من التفتيش لمنع وقوع الخلل .
- العنصر البشري في المؤسسة هو أهم جانب من جوانب إدارة الجودة الشاملة، الذي يجب أن يأخذ الرعاية الأولى.
- العمل بروح الجماعة من خلال فرق العمل و المشاركة .
- التطوير و التحسين المستمر لكل شيء في المؤسسة، للوصول إلى جودة عالية، و المحافظة على التفوق و التميز على الآخرين.
- التعليم و التدريب المستمر هو استثمار له عائد و هو مطلب ضروري.
- أهمية دور القيادة الإدارية في جميع المستويات الإدارية بوجه عام ، و الإدارة العليا بوجه خاص.
- التحسين المستمر للجودة مسؤولية جماعية ، تقع على عاتق كل من يعمل في المؤسسة ، سواء أكان رئيسا أم مرؤوسا ، و التحسين مطلب أساسي في منهجية إدارة الجودة الشاملة .
- استخدام الأدوات و الأساليب الكمية و الإحصائية في الرقابة على الجودة .
- توفير نظام محوسب للمعلومات .
- توفير شروط و عوامل الاتصال الفعال و السريع.
- وجود تغذية عكسية مرتدة، من خلال الاتصال بالعملاء، و استطلاع آرائهم حول مستوى الجودة المقدمة لهم.
- العلاقة الجيدة مع الموردين .
- توفير الإمكانيات المادية و المعنوية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة .

2.2.1. أساسيات إدارة الجودة الشاملة

تقوم منهجية إدارة الجودة الشاملة على عدد من المرتكزات يمكن أن نسميها بالأساسيات،
و التي سنوضحها:

1.2.2.1. أهمية إدارة الجودة الشاملة

أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يرجع إلى: [2] ص 48

- أن هذا التطبيق تحتمه الضرورة حيث أن هناك العديد من الظواهر التي تؤكد للإدارة تبني أسلوب وتتلخص هذه الظواهر في:

- إنخفاض الجودة.

- زيادة الوقت المقرر للعمليات.

- زيادة عمليات المراقبة.

- إتجاه العاملين من ذوي الخبرة لترك المنشأة.

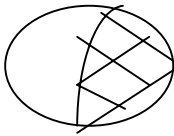
- زيادة عدد الاجتماعات.

- كثرة حالات إلقاء اللوم على الآخرين.

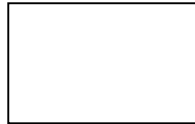
- زيادة عدد شكاوى العملاء.

- ما يمكن أن يترتب على هذا التطبيق لإدارة الجودة الشاملة من مزايا مثل تقليل العمليات الإدارية والمكتبية وتبسيط العمليات والنماذج وتقليل شكاوى العملاء والاهتمام بقضايا أخرى بالغة الأهمية مثل إدخال التغيير ومتابعة وتقادي عمليات مقاومة التغيير.

- دور إدارة الجودة الشاملة في استمرارية تحسين الجودة، ولقد تفهمت الإدارة في معظم التنظيمات أهمية الجودة الكلية لتنمية الأداء الكلي وذلك عن طريق التفاعل الكامل لجميع أعضاء المنظمة، حيث أصبحت إدارة الجودة الشاملة على رأس قائمة التكنولوجيا الحديثة والمداخل الإدارية المتاحة للمنظمة، حتى تستطيع أن تحصل على مركز منافس أفضل في الأسواق وزيادة حصتها السوقية.



زيادة الحصة السوقية



	ISO 9000	
--	----------	--

شكل رقم 11: دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين الجودة والمركز التنافسي للمنظمة [2] ص 48

2.2.2.1. عناصر إدارة الجودة الشاملة

تتصف الجودة الفعالة بالشمولية في المستوى وهي التي تتضمن التصميم ، التطوير ، الإنتاج والتركيب، وخدمة المواصفات القياسية، وتلك أساليب تؤكد الجودة في مجالات المنظمات والتصميم والتصنيع و تركيب المنتجات وخدماتها ، ولتحقيق الأهداف فان المواصفات القياسية سوف تأخذ مسارها المطلوب مع مراعاة تعديلات العميل من اجل متطلبات تعاقدية معينة ، وتتولى المواصفات القياسية للجودة المعالم الإرشادية لهذه التعديلات علاوة على الاختيار وأسلوب تأكيد الجودة الملائمة [22] ص 256.

وتتناول الجودة العناصر التالية:

* الرقابة الإحصائية على الجودة.

* إشراك المورد في المحافظة على الجودة بتوريد أفضل المواد.

* الإدارة الجيدة للعاملين في المنظمة.

* التقدير الجيد لانجاز العاملين ومنح المكافآت.

* التدريب.

ويتطلب التحسين المستمر للجودة توافر المعلومات التي تساعد على:

* التركيز على العميل.

* تلبية الالتزامات.

* إدارة عملية التصنيع والتخلص من المخلفات.

* إشراك المتعاملين وتدعيمهم وتزويدهم بالطاقة الواقعة.

* استمرار جهود التحسين المستمر والتنسيق بين الأنشطة.

3.2.2.1. مبادئ إدارة الجودة الشاملة

تتمثل المبادئ الأساسية لإدارة الجودة الشاملة فيما يلي: [15] ص 96.

1.3.2.2.1. التركيز على العميل

تركز المنشأة بشكل كبير على توفير احتياجات و متطلبات العملاء و تنفيذ توقعاتهم، فرضا العميل هو الركيزة الأساسية و القاعدة تنطلق منها طموحات المنشأة، إن نظام إدارة الجودة الشاملة يشمل أيضا الموظفين العاملين داخل المنشأة و يعدهم عنصرا مهما و حيويا من عناصر مجموعة العملاء.

2.3.2.2.1. التحسين المستمر

إن أهمية التحسين المستمر للمنشآت تكمن في عملية التطوير ، و يعتمد هذا المبدأ على أساس فرضية أن العمل هو سلسلة من الخطوات و النشاطات المترابطة و التي تؤدي إلى محصلة نهائية .

3.3.2.2.1. التعاون الجماعي بدلا من المنافسة

يركز نظام إدارة الجودة الشاملة على أهمية التعاون، بين مختلف المستويات الإدارية، في المنشأة بدلا من المنافسة بينهم، حيث أنه من خلال هذا التعاون تستطيع الأقسام معرفة احتياجات الأقسام الأخرى من موارد مالية و فنية و غيرها من المستلزمات المختلفة، التي تساعد على دعم عملية التحسين المستمر للمنشأة.

4.3.2.2.1. الوقاية بدلا من التفتيش

تنطلق فلسفة إدارة الجودة الشاملة من مبدأ أن الجودة عبارة عن ثمرة العملية الوقائية و ليست العملية التفتيشية ، ففي نظريات الإدارة التقليدية نجد أن مراقبة الجودة أو التفتيش على مستوى الخدمات و السلع يكون بعد عملية التصنيع أو تقديم الخدمة ، هذه الطريقة التقليدية تستنزف الكثير من الطاقات البشرية و الموارد المالية من أجل الكشف عن عيوب و أخطاء العملية الإنتاجية ، أما في حالة تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة فإن ذلك سيؤدي إلى تقليص التكاليف و زيادة الإنتاجية، لأن هذا النظام يحاول إدخال عنصر الوقاية في العملية الإنتاجية و مراقبة الانحرافات بأنواعها سواء كانت الانحرافات لأسباب عامة أو انحرافات لأسباب خاصة .

5.3.2.2.1. المشاركة الكاملة

تعد مشاركة كل فرد في العمل الجماعي من أهم النشاطات التي يجب التركيز عليها، حيث تساعد في زيادة الولاء و الانتماء للمنشأة ، إن العمل الجماعي عبارة عن أداة فعالة لتشخيص المشكلات و إيجاد الحلول المثلى لها من خلال الاتصال المباشر بين الأقسام المختلفة و الاحتكاك المتواصل بين أفراد المنشأة الواحدة ، و من أجل زيادة فعالية ذلك الاتصال يؤكد نظام إدارة الجودة الشاملة على أهمية استخدام أسلوب اللامركزية و الاتصالات الأفقية بدلا من أسلوب

المركزية و الاتصالات الرأسية ، و ذلك لدعم فكرة العمل الجماعي بين الأفراد في الأقسام المختلفة .

6.3.2.2.1. اتخاذ القرار بناء على الحقائق

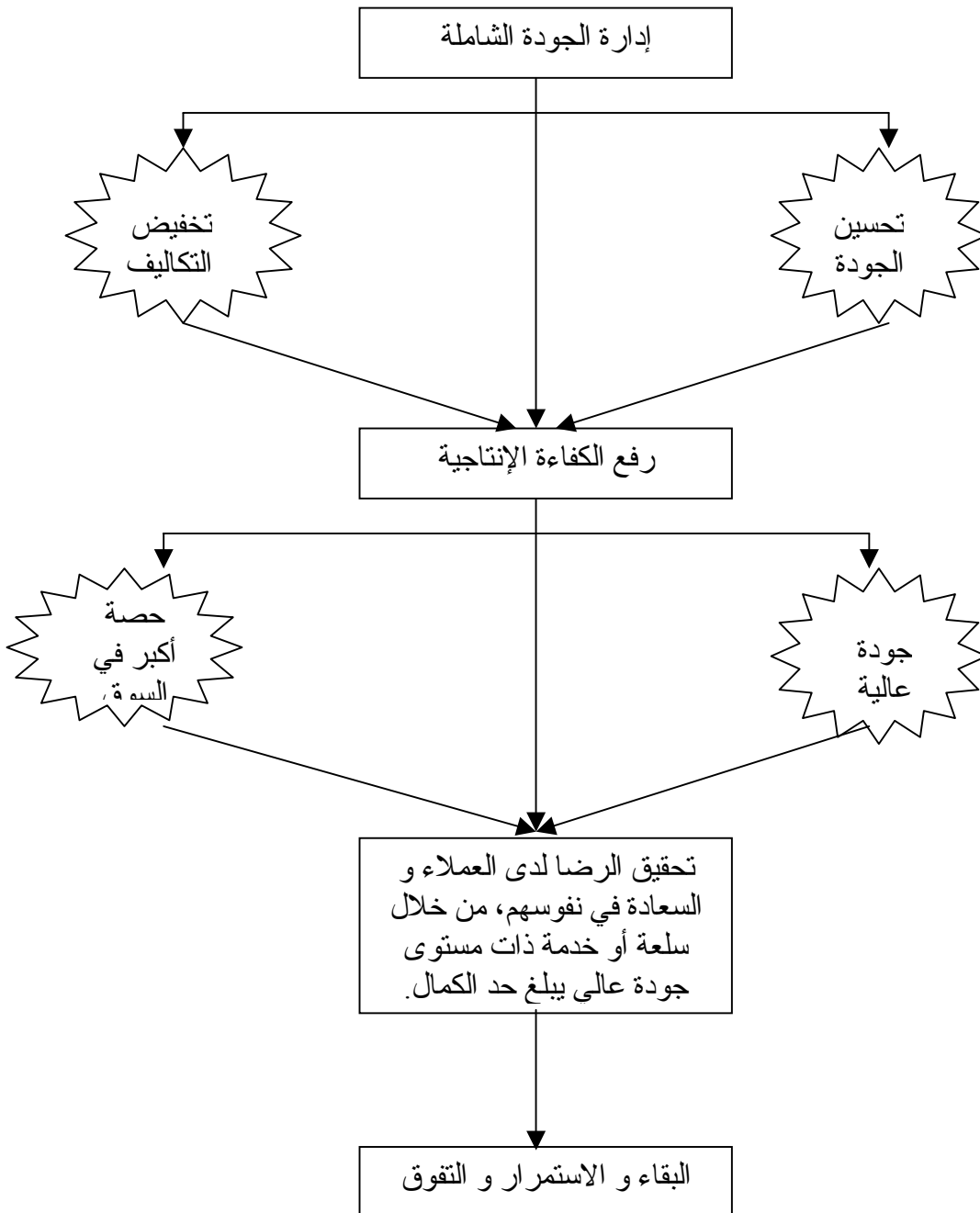
تمتاز المنشآت التي تطبق نظام إدارة الجودة الشاملة بأن قراراتها مبنية على حقائق و بيانات صحيحة و ليست مجرد تكهنات فردية أو افتراضات أو توقعات مبنية على آراء شخصية فليس بمقدور المنظمة إصدار القرارات الارتجالية المبنية على أساس امكانية أن تتجح في عالم يتغير بخطوات متسارعة، إن القرار الذي يتم التوصل إليه يجب أن يكون سريعا و دقيقا.

4.2.2.1. أهداف إدارة الجودة الشاملة

تتجسد هذه الأهداف من خلال :

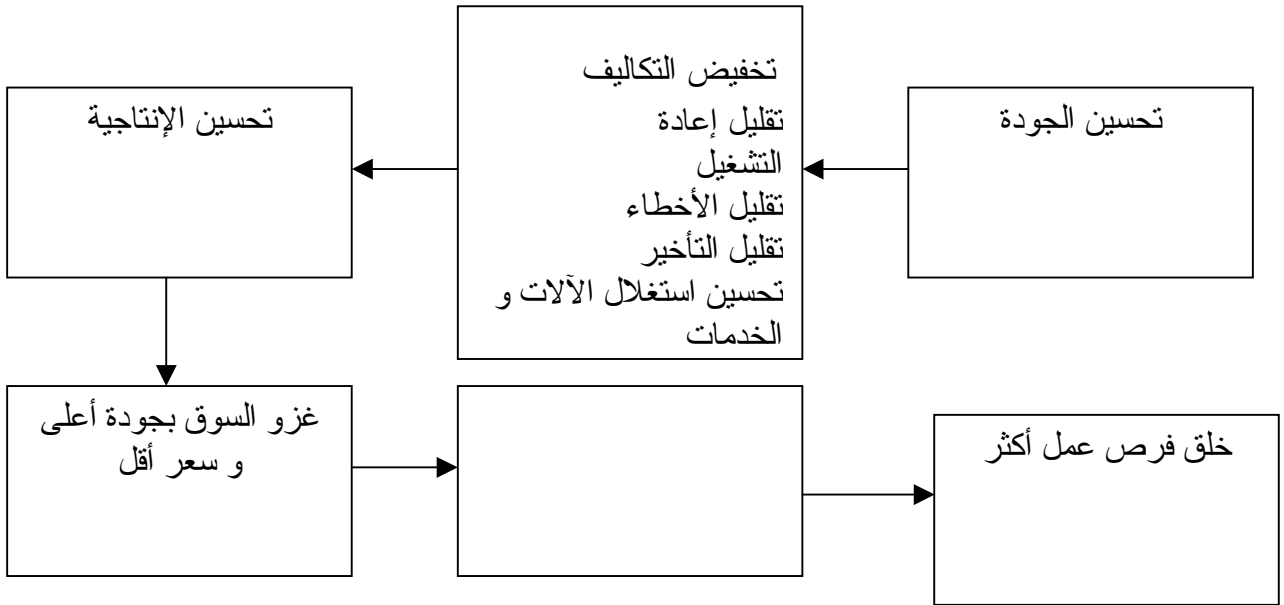
- أن تكون المنظمة هي الأفضل دائما، مع وجود اقل قدر ممكن من التقلبات في جودة المنتج أو الخدمة.
 - أن تكون المنظمة هي الأسرع دائما بتقديم أفضل الخدمات، والمنتجات من خلال قنوات التوزيع المختلفة التي تمكن من الوصول للمستخدم النهائي.
 - المرونة الدائمة وإدخال التعديلات اللازمة في الحجم ونوع المتطلبات الإنتاجية وفقا لاحتياجات العملاء.
 - التخفيف المستمر في التكلفة من خلال تحسين الجودة وتخفيض معدل الفاقد والتلف في العمليات.
- [2] ص 50.

إن المنافسة لا يمكن لأحد أن يصمد في وجهها ، و قد يتم الصمود بغية إرضاء العميل و بتحقيق متطلباته و رغباته بدرجة عالية ، و تخطيها بشكل دائم و مستمر وهذا لا يكون في الواقع إلا من خلال إستراتيجية متكاملة ، تضع نصب عينيها هدفا أساسيا هو تحقيق مستوى جودة عالي في سبيل تحقيق رضا و سعادة عالية المستوى لدى العملاء ، لضمان البقاء و الاستمرار و التطور المطلوب ، و يمكن توضيح هذه الإستراتيجية الهادفة من خلال الشكل التالي: [17] ص 40



شكل رقم 12: إستراتيجية إدارة الجودة الشاملة في تحقيق جودة عالية [17] ص 40

- من خلال الشكل التالي نستنتج أن إدارة الجودة الشاملة تسعى إلى تحقيق :
- إدراك ما يحتاج إليه المستهلك و ما يرغب لتلبيته.
 - أن تكون السلعة أو الخدمة توافق متطلبات المستهلك الخاصة بـ :
 - الجودة.
 - التكلفة.
 - الوقت.
 - الاستمرارية.
 - تحقيق الجودة المطلوبة بالتكيف مع المتغيرات التقنية و الاقتصادية و الاجتماعية.
 - العمل المستمر على توقع احتياجات و رغبات العميل في المستقبل.
 - المحافظة على المستهلكين الحاليين و عدم إغفال السعي في جذب مستهلكين جدد.
 - التطوير و التحسين المستمرين للمنتج و الخدمة، كما يحدد ديمنج Deming مزايا الجودة الشاملة فيما يلي :[10] ص 159.



شكل رقم 13: مزايا الجودة الشاملة [10] ص 159

5.2.2.1. عناصر إدارة الجودة الشاملة

تتصف الجودة الفعالة بالشمولية في المستوى وهي التي تتضمن "التصميم، التطور، الإنتاج والتركيب، خدمة المواصفات القياسية"، وتلك أساليب تؤكد الجودة في مجالات المنظمات والتصميم والتصنيع وتركيب المنتجات وخدماتها، ولتحقيق الأهداف فإن المواصفات القياسية سوف تأخذ مسارها المطلوب مع مراعاة تعديلات العميل من أجل إجراء متطلبات تعاقدية معينة وتتولى المواصفات القياسية للجودة المعالم الإرشادية لهذه التعديلات، علاوة على الاختيار وأسلوب تأكيد الجودة الملائمة.

وتتناول عناصر الجودة الشاملة العناصر التالية:

- الرقابة الإحصائية على الجودة.
- إشراك المورد في المحافظة على الجودة بتوريد أفضل المواد.
- الإدارة الجيدة للعاملين في المنظمة.
- التقدير الجيد لإنجاز العاملين ومنح المكافآت.
- التدريب
- ويتطلب التحسين المستمر للجودة توافر المعلومات التي تساعد على:
- التركيز على العميل.
- تلبية الالتزامات.
- إدارة عملية التصنيع والتخلص من المخلفات.
- إشراك العاملين وتدعيمهم وتزويدهم بالطاقة الواقعة.
- استمرار جهود التحسين المستمر والتنسيق بين الأنشطة.

3.2.1. العوامل والمتطلبات الأساسية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة

لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في أي منظمة مهما كانت أهدافها أو نظامها، فإن ذلك يتطلب عوامل و متطلبات أساسية لضمان نجاح تطبيقها.

1.3.2.1. متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة

- هناك عدة متطلبات يجب توفرها لكي يمكن تطبيق إدارة الجودة الشاملة بنجاح، وهذه المتطلبات أوردها معهد إدارة الجودة الشاملة الفدرالي، وتتمثل في: [12] ص 555-556.
- دعم وتأييد الإدارة العليا لبرنامج إدارة الجودة الشاملة.
 - التوجيه بالمستهلك.

- تسجيل أهداف الجودة والإنتاجية و خطة التحسين السنوية.
- قياس الأداء للإنتاجية والجودة.
- استخدام خطة التحسين ونظام القياس في محاسبة المدربين والعاملين.
- مشاركة العاملين بالجهود المبذولة لتحسين الإنتاجية والجودة.
- مراجعة الإنتاجية والجودة المحققة.
- التدريب على تحسين الإنتاجية والجودة.
- إعادة تدريب العاملين وفقا لجهود التحسين.
- إزالة الحواجز من أمام جهود تحسين الجودة والإنتاجية.

2.3.2.1. مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة

إن تطبيق برنامج إدارة الجودة الشاملة يتم من خلال عدة مراحل: [23] ص 380

المرحلة الأولى

تتطلب هذه المرحلة خلق البيئة الثقافية السليمة لإنشاء المناخ الملائم للتطبيق، ويتم في هذه المرحلة تدريب جميع العاملين على فلسفة إدارة الجودة الشاملة.

المرحلة الثانية

تتطلب حل المشاكل وهنا يتم دراسة العمليات واستخدام أدوات حل المشاكل مثل تحليل "باريتو" وأن يكون كل عامل على معرفة بكيفية استخدام هذه الأدوات وأن يكون قادرا على العمل كعضو في فريق تشخيص المشكلات.

المرحلة الثالثة

تتطلب هذه المرحلة القيام بالرقابة الإحصائية للعمليات، وهنا يكون التأكيد على ضرورة تدريب العاملين على كيفية استخدام أساليب الرقابة الإحصائية وتفسير نتائجها بما يؤدي إلى تحسين جودة العمليات.

المرحلة الرابعة

يتم في هذه المرحلة استخدام أساليب إحصائية متقدمة لتتعدى مرحلة الرقابة الإحصائية إلى مرحلة التصميم لوضع معايير تعظيم العمليات وهذه المرحلة يتطلب التصميم الإحصائي للتجارب من خلال تطبيق "طرق تاجوشي" وتركز طرق "تاجوشي" على التحليل الإحصائي للقرارات التي سوف تحتاج الإدارة لاتخاذها من أجل إدارة المنظمات في الظروف البالغة التعقيد للوصول إلى

الطريقة المثلى، وفي هذه المرحلة لا يتطلب الأمر تدريب جميع العاملين ولكن مجموعة صغيرة والذين نحتاج إليهم عند تطبيق هذه الطرق.

3.3.2.1. العوامل الأساسية لنجاح وفعالية تطبيق إدارة الجودة الشاملة

يعد التخطيط لإدارة الجودة الشاملة، من أهم وأكثر الخطوات الفاعلة في تحقيق الأبعاد الأساسية للنشاط الإنتاجي والخدمي في المنظمات المختلفة على حد سواء. وفي ضوء ذلك يمكن تحديد الخطوات الرئيسية لتخطيط إدارة الجودة بما يلي: [6] ص 96-98.

- الأهداف المطلوبة تحقيقها في الجودة (مثلا الخصائص أو المميزات، التماثل، العالية، الجمالية دور الحياة، التكلفة، الموارد الطبيعية، الاستخدام وترقية التشغيل...الخ).
 - مراحل العمليات التي تمثل الممارسة العملية للتنظيم (يمكن استخدام مخطط تدفق أو مخطط مماثل لتمثيل عناصر العمليات).
 - إسناد المسؤوليات والسلطة والوسائل من خلال المراحل المختلفة للمشروع.
 - الإجراءات والتعليمات المدونة والمخصصة للتطبيق.
 - برامج التجربة والرقابة والفحص والتدقيق في المجالات المعينة مثلا مجال التصميم والتطور.
 - إجراءات مكتوبة فيما يخص التغييرات والتعديلات التي ستطرأ على خطة الجودة شيئا فشيئا مع تقدم العمل بالمشاريع.
 - طريقة تسمح بقياس درجة تحقيق أهداف الجودة.
 - الإجراءات الأخرى الضرورية لبلوغ الأهداف.
- ولذا فإن خطط الجودة يمكن أن تكون مضمنة أو مشار إليها في دليل الجودة، ومن خلال ذلك يتضح بأن المكونات الرئيسية لبرنامج إدارة الجودة الشاملة الناجح يتضمن ما يلي:
- التخطيط الدقيق للعمليات.
 - إشراك الإدارة الوسطى .
 - التأني في وضع الأهداف ذات نتائج ملموسة وسريعة.
 - تطوير الاتصالات ما بين العاملين.
- وكذلك فإن هناك عوامل ذات أثر فعال في قيادة المنظمات حول تحقيق النجاح في إدارة الجودة الشاملة:
- أن تكون هناك مهام واضحة.
 - أن تكون هناك سياسات واضحة.

- أن تكون العوامل الحرجة للنجاح واضحة.
 - أن تكون صياغة ثقافة الجودة صحيحة وواضحة.
 - أن تكون المسؤوليات واضحة.
- بالإضافة إلى: [20] ص 99
- الإعتمادات المالية اللازمة لتمويل برنامج إدارة الجودة الشاملة.
 - زرع ثقافة الجودة الشاملة في العاملين.
 - تنمية ثقافة الإبداع في العاملين .
 - تشجيع العملاء الداخليين والخارجيين على تقديم الاقتراحات التي تساهم في رفع مستوى الجودة.
 - تهيئة نظام فعال للاتصالات .
 - التخطيط للتدريب المستمر للعاملين.

4.3.2.1. معايير تقويم إدارة الجودة الشاملة

تختلف معايير إدارة الجودة الشاملة من منظمة إلى أخرى حسب النماذج المستخدمة، ومن أهم نماذج تلك المعايير ما تستخدمه هيئة "مالكولم" National Quality Malcolm Baldinge وهي هيئة قومية أمريكية تأسست عام 1987 في عهد الرئيس ريجان، تقوم بمنح جوائز سنوية للمؤسسات الأمريكية التي تحقق أفضل النتائج من تطابق استراتيجيات ناجحة لتحسين الجودة وتستخدم تلك الهيئة في تقويمها نظام النقاط التي توزع على سبعة عناصر إدارية أساسية وهي: [2] ص 63

- 1- نوعية القيادة.
- 2- المعلومات وتحليلها.
- 3- التخطيط الاستراتيجي للجودة.
- 4- إدارة الموارد البشرية.
- 5- الضمانات التي تكفل الجودة للمنتجات أو الخدمات.
- 6- نتائج الجودة.
- 7- رضا العملاء.

5.3.2.1. معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة

يمكن أن تعوق جهود التوجه نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة إذا ما اعترض الإدارة أي من

المعوقات التالية: [20] ص 97

- قصور إدراك المديرين على تطبيق أدوات الجودة الشاملة.
- محدودية أو غياب إدارة التغيير.
- الخلط بين مفهوم جودة المنتج ومفهوم إدارة الجودة الشاملة.
- غياب ثقافة تنظيمية فاعلة (القيم، الاتجاهات و السلوكيات).
- غياب روح الفريق، لا سيما وان التحسين المستمر لا يتم إلا من خلال ذلك.
- قصور التخطيط للتدريب، لا سيما تحديد الاحتياجات التدريبية.
- سيادة ثقافة الأشخاص بدلا من ثقافة النظم.
- عدم توثيق المعارف والخبرات التي تراكمت لدى القادة والعاملين في برنامج الجودة الشاملة.
- السعي لتحسين العمليات قبل تصميم أهداف برنامج الجودة الشاملة.
- غياب علاقة فاعلة بين المورد والعميل على مستوى المنظمة، وغياب مفهوم العميل الداخلي.

6.3.2.1. الأخطاء الشائعة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة

- نتعرض فيما يلي إلى عدد من الأخطاء الشائعة التي تلعب دورا سلبيا ومؤثرا في جهود تطبيق منهجية إدارة الجودة الشاملة، يجب أخذها بعين الاعتبار وتجنبها عند تطبيق هذه المنهجية، وذلك كمساهمة في تحقيق نجاح هذا التطبيق: [17] ص 228
- عدم التوفر الكامل لمتطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة .
 - استعجال نتائج تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مدة قصيرة .
 - النقل الحرفي للنماذج المطبقة في شركات أخرى.
 - نقص المعرفة وعدم الإلمام الكافي و العميق بأبعاد إدارة الجودة الشاملة.
 - التركيز على الجانب التقني على حساب العنصر البشري.
 - القول الكثير والتطبيق القليل لثقافة وفلسفة إدارة الجودة الشاملة.
 - الفشل في التعامل مع عملية التغيير.
 - التطبيق دفعة واحدة وبشكل واسع وكلي لإدارة الجودة الشاملة.
 - عدم تحديد حاجات ومتطلبات العملاء بشكل جيد.
 - الفشل في ترجمة الجودة المطلوبة إلى معايير محددة ودقيقة تتوافق مع حاجات العملاء.

4.2.1. الدور الهام لإدارة المنظمة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة

- تلعب إدارة المنظمة دورا هاما في نجاح إدارة الجودة الشاملة ، ولنجاح هته الأخيرة ، يتوجب على المنظمة حين تطبيق إدارة الجودة الشاملة ، السعي نحو خلق بيئة ثقافية لدى

الموظفين وذلك يتوجب تدريبهم وتحسين مهاراتهم الإنتاجية و التسييرية، وخلق روح المسؤولية و الولاء لديهم.

1.4.2.1. خلق البيئة الثقافية لإدارة الجودة الشاملة

إن خلق البيئة الثقافية لإدارة الجودة الشاملة، لا يكون إلا عن طريق التغيير ومن الأفضل أن يتم التغيير تدريجياً من الأنماط القديمة إلى الجديدة، والنقاط التالية تمثل النواحي الهامة في عملية التحول: [2] ص 57-58.

- التعليم وإعادة التعليم للمديرين.
- تطوير وتحديد رؤية واضحة لمستقبل التنظيم.
- إنشاء وتكوين فريق إدارة حقيقي.
- تركيز الجهود لتطبيق مبادئ "ديمنج" الـ 14 وتطوير إستراتيجية لتبني التغيير في التنظيم.
- على الإدارة اختيار المشروعات وفريق الإدارة واستخدام مدخل علمي في حل مشاكل وتحسين العمليات.
- تطوير وتوظيف الموارد الخاصة من العاملين، سواء في مستوى الإدارة العليا أو المتوسطة.
- تطوير وتحقيق وخلق المدير البطل والذي يستطيع أن يقود عملية التحول ويبعث الروح في فريق العمل في الأوقات الصعبة.
- توفير المدير القائد والقيادة الفعالة على أعلى مستوى.

2.4.2.1. التدريب لإدارة الجودة الشاملة

إن الإدارة العليا تعرف بأن التدريب، سابقة أو حدث مطلوب قبل اللعب ويعتبر من أنشطة إدارة الجودة الشاملة وذو تكلفة عالية، والإدارة العليا تتلقى التدريب في الموضوعات والمجالات التالية: [24] ص 85

1.2.4.2.1. التدريب لإدراك وفهم الجودة الشاملة

لتغطية هذه النقطة فإن التدريب يتناول أصل وتاريخ وفلسفات الجودة المختلفة والفروق بينها وأهداف و أوليات مفاهيم التحسين الحديثة.

2.2.4.2.1. التدريب على طرق التحسين

ويشمل هذا النوع من التدريب على استخدام تقنيات معينة تستخدم بواسطة الأفراد أو المجموعات للوصول إلى نتائج محددة من هذه التقنيات، رسم عظمة السمكة والذي يبين السبب والتأثير، وأعمدة التكرار لبيان مرات التكرار لظاهرة ما، وهكذا.

ومن التدريبات على طرق التحسين:

- التدريب على أسباب ومهارات وتقنيات حل المشكلات.
- التدريب على الأساليب الإحصائية.

3.2.4.2.1. التدريب على مهارات الفريق

ومن موضوعاته ديناميكية الفريق، ومهارات الاتصال، ومهارات الاجتماعات، ومهارات التسهيل أو التسليك (تسهيل إنجاز المسائل والموضوعات)، ومهارات اتخاذ القرار كفريق.

4.2.4.2.1. التدريب الخاص

ومن موضوعات التدريب الخاص:

- تحليل الوثوق.
- التقييم المبدئي المقارن .
- الفحص والمراجعة .
- تحليل رغبات العملاء باستخدام.

3.4.2.1. نتائج تطبيق إدارة الجودة الشاملة

هذه النتائج مستوحاة من تجارب شركات عالمية كبرى وتتلخص في:

- انخفاض شكاوى المستهلكين والعملاء من جودة السلع والخدمة المقدمة إليهم.
- تخفيض تكاليف الجودة.
- زيادة نصيب السوق وتخفيض التكاليف.
- تخفيض شكاوي العاملين و انخفاض نسب الحوادث الصناعية.
- تخفيض عيوب الإنتاج والجودة وزيادة رضاء العملاء.
- زيادة الفعالية، تخفيض المخزون، تخفيض الأخطار، تخفيض تأخير التسليم.
- زيادة الأرباح وزيادة الإنتاجية.
- زيادة المبيعات وتخفيض التكاليف وخفض زمن دورة الإنتاج.
- تحسين الاتصال والتعاون بين وحدات المنظمة.
- تحسين العلاقات الإنسانية ورفع الروح المعنوية.

- زيادة الابتكار والتحسين المستمر.

- زيادة العائد على الاستثمار.

4.4.2.1. القيم الست لثقافة الجودة في المنظمة

بالنظر للمنظمة كنظام، حدد John A. Woods ستة قيم يمكن أن تبنى عليها ثقافة ناجحة وثرية للجودة، وتكمن القيمة الحقيقية لهذه القيم فيما يصاحبها من تغيير في السلوكيات: [20] ص 100.

1.4.4.2.1. القيمة الأولى

كلنا نعمل سوياً شركاء، المنظمة والعملاء و الموردون.

2.4.4.2.1. القيمة الثانية

إنسانية العلاقات الرسمية بالعمل، تخفيف الرسميات بين الرؤساء والمرؤوسين.

3.4.4.2.1. القيمة الثالثة

الاتصال الصادق المنفتح، حيوي وضروري.

4.4.4.2.1. القيمة الرابعة

لكل فرد فرصة الوصول لكل المعلومات عن كافة العمليات.

5.4.4.2.1. القيمة الخامسة

أهمية التركيز على العمليات.

6.4.4.2.1. القيمة السادسة

ليس هناك نجاح أو فشل، وإنما خبرات التعلم.

وحتى يكون فهمنا أفضل لهذه القيم، يمكن صياغة المعنى المعاكس لكل منها، فهذه المعاني المعاكسة توضح بشكل أفضل الافتراضات وراء السلوكيات المضرة الغالبة في الكثير من منظماتنا اليوم:

1.4.4.2.1. القيمة الأولى

كل واحد يهتم بنفسه.

2.4.4.2.1. القيمة الثانية

الرئيس يعلم أكثر، ويفكر أفضل وله هيئته.

3.4.4.2.1. القيمة الثالثة

اجعل الاتصال محدودا ومغلقا.

4.4.4.2.1. القيمة الرابعة

احتفظ بكافة المعلومات لدى الإدارة العليا، وأشرك العاملين بها بقدر وعند الضرورة.

5.4.4.2.1. القيمة الخامسة

ركز على الأداء الفردي.

6.4.4.2.1. القيمة السادسة

النجاح هو كل شيء، ولا مجال للفشل (وهذا طبعا غير واقعي دائما).

إضافة إلى ما تقدم، فهناك العديد من القيم التي تسهم في تشكيل نسيج نظام إدارة الجودة الشاملة، أهمها:

- الإتيان.
- الانتماء.
- التحسين المستمر.
- التوجه بالعميل.
- العمل بروح الفريق.
- الإدارة بالمشاركة.
- تشجيع الأداء التطوعي.
- التنمية الذاتية.

3.1. حلقات الجودة (حلقات السيطرة النوعية)

يعد ايشيكاوا مؤسس ومنظم حلقات الجودة، كما ينسب إليه كذلك مفهومها، الذي سهل تطبيقها وانتشارها السريع في اليابان، فبعد مولد أول حلقة للجودة عام 1962 ارتفع العدد إلى 4930 سنة 1965، ثم إلى 17316 بنهاية 1698، ليصل العدد إلى 43366 في نهاية 1971. أما بداية التفكير في حلقات الجودة في الولايات المتحدة الأمريكية، فيرجع إلى عام 1968، عندما زارت مجموعة يابانية أمريكا لتوضيح وشرح مزايا وفكرة حلقات الجودة [12] ص 559.

1.3.1. نشأة وتطور فكر حلقات الجودة

منذ حوالي ثلاثين عاما مضت، كانت عبارة "صنع في اليابان" مرادفة للمنتج ذي الجودة الرديئة فقد كانت اليابان سمعة غير طيبة لجودة منتجاتها، ولهذا لم يكن لها قبول في الأسواق العالمية فلم تكن قادرة مثلا على تصدير سيارة واحدة في عام 1960 ولكن تغير الحال بعد ذلك بفضل ما بذله اليابانيون من أجل تطوير وتحسين منتجاتهم فأصبحنا نجد الصناعة اليابانية تحولت من موضع تنافسي بسيط إلى هيمنة على السوق.

لقد أدرك اليابانيون مع نهاية الحرب العالمية الثانية أن التحدي الذي يواجهونه من أجل الارتقاء بجودة منتجاتهم ليس له من طريق لمجابهته سوى تطبيق برنامج رسمي للرقابة على الجودة لتحسين منتجاتهم ومذ ذلك التاريخ، وفي غضون سنوات قليلة كانت هناك زيادة هائلة في مجالات الأعمال اليابانية التي تطبق الرقابة الإحصائية للجودة [12] ص 557 .

أما الميلاد الحقيقي لحلقات الجودة فكان في عام 1961 وقد ظهرت كتطور طبيعي لما كان يعرف في ذلك الوقت باصطلاح CIRCLES BOOK-READING، والتي كانت قد اقترحت بمعرفة الدكتور Ichikawa إيشيكاوا أستاذ الهندسة بجامعة طوكيو، ونشرت في مجلة مراقبة الجودة، فقد تقدم هذا العالم وبمساندة النقابة اليابانية للعلماء والمهندسين باقتراح مضمونه أن تألف مجموعات صغيرة من العاملين مهمتها أن تقوم بالتعرف على المشكلات المعقدة بمجال عملهم، ومن هنا ولدت فكرة حلقات الجودة اليابانية والتي تعتبر بمثابة تطور.

وفي شهر ماي 1962 ظهرت أول حلقة جودة يابانية كترجمة حقيقية لمفهوم الدكتور إيشيكاوا، وكان ذلك بشركة نيبون للتلفزيون والتلغراف، ثم بدأت تنتشر بسرعة في الشركات اليابانية وطبقت في أكثر من 35 شركة في خلال عام واحد من مولدها [12] ص 557.

1.1.3.1. مفهوم وفلسفة حلقات الجودة

حلقة السيطرة النوعية عبارة عن مجموعة من العاملين يعملون طواعية في تحمل مسؤولية معينة في حقول اختصاصها الإنتاجي أو الخدمي يلتقون أسبوعيا لمناقشة وتحليل واقتراح الحلول الملائمة لمجابهة مشكلات النوعية في مجالات أعمالهم المختلفة كما أنهم يستعينون بالخبرات الإدارية والفنية لمساعدتهم بوضع الإستراتيجية الشاملة لمعالجة المشكلات الحاصلة في النوعية [6] ص 127.

فيعرف البعض حلقة الجودة بأنها " مجموعة من العاملين تتطوع لدراسة وحل مشكلات

العمل".

وفي تعريف آخر "مجموعة صغيرة من العاملين يؤدون عملا متشابهها أو مرتبطا يتقابلون بشكل دوري بهدف تحديد وتحليل مشكلات الجودة والإنتاج وتحسين الأداء، ويعرفها كتاب آخرون بأنها "مجموعة صغيرة من العاملين يشتركون في عملية دراسة تعاونية مستمرة هدفها الكشف عن المشكلات التي تعترض مسيرة العمل، والعمل على تقديم الحلول المناسبة".

وفي تعريف آخر أورد "هاري كاتزان" " يرى أن حلقات الجودة هي مجموعة صغيرة من العمال تجتمع بشكل منتظم وعلى أساس تطوعي لتحليل المشاكل وتقديم عرض الحلول على الإدارة".

وفي تعريف أكثر تفصيلا يعكس بعض النواحي التنظيمية والإجرائية لحلقات الجودة، يعرف "روبسون" حلقات الجودة بأنها "عبارة عن مجموعة من أربعة إلى عشرة متطوعين مع مشرف أو رئيس عمل مرة أسبوعيا لمدة ساعة لقيادة المشرف لتحديد المشاكل المتصلة بعملهم وتحليلها وحلها" [12] ص 520.

2.1.3.1. تطور حلقات الجودة

لقد اتسمت حلقات النوعية في اليابان بأهمية عالمية إذ أن Dr.Juran أشار بشكل مؤكد على أن هذه الحلقات تعتبر مثارا لإعجاب العالم، حيث لا تستطيع أي من أقطار العالم اللحاق باليابان في إطار تحسين النوعية وتطوير الإنتاج.

إن فكرة حلقات السيطرة النوعية ابتدأت في اليابان من خلال الندوة التي عقدت عام 1961 لمواجهة المشكلات التي يعانيتها مشرفوا العمل في المنشآت الصناعية في اليابان والتي تم التركيز عليها من خلال مناقشة مشكلتين أساسيتين تمثل المحاور الأساسية لهذه الندوة وهي: [6] ص 127.

- ضرورة القيام بإصدار مجلة متخصصة في السيطرة النوعية للمساهمة في معالجة المشكلات المتعلقة بتحسين الجودة وتطويرها واعتماد الاقتراحات والاستنتاجات الواردة فيها كدليل ومرشد لسبل التطوير المستهدف.

- ضرورة مساهمة المشرفين على العمل في المنشآت الصناعية اليابانية بإسداء الرأي والمشورة في إطار تحسين النوعية بعد أن كانوا يعانون من عدم الاهتمام بأرائهم المتعلقة بهذا الشأن.

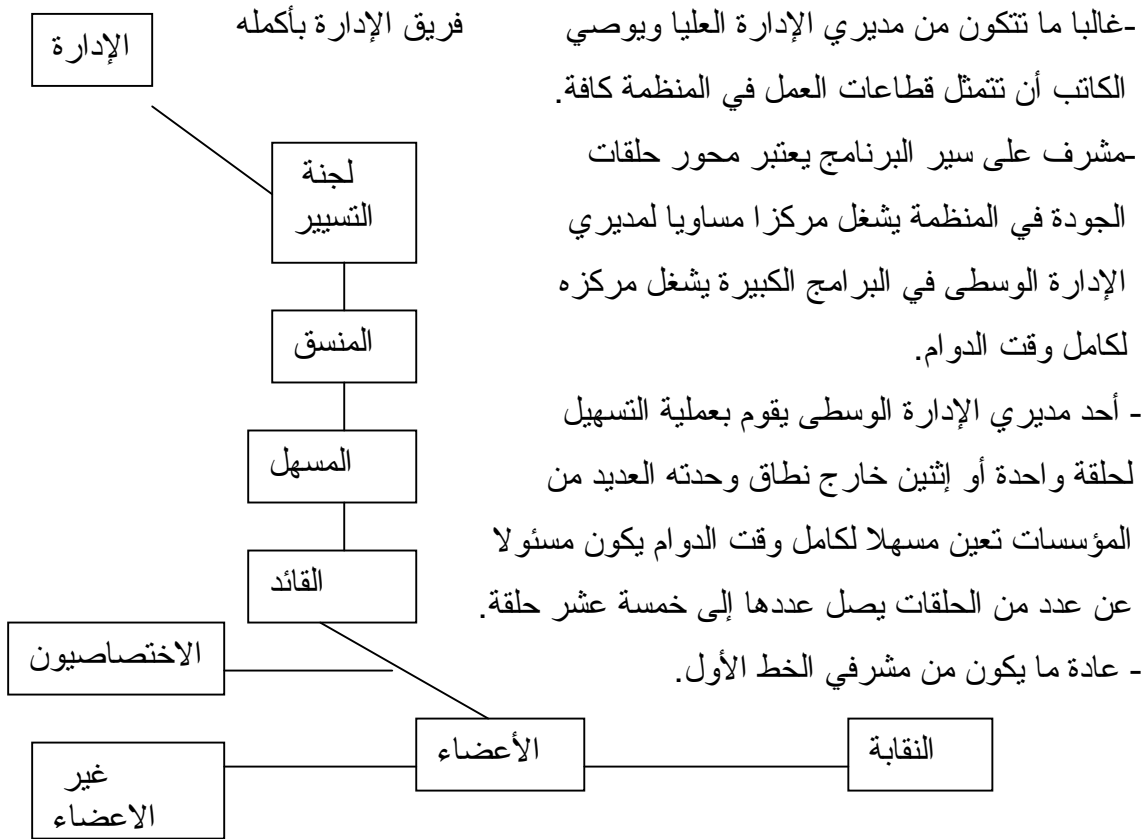
وقد ابتدأت حلقات السيطرة النوعية بالظهور في اليابان في حزيران 1962 إذ تشكلت في هذا التاريخ ثلاث حلقات تم تسجيلها رسميا في مجلة النقابات اليابانية للعلوم والهندسة، والجدول أدناه يوضح تطور حلقات السيطرة النوعية والمسجلة في نقابة العلماء والمهندسين اليابانية: [6]

جدول رقم 03: عدد حلقات السيطرة النوعية المسجلة في نقابة العلماء والمهندسين اليابانيين [6]
ص 128.

السنة	عدد حلقات السيطرة النوعية	نسبة التطور	عدد أعضاء حلقات السيطرة النوعية	نسبة التطور
في نهاية عام 1965	4930	%100	70920	%100
في نهاية عام 1970	33499	%680	388543	%548
في نهاية عام 1973	57599	%1168	600300	%846
في نهاية عام 1975	78395	%1590	774012	%1091
في نهاية عام 1979	103644	%2102	977474	%1378

3.1.3.1. هيكل حلقات الجودة

من أجل ضمان ملائمة حلقات الجودة للهيكل التنظيمي للمنظمة والنمط الإداري المتبع فيها، يجب القيام بعملية مراجعة في إدخال التغييرات التي ستمكن حلقات الجودة من أن تصبح جزءاً مكملاً لا يتجزأ من تنظيم المؤسسة وثقافتها، (ينبغي أن يكون الهدف من وراء ذلك هو دمج حلقات الجودة في التنظيم الوظيفي الحالي وليس خلق تنظيم وظيفي مغاير)، ويوضح الشكل كيفية تناسق هيكل حلقة الجودة مع التنظيم الحالي للمنظمة وعند الفراغ من مراجعة البرنامج التجريبي وبعد إدخال تعديلات ملائمة تمثل الخطوات التي تلي ذلك في الاتصال بالإدارة لكي تقوى تحويل البرنامج إلى برنامج مستمر دائم ويصبح جزءاً لا يتجزأ من فلسفة المنظمة ونمطها الإداري: [25] ص 87.



أعضاء نقابة يمكن أن يكونوا أعضاء من 06 إلى 15 عضو الزملاء في وحدة العمل ممن لا يكونون أعضاء في الحلقة العمل ممن

أعضاء غير أعضاء في الحلقة العمل ممن لا يكونون أعضاء في الحلقة

4.1.3.1. الجوانب الهيكلية للجودة

يختلف الهيكل الوظيفي داخل المنظمة وفقا لحجم هذه الأخيرة وتنظيمها، ولكن في الغالب توجد العناصر الموالية: [26] ص 58

1.4.1.3.1. لجنة الجودة

تضم المدير العام للمنظمة، أو ممثلا عن الإدارة العامة وكبار المسؤولين داخل المنظمة، ويتم تنشيطها من طرف مسؤول الجودة ويتمثل دورها فيما يلي:

- الموافقة على سياسة الجودة داخل المنظمة.
- وضع برنامج الجودة الشاملة والوسائل الضرورية .
- متابعة حسن تنفيذ البرامج واتخاذ القرارات والإجراءات في حالة الانحراف أو التأخر.
- التحكيم.

2.4.1.3.1. مديرية الجودة

يكلف بهذه الوظيفة شخص واحد أو المصلحة المركزية للجودة، ويتوجب عليها القيام بما يلي:

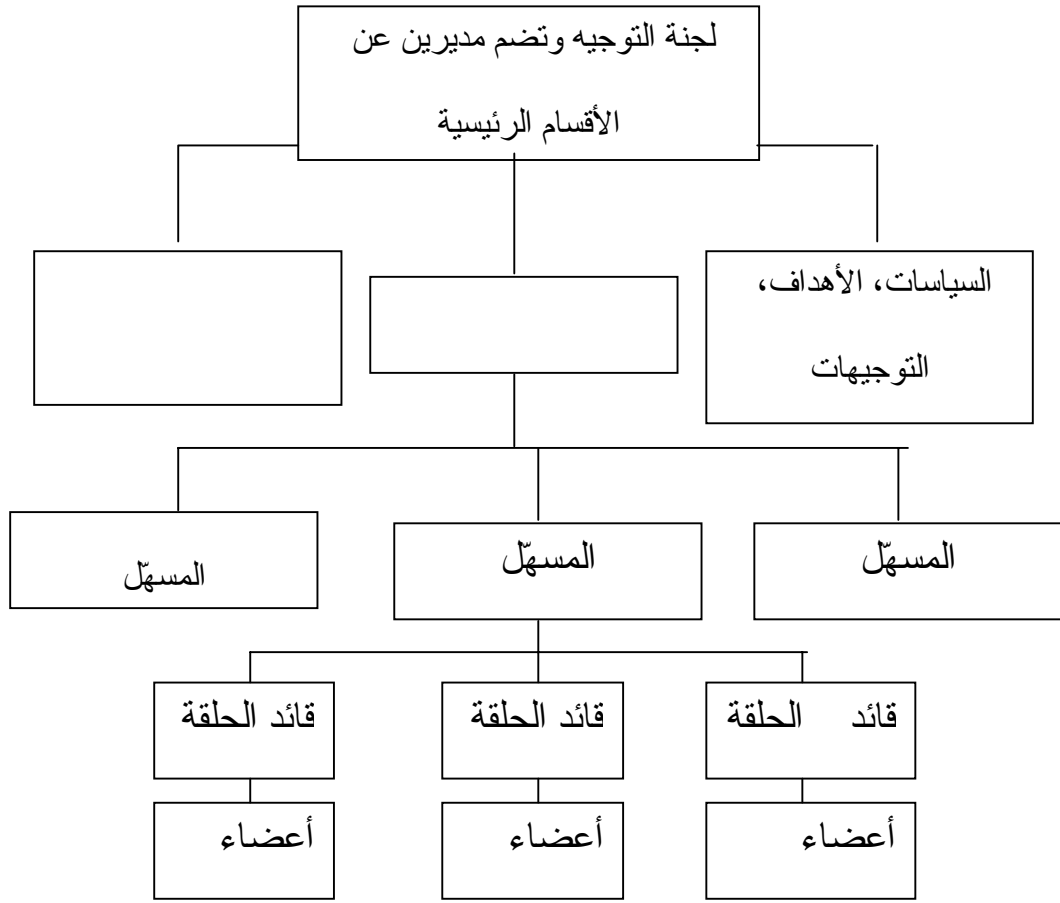
- اقتراح السياسة وإستراتيجية الجودة للمديرية العامة بالتوافق مع لجنة الجودة.
- ترقية الجودة داخل المنظمة.
- ضمان الانسجام بين أهداف الجودة وباقي أهداف المنظمة.
- نشر الإجراءات، طرق، تقنيات وأدوات تسيير الجودة داخل المنظمة.

ويقتصر دور مديرية الجودة في ترقيتها فقط، إذ لا ينبغي لها أن تقوم بانجاز الجودة لان هذا يدخل ضمن مهام الأشخاص العاملين.

3.4.1.3.1. الهياكل الملحقة

تضم أفواج تحسين الجودة، حيث يتم تعيين أعضاء هذه الأفواج من طرف الإدارة نظرا لمهاراتهم، ويكلفون بدراسة مشكل ما بصورة وقائية ويتم حل هذه الأفواج عند إيجاد الحلول لهذا المشكل، كما توجد مجموعات التدخل وهي تشبه سابقتها إلا أنها تكلف بحل مشاكل كبيرة ومستعجلة، ويدخل في إطار الهياكل الملحقة أيضا حلقات تحسين الجودة .

والشكل الموالي يوضح تنظيم حلقات الجودة:



شكل رقم 15: مخطط نموذجي لتنظيم حلقات الجودة [3] ص 58.

2.3.1. أساسيات تطبيق حلقات الجودة

لتطبيق حلقات الجودة لابد من توفر الظروف الملائمة لذلك من أجل التطبيق السليم للمبادئ الأساسية التي سنتتبعها لا محالة بنجاح هذا التطبيق والحصول على النتائج المرجوة.

1.2.3.1. المبادئ الأساسية لتطبيق حلقات الجودة

تشمل أي طريقة أو أي فلسفة على عدد من الفروض والمبادئ الهامة، والتي يتعين تفهمها جيدا إذا كان يتعين أن يتم وضع ذلك المفهوم موضع التطبيق بطريقة محكمة، وحلقات الجودة مثلها مثل أي طريقة أو فلسفة لا يمكن تنفيذها في أي مجال صناعي أو خدمي بدون المعرفة والوعي الكامل بالمبادئ الأساسية لها وأهم هذه المبادئ: [12] ص 571-577.

1.1.2.3.1. المشاركة التطوعية

يمثل مبدأ المشاركة التطوعية نقطة الارتكاز الأساسية لحلقات الجودة، فهو يلعب دورا هاما، ولكن في بعض الأحيان لا يكون هذا المبدأ مفهوما جيدا، سواء من جانب الإدارة أو العاملين لأنه يمثل سمة غير معتادة في حياتنا العملية إذ أنه في القليل النادر من الأحوال نجد ما يمكن أن نطلق عليه بصدق العمل التطوعي.

ويستند مبدأ المشاركة التطوعية على النظرية التي تقول بافتراض أن إحداث أي تغيير مطلوب في سلوك أي فرد إنما يتطلب من ذلك الفرد أن يوجد نوعا من التوازن بين مشاعره وأفكاره ومعتقداته.

2.1.2.3.1. ملكية حلقة الجودة

نظرا لأن الأعضاء الذين انظموا إلى حلقة الجودة قد فعلوا ذلك اختيارا، فإن ذلك يولد لديهم شعور قوي بضرورة الالتزام الكامل إتجاهها، وهذا بدوره يؤدي إلى شعورهم بملكية حلقة الجودة وهذا الشعور يجب مسانده وتقويته وتنميته، حيث أن هذه الحلقات لن يكتب لها الدوام إلا إذا كان الشعور العام لأعضائها أنهم يمتلكونها، ويواجه هذا المبدأ الهام بعض الصعوبات منها صعوبات نظرية وأخرى عملية، وقد تصل هذه الصعوبات في حدها إلى توليد كثير من المشاكل إذا لم يتم تحديد معنى ومحتوى ومضمون المقصود بملكية حلقات الجودة.

3.1.2.3.1. تبعية المشاكل

يقصد بتبعية المشاكل أن على حلقات الجودة أن تتعامل مع مشاكلها الخاصة بها فقط دون أن يتسع عملها ومجهودها لتتناول مشاكل تتعلق بجهات أخرى، كحلقات أخرى أو إدارة أخرى غير التي تنتمي إليها أو مشاكل الشركة ككل إذ يقتصر معالجة المشكلات على تلك التي تقع في حدود ونطاق عملها فقط، وعلى ذلك يمكن القول بصفة عامة أن لأعضاء الحلقة الحرية في اختيار الموضوعات أو المشكلات التي يرغبون في مناقشتها أو تحليلها شريطة أن ترتبط هذه الموضوعات بمشكلات الإنتاج والعمل داخل نطاق عملها فقط.

4.1.2.3.1. طبيعة التعامل مع أعضاء حلقة الجودة

من الأمور المهمة جدا كمبدأ من مبادئ حلقات الجودة هو الاعتراف المسبق أن أعضاء حلقات الجودة ليسوا صغارا ولكنهم كبار قد تعدوا سن الرشد ولأنه لا يحركهم ولا يحفزهم الإغراء الذي يستخدم كما لم كانوا أطفالا، ولكن يتعين التعامل معهم على أساس علاقة الكبار بالكبار.

5.1.2.3.1. قاعدة بيانات لحل المشاكل

من المبادئ الأساسية لحلقات الجودة العمل على إيجاد قاعدة بيانات لاستخدامها في التعامل مع المشاكل التي تبحثها حلقات الجودة و الحلول التي تقدمها حلقات الجودة يتعين أن تكون مبنية على حقائق أكثر من اعتمادها على آراء، وهناك بعض الأفراد يدعون عادة أن معلوماتهم وخبراتهم تبدو كافية للتعامل مع المشاكل، وتساعد حلقات الجودة في تحسين هذا الموقف عن طريق تدريب أعضائها وقادتها بحيث يتم التأكيد على ضرورة جمع كافة البيانات اللازمة للتعامل مع المشاكل، ومن ثم يكون هناك تقارب في طريقة النفاهم مع الإدارة لأنهما يستخدمان نفس اللغة، ومن ثم استخدامهما في تحديد المشاكل وتحليل مسبباتها واقتراح الحلول البديلة لها.

6.1.2.3.1. التوقيت الحقيقي للنتائج المتوقعة

كنتيجة للطريقة التي بها يتم تشكيل هيكل معظم المنظمات فإنه يوجد علاقة ارتباط مباشرة بين المستوى التنظيمي للوظيفة، ففي الوقت الذي يستغرق اهتماماتها المدير العام لعدة سنوات، فإن الوقت اللازم لأداء مهام وظيفة الشخص التنفيذي والذي يعمل على آلة ما في ورشة قد لا يمتد لأكثر من عدة ثوان قليلة، هذه الاختلافات في أزمنة تحقيق النتائج قد يعكس توقعات الأفراد عموماً بخصوص الوقت اللازم لتحقيق النتائج المرغوبة، وغالباً ما يكون ذلك هو السبب الحقيقي للمشاكل ذات العلاقة بعملية الاتصالات بين مختلف المستويات في المنظمات.

7.1.2.3.1. المكسب لكل الأطراف

تمثل الإستراتيجية المكسب لكل الأطراف، لب أو قلب فلسفة حلقات الجودة، حيث أن الاعتقاد بأنه من الممكن ، بل ومن المرغوب فيه أن يتم التوصل إلى موقف أو وضع تمثل فيه المنافسة الموقف السائد و الصحيح ، في نفس الوقت تستند فيه جهود العاملين إلى مفهوم الزمالة أو المشاركة وأن كل فرد في هذه العلاقات سيحقق مكسباً ومثل هذا الهدف مناقض تماماً للموقف الذي يسود كثير من المنظمات، حيث إن الذي يسود فعلاً في الواقع العملي الصراع غير المنتج وهذا الصراع بين الأقسام والإدارات ، وبين مختلف المستويات في المنظمات ، يسود أيضاً العلاقة بين الإدارة والاستشاريين .

2.2.3.1. المتطلبات الأساسية لتطبيق حلقات الجودة

رغم تزايد الاهتمام بحلقات الجودة، إلا إن نجاحها في تحقيق أهدافها مرهون بتوفير عدد من المتطلبات الأساسية في برنامج حلقات الجودة، وفيما يلي أهم هذه المتطلبات: [12] ص 580-

1.2.2.3.1. الالتزام من جانب الإدارة العليا

إن الحاجة إلى الالتزام من جانب رجال الإدارة العليا، من أهم المتطلبات اللازمة لتطبيق حلقات الجودة، وهذا الالتزام له جانبان، الأول أن الإدارة العليا إذا لم يكن لديها الرغبة والموافقة من الأصل والأساس فإن برنامج حلقات الجودة لن يبدأ أبداً، أي أن موافقة رجال الإدارة العليا هو بمثابة الضوء الأخضر للبدء في هذا البرنامج، والجانب الثاني والذي قد يكون أكثر أهمية هو ثقة أعضاء حلقات الجودة في أن الإدارة ستظل وستستمر في هذا الالتزام دون أن يفتر هذا الالتزام بعد فترة.

2.2.2.3.1. هيكل حل المشاكل

يعتبر هيكل حل المشاكل بمثابة الأداة الرئيسية لبرنامج حلقات الجودة، حيث انه يمثل الأداة التي تستخدمها وتطبقها حلقات الجودة، وهو يمثل أيضاً احد المكونات والأجزاء الهامة لمدخل حلقات الجودة، وسنجد في الحياة العملية أن بعض المنظمات تحاول أن تبدأ تطبيق برامج حلقات الجودة، بدون أي تدريب مسبق، والنتيجة المتوقعة هي فشل البرنامج بعد وقت قصير وعليه فإن وجود هيكل سليم لحل المشاكل، يؤدي إلى تمكنهم من حل مشاكلهم بطريقة منظمة، وهذا بدوره يعمل على تحسين مستوى الثقة للإدارة والأعضاء أيضاً وبدون إطار يمثل هيكل حل المشكلات فلا يمكن أن نتوقع النجاح.

3.2.2.3.1. البداية الصغيرة

وحتى يمكن أن نضمن نجاح حلقات الجودة في التطبيق العملي في الأجل الطويل، فإن أحد المتطلبات الأساسية والتي يتعين أن تأخذ بها المنظمة في أن تبدأ بداية صغيرة، والتي في الغالب تكون في حدود حلقتين إلى ستة حلقات وفقاً لحجم المنظمة.

4.2.2.3.1. التهيئة الذهنية الصحيحة

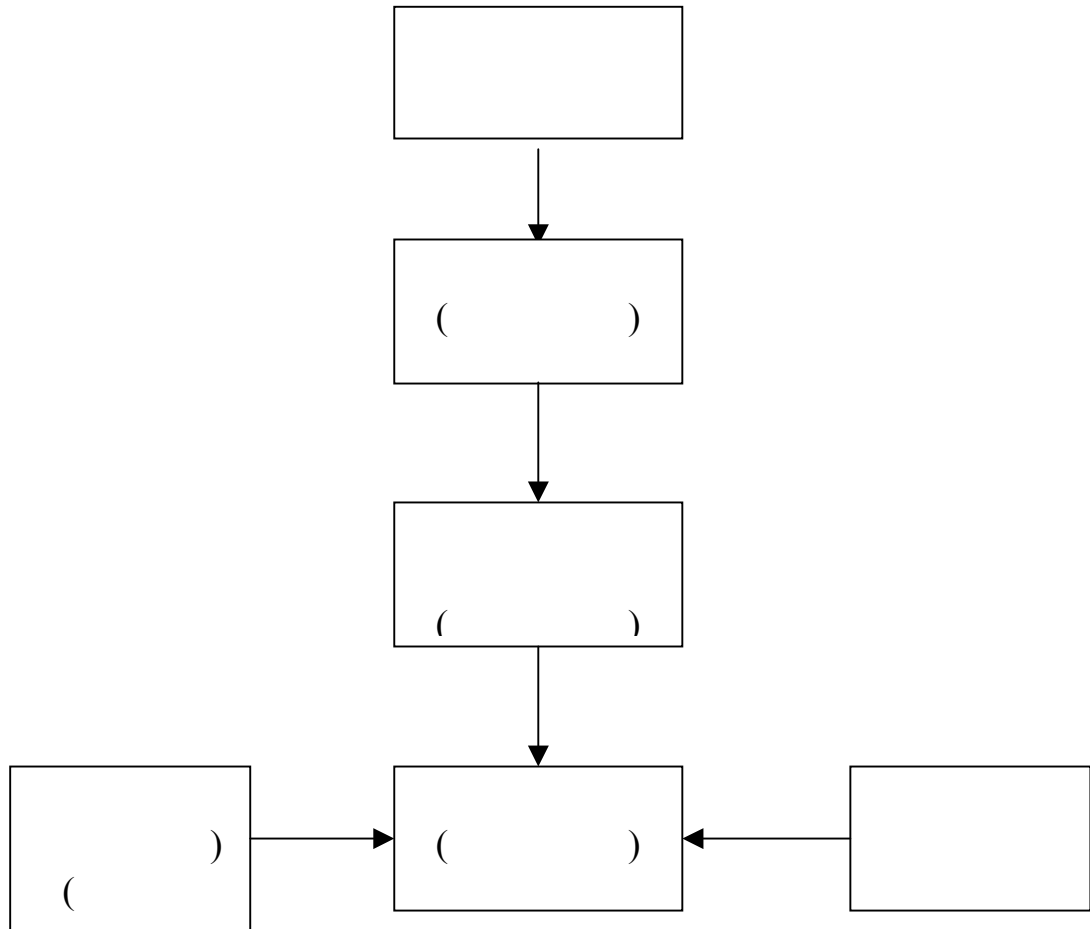
من المنطقي أن حلقات الجودة يمكنها المساعدة في تغيير طريقة أداء الأعمال بالمنظمة عن طريق خلق بيئة تعمل على أن يستطيع كل فرد أن يحقق مكسباً، ففكرة المكسب للجميع لا يمكن أن تتحقق بدون أن تسبقها عملية تهيئة ذهنية صحيحة للجميع، حتى يكونوا قادرين على حل المشكلات بما يعود في النهاية على كل منهم بالمكسب.

5.2.2.3.1. تخصيص الموارد

حلقات الجودة تمثل نوعاً من الاستثمار، تتطلب مدخلاته موارد معينة بهدف تحقيق مخرجات متمثلة في الإنتاجية ومستوى جودة الأداء والرضا الوظيفي، ولضمان نجاح الحلقات في تحقيق هذه المخرجات يتعين تخصيص وتعيين الموارد اللازمة، ولا يقصد بالموارد هنا المالية

فقط بل أيضا الوقت كمورد هام يتحمل التنظيم تكلفته، فنجاح أسلوب عمل حلقات الجودة يتطلب موارد مالية تخصص لتدريب العاملين والإدارة سلوكيا وفنيا على التغيير التنظيمي الذي يحدثه باستخدام برامج تدريب خاصة، والاعتماد على بعض الاستشاريين الخارجيين بالإضافة إلى تلك الإعتمادات المالية التي يلزم تخصيصها لوضع المقترحات المتولدة من حلقات الجودة موضع التطبيق العملي وذلك في حالة التيقن عن صحة المقترحات للتنفيذ.

و الشكل التالي يوضح طريقة عمل حلقات الجودة :



شكل رقم 16: طريقة عمل حلقات الجودة [3] ص 62.

3.2.3.1. أسلوب استنباط الأفكار (العصف الذهني) Brainstorming

يعد أسلوب استنباط الأفكار من الأساليب المنهجية الأساسية التي تستخدم كثيرا في اجتماعات حلقات الجودة، و ذلك من أجل توليد كميات كبيرة من الأفكار و المقترحات من طرف مجموعة من الأفراد و في وقت قصير، و من خلال تطبيق هذا الأسلوب فإنه يمكن إيجاد مناخ يتيح لأفراد المؤسسة الشعور بالحرية في تقديم أفكارهم و آرائهم [3] ص 62- 64.

1.3.2.3.1. مبادئ أسلوب استنباط الأفكار

يقوم هذا الأسلوب على مبادئ أساسية تساعد على جعل اجتماع استنباط الأفكار يتم بفاعلية و من أهم هذه المبادئ ما يلي:

- عدم السماح بانتقاد الأفكار

يعد هذا المبدأ من العناصر الأساسية في المرحلة الأولى لتطبيق أسلوب استنباط الأفكار، حيث إنه من المهم عدم طرح أي انتقاد لأفكار الآخرين، لأن النقد في هذه المرحلة لن يعوق تحقيق الهدف من وراء تطبيق هذا الأسلوب فحسب، بل سيؤدي إلى تثبيط الحماس و الإبداع، إضافة إلى أن هذا النقد سيحد من طرح المزيد من الإسهامات، و بناءا على ذلك، فإنه من الضروري الالتزام بعدم تقويم الأفكار المطروحة في جلسة استنباط الأفكار .

- كمية الأفكار أهم من نوعيتها

يهدف أسلوب استنباط الأفكار للحصول على أكبر عدد من الأفكار بغض النظر عن نوعيتها و لتحقيق هذا الهدف يجب قبول كافة الأفكار و تدوينها و عدم تقويمها في هذه المرحلة، كما يجب تشجيع كافة الأفكار حتى و لو كانت أفكار هزيلة، و السبب في ذلك يعود إلى أن هذه الأفكار الهزيلة قد تقسح المجال للتعبير عن الآراء بحرية، كما قد تكون بمثابة ركيزة العبور إلى فكرة أخرى بالغة الأهمية .

- محاولة تطوير أفكار الآخرين

استنادا إلى مبدأ أسلوب استنباط الأفكار، فإنه لا توجد ملكية فردية للأفكار، إذ بإمكان أي عضو من أعضاء الجلسة النقاط أفكار الآخرين و الاستفادة منها لتطوير فكرة معينة، و من خلال استخدام هذه الطريقة يستطيع الأعضاء تحسين و تعديل آراء بعضهم بعضا من أجل توحيد مفاهيم و تلاقح أفكارهم مما يتيح الفرصة للتبادل المطلق للأفكار .

2.3.2.3.1. مراحل تطبيق هذا الأسلوب

يمر تطبيق أسلوب استنباط الأفكار بعدد من المراحل، تتمثل فيما يلي:

- مرحلة الإعداد

يقوم قائد الجلسة في هذه المرحلة بتوضيح الهدف الأساسي من أسلوب استنباط الأفكار، و يفضل أن تتم كتابة الهدف العام لهذا الأسلوب و كذلك التعليقات المتتالية على أجهزة توضيحية مثل (جهاز الإسقاط الضوئي).

- مرحلة تكوين الأفكار

يطلب قائد الجلسة في هذه المرحلة من أحد الأعضاء أن يقوم بتسجيل الملاحظات و تدوينها على الجهاز التوضيحي، بحيث يستطيع كل فرد في الجلسة أن يراها بوضوح، و بعدها يطلب قائد الجلسة من كل عضو من الأعضاء أن يسهم بتقديم فكرة معينة تدور حول موضوع الجلسة.

إن من الشروط الأساسية في هذه المرحلة أن الأفكار التي تم طرحها يجب أن تدون دون تعليقات أو محاولة تقويمها أو مناقشتها أو الحكم عليها سلبا أو إيجابا، و تتم عملية استقطاب الأفكار بطريقة إعطاء الفرصة لكل عضو بالتأوب، و في حالة وجود فكرة لدى العضو يتم إعطاء الدور الذي يليه، و هكذا حتى يتبين للقائد أنه ليس هناك أفكار إضافية، و أن الكل قد توقف عن طرح أفكار جديدة .

- مرحلة التقييم

تعد هذه المرحلة الأخيرة في أسلوب استنباط الأفكار حيث تتم مراجعة قائمة الأفكار المطروحة، و محاولة تقليصها إلى عدد أقل، و ذلك عن طريق حذف الأفكار المكررة أو دمجها مع الأفكار المتشابهة، و كذلك حذف الأفكار التي ليس لها علاقة مباشرة مع الموضوع المقترح و أخيرا، يتم حصر الأفكار في قائمة و توزيعها على أعضاء الجلسة لمناقشتها .

4.2.3.1. متطلبات النجاح لحلقات الجودة

- نظرا للأهمية التي تنطوي عليها حلقات السيطرة النوعية، لذا فإن منطلقات نجاحها يمكن أن تحدد بما يلي: [6] ص 141
- (1)- التأكد من أن كل فرد ضمن المجموعة قد فهم طبيعة التزامه نحو المجموعة وفي مرحلة مبكرة قبل تنفيذ البرنامج.
 - (2)- تصميم المنتج وفق معايير قياسية منظمة، بحيث تكون موضع تطبيق من ناحية و تتسجم مع هياكلها من ناحية أخرى.
 - (3)- التأكد من أن هناك التزام من قبل كافة المستويات الإدارية وكذلك عن وجود موجه أو قائد لتلك المجموعات، يرتبط مع كافة القادة الآخرين ليعملوا على تحقيق الهدف العام للمنظمة.
 - (4)- تعيين مدرب يدعم وينمي قدرات القادة لحلقات السيطرة النوعية.
 - (5)- التأكد من أن كل مدرب قد حصل على برنامج التدريب.
 - (6)- التأكد على دعم الإدارة العليا لحلقات السيطرة النوعية.
 - (7)- يجب أن يتم توضيح أن المساهمة في حلقات الجودة، هي تطوعية و بمحض رغبة العاملين.

8)- التأكد على التزام المدراء لهذا المدخل وأن يوفر الوقت المناسب لالتقاء الأعضاء في حلقات الجودة وبشكل منتظم.

9)- إنشاء مجموعة يطلق عليها العائلة أي دعوة الأفراد ضمن نفس نطاق العمل والذي لديهم نفس الاهتمام والمعرفة في العمليات التي تتضمنها حلقات الجودة .

10)- تطوير نظام أو مدخل لحل المشاكل بحيث يكون موجه لتتوير العقل وليس مجرد إجراء شكلي.

11)- التأكد على أن كل المقترحات قد تم عرضها على الحلقة وإن تلك المقترحات التي تم ترشيحها للتنفيذ قد تم تنفيذها فعلا.

5.2.3.1. مخططات تحسين الجودة

يقصد بها تلك البرامج التي تضعها المديرية العامة بمشاركة مسؤولي الجودة داخل المنظمة، والتي تهدف إلى تحديد الخطوات الواجب إتباعها لضمان التحسين المستمر للجودة، وغالبا ما يكون تسلسل هذه الخطوات كما يلي: [27] ص 98

1.5.2.3.1. إشراك كل المستخدمين

يتم ذلك من خلال عمليات التنشيط والتحفيز التي يقوم بها أفراد معينون لهذا الغرض في كل مراكز المسؤولية في المنظمة، ورشات ، وحدات، أقسام، مصالح، دوائر، مديريات.....الخ.

2.5.2.3.1. تجنيد الكل

يتم من خلال وضع أهداف واضحة للتطور داخل المؤسسة، والى كل المستخدمين بصورة واضحة، وتحسيهم بدورهم في تحقيقها.

3.5.2.3.1. تنفيذ عمليات تحسين الجودة

من خلال تشكيل أفواج العمل المختلفة، أفواج تحسين الجودة، أفواج التدخل وحلقات تحسين الجودة.

4.5.2.3.1. قياس النتائج

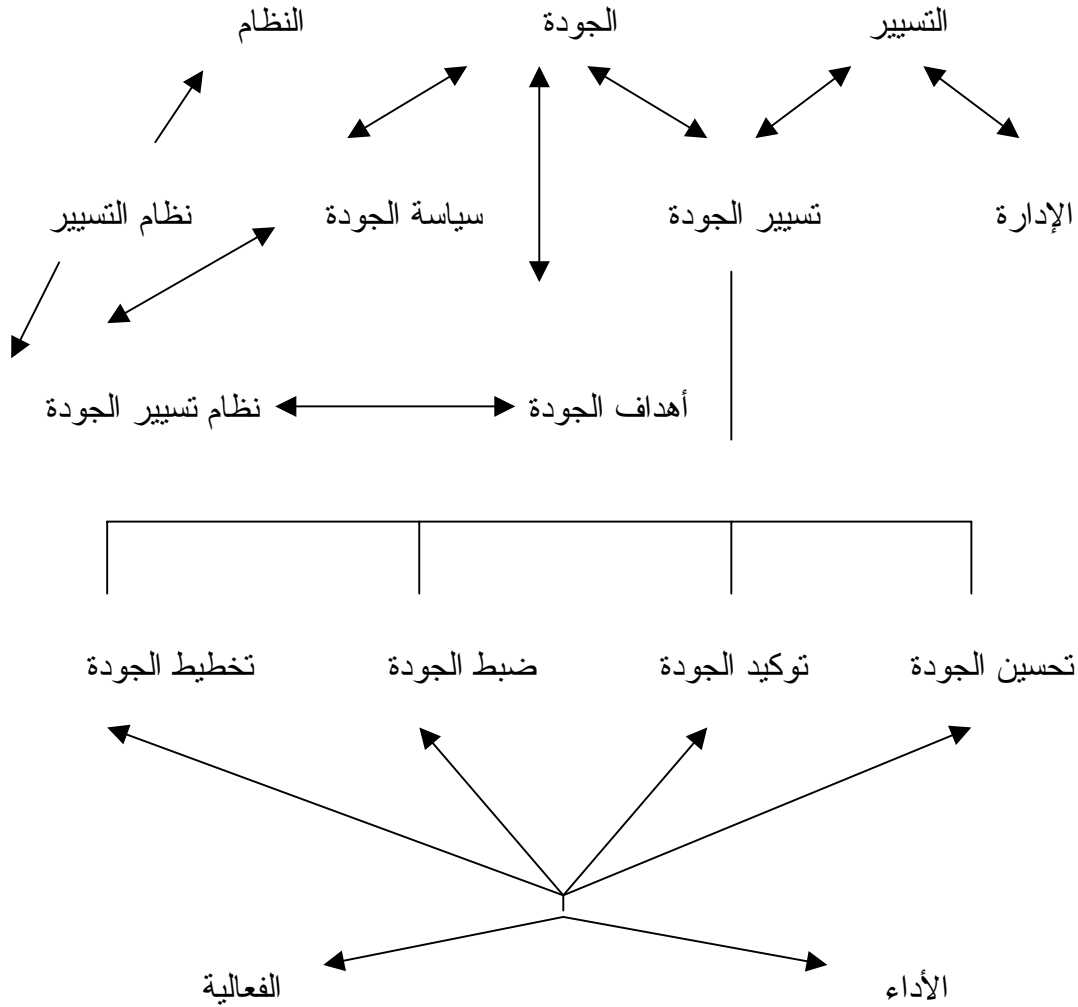
يكلف كل فوج بتقديم تقرير عن أعماله والنتائج المتوصل إليها ومقارنتها بالوضع الابتدائية.

5.5.2.3.1. تثمين النتائج ونشرها

حيث تنشر عبر كامل أرجاء المنظمة من اجل إبراز ما تم انجازه وإسهامات كل طرف من الأطراف في تحقيق برنامج تحسين الجودة.

6.5.2.3.1. مكافئة الأفراد وتشجيعهم

يدخل هذا في إطار التحفيز ، حيث يتم تشجيع ابرز الأشخاص الذين قدموا أفضل النتائج وحث الآخرين على مسايرتهم.



شكل رقم 17: المفاهيم المتعلقة بتسيير وتحسين الجودة [4] ص 52.

3.3.1. أهمية وأساليب حلقات الجودة

إن التطبيق المتسارع الوتيرة لحلقات الجودة ، يبرز لنا جليا مدى أهميتها وفعاليتها تطبيقها في المنظمات، وذلك وفق أسلوب يتماشى مع إمكانيات وغاية المنظمة.

1.3.3.1. أهمية حلقات الجودة

تتجسد أهمية حلقات الجودة من خلال التعرف على أهداف أنشطة حلقات الجودة، وتتمثل تلك

الأهداف في الأهداف الثلاثة الأساسية التالية: [12] ص 567

- العمل على تحسين مستوى الأداء للمنظمة ككل وتطويرها المستمر.
- جعل بيئة العمل أكثر جاذبية وبهجة للعاملين، مما يشعرهم بان عملهم له قيمة حقيقية.
- الحرص الكامل على إبراز القدرات الإنسانية، يتم ذلك من خلال إظهار إمكانياتهم الدفينة والتي لا تقف عند حد معين .

هذا وتقوم فكرة حلقات الجودة اليابانية على مجموعة الافتراضات الإنسانية التالية: [11]

ص 198.

- إن كل عامل مسؤول عن عمله وانه يرغب في أن يؤدي عمله هذا بكفاءة وإتقان .
- يتجلى إبداع الفرد بشكل أفضل عندما ينتمي بشكل وثيق إلي منظمة ومنتجاتها وهذا الانتماء ينجم عن النظرة الشمولية والفلسفة التنظيمية التي تشكلها حلقات الجودة.
- إن الشخص الذي يتولى وظيفة ما هو في أفضل موقع لصنع القرارات بشأنها وتؤكد عملية حلقات الجودة على أن العاملين في كافة المستويات ليسوا خبراء في مجال تخصصهم فحسب وإنما أيضا قادرين على الإبداع في مجال عملهم .
- إن الكثير من العاملين في الوقت الحاضر لا يمكن أن يحضوا بالحافز نحو النمو وتحقيق الأصالة الذاتية من أجل تحقيق الأمن الاقتصادي، فإتاحة الفرصة للمشاركة في عملية تحسين الذات وتطويرها ، علاوة على تطور شخصية العامل، تعتبر الآن عاملا محفزا ويمكن طرح هذا الأمر جانبا حتى بالنسبة للوظيفة ذات الأجر المرتفع .
- تحسينات في الجودة وفي المستوى الأداء لا بد وان تأتي من أفراد مدربين و ملتزمين .
- أن زيادة المسؤولية والقوة والسلطة التي تمنح للعاملين من أجل إحداث التغيير ينتج عنها مستوى أعلى من المنافسة ، وتعزز احترام بالذات ، وتلبية المنظمة لحجات الفرد العامل في التطور الذاتي والوظيفي ، يزداد انتماؤه لها و لمنتجاتها ، وأيضا التزامه بتحقيق أهداف الإنتاجية و النوعية ، والربحية.
- تتيح حلقات الجودة فرصة اكتساب مهارات جديدة، مثل المهارات التحليلية للمشاكل ، ومهارة حل المشاكل ، المهارات القيادية أو مهارات ديناميكيات الجماعة ، ومهارات العرض الجماعي .

2.3.3.1. نطاق اهتمامات حلقات الجودة ومجالات تطبيقها

لا يقتصر عمل مفهوم حلقات الجودة على حل قضايا الجودة ومشكلاتها، بل تتعداه إلى القضايا ومشكلات أخرى عديدة، فلقد تبين من خلال الدراسات المسحية الميدانية التي قام بها إتحاد العلماء والمهندسين اليابانيين.

أن هذه الحلقات تبحث في كافة السبل التي تستهدف تطوير المنظمة وتقديمها باستمرار، سواء كان ذلك متعلقاً بأساليب وطرق العمل المتبعة أو المتعلقة بأي ناحية بالمنظمة حتى ولو كانت من الأعمال البسيطة والتي قد تصل إلى مجرد قائمة المأكولات والمشروبات التي يقدمها نادي أو استراحة المنظمة.

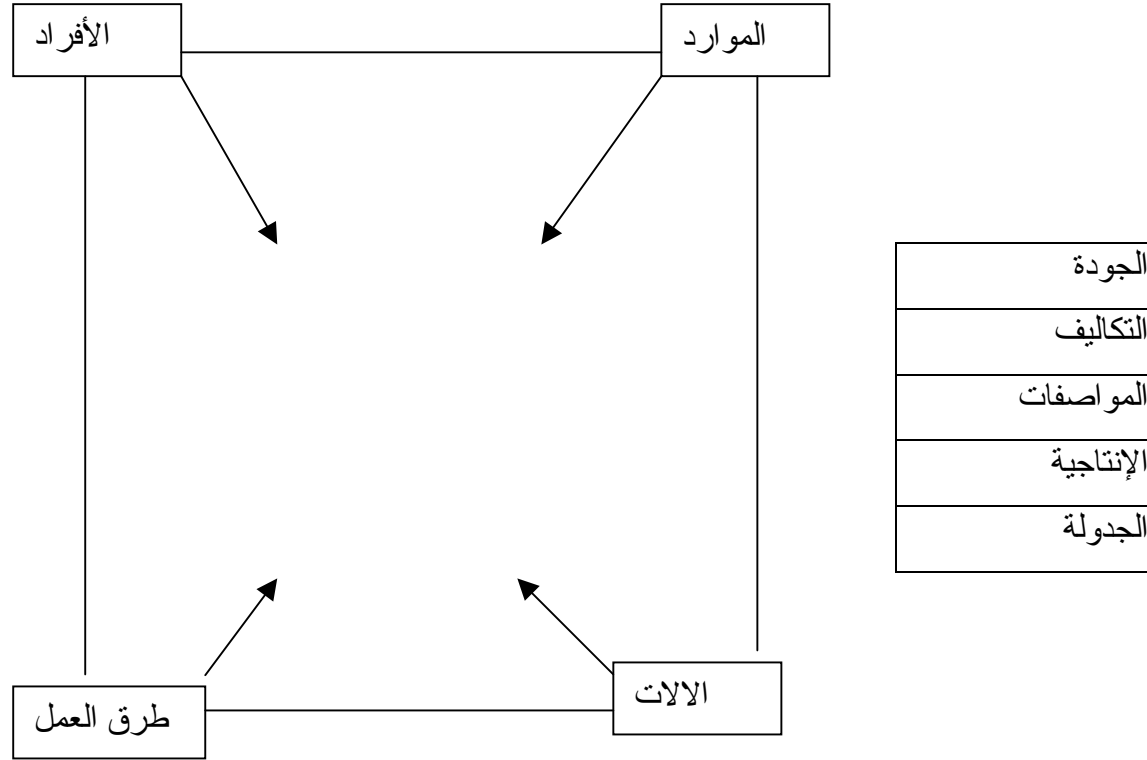
معنى ذلك أن العرف الرئيسي لحلقات الجودة هو اكتشاف المشاكل ومواجهتها واقتراح الحلول لها، أي كان موقعها بالمنظمة، وهذا سيتتبع اكتساب الأفراد المنتظمين لحلقات الجودة مجموعة المهارات اللازمة للتعامل مع تلك المشاكل.

وقد أظهرت نتائج الدراسات الميدانية المشار إليها سابقاً والتي قام بها إتحاد العلماء والمهندسين اليابانيين في عام 1997 عن حصر أهم النشاطات أو الفعاليات التي تمارسها حلقات الجودة مرتبة تنازلياً وفقاً لأهميتها النسبية كما هو موضح بالجدول التالي: [12] ص 578-580

جدول رقم 04: نطاق اهتمامات حلقات الجودة مرتبة وفقاً لأهمية النسبة حسب نتائج الدراسات التي قام بها (JUSE) عام 1997. [12] ص 578.

ترتيب مستوى الأهمية	نوع النشاطات أو الفعاليات
1	- خفض التكاليف
2	- رقابة جودة المنتجات
3	- تحسين الخدمات داخل القسم أو ورشة العمل
	- السلامة المهنية
4	- رفع الروح المعنوية للعاملين
5	- الرقابة على التلوث
6	- التثقيف المستمر للعاملين.
7	

ويبين الشكل التالي تصورا لأحد الكتاب المهنيين بحلقات الجودة يصور فيها الإطار العام لاهتمامات حلقات الجودة ومجالات تطبيقها: [12] ص 578.



شكل رقم 18: اهتمامات حلقات الجودة ومجالات تطبيقها [12] ص 580.

- ويتضح من الشكل السابق أن مجالات اهتمامات حلقات الجودة تتركز بصفة أساسية على قضايا هامة متمثلة في النواحي التالية: الجودة، التكاليف، المواصفات، الإنتاجية، الجدولة. وهذه القضايا الخمس الأساسية هي التي تشكل المحور المركزي لاهتمامات حلقات الجودة.
- كذلك يوضح الشكل أن مجالات التطبيق تشمل عدة جوانب قد حصرها الشكل في أربعة مجالات هي المواد، والأفراد، والآلات، وطرق العمل.

3.3.3.1. الأساليب العلمية المستخدمة في السيطرة النوعية

- تستمد حلقات السيطرة النوعية من الخطوات الأربعة المتتالية دورا أساسيا في تخطيط وتنفيذ الأداء المطلوب اتخاذ بشأن دراسة وتحليل ومعالجة المشكلات الحاصلة للنوعية واعتماده كدليل رئيسي في تحسين كفاءة الأداء الإنتاجي و الخدمي وهي: [6] ص 135.
- وضع الخطة.

- العمل وفقا للخطة الموضوعية.
- مراقبة النتائج ومقارنتها مع الخطة.
- معالجة الانحرافات الحاصلة في العملية الإنتاجية.
- وتعتبر الخطوات الأربع المذكورة، من الأمور التي يتم تنفيذها عمليا في كافة الميادين الإنتاجية والخدمية في اليابان وبصورة حققت من خلالها كفاءة عالية في الإدارة , ومن الأساليب العملية المستخدمة في حل المشكلات النوعية ما يلي: [6] ص 135- 141.

1.3.3.3.1. تحليل باريتو

يعتبر مخطط باريتو واستخدامه في حلقات السيطرة النوعية، التي يعتمد عليها حلقات السيطرة النوعية، حيث أن 30% من حلقات النوعية يقوم باعتماد مخطط باريتو، ويتم بموجب هذا المخطط تحديد المشاكل النوعية ذات الأهمية الكبيرة والتي يتكرر حدوثها بشكل مستمر ويجري تصنيف المشكلات وفقا لأنواعها وأهميتها كالمشاكل المتعلقة بتكلفة المواد عند التصنيع أو انخفاض كفاءة الأداء أو انقطاع التيار الكهربائي أو عدم توفر الصيانة الوقائية بشكل مستمر الخ.

2.3.3.3.1. مخطط الظاهرة و السبب

ويقوم هذا الأسلوب في المعالجة على تحديد الهدف الأساسي المطلوب تحقيقه ثم على ذلك يتم تحديد العلاقة القائمة بين الظاهرة التي أدت لحصول تلف أو انخفاض كفاءة الأداء أو رداءة المنتج... الخ. وتحديد الأسباب التي يمكن أن تساهم في خلق هذه الظواهر من خلال تحديد كفاءة عناصر العملية الإنتاجية كالعامل والمواد والماكنات والآلات... الخ، والتي تفاعلت مع بعضها لإنتاج السلع التي تعرضت للتلف أو المبيعات... الخ، ورسمها على شكل هيئة سمكة ويتم لقاء كافة العاملين ذوي العلاقة بالعملية الإنتاجية المراد معالجتها لاجتماع موسع واستخدام أسلوب (تنوير العقل) تحديد كفاءة العوامل التي أدت إلى حصول الخلل ووضع في الجانب الأيسر من المخطط وهكذا يتدارس المعنيون إمكانيات وأساليب المعالجة المطلوب اعتمادها في هذا المضمار.

3.3.3.3.1. خرائط المراقبة الإحصائية

خرائط المراقبة الإحصائية عبارة عن رسوم أو خرائط بيانية ترسم على ثلاث خطوط أحدهما يمثل الحد الأقصى المسموح به لعدد الوحدات المعيبة، والثاني يمثل الحد الأدنى المسموح به لعدد الوحدات المعيبة، والثالث يمثل الخط الوسط (الوسط الحسابي) ويطلق عليه المتوسطات أو أنسب مستوى يمكن الوصول إليه.

وتعتبر خرائط المراقبة الإحصائية من أهم الوسائل المستخدمة في السيطرة النوعية، إذ يتم على ضوءها وبمنظرة سريعة بيان ما إذا كان هناك انحراف أو تباين بين المعايير أو المواصفات القياسية والمنتج الفعلي أو المحقق.

4.3.3.3.1. استمرار التدقيق

تستخدم هذه الاستمارة لغرض فحص وتدقيق الأخطاء الحاصلة في مختلف محطات العمل الإنتاجية ويتم إيضاح المكائن المستخدمة و إعداد العاملين و المبيعات التي تحصل للمنتجات المختلفة وفقاً للأيام أو ساعات العمل وهي الاستمارة، و بمختلف محتوياتها تعبر بوضوح وسهولة عن واقع الأخطاء أو الانحرافات الحاصلة أثناء الإنتاج بعينة اتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة.

5.3.3.3.1. الهيستوكرام (توزيع القيم)

يتم استخدام مخطط توزيع القيم أو الهيستوكرام لغرض إعطاء صورة واضحة عن طبيعة المتحقق الفعلي (المنتج) مع المواصفات أو المعايير المحددة وبشكل صور بيانية قابلة للمقارنة بصورة سريعة إذ بمجرد النظر إلى طبيعة القيم الإحصائية المتحققة ومقدارها ومن ثم الشروع في اتخاذ الإجراءات الوقائية أو التصحيحية لمعالجة أسباب الانحرافات عن المعايير أو المقاييس الموضوعية.

6.3.3.3.1. أشكال الانتشار

إن الظواهر القائمة لا بد من وجود علاقة بين كل منها، لذا تستخدم أشكال الانتشار لمعرفة العلاقة القائمة بين كل مجموعة من المعلومات المتوفرة بشأن العملية الإنتاجية والانحرافات الحاصلة فيها ومن الحقائق المألوفة، لأن لكل مشكلة أو ظاهرة معينة ، أسباب أو سبب معين ، يمكن أن يعود لأحد الأسباب التالية:

- تدني كفاءة القوى العاملة في الخطوط أو محطات العمل الإنتاجية.
 - انخفاض كفاءة تشغيل المكائن أو المعدات الإنتاجية.
 - عدم تدفق المادة الأولية خلال العملية التشغيلية بشكل سليم.
 - ائتلاف سببين أو أكثر من العوامل السابقة الذكر.
- و لذا فان تحديد العلاقة القائمة بين هذه المتغيرات، من شأنها توفير سبل اتخاذ الإجراءات العلاجية، أو الوقائية للانحرافات الحاصلة.

7.3.3.3.1. استمارات التوزيعات الاحتمالية

ويتم بموجب هذه الاستمارة تحديد النسب الاحتمالية المرفوضة أو المقبولة، وفقا لأسلوب العينات الاحتمالية، ويتم التصنيع وفق أسلوب العينات المختارة، وتحديد نسبة القبول أو الرفض من هذه العينات، وهناك جداول إحصائية معدة لغرض تحديد النسب الاحتمالية للقبول أو الرفض، وتعتبر هذه الطريقة من الأساليب الشائعة طريقة الصنع أو الشراء للمواد الأولية والأجزاء النصف مصنعة.

8.3.3.3.1. المخططات البيانية

تستخدم المخططات البيانية بأشكالها المختلفة، بالخطوط والأعمدة البيانية والدوائر..... الخ، كوسائل يمكن من خلالها التوصل والتعرف بشكل سريع وواضح على طبيعة العمليات الجارية في المنشآت المختلفة، وأنشطتها المتباينة وهي عبارة عن الرسوم البيانية، التي تسهل عملية التعرف على الظواهر المختلفة بسهولة.

إن هذه الأساليب التي تعتمد الآن في اغلب المنشآت اليابانية، والهادفة لإيضاح طبيعة المواصفات والمقاييس الموضوعية، مع المقارنة بالتحقق من المنتجات النهائية أو التكميلية، ومن ثم اتخاذ الإجراءات الوقائية أو التصحيحية المراد التوصل إليها.

4.3.3.1. مشكلات حلقات الجودة

لم يكن من المنطقي القول بان حلقات الجودة استطاعت أو قابلة مستقبلا على حل جميع المشكلات التي ترافق أو تصاحب تطور العمليات الإنتاجية، بتحسين النوعية في المنشآت الصناعية ومن هذا المنطق يمكن القول أن المشكلات التي ينطوي عليها تطبيق حلقات الجودة يتم إيجازها كالآتي: [6] ص 144

- الفشل في احتواء مشكلات المنشأة الصناعية، ومعالجتها عن طريق حلقات النوعية.
- عدم القدرة في معالجة الظواهر الفنية و التكنولوجية، في العمليات الإنتاجية.
- عدم قدرة الإدارة العليا في المنشأة على استيعاب كافة المعلومات المتعلقة بالكلفة النوعية.
- برنامج عمل طويل، ولذلك يجري تطويره إما بدرجة عالية أو متدنية، وفقا للرغبة الذاتية لأفراد الحلقة.
- دور المشرف على حلقة غير محسوسة أو واضحة للأفراد العاملين من قبل الإدارة.
- لا تستطيع الإدارة العليا من تفهم الأبعاد التي يجب معالجتها عند لقاءات حلقة النوعية.
- الفشل في إعلام العاملين في الحلقة، من التقدم الذي تم إحرازه في مجال التطوير من قبلهم.

- التسرع في الوصول إلى قرارات على حل المشاكل التي تعاني منها العملية النوعية.
- المبالغة في توقع المردودات المالية، أو زيادة الإنتاجية من قبل العاملين الآخرين.
- العمل وفق مقترحات دون التركيز على تفاصيل البرامج القادرة على تطوير وتحسين النوعية.
- تؤدي أحيانا إلى حصول بعض المشكلات بين النقابة العمالية، عن طريق ممثليها العاملين في الحلقات.
- إختيار بعض المشكلات المعقدة، بغية معالجتها من قبل الحلقة، مما يعترى الحلقة بعض الفشل.
- الإدارة الضعيفة قد تعتمد بعض المقترحات من قبل الحلقات، والتي قد لا تؤدي إلى ايجابية في الرد المستهدف، وبالتالي تخلق مشكلات معينة جراء التطبيق السيئ لبرنامج حلقة النوعية.
- تعاني من تردي أسلوب المنظمين للحلقة في بعض المنشآت الصناعية ، على الرغم من إيراد المشكلات أعلاه ، لكن الإدارات الناجحة تستطيع تحقيق تجاوز هذه المشكلات بشكل أو بآخر ، عن طريق خبرة وكفاءة ومهارة المشرفين على حلقات الجودة وتدعيم الإدارة العليا لبرنامج عملها.

4.3.1. علاقة حلقات ومعايير الجودة بمفهوم إدارة الجودة الشاملة

مما لا شك فيه أن تطبيق حلقات الجودة، أو التكلم عن معايير الجودة، لا يتم إلا في ظل تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة التي تعتبر البداية أو المقدمة الأولى لها ، ورغم ذلك فإننا نجد بعض المنظمات تبدأ بحلقات الجودة للكشف عن عيوبها و نقائصها ثم تتطرق في تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

1.4.3.1. علاقة حلقات الجودة بمفهوم إدارة الجودة الشاملة

يعتبر مدخل إدارة الجودة الشاملة من الاتجاهات الحديثة في الإدارة ، وقد ثبت من التطبيق العملي لهذا المدخل ، انه يمكن أن يؤدي إلى تحقيق وفورات كبيرة في العمليات والأنشطة التي تعادل أضعاف ما يمكن تحقيقه من زيادة المبيعات وحدها [12] ص 200.

وعند مقابلة تعاريف إدارة الجودة الشاملة مع حلقات الجودة، فإننا نلاحظ على إن إحدى المقدمات والبدايات الأساسية في الأخذ بأنشطة حلقات الجودة هي أن تكون المنظمة قد بدأت في تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في الماضي فان المنظمات كانت تبدأ عادة بتطبيق إدارة الجودة الشاملة وبعدها تبدأ بأنشطة حلقات الجودة، أما في الآونة الأخيرة، فإننا نجد أن المنظمات والمؤسسات الصغيرة ومتوسطة الحجم والعاملة في مجال الخدمات مثل البنوك، المؤسسات

التسويقية، الفنادق، والتي تتجه إلى أن تبدأ أولاً بأنشطة حلقات الجودة وبعد ذلك تعمل على إدخال إدارة الجودة الشاملة.

فحيث أن الظروف ليست متشابهة من منظمة إلى أخرى أو من صناعة لأخرى، لذلك نجد أن بعضها يبدأ بأنشطة حلقات الجودة، في حين أن الأخرى ترى أنشطة حلقات مراقبة الجودة إنما هي لا تمثل سوى جزء من البرنامج الشامل لإدارة الجودة الشاملة ولا يمكن أن تفصل عنها، وعلى ذلك فإذا بدأت منظمة ما بتطبيق أنشطة حلقات مراقبة الجودة، ولم يكن في تخطيطها واعتبارها أن تدمجها مع مراقبة الجودة الشاملة، فلن يكتب لها البقاء والاستمرار. [12] ص 200

2.4.3.1. علاقة إدارة الجودة الشاملة بمعايير إدارة الجودة

يعتبر العامل الأساسي لتقييم أداء أي منشأة هو جودة منتجاتها، والاتجاه العالمي حالياً هو استطلاع توقع المستهلك من زاوية الجودة ويصاحب ذلك الاتجاه التيقن من أن التحسن المستمر للجودة لازمة أساسية للتوصل والحفاظ على الأداء الاقتصادي.

ولقد حدث خلط بين مفهوم إدارة الجودة الشاملة ومقياس إدارة الجودة "الإيزو 9000" واعتقد البعض أنهما يعنيان نفس الشيء بل إننا نسمع في بعض الأحيان من يتحدث عن الإيزو 9000 كأنه يصف ويقصد به إدارة الجودة الشاملة على الرغم من تباعد المسافة بينهما، والمبحث الموالي يوضح لنا جلياً مفهوم والاختلاف بين إدارة الجودة الشاملة ومعايير إدارة الجودة أو الإيزو.

4.1. المنظمة الدولية للمواصفات ISO

ويقع مقر هذه المنظمة في جنيف في سويسرا ، حيث أنها تضم أكثر من مائة دولة في عضويتها ، وتهتم هذه المنظمة بتوحيد المواصفات والمقاييس في العالم، حيث أن المنظمة تصدر المواصفات والمعايير التي يتم اعتمادها في مختلف أنحاء العالم وفي شتى أصناف الصناعات والتجارة والخدمات باستثناء المواصفات التي تتعلق بالالكترونيات والكهرباء [6] ص 107.

1.4.1. أهمية ومفاهيم المواصفات ومقاييس الجودة

يلعب التقييس دوراً هاماً في اقتصاديات الدول ، حيث يستفيد أغلبية أرباب العمل على المستوى القومي والإقليمي والدولي من المواصفات بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.

فعلى المستوى الاقتصادي، فإن المواصفات تعتبر ضرورية لتسهيل وتركيز الثقة في التبادل التجاري، وعلى المستوى القومي والإقليمي والدولي ، فإن المواصفات تعتبر ضرورية لترقية وتطوير الجودة وحماية المستهلك ، إضافة إلى حماية البيئة.

وعلى المستوى الصناعي، فإن المواصفات القياسية تكمن في اختيار المادة الخام والأجهزة والمعدات المناسبة ورفع الكفاءة وإنتاج سلع ذات جودة عالية يمكن أن تجد طريقها للتسويق.

فالمواصفات تعتبر أعمدة أساسية تقوم عليها جودة الإنتاج وجودة الخدمات ومن خلال هذه الأعمدة الأساسية يمكن إحداث عمليات التطوير المطلوبة لتلبي رغبات المستهلكين.

1.1.4.1. مفهوم التقييس

حسب تعريف المنظمة الدولية للتقييس (الايزو)، فإن التقييس يعني وضع وتطبيق قواعد لتنظيم نشاط معين لصالح جميع الأطراف المعنية لتحقيق اقتصاد متكامل أمثل، مع الأخذ في الاعتبار ظروف الأداء ومتطلبات الأمان، ويعنى ذلك أن التقييس هو النظام أو الأسلوب الذي يحقق وضع المواصفات القياسية التي تحدد الخصائص والأبعاد ومعايير الجودة وطرق التشغيل والأداء للسلع والمنتجات ، مع تبسيط وتوحيد أجزائها على قدر الإمكان إقلالاً للتعدد غير المبرر ، وتيسيراً لضمان التبادلية في الإنتاج الكبير، بهدف تخفيض التكاليف وترقية الجودة ، مع إبراز الميزة النسبية للسلعة ، ويشمل التقييس توحيد وحدات القياس وأساليب وضبط معايير الأجهزة، كما يعتمد التقييس على ثلاث أسس هي التبسيط والتوحيد والتوصيف [28] .

2.1.4.1. مفهوم المواصفات

تعني المواصفات الخصائص والميزات الخاصة بالمنتج لتأدية غرض محدد، وتعتبر المواصفات لغة تفاهم ووسيلة اتصال مع كافة الحلقات المتعاملة مع المنتج أو مدخلاته ، وتعتبر المواصفات من أكثر الوسائل وضوحاً وقبولاً لدى كافة شرائح المجتمع لأنها تعتمد على الشفافية وتشمل المواصفات الآتي:

- أوصاف المنتج: وتعني كافة الأوصاف التي يحتاج لها أثناء عمليات الإنتاج كالأبعاد، والأوزان، والأحجام، وقوة الشد وغيرها.
- أوصاف محددة للمواد المستعملة في المنتج مثل الخواص الطبيعية، والكيميائية والهندسية.
- طريقة الإنتاج والتي تعتبر أحد الجزئيات للمواصفة حيث تختلف المواد عن بعضها لإخضاعها لطريقة الإنتاج الملائمة.
- تحدد المواصفات طرق القياس والمعايرة المطلوبة لإختبار المنتج أو المواد اللازمة، كما تحدد نوعيات الأجهزة والطرق المرجعية للاختبارات والتحليل.
- تحدد المواصفات نوعيات التحضير والتجهيز المطلوبة وكيفية التخزين والتداول.
- تحدد المواصفة نسب التفاوت المقبولة في المنتجات والتي يمكن أن يستفاد منها في تحديد درجة جودة المنتج كما.

3.1.4.1. الشروط الواجب توفرها في المواصفات

ويتم تلخيص هذه الشروط فيما يلي: [28]

1.3.1.4.1. وضوح المواصفة

يجب أن تكون المواصفة واضحة، حيث يسهل فهمها بواسطة كل المعنيين بها، كما يجب أن تكون بعيدة عن أي مصطلحات أو معاني غير واضحة، مما يعكس سمات الشفافية.

2.3.1.4.1. التكامل

يجب أن تكون المواصفة متكاملة في المضمون والمعني مما يبعد اجتهادات الأفراد لإدخال أو تبديل أي جزئية منها ، ويتطلب هذا الأمر أن تكون المواصفة المعنية قد مرت بمراحلها المختلفة منذ أن كانت مسودة أو مقترح ، وتم توزيعه على أكبر شريحة مستفيدة لإبداء الرأي والملاحظات والأخذ بتلك الآراء أو الملاحظات المتفق عليها .

3.3.1.4.1. الواقعية

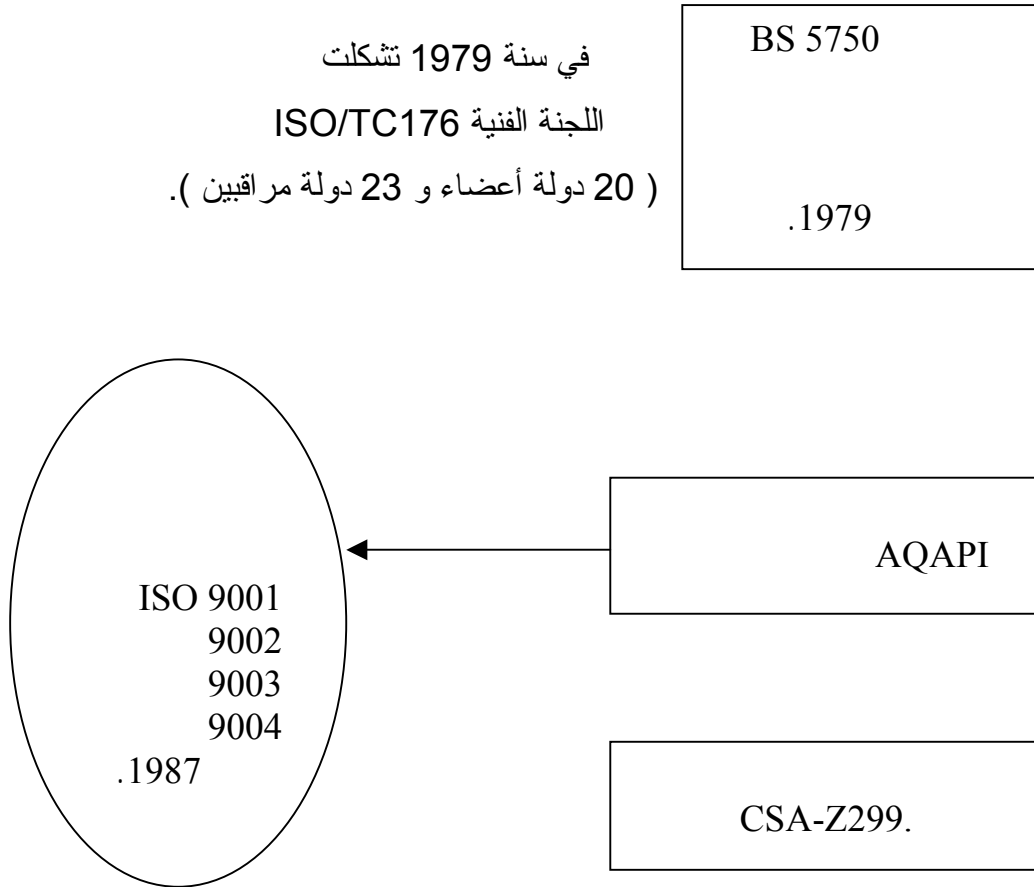
يجب أن تكون المواصفة واقعية وسهلة التطبيق والإيقود تطبيقها إلي رفع التكاليف وانحصار فرص المنتج أو الخدمة في البروز وأداء المهام المرجوة.

4.3.1.4.1. الربحية

يجب أن تقود المواصفة عند تطبيقها بواسطة الجهة المعنية، إلى خفض تكاليف الإنتاج ورفع كفاءة الأداء وزيادة حجم التسويق وتحقيق ربحية مشجعة لتكون دافعاً للمؤسسة والعاملين بها.

5.3.1.4.1. الملائمة

يجب أن تكون من خصائص تلك المواصفة الملائمة في التطبيق لفترة طويلة حتى لا تكون عرضة للتبديل والتغيير والإضافات، التي إن وجدت يجب أن تكون ثانوية ويتم إدراجها بعد فترة من الزمان وبعد تجارب ميدانية طويلة. [28]



شكل رقم 19 يوضح نشأة الايزو 9000 [20] ص 163.

وقد تم تبني مواصفات الايزو فور صدورها باعتبارها مواصفات قومية في واحد وخمسين 51 دولة على الأقل، متضمنة أربعة عشرة 14 دولة أوروبية، وهي الدول الأعضاء في منظمة الـ(EC) وهي بريطانيا، اليونان، إيرلندا، أيسلندا، فرنسا، اسبانيا، البرتغال، ألمانيا، إيطاليا،

ودول منطقة (EFTA) وهي سويسرا، النمسا، فنلندا، السويد، النرويج، وكذا اليابان والولايات المتحدة الأمريكية [20] ص 165.

وقد تعددت المواصفات المرتبطة بالايزو 9000 ، فضمت مجموعتين، أما الأولى فهي عائلة مواصفات تبدأ من 3-9000 وحتى 8-9004. أما الثانية فتبدأ من 1-10011 وحتى 16-1001. ويتضمن الجدول التالي بيانا بها وبمجالاتها: [20] ص 168.

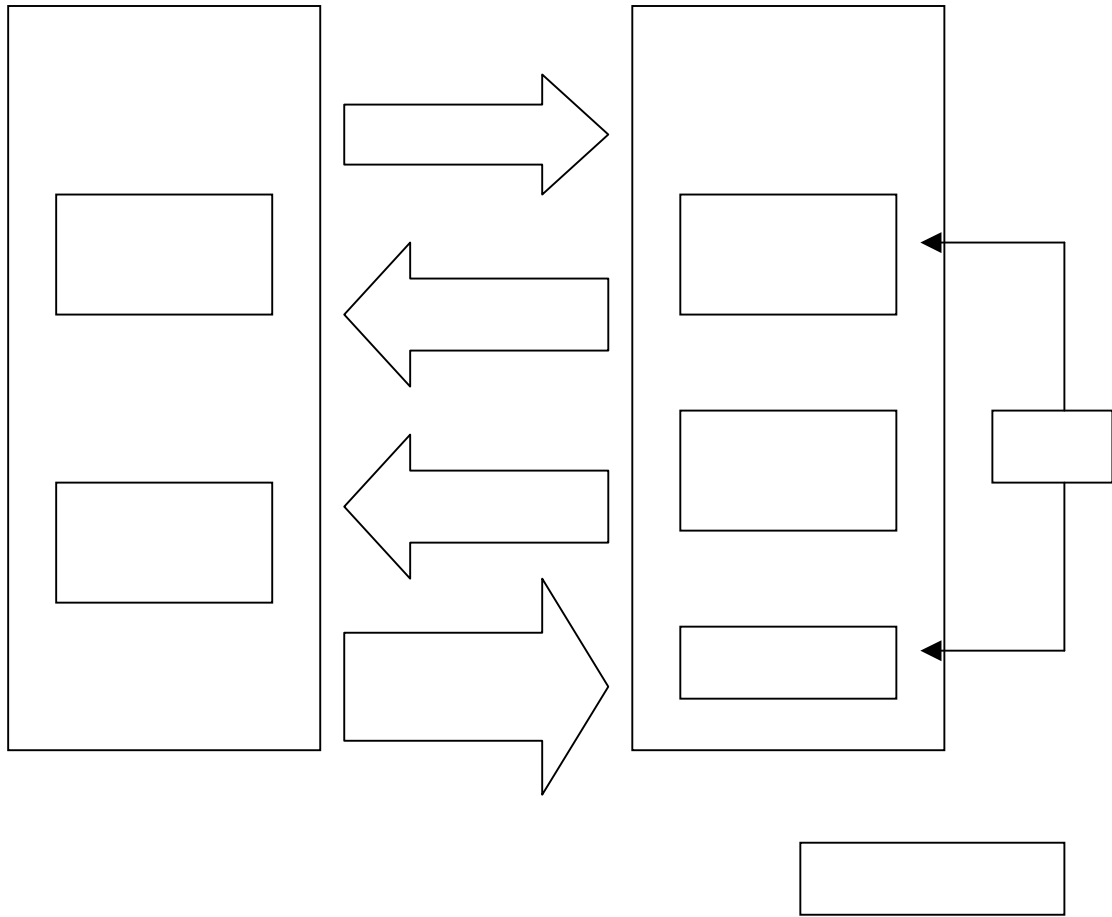
جدول رقم 05 : سلسلة مواصفات الايزو (نماذج مختارة) [20] ص 168

إرشادات لتطبيق الايزو 9001 في مجال التطوير و الإمداد والصيانة لبرامج الحاسب .	إيزو 3-9000
إرشادات لعناصر جودة الإدارة ونظم الجودة.	إيزو 1-9004
جزء 2: إرشادات بشأن الخدمات.	إيزو 2-9004
جزء 3: إرشادات بشأن المواد المصنعة.	إيزو 3-9004
جزء 4: إرشادات لتحسين الجودة.	إيزو 4-9004
جزء 5: إرشادات لخطط الجودة.	إيزو 5-9004
جزء 6: إرشادات لتأكيد الجودة في إدارة المشروع.	إيزو 6-9004
جزء 7: إرشادات لمتطلبات نظام الجودة في هيكلية الإدارة.	إيزو 7-9004
جزء 8: إرشادات لمبادئ الجودة.	إيزو 8-9004
جزء 1: مراجعة	إيزو 1-10011
جزء 2: معايير تأهيل المراجعين.	إيزو 2-10011
جزء 3: إدارة برامج مراجعة.	إيزو 3-10011
جزء 1: نظام جودة القياس البعدي لأجهزة القياس.	إيزو 1-10012
جزء 2: تأكيد الجودة.	إيزو 2-10012
إرشادات لتحضير وإعداد دليل الجودة.	إيزو 10013
إرشادات لاقتصاديات إدارة الجودة.	إيزو 10014
إرشادات للتعليم والتدريب المستمرين.	إيزو 10015
إرشادات لوثائق الجودة.	إيزو 10016

وفي الإصدار السابق الخاص بعام 1994 استخدمت الايزو 9000 و 9004 كمرشد في تصميم وصياغة نظم إدارة الجودة الداخلية، وفي اختيار النموذج المناسب من بين 9001، 9002، 9003، 9004 الجزء 2 الخاص بالخدمات.

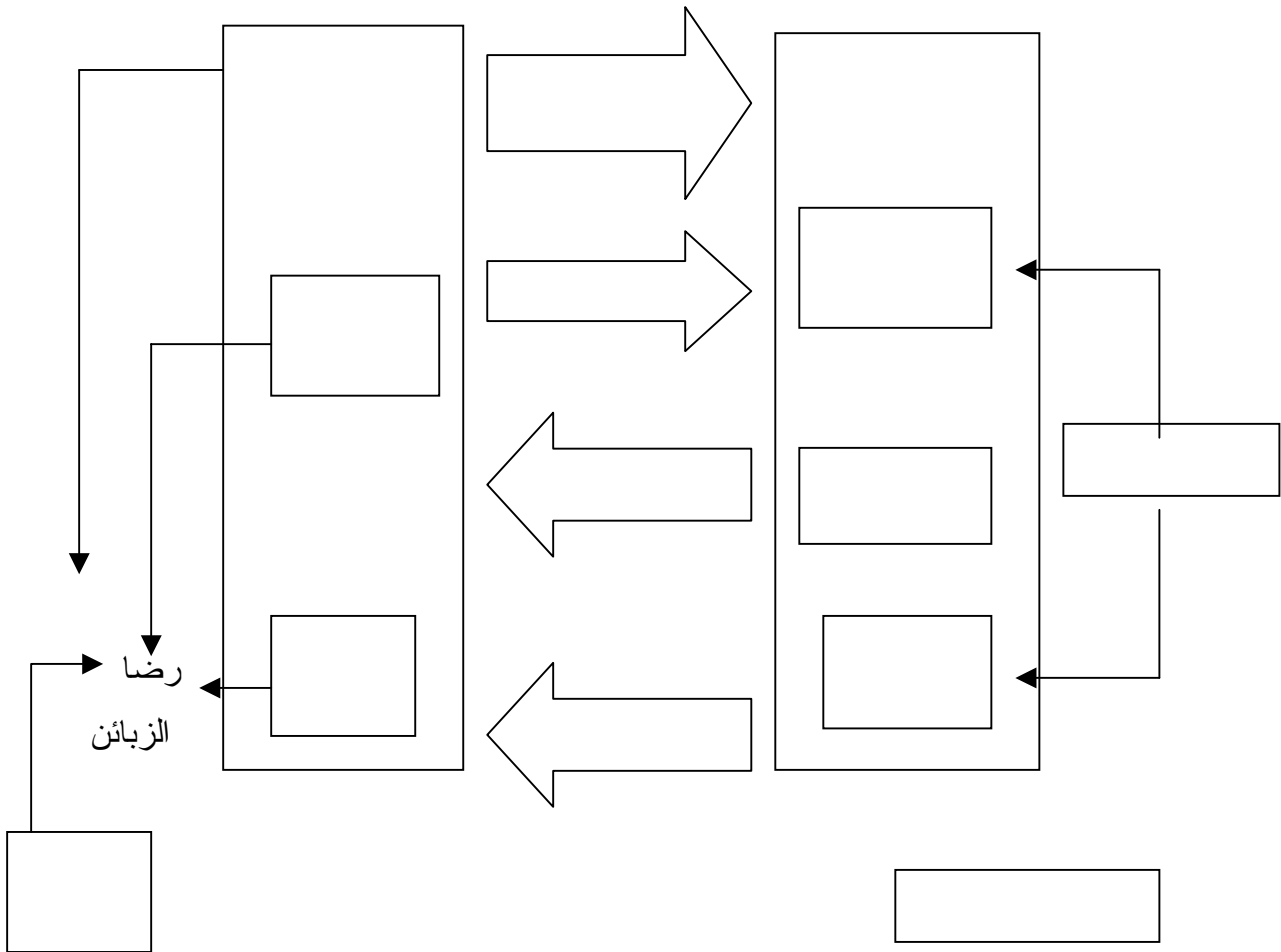
وتجنبنا للخط بين هذه المواصفات ، يمكن القول أن الايزو 9000 و الايزو 9004 استخدمتا في إدارة الجودة الداخلية فقط ، إذ كان الهدف هو تأكيد الجودة داخليا، أما مواصفات 9001، 9002، 9003 فلأغراض تأكيد الجودة خارجيا [20] ص 167.

والشكل الموالي يوضح لنا بشكل جيد هدف ومبتغى الايزو 9000 لسنة 1994: [29] ص 22.



شكل رقم 20: الايزو 9000 سنة 1994، جودة- مطابقة: من الوعود إلى التسليم [29] ص 22

وفي أواخر عام 1999 ، وبعد مراجعة مواصفة الايزو 1994/9000 أصدرت المنظمة العالمية للمواصفات ، مواصفتي الايزو 2000/9000 وهما المواصفة 2000/9001 والمواصفة 2000/9004، فبسّطت ودمجت هذه المواصفات المتعددة، واستهدفت بذلك حماية مصالح العملاء من خلال جودة المنتجات، والتطوير الايجابي لهذه الجودة [20] ص 169. وقد اتجه الإصدار الجديد لسلسلة المواصفات الدولية ISO 9000/2000 لتتناول ما هو أعمق من مجرد المطابقة مع متطلبات المواصفة ISO 9001/2000 التي تعد المواصفة التعاقدية في الإصدار الجديد، باتجاه المزيد من تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، بهدف زيادة كفاءة المنظومة الإدارية للمنظمة، من خلال التركيز على المكون السلوكي للجودة الذي عبر عنه بالعديد من المتطلبات الرئيسية والفرعية، التي تهتم بالتركيز على الزبون واحتياجاته الضمنية والظاهرية وبالاتصال الداخلي والتدريب ، وبالأخص المواصفة الإرشادية ISO 2000/9004 التي اعتمدت في بنائها على مبادئ إدارة الجودة الشاملة [30] ص 28.



شكل رقم 21: الايزو 9000 سنة 2000، جودة-رضا: من الآمال إلى الرضا [29] ص 176.

2.4.1. مقاييس الجودة العالمية ISO 9000

لا يجب الخلط بين مفهوم ايزو 9000 كمقياس للجودة والجودة في حد ذاتها، إذ أن مفهوم هذه الأخيرة أوسع وأشمل يمتد إلى تقنيات التنظيم، الدعم، الصيانة، المحيط، الخدمات، أي كل الوظائف التي تحدد نجاعة وكفاءة المؤسسة [31] ص 12.

إن العلاقة التي تربط بين المؤسسات تتطلب من كل واحدة منها أن تتحصل على الدليل الذي يمكنها من التأكد على أن المنتج الذي تحصلت عليه ذا جودة عالية و هو ما يتطلب متابعة المورد ومصادر تموينه وطريقة إنتاجه، ولتسهيل مثل هذه العلاقات وجب التفاهم حول:

- لغة عالمية خاصة بالجودة.

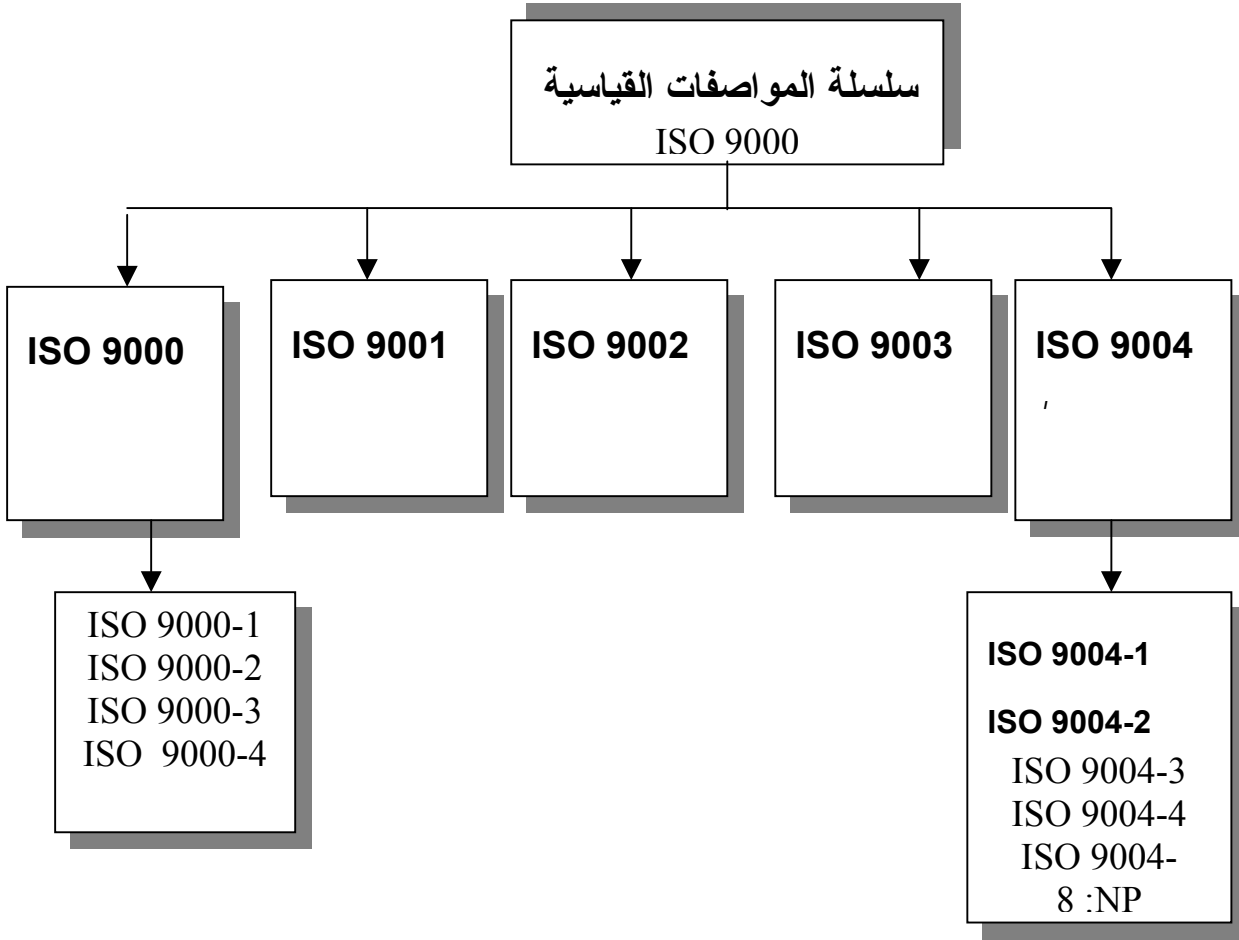
- النشاطات الضرورية التي تضمن الجودة.

- الوثائق المطلوبة.

- الطرق المستعملة.

إن كل هذا أدى إلى ظهور المنظمة الدولية للمطابقة ISO والتي أصبحت مرجعا لوضع نظام الجودة.

ويجمع ايزو 9000 مقاييس مختلفة أهمها ايزو 9001, 9002, 9003 ، 9004 وقد أصبحت هذه المقاييس ضرورة حتمية وطريقا يسمح بإعلان جودة المنتج ومن ثم إعلان قدرته التنافسية في الأسواق وفي فرنسا تقوم (L'AFAC Qualité association Française) d'assurance بمنح الشهادات التي تثبت التمكن من الوصول إلى مقياس الجودة ايزو.



شكل رقم 22: المواصفات الأساسية التي تضمنتها سلسلة مواصفات ISO 9000 إصدار 1994 [3] ص 45.

تتميز مقاييس ايزو 9000 عن بعضها البعض كما يلي: [32]

1.2.4.1. ايزو 9003

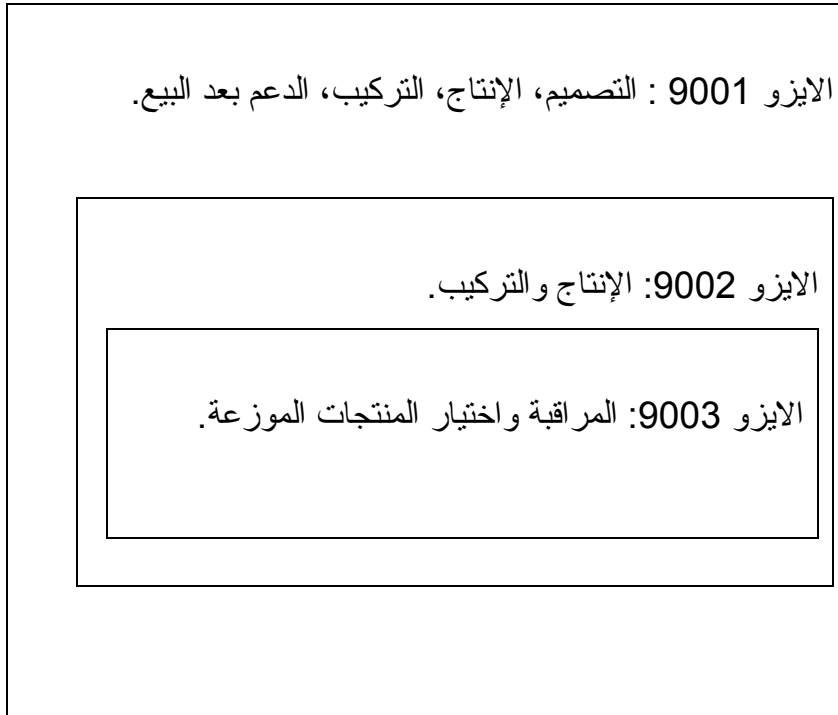
يعطي ضمانات على أن كل المنتجات الموزعة قد خضعت إلى المراقبة أو الاختبارات التي تضمن جودتها لدى الزبون، وهذا المقياس لا يعني خدمات الإنتاج والتصميم ويعتبر الأبسط باحتوائه على 12 بنداً من بين 20 التي يحتويها مقياس ايزو 9001.

2.2.4.1. ايزو 9002

وهو أشمل من ايزو 9003 باحتوائه 18 بنداً من بين 20 التي يحتويها ايزو 9001 ويهتم بالمشتريات والخدمات الإنتاجية والتركييب ويعد بالنسبة لمؤسسات المناولة مرجعاً للجودة لأنها ليست فيها خدمات التصميم.

3.2.4.1. ايزو 9001

يعتبر الأكثر أهمية إذ يهتم بكل الإجراءات التي تؤدي إلى الحصول على منتج ذا جودة بدءاً من التصميم ووصولاً إلى المتابعة بعد البيع ويحتوي على 20 بنداً. والايزو ISO مشتقة من كلمة إغريقية ISOS أي التساوي، وليس اختصاراً للتسمية international organisations For standardisation. وفي مجال المواصفات تعني ISO تساوي الشيء بالمقارنة مع المواصفات.



شكل رقم 23: تميز مقاييس الايزو عن بعضها البعض [32].

ويمكن القول أن مقياس الايزو 9000 هو :

- نموذج لتحقيق الجودة.
- وسيلة للاتصال الداخلي والخارجي للمؤسسة نتيجة اللغة الموحدة للمصطلحات.
- دليل عملي يسمح بربح الوقت لوضع خطة للجودة الشاملة.
- يسمح بإعطاء الضمان للزبائن على أن نظام الجودة مطابق لنموذج متفق عليه دولياً، بهدف ضمان مطابقة المنتجات والخدمات [32].

3.4.1. المعايير الدولية للايزو 9000

لقد أصبح المعيار الدولي الايزو 9000 من أهم مقومات سيطرة منتج ما على سوق ما ، لذا تسعى المنظمات جاهدة للحصول على احد معايير الايزو 9000.

1.3.4.1. أسباب تطبيق نظام الجودة يتفق مع معيار الايزو

- هناك عدة أسباب لتطبيق نظام الجودة يتفق مع معيار الايزو ونذكر منها: [2] ص 333
- إن السبب الرئيسي لتطبيق نظام الجودة يتفق مع معايير الايزو، يرجع إلى انه مطلب أساسي للتعامل مع السوق الأوروبية المشتركة.
- تزايد توقعات المستهلكين بوجود هذا النظام نتيجة لتزايد أعداد المنظمات التي يتم تسجيلها في هذه المعايير، فتزداد متطلبات كل من الموردين والمقاولات بالتعاقد مع هذا النظام.
- كثير من المنظمات أصبحت تسجل في هذا النظام كمطلب ضروري لتزايد حصتها في السوق.
- هناك بعض المزايا الداخلية التي يمكن الحصول عليها نتيجة لتطوير و تطبيق نظم الجودة موثقة تفوق الضغوط الخارجية.

2.3.4.1. خطوات تطبيق معايير الايزو 9000

- أن الخطوة الهامة في تطبيق نظم الجودة التي تتفق أو تفوق معايير الايزو 9000 هي الحصول على دعم الإدارة العليا، إن المدير العام يجب أن تتوفر لديه الرغبة والالتزام بتوفير الموارد اللازمة والضرورية للحصول على هذه الشهادة ويعتبر هذا عاملا هاما لضمان النجاح، وبدون دعم و مساندة الإدارة العليا، قد تتحول عملية التطبيق إلى طريق مسدود ويكون مصيرها الفشل .
- بمجرد الحصول على التزام الإدارة العليا ، يمكن بدا العمليات وذلك بإتباع مدخل الفريق وتدريب فرق العمل ، وفقا للأسلوب المتبع عادة في المنظمات .
- تتمثل الخطوة الموالية ، في تقديم برامج التوعية لمعايير الايزو ، وذلك لان عملية التطبيق سوف تشمل كل فرد في المنظمة ، ويتطلب أيضا الحصول على مدخلاتهم ومساهماتهم ، يجب أن يتوفر الفهم لنظم الجودة، ومعايير الايزو 9000 ، ويجب أن يدرك كل فرد في المنظمة ما هو

تأثير معايير الايزو 9000 على الأنشطة اليومية والفوائد المحتمل الحصول عليها ، وهذه المعلومات تتطلب برامج تدريبية قصيرة ، وربما ليوم واحد.

- تطوير خطة زمنية لتطبيق وتسجيل النظام، ومن المتوقع الاختلاف في إطار الخطة الزمنية وفقا لحجم ونوع المنظمات ومدى وجودة نظم الجودة [2] ص 337.

3.3.4.1. عناصر الايزو 9000

لابد من تفهم متطلبات عناصر الايزو ، وقبل الشروع في كتابة المستندات وتوثيقها ، تحتوي الايزو 9001 على عشرون 20 عنصرا تمثل العناصر الكلية ، بينما تحتوي كل من الايزو 9002 ، 9003 على عناصر اقل حسب المجال الذي تغطيه كلا منهما. وبالتالي تتم في هذا الجزء الإشارة إلى العناصر الكلية التي تحتويها الايزو 9001 : [2] ص 342-353.

* مسؤولية الإدارة

تتضمن مسؤولية الإدارة ثلاث موضوعات رئيسية هي سياسة الجودة ، السلطة ، المسؤولية والمراجعة الإدارية.

* نظام الجودة

تتطلب المعايير إنشاء وصيانة نظام جودة موثق، وتصنيف مستويات توثيق مثل سياسات أو إجراءات أو إرشادات العمل.

* مراجعة التعاقد

تتطلب معايير مراجعة التعاقد وأوامر الشراء.

* مراقبة التصميم

إن المتطلبات العامة لتصميم الرقابة تستدعي وضع وإنشاء الإجراءات لرقابة وتصحيح وتعميم المنتجات لتفي بالمتطلبات الخاصة.

* مراقبة الوثائق

يجب وضع الإجراءات التي تضمن صيانة ورقابة كل الوثائق والبيانات التي تؤثر في جودة المنتجات أو الخدمات .

* الشراء

إن المتطلب الرئيسي في هذا العنصر هو التأكد من أن المنتجات أو المشتريات تتوافق مع المواصفات المحددة.

* توريدات المتعاقد

يقوم المستهلكون في بعض الأحيان بتوريد الخامات أو بعض المكونات والأجزاء التي تستخدم في إنتاج المنتجات، ونظرا لعدم ملكية المنظمة لهذه الأجزاء يجب أن يتم عزلها وفصلها واتخاذ الاحتياطات اللازمة للتأكد من أنها تستخدم في تصنيع منتجات هذا المستهلك .

* تعريف المنتجات

يجب إنشاء الطرق التي تكمن في تعريف المنتجات خلال مراجعة الإنتاج والتسليم والتركيب.

* مراقبة العمليات

إن رقابة العمليات التي تنتج المنتجات أو تقدم الخدمات، هي أفضل طريقة لمنع المشاكل وعدم التطابق. وذلك يكون عن طريق تخطيط الخطوات الضرورية لإنتاج المنتجات أو تقديم الخدمات، ويجب توثيق التعليمات الضرورية لضمان تنفيذ الخطط.

* التفتيش والاختبار

وذلك بالتعرض إلى ثلاث نواحي وهي الاستلام، العمليات تحت التشغيل، التفتيش النهائي.

* معدات الاختبار والتفتيش والقياس

إن طرق التفتيش والاختبار تصبح عديمة الفائدة إذا كانت المعدات المستخدمة في الإجراءات غير صحيحة، أو لا تؤدي الوظائف المطلوبة بدقة.

* حالة التفتيش والاختبار

يجب تحديد حالة المنتجات خلال عمليات الإنتاج والتركيب وتقرير الحالة.

* مراقبة المنتجات غير المطابقة

عند تحديد المنتجات غير المطابقة لا بد من التخلص منها فوراً في العمليات المستقبلية وان يتم تعليمها بوضوح وعزلها بطريقة تمنع أي استخدام محتمل حتى يتم تقرير حالتها.

* التعرفات التصحيحية

تبدأ التعرفات التصحيحية باكتشاف عدم التطابق وتنتهي باتخاذ التعرفات الصحيحة لتصحيح العيوب وتمنع من حدوثها ثانية .

* المناولة، التخزين، التغليف والتوريد

تتم هذه الأنشطة خلال عمليات التصنيع ويلاحظ أن الخامات والموارد المستلمة، المواد تحت التشغيل ، والمنتجات النهائية، يجب أن يتم مناولتها بطريقة تضمن حمايتها من التلف.

* سجلات الجودة

إن سجلات الجودة هي تلك السجلات التي تستخدم لإظهار النتائج المحقق للجودة المطلوبة ، وتصحيح العمليات الفعالة لنظام الجودة .

* المراجعة الداخلية للجودة

عن الغرض من هذا العنصر هو ضمان فعالية عمل نظام الجودة وفقاً للخطة ويوفر فرص التحسين وهي أداة هامة لعمليات المراجعة الإدارية.

* التدريب

إن متطلبات التدريب عادة تكون بشكل عام وتترك القرار الخاص بالتدريب السليم للمنظمة المعنية، وتتضمن معظم البرامج التدريب على دواعي الأمن والسلامة و المهارات الفنية.

* الخدمة

يتطلب هذا العنصر اتخاذ الإجراءات الضرورية لتقديم مقترحات ما بعد البيع للمنتجات التي تم التأكد من صحتها ، من خلال التوثيق للتأكد من أنها توفى باحتياجات التعاقد المحددة .

* الأساليب الإحصائية

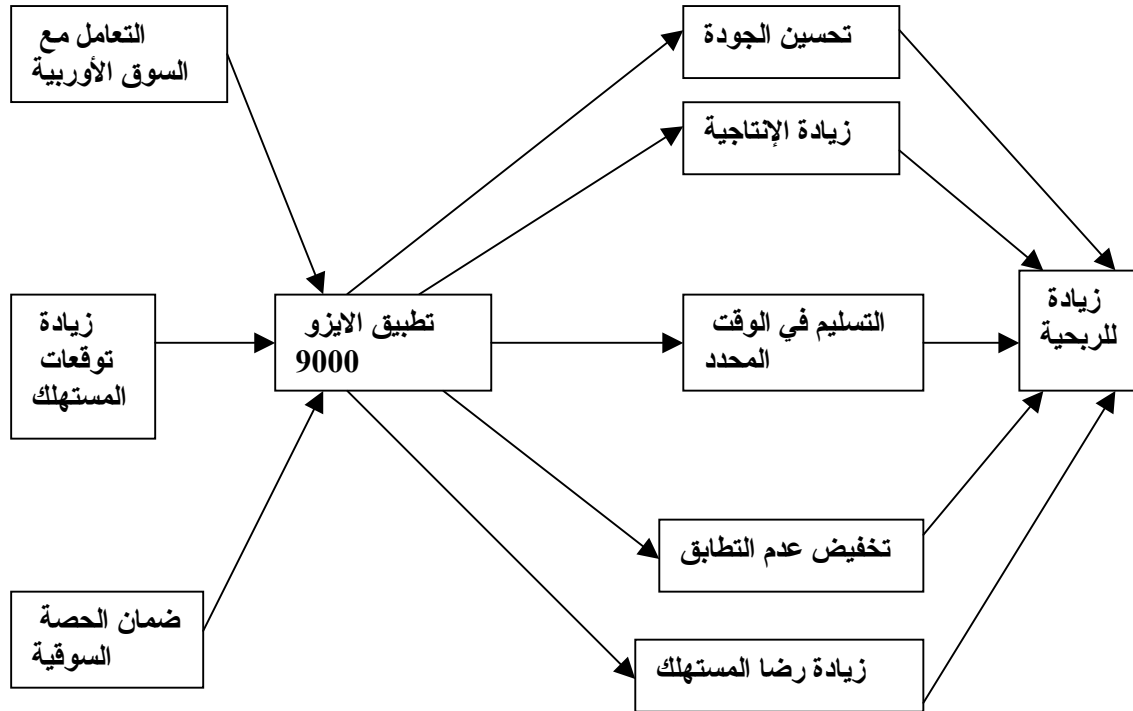
يجب تطبيق الأساليب الإحصائية الملائمة لعمليات التحسين أو رقابة العمليات الخاصة بجودة المنتجات.

4.3.4.1. المزايا المتحققة من الحصول على شهادة الايزو 9000

إن الفوائد المتوقعة أن يحصل عليها عن طريق تحسين الجودة في المنتجات والخدمات تتمثل فيما يلي: [2] ص 280.

- ولاء أكثر من المستهلكين.
- تحسين الحصة السوقية.
- ارتفاع أسعار الأسهم.
- تخفيض تكلفة أداء الخدمة.
- تحسين الإنتاجية.
- تخفيض التكاليف.

هذه الفوائد يتم تحقيقها من خلال الحصول على شهادة الايزو 9000 ، حيث أن الأنشطة التي يتم لها الحصول على هذه الشهادة ، تتبع نظام إدارة الجودة ، كما أن حصول المنظمة على شهادة الايزو ، يمنح المنظمة القبول من مستهلكي السوق الأوروبية المشتركة وغيرها من التجمعات التي تضع معايير تتضمن شهادة الايزو 9000



شكل رقم 24: فوائد تطبيق معايير الايزو 9000 [2] ص 280

4.4.1. اختلاف إدارة الجودة الشاملة ومختلف المواصفات

سيتم التطرق إلى أهم الاختلافات بين إدارة الجودة الشاملة ومختلف المواصفات.

1.4.4.1. الاختلاف بين إدارة الجودة الشاملة ومواصفات الإيزو

والجدول التالي يوضح بيانات وخصائص كلا المفهومين: [12] ص 549

جدول رقم 06: الاختلافات بين كل من إدارة الجودة الشاملة والإيزو 9000 [12] ص 549.

الإيزو 9000	إدارة الجودة الشاملة
<ul style="list-style-type: none"> - ليس من الضروري على المستهلك. - لا تربط بإستراتيجية موحدة. - تهتم بالتركيز على النظم الفنية ونظم الإجراءات. - مشاركة العاملين ليس ضروريا. - لا يلزم التركيز على التحسين المستمر لأنها تمثل مجرد قرار. - يمكن أن يكون التركيز جزئيا. - قسم الجودة هو المسئول عن الجودة. - من الأنسب كثيرا الاحتفاظ بالأوضاع على ما هي عليه. 	<ul style="list-style-type: none"> - التركيز المطلق على المستهلك. - ترتبط بإستراتيجية الشركة. - تهتم بالتركيز على الفلسفة والمفاهيم والأدوات والأساليب. - التأكيد على مشاركة وحماس العاملين. - تحسين مستمر وتعميق لمفهوم الجودة الكلية وعملية لا تنتهي. - تعنى بالمنظمة ككل بجميع إداراتها ووظائفها ومستوياتها. - كل فرد مسئول على الجودة . - تتضمن وتشمل على تغيير الثقافة و العمليات.

2.4.4.1. اختلافات إدارة الجودة الشاملة والمعياري البريطاني للجودة

يوضح الجدول الموالي أهم الاختلافات بين إدارة الجودة الشاملة والمعياري البريطاني للجودة:

[6] ص 108.

جدول رقم 07: الاختلافات بين إدارة الجودة الشاملة والمعيار البريطاني للجودة [6] ص 108.

إدارة الجودة الشاملة	المعيار البريطاني للجودة
- التركيز بشكل أساسي على المستهلك .	- لا تركز بالضرورة على المستهلك .
- تركز على الفلسفة والمفاهيم والأدوات والأساليب .	- تركز على الإجراءات والنظم الفنية .
- متكاملة مع إستراتيجية المنظمة .	- غير متكاملة مع إستراتيجية المنظمة .
- تركز على اشتراك كافة العاملين في الجودة .	- لا تركز على اشتراك العاملين .
- تؤمن بان التطور والتحسين عملية مستمرة ورحلة تكاد لا تنتهي .	- لا تركز على التطور المستمر .
- الجميع في المنظمة مسؤولون عن الجودة .	- قسم الجودة مسؤول عن الجودة .
- تبني التغيير المستمر لاسيما في الثقافة المنظمة .	- تبدو وكأنها في بيئة ثابتة لا تتغير .

خلاصة الفصل:

ومما سبق، يمكننا القول أن إدارة الجودة الشاملة، هي مدخل يسعى إلى إحداث تغيير جذري في الثقافة التنظيمية داخل المنظمة، وتحويلها من الأسلوب الإداري التقليدي إلى الأسلوب الحديث، الذي يسعى لتحقيق مستوى جودة عالية للمنتج أو الخدمة المقدمة، وهذا التغيير يشمل جميع وظائف و مجالات العمل في المنظمة ، معتمدا على العمل الجماعي ، والتعاون والتحسين المستمر للأداء الكلي، لتحقيق النجاح على المدى الطويل من خلال إرضاء عملاء المنظمة تحديداً.

كما أن وجود نماذج كثيرة لإدارة الجودة الشاملة، يعني أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة لا يتم بتقليد النماذج الناجحة الأخرى ، و إنما يتم بالاستفادة منها من خلال بناء نموذج يتكيف مع بيئة المنظمة الداخلية و الخارجية ، و يحقق في الوقت نفسه أهداف إدارة الجودة الشاملة، لان تطبيق نموذج ناجح لمنظمة ما على منظمة أخرى، يعتبر أحد أكبر الأخطاء الشائعة التي تؤدي إلى عدم نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات.

وتلعب حلقات الجودة الدور الكبير والبالغ الأهمية في نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في هذه المنظمات ، حيث تعمل على إعطاء الصورة الآتية والحقيقة لوضعية المنظمة ، كما تبرز أهميتها في اكتشاف الأخطاء والمشاكل والعراقيل التي تحول دون تحقيق الجودة وبالتالي تتسبب في فقد عدد من العملاء، فتعمل هذه الحلقات على إيجاد الحلول اللازمة لهذه المشاكل وبدعم من الإدارة العليا، يتم التخلص منها .

ونود الإشارة أيضا إلى أن نظام الجودة الدولية الذي وضعته الايزو ذو أهمية كبيرة ، فالمنظمة الحاصلة على شهادة الايزو ستكون حريصة على أن تتعامل فقط مع المنظمات التي تحوز أيضا على هذه الشهادة في توريد مستلزماتها ، ورويدا رويدا ستجد المنظمات التي لم تتمكن من الحصول على هذه الشهادة نفسها خارج السوق وخارج إطار المنافسة.

كما أن حصول المنظمة على شهادة الايزو ، يمنح المنظمة القبول من مستهلكي السوق الأوروبية المشتركة وغيرها من التجمعات التي تضع هذه معايير.

و عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة تستلزم توفير مجموعة من المتطلبات ، في مقدمتها الأدوات و التقنيات التي تساعد على تطبيق إدارة الجودة الشاملة في منظمة ما، والمنظمات الصحية من أهمها ،وبما أن دراستنا ستجرى على هذا النوع من المنظمات، فقد استوجب علينا التطرق في الفصل الموالي إلى اقتصاديات هذا القطاع .

الفصل 2

اقتصاديات الخدمات الصحية

إن ما يحدث من نمو مضطرب في صناعة الخدمات وما ساهمت به في الناتج القومي الإجمالي لمجتمعاتها ، أصبحت الخدمات نصب أعين الباحثين والمهتمين بتطويرها وتحسينها، ومن ابرز المنظمات الخدمية هي المستشفيات والمراكز الصحية للأفراد وجماعات المجتمع، سواء كانت وقائية أو علاجية أو جراحية.

ولذا أصبح لزاما تطبيق المنهج العلمي وتطبيق التطورات المذهلة في العلوم والتكنولوجيا على هذه المستشفيات وذلك لتحسين جودة الرعاية الصحية للمرضى، لإشباع حاجاتهم وتطلعاتهم. ومع التقدم السريع في الاقتصاد الخدمي، أصبحت قضايا ومشكلات تسويق الخدمات تحظى بدرجة عالية من الاهتمام، خاصة أن قطاع الخدمات تزايد دوره بشكل ملحوظ وأصبح يمثل جزءا كبيرا من الاقتصاد الكلي في أي مجتمع، وان التغير والنمو المستمر أصبحا يمثلان سمات أساسية لهذا القطاع، خاصة في ظل المعلومات التي يعيشها العالم الآن.

وتختلف الخدمات عن السلع المادية، أو تلك التي تتعلق بنواتج المنظمات التي لا تهدف إلى تحقيق الأرباح كالجمعيات الخيرية وغيرها، وتجدر الإشارة إلى أن هذا التباين يخلق الكثير من أنواع التحديات التي تواجه تخطيط وتنفيذ النشاط التسويقي بهذه المنظمات.

ومن حيث المبدأ يجدر بالذكر، أن الأسس العلمية للتسويق سواء ما يرتبط منها بالمزيج التسويقي بعناصره المختلفة، أو تلك التي تتصل بنظريات تحديث التسويق وتنظيم وإدارة النشاط التسويقي وغيرها من المجالات الأخرى، واحدة في كل من الخدمات وتسويق السلع المادية.

أما الاختلاف فيمكن في متطلبات التطبيق و الممارسات المرتبطة بتسويق السلع الملموسة، وهذا يرجع إلى الخصائص التي تميز الخدمات عن السلع المادية.

1.2. عموميات في تسويق الخدمات

إن إدارة نظام التسويق (إما تسويق السلع الملموسة أو تسويق الخدمات أو تسويق الأفكار) قد يتم في خطوط، أو مجموعة خطوط متكاملة في نفس النظام التسويقي، مثال ذلك شركات الكمبيوتر والمعلومات التي قد تباع بعض الوحدات و قطع الغيار و البرامج، وتقديم الاستشارة أو بيع دالة جدوى للعميل، كما تقوم المستشفيات ببيع بعض الخدمات العلاجية الوقائية مع التغذية و الأدوية في العيادات الداخلية، وتبيع شركة الطيران خدمات النقل الجوي و شركات أخرى النقل البري، باستئجار سيارة العميل مع تقديم خدمات نفعية و سياحية، و غيرها كما تقوم البنوك بتسويق الخدمات المصرفية، فماذا نعني بتسويق الخدمات و ما هي خصوصياته؟ [33] ص 541

1.1.2. مفهوم تسويق الخدمات

لقد تعددت المفاهيم حول التسويق بصفة عامة و حول التسويق الخدمي بصفة خاصة، كما كانت له عدة تعاريف مختلفة و متسلسلة زمنياً، و سنبرز أهمها في العنصر الموالي.

1.1.1.2. مدخل إلى التسويق

تعددت التعاريف التي قدمت للتسويق و اختلفت، حيث تناول البعض على انه توزيع المنتجات و البعض الآخر عرفه على انه مجموعة عمليات، بينما نظر إليه البعض على انه وظيفة متكاملة، و يعود سبب ذلك إلى التغييرات المختلفة التي شهدها ميدان التسويق. يمكن تقسيم هذه التعاريف إلى مجموعتين أساسيتين، الأولى حصرت التسويق في المؤسسات التي تحقق الربح، أما الثانية فقد وسعت مجاله ليشمل كل المؤسسات على اختلاف أهدافها.

1.1.1.1.2. المفهوم الضيق للتسويق

كان هذا المفهوم قائماً على حصر التسويق على نشاطات مؤسسات معينة، وهي المؤسسات التي تهدف إلى تحقيق الربح.

استمر هذا المفهوم إلى غاية 1969، حيث ظهر توجه جديد يهدف إلى توسيع نطاق التسويق وتطبيقه على كل المؤسسات، سواء تلك التي تهدف إلى تحقيق الربح، أو التي لا تهدف إلى الربح [34] ص 17.

ومن بين التعاريف التي تدرج في هذا الإطار نذكر:

تعريف الجمعية الأمريكية في التسويق سنة 1960

" التسويق هو مجموعة الأنشطة، التي توجه إنسياب السلع والخدمات من المنتج إلى المستهلك، أو المستعمل" [34] ص 13

ينظر هذا التعريف إلى التسويق، أنه مجموعة من الوظائف التي تسمح إنتقال السلع والخدمات من المنتج إلى المستهلك النهائي، أو المشتري الصناعي، كما يتجاهل هذا التعريف المؤسسات التي لا تهدف إلى الربح، إضافة إلى أنه لا يشير إلى دور المستهلك في تحديد رغباته وحاجاته، مما يوحي بأن التسويق يأتي بعد الإنتاج.

كما عرف التسويق بأنه: " الأنشطة التي تستطيع المؤسسة من خلالها تلبية حاجيات المستهلكين " [35] ص 15.

جاء هذا التعريف بإضافة على التعريف الأول، تتمثل في التأكيد على دور المستهلك في تحديد ما يجب إنتاجه، أما webster عرف التسويق بأنه: " الوظيفة التي تستطيع المؤسسة من خلالها التكيف مع بيئتها"، نجد هذا التعريف يبرز دور البيئة وأهميتها في العملية التسويقية، كما أنه يحصر التسويق في وظيفة.

من خلال هذه التعاريف نلاحظ أنها تحصر التسويق في المؤسسات التي تهدف إلى تحقيق الربح، وتتجاهل الدور الذي يمكن أن يلعبه في المؤسسات التي لا تهدف إلى الربح.

2.1.1.1.2. المفهوم الشامل للتسويق

جاء هذا المفهوم للتسويق ليشمل الكثير من جوانب الحياة وخاصة في المؤسسات التي لا تهدف إلى الربح، وبهذا أصبح تعريف التسويق أكثر شمولية و إتساعا، ويعد هذا التوجه تحولا في الفكر الإداري بشكل عام، والفكر التسويقي بشكل خاص الذي تزعمه sidny levy, Philip kotler حيث أكد على ضرورة تبني المفاهيم التسويقية من قبل المؤسسات التي لا تهدف إلى الربح [36] ص 40.

ومن بين التعاريف التي تدرج في هذا السياق تعريف KOTLER " التسويق هو الآلية الإقتصادية والاجتماعية، التي يستطيع الأفراد والجماعات عن طريقها إشباع حاجاتهم ورغباتهم، من خلال خلق وتبادل المنتجات والمنافع مع الآخرين " [36] ص 40.

ومن خلال هذا التعريف يظهر أن احتياجات ورغبات المستهلك في نقطة البداية في النشاط التسويقي، والتبادل هو جوهر العملية التسويقية.

أما CLAUDE DEMEUR فعرف التسويق " مجموعة التقنيات التي تعتمد على تحديد حاجات ورغبات المستهلكين التي تسمح للمنظمة بتحقيق أهدافها " [37] ص 04.

يستعمل هذا التعريف مصطلح منظمة، الذي هو أوسع من مصطلح مؤسسة التي هدفها الأساسي هو تحقيق الأرباح، في حين أن المنظمة لا تهدف بالضرورة إلى تحقيق الربح.

قدمت الجمعية الأمريكية للتسويق سنة 1985 تعريفاً ثانياً للتسويق بأنه : " التحليل، التخطيط

، والرقابة على البرامج التي يتم إعدادها لتحقيق تبادل طوعي للأشياء التي لها قيمة ومنفعة في الأسواق المستهدفة، بهدف تحقيق أهداف المنظمة ، إذ يعتمد التسويق بدرجة كبيرة على تصميم العرض الذي تقوم المنظمة بطرحه بناء على حاجات ورغبات السوق المستهدفة، وعلى استخدام طرق فعالة للتسعير، التوزيع، تحفيز و خدمة الأسواق " [38] ص 16.

يؤكد هذا التعريف على أهمية التخطيط للأنشطة التسويقية، لتحقيق عملية التبادل في إطار تكامل مختلف الوظائف التسويقية، من جهته قدم STANTON تعريفاً شاملاً للتسويق إذ عرفه بأنه : " نظام متكامل من الأنشطة التي تختص بالتخطيط، التسعير والترويج وتوزيع المنتجات التي تهدف إلى إشباع حاجات الإنسان، من السلع والخدمات والأفكار من خلال عملية التبادل " [34] ص 20.

جاء هذا التعريف بتحديد عناصر التسويق (المنتج، السعر، الإتصال، والتوزيع) وأكد على

أهمية التكامل بين هذه العناصر، لتحقيق أهداف المؤسسة بأكثر فعالية.

- " التسويق هو ميكنازم اقتصادي واجتماعي، الذي يمكن للأفراد و الجماعات من خلاله إشباع حاجاتهم ورغباتهم، عن طريق خلق التبادل للمنتج وبعض الأشياء ذات القيمة مع الآخرين " [39] ص 37.

- " التسويق هو وظيفة شاملة ومستمرة تبدأ قبل الإنتاج، وذلك لدراسة حاجات ورغبات المستهلك الأخير أو المشتري الصناعي ومقدرته ودوافعه وتستمر إلى ما بعد الشراء." [40] ص 12.

- كما عرفت الجمعية الأمريكية للتسويقين التسويق " بأنه نشاط الأعمال، الذي يوجّه انسياب السلع و الخدمات من المنتج إلى المستهلك أو المستعمل " [41] ص 20.

- ويرى آخرون أنّ التسويق " هو عملية تحديد طلب المستهلكين وتشجيع أعمال البيع وتدبير سبل التوزيع، وهو وظيفة للإدارة تنظم وتوجّه نشاطات المؤسسة التي لها علاقة بتقييم قوة المستهلك الشرائية، وتحويلها إلى طلب فعلي للسلعة أو الخدمة المعنية " .

- وهناك من يرى عن قناعة مستمدة من خبرة ميدانية، بأنّ في الفكرة البديهية القائلة (اعرف من أجل أن تتصرف) يكمن جوهر التسويق بالذات، فبالنسبة لهؤلاء فإنّ التعريف الأكثر بساطة هو الأقرب إليهم حيث يمكن القول " بأنّ التسويق ليس إلاّ الحس التجاري، صياغته بشكل منهج دواعي الإنتاج " [42] ص 19.

- " التسويق هو عملية اجتماعية تهدف إلى تحقيق أهداف المجتمع من خلال الملائمة بين المعروض غير المتجانس من السلع المقدمة، بواسطة المنتجين وبين الطلب غير المتجانس على السلع من جانب المستهلكين " [43] ص 06.

من خلال هذه التعاريف، يمكننا القول بأنّ التسويق هو الهدف المشترك الذي يلتقي عنده المنتج مع المستهلك، حيث يهدف الأول أي المنتج إلى البحث عن الوسائل و الإمكانيات التي تساعد على تصريف منتجاته، بينما الثاني أي المستهلك فيهدف إلى إشباع رغباته من المنتجات المعروضة بأقل تكلفة، فالتسويق إذن هو سلسلة النشاطات الديناميكية التي تختص بألية انسياب السلع و الخدمات من مواقع إنتاجها، أو توفيرها إلى أماكن استهلاكها أو استخدامها و الاستفادة منها، وكذلك جميع الأنشطة التي تتعلق بتقييم الأسواق و التوقيت بين خصائص السلع وحاجات السوق [42] ص 20.

2.1.1.2. خصائص التسويق

من خلال التعاريف السابقة الذكر ووفقا للمفهوم الشامل يمكن لنا إبراز خصائص التسويق وهي كالتالي: [38] ص 17.

1.2.1.1.2. التسويق عملية تبادل

لا يمكن أن تحدث عملية التسويق إلا عندما يقرر الناس إشباع حاجاتهم ورغباتهم من خلال عملية التبادل، إذ أن عملية إشباع هذه الحاجات يمكن أن تتم من خلال أربعة طرق هي: الإنتاج الذاتي، السرقة، التسول، أو عن طريق التبادل الذي يعتبر الطريق الطبيعي والمشروع، ويهدف التسويق إلى إجراء عملية التبادل طوعي للأشياء ولا يحدث هذا التبادل إلا إذا كانت هناك إستجابة من طرف المستهلك، وبهذا تقوم المؤسسة بتقديم ما يحتاجه السوق المستهدف لكي تستطيع عن طريق ذلك إحداث تبادل طوعي.

2.2.1.1.2. التسويق وظيفة مستمرة

التسويق وظيفة مستمرة على عكس ما كان يعتقد البعض بأن التسويق ينتهي نشاطه بعد تسليم المنتج إلى المستهلك، لكن الحقيقة أن الأنشطة التسويقية تبدأ قبل الإنتاج وبعده وتستمر بعد الاستهلاك:

-التسويق قبل الإنتاج

ويكون ذلك من خلال دراسة حاجات ورغبات المستهلك، التي تتسم بالتغير المستمر تبعاً للتغيرات البيئية والمؤثرات الشخصية التي تؤثر على السلوك الشرائي، كل هذه المعطيات تمكن من إعطاء تصور كامل لما يحتاجه المستهلك وما يتوافق مع قدرته الشرائية.

- يستمر بعد الإنتاج

ذلك بتعريف المستهلك بالمنتج من حيث جودته، خصائص استعماله والمنافع التي يحصل عليها نتيجة استعماله أو استهلاكه، إضافة إلى سعره و منافذ توزيعه.

- يستمر بعد الاستهلاك

من خلال معرفة ردود فعل المستهلك اتجاه المنتج ومدى حدوث الإشباع جراء استهلاكه للمنتج.

3.2.1.1.2. التسويق وظيفة متكاملة

ويظهر التكامل مع مستويين :

- التكامل بين أنشطة التسويق

يكون ذلك بالتكامل بين عناصر المزيج التسويقي، فنجاح منتج يعتمد بالأساس على نوعه وطبيعة سعره، و منافذ توزيعه، إضافة إلى الجهود الترويجية التي تقوم بها المؤسسة، فكل هذه العناصر مجتمعة تؤثر على المستهلك واختياراته.

- التكامل بين الأنشطة التسويقية وأنشطة المؤسسات الأخرى

نجاح الوظيفة التسويقية مرتبط بمدى التنسيق والتكامل مع الوظائف الأخرى، حيث أن أي خلل على مستوى أي وظيفة يكون له اثر على أداء الوظائف الأخرى.

4.2.1.1.2. التسويق وظيفة لخلق المنافع

يقوم التسويق بتقديم ثلاث منافع تساهم في إشباع حاجات المستهلكين ورغباتهم، وهي المنفعة المكانية، المنفعة الزمنية، المنفعة الحيازية، حيث يقوم التسويق بنقل المنتجات من الأماكن التي تزيد عن حاجات سكانها إلى المناطق إلي هي بحاجة إليها، أما المنفعة الزمنية فتظهر من خلال الاحتفاظ بالمنتجات، والمنفعة الحيازية تنشأ عن انتقال الملكية من المنتج إلى المستهلك.

5.2.1.1.2. التسويق وظيفية لتحقيق الرفاهية

في العقود الأخيرة زاد الاهتمام بالمستهلك وحمايته من الاستغلال، وزادت أهمية المحافظة على المجتمع، وضرورة التركيز على رفاهية المستهلك والمجتمع في الأجل الطويل، ويكون ذلك من خلال:

- تحسين حياة المستهلك وتوفير الخدمات التي تتيح له الراحة.
- تحقيق رفاهية المستهلك في إطار مصلحة المجتمع.

3.1.1.2. مفهوم تسويق الخدمي

يختلف الكثير من الكتاب في رؤيتهم بأن تسويق الخدمات يعد من المفاهيم أو القضايا الحديثة، و أن الخدمات من المجالات الجديدة لتطبيق المفاهيم و الأسس التسويقية التي سبق تطبيقها في تسويق المنتجات أو السلع المادية الملموسة، ويرون أن العكس هو الصحيح، حيث كانت الخدمات و الأفكار، مجالا سابقا للتسويق أو الترويج أو البيع إلا أن المجتمعات و الحضارات المادية و جهت غالبية، إن لم تكن جميع جهودها إلى تسويق المادي الملموس، حيث يمكن القول أن وظيفة أو نشاط تسويق الخدمات و الأفكار و غيرها من المنتجات غير المادية للإشارة إلى الخدمات، بدأ منذ الخليقة و من وقت خلق " آدم " عليه السلام، وأن تسويق الخدمات و الأفكار بدأ و استمر من رسالات الأنبياء و بعثات الرسل في عرض رسالاتهم إلى أهلهم و عشيرتهم و قومهم، وان نشاط تسويق الخدمات و الأفكار تم ممارسته في كل العصور مع كافة الأنظمة على إختلاف أنواعها، إلا أن الأمر لم يلق الإهتمام المهني الملائم لوضع القواعد و الأسس و الأصول و الأدوات المهنية، لممارسة هذا النشاط في مجال الخدمات بنفس الصورة التي حظي بها التسويق في مجال السلع المادية، حيث يطرح أصحاب الرؤية الحديثة لنشاط التسويق في مجال الخدمات تساؤلا يعتقد أنه هاما و هو إمكانية تسويق السلعة المادية دون أن يكون مصاحبا لها على قدر ما أو نوع من الخدمات المكملة لها [44] ص 370.

و هل تتم أي عملية ترويجية أو بيعية أو تبرم صفقة لسلعة مادية ما دون أن يتطرق الأمر لجوانب خدمية ترتبط بهذه السلع تتعلق باستخلاصها أو نقلها أو تخزينها أو استخدامها أو صيانتها أو إصلاحها أو التصرف في حالة إكتشاف عيوب بها أو تعطلها، و غيرها من الجوانب الخدمية المصاحبة لعرض السلعة و بيعها و تسليمها.

ويقصد من إثارة هذا التساؤل، ضرورة مراجعة الأفكار المتعلقة بوظيفة تسويق الخدمات من

حيث حدثتها و أصولها و أدواتها بالمقارنة بتسويق السلع المادية [44] ص 37.

و يمكننا القول أن تسويق الخدمات لقي اهتماما خاص في مبادئه، كما أنه لا يختلف كثيرا عن تسويق المنتجات، ذات الإستهلاك الكبير، و هذا راجع إلى التقارب في الأفكار في كل من المنتج و الخدمة معا، فالمنتج لديها هدف محدد و هو تحقيق رغبة و حاجة المستهلك و الخدمة كذلك، كما أن الخدمة قد تتضمن بذاتها منتجات مثل المطاعم التي تباع خدمة و في نفس الوقت الأكل كما أن الزبون في تسويق الخدمات يمكنه الاتصال مباشرة مع الموظفين أما في الخلف فهناك جهاز التنظيم و الإنتاج التي تدعم الجزء المنظور من الخدمة.

و إنه من الضروري أن تهتم منظمات الخدمات بالتسويق بنفس درجة اهتمام الأخرى

بالتسويق السلعي، و فيما يلي أمثلة توضيحية: [33] ص 542

1.3.1.1.2. تسويق الخدمات السياسية

مثال ذلك تسويق خدمات القانون و الشرطة و الخدمات السياسية و مثال آخر عن برامج الاختبارات فلإنجاح يتوقف على كفاءة الاتصالات التسويقية.

2.3.1.1.2. تسويق الخدمات المنافع العامة و المرافق

كتسويق خدمات البريد: استئجار صناديق البريد، و التوفير للشحن الخاص بصناديق الهدايا مثلا و تسويق خدمات التلفزيون و خدمات استقبال المكالمات و الإرسال مثل إرسال النهائي تلفونيا، و تسويق خدمات الكهرباء و المياه.

3.3.1.1.2. تسويق الأفكار

و ذلك لتعديل المفاهيم الخاطئة و نشر قيم جديدة تتناسب مع أهداف المجتمع أو المنظمة.

4.3.1.1.2. تسويق النقل

ومثال ذلك تسويق خدمات الطيران و السياحة من خدمات النقل البحري و البري و قد يتم ذلك في خط خدمات واحد، فهناك اليوم العديد من شركات الطيران التي تباع خدمات النقل بالسيارات من وإلى الطائرة و الخدمات الفندقية، وخدمات السكريتاريا و بعض الاتصالات التي تتضمن شراء عقارات بالخارج أو تقديم خدمات علاجية و غيرها.

5.3.1.1.2. تسويق الخدمات المصرفية و الاستثمارية

فيوجد اليوم في بنوك الإدارة متخصصة في التسويق المصرفي لتحليل أنماط العملاء و تصميم الخدمات و تسعيرها، و تطبيق إستراتيجية للترويج تتناسب و طبيعة البيئة التسويقية لشكل البنك.

6.3.1.1.2. تسويق خدمات العلاج و الوقاية سواء في المستشفيات العامة و

العسكرية و التعليمية

فالتسويق أصبح ضروريا جدا في سوق الخدمات الصحية و الوقائية و الصحة العامة مثلا و كلما زادت المنافسة في سوق الخدمات الصحية تحول سوق البائعين إلى سوق المشترين كلما زاد الاهتمام بالتسويق أخدماتي [33] ص 543 .

4.1.1.2. مراحل تطور التسويق في قطاع الخدمات

على الصعيد الأكاديمي، شهد منتصف السبعينيات من القرن الماضي عددا من الاهتمامات والمساهمات في حقل تسويق الخدمات كفرع متميز من فروع التسويق نتيجة التغييرات التي حصلت في عالم الأعمال في الغرب الصناعي، وتعاضم أهمية الخدمات أصلا، بدء الاهتمام يبرز بشكل واضح في مضمار تسويق الخدمات كحقل قائم بذاته له أدبياته ومفكروه من اقتصاديين ورجال تسويق.

وكانت جامعة هارفرد السابقة في استحداث مساقات خاصة على مستوى الدراسات العليا والأولية، واستقطبت إلى حرمها طلبة ورجال أعمال من شتى الاختصاصات لتدريبهم وإثراء معلوماتهم في هذا المجال ؛ واستنادا إلى الإحصائيات التي نشرتها صحيفة guardian البريطانية في ديسمبر 1996 أن عدد المديرين التنفيذيين في دورات تدريبية ودراسات أولية وعليا في مجال تسويق الخدمات بلغ 12979 شخصا في دول الاتحاد الأوروبي ، وتعزي الصحيفة هذا الاهتمام الكبير بدراسة حقل تسويق خدمات إلى عدة أسباب في مقدمتها :

- إن قطاع الخدمات يعد من القطاعات المربحة قياسا إلى القطاع السلعي.
- إن فرض النمو في القطاع الخدمي أوسع منه في المجال السلعي لتنوع قطاع الخدمات.
- لا يقدر على سبر غور قطاع الخدمات إلا من كان يملك مهارة، والتخصص الدقيق المبني على الاحترافية وهذه الخواص لا تأتي إلا من خلال الدراسة النظرية والميدانية المتعمقة لتسويق الخدمات كمنشأط إبداعي [45] ص 33- 34.

وعموما فقد تطورت النظرة إلى التسويق في مجال الخدمات بخطوات حثيثة بسبب الطبيعة المعقدة للخدمة لخصها p.kotler في خمس مراحل كانت على النحو التالي : [46]

1.4.1.1.2. المرحلة الأولى

كانت النظرة إلى التسويق في هذه المرحلة على اعتباره الإعلان، الدعاية، النشرة وتنشيط المبيعات، حتى أن المؤسسات الخدمية كشركات الطيران، والبنوك والفنادق بدأت في تبني بعض الأدوات التسويقية التي يستخدمها بعض المؤسسات الصناعية، حيث قامت بتخصيص ميزانيات لترويج المبيعات من الخدمة قصد جذب المزيد من العملاء، كما دأبت بعض المؤسسات المنافسة بتكليف وكالات متخصصة في الإعلان للقيام بأنشطة الترويج.

2.4.1.1.2. المرحلة الثانية

و في هذه المرحلة تحولت النظرة إلى التسويق من الإعلان أو الترويج إلى تبني مفهوم أكثر اتساعا، واخذ تسويق يستهدف معرفة السبيل إلى إدخال السرور إلى العملاء أثناء مختلف تعاملاتهم، وكذا إضفاء جوا من الصداقة و ،الرضا داخل العمل،بين موظفي المؤسسة وعمالئها بهدف المحافظة على وفائهم وكسب عملاء جدد تحت مختلف الشعارات الداعية إلى ذلك .

3.4.1.1.2. المرحلة الثالثة

أما في هذه المرحلة أصبحت النظرة إلى التسويق على اعتبار انه ابتكار وإبداع حيث اضطرت العديد من المؤسسات الخدمية، لاسيما المصرفية منها إلى البحث عن أساليب وقواعد جديدة، وأنواع حديثة من الخدمات التي تواجه التغير والتنوع والتعدد في الاحتياجات المتزايدة للعملاء فاستحدثت بطاقة الائتمان ، خدمات البنك الآلي أو الشخصي في مجال البنوك، والقرى السياحية والمرافق الترفيهية في مجال الفندقية والسياحة.

4.4.1.1.2. المرحلة الرابعة

وفي هذه المرحلة بدأت بعض المؤسسات الخدمية تتسابق في البحث عن أساليب وطرق أخرى جديدة، فضلا عن أساليب الإعلان وبشاشة الموظفين والابتكار، التي تقوم بها جميع المؤسسات محاولة لتحقيق درجة عالية من التميز، فقد أدركت المؤسسات الخدمية انه لا توجد مؤسسة واحدة يمكن اعتبارها الأفضل لدى كل العملاء في تقديم خدمة ما ، أو يمكن أن تقدم الخدمة بجميع أنواعها ، ومن ثم فعلى المؤسسة المعنية أن تبحث عن فرص وتقوم بتقييمها جيدا حتى تختار أفضلها بما يحقق لها مركزا متميزا في السوق ، وهذا التوجه أو التصور جعل التسويق الخدمي يتعدى اهتمامه تكوين صورة ذهنية لدى العملاء إلى محاولة ترسيخ شعار معين للمؤسسة في أذهان عملائها بحيث يكون من الصعب نسيانها.

5.4.1.1.2. المرحلة الخامسة

اتخذ التسويق الخدمي في هذه المرحلة وجهة أخرى، حيث اعتبر على انه تحليل السوق والتخطيط والرقابة ، بحكم أن الأساليب السابقة لم تعد كافية لضمان البقاء و الاستمرار أو تحقيق التميز، ومن ثم اتجهت المؤسسات الخدمية إلى دراسة وتحليل الأسواق (حجم الطلب، مركز المنافسين، ...) من خلال بحوث التسويق ووضع خطط تسويقية بما يتلاءم، وبناء نظم للرقابة والتقييم والتقويم واتخاذ الإجراءات اللازمة.

5.1.1.2. أسباب تأخر التسويق بقطاع الخدمات

أشارت نتائج إحدى الدراسات أن تطبيق الفكر التسويقي في قطاع الخدمات ظل متأخرا ويقع في المرتبة الثالثة بعد المؤسسات المنتجة للسلع الاستهلاكية و المنتجة للسلع الصناعية [47] ص 342. ويرجع تأخر تطبيق المفهوم التسويقي بقطاع الخدمات إلى جملة من الأسباب، نصلها في ما يلي:

1.5.1.1.2. عدم تأييد رجال الإدارة العليا للمفاهيم التسويقية بقطاع الخدمات

ويعتبر اشد المعوقات في نشر الثقافة التسويقية داخل المؤسسة، ذلك أن عدم اقتناع بعض رجال الإدارة العليا بإمكانية تطبيق المفاهيم التسويقية بهذا القطاع يرجع في اعتقادهم إلى أن التسويق هو البيع في مفهومه الضيق، يعرقل تطور الثقافة التسويقية للمؤسسة، وهذا ما أكدته الدراسة التي أجريت على مستوى مديري البنوك بالمملكة المتحدة حول النظرة إلى النشاط التسويقي [47] ص 344، حيث أوضحت أن هذا الأخير في نظرهم لا يليق بالعمل المصرفي ، بل اعتادوا ولفترة طويلة من الزمن أن يقوم العميل بزيارة البنك طالبا الخدمة المصرفية ، ويتوسل للموافقة عليها بدلا من قيامهم بجذبه ، والعمل على إشباع حاجاته.

2.5.1.1.2. عدم وجود كتابات كافية لتوضيح المفاهيم التسويقية في مجال الخدمات

على الصعيد الأكاديمي وقبل فترة السبعينات لم يكن الاهتمام بتسويق الخدمات قائما ، حيث اقتصرت معالجة تسويق الخدمات على بعض الكتابات السطحية وغير المنتظمة التي كانت غالبا ما تدرج ضمن فصول من كتب التسويق والمبيعات، وأشارت هذه الكتابات إلى تعريف الخدمات تصنيفها ، أهميتها ، وكذا أهم الفروق بينها وبين السلع ، ومدى إمكانيات تطبيق المفاهيم التسويقية

بالمؤسسات الخدمية ، مما دفع بالمديرين إلى الاعتقاد بان مؤسساتهم لا تحتاج إلى تسويق لخدماتها [48] ص 41.

3.5.1.1.2. عدم الاتفاق على تعريف موحد للخدمة

إن تعريف الخدمة كنشاط بشكل سليم يضع الحدود التي يسير عليها المدراء في ممارسة هذا النشاط، حيث أن نقطة البدء لتفهم النشاط بصفة عامة أن يكون اتفاق نسبي على تعريفه، لكن الخدمات لم تحظ بهذا، باستعراضنا للكتابات التي تعرضت لتعريفها نجد أنها ركزت على ثلاثة مداخل أساسية، وذلك على النحو التالي [45] ص 32:

- مدخل التعريف التوضيحي

وفقا لهذا المدخل بتوضيح طبيعتها دون التطرق إلى خصائصها، والتي تميزها عن باقي العروض التسويقية، ومثال ذلك التعريف الذي قدمته الجمعية الأمريكية للتسويق AMA "الخدمة عبارة عن نشاط، منفعة أو تحقيق إشباع تعرض لحظة بيعها، أو ترتبط ببيع سلعة".

- مدخل التعريف بالخصائص

يركز هذا المدخل على إبراز خصائص أو إحدى خصائص الخدمة التي توضح طبيعة الخدمة والتي تميزها عن السلعة ومثال ذلك تعريف KOTLER الذي عرضناه سابقا، والذي أشار فيه إلى خاصيتي عدم لمس وعدم ملكية الخدمة.

- مدخل التعريف بالقائمة

وبناء عليه وضعت قائمة تضم الأنشطة التي يمكن اعتبارها خدمات، ويتم تقديمها إلى العملاء سواء كانوا نهائيين أو غير نهائيين، ولقد قدم " ستانتن " STANTAN قائمة بهذه الخدمات، والتي شملت :

- خدمات النقل.
- خدمات المالية.
- خدمات إصلاح السيارات.
- خدمات الأمن.
- خدمات الاستشارات.
- خدمات الكي والغسيل.
- خدمات العلاج.

6.1.1.2. المنافع التي يحققها التسويق

يعمل التسويق على خلق ثلاث منافع رئيسية هي [49] ص 05 :

1.6.1.1.2. المنفعة المكانية

وهي التي تحقق عندما يبذل النشاط التسويقي لتوفير السلع والخدمات في المكان المناسب، بمعنى نقلها من المكان الذي ليس فيه طلب عليها إلى المكان الذي تتوفر فيه الرغبة والطلب لدى المستهلكين.

2.6.1.1.2. المنفعة الزمنية

وتحقق تلك المنفعة عندما توفر السلعة في الوقت والزمان المناسب لاستهلاكها بمعنى تخزينها في الوقت الذي ليس فيه طلب إلى الوقت الذي يحتاج إليها المستهلك.

3.6.1.1.2. منفعة الحيازة

وتنشأ تلك المنفعة عندما تنقل ملكية السلعة عن طريق البيع من المنتج الذي يرغب في توزيعها إلى المستهلك أو المستخدم الذي يرغب في استهلاكها أو استخدامها. ومعنى ذلك أن التسويق يضيفي قيمة جديدة على السلع والخدمات المنتجة حتى يمكن أن تجد مجالا إلى المستهلك وإشباع رغبات المستهلك، وقد يحقق التسويق منفعة رابعة هي المنفعة الشمولية وذلك إذا أدت عملية تخزين السلع تامة الصنع إلى التغيير في طبيعة ومكونات السلعة.

2.1.2. المؤسسات الخدمية

بعد إن تطرقنا إلى مفهوم التسويق والتسويق الخدماتي، واهم مراحلها ، نتطرق هنا إلى منتج الخدمة ، ألا وهو المؤسسة الخدمائية .

1.2.1.2. تعريف الخدمة

يصعب إيجاد تعريف واحد للخدمة، بحيث إن العديد من المفكرين اقترح جملة من التعريفات تبين مفهوم الخدمة ،وهي تتشابه علي العموم ،ونذكر منها ما يلي :

pierre eiglier et erie langeard : " الخدمة هي نشاط أو عدة أنشطة تتولد عند

تعامل شخص أو آلة من المؤسسة مع المستهلك " [50] ص 16.

Skinne : " الخدمة هي منتج غير ملموس يحقق المنفعة مباشرة للمستهلك كنتيجة لأعمال

جهد بشري أو ميكانيكي للأفراد أو الأشياء " [51] ص 256.

Kotler et armstrong : " الخدمة هي نشاط أو منفعة غير ملموسة يستطيع أن يقدمها

طرف إلى طرف آخر ،دون أن يترتب على ذلك نقل للملكية من المنتج إلى العميل ، كما وأن

إنتاج الخدمة طبقا لهذا المفهوم قد يرتبط وقد لا يرتبط بنتاج مادي ملموس، فإذا لم يكن يرتبط بها ناتج مادي كانت خدمة خالصة " [52] ص 165.

الجمعية الأمريكية للتسويق: " الخدمة هي منتج غير ملموس أو على الأقل هي كذلك إلى حد كبير، فإذا كانت بشكل كامل غير ملموس، فإنه يتم تبادلها مباشرة من المنتج إلى المستهلك، ولا يتم نقلها أو خزنها، وهي تقريبا تقني بسرعة. ومنتجات الخدمات يصعب في الغالب تحديدها أو معرفتها، لأنها تظهر للوجود بنفس الوقت الذي يتم فيه شرائها أو استهلاكها، كما تتكون من عناصر متلازمة (يتعذر فصلها) وغالبا ما تتضمن مشاركة الزبون بطريقة هامة " [53] ص 250-251.

وبناء على ما سبق يمكن قول أن الخدمة هي أداء مرتبط بتبادل المنافع بين المورد والذبون في لحظة حاسمة لكليهما، و يتميز هذا الأداء أساسا بفنائها السريع، عدم ملموسيته وعدم إمكانية نقله، وكذا تزامن إنتاجه مع استهلاكه.

2.2.1.2. مفهوم المؤسسة الخدمائية

باعتبار المؤسسة الخدمائية احد أشكال المؤسسة الاقتصادية، فإنه ولأجل تعريفها لا بد من التطرق أولا لتعريف المؤسسة بصفة عامة، فالمؤسسة هي مجموعة من الوسائل التقنية والمالية والبشرية، مجسدة في شكل نظام، تتفاعل فيه العديد من العوامل كندفقات داخلية وخارجية بهدف إنتاج سلع وخدمات موجهة إلى إرضاء المستهلك [54] ص 21.

وتأخذ المؤسسة الاقتصادية أشكالاً مختلفة ومتعددة، تظهر تبعا للمعيار القانوني أو تبعا للملكية، أو على أساس الطابع الاقتصادي فمنها المؤسسات العامة والخاصة، والمؤسسات الصناعية والتجارية و الخدمائية، وهذه الأخيرة تصنف بدورها إلى أنواع، فهناك المؤسسات المالية مثل البنوك والمصارف والبريد، ومؤسسات النقل والمؤسسات التعليمية والمؤسسات الصحية مثل المستشفيات.

وتشكل الخدمات هنا مخرجات للمؤسسات الخدمائية غير الملموسة ماديا، لكنها محسوسة في صورة خبرات أو تجارب، يمر بها عملاء المؤسسة، وقد ترتبط بها كيانات مادية، تتبلور من خلال الخدمة المقدمة، إلا أن هذا لا يعني تحويلها إلى مخرجات مادية، فخدمة التعليم تستلزم وجود مباني تعليمية وكتب وأوراق.....ومعلم، إلا أنها فيحد ذاتها ليست ملموسة لكونها معارف ذهنية وخبرات تعلم، لا يمكن تحديد إبعادها ماديا، وبالمثل يمكننا إدراك العديد من منظمات الخدمات الأخرى.

وبالتالي فالمؤسسة الخدماتية هي عبارة عن هيئة منظمة، ومكونة من كفاءات ووسائل خاصة، تهدف إلى تحقيق أرباح ، وذلك عن طريق إشباع رغبات وحاجيات الزبائن، كما تسهر على تقديم خدمات ذات مستوى مرغوب من الجودة.

لأجل ذلك تسعى المؤسسة الخدماتية دوماً لتعزيز سمعتها، وتحسين صورتها لدى الزبون لمعرفة حوافره ودوافعه الشرائية، بالمعرفة المستمرة لطبيعة ورغبات الزبائن الذين تتعامل معهم، ومحاولة تكييف الخدمة المقدمة مع متطلباتهم ومع معايير الجودة المحددة كذلك.

3.2.1.2. المؤسسة الخدمية كنظام (نظام إنتاج الخدمة)

هناك العديد من التعاريف التي أخذت بالمدخل النظامي في تعريف الخدمة ، ومن بينها تعريف Horwitz الذي يقول أن " الخدمة هي محصلة التداخل في العلاقات بين العناصر الثلاث الأساسية لإنتاج الخدمة، والمتمثلة في العميل، أفراد الاتصال ، والدعم المادي، هذه المحصلة هي التي تكون الربح الذي يمكن من إرضاء العميل " [45] ص 37.

وفق هذا التعريف يمكن اعتبار الخدمة كنظام وفق نظرية النظم لـ bertalanfy يتكون من:

- مجموعة من العناصر المعرفة والمتفاعلة فيما بينها.
- تفاعل هذه العناصر من أجل تحقيق هدف مشترك .
- أي تغيير أو تعديل في عنصر من عناصر النظام يؤثر على الهدف النهائي له.

وفي نفس السياق أشار P.Eiglier et E.Langeard بان تحقيق مردودية المؤسسة الخدمية تتأثر بخمسة عناصر سنتعرض إليها [45] ص 37- 40 :

1.3.2.1.2. التنظيم الداخلي للمؤسسة الخدمية

وتختص به إدارة المؤسسة، وهذا التنظيم يمثل الوظائف الكلاسيكية بها، حيث يتم التكامل والتنسيق بينها لحسن سير تقديم الخدمة، وهذه الوظائف هي :

- التمويين: أي شراء المواد اللازمة لإنتاج الخدمة.
- المالية: تمويل نشاط المؤسسة، حساب تكاليف إنتاج الخدمة.
- تسيير الأفراد: التوظيف ، التدريب، التحفيز.
- التسويق: بحوث التسويق، رفع المبيعات من الخدمة ، البرامج الترويجية، متابعة رضا العملاء.

والتنظيم الداخلي للمؤسسة له تأثير بالغ الأهمية على مردودية المؤسسة وجودة الخدمات، ويرجع ذلك لعدة أسباب أهمها انه هو أصل القرارات الخاصة ب :

- عرض الخدمة .

- اختيار الدعم المادي أو التقني.

- رسم وتسيير علاقة المؤسسة بعملائها.

2.3.2.1.2. أفراد الاتصال

ونعني بهم موظفو المؤسسة الخدمية الذين أوكلت إليهم مهمة العلاقات المباشرة مع العملاء ، كالطبيب في المستشفى والمضيفات في الطائرة..... وعليه فإن هؤلاء سيجدون أنفسهم بين أمرين متناقضين:

العمل من حيث إشباعه وتحقيق رضاه ، والمؤسسة من حيث تمثيلها وتحقيق أهدافها ، كما يمكن أن دورهم مزدوج :

* دور عملي

ويتمثل في مجموع العمليات والمهام التي يجب على أفراد الاتصال القيام بها و هي غالبا محددة مسبقا في شكل تعليمات.

* دور تفاعلي

من خلال الاحتكاك بالعمل والتفنن في خدمته بمختلف التقنيات والمهارات .
ويجب أن يتوفر ي أفراد الاتصال عدة شروط نذكر منها:

- الكفاءة في مجال الاتصال

وتعني القدرة على تقديم الخدمة للعميل بتوصيل الفهم عنها.

- الثقة في النفس

وهذا ضروري جدا حتى لا يتعثر مقدم الخدمة عند أول تعقيب أو استياء من قبل العميل.

- الدراية الكاملة والجيدة عن المؤسسة

حتى يستطيع أفراد الاتصال التصرف في المواقف الطارئة أو المحرجة.

3.3.2.1.2. الدعم المادي أو التقني

فيما يخص الدعم المادي للمؤسسة الخدمية ، فإنه يعني التهيئة الداخلية للمكان أو العقار أو المبنى الذي تقدم فيه الخدمات ، وكذا التهيئة الخارجية، والتي نعني بها حسن تموقع المؤسسة بالإضافة إلى المعدات والأدوات اللازمة لإنتاج الخدمة أو تقديمها.

كما يجب على المؤسسة تكييف أو تهيئة دعمها التقني وفقا لعملائها ، ومثال ذلك ما نجده في بنكين ، فأما الأول فإن خدماته موجهة إلى عملاء رفيعي المستوى ، وعلية فإن البنك يهيئ المبنى والمكاتب بحيث انه يمكن عملائه من التوجه إلى المكاتب أو الشبائيك مباشرة أو إلى الصرافات الآلية في إطار الخدمة الذاتية.

أما الثاني ، فإنه يوجه خدماته إلى عملاء أقل مستوى من سابقهم ، ولهذا فإن هذا البنك وحتى لا تحصل هناك فوضى فإنه يقوم بتهيئة المبنى بتجهيز قاعة الاستقبال بحيث يقوم العميل بتقديم بياناته وسبب زيارته ليرى بعد ذلك ما إذا أمكن دخول العميل أم لا .

4.3.2.1.2. العميل

انه من الضروري في المؤسسات الخدمية التركيز على الدور المزدوج للعميل باعتباره مستهلكا وعنصرا مهما يساهم في إنتاج الخدمة في الوقت نفسه، ومن اجل إرضاء هذا المستهلك فإنه ينبغي على المؤسسة اختيار أسواقها المستهدفة بعناية، آخذة بعين الاعتبار توقعات وآمال هذا الأخير، قصد عرض خدمات في مستوى هذه التوقعات، وان اختلاف وتعدد متطلبات ورغبات العملاء يشكل على المؤسسة خطر عدم رضا العميل باعتبارها غير قادرة على تلبية رغبات شديدة التباين من قبل العملاء ، لكن في الوقت نفسه تعتبر المؤسسة هذا العميل كعضو هام في نظامها ، كونه يساهم في تبليغ رسالة المؤسسة من خلاله تجربته الشخصية إلى العملاء الآخرين عن طريق الكلمة المنطوقة أي من الفم إلى الأذن وكذلك في مساهمته في انجاز الخدمة. وفي هذا الصدد نشير إلى وجود عدة تقاسير لقبول أو رفض العميل المشاركة في تقديم الخدمة:

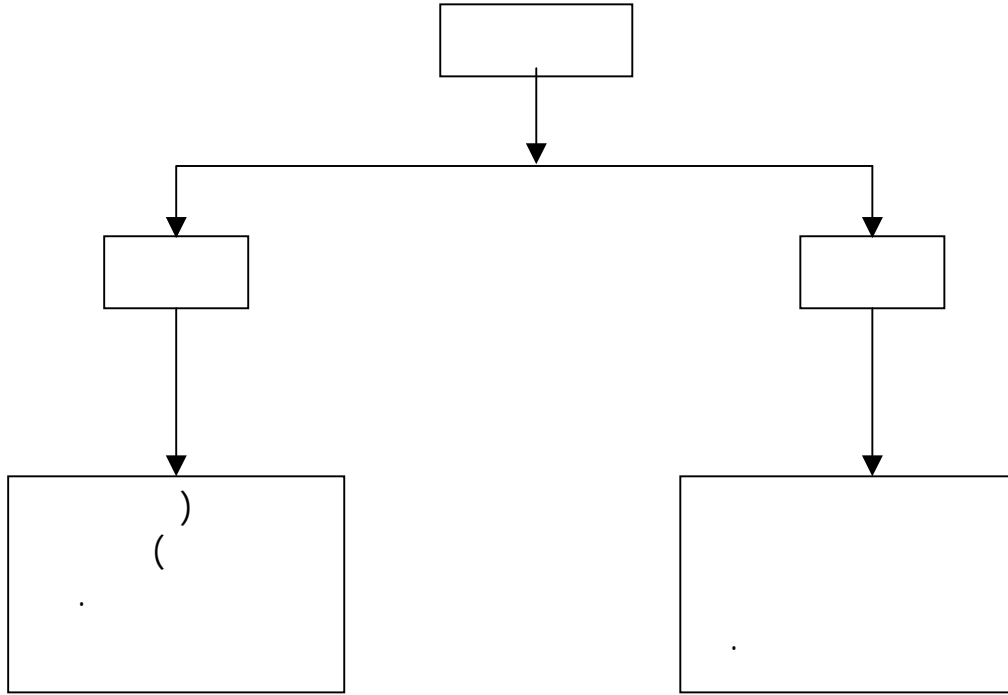
- من الناحية الاقتصادية:

إذا كانت مشاركته تسمح بتخفيض سعر الخدمة كمحطات البنزين مثلا.

- من الناحية الزمنية:

إذا كانت مشاركته تربه بعض الوقت في الحصول على الخدمة " خدمات السحب الآلي مثلا " .

- الوضعية أو الحالة التي يكون فيها العميل أثناء طلبه الخدمة " مستعجل أو غير مستعجل " .
وعن سلوك العميل عند شراء الخدمة فإنه يختلف عنه في حالة شراء السلعة ، إذ يلجا في الحالة الأولى إلى البحث عن دليل مادي يعكس جودة الخدمة المقدمة ، ولانعدام هذا الأمر، فإن مستهلك الخدمة يلجا عادة إلى الحكم على مستوى جودة الخدمة خلال التجهيزات المحيطة بالخدمة ،
شهادات الأهل والأصدقاء ، وكذا طبيعة الناس الموجودين بالمؤسسة من موظفين وعملاء .



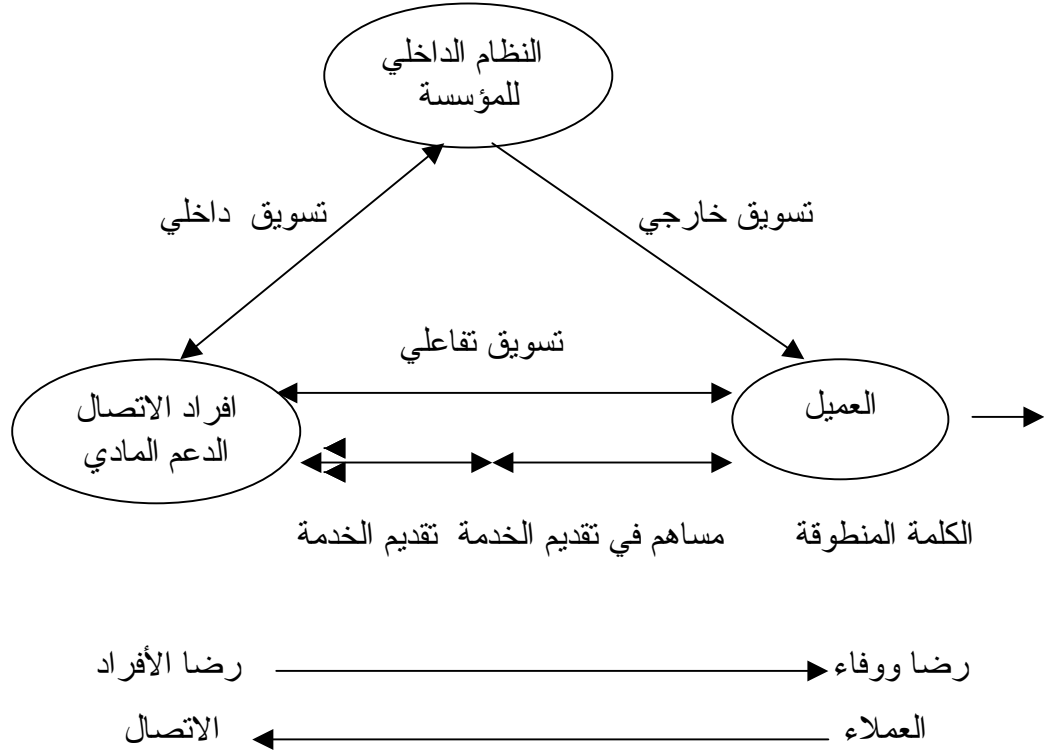
شكل رقم 25: تصنيف العملاء بالنسبة للمنظمات [20] ص 65.

5.3.2.1.2. عرض الخدمة

إذا ما اعتبرنا المؤسسة الخدمية كنظام ، فالخدمات إذًا هي نتيجة هذا النظام ، وتسلسل أو سيرورة تحقيق هذه النتيجة هي ما يسمى بإنتاج الخدمة ، أي إن الخدمة هي محصلة التفاعل بين العناصر السابقة الذكر ، أفراد الاتصال ، الدعم المادي أو التقني والعميل، وهذه المحصلة هي الفائدة التي يحصل عليها العميل والتي يجب أن تلبى حاجياته.

4.2.1.2. أبعاد التسويق الخدمي

من عناصر إنتاج الخدمة، يمكن وضع الشكل التالي الذي يوضح الأبعاد الثلاثة للتسويق الخدمي والتي تميزه عن التسويق السلعي [45] ص 41 :



شكل رقم 26 أبعاد التسويق الخدمي [45] ص 41.

1.4.2.1.2. التسويق الداخلي

ويمثله النظام الداخلي للمؤسسة كونه الجزء الخاص بالتسيير فيها، حيث تقوم المؤسسة بتوفير الدعم المادي والبشري القائمين بتقديم الخدمة، فضلا عن ضرورة التكوين المستمر لإفراد الاتصال بها، وتحسين العلاقات فيما بينهم خاصة، ونقصد بذلك أن كل عامل بالمؤسسة هو عميل لعامل آخر بها والذي يسمى بالعميل الداخلي، وهكذا يتوجه المناخ التنظيمي الداخلي بالتسويق بتفهم حاجات العملاء وتلبية رغباتهم.

2.4.2.1.2. التسويق التفاعلي

لقد أشار جرونروس " Gronroos " أن عدم انفصالية الخدمة عن المستفيد منها تؤدي إلى التركيز على عملية بين مقدمي الخدمة والمستفيد منها وهو ما يعبر عنه بـ " بعد التسويق التفاعلي " أي بما يتم أثناء تقديم الخدمة، أو ما يسمى " بإدارة لحظات الصدق " .

3.4.2.1.2. التسويق الخارجي

يرتبط هذا الأخير بالأنشطة التقليدية للتسويق، فيما يتعلق باتصال المؤسسة بأسواقها المستهدفة، بما فيها مستهلكي خدماتها وأحيانا بالموزعين المستقلين عنها، والتعرف على احتياجاتهم وتوقعاتهم.

وتهدف هذه الأنشطة في مجملها إلى التعريف بخدمات المؤسسة، وخلق صورة قوية وإيجابية لها في السوق تميزها عن منافسيها.

3.1.2. خصائص الخدمات وتطبيقاتها التسويقية

تتميز الخدمات بخصائص تميزها عن السلع، ولعل ابرز خاصية تتضح للعميل هي الخاصية غير المادية للخدمات (الخدمات غير ملموسة).

1.3.1.2. الخصائص التسويقية للخدمات

لم يتفق بعض الكتاب في مجال التسويق على التحدي النهائي للخصائص الرئيسية للخدمات التي تؤثر في تصميم البرامج التسويقية وصياغة السياسات التسويقية، لكن كانت معظم الخصائص مشتركة بين الجميع فيما أضاف البعض خصائص بهدف تأكيد ما تتميز به الخدمات مقابل السلع. ويمكن عرضها كما يلي:

1.1.3.1.2. الخدمات غير ملموسة

تتصف الخدمات بأن ليس لها وجود مادي، أي أن المستهلك النهائي و المشتري الصناعي لا يستطيع رؤيتها أو لمسها أو تذوقها قبل قيامه بشرائها قياسا بالسلعة المادية الأخرى الملموسة، وكذلك لا يمكن القيام ببعض الوظائف التسويقية بالنسبة للخدمات مثل التعبئة والتغليف والنقل والتخزين [55] ص 120.

2.1.3.1.2. عدم قابلية الخدمة للفصل (عدم التجزئة)

تعني التلازمية، وهي درجة الارتباط بين الخدمة ذاتها وبين الشخص الذي يتولى تقديمها [56] ص 23، فإننتاج الخدمة والحصول عليها يتم في مكان واحد وفي نفس الوقت، فلا تستطيع أن تصمم ثم تنتج ثم تخزن فتوزع وتبيع الخدمة، كما هو الحال في نفس السلع الملموسة، فالخدمة هنا مرتبطة بمقدمها، وهذا الأخير يلعب دورا مهما في نجاح هذه الخدمة.

ويرتبط بهذه الخاصية، أن يتم الاتفاق على تقديم الخدمة والحصول على ما يرتبط بها من منفعة في لحظة تفاعل مباشر بين كل من المنتج والعميل، ويطلق نورمان وجروس على هذه اللحظة مصطلح "اللحظة الحقيقية للخدمة" [52] ص 166.

3.1.3.1.2. عدم التجانس في تقديم الخدمة

تتميز الخدمة بخاصية التباين طالما أنها تعتمد على مهارة وأسلوب وكفاءة مقدمها، وزمان ومكان تقديمها، كما أن مقدم الخدمة يقدم خدمات بطرق مختلفة اعتماداً على ظروف معينة، وبذلك تتباين الخدمة المقدمة من قبل نفس الشخص أحياناً، وفي هذا المجال يشير "Stanton" أن خاصية التباين (عدم التجانس) في تقديم الخدمة تجعل من غير الممكن لمقدميها توحيد قياس إنتاجها للخدمات، إذا أن كل وحدة من الخدمة تختلف عن باقي الوحدات في نفس الخدمة، وهذا ما يدفع مشتري الخدمة إلى الاستطلاع عن كيفية تقديم الخدمة مع الآخرين قبل اختيار الحصة التي سيتعاملون معها للحصول على الخدمة المطلوبة [57] ص 221.

4.1.3.1.2. عدم قابلية التخزين

كنتيجة لعدم انفصال الإنتاج عن الاستهلاك، فإن الخدمات تتصف بالفناء السريع، أي أنه لا يمكن تخزينها لاستخدامها في وقت لاحق، فالمقاعد الخالية في ملعب كرة القدم، والمقاعد غير المشغولة في الطائرة بعد إقلاعها، كلها أنشطة أعمال فقدت إلى الأبد [51] ص 270. أي تغيير فرص تسويقية ضائعة، وتظهر هذه المشكلة بسبب عدم التكافؤ بين العرض والطلب، حيث تكون مؤسسات الخدمات بين أمرين، إما تخطيط طاقتها على أساس الطلب المرتفع، فتجد نفسها في مواجهة وحدات غير مستغلة عند انخفاض الطلب، لتتحمل بذلك تكاليف إضافية، أو تخطط طاقتها على أساس الطلب المنخفض، مما يجعلها عرضة لضياع وحدات خدمية في حالة زيادة الطلب.

5.1.3.1.2. صعوبة تمييز الخدمة

يعد من المستحيل تمييز ما يقدم من خدمة من بين البائعين أو المقدمين لنفس الخدمة أو حتى تمييز خدمة مقدمها م بين البائعين أو المقدمين لنفس الخدمة أو حتى تمييز خدمة مقدمها نفسه، مثال ذلك الخدمة المصرفية، خدمة النقل، الخدمات الصحية...إلخ.

6.1.3.1.2. تقلب الجودة

تقلب وتغير جودة الخدمة المقدمة وهي خاصية أخرى من خصائص الخدمة لارتباط ذلك بصعوبة تمييز الخدمة العوامل الأخرى السابقة مجتمعة [57] ص 223.

7.1.3.1.2. التنوع

إن الخدمات كثيرة التنوع طالما أنها تمتد على من يقدمها وعلى مكان وزمان تقديمها، حيث أن العملية التي يجريها طبيب متخصص أفضل من عملية يجريها جراح أقل خبرة، ويدرك المستفيد هذا التنوع وغالبا ما يتناقشون مع الآخرين قبل اختيار مقدم الخدمة [57] ص 224.

ويظهر الجدول التالي ملخصا للخصائص المختلفة والمشاكل التسويقية الناتجة عنها و الإستراتيجيات التسويقية المقترحة في هذا الصدد [47] ص 357 :

جدول رقم 08: ملخص الخصائص المختلفة والمشاكل التسويقية الناتجة عنها والاستراتيجيات

التسويقية المقترحة في هذا الصدد [47] ص 357.

الإستراتيجية التسويقية المقترحة	المشاكل التسويقية	الخاصية
<p>التركيز على الشواهد الملموسة عند الترويج عن الخدمة.</p> <p>استخدام المصادر الشخصية بصورة أكبر من المصادر غير الشخصية للاتصالات.</p> <p>استخدام الاتصال عن طريق الفم.</p> <p>Word of mouth communication</p> <p>خلق صورة ذهنية قوية للشركة.</p> <p>استخدام محاسبة تكاليف جيدة لوضع الأسعار.</p> <p>القيام للاتصالات ما بعد الشراء.</p>	<p>الخدمات يمكن تخزينها.</p> <p>هناك صعوبة في تقييم المشتري للخدمة.</p> <p>لا يمكن حمايتها ببراءة اختراع.</p> <p>لا يمكن عرضها في الأرفق أو في صالات العرض.</p> <p>صعوبة في وضع الأسعار.</p>	الخدمة الغير ملموسة
<p>التركيز على اختيار وتدريب الأفراد المؤيدين للخدمة.</p> <p>إدارة "لحظات الصدق" والتفاعل بين مقدم الخدمة و المستفيد منها.</p> <p>استخدام أكثر من موقع لأداء الخدمة.</p>	<p>تدخل واشتراك المستهلك في عملية الإنتاج</p> <p>التفاعل اللحظي بين مقدم الخدمة والمستفيد منها.</p> <p>صعوبة تغطية الخدمة لأسواق ومناطق جغرافية واسعة.</p>	عدم انفصال الخدمة
<p>استخدام مفاهيم تصنيع الخدمة ووضع الإجراءات النمطية لأداء الخدمة.</p> <p>تقديم الخدمة بصورة شخصية.</p> <p>تغيير أنماط استهلاك الفرد للخدمة.</p> <p>تغيير طريقة تفاعل المستهلك مع مقدم الخدمة.</p>	<p>صعوبة تنميط الخدمة.</p> <p>تأثر أداء الخدمة بمقدمها و للمستفيد منها وكافة المستهلكين الموجودين أثناء تأدية الخدمة.</p>	عدم التجانس
<p>استخدام استراتيجيات التي تحقق مقابل كل من الطلب والعرض.</p> <p>القيام بتعديل الطلب والطاقات المتاحة للتوصل إلى أفضل استقبال بين الطلب والعرض.</p>	<p>الخدمة لا يمكن تخزينها.</p> <p>تقلب الطلب على الخدمة.</p> <p>تحديد الطاقات من المعروض من الخدمة.</p>	فئانية الخدمة
<p>استخدام بعض الوسائل الملموسة للإيجاد بتملك بعض الخدمة وتقديم بعض الإشباع في هذا الصدد.</p>	<p>عدم تحقق الإشباع بالنسبة للمستهلك من تملك الخدمة واستخدامها في الوقت الذي يشاء.</p>	عدم تملك الخدمة

2.3.1.2. تصنيف الخدمات

بسبب التداخل والتنوع الذي تم استعراضه، فيما بين الخدمات والسلع فإن مزيداً من الفهم لطبيعة الخدمات حيث يؤثر بعض التساؤلات التي يمكن أن تساعد في تصنيف الخدمات، والتي عادة تصنف من وجهات نظر مختلفة [57] ص 219.

1.2.3.1.2. حسب الغرض من شراء السلعة

حيث يمكن تصنيفها إلى:

- خدمات مقدمة إلى المستهلك النهائي:

مثل خدمات الحلاقة، التأمين على الحيات، السياحة، مكاتب، تأجير السيارات.

- خدمات مقدمة إلى المنظمات و المنشآت:

مثل الخدمات المتعلقة بتقديم استثمارات الإدارية المحاسبية.

2.2.3.1.2. حسب أهمية حضور المستفيد من الخدمة

حيث يمكن تصنيفها إلى:

- ضرورة حضور المستفيد من الخدمة:

مثل العلاج الصحي، خدمات الحلاقة.

- ليس من الضروري حضور المستفيد من الخدمة:

مثل خدمات تنظيف الملابس وتصليح السيارات.

3.2.3.1.2. حسب دوافع مقدم الخدمة

وتصنف إلى:

- خدمات تقدم بدافع الربح:

مثل المنشآت الخاصة، كالمستشفيات والمدارس والجامعات الخاصة.

- خدمات تقدم ليس بدافع الربح:

مثل الخدمات المقدمة من الدولة كالتعليم والعلاج الطبي.

4.2.3.1.2. حسب وجهة النظر التسويقية

حيث تصنف إلى:

- خدمات سهلة المنال:

مثل الخدمات التي يحصل عليها المستهلك بشكل سهل كالتنقل والحلاقة.

- خدمات خاصة:

مثل خدمات استئجار بعض الأشخاص لحماية بعض الشخصيات المهمة والثرية [55] ص 119-120.

3.3.1.2. استراتيجيات تنفيذ خصائص الخدمة

إن المشاكل الرئيسية الناشئة عن خصائص الخدمات تحتم على مسوقي هذه الخدمات تبني استراتيجيات تسويقية قادرة على تذليل قدر المستطاع هذه المشاكل. إن خاصية عدم الملموسية للخدمة تثير العديد من المشاكل التي هي عدم القدرة على خزنها أو حمايتها قانونياً أو إمكانية عرضها وإجراء الاتصال مع المستفيدين خلالها وصعوبة تحديد سعر لها، إن هذه المشكلة يمكن تذليلها وبالتالي حلها من خلال استخدام استراتيجيات تركز على تجسيد المنفعة أو من خلال استخدام المصادر الشخصية للمعلومات أو تحفيز اتصالات الأفراد و استحداث صور سمعية قوية واستخدام إجراءات حساب التكاليف وإجراءات اتصالات ما بعد البيع.

لذلك فإن المسوقين يجب أن يطوروا نوعية الاستراتيجيات لاتصال منافع الخدمة وذلك من خلال:

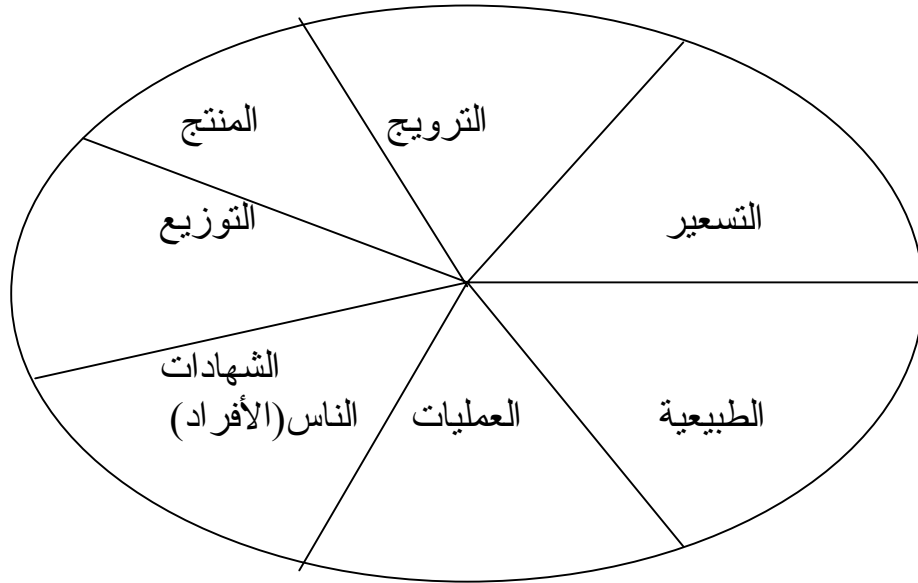
- جعل الخدمة أكثر ملموسة (أو ملموسة أكثر)
- التركيز على مقدم الخدمة أكثر من الخدمة.
- أما الاستراتيجيات التي يمكن إتباعها لحل مشكلة تنوع الخدمة يمكن أن تركز على:
- زيادة متابعة الخدمة.
- تقليل الشعور بالمخاطرة.
- الاتجاه نحو المكننة في تقديم الخدمة [57] ص 224.

4.3.1.2. المزيج التسويقي الواسع النطاق للخدمات

يعتبر المزيج التسويقي عنصراً هاماً في إستراتيجية تسويقية وقد عرف بأنه مجموعة من الأدوات التسويقية و هذه الأدوات يمكن تصنيفها إلى أربعة عناصر تسمى المنتج السعر التوزيع الترويج [58] ص 05.

بسبب كون الخدمة غير ملموسة فإن المزيج التسويقي لها يمتاز بصعوبة أكثر مما هو عليه بالنسبة لمنتجات المادية "الملموسة" بالرغم من التماثل فيما بينهما، حيث تتجسم العناصر القياسية

الأربعة وهي (المنتج، الترويج، التسعير، التوزيع) لتشكل المزيج التسويقي لكل من الخدمات والمنتجات المادية مع اختلاف التطبيق- غير أن " sallydibb " أشارت إلى أنه من الممكن إضافة عناصر أخرى إلى المزيج التسويقي للخدمات، لتزويد من سعة نطاقه و بما ينسجم مع الخصائص المميزة للخدمات.. هذه العناصر هي (العمليات، الأفراد(الناس)، الشهادات الطبيعية)، كما هو موضح في الشكل [57] ص 225- 226 :



شكل رقم 27: المزيج التسويقي واسع النطاق للخدمات [57] ص 226.

5.3.1.2. مفهوم دورة حياة الخدمة

يشير مفهوم دورة حياة الخدمة إلى تطور في حجم التعامل بها عبر الزمن، أي أن منحنى دورة حياة الخدمة يعبر عن التاريخ البيعي لها، وفيما يلي المراحل التي تمر بها الخدمة [54] ص 50- 51 :

1.5.3.1.2. مرحلة الصفر

وتتوافق مع دراسة فكرة الخدمة، وهي مرحلة مكلفة بالنسبة للمشروع الذي يوظف أموالاً طائلة، دون أن يعرف تماماً مدى استجابة السوق للخدمة المعروضة، و للتقليل من حالة الشك، يقوم المكلفون بمشروع الخدمة في ذات الوقت بدراسة السوق والتسويق، من أجل توجيه الخدمة.

2.5.3.1.2. مرحلة التقديم

تبدأ هذه المرحلة من الوقت الذي تقدم (تطرح) فيه الخدمة للسوق وعادة ما تستغرق عملية التقديم هذه، وقتاً طويلاً، لكن التحكم فيها له الأثر في نجاح الخدمة وقدرتها على المنافسة والاستمرارية، ومن أهم مميزات هذه المرحلة ما يلي:

- ارتفاع درجة المخاطرة بالفشل لكون الخدمة جديدة.
- بطء معدل نمو المبيعات لمحدودية حجم التعامل بالخدمة.
- الأرباح في البداية تكون سلبية نظراً لارتفاع تكاليف البحث والتطور، التوزيع والترويج، وبما أن الخدمة سهلة التقليد - لعدم ملموسيتها - فإن المنافسة ستظهر في هذه المرحلة وربما تحتد فيها.
- وفيما يتعلق بتحديد نهاية لهذه المرحلة، فيعتبر ذلك أمراً نسبياً، ولمدير التسويق القدرة على استعمال المعطيات التي تمكنه من معرفة انقضاء هذه المرحلة، وعموماً فهناك معيارين لحسم هذه المسألة وهما:

- وصول حجم التعامل بالخدمة المعنية إلى الأرقام المخططة من قبل المؤسسة الخدمية.
- زيادة حدة المنافسة، مما يعني قدرة الخدمة على تجاوز هذه المرحلة.

3.5.3.1.2. مرحلة النمو

تعتبر هذه المرحلة من أهم مراحل حياة دورة الخدمة كونها تشهد زيادة ملحوظة في كل من حجم التعامل وكذا الأرباح المحققة، ونظراً لحدة المنافسة في هذه الفترة، فإن المؤسسة الخدمية تقوم بتطوير خدماتها كما ونوعاً، وزيادة على هذا تتصف هذه المرحلة بما يلي:

- تطور سوق الخدمة بحيث يمكن استهداف قطاعات جديدة من العملاء.
- تركيز الرسالة الإعلانية على إظهار مميزات وفوائد الخدمة المقدمة مقارنة بالخدمات المنافسة.
- تدفق نقدي إيجابي (ارتفاع كل من المبيعات والأرباح).
- تطور وتعزيز شبكة الخدمة.
- انخفاض طفيف في الأسعار مقارنة بالمرحلة السابقة.

4.5.3.1.2. مرحلة النضج

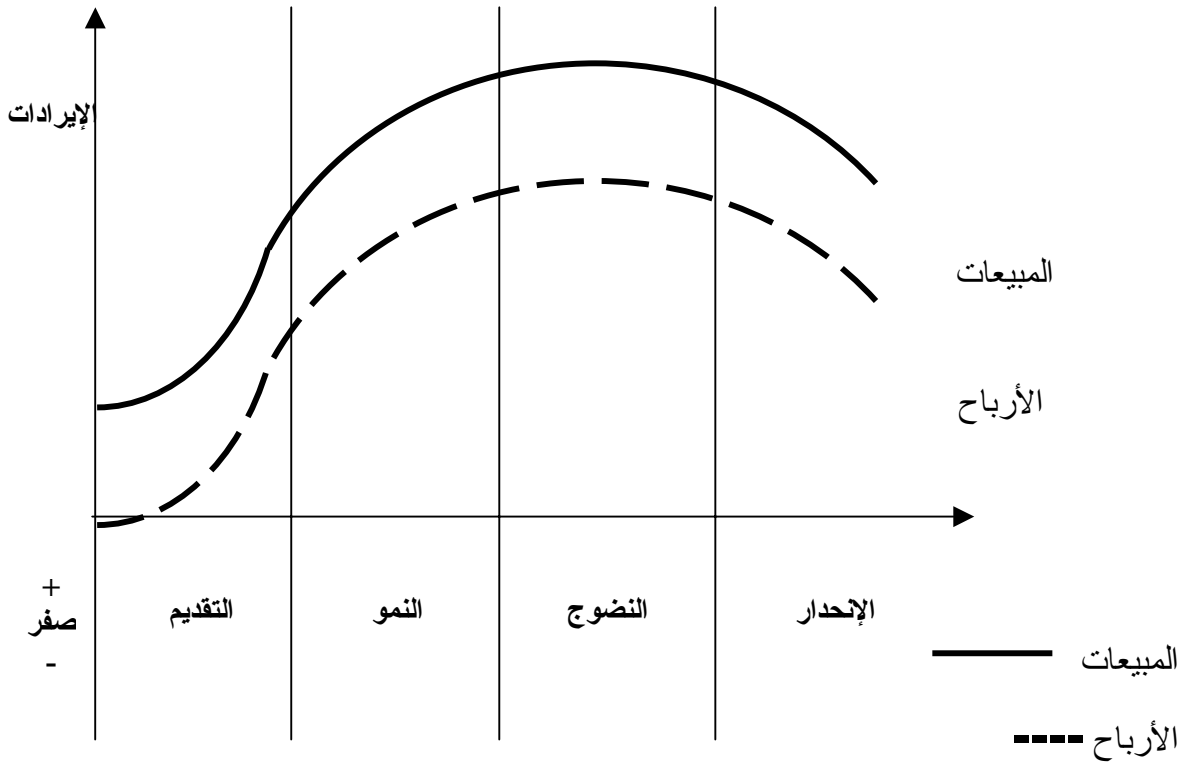
وفي هذه المرحلة يعمل حجم التعامل بالخدمة والأرباح المتولدة عن ذلك إلى المستوى المتوقع الذي يأخذ في أحسن أوضاعه بعد ذلك بالثبات والاستقرار بالرغم من الزيادة المستمرة في حجم التعامل، واتجاهه للانخفاض، وهذا وتتميز هذه المرحلة بـ:

- وصول حدة المنافسة ذروتها.
- تخفيض الأسعار لاستمالة رغبات العملاء وإغرائهم.

- ارتفاع درجة الولاء لدى العملاء اتجاه الخدمة المقدمة لمعرفته التامة بها.
- السعي الجاد للمؤسسة في إطالة عمر هذه المرحلة من خلال تطوير أو تجديد الخدمة ما أمكن تقاديا للوصول إلى المرحلة المالية مبكرا.

5.5.3.1.2. مرحلة الانحدار

- تبدأ هذه المرحلة مع توقف الخدمة عند مستوى تعامل ثابت واتجاهها بعد ذلك إلى الانخفاض، وتعكس هذه المرحلة درجة عالية من التعثر أمام إدارة المؤسسة مما يؤدي بها إلى التوقف عن الخدمة المقدمة، وتتصف هذه المرحلة عموما بما يلي:
- تدهور ملحوظ في المبيعات.
 - انخفاض كبير في الأسعار وبالتالي الأرباح .
 - تدفق نقدي سلبي.
 - زوال الخدمة من التعامل لظهور خدمة منافسة ذات جودة أفضل.



شكل رقم 28: دورة حياة الخدمة [45] ص 50.

4.1.2. إستراتيجيات تسويق الخدمات

تختلف الإستراتيجية المتبعة لتسويق السلع عن تلك المتبعة في تسويق الخدمات، كما أنها وفيما يخص الخدمات، تختلف من منظمة إلى أخرى، فإستراتيجية المنظمات التي تهدف إلى الربح تختلف كل الاختلاف عن تلك التي لا تهدف إلى الربح.

1.4.1.2. تسويق الخدمات في منظمات مختلفة

معظم الشركات تحاول أن تولي اهتماما أكبر للحصول على الأرباح من خدمات، فهي في بعض الأحيان تتقاضى أجورا عن خدماتها التي كانت قد قدمتها سابقا مع المنتجات (السلع)، وأحيانا أخرى تسعر خدماتها، وكما يحصل في صناعة السيارات، حيث تجني معظم الأرباح من خلال بيع التمويل والتأمين والتصليح والعقود إلى جانب أرباحها المتحققة من بيع السيارات. ويذكر (kotler) ستة طرق يمكن للشركات الإنتاجية (منظمات الأعمال بشكل عام) أن تقوم من خلالها بخلق وتطوير النشاطات الخدمية [57] ص 239 :

1.1.4.1.2. إعادة تهيئة منتجاتها بأسلوب نظامي

حيث يمكن للشركة أن تفتتح ببيع إنتاجها فقط كالمواد الكيميائية وأجهزة الكمبيوتر، أو قد تقوم بتطبيق برامج خدمية تحقق (تستجيب) للمزيد من الإحتياجات للزبائن، وهكذا قد تستخدم الشركات المنتجة للأسمدة معداتها في مجال نشر الأسمدة داخل المزارع وتقديم النصائح العلمية في هذا المجال.

2.1.4.1.2. تطوير الخدمات الداخلية

وذلك في الشركة إلى خدمات خارجية للمبيعات، وحيث تتميز بعض الشركات بتطوير إمكانياتها الداخلية في مجال الخدمات وبيعها إلى شركات أخرى كما فعلت شركة "زيروكس" التي طورت برنامجها الداخلي في تدريب رجال البيع وتمكنت من بيعه كحق لشركات أخرى .

3.1.4.1.2. تقديم الخدمات إلى الشركات الأخرى

بالاستفادة من مرافقها المادية حيث يمكن للشركات أن تستثمر مرافقها المادية، و توجه خدماتها إلى شركات أخرى كما فعلت شركة "كمير كلارك" التي قامت بتوسيع نشاطها في تشغيل و صيانة أسطول طائراتها إلى الشركات الأخرى لذات الاختصاص.

4.1.4.1.2. عرض إدارة المرافق المادية للشركات الأخرى

حيث يمكن للشركة أن تتعاقد لإدارة مرافق تعود لآخرين، مثل المزارع و الكافيتريات ومراكز المعلومات...إلخ.

5.1.4.1.2. بيع الخدمات المالية

قد تكشف شركات المعدات أن بإمكانها الحصول على أرباح من خلال تميل مشتريات الزبائن في مجال القروض التجارية والعقارية وذلك تحقيقاً للأرباح جراء خدماتها المالية.

6.1.4.1.2. التحرك باتجاه خدمات التوزيع

حيث يمكن لبعض الشركات الإنتاجية و منظمات الأعمال التكامل في مجال امتلاك وتشغيل المنافذ التسويقية لمنتجاتها.

2.4.1.2. التسويق ضمن منظمات الخدمة

يشير (peter Doyle) إلى أن وجهات النظر بصدد الطريقة التي ينبغي أن ينظم بها التسويق في مجال الخدمات لا تزال غير متفقة في هذا المجال، فالشركات المصنعة (منظمات الأعمال) تكون في العادة منتظمة في كل خطوطها (مستوياتها الوظيفية)، حيث هناك قسم يعنى بالتصنيع وقسم آخر يعنى بقضايا العاملين، أما قسم التسويق فالمسؤول عن القرارات التسويقية، أما في الشركات الخدمات لا تخزن و إن الإنتاج و الاستهلاك يحدثان بشكل أني وفي وقت واحد، فان إنتاج الخدمة وتسويقها يكونان قسما واحدا، وأن العملية الخدمية وفقا لهذه الصورة ينبغي أن تصمم منذ البداية لغرض التوفيق فيما بين "الحاجة التشغيلية" لتحقيق أعلى مستوى من الإنتاجية و"الحاجة والتسويقية" لإرضاء المستهلك [57] ص 240.

إن العديد من الخبراء يؤكدون على عدم فصل الأقسام التسويقية ضمن المنظمات الخدمية، ويعود سبب ذلك إلى أن إيجاد قسم للتسويق منفصل يجعل مع بقية إطارات المنظمة الذين يشعرون أن المهمة التسويقية هي مسؤوليتهم، يؤثرن بشكل أو بآخر من نوع الخدمات التي تقدمها المنظمة فالكثير من أعمال المنظمات الخدمية تتطلب الاتصال الشخصي من الزبائن كما بالنسبة للدوائر البريدية والقانونية والمطاعم .

3.4.1.2. التسويق في المنظمات غير الأعمال (التي لا تهدف إلى الربح)

هناك نوعين أساسيين في هذا المجال المنظمات الخاصة غير الربحية والمنظمات القطاع العام وأن تحديد هذه المنظمات يعتبر عملا ليس بالسهل إذا أن الفارق الوحيد هو أن نشاطات صناعة الربح ليست ضمن هدفها الأساسي، و أن الأرباح التي تجنى يتم تحويلها إلى نشاطات حقيقية من شأنها أن تخدم المجتمع وتحمي مصالح أعضائها، أو أية أهداف أخرى جديرة بالاهتمام لذلك يعرف "bloiss" بأنها [57] ص 240 :

المنظمات التي لا يكون هدفها الأساسي غير اقتصادي ولكنها على أية حال قد تعتمد على نشاطات صناعية الربح أثناء مواصلة ذلك الهدف، فمنظمات القطاع العام تكون مسؤولة إتجاه الجهاز الحكومي وسيطر عليها من قبله، فضلا عن المساهمين من الأعضاء إلا أن المؤسسات أخرى (كالجامعات مثلا) فإنها ترتبط بنشاطات صناعة الربح أحيانا على مزيج الدعم المالي الذي مصدره (الحكومة و الزبائن و المساهمات الطوعية) بينما نجد منظمات خدمية أخرى لا تولد دخل (مثل الشرطة) وبشكل عام فان لأهداف هذه المنظمات أثر في طبيعة العمليات التسويقية المرافقة لأدائها الخدمة.

4.4.1.2. استراتيجيات تسويق شركات الخدمة

يشير ketler إلى أن هناك صعوبة في المؤسسات الخدمية باستخدام أسلوب التسويق التقليدي ففي المؤسسات الإنتاجية يتم تقييس الإنتاج بشكل جيد و بوضع على الرف بانتظار وصول الزبون إليه، أما في المؤسسات الخدمية فان هناك المزيد من العوامل فالزبون في المصرف يرى الموظفين ويتعامل مع موظف التسليف كل ذلك ظاهر أمام نظره، أما الشيء الغير الظاهر فهو عملية الإنتاج في الفرق الخلفية والتنظيم الذي يساعد النشاط الخدمي المنظور وهكذا تتأثر نتيجة الخدمة بعدد من العوامل المختلفة.

2.2. مفاهيم الخدمات الصحية

إن من ابرز الخدمات التي تهدف إلى إشباع رغبات المستفيدين منها، هي الخدمات الصحية، هاته الأخيرة يصعب تحقيقها أو تحقيق الرضا الكامل بها في الدول المتخلفة أو النامية، وسنبرز مفهوم الصحة ونظام إنتاج الخدمات الصحية، كما سنتطرق إلى العرض والطلب عليها.

1.2.2. الخدمات الصحية والصحة

تقدم نظم الخدمات الصحية خدمات، ولكن ما الذي تهدف هذه الخدمات إلى إنتاجه ؟ فقد يتمثل هدف الخدمات الصحية في تحقيق تحسن في الصحة، أو استمرار الصحة الجيدة أو تخفيف المعاناة، فإذا كان الأمر كذلك، يجب أن نتناول قضية ما هي الصحة ؟ [59] ص 21.

1.1.2.2. مفهوم الصحة

بالرغم من أنه يمكن بيع وشراء الخدمات الصحية، إلا أن الصحة ليست كذلك، فلا يمكن الاتجار بالصحة، ويصعب تعريف الصحة بل أن قياسها أصعب، إذ أن التمتع بالحالة الصحية الجيدة لا يعني مجرد الحياة، بل يعني القدرة على التمتع بالحياة إلى أقصاها، ويعرف (twiddle) (1974) الصحة التامة من وجهة نظر اجتماعية بأنها: " حالة وصول قدرات الفرد على التمتع وأداء الدور إلى أقصاها"، وتعرف منظمة الصحة العالمية الصحة الجيدة بأنها " حالة السلامة البدنية والعقلية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو عدم الاتزان"، ولكن هذه التعريفات غامضة تشير إلى أن الصحة الجيدة تنتج عن أكثر من مجرد الخدمة الصحية الفعالة. ولا شك أن تعريف الصحة الذي تتبناه الحكومات له مضامينه بالنسبة لهذه الخدمات التي تقدمها الخدمات الصحية الحكومية [59] ص 21.

2.1.2.2. إنتاج الخدمات الصحية

تتمثل الطريقة الأولى للنظر إلى الخدمات الصحية بأنها ناتج نهائي لصناعة الخدمات الصحية، وعندما ننظر إلى الخدمات الصحية كنتاج، يجب تحديد مدى كفاءة إنتاجها ويساعد تحليل الصناعة العوامل التي تؤثر على عرض و طلب خدمات الأطباء، رعاية المستشفيات، وأسواق العمالة المختلفة، على استنتاج أداء صناعة الخدمات الصحية، أي أنه يمكن مقارنة سعر ونتائج الصناعة في وضعها الحالي مع السعر و الكمية (أو النوعية) التي يمكن أن توجد لو مرت صناعة الخدمات الصحية بتغيير هيكلية. وتتمثل الطريقة الثانية للنظر إلى الخدمات الصحية في اعتبارها أحد المدخلات التي تساهم مع غيرها في تحقيق ناتج يسمى "الصحة الجيدة"، ويمكن تحسين الحالة الصحية بتقديم الخدمات الصحية، والقيام بالبحوث الطبية وتنفيذ برنامج الصحة البيئية مثل التحكم في تلوث الهواء، و برامج التعليم الصحي التي تهدف إلى تغيير نمط حياة المستهلكين [59] ص 25.

3.1.2.2. مدخلات إنتاج الخدمات الصحية

إن إنتاج الخدمات الصحية مثله مثل أي سلعة يتطلب استخدام مدخلات عديدة، ويتم ذلك داخل وحدات إنتاج قد تكون عيادة خاصة، أو مستشفى حكومي أو خاص، أو معمل للتحليل الطبي، أو مركز الأشعة.

و يمكن مدخلات إنتاج الخدمات الصحية في عناصر الإنتاج الرئيسية التالية [59] ص 26-
: 28

1.3.1.2.2. العملة

و يشتمل عنصر العمل في الخدمات الصحية على مجموعات فرعية عديدة تبدأ بالمهارات العملية رفيعة المستوى المتمثلة في الأطباء المتخصصين وتنتهي بالعمالة الأطباء، الممرضات: عمال المساندة، تقني الأجهزة الطبية، الإداريين، عمال الخدمات المعاونة.

2.3.1.2.2. المباني والتأثيث الطبي

ويشمل هذا العنصر جميع المباني للمستشفيات و المعامل و مركز الإسعاف و الوحدات الصحية و العيادات الطبية الخاصة، ويشمل التأمين الطبي أثاث غرفة المرضى العيادات الخارجية و الاستراحات من الأسرة و المقاعد... وغيرها.

3.3.1.2.2. الأجهزة والأدوات الطبية المعمرة

و يشتمل هذا العنصر على جميع الأجهزة الطبية سواء تلك المستخدمة في التشخيص أو العلاج.

4.3.1.2.2. معدات مساندة

آلات غسيل و تنشيف و تعقيم الملابس، آلات وأدوات المطابخ، ثلاجات حفظ الموتى، ومعدات التبريد و الحفظ في بنوك الدم، وبنوك الأعضاء البشرية.

5.3.1.2.2. مستلزمات العلاج الطبي الجارية

وتشتمل على جميع المواد التي تستخدم للعلاج اليومي، وأثناء إجراء الجراحات مثل الغازات الصناعية الطبية، و الأدوية، ومستلزمات العمليات الجراحية من مطهرات و خيوط و أقطان.

6.3.1.2.2. وسائل النقل

و تشتمل سيارات الإسعاف و سيارات النقل العمالية، وسيارات نقل المواد و المستلزمات الطبية المملوكة للمستشفيات و مراكز الخدمات الصحية.

7.3.1.2.2. الطاقة

و تتمثل أساسا في الكهرباء التي تستخدم لأغراض الإنارة وتشغيل جميع الأجهزة الطبية و كذلك وقود تشغيل السيارات و محطات توليد الكهرباء الاحتياطية العاملة في مجال الخدمات الصحية.

4.1.2.2. الخدمات الصحية وأنواع منتجاتها

هناك تصنيفات عديدة للمنتجات، ولكن التصنيف الذي يعيننا في دراستنا للخدمات الصحية هو تصنيف المنتجات ما بين المنتجات استهلاكية و رأسمالية وأخرى جماعية على النحو التالي:

1.4.1.2.2. السلع الاستهلاكية

فان شراء المستهلك للأدوية و استهلاكها يعطي إشباعا مباشرا عادة، بينما شراء جهاز لقياس السكر أو جهاز قياس الضغط الشخصي يقدم خدمات على مدى فترة زمنية ممتدة.

2.4.1.2.2. السلع الإنتاجية أو الرأسمالية

تتمثل مباني المستشفيات ومعدات أشعة اكس و المعامل مدخلات الإنتاج للخدمات الصحية، ويعتمد الطلب عليها على الطلب على الخدمات الصحية، والتي تعتمد بدورها على طلب الأفراد و المجتمع على الصحة، و الطلب على العاملين في الخدمات الصحية طلب مشتق أيضا، حيث يعتمد على الطلب للخدمات الصحية.

3.4.1.2.2. السلع الجماعية

هي تلك السلع التي يرى المجتمع أنها تقدم منافع ليس فقط للفرد الذي يستهلكها، ولكن للمجتمع ككل.

وينطبق ذلك على الخدمات الصحية، إذا تحسن صحة الفرد لا يفيد هذا الفرد فقط، ولكنه يفيد الأسرة و الأصدقاء وصاحب العمل، بل ودوافع الضرائب أيضا، وقد يكون من المفيد اقتصاديا تقديم دعم لهذه الخدمات، أو في تقديمها مجانا [59] ص 29.

2.2.2. معايير تقديم الخدمات الصحية

يتطلب أداء الخدمات الصحية أن يؤخذ في الاعتبار عدة معايير تتصل بالتكلفة و الكفاءة والفعالية و العدالة، و هذه المعايير هي التي تحدد إلى أي مستوى سيتم إنتاج الخدمات الصحية كما تحدد في نفس الوقت من سيستفيد من تلك الخدمات، و بأي مستوى وستعرض تلك المعايير على النحو التالي [59] ص 31- 35 :

1.2.2.2. معيار التكلفة

في جميع الأحوال يرغب مستهلكي الخدمات الصحية أن تكون تلك الخدمات رخيصة لأنهم كدافعي ضرائب، ودافعين لأقساط التأمين، أو العملاء الذين يدفعون مقابل هذه الخدمات مباشرة يريدون أن تكون الأسعار منخفضة، ونحن نرفض أنه ليس هناك شيء مجاني تماما، ويجب أن

يكون هناك شخص ما يدفع المقابل بصورة مباشرة أو غير مباشرة، وهناك اهتمام متزايد من المدرين والأطباء و السياسيين و العملاء بتكلفة الخدمات، وتجنب الفاقد، التخلص من الخدمات التي لا تقدم منفعة لمن يحصلون عليها، ومن ذلك هناك حدود دنيا أساسية يجب ألا تنخفض مستويات الخدمات الصحية دونها.

2.2.2.2. معيار الفعالية

إننا نتوقع أن تكون الخدمات فعالة، ونريد أن يحقق كل إجراء مكاسب صحية ملموسة (أو انخفاضاً في المعاناة) وعندما يكون هناك إجراء فعال فنحن نريد تقديمه (ولا نريد أن تنتظر تقديمه) وتوضع الحركة الطبية المستندة إلى أدلة، أن هذا الطلب بدأ يؤثر على منتجي الخدمات الصحية.

3.2.2.2. معيار الكفاءة

عند تقديم الخدمات الصحية يجب أن تحقق لتلك الخدمات الكفاءة الاقتصادية والفنية، فإذا استطعنا تحقيق نفس النتيجة بإجراءات مختلفة، فإننا نود استخدام أرخص هذه الإجراءات مما يمكننا من تقديم خدمات أكثر بنفس التكلفة، أو إنفاق الأموال بطريقة مختلفة، وكذلك فإنه إذ لا استطعنا تقديم خدمة على نفس المستوى من الكفاءة بطرق مختلفة فإننا نود اختيار الطريقة الأرخص، ويلاحظ أن الكفاءة مفهوم أعم من التكلفة من حيث أن قياس الكفاءة يتطلب مقياساً دقيقاً للمنافع التي يقدمها العلاج.

4.2.2.2. معيار العدالة

هناك كثيرون يرغبون أن تكون الخدمات التي تدفع مقابلها أو تقديمها موزعة بالعدل، أي أنهم يحبون أن يتلقى المرضى ذوي الحاجات المتماثلة خدمات متماثلة، وأن تتساوى المعاملة مع المواطنين ذوي الخلفيات العرقية المختلفة، وأن تتساوى الفرص بغض النظر عن محل الإقامة.

5.2.2.2. معيار "الأمان الصحي"

ويقصد به شعور المواطن بأن الخدمات الصحية متوافرة بكفاءة وفعالية بما يضمن له التخلص من المرض (أي نوع من المرض) حال وقوعه، ولا يقتصر معيار الأمان الصحي على

مجرد شعور الفرد بتوافر خدمات صحية فعالة ولكن أن يشعر كذلك بأن تكاليف تلك الخدمات تكون في مستوى قدرته على الدفع.

3.2.2. منظمات الخدمات الصحية

تعتبر المنظمات الصحية من المنشآت العامة في المجتمع الحديث، المستشفيات، عيادات، المستوصفات.... الخ. خاصة أو عامة حيث تتولى تقديم مزيج متنوع من الخدمات الصحية والوقائية والتعليمية والتدريبية والبحثية، ويعتبر المستشفى أهم وأشمل منشآت صحية والذي يساهم في رفع المستوى الصحي للبلاد ومن ثم توفير الظروف المناسبة لتحقيق الأهداف الإنتاجية والاقتصادية، بمستوى كفاءة مرتفع وذلك أصبح الاتفاق على الخدمات الصحية بمثابة إنفاق استثمار في الإنتاج، حيث أن من الأهداف الاقتصادية للعلاج تحويل المريض غير منتج إلى مواطن سليم منتج يضيف بجهده إلى الإنتاج القومي، ويتغير المفهوم العلمي للمستشفى مكن الحين لآخر نظرا لما يستجد له من وظائف.

باستعراض المفاهيم والتعريفات التي وردت عن المستشفى نجد أن البعض قام بتعريفه على أنه المنشأة التي يتمثل بنشاطها الرئيسي و أداء الخدمات العلاجية والتي يتوفر لها مقومات هذه الخدمات كالأسرة و الحجرات إلخ.

وهناك آخرون قاموا بتعريفه على أنه "أحد أشكال المنظمات التي تهدف إلى إنتاج مزيد من الخدمات حيث أنها تقدم ما يمكن أن يطلق عليه بالصيانة البشرية للموارد الإنسانية المتاحة والمتوقعة في المجتمع" [60] ص 80-81.

ويمكن أن نعرف المؤسسة العلاجية " بأنها شركة تملك وتدير الخدمات العلاجية، من خلال المستشفى أو عدد من المستشفيات، تمثل قاعد لعملياتها، وتتعدد نماذج هذه المؤسسات حسب الموارد و الإحتياجات، وتشمل أنواع هذه المؤسسات الشركات الأم ذات التوابع، والاستثمارات المشتركة، والاستثمارات المشتركة، ومن الناحية التنظيمية، فأنهم العناصر في هذه المؤسسات ليست الإدارة، وتنظيم العمل و مسؤول المؤسسة، ولكنها الهوية الذاتية، والالتزام أيضا" [61].

أيضا قامت منظمة الصحة العالمية بتعريف المستشفى على أنه "ذلك الجزء المتكامل من التنظيم الاجتماعي والصحي الذي يعمل على توفير الرعاية الصحية الكاملة بشقيها العلاجي و الوقائي للمواطنين، ويصل بخدمات الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، وهو أيضا مركز لتدريب العاملين في الخدمة الصحية وقد توصل بعض الباحثين حديثا إلى استنتاج تعريف للمستشفى يتلاءم مع أغراض الدراسة في الانتقادات الموجهة للتعريفات سالفة الذكر، بحيث يتوقع من خلاله ما يلي:

- أنواع النظم الفرعية المكونة للنظام الكلى للمستشفى ونوعية الخدمات المقدمة من خلال تلك النظم والفئات المستفيدة بينها.

- الأهداف الرئيسية للمستشفى أو التي يتم تحقيقها من خلال تفاعل النظم الفرعية للمستشفى والتنسيق فيما بينها.

وبناء على ذلك يمكن تعريف المستشفى على أنه " نظام كلي يضم مجموعة من النظم الفرعية المتكاملة، والمتمثلة في نظام الخدمة الطبية ونظام الخدمات الطبية المعاونة، ونظام الخدمات الفندقية، ونظام الخدمات الإدارية وتفاعل تلك النظم معا بهدف تحقيق أقصى رعاية ممكنة للمريض و المصاب وتدعيم الأنشطة التعليمية و التدريبية و الباحثين و العاملين في مجال الطبي".

1.3.2.2. النظم الفرعية للمستشفيات

وفي ضوء التعريف السابق يتضح أن المستشفى نظام كامل يضم أربعة نظم فرعية تتمثل فيما يلي [60] ص 80 :

1.1.3.2.2. نظام الخدمات الطبية

يقتصر هذا النظام بتوفير كافة الوسائل الخاصة بعلاج المرض داخل المستشفى في تقديم العلاج و إجراء الجراحات اللازمة وفقا للقواعد والأصول الطبية الفنية، ومتابعة حالة المرض، ولتنسيق بين الأقسام العلاجية المختلفة بما يحقق أفضل رعاية طبية، ويتم تقديم الخدمات هذا النظام من خلال مجموعة متنوعة من الأقسام و الوحدات العلاجية التي تتلائم مع قدرات وحجم العينة الطبية بالمستشفى، وتتمثل تلك الأقسام والوحدات في :

الأمراض الباطنية، الحوادث، الجراحة العامة، المسالك البولية، العظام، الحروق والتجميل، الرمد، الكبد و الجهاز الهضمي، العناية المركزية، الكلى الصناعي، الأنف والأذن والحنجرة، الأطفال، العصبية والنفسية، السموم، الفم والأسنان، الجراحات المتخصصة.

2.1.3.2.2. نظام الخدمات المعاونة

يختص هذا النظام بوضع خطط وبرامج التعقيم و التطهير والعزل و الأمان ولتأكد من سلامة تعقيم الأدوات والأجهزة الطبية وتجهيز وتحضير غرف العمليات، ومكافحة التلوث داخل المستشفى وإجراء الأشعة اللازمة للمرضى سواء للتشخيص أو العلاج، إجراء التحليلات الطبية بمختلف أنواعها، وإجراء التخدير اللازم قبل العمليات، وتجهيز والعلاج المرض بواسطة أجهزة

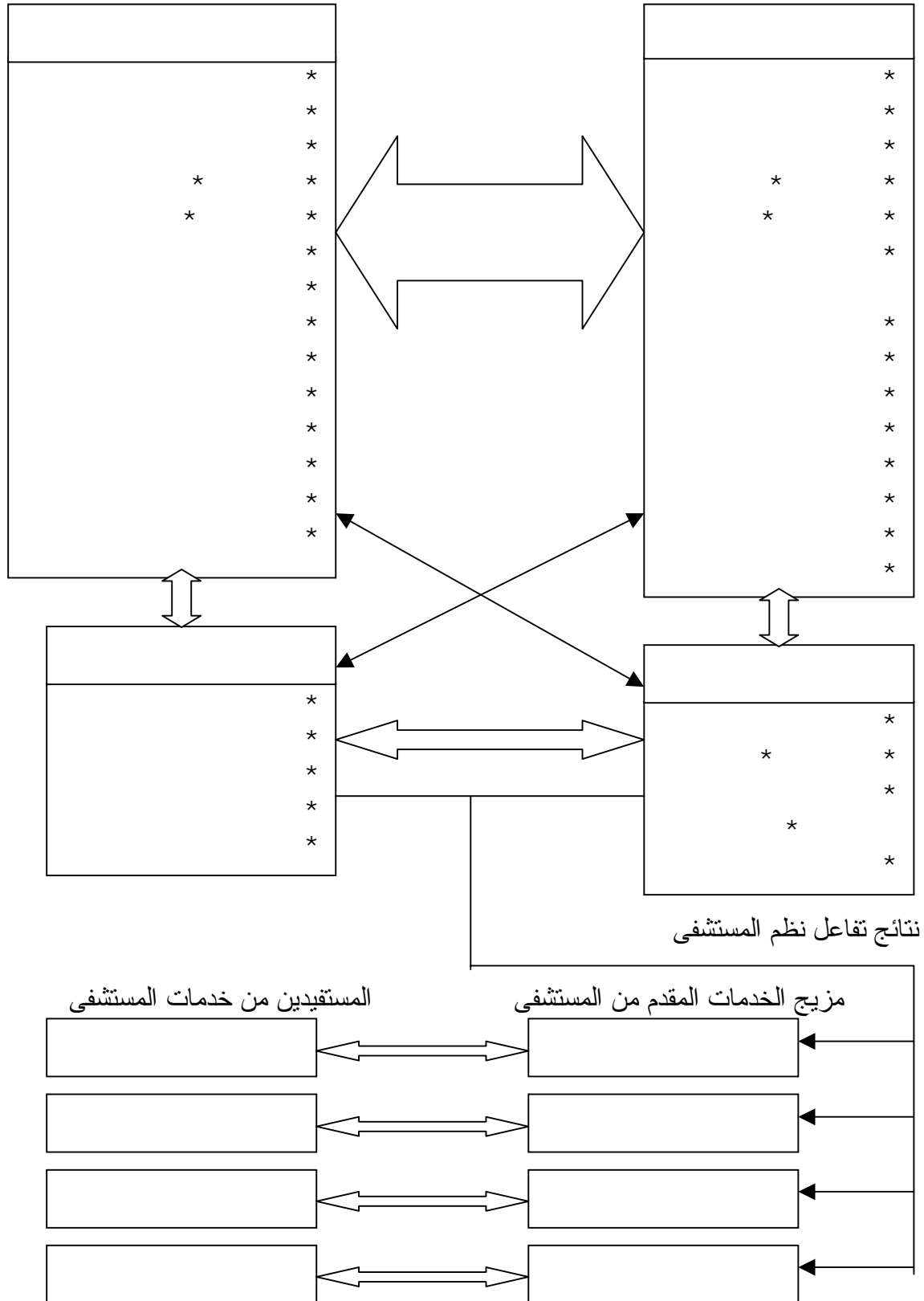
العلاج الطبيعي، و جمع الدم وتجهيزه وتعقيمه وحفظه صالحا للاستعمال و تلقي جثث الموتى بالمستشفى وحفظها لحين تسليمها لأقاربهم أو تشريحها إذا اقتضت الظروف لذلك، كما يتخصص هذا النظام بتنظيم العمل بالاستقبال والطوارئ طوال 24 ساعة يوميا و توفير احتياجات المستشفى من الأدوية و الكيماويات والأجهزة والمستلزمات الطبية بصفة مستمرة أو الاحتفاظ بملفات المرضى في حالة جيدة ومنظمة بما يستهل الحصول على ملف المريض بمجرد الحاجة إليه، ويتم تقديم خدمات هذا النظام من خط مجموعة متنوعة من الأقسام و الوحدات والتي تتمثل في الطب الطبيعي، مكافحة التلوث، عمليات التعقيم المركزي، الأشعة و العناصر المستعملة التخدير، التمريض، الباثولوجيا والترشيح، الاستقبال والطوارئ و الإسعاف، الصيدليات و التموين الطبي، السجلات الطبية، التسجيل والإحصاء الطبي، خدمات المعلومات الطبية، بنك الدم، الميكروسكوب الإلكتروني، حركات المرضى.

3.1.3.2.2. نظام الخدمات الفندقية

مختصر هذا النظام باستقبال المرض وطالبي الخدمات، وتوجههم لأقسام ووحدات المستشفى وتوفير وسائل الإقامة المريحة للمرضى ووسائل الاتصالات الداخلية والخارجية بين أقسام المستشفى وخارجها كما يختص هذا النظام أيضا بنظافة مباني المستشفى وطرقاته ومرافقه، وبصورة لائقة، كما يختص بتوفير الغذاء للمرضى وتقديمه بصورة جيدة تتناسب مع حالة كل مريض وبالكميات والجودة المقرر والإشراف على عمليات الغسيل والكي للمفروشات والملابس والإشراف على المطبخ والكافيتريات، ويتم تقديم خدمات هذا النظام من خلال مجموعة من الأقسام والوحدات التي تتمثل في الاستقبال والإقامة، التغذية، المطبخ و الكافيتريا، المغسلة و الاتصالات والمحركات الداخلية، إدارة الشؤون المبني.

4.1.3.2.2. نظام الخدمات الإدارية

يختص هنا للنظام بالإشراف على كافة الشؤون المالية و الإدارية والهندسية للمستشفى، ومتابعة تنفيذ التعليمات الخاصة لشؤون المالية والإدارية واقتراح خطة توفير العمالة، من مختلف المهن والتخصصات و متابعة ورقابة أداء الأعمال اليومية بالمستشفى، في الصحف و المجالات ومختلف وسائل الإعلام الأخرى وإعداد وتنظيم الاحتفالات بالمناسبات القومية والأعياد ويتم تقديم خدمات هذا النظام خلال مجموعة من الأقسام و الوحدات التي تمثل العلاقات العامة لمتابعة الشؤون الهندسية، الشؤون المالية، الشؤون الإدارية.



شكل رقم 29: النظم الفرعية المكونة للنظام الكلي للمستشفى والمستفيدين من خدماتها [60] ص

2.3.2.2. تصنيف أنواع المستشفيات

يمكن تقسيم الأنواع المختلفة من المستشفيات وفق التقسيمات التالية [62] ص 20- 21 :

1.2.3.2.2. طبقا لفترة الإقامة

مستشفى ذات فترة إقامة محدودة: وفيها يقيم المريض لفترة أقل من 30يوما.
مستشفى ذات فترة إقامة طويلة: وفيها تكون متوسط فترة الإقامة من 3 إلى 6 أشهر.

2.2.3.2.2. طبقا لنوع الخدمة

مستشفى عام:

والتي تقوم تشكيلية متنوعة من الخدمات العلاجية والجراحية، كخدمات التوليد والخدمات للأطفال والرضع.

مستشفيات متخصصة:

وهي تقدم الرعاية للأمراض محددة أو مجموعات معينة من السكان مثل مستشفى الأطفال، مستشفى الولادة، مستشفى الأمراض الصدرية، الأمراض التنفسية.

3.2.3.2.2. طبقا لشكل الملكية

- مستشفى حكومي أو ذات ملكية عامة لا تهدف للربح.
- مستشفى خاص يهدف للربح.
- مستشفى خاص تابع لطوائف دينية معينة أو لديانة معينة، أو مستشفى خاص تطوعي.

3.3.2.2. البيانات الخاصة بالمنظمة الصحية

ويمكن الحصول على البيانات باستخدام الآتي [60] ص 74 :

- نماذج خاصة للمنظمة تمثل البيانات الدورية.
- الزيارات الميدانية والطلبات الخاصة بالمنظمات، وتشمل البيانات الآتي:

1.3.3.2.2. بيانات خاصة بإمكانيات المنظمة الصحية

مثل:

- بيانات يحدد الأسرة ونوعيتها وتوزيعها على الأقسام وخصوصها الأسرة المجانية.
- بيانات يحدد وحدات التجهيزات الخاصة بفروع التخصص المختلفة المختبرات والأشعة والعمليات مع بيانات عن الأجهزة الطبية و العملية المختلفة التي تشملها.
- بيانات يحدد الأفراد القائمين بالخدمة العلاجية مع بيان التخصص و المؤهلات والخبرة والتدريب و توزيعهم على الوحدات المختلفة بالمنظمة وتشتمل عملية الحصر تقسيمهم إلى فئات:

*فئات فنية للعلاج وهم الأطباء و الصيادلة وهيئة التمريض و المساعدون الفنيون.
*فئات مساعدة مثل الإداريون و الكتاب و العاملون.

2.3.3.2.2. بيانات خاصة بنشاط المنظمة الصحية حسب الوحدات

وتشتمل:

- بيانات تتعلق بالعيادة الخارجية وتشمل عدد المرضى الجدد، والمتدربين على العيادات الخارجية مع بيان السن و الجنس موزعين على التخصصات المختلفة وفي الأشهر المختلفة مع العام.
- بيانات تتعلق بالأقسام الداخلية، ويشتمل عدد المرضى في الأقسام الداخلية (خروج) في كل تخصص وبيان حالتهم الصحية وكذلك عدد أيام إقامتهم بالمنظمة الصحية (المستشفى).
- بيانات تتعلق بالمختبر والأشعة وتتمثل في المرضى الذين تم فحصهم في وحدات التحليل والأشعة.
- بيانات تتعلق بالعمليات وتشمل عدد المرضى الذين أجريت لهم عمليات، ونوع العمليات (مهارة فنية كبرى، وسطى، صغرى).

3.3.3.2.2. البيانات الخاصة باقتصاديات المنظمة الصحية

وتشمل هذه البيانات:

- البيانات الاتفاق الاستثماري لعمل التقييم الكمي.
- بيانات المصروفات الدورية للمنظمة عموماً ولكل وحدة من وحداتها إن أمكن.
- بيانات بالإيرادات الذاتية المجمعة من وحدات المنظمة المختلفة كالعيادات الخارجية والأقسام الداخلية، والمختبرات والأشعة والعمليات.....الخ.
- بيانات بالإيرادات من الإعانات من المنظمة العلاجية وإعانات أخرى.

3.2. تسويق الخدمات الصحية

وكما يتم تسويق أي منتج من سلع أو خدمات أو أفكار، فإن الخدمات الصحية المقدمة من طرف منظمات سواء كانت هادفة للربح أو لا، تستوجب سياسة تسويقية واضحة وفعالة، وفي عدة أسواق قد لا تدركها المنظمات الصحية بحد ذاتها.

1.3.2. مفهوم التسويق الصحي

إن مفهوم التسويق لم يعد يقتصر على نشاطات المنظمات التي تهدف إلى الربح بل أصبح أكثر شمولاً و اتساعاً حيث يغطي نشاطات كل من المنظمات التي تهدف إلى الربح و التي تهدف

إلى الربح و هذا يعني إمكانية تطبيق المفاهيم التسويقية في ممارسة أنشطة تلك المنظمات و يمكن أن يؤدي على رفع كفاءات الأداء لهذه المنظمات في مختلف نشاطاتها .

2.1.1.3.2. تعريف التسويق الصحي

تعتمد المنظمات الصحية على عملية التبادل في إجراء معاملتها و التبادل هو الفكرة التي يتركز عليها التسويق فهو يعتمد على تقديم قيمة مقابل قيمة أخرى، و من خلال هذا التبادل يحصل الأفراد و الجماعات على ما يحتاجه من خدمات صحية.

فالمنظمات الصحية تمارس أنشطة تسويقية سواء أكانت مدركة لذلك أم لا فهي تعمل في أسواق متعددة و تطبق مفاهيم و أساليب معينة في التعامل مع كل سوق و هذه المفاهيم و الأساليب تعرف بالتسويق فاستخدام تلك المنظمات لهذه المفاهيم و الأساليب يرجع على إلى أنه يساعد على إجراء عملية التبادل الاختياري لتحقيق أهدافها بأكبر قدر من الكفاية.

و مع أن هدف التسويق هو المنظمات التي تهدف إلى الربح إلا أن التغييرات التسويقية الحديثة قد تسلمت قطاعات اجتماعية أخرى مثل الرعاية الصحية حيث أنه من مصلحة المنظمات الصحية التي تهدف إلى الربح تسعى إلى تحسين الخدمات الصحية عندئذ تصبح المنظمات تعمل في مجال التسويق الاجتماعي (الشامل) و اليوم نجد أن المنظمات الصحية التي تهدف و التي لا تهدف إلى الربح تتطلع إلى التسويق بأمل وجود طريقة جديدة توصلها إلى حل المشكلات للحفاظ على مستوى اجتذاب الأطباء و الموارد و إقامة علاقات اجتماعية قوية، توضح مقدراتها و إمكاناتها المتعددة [63] ص 14.

2.1.3.2. مفهوم المنتجات الصحية

لا تنظر المنظمات الصحية عادة إلى خدماتها على أنها منتجات إلا عندما تعرف المنتج بمفهومه الشامل " بأنه شئ يشع حاجة أو رغبة و يقدم له منفعة " و بذلك نجد أن التعريف ينطبق تماما على منتجات القطاع الصحي فالخدمة التشخيصية مثلا غالبا ما تقلل من القلق و تزيد من فرص الشفاء و تساهم في تحسين الصحة ، و عليه تعرف الخدمة بأنها " أوجه النشاط غير الملموس التي تقدم للمنتفع و التي تهدف أساسا إلى إشباع حاجاته و رغباته " و من أمثلة هذه الخدمات، الخدمات التي تقدمها العيادات و المستشفيات، و خدمات التأمين الصحي، و يشتمل التعريف [63] ص 89 :

- المنافع غير الملموسة التي تعرض بصورة مستقلة على أية سلعة أو خدمة .

- الأنشطة الغير ملموسة كإجراء العمليات الجراحية و التي تتطلب استخدام منتجات ملموسة كاستخدام الآلات الجراحية و الأدوات و الضمادات و الآلات الصحية مثل مناضد العمليات، الكراسي الطبية و أسرة النوم و غيرها.

3.1.3.2. تقديم الخدمات الصحية

إن تقديم الخدمات الصحية ، و إمكانيات التقديم وطول القناة و إتساعها يمكن التباين في اختصاص تلك الخدمات كالاستفادة من خدمات الطبيب المقيم، والاختصاصي و الاستفادة من الإسعاف الفوري أو الخدمات التي تقدمها المصلحة و تسوق معظم الخدمات الصحية من خلال منافذ قصيرة من مقدم الخدمة إلى المستفيد ، و تقوم العديد من الجهات بتقديم الخدمات الصحية الجمهور عن طريق منافذ خاصة و أهم تلك الجهات [63] ص 182 :

1.3.1.3.2. وزارة الصحة

المنتشرة في كل أجزاء القطر و المستوصفات و الوحدات الصحية و المراكز الصحية.

2.3.1.3.2. الجامعات

و تشارك الجامعات في تقديم الخدمات الصحية للجمهور العاملين و الجمهور كافة عن طريق المستشفيات الجامعية .

3.3.1.3.2. هيئات التأمين الصحي

تقوم بتقديم الخدمات الصحية للجمهور المؤمن عليهم صحيا(المشتركين) عن طريق المستشفيات التأمينية و العيادات التأمينية.

4.3.1.3.2. القوات المسلحة

تقوم القوات المسلحة بتقديم الخدمات الصحية إلى أفراد الجيش و أفراد الشرطة عن طريق المستشفيات العسكرية و مستشفيات الشرطة.

5.3.1.3.2. المراكز الدينية و الجمعيات الخيرية

و تساهم المراكز الدينية و الجمعيات الخيرية في تقديم الخدمات الصحية للجمهور عن طريق العيادات الصحية في مراكزها إلى الجمهور كافة.

6.3.1.3.2. العيادات الشعبية

تقوم العيادات الشعبية بتقديم الخدمات الصحية للجمهور عن طريق العيادات المنتشرة في أرجاء القطر.

و يمكن للمنظمات الصحية أن تقدم خدماتها من أماكن مختلفة و من أهمها المستشفيات و التي تقدم أربعة أصناف من الخدمات و هي [63] ص 184 :

1.3.1.3.2. الخدمات العلاجية

و هي الطابع الغالب عن وظائف المستشفيات في الأقطار النامية و لكن لا يعني هذا فقط مجرد العلاج و إنما هب عملية متكاملة.

2.3.1.3.2. الخدمات الوقائية

إن للمستشفى دورا كبيرا في منع انتشار الأمراض في المجتمع و ذلك بما تقدمه وحدات رعاية الأمومة و الطفولة و البالغ عن الحالات و التحصين ضد الأمراض المعدية و الفحص الدوري لاختبار الأمراض المزمنة و صيانة المستشفيات الأمراض العقلية.

3.3.1.3.2. خدمات المستشفيات في مجال التعليم و التدريب الصحي

إن معظم المستشفيات يقوم بشكل و آخر بوظيفة التعليم و التدريب للفئات المساعدة و بالإضافة إلى مدارس التمريض الملحقة بالمستشفيات العامة و المستشفى نفسه هو المكان الطبيعي للتعليم لمدارس التمريض و كذلك بالنسبة لتدريب خريجي المعاهد الصحية و الفنية و الأطباء الجدد.

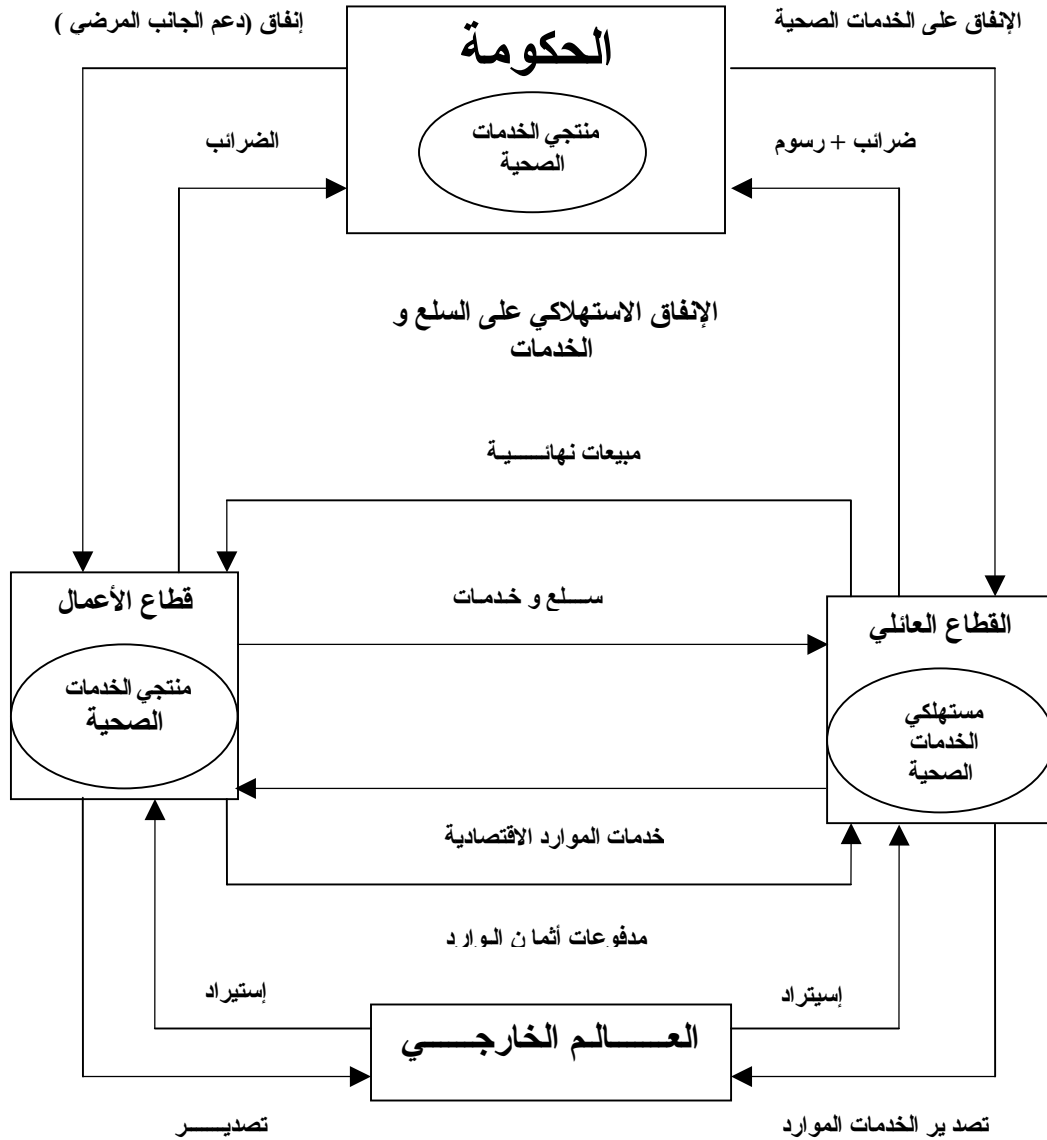
4.3.1.3.2. خدمات المستشفيات في مجال البحوث الصحية

يقوم المستشفى بثلاثة أنواع من البحوث :

- البحوث العلمية الأكاديمية.
- البحوث التطبيقية.
- البحوث الميدانية .

و في إطار نماذج التشابك القطاعي أي بين قطاعات الاقتصاد الكلي فان الشكل التالي يوضح

لنا أسواق الخدمات الصحية [63] ص 82 :



شكل رقم 30: نماذج التشابك القطاعي الدائري بين قطاعات للاقتصاد الكلي [63] ص 82.

4.1.3.2. التوعية الصحية

ويطلق عليها أحيانا بالترويج الصحي أو التوجيه الصحي وهي احد العناصر الأساسي في المزيج التسويقي ويقصد بها كل صور الاتصال الإقناعي النابعة من مقدم الخدمة والموجهة نحو المستقبل والتي يتمثل دورها في الإقناع أي انه يقدم الرسالة إلى الجمهور بغرض خفق الاهتمام بالخدمة الصحية والرغبة فيها والعناصر الأخرى من مزيج التسويق كالخدمات والتسعير و التوزيع والترويج، ويمكن أيضا أن تستخدم لتساهم لحد في ما في هذا الإقناع على الرغم مما لها من وظائف أخرى تؤديها [63] ص 149.

فالتوعية إذن عملية اتصال مباشر أو غير مباشر موجه إلى المستفيد بين المباشرين أو غير المباشرين كما قد تكون موجهة إلى جماعات أخرى.

وعلى العموم فإن التوعية الصحية تتطلب الاعتماد على الفكرة مبسطة جدا أي فكرة تلقي ترحيبا لدي المستفيدين من الخدمة وهذا هو الأساسي وجوهر التوعية في مجال الخدمات الصحية والتأمين الصحي وفي خدمات الإسعاف يكون التركيز على التخصص والمهارة في أداء الخدمة.

2.3.2. تسويق المنتجات الصحية

يتميز تسويق الخدمات الصحية بوجود قوى العرض الطلب، التي تلعب دورا في تحديد الخدمات الصحية بأنواعها وأنواع منتجاتها وأيضاً إنتاجها و أدائها وتوزيعها على المناطق والفئات المختلفة.

1.2.3.2. سوق الخدمات الصحية

وعادت تكون متمثلة في سوق المستشفيات .

- ويمكن تعريف سوق المستشفيات الهادفة للربح بأنه " المستفيدون الحاليون و المرتقبون للخدمات الصحية " أما المستشفيات الحكومية التي لا تهدف للربح فإن سوقها عبارة عن " المساهمون و المتبرعون و العملاء الحاليون و المرتقبون للخدمات الصحية " [62] ص 165.

- إن حاجات ورغبات المريض تكمن في القلق و التوتر الذي يشعر به، وزيادة فرص شفائه و تحسين صحته، ولذا المنتج الصحي يجب أن يشبع تلك الرغبات.

- أن المنتج الصحي يتضمن عناصر مادية ملموسة مثل العقاقير الأطعمة و لذا التعريف التالي للمنتج الصحي:

2.2.3.2. خصائص تسويق الخدمة الصحية

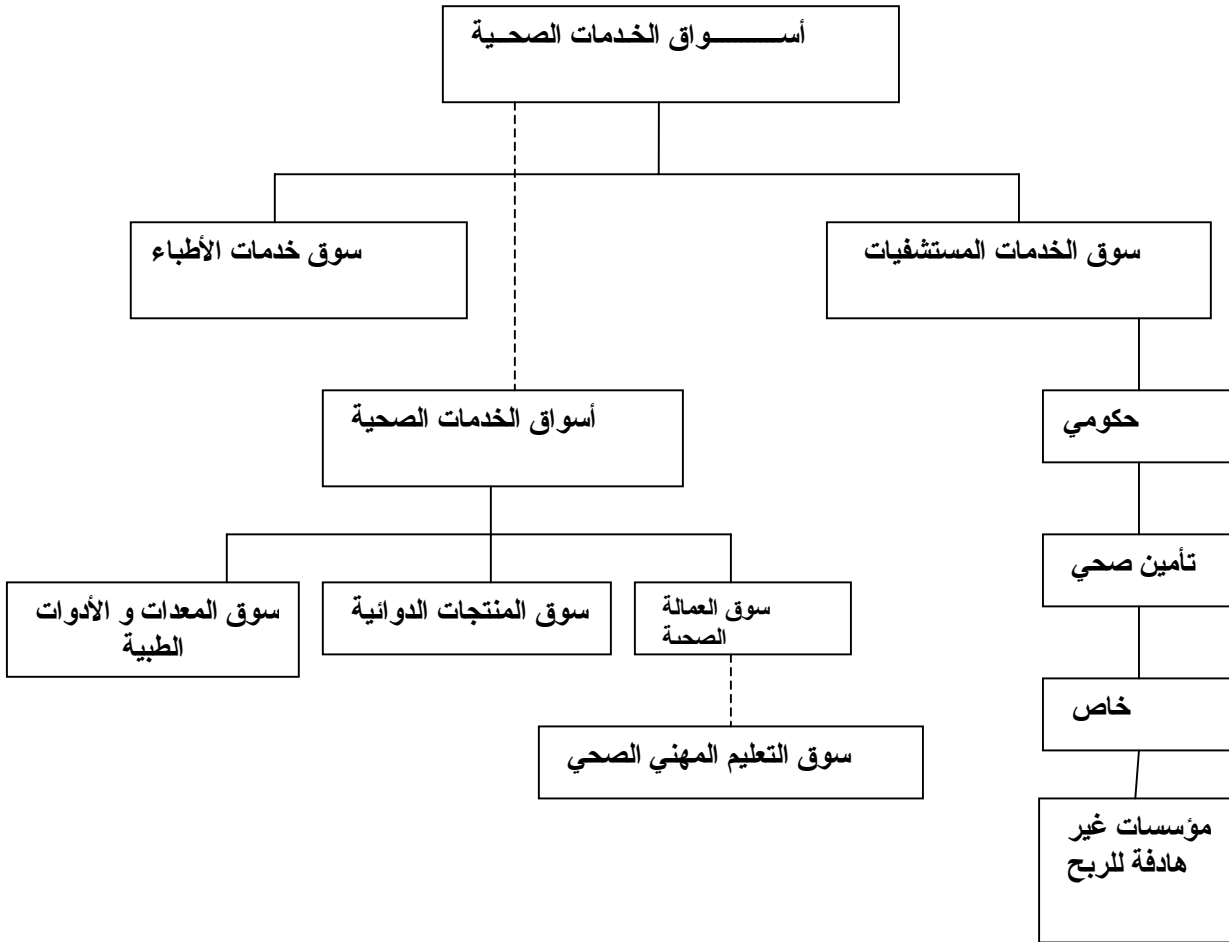
هناك مجموعة من الخصائص التي تميز تسويق الخدمة الصحية من السلع الملموسة منها]

[63 ص 198 :

- أن الخدمات الصحية غير ملموسة و هذا يجعل إختيار المستهلك صعب لأنه لا يتذوقها و لا يلمسها و لكن يشعر بها .

- تتميز بعض الخدمات الصحية بكونها شخصية أي أنها تقدم لشخص واحد .

- أن الخدمات الصحية تتطلب السرعة في الأداء لأنها غير قابلة للتأجيل أو ما يطلق عليه تواقنت أو تزامن الإنتاج و الإستهلاك .
- أن تقديم الخدمات الصحية يتطلب و جود علاقة دائمة و مستمرة و مباشرة بين الطبيب و المريض لمعالجة الحالة و تتبعها و الإشراف عليها على فترات زمنية مختلفة من حالة لأخرى.
- هناك صعوبة في التحديد و التقييم و قياس وجود الخدمة الصحية بالرغم من وجود ما يطلق عليه المراجعة الطبية للأداء الطبي .
- تتكون الخدمة الصحية من عناصر تكمل بعضها بعضا حيث نجد خدمات الفحص و التشخيص و الخدمات العلاجية و الوقائية و التمريض و الفندقية و الخدمات الإدارية خدمات مكملة لبعضها البعض .
- تقلبات الطلب على الخدمات الصحية المختلفة على مدار السنة فموسم الصيف يختلف عن الشتاء
- عدم القابلية للتخزين حيث لا يمكن تخزين الخدمة في حالة عدم الإستفادة منه



3.2.3.2. عرض و طلب الخدمات الصحية

تتخذ قرارات الطلب و العرض في أسواق الخدمات الصحية، من خلال نماذج مختلفة لتنظيم تلك الأسواق، ومن أشكال التنظيم في المملكة المتحدة نجد التفرقة بين الخدمات الطبية العامة و المتخصصة حيث لا يسمح لأصحاب المهن الطبية المتخصصة سواء كانوا يعملون لحسابهم أو يعملون لصالح المشروعات عامة أو خاصة، بمعالجة الرضا بدون خطاب تحويل من ممارس طبي عام إلا في حالات الطوارئ، و هكذا فإنه على عكس الحال في الولايات المتحدة لا يستطيع المريض الذي يعاني من صرع من أن يحيل نفسه إلى أخصائي أعصاب، ولكن يجب عليه أن يزور الممارس العام أولاً وذلك على اعتبار أنه مريض خاص [63] ص 86.

- إن الطلب على الخدمات الصحية طلب مشتق من الطلب على الصحة، إذ أن طلب الخدمات الصحية يمكن اعتبارها مدخلات لإنتاج الصحة، أي أن الخدمات الصحية لا تطلب لذاتها، ولكن تطلب بدافع رغبة الفرد في الاحتفاظ بمستوى صحي جيد، أو رغبة في تحسين مستوى صحته [63] ص 197.

- أما عرض الخدمات الصحية فيكون من خلال نظام السوق الحر، حتى يمكن تفعيل الحوافز السوقية في أداء نظم الخدمات الصحية، وصولاً إلى الكفاءة والفعالية في أداء تلك الخدمات [63] ص 105.

4.2.3.2. السياسة التسويقية للخدمات الصحية

إن السياسة التسويقية للخدمات الصحية هي كسائر السياسات التسويقية لأي خدمة كانت، ولا نكاد نميز الاختلافات بينها.

إن اختيار خدمة معينة واختيار منافذ توزيعها، يعتبر من القرارات المهمة التي تتخذها إدارة التسويق أو إدارة المنظمة بصورة عامة، وأهمية القرار تظهر من أن الخدمة مهمة للمستهلك وعليه قررت المنظمة إنتاجها ثم تسويقها [64] ص 26.

1.4.2.3.2. سياسة المنتج

تم تعريف المنتج الصحي على أنه:

أوجه النشاط غير الملموسة التي تخدم للمنتفع والتي تهدف أساساً إلى إشباع حاجاته ورغباته. أوجه النشاط غير الملموس والتي أساساً إشباع إحتياجات ورغبات المستهلك النهائي أو المشتري الصناعي، بحيث لا يرتبط بيع سلعة أو خدمة أخرى.

ولذا تبرز الخاصية التالية للمنتج الصحي [63] ص 86 :

*إن المستشفى لا تبيع المنتج الصحي (الخدمة الصحية) في حد ذاته، وإنما تتبع الاستفادة أو الرضا الناتج عن أداء الخدمات المقدمة سواء خدمات تشخيصية أو علاجية أو جراحية.

2.4.2.3.2. سياسة التسعير

يمثل السعر القيمة المقدرة للمنفعة التي يحصل عليها في المنتج أو الخدمة ، أو إن كمية من الأموال المقدرة لاستحواذ كمية محددة من المنتجات أو الخدمات .

القرارات المتصلة بتسعير الخدمات الجديدة توجب سياسات لتسعير الخدمات الصحية الجديدة في المستشفيات التي تهدف للربح .

- سياسة السعر المرتفع

ويمكن استخدام هذه الطريقة في المرحلة الأولى لدورة حياة المنتج وهذه السياسة تنجح

للأسباب التالية [63] ص 207 :

1- تصلح مع تقسيم السوق إلى قطاعات تختلف في السعر حسب مرونة الطلب، فالسعر العالي للمستهلك المستجيب أو الخدمة الجديدة أما في نهاية دورة المنتج يمكن تخفيف السعر لجذب مستهلكين جدد حساسين للسعر.

2- في حالة وجود قطاع كبير وكاف من المستهلكين قادرين على دفع السعر الخدمة الجديدة.

3- هي سياسة مألوفة فلو أن السعر كان مرتفعاً والمبيعات المقررة محدودة، يمكن تخفيف السعر بسهولة في حين يصعب رفع سعر بعد تخفيفه.

4- تمكن الإدارة في حفظ الطلب داخل الحدود و القدرات الإنتاجية المتاحة .

- سياسة السعر الاحترافي

وتعني استخدام سعر منخفض الاستحواذ على أكبر حصة سوقية وهناك أسباب عديدة لنجاح هذه

السياسة وهي :

1-تمثل تهديد للمنافسة لأن السعر المنخفض يساعد المنشأة الجديدة على الاستحواذ على حصة سوقية كبيرة.

2- السعر المنخفض فعال في حالة حساسية السوق للأسعار العالية والاستجابة لسعر الوحدة.

ويلاحظ أنه يمكن البدء بالسياسة الأولى عند إدخال المنتج الجديد في السوق ، تم تطبيق سياسة

الاختراق في المراحل الأخيرة لدورة حياة المنتج.

أما المستشفيات التي لا تهدف للربح، نجد أنها تعمل وفق أسس غير مالية حيث الأموال تتحدد بواسطة المتبرع أو المساهم، وقد تقوم بعضا من هذه المستشفيات بتحديد أسعارها على أسس التوجيه بالتكلف أو التوجيه بالأهداف الاجتماعية.

3.4.2.3.2. سياسة توزيع الخدمات الصحية

تعتمد سياسة توزيع الخدمة الصحية على التوزيع المباشر، حيث العلاقة المتلازمة والمباشرة بين الطبيب والمريض والتي قد تكون داخل المستشفى أو خارجها، ما يهم هو حاجاتهم ورغباتهم. وبصفة عامة يمكن تطوير نظم إيصال الخدمات الصحية من خلال مراعاة الأتي [63] ص

: 212

- 1- الاهتمام بعدد وإحجام ومواقع ومنافذ أداء الخدمات الصحية وفق المنطقة أو المناطق التي خدمتها، وأيضا ساعات التشغيل المرتبطة بكل نوع من أنواع الخدمات بالمستشفى لضمان أداء الخدمة في جميع الأوقات.
- 2- إنشاء العيادات الطبية المتنوعة والتي تتناسب وطبيعة الأمراض السائدة في البيئة المخدومة وتجهيزها ماديا وبشريا.
- 3- الاهتمام بنظم إيصال الخدمات الصحية والطبية داخل المستشفيات وخارجها سواء على الطرق العامة أو بالمناطق السكنية، وذلك للوصول للمستفيد في الوقت المناسب مع أداء الخدمات بالوجه المناسب.

4.4.2.3.2. مفهوم الترويج في قطاع الخدمات الصحية

هو توجيه المستفيد وإقناعه وحثه على الخدمات التي من شأنها أن تعيده إلى حالته الطبيعية أو وقايتها من احتمال إصابته بأي مؤثر صحي بغير من طبيعة و سلوكه.

- أهداف الترويج

- 1- التوسيع في تقديم الخدمات الصحية وذلك من خلال [63] ص 216 : أقيام المنظمة بتقديم جميع منتجاتها والإعلان عن الإمكانيات الكبيرة المتاحة بها.
- ب- القيام بتقديم خدمات صحية في أوقات معينة أو التعامل مع فئة معينة من المستفيدين.
- 2- تدعيم وتنمية ما تقدمه المستشفى من خدمات للمحافظة على سوقها أو زيادة بالتوسيع في خدماتها.
- 3- توصيل الأفكار والإرشادات الصحية التي تراها المنظمة هامة ومن الملاحظ انه يجب تحديد الجمهور المستهدف بدقة عند القيام بالحملات الترويجية ملائمة .

- عناصر المزيج الترويجي

يتضمن المزيج الترويجي الأربعة عناصر التالية :

- الإعلان

يعرفه الإعلان بأنه الوسيلة غير الشخصية لتقديم الأفكار والسلع والخدمات وترويجها بواسطة جهة معلومة مقابل اجر مدفوع.

أهدافه

يهدف الإعلان في مجال الرعاية الصحية إلى ما يلي:

- 1- نشر الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع .
- 2- التعليم الصحي.
- 3- التركيز على رفض المشاكل الصحية مثل التدخين وضغط الدم المرتفع و الاجتهاد.

- النشر

يكن للمستشفيات القيام باستخدام النشر في أثاره الطلب على الخدمات الصحية المختلفة ونشر البرامج الصحية الوقائية بوسائل الإعلام المختلفة ، والعلاقات العامة في المستشفيات تلعب دورا هاما في بناء صورة معينة للمستثمر في أعين الجمهور الداخلي والخارجي من المتعاملين ، فمثلا عن إمكانية قيامها بدور الوظيفة البيعية من خلال زيادة وعى المستفيد بخدمات المستشفى ودورها وحسن استخدام خدمات المستشفى المختلفة .

- التنشيط

وفي مجال المستشفيات يمكن استخدام التنشيط من خلال تقديم الحوافز سواء المادية أو المعنوية للمتبرعين بدمائهم أو إعطاء جوائز رمزية أو شهادات تقدير للمتبرعين أو المساهمين بالأموال والجهود للمستشفيات التي لا تهدف إلى الربح، أو استخدام الأحداث الوطنية أو الرياضية أو الثقافية لحث المتبرعين على التبرع بالدم أو المال أو المواد، كذلك يمكن عقد الندوات و المؤتمرات و المعارض الصحية المختلفة على مدار السنة .

- لاتصال الشخصي

حيث تخصص المنظمة بعض موظفيها محل المرشدين الصحيين للتعامل مع المستفيدين من خدمات و المتبرعين و المساهمين للمستشفى.

3.3.2. تمويل الخدمات الصحية

يتم تمويل الخدمات الصحية من الأموال العامة الخاصة والخيرية، بالرغم من أن المعدلات تختلف كثيراً، كما تختلف الشروط المرتبطة بكل مصدر، كما ذكرنا ذلك سالفاً، فإن الخصائص المحددة للخدمات الصحية والطبيعية وإدراك الناس للمخاطر الاجتماعية، وعدم التأكد والتكاليف المرتبطة بالخدمات الصحية، تجعل ترك استهلاك الخدمات لآلية السوق فقط أمراً غير مرغوب. وسواء كانت قائمة التمويل تشير إلى أن الخدمات الصحية تدار حكومية، أو تقدم من خلال نظام السوق مع وجود شبكة نظام اجتماعي، فإن الحكومات تتدخل كثيراً في تنظيم وتقديم الخدمات الصحية بما يتراوح من مجرد الترخيص لمقدمي الخدمة إلى تقديم الخدمات ذاتها مباشرة من خلال منشآت صحية فرعية تديرها الحكومة، ويمكن أن نعتبر أن كل أسواق الخدمات الصحية مداراة إلى حد ما.

1.3.3.2. مقاييس الإنفاق الصحي

حتى يمكن عقد مقارنات ذات مغزى بين مستويات الإنفاق الصحي بين الدول المختلفة، يمكن

الإعتماد على عدة مقاييس منها [59] ص 275 :

1.1.3.3.2. المقياس الأول

نسبة إجمالي الإنفاق الصحي إلى الناتج المحلي الإجمالي:

أي: إجمالي الإنفاق الصحي / الناتج المحلي الإجمالي.

ففي سنة 1992 أنفقت الو.م.أ 14 % من الناتج القومي الإجمالي الضخم على الخدمات الصحية، بينما أنفقت المملكة المتحدة 7.1 % من ناتجها الأول، وتنفق معظم الدول المتقدمة حوالي 9.6 % من الناتج القومي الإجمالي على الخدمات الصحية التي تمثل عنصراً هاماً في الإنفاق الحكومي في بعض الدول

2.1.3.3.2. المقياس الثاني

متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي:

أي: إجمالي الإنفاق الصحي / عدد السكان.

ويمكن أن نرى الإنفاق الصحي الفردي قد نما بأعلى نسبة في فرنسا 70% بالمقارنة بنسبة

30% في الو.م.أ و 20% في المملكة المتحدة، وذلك في الفترة 1980-1990.

3.1.3.3.2. المقياس الثالث

إجمالي الإنفاق الصحي إلى إجمالي الإنفاق العام في الموازنة العامة للدولة:

أي: إجمالي الإنفاق الصحي / إجمالي الإنفاق العام.

4.1.3.3.2. المقياس الرابع

إجمالي الإنفاق الصحي إلى إجمالي الإنفاق الاجتماعي في الموازنة العامة للدولة:

أي: إجمالي الإنفاق الصحي / إجمالي الإنفاق الاجتماعي في الموازنة العامة للدولة.

وفي جميع الأحوال يكون الضروري إزالة أثر التضخم باستخدام رقم قياسي للأسعار.

2.3.3.2. أنماط تمويل الخدمات الصحية

عند الإجابة على التساؤل " من يدفع مقابل الخدمات الصحية؟ " وتتمثل الإجابة عادة في وجود مجموعة ممن يدفعون هذا المقابل، وأن ذلك يعتمد على نوع الخدمات التي يدور السؤال عنها.

فهناك ثلاث مصادر أساسية لتمويل الخدمات الصحية، وهي المصادر العامة والخاصة

والخارجية. وتشمل [59] ص 278 :

المصادر العامة

هي الضرائب الموجهة من خلال وزارات الصحة، الضرائب المحلية من خلال الحكومة الإقليمية أو المحلية، والتأمين الصحي الإجباري من خلال هيئات الضمان الاجتماعي.

المصادر الخاصة

و تشمل الأموال التي يدفعها الأفراد مباشرة، والأموال التي يدفعها المشتركون في التأمين الصحي الخاص، والأموال التي يدفعها أصحاب الأعمال، نيابة عن العاملين لديهم (والتي تتم عادة وليس دائما من خلال مشروعات تأمين) ،والهيئات المحلية، وحصيلة أنشطة تجميع الأموال التي يقوم بها مقدموا الخدمات.

المصادر الخارجية

تتضمن المنح التي تقدمها الجهات الرسمية مثل الإتحاد الأوربي ، و المنح التي تأتي من

مصادر أخرى مثل المنشآت التجارية أو الخيرية [59] ص 278 - 281.

1.2.3.3.2. التمويل الضريبي للخدمات الصحية

يتمتع التمويل الضريبي ببعض المزايا المفيدة، إذ أن تكلفة تجميع الأموال عادة ما تكون

منخفضة نسبيا، وتشارك فيها أنشطة أخرى تمول من الضرائب، فإذا كانت مصادر الضريبة

محلية وقومية، ستتناقص بعض منافع النطاق المذكورة، وتشمل هذه الفئة بعض مشروعات التأمين القومي أو الاجتماعي حيث لا توجد علاقة بين المدفوعات وحقوق الانتفاع.

2.2.3.3.2. تمويل الخدمات الصحية من خلال التأمين الخاص

يعتمد التأمين الخاص على الدراسة علاقة بين دفع أقساط التأمين واستحقاق الخدمة، بالرغم من أن الحكومة قد تقنع الشركات في بعض الحالات بتغطية مجموعات من المرضى، قد يكون أفرادها يعاني من حالات مرضية موجودة من قبل، مما يجعلهم بمثابة مخاطر مرتفعة.

3.2.3.3.2. تمويل الخدمات الصحية من خلال التأمين الاجتماعي

يتحقق التأمين الاجتماعي عندما تقوم الدولة بعملية التأمين وتصر على أن يحصل المواطن على حد أدنى من التأمين من خلال جهة مركزية، أو مجموعة من شركات التأمين، أو صناديق المخاطر التي تعمل نيابة عن الدولة، وترجع أصول هذه الشركات أو الصناديق إلى نقابات العمال، أو التجمعات المهنية أو الإقليمية أو الدينية.

3.3.3.2. نظم تمويل الخدمات الصحية

تهتم نظم تمويل الخدمات الصحية المختلفة بمحاربة تقديم إجابات للتساؤلات المتعلقة بالمشكلة الاقتصادية بها يحد وسمات وخصائص النظام التمويلي، ويفترض النظام الذي يعتمد على الضرائب سواء كان يعمل من خلال تقديم الخدمة مباشرة أو عن طريق التعاقد على شراء الخدمات، أن وزارة الصحة أو جهاتها ستحدد أنماط الخدمات على أساس نظرتها لما يحتاجه السكان وما يتحمله الاقتصاد بالنسبة للإنفاق الكلي على هذه الخدمات، وهكذا قد تشمل الأهداف تقديم نظام للخدمات الصحية لمجتمع معين.

ويتضمن نظام التأمين الاجتماعي أن الموارد المطلوبة متاحة لشراء الخدمات الصحية وأنها توجه خلال مجموعة من الصناديق المستقلة، وفي مشروع التأمين الاجتماعي لا يوجد تنافس مباشر على الأموال بين الخدمات المتنافسة، مثل الصحة والتعليم، بالرغم من أن الحكومة ستهتم بتأثير مستوى أقساط التأمين الصحي على العاملين وأصحاب الأعمال، لأنها قد تكون سبب في حدوث ضغوط تضخمية بالنسبة للأجور، أو تزيد تكلفة ومدة الإنتاج، مما قد يضر بالتنافسية. وتعمل الصناديق العلاجية على أساس يماثل السلطات الصحية في النظام الضريبي، من حيث أنها تتفاوض مع مقدمي الخدمات على الحصول على أفضل خدمة بأقل تكلفة [59] ص 282.

4.3.3.2. الأهداف الأساسية لإصلاح نظم تمويل الخدمات الصحية

في الوقت الحاضر تضع جميع نظم تمويل الخدمات الصحية أهدافا أساسية لإصلاح تلك النظم من أجل رفع مستوى الأداء الصحي، ولعل أهم تلك الأهداف، ما يلي [59] ص 298- 300 :

1.4.3.3.2. ضبط تكاليف الخدمات الصحية

تعتبر الخدمات الصحية من السلع الغالية أي دولة بغض النظر عن يدفع ثمنها. وتشمل الدوافع التضخمية ارتفاع نسب المسنين، وزيادة استخدام التكنولوجيا المكلفة، ضغوط الأجور في المنشآت كثيفة العمالة، وزيادة تكاليف الأدوية والمستلزمات الأخرى، وتعمل كل دولة على ضبط الاتفاق على الخدمات الصحية باستخدام أو تقليد أو تعديل مجموعة من الأساليب التي ظهرت في النظم الخاصة أو العامة ونظم التأمين الاجتماعي.

2.4.3.3.2. العدالة

وهي هدف إصلاحات الخدمات الصحية في سعيها لتحقيق المساواة أو التقليل عدم المساواة في توزيع الخدمات.

ويتمثل الهدف الأول لهذا الإصلاح في ضمان تحقيق تغطية بنسبة 100 % للسكان بالنسبة للتوليفة الأساسية من الخدمات.

3.4.3.3.2. كفاءة مقدم الخدمة

وذلك بمحاولة تحقيق الكفاءة الاقتصادية الجزئية داخل نظم تمويل مقدمي الخدمة الصحية. ولا شك أن العديد من إجراءات ضبط التكاليف المذكورة سلفا تحاول زيادة الكفاءة الجزئية وضبط التكاليف، وللأسف فإنه يمكن زيادة الكفاءة الجزئية مع زيادة التكاليف في نفس الوقت، لأن نظام العرض الأكثر كفاءة قد يحدد حاجات أكثر ويقوم بالمزيد من العمل.

4.3.2. مؤشرات الإنتاجية في قطاع الخدمات الصحية

تعكس إنتاجية النفقة العامة في قطاع الخدمات الصحية العلاقة بين النفقة العامة بمكوناتها المختلفة (موارد بشرية، منتجات وسطية، أصول رأسمالية) و مخرجات هذه الخدمة و التي تعكسها مؤشرات الحالة الصحية (كمعدل العمر المتوقع، معدل الوفيات الخام، معدل الوفيات للأطفال الرضع.... الخ).

لذا سنتناول النقاط التالية [65] ص 491- 492 :

1.4.3.2. مؤشرات الحالة الصحية

- باستقراء بعض المؤشرات الهامة للحالة الصحية في قطاع الخدمات الصحية في كل من الدول المتقدمة والنامية في ضوء البيانات والمعلومات المتاحة يتضح ما يلي:
- وجود اختلاف كبير بين الدول المتقدمة والنامية فيما يتعلق بقيم مؤشر العمر المتوقع عند الميلاد أي عدد السنوات التي يتوقع أن يعيشها الموالي.
 - يبلغ التفاوت بين الدول المتقدمة والدول النامية من خلال فترة الحياة ما يعادل 24 عاما.
 - نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية تعطي مؤشرا تفسيريا مقتضاه أن الانخفاض في إنتاجية النفقة الصحية في الدول النامية لا يرجع فقط إلى نقص حجم الإنفاق العام بل إلى سوء استخدام الموارد المتاحة في قطاع الصحة.
 - بالنسبة لمؤشر معدل وفيات الأطفال الرضع قد تحسنت قيمة هذا المؤشر بصورة كبيرة في السنوات الأخيرة بالدول النامية.
 - أن التحسن المتحقق في إنتاجية النفقة العامة يقتصر في غالبية على النفقة العامة في مجال الطب الوقائي وليس العلاجي، فجزء كبير من هذا التحسن يرجع إلى زيادة فعالية برنامج التوعية الصحية عند الأمهات.
 - أن مؤشر معدل وفيات الرضع يعكس الظروف الاقتصادية والاجتماعية والبيئة السائدة.
 - قد اتضح من بعض الدراسات المتعلقة بالخدمات الصحية في الدول النامية أن برنامج الطب الوقائي الذي تم تنفيذه في السنوات الأخيرة بتلك الدول قد حقق نتائج ملموسة في تجنب الإصابة بالأمراض المزمنة والخطيرة.

2.4.3.2. العوامل المؤثرة على إنتاجية النفقة العامة في قطاع الخدمات الصحية

- تتأثر إنتاجية النفقة العامة بالعديد من العوامل الاقتصادية والاجتماعية بل و السياسية أيضا، بعض هذه العوامل تتعلق بمكونات النفقة العامة ذاتها في مجال الخدمة الصحية وبعضها يتعلق بالسياسات الاقتصادية والاجتماعية المتبعة والبعض الآخر يتعلق بالظروف البيئية السائدة.
- و في ما يلي أهم هذه العوامل المؤثرة [65] ص 493 :

1.2.4.3.2. مكونات النفقة العامة في قطاع الخدمات الصحية

- تختلف إنتاجية النفقة العامة في قطاع الخدمات الصحية من كون إلى آخر وفقا لاختلاف العديد من العوامل التي تتعلق بحجم النفقة وطريقة توزيعها ونمط استخدامها، و في نطاق قطاع الخدمات الصحية يمكن التمييز بين ثلاث مكونات رئيسية للنفقة العامة:

- الإنفاق العام على الموارد البشرية و يتمثل في الأجور و المرتبات و الحوافز المدفوعة لإعداد و ترتيب و تشغيل الموارد البشرية في قطاع الخدمات الصحية.
- الإنفاق العام على المنتجات الوسيطة في الخدمات الطبية المقدمة و تتضمن بنود الإنفاق على الأدوية و المحاليل و احتياجات المعامل من مواد كيميائية... الخ.
- الإنفاق العام على المكون الرأسمالي, ويتضمن الإنفاق على شراء الآلات و المعدات و الأجهزة المتخصصة و الإنفاق على التجهيزات و المباني.

2.2.4.3.2. الدخل القومي و طريقة توزيعه

أوضحت بعض الدراسات إلى أن العلاقة بين مستوى الدخل و مستوى الصحة هي علاقة طردية قوية و أن هذه العلاقة كانت سائدة خلال القرن العشرين و حتى الوقت الراهن. و من ناحية أخرى فان العلاقة القوية بين الدخل و طريقة توزيعه و المستوى الصحي في الدول النامية تعكس لنا الثمن الضخم الذي تتكلفه الصحة بسبب النمو الاقتصادي ببطيء فبالرغم من حدوث مكاسب صحية في الدول النامية منخفضة الدخل إلا أن المكاسب الصحية المتحققة كانت اقل بكثير منها في الدول النامية حققت معدل مرتقعا نسبيا للنمو.

3.2.4.3.2. نسبة انتشار الأمراض المعدية و الطفيلية

بالرغم من التحسن النسبي في قيم مؤشر وفيات الأطفال خلال السنوات الأخيرة بالدول النامية, إلا أن انتشار العديد من الأمراض الطفيلية و المعدية و الناتجة عن سوء التغذية و عدم توافر الخدمات الأساسية قد عمق من حدة المشاكل الصحية التي تعاني منها تلك الدول و بصفة خاصة الدول منخفضة الدخل منها.

3.4.3.2. أسباب انخفاض إنتاجية النفقات العامة في قطاع الخدمات الصحية

يتضح مما سبق أنه بالرغم من التحسن النسبي في العديد من المؤشرات الصحية في الدول النامية إلا أن هناك العديد من المشكلات الصحية الحادة, فالمستويات المطبقة للوفيات مازالت مرتفعة بصورة غير مقبولة و تبلغ عشرة أمثالها في اقتصاديات السوق المستقرة, كما أن نسب وفيات الأمهات في المتوسط أعلى ثلاثين مرة في الدول النامية عنها في الدول المرتفعة الدخل. و قد تكتشفت لنا عدد من الأسباب ساهمت بصورة مباشرة أو غير مباشرة في تخفيض إنتاجية النفقة العامة من أهمها [65] ص 504 :

* أدى ظهور التكنولوجيا الطبية الحديثة إلى مسارعة حكومات العديد من الدول النامية لاقتنائها و الاستفادة بها بحجة مسايرة العصر دون مراعاة لأعبائها المالية و ظروفها الداخلية و مدى إمكانية الاستفادة بها.

* إن إنشاء و تجهيز المستشفيات التخصصية في الدول النامية بالصورة السابق الإشارة إليها يعد استثمارا مفرطا و شبه عقيم من وجهة نظر المجتمع.

* إن الوحدات و المراكز الصحية في المدن الصغيرة و الأقاليم لم يتوافر لها الحد الأدنى من التجهيزات البسيطة لمواجهة الحالة المرضية العادية و بعض حالات الطوارئ لبسيطة.
* سوء توزيع عدد الأسر بين المناطق و الأقاليم المختلفة داخل البلد الواحد فقد اتضح من البيانات و المعلومات المتاحة أن المدن الكبرى و المناطق الحضرية في غالبية الدول النامية إن لم يكن جميعها تنعم بقدر كبير من الأسر على حساب انخفاض شديد في نصيب مناطق الأقاليم من هذه الأسر.

* وجود إسراف في استخدام الأسر المتاحة بالمستشفيات التخصصية و التي تم استخدامها في علاج الحالات الحادة.

* باستقراء ما تحقق من نتائج في بعض الدول النامية في مجال الخدمة الصحية اتضح أن العنصر البشري في مجال الخدمة الصحية قد ساهم في تخفيض النفقة العامة في هذا المجال.
* استنادا إلى مؤشر عدد السكان على عدد الأطباء يتضح أن نقص الأطباء هو ظاهرة عامة في غالبية الدول النامية.

* أظهرت نتائج بعض الدراسات الاستقرائية وجود عدم كفاءة واضحة في استخدام المنتجات الوسيطة في قطاع الخدمات الصحية بالدول النامية و خاصة الجزء المتعلق بالأدوية.
* ازدياد معدل هجرة الموارد البشرية من قطاع الخدمات الصحية من الدول النامية إلى الدول المتقدمة.

4.2. إدارة منشآت الخدمات الصحية

و بما أن المستشفى هو أكبر منشأة تقوم بتقديم الخدمات الصحية فإنه يعتبر نظاما شاملا وواسعا من حيث التنظيم الإداري الذي تقوم عليه المنشأة الصحية .

1.4.2. مبادئ إدارة المستشفيات

تعتبر المستشفيات من أكثر الأماكن أهمية لممارسة الطب والعلاج للمرضى، لذا على إدارة المستشفى أن تسلك منهاجاً معيناً لتستطيع إدارة المستشفى على أكمل وجه، وبطبيعة الحال فإن هناك إختلاف كبيراً بين المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة أو المستشفيات التخصصية والعسكرية.

1.1.4.2. تعريف إدارة المستشفيات

تفتقر معظم المراجع في مجال إدارة المستشفيات و الإدارة الصحية إلى تعريف محدد للمستشفيات، و قد يرجع ذلك إلى عدم اتفاق المنظرين في هذا الحقل على مقومات التعريف. ويمكن تعريف إدارة المستشفيات على النحو التالي:

"هي وسيلة تحقيق الأهداف المتعلقة بالصحة العامة في المجتمع المحيط بالمستشفى الاستخدام الأمثل لمجموعة النظريات و الموارد و التقنيات و الثقافات التي تساعد على احتياجات صحة الفرد، و لذلك فإن إدارة المستشفيات تستهدف إنجاز أهداف السياسة المتعلقة بالصحة التي تقدمها المستشفى علاجياً ووقائياً و بحثاً و تنمية للقوى الصحية " [66] ص 84.

2.1.4.2. نشأة علم إدارة المستشفيات

بعد علم إدارة المستشفيات علماً حديثاً نسبياً حيث نشأ في الولايات المتحدة الأمريكية بعد الحرب العالمية، وكان ظهور هذا العلم ناتجاً طبيعياً لتطوير المستشفيات و تنوع وظائفها حيث أن المستشفيات مؤسسات طبية ضخمة تواجه العديد من المشكلات الاقتصادية و الإدارية و تتفاعل مع المتغيرات السياسية و الاجتماعية و الاقتصادية للبيئة التي تتواجد فيها و قد أدى الكساد العالمي الكبير الذي شهد العالم في أواخر الثلاثينيات الميلادية إلى ميلاد فلسفة العلاج بالمستشفيات لاسيما في الولايات المتحدة الأمريكية و ظهر الحاجة إلى بناء على أساس علمي في إدارة المستشفيات لتحقيق أهداف الاستخدام الأمثل لمواردها البشري، و بلوغ التوازن بين مواردها و تكلفة الخدمات المتاحة للمستفيدين و الحد من ارتفاع أسعارها.

3.1.4.2. الخدمات الإدارية في المستشفى

يعتبر المستشفى من المنظمات الفنية الاجتماعية المعقدة نظرا لاشتماله على عدد كبير من العاملين، ولتعدد التخصصات الدقيقة في أقسامه المختلفة على ضوء التقدم المطرد في الأساليب العلمية و التكنولوجيا المستخدمة في التشخيص و العلاج، ويعتمد نجاحه قبل أي شئ آخر على العاملين فيه و حسن إرادتهم بما يكفل الاستفادة بصورة مثلى من الإمكانيات المادية و التسهيلات الفنية المتاحة، و يحقق الأهداف المرسومة بأقصى قدر ممكن.

و لكي يقوم المستشفى بدوره على وجه أكمل و يؤدي خدماته بطريقة أفضل، لزم أم يكون هناك تنظيم إداري من أبرز معالمه نشاطات الخدمات الإدارية التي تختص بتنفيذ السياسات و اللوائح و التوجيهات الخاصة بتأمين القوى العاملة اللازمة للمستشفى و كذلك المستلزمات و الأجهزة الخاصة بالتشغيل فضلا عن الاعتمادات المالية.

1.3.1.4.2. إدارة شؤون الموظفين

تختص إدارة شؤون الموظفين في المستشفى عادة بتنفيذ السياسات و اللوائح و التوجيهات الخاصة باختيار الموظفين من أطباء و فنيين و مرضيات و إداريين و تعيينهم وتهيئة ظروف العمل المناسب لهم، و تنفيذ الاتفاقات معهم فيما يختص بالرواتب و المكافآت، و الحوافز و شروط العمل، فضلا عن الاشتراك في تقدير الاحتياجات من الموظفين، و تنمية مهاراتهم ليصبحوا مؤهلين للقيام بعملهم، علاوة على حفظ الملفات الشخصية الخاصة بهم.

2.3.1.4.2. الإدارة المالية

تهدف الإدارة المالية الخاصة بإدارة النشاط المالي في المستشفى و التأكد من أن نفقاته هي ضمن الحدود المرسومة له.

و لتحقيق هذا الهدف تقوم الإدارة بالرقابة على جميع الإجراءات المالية في المستشفى و التأكد من سلامة أوجه الصرف في الإدارات و إظهار رصيد كل منها بصورة فعلية فضلا عن إعداد الموازنة التقديرية لخطة المستشفى التشغيلية و تحليلها حسب الشهور و ذلك لضمان الحكم على إنجازات كل إدارة، كما تعمل الإدارة على تلبية طلبات الشراء و تسديد المبالغ المستحقة للموردين و إجراء الرقابة و التسوية لكافة حسابات المؤسسات المتعاملة مع المستشفى علاوة على دفع مستحقات العاملين و تحصيل فواتير المرض و الإجراءات المحصلة من بعض الخدمات التي يقدمها المستشفى للمستفيدين كخدمات التغذية و الأدوية.

3.3.1.4.2. إدارة الموارد

تختص إدارة المواد عادة بشراء مستلزمات المستشفى من المواد و الإمدادات اللازمة لعملياته التشغيلية و العمل على استلامه و فحصها للتأكد من مطابقتها إلى الجهات المستفيدة فضلا عن مراقبة المخزون من هذه المواد و الإمدادات بالموجود الفعلي منها علاوة على القيام بمراقبة الممتلكات الموجودة في المستشفى.

2.4.2. وظائف إدارة المستشفيات

تعتبر المستشفيات من مرافق التنمية الاجتماعية الهامة التي تعنى باحتياجات أفراد المجتمع الصحية، و يتطلب تشييدها و تشغيلها تخصيص موارد مالية وبشرية، ثم وضع الوظائف الإدارية اللازمة للإدارة الجيدة للمستشفى.

1.2.4.2. التخطيط

يُدرج تخطيط المستشفيات في الخطة العامة للدولة ضمن التخطيط الخاص بالتنمية الاجتماعية، ذلك لأن المستشفى يعتبر من مرافق التنمية الاجتماعية الهامة.

1.1.2.4.2. تعريف التخطيط

يرى كثير من الباحثين في التخطيط مثل فريزر و زملاؤه أن " التخطيط في جوهره هو صنع القرارات الحالية في ضوء تأثيراتها المستقبلية " بينما يعرف ستتر (Steiner) بأنه العملية التي تبدأ بوضع الأهداف العامة و تحديد الاستراتيجيات و السياسات و البرامج الخاصة بتحقيق هذه الأهداف، فضلا عن تضمين هذه العملية منظمة تقوم بتنفيذ الخطط و إجراءات التغذية المرتدة الخاصة بالتعديلات اللازمة للخطط المستقبلية أما هودجتس و كاسيو (Hodgetts and Cascio) فيريان أنه " العملية التي تشمل على صياغة الأهداف و تحديد الخطوات الضرورية لتحقيق هذه الأهداف"، في حين عرفه درمر (Dermer) بأنه "العملية التي يتقرر بها ما ينبغي عمله في الحاضر استعدادا لمواجهة المستقبل".

و قد أسهمت منظمة الصحة العالمية في هذا المجال فعرف بعض خبراءها التخطيط "بأنه العملية التي تقوم على تحليل البيانات و تحديد الاحتياجات و تقدير الموارد المتاحة و استعمال نتائج التحليل في الإعداد للتغيير وفقا لأهداف مقصودة و محددة مستقبلا".

بينما عرف بعض آخر التخطيط الصحي بأنه "الأداة التي تهدف إلى زيادة فاعلية البرامج و الخدمات الصحية لتزويد أكبر عدد ممكن من الأفراد بأقصى حد من المنافع الصحية و بأقل التكاليف و تنمية جميع الخدمات المعنية بالصحة بصورة منتظمة للنهوض بالصحة و استعادتها و الوقاية من المرض" [67] ص 68-69.

2.1.2.4.2. مجالات التخطيط في المستشفيات

- 1- يمكن حصر بعض مجالات التخطيط في المستشفيات عموما فيما يلي:
 - دراسة الاحتياجات الصحية للأفراد المتوقع أن يستفيدوا من خدمات المستشفى المختلفة.
 - وضع الخطة العامة للمستشفى " الخطة الإستراتيجية للمستشفى". وإجراء البرمجة الزمنية لها.
 - التنسيق بين مختلف الوحدات التشغيلية في المستشفى لضمان التنفيذ الجيد لخطط المستشفى التشغيلية.
 - وضع مواصفات أو معايير لقياس مستوى أداء الخدمات المختلفة التي يقدمها المستشفى.
 - وضع مواصفات للأبنية و المعدات و الأجهزة الواجب توافرها في المستشفى مع المراجعة المستمرة لهذه المواصفات.
 - تحديد احتياجات المستشفى من القوى العاملة اللازمة ووضع خطط تدريب العاملين الجدد أو المعينين على وظائف جديدة.
 - وضع الميزانية العامة للمستشفى و هي تتكون من إجمالي الموازنات التفصيلية للوحدات التشغيلية المختلفة به.
- 2- و عند إقامة مستشفيات جديدة أو تطوير مستشفيات قائمة تبرز مجالات أخرى للتخطيط منها:
 - إجراء البحوث اللازمة لتصميم مبنى المستشفى أو الخدمات المزمع إقامتها أو تطويرها.
 - إعداد الشروط و المواصفات الخاصة بتشيد المستشفى أو تطويره لتضمينها المناقصات في هذا المجال
 - الإشراف على تشيد المستشفى أو على عمليات التطوير فيه، لمراقبة تنفيذ العقود الخاصة بالبناء أو التطوير [67] ص 69-70.

2.2.4.2. التنظيم

التنظيم ممارسة تستطيع أي منظمة وبما في ذلك المستشفى، تحقيق هدفها المتمثل في تقديم خدمة صحية عالية الجودة مهما توافرت لها الإمكانيات المادية والبشرية ما لم تكن منظمة تنظيما علميا وعمليا جيدا.

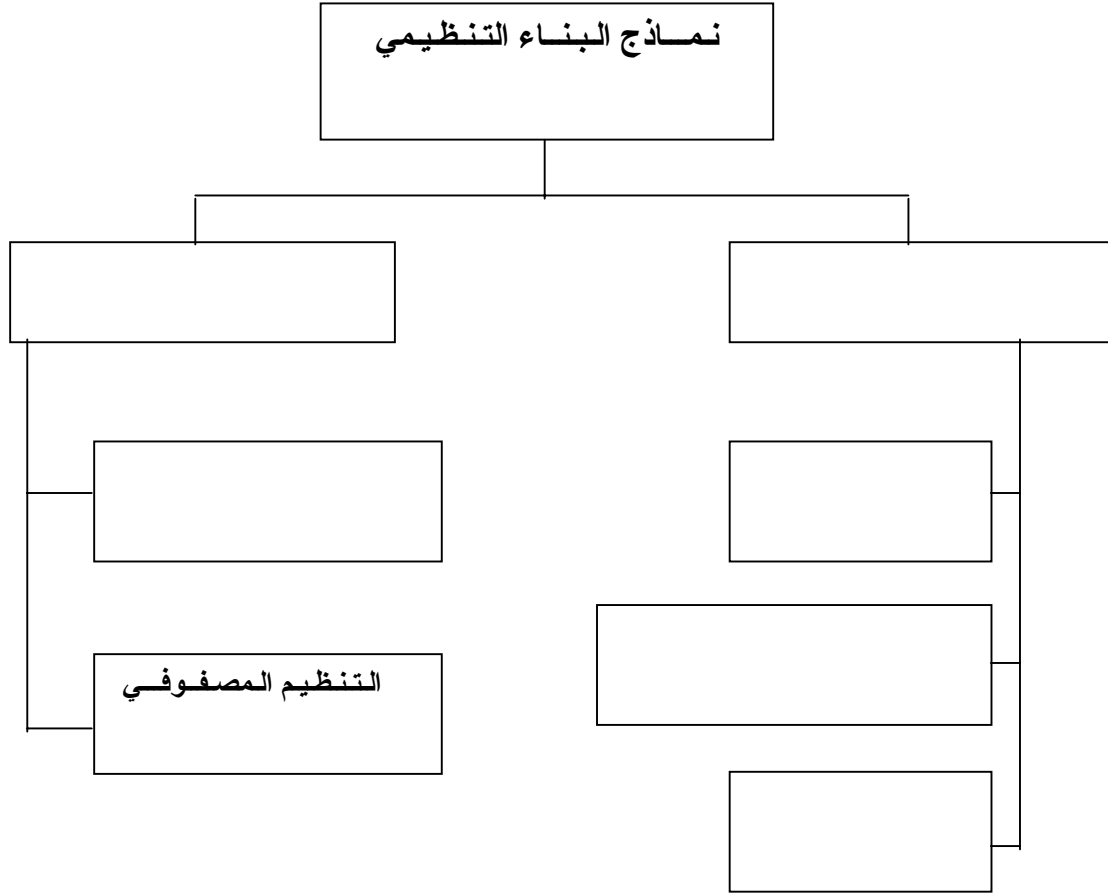
1.2.2.4.2. تعريف التنظيم

تناول تعريف التنظيم كثير من الباحثين المهتمين بعملية التنظيم، فألن (Allen) يرى أنه " العملية التي يتم بموجبها تحديد أداء الأعمال و تقسيمها، وتوضيح تفويض السلطة و المسؤوليات و إنشاء العلاقة بين العاملين لتمكينهم من العمل معاً بأقصى كفاءة ممكنة لإنجاز الأهداف"، بينما يعرفه كونتز و أودونل (Koontz and Odonnell) بأنه "تجميع أوجه النشاطات الضرورية لإنجاز الأهداف العامة و الخطط في وحدات تنظيمية مناسبة، و ضمان تفويض السلطة لهذه الوحدات و التنسيق بينها"، أما هوجدنس و كاسيو (Hodgetts and Cascio) فيريان أنه " العملية التي يتم بموجبها توزيع الواجبات على العاملين و التنسيق بين مجهوداتهم بشكل يضمن تحقيق أقصى كفاءة ممكنة لبلوغ الأهداف المحددة مسبقاً". في حين يرى جالبرث (Galbraith) أن التنظيم " يتألف أولاً من خيارات لكيفية تقسيم المهمة الرئيسية إلى مهلات فرعية يمكن أدائها بفرد أو مجموعة من الأفراد ".

و بقراءة متأنية للتعريفات السابقة يمكن ملاحظة أنها تدور حول العملية التي يتم بها تحديد المهام و الواجبات الخاصة بالوحدات التنظيمية التي تستدعيها طبيعة العمل في المستشفى و توزيعها على العاملين و التنسيق بينهم، فضلاً عن تحديد السلطة و المسؤولية بين مختلف هذه الوحدات بالشكل الذي يكفل تنفيذ خططها بالكفاءة و الكفاية القصوى و بالتالي تحقيق أهدافها المرسومة [67] ص 94-95.

2.2.2.4.2. البناء التنظيمي للمستشفى

يوضح البناء التنظيمي للمستويات التنظيمية للجهازين الطبي و الإداري في المستشفى و الوحدات التنظيمية المندرجة تحت هذه المستويات للقيام بتنفيذ النشاطات المرسومة لها لتحقيق أهداف المستشفى، فضلاً عن تدفق المعلومات الرئيسية و الأفقية بين هذه الوحدات، ويتم الإعلام بالبناء التنظيمي للمستشفى عادة في دليل تنظيمي يتضمن غالباً خارطة تنظيمية [67] ص 101.



شكل رقم 32: نماذج البناء التنظيمي [67] ص 101.

3.2.4.2. القيادة

القيادة هي القدرة على التأثير على الآخرين و خلق حوافز العمل و الإبداع لديهم لتحقيق أهداف المنظمة.

و لا نود هنا أن نتناول القيادة الإدارية في المستشفيات بالأسلوب الكلاسيكي التقليدي من حيث أنماطها و أساليبها و مقوماتها، ولكننا عمدنا إلى الدخول مباشرة في مناقشة الإجابة على السؤال المتمثل في من يدير المستشفى بكفاءة و فعالية تتناسب مع أهمية الدور القيادي لوظيفة مدير المستشفى أهو الطبيب أم الإداري ؟

هناك جدلية قديمة لازالت تثار حتى يومنا هذا و تتمثل في السؤال التالي:

أيها الأقدر على إدارة المستشفى بصورة أكثر فعالية وكفاءة، أهو الطبيب أم الإداري

المتخصص ؟

حول هذا السؤال العريض يدور حوار ممتد في الأواسط الصحية الدولية، و تشير الكتب العلمية المتخصصة إلى أن حوارا مماثلا كان دائرا في الأواسط العلمية و الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية في أواخر الثلاثينيات و أوائل الأربعينيات الميلادية عندما شرعت الجامعة الأمريكية في افتتاح أقسام جامعية علمية لتأهيل كفاءات متخصصة في إدارة الصحة و المستشفيات [66] ص 150.

و قد حسمت هذه المسألة بأن قسمت المستشفى إلى قطاعين قطاع طبي يديره طبيب متخصص و قسم فندي و إداري و يديره مدير متخصص و يتعاون المديران في إتمام الخدمة لنزلاء المستشفى (المرضى) على أحسن وجه ممكن.

4.2.4.2. التسييق

يعتبر التسييق من وظائف إدارة المستشفيات ذات الأهمية المتزايدة نظرا للتوسع الكبير الذي تشهده المستشفيات الحديثة في حجمها ووظائفها ومستوياتها الإدارية والطبية والفنية، لا سيما في ظل الارتفاع المتزايد في تكاليف المستشفيات، والحاجة الماسة إلى ترشيد النفقات واحتواء التكاليف، حيث تعد عملية التسييق من أهم وسائل ترشيد الإنفاق .

1.4.2.4.2. تعريف التسييق

لعل أوضح تعريف للتسييق هو أنه: "جهد مشترك و تعاون منظم يستهدف تحقيق هدف معي" فالتسييق يحقق الهدف المطلوب بأعلى كفاءة و أقل تكاليف من خلال العمل التعاوني المنظم.

2.4.2.4.2. أهداف التسييق

- يمكن تلخيص أهم أهداف التسييق في ما يلي:
- التوفيق بين جهود أقسام ووحدات المستشفى بكفاءة عالية و في أقل وقت ممكن و بدرجة عالية من الكفاءة، و ذلك يوفر وقتا و جهدا ومالا و يقدم عملا متكاملًا على الجودة.
 - يستهدف التسييق إزالة التفاوت بين العاملين المتماثلين وظيفيا بحيث يحقق التكامل في الأداء
 - يخلق التسييق روح العمل المشترك و الفريق الواحد داخل المستشفى [66] ص 162.

3.4.2.4.2. أنواع التسييق

يمكن تصنيف التسييق إلى:

- التسييق وفقا للاتجاه

وينقسم إلى قسمين:

* التنسيق الرأسي

بحيث يبدأ من مدير المستشفى إلى المستويات الإدارية الأدنى, بحيث يتم تحديد حدود السلطة و المسؤولية و قنوات الاتصال.

* التنسيق الأفقي

و ذلك يتم بين المستويات التنظيمية المتساوية في موقعها التنظيمي بالمستشفى بما يحقق تضافر الجهود بين الأقسام لتحقيق أهداف المستشفى.

-التنسيق المكاني

وينقسم إلى:

* التنسيق المادي

و يقصد به التنسيق في تنفيذ مشروع معين أو برنامج طبي أو برنامج تدريبي بحيث يكون لكل قسم واجباته المحددة في تنفيذ البرنامج أو المشروع.

* التنسيق الزمني

ويقصد به ترتيب الأولويات في عمليات التنفيذ وفقا لبرنامج زمني في الأقسام المختلفة بالمستشفى [66] ص 167.

5.2.4.2. الرقابة

تعد الرقابة الإدارية من وظائف الإدارة الهامة باعتبارها وسيلة من وسائل زيادة فعالية الإدارة في المستشفيات حيث يتم من خلالها التحقق والتأكد من أن أعمال المستشفى تسير في الاتجاه الصحيح بالكفاءة والفعالية المطلوبة نحو تحقيق أهداف المستشفى، ومن أن كل شيء يسير وفقا للخطط المرسومة .

1.5.2.4.2. تعريف الرقابة

" هي عملية أو مجموعة الخطوات التي من خلالها تتعرف الإدارة على مدى تطابق التنفيذ مع الخطة الموضوعة، وفي حالة وجود انحرافات في التنفيذ بشكل ضعف في الأداء أو تدن في الجودة أو أي مشكلة أخرى تؤثر على سير التنفيذ وتحقيق الأهداف تقوم الإدارة باتخاذ الإجراءات التصحيحية " [68] ص 259.

2.5.2.4.2. أنواع الرقابة

أنواع الرقابة كثيرة ومتعددة، أما في المستشفيات هناك رقابة طبية و رقابة إدارية ورقابة مالية، وتقوم المستشفيات واللجان الفنية بالرقابة الطبية مثل المجلس الطبي ولجنة الوفيات ولجنة الجودة النوعية ومكافحة العدوى وغيرها.

أما الرقابة الإدارية فهي التي تهتم بالالتزام الموظفين وتطبيق الأنظمة والإجراءات الإدارية. والرقابة المالية تختص بالتأكد من تطبيق الأنظمة المالية وسلامة الصرف المالي والالتزام ببود الميزانية المعتمدة للمستشفى [66] ص 170- 171.

3.4.2. السجلات الطبية و السكريتاريا المنظمات الصحية

تعتبر السجلات الطبية و السكريتاريا العامة للمنظمات الصحية بمثابة أرشيف والدليل الذي ينظم و يسجل المهام و الأعمال اليومية التي تقوم بها المنظمات الصحية.

فنجدها تحتوي على بيانات هامة من ترميز و أنواع الفهارس المستخدمة في إدارة المستشفيات، بالإضافة إلى الإحصائيات لعدد المرضى وأنواع الأمراض وكذا إحصاء الأجهزة و المعدات المستخدمة... الخ.

1.3.4.2. تطور السجلات الطبية

تشير المصادر التاريخية إلى أن تدوين و حفظ تفاصيل الرعاية الطبية المقدمة للإنسان تعود إلى عهد الحضارات القديمة، فقدماء المصريين على سبيل المثال كانوا يدونون بالهيروغليفية المنقوشة على جدران المعابد و على قبور موتاهم رسومات و حروف استدل منها علماء الآثار على أنها تؤرخ لحياة المتوفي و كذلك تشير إلى بعض ما اعتراه من حالات مرضية قبل وفاته.

و الهيئة الأمريكية لاعتماد المستشفيات المؤسسة في عام 1952، والتي تقوم بإعطاء شهادة للمستشفى الذي يتمثل للضوابط الموضوعية من قبل هذه الهيئة بهدف ضمان الأداء الجيد للمستشفى، ما بدأتها الكلية الأمريكية للجراحين التي كانت تعني بتدوين و تقرير الحالات الجراحية و ذلك بتحديد مقاييس ينبغي أن تتوافر لضمان حسن إدارة السجلات الطبية لكافة المرضى، و هذه الضوابط هي [67] ص 305- 307 :

1.1.3.4.2. الضابط الأول

وجوب الاحتفاظ بسجلات طبية يراعى فيها دقة تدوين المعلومات المتعلقة بالمريض و تواريخ تدوينها مرتبة حسب مراحلها الزمنية، وسهولة تناول هذه المعلومات الإحصائية عند الحاجة إليها و ذلك في أسرع وقت ممكن.

2.1.3.4.2. الضابط الثاني

ينبغي أن يحتوي السجل الطبي على معلومات شخصية كاملة عن المريض، و كذلك المعلومات التي تساعد على تشخيص مرضه، فضلا عن معلومات عن العلاج الذي قدم له و يراعى في تسجيل هذه المعلومات الدقة و الشمول.

3.1.3.4.2. الضابط الثالث

ينبغي أن تكون المعلومات المدونة في سجلات المرضى سرية، و في مكان أمين بعيدة عن متناول الغرباء، علاوة على وجوب كونها منظمة، و مصورة للحقيقة و تامة و مقروءة بوضوح.

4.1.3.4.2. الضابط الرابع

ينبغي أن يكون موقع إدارة السجلات الطبية في مكان يسهل الوصول إليه، كما ينبغي أن يكون الموظفون العاملون في هذه الإدارة مدربين تدريباً جيداً، وأن تتاح لهم التجهيزات اللازمة لإنجاز النشاطات المتعلقة بأعمال السجلات على أكمل وجه.

5.1.3.4.2. الضابط الخامس

ينبغي أن يكون لموظفي إدارة السجلات الطبية دور في لجنة تقويم الجودة الطبية و ذلك بتحديد مسؤوليتهم في نشاطات هذه اللجنة.

2.3.4.2. أهمية السجلات الطبية

تؤدي السجلات الطبية دوراً هاماً في مجالات الرعاية الطبية و ذلك على النحو التالي [67]
ص 308-309 :

1.2.3.4.2. في مجال رعاية المريض

يعتبر السجل الطبي للمريض مرجعاً هاماً وسيلة اتصال بين أفراد الفريق الطبي الذي يقوم بدراسة حالته المرضية أثناء وجوده في المستشفى.

2.2.3.4.2. في مجال التدريب و التعليم الطبي

تؤدي مشاهدة و معايشة طلاب كليات الطب للواقع الفعلي للحالات المرضية الموجودة في المستشفى إلى زيادة كفاءة و فاعلية تدريبهم، إذ في الوقت الذي يكون فيه المريض مجالاً للبحث بهدف علاجه، يكون سجله الطبي مرجعاً لهذا البحث.

3.2.3.4.2. في مجال توفير المعلومات الإحصائية و البحوث

يساعد وجود سجلات طبية تامة و منظمة على توفير معلومات طبية و ديموغرافية بحيث تمكن الباحثين في مجال العلوم الطبية القيام بالبحوث و الدراسات المتعلقة بفعالية أساليب التشخيص المتبعة.

4.2.3.4.2. في مجال تقويم أداء المستشفى

تكمن أهمية السجلات الطبية بالنسبة للمستشفى في كونها وسيلة لتقويم مدى جدارة الهيئة الطبية العاملة به من خلال ما تكشف عنه المعلومات المدونة بها والتي يمكن عن طريقها الحكم بما إذا كانت ممارسات الأطباء العاملين بالمستشفى تتفق أو لا مع ممارسات الطب الحديث الجيدة.

3.3.4.2. مفهوم السكرتاريا بوجه عام

هي تلك الوظيفة التي تقدم معاونات أو خدمات للإدارات أو الرؤساء سواء كانت هذه المعاونات أو الخدمات فنية أو مكتبية، حتى تتمكن الإدارات أو الرؤساء من إنجاز عملها بطريقة ميسرة و في أقل وقت ممكن و بأقل تكلفة. و تقوم وحدات السكرتارية بمعاونة تلك الوحدات الإدارية في تقديم الخدمات و المعلومات في المجالات الفنية و المكتبية [60] ص 90.

4.3.4.2. مهام و مسؤوليات السكرتارية الطبية

و من مهام السكرتاريا نذكر على سبيل المثال ما يلي:

- 1- خدمة التمريض والتي يجب أن تقدم بواسطة طقم مؤهلة و مدربة مع مراعاة توافر الأعداد الكافية من الممرضات للقيام بالأعباء التمريضية المتعددة مع ملاحظة ضرورة توافر المشرفات و رئيسات التمريض بغرض القيام بأعباء التوجيه و الرقابة و تقويم الأداء.
- 2- يجب توافر خريطة توضح السلطات و المسؤوليات.
- 3- يجب تدوين كل ما يتعلق بالرقابة التمريضية.

4- يجب توافر الوضوح في تطبيق الخطة التمريضية لكل مريض بحيث يتحقق له الأمان و الكفاية في الرعاية التمريضية والفعالية فيما يقدم له من علاج [60] ص 90.

4.4.2. الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات

تعددت الاتجاهات الحديثة في الإدارة واختلفت الأساليب المنتهجة في كل قطاع، حسب البيئة المتواجد فيها تلك المنظمة، وحسب المنافسين لها في الميدان.

والمستشفيات من المنظمات التي تحدد أولاً طريقة إدارتها لهياكلها ومصالحها مسبقاً، كي تعمل على تحقيق أهدافها في ظل اتجاهها الإداري المنتهج من طرفها وعن قناعتها، لذا عليها أن تسلك الاتجاه الصحيح الذي يخدم مصالحها ويتجاوب و هيكلها التنظيمي. وستنطرق إلى ثلاثة أنواع من الاتجاهات الهامة التي تتبعها إدارة المستشفيات.

1.4.4.2. الإدارة بالأهداف في المستشفيات

يعد العالم الإداري الكبير الأمريكي الجنسية الألماني الأصل بيتر دركر (Peter Drucker) أول من ابتكر مفهوم الإدارة بالأهداف MBO، ففي عام 1954 أصدر بيتر دركر (الإدارة في التطبيق) أو (تطبيق الإدارة) و كان آنذاك يعمل رئيساً لقسم إدارة الأعمال بجامعة نيويورك. و يعرف "جورج أودين" الإدارة بالأهداف بأنها " طريقة يقوم بموجبها كل من الرئيس و المرؤوس معا بتحديد الأهداف العامة للمنظمة وتحديد مجالات للمسؤولية في شكل نتائج متوقعة واستخدام تلك المقاييس كمؤشرات في تشغيل الإدارات و تقييم أداء العاملين فيها". أما "جورج موريسي" فيعرف الإدارة بالأهداف على أنها " إدارة تحتوي أهدافاً أو نتائج متوقعة واضحة محددة كما تتضمن وضع برامج واقعية لتحقيق تلك الأهداف و تقييم الأداء في ضوء قياس النتائج ".

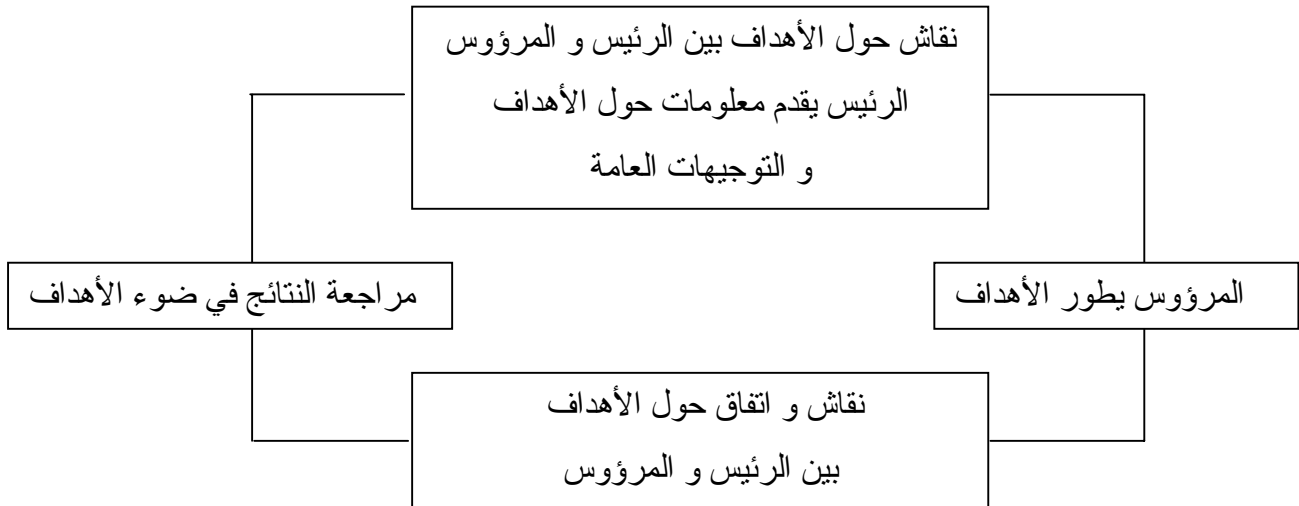
و يعرف "ريدن" الإدارة بالأهداف على أنها " إنشاء مجالات فاعلية و معايير فاعلية للمناصب الإدارية و تحويلها دورياً إلى أهداف قابلة للقياس محددة زمنياً و مرتبطة ببعضها البعض أفقياً مع التخطيط للمستقبل ".

و يرى "دوغلاس مكريجو" أن الإدارة بالأهداف هي فلسفة تعتمد على أن المديرين يوجهون أنفسهم و يراقبون أنفسهم ذاتياً في تحقيق الأهداف، ما داموا قد التزموا بها ذلك أن عمل المديرين

يعد مجهودا فكريا و لذلك فان إدارة ذلك العمل تتكون من وضع أهداف و الحصول على التزام مهني بتحقيقها" [66] ص 94.

فوائد و إيجابيات الإدارة بالأهداف

- و يمكن إيجاز أهم فوائد و إيجابيات الإدارة بالأهداف في التالي:
- تقسح المجال للموظفين لتحقيق القوة الذاتية وتحمل المسؤولية.
 - تتسبب أهداف الأفراد في أهداف عامة مشتركة.
 - اشتراك الرئيس و المرؤوس معا في وضع الأهداف و تحديد المسؤولية.
 - توفر أسلوب جديد للرقابة الذاتية من خلال التزام مهني ذاتي لتحقيق الأهداف.
 - طريقة علمية محددة لتقييم الأفراد.
 - توفير فرص المشاركة للمرؤوسين.
 - نظام تحفيز للأفراد و أسلوب للدفع من الروح المعنوية و شعور الموظف بالأمان.
 - تحديد الأهداف للمناصب الإدارية.
 - تساهم في السعي لتحديد النتائج مسبقا.
- و الشكل التالي يوضح الخطوات التنفيذية للإدارة بالأهداف [66] ص 97 :



شكل رقم 33: الخطوات التنفيذية للإدارة بالأهداف [66] ص 97.

2.4.4.2. الهندرة (هندسة الإدارة)

يعد مايكل هامر Michael hammer أول من استخدم مصطلح الهندرة في مقال، ثم واصل هامر أستاذ علم الكمبيوتر في معهد ماساشو سيتس للتكنولوجيا، بحوثه حول التكنولوجيا بحوثه حول الهندرة حتى أوصل كتابا بعنوان " reengineering the corporation " شاركه في تأليفه جيمس تشامبي.

1.2.4.4.2. تعريف الهندرة

الهندرة هي مصطلح جديد اشتق من كلمتي هندسة و إدارة و هو مصطلح عربي يقابل كلمة RE-ENGINE EVING في اللغة الإنجليزية.
و كتابهما(هندرة الشركات) عرف مايكل هامر و جيمس شامبي الهندرة على أنها " إعادة أساسية للتفكير و إعادة تصميم عمليات الأداء لتحقيق تطورات كبيرة في مقاييس الأداء للعصرية مثل التكلفة، والسرعة، والجودة، ومستوى الخدمة".

و يمكننا تعريف الهندرة بأنها " إعادة تصميم عمليات و إجراءات العمل الرئيسية بشكل جذري دون النظر إلى الوضع الحالي استهدافا لتطوير معدلات الأداء بحيث يتحقق تخفيض للتكلفة و تحسين لنوعية الخدمات و شرعة إنجاز الأعمال و كسب رضا العميل ".
و من هذا المنطلق فان الهندرة لا تعني مجرد إجراء تعديلات و إصلاحات في عمليات و إجراءات العمل، وإنما تعني البدء في البداية و إعادة البناء من جديد و إعادة النظر في النظم و الإجراءات الأساسية و إعادة تطويرها بصورة جديدة مختلفة و إعادة تصميم طرق و أساليب للعمل " أي أن التغيير يعد جذريا [66] ص 109.

2.2.4.4.2. عناصر الهندرة

و يمكن تلخيص عناصر الهندرة إلى النحو التالي:

إعادة نظر أساسية

و تعني ببساطة أن الوقت قد حان لكي تحدد كل مؤسسة و كل فرد و عامل بها في أسلوب النظر المتبع و مراجعة ما يقوم به من عمل و لماذا يقوم به؟ و هل هذا العمل ذو قيمة للعملاء و المؤسسة؟ و هل يمكن أدائه بطريقة أفضل؟

إعادة تصميم جذرية

تتضمن الهندرة حولا جذرية لمشاكل العمل الحالية و هو أمر تميز به أسلوب الهندرة عن غيره من المفاهيم الإدارية السابقة التي كانت في معظمها تسعى إلى حلول عاجلة سطحية لمشاكل العمل و معوقاته.

نتائج هائلة

لقد حققت الشركات التي طبقت مفهوم الهندرة نتائج مميزة في نسبة تحسين الدخل و الأرباح و زيادة الإنتاجية و تقليص الزمن اللازم لإنجاز العمل و تقديم الخدمات للعملاء .

نظم و أساليب العمل

يتميز مبدأ الهندرة بتركيزه على نظم العمل أو ما يعرف بالعمليات الرئيسية للشركات و المؤسسات المختلفة حيث يتم دراسة و هندرة العمليات بكاملها ابتداء من استلام طلب العميل حتى إنجاز الخدمة المطلوبة [69] ص 07.

3.2.4.4.2. مزايا الهندرة

و يمكن تلخيص أهم مزايا الهندرة على النحو التالي:

- توفير كافة المعلومات اللازمة لإنجاز العمل و جعلها في متناول كل من يحتاج إليها بسرعة و سهولة.

- تقديم الخدمة و إنجاز العمل عند طلبه و بشكل سريع.

- تحول الهياكل التنظيمية من الشكل الهرمي إلى الشكل الأفقي.

- التركيز على النتائج و ليس الأنشطة.

- تطوير أساليب العمل باستخدام وسائل تقنية للمعلومات الحديثة.

- تبسيط عملية اتخاذ القرارات لتمكين موظفي مواجهة الجمهور من حد من العملاء أفضل و

أسرع [66] ص 110- 111.

4.2.4.4.2. أسس إعادة هندسة الإدارة (الهندرة)

لكي تريد أي منظمة إعادة هندسة الإدارة عليها أن تحقق درجة عالية من الكفاءة و الفعالية، فهما الجناحان اللذان لا يمكن أن تخلق بدونهما نحو الأفق و الأهداف المسطرة.

الكفاءة (الاستغلال الأمثل للإمكانيات) ← الفعالية (تحقيق النتائج المرغوبة).

فالكفاءة هي:

- تعبير عن الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة.

- تحقيق الاستفادة القصوى من الموارد المختلفة المتاحة (بشرية، مادية، تقنية).

- ضغط الإسراف، والفاقد، والعدم، والضياع عند حده الأدنى أو عند درجة الصفر، كما يفعل اليابانيون.

أما الفعالية، فهي:

- تحقيق النتائج والوصول إلى الغايات .
- بلوغ المستهدف أو المخطط أو الزيادة عليه.
- الحصول على النهايات التي حددتها الإدارة لنفسها (في الأرباح، المنافسة، التميز، رضا المجتمع، الشهرة) [70] ص 108.

3.4.4.2. الإدارة بالجودة الشاملة في المستشفيات

تعتمد فلسفة إدارة الجودة الشاملة على استخدام أسلوب علمي مبني على المعلومات الصحيحة والدقيقة لدراسة أسلوب العمل، والتي تؤدي على المدى الطويل إلى تحسين نظام العمل، وعلى العكس من نظام الإدارة بالنتائج، فإدارة الجودة الشاملة تتطلب أسلوباً إدارياً للمتابعة والتوجيه والذي يعتمد على العمل الجماعي، والالتزام كامل بالجودة من قبل الإدارة العليا. تعرف إدارة الجودة الشاملة بأنها: "الأداء الذي يحوز على رضا العميل و يلبي يخلو مما لا يرضيه".

يعرف كروسبي إدارة الجودة الشاملة بأنها: " الطريقة المنهجية المنظمة لضمان النشاطات التي خطط لها مسبقاً. كما أن إدارة الجودة تعد الأسلوب الأمثل الذي يساعد على تجنب حدوث المشكلات و ذلك من خلال التشجيع على السلوكيات المطلوبة الأمثل لأساليب التحكم والرقابة التي تحول دون حدوث هذه المشكلات".

يعرفها معهد الجودة للفدرالي الأمريكي على أنها: " نظام إداري استراتيجي متكامل رضا العميل و يستوجب تطبيق هذا النظام مشاركة جميع المديرين و الموظفين، الأساليب الكمية لتحسين العملية الإدارية بشكل مستمر " [66] ص 100.

و تعرف بأنها منح العميل الأولوية و القول الفصل في تحديد ما إذا كانت الخدمة أو المنتج ترضي توقعاته من خلال الاستخدام".

و يعرفها م. براسارد بأنها نظام مترابط لتحقيق المشاركة الكاملة للمؤسسة في التخطيط أو التطبيق لأسلوب التحسين المستمر لتحقيق احتياجات العميل (المريض) و أكثر".

و أخيراً نذكر تعريف كيرتس لافليان و أرنولد كالزى فهو يبدو أكثر شمولية و توضيحاً لمفهوم إدارة الجودة الشاملة " أن إدارة الجودة الشاملة هي أسلوب مفاهيمي يختلف عن الجودة

النوعية و ضبط الجودة عن طريق التفتيش، و يسير في اتجاه مغاير للبيروقراطية المهنية، و يدعو إلى تحسين مستمر و دقيق و ملزم لجميع الإجراءات التي تقدم الخدمات أو الرعاية ليس هذا مقتصرًا على التحسين في أداء العاملين فقط بل يشمل جميع النظم والسياسات المطبقة، و يتم ذلك بمشاركة العاملين القائمين بالعمل فعلا، أي أن التحسين يكون مبنيا على النتائج و الإجراءات"] [71].

خلاصة الفصل:

مما سبق يتضح لنا جليا أن الخدمات يصعب قياس جودتها، أو إدراك مدى درجة أدائها، بعد أن تطرقنا إلى اقتصاديات الخدمات الصحية وأوجزنا الحديث عن إنتاج ومعايير تقديم الخدمات الصحية، هذا التقديم الذي يعتبر بمثابة عملية تسويقية لمنتجات صحية وفق سياسة واضحة وفعالة تؤدي غرضها، مخلفة بذلك مؤشرات تدل على مدى إدراكها أو توصلها لمبتغاهها قاصدين بذلك قياس مدى نجاحها، الذي يصعب علينا في ميدان تحقيقه وتحقيق نسبة مرتفعة لسلامة أو نجاح الخدمة الموجهة للمريض، خاصة في ظل الإمكانيات المحدودة، والخبرة الناقصة، والطلب المتزايد و المرتفع .

لذا فإن إدارة المنظمات الصحية بصفة عامة وإدارة المستشفيات بصفة خاصة تسعى جاهدة للتجسيد الفعلي لوظائفها الإدارية من تخطيط و تنظيم ومراقبة وقيادة و تنسيق، فأصبح بذلك لزاما عليها إدراك اتجاه حديث، يتماشى وإمكانياتها المادية والبشرية، و يتوافق وهيكلا التنظيمي في إدارتها لهياكلها.

و من هنا يبرز الدور الهام والفعال لإدارة الجودة الشاملة، والتي تقوم باختزال الوقت في حل هذه المشاكل وتوجيه الإمكانيات المتاحة إلى محلها الأصلي وتقليل التكاليف و الرفع من مستوى نوعية الخدمة.

وسنبين ذلك في الفصل الموالي الذي سنربط فيه بين التطبيق الفعلي لإدارة الجودة الشاملة في المنظمات المقدمة للخدمات والرعاية الصحية.

الفصل 3

تطبيقات إدارة الجودة الشاملة على المنظمات الصحية

تفتقر المنظمات الصحية للبلدان المتخلفة أو النامية إلى الجودة في تقديم الخدمة وعدم تلبية الطلب على الخدمة الصحية وهذا نظرا لإمكانياتها المحدودة وخبرتها الناقصة، وانفلات إطاراتها في هذا المجال.

وما زاد الطين بلة ، هو افتقادها إلى مسيرين أكفاء يخففون عبئ ما يعانيه العميل أو المريض.

إن غياب إدارة حازمة في هذا الشأن يفتح المجال لعدم تلبية رغبات العميل، لذا استوجب في هذا الشأن تطبيق إدارة الجودة الشاملة لتحقيق رغبات العميل و المستخدمين معا.

1.3. جودة الرعاية الصحية وإدارة الجودة الشاملة

كانت الخدمة الصحية الوطنية مبادرة لرؤية مثالية أطلقها بيفان Bevan في عام 1948، فقد وصف هذه الخدمة الجديدة بأنها نتاج أعمال رجال ونساء ذوي مهارات عالية كرسوا أنفسهم لتقديم رعاية ذات جودة عالية لمرضاهم الكثر، وفي هذه المرحلة المبكرة من ولادة الخدمة الصحية الوطنية ، كان موضوع الجودة في قمة أولويات البرنامج الصحي [73] ص 17.

1.1.3. مدخل إلى إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية

سنتعرض هنا إلى مفهوم ومبادئ إدارة تطبيق الجودة الشاملة في المنظمات الصحية، بعد التعرض لمفهوم الجودة في الرعاية الصحية.

1.1.1.3. تعريف جودة الرعاية الصحية

تقوم الجودة باقتراح المنتجات المرغوب فيها المرتفعة التكاليف ويرى " P. FEFFER

1992 " أن إحدى الصعوبات التي تعترض ذلك هي عدم وجود علاقة بسيطة بين رضا المريض وتحقيق رعاية صحية ذات جودة عالية كذلك التي توجد عادة في عالم التجارة وبرغم ذلك يرى أن هناك بعض الطرق النسبية المتعارف عليها عامة لتعريف الجودة تتناسب مع الرعاية الصحية [73] ص 17.

ويمكن تعريف الجودة في الرعاية الصحية بأنها السعي المستمر نحو تحقيق متطلبات المريض بأقل تكلفة ممكنة بحيث تشمل ثلاث نقاط أساسية.

ربما الأولى تحقيق الجودة من وجهة نظر المريض ويمكن التحقق من ذلك عن طريق قياس رضا المريض.

والثانية تحقيق الجودة من وجهة النظر المهنية. وهي تحقيق ما يحتاجه المريض بناء على ما هو مقبول طبيا، من حيث التشخيص والإجراءات والعلاج، والثالثة تتركز على جودة العمليات المتعلقة بجودة تصميم وتقديم الخدمات الصحية وذلك على أساس الاستخدام الأمثل لموارد المنظمة الصحية.

ومن المعروف إن التوجه الكبير نحو تطبيق مبادئ ومفاهيم الجودة في القطاع الصناعي

يعود إلى مساهمات كل من دمينج و جوارن و كروسبي و ايشيكاوا، وقد بدأ (Berwick)

وآخرون تطبيق هذه المبادئ والمفاهيم في القطاع الصحي، حيث ظهر مفهوم تحسين الجودة

المستمر والذي يطلق عليه عدد من المختصين "إدارة الجودة الشاملة" (tcichholz 1993)

ذلك المفهوم الذي أصبح يشمل العمل على تحقيق حاجات المستفيد ورضا المستفيد والعمل على

التحسين المستمر عن طريق توفير المدخلات الأفضل وتنفيذ العمليات الأنسب. وهذا يعني العمل

الشامل لرفع مستوى الخدمات الصحية من جميع جوانبها حيث يشمل ذلك القيادة والتحسين

المستمر. ورفع مهارات الموظفين، والعمل الجماعي ومن هنا يأتي الحديث عن مفهوم إدارة

الجودة الشاملة ومبادئها في الخدمات الصحية [73] ص 312.

2.1.1.3. مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المنشآت الصحية

إن مفاهيم إدارة الجودة الشاملة هي امتداد للتراكم المعرفي الذي تم خلال الستين عاما

الماضية وقد نال مفهوم إدارة الجودة الشاملة، تقدير الكثير من المنشآت الصحية في الولايات

المتحدة وخارجها، حيث إن العديد من المنشآت الصحية في اليابان وأمريكا الشمالية قد حققت

نجاحا ملحوظا بتطبيق إدارة الجودة الشاملة.

إن مفهوم إدارة الجودة الشاملة يقوم على فلسفة المفهوم الشامل والتكاملي. ويهدف الارتقاء بمستوى أداء الخدمات الطبية والمساندة، وكذلك الارتقاء بمستوى الأداء الإداري للمنشآت الصحية، ويؤكد ذلك تعريف اوكلاندا (1989) لإدارة الجودة الشاملة الذي رصده على انه أسلوب لتحسين فاعلية ومرونة العمل بشكل عام، وأنها طريقة للتنظيم تشمل المنشأة بأكملها وفي ذلك جميع الأقسام والأنشطة والموظفون على جميع المستويات، ويشير gilparick سنة 1999 إلى إن تطبيق إدارة الجودة الشاملة أو التحسين المستمر للجودة يستدعي عدم البحث عن الأشخاص المتسببين في الانحراف أو الخطأ ولكن يستدعي التعرف على الأسباب المؤدية إلى ذلك.

إن الأهداف المرجوة من تطبيق إدارة الجودة الشاملة ، وتحسين الجودة المستمر في الرعاية الصحية ، كما يراها (wakefield et helms 1995)، تشمل على التقييم المنتظم لمدى كفاية الأنظمة والعمليات نحو تحقيق توقعات العملاء وتحديد وتحليل المسببات الحقيقية لانحراف الأداء وتصميم وتنفيذ برامج التصحيح التي يرجى إن تمنع حدوث الانحراف مستقبلا، وكذا يعد وسيلة للتقويم المستمر لكفاءة برامج التصحيح ، وأشارت GREENBERG et LEZZONI (1995) إلى أكثر من مفهوم لإدارة الجودة الشاملة في الرعاية الشاملة الصحية، منها أنها محاولة التعرف على مصادر الانحراف والعمل على التغلب عليها ،وأنها العمل على تصميم نظام صحي قائم حتى الاحتياجات [73] ص 313.

3.1.1.3. مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية

إن الاختلاف حول مفهوم الجودة في الخدمات الصحية، يؤدي حتما إلى الاختلاف حول مبادئها وبالتالي مقاييس الجودة المستخدمة بمراجعة أدبيات إدارة الجودة الشاملة يفتح تباين آراء الباحثين حول عدد المبادئ الرئيسية لتضم إدارة الجودة الشاملة ، فقد اختلف الباحثون حول ذلك.

1.3.1.1.3. التحسين المستمر

يتم التشجيع في المستشفى على التعاون والعمل بأسلوب الفريق ، وهناك رؤية استراتيجيات بعيدة المدى تأكدها الإدارة العليا لبناء وترسيخ معاني ومبادئ الجودة في هذا المستشفى ، ويقدم للمستشفى فرصا كافية للتدريب والتثقيف في مجال الجودة وصولا لتجويد المهارات اللازمة لأداء عملي وإدارة المستشفى تهتم بصحة وسلامة والرضا الوظيفي، وكذلك بيئة العمل، وهناك تحسن مستمر في جودة الخدمات التي نقدمها خلال العام المنصرم ، ويتم تقييم وتحسين أداء المستشفى بشكل مستمر، والتحسين المستمر لجودة العمل يعتبر احد المعايير الأساسية في هذا المستشفى ، وأخيرا يتم ممارسة التحسين المستمر للأداء في هذا المستشفى بشكل مستمر [73] ص 324.

2.3.1.1.3. اتخاذ القرارات بناء على المعلومات

وهذا العمل يعطي ثاني اكبر نسبة مفسرة بعد العامل الأول، وقد ارتبط بهذا العامل الأول عدد من بنود هي:

- هناك مستوى عال من المشاركة من خلاله يتم إشراك المرضى والممرضين في عمليات التخطيط واتخاذ القرارات.
- يتم الإخبار بأي معلومات جديدة تتعلق بجودة العمل الذي ينجز.
- هناك عملية تحسين مستمر لنشاطات الجودة عن طريق استخدام عدد من الأدوات مثل الرسوم البيانية للمتابعة وخرائط السبب والنتيجة وعمليات المراقبة الإحصائية وغيرها.
- يتم بشكل مستمر تحسين جودة الأجهزة والمعدات الضرورية لأداء عملي للحصول على نتائج دقيقة.
- توفر المعلومات اللازمة لتقديم جودة عالية في عملية التمريض.
- عملية اتخاذ القرارات في هذا المستشفى تتم بناء على تحليل جيد للبيانات الحديثة.
- وأخيرا يتم استخدام أساليب عمليات المراقبة الإحصائية لاكتشاف أي انحراف عن معايير الجودة [73] ص 327.

3.3.1.1.3. التعاون الجماعي بدلا من المنافسة

يركز نظام إدارة الجودة الشاملة على أهمية التعاون بين مختلف المستويات الإدارية في المنشآت بدلا من المنافسة بينهم، حيث انه من خلال هذا التعاون تستطيع الأقسام معرفة احتياجات الأقسام الأخرى من الموارد المادية، المالية والفنية وغيرها من المستلزمات الأخرى المختلفة التي تساعد على دعم عملية التحسين المستمر للمنشآت، ومن الملاحظ على سبيل المثال أن احد الأسباب الرئيسية للنجاح الياباني يكمن في تطبيقهم لمبدأ التعاون الجماعي بدلا من التنافس وقد اشتهر اليابانيون بذلك من خلال استخدام أسلوب " حلقات الجودة " ويكمن تحقيق التعاون بين المديرين والعاملين من خلال تقليل الآثار السلبية في نظام المكافآت و تقويم الأداء، وكذلك تشجيع العمل الجماعي كأداة فعالة للتحسين المستمر، إضافة إلى احترام آراء الآخرين، وإعطائهم الثقة بعملهم والاعتزاز به [14] ص 95.

4.3.1.1.3. دعم الإدارة العليا

وقد ارتبط بهذا العامل ستة بنود هي:

- متطلبات المرضى معروفة لمرضات المستشفى .
- يتم حل المشاكل التي تواجه المرضى بشكل سريع.

- الإدارة العليا تشارك في عملية تحسين مبادئ الجودة الشاملة في المستشفى.
- الإدارة العليا ملزمة بتحسين جودة الخدمات المقدمة في هذا المستشفى.
- هناك تأكيد دائم من الإدارة العليا على أنّ تحقيق معايير الجودة العالية هي مسؤولية شخصية لكل موظف في المستشفى.
- الإدارة العليا تعمل على خلق الشعور القوي لدى العاملين بمسؤولية المستشفى نحو المجتمع [73] ص 327.

5.3.1.1.3. الوقاية بدلا من التفتيش

تتعلق فلسفة إدارة الجودة الشاملة من مبدأ أن الجودة عبارة عن ثمرة العملية الوقائية وليست العملية التفتيشية، ففي نظريات الإدارة التقليدية نجد إن مراقبة الجودة أو التفتيش على مستوى الخدمات والسلع يكون بعد عملية التصنيع، أو تقديم الخدمة، هذه الطريقة التقليدية تستنزف الكثير من الطاقات البشرية والموارد المالية من أجل الكشف عن عيوب أو أخطاء العملية الإنتاجية. أما في حالة تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة، فإن ذلك سيؤدي إلى تقليص التكاليف وزيادة الإنتاجية، لأن هذا النظام يحاول إدخال عنصر الوقاية في العملية الإنتاجية، ومراقبة الانحرافات بأنواعها، سواء كانت لأسباب عامة أو لأسباب خاصة، كما أن نظام إدارة الجودة الشاملة يحث على تطوير فكرة الوقاية لدى العاملين أثناء ممارستهم لأعمالهم اليومية [14] ص 96.

6.3.1.1.3. التركيز على العميل

وقد ارتبط بهذا العامل أربعة بنود هي:

- تبنى أهداف عملية تحسين الجودة في هذا المستشفى على متطلبات وتوقعات المرضى.
- يقوم المستشفى بشكل مستمر بتحسين نشاطات إدارة الجودة الشاملة لمقابلة متطلبات وتوقعات المرضى، كما أن رضا العميل يعتبر إحدى الأدوات المهمة لإدارة الجودة في جميع أنشطة المستشفى.
- أخيراً، يتم تحليل البيانات التي تجمع من خلال استبيانات رضا العميل لتحديد مدى رضاه [73] ص 324.

2.1.3. تطوير إدارة الجودة الشاملة في نظام الخدمات الصحية

يشير العديد من المختصين في مجال الجودة، حالياً، إلى الحاجة إلى مفاهيم وتطبيقات للجودة الشاملة لتكون جزءاً لا يتجزأ من ثقافة المنظمة الناجحة، وقد بنيت تلك الحاجة نتيجة وعي

وإدراك للعديد من العمليات المتنوعة التي تساهم في جعل أي مصلحة ، أو عمل أو مشروع يعمل في مساره الصحيح.

ومن أهم العمليات الرئيسية الثلاث هي:

- العيوب الصفرية، وهي مقابلة عملية من الصعب جدا بلوغها، أو الوصول إليها.
 - عملية مقابلة متطلبات العميل، وهي مهمة مستمرة التزايد.
 - عملية اشتراك جميع الموظفين في موضوع الجودة الشاملة.
- وقد أسهمت جميع العمليات السابقة في التحسين المستمر لجودة [72] ص 458.

1.2.1.3. تثبيت الالتزام بإدارة الجودة الشاملة

تتوقف الرؤية المبدئية للجودة الشاملة في الرعاية الصحية على الوعي والالتزام بالقيم الثقافية الملازمة للإدارة الجودة الشاملة الناجحة، التي يمكنها ضمان الاستمرار ، وسوف يتعرف المديرين والأطباء والممرضين القائمين بالمعالجة الطبيعية الجوهرية لهذه القيم ، وعلى كل حال فهي تتباين من حيث تطبيقها السلوكي والعملي.

والجانب الأكثر إثارة للجدل في هذه القيم ، هو ذلك الجانب الذي يربط تحسين الجودة بتكاليف الرعاية الصحية، ثم إن التوتر القائم بين الحاجة الملموسة إلى تمويل إضافي لتحسين الجودة والخفض الممكن للتكاليف الناجمة عن تحسينات في الجودة يحتاج إلى الفهم واضح، وإدارة بالغة الدقة ، كما إن هذه الرؤية تتوقف على نموذج واضح وشامل لإدارة الجودة الشاملة وتنفيذها. وهو النموذج الذي يمكن تطبيقه ضمن وضع معين للرعاية الصحية [72] ص 34.

وقد تم تحديد عشرة من المقومات الأساسية في وحدات مقدمي الرعاية الصحية، إذا عولجت، أمكنها إن تكون ذات عون في ضمان استمرار التزام هيئة العاملين، وهذه المقومات يمثلها الشكل الآتي:

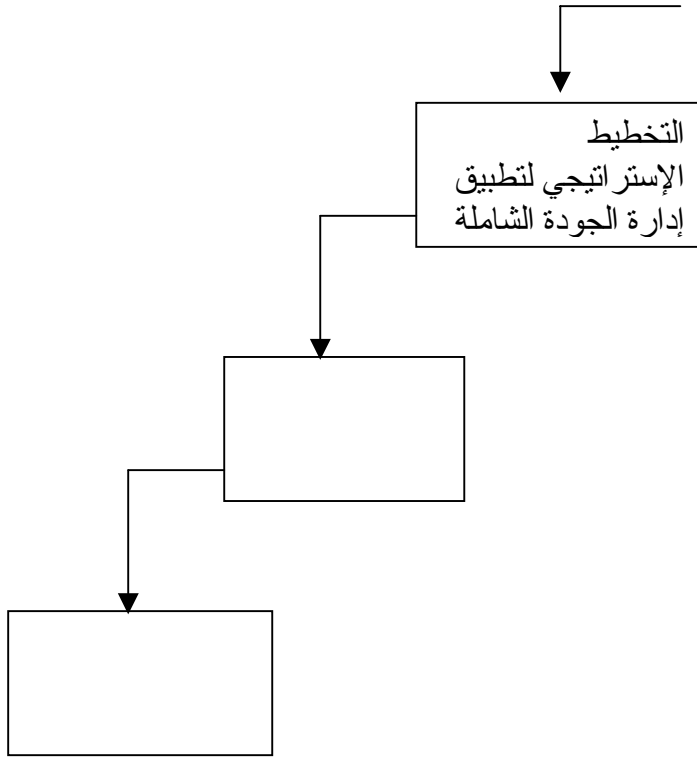
الالتزام بضمان الاستمرار
روح التجاوب عند العميل
القدرة والرقابة وإصدار التعليمات
العمل بروح الفريق، فرق تحسين الجودة والمشاركة
التصميم ووضع مقاييس وضوابط الجودة
التخطيط للجودة وهم العملية
قياس تكاليف الجودة
تنظيم الجودة وإدارتها
إلتزام الإدارة العليا بالجودة والتخطيط للجودة
الرؤية الإستراتيجية للجودة.

شكل رقم 34: المقومات الأساسية لضمان استمرارية التزام العاملين بأسلوب إدارة الجودة الشاملة [72] ص 460.

2.2.1.3. إستراتيجية الوصول إلى التزام الموظفين

يتطلب إدخال أسلوب إدارة الجودة الشاملة في قطاع مضطرب مثل قطاع الرعاية الصحية، قيادة شديدة وتوجيها قريبا من قمة التنظيم ، إضافة إلى وضع إستراتيجية متماسكة وخطة عملية لتطبيقه على النحو الصحيح ، ولمساعدة وحدة تقديم الرعاية الصحية على تطبيقه في جميع مراحلها وعلى جميع مستوياتها التنظيمية ، فذلك يحتاج إلى دمج مسار سلوك تطبقه مع سلوك أسلوب طريقة الشلال حتى يتم انسياب في كامل الوحدة الصحية [72] ص 53.





شكل رقم 35: تطبيق خطة إنسياب أسلوب إدارة الجودة الشاملة في وحدة الرعاية الصحية [72] ص 53.

ولضمان التزام الإدارة بدور مثالي اكبر اتجاه الجودة ينبغي إن تبرز السلوكيات التالية [72] ص 55 :

- وضع تصور واضح للالتزام بالإدارة بالجودة على المدى القريب والمتوسط والبعيد.
- إجراء اجتماعات فعالة ومستمرة وحفظ محاضر هذه الاجتماعات .
- ضمان وضوح أهداف الوحدة وتكاملها ومن المهم إن يستوعب كل فرد هذه الأهداف بصورة واضحة.
- القدرة على تبادل الأفكار والآراء بصورة جيدة لا تحاول إن تفقد الرسالة من خلال معالجة التفاصيل الفنية.
- الاستثمار في التدريب " درب للوقاية من الوقوع في الأخطاء أو إعاقة العمل.



شكل رقم 36: القيم الجوهرية لإدارة الجودة الشاملة [72] ص 57.

3.2.1.3. ضمان الجودة وتحسينها في النظم الصحية

لا يخفى علينا أن تحسين الصحة هو المبرر لوجود أي نظام صحي، وهو بالتأكيد، مرماء الأول والمحدد، وسعيًا إلى تحسين الصحة، انصبّ الاهتمام في تطوير النظم الصحية خلال عقد التسعينات من القرن العشرين، على زيادة كفاءة خدمات الرعاية الصحية وتحسين جودتها، وفي الوقت نفسه، دخل نظام الرعاية الصحية غمار حقبة جديدة، يسعى فيها إلى تيسير الحصول على الرعاية المناسبة والعالية المردود.

وقد تغيّر على مر الزمن، مفهوم الجودة في الرعاية الصحية وتطبيقه، ففي القرن السابع، قال الرسول صلى الله عليه وسلم: "إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه". واتخذ قادة المجتمعات من بعده أسلوباً مماثلاً، ووضعوا معايير محددة لـ "الأداء الجيد".

ويمكن تعريف الجودة بأنها عملية مستمرة للتحسين المتزايد. والجودة لا تعني بالضرورة إنتاج أعلى المنتجات، وإنما تعني ببساطة أن يؤدي المرء عمله بشكل أفضل باستمرار. ومن ثم، فالغرض من الجودة في الرعاية الصحية هو تلبية احتياجات وتوقعات المستهلكين الداخليين (العاملين، مقدّمي الرعاية) والخارجيين (المستفيدين، المشاركين)، والجودة في أساسها عملية من عمليات الاتصال الفعال بين مقدمي الرعاية الصحية ومُتلقيها، ولذا، فمن الأهمية بمكان إقامة ثقافة للجودة، الأمر الذي يتطلب أن يقوم كل عضو في النظام الصحي وكل مستوى من مستويات هذا النظام بممارسة ضمان الجودة وتحسينها بشكل روتيني.

والحق أنه لا يمكن تحقيق الجودة في الرعاية الصحية بمعزل عن سائر مستويات الرعاية، ولكن ينبغي إيلاء اهتمام زائد لمستوى الرعاية الصحية الأولية، إذ إنه المستوى الذي يتصل فيه

معظم المستهلكين اتصالاً مباشراً بالنظام الصحي، وقد تم إعداد عدد كبير من نماذج وطرائق إدارة الجودة التي يمكن تطبيقها على مختلف مستويات الرعاية، بما فيها الرعاية الصحية الأولية. وتشرح هذه النماذج عملية تحديد وانتقاء الفرص السانحة للتحسين وتبين ما يتفرّع عن هذه العملية من عمليات، وما يلزم اتخاذه من إجراءات في ضوءها لتحقيق نتائج أفضل، علماً بأن تطبيق هذه النماذج في مجال الرعاية الصحية يسهل عملية توفير الخدمات الملائمة والضرورية، ويساعد في الوقت نفسه على تحاشي الهدر والازدواجية [74].

ويتطلب تطبيق الجودة في الرعاية الصحية الأولية أول ما يتطلب، توافر بعض الموارد اللازمة للتدريب على منهجيات الجودة، وتأمين إمكانيات الرصد، وقياس الأداء، وإنجاز عمليات التحسين، فضلاً عن جمع المعطيات اللازمة لتوثيق وضع الرعاية ومستواها. غير أن الجودة تؤدي، على المدى الطويل، إلى تقليل التكاليف التي يتحملها النظام، بفضل خفض التدرجي للتكاليف المرتبطة بالإخفاق، ومن المهم للغاية لنجاح هذه المبادرة، وضع إطار مناسب، وبنية تنظيمية لضمان الجودة وتحسينها، مع وجود رؤية وأغراض واضحة وعملية ويعني ذلك التزام الإدارة بتحقيق نتائج.

والحق أن إضفاء الطابع المؤسسي على ضمان الجودة وتحسينها في الرعاية الصحية الأساسية هو أمر أساسي لمستقبل هذه المبادرة في الإقليم، غير أن هنالك عدداً من التحديات التي لا بد من التغلب عليها من أجل تحقيق النتائج المنشودة، ومن الأهمية بمكان للنجاح في هذا المضمار أن تلتزم قيادات الرعاية الصحية بتقديم الدعم السياسي اللازم ومناصرة التغيير المطلوب، وينبغي لجهود ضمان الجودة وتحسينها أن تتركز على بناء قدرات العاملين الصحيين وتعزيزها، واستخدام الموارد والمعطيات المتاحة بكفاءة، وتعزيز رضا مقدمي الرعاية والمستفيدين منها، وينبغي الانتفاع على أفضل نحو ممكن بما يمكن أن تسهم به وسائل الإعلام في التوعية بأهمية جودة الرعاية وحفز الطلب على الرعاية الجيدة.

وعلى الرغم من أن القرن الحادي والعشرين يجلب معه أخطاراً جديدة فإنه يحمل معه أيضاً فرصاً وأساليب جديدة للتصدي لهذه الأخطار، ويمكن للتكنولوجيات والاتجاهات المستجدة أن تحدث تحولاتاً في النظم الصحية، وتحسن من جودة الرعاية الصحية الأولية، وهنالك ثلاثة مواضيع أو مبادئ رئيسية من المرجح أنها سوف توجه البلدان والمنظمة في ما تبذله من جهود لتعزيز وترسيخ ضمان الجودة وتحسينها في الرعاية الصحية الأولية في العقد القادم، وهذه المواضيع أو المبادئ الثلاثة هي:

- أن الجودة لا بد من الاجتهاد في طلبها على نحو فاعل باعتبارها مسؤولية مشتركة.

- وأن الأداء، فضلاً عن الجودة، يمكن قياسه، وأن مؤسسات الرعاية الصحية الأولية والأفراد العاملين بها يمكن تقييمهم بموضوعية.

- وأن تعزيز الجودة يتطلب وجود قيادة نشيطة، وإقامة علاقات جديدة من الشراكة، وحشد الموارد.

وتقترح استراتيجيات وتوصيات مختلفة لوضع هذه المبادئ موضع التطبيق، وإحداث تغيير إيجابي في ما يبذل حالياً من جهود في بلدان الإقليم، ولتعزيز ضمان الجودة وتحسينها باعتبارها مسؤولية مشتركة في الإقليم، لا بد من مشاركة المجتمعات، والحكومات الوطنية، والهيئات التشريعية، والدوائر العلمية، والمنظمات المهنية، والقطاع الخاص، والمنظمات اللاحكومية والمنظمات الدولية، مشاركة فعّالة في هذا المضمار [74].

4.2.1.3. تكاليف الجودة أساس لتطوير خدمة الرعاية الصحية

إن التكلفة النسبية للزيادة التدريجية في أنشطة الوقاية والتقويم متصلة بإدارة الجودة، وفي بداية تطوير وتطبيق أدوات ووسائل وثقافة إدارة الجودة في نظام الخدمة الصحية، فإن تكاليف الجودة تعتبر جزءاً أساسياً للحفاظ على تطوير خدمة الرعاية الصحية المتميزة.

إن أحد مخاطر التعامل مع تكاليف الجودة بتفاصيل شديدة يتمثل في إن المديرين سينشغلون بدقة أكثر من اهتمامهم بقضايا الجودة، ومن المحتمل إن 20 بالمائة من المتغيرات تكون مسؤولة عن 80 بالمائة من تكاليف الجودة، وعليه فإن التركيز على البنود الرئيسية لعدم التوافق سيعطي أفضل النتائج على الجهد المبذول.

وقد أشير إلى أن غالبية الوقت المخصص للجودة يصرف على تصحيح الأخطاء التي حدثت، بمعنى أنها تعمل في إطار الفشل.

إن وفورات التكلفة الكبيرة أي التخفيض في تكاليف تدني الجودة، يمكن الحصول عليها إذا تم التعامل مع الوقاية بشكل أكثر جدية.

إن المراجعة الطبية وأساليب إدارة الجودة الشاملة الأخرى تهدف إلى منع حدوث المشاكل من خلال ما يلي:

- الإدارة في الوقت المناسب .

- تخفيض وأبعاد العمليات الزائدة.

- التخلص من العيوب والفشل [72] ص 240-241.

2.3. خلفية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي

تسعى المنشآت الكبيرة والصغيرة جميعا للارتقاء بمستوى الرعاية المقدمة حتى تصل إلى درجة " التفوق " الذي يعد مثلا يطوق إليه كل من مقدمي الرعاية والمستفيدين منها على حد سواء، حيث تقوم تلك المنشآت باستخدام العديد من الاستراتيجيات من أجل تحسين مستوى أدائها ومن أهم تلك الاستراتيجيات الاهتمام بالجودة بوصفها إستراتيجية مهمة تساعد المنشأة على توفير الخدمات التي تشبع الرغبات الكاملة للعملاء ، سواء داخل المنشأة أو خارجها وذلك عن طريق تلبية متطلباتهم واحتياجاتهم وتوقعاتهم المعلنة وغير المعلنة.

إن المنتبج لجودة الرعاية الصحية سيلاحظ أن الاهتمام بهذه الفكرة قديم جدا قدم الرعاية الصحية نفسها، بمعنى آخر فإن الاهتمام بجودة الرعاية و الإقرار بان على مقدمي الرعاية واجب دعم معايير الرعاية الصحية ليس موضوعا جديدا.

1.2.3. الخلفية التاريخية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية

بدأت نشأة الجودة كنظام إداري في اليابان مع بداية القرن العشرين ، وبعد نجاح منقطع النظير، انتشرت هذه الفكرة وحاول العديد من الدول الغربية تطبيقها على منشاتهم الصناعية، وكانت الولايات المتحدة الأمريكية من أوائل الدول التي قامت بتطبيق فلسفة الجودة على القطاع الصحي، وعندما نقلني نظرة تاريخية سريعة سنجد أن الالتزام بتقويم وتحسين مستوى وجودة الرعاية الصحية له تاريخ عريق تشهد به السجلات التاريخية الطبية .

فتاريخ الجودة يرجع إلى عام 2000 قبل الميلاد والى قانون حمو رابي ملك بابل ، حيث يحتوي قانونه على أقدم قوائم عرفها الإنسان تتعلق بتكاليف ورسوم الخدمات المقدمة، وبهذا الشكل جمع هذا القانون بين الجودة وتكلفة الرعاية الصحية ، كما تم إصدار مجموعة من القوانين شملت العقوبات الخاصة بالأخطاء الجراحية.

وفي القرن الخامس قبل الميلاد احتوت كتب "ثوث " Thoth في الحضارة المصرية القديمة على بعض معايير الممارسات الطبية ، حيث اعتبر أي انحراف عن هذه المعايير جريمة .

وأیضا في القرن الرابع قبل الميلاد وضع " أرسطو " قانونا يؤكد انه يسمح للأطباء بتغيير طريقتهم الاعتيادية في معالجتهم للمرضى حين لا تتحسن حالة المريض بعد اليوم الرابع من بداية مرضه.

وفي عصر الإغريق طلب أبو قراط من تلاميذه أن يقسموا يمينا على أن يقدموا إلى مرضاهم أفضل ما يمكن أن يقدموه من خدمة و رعاية صحية، كما انتشرت في أوروبا استخدام ما يطلق عليه " قسم الأطباء " ، حيث يتعهد الطبيب بان يصف الدواء والنظام العلاجي الذي ينفع المرضى ولا يستخدم أشياء قد تسبب ضررا لهم .

أما في الحضارات القديمة كالحضارات الإغريقية والرومانية والصينية والعربية الإسلامية كانت توجد مدارس طب منظمة وتقاليد جيدة لممارسة المهنة، كما وضعت قواعد مكتوبة حول التصرف المهني للطبيب.

وفي الإسلام نلاحظ أن هناك الكثير من الآيات الكريمة والأحاديث النبوية الشريفة تبين لنا أن الإسلام قد أرسى الأسس الصحيحة لبناء مجتمع قوي متماسك، إن الدارس لمبادئ إدارة الجودة الشاملة التي سنقوم بتوضيحها في الفصول اللاحقة سيجد أن تلك المبادئ بحد ذاتها قد تم ذكرها في الآيات الكريمة والأحاديث الشريفة وأن الإسلام اهتم بالجودة من خلال ترسيخ تلك المبادئ. كما يحث الإسلام العامل المسلم على إتقان عمله وأن يكون مسؤولاً عن جودته وسلامته من العيوب، كما يدعوا الإسلام على التحسين والجودة والإتقان في العمل وجعل لمن يحسن عمله أطيب جزاء.

وفي الحضارة الغربية، وتحديدًا في المملكة المتحدة قام المسؤولون عن الكلية الملكية بلندن عام 1518م بتوثيق فكرة أن إحدى مهام الكلية تكمن في دعم مستوى الطب لشرف المهنة بحد ذاتها ولفائدة الجمهور، أي الاهتمام بجودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى. وفي القرن الثامن عشر قدم الطبيب البريطاني "فرا نسس كليفتون" مبادئ أساسية للجودة النوعية، وفي عام 1908م قام الطبيب البريطاني "إموري جروفس" باستخدام طريقة النتائج النهائية لدراسة معدل الوفيات في خمسين مستشفى، ودلت نتائج دراسته على أن هناك حاجة ماسة لتطوير نظام للمعايير وتصنيفاتها بحيث تشمل تصنيفًا للأمراض والعمليات الجراحية والمقدرة على مقارنة البيانات، وكذلك استحداث نظام متابعة فعالة لبعض من الأمراض. وقد أدى أسلوب "نايتجيل" البسيط ومنهجها السهل إلى تخفيض معدل الوفيات في المستشفى تخفيضًا كبيرًا، حيث قامت بتقويم الرعاية الصحية المقدمة للمرضى من خلال الاحتفاظ بملاحظات الشخصية عن الحالات تحت الدراسة.

وفي مطلع هذا القرن، تطرقت أيضًا "إزبيل ستيوارت" لطرق قياس جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى والاستخدام الفعال للموارد، وقد طورت لائحة من ثماني نقاط عرفت باسمها "معايير ستيوارت" وذلك باستخدام الرأي المهني بدلًا من المعيار القياسي.

وشملت النقاط الثماني ما يلي:

- الأمان.
- نتائج المعالجة الطبية.
- راحة المرضى ورضاهم.
- التوفير في الوقت.

- التوفير في الطاقة والجهد.
- التوفير في المواد والتكاليف.
- البراعة في إتمام العمل .
- البساطة والتكيف مع ظروف العمل.

وعام 1910م قامت الجمعية الطبية الأمريكية بالتعاون مع مؤسسة " كارنجي " بتبني عملية تقويم للمدارس الطبية، ونتيجة لذلك التعاون فقد تم إصدار تقرير شامل أطلق عليه اسم " تقرير فلكسينر " نسبة إلى " أبراهام فلكسينر " (1866-1959) الذي تم تعيينه أول مدير لمعهد الدراسات المتقدمة في مدينة " نيوجرسي " عام 1930م، وقد اشتمل ذلك التقرير على معايير رسمية للدراسات النظرية والتطبيقية، وهذا التقرير يؤكد على أهمية تحسين الأداء ورفع مستوى الجودة النوعية للخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين، وبناء على ذلك ، فإن أفكار ومفاهيم الجودة في القطاع الصحي قامت على أساس الدعائم التي أرساها الخبراء المتخصصون في مجال التصنيع ، حيث تم استنباط الأفكار وتطوير الطرق و الأساليب العلمية لتلائم مكونات الخدمات الصحية وكيفية قياس الأداء العلاجي و الاستشفائي على حد سواء.

وهكذا تطورت فكرة اعتماد المستشفيات حيث انضمت الكلية الأمريكية للجراحين مع عدد من الجمعيات المهنية لتشكل هيئة مشتركة لاعتماد المستشفيات في عام 1951م ، ويطلق على هذه الهيئة في الوقت الحاضر اسم " الهيئة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية "

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization

والمعروفة باسمها المختصر " جاکو JACHO " ، ومنذ ذلك التاريخ فقد قامت الهيئة المشتركة بمعاينة وتقويم حوالي 85% من جميع المستشفيات التي تزيد سعتها على 100 سرير .

وفي عام 1953م، قامت " JACHO " بإصدار كتيب عن المعايير لاعتماد المستشفيات ، وفي فترة الستينات ، تم تطوير معايير لمنظمات صحية متخصصة ، حيث تم تأسيس برنامج لاعتماد منشآت كبار السن في عام 1965م ، وفي عام 1966م ، اشترطت هيئة العناية بكبار المسنين في الولايات المتحدة الأمريكية إجراء اختبارات مزدوجة للجوانب المتعلقة بضرورة جودة الخدمات التي تغطيها الرعاية الطبية، وقد هدفت هذه الفكرة إلى تحسين الجودة ومراقبة الخدمات المقدمة، ومن ثم تقويمها.

كذلك تم وضع برنامج خاص لاعتماد المنشآت المتخصصة في الصحة النفسية عام 1970م.

وفي الفترة نفسها، قامت الحكومة الفدرالية الأمريكية عام 1972م بتأسيس ما يطلق عليه

" منظمات مراجعة المعايير المهنية " Professional Standards Review

Organizations

والمعروفة باسمها المختصر " PSRO " وذلك لتقويم الخدمات الصحية المقدمة من قبل المنشآت الصحية وتحديد علاقة الفعالية بالتكاليف ومدى كفاءة تلك المنشآت الصحية.

أما في منتصف السبعينات لوحظ أن القانون الفيدرالي الأمريكي يطالب المستشفيات التي ترغب في الحصول على شهادات اعتماد أن تقوم باستحداث برامج للجودة النوعية في كل من أقسام العيادات الخارجية في المستشفيات والمنظمات الصيانة الصحية Health Maintenance Organizations المعروفة بـ " HMO " وكذلك العيادات الطبية الخاصة.

وعام 1979م قامت " JACHO " بتدشين فكرة الجودة النوعية حيث تم إصدار كتيب بعنوان " معايير الجودة النوعية "، في نفس الوقت قامت هيئة كندية لاعتماد المستشفيات بوضع معايير على المستوى القومي مشابهة للمعايير الأمريكية ، وقام أيضا المجلس الاسترالي الصحي بوضع المعايير نفسها أو معايير مشابهة لها تتناسب مع ظروف المستشفيات الاسترالية، وكذلك قامت الهيئة المشتركة النيوزلندية عام 1980م بنشر وثائق علمية عن المعايير الأساسية لاعتماد المستشفيات، كما أن الممارسات الرائدة لاعتماد مستوى جودة الخدمات الصحية موجودة في بريطانيا، وللأهمية المتزايدة لتطبيق برامج الجودة، قامت الدول الأوروبية الأعضاء في منظمة الصحة العالمية باستحداث لجان متخصصة على مستوى تلك الدول وذلك من اجل إنشاء وتطوير برامج الجودة كإحدى الاستراتيجيات المتوقعة تطبيقها فعليا مع بداية التسعينات.

وفي سنة 1984م، تبنت الهيئة الأمريكية المشتركة فكرة متطلبات الإجازة (الاعتمادية) لتطوير الجودة و ملائمة أساليب التقديم ومراقبة الرعاية الصحية ، وفي عام 1988م قامت " JACHO " بتحديد ووصف المؤشرات التي سوف تخضع للمتابعة والتقويم ، وعام 1989م نشرت الهيئة المشتركة " السمات المطلوبة في النشاطات إدارة المخاطر " في العدد الذي اصدر عام 1989م من " دليل اعتماد المستشفيات " ، وفي عام 1990م أصدرت الهيئة " برنامج التغيير " الذي بدأ في إعداده عام 1987م.

وفي أوائل التسعينات (1992م) قامت " JACHO " بتعديل مسمى الجودة النوعية إلى مسمى " تحسين الجودة المستمر " continuous quality improvement وكذلك مسمى " تحسين الجودة وتقويمها "، ومن خلال هذه المحاولات فقد تمت إضافة معايير لتشمل الجانب الإداري والقيادي بدلا من التركيز على الخدمات الصحية فقط [14] ص 06-24.

2.2.3. مفهوم الجودة في قطاع الخدمات الصحية

تسعى المنشآت الكبيرة والصغيرة جميعا للارتقاء بمستوى الرعاية الصحية المقدمة حتى تصل إلى درجة التفوق الذي يعد هدف كل من مقدمي الرعاية الصحية والمستفيدين منها على حد

سواء، حيث تقوم تلك المنظمات باستخدام العديد من الاستراتيجيات من أجل تحسين مستوى أدائها.

ومن أهم تلك الاستراتيجيات، الاهتمام بالجودة بوصفها إستراتيجية مهمة تساعد المنظمة على توفير الخدمات التي تشبع الرغبات الكاملة للعملاء، سواء داخل المنشأة أو خارجها ، وذلك عن طريق تلبية متطلباتهم واحتياجاتهم وتوقعاتهم المعلنة وغير المعلنة.

1.2.2.3. مفهوم الجودة في الرعاية الصحية

تعرف الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية، الجودة بأنها "درجة الالتزام بالمعايير الحالية والمتفق عليها للمساعدة في تحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو مشكلة طبية معينة، ومن خلال دراسة هذا التعريف يمكن القول أن الجودة عبارة عن الدرجة التي تكون عندها الخدمات الصحية تزيد من احتمال الحصول على نتائج غير مرغوب فيها مع الأخذ في الحسبان درجة ومستوى المعرفة في تلك الفترة، ويعرف "تروديتورو" الجودة بأنها "إستراتيجية عمل أساسية تسهم في تقديم سلع وخدمات ترضي بشكل كبير العملاء في الداخل والخارج، وذلك من خلال تلبية توقعاتهم الضمنية والصريحة.

ومن خلال تقريرهم عن الدراسة التي قام بها المعهد الأمريكي للطب، عرف كل من " لوهر وهاريس ولينج " مفهوم الجودة بأنه "مدى الزيادة المحتملة للنتائج الصحية المتوخات من الخدمات الصحية المقدمة للأفراد والسكان التي تكون متناسقة مع المعرفة المهنية الحالية ".
ويعرف لبيوف وإرسوز الجودة بأنها إنجاز الأعمال الصحيحة بشكل صحيح وتتعلق فكرة كل من لبيوف وارسوز من أن المنشآت أو أي فرد فيها يستطيع أن يعمل الأشياء الصحيحة أو غير صحيحة بطريقة صحيحة أم خاطئة كما هو موضح في الشكل [14] ص 43- 46 :

الانجاز(+)

الأشياء الخاطئة

الأشياء الصحيحة

تم عملها بشكل صحيح	تم عملها بشكل صحيح
(-) العمليات	(+) العمليات
الأشياء الخاطئة تم	الأشياء الصحيحة تم
عملها بشكل خاطئ	عملها بشكل خاطئ
(-)	

شكل رقم 37: الأبعاد الرئيسية للجودة حسب مفهوم "ليبوف وارسوز" [14] ص 46.

1.1.2.2.3 مفهوم الجودة النوعية للخدمات الصحية

هناك عدة تعريفات للجودة النوعية من قبل الهيئات أو الأشخاص الذين أجروا أبحاثاً على الموضوع على سبيل المثال، عرفت الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية للجودة النوعية بأنها برنامج مصمم على مستوى المنشآت لمراقبة وتقييم الجودة ومدى ملائمة رعاية لكسب الفرص المتاحة لتحسين مستوى ورعاية المرضى والأداء الاستشفائي وإيجاد حلول للمشكلات المحددة.

و عرف "وليمسون" الجودة النوعية بأنها قياس المستوى الحقيقي للخدمة المقدمة مع بذل الجهود اللازمة لتعديل مستوى تلك الخدمات، ويعرف "إيليس" و "تينجتون" الجودة النوعية بأنها مجموعة الإجراءات الموضوعية، للتأكد من والقدرة على ضمان تحقيق مستويات عالية من جودة الخدمة الصحية المقدمة، كما عرف "تومسون" الجودة النوعية بأنها تحقيق أفضل نتيجة لكل مريض تجنب المضاعفات التي قد يسببها الطبيب المعالج ثم الإهتمام بالمريض وذويه بصورة تحقق التوازن بين ما أنفقه المريض وما حصل عليه من الفوائد إضافة إلى ضرورة التوثيق المعقول للعملية التشخيصية والعلاجية، و عددت كل من "كاتس وقرين" مفهوم الجودة النوعية " بأنها عملية تحديد ووضع للمعايير القياسية ومتابعة الممارسات المالية وتقييم ما ينشأ عن هذه الممارسات من مشكلات ثم إيجاد حلول لها " [14] ص 64-66.

- وهناك تعريف آخر عرضه "سميدال" للجودة النوعية في خدمات التمريض على النحو التالي: " إن هدف الجودة النوعية هو التأكيد للمستفيد أن خدمات التمريض على درجة معينة من التفوق عن طريق القياس والتقييم المستمر"، وتعرف "سملترز" الجودة النوعية بأنها الفحص والتقييم المنتظم للممارسة التمريضية".

- إن الجودة النوعية مصطلح له تعريفان فهو بالنسبة لدوائر الرعاية الصحية التقليدية عملية تعد وتصمم لتلبية الاحتياجات والمتطلبات التنظيمية الخارجية وللتأكد من أن الرعاية الصحية التي تقدم للمرضى مطابقة للمعايير والمواصفات المحددة لهذا الغرض، أما الجودة النوعية بمعناها الحديث، فهي تعني، خارج نطاق الرعاية الصحية، تصميم المنتج أو خدمة ما ثم مراقبة إنتاج هذا المنتج أو تلك الخدمة بصورة تجعل من السهل ضمان جودة المنتج أو الخدمة المقدمة.

- ومن خلال دراسة التعريفات السابقة يمكن القول إن برامج الجودة النوعية تتميز بأنها توفر آلية للتأكد من أن مستوى الرعاية والخدمات التي تقدم للمرضى يطابق ما سبق تحديده من معايير، وإن تلك البرامج قد صممت لحماية المرضى وتحسين مستوى الرعاية التي توفرها المنشآت الصحية.

2.1.2.2.3. نشاطات إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي

إن وجود برنامج شامل لإدارة الجودة على المستوى العام للمستشفى يعد أمراً ضرورياً، وذلك لأهمية الجودة على المستويات كافة في المستشفى، وكذلك للتأكد من انسيابية الاتصال بين الأقسام والإدارات المختلفة ومن أجل تحقيق الشمولية فإن نظام إدارة الجودة يجب أن يشمل على النشاطات التالية [14] ص 78-80 :

أ- مراقبة جودة الرعاية المقدمة على مستوى المستشفى ككل وتحقيق أعلى مستوى من الرعاية الصحية من خلال الاستغلال المناسب والفعال للموارد المتاحة.

ب- وضع نظام متكامل لمراجعة وتوثيق الرعاية والخدمات، وذلك من خلال تقويم مستويات الرعاية التي يقدمها المستشفى في جميع الأقسام الإدارية وكذلك التعرف على مدى ملائمة نظام الرعاية القائم لاحتياجات المرضى وأنها تقدم إليهم في مواعيدها المحددة.

ج- رفع الروح المعنوية للأفراد والإطراء على أدائهم عند تحقيقهم للأهداف ومساعدتهم في تحديد احتياجاتهم من التعليم المستمر وزيادة الاهتمام بالدورات التدريبية بمختلف أنواعها.

د- التأكد من وجود نظام مناسب فعال للاتصال والتبليغ والتوثيق لنشاطات إدارة الجودة ورفع تقاريرها بصفة دورية إلى إدارة المستشفى والهيئة الطبية ورؤساء الأقسام والجهات ذات العلاقة، وتحقيق التكامل والتنسيق بين الإدارات القائمة التي تقوم بنشاطات إدارة الجودة بين المستشفى.

هـ- اتخاذ الإجراءات اللازمة للتأكد من أن العمليات والسياسات والإجراءات التنظيمية للمستشفى مطابقة للمواصفات التي وضعتها وزارة الصحة، ووضع أسس لتنفيذ وإستيفاء المتطلبات التنظيمية والقانونية للهيئات الرسمية التي تقوم بعمليات تقويم المنشآت الصحية.

و- تحديد صلاحيات ومسؤوليات قسم إدارة الجودة الذي سوف يركز على منع حدوث المشكلات واكتشاف ما يحدث منها. وتحسين مستوى الرعاية المقدمة للمرضى، وصياغة هيكل تنظيمي فعال عن طريق تحديد الالتزامات.

ز- وضع إجراء أو نظام يسمح بواسطة لأي موظف أو طبيب في المستشفى بالتعرف على المشكلات وجوانب النقص وتقديم الأفكار والمقترحات اللازمة لها لمراجعتها ودراستها وتحليلها في ظل برنامج إدارة الجودة.

ي- صياغة وإعداد معايير تتعلق بجانب الرعاية الخاضع للمتابعة ثم جمع وتقويم البيانات بصورة دورية من أجل اكتشاف جوانب النقص أو معرفة الفرص المتاحة لتحسين مستوى الرعاية ومستوى الأداء السريري.

2.2.2.3. أهمية إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي

فيما سبق، واجهت المنشآت الصحية ضغوطا مختلفة ومتعددة داخليا وخارجيا ومن هذه الضغوط، على سبيل المثال ارتفاع تكاليف المعدات والأجهزة الطبية والتوجه نحو فكرة التخصص على مختلف أنواع الخدمات الصحية الحديثة وقد صاحب هذه الزيادة الطلب على زيادة أخرى في الاهتمام بتلبية احتياجات العملاء وتوقعاتهم وارتفاع حدة التنافس بين المنشآت الصحية المماثلة وانتشار الأخطاء الطبية، وزيادة نسبة الشكاوى القانونية ضد المستشفى بسبب سوء الممارسة الطبية والمسؤولية المتزايدة تجاه الجمهور، لذا بادرة أغلب المنشآت الصحية بتطبيق برنامج الجودة النوعية أو إدارة الجودة، وذلك من أجل تحسين جودة أدائهم والحفاظ على سمعة المنشآت الإدارية والإكلينيكية من خلال الاهتمام بجودة الرعاية والخدمة الصحية الموفرة. وبشكل عام، توفر الجودة فوائد ملموسة وغير ملموسة لكل من مقدمي الخدمة والمستفيدين على حد سواء ومن هذه الفوائد على سبيل المثال [14] ص 28-31 :

1.2.2.2.3. مستويات إنتاجية أحسن

إن الهدف من إدارة الجودة هي تحسين جودة الرعاية الطبية والخدمات الأخرى التي يوفرها المستشفى وكذلك الاستخدام السليم للموارد المالية والاستفادة من النظم الحديثة في المجال الطبي وتقليل نفقات الرعاية الصحية وتشجيع الإدارة على تقويم جودة الإنتاجية وكميتها بدلا من التركيز على كمية الإنتاج حتى تصل إلى المستوى الأمثل المتوافق مع أهداف المستشفى ومعاييرها عن طريق التقويم والمتابعة الموضوعية المنهجية للجودة ومدى ملائمة الرعاية المقدمة والبحث الدائم على الفرص التي يمكن من خلالها تحسين مستوى الرعاية وحل ما يتم اكتشافه من مشكلات.

2.2.2.2.3. الرضا المتزايد للعميل

من المعروف أن من الأهداف الأساسية لإدارة الجودة تقديم خدمة أفضل للعميل تتناسب مع متطلباته وتوقعاته، لذا فإن نتيجة عملية تحسين الجودة تكون في نهاية رضا العميل، وتحوز المنشآت على رضا العميل، من خلال الجهود المتמاسكة التي يبذلها كل فرد لكسب العمل إلى زيادة الثقة من قبل العملاء عندما يرون تحقيق رغباتهم فيما يتعلق بجودة الخدمات.

3.2.2.2.3. تحسين معنويات الموظف

هناك جانب أساسي في إدارة الجودة الشاملة يتمثل في مشاركة الموظف في صنع القرار المتعلق بالعمل، حيث يتم تشجيع الموظفين على المشاركة في المعلومات والمعارف وإقتراح الحلول المناسبة للمشكلات، مما يساعد على انطلاق الطاقة الفنية الخلاقة الكامنة لدى الموظف حيث يكون لديه شعور كبير في تحسين مركز المنشآت.

3.2.2.3. مجالات ولجان أقسام إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي

سنوضح فيما يلي مجالات و لجان إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية.

1.3.2.2.3. مجالات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي

ويطبق نظام إدارة الجودة على جميع الأقسام والخدمات والوظائف للمستشفى ومن هنا فإن هذا النظام يجب أن يغطي المجالات التالية على سبيل المثال لا الحصر [14] ص 81 :

- 1- الهيئة الطبية
- 2- خدمات التمريض
- 3- خدمات العيادات الخارجية.
- 4- الإدارة الهندسية.
- 5- خدمات الطوارئ.
- 6- الخدمات الاجتماعية.
- 7- العلاج الطبيعي.
- 8- المختبرات.
- 9- خدمات التخدير ووحدة العناية المركزة.
- 10- إدارة خدمات الصيدلة.
- 11- الخدمات المساندة (النظافة، المغسلة، التعقيم المركزي).
- 12- الأشعة .

- 13- التموين الطبي.
- 14- السجلات الطبية.
- 15- إدارة خدمات التغذية.
- 16- مراقبة العدوى.
- 17- إدارة التعليم والتدريب.

وينبغي على جميع أقسام الإدارات والوحدات الأنفة الذكر وغيرها أن تعقد اجتماعات دورية لمراجعة الحالات وفقاً للمعايير المحددة لغرض تقويم جودة الرعاية المقدمة كما يفضل نفل وإبلاغ نتائج هذه الاجتماعات وأية أعمال متابعة قد تكون ضرورية بشكل دوري إلى لجنة الجودة النوعية بالمستشفى وإلى اللجنة الطبية التنفيذية.

2.3.2.2.3. لجان أقسام إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي

يقوم عدد من اللجان صور من كافة محاضرة الاجتماعات وتقارير النشاطات والدراسات وغيرها من البيانات ذات العلاقة بصفة دورية إلى قسم إدارة الجودة، من هذه اللجان ما يلي [14] ص 83 :

- 1- لجنة الوفيات والأمراض.
- 2- لجنة السجلات الطبية.
- 3- لجنة مراقبة العدوى.
- 4- لجنة مراجعة الاستخدام الأمثل للمواد.
- 5- لجنة إدارة السلامة.
- 6- لجنة خدمات التمريض.
- 7- لجنة الأدوية والخدمات الصيدلانية.
- 8- لجنة وحدة العناية المركزة وغرفة العمليات الجراحية.
- 9- جميع اللجان التابعة للأقسام والخدمات المساندة الأخرى، على سبيل المثال:
 - أ- الخدمات الإجتماعية.
 - ب- النظافة والمغسلة.
 - ج- الإدارة الهندسية.
 - د- العلاج التنفسي.
 - هـ- المختبرات والأشعة.
 - و-خدمات وحدات العناية المركزة.
 - ز-العلاج الطبيعي.

ح-التغذية .

3.3.2.2.3. مهام أقسام إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي

- 1- إعداد تقارير عن عمليات التقييم السنوي لإدارة المستشفى.
- 2- إعداد التقرير الشهري وتقديمه للجنة التنفيذية بالمستشفى.
- 3- تقديم المعاونة الفنية للخدمات المساندة من أجل تنسيق نشاطات إدارة الجودة بين الإدارات والأقسام.
- 4- تقديم المشورة بخصوص تصميم برنامج إدارة جودة وصياغة المؤشرات وجمع المعلومات والبيانات وتحليلها.
- 5- مساعدة إدارة الجودة واللجنة التنفيذية وإدارة المستشفى في تنفيذ مهامهم ومسؤولياتهم المتعلقة بنشاطات إدارة الجودة.
- 6- وضع نظام إداري يكفل سرية البيانات وما يتعلق بها من معلومات [14] ص 81.

3.2.3. مقارنة بين نظامي إدارة الجودة الشاملة و الجودة النوعية في قطاع الخدمات

الصحية

- أوضح لييوف وارسوز أوجه الشبه والاختلاف بين الجودة النوعية وإدارة الجودة الشاملة نلخصها فيما يلي [14] ص 108 :
- الغرض الأساسي لنظام الجودة النوعية تحسين مستوى وجودة الرعاية الاستشفائية للمرضى.
 - يسعى نظام الجودة النوعية إلى حل المشاكل العارضة، أما نظام إدارة الجودة الشاملة فيسعى إلى التحسين المستمر للجودة.
 - يطالب نظام إدارة الجودة الشاملة بإزالة الحواجز بين الأقسام في المنشأة الواحدة، بينما نجد نظام الجودة النوعية يفصل بين الأقسام.
 - يعتمد نظام الجودة النوعية على أساليب المراجعة والتدقيق باستخدام الرسوم البيانية، أما إدارة الجودة الشاملة فتعتمد على أساليب أكثر شمولاً وتطوراً بالإضافة إلى الأساليب المستعملة في النظام السابق ذكره.
 - نظام إدارة الجودة الشاملة يشجع على مشاركة كل فرد في عملية اتخاذ القرار، بينما نظام الجودة النوعية يعتمد تكوين لجان لمناقشة المواضيع المطروحة.
 - يركز نظام إدارة الجودة الشاملة على أهمية الولاء والانتماء من قبل العاملين، بينما نظام الجودة النوعية لا يعد هذه النقطة ذات أهمية للمنشأة.

- تعد التكاليف من الأمور المهمة في نظام إدارة الجودة الشاملة، نظام إدارة الجودة الشاملة لا يركز على أهميتها.
- نظام إدارة الجودة الشاملة يعتمد على التخطيط المسبق بينما نظام الجودة النوعية يعتمد على ردود الأفعال.
- يقوم نظام إدارة الجودة الشاملة بعملية التنظيم طبقاً للعمليات الخاصة برعاية المرضى، بينما نظام الجودة النوعية فيقوم بعملية التنظيم من خلال الهيكل التنظيمي.
- العملاء بالنسبة لنظام الجودة النوعية هم المرضى (عملاء خارجيون) ، أما بالنسبة لإدارة الجودة الشاملة فهم الخارجيين والداخليين (المرضى والمستخدمون).

4.2.3. أهمية إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية

إن من أهم الأسباب الداعية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي، هو قدرتها على تجنب المنشآت الصحية التكلفة المترتبة على تقديم الخدمات الصحية بجودة متدنية، وقدرتها على تحسين الأداء المالي وتخفيض مصروفات الرعاية الصحية وتقليل الأخطاء وتحسين العمليات إضافة إلى أن الجودة تقوم على تخفيض التكلفة وتحسين مستوى رضا العملاء، كما أنها تساعد منشآت القطاع الخاص على الوقوف أمام المنافسة القوية .

يضاف إلى ذلك أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يمكن الإدارة من التعرف على احتياجات المستفيد والعمل على تحقيقها، وكذلك يمكن المنشأة من العمل على الحصول على بعض الشهادات الدولية في هذا المجال [73] ص 314.

3.3. العوامل المؤثرة على نظام الجودة في المنظمة الخدمية

طالما ارتبطت جودة الخدمات بعوامل كثيرة ومختلفة أدت إما إلى الارتقاء بها وتحسينها، أو إلى تدني مستواها وبذلك لا توافق رغبات العملاء.

1.3.3. تطبيق نظام الجودة في منظمة الخدمة

في هذا الصدد يمكن أن نوصي بما يلي [8] ص 232 :

- 1- تحليل الخدمة وخصائص تقديمها، أي سرعة الإستجابة و إحترام العميل وراحته، والأداء الفني والمهني للخدمة وهكذا.

- 2- تصميم أساليب للقياس والرقابة، أي توائم بالبنود موضع الرقابة وآليات الرقابة.
- 3- تنفيذ مشروع لتوليف أو تركيب نظام الجودة مع المواصفات من خلال إرساء سياسة الجودة و الإلتزام بها وعمل خطة تنفيذية.
- 4- تهيئة آلية مستمرة للمراجعة.

1.1.3.3. تقديم الخدمة

يتمثل تقديم الخدمة في إطار من العمليات والإجراءات، والتي قد لا يراها العميل أو لا تكون ملحوظة لديه جزئيا أو كليا، وقد تستخدم في هذا الإطار نماذج معينة، ضمن دورة مستندية و أدوات خاصة بأداء الخدمة.

ويمكن من خلال نظام الجودة في المنظمة الخدمية مراقبة أداء كل من الخدمة وتقديمها. إن الكثير من الخصائص النوعية التي يقيّمها العملاء بشكل شخصي غير موضوعي، مرشحة للقياس الكمي من جانب منظمات الخدمة وهذا يصدق في مجالات مثل تقديم الطعام وزمن الاستجابة لطلب العميل في كافة أنواع الخدمة وتوضح المواصفة الخصائص التالية كمتطلبات كمية يسهل تحديدها :

- الطاقة الإنتاجية (عدد العاملين، المستلزمات المستخدمة في أداء الخدمة).
- وقت انتظار العميل، ووقت عملية الخدمة وتسليمها ، هذا إضافة لخصائص نوعية أخرى هي أسلوب الاستجابة لطلب العميل ، سهولة نيل العميل للخدمة ، الود والاحترام والبشاشة والتلطف والراحة ، والاعتبارات الجمالية في مكان تقديم الخدمة والتمكن ، والنواحي الفنية في أداء الخدمة ، والمصادقية ، والاتصال الفعال ، أضف إلى ذلك صحة وسلامة وامن العملاء وشعور العملاء الإمكانية في الاعتماد على المنظمة الخدمية وخدماتها ، وقد يؤدي عمليات الخدمة باستخدام مكنة جزئية أو كاملة (قد يكون أدائها شخصيا تماما أو إلى حد كبير، وهنا قد نقارن عملية مكاملة تلفونية مع عملية استشارية قانونية ، وكلما زادت إمكانية وصف العملية وتحديد خصائصها زادت القدرة على تطبيق نظام مراقبتها) .

2.1.3.3. تعريف الجودة في الخدمات

تعطى قراءة الوثائق السابقة لإصدار الطبعة الأولى من الايزو انطبعا واضحا عن الصعوبة التي صادفت واضعو المواصفات لتحديد المسائل المرتبطة بجودة الخدمة ، لاسيما الفرق بين مدلول كل من الخدمة وخصائص تقديم الخدمة، و مع ذلك يمكن تمييزهما ،والخدمة لها خصائص يمكن للعميل ملاحظتها ، ومن ثم تكون موضعا لتقييمه وذلك مثل :

- إجراءات مرحلية قد تستخدم بها نماذج معينة ضمن دورة مستندية.
- مهارات بشرية فنية في أداء الخدمة.
- مهارات سلوكية في التعامل (الإنصات، التحدث، الإقناع والتأثير).
- التصميم لجو مادي يؤثر نفسيا ، وهو الجو المحيط بالخدمة.
- المستوى المهني الفني لإخراج مطبوعات صادرة عن المنظمة الخدمية بما يهيئ انطبعا أو صورة ذهنية معينة عن المنظمة الخدمية ومنتجاتها في الخدمات.
- أما فيما يخص التعريف الدقيق للجودة ، فإن الوصول إليه صعب للطبيعة غير الملموسة وتزامن إنتاجها واستهلاكها، إلا أننا سنذكر التعاريف التالية:
- " جودة الخدمة هي المطابقة لمجموع الخصائص ، بمعنى أن المنتج الجيد أو الخدمة الجيدة يجب أن تشمل كل الخصائص التي تعبر عن درجة إرضاء الاحتياجات المتوقعة " [75] ص 21
- " هي المقارنة بين توقعات الزبون قبل استعمال الخدمة و رأيهم في الجودة بعد استعمالهم للخدمة " [76] ص 45.

3.1.3.3. خصائص جودة الخدمات

يمكن إبرازها وتلخيصها في الجدول التالي [77] ص 133- 134 :

جدول رقم 09: خصائص جودة الخدمة [77] ص 134.

الأداء خصائص التشغيل الأولى.	- الاحتفاظ بالنقود وتحويلها وتوفيرها (البنوك) - أسواق التسليم (وكالات الدعاية). - استشارات الأملاك (مساحي الأرض).
الملاح	- الاستشارة (التامين على الحياة).

<ul style="list-style-type: none"> - قابلية المشروع للتطبيق (التأجير). - إدارة السندات المالية (البورصة). 	دعم الوظائف الرئيسية.
<ul style="list-style-type: none"> - دقة الفواتير. - دقة السجلات. - الأداء في الوقت المحدد. 	الوثائق ثبات مستوى الأداء، الوثوق وقلة فرص الخطأ
<ul style="list-style-type: none"> - إرسال بيانات معاملة في الحال. - استدعاء الزبون بسرعة. - تقديم خدمة فورية. 	الاستجابة رغبة العاملين في تقديم الخدمة.
<ul style="list-style-type: none"> - خبرات ومهارات العاملين. - خبرات ومهارات العاملين بالتشغيل. - قدرات المنظمة على إجراء الأبحاث. 	الكفاءة توفر المهارات المطلوبة.
<ul style="list-style-type: none"> - التدقيق المالي (المحاسبين). - الاختبارات الطبية (الأطباء). - الالتزام بلوائح البناء (المهندسين المعماريين) 	المطابقة مدى مطابقة الخدمة للمستوى المطلوب.
<ul style="list-style-type: none"> - توفر الخدمة. - المهلة المطلوبة لتوصيل الخدمة. - الساعات المناسبة للتشغيل. - الموقع المناسب لتقديم الخدمة. 	سهولة التعامل مدى سهولة الاتصال.
<ul style="list-style-type: none"> - خدمات التعليم والتدريب. - الأبحاث والتطوير . - المشورة المالية. 	الدوام والاستمرارية طول فترة استغلال السلعة أو الخدمة.
<ul style="list-style-type: none"> - الاهتمام بمنتجات العميل. - المظهر النظيف و المنسق. 	اللباقة الأدب والاحترام والود في التعامل.
<ul style="list-style-type: none"> - شرح الخدمة. - توضيح تكلفة هذه الخدمة. - توضيح العلاقة بين قيمة الخدمة وتكلفتها. 	الاتصال إبلاغ الزبائن باستمرار واستخدام لغة سهلة الفهم.
<ul style="list-style-type: none"> - سمعة المنظمة. - سمعة الخدمة. - خصائص الشخصية لدى مسؤولي الاتصال. 	الجودة الملحوظة المصداقية ، الأمانة ، استحقاق الثقة
<ul style="list-style-type: none"> - الأمان المالي. - السرية. 	الأمان عدم وجود خطر أو مغامرة أو شك
<ul style="list-style-type: none"> - معرفة طلبات الزبون الخاصة - إعطاء الزبون اهتمام شخصي خاصة 	معرفة / وفهم الزبون محاولة فهم حاجات الزبون
<ul style="list-style-type: none"> - إمكانية مادية ملموسة - معدات تستخدم في أداء الخدمة. 	الملموسات دليل ملموس للخدمة

4.1.3.3. الأيزو في الخدمات

أفردت مواصفة الأيزو بالخدمة وهي المواصفات 9004 جزء ثاني وسميت عناصر جودة الإدارة ونظام الجودة ، إرشادات للخدمات وبعد هذا امتدادا هاما لمواصفات الأيزو لمجال لم يكن معتادا خضوعه لأي مواصفات رسمية ، كما يمثل تحولا رئيسيا في الاتجاهات العالمية اتجاه

قياس الجودة في منظمات الخدمة، حيث سيؤدي انتشار تطبيق المواصفة للإستفادة من خدمات مؤكدة الجودة ، حيث يمكن وصف وتوثيق نظام الجودة الذي يفرزها ، وتوضيح صياغة مقدمة وثيقة الايزو الأصلية أن أهمية الجودة وفاعلية النظم التي تقيس وتراقب جودة الخدمات تلقى اهتماما متزايدا على النطاق العلمي ، لذلك كان إصدار هذه المواصفات العالمية الجديدة 2-9004 سعيا لتشجيع مديري المنظمات في القطاع الخدمي لتبني إجراءات رسمية للجودة.

وقد يسأل السائل كيف يمكن قياس جودة الخدمات ؟

والإجابة هي أن المواصفات تفترض أن العملاء يحددون حاجاتهم ورغباتهم التي يمكن فهمها والوفاء بها ، ومن ثم يمكن على ضوء ذلك وضع مجموعة عناصر لنظام جودة خاص لمنظمة الخدمة ، وتمكن تطبيقه في كافة أنواع الخدمات.

وتتطبق مواصفة الايزو 9000 للخدمات على كل عملية خدمية رغم أن الملحق الخاص بالمواصفة يقدم فقط بمجالات الخدمة الرئيسية المقصودة في هذا الصدد وهي [8] ص 126:

- الضيافة.
- الاتصالات.
- الصحة.
- الصيانة.
- المرافق.
- التجارة العامة.
- العمليات المالية.
- العمليات المهنية، الفنية، القانونية، الهندسية، الأمنية، والإدارية و في مجال إدارة الجودة.
- الاستشارات الإدارية والفنية.
- العمليات الفنية كالاستشارات الفنية والاختبارات المعملية.
- الشراء.
- البحوث والتطوير.
- إدارة الموارد البشرية والحاسبات، وخدمات المكاتب.

2.3.3. المهام الأساسية التي تواجه الخدمات

نتيجة لتزايد المنافسة بين شركات الخدمات تواجه هذه الشركات ثلاث مهام أساسية هي

كيفية [57] ص 231- 232 :

- إدارة جودة الخدمات

- إدارة التمييز
- إدارة الإنتاجية

1.2.3.3. إدارة جودة الخدمة

يقصد بجودة الخدمة " نوعية الخدمات المقدمة المتوقعة والمدركة وهي المحدد الرئيسي لرضا المستهلك أو عدم رضاه، لذلك فإن بعض المنظمات تجعل من هذه المسألة من أولويات العمل لديها لتعزيز جودة الخدمة:

وهناك عدة متغيرات ذات علاقة بنوعية وجودة الخدمة المقدمة إلى المستهلكين وهي:

1.1.2.3.3. المادي

وهو الدليل للخدمة كمرافق والتسهيلات المنظمة كالألات وملابس العاملين في المطاعم، والطيران.....الخ.

2.1.2.3.3. الثقة

وهي قدرة المنظمة على إنجاز الخدمة التي وعدت بتقديمها إلى المستهلكين (المستهدفين) بشكل دقيق وصحيح وثابت.

3.1.2.3.3. الاستجابة

وهي رغبة واستعداد وقدرة موظفي المنظمة على تقديم الخدمة المناسبة لهم.

4.1.2.3.3. ثقة المبادلة

وتعود إلى معرفة وحسن الضيافة للموظفين وقدرتهم من زرع الثقة بينهم مستهلكي الخدمة (المستهلكين).

5.1.2.3.3. العناية

وتعود إلى رعاية وتركيز الخدمة على أساس فردي من خلال حاجات المستهلكين وعليه فإن المستفيد يستنتج نوعية الخدمات المقدمة من قبل المنظمة من خلال الأفراد، المكان، المعدات، أدوات الاتصال.

وقد أظهرت الدراسة المختلفة أن شركات الخدمة ذات الإدارة المتميزة تشترك بعدد من الممارسات المتعلقة بالنوعية وكما يأتي:

1.1.2.3.3. التصور الاستراتيجي

حيث تتكون لدى شركات الخدمة الراقية بتصورات دقيقة وواضحة حول طبيعة زبائنها واحتياجاتهم الفعلية مما جعلها تريح ولاء الزبون الدائم .

2.1.2.3.3. تاريخ إلتزام الإدارة العليا بالنوعية

حيث تتميز الشركات بإلتزامها الكلي بالنوعية حيث تبحث إدارتها ليس فقط عن الأداء الحالي وإنما كيفية أداء الخدمة بشكل أفضل.

3.1.2.3.3. وضع قياسات عليا

تقوم أفضل الشركات بوضع قياسات لمستوى نوعية الخدمة

4.1.2.3.3. وضع أنظمة لمراقبة أداء الخدمة

مؤسسات الخدمة المتميزة تتابع بإستمرار أداء خدماتها وخدمات منافسيها وتستخدم عدد من الوسائل لقياس الأداء إعتقادا على آراء الزبائن والمقترحات والشكاوي وفرق مراقبة الخدمة.

5.1.2.3.3. أنظمة إرضاء المشتركين من الزبائن

حيث تتميز هذه المؤسسات بسرعة الإستجابة لشكاوي الزبائن.

6.1.2.3.3. إرضاء العاملين والزائن في آن واحد

إلى جانب ما تقدمه شركات الخدمة المتميزة لزبائننا في مجال تطوير نوعية الخدمة فإنها تقدم أداء تسويقيا داخليا لمساعدة العاملين ومكافئة أدائهم الجيد.

قدم كل من (Berry. Zithaml. Parasuraman) نموذجا لنوعية الخدمات يوضح المتطلبات الرئيسية لتقديم نوعية الخدمة المتوقعة حيث يحدد خمسة نقاط أساسية يمكن أن تسبب فشل أداء الخدمة [57] ص 234 :

1.1.2.3.3. الفجوة مابين توقعات الزبون وتصور الإدارة

فالإدارة قد لا تمتلك التصور الصحيح عن ما يريده الزبائن فقد تفكر إدارة المستشفى بأن المرضى يريدون طعاما أفضل إلا أنهم يهتمون أكثر بمدى استجابة الممرضين.

2.1.2.3.3. الفجوة بين تصور الإدارة وميزان نوعية الخدمة

فقد يكون لدى الإدارة التصور الصحيح لرغبات الزبائن إلا أنها لا تضع قياسا لأداء معين فقد تطلب إدارة المستشفى من الممرضات تقديم خدمات سريعة دون تحديد نوعية هذه الخدمات أو عددها من الناحية الكمية مما يخلق فجوة في مجال تقديمها.

3.1.2.3.3. الفجوة بين خصائص نوعية الخدمات وتقديمها

حيث يمكن للعاملين أن يتلقوا تدريبا محدد أو أن يقوموا بأعمال تفوق طاقاتهم أو أنهم غير قادرين أو غير راغبين في تحقيق ما مطلوب منهم.

4.1.2.3.3. الفجوة بين القيام بالخدمة والاتصالات الخارجية

حيث تتأثر توقعات الزبائن بالتصريحات التي يدلي بها ممثلو الشركات وإعلاناتهم فإذا ظهر في إحدى كراسات مستشفى معين وجود غرف جميلة وعند وصول المريض يكتشف أن الإعلان كان فضلا يحصل أن الإتصال الخارجي شوه ما كان الزبون يتوقعه.

5.1.2.3.3. الفجوة بين الخدمة المتصورة والخدمة المتوقعة

حيث تظهر الفجوة عندما يقيس الزبون أداء بطريقة مختلفة ولا تكون نوعية الخدمة كما كان يتصور فإن يستمر الطبيب على زيادة المريض ورعايته إلا أن المريض يفسر تكرار الزيادة لأغراض أخرى أو أن هناك خطأ في العلاج يدعو الطبيب لتكرار زيارته.

2.2.3.3. إدارة التميز

يشكو مسوقو الخدمات غالبا من صعوبة تميز خدماتهم عن خدمات منافسيهم، أن عدم انتظام عدد من الصناعات الخدمية (مثل الاتصال ، النقل ،الصيرفة....) اوجد منافسة سعرية حادة، والحل في مواجهة هذه المنافسة السعرية ، يكمن في تطوير عرض تفاضلي (متميز) وبشكل خاص في مجال التسليم والرمز (استخدام علامة مميزة) ،كما يمكن أن يتضمن العرض ميزات مبتكرة قياسا بالعروض التنافسية.

ويمكن لشركات الخدمة أن تميز " إيصال " خدماتها بثلاث طرق (من خلال الناس والبيئة الطبيعية ومن خلال العمل " الأداء" عن طريق الاعتماد على أشخاص لهم القدرة على الاتصال بالزبائن بشكل يميزهم عن منافسيهم كما يمكن للمنظمة أن تطور بيئة مادية أكثر جذبا ليتم تقديم الخدمات فيها.

3.2.3.3. إدارة الإنتاجية

تقع شركات الخدمة تحت ضغط كبير لزيادة إنتاجيتها وحيث أن العمل في شركات الخدمة يتم بالتعقيد فان التكاليف تتصاعد بسرعة بسبب الخصائص المميزة للخدمة، وهناك ستة أساليب يمكن من خلالها إنتاجية الخدمات:

- جعل منفذي الخدمة يعملون بجد ومثابرة أكثر.
- زيادة كمية الخدمة من خلال التنازل عن بعض النوعية.
- تصنيع الخدمة من خلال تقسيمها واستخدام معدات في إنتاجها.
- التقليل من الحاجات من الخدمات عن طريق إيجاد البدائل مثل صناعة القمصان التي لا تحتاج إلى الكي قللت الحاجة إلى خدمات محلات الكي.

- تصميم خدمة ذات تأثير اكبر، فعيادات الإرشاد لتقديم نصائح الإقلاع عن التدخين قد تقلل الحاجة إلى خدمات طبية مكلفة مستقبلا.
- إعطاء محفزات للزبائن للمشاركة في إنتاج الخدمة مثال ذلك مطاعم الخدمة الذاتية (حيث يستبدل عمل النادل بخدمة الزبون لنفسه).

4.1.3.3. الاختلافات الأساسية بين الجودة والتميز في تقديم الخدمات

مما لا شك فيه أن الجودة والتميز مترابطان بشكل وثيق ، فكما أن التسويق يتحسن بالمبيعات ويتسع وفق المحاسبة المالية، فإن المستفيدين يرتقي لو أمكن الربط بين الجودة والتميز، وأن كل من الجودة والتميز يرتبطان في مجال الوفاء في احتياجات المستفيدين ويتمثل كل منهما في مجالات عديدة منها:

الإصغاء إلى المستفيدين ومعالجة شكاوهم والمحافظة على المناخ من العلاقات الجيدة والطيبة معهم.

إذن فالتركيز هنا هو على العملية التي يتم فيها إرضاء المستفيدين ذلك من خلال:

- تقليل الوقت المستغرق بين طلب الخدمة وتقديمها.
- تبسيط عملية تقديم الخدمة.
- تلافي العوامل التي تؤدي إلى الأخطاء في أداء الخدمة.
- خلق مناخ يمكن فيه تحقيق التحسن المتواصل في أداء الخدمة.
- ضمان وجود العاملين في المنظمة التي يتفاعلون مع المستفيد بشكل جيد ويتمتعون معهم بعلاقة طيبة.

1.4.1.3.3. مفاتيح الجودة والتميز

تتميز مفاتيح الجودة في تقديم الخدمة بموجب المواصفات والمعايير أما التميز فيخاطب رضا الزبائن من خلال التفاعل معهم وجها لوجه ،مع التطلع إلى الطرق والوسائل التي تجعل الزبون يشعر بالخصوصية في حصوله على الخدمة، إذ يخلق هذا الشعور الخاص لدى الزبون من خلال [57] ص 238 :

- الإثارة المستمرة والتصرفات الطيبة أثناء تقديم الخدمة التي لا يقلدها المنافسون والاهتمام بالتفاصيل المرافقة للخدمة.

- تعديل مستوى الخدمة بالإستفادة من المؤشرات المستقاة من ردود فعل الزبون.

وهكذا فإن مفاتيح التميز هي إدخال البهجة في نفس الزبون، بما يفوق توقعاته من المنظمة، وهذا يعني ضرورة الإصغاء له والإبداع في الخدمة وتحقيق التفاعل بين العاملين والزبائن فهو

يؤكد على زيادة ارتياح الزبون من الخدمة والمنتج وما يحيط بهما وجعله أسهل مثالا وأكثر تنافسا وخصوصية أي أن التميز يقوم على الإثارة والعلاقات الطيبة والثقة المتبادلة ، أي أن هذه المقومات تشكل أركان التميز في حين أن الجودة تأخذ بعضها.

3.3.1.2.4.2. كيفية تأثير الجودة والتميز على أداء المنظمات

تتفاوت الجودة عن التميز في التأثير على أداء المنظمة في أربع مجالات أساسية هي [57]

ص 238- 239 :

- التكاليف:

يعتمد مدخل الجودة على تخفيض التكاليف من خلال التدقيق بين الأوقات المتاحة بين العاملين والاحتياجات المتوقعة للزبائن ثم تبسيط العمل وتقليل الأخطاء أما مدخل التميز فنادرا ما يقلل التكاليف لأنه غالبا ما يشكل في حد ذاته تكاليف مضافة على المنظمة تستعاد من خلال الحصة الأكبر في السوق.

- التمايز في السوق

تؤكد الجودة على الحاجة بان تكون المنظمة أفضل من منظمة أخرى في مجالات الدقة والراحة والتوقيت الدقيق واللياقة، أما التميز فيؤكد على تمايز المنظمة من خلال جعل المستفيد يشعر بأنه يتعامل بخصوصية مع المنظمة.

- تدريب العاملين لرفع مستوى الخدمة

تحدد الجودة معايير يقاس بها تقدم الخدمة ، إذ يتعلم العاملون ضرورة أداء واجبه بطرق وأساليب محددة لضمان الوصول إلى المعايير الأعلى للخدمة وبدون حصول الأخطاء، أما التميز فيجعل الموظف مسؤولا عن إرضاء المستفيدين وبأقصى ما يستطيع كما يتطلب من الموظف استخدام المنطق في تخطي بعض الإجراءات التي تقف في وجه تحقيق هذه الأهداف.

- الاهتمام بملاحظات المستفيد

من حيث إدخال التحسينات تؤكد الجودة على الترويج من خلال الكلمة المشجعة على التعامل والتأكيد على أن الموظف يعرف دقائق عمله ونادرا ما يخفق في إرضاء المستفيد.

3.3.3. النماذج الأساسية لتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي

لقد تم اقتراح العديد من النماذج الأساسية لتطوير وتطبيق نظم الجودة في المنشآت الصناعية والخدمية على حد سواء.

إن من أشهر رواد الحركة النوعية في الصناعة والقطاع الصحي على سبيل المثال "

ارموند فيجنوم" و " وليام دمينج" و " جوزيف جوران" و " فليب كروسبي" و " وولتر

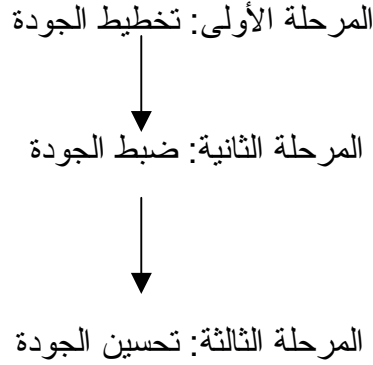
شوهارت" و "مارتن ماري" و "دونابيديان" وجميعهم من الولايات المتحدة الأمريكية، ومن رواد الجودة في اليابان "كاورو ايشيكاوا" و "جينيتشي تاجوشي" و "تايشي اونو" ، كما تعد الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية " جاكو JACHO " من أشهر الهيئات العالمية المهتمة بالحركة الواعية في مجال الرعاية الصحية، وفي عام 1987 تم تأسيس " جائزة جودة مالكولم بالدريج الوطنية MALCOLM BALDRIGE NATIONAL QUALITY A WARD " حيث تسعى اغلب المنشآت الأمريكية للحصول على هذه الجائزة وذلك من خلال تقديم أفضل الخدمات وبأقل التكاليف [14] ص 131.

1.3.3.3. نموذج جوران للجودة

يعد جوران من أوائل رواد الجودة ، حيث قام بتأليف عدد كبير جدا من الكتب والمقالات العلمية ومن أشهرها كتابه عن مراقبة الجودة عام 1951 quality control hand book وفي عام 1979 قام جوران بتأسيس معهد متخصص في إدارة الجودة أطلق عليه اسم "معهد جوران" كما قام بتطوير نموذج للجودة أطلق عليه اسم "ثلاثية جوران للجودة" ، ويشمل هذا النموذج ثلاث مراحل مختلفة تبدأ بمرحلة تخطيط الجودة ثم مرحلة مراقبة الجودة وأخيرا مرحلة تحسين الجودة. فكانت هذه العمليات الإدارية الثلاث تستخدم إما لإدارة وتخطيط الجوانب المالية ومراقبتها وتحسين نظمها ، وبعد ذلك قام جوران بتطبيق هذا الأسلوب على إدارة الجودة . ويعرف جوران الجودة بأنها " ملائمة الاستعمال أو الهدف " ، ومن خلال هذا التعريف فانه من الملاحظ أن جوران يرى الجودة من زاويتين:

- محاولة تقليل النقص أو العجز في المنتج أو الخدمة المقدمة وبالتالي تخفيض معدلات الأخطاء.
- محاولة تحسين شكل المنتج ومحتوياته من اجل تحقيق إشباع للاحتياجات ومتطلبات العملاء وتوقعاتهم . ويؤكد جوران أن الاهتمام بهاتين النقطتين سيساعد في تحقيق عدد من الأهداف منها على سبيل المثال :

- زيادة درجة رضا العملاء .
- زيادة المقدرة على التنافس مع المنشآت المماثلة.
- زيادة الربحية على الأمد الطويل .
- انخفاض معدلات الأخطاء.
- انخفاض الازدواجية في العمل.
- انخفاض معدلات الخسائر والتلف [14] ص 147 - 148.



شكل رقم 38: العناصر الأساسية لنموذج جوران للجودة [14] ص 148.

2.3.3.3. نموذج مارتن ماري للجودة

اقترح مارتن ماري نموذجا لقياس الجودة في القطاع الصحي وذلك عن طريق استخدام كل من المقاييس غير الموضوعية والمبنية على مشاهدات و أدلة مادية سواء إدارية أو عيادية ، إن مثل هذا النموذج الشامل يوفر لمقدمي الرعاية الصحية صورة أوضح عن ماهية التوافق الحقيقي أين موقع المنشآت بالنسبة للوضع المثالي ؟ وماذا يجب عليهم عمله لتحقيق أعلى مستوى ممكن من التفوق في الرعاية الصحية؟

من المعروف أن هناك نوعين من المقاييس المستخدم في قياس جودة الأداء في المنشآت الصحية كما يلي [14] ص 147- 148 :

- المقاييس الموضوعية.

- المقاييس غير الموضوعية.

وتبنى المقاييس الموضوعية على حقائق وأرقام فعلية لا تدخل فيها وجهات نظر أو آراء شخصية، مثال ذلك معدل حالات الوفيات في المنشآت الصحية أم معدل مكافحة العدوى أم نسبة الممرضات للأطباء أو نسبة الأطباء للمرضى، ومن جهة أخرى فإن المقاييس غير الموضوعية تبنى على آراء شخصية ووجهات نظر فردية قد يتخللها بعض من التحيز سواء كان تحيزا جنسيا أو عنصريا أو إقليميا أو تحيزا نتيجة عدم معرفة المقوم بإبعاد المشكلة، وبغض النظر عن نوع التحيز، فإنه يفضل ألا تأخذ هذه المقاييس غير الموضوعية وحدها تقييم جودة الأداء لأنها قد تؤدي إلى نتائج عكسية وغير مرضية.

مثال هذه النوعية من المقاييس غير الموضوعية " رضا المرضى عن الخدمات الطبية المقدمة" ومن هذا المنطلق ولكي تقوم منشآت الرعاية الصحية لتقويم جودة أدائها بطريقة أفضل فإن على إدارتها أن تضع إطارا شاملا لأغلب المقاييس الموضوعية وغير الموضوعية، أن مثل

هذا الإطار يمكن أن يثبت قيمته الحقيقية لمنشأة الرعاية الصحية التي تبحث عن مستويات عالية من الأداء وتسعى لأخذ مركز مرموق لها بين المنشآت الصحية المماثلة [14] ص 162-163.

3.3.3.3. نموذج جاكو للجودة

في عام 1951 تم تأسيس الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية والمعروفة بإسمها المختصر JCAHO (جاكو) ومنذ إنشائها فقد اهتم القائمون عليها بعمليات تحسين الجودة كعملية التدقيق الطبي، وتقويم الرعاية الطبية، وفي أواخر السبعينيات تم توسيع مفهوم فكرة التحسين وأطلق عليها إسم الجودة النوعية، وخلال معظم فترات الثمانينات استخدمت الهيئة المشتركة (جاكو) كلا من الهيكل التنظيمي والمنشآت والنشاط الداخلي كمحورين أساسيين لجهود الهيئة المشتركة في تأييد الجودة ولمساعدة المستشفيات في تنفيذ نشاطات الجودة النوعية كما قامت الهيئة المشتركة بتطوير نموذج للجودة يتمثل في عشر خطوات أساسية كما يلي:

- 1- تحديد مسؤولية المراقبة والتقويم.
- 2- تحديد مجالات الخدمات الطبية المقدمة وأنواعها.
- 3- تحديد نوعية الخدمات الطبية الأكثر أهمية.
- 4- تحديد المؤشرات اللازمة لتقويم الخدمات الطبية المختارة .
- 5- وضع الحدود المعيارية المساعدة في عملية التقويم.
- 6- على الفريق المسؤول جمع البيانات اللازمة وتحليلها .
- 7- تقويم الرعاية عندما يتم تحقيق الحدود المعمارية.
- 8- إتخاذ الإجراءات التصحيحية لحل المشكلة.
- 9- على الفريق المسؤول تقويم فعالية الإجراءات التصحيحية.
- 10- وأخيرا عل الفريق المسؤول كتابة تقرير وإرسال صور منه للأقسام ذات العلاقة بالمشكلة القائمة.

عند دراسة نموذج جاكو للجودة سنلاحظ أن الأفكار نفسها موجودة في نموذج جوران وكذلك نموذج دائرة شوهارت ، حيث يمكن تقسيم الخطوات العشرة لنموذج جاكو إلى ثلاثة مراحل أساسية وهي:

مرحلة تحديد المشكلة ومرحلة تقويم المشكلة وأخيرا مرحلة اتخاذ الإجراءات التصحيحية، يساعد نموذج جاكو في عملية وضع الأولويات، ومن أجل تطبيق هذا النظام قامت الهيئة باستخدام أربعة معايير لضبط عملية التحسين، وهذه المعايير هي [14] ص 168-169 :

- 1- حجم المتضررين من النشاطات الداخلية.

- 2- الأفراد الذين يواجهون المخاطرة.
- 3- المشكلات التي تظهر بشكل مستمر ومن فترة إلى أخرى.
- 4- التكاليف.

4.3. مشاكل وتكاليف منشآت الخدمات الصحية

وكأي منظمة هادفة أو غير هادفة للربح، فإن المنظمات الصحية تعاني بدورها من عدة مشاكل تعترض مسارها الاقتصادي وبالأخص مسارها الاجتماعي بالدرجة الأولى، وعل من أهم هذه المشاكل هي تفاقم التكاليف، والتي تثقل كاهل ميزانية المنظمات الصحية التي تعتبر بدورها ضئيلة وموجهة، وهنا يبرز دور إدارة الجودة الشاملة التي تعمل على تخفيض التكاليف والتوجيه الصحيح والسليم للنفقات.

1.4.3. المشكلة الاقتصادية والخدمات الصحية

هناك مشكلة يومية تواجه المشتريين ومن يقدمون الخدمات العامة وتتمثل في عدم وجود موارد كافية لتلبية كل الحاجات المشروعة وقد لا تكفي الموارد المتاحة لتلبية بعض الحاجات العاجلة أحيانا، فمثلا نجد المرضى الذين يذهبون لمراكز الحوادث والطوارئ يحتاجون للدخول للكشف أو العلاج، قد يحتاجون للتحويل إلى مستشفى آخر وهذه القضايا ترتبط بشدة بالقرارات الهامة التي يجب أن تتخذ يوميا، و التي تتطلب وضع خطط هامة لمستقبل نمط الخدمات الصحية و استخدام الموارد الهامة، ومن أهم المشاكل الاقتصادية للخدمات الصحية هي [59] ص 55 :

1.1.4.3. الندرة والاختبار

تتمثل المشكلة الأساسية التي تواجه المستهلكين ومقدمي الخدمة الصحية في أنه بينما تكون الحاجات الإنسانية غير محدودة، فإن عرض الموارد المتاحة لإشباع هذه الحاجات يكون محدودا، وهذا يعني أنه يجب أن تكون هناك اختيارات يقوم بها المستهلكون أو من يمثلهم، بشأن الخدمات التي سيشترونها من دخولهم المحدودة وهناك اختيارات يقوم بها المنتجون بشأن السلع والخدمات التي سيعرضونها بمواردهم المحدودة وتصبح هذه المعضلة صعبة إذا لم تأخذ في الاعتبار حاجة

المستهلكين لتخطيط حاجاتهم المحتملة في المستقبل، وحاجة المنتجين إلى تخطيط كيفية تلبية هذه الحاجات عندما تظهر.

2.1.4.3. تكلفة الفرصة البديلة

تتضمن الاختيارات السليمة استخدام الموارد المحدودة لتحقيق أفضل نتيجة ممكنة ، فمثلا لا يعد استخدام جراح ماهر في إجراء عملية تقليدية بمثابة الاستخدام الأمثل لذلك المورد، إذا أمكن استخدام هذا الجراح في نشاط أكثر تعقيدا ، وكذلك فإن استخدام احد أسرة المستشفى المجهزة المكلفة لمجرد استخدام مريض بحالة عادية لا يمثل أفضل استخدام لهذا السرير، إذا كان هناك سرير ارخص في إطار الرعاية يمكن استخدامه بدون ضرر للمريض ، وعادة مما يعني استخدام احد الموارد لأحد الأغراض انه لم يعد متاحا للاستخدام في أغراض أخرى.

3.1.4.3. الاختيارات الاقتصادية

تظهر مشكلة الخيارات الاقتصادية عندما يحاول المجتمع تقديم إجابات للتساؤلات الأساسية المتعلقة بالمشكلة الاقتصادية، والتي تتمثل في:

- 1- ما هي الخدمات الصحية التي يجب إنتاجها، وبأي كميات ؟
 - 2- كيف يتم إنتاج هذه الخدمات الصحية ؟
 - 3- من الذي يجب أن يحصل على تلك الخدمات الصحية، وعلى أي أساس ؟
- وهذه هي الأسئلة التي يجب أن يواجهها الأطباء والمديرون والسياسيون والمستهلكون ، ونظرا لان الموارد محدودة دائما، يجب اتخاذ قرارات بشأن عدد عمليات وان كنا سنستخدم الأدوية أو الجراحة لعلاج حالات معينة، ومن هم المرضى الذين يجب علاجهم أولا ، وقد يتمثل واقع الحال في عدم تقديم بعض أنواع العلاج على الإطلاق، وبالتالي يجب على كل طرف أن يوازن بين اهتماماته بهدف تقديم أفضل خدمة ممكنة في حدود الموارد المتاحة.

2.4.3. التحليل الاقتصادي للتكاليف في منشآت الخدمات الصحية

تعتبر عملية تحديد وتصنيف وتحليل التكاليف ، عملية حيوية لكل المنشآت العاملة في مجال الإنتاج السلعي أو الخدمي، لأنها تقدم أساسا للتسعير ولقرارات الاستثمار المستقبلية، وتحديد أوجه عدم الكفاءة، ولذلك يجب تصنيف التكاليف بأكثر قدر من الوضوح ، وكما سيتضح فان هذه

العملية ليست سهلة في الخدمات الصحية، وسندرس التكاليف وعلاقتها بعملية الإنتاج والتغير في نطاق ذلك الإنتاج في منشآت الخدمات الصحية [59] ص 179.

1.2.4.3. تصنيف التكاليف في منشآت الخدمات الصحية

تختلف تصنيفات التكاليف التي تتحملها المنشأة في العملية الإنتاجية باختلاف الهدف وراء تحليل التكاليف، فيما إذا كان الهدف لأغراض تحديد الكفاءة، أم لأغراض التسعير، أم لأغراض التحليل المالي ودراسة الجدوى، ... وغير ذلك.

لذلك ستكون هناك تصنيفات عديدة للتكاليف، ولعل أهمها [59] ص 180 :

1.1.2.4.3. التكاليف الثابتة والمتغيرة وشبه المتغيرة

* التكاليف الثابتة

تمثل التكاليف الثابتة تلك التكاليف التي لا تتغير مطلقاً مع تغير مستوى نشاط المشروع خلال الأجل القصير (سنة واحدة غالباً)، وتشمل أمثلة التكاليف الثابتة، تكاليف المباني والإيجارات أسعار الفائدة، التكاليف الرأسمالية للألات والمعدات، اشتراكات التأمين، مرتبات العاملين.

* التكاليف المتغيرة

هي تلك التكاليف التي تتغير باستمرار مع مستوى نشاط المشروع وتشمل تكاليف طعام المرضى، مفروشات الأسرة، المواد المستهلكة في غرفة العمليات مثل قفازات المطاط القطن..... الخ.

* التكاليف شبه المتغيرة

تجمع التكاليف شبه المتغيرة بين عنصري الثبات والتغير، إذ أنها تختلف مع اختلاف مستوى الإنتاج ولكن ليس بصورة مستمرة.

2.1.2.4.3. التكاليف المباشرة وغير المباشرة

يمكن تصنيف التكاليف على أساس ما إذا كانت ترتبط بنشاط معين مباشرة أن يصعب ربطها على نشاط بعينه.

* التكاليف المباشرة

تعرف بأنها التكاليف التي يمكن فصلها وهي التكاليف التي يمكن ربطها بمنتج أو بخدمة معينة ، أو بعملية إنتاجية بعينها، ففي المستشفيات يمكن تصنيف تكاليف الأدوية وغرفة العمليات كتكاليف مباشرة، لأنه يمكن ربطها بمريض معين وبالتالي ربطها بخدمة وتخصص معينين.

* تكاليف غير المباشرة

تعرف على أنها التكاليف التي لا يمكن ربطها بمنتج أو خدمة معينة وقد يرجع هذا إلى عدم وجود النظم، وقد يكون مكلفا جدا في بعض الحالات ، وتشمل أمثلة التكاليف غير المباشرة الشائعة في رعاية المريض في المستشفى مصاريف الرعاية والنظافة.

3.1.2.4.3. مفاهيم أخرى للتكاليف

* التكاليف الغارقة

وتشير إلى التكاليف التي لا تتأثر بقرار معين ، وبالتالي تعتبر غير ملائمة لذلك القرار وهي تكاليف لا يمكن استردادها، فمثلا يمكن تحمل بعض التكاليف في تقييم مقترحات المشروعات المختلفة ، فإذا كان لا يمكن استرداد هذه التكاليف بغض النظر عن المشروع التي تم اختياره فإنها بذلك تعتبر غير مناسبة لاتخاذ القرار باختيار المشروع المحدد.

* التكاليف التاريخية

تشير إلى سجل التكاليف التي تحتلها المنشأة نتيجة قرارات سابقة (قد تكون خاطئة) ، وقد لا تكون هي التكاليف المناسبة للاستخدام عند اتخاذ القرارات المتعلقة بالمستقبل ، ويمكن أن تكون هذه البيانات غير دقيقة بسبب التغير في أسعار المدخلات ومعدلات التضخم.

4.1.2.4.3. التكاليف الكلية والمتوسطة والحدية

يمكن تحليل العلاقات بين تكاليف الإنتاج في المنشآت من خلال التكاليف الكلية والمتوسطة والحدية، وتمثل كل هذه المتغيرات الاقتصادية دوال في مستوى الناتج الذي سنشير إليه بالرمز (ك) .

* التكاليف الكلية

ففي الأجل القصير يكون عرض بعض عناصر الإنتاج ثابتة ، وبالتالي تمثل التكلفة الكلية مجموع التكاليف الثابتة الكلية والتكاليف المتغيرة الكلية ، وتكتب اختصارا:

$$ت ك = ت ث + ت غ \quad \text{حيث :}$$

تشير ت إلى التكلفة.

وتشير ك، ث ، غ إلى الكلية ، الثابتة و المتغيرة على التوالي.

* تكلفة الوحدة (التكلفة المتوسطة)

وتساوي التكلفة المتوسطة الكلية إجمالي تكلفة الوحدة وتعرف أيضا بتكلفة الوحدة، ونحصل

عليها بقسمة إجمالي التكاليف على عدد وحدات الناتج ، أي :

$$م ت ك = ت ك / ك حيث:$$

م ت ك : التكلفة المتوسطة الكلية .

ك : عدد وحدات الناتج.

* التكلفة الحدية

تمثل التكلفة الحدية الزيادة في التكلفة الكلية (أو في التكلفة المتغيرة) نتيجة إنتاج وحدة واحدة

إضافية:

$$ت ح = ت ك / ك = ت غ / ك حيث:$$

ت ح : التكلفة الحدية.

ك: التغير في حجم الانتاج [59] ص 189 - 190.

2.2.4.3. التكاليف والتسعير في منشآت الخدمات الصحية

تعتبر تكلفة الإنتاج في كل المنشآت التي تنتج سلعا أو خدمات للبيع محددًا هاما لقرار

التسعير، وتحدد أيضا ما إذا كانت المنشأة ستستمر في هذا النشاط، إذا لم يمكن المشترون

مستعدين للشراء عند السعر اللازم لتغطية كل تكاليف المنشأة في الأجل الطويل ، فان المنشأة

ستصفي أعمالها وتخرج من سوف هذا المنتج.

ويتمثل الاتجاه الشائع في التسعير في القطاع الخاص في تقدير التكلفة المتغيرة للوحدة

(م ت غ) ثم إضافة مبلغ لتغطية التكاليف العامة وتحقيق ربح معقول ، ويشار إلى نسبة الإضافة

بالرمز (ه) في المعادلة ، فإذا كانت التكلفة المتغيرة = 10 د ج للوحدة ، وقد أضيفت نسبة 50

% ستغطي التكاليف الثابتة وتحقق ربحا معقولا ، فان سعر البيع سيصبح كما يلي:

$$\text{السعر} = م ت غ * (1 + ه) = 10 * (1 + 0.5) = 1.5 * 10 = 15 \text{ د ج [59] ص 203 -}$$

204.

واهم طرق التسعير:

1.2.2.4.3. التسعير على أساس التكلفة

تعتبر طريقة التسعير على أساس التكلفة الطريقة السائدة في قطاع الخدمات الصحية ، وهي طريقة شائعة الاستعمال بسبب ما تمتاز به من سهولة وبساطة في التطبيق [63] ص 134.

2.2.2.4.3. التأمين الصحي أو نظام الاشتراكات

يتم تسعير الاشتراكات على أساس نتيجة الفحص الطبي العام الذي يجرى للمستفيد مع أخذ بعين الاعتبار الأمراض التي أصيب بها خلال فترة حياته السابقة مع ملاحظة بنية الشخص وحيويته كما ينظر إلى السن.

3.2.2.4.3. التسعير التنافسي

إن طبيعة معظم الخدمات لا تخضع لتوحيد القياسي باختلاف مقدمي الخدمة وتخصصاتهم ومهاراتهم وأعدادهم.

4.2.2.4.3. التسعير على أساس قدرة المستفيد

يفضل رجل التسويق أن تكون نقطة البداية في قرار التسعير هي ما يمكن للسوق أن يتحملة بإعتبار أن المستفيد لا يهتم كم تكلف المنظمة هذه الخدمة بقدر ما يهتمه الخدمة ذاتها.

5.2.2.4.3. التسعير على أساس نوعية الطلب

يمكن لرجل التسويق أن يقوم بالتسعير على أساس نوعية الطلب على الخدمة من أبرز الأمثلة على ذلك طريقة التمييز السعري ويقصد بها تقديم خدمة صحية معينة مع تقاضي أكثر من سعرها ويمكن أن يقوم التمييز السعري على إحدى الأسس الآتية:

- التسعير على أساس المكان.

- التسعير على أساس الخدمة.

6.2.2.4.3. تسعير الإقامة في المستشفى (الفندقية)

تحدد أسعار الإقامة في المستشفيات التأمينية والمستشفيات الحكومية والجامعية في الأقسام المخصص للعلاج بأجر بحسب الدرجات الموزعة داخل المستشفى.

7.2.2.4.3. تسعير الأدوية

الأدوية منتجات ملموسة مكملة للخدمات الصحية الأساسية، تدخل عند العلاج ويتم تسعيرها بأحد الطريقتين وفقا لمصادرها وذلك على النحو التالي:

- الأدوية المحلية: تسعر باحتساب تكلفتها إضافة إليها هامش الربح.

- الأدوية المستوردة: تحتسب أسعارها على أساس سعر الشراء مضافا إليها تكاليف التسويق زائد الرسوم الجمركية زائد هامش الربح.

8.2.2.4.3. تسعير التجهيزات الطبية

تسعر التجهيزات الطبية على أساس سعر التكلفة مضافا إليها هامش من الربح، وفي المستشفيات التي لا تهدف إلى الربح فإنها تحتسب ضمن قيمة الخدمة الكلية.

9.2.2.4.3. تسعير مجموعة الخدمات

عند تقديم المنظمة الصحية لمجموعة من الخدمات ، فإن المستفيد قد يطلبها بسعر واحد، ويطلق على ذلك بتسعير المجموعة.

10.2.2.4.3. التسعير المظهري

إن التسعير بأسعار أعلى يعتبر أكثر جاذبية بالنسبة لبعض المستفيدين من الخدمة ، بسبب إن اقتناعه بان السعر الأعلى هو السعر الذي يحقق أفضل خدمة له [63] ص 135 - 142.

3.2.4.3. مشكلات المنظمات الصحية وعلاجها

تعاني المنظمات الصحية من عدة مشاكل سنتعرض لها وللحلول الممكنة لعلاجها.

1.3.2.4.3. مشكلات المنظمات الصحية

تعاني المنظمات الصحية في الأقطار النامية العديد من المشكلات و التي منها:

- أن معظم المنظمات الصحية تدار من قبل أحد الأطباء العاملين في المستشفى ويركز على إهتمامه على الجوانب الطبية باعتبار أن تخصصه فنيا مما قد يجعله يقلل من أهمية دور النشاطات الإدارية في المستشفى.
- عدم اهتمام المسؤولين في إدارة المنظمات الصحية بالوظيفة التسويقية بصفة عامة، حيث أن اهتمامهم يتركز على تقديم العلاج ومشاكله لاعتقادهم أم الخدمات العلاجية هي المشاكل الأساسية التي تواجه منظماتهم.
- سيطرة التعقيدات الروتينية على عدد من مسؤولي إدارات المستشفيات وعلى بعض مقدمي الخدمات والتي أدت إلى خلق هوة بين مقدم الخدمة والمستفيد.
- يتجه الإنتاج وعرض الخدمات الصحية بصورة متزايدة إلى استخدام الآلة بعد أن كان يعتمد كليا على الجهد البشري.
- النقص في الإعتمادات المالية وهذا ما تشكو منه معظم المستشفيات والسبب يعود إلى أن تلك المستشفيات تعتمد في تمويل نشاطاتها على ما تخصصه الدولة لهذا الغرض.
- على الرغم من أهمية المعلومات التسويقية في اتخاذ قرارات سليمة في جميع القطاعات وفي وضع إستراتيجيات المزيج التسويقي وفي تبديلها، إلى أن المنظمات الصحية تفتقر إلى وجود جهات تقوم ببحوث التسويق، وهذا يدل على استقادات إدارة المستشفيات من أحد الأنشطة التسويقية المهمة وهي بحوث التسويق.

- تباطؤ عملية التحديث في بعض المستشفيات قياسا بالتقدم الهائل الذي يشهده العالم مما يؤدي إلى عدم إستطاعتها اللحاق بركب التقدم.
- إن توزيع مقدمي الخدمات على المنظمات الصحية لم يكن مناسباً بسبب زيادة عددهم في بعض المنظمات، وعدم كفايتهم في البعض الآخر.
- تركيز معظم المنظمات الصحية اهتمامها بالدرجة الأولى على العلاج لاعتقادهم أن العلاج هو المشكلة الأساسية التي تواجه منظماتهم [63] ص 115-120.
- تنظر المنظمات الصحية إلى تسعير خدماتها باعتبار السعر يمثل فقط التكاليف المادية المباشرة التي يتحملها المستفيد الذي غالباً ما ينقل كاهل المريض للحصول على الخدمة الصحية.
- على الرغم من الأهمية البالغة للترويج في تعريف المستفيد بالخدمة وإقناعه بها وإيجاد الصلات بينه وبين مقدم الخدمة، إلا أن المنظمات الصحية لا تعتمد إلى استخدام مثل هذا النشاط.
- عدم اتخاذ القرارات الخاصة لاختيار منافذ تقديم الخدمات الصحية المبنية على معلومات ودراسات تسويقية كافية ملائمة [63] ص 122-124.

2.3.2.4.3. مشاكل تقديم الخدمات الصحية

إلى جانب العناصر السابقة المؤثرة على نظام تقديم الخدمات الصحية، فإن هناك بعض المشكلات التي تظهر أثناء تشغيل أي نظام فعال لتقديم الخدمات والتي تحتاج إلى اتخاذ قرار بشأنها، ومن هذه المشكلات [63] ص 201-205 :

- مستوى ونوعية الخدمة التي تقدم للمستفيد

إن القرار الذي يتخذه رجل التسويق في المنظمة الصحية هو تحديد مستوى جودة الخدمة التي يقدمها للسوق المستهدفة، ويمكن للمنظمة أن تتصور مستوى أعلى من الخدمة التي يمكن تقديمها ، فمثلاً يمكن لإدارة الصحة في مدينة ما أن ترسل الأطباء لمنازل المرضى بمجرد الاتصال الهاتفي منهم.

- عدد المستشفيات ومواقعها

تواجه المنظمة الصحية التي تقرر تجزئة خدماتها مشكلة عدد المنافذ التي ستديرها ، حيث أن وجود فرع واحد يكون أيسر وأكثر إقتصاداً ، فوجود مستشفى ضخم في مدينة رئيسية بكادر ضخم من العاملين وبأجهزة كاملة سيؤدي إلى رئيسية بكادر ضخم من العاملين وبأجهزة كاملة سيؤدي إلى إيجاد التسهيلات الكبيرة للمستفيدين مما يخلق لهم الراحة إلا أنه مع ذلك سيدفع المستفيد الثمن، إذ أن عليه أن ينتقل إلى مسافة أبعد ، ويستغرق وقتاً أطول، ويتحمل نفقات

ومخاطر أكثر، أما في حالة وجود العديد من المستشفيات الصغيرة في مناطق متفرقة فإنها ستوفر لهم تحمل مشقة الصفر والإنفاق والمخاطر.

- الإمكانيات البشرية

تحتاج المنظمات الصحية، وخاصة الريفية منها، لتوصيل خدماتها للمستفيدين إلى وجود نوعيات من الكفاءات المدربة تدريباً جيداً من الأطباء وممرضين وباحثين نفسانيين واجتماعيين... الخ.

3.3.2.4.3. الحلول لمواجهة المشكلات

إن أول خطوة للمنظمة الصحية لحل مشكلاتها هو تحديد عدد المترددين من المرضى من بين السكان، لأن طبيعة هذا السوق تؤثر في اختيارات المنظمة الصحية للخدمات التي تقدمها والأطباء الذين تحاول التعاقد معهم، والموارد المالية اللازمة لدعم نشاطها، فإذا ما انتهت المنظمة الصحية من تحديد عدد المترددين، ومن خلال دراستها للسوق يصبح إمامها أربعة خيارات تنتقي من بينها المسار الذي تتبعه في التسويق وهي:

- 1- أنها تستطيع أن تعتمد على إرشاد المجتمع الذي تمارس نشاطها فيه.
- 2- أن يكون إرشاد (توعية) المجتمع له طابع خاص.
- 3- إن يكون رائدها البحوث والدراسات.
- 4- أن تأخذ بهذه الخيارات معا.

ولمواجهة مشاكل المنظمات الصحية، يتطلب وجود مزيج متكامل من الأنشطة التسويقية من

حيث تحديد مزيج المنتجات التي يمكن التركيز عليها وتحديد السعر الملائم لها، والطرق المستخدمة في ذلك، وتعريف المستفيدين لتلك المنتجات وإقناعهم بها، واستخدام أفضل الطرق لإيصالهم إليها، إضافة إلى ما يلزم من معلومات عن المستفيد وبيئة المنظمة وهذا يتطلب:

- 1- الاهتمام بالخدمات الوقائية والتوسع في تقديمها.
- 2- الاهتمام بتطوير الخدمات الصحية وجعلها ملازمة لحاجات المستفيدين.
- 3- إلزام المنظمات بمسلك سجلات معتمدة رسمياً لنشاطاتهم اليومية، والاستعانة بأساليب وطرق التسعير المتعارف عليها، وتقع مسؤولية ذلك على الجهاز المقترح.
- 4- إن تحقيق أهداف المنظمة الصحية يتوقف بالدرجة الأولى على الجهود الترويجية التي تقوم بتقديمها الأجهزة المختلفة من أجل خلق وعي صحي يحقق السلامة الجسدية والعقلية والاجتماعية.
- 5- توعية الإدارات ومقدمي الخدمات وإرشادهم إلى استخدام أفضل الأساليب في معاملة المستفيد باعتبار إن الرعاية الصحية حق له وواجب على الدولة.

6- تحقيق الكفاية والسرعة في تقديم الخدمات الصحية ويتم ذلك من خلال توافر العدد الكافي من مقدمي الخدمة، ومراكز تقديم الخدمات [63] ص 225-232.

3.4.3. التخطيط التسويقي و نظم المعلومات في قطاع الخدمات الصحية

من ميزات المنظمات العصرية، والتي تضع نصب أعينها البقاء في السوق وتحقيق رضا العميل، التخطيط التسويقي لأهدافها وبرامجها، وكذا تميزها بنظام معلومات يساعدها على بناء سياستها التسويقية والإستراتيجية على أكمل وجه.

1.3.4.3. التخطيط التسويقي و الإستراتيجية في المنظمات الصحية

يعني التخطيط التسويقي باستصدار الأهداف التسويقية و تصميم البرامج التسويقية المتوقع لها التنفيذ في المستقبل ، و التحديد الدقيق للأهداف التسويقية ، يحدد الإطار العام للقرارات الإدارية المستقبلية و عمليات التخطيط تتكون من " تحليل الفرص المدركة و اختبار التصرفات المخصصة للأهداف المرغوبة " و يجب الاعتراف بأن التخطيط عملية فكرية و نشاط متصل بالمستقبل و أن تحقيق الأهداف المخططة ليست عملية سهلة و خاصة و أن البيئة المحيطة لا تتسم بالسكون و لكنها دائما و أبدا ديناميكية .

1.1.3.4.3. أنواع التخطيط التسويقي

يوجد نوعان للتخطيط التسويقي هما [62] ص 132 :

1- التخطيط التشغيلي

2- التخطيط الإستراتيجي

- التخطيط التشغيلي

يتعلق بالأعمال القصيرة لممارسة الأنشطة اليومية فهو يعمل مع النشطة الحالية و الأسواق القائمة و التسهيلات المتاحة و العملاء الحاليين ، أما التخطيط الإستراتيجي فهو يتعلق بالأعمال الطويلة و يركز على رسالة المنظمة و إستراتيجيتها و أهدافها.

- التخطيط الإستراتيجي

بصفة عامة يتعدى تشخيص الوضع الحالي للتنبؤ بالمستقبل لأعداد المنظمة للتعامل عند ظهور و نشوء المشاكل، فهو يعمل على تشكيل ووضع و التنبؤات بالتغيرات في السوق لأنه يحدد ما يجب عمله مقدما.

2.1.3.4.3. التخطيط التسويقي في المستشفيات

مما سبق ذكره نجد ما يلي [62] ص 131 :

- يجب الاهتمام بوضع تخطيط تشغيلي يومي و أسبوعي و شهري و سنوي للوظائف الأساسية و المساعدة في المستشفى وفق الإمكانيات المادية و البشرية المتاحة. كما يجب على إدارة المستشفى القيام بالتخطيط الإستراتيجي باعتباره و يساعد على إدارة مستقبل لفترات قادمة.
- يقع على مدير التسويق في المستشفى القيام بوضع خطة تسويقية مع تقييمها و التعرف على نواحي القصور و الإيجابيات من خلال عمليات الاسترجاع من الاهتمام بالقيام مما يعرف بالمراجعة التسويقية.
- أن مدير التسويق عليه اتخاذ الإستراتيجية التسويقية الملائمة و المتحلية بعناصر المزيج التسويقي المعروفة ، المنتج ، المكان ، الترويج ، السعر ، للوصول إلى الاستراتيجيات الملائمة بناء عليه.
- تحديد و تشخيص الفرص التسويقية المتاحة سواء اتصلت هذه القروض بقوانين أو سلوكيات أو رغبات المستهلكين أو تغيرات ديموغرافية أو جغرافية.
- تقسيم السوق و إشباع رغبات كل قسم و فئة وفق ظروف المستشفى و توجهاتها.
- التخطيط الجيد لعناصر المزيج التسويقي وفق رغبات و حاجات المرضى و أهداف المستشفى و ظروف المنافسين في السوق.
- أنه دائما ما نقول أن الخطة هي نتاج التخطيط و إذا كنا نطالب بأن يكون هناك خطة تسويقية تشغيلية فإنه يقف على مدير التسويق رفع خطة تسويقية إستراتيجية تتكون من الآتي :
- تحديد الوضع الحالي للمستشفى من حيث:
 - إعداد المرضى في العيادات الخارجة و الداخلية و معدلات التطور بالتخصصات الطبية
 - الأرباح المحققة إذا كانت المستشفى لا تهدف للربح على التخصصات و الأنشطة المختلفة.
 - الحالة المالية للمستشفى في الوضع الراهن.
- الأهداف التسويقية المرغوبة و مدى اتفاقها مع رسالة المستشفى
- تحليل و تقييم الوضع التسويقي الحالي للمستشفى :
- الافتراضات عن المستقبل و خطوطه العريضة استنادا للظروف البيئية المحيطة .
- ظروف سوق الخدمات الصحية.
- أشكال المنافسة و إستراتيجيات المنافسين.
- الفرص و التهديدات التي تهدد المستشفى و أيضا القوة و الضعف مقارنة بأكبر المنافسين في الصناعة.

- معايير الأداء المخططة.
- تحديد استراتيجيات التعامل مع السوق و المنافسين.
- وضع البرامج التنفيذية لتحقيق الخطط مع الاحتياطات للمفاجئة.
- الرقابة على الخطة.

3.1.3.4.3. عمليات التخطيط الاستراتيجي

تعدد عمليات التخطيط الاستراتيجي و التي تختلف خطواتها و أن كانت تحمل نفس الجوهر و الهدف ، فنجد من يرى أن خطوات التخطيط الاستراتيجي تتمثل في الأتي [62] ص 135 :

- 1- تحليل الموقف أو الوضع الحالي للمنظمة.
- 2- صياغة و استصدار الأهداف.
- 3- تقسيم السوق إلى قطاعات.
- 4- التحديد للموزونات العالية المرتبطة بالأهداف.
- 5- إدارة البرنامج التسويقي (عناصر المزيج التسويقي) .
- 6- التقييم و الرقابة.

- بينما يرى البعض الآخر أمثال Regels & Rogers أن عمليات التخطيط الاستراتيجي تتمثل في الخطوات السبع التالية:

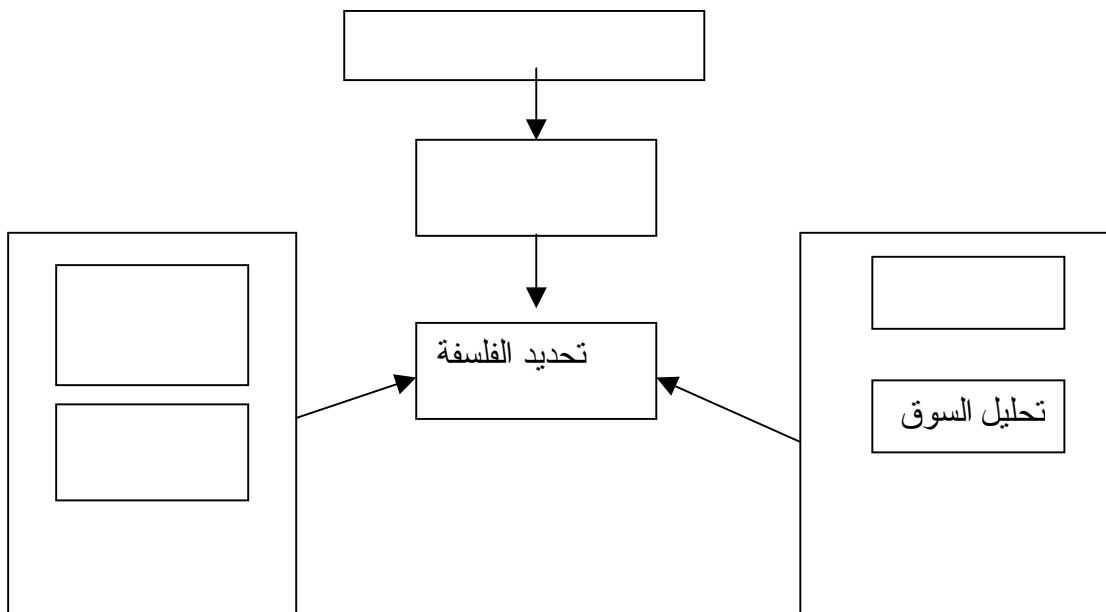
- 1- الوصف التنظيمي.
 - 2- تحديد الفلسفة التنظيمية.
 - 3- تحديد السياسات.
 - 4- تحديد و تقييم و أخبار الاستراتيجيات السلبية.
 - 5- تحديد الغاية أو الأمد.
 - 6- تحديد أهداف.
 - 7- وضع و تطوير الإستراتيجية العامة.
- و يرتبط بهذه الخطوات وجود مهام ست يجب أخذها في الاعتبار. و ثلاث منها بالبيئة الخارجية و الثلاث الآخرون مرتبطون بالبيئة الداخلية و هم [62] ص 136- 137 :
- 1- تحليل البيئة .
 - 2- تحليل القطاعات السوقية و الخدمية (تحليل السوق)

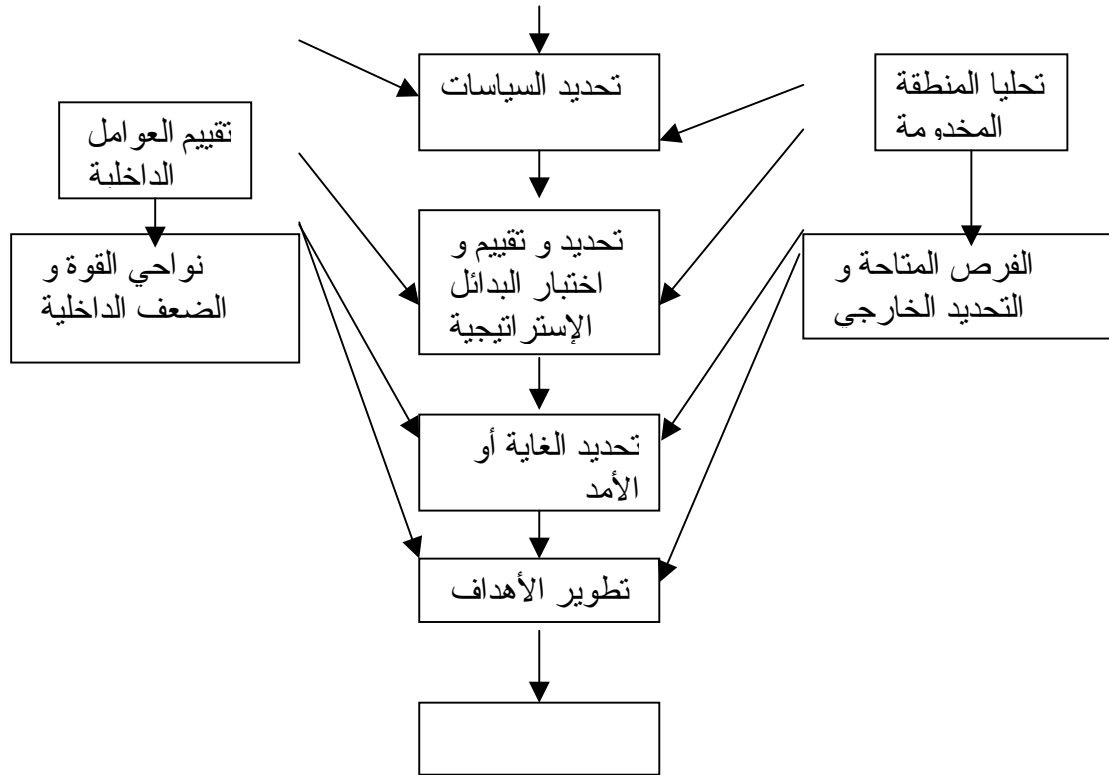
3- تحليل المنطقة المخدومة .

4- تقييم الموارد البشرية .

5- تقييم الموارد المالية .

6- تقييم العوامل الداخلية .





شكل رقم 39: عمليات التخطيط الإستراتيجي [62] ص 136

2.3.4.3. نظم المعلومات الصحية

إن هدف أي نظام للمعلومات هو مساعدة الإدارة العامة على اتخاذ القرارات واخذ نظرة صحيحة عن واقع بيئة تلك المنظمة ، كما يساعد على وضع الحلول والاسراتيجيات اللازمة لمواجهة العوائق والعراقيل وكذا المنافسين .

إن إدارة أي منظمة هي بحاجة إلى معلومات حديثة ودقيقة ومن السهل إستيعابها والحصول عليها في حالة استخدام الوسائل المساعدة على تحليل وتوضيح تلك المعلومات.

وإذا كان الاهتمام قائماً على إصدار القرارات التسويقية السليمة، فإن هذه المعلومات يمكنها أن تقدم الشيء الكثير والأساسي لإدارة تسويقية نشطة.

1.2.3.4.3. مفهوم نظم المعلومات الصحية

إن الهدف الأساسي لنظم المعلومات الصحية هو أن يعاون الإدارات الصحية على اتخاذ قرارات أفضل و ينبغي أن تؤدي نظم المعلومات إلى تجميع و إعداد و تبليغ المعلومات إلى المستفيد منها لتقليل حالة عدم التأكد لديهم يبدو أن الحل يكمن في إنشاء نظم يتحكم المستفيد في توجيهها تمد الإدارة الصحية بالمعلومات التي هي بحاجة إليها .

و تختلف حاجات إدارة المنظمة باختلاف نوعية المعلومات المطلوبة للتسويق و من أجل وضع تخطيط للحصول على معلومات دقيقة فإنه يتوجب أن تقوم إدارة التسويق بإعداد بحث عن احتياجات الإدارة من تلك المعلومات فإنه من المهم بالنسبة لنظام المعلومات التعرف على الأسئلة المتصلة بأنواع القرارات التي تتخذها الإدارة، فإذا ما تجمعت الآراء تستطيع إدارة التسويق أن تشرع في وضع تنظيم داخلي كفى بحيث يعكس [63] ص 61- 63 :

1- ما تظنه الإدارة أنها بحادة إليه .

2- ما تحتاجه الإدارة فعلا.

3- ما هو الممكن اقتصاديا .

و مثل هذه المعلومات قد تشمل معلومات عن أنشطة المنظمات الصحية المنافسة مع التنبؤ بالظروف الصحية المستقبلية و التي يحتمل أن تكون تؤثر في المنظمات الصحية.

2.2.3.4.3. أنواع نظم المعلومات الصحية

و تستخدم في الخدمة الصحية نظم المعلومات الآتية :

- نظم السجلات

إن الهدف في الاحتفاظ بسجلات طبية هو رفع مستوى رعاية المرضى و ذلك أن السجل الطبي يعتبر ضروريا لمباشرة إجراءات التشخيص و العلاج لمصلحة المريض مستقبلا حيث يسجل حالته المرضية و ما يقدم له من إجراءات علاجية و يعد التسجيل الكتابي دليل على أن الحالة المرضية قد تناولتها المنظمة تبعا لنظام مدروس تقرر العمل بمقتضاه. و السجلات الطبية أهميتها في الأغراض الإدارية و التعليمية، و أغراض البحث العملي، كما تكون السجلات الأساس الإحصائي لجزء كبير من عمليات المراجعة الطبية. ولهذا يفضل مراعاة الآتي في العمل بها :

– الاحتفاظ بسجل طبي لكل مريض قدمت له المنظمة الصحية خدماتها و ينبغي أن يقوم أفراد أكفاء بالعمل في هذا المجال.

- الاحتفاظ بالسجلات و الاهتمام بها حتى يحين الوقت على أقل تقدير فانتهاء المدة القانونية لحفظها

- أن تتضمن السجلات معلومات كافية لتبرير إجراءات التشخيص و توقيع أسباب العلاج و النتائج النهائية للحالات المرضية.

- أن تخصص إدارة واحدة في تدوين المعلومات الإكلينيكية المتعلقة بالمرض عند القيد بالسجلات الطبية.

- أن تشير المعلومات التي تقيد بالسجلات إلى:

اسم المريض، و نوع العلاج، و نوع العمليات الجراحية، اسم الطبيب المعالج و تاريخ العلاج.
- أن يقوم بتدوين نتائج الفحص الطبي أعضاء الهيئة الطبية فقط و تأشير تاريخ المرض على أن يقوم الطبيب المعالج و المرخص له بممارسة المهنة بالتوقيع على التسجيل و إمضائه.

- نظام الاستشارات الطبية

قد لا يوجد لبعض الأمراض أعراض تشخيصية و واضحة للعيان، يمكن عن طريقها التعرف عليها، و لهذا يعتبر طلب الاستشارة الطبية من حق كل من الطبيب المعالج و المريض على السواء فهي بمثابة وقاية لكل حق كل من الطبيب المعالج و المريض على السواء فهي بمثابة وقاية لكل منهما، ويمكن أن تقدم الاستشارات الطبية مساعدات قيمة في مجال التشخيص و التدريب و قد يستشعر الطبيب الذي يفشل في استخدام أسلوب الاستشارة الطبية بعدم الأمان ذلك بأن الاستشارة الطبية عد وسيلة لوقاية المريض و المنظمة من الطبيب غير الكفاء، و الذي يمارس عمله دون إتباع القيم الأخلاقية المتداولة بين أفراد المهن الصحية.

- نظام بحوث التسويق

يعرف البحث التسويقي على أنه نظام يشمل عمليات جمع و تسجيل و تحليل البيانات للمشاكل المتعلقة بتسويق الخدمات الصحية، و التي تبحث على الحلول لمشاكله المتعلقة بتسويق الخدمات الصحية و حلول لمشاكله التسويقية، فالبحث التسويقي هو مصطلح شامل لجميع أنشطة البحث المستخدمة.

إن قيام المنظمات الصحية ببحوث التسويق عن طريق إتباع الطريقة العلمية اللازمة قد يساهم في اكتشاف الفرص الكامنة و من ثم استثمارها من خلال رسم سياسات تسويقية ناجحة تساهم في تحسين نظام التسويق بصورة عامة، و كذلك التوفيق بين جهود الإدارات المختلفة و المصالح و الأجنحة في المنظمة الصحية.

والمهم هنا أيضا تحديد اتجاهات و رغبات المستهلك وبالتالي تحديد العمليات الإنتاجية وفقا لذلك و العمل على رفع كفاءة التوزيع في المنشأة و الاستغلال الأمثل للموارد، و كل هذه الجهود و الأنشطة قد تساهم في دفع عجلة التطور و النمو في الأقطار النامية و تحسين نشاطاتها و اقتصادياتها في هذا المجال [64] ص 84.

4.4.3. ضمان الجودة و تحسينها في المنظمات الصحية

ليس ضمان الجودة و تحسينها في مجال الرعاية الصحية مفهوما جديدا ، و لاسيما في الرعاية الصحية الأولية، فهو نتيجة مباشرة لمبادئ الرعاية الصحية الأولية، أي العدالة، الإتاحة، التكامل

مضمونية الاستمرار والشراكة بين المجتمع وسائر الشركاء ، ويتطلب تحقيق ذلك أن يكون ضمان الجودة وتحسينها جزءاً لا يتجزأ من مكونات الرعاية الصحية في جميع البلدان، وان لا ينظر إليه على انه مهمة معقدة ومكلفة.

ولضمان الجودة وتحسينها في المنظمات الصحية يستلزم [78] :

1.4.4.3. التركيز على الرعاية الصحية الأولية

تتميز منشأة الرعاية الصحية الأولية بتفردها بين مختلف منشآت الرعاية الصحية، إذ إن الموردين (مقدمي الرعاية الصحية) والمنتفعين (المرضى) يتفاعلون بشكل منظم، صحيح أن العلاقة بين الطرفين قصيرة ولكن أثرها عليهما مديد، ولا يخفى أن الانطباع الأول يكون بالغ الأهمية في مثل هذا النوع من المنظمات، كما أن طرق ضمان الجودة وتحسينها ذات أهمية فائقة في تنمية هذه العلاقة ورعايتها، ومع أن الجودة في الرعاية الصحية لا يمكن تحقيقها بمعزل عن سائر مستويات الرعاية، غير أنه ينبغي المزيد من الاهتمام لمستوى الرعاية الصحية الأولية، ففي هذا المستوى يتصل أغلب المنتفعين (المرضى) اتصالاً مباشراً بالنظام الصحي.

2.4.4.3. تطبيق ضمان الجودة وتحسينها في الرعاية الصحية

يتزايد إدراك المنتفعين بالرعاية الصحية لمختلف المتطلبات التي يتعين على أي المنظمة أن تفي بها كي تعتبر منظمة ذات جودة، كما أنهم أصبحوا يهتمون بالتعرف على حالة الرعاية التي تقدمها هذه المنظمة كما يراها الخبراء المهنيون، وتجب عملية الجودة عن الأسئلة التي يسألها المنتفعون بالخدمات الصحية، وتوفر لهم أسباب الطمأنينة التي ينشدها، وهي تزود المنتفع بمجموعة من المقاييس يمكنه بها الحكم على منظمة الرعاية الصحية بمقارنتها بأمثالها من المنظمات، كما أنها توفر للمنتفع مستوى من راحة البال والطمأنينة إذ تؤكد له أن المنظمة المعنية بالرعاية الصحية قد مرت بمجموعة من عمليات التقييم الصارمة.

وترد في الإطار ثلاثة الأسباب الرئيسية للسعي في طلب الجودة في الرعاية الصحية. ولا يخفى أن من العناصر الأساسية لأي نظام جيد للرعاية الصحية الأولية أن يتحلى بعدد من الصفات، منها الفعالية، والملائمة، والكفاءة، إذ لا يمكن توفير أي شكل من أشكال الرعاية، من دون مراعاة للموارد المتاحة، فالجودة تتطلب الكفاءة في استخدام موارد الرعاية الصحية والفعالية في إيتاء الرعاية وتقديم الخدمات.

وتوفر المعايير الإطار الذي يتم فيه تقديم الخدمات ذات الجودة، فالمعايير عبارة عن بيانات لجودة العمليات والنتائج المنشودة لمنظمات الرعاية الصحية. وتوضع المعايير بحيث تكون قابلة

قدر الإمكان للقياس والتقدير الكمي، ويتم في ضوءها متابعة مختلف ما تؤديه منشآت الرعاية الصحية الأولية من وظائف، ومن ثم فإن مدى الامتثال لهذه المعايير يعد مقياساً بديلاً لأداء المنظمة.

ولتطبيق ضمان الجودة وتحسينها في الرعاية الصحية وخاصة الرعاية الصحية يجب:

- ضرورة تلبية احتياجات وتطلعات المستفيدين.
 - تزايد الطلب على الرعاية الفعالة والملائمة.
 - ضرورة اتخاذ التدابير لترشيد التكاليف.
 - توحيد المعايير.
 - إدخال نظم الاعتماد و التنظيم.
 - الرغبة في التقدير والسعي إلى التميز.
 - مراعاة المسؤوليات الأخلاقية.
 - وضع منبر لقياس الأداء ومدى الانجاز.
- ويمثل مدى الإنجاز أمراً آخر من الأمور التي ينبغي لمنظمات الرعاية الصحية الأولية أن تسعى من أجلها بغية ضمان الجودة وتحسينها، ومدى الإنجاز عملية تستهدف أن يحدّد المرء أفضل العمليات أو الأنشطة أو النتائج، وأن يجد طرّقاً لدراستها ومحاكاتها في بيئة عمله.
- وتركز المنظمات، في طلبها لضمان الجودة وتحسينها، على إلتماس ودراسة أفضل عمليات المنظمات الأخرى وأفضل مستويات الرعاية، سعياً إلى اقتباسها وتنفيذها في مجال الرعاية الصحية الأولية.

ومن الأنشطة الأخرى المهمة للجودة، الاعتماد الذي هو عملية من البحث المستمر عن الامتياز أو التفوق، وآلية لمحاكاة هذا الامتياز أو التفوق، كما أن الاعتماد يوفر آلية للمقارنة بين منظمات الرعاية الصحية، ويمكن لمنظمات الرعاية الصحية الأولية التي تبلغ وضع الاعتماد، أن تغتنم هذا الوضع المتميز في تسويق خدماتها، ومن ثم فإن الاعتماد يعزز التنافس الإيجابي بين مختلف منظمات الرعاية الصحية، ويمكن كذلك اغتنام الوضع المتميز المتمثل في بلوغ وضع الاعتماد في مكافأة الأفراد الذين اجتهدوا في سبيل أن تحقق المؤسسة هذا الوضع.

ووفقاً لما سبق ذكره، فالجودة كيان يرغبه جميع مقدمي الخدمات، وهو الأساس الذي يقوم عليه وجود الرعاية الصحية الأولية، والأخلاقيات تقتضي تقديم أفضل أشكال الرعاية وأنسبها إلى المريض، ومن ثم، يتوجب على جميع مهنيي الرعاية الصحية تقديم الرعاية والخدمة الجيدة تلبية لمقتضيات هذه الأخلاقيات.

3.4.4.3. إطار ضمان الجودة وتحسينها في مجال الرعاية الصحية الأولية

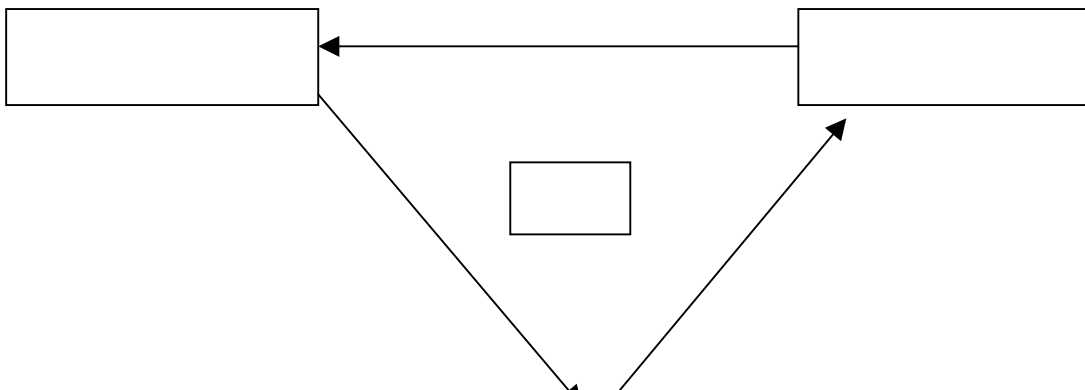
ينبغي لإطار برنامج ضمان الجودة وتحسينها في مجال الرعاية الصحية الأولية لبلد ما أو منظمة ما أن يجيب عن المسائل التالية: هل للبرنامج رؤية؟ وما هي رسالة البرنامج وأغراضه الرئيسية؟ وكيف يمكن التنبؤ بالمستقبل؟ ومن يتولى قيادة الناس نحو المشاركة الجادة والملتزمة، وكيف يتم ذلك؟

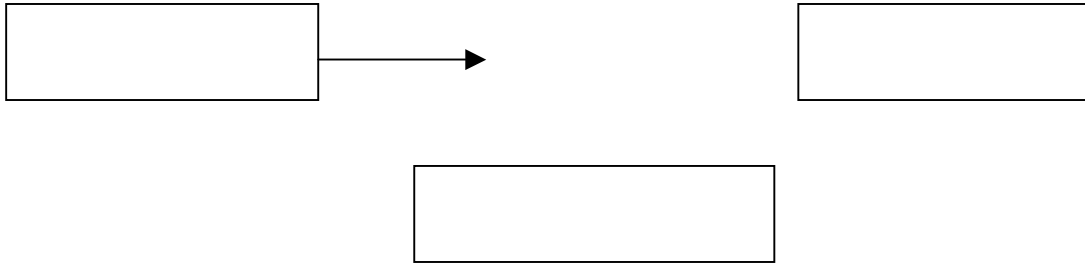
ولا يخفى أن الرؤية المستقبلية ضرورة حتمية في الإدارة الإستراتيجية، وينبغي للرؤية أن تكون عريضة وأن تقودها المبادئ وأن توجه رسالة المؤسسة المعنية وأغراضها التي ينبغي أن تكون محددة وعملية، وتعكس هذه الرؤية المعتقدات والثقافة الجماعية للمؤسسة، ولذلك، ينبغي للرؤية التي لدى المؤسسة أن تشمل على وصف الملامح والخصائص والأولويات الرئيسية والنتائج المتوقعة، وينبغي لها كذلك التماشي و المبادئ الأساسية للرعاية الصحية الأولية، ألا وهي العدالة، وبناء القدرات أو تعزيزها، وتمكين المجتمع من المشاركة في اتخاذ القرارات وإقامة علاقات من الشراكة.

أما الرسالة، فتعرف بأنها بيان يحدد، بشكل عام، الغرض الذي أنشئت المؤسسة المعنية من أجله، وهي تعين الغاية المتفردة للمؤسسة، وتميز المؤسسة عن غيرها من المؤسسات، وهي الأساس الذي تقوم عليه كل عمليات التخطيط والتغيير.

و ضمان لتقديم خدمات عالية الجودة من الرعاية الصحية الأولية، ينبغي لإدارة المنظمات الصحية تخطيط خطواتها المستقبلية، فعليها أولاً أن تعرف على وجه التحديد الوضع الراهن والأحوال الصحية السائدة، والموارد المتاحة، وما لديها من موارد بشرية، وعليها ثانياً أن تحدد بوضوح أين تريد أن تحدث تغييراً في الوضع الراهن، وهذا يعني أنه ينبغي أن يكون لدى السلطة الصحية رؤية واضحة للمستقبل، وأن تبين رسالتها، وتحدد أغراضها، وينبغي لهذه السلطة بعد أن تحقق ذلك أن تصوغ الخطط والبنية التنظيمية لعمليات تحسين الجودة.

وبناء على الإطار المختار، يتعين أن يكون لدى جميع مؤسسات الرعاية الصحية الأولية عملية أساسية للتحسين المنهجي والمستمر، وينبغي لمثل هذه العملية أو الإستراتيجية أن تشمل على وسائل مختلفة لتحسين الجودة يمكن الاستفادة منها بشكل فعال ومستمر، و الشكل يوضح هته العملية:





شكل رقم 40 : عملية تقييم الجودة [78].

وتبدأ الدورة التي يوضحها الشكل السابق بتحديد العمليات العالية الأولوية، التي يؤدي قياسها إلى إنشاء قاعدة داخلية للمعلومات، وينبغي لتقييم نُظُم المعلومات ومقارنة القياسات مع المعايير المقررة أو مع مستويات الأداء في المؤسسات الأخرى، أن يؤدي إلى تحديد فرص التحسين. ويجدر بالذكر هنا أن هذه الدورة ينبغي أن تكون مستمرة، وحتى لو كانت العملية ثابتة فإنه ينبغي البحث عن فرص التحسين في تصميم العملية ونتائجها.

4.4.4.3. الهيكل التنظيمي لضمان الجودة وتحسينها في الرعاية الصحية الأولية

لا يوجد هيكل تنظيمي جاهز لتحسين الجودة في الرعاية الصحية الأولية، فلكل مؤسسة كيانها وملامحها المميّزة ولكل بلد كيانه وملامحه المميّزة، بحيث يمكن أن يُنشأ لكل مؤسسة وكل بلد هيكل مختلف، وبناءً على الخبرات المستفادة من مختلف البلدان، فإن من المهم إشراك الأشخاص الذين هم على قمة هرم السلطة الصحية في هذا الأمر للحصول على التزامهم والاستفادة مما لهم من نفوذ، ويُستحسن أن توجد في الوزارة هيئة مركزية تتولّى الإشراف على جميع مستويات تحسين الجودة، وتنسيق أنشطتها، ودعمها وتوجيهها، كأن تُنشأ في الوزارة وحدة مثلاً، أو إدارة لضمان الجودة وتحسينها، يرأسها مسؤول صحي كبير، ويمكن أن تشمل وظائف هذه الإدارة وواجباتها، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

- تحري وتقييم الوضع الراهن في البلد، بما في ذلك الرعاية الصحية الأولية.
- وضع المعايير لمختلف مستويات الرعاية، واختيار هذه المعايير وتعميمها.
- إعداد الأدلة والرسائل الإخبارية والكتب حول ضمان الجودة وتحسينها.

- توفير التدريب للعاملين المعنيين بضمان الجودة وتحسينها، والمستخدمون بالرعاية الصحية على جميع المستويات.
- تفتيش ورصد الأنشطة التقنية والإدارية لمراقب الرعاية الصحية الأولية.
- إعداد الدراسات والمشاركة فيها.
- التعاون مع الهيئات الأخرى ذات الطبيعة المماثلة في ما توديه من أنشطة.
- ويتطلب تنفيذ طرائق ضمان الجودة وتحسينها في مستوى الرعاية الصحية الأولية، إنشاء هيئات لمراقبة للجودة، ويمكن لكل هيئة أن يضم مديراً لمركز صحي وممرضة أو مساعدة طبيّة، وصيدلياً، وموظفاً إدارياً، وممثلين للمجتمع والمنظمات اللاحكومية، علماً بأن اجتماع هؤلاء الأشخاص بانتظام من شأنه ضمان تطبيق مبادئ الجودة، وثقافتها، وطرائقها، ووسائلها في مرفق الرعاية الصحية الأولية، وينبغي لهيئة تحسين الجودة أن ينظر إلى فرق الجودة على أنها الأجهزة المنفّذة للأنشطة، وينبغي إقامة وسائل اتصال جيدة بين جميع الهيئات المحيطة البعيدة عن المركز وبين الإدارة المركزية لضمان الجودة وتحسينها، ويمكن توسيع نطاق عضوية لجنة التسيير بحيث تضم ممثلين لمختلف التخصصات الصحية وسائر القطاعات المعنية بالرعاية الصحية، أي الجامعات، والقطاع الخاص، والكيانات العمومية الأخرى.

5.4.4.3. المتطلبات الأساسية لضمان الجودة وتحسينها في الرعاية الصحية الأولية

لا يقتصر تحسين الجودة في الرعاية الصحية الأولية على التفاعل بين العاملين الصحيين وبين مراجعيهم، فتحسين الجودة يُعنى بالإدارة السليمة لنظام خدمات الرعاية الصحية، وبالقيم الثقافية، والأسلوب المتكامل لتسيير الحصول على خدمات الرعاية الأساسية، ويمكن لتدابير تحسين الجودة في الرعاية الصحية الأولية أن تقلل من إحالة المرضى إلى خدمات الرعاية الثانوية و الثالثة التي هي أكثر كلفة، ولا بد من الأخذ بعدد من الخيارات الإستراتيجية في تنفيذ أسلوب تحسين الجودة في الرعاية الصحية الأولية.

1.5.4.4.3. تحديد المسؤوليات

قبل الشروع في تنفيذ أي برنامج لتحسين الجودة لا بد من تحديد الأشخاص الذين سيتحملون المسؤولية عن أداء مختلف مقومات برنامج الخدمات ، ويتطلب ذلك إعداد مهام وظيفية بسيطة وواضحة، تبين المجال الذي يعمل فيه مختلف العاملين الصحيين في ما يتعلق بسمات معينة من سمات الجودة في الرعاية الصحية الأولية، كذلك، فمن المهم بنفس الدرجة إدخال التغييرات

الضرورية في البنية التنظيمية، وفي الثقافة التي تقدم في إطارها الخدمات، ويسهل من هذا الأمر العمل الجماعي بروح الفريق، وقيام علاقات إيجابية بين الفرق الصحية وبين العاملين الصحيين ومجتمعهم.

2.5.4.4.3. إعادة توجيه العاملين الصحيين وتدريبهم على الجودة

لا بد أن تتوافر لدى العاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية المعلومات الأساسية والمهارات اللازمة لتقديم الرعاية على أعلى مستوى ممكن، إذ إن ما يتوافر لديهم من معارف يقوم بدور رئيسي في تحديد العملية والنتيجة، وفي هذه الفترة التي تقل فيها الموارد، لا ينبغي للممارسين العاملين ولنظم الرعاية الصحية أن يسهوا عن كون التدريب وسيلة فعالة لتحسين الجودة لذا، ينبغي الاهتمام اللازم للمهام التثقيفية والتدريبية لدى إعداد نظام ضمان الجودة وتحسينها، ومتى تم تبليغ المعلومات المناسبة، وجب على العاملين المعنيين وعلى نظام الخدمة المعني، تطبيقها وممارستها لتحقيق نتائج جيدة.

3.5.4.4.3. عرض عناصر برنامج ضمان الجودة وتحسينها

إن إقامة البرامج الفعالة والناجحة لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية الأولية، تتطلب عرض واضحاً لأغراض البرنامج، والأنشطة المقررة لتحقيق هذه الأغراض، والدعم الإداري اللازم والمشاركة المجتمعية المطلوبة، والموارد والعمليات التي تؤدي إلى التحقيق الشامل لنتائج البرنامج المنشودة، وينبغي للقطاع الصحي والمجتمع المهني إنشاء شبكة الاتصال التي تتيح للعاملين الصحيين في مستوى الرعاية الصحية التوصل بلا قيود إلى المعايير المقررة.

4.5.4.4.3. التدرج في التنفيذ

يوصى عند إدخال تدابير تحسين الجودة، باتخاذ أسلوب التدرج في تطبيقها، حفاظاً على التزام الموظفين وتنمية لمهاراتهم، فيتم أولاً انتقاء عدد قليل من سمات الجودة ويوضع لها عدد محدود من المعايير، ومن خلال استخدام دورة تحسين الجودة يكتسب الموظفون المعنيون بالتدريب، قدرتهم على حل المشكلات، وبفضل استفادة أولئك الموظفين من مداخلاتهم التصحيحية من خلال عملية تحسين الجودة، فإنهم يكتسبون من الثقة ما يحدو بهم إلى التوسع في بعد الجودة في الرعاية الصحية.

6.4.4.3. رصد ضمان الجودة وتحسينها في مجال الرعاية الصحية

الرصد هو جمع المعطيات المتعلقة بمؤشرات معينة وتحليلها دورياً، مما يمكن المديرين من تحديد ما إذا كانت الأنشطة الرئيسية يجري تنفيذها وفقاً لما هو مقرر، وما إذا كانت تحدث الآثار

المتوقعة منها في جمهور المستهدفين، ويتم الرصد لتلبية المساعي المقررة للجودة، وتحديد المشكلات (أو فرص تحسين الجودة)، وضمان تنفيذ ما يلزم من تحسينات والحفاظ عليه. وعلى الرغم من أن الرصد عملية مهمة وحاسمة لأي منظمة للرعاية الصحية، فإن عملية الرصد بحد ذاتها لا تكفي، فلا بد للرصد من أن يكون فعالاً حتى يفي بأغراضه، وعليه، فلا بد لأي نظام جيد للرصد أن يتسم بعدد من الخصائص، منها ارتكازه على مؤشرات الرصد الرئيسية وحدها، واقتصاره على جمع المعطيات اللازمة بالفعل، وجمعه لمعطيات سهلة التفسير وارتجاعه للمعلومات في الوقت المناسب إلى مستخدمي المعلومات (المديرين، ومقدمي الخدمات والمنتهجين بها).

وحيث أن الرصد يتطلب امتثال نظام الرعاية الصحية للمعايير المتفق عليها، فإن عملية وضع المعايير تعتبر جزءاً لا يتجزأ من دورة تحسين الجودة، علماً بأن وضع المعايير لا يعني بالضرورة إعداد المعايير من نقطة الصفر، وإنما تشتمل هذه العملية على عدد من الأنشطة، منها البحث عن نظام قائم لتكييفه، وانتقاء المعايير المناسبة لاعتمادها، وتعديل هذه المعايير أو إعادة إعدادها.

وهناك عدد من الطُرق التي توضع بها هذه المعايير:

- انتقاء النظام أو الوظيفة التي يتم إعداد المعايير من أجلها (مثلاً، التطعيم، أو صحة الأمومة، أو صحة الطفولة، أو ما إلى ذلك).
- دراسة النظام وتحديد مقوماته وعناصره (مثلاً، الأطباء، والممرضات، والسجلات الطبية، ودخول المرضى إلى المرافق الصحية وخروجهم منها، ومعدلات رضاء المرضى، ومعدلات العدوى، وما إلى ذلك).
- إضفاء سمة من سمات الجودة على العناصر الأساسية (مثلاً: الآنية، والدقة، والاكتمال، والتدريب، وما إلى ذلك).
- تقرير شكل المعيار (مثلاً: بيانات الجودة، والخوارزميات، والدلائل الإرشادية للممارسة السريرية، والسياسات، والإجراءات، وما إلى ذلك).
- إعداد المؤشر بربطه بمعيار قابل للقياس (مثلاً، العدد أو النسبة المئوية، وما إلى ذلك)
- انتقاء مستوى أدنى حالة (عتبة) مقبولة للمعيار (مثلاً 80%، 90%.... إلخ)
- تقييم الصلاحية، والموثوقية، والدقة، والوضوح، وقابلية التطبيق.
- إبلاغ المعايير والمؤشرات إلى جمهور المستهدفين.
- وضع المعايير والمؤشرات موضع التنفيذ.
- رصد الامتثال للمعايير بقياس المؤشرات دورياً.

خاتمة الفصل:

إن الاهتمام بالجودة بوصفها إستراتيجية مهمة تساعد المنشأة على توفير الخدمات التي تشبع الرغبات الكاملة للعملاء ، سواء داخل المنشأة أو خارجها وذلك عن طريق تلبية متطلباتهم واحتياجاتهم وتوقعاتهم المعلنة وغير المعلنة، لدليل على أن إدارة الجودة الشاملة قد فعلت فعلتها في تلك المنظمة ، ونخص بالذكر منظمات الخدمات الصحية.

إن المنتبج لجودة الرعاية الصحية، سيلاحظ أن الاهتمام بهذه الفكرة قديم جدا قدم الرعاية الصحية نفسها، بمعنى آخر فإن الاهتمام بجودة الرعاية و الإقرار بان على مقدمي الرعاية واجب دعم معايير الرعاية الصحية ليس موضوعا جديدا.

ولكن صعوبة تطبيق الجودة في هذا الميدان جعله بالغ الأهمية، وافت نظر الاقتصاديين الذين تخصصوا في اقتصاديات الصحة وبينوا أن إدارة الجودة الشاملة هي الحل لازمات النوعية في الصحة.

من خلال هذا إستلزمنا الأمر بان نقوم بدراسة ميدانية للتأكد من حقيقة أن إدارة الجودة الشاملة هي الحل لأزمات الجودة في منظمات الصحة، فأسقطنا دراستنا على هته على المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية.

الفصل 4

دراسة مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية

بعد تحديد الإطار النظري العام لهذا البحث في الفصول الثلاثة الأولى، سنحاول من خلال هذا الفصل تحديد درجة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية.

و حتى نتمكن من الإحاطة بدراستنا وتكون وافية من جميع الجوانب ينبغي تحديد مجالات الدراسة، وأهم الوسائل المستخدمة في جمع المعلومات بعد تحديدنا للمجال المكاني و الزمني لدراستنا هته في مقدمتنا، نرى من المفيد أن نبين الوسائل والتقنيات التي استعملناها في عملية جمع المعلومات، هذه الوسائل تتمثل في:

- المقابلة: بهدف الحصول على معلومات ذات مصداقية وموثوق بها، لجأنا إلى الاستعانة ببعض المقابلات مع إطارات المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية، وقد قمنا بتلخيصها في تحليلنا للمقابلات التي أجريناها في شكل أسئلة وأجوبة.

- الوثائق: اعتمدنا في دراستنا على تجميع وتحليل المعطيات الواردة في الوثائق المتوفرة لدى المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية، وذلك بهدف الاستفادة منها واستخدامها في النسب والرسوم البيانية و الدوائر النسبية لأجل أن يكون التحليل أكثر دلالة، وقد كان من الوثائق المعتمد عليها في الدراسة التقارير السنوية من قبل المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية و الوحدات التابعة له.

- الإنترنت: من خلال تصفح الواجهات المنشورة على الويب لموقع وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات ، وكذا موقع الديوان الوطني للإحصاء والتي أعطنا فكرة المركز

الاستشفائي الجامعي للبلدية ، كما مكنتنا من التعرف على بعض الإحصائيات فيما يخص نمو السكان وتطور عدد المستخدمين في قطاع الصحة.

- الاستبيان: إذا كان الاستبيان هو مجموعة الأسئلة المرتبة حول موضوع معين، يتم وضعها في استمارة بهدف الحصول على أجوبة عنها فاستيفاء للأهداف قمنا بصياغة أسئلة الاستبيان على نحو:

- أسئلة واضحة ومحددة كتبت بطريقة مركزة وسهلة الفهم.

- الاستبيان لا يأخذ الوقت الكثير عند ملئه.

لكننا عمدنا في حقيقة الأمر إلى الإكثار في عدد الأسئلة للإحاطة بجوانب عديدة والتأكد من الإجابات ، كما قسمنا استبياننا إلى ثلاثة أنواع من الاستبيانات ، ظنا منا أن إدارة الجودة الشاملة والجودة ، تعني ثلاثة أطراف في منظمات الصحة ، ألا وهي العميل (المريض) ، المستخدمين، الإدارة العليا.

1.4. تكوين المؤسسات الإستشفائية في الجزائر

إن الاستقرار التاريخي للتنظيم الصحي في الجزائر يبرر مختلف المراحل التي قطعتها الخدمة الصحية والقواعد القانونية التي ارتكزت عليها.

يبدأ أن الصيغة التي انتهجتها الجزائر بعد الاستقلال برزت جليا في ميثاق طرابلس حيث جاء فيه أن الصحة خدمة عمومية تتكفل بها الدولة أي بعبارة أخرى تقريب وإيصال الصحة لكل المواطنين وترجم ذلك في عبارة مجانية الصحة.

وتجسد ذلك في مشروع ألف قرية بحيث تضم مرافقه العامة مستوصف (قاعة علاج) وعلى ضوء ذلك انتشرت ظاهرة بناء قاعات العلاج في كل تجمع سكاني حيث غلب عليها الطابع السياسي أكثر منه نفعي.

واستمر الحال على ما هو عليه إلى غاية 1974/01/01 حيث أعلن رسميا على مجانية

الخدمات الصحية لكل فئات المجتمع وفي جميع أنحاء البلاد.

وهكذا شرعت السياسة الصحية في الجزائر في تبوأ تشييد الهياكل الصحية الجديدة في كل كامل القطر الوطني في ظل نظام اجتماعي اقتصادي مبدأه طغيان القطاع العمومي والتضييق كل الضيق على القطاع الصحي الخاص.

ولقد امتازت هذه الفترة بقلّة الموارد البشرية المؤهلة، وشبه انعدام التجهيزات الطبية المتطورة وقد نذكر على سبيل الحصر:

أقل من 500 طبيب غداة الاستقلال نصفهم جزائريون، لتغطية احتياجات قدرت آنذاك 10 ملايين جزائري، ولقد كان آنذاك معدل الوفيات يناهز 180 وفات لكل 1000 طفل.

1.1.4. تاريخ منشأ القطاعات الصحية

لقد أصبح القطاع الصحي الهيكل المفتاح للتنظيم الصحي الجزائري، إذ يمثل تقسيم ديمغرافي لغرض العلاجات، ويضمن التكفل الصحي للسكان. وإن ضمان الخدمات الصحية بصفة منتظمة ومستمرة من قبل هذه الهياكل الصحية، لم يأتي من باب العشوائية، بل هو تفاعل تنظيمي تشكل شيئاً فشيئاً، فرغم حداثة هذا المصطلح الذي تم اعتماده في سنوات السبعينات، فيمكن القول أن هذا المصطلح قديم وله مصدر مضاعف [79] ص 34 :

1.1.1.4. المصدر الأول القطاع الصحي

تمد جذوره إلى الحقبة الاستعمارية إلى سنة 1902 نتيجة اتساع قانون المساعدات المجانية في الجزائر (AMG) ، والتي أنشأت سنة 1893. هذه القطاعات الصحية التي أنشأت ، وسعت مقاطعات المساعدة الطبية ، وفي سنة 1943 ولغرض ضمان رقابة أكثر على الأمراض الاجتماعية ، تمت عملية إعادة تنظيم لـ " المساعدات الطبية المجانية " ، وخاصة بالمناطق الريفية ، وتم في الأخير التوصل إلى إنشاء 155 مقاطعة للمساعدات الطبية ، جمعت في 12 قطاع صحي ، كل قطاع تحت إدارة طبيب للصحة العمومية.

2.1.1.4. المصدر الثاني المنشأة الحديثة

والذي ظهر في بداية السبعينات ، وهو ناتج عن أفكار وتطبيقات أملاها النظام الصحي يهدف إلى ضمان تدرج سلمي في المؤسسات الإستشفائية ، إدخال تدابير وقائية وعلاجية في مساحات جغرافية لا محدودة ، والقيام ببرامج الصحة العمومية. ونتيجة لهذا المنشأ المضاعف للقطاعات الصحية ، يمكن تتبع أهم المراحل الأساسية لتكونها وما صاحبها من تناقضات وتغيرات ، سواء في قانونها الخارجي أو في طريقة تمويلها.

3.1.1.4. تعريف القطاع الصحي في الجزائر

" القطاع الصحي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال

المالي". [80] ومن التعريف يتضح لنا أن القطاع الصحي يتميز بـ :

- ذمة مالية مستقلة.
- مؤسسة عمومية ذات طابع إداري.
- يتمتع بالشخصية المعنوية.
- وبتالي " يتمتع الشخص الاعتباري بجميع الحقوق إلا ما كان منها ملازما لصفة الإنسان وذلك في الحدود التي يقرها القانون " [80] . فيكون له بذلك :
- ذمة مالية مستقلة.
- أهلية في الحدود التي يعينها عقد إنشائه أو التي يقرها القانون (أهلية التعاقد والتصرف).
- موطن وهو المكان الذي يتواجد فيه مركز إدارته.
- حق التقاضي.
- وباعتبار أن المدير هو المسؤول عن تسيير القطاع الصحي فهو بهذه الصفة [80] :
- يمثل المؤسسة أمام العدالة وفي جميع أعمال والحالات.
- يقوم بإبرام جميع العقود والصفقات والاتفاقيات في إطار التنظيم المعمول به.
- ويترتب عن اكتساب القطاع الصحي للشخصية المعنوية عدة نتائج :
- إن تمتع القطاع الصحي بالشخصية المعنوية واستقلاله عن سلطة الوصية لا يعني استقلاله المطلق في مواجهة السلطة الوصية، بل يظل مقيدا بالنطاق الذي حدده له المشروع حيث يخضع لرقابة وإشراف الوزارة المكلفة بالصحة بواسطة الوصاية الإدارية حيث " يوضع تحت وصاية الوالي " [80] .
- يؤدي منح الشخصية المعنوية للقطاع الصحي إلى تفتيت وتوزيع مظاهر وامتيازات السلطة العامة بين الوزارة المكلفة بالصحة باعتبارها ممثلة للدولة والقطاع الصحي باعتباره ممثل للإدارة اللامركزية، إذ تمارس امتيازات السلطة العامة في حدود اختصاصاتها فالقرارات الصادرة عن القطاع الصحي تعد قرارات إدارية تخضع لرقابة القضاء الإداري .
- إن عمال وموظفي القطاع الصحي هم موظفون عموميون يخضعون للمرسوم 85-59 المؤرخ في 1985/03/23 الذي يتضمن القانون الأساسي النموذجي لعمال المؤسسات والإدارات العمومية.

- حق التقاضي المقرر للقطاع الصحي مستقل عن حق التقاضي المقرر للوزارة المكلفة بالصحة باعتبارها سلطة الوصاية ، إذ يمكن مفاضاتها عن طريق ممثليها حيث ترفع الدعوى ضد القطاع الصحي باعتباره يتمتع بالشخصية المعنوية .
- إن استقلال القطاع الصحي بذمته المالية عن الوزارة المكلفة بالصحة العمومية يحمله المسؤولية عن الأفعال الضارة التي تصدر عن موظفيه.

2.1.4. تاريخ تطور النظام الصحي الاستشفائي

إن أحسن تعريف يمكن تقديمه عن المستشفى هو تعريف المنظمة العالمية للصحة، حيث تعرف المستشفى على أنه " عنصر منظمة ذات طابع طبي واجتماعي ، أين تتمثل وظيفته في ضمان العلاج الطبي الكامل للسكان ، شاف أو علاجي ووقائي ، وهو أيضا مركز تدريس للطب والبحث البيولوجي اجتماعي " ، أو ببساطة هو " مؤسسة تأوي المرضى الذين يتلقون العلاجات الطبية والتمريضية " وهو أيضا " مكان أين الحياة هي الشغل الشاغل .

وقد مر المستشفى عبر الوقت بمراحل عديدة.

1.2.1.4. تاريخ تطور المستشفى دوليا

إن الجانب التاريخي كان موضوع أعمال بحث شارل بيرو Charles Perrow ، الهدف منها وضع تاريخ المستشفى ، والنظر في كيفية تغيير أهدافه بسبب تغير التكنولوجيا واحتياجات المجتمع، ودراسة اثر تغير الأهداف وتشكيلة القيادة على التنظيم .

وقد فرق شارل بيرو بين عدة مراحل، الأولى متميزة برقابة أعضاء مجلس الإدارة (1885-1929) للعلوم الطبية التي كانت في مظهرها البدائي، والثانية هي التي يسيطر عليها الأطباء (1929-1942) بفعل التعدد الكبير لمهامهم ، وبعد هذا نحضر لسيطرة الإدارة ، وهذه المرة نتاج تشعب وتشابك نشاطات المستشفى ، ومشاكل مركزية المعلومات (1942-1952) للوصول في الأخير إلى تسيير وقيادة متعددة ، أين كل المجموعات تتقاسم السلطة كما هو عليه الحال حاليا. وبطبيعة الحال فان المستشفيات لا تحترم كلها هذا المسار أو لا تحترم تسلسله.

وقد قسم التطور التاريخي للمستشفى إلى ثلاث مراحل [81] ص 25- 26 :

1.1.2.1.4. مرحلة النظام التقليدي

يصل حتى 1850 ، أين كان المستشفى له دور تقديم العون تحت رقابة الكنيسة أو الحكم الديني ، حيث لم يكن هناك وعي جماعي لظاهرة الصحة، ماعدا الأمراض المعدية والأمراض الاجتماعية، وكانت المستشفيات والأنظمة الخيرية كوسائل للرقابة الاجتماعية.

لكن الدولة بالرغم من محاولتها لم تتمكن من استرجاع الرقابة على المستشفيات من الكنيسة لأسباب اقتصادية ومالية، فالمستشفى لم يكن إذن للطبيب إلا مكان للعبور فقطن والأغنياء يستعينون بالأطباء الخصوصيين ، أما الفقراء فليس أمامهم إلا المشعوذين كحل لإصابتهم.

2.1.2.1.4. مرحلة النظام المهني الحر

والذي يمتد من 1850-1940 حيث أصبح المستشفى تنظيماً معقداً ، ولم يعد فقط مكاناً للإيواء ، لكن يصبوا ليكون مركز للعلاج ، أين يعمل محترفون في الطب وأصبح المستشفى المكان المفضل للأطباء ، حيث يقدم لهم تنوع كبير في الإصابات مما زاد من خبرتهم، خلال هذه المرحلة تطورت الحماية الصحية للوصول إلى العلاج مما شجع على إنشاء أنظمة ضمان من المرض، وأصبح المستشفى بهذا مركز اهتمام بين ثلاث أنواع من المتعاملين هم الدولة ، الإدارة المحلية ، المحترفون (الأطباء).

3.1.2.1.4. المرحلة المعاصرة

لها ثلاث خاصيات:

- المستشفى نظام تقني: تغير التنظيم الاستشفائي كثيرا بفعل المعطيات الجديدة للعلوم الطبية والتقنية، وأصبح رهان المجتمع في مدى تطور القطاع الصحي.
 - ظهور منطق العقلانية: يهدف إلى مراقبة مسار تطور النظام الاستشفائي والذي يتعرض إلى عقبات أساسية تتمثل في الأفضلية الممنوحة إلى الاستثمارات الغير صحية، المنافسة العمومية الخاصة، عدم انسجام عرض العلاجات مع الطلب، نوعية التسيير الغير ملائمة، ومن ثم تطورت الدراسات في عقلانية الاختيارات على مستوى الميزانية الهادفة إلى توفير إعانة في أخذ القرار، ومنه الانشغال ليصبح المستشفى مؤسسة إستشفائية.
 - وحاليا المستشفى مؤسسة أين تعتبر مركز لأخذ القرارات المعددة وعلى مستويات مختلفة، ومنطق التغيير يظهر أكثر وضوحا، والقرارات المتخذة مفهومة أكثر إذا أردنا تحليل العلاقة بين الإدارة والجهاز الطبي وفي هذا المنظور نرى نظاما استشاري للجهاز الطبي الذي يتمتع باستقلالية تقنية نسبية والتي يحاول هذا الجهاز الحفاظ عليها حيث لا يشارك في أخذ القرارات الإدارية إلا بصفة استشارية.
- ودوليا أصبح الاتجاه السائد هو العمل على فتح أبواب التداوي والعلاج للجميع بدون استثناء أو تفرقة، واستلزم هذا التمييز العلاقة بين الجماعات المحلية والمستشفى وانعكس هذا على نسبة المساهمة الكبيرة لهذه الجماعات لتنظيم وتسيير المستشفى.

2.2.1.4. تطور نظام الصحة بالجزائر

إن التطرق إلى تاريخ المستشفى بالجزائر يجرنا إلى التكلم عن المنظومة الصحية الجزائرية التي تميزت بطابعين وهما ما قبل الاستقلال و طابع ما بعد الاستقلال والذي تميز ببناء منظومة صحية جزائرية حديثة مبنية على مجانية العلاج.

لقد عرف قطاع الصحة في الجزائر حقبا تاريخية متباينة امتدت عبر سنوات طويلة حصرناها في محطات تعتبر منعرجات حاسمة في قطاع الصحة في الجزائر وتنقسم إلى:

1.2.2.1.4. مرحلة ما قبل الاستقلال

ويمكن تقسيمها إلى ثلاث مراحل [81] ص 28 :

المرحلة الأولى: 1830-1850

أين كان العلاج يقدم من طرف الجهاز العسكري للعدو ، والتنظيم كان يتم على أساس أقامت عيادات للتمريض ، كان يطغى عليها طابع العنصرية في توزيعها ، حيث كانت تكثر في المناطق الأهلة بالعسكريين الغزاة.

المرحلة الثانية: 1850-1945

يمكن إيجاز هذه المرحلة في نقطتين :

أ- إقامة مقاطعات صحية، والتي أصبحت خدماتها أوسع نسبيا حيث تتمركز في المدن والمناطق الأهلة بالمعمرين الأوروبيين وبالجزائريين المستغلين في قطاعات المناجم والنقل والسكك الحديدية الخ.

ب- ابتداء من 1904 ، ومع أطباء البلديات التي تهدف إلى تقديم العلاجات الضرورية إلى الأوروبيين والسكان الجزائريين على قدم المساواة كما يزعمون، إضافة إلى مراكز صحية أقيمت من طرف الكنيسة حيث وصل بعضها إلى الهقار.

المرحلة الثالثة: 1945-1962

مع اندلاع الحرب التحريرية بدا جيش التحرير الوطني بالتكفل شيئا فشيئا بعلاج الشعب رغم ضعف الإمكانيات البشرية، لكن بعد إضراب الطلبة عام 1956 والتحاقهم بصفوف الجيش، تدعم التنظيم الصحي بيد عاملة مؤهلة في التمريض والطب والجراحة حسنت نوعا ما في نوعية الخدمات المقدمة ، وأصبح هناك تبادل في العتاد والمرضى.

وفي 1954 كان بالنسبة ل 9529126 ساكن :

- 12 مستشفى عسكري.

- 110 مستشفى عمومي اغلبها عتيقة.

- 09 مستشفيات متخصصة.

2.2.2.1.4. مرحلة ما بعد الاستقلال

يمكن تقسيمها إلى ثلاثة مراحل [82] ص 92 :

المرحلة الأولى : 1973-1962

عرفت هذه الفترة جملة من الإجراءات ، كان هدفها هو توحيد الوصايا الإدارية للهياكل الصحية العمومية ، وكذا بالنسبة للمستوصفات التابعة للولاية ، ومراكز النظافة المدرسية المرتبطة بأكاديميات وزارة التربية ، المستوصفات الخاصة بمكافحة أمراض السل ، والمنظمة تحت وصاية الديوان العمومي للنظافة الاجتماعية والملحقة بالمؤسسات الإستشفائية ، مكونا بذلك شيئا فشيئا قطاعات الصحة.

* خصائص المرحلة

عرفت هذه المرحلة نقاشا حادا حول قانون ممارسة المهن الطبية " عمومية ، شبه عمومية ، خاصة ، نصف الوقت ، كامل الوقت ، الخدمة المدنية " ، وبعد فترة قصيرة ، أي في سنة 1966 تم صدور أمر يكرس 03 أنظمة للممارسة الطبية.

- 1- خدمة عمومية إجبارية لكامل الوقت، للأطباء الجدد .
- 2- خدمة نصف الوقت للذين تم تنصيبهم في الخدمة الخاصة .
- 3- كامل الوقت ، مهياً للإستشفائيين الجامعيين .

المرحلة هذه تميزت بنهايتها بمجانبة العلاج، التي تحملت أعبائها المالية الدولة.

المرحلة الثانية : 1972-1983

هذه المرحلة تميزت برفع إحتكار العرض العمومي للعلاجات بالشركات الوطنية، صناديق الضمان الإجتماعي ، التعااضديات، وظهرت بذلك العديد من الهياكل الإجتماعية ، والتي تحولت فيما بعد إلى قطاع عمومي ، نشاطها تطور ليغطي النقص في الفرع Segment العمومي للعلاجات ، وما ساعد على تطورها انعدام القيود المالية.

خصائص المرحلة :

- 1- عرفت المرحلة، ونتيجة للمخططات الرباعية، جمودا نسبيا في الهياكل الصحية، رغم التطور الملحوظ للمستخدمين الطبيين الذين تم تكوينهم وتوظيفهم.
- 2- تميزت المرحلة بانفجار نظام العلاج المجاني، مقسما بذلك إلى: فرع عمومي، فرع شبه عمومي، وآخر خاص بالعلاج في الخارج.

المرحلة الثالثة 1986-1980

وتبدأ هذه الفترة من سنة 1980، حيث:

- مجمل الهياكل الطبية الصحية للفرع الشبه العمومي " عيادات، مراكز طبية اجتماعية، مخابر... " تم دمجهم إداريا إلى القطاعات الصحية، تحت وصايا وزارة الصحة.
- الفرع الشبه العمومي، تم التخلي عنه كلياً في سنة 1984 ليمتص من قبل القطاعات الصحية، وذلك لم يتم دون مشاكل، فيما يخص " استمرار النشاطات، كفاءة السير، عدم انسجام القوانين الخاصة بالمستخدمين...".

وحتى نهاية سنة 1984، نظام العلاج الجزائري كان على الخصوص ذو قطبين، من جهة قطاعات صحية، ومن جهة أخرى قطاع طبي خاص.
في نهاية هذه المرحلة، بدأت ظواهر التراجع على مجانية العلاج، مما أدى إلى ارتفاع العائدات على عاتق المرضى، إلى جانب تخلي نسبي من طرف الدولة " ارتفاع حصة مساهمة الضمان الاجتماعي ".

المرحلة الرابعة : 1986 إلى وقتنا الحاضر

أدخل إنخفاض سعر النفط سنة 1986 ، البلاد في أزمة حادة، فظهر عيب الأسلوب التنموي المتبع، أزمة تراكم الإنتاج، اعتماد الإقتصاد الوطني على قطاع المحروقات، البطالة ، المديونية..... الخ، الشيء الذي غير بعمق الشروط الداخلية والخارجية لعمل الإقتصاد الوطني، مما انعكس على شروط تمويل وإعادة إنتاج وتسيير النظام الصحي الوطني وزاد من صعوباته الذاتية.
إن الإصلاحات المتبعة منذ 1988، والأوضاع التي عرفها الإقتصاد الوطني حولت الشروط الداخلية والخارجية لتشغيل النظام الصحي الجزائري، من بين الإجراءات التي كان لها أثرا كبيرا نذكر تخفيض قيمة الدينار التي ضاعفت أسعار المدخلات بعدة مرات، تحرير الأسعار، انتهاء احتكار الدولة للتجارة الخارجية وبالتالي المؤسسات الصيدلانية لاستيراد الأدوية، إلى جانب مشكل انخفاض العائدات من العملة الصعبة التي تستعمل لاستيراد سلع نهائية أو إنتاجية أو وسيطة.

كما أن النظام الصحي بطبعه إداري واجه صعوبات لإعادة النشاط في محيط محكوم بقوانين السوق نتيجة غياب أدوات قانونية تمكنه من التكيف مع قواعد جديدة للعب وتسهيل مداخلته بما يخص المشتريات والتمويل، هذا إلى جانب عدم قدرة الدولة على تمويل نفقات الصحة المتزايدة وإلى تسجيل عجز الحماية الاجتماعية، فطرح مشكل ارتفاع نفقات الصحة ونموها غير المتحكم فيه، ومشكلة تسيير المؤسسات الصحية التي تكون النظام الصحي الجزائري، التي سنتناولها بالتفصيل في الفقرة الموالية [83] ص 141.

3.2.1.4. مظاهر أزمة تسيير المؤسسات الصحية الجزائرية

تمر المؤسسات الصحية الجزائرية ومن خلالها قطاع الصحة بوضعية صعبة، فأصبحت اليوم محطة لانتقادات عديدة سواء من قبل المرضى المستعملين، أو من قبل المستخدمين الصحيين بما فيهم مسؤولين سامين في وزارة الصحة، هذه الانتقادات مؤسسة حول الإهمال الكبير في المؤسسات الصحية التي تكون قطاع غير منظم، عدم تحريك والاستعمال السيئ لموارد بشرية مؤهلة ولكن بدون تحفيز وأفاق تمثل من 70 إلى 80% من ميزانية هذه المؤسسات، أو عطل المعدات والتجهيزات الطبية في حين تبقى معدات حديثة غير مستغلة، إلى جانب التبعية للخارج الشيء الذي لم يسمح بالتكفل بالمرضى على أحسن وجه .

تتمثل هذه اللازمة التي هي متعددة ومتنوعة فيما يلي [83] ص 142- 144 :

1.3.2.1.4. الجانب التنظيمي

إن الوضعية الصعبة التي تمر بها المؤسسة الصحية العمومية الجزائرية مرتبطة بمشاكل التنظيم والتسيير ، وفي اتخاذ القرارات ، حيث يقتصر دور المسيرين على تنفيذ الميزانيات لا غير، إلى جانب عدم عمل الأجهزة التسييرية على أكمل وجه، وعدم القيام بالمراقبة من قبل المديرية الصحة للولايات إلى هذه المؤسسات ، والى ارتفاع تكاليف العمل، ونوعية العلاج لم تتوقف عن التدهور .

وما فاقم المشكلة هو غياب مسيرين أكفاء، إلى جانب اهتمامهم بعقد الصفقات المشبوهة.

2.3.2.1.4. عدم تحريك وتحفيز الموارد البشرية

يعتبر العنصر البشري أهم الموارد التي تتمتع بها المؤسسات الصحية وعنصرها الفعال، حيث تحتل أجور المستخدمين الجزء الأكبر من نفقات هذا القطاع، فتمثل ما بين 80-90% من ميزانية هذه المؤسسات.

لكن هذا المورد الهام والثروة الدائمة غير مستخدم بفعالية ، وبدون تحفيز وأفاق ، نتيجة لضعف الأجور، أفاق غامضة، وعدم تحريكهم..... الخ.

كما أن الإدارة لا تستطيع مكافئة العمال المجدين ، مما أدى إلى بهم إلى أن لا يدافعوا عن حقوقهم كالأجور والعلاوات وشروط العملالخ، ونسوا مقابل ذلك واجباتهم.

كما شهدت هذه المؤسسات نزيفا هاما للمختصين الاستشفائيين الجامعيين نحو القطاع الخاص، نتيجة لتدهور ظروف العمل بالقطاع العمومي، والى أفاق إغنائهم السريع في القطاع الخاص.

3.3.2.1.4. الجانب المالي والمحاسبي

إيرادات ميزانية هذه المؤسسات مرتبطة بالضمان الاجتماعي والدولة ، والموارد الخاصة التأمينية من الخدمات الصحية التي تقدمها للمواطنين تبقى ضعيفة جداً، لا تتعدى في أحسن المؤسسات 02% من إجمالي إيراداتها، يرجع ذلك إلى الأسعار الرمزية التي حددتها السلطات لهذه الخدمة مقارنة بأسعار القطاع الخاص، إلى جانب عدم اهتمام عمال هذه المؤسسات بتحصيلها من جانب إلى آخر، لأنهم لا يستفيدون منها إذا ارتفعت.

بالنسبة للجانب المحاسبي، فإجراءات المحاسبة العمومية ثقيلة لا تواكب التطورات ، ولا تسمح بالمرونة وبسرعة التدخل ، كما أن غياب المخطط المحاسبي الوطني الاستشفائي، وعدم استخدام أدوات المحاسبة التحليلية جعل هذه المؤسسات لا تعرف مستوى تكاليف تشغيلها وخدمتها.

4.3.2.1.4. الصيانة

أن الكثير من مؤسساتنا الصحية تشتغل أقل بكثير من قدرتها، فالمعدات والتجهيزات الطبية الحديثة المتأتية من انتشار التكنولوجيات الجديدة للتشخيص والعلاج غير مستعملة كما ينبغي بسبب عدم الاهتمام بصيانتها ، إذ عانت وتعاني من تعطلان متواترة، والذي زاد من إطالة مدتها نقص قطع الغيار مما جعلها دون استعمال لعدة أيام ، وما زاد في مشكلة الصيانة في مؤسساتنا هو اعتمادها فقط على الصيانة العلاجية ، وعدم وجود مختصين في ذلك.

5.3.2.1.4. منافسة القطاع الخاص

ظهور قطاع خاص ينمو يوماً بعد يوم يجلب أحسن الموارد البشرية التي تتوفر عليها المؤسسات الصحية العمومية، بفعل إغراءاته المالية، وظروف العمل الجيدة في هذا القطاع إلى جانب عدم مراقبة هذا القطاع رقابة تقنية وعلمية خاصة من جانب استيراد الأدوية وتجهيزاته الصحية وإلى أسعار خدماته المرتفعة جداً، مقارنة بأسعار المؤسسات العمومية ، إلى جانب هذه المظاهر فهناك التبعية إلى الخارج فيما يخص المواد الصيدلانية (الأدوية والمواد المستهلكة) وتقلص الموارد من العملة الصعبة أدى إلى عدم توفرها بهذه المؤسسات ، وبالتالي شلل بعض النشاطات العلاجية.

3.1.4. الأدوات والقواعد التي تمكن تسيير عصري للمؤسسات الصحية العمومية

الجزائية

إن المشاكل الصحية الجديدة المتركة حول أمراض تقنية وعصرية، إلى جانب المنافسة مع القطاع الخاص، تحتم على مؤسساتنا الصحية التزود بتكنولوجيات معقدة ومختصين، وإلى تحول عميق لطرق تسييرها وذلك بأن يترك التسيير البيروقراطي المبني على تسيير موازنة تقليدي المكان إلى تنظيم يسمح باستقلالية تسييرها، ويعمل على خفض تكاليفها، وتصحيح مواطن خللها، وتوقيف تدهور نوعية العلاج، وذلك بان تقدم الخدمات الصحية كميا أكثر من جراء الضغط الديمغرافي و نوعيا أحسن وأكثر تعقيدا بأحسن تكلفة، مع ضرورة التحكم في التكنولوجيات العلاجية الحديثة مع اخذ بعين الاعتبار الوضع الاقتصادي الاجتماعي للجزائر.

إن البحث عن المرودية وعن الأمور المذكورة أعلاه، يتطلب تجديدا تام لأدوات التسيير وقنوات الاتصال وتدرج الهياكل الصحية لقطاع الصحة.

تتمثل هذه الأدوات فيما يلي [83] ص 144 - 146 :

1.3.1.4. من أجل توقيف تدهور نوعية العلاج

والتحكم أكثر في تكاليف التشغيل لابد من أن يترك التسيير البيروقراطي لمؤسساتنا الصحية الذي تناولناه سابقا، المكان إلى تنظيم يسمح باستقلالية المؤسسات الصحية، وذلك بالعمل على ترقية الطرق الحديثة للتسيير، المبنية على التسيير التقديري بالأهداف مع مراقبة دورية للنتائج.

من أجل تحقيق ذلك يجب عمل الهياكل الصحية، مع تحديد واضح لدور كل من مسيري هذه المؤسسات، الأطباء، الممرضين والعمال الآخرين.

2.3.1.4. تحفيز وتحريك الموارد البشرية

تعتبر الموارد البشرية أهم الموارد التي تتمتع بها المؤسسات الصحية لذلك لا بد من تحفيز وتحريك هذه الموارد، وذلك بتحسين أجورهم ومختلف العلاوات إلى مستويات تسمح بالعيش الكريم، والتفرغ كليا إلى المرضى خاصة وأن عدم رضاهم وغضبهم سببه الرئيسي ضعف مستويات أجورهم كما رأينا ذلك سابقا، وأن ترتبط الأجور بالعمل المقدم، حتى يمكن مكافئة المستخدمين الأكفاء بمختلف وظائفهم وبالتالي تشجيعهم على بذل المزيد من الجهود.

كما يجب وضع سياسة للتكوين المستمر لجميع مستخدميها والسهر على تنفيذها وتقييمها، تكون حركية لأن مستقبل هذه المؤسسة مرتبط بها.

3.3.1.4. العمل على تحسين ظروف العمل

وتوفير المواد المستهلكة، الأدوية الأساسية بصفة دائمة حيث في الكثير من الحالات ينتظر المرضى بسببها الشيء الذي يسمح بالتكفل التام بالمسائل الصحية للمواطنين.

4.3.1.4. من أجل تحسين إيرادات هذه المؤسسة

لابد من إعطاء لهذه المؤسسات الحرية في تحديد أسعار خدماتها لتعكس مستوى تكاليفها كما هو الحال في القطاع الخاص، كما أنه حان الوقت لوضع مخطط محاسبي وطني استشفائي يتماشى مع المتطلبات الحديثة، يسمح باستخدام أدوات المحاسبة التحليلية من أجل تحديد مستوى تكاليف تشغيلها وخدماتها.

5.3.1.4. الاهتمام بالصيانة الدورية للمعدات والتجهيزات الطبية

و التي تتوفر عليها هذه المؤسسة، والعمل على توفير قطع الغيار لها الشيء الذي يسمح بالتكفل الصحيح بالمرضى وتقديم خدمات صحية في المستوى.

4.1.4. الإستراتيجية الاستشفائية واستقلالية تسيير المنظمات الصحية الجزائرية

كل مستشفى أو مركز استشفائي جامعي أو مؤسسة استشفائية متخصصة، تقوم بوضع إستراتيجية استشفائية حسب الاختصاصات المتواجدة فيها وحسب إمكانياتها المادية والبشرية و التي تتماشى والأهداف المسطرة و التنظيم الإداري للمنظمة الاستشفائية.

1.4.1.4. الإستراتيجية الاستشفائية

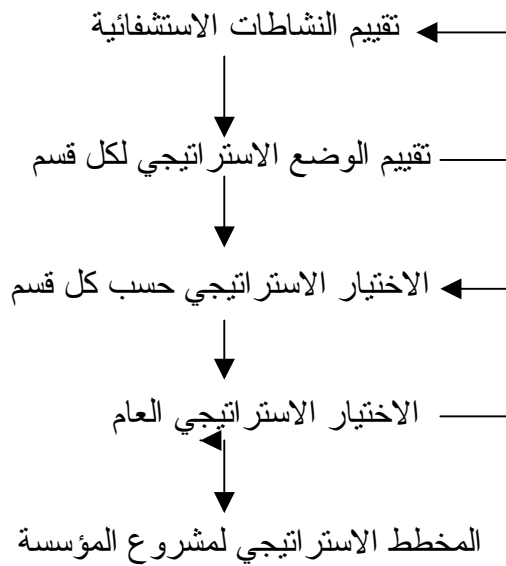
تتلخص الإستراتيجية الاستشفائية في حسن إدارة الموارد المالية والبشرية والمادية ، وأيضاً مجالات النشاط ، ونعني بذلك إرضاء طلبات المؤسسة وتلبية الحاجات التي تقدمها، وتعتمد الاختيارات الإستراتيجية الاستشفائية على نمط عالمي يخضع لطريقة منطقية يمكن توضيحها فيما يلي [84] ص 111- 113 :

- طريقة تقسيم النشاطات الأساسية للمستشفى ، الذي هو تقليدياً ذو نظام الأجنحة والمصالح ، ما مما يؤدي إلى تجمع نشاطات مختلفة ، أو على العكس يفرع نفس مجال النشاط إلى عدة مراكز لها نفس المسؤولية.

- تقييم الوضعية الإستراتيجية لكل قسم ، إذ تسمح هذه المرحلة بتحليل وضعية التنافس لقسم النشاط المعروف، كما تقوم بتعبئة كل المعلومات المتاحة للمحيط الخارجي والداخلي لمجال النشاط المأخوذ بعين الاعتبار.

- اختيار الإستراتيجية حسب كل قسم، ذلك لان قراءة مخطط التحليل التنافسي يسمح برؤية الفوائد والعوائق التنافسية، إذ أن هذا التقاطع يمكننا من المقارنة بين إعطاء الخدمة (إرضاء الزبون) والتسيير الجيد للموارد.

ويمكن توضيح الاختيار الاستراتيجي حسب المخطط الموالي [84] ص 113 :



شكل رقم 41 : طريقة الاختيار الاستراتيجي الاستشفائي [84] ص 113.

كما تتجسد الأهداف الإستراتيجية نتيجة تقاطع عدة تحاليل أهمها تحليل المحيط، تحليل السوق ، وتحليل إمكانيات المستشفى نفسه.

2.4.1.4. استقلالية تسيير المستشفيات

إن النقاش حول تنظيم وسير المرافق العامة للصحة في الدول المتقدمة يعود إلى الندرة الحادة في موارد القطاع ، مضافا إليها عدم الرضا المتزايد للمواطنين حول نوعية العلاجات المقدمة من طرف القطاع العام، الشيء الذي أدى إلى الندرة الحادة في موارد القطاع العام، الشيء الذي أدى إلى التشكيك في التسيير الحالي لهذه المؤسسات .

ومن اجل ممارسة تسيير هذه المصالح في الجزائر ، قدمت عدة اقتراحات متعلقة بمجال التسيير الاستشفائي ، والمتمثلة في زيادة الاستقلالية الإدارية والمالية للمؤسسات الصحية عن طريق تزويدها بإدارات اكسر مرونة ، كون النموذج المركزي للإدارة لا يزال يسيطر عليها، مما يشكل عائقا أمام تحقيق أحسن مرد ودية تنظيمية.

وأمام هذا الوضع ، أصبح ضروريا التفكير والمطالبة بالاستقلالية في التسيير ، كحل وحيد للمحافظة على هذه المؤسسات ، إلا أن السياسة الصحية ونظرا لبعدها الإنساني وتأثيرها الاجتماعي يجب أن تبقى مهمة تابعة دائما للدولة ، لكن هذا لا يعني تكفل الدولة والاحتياجات العلاجية للمواطنين بأي ثمن [85] ص 41 .

و سنبين في الجدول التالي الهياكل والمنشات الصحية الاستشفائية المتوفرة لسنة 1996]

: [86]

جدول رقم 10: المنشآت الصحية الاستشفائية المتوفرة لسنة 1996 [86].

1996	المعطيات
232	المستشفيات :
185	عيادات استشفائية
13	مركز استشفائي جامعي (وحدة)
21	مؤسسة استشفائية متخصصة
1098	مركز صحي
446	عيادة متعددة الخدمات
3748	قاعة علاج
53125	عدد الوحدات الاستشفائية

3.4.1.4. تنظيم وسير المستشفيات في الجزائر

يعرف تنظيم المستشفيات في الجزائر إصلاحات جديدة ، الهدف منها تحسين الخدمة المقدمة والاستغلال الأمثل للموارد، هذه الإصلاحات فرضت تنظيما جديدا للإدارة ، حيث تم تحديد قواعد تنظيم وسير المستشفيات الجامعية من خلال المرسوم التنفيذي 467/97 المؤرخ في 10 ديسمبر 1997 حيث يمكن عرض طرق وسير مهام كل قسم من الأقسام العامة فيما يلي [80] :

1.3.4.1.4. في ميدان الصحة والتكوين

- ضمان نشاطات التشخيص، الاستشفاء والاستعجالات.
- تطبيق البرامج الوطنية، الجهوية والمحلية للصحة.
- المساهمة في إعداد معايير التجهيزات الصحية والعينية والتربوية للمؤسسات الصحية.
- ضمان تكوين التدرج وما بعد التدرج في علوم الطب مع وزارة التعليم العالي والبحث العلمي.
- المساهمة في تكوين مستخدمي الصحة وإعادة تأهيلهم وتحسين مستواهم.

2.3.4.1.4. في مجال البحث

- القيام في إطار التنظيم المعمول به بكل الأعمال والدراسة والبحث في ميدان علوم الصحة.
- تنظيم مؤتمرات، ندوات، أيام دراسية، وتظاهرات أخرى تقنية.

4.4.1.4. التنظيم الإداري للمركز الاستشفائي الجامعي

يدير هذا المركز مجلس الإدارة ويسيره مدير عام ويزود بمجلس استشاري يسمى المجلس العلمي.

1.4.4.1.4. مجلس الإدارة

ويضم الأعضاء الأتي ذكرهم و هم ممثل الوزير المكلف بالصحة رئيسا ، ممثل الوزير المكلف بالتعليم العالي ، ممثل الإدارة المالية، ممثل التأمينات الاقتصادية، ممثل هيئات الضمان الاجتماعي ، ممثل المجلس الشعبي للبلدية مقر المركز الاستشفائي الجامعي، ممثل المجلس الشعبي للولاية ، ممثل الأخصائيين الاستشفائيين الجامعيين، ممثل المستخدمين الطبيين والشبه الطبيين، مثل العمال، رئيس المجلس العلمي للمركز.

ويشارك المدير العام في المداولات مجلس الإدارة بصوت استشاري ويتولى أمانته.

2.4.4.1.4. المدير العام

يعين المدير العام بمرسوم تنفيذي وباقتراح من الوزير المكلف بالصحة، وتنتهي مهامه بالطريقة نفسها ، كما يحدد الهيكل التنظيمي حسب أهمية نشاطاته بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالمالية والسلطة المكلفة بالوظيف العمومي.

3.4.4.1.4. المجلس العلمي

يكلف المجلس العلمي بإصدار آراء لا سيما فيما يخص إقامة علاقات عملية بين المصالح الطبية، مشاريع البرامج الخاصة بالتجهيزات الطبية وبنناء المصالح الطبية وإعادة تهيئتها، إنشاء

المؤسسات الطبية أو إلغائها، حيث يقترح كل الإجراءات التي لها علاقة بنشاطات المصالح التي من شأنها إن تحسن تنظيم مصالح العلاج، الوقاية وسيرها وتوزيع المستخدمين.

4.4.4.1.4. اللجنة الاستشارية

تساعد اللجنة الاستشارية والمدير العام للمستشفى لأداء مهامه وعلى الخصوص في تطبيق اقتراحات المجلس العلمي وتوصياته.

2.4. الاستشفاء وهياكل المنظومة الوطنية للصحة

يتكون قطاع الصحة في الجزائر من 13 مركز استشفائي جامعي وبمؤسساته الاستشفائية المتخصصة والتي عددها 31 مؤسسة و 185 قطاع صحي ، كل هذا بمجموع 52500 سرير موزع عبر التراب الوطني، لذلك لا يمكن الاستغناء عن هذا القطاع في كل سياسة لحماية الصحة والارتقاء بها ، إذ يضم القطاع العمومي للصحة 26734 ممارسا طبيا و 88650 مستخدما شبه طبي و 13000 عون إداريا، و 43000 عون تقنيا و عون خدمة [88] ص 06.

أما القطاع الاستشفائي الخاص ، وبفضل 85 عيادة استشفائية الموزعة على 27 ولاية ذات سعة تصل الى 2310 سرير استشفائي ، ويشغل فيه 18258 ممارسا طبيا بجميع هياكله وبالرغم من تطوره السريع وغير المراقب منذ التسعينات فإنه كان ولا يزال عنصرا مكملا للمنظومة الصحية خاصة بالنسبة للعلاج الثانوي والنهائي، كما يلاحظ انه من بين 134 مشروع العيادات الموزعة على 34 ولاية، 06 منها فقط تخص الجنوب الجزائري ، ويعكس ذلك الرغبة في الاستثمار في المناطق المحرومة وهي رغبة يجب تشجيعها شرط ان تتدرج ضمن الأهداف المسطرة في الخريطة الصحية، وفيما يخص المستخدمين الطبيين ، فإننا نسجل وجود معظمهم في القطاع الخاص على حساب القطاع العام رغم إن هذا الأخير يستفيد من تغطية واسعة من حيث الهياكل القاعدية ، إن هذه الظاهرة تعكس تخلي الكفاءات الطبية لا سيما المتخصصة منها عن القطاع العام تدريجيا لصالح قطاع خاص لا ينشط عموما إلا في شمال البلاد و في تخصصات محدودة ، فمثل هذا الوضع يؤثر دون شك على نوعية وعدالة منظومة العلاج كلها وإضافة إلى ذلك، فإن البحث عن المر دودية الاقتصادية من قبل القطاع الخاص تدفعه إلى تجاهل مجموعة الأمراض المزمنة والثقيلة لتظل تحت عاتق القطاع العام [89] ص 06 .

وفيما يخص التغطية الاستشفائية على المستوى الوطني ، يظهر إن العلاج الثانوي والنهائي سيظل متركزا في القطاع الاستشفائي ما دامت الاستثمارات الخاصة تخضع للمنطق الاقتصادي ويبقى المستشفى العام مقصد كل المواطنين بغض النظر عن اختلافاته.

ومع ذلك فإن الأزمة التي شهدتها المنظومة الصحية الوطنية لم تستثنى القطاع الاستشفائي العمومي ، بل وعكست استياء المستعملين و محترفي الصحة والدولة إزاء المستشفى ، وتمس هذه الأزمة بشكل خاص التمويل وتنظيم الاستشفاء والتكوين والإعلام.

إن معالجة مختلف العراقيل و الاختلالات يمثل شرطا مسبقا لنجاح عملية إصلاح المستشفيات ، ويقتضي ذلك تدخلات سياسية تحدد واجبات الدولة ومختلف المؤسسات والجماعات فيما يخص الحسابات الوطنية ، ميزانية الصحة ، دور الضمان الاجتماعي في تمويل الصحة ومسؤولية المستعملين إزاء صحتهم .

كما تقتضي هذه المعالجة تكييف التشريع من خلال مراجعة قانون الصحة والقانون العم للتوظيف العمومي، وستمكن الإجابات الملموسة على هذه المتطلبات من توفير الشروط الضرورية وان لم تكن كافية لإصلاح قطاع المستشفيات.

1.2.4. النمو الديمغرافي والحركة السكانية في الجزائر

ونقصد بها نسبة الزيادات والمواليد مقابل الوفيات، كما أن حالات الزواج تدخل وتأثر في حركة هذا النمو، حيث تتناسب عدد حالات الزواج طرديا مع النمو السكاني.

1.1.2.4. تطور عدد السكان في الجزائر

إن نسب النمو الديمغرافي مرتبطة بشكل كبير مع نسب الزواج، ونسبة الزواج هي عدد عمليات الزواج في سنة واحدة لكل ألف 1000 نسمة، ويتم إحصاء نسبة الزواج انطلاقا من عمليات الزواج المصرح بها لدى مصالح الحالة المدنية، والجدول التالي يوضح تطور هذه النسب من سنة 1990 إلى سنة 2005:

جدول رقم 11: تطور عدد السكان و حالات الزواج المسجلة في الجزائر [90].

السنة	عدد السكان بالمليون	حالات الزواج المسجلة	الاثنين معا
1990	25.022	149345	05.97
1991	25.643	151467	05.91
1992	26.271	159380	06.07
1993	26.896	153137	05.69
1994	27.496	147954	05.38
1995	28.060	152786	05.45
1996	28.566	156870	05.49
1997	29.045	157831	05.43
1998	29.507	158298	05.36
1999	29.965	163126	05.44
2000	30.416	177548	05.84
2001	30.879	194273	06.29
2002	31.357	218620	06.97
2003	31.848	240463	07.55
2004	32.364	267633	08.27
2005	32.906	279548	08.50

الجدول السابق يوضح أن نسب الزواج لكل ألف نسمة انخفضت من 05.97 بالألف سنة 1990 إلى 05.38 بالألف سنة 1994، لترتفع إلى 05.45 بالألف سنة 1995، وتزايدت إلى نسبة 05.84 بالألف سنة 2000، لتصل إلى أعلى مستوياتها الحالية بـ 08.50 بالألف سنة 2005 بـ 279548 عملية زواج.

مع العلم أن معدل سن الزواج قد تراجع كثيرا منذ سنة 1967 حيث انتقل من 18 إلى 26 سنة عند النساء ومن 24 إلى 30 سنة بالنسبة للرجال لسنة 1992 [91] 14 .

2.1.2.4. معدل الحياة وعدد الوفيات في الجزائر

تتميز الجزائر بارتفاع نسبة الشباب الذين يشكلون أكثر من 75 % من المجتمع الجزائري، كما تتميز بارتفاع معدل الحياة، خاصة بعد انقضاء العشرية السوداء، والجدول الموالي يوضح معدل الحياة لدى الجنسين:

جدول رقم 12: معدل الحياة لدى الجنسين في الجزائر [90].

الصفة	معدل الحياة لسنة 2005
الرجال	74
النساء	76
المجموع	75

نلاحظ من خلال الجدول أن معدل حياة النساء أكبر من معدل حياة الرجال بسنتين، ويبلغ متوسط العمر عند الجنسين 75 سنة.

كما يبين ويوضح الجدول الموالي نسبة الوفاة لكل 1000 شخص من الجنسين لسنوات 1990 إلى 2005:

جدول رقم 13: نسب الوفيات حسب الجنس لكل 1000 شخص [90].

السنة	الذكور	الإناث	الاثنين معا
1990	60.00	55.50	57.80
1991	59.40	54.20	56.90
1992	57.70	53.00	55.40
1993	57.61	53.29	55.49
1994	56.80	51.51	54.21
1995	57.94	51.68	54.87
1996	56.88	52.21	54.59
1997	59.50	53.66	56.64
1998	38.70	36.00	37.40
1999	40.20	38.60	39.40
2000	38.40	35.30	36.90
2001	38.90	35.90	37.50
2002	36.10	33.30	34.70
2003	34.60	30.30	32.50
2004	32.20	28.50	30.40
2005	32.40	28.20	30.40

نلاحظ في جميع النسب أن نسبة الوفيات لدى الرجال أكبر منها لدى النساء، ونلاحظ أن نسبة الوفيات كانت مرتفعة من سنة 1990 إلى 1997 وانخفضت من 1998 إلى 2005 حيث يقدر الفرق بين سنتي 1990 و 2005 حوالي 27.6 بالآلف بالنسبة للرجال أي بنسبة انخفاض تقدر بـ 46.00 % و 27.3 بالآلف بالنسبة للنساء أي بنسبة انخفاض تقدر بـ 53.50 %.

2.2.4. هياكل المنظومة الصحية الوطنية

تتوزع الجزائر بهياكل صحية عديدة ومتنوعة ، من حيث الأحجام والاختصاصات وقدرت الاستيعاب ، ما تتمتع بتدرج في المستويات وذلك انطلاقا من قاعة العلاج إلى المراكز الاستشفائية الجامعية و المؤسسات الاستشفائية المتخصصة.

1.2.2.4. المراكز والمؤسسات الاستشفائية الجزائرية

تحتوي الجزائر على 13 مركزا جامعيًا و 32 مؤسسة استشفائية متخصصة و عيادات توليد و عيادات خاصة و عامة ، بالإضافة إلى مراكز صحية ، موزعة على التراب الوطني. و الجدول الموالي يوضح بالتفصيل عدد هذه الهياكل:

جدول رقم 14: تطور عدد المراكز والهياكل الاستشفائية في الجزائر [87].

2003		2002		2001		2000		1999		1998		1997		
العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	
-	-	-	-	-	-	-	-	224	34770	217	33319	187	31004	المصالح الصحية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	962	14	600	العيادات الاستشفائية
13	13465	13	13236	13	13465	13	13087	13	12881	13	13045	13	15368	المراكز الاستشفائية الجامعية
32	6046	32	5960	32	2661	31	6416	31	6519	31	6203	31	5996	المؤسسات الاستشفائية المتخصصة
396	3205	372	3316	395	3180	392	3393	392	3132	395	4244	412	3517	عيادات التوليد العمومية
49	-	31	247	31	535	38	450	38	494	42	470	35	439	عيادات التوليد الخاصة

كما ان الجدول الموالي يوضح بالتفصيل ما تحتويه المراكز الاستشفائية الجامعية من مستشفيات و وحدات و مراكز و عيادات بالجزائر:

جدول رقم 15: محتويات المراكز الاستشفائية الجامعية بالجزائر [87].

المقر	الهيكل التابعة له	المركز الاستشفائي الجامعي
مستشفى مصطفى باشا	- مستشفى مصطفى باشا. - المركز الصحي "Leon Bernard" - وحدة الجراحة الاطفال. - مستشفى بني مسوس.	المركز الاستشفائي الجامعي مصطفى باشا
مستشفى بني مسوس	- مستشفى بني مسوس.	المركز الاستشفائي الجامعي بني مسوس
مستشفى " Parnet "	- مستشفى " Parnet ". - مركز الاستعجالات " Tripoli ". - وحدة بوجمعة موغني. - مخبر علم الخلايا.	المركز الاستشفائي الجامعي حسين داي
مستشفى ابن باديس	- مستشفى ابن باديس. - مستشفى الخروب. - وحدة الجراحة الأسنان " عبد الله " .	المركز الاستشفائي الجامعي قسطنطينة
مستشفى وهران	- مستشفى وهران ووحدة الاستعجالات الجراحية الطبية. - عيادة نوار فضيلة. - عيادة حمو بوتليس. - عيادة طب الأسنان. - عيادة " Amilcar Cabral ". - عيادة علم الغدد والسكري.	المركز الاستشفائي الجامعي وهران
مستشفى ابن رشد	- مستشفى ابن رشد. - مستشفى ابن سينا. - مستشفى " Dorban " - عيادة طب الأسنان " Elysa ". - عيادة صاولة عبد القادر. - عيادة طب العيون.	المركز الاستشفائي الجامعي عناية
مستشفى فرانتز فانون	- مستشفى فرانتز فانون. - عيادة امحمد يزيد. - عيادة بن بولعيد. - وحدة طب الأسنان احمد زيانة .	المركز الاستشفائي الجامعي البليدة
مستشفى نذير محمد	- مستشفى نذير محمد. - مستشفى سيدي بالوة. - مستشفى باتنة (المستشفى أ).	المركز الاستشفائي الجامعي تيزي وزو
مستشفى سطييف	- مستشفى سطييف. - مركب الأمومة والطفولة. - عيادة طب الأذن الأنف الحنجرة. - مستشفى تلمسان.	المركز الاستشفائي الجامعي باتنة
مستشفى تلمسان	- مستشفى تلمسان.	المركز الاستشفائي الجامعي تلمسان
مستشفى باب الوادي	- مستشفى باب الوادي. - عيادة " Gharafa "	المركز الاستشفائي الجامعي باب الوادي

2.2.2.4. العيادات والمراكز الصحية والطبية في الجزائر

شهدت الجزائر تطورا في عدد العيادات وقاعات العلاج والمراكز الصحية، وسنبتن عدد هذه العيادات والمراكز الصحية و تطورها منذ سنة 1997 إلى غاية سنة 2003 في الجدول التالي:

جدول رقم 16: عدد الهياكل الصحية التي تقديم الرعاية الصحية الأولية [87].

النسبة	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	
11.68 %	516	513	504	497	482	478	462	عيادة متعددة الخدمات
15.76 %	1285	1281	1268	1252	1185	1126	1110	مركز صحي
22.52 %	4412	4228	4100	3964	3851	3780	3601	قاعة علاج
40.88 %	603	563	564	515	448	504	428	مركز طبي اجتماعي
38.24 %	6514	6046	5800	5576	5299	5047	4712	صيدلية
52.66 %	5502	4995	4778	4587	4305	3948	3604	طبيب خاص

نلاحظ من الجدول أعلاه أن كل المؤشرات تدل على وجود تحسن وتطور في عدد الهياكل الصحية المنجزة في هذه الفترة ، والنسب الايجابية الموضحة في الجدول تبين ذلك، هذه النسب خاصة بتطور عدد الهياكل لسنة 2003 بالنسبة لسنة الأساس 1997 ، أي بعد سنة (6) سنوات، فقد قدرت نسبة نمو العيادات المتعددة الخدمات بـ 11.68 %، أما عن نسبة تطور مراكز صحية فقد قدرت بـ 15.76 %، في حين بلغت نسبة الارتفاع بالنسبة قاعات العلاج 22.52

، أما المراكز الطبية اجتماعية فبلغت النسبة 40.88%، وبالنسبة للصيديات والأطباء الخواص فقدرت نسبة الارتفاع بـ 38.24% و 52.66% على التوالي.

3.2.2.4. نشاطات وإمكانيات المراكز الاستشفائية الجامعية

تتميز المراكز الاستشفائية الجامعية الجزائرية بالحركة المتزايدة لعدد المرضى سنويا ، مما يجعلها تضاعف من مجهوداتها سنويا ومن هيكلها وإمكانياتها كذلك ، والجدول الموالي يوضح ترتيب هذه المراكز حسب عدد الأسرة والأيام الاستشفائية وكذا الداخلين للعلاج:

جدول رقم 17: ترتيب المراكز الاستشفائية الجامعة من حيث عدد الأسرة والداخلين للعلاج

والأيام الاستشفائية لسنة 1999 [87].

المركز الاستشفائي الجامعي	عدد الأسرة			عدد الداخلين للعلاج			عدد الأيام الاستشفائية		
	رجال	نساء	أطفال	رجال	نساء	أطفال	رجال	نساء	أطفال
البلدية	802	374	94	6345	2947	3337	152648	62314	38600
مصطفى باشا	330	229	213	8848	8808	3182	77398	75223	41306
Parnet	41	40	102	805	719	3109	10327	9281	1990
بني مسوس	148	157	99	3421	2971	2070	44893	42060	26482
بابا الوادي	155	151	42	1604	155	151	42	1604	1706
تيزي وزو	225	253	87	3747	3674	3664	43034	46731	16353
باتنة	88	95	61	1748	2042	2459	23792	27178	31840
سطيف	132	129	99	4130	3580	5272	32424	33424	18339
قسنطينة	390	388	103	7383	11034	3032	113001	126800	21414
عناية	96	38	85	3972	2323	2256	14455	8332	20146
وهران	340	339	148	9500	11177	8489	68860	68960	35670
سيدي بلعباس	134	147	64	3111	2974	2834	37518	36721	15017
تلمسان	140	128	103	3628	3422	1472	33964	33820	13193

311016	600479	676927	40927	57377	61314	1300	2468	3051	المجموع
--------	--------	--------	-------	-------	-------	------	------	------	---------

نلاحظ أن المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية يتصدر باقي المراكز الاستشفائية من حيث مجموع عدد الأسرة ومن حيث عدد الأيام الاستشفائية ، ويحتل مرتبة الرابعة لعدد الوافدين إليه بعد كل من المركز الاستشفائي لقسنطينة ومصطفى باشا ووهران، وذلك سنة 1999.

3.2.4. إطارات ومستخدمي المنظومة الصحية بالجزائر

تتميز المنظومة الصحية الجزائرية بكفاءة إطاراتها ، وتزايدهم المستمر ، رغم ما يعانونه من تجاهل للسلطات التي لا تبدي لهم الرعاية و الاهتمام بهم، ورغم أن الجزائر بلد حديث الاستقلال إلا انه استطاع أن يغطي احتياجاته من الإطارات الطبية والإطارات شبه الطبية وبقا مستخدمي القطاع الصحي من إداريين وتقنيين.

1.3.2.4. عدد المستخدمين في القطاع الصحي

الجدول التالي يوضح عدد المستخدمين من الأطباء وشبه الطبي في القطاع العمومي سنة 1995 و 1996، كما يبين عدد المرضى لكل طبيب وصيدلي واحد لنفس السنوات.

جدول رقم 18: عدد المستخدمين من الأطباء وشبه الطبي في القطاع العمومي سنة 1995 و 1996 [87].

المعطيات	1995	1996	نسبة التغير
أطباء	27317	27652	01.23 %
أطباء أسنان	8056	7837	(02.72 %)
صيدلي	3691	3866	04.74 %
شبه الطبي	85082	85296	00.25 %
تقني سامي	36641	39148	06.84 %
تقني	30648	30264	(01.25 %)
ممرض	17793	15884	(10.73 %)
عدد السكان بالنسبة ل:			
طبيب واحد	1027	1033	00.58 %
طبيب أسنان واحد	3483	3645	04.65 %
صيدلي	7602	7389	(02.80 %)

يوضح الجدول السابق والذي قسم إلى قسمين يوضح كل منهما عدد المستخدمين من الأطباء وشبه الطبي في القطاع العمومي ، و عدد المرضى لكل طبيب و صيدلي سنة 1995 و 1996، أي قبل حوالي عشرة (10) سنوات، فبالنسبة عدد المستخدمين من الأطباء وشبه الطبي في القطاع العمومي يوضح لنا نسب تزايد وتناقص عدد هؤلاء المستخدمين ، فالتزايد يرجع بطبيعة الحال إلى الدور الذي قامت وتقوم به الدولة من حيث تأهيل وتكوين الإطارات الطبية وشبه الطبية، في الجامعات أو المراكز الاستشفائية، لكننا نلاحظ تناقص كل من أطباء الأسنان و المرضى والتقنيين وذلك كون هؤلاء يتجهون إلى القطاع الخاص، أو يقومون بفتح عيادة خاصة.

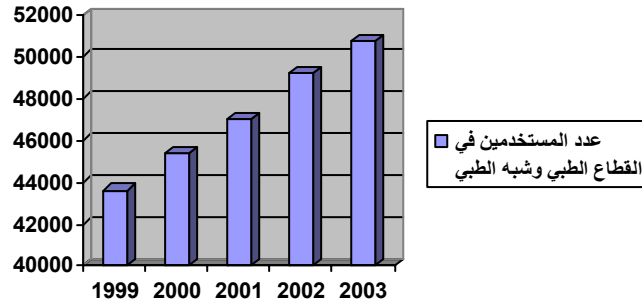
أما عن عدد المرضى لكل طبيب واحد فنلاحظ ارتفاعه، عكس الصيداللة الذين قل عدد المرضى لديهم، و نجد في الأطباء كل من الطبيب العام ، الطبيب المختص، طبيب مقيم. والجدول الموالي يوضح تطور عدد الأطباء وشبه الطبيين مقارنة بمنتصف التسعينات وارتفعت بذلك نسب الزيادات التي يوضحها الجدول الموالي من سنة 1999 إلى سنة 2003.

بيانات	1999	2000	2001	2002	2003
طبيب	30962	32332	33654	35368	36347
طبيب أسنان	8086	8197	8408	8618	8651
صيدلي	4600	4814	4976	5198	5705
المجموع	43624	45343	47038	49184	50703
نسبة زيادة المجموع بالنسبة لسنة 1999	-	03.94%	07.82%	12.74%	16.23%

جدول رقم 19: تعداد المستخدمين من القطاع الطبي والشبه الطبي في الجزائر [87].

يتبين لنا من الجدول السابق أن عدد المستخدمين من الأطباء و الصيداللة تطور بنسب مرتفعة ومتفاوتة، فقدرت نسبة زيادة مجموع هؤلاء في سنة 2000 بـ 03.94 % ، والى 07.82 % سنة 2001 مقابل 12.74 % سنة 2002، في حين بلغت النسبة سنة 2003 16.23 % وذلك بالنسبة لسنة الأساس 1999.

والشكل الموالي يوضح تزايد مجموع تعداد المستخدمين من القطاع الطبي والشبه الطبي:



شكل رقم 42: تعداد المستخدمين من القطاع الطبي والشبه الطبي في الجزائر.

2.3.2.4. الكفاءات وشهادات المستخدمين في المنظومة الصحية

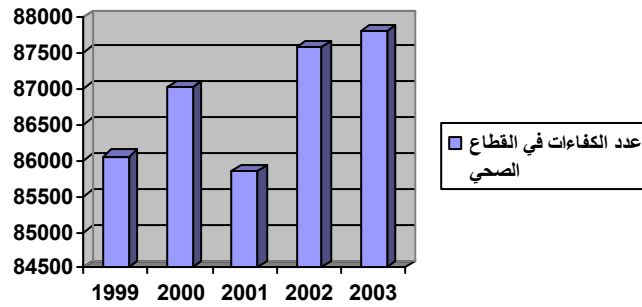
يقسم المستخدمون في القطاع الصحي ويصنفون حسب الشهادات والكفاءات كل واحد ونهم والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم 20: تصنيف وعدد إشارات المستخدمين في القطاع الصحي [87].

البيانات	1999	2000	2001	2002	2003
شهادة دولة	45496	47742	48755	51768	53348
شهادة كفاءة	28545	28027	26655	25752	24836
مساعد شبه طبي	12015	11243	10443	10051	9607
المجموع	86056	87012	85853	87571	87791
نسبة زيادة المجموع بالنسبة لسنة 1999	-	01.11%	(% 00.23)	01.76%	02.01%

نلاحظ من الجدول السابق أن نسب الزيادة أو النقصان وضعت على أساس سنة 1999 فبالنسبة لمجموع هذه الكفاءات فقد ارتفع بنسبة 01.11% في سنة 2000، وإلى 01.76% بالنسبة لسنة 2002، بنسبة 02.01% لسنة 2003 في حين انخفضت نسبة الكفاءات بـ 00.23% سنة 2001.

والشكل الموالي يوضح تزايد مجموع الكفاءات في القطاع الصحي وتصنيفها:



شكل رقم 43: تصنيف وعدد إطارات المستخدمين في القطاع الصحي

3.3.2.4. أطباء القطاع العام والخاص

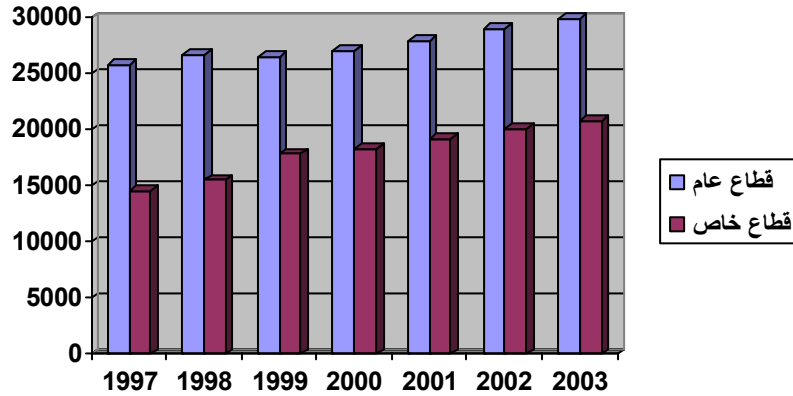
يتميز القطاع الصحي و المجال الطبي في الجزائر مع نهاية التسعينات إلى غاية اليوم زيادة كبيرة للقطاع الخاص ، والاتجاه نحو تخلي الأطباء الميسوري الحال إلى التخلي عن القطاع العام و سعي أطباء القطاع العام إلى إيجاد أي وسيلة للانفراد بهذه المهنة في عيادة خاصة، ويرجع السبب إلى الوضعية التي يعاني منها الطبيب في القطاع العام، والتي لا تشجع على المكوث فيه. والجدول الموالي يوضح نسبة تزايد كل من الأطباء في كلا القطاعين.

جدول رقم 21: توزيع الأطباء حسب القطاعين العام والخاص [87].

السنة	القطاع	طبيب	طبيب أسنان	صيدلي	المجموع	نسبة زيادة بالنسبة لسنة 1997
1997	عام	20149	5202	418	25769	-
	خاص	8195	2764	3604	14563	-
1998	عام	21271	5053	351	26675	03.51%
	خاص	8699	2901	3948	15548	06.76%
1999	عام	21256	5013	295	26564	03.08%
	خاص	9706	3049	4305	17851	17.31%
2000	عام	22007	4851	227	27085	05.10%
	خاص	10325	3346	4587	18258	25.37%
2001	عام	22878	4828	198	27904	08.28%
	خاص	10776	3580	4778	19134	31.38%
2002	عام	23967	4871	203	29041	12.69%
	خاص	11401	3747	4995	20143	38.31%
2003	عام	24883	4847	203	29933	16.15%
	خاص	11464	3804	5502	20770	42.62%

من الجدول السابق ، نلاحظ أن نسب ارتفاع عدد الأطباء الخواص يرتفع بوتيرة أسرع منها بالنسبة لعدد الأطباء في القطاع العام، وقد يرجع ذلك إلى الحالة الاجتماعية للطبيب الذي يعمل لحساب القطاع العام، وهي حالة يترضي معظم الأطباء.

ونلاحظ أن عدد أطباء القطاع العام لسنة 1998 بلغت 26675 في حين انخفضت إلى 26564 سنة 1999، بعدها استمر الارتفاع بالنسبة للسنوات الموالية، على عكس القطاع الخاص الذي استمر فيه الارتفاع منذ سنة 1997. والشكل الموالي يوضح هذا التطور:



شكل رقم 44: توزيع الأطباء حسب القطاعين العام والخاص

4.2.4. مداخيل ونفقات القطاع الصحي

تتنوع مداخيل القطاع الصحي في الجزائر وتختلف نسب الممولين له من سنة لأخرى أو من فترة لأخرى، كما تختلف نفقات والتي تركز على أجور المستخدمين وإنفاقات أخرى حسب اهتمامات الوحدة الاستشفائية.

1.4.2.4. مصادر التمويل

منذ تطبيق مبدأ مجانية العلاج في 1974 اعتمد نظام تمويل قطاع الصحة العمومي على مصدرين أساسيين هما الميزانية و الضمان الاجتماعي بالإضافة إلى مصادر أخرى أقل أهمية ونذكر أهم هذه المصادر في ما يلي [92] ص 12- 13 :

1.1.4.2.4. الدولة (الميزانية العامة)

بعد تطبيق مجانية العلاج احتلت مساهمة الدولة أكبر نسبة في تمويل قطاع الصحة العمومي بما يوفق 70 % من الميزانية المعدة من طرف وزارة الصحة، حيث تتم على مستوى القطاعات الصحية هيكلية توزيع هذه الاعتمادات من طرف كل قطاع صحي بين مختلف النفقات، تولى الدولة الأولوية إلى تمويل البرامج الوقائية التي تهدف إلى السيطرة على الأوبئة و مكافحة الأمراض المعدية و برامج التلقيح الواسعة، ومن جهة أخرى تمويل الاستثمارات عن طريق إنشاء و تجهيز هياكل متعددة العلاج و وضعها تحت تصرف المواطنين، زيادة على الإنتاج الصيدلاني الضروري للعلاج .

و أمام ارتفاع نفقات الصحة وتبني الدولة لتمويل كافة النفقات الطبية اضطرت إلى الاعتماد بوتيرة متزايدة على مساهمة الضمان الاجتماعي.

2.1.4.2.4. الضمان الاجتماعي

وهو مؤسسة مسخرة لخدمة العمال وعائلاتهم، ويعد مصدر تمويل أساسي للاشتراكات التي تقتطع من رواتب العمال، ينحصر دوره الأساسي في تنفيذ الحماية الاجتماعية للعمال من خلال تحقيق التضامن والعدالة بين جميع الأفراد.

يأخذ الضمان الاجتماعي على عاتقه جميع المؤمنين وحقوقهم، وقد كان مسؤولاً عن تمويل التحولات الاجتماعية في حين أن حصة الدولة والجماعات المحلية اتسمت بتناقص مستمر منذ نهاية الثمانينات حيث كان الاتجاه آنذاك نحو جعل الضمان الاجتماعي المسؤول الأساسي عن تمويل النفقات الصحية، بحيث نلاحظ من إحصائيات وزارة الصحة والسكان للفترة 1974-1987 أن سيطرة الدولة بداية تطبيق العلاج المجاني كانت بحوالي 75 %، لتتخفف إلى حدود 34.21 % عام 1987 ، وفي المقابل تطور نسبة مساهمة الضمان الاجتماعي التي ارتفعت من 23.50 % عام 1974 إلى 64.20 % عام 1987 مما جعل مجانية العلاج ممول بنسبة أكبر من طرف الضمان الاجتماعي ، وهذا ما أثر سلباً على وضعيته المالية خاصة بعد انخفاض أسعار البترول عام 1988 وعجزه عن الاستمرار في تمويل مجانية العلاج التي أقرتها الدولة ، وبسبب هذه الضغوطات عادة مساهمة الدولة للواجهة من جديد بنسبة تزيد عن 60%.

3.1.4.2.4. مصادر أخرى

وتضم مجموعة من المصادر المختلفة المتمثلة في:

- الدفع المباشر الكامل لغير المؤمنين اجتماعياً القادرين على الدفع.
 - دخل النشاطات الطبية المختلفة.
 - مساهمة المؤمنين اجتماعياً في مصاريف الفندقية والاستشارات الطبية.
 - دفع العيادات الخاصة لمصاريف الاستشفاء والعلاج والفحص الناتج عن تحويل مرضاها إلى الهيئات الصحية العمومية.
 - مداخيل طب العمل.
- و الجدول التالي يبين تطور نسب المساهمات لكل جهة مساهمة من سنة 1997 إلى سنة 2000:

جدول رقم 22: ميزانيات التسيير للمؤسسات الصحية من حيث مصادر تمويل المداخيل بملايين الدينارات [93] ص 02.

المصدر	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%	2000	%
مساهمة الدولة	25536.787	59	27983	59	28780.88	58	31245.515	58	33036.043	60
مساهمة الصندوق الاجتماعي	16576	38	17972	40	19872	37	19872	37	20540.477	37
موارد أخرى	1100	2.6	1100	2.8	1100	2.8	1100	2	1100	2.8
الاعتمادات الملفات	168	0.4	94	0.2		0.2		3		0.2
المجموع	43280787	100	47149	100	4962688	100	5365088	100	54809885	100

2.4.2.4. نفقات التسيير و الاستثمار في القطاع الصحي

ينفق الجزائريون 140 مليار دينار جزائري سنويا للمداواة (1.8 مليار دولار أمريكي أي ما يعادل 60 دولار لكل ساكن)، وتدفع الأسر مباشرة 40 % من هذا المبلغ، ويدفع الضمان الاجتماعي 35 % والميزانية العامة تدفع 25 % من نفس المبلغ، وإذا إستثنينا نفقة التجهيزات (أي 15 % من المجموع) فما يقارب نصف النفقات تدفع لبيع الأدوية، وتشتري الأسر نصف تلك الأدوية مباشرة دون تسديد، فسوق الأدوية الجزائرية المقيم بأكثر من 50 مليار دينار أي أكثر من 200 مليون دولار هو السوق الثالثة إفريقيا بعد مصر و جنوب إفريقيا، ويواجه ما يناهز عشرون (20) منتج محلي وهم بصفة عامة مشتركون مع منتجين آخرين تنافس سبعين (70) مستورد، وهؤلاء المنتجون يلبون 20 % من الطلب.

واهم مستورد هو مؤسسة صيدال التي تبيع أكثر من 50 % من الإنتاج المحلي وتسيطر على المجموعة ذات النشاطات التي حصلت على تصديق ممد 9002/9001 على ثلاثة فروع التي تشغل ستة مصانع ومركب مندمج، ويملك مركز بحث وتنمية لا سيما للأدوية الجينية [94]

وقد حصل مجمع صيدال الذي يبلغ رأسماله 2.500.000.000.00 دج على شهادة الجودة العالمية الايزو 2000/9001 في فيفري 2005 [95].

أما عن النفقات فخلال التسعينات عانت الخدمات العمومية الكثير جراء الضغط الذي مورس عليها بفعل النمو الديمغرافي الذي كان حينها جد قوي، وبفعل العشرية السوداء كانت هذه الخدمات في حاجة حقيقية لتجديدها كما ونوعا، وبالنسبة للقطاع الصحي فقد كان أحد القطاعات التي عانت الكثير في السابق ولكنه حظي بعناية متزايدة، حيث أنجزت في الفترة الأخيرة منذ سنة 2000 ثمانية (8) مستشفيات و 150 عيادة متعددة الخدمات و 548 قاعة للعلاج، لتعزز شبكة هائلة من الهياكل هي أصلا هامة، وكانت تتطلب تكثيفا لا سيما في الوسط الريفي. كما عرفت في هذا القطاع أجور الموظفين والسلك شبه الطبي إرتفاعا ملحوظا خلال هذه الفترة، وتم التكفل بديون المستشفيات دون أن ننسى التمويل العمومي للمصالح الصحية المتزايد [96] ص 35. وقد ارتفعت نفقات التسيير بالنسبة للسنوات الأخيرة، ونخص بالذكر قطاع الصحة الذي عرف انتعاش فيما يخص نفقات تسييره، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم 23: تطور نفقات التسيير بملايير الدينارات [96] ص 36.

ملايير الدينارات	2000	2001	2002	2003	2004
التربية الوطنية	134.40	153.58	165.34	186.11	186.62
التعليم العالي	37.71	47.11	58.72	68.28	66.50
الصحة	35.14	47.75	51.61	60.73	63.77
نسبة إرتفاع نفقات التسيير للصحة	-	% 35.88	% 46.86	% 72.82	% 81.47

نلاحظ من الجدول السابق أن نفقات التسيير للقطاع الصحي قد ارتفعت بنسبة 35.88% في سنة 2001 مقارنة بسنة 2000، وقد استمر هذا الإرتفاع إلى غاية 2004 حيث وصل إلى 81.47%، وهي نسب معتبرة وتوضح نوايا الدولة نحو إصلاح هذا القطاع والنهوض بخدماته. أما الجدول الموالي فيوضح تطور نفقات الاستثمار بالنسبة للتربية والصحة وذلك لسنوات 2000 إلى غاية 2004:

جدول رقم 24: تطور نفقات الاستثمار بالنسبة للتربية والصحة بملايير الدينارات [96] ص 35.

ملايير الدينارات	2000	2001	2002	2003	2004
التربية الوطنية	40.25	90.34	60.35	60.41	70.33
التعليم العالي	90.10	50.18	00.21	80.24	70.26
الصحة	50.70	30.13	40.19	80.19	60.14
نسبة إرتفاع نفقات الاستثمار للصحة	-	-% 40.58	-% 20.72	% 58.16	% 18.61

نلاحظ من الجدول السابق أن نسب الاستثمار في قطاع الصحة قد انخفضت في سنتي 2001 و 2002 مقارنة بسنة 2000 ، ثم شهدت ارتفاعا معتبرا سنة 2003 قدر بـ 58.16% ، و يعتبر الأعلى بالنسبة لهذه السنوات ، كما شهدت سنة 2004 ارتفاعا قدر بـ 18.61% .

3.4. المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية

يعد المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية اكبر المراكز الاستشفائية الجامعية في الجزائر خاصة من حيث عدد الأسرة وكذا عدد القاصدين إليه من المرضى للعلاج وعدد الأيام الاستشفائية.

1.3.4. نبذة تاريخية عن مستشفى فرانس فانون

كبدية لهذه النبذة التاريخية، فان فرانتز فانون (1925-1961) طبيب نفساني وكاتب مساند للقضية الجزائرية آنذاك، وقد عمل كطبيب و رئيس لمستشفى البلدية في فترة 1953 – 1957 .

واعترافا من الجزائر عامة والمستشفى خاصة، فقد سمي مستشفى البلدية باسمه [97].

1.1.3.4. المراحل التاريخية التي مر بها مستشفى فرانس فانون

أما عن تاريخ هذا المستشفى، فيمكن أن يقسم إلى ثلاثة مراحل تاريخية وهي:

1.1.1.3.4. المرحلة الأولى: ما قبل الاستقلال

في سنة 1912 كل الحاكم العام الفرنسي بالجزائر لجنة خاصة لدراسة مشروع بناء ملجأ
يوضع تحت تصرف المجلس البلدية لمدينة البليدة وأطلق عليه اسم (MABILLE ET
SALIGE) نسبة إلى مؤسسيه.

ولقد خصصت قطعت أرض مساحتها 90 هكتار تقع في أقصى غرب مدينة البليدة، وكان
من المتوقع لدى مؤسسي هذا المشروع أن يحتوي هذا الملجأ على 1200 سرير، وحسب بعض
المصادر الشفهية فإنه كان من المتوقع تخصص هذا المشروع في أول الأمر للاجئين السياسيين
ومعطوبين الحرب متعددي الجنسيات ، ولم يستقر الرأي على تخصصه كمستشفى للأمراض
العقلية إلا في سنة 1921.

توقف هذا المشروع خلال الفترة الممتدة من 1914 إلى 1918 بسبب الحرب العالمية
الأولى، إلى تمكن كل من المفوض المالي بالمحكمة الفرنسية - SALIEGE - والدكتور
LUCIEN RENAU والأمين العام DHBIAF من إعادة انطلاق دراسة المشروع، حيث كلف
كل من المهندسين PETIT ET GARNIER لتقديم مخطط مدير لبناء ملجأ يحتوي على
2221 سرير التي كان من المقرر تحقيقها سابقا.

بدأت الأشغال في سنة 1924 تحت إشراف الحاكم العام (VIOLETTE) وفي سنة
1933 تم إنجاز جناحان يتسعان لـ 100 سرير وملحقتين، خصصتا لمطبخ وبعض المرافق
الإدارية.

وفي 15 مارس 1933 صدر قرار من قبل مدير الصحة العمومية يقضي بفتح هذان
الجناحان اللذان أطلق عنهما PAVILLON RENAUVET ET SALIEGE لتخصصهم
بصفة رسمية كمستشفى للأمراض العقلية وأدخل أول مريض يوم 15 جويلية 1933 [98] .

2.1.1.3.4. المرحلة الثانية: إعادة الهيكلة لسنة 1984

بمقتضى المقرر رقم 56-81 المؤرخ في 17 نوفمبر 1984 الصادر من قبل مديرية الصحة
العمومية لولاية البليدة تقرر إعادة هيكلة مستشفى فرانتز فانون من مستشفى للأمراض العقلية إلى
مؤسسة إستشفائية متعددة الاختصاصات، و تم تعيين لجنة الدراسة الشروط الملائمة ومتابعة
عملية إعادة الهيكلة [98] .

وترجع الأسباب التي تبرز هذا الإجراء، إلى نقطتين أساسيتين هما:

أولاً: أن الهياكل الموجودة لم تستغل بشكل كامل حيث لاحظت اللجنة ميدانية أن الأسرة المشغولة
بصفة حقيقية لم تتعد 1100 سرير من مجموع 1931 تقني وبالتالي فإن 831 سرير كانت
شاغرة على الدوام.

ثانياً: أنه ظهر احتياج ملح وحقيقي لإنشاء مصالِح إستشفائية متخصصة تفتقر إليها الولاية نذكر من بينها أمراض الأنف والحنجرة ، أمراض الأعصاب ، جراحة الأعصاب ، أمراض العيون.

3.1.1.3.4. المرحلة الثالثة: إعادة الهيكلة لسنة 1997

لقد أشرنا إلى أن المركز الإستشفائي الجامعي بالبلدية الذي أنشئ بمقتضى مرسوم رقم 86-301 المؤرخ في 1986/12/16 كان يضم إلى جانب عيادة متيحة و عيادة بن بولعيد ، كلا من مستشفى الدويرة ومستشفى القليعة في شكل وحدات إستشفائية جامعية تسيير تحت وصاية المديرية العامة، التي كان مقرها المستشفى المدني بالبلدية ينوب عن المديرية العامة على مستوى كل وحدة إستشفائية طاقم إداري يرئسه مدير الوحدة ليست له صفة الأمر بالصرف، لكل وحدة إستشفائية تنظيم نقابي خاص بالموظفين العاملين بها، حيث تقوم بتمثيل نقابات الوحدات الإستشفائية على مستوى المديرية العامة نقابة تسييرية التي كانت قليلا ما تتلاقى مصالِح أطرافها وبالتالي، كانت في صراع شبه مستمر وهكذا كان يشكل منبعا وعاملا للنزاعات الجماعية في العمل، هذا الشكل من التنظيم أفرز العديد من الصعوبات من الناحية العملية في شتى المجالات وترتب عنه إختلالات كان لها تأثير على السير العادي للمصالِح.

لذلك فإن من أهداف إعادة الهيكلة سنة 1997 هو إزالة والقضاء على سلبيات هذا التنظيم، و من أهم النتائج التي نتجت عن إعادة الهيكلة سنة 1997 من الناحية الهيكلة والتنظيم:

- تحويل مقر المركز الاستشفائي الجامعي بالبلدية إلى مستشفى فرانتز فانون.
- * فصل كل من الوحدات الاستشفائية الجامعية بالدويرة و القليعة عن المركز الاستشفائي الجامعي بالبلدية وإعادة هيكلتها، على الترتيب إلى (مؤسسة إستشفائية متخصصة وقطاع صحي).
- * فصل المستشفى المدني بالبلدية عن المركز الاستشفائي الجامعي بالبلدية وإعادة هيكلته إلى قطاع الصحي.

2.1.3.4. تعريف القطاع الصحي بالبلدية

القطاع الصحي بالبلدية هو مؤسسة ذات طابع إداري وذات طاقة إستعاب 1514 سرير و يخضع للمرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المحدد لقواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها.

3.1.3.4. الهياكل الإدارية والمخطط التنظيمي للمركز الإستشفائي الجامعي للبلدية

يخضع القطاع الصحي في تنظيمه الإداري كما في القطاعات الصحية إلى قرار الوزاري المشترك المؤرخ في 29 ذي الحجة عام 1418 الموافق لـ 26 أبريل 1998 يحدد المخطط التنظيمي للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية وهذا طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ

في 02 شعبان 1418 الموافق لـ 02 ديسمبر سنة 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء المركز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها [80].

يشمل التنظيم الإداري للمركز الإستشفائي الجامعي للبلدية تحت سلطة المدير العام على ما

يلي:

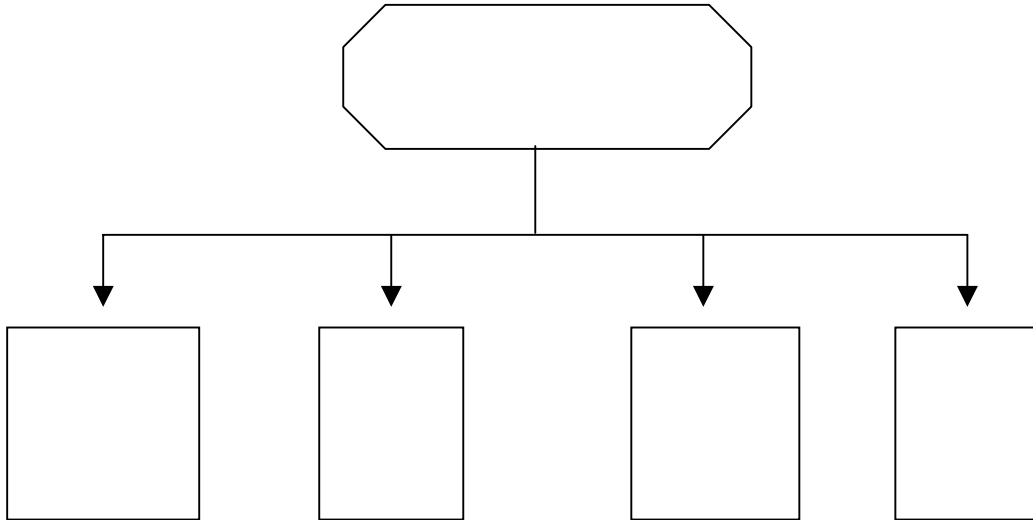
- مديرية الموارد البشرية.

- مديرية المالية والمراقبة.

- مديرية الوسائل المادية.

- مديرية النشاطات الطبية والشبه طبية.

والشكل الموالي يوضح الهيكل التنظيمي للمركز الإستشفائي الجامعي للبلدية:



شكل رقم 45: الهيكل التنظيمي للمركز الإستشفائي الجامعي للبلدية [98].

مدير المركز الاستشفائي الجامعي

تتظم وحدات المركز الاستشفائي الجامعي في المكاتب التالية التي تلحق المدير العام :

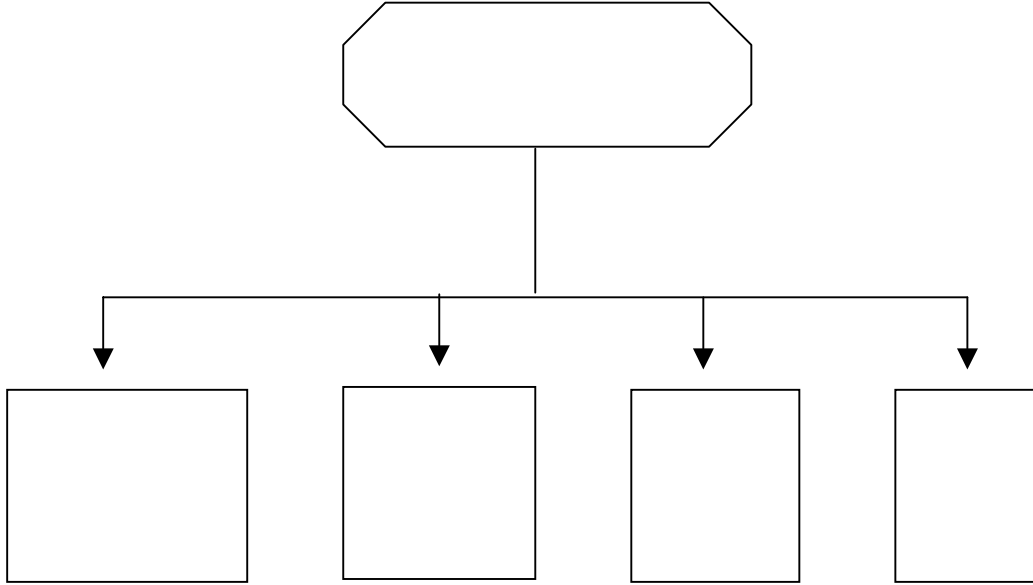
- مكتب التنظيم العام أو ما يسمى بالمفهوم الحديث بالعلاقات العامة.

- مكتب الإعلام والاتصال.

- مكتب الأمن والمراقبة العامة.

- مكتب الصفقات والمنازعات والشؤون القانونية.

و الشكل التالي يوضح تدرج هذه المكاتب تحت المدير العام للمركز:



شكل رقم 46: تدرج المكاتب تحت المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية [98].

1.3.1.3.4. مديرية الموارد البشرية

وهي أهم المديریات على مستوى المركز الإستشفائي الجامعي وتتكون من :

- المديرية الفرعية للمستخدمين:

وتشتمل على :

- * مكتب تسيير الحياة المهنية للمستخدمين الإداريين والتقنيين ومستخدمي المصالح.
- * مكتب تسيير الحياة المهنية للمستخدمين الطبيين وشبه الطبيين والأخصائيين في علم النفس.
- * مكتب العمال والتنظيم والأجور.

- المديرية الفرعية للتكوين والوثائق

وتشمل على:

- * مكتب التكوين.
- * مكتب الوثائق.

2.3.1.3.4. مديرية المالية والمراقبة

وتتكون من :

- المديرية الفرعية لتحليل التكاليف وتقييمها

وتشمل على :

* مكتب تحليل التكاليف والتحكم فيها.

* مكتب الفوترة.

- المديرية الفرعية للمالية

وتشمل :

* مكتب الميزانية والمحاسبة .

* مكتب الإيرادات والصناديق.

3.3.1.3.4. مديرية الوسائل المادية

وتتكون من :

- المديرية الفرعية للمصالح الاقتصادية

وتشمل على:

* مكتب التموينات.

* مكتب تسيير المخازن والجرد والإصلاحات.

* مكتب الإطعام و الفندقية.

- المديرية الفرعية للمنتجات الصيدلانية والأدوات والمستهلكات

وتشمل على :

* مكتب المنتجات الصيدلانية.

* مكتب الأدوات والمستهلكات.

- المديرية الفرعية للمنشآت القاعدية والتجهيزات والصيانة

وتشمل على:

* مكتب التجهيزات .

* مكتب المنشآت القاعدية.

* مكتب الصيانة.

بالإضافة إلى الهياكل الإدارية المكلفة بالتسيير لمصالح وشؤون المركز الاستشفائي

الجامعي بالبلدية ، هناك مجلسين يقومان بمساعدة المدير في التسيير هما :

- المجلس الإداري ، طبقا للمواد من 10 إلى 16 من المرسوم 97-467.

- المجلس الطبي ، طبقا للمواد من 20 إلى 23 من المرسوم 97-467.

- الهياكل الطبية للمركز الإستشفائي الجامعي بالبلدية

إضافة إلى الهياكل الإدارية المكلفة بالتنسيق الإداري ، نعلم أن هدف نشأة المؤسسة الصحية ، هو تكفل الصحي بالمواطنين ، وهي المهمة الرئيسية لها ، لذا نجد في جل المؤسسات الصحية عدة مصالح تختلف باختلاف نوع وصنف المؤسسة ، ويمكن لنا تعداد الهياكل الطبية للقطاع الصحي بالبلدية كما يلي :

4.3.1.3.4. مديرية النشاطات الطبية وشبه الطبية

وتتكون من:

- المديرية الفرعية للنشاطات الطبية

وتشمل على:

- * مكتب البرمجة ومتابعة الطلبة.
- * مكتب تنظيم النشاطات الطبية وتقييمها.
- * مكتب المناوبة والاستعجالات.

- المديرية الفرعية للنشاطات شبه الطبية

وتشمل على :

- * مكتب تنظيم النشاطات شبه الطبية وتقييمها.
- * مكتب المعالجة ومتابعة المتدربين.
- * مكتب العلاجات التمريرية.

- المديرية الفرعية للتنسيق الإداري للمريض

والتي تشمل على:

- * مكتب دخول المرضى .
- * مكتب الاستقبال والتوجيه.

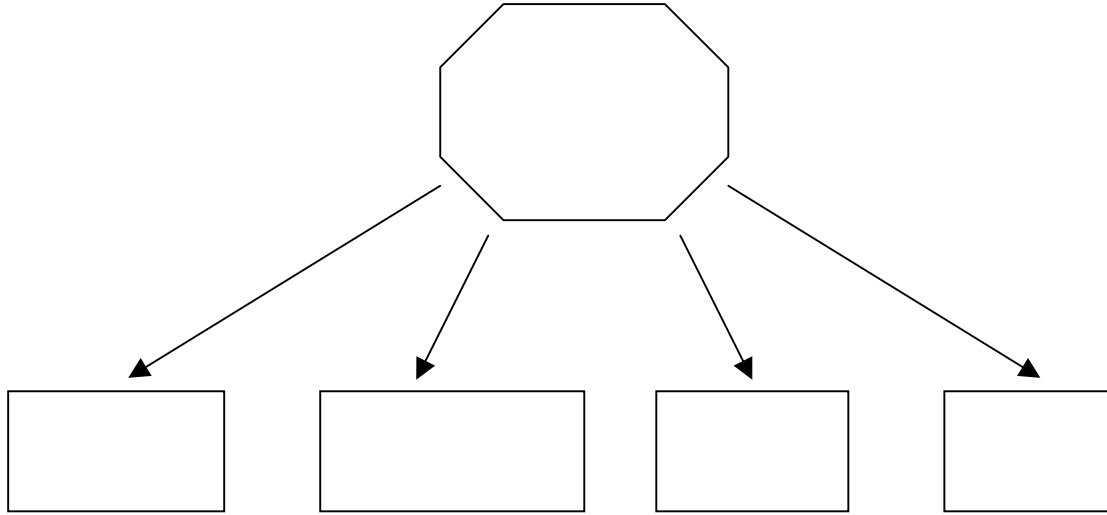
- المديرية الفرعية لطب الأمراض العقلية

وقد أضيفت بموجب قرار وزاري مشترك مؤرخ في 29 ذي الحجة عام 1418 الموافق ل 26 افريل سنة 1998 ، يحدد المخطط التنظيمي للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية، وتشمل على:

- * مكتب النشاطات الاجتماعية العلاجية.
- * مكتب أماكن العلاج .
- * مكتب إدارة ممتلكات المرضى.

2.3.4. الوحدات الاستشفائية للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية

يتشكل المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية من الربعة وحدات استشفائية وهي كل من عيادة بن بولعيد ومستشفى فرانتز فانون و وحدة امحمد يزيد و وحدة طب الأسنان احمد زبانه .
والشكل الموالي يوضح ذلك :



شكل رقم 47: الوحدات الاستشفائية المشكلة للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية [98].

1.2.3.4. مستشفى فرانتز فانون

وهو المقر العام والرئيسي للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية، كما يعتبر أهم وحدة استشفائية للمركز، ويظهر ذلك من خلال ما يحتويه من هياكل وإطارات ومديريات ومستخدمين.

1.1.2.3.4. مستخدمي مستشفى فرانتز فانون

يبلغ تعداد مستخدمي مستشفى فرانتز فانون 2654 مستخدم موزعين على النحو التالي:

- المستخدمين الطبيين يقدر عددهم بـ 476.
 - المستخدمين الشبه طبيين يقدر عددهم بـ 741.
 - المستخدمين الإداريين يقدر عددهم بـ 170.
 - المستخدمين أعوان المصالح العامة يقدر عددهم بـ 681.
 - المستخدمين المستخلفون والمتعاقدون يقدر عددهم بـ 586.
- ليصل العدد الإجمالي إلى غاية 30 افريل 2006 حوالي 2654 مستخدم.
- والجدول الموالي يقسم المستخدمين حسب المهنة و الجنس:

جدول رقم 25: تقسيم المستخدمين في مستشفى فرانتز فانون حسب المهنة والجنس [98].

المجموع	إناث	ذكور	السلك المهني
247	129	118	طبيب
201	135	66	طبيب مقيم
28	22	06	طبيب نفسي
741	273	468	الشبه طبي
170	74	96	الإداريين
681	144	537	أعوان المصالح العامة
586	198	388	المستخلفون والمتعاقدون
2654	975	1679	المجموع

2.1.2.3.4. الأجنحة و المصالح الطبية لمستشفى فرانتز فانون

يتميز مستشفى فرانتز فانون بأنه أكبر الوحدات حجماً وأهمية و تنوعاً في الاختصاصات والمصالح والأجنحة الطبية، وسنفصل في هذه المصالح من حيث الوحدات التي تضمها وعدد الأسرة في كل مصلحة ووحدة [99]:

مصلحة الأمراض العقلية (أ)

تضم وحدتين يحتويان على 100 سرير، وهما:

- وحدة معايزي للرجال التي تحتوي 60 سريراً.
- وحدة ينطران للنساء التي تحتوي على 40 سرير.

مصلحة الأمراض العقلية (ب)

تضم خمسة (5) وحدات، و يحتوي على 624 سرير، وهي:

- وحدة استشفائية للرجال والتي تحتوي على 220 سرير.
- وحدة استشفائية للنساء والتي تحتوي على 85 سرير.
- وحدة العلاج الطويل المدى والتي تحتوي على 88 سرير.
- وحدة التأهيل النفسي الاجتماعي والتي تحتوي على 191 سرير.
- وحدة معالجة الإدمان والتي تحتوي على 40 سرير.

مصلحة الأمراض العقلية (د)

تضم وحدة واحدة هي وحدة استشفائية للرجال والتي تحتوي على 262 سرير.

مصلحة علم الأوبئة والطب الوقائي

تضم وحدة واحدة هي وحدة المراقبة الوبائية.

مصلحة الأمراض العقلية للأطفال

تضم وحدتين يحتويان في مجموعهما على 26 سرير، وهما :

- وحدة الفحوصات النفسية.

- وحدة الكشوفات .

مصلحة علم الخلايا والتشريح الباطني

تضم وحدتين هما:

- وحدة علم الأنسجة.

- وحدة إنتاج الخلايا.

مصلحة الإنعاش الطبي

يضم وحدة استشفائية تحتوي على 07 أسرة.

مصلحة الطب الشرعي

تضم وحدتين هما:

- وحدة التشريح.

- وحدة الخبرة الطبية.

المخبر المركزي

يضم أربعة (4) وحدات هي:

- وحدة علم المناعة.

- وحدة الميكروبيولوجية.

- وحدة البيوكيمياء.

- وحدة الاستعدادات.

مصلحة الأشعة

تضم وحدة التشخيص.

مصلحة الطب الداخلي وأمراض القلب

تضم ستة (6) وحدات تحتوي مجملها على 49 سرير، وهي:

- وحدة تصفية الكلى سعتها 15 كلية اصطناعية.
- وحدة استشفائية للرجال وتحتوي على 16 سريرا.
- وحدة استشفائية للنساء وتحتوي على 22 سريرا.
- وحدة العلاج المكثف والإنعاش وتحتوي على 11 سريرا.
- وحدة التشخيص.
- وحدة الاستعجالات الطبية.

مصلحة الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل

- تضم ثلاثة (3) وحدات تحتوي مجملها على 35 سريرا، وهي:
- وحدة استشفائية للرجال وتحتوي على 20 سريرا.
 - وحدة استشفائية للنساء وتحتوي على 15 سريرا.
 - وحدة الفحوصات.

مصلحة الجراحة العامة

- تضم أربعة (4) وحدات تحتوي مجملها على 68 سريرا، وهي:
- وحدة استشفائية للرجال وتحتوي على 16 سريرا.
 - وحدة استشفائية للنساء وتحتوي على 34 سريرا.
 - وحدة الإنعاش وتحتوي على 08 أسرة.
 - وحدة ما بعد الجراحة وتحتوي على 10 أسرة.

مصلحة جراحة الأعصاب

- تضم أربعة (4) وحدات تحتوي مجملها على 34 سريرا، وهي:
- وحدة استشفائية للرجال وتحتوي على 11 سريرا.
 - وحدة استشفائية للنساء وتحتوي على 19 سريرا.
 - وحدة للعمليات وتحتوي على 04 أسرة.
 - وحدة للاستعجالات والفحوصات.

مصلحة طب الأعصاب

- تضم ثلاثة (3) وحدات تحتوي مجملها على 45 سريرا، وهي:
- وحدة استشفائية وتحتوي على 45 سريرا.
 - وحدة التشخيص.
 - وحدة للفحص.

مصاحبة طب العيون

- تضم وحدتين يحتويان على 40 سريرا، وهما:
- وحدة استشفائية وتحتوي على 40 سريرا.
 - وحدة للفحوصات.

مصاحبة الأذن و الأنف و الحنجرة

- تضم وحدتين يحتويان على 40 سريرا، وهما:
- وحدة استشفائية وتحتوي على 40 سريرا.
 - وحدة للفحوصات.

2.2.3.4. عيادة بن بولعيد

وهي ثاني أهم الوحدات من حيث تعداد المستخدمين وكذا شساعة الحجم، وهي عيادة مختصة بطب الأطفال والنساء وكذا التوليد و الأمومة وجراحة الأطفال.

1.2.2.3.4. عدد المستخدمين

وتظم ثاني اكبر عدد للمستخدمين بعد مستشفى فرانتز فانون بـ 780 مستخدم موزعين كما يلي:

جدول رقم 26: تصنيف وعدد المستخدمين في عيادة بن بولعيد لسنة 2006 [98].

النسبة	العدد	المستخدمين
10.64 %	83	الأطباء
31.42 %	245	شبه الطبي
09.48 %	74	الإداريين
22.56 %	176	الأسلاك المشتركة (العمال المهنيين)
23.08 %	180	المؤقتين والمتعاقدون
02.82 %	22	آخرون
100 %	780	المجموع

2.2.2.3.4. نشاطات وحركة العيادة

تقوم العيادة باستقبال عدد كبير من النساء و الأطفال يوميا، ومن شتى مدن الوسط، مما جعل الضغط يكون كبيرا على العيادة، ورغم ذلك فان العيادة تغطي حاجيات المرضى رغم وجود اكتظاظ بعض الأحيان أو انعدام الأماكن في أحيان أخرى. وسنوضح ذلك في الجدول:

جدول رقم 27: عدد مرضى الاستعجالات الذين تم استقبالهم في عيادة بن بولعيد [98].

المصلحة	2003	2004	النسبة	2005	النسبة
طب النساء	24363	26785	% 09.94	29297	% 20.25
طب الأطفال	30637	31693	% 03.44	28869	-% 05.77
جراحة الأطفال	10861	11437	% 05.30	14337	% 32.00
المجموع	65861	69915	% 06.15	72503	% 10.08

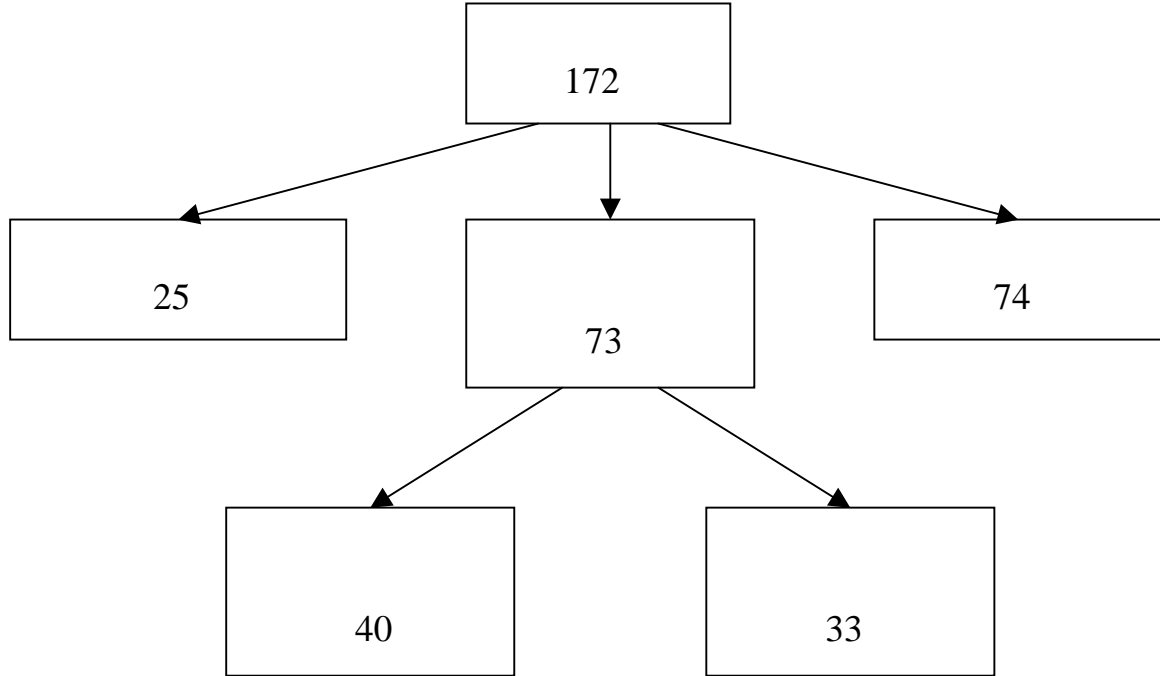
أما الجدول الثاني فيوضح عدد المرضى الذين تم استقبالهم في عيادة مصطفى بن بولعيد بشكل عادي من خلال سنوات 2003، 2004 و 2005 .

جدول رقم 28: عدد المرضى الذين تم استقبالهم في عيادة مصطفى بن بولعيد [98].

المصلحة	2003	2004	2005
طب النساء	9217	11002	11553
طب الأطفال	3831	3277	3495
جراحة الأطفال	1781	1717	1945
المجموع	14829	15996	16993

كما تحتوي عيادة بن بولعيد إضافة إلى الثلاث مصالح السابقة ذات الأهمية الكبرى بالنسبة للعيادة (طب النساء، طب الأطفال، جراحة الأطفال) على مصلحة طب العمل، مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة و مركز طبي اجتماعي.

كما تتضمن عيادة بن بو لعيد فريق تقني مشكل من مخبر، مركز أشعة و صيدلية.
بالإضافة إلى أن عيادة بن بو لعيد تحتوي على 172 سرير، والشكل التالي يوضح توزيعها:



شكل رقم 48: توزيع الأسرة في عيادة بن بو لعيد [98].

3.2.3.4. وحدة امحمد يزيد

وتعتبر من أهم الوحدات التابعة للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية، وتتميز بوجود وحدة للاستعجلات تعتبر هامة بالنسبة للمركز، وليس ببعيد فان الوحدة كانت تسمى بمستشفى متيجه.

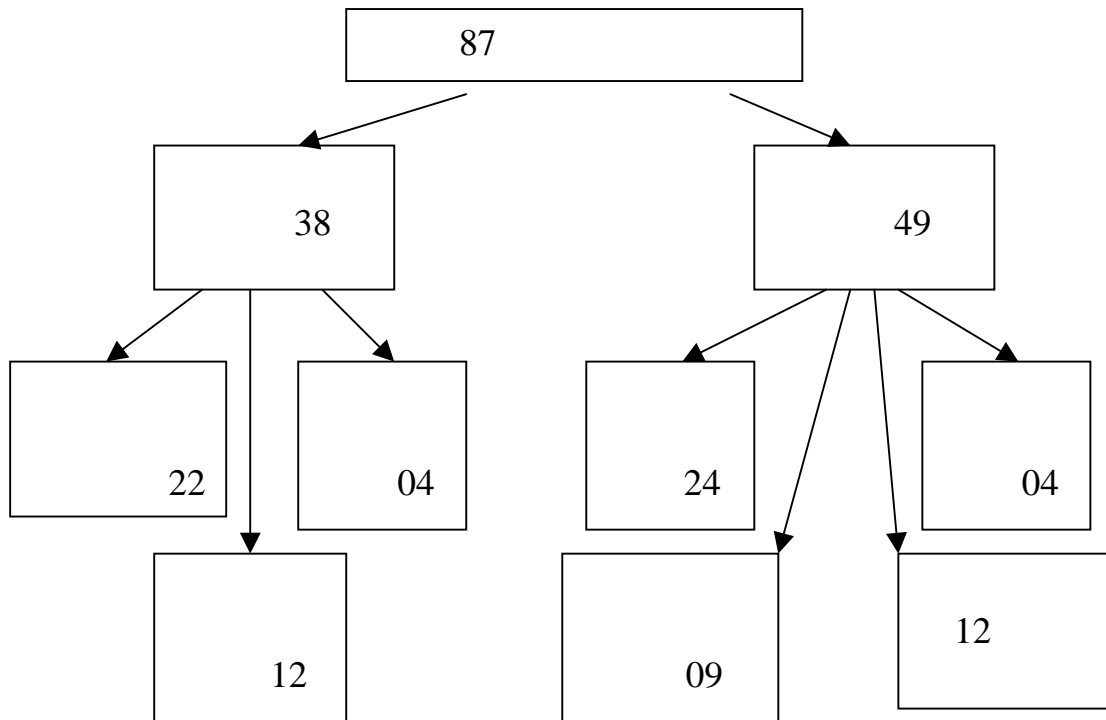
1.3.2.3.4. عدد المستخدمين

والذي سنوضحه من خلال الجدول الموالي :

جدول رقم 29: تصنيف وعدد المستخدمين في وحدة امحمد يزيد لسنة 2006 [98].

المستخدمين	سنة 2005	النسبة	سنة 2006	النسبة
الأطباء	27	% 05.78	27	% 05.70
شبه الطبي	197	% 42.18	201	% 42.40
الإداريين	31	% 06.64	35	% 07.38
عمال صيانة	-	-	12	% 02.53
المتعاقدين	-	-	21	% 04.43
عمال مهنيين	-	-	87	% 18.35
أخصائي علم النفس	-	-	01	% 00.21
أعوان مؤقتين والمتعاقدون	113	%24.20	90	% 19
التقنيين	99	%21.20	-	-
المجموع	467	%100	474	%100

بالإضافة إلى عدد المستخدمين أعلاه، هناك أربعة عشر 14 طبيب مقيم في الجراحة العامة،
وثمانية وعشرين 28 طبيب مقيم في جراحة العظام، كما سنوضح عدد الأسرة في نفس الوحدة:



شكل رقم 48: الهيكل التنظيمي للأسرة في وحدة امحمد يزيد [98].

2.3.2.3.4. الفحوصات الإستعجالية والعمليات الجراحية بالنسبة لوحدة امحمد يزيد

لسنة 2005

- بالنسبة للجراحة العامة هناك 15009 استشارة.
- بالنسبة لجراحة العظام هناك 29536 استشارة.
- العدد الإجمالي للاستشارات والفحوصات هو 44545 استشارة وفحص طبي سنويا.
- العدد الإجمالي للعمليات الجراحية هو 2812 عملية جراحية.
- العدد الإجمالي للمرضى الاستشفائيين أي المقيمين هو 3773 مريض مقيم.

جدول رقم 30: عدد الفحوصات والعمليات الجراحية في وحدة امحمد يزيد لسنة 2005 [98].

البيان	التفصيل	العدد	النسبة	المجموع
الاستشارات والفحوصات الإستعجالية	الجراحة العامة	15009	33.69 %	44545
	جراحة العظام	29536	66.31 %	
عدد المرضى الاستشفائيين (مقيمين)	إقامة الجراحة العامة	1883	49.90 %	3773
	إقامة جراحة العظام	1890	50.10 %	
العمليات الجراحية	الجراحة العامة	44545	-	2812
	جراحة العظام			
فحوصات الجراحة العامة	فحوصات بعد العملية	1326	-	15009
	فحوصات عادية	13683	-	
فحوصات جراحة العظام	فحوصات بعد العملية	24541	83.09 %	29536
	فحوصات عادية	4995	16.91 %	

4.2.3.4. وحدة طب الأسنان احمد زبانة

وهي وحدة صغيرة الحجم لكن مهامها كبيرة وذات أهمية قصوى ، حيث تعمل الوحدة وطاقمها على تغطية احتياجات المواطنين بعد ما عانوه في السنوات السابقة لوضعيتها المتدهورة.

1.4.2.3.4. عدد المستخدمين

والذي سنوضحه من خلال الجدول الموالي :

جدول رقم 31: عدد المستخدمين في وحدة جراحة الأسنان أحمد زبانة لسنة 2006 [98].

النسبة	العدد	المستخدمين
42 %	21	الأطباء
12 %	06	شبه الطبي
10 %	05	الإداريين
36 %	18	الأسلاك المشتركة (العمال المهنيين)
100 %	50	المجموع

للإشارة فقط ، أن عدد عمال وحدة جراحة الأسنان أحمد زبانة هو ضمن تعداد المستخدمين التابع لمستشفى فرانتز فانون.

و تعد وحدة جراحة الأسنان أحمد زبانة مفخرة ونموذجا حقيقيا للوحدات الاستشفائية العصرية نظرا لما آلت إليه الوضعية الحالية للوحدة بعد أن كانت لا تتوفر على مقاعد الجلوس أو حتى الماء قبل حوالي ثلاثة (3) سنوات.

والجدول الموالي يوضح الأجهزة والإمكانيات التي تتوفر عليها الوحدة:

جدول رقم 32: الإمكانيات وحدة جراحة الأسنان أحمد زبانة لسنة 2006 [98].

العدد	الأجهزة
30	أريكة جراحة الأسنان
02	جهاز أشعة
02	أجهزة ترميم وصناعة الأسنان

3.3.4. الحركة المالية وإمكانيات المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية

سنتطرق إلى مصادر تمويل المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية وإلى ميزانيته السنوية من مصادر تمويلها ووجهة إنفاقها.

1.3.3.4. الميزانية العامة للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية

تحتوي الميزانية العامة للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية على الإيرادات التي يتم تحصيلها من عدة مصادر والنفقات التي تصرف في على جهات معينة في هذا المركز، وسوف نفضل ذلك.

1.1.3.3.4. إيرادات المركز الاستشفائي الجامعي بالبلدية

إيرادات المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية تكون عبر مساهمة عدة جهات، وبنسب متفاوتة، فمساهمات الدولة هي الأكبر، ثم تليها مساهمات الصندوق الوطني للتأمينات والضمان الاجتماعي، إضافة إلى مساهمات كل من الصندوق الوطني بعنوان الاتفاقيات في إطار تخفيضات تحويلات العلاج بالخارج ومساهمات من موارد أخرى.

والجدول التالي يوضح الإعتمادات المالية ونسبة مساهمة كل جهة :

جدول رقم 33: الإيرادات العامة للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية لسنة 2006 [98].

الترتيب	مصدر الإيرادات	الإعتمادات المالية	النسبة
01	مساهمة الدولة	930.000.000.00	50.19 %
02	مساهمات الصندوق الوطني للتأمينات والضمان الاجتماعي	910.000.000.00	49.11 %
03	مساهمات كل من الصندوق الوطني بعنوان الاتفاقيات في إطار تخفيضات تحويلات العلاج بالخارج	6.000.000.00	00.32 %
04	موارد أخرى	7.000.000.00	00.38 %
	المجموع	1.853.000.000.00	%100

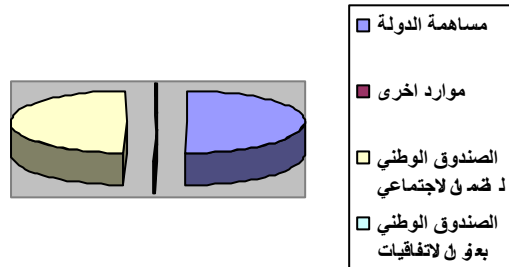
نلاحظ من الجدول أعلاه أن مساهمة الدولة لتمويل المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية تحتل أكبر نصيب في تمويل إيرادات هذا المركز الاستشفائي وذلك بنسبة 50.19 %، في حين

كانت نسبة مساهمات الصندوق الوطني للتأمينات والضمان الاجتماعي مقارنة لنسبة مساهمات الدولة، حيث بلغت 49.11 %، والنسبتان السابقتان تشكلان أهم المصادر بـ 99.30 % .
 أما لباقي إعمادات التمويل ، فيساهم الصندوق الوطني بعنوان الاتفاقيات في إطار تخفيضات تحويلات العلاج بالخارج بنسبة 00.32 %، في حين تبلغ مساهمات الموارد الأخرى بنسبة 00.38 %.

هذه النسب تعكس الوضع المالي للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية، الذي يتسم بالضعف الشديد لمساهماته الذاتية، كما يعكس الدور الكبير لمساهمات الدولة و الصندوق الوطني للتأمينات والضمان الاجتماعي.

وحسب المكلف بالشؤون المالية للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية، فان المركز يعاني من عجز كل سنة يصل في بعض الأحيان إلى 18 % حتى 20 % .
 كما يضيف انه في حالة ترميمات وصيانة وغيرهما ، تكون ميزانية المركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية حوالي 2.000.000.000.00 دج وتصل نسبة العجز إلى 600.000.000.00 دج.

وسنوضح النسب السابقة في هذا الشكل:



الشكل رقم 50: الإيرادات العامة للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية لسنة 2006 [98] .

2.1.3.3.4. نفقات المركز الاستشفائي الجامعي بالبلدية

يتم إنفاق إيرادات المركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية على عدة جهات، منها مصاريف المستخدمين و الأدوية و التغذية و التكوين وغيرها من النفقات، التي سنوضحها في الجدول الآتي:

جدول رقم 34: النفقات العامة للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية لسنة 2006 [98].

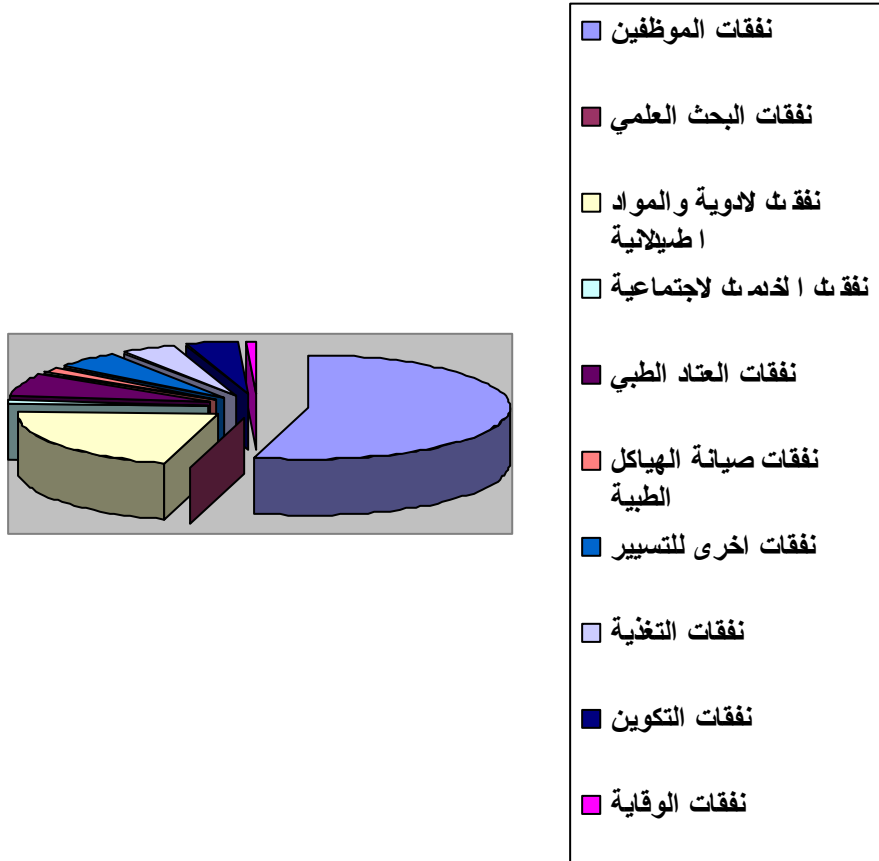
الترتيب	النفقات	الإعتمادات المالية	النسبة
01	نفقات الموظفين	1.010.000.000.00	54.50 %
02	نفقات الأدوية والمواد الصيدلانية	390.000.000.00	21.25 %
03	نفقات العتاد الطبي	120.000.000.00	06.47 %
04	نفقات أخرى للتسيير	100.000.000.00	05.96 %
05	نفقات التغذية	80.000.000.00	04.32 %
06	نفقات التكوين	80.000.000.00	04.32 %
07	نفقات صيانة الهياكل الصحية	30.000.000.00	01.60 %
08	نفقات الخدمات الاجتماعية	27.000.000.00	01.45 %
09	نفقات الوقاية	15.000.000.00	00.80 %
10	نفقات البحث العلمي	1.000.000.00	00.05 %
	المجموع	1.835.000.000.00	100 %

نلاحظ من الجدول اعلاه ان نفقات المركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية على الموظفين احتلت اكبر نسبة حيث بلغت 54.50 %، وهي نسبة عالية جدا بالنسبة لمجموع النفقات، في حين أن نفقات الأدوية والمواد الصيدلانية بلغت 21.25 % من مجموع النفقات. أما نفقات العتاد الطبي فقدرت نسبتها بـ 06.47 %، وعن النفقات التي تبين مدى محاولة إدارة المركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية النهوض بالوضعية الخدماتية للصحة في هذا المركز، فقد كانت نسب الإنفاق فيها ضئيلة، ونقصد بهذه النفقات كل من نفقات أخرى للتسيير، نفقات التغذية، نفقات صيانة الهياكل الصحية، نفقات الخدمات الاجتماعية و نفقات الوقاية والتي بلغت نسبتها 05.96 %، 04.32 %، 01.60 %، 01.45 %، 00.80 % على التوالي.

أما عن النفقات الأساسية التي تسعى للنهوض بمستوى الخدمات الصحية ومستوى جودتها فهي نفقة التكوين التي بلغت نسبتها 04.32 %، ونفقت البحث العلمي التي خصص لها مبلغ رمزي

بلغت نسبته 00.05 %، فماذا سيحقق المركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية من خلال هذا التوزيع للنفقات ؟

وسنوضح النسب السابقة لتوزيع النفقات من خلال هذا الشكل:



شكل رقم 51: النفقات العامة للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية لسنة 2006 [98].

2.3.3.4. تكاليف العلاج للمريض في كل اختصاص

إن مكوث المريض في المستشفى ولو ليوم واحد يكلفها مبلغا معينا من المال، خاصة وان عدد الأيام الاستشفائية كثيرة في المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية، مما يسبب لها تكاليف ضخمة والتي يضاف إليها تكاليف الترميم والصيانة وإعادة التهيئة .

وسنبين تكلفة المريض الواحد في المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية لسنتي 2004 و

2005 في جميع الاختصاصات الموجودة فيه من خلال هذا الجدول:

جدول رقم 35: تكلفة العلاج لسنتي 2004 و 2005 في المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية [98]

الاختصاص	تكلفة العلاج بالدينار سنة 2004	تكلفة العلاج بالدينار سنة 2005	نسبة التغير تكلفة العلاج
الطب العام	7290.19	6327.72	- 13.20 %
طب الأطفال	3056.85	4703.50	53.90 %
طب النساء	4929.78	5660.37	14.83 %
جراحة عامة	13128.82	10711.72	- 22.27 %
جراحة العظام	11746.99	9232.89	- 21.40 %
جراحة الأطفال	13780.29	12237.41	- 11.19 %
طب العمل	2185.62	1526.98	- 30.16 %
طب العيون	12380.84	4947.70	- 60.04 %
طب الأنف الأذن الحنجرة	7708.69	10324.50	33.93 %
طب الأعصاب	9810.60	14073.81	43.45 %
جراحة الأعصاب	8681.11	8656.78	- 0.28 %
طب الأمراض العقلية (أ).	2558.76	1024.05	- 59.96 %
طب الأمراض العقلية (ب).	1002.68	886.36	- 11.57 %
طب الأمراض العقلية (د).	1117.00	9068.15	711.81 %
طب الأمراض العقلية للأطفال.	2893.99	2376.95	- 17.87 %
جراحة الفم والأسنان	125.65	125.91	0.20 %
طب شرعي	1947.52	511.92	- 73.75 %
إعادة التأهيل الحركي	11666.61	5776.38	- 50.48 %
مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة	10554.10	7740.64	- 26.66 %
تصفية الدم	5635.65	4540.47	- 19.43 %

والجدول السابق يوضح جليا تكاليف العلاج التي تصرف على المريض الواحد، مع العلم أن تكلفة العلاج تضم عدة تكاليف، ومن هذه التكاليف الأعباء المشتركة، أو التكاليف المباشرة من الكهرباء والغاز والماء..... الخ وكذا الدواء، كما تدخل في تكاليف العلاج كذلك أعمال الصيانة والإصلاح للهياكل والبنىات، لذلك فإن تكاليف العلاج قد تتضاعف لأكثر من مرة في حالة القيام بترميم المباني (دهن، إعادة شبكات الغاز والماء..... الخ) حسب المكلفين بحساب تكاليف العلاج للمركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية.

ونلاحظ أن نسبة التغير في تكلفة العلاج متذبذبة ، فتتخفف في بعض الأحيان إلى نسب معتبرة مثل طب العيون وطب العمل والأمراض العقلية (أ) ، (ب) والأطفال و الطب الشرعي وإعادة التأهيل الحركي و الطب العام الجراحة العامة وجراحة العظام و تصفية الدم و جراحة الأطفال وكذا مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة، فكانت نسب الانخفاض محصورة بين 11.57 % إلى 73.75 %.

بالمقابل ترتفع إلى نسب عالية مثلما يحدث في طب الأطفال و طب النساء وطب الأنف الأذن الحنجرة وطب الأعصاب، حيث قدر الارتفاع من 14.33 % إلى 53.90 %، وتتضاعف إلى نسب خيالية مثلما حدث في طب الأمراض العقلية (د) حيث وصلت نسبة الارتفاع إلى 711.81 %.

كما بقيت النسب ثابتة تقريبا في كل من جراحة الفم والأسنان وجراحة الأعصاب. ورد مسؤول سام في مديرية المالية والمراقبة، عن سؤالنا له فيما تستطيع المنظمات الصحية في الجزائر على أن تكون منظمات مدرة للأرباح ولها مداخيل من المرضى أو الجهات المتكفلة بالمرضى ، فرد بأن الصحة في الجزائر لها تكاليف فقط، وليس سعر أو ربح ، مبررا ذلك بان المركز الاستشفائي الجامعي بالبلدية يصرف أموالا باهظة لاقتناء آلات ومعدات للعلاج ، وكمثال على ذلك ، اخبرنا بوجود آلة يتم من خلالها إخراج الفضلات من جسم المريض ، تقدر قيمتها بـ 5.000.000 دج، ويستطيع التداول على هذه الآلة ثمانية مرضى يوما ، يكلف كل واحد منهم 15.000 دج في كل عملية تطهير (تغيير الأنابيب،.....)، أي تكلف المركز الاستشفائي الجامعي بالبلدية 120.000 دج يوميا.

أما عن آلة تصفية الدم ، فقيمتها تقدر من 2.800.000 دج إلى 3.000.000 دج، يستطيع أن يتداول عليها من أربعة (4) إلى خمسة (5) مرضى يوميا ، يكلف كل واحد منهم 14.000 دج، أي تكلف المركز الاستشفائي الجامعي بالبلدية 700.000 دج يوميا.

3.3.3.4. نشاطات وامكانيات المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية

وبصفة عامة وشاملة تميز المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية بزيادة في معداته وآلاته العلاجية ، ومنها الأسرة التي سنوضح تطورها في الجدول الآتي:
جدول رقم 36: عدد الأسرة للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية [98].

الاختصاص	عدد الأسرة لكل من السنوات					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
طب داخلي	58	58	58	58	58	58
طب الأطفال	69	73	74	74	74	74
طب النساء	24	24	24	24	24	24
طب التوليد	49	49	45	49	49	49
طب أمراض الدم	-	-	-	-	-	-
الأمراض المعدية	-	-	-	-	-	-
جراحة عامة	62	62	-	108	108	108
جراحة العظام	49	49	62	49	49	49
جراحة الأطفال	25	25	25	25	25	25
جراحة الأعصاب	45	45	45	45	45	45
طب الأعصاب	45	45	45	45	45	45
طب الأذن الأنف الحنجرة	40	40	40	40	40	40
طب العيون	40	40	40	40	40	40
أمراض المفاصل	-	-	-	-	-	-
أمراض الرئة	-	-	-	-	-	-
إعادة التأهيل الحركي	35	35	35	35	35	35
الإنعاش	12	12	08	09	09	09
تصفية الدم	-	01	12	-	-	-
معالجة الإدمان	40	40	40	40	40	40
الأمراض العقلية للأطفال	26	26	26	26	26	26
الأمراض العقلية (أ)	100	100	100	100	100	100
الأمراض العقلية (ب)	631	183	524	183	624	183
الأمراض العقلية (ج)	-	145	-	145	-	145
الأمراض العقلية (د)	215	70	322	70	262	70
الأمراض العقلية (هـ)	-	65	-	65	-	65
الأمراض العقلية (و)	-	383	-	383	-	383
المجموع	1558	1580	1574	1613	1613	1613
نسبة التطور	-	01.41 %	01.02 %	03.53 %	03.53 %	03.53 %

يوضح الجدول السابق تطور عدد الأسرة في المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية، وقد شهد

نسبا متزايدة كل عام من سنة 2000 إلى 2003 حيث ارتفع عدد الأسرة بنسبة 03.53% بعدها

بقي عددها ثابتا خلال السنوات من 2003 إلى الثلاثي الأول من سنة 2006 ، وذلك راجع إلى ارتفاع الطلب على الخدمات الصحية وكذا ارتفاع عدد المرضى الداخليين للعلاج في هذا المركز، والجدول الموالي يبين هذا الارتفاع :

جدول رقم 37: عدد الداخليين للعلاج في المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية [98].

عدد الداخليين للعلاج لكل من السنوات							الاختصاص
الثلاثي 1 2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	
443	1757	1772	1896	1858	1596	1343	طب داخلي
1250	5560	5158	4703	4355	3676	3499	طب الأطفال
909	3481	3277	3831	3439	2825	2604	طب النساء
2563	11614	11002	9217	9055	8379	7097	طب التوليد
-	-	-	-	-	-	-	طب أمراض الدم
-	-	-	-	-	-	-	الأمراض المعدية
798	3019	2766	3517	3102	3186	3194	جراحة عامة
503	1890	1886	1855	1811	1661	1648	جراحة العظام
524	1918	1717	1781	1725	1723	1574	جراحة الأطفال
334	1731	1417	1427	1169	1405	1270	جراحة الأعصاب
212	585	858	863	938	953	851	طب الأعصاب
287	943	825	992	898	858	886	طب الأذن الأنف الحنجرة
315	1544	1277	1241	1150	931	1119	طب العيون
-	-	-	-	-	-	-	أمراض المفاصل
-	-	-	-	-	-	-	أمراض الرئة
74	287	252	352	276	123	143	إعادة التأهيل الحركي
-	-	-	80	69	196	198	الإنعاش
-	-	-	-	00	00	-	تصفية الدم
222	951	-	977	796	803	663	معالجة الإدمان
-	-	-	4376	00	00	52	الأمراض العقلية للأطفال
242	985	899	939	926	912	911	الأمراض العقلية (أ)
486	2103	3288	685	965	500	1132	الأمراض العقلية (ب)
-	-	-	1101	-	841	-	الأمراض العقلية (ج)
45	174	433	356	1656	287	1009	الأمراض العقلية (د)
-	-	-	640	-	464	-	الأمراض العقلية (هـ)
-	-	-	939	-	376	-	الأمراض العقلية (و)
-	-	-	5718	-	-	-	الطب الشرعي
9207	38542	36827	37392	34188	31695	28605	المجموع
-	%34.73	%28.74	%30.71	%19.51	%10.80	-	نسبة التطور

يتبين لنا من النسب المحصل عليها في الجدول السابق أن عدد الوافدين إلى المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية في تزايد مستمر حيث كان سنة 2000 حوالي 28605 ليرتفع في سنة 2005

إلى 38542، أي بنسبة تقدر بـ 34.73 %، وهذا تفسير على أن عدد الطالبين للعلاج في المركز في تزايد مستمر، مما جعل إدارة المركز تزيد من عدد الأسرة كما فسرناه سابقاً. بالإضافة إلى أن التزايد في عدد المرضى يؤدي بطبيعة الحال إلى ارتفاع في عدد الأيام الاستشفائية للمريض، وفعلاً، فهذا ما لاحظناه في الجدول الذي يبين عدد الأيام الاستشفائية سنوياً في المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية التي نوضحها في الجدول التالي:

جدول رقم 38: عدد الأيام الاستشفائية للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية [98].

عدد الأيام الاستشفائية لكل من السنوات							الاختصاص
الثلاثي 2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	
4073	17410	17242	18747	22031	18626	23187	طب داخلي
7549	29471	30578	26867	25109	24862	6709	طب الأطفال
1477	6650	6781	8075	6813	7045	15861	طب النساء
4333	19234	19142	16393	17075	16707	16229	طب التوليد
-	-	-	-	-	-	-	طب أمراض الدم
-	-	-	-	-	-	-	الأمراض المعدية
4247	20287	18354	21120	14343	20053	21509	جراحة عامة
4118	14414	12304	10693	10401	14669	14558	جراحة العظام
1391	5538	4315	5107	5609	5063	4289	جراحة الأطفال
3833	17326	14358	14227	13115	17037	17436	جراحة الأعصاب
1980	5083	7914	8567	10096	10513	11148	طب الأعصاب
1348	943	5606	5465	5497	4153	6045	طب الأذن الأنف الحنجرة
2311	1544	5564	7316	9265	8758	8291	طب العيون
-	-	-	-	-	-	-	أمراض المفاصل
-	-	-	-	-	-	-	أمراض الرئة
1810	6620	6534	8807	9369	4466	5945	إعادة التأهيل الحركي
-	-	-	210	693	1398	1964	الإعاش
-	-	-	-	-	00	-	تصفية الدم
3374	13229	-	5718	10870	12442	10783	معالجة الإدمان
-	-	-	00	00	00	7501	الأمراض العقلية للأطفال
8595	35652	35046	35648	36611	36695	36054	الأمراض العقلية (أ)
45844	190876	194444	56825	166321	60450	176674	الأمراض العقلية (ب)
-	-	-	40479	-	36282	-	الأمراض العقلية (ج)
22386	64589	71454	18673	81302	18195	46675	الأمراض العقلية (د)
-	-	-	25545	-	24306	-	الأمراض العقلية (هـ)
-	-	-	105365	-	101346	-	الأمراض العقلية (و)
-	11803	-	-	-	-	-	الطب الشرعي
118669	461670	450536	444125	444520	433121	430858	المجموع
-	%07.15	%04.56	%03.07	%03.17	%00.52	-	نسبة التطور

نلاحظ من الجدول السابق أن عدد الأيام الاستشفائية قد ارتفع من سنة إلى أخرى ، بحجم كبير، فقد وصلت نسبة الارتفاع من سنة 2000 إلى سنة 2005 بـ 07.15 % ، كانت فيها فرق الأيام الاستشفائية بين هاتين السنتين يقدر بـ 30812 يوما استشفائيا، وهو رقم كبير جدا . وبطبيعة الحال فان الداخلين للعلاج في هذا المركز قد تقدر لهم الأقدار أن تكون ساعة وفاتهم فيه ، نظرا لعدم نجاح العمليات ، أو استعصاء حالات المرض ، أو لفوات أو أن العلاج ، أو لان القدر كتب كذلك، لذلك هناك عدد من الوفيات سجلت في هذا المركز وسيتم تحديدها في هذا الجدول:

جدول رقم 39: عدد وفيات المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية [98] .

الاختصاص	عدد الوفيات لكل من السنوات					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
طب داخلي	91	139	163	143	135	124
طب الأطفال	258	363	335	407	423	402
طب النساء	04	05	03	02	02	03
طب التوليد	07	03	03	06	04	04
طب أمراض الدم	-	-	-	-	-	-
الأمراض المعدية	-	-	-	-	-	-
جراحة عامة	87	108	98	87	85	86
جراحة العظام	23	25	14	20	15	16
جراحة الأطفال	12	08	13	15	25	30
جراحة الأعصاب	171	161	214	220	229	303
طب الأعصاب	148	180	173	157	148	46
طب الأذن الأنف الحنجرة	02	03	07	08	05	04
طب العيون	-	01	01	01	02	00
أمراض المفاصل	-	-	-	-	-	-
أمراض الرئة	-	-	-	-	-	-
إعادة التأهيل الحركي	01	00	00	00	00	00
الإعاش	82	94	42	16	-	-
تصفية الدم	-	00	00	-	-	-
معالجة الإدمان	01	00	02	00	-	00
الأمراض العقلية للأطفال	00	00	00	00	-	00
الأمراض العقلية (أ)	07	05	06	04	05	09
الأمراض العقلية (ب)	17	03	16	02	16	23
الأمراض العقلية (ج)	-	06	-	11	-	-
الأمراض العقلية (د)	13	02	15	02	09	04
الأمراض العقلية (هـ)	-	02	-	05	-	-
الأمراض العقلية (و)	-	10	-	17	-	-
المجموع	924	1118	1105	1123	1103	1054
نسبة التطور	-	20.99 %	19.58 %	21.53 %	19.37 %	14.06 %

4.4. تحليل الاستبيان والمقابلات

قمنا بانجاز ثلاثة استبيانات، و قد قمنا بتخصيص احدهما إلى المرضى وأولياهم ، أما الاستبيان الآخر فقد تم تخصيصه للمستخدمين من العمال و الإداريين والأطباء والشبه طبيين، قد تضمن الاستبيان الأول ستة وعشرون سؤالاً (26) سؤالاً باللغة العربية (انظر الملحق رقم 01) أما الاستبيان الثاني فقد تضمن إحدى عشر (11) سؤالاً باللغة العربية (انظر الملحق رقم 02) بالإضافة إلى استبيان ثالث خصص للمدير العام لهذا للمركز الاستشفائي، والذي تضمن ثلاثة وأربعين (43) سؤالاً (انظر الملحق رقم 03)، و تم اختيار عينة موزعة على كافة المستويات بالمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية ، الذي يضم مستشفى فرانتز فانون و عيادة بن بو لعيد و وحدة احمد يزيد و عيادة طب الأسنان احمد زبانة.

بداية كان توزيع الاستبيان على أربع دفعات وبشكل متفاوت وحسب أهمية كل وحدة من وحدات المركز الإستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية، وحسب عدد المستخدمين، والتواجد الكثير للمرضى.

1.4.4. تحليل إستبيان المستخدمين

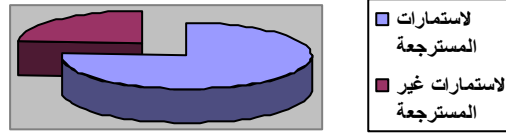
العينة التي أجريت عليها الإستبيان، ونقصد الإستبيان الخاص بالمستخدمين من أطباء وإداريين وشبه طبيين وأعوان آخرين والصيدلة ، وقد وزعت مئة وخمس وخمسون (155) إستمارة على مستخدمي المركز الإستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية الذي يضم أربعة وحدات إستشفائية وهي مستشفى فرانتز فانون، مستشفى امحمد يزيد (متيجة سابقا)، عيادة بن بو لعيد و وحدة جراحة الأسنان أحمد زبانة.

وقد تم إسترجاع مئة وتسعة عشر (119) إستمارة سيتم تحليلها كالاتي:

جدول رقم 40: نسب الإستمارات الخاصة بالمستخدمين

الإستمارات	العدد	النسبة
الإستمارات الموزعة	155	100%
الإستمارات المسترجعة	119	76.77%
الإستمارات غير المسترجعة	36	23.23%

بلغت نسبة الاستثمارات غير المسترجعة 23.23 % وهي نسبة كبيرة نوعا ما ، أما عن الاستثمارات المسترجعة فقد قدرت نسبتها بـ 76.77 % و الشكل التالي يوضح لنا النسب السابق بطريقة ابسط:



شكل رقم 52: نسب الاستثمارات المسترجعة وغير المسترجعة
و سيتم تحليل الاستبيانات المسترجعة و السابقة الذكر كما يلي:

1.1.4.4. تحليل الأسئلة الشخصية

وسيتم من خلالها السؤال عن نوع الجنس وعن المهنة أو الوظيفة ، كما سنستفسر عن مدة عمل المستجوب في المركز الإستشفائي الجامعي للبلدية.

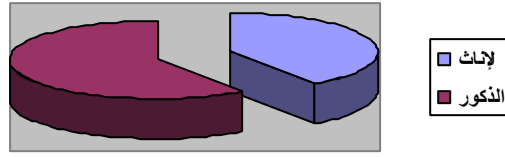
1.1.1.4.4. الجنس

سنبين من خلال الجدول الموالي نسبة كل جنس من الفئة المستجوبة.

جدول رقم 41: نسبة كل جنس في العينة المستجوبة

النسبة	عدد العينة	الجنس
59.66%	71	الذكور
40.34%	48	الإناث
100%	119	المجموع

بلغت نسبة الذكور في العينة التي وزعنا عليها الاستبيان 59.66 % في حين قدرت نسبة الإناث ما يعادل 40.34 % وفيما يلي التمثيل البياني للنسب أعلاه:



شكل رقم 53: نسبة كل جنس في العينة المستجوبة

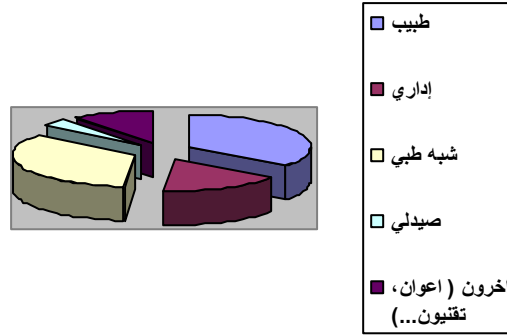
2.1.1.4.4. الوظيفة

سنبين وظيفة كل فرد مستجوب من خلال الجدول الموالي:

جدول رقم 42: وظائف العينة المستجوبة

الوظيفة	العدد	النسبة
طبيب	42	%35.30
إداري	19	%15.97
شبه طبي	41	%34.45
صيدلي	04	%03.36
آخرون (أعوان تقنيين.....)	13	%10.92
المجموع	119	%100

وقد كان النصيب الأكبر في نسبتنا هذه إلى الأطباء وشبه طبيين بنسب متقاربة ثم تليها نسبة الإداريين والمستخدمين الآخرين وأقل نسبة كانت للصيدلة ، مع العلم أننا إستجوبنا جميع الصيدلة للمركز الإستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية وعددهم هو أربعة (04) .
والشكل التالي يوضح هته النسب بشكل أفضل:



شكل رقم 54: وظائف العينة المستجوبة

3.1.1.4.4. توزيع العينة حسب الأقدمية في منصب العمل (الخبرة)

نوضحها في الجدول التالي:

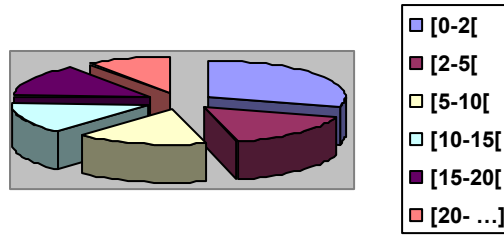
جدول رقم 43: سنوات الخبرة لعينة المستجوبة

عدد السنوات	العدد	النسبة
[2-0]	35	%29.42
[5-2[	20	%16.80
[10-5[	18	%15.12
[15-10[	17	%14.28
[20-15[	17	%14.28
20+	12	%10.10
المجموع	119	%100

نلاحظ أن نسبة عدد المستخدمين الذين لم تتجاوز سنوات عملهم السنتين هي أكبر نسبة وبإضافة نسبة الموظفين الذين لم يتجاوزوا الخمس سنوات في عملهم ، فإن نسبتهم ترتفع إلى النصف تقريبا وهذا يبين لنا نقص أو قلة الخبرة المهنية لدى المستخدمين في المركز الإستشفائي الجامعي فرانتز فانون، ثم نلاحظ توازن أو تساوي نسب سنوات عمل المستخدمين المتوسطة من 06 إلى 20 سنة حسب تقييمنا للفئات ومجموع نسب هذه الفئات (الفئات الثلاثة من 06 إلى 20 سنة) يساوي مجموع نسب الفئتين من 0 إلى 5 سنوات.

وتبقى نسبة الفئة ذات الخبرة العالية والكبيرة ضعيفة مقارنة بالنسب السابقة حسب دراستنا هته والتي تراوح نسبة 10 %.

ومن هنا يتضح لنا جليا أن نصف (1/2) عمال ومستخدمي وإطارات المركز الإستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبليدة تقريبا حديثي الممارسة المهنية في هذا المركز مما يبرز خبرتهم الناقصة في هذا الميدان وهذا ما قد يؤدي إلى عدم القيام بالمهام على أكمل وجه أو بالطريقة المرجوة. والشكل المبين أدناه يوضح النسب السابقة:



شكل رقم 55: سنوات الخبرة لعينة المستجوبة

2.1.4.4. تحليل الأسئلة موضوع البحث

نظرا إلى أن عدد الأسئلة الموجهة للمستخدمين بلغت الستة و العشرين سوألا (26 سؤال) فإنه تبين لنا تقسيم هذه الأسئلة إلى خمسة (05) محاور ، يحتوي كل محور منها على مجموعة من أسئلة يتراوح عددها من سبعة (07) إلى ثلاثة (03) أسئلة سيتم تحليلها كالاتي:

1.2.1.4.4. التحسين المستمر

إحتوى هذا المحور على ستة (06) أسئلة سيتم التعرف عليها، وتحليلها سيكون على النحو

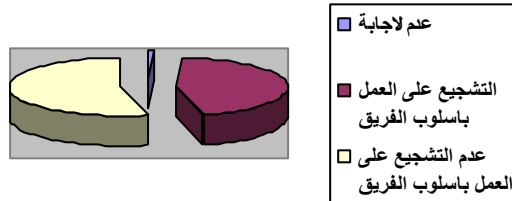
التالي:

جدول رقم 44: نسب الردود على التحسين المستمر

المجموع		الإجابة بـ "لا"		الإجابة بـ "نعم"		عدم الإجابة		السؤال
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
%100	119	%53.78	64	%45.37	54	%00.85	01	السؤال رقم (01): هل يتم التشجيع في هذا المستشفى على التعاون والعمل بأسلوب الفريق؟
%100	119	%66.38	79	%32.77	39	%00.85	01	السؤال رقم (02): هل هناك رؤية وإستراتيجيات بعيدة المدى تأكدها الإدارة العليا لبناء وترسيخ معاني ومبادئ الجودة في هذا المستشفى؟
%100	119	%61.34	73	%33.61	40	%05.04	06	السؤال رقم (03): هل يقدم لك المستشفى فرصا كافية للتدريب والتثقيف في مجال الجودة وصولا لتجويد المهارات اللازمة لأداء عملي؟
%100	119	%53.79	64	%42.85	51	%03.36	04	السؤال رقم (04): هل إدارة المستشفى تهتم بصحتك وسلامتك ورضاك الوظيفي وكذلك ببيئة عملك؟
%100	119	%35.30	42	%56.30	67	%08.40	10	السؤال رقم (05): هل هناك تحسن مستمر في جودة الخدمات التي تقدمها مقارنة بالعام الماضي؟
%100	119	%34.46	41	%62.18	74	%03.36	04	السؤال رقم (06): هل التحسين المستمر لجودة العمل يعتبر أحد المعايير الأساسية في هذا المستشفى؟

السؤال الأول

هل يتم التشجيع في هذا المستشفى على التعاون والعمل بأسلوب الفريق؟
كانت نسبة عدم الإجابة 0.85 %، فيما كانت نسبة الإجابة والرد 99.15 % ، فكانت 45.37 % من الإجابات "نعم" و 53.78 % بـ "لا" ، وهي النسبة الغالبة على أن المركز الإستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبليدة، لا يشجع على التعاون والعمل بأسلوب الفريق، ورغم أن هذه النسبة لا تسمح لنا بالجزم بأن نؤكد على أن الإدارة العليا لا تشجع على العمل بأسلوب الفريق إلا أن نسبة المستخدمين الذين يعملون كفريق واحد تبقى ضعيفة وغير مشجعة على النهوض بمستوى الخدمات الصحية ، كما أن ذلك لا يسمح بتبادل الخبرات والتجارب بين جميع مستخدمي المركز الإستشفائي، خاصة الأطباء وشبه الطبيين ، ومنه نلاحظ عل أن الإدارة العليا لا تكثف من حملات التوعية و التحسيس وكذا إصدار التعليمات التي تشجع على التعاون والعمل بأسلوب فريق واحد.



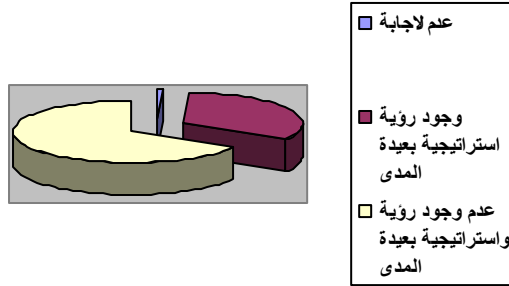
شكل رقم 56: نسب الإجابات على تشجيع العمل بأسلوب الفريق

السؤال الثاني

هل هناك رؤية وإستراتيجيات بعيدة المدى تأكدها الإدارة العليا لبناء وترسيخ معاني ومبادئ الجودة في هذا المستشفى؟

تقدر نسبة عدم الإجابة بـ 00.85 % ، أما نسبة الإجابة والرد على السؤال فكانت 99.15 % ، و بلغت نسبة الإجابة بـ " نعم " 32.77 %، أما الإجابة بـ " لا " فكانت 66.38 %، وهذه النسبة تؤكد عدم وجود رؤية وإستراتيجيات بعيدة المدى تؤكد الإدارة العليا لبناء و ترسيخ معاني الجودة في المركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبليدة، وذلك لأنه لا زال يعتمد على سياسة التخطيط القصير المدى بالإضافة للأسلوب الإداري المركزي (حسب

بعض المقابلات التي أجريناها مع الأمين العام)، وهذا بطبيعة الحال لا يخدم التحسين المستمر الذي يستوجب رؤية وإستراتيجية طويلة وبعيدة المدى.

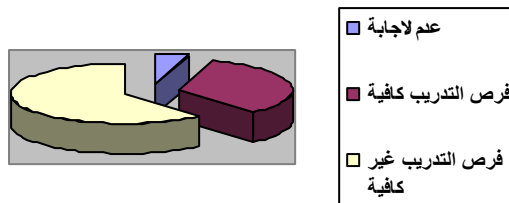


شكل رقم 57: مدى تطبيق رؤية إستراتيجية

السؤال الثالث

هل يقدم لك المستشفى فرصا كافية للتدريب والتثقيف في مجال الجودة وصولا لتجويد المهارات اللازمة لأداء عملي؟

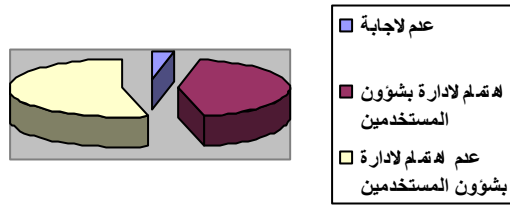
بلغت نسبة عدم الإجابة على هذا السؤال 05.04 % فيما قدرت نسبة الإجابات بـ 94.96 % فكانت نسبة الإجابات بـ " نعم " 33.61 %، أما نسبة الإجابات بـ " لا " فبلغت 61.34 % وهي نسبة تدل على عدم وجود فرص كافية للتدريب والتكوين و التثقيف في مجال الجودة وصولا لتجويد المهارات اللازمة لأداء المهام والوظائف على أحسن وجه ، وهذه النسبة لا يؤكدتها فقط الاستبيان الخاص بالمستخدمين ، بل تؤكدها الأرقام الموجودة في ميزانية المركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبليدة، وبالتحديد نسبة التكوين التي تقدر بـ 04.32 % من الميزانية الإجمالية أي ما يعادل 80000000 دج ، وهي نسبة غير كافية وضعيفة مقارنة بما يحتويه المركز الاستشفائي من عدد المستخدمين وعدد المرضى القاطنين إليه وعدد الاختصاصات التي يحتويها.



شكل رقم 58: مدى توفر فرص التدريب

السؤال الرابع

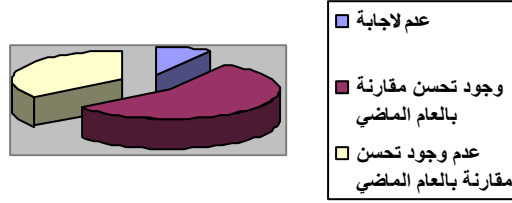
هل إدارة المستشفى تهتم بصحتك وسلامتك ورضاك الوظيفي وكذلك بيئة عملك؟
 قدرت نسبة عدم الإجابات على هذا السؤال بـ 03.36 % فيما بلغت نسبة الإجابات
 96.64 % كان نصيب الإجابات بـ " نعم " 42.85 %، في حين بلغت الإجابات بـ " لا " 53.78 %، وهي النسبة الأكبر من الجواب على عدم اهتمام إدارة المركز الاستشفائي الجامعي
 فرانتز فانون بالبلدية بصحة وسلامة والرضا الوظيفي للمستخدمين وكذا بيئة عملهم، وهذا لا يخدم
 بطبيعة الحال التحسين في الأداء المقدم ، يعني أن النسبة الأكبر من المستخدمين في المركز
 الاستشفائي لا يشعرون باهتمام الإدارة بهم وبظروف عملهم ، مما يشجع فيهم التهاون وعدم
 الشعور بالمسؤولية ، كما يحط من معنوياتهم وينقص من احترامهم لإدارتهم المشرفة على
 شؤونهم، وهذا لا يخدم مستوى الخدمات المقدمة للعميل (المريض) .



شكل رقم 59: مدى إهتمام الإدارة بشؤون المستخدمين

السؤال الخامس

هل هناك تحسن مستمر في جودة الخدمات التي تقدمها مقارنة بالعام الماضي؟
 بلغت نسبة عدم الاجابة على السؤال الخامس 08.40 %، مما يعني ان نسبة الاجابات كانت
 91.60 %، وكانت نسبة الاجابات بـ " نعم " 56.30 % مقابل 35.30 % من الاجابات
 بـ " لا " مما يفسر لنا وجود تحسن بالنسبة لتقديم الخدمات وجودتها كل سنة، أي أن هناك تحسن
 مستمر في جودة الخدمات المقدمة مقارنة بالعام الماضي رغم النسبة المعتبرة التي تعتقد بأنه لا
 وجود لتحسن ملحوظ مقارنة بالسنوات السابقة، هذه النسب تؤكد المساعي الرامية للتحسين، والجهود
 المبذولة لذلك ، غير أن هذه المساعي الحميدة لم ترقى للمستوى المطلوب ، ودليل ذلك عدم
 تباينها بشكل واضح للجميع (أطباء، إداريين، شبه أطباء، عمال آخرين...) مع المستويات السابقة
 لنوعية الأداء فيما مضى من الأعوام.

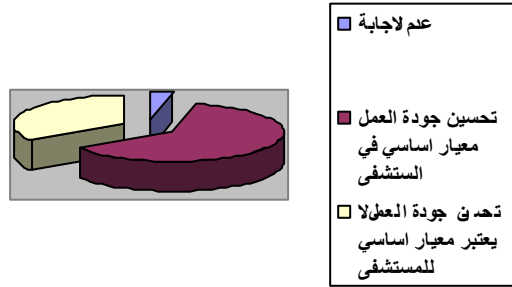


شكل رقم 60: نسب الإجابة على وجود تحسن مقارنة بالعام الماضي

السؤال السادس

هل التحسين المستمر لجودة العمل يعتبر أحد المعايير الأساسية في هذا المستشفى؟

قدرت نسبة عدم الإجابات 03.36 % فكانت نسبة الردود 96.64 %، في حين بلغت نسبة الإجابات بـ " نعم " 62.18 % ، في حين كانت الإجابات بـ " لا " 34.46 %، وهذه النسب تؤكد الإجابات السابقة على السؤال الخامس، وتؤكد بان التحسين المستمر يعتبر احد المعايير الأساسية لهذا المركز الاستشفائي من اجل جودة العمل والخدمة المقدمة.



شكل رقم 61: نسب الإجابات على تحسين جودة العمل

ومن تحليلنا لهذا المحور الذي حاولنا من خلاله الاستطلاع عن وجود تحسين مستمر في المركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية، تبين لنا أن هذا المركز لا يعمل على تشجيع مستخدميه بالعمل والتعاون في شكل فريق واحد، كما انه لا يملك رؤية أو استراتيجيات بعيدة المدى تساعده على التخطيط لبناء و ترسيخ معاني الجودة والخدمات الأفضل في الميدان رغم التحسن الطفيف في نوعية الخدمات سنويا.

كما أن المركز الاستشفائي لا يقدم فرصا كافية للتدريب والتكوين، وهذا ما أكدته لنا نسب الميزانية العامة لهذا المركز، كما انه لا يهتم بسلامة ورضا العميل الداخلي (المستخدمون)، وكذا بيئة عملهم، مما يترك في نفسية العاملين انطبعا سلبيا اتجاه إدارة المركز، ويحط من معنوياتهم، وهذا لا يخدم العميل الخارجي (المرضى وأولياهم).

وبصفة عامة تؤكد دراستنا لهذا المحور على أن المركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية لا يعمل بشكل سليم على تحقيق التحسين المستمر الذي يعتبر مبدأ من مبادئ إدارة الجودة الشاملة رغم الجهود المبذولة من اجل ذلك ورغم الإمكانيات المادية والبشرية المسخرة للإدارة العليا.

2.2.1.4.4. التركيز على العميل

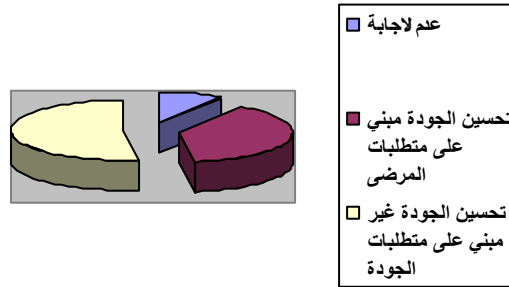
وقد تضمن هذا المحور ثلاثة (03) أسئلة حاولنا من خلالها التركيز والتعرف في مجملها على مدى تركيز الإدارة والمستخدمين على العميل (المريض) والاهتمام بانشغالاته وبراحته والسعي نحو تقديم الأفضل والأحسن له.

جدول رقم 45: نسب الردود على مدى التركيز على العميل

المجموع	الإجابة بـ "لا"		الإجابة بـ "نعم"		عدم الإجابة		الأسئلة	
	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد		
%100	119	52.11 %	62	%38.65	46	09.24 %	11	السؤال رقم (07): هل توضع عملية تحسين الجودة في هذا المستشفى بناء على متطلبات وتوقعات المرضى؟
%100	119	32.78 %	39	%52.10	62	15.12 %	18	السؤال رقم (08): هل رضا العميل (المريض) يعتبر إحدى الأدوات المهمة لإدارة الجودة في جميع أنشطة المستشفى؟
%100	119	74.79 %	89	%25.21	30	%00	00	السؤال رقم (09): هل الخدمات المقدمة تحقق إشباع المستهلكين (رضا المرضى)؟

السؤال السابع

هل توضع عملية تحسين الجودة في هذا المستشفى بناء على متطلبات وتوقعات المرضى؟ كانت نسبة عدم الاجابة معتبرة حيث قدرت بـ 09.24 %، اما نسبة الاجابات والردود ، فبلغت 90.76 % وكانت 38.65 % من الاجابات المسترجعة " نعم " و نسبة 52.11 % بـ " لا "، وهي نسبة توضح على أن عملية تحسين الجودة في المركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبيدة لا تكون مبنية على متطلبات وتوقعات المرضى في حين أن نسبة قليلة أكدت العكس أما الواقع فيؤكد النسبة الأولى، وهي عدم الاهتمام بمتطلبات وتوقعات المرضى، خاصة المتطلبات العلاجية ومتطلبات الإيواء والتغذية وغيرهما.

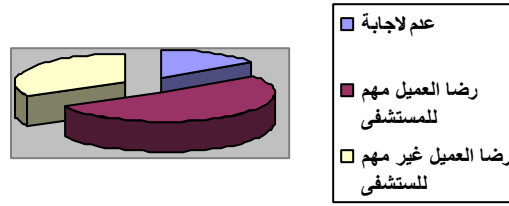


شكل رقم 62: نسب الإجابة على تحسين الجودة وفق متطلبات المرضى

السؤال الثامن

هل رضا العميل (المريض) يعتبر إحدى الأدوات المهمة لإدارة الجودة في جميع أنشطة المستشفى؟

بلغت نسبة عدم الإجابات في السؤال الثامن 15.12 %، وهي نسبة مرتفعة وذلك بسبب عدم إدراك الإجابة الصحيحة أو تردد في التصريح أو شكوك في الإجابة الصحيحة، وهذا ينطبق على باقي الأسئلة في جميع المحاور 88.84 % ، وقد بلغت نسبة الإجابات بنعم 52.10 %، أما الإجابات بلا فقدرت بـ 32.78 %، وهذا يعبر على رضا العميل أي المريض يعتبر إحدى الأدوات المهمة لإدارة الجودة في جميع أنشطة المركز استشفائي لكن ما يهمنا هو التطبيق الفعلي والميداني فهذه إرضاء المريض هدف إنساني بالغ الأهمية لكن تحقيقه يتطلب جهوداً جبارة ومكثفة ومنظمة ليظهر على أرضية الواقع .

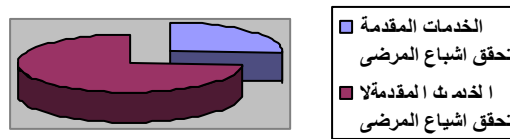


شكل رقم 63: نسب الإجابات على أهمية رضا العميل

السؤال التاسع

هل الخدمات المقدمة تحقق إشباع المستهلكين (رضا المرضى) ؟

يعتبر السؤال الوحيد الذي تم الإجابة عنه من طرف ل المستخدمين ، فكانت بذلك نسبة الإجابات 100 %، أي 119 رد ، بلغت نسبة الإجابات منها بـ " نعم " 25.21 %، في حين أن الإجابات بـ " لا " فقدرت بـ 74.79 %، وهي نسبة عالية ومؤكدة على أن الخدمات المقدمة لا تحقق اشباعا للمستهلكين ولا تحقق رضا المرضى ، وهذا دليل واضح على أن الخدمات المقدمة في المركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية غير كافية كما ونوعا ، وقد يرجع ذلك إلى كون ان المركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية يعتبر من أهم مراكز الاستشفائية الجامعية في الجزائر ، بالإضافة إلى أن الطلب فيه مرتفع، وكونه يتوسط ولايات الوسط الجزائري ، فان القاطنين إليه من الولايات المجاورة هم كثر .



شكل رقم 64: مدى إشباع المستهلكين من الخدمات الصحية

وكخلاصة لتحليلنا هذا المحور الذي حاولنا من خلاله إبراز مدى اهتمام المركز الاستشفائي

الجامعي فرانتز فانون بالبلدية بالمرضى ومستهلكي الخدمات الصحية، فإننا نرى بأن المركز

الاستشفائي يتمنى تحقيق رضا المرضى والقاطبين إليه ، كما انه يسطر خططا وأهداف لبلوغ ذلك، ولكن الواقع و الحقيقة الميدانية تعكس الواقع الأليم الذي يحول دون تحقيق هذه الأهداف ومن أهمها كثرة الطلب وقلة عرض الخدمة ، ثمان الخدمة المعروضة لا تفي بالغرض ولا تتسم بالجودة والنوعية ، مما يؤدي إلى عودة ثانية للمريض، تزيد من عناء المريض والمركز الاستشفائي الجامعي.

3.2.1.4.4. اتخاذ القرارات بناء على المعلومات

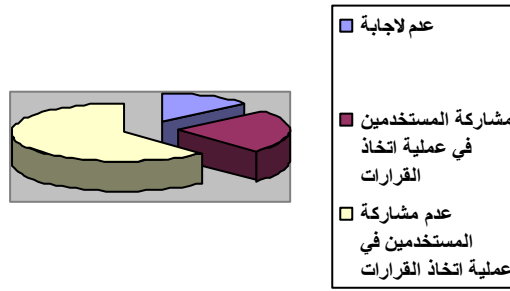
يحتوي هذا المحور على خمسة أسئلة ، اختلف كل سؤال منها عن الآخر، لن المصعب والهدف كان واحد ، وهو التأكد أو محاولة التأكد من أن اتخاذ القرار في المركز الاستشفائي الجامعي بالبلدية يكون بناء على المعلومات ، وهنا نقصد المعلومات السابقة والآنية والمتوقعة مستقبلا.
جدول رقم 46: نسب الردود على مدى اتخاذ القرارات بناء على المعلومات

المجموع		الإجابة ب "لا"		الإجابة ب "نعم"		عدم الإجابة		الأسئلة
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
%100	119	%62.19	74	%24.37	29	%13.44	16	السؤال رقم(10): هل هناك مستوى عال من المشاركة من خلاله يتم إشراك المستخدمين في عمليات التخطيط واتخاذ القرارات؟
%100	119	%69.75	83	%23.53	28	%06.72	08	السؤال رقم(11): هل يتم إخبارك بأي معلومات جديدة تتعلق بجودة العمل الذي تقوم به ؟
%100	119	%57.15	68	%36.97	44	%05.88	07	السؤال رقم(12): هل يتم تحسين جودة الأجهزة والمعدات الضرورية لأداء عملك بشكل مستمر ؟
%100	119	%50.43	60	%42.01	50	%07.56	09	السؤال رقم(13): هل يتم مطالبتك بتسجيل نتائج عملك للتعرف على أسباب التباين في الأداء ؟
%100	119	%47.07	56	%38.65	46	%14.28	17	السؤال رقم(14): هل لديك جميع المعلومات اللازمة لتقديم جودة عالية في عملك التمريضي

السؤال العاشر

هل هناك مستوى عال من المشاركة من خلاله يتم إشراك المستخدمين في عمليات التخطيط و اتخاذ القرارات ؟

بلغت نسبة عدم الإجابات 13.44 % ، أما نسبة الردود والإجابات فكانت 86.56 % وقدرت نسبة الإجابة بـ " نعم " 24.37 % مقابل 62.19 % بـ " لا " وهي نسبة تؤكد بأنه لا يوجد مستوى عال من المشاركة يتم من خلاله إشراك المرضى وباقي المستخدمين في عمليات التخطيط واتخاذ القرارات وبذلك فإن رؤية الإدارة ستكون بطبيعة الحال ناقصة ، لأن المستخدمين هم اقرب الأشخاص لتطلعات واحتياجات المرضى ويدركون أحسن من الإدارة ما يتوقعه المريض من المستشفى وما يبتغيه، لذا فإننا نرى بأن التخطيط واتخاذ القرار هنا مبني على معلومات ناقصة وغير كاملة وكافية.

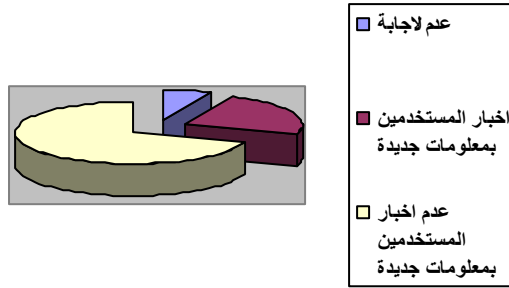


شكل رقم 65: مستوى إشراك المستخدمين في عملية اتخاذ القرارات

السؤال الحادي عشر

هل يتم إخبارك بأي معلومات جديدة تتعلق بجودة العمل الذي تقوم به ؟

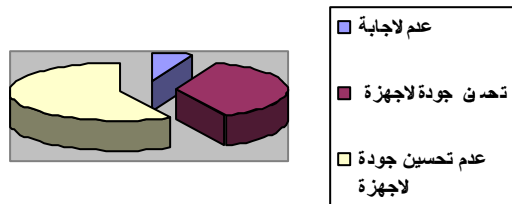
قدرت نسبة عدم الإجابات بـ 06.72 % ،بالقابل كانت نسبة الإجابات تقدر بـ 93.28 % فكانت نسبة الإجابة بـ "نعم" 23.53 % ،أما الإجابة "بلا" فوصلت إلى 69.75 %، وهي نسبة عدم إخبار المستخدمين بأي معلومات جديدة تتعلق بجودة العمل، وهذا يؤكد نقص المعلومات والتوجيهات الخاصة بتحسين جودة العمل في المركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية.



شكل رقم 66: نسب إعلام المستخدمين بما يتعلق بجودة العمل

السؤال الثاني عشر

هل يتم تحسين جودة الأجهزة والمعدات الضرورية لأداء عملك بشكل مستمر ؟
 بلغت نسبة عدم الرد على السؤال بـ 05.88 %، في حين كانت نسبة الردود و الاجابات تعادل 94.12 %، وبلغت نسبة الإجابة بـ "نعم" ما يعادل 36.97 %، أما الإجابة بـ " لا" فكانت 57.15 %، وهي نسبة معتبرة تأكد على أنه لا يتم تحسين جودة الأجهزة والمعدات الضرورية لأداء العمل أو الخدمة بشكل مستمر. ويؤكد هذا أيضا الزيارات الميدانية التي قمنا بها، واكتشفنا لبعض الأجهزة المعطلة كأجهزة الأشعة بشتى أنواعها، أما عن مدة الإصلاح فهي طويلة جدا ولا تكون في غالب الأحيان فورية، رغم توفر فرق الصيانة.

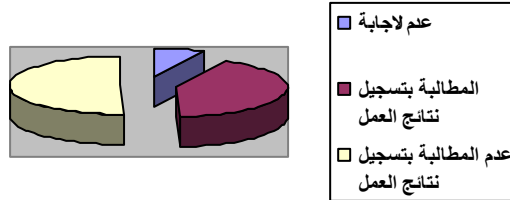


شكل رقم 67: نسب تحسين جودة الأجهزة والمعدات الطبية

السؤال الثالث عشر

هل يتم مطالبتك بتسجيل نتائج عملك للتعرف على أسباب التباين في الأداء ؟
 بلغت نسبة عدم الإجابة 07.56 %، مقابل 92.44 % تمثل نسبة الإجابات ، أما نسبة الإجابة بـ " نعم " فكانت 42.01 %، في حين كانت الإجابة بـ " لا " تقدر بـ 50.43 %، وهي

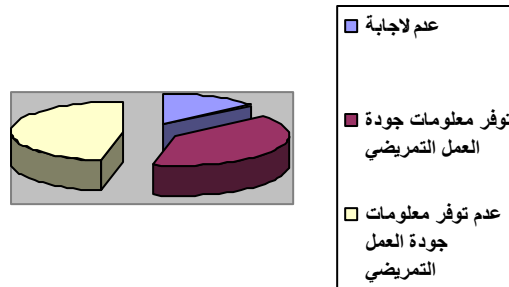
نسبة عدم مطالبة المستخدمين بتسجيل نتائج عملهم للتعرف على أسباب التباين في الأداء، وهذا يساعد على إهمال المستخدمين لواجباتهم، وعدم أدائهم الجيد وذلك بسبب غياب آليات لمراقبة أعمالهم، ومستوى أدائهم مما يحط من جودة الخدمة ونوعية الأداء، ولا يعطي معلومات كافية لإدارة المركز الاستشفائي الجامعي عن مستوى المستخدمين في كل فترة معينة .



شكل رقم 68 : مدى مطالبة الإدارة مستخدميها بتسجيل نتائج العمل

السؤال الرابع عشر

هل لديك جميع المعلومات اللازمة لتقديم جودة عالية في عملك التمريضي ؟
 قدرت فيه عدم الإجابة بـ 14.28 %، وهي أعلى نسبة عدم الرد في هذا المحور، وبذلك كانت نسبة الردود 85.72 %، ووصلت نسبة الإجابات بـ " نعم " 38.65 %، في حين قابلها الرد بـ " لا " 47.07 % ، فكانت النسبة الأكبر في أن المستخدمين لا يدركون جميعهم المعلومات اللازمة لتقديم جودة عالية في عملهم التمريضي والعلاجي، وهذا لا يتماشى وتطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي ، حيث يستوجب إدراك الجميع للمعلومات اللازمة والمعايير الخاصة بتقديم جودة عالية في أداء العمل التمريضي، كما يعطي فكرة على أن هناك نقص في تقديم المعلومات.



شكل رقم 69: نسب توفر المعلومات عن جودة العمل التمريضي

ومن تحليلنا أعلاه للمحور الثالث والذي كانت الأسئلة فيه ترمي للتحقق من أن اتخاذ القرارات يكون بناء على المعلومات ، بالإضافة إلى توفير قاعدة معلومات تساعد المستخدمين على القيام بواجباتهم على أكمل وجه، فإننا لاحظنا أن إدارة المركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية، لا تعتمد بدرجة كبيرة على ما هو متوفر في واقع العمل اليومي وما هو متوفر من معلومات في الميدان العملي، وهذا لا يتوافق ومبادئ إدارة الجودة الشاملة ، والتي تحرص على ضرورة اتخاذ القرارات بناء على المعلومات وعلى الواقع والميدان.

4.2.1.4.4. دعم الإدارة العليا

اشتمل هذا المبحث على أكبر عدد من الأسئلة ، بلغ عددها سبعة (7) أسئلة مختلفة ، هدفها الوحيد محاولة معرفة مدى دعم الإدارة العليا لتطبيق إدارة الجودة الشاملة ، وكذا إرضاء العميلين الداخلي والخارجي ، بتطبيق معايير الجودة الشاملة.

والجدول التالي يحلل الإجابات المحصل عليها إلى نسب:

جدول رقم 47: نسب الردود على مدى دعم الإدارة العليا في تحقيق الجودة

المجموع		الإجابة بـ "لا"		الإجابة بـ "نعم"		عدم الإجابة		الأسئلة
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
%100	119	%29.42	35	%57.14	68	%13.44	16	السؤال رقم (15): هل متطلبات المرضى معروفة لمستخدمي المستشفى؟
%100	119	%53.78	64	%26.05	31	%20.17	24	السؤال رقم (16): هل يتم حل المشاكل التي تواجه المرضى بشكل سريع؟
%100	119	%42.86	51	%45.38	54	%11.76	14	السؤال رقم (17): هل هناك تأكيد دائم من الإدارة العليا على أن تحقيق معايير الجودة العالية مسؤولية شخصية لكل موظف في المستشفى؟
%100	119	%49.58	59	%34.45	41	%15.97	19	السؤال رقم (18): هل تعمل الإدارة العليا على خلق الشعور القوي لدى العاملين بمسؤولية المستشفى نحو المجتمع؟
%100	119	%49.58	59	%41.18	49	%09.24	11	السؤال رقم (19): كيف هي علاقتك بالقيادة الإدارية؟
%100	119	%69.75	83	%25.21	30	%05.04	06	السؤال رقم (20): هل يوجد احترام بينك وبين المسؤولين؟
%100	119	%23.53	28	%65.55	78	%10.92	13	السؤال رقم (21): هل على القيادة الإدارية تغيير معاملتها للمستخدمين؟

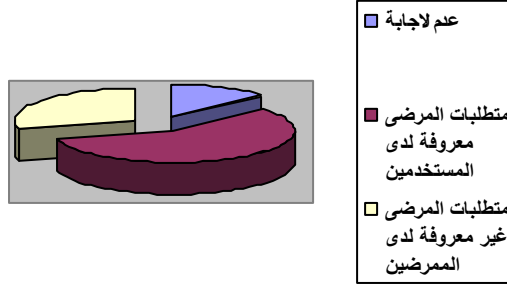
يتبين من خلال هذا الجدول على أن هذا المحور يحتوي على أكبر عدد من عدم الإجابات وبنسب مرتفعة قليلا وسنبين ذلك في تحليلنا الموالي.

السؤال الخامس عشر

هل متطلبات المرضى معروفة لمستخدمي المستشفى؟

بلغت نسبة عدم الإجابة فيه حوالي 13.44% ، أي أن نسبة الإجابات كانت 86.56% وكانت نسبة الإجابة بـ " نعم " 57.14% ، في حين أن الإجابة بـ " لا " قدرت بـ 29.42%

وهذه النسبة تؤكد على أن متطلبات المرضى معروفة لدى مستخدمي المركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبليدة، وهذا شيء طبيعي، وكان يتوجب أن تكون نسبة إدراك الممرضين والقائمين على العلاج لمتطلبات المرضى أعلى بكثير من النسبة المتحصل عليها ، ولكن إدراك المتطلبات لا يعني تلبيتها ، ولكنه يعتبر الخطوة الأولى لذلك ، لذلك فنحن نستحسن هذه النسبة.

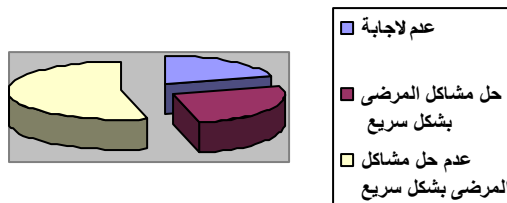


شكل رقم 70: مدى معرفة وإدراك المستخدمين لمتطلبات المرضى

السؤال السادس عشر

هل يتم حل المشاكل التي تواجه المرضى بشكل سريع؟

قدرت فيه نسبة عدم الإجابة بـ 20.17%، وهي أكبر نسبة في هذا المحور، كما تعتبر أكبر نسبة على عدم الرد والإجابة في كل الاستبيان، فكانت بذلك نسبة الرد 79.83%، ونسبة الإجابات بـ " نعم " قدرت بـ 26.05 % ، في حين كانت نسبة الإجابة بـ " لا " تعادل 53.78 %، وهي نسبة تؤكد على أن مشاكل المرضى لا يتم حلها بشكل سريع في المركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبليدة، والمقابلات التي أجريناها مع المسؤولين المكلفين بمصالح وشؤون المرضى أكدت لنا ذلك، أما إذا تحدثنا على أمر المرضى فإن نسبة 26.05%، قد تكون نسبة جد عالية ولا تعكس الواقع الحقيقي لمعاناة المرضى وخاصة المرضى المقيمين.



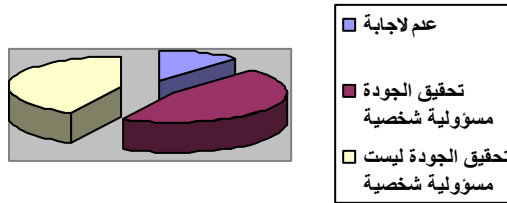
شكل رقم 71: نسب مدى سرعة حل مشاكل المرضى

السؤال السابع عشر

هل هناك تأكيد دائم من الإدارة العليا على أن تحقيق معايير الجودة العالية مسؤولية شخصية لكل موظف في المستشفى؟

كانت نسبة عدم الاجابات فيه تقدر بـ 11.76 %، أي أن نسبة الإجابة هي 88.24 %، وبلغت نسبة الإجابة بـ " نعم " 45.48 %، أما الإجابة بـ " لا " 42.86 %، والشيء الملاحظ هنا تقارب النسبتين، هاتان النسبتان أرادتا أن تقسرا مدى التأكد الدائم للإدارة العليا على أن تحقيق معايير الجودة العالية مسؤولية شخصية لكل موظف في المركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبليدة.

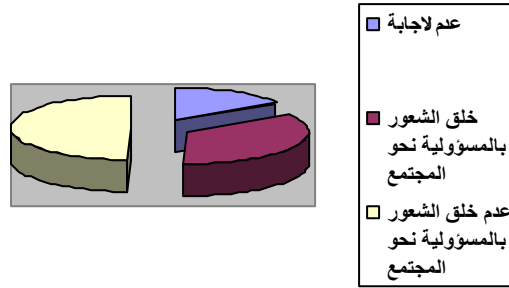
ويبقى الشيء المهم هنا هو ضرورة التزام الإدارة العليا بتحسين وتوعية المستخدمين بكافة مستوياتهم بأن جودة الخدمات الصحية هي مسؤولية شخصية يلتزم بها الجميع وبذلك تكون الإدارة العليا قد دعمت عملية تحسين الجودة وأرست معالم إدارة حديثة وفعالة هي إدارة الجودة الشاملة.



شكل رقم 72: نسب توفر المعلومات عن جودة العمل التمريضي

السؤال الثامن عشر

هل تعمل الإدارة العليا على خلق الشعور القوي لدى العاملين بمسؤولية المستشفى نحو المجتمع؟ بلغت نسبة عدم الإجابات 15.97 %، أما الإجابات فكانت نسبتها 84.03 %، وقدرت نسبة الإجابات بـ " نعم " 34.45 %، في حين كانت الإجابات بـ " لا " 49.58 %، وهي نسبة تدعوا للقلق ، وذلك لان خلق الشعور بمسؤولية المستشفى نحو المجتمع اقل بكثير من تحمل المسؤولية أمام المجتمع ، فإذا لم يستطع المركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبليدة على تحقيق الشعور بالمسؤولية لدى مستخدميه، فلن ترتقي لتحملهم مسؤوليات المخولة لهم، ولن يرقى إلى مصاف المنظمات التي تهدف لتحقيق إدارة الجودة الشاملة من اجل الارتقاء بالخدمات الصحية المقدمة وتحسين جودتها كما ونوعا.



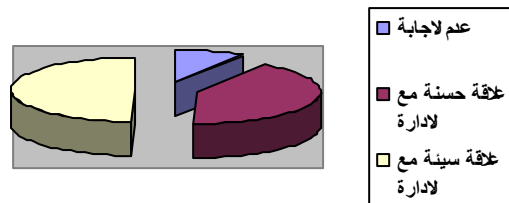
شکل رقم 73: نسب خلق الشعور بالمسؤولية نحو المجتمع لدى المستخدمين

السؤال التاسع عشر

كيف هي علاقتك بالقيادة الإدارية ؟

بلغت فيه نسبة عدم الإجابة فيه 09.24%، مقابل 90.76 % التي مثلت نسبة الإجابات ، في حين كانت نسبت الإجابات بـ " سيئة " تقدر بـ 41.18 %، ونسبة الردود بـ " حسنة " بلغت 49.58 %، وهذا يعكس العلاقة المتذبذبة للمستخدمين في المركز الاستشفائي الجامعي فرانتر فانون بالبلدية مع قيادتهم الإدارية، والتي من الواجب تكون علاقة حسنة بنسبة تقارب 100%، لان القيادة لا تدرك مدى فعالية العلاقة الحسنة مع المستخدمين في تأثيرها على الأداء، هي قيادة غير مؤهلة لان تكون فيما هي عليه ، لان هذه العلاقة تنعكس بالسلب على الأداء الجيد ، كما أنها ليست من سمات او صفات إدارة الجودة الشاملة وقياديتها.

بالمقابل فان ثقافة وذهنية مستخدمي المركز الاستشفائي الجامعي فرانتر فانون بالبلدية وحسب استجواباتنا لهم ، فهم يحبذون المسؤولين الذين لا يتدخلون في شؤونهم الخاصة أو المهنية، ويتمنون قيادة شخص مهمل غير مهتم بشؤون مستخدميهم و مصالحته، فنلتقي بذلك مصلحة الطرفين (المسؤول والمستخدم).



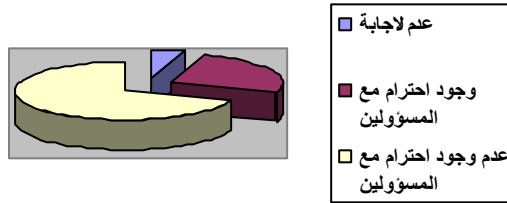
شکل رقم 74: نوعية العلاقة بين المسؤولين والمستخدمين

السؤال العشرون

هل يوجد احترام بينك وبين المسؤولين ؟

قدرت نسبة عدم الإجابة بـ 05.04 %، أما نسبة الإجابة فكانت 94.96 %، وبلغت الإجابات بـ " نعم " نسبة 25.21 %، مقابل 69.75 %، التي مثلت نسبة عدم وجود احترام بين المستخدمين و المسؤولين، وكانت النسبة الغالبة بذلك، وهي نتيجة تؤكد النسب السابقة في السؤال التاسع عشر، وهذا واقع مر قد لا يعيشه المركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية فقط لوحده، ولكنه أضحي في كل المؤسسات الجزائرية .

والسبب يرجع للطرفين، أي المستخدمين و المسؤولين، فقا هرهما المشترك هو الثقافة السلبية لطبيعة عمل كل منهما ، فالمسؤول يضع حواجز كبيرة اتجاه علاقته بالمستخدمين في المصلحة المكلف بها ، والمستخدمون همهم الوحيد هو إفلاتهم من مراقبته لهم ، وبين ذا وذاك تذهب حقوق المريض في صراع الطرفين، وما واجهناه في الميدان ولمسناه من الطرفين يغنيان عن أي عذر يقدمه الطرفين .



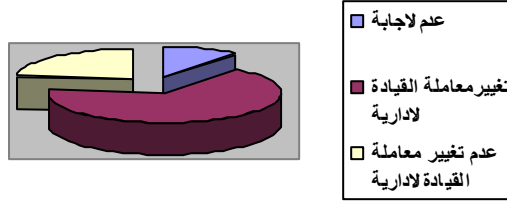
شكل رقم 75: نسب توفر المعلومات عن جودة العمل التمريضي

السؤال الحادي والعشرون

هل على القيادة الإدارية تغيير معاملتها للمستخدمين ؟

قدرت فيه نسبة عدم الإجابة بـ 10.92 %، أي أن نسبة الإجابة بلغت 89.08 %، وكانت نسبة الردود بـ " نعم " تقدر بـ 65.55 %، في حين بلغت نسبة الردود بـ " لا " 23.53 %، فكانت بذلك نسبة لا تشجع القيادة الإدارية على إبقاء معاملتها الحالية مع المستخدمين ، بل يطالب المستخدمون القيادة الإدارية بتغيير معاملتهم اتجاههم .

وبطبيعة الحال فان هذا التغيير يكون نحو الأحسن وبما يخدم مصلحة الكل ، وأولهم مصلحة المريض ومصلحة المركز الاستشفائي ، لان الكل يذهب ويتغير، وتبقى المهام النبيلة التي يؤديها المركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية فوق كل اعتبار ومصلحة.



شكل رقم 76: نسب مطالبة المستخدمين بتغيير القيادة الإدارية معاملتها اتجاههم

و تحليلنا للمحور الرابع الذي توحدت أسئلته لمعرفة مدى دعم الإدارة العليا لتحقيق الجودة داخل المركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية ، ومدى محاولتها لتطبيق المعالم الأولى واللبننة الأساسية لإدارة الجودة الشاملة، إلا أننا استنتجنا أن الإدارة العليا لا تبدي أي اهتمام لهذا الموضوع ، وحتى لا نقول أنها لا تدعم الحصول على جودة الخدمات الصحية فان جهودها لتحقيق ذلك غير كافية ولا تبعث على الارتياح ، مما يضطرها لتغيير أسلوبها وسياستها اتجاه المستخدمين واتجاه المرضى والسير بخطى ثابتة نحو رسم معالم إدارة الجودة الشاملة.

5.2.1.4.4. الحوافز والأداء

يحتوي هذا المحور على خمسة (5) أسئلة ركزت مجملها على الحوافز والأداء ، فكانت النسب كالآتي:

جدول رقم 48: نسب الردود على مدى تأثير الحوافز في الأداء

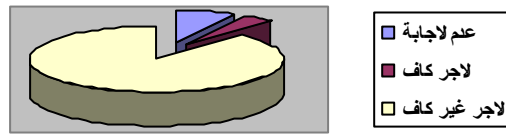
المجموع		الإجابة بـ " لا "		الإجابة بـ " نعم "		عدم الإجابة		الأسئلة
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
%100	119	%88.24	105	%04.20	05	%07.56	09	السؤال رقم (22) : هل ترى إن الأجر الذي تتقاضاه كاف ؟
%100	119	%86.56	103	%09.24	11	%04.20	05	السؤال رقم (23) : هل توجد ترفقيات وحوافز مادية ومعنوية ؟
%100	119	%17.65	21	%70.59	84	%11.76	14	السؤال رقم (24) : هل للحوافز دور مهم في أدائك الجيد ؟
%100	119	%42.02	50	%52.94	63	%05.04	06	السؤال رقم (25) : لو توفرت لك فرصة لتغيير مهنتك، فهل تغيرها ؟
%100	119	%73.95	88	%18.49	22	%07.56	09	السؤال رقم (26) : هل تشارك المسؤولين في اتخاذ القرارات ؟

وسيتم التعقيب على هذا الجدول كما يلي:

السؤال الثاني والعشرون

هل ترى أن الأجر الذي تتقاضاه كاف ؟

بلغت نسبة عدم الإجابات فيه 07.56 % ، أما نسبة الإجابات فقدت بـ 92.44 % ، وبلغت نسبة الإجابة بـ " نعم " 04.20 % ، مقابل 88.24 % ، كنسبة للإجابات بـ "لا" وهي نسبة تؤكد عدم رضا معظم المستخدمين على الأجر الذي يتقاضونه ، والذي لا يكفي حاجياتهم، وبطبيعة الحال فإن هذا الأجر الضعيف هو أول وأكبر الأسباب التي تعكس الأداء الهزيل أو المتواضع للمستخدمين حسب استجوابنا لهم، ويعيق تفكيرهم بالواجب الإنساني الذي وجدوا لأجله الذي ينعكس بالسلب على نوعية الخدمات المقدمة.



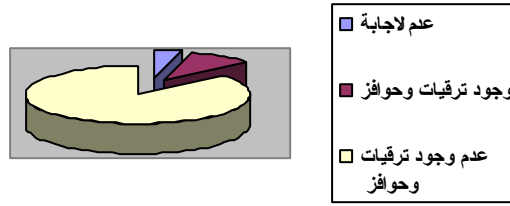
شكل رقم 77: نسب رضا المستخدمين على الأجر الذي يتقاضونه

السؤال الثالث والعشرون

هل توجد ترقيات وحوافز مادية ومعنوية ؟

قدت نسبة عدم الإجابات فيه 04.20 % ، أما نسبة الإجابات فكانت 95.80 % ، وبلغت نسبة الإجابات بنعم 09.24 % ، أما الإجابات بـ "لا" فقدت بـ 86.56 % ، وهي نسبة تؤكد على أنه لا وجود للترقيات والحوافز المادية والمعنوية، أو أنها ضئيلة جدا، وهذا لن يكون لصالح المركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية ، لأن التحفيز المادي لن يكلف المركز الإستشفائي الكثير، ولكن انعكاساته ستكون إيجابية بدرجة كبيرة.

ورغم هذا التحليل فإننا نشهد شخصا بأنه في ظل زيارتنا المتتالية وغير المنتظمة والمنتظمة فإننا صادفنا في بداية شهر جوان توزيع الهدايا على جميع عمال مستشفى فرانتز فانون لوحده، ولا ندري إن كانت قد وزعت على باقي الوحدات التابعة للمركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية ، وكم كانت فرحة المستخدمين كبيرة رغم تواضع الهدايا، وقد استفسرنا عن آخر مرة تم تلقيهم للهدايا، فردوا أنهم منذ حوالي ثلاث سنوات لم يتلقوا أي هدية، منبهين إيانا بأن الهدايا حق سنوي لهم، فلنلتزم الإدارة بهذا الواجب.

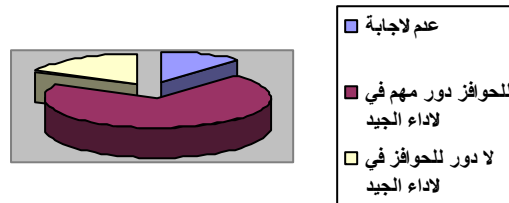


شكل رقم 78: نسب وجود الترقيات والحوافز

السؤال الرابع والعشرون

هل للحوافز دور مهم في أدائك الجيد ؟

كانت نسبة عدم الإجابات فيه تقدر بـ 11.76%، في حين أن نسبة الإجابات كانت 88.24%، أما نسبة الإجابات بـ " نعم " فكانت 70.59%، أما نسبة الإجابات بـ " لا " 17.65%، وهذه النسب تؤكد تفسيرنا السابق، بأن للحوافز دور مهم في الأداء الجيد للمستخدمين، هذا الدور ينعكس على نوعية الخدمات المقدمة اتجاه العميل (المريض).



شكل رقم 79: مدى دور الحوافز في الأداء الجيد للمستخدمين

السؤال الخامس والعشرون

لو توفرت لك فرصة لتغيير مهنتك، فهل تغيرها ؟

كانت نسبة عدم الإجابات فيه تقدر بـ 05.04%، في حين أن نسبة الإجابات كانت 94.96%، فقدرت بذلك نسبة الإجابات بـ " نعم " 52.94%، أما نسبة الإجابات بـ " لا " 42.02%، وبالنسبة لنا كان هذا السؤال من أهم الأسئلة، وللأسف كانت نتائجه سلبية جداً، فقد أجاب أكثر من نصف المستجوبين بأنه لو توفرت لديهم الفرصة لتغيير مهنتهم لفعّلوا ذلك.

ومن هذا المنطلق فإننا لا نستطيع أن ننتظر الشيء الكثير والكبير من المستخدمين لا يحبون مهمتهم وليسوا أوفياء لها، ولكن الظروف ألزمتهم أن يتخذوها مصدر عيش فقط، لا حبا فيها وفي عملهم الإنساني الكبير.

وفي رأينا أن أداء عمل لا ينبع من صميم القلب أن يكون أبدا كاملا ومتقنا أو حتى بالمستوى المقبول.

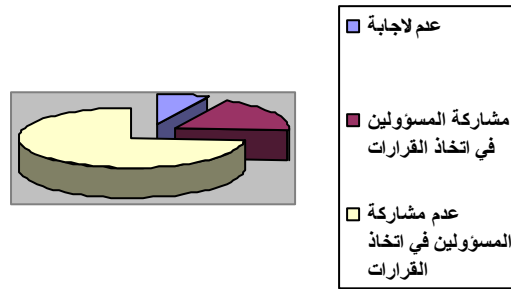


شكل رقم 80: نسب المستخدمين الذين يودون تغيير مهنتهم

السؤال السادس والعشرون

هل تشارك المسؤولين في اتخاذ القرارات ؟

قدرت نسبة عدم الإجابة فيه 07.56 %، في حين كانت نسبة الإجابة تبلغ 92.44 %، وبلغت نسبة الإجابة بـ " نعم " 18.49 %، مقابل 73.95 % بـ " لا "، وهي نسبة تؤكد عدم مشاركة المستخدمين المسؤولين في اتخاذ القرارات ، وهذا يتعارض مع العمل الجماعي أو العمل بأسلوب الفريق، كما يعارض مبدأ التشاور واتخاذ القرارات بناء على المعلومات ، كما يعبر عن الوجود الفعلي للحوار بين المستخدمين و المسؤولين ، وكلها لا تساعد على التطبيق الجيد لإدارة الجودة الشاملة ، كما لا تشجع على النهوض بمستوى الخدمات الصحية المقدمة.



شكل رقم 81: مدى مشاركة المستخدمين لمسؤوليهم في اتخاذ القرارات

وقد نلخص تحليلاتنا السابقة لهذا المحور التي حاولنا من خلالها تقييم الحوافز والأداء في المركز الاستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبليدة ، والتي تبين لنا من خلالها أن الحوافز المادية والمعنوية ناقصة جدا، واهتمام الإدارة العليا ليس بالقدر الكافي والكبير الذي يعمل على رفع الروح المعنوية للمستخدمين، وتجديد الطاقات الكامنة فيهم، وتحبيبهم في مهنتهم، لأننا توصلنا إلى أن أكثر من نصف المستخدمين المستجوبين لا يحبون مهنتهم.

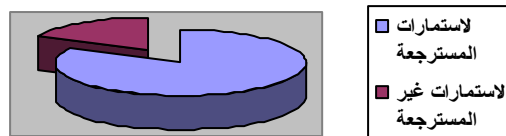
2.4.4. تحليل استبيان المرضى والزوار

تم إجراء الاستبيان على المرضى وأوليايهم أو الزوار الذين جاءوا ليعودوا المرضى . وقد وزعت سبعون (70) استمارة عليهم في كل من عيادة بن بولعيد ووحدة الجراحة للأسنان للجراحة ووحدة امحمد يزيد (مستشفى متيجة سابقا)ومستشفى فرانتز فانون، تم من خلالها استرجاع ثمانية وخمسون (58) استبيان ، أي 82.86 %، أي انه لم يسترجع اثني عشر (12) استمارة التي بلغت نسبتها 17.14 %، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم 49: نسب و عدد الاستمارات الموزعة على المرضى والزوار

الاستمارة	عدد العينة	النسبة
الاستمارات الموزعة	70	100 %
الاستمارات المسترجعة	58	82.86 %
الاستمارات غير المسترجعة	12	17.14 %

والشكل التالي يوضح النسب السابقة الذكر:



شكل رقم 82: نسب الاستمارات الموزعة على المرضى والزوار

وسيتم تحليل الاستثمارات المسترجعة التي كانت نسبتها جيدة كالآتي:

1.2.4.4. تحليل الأسئلة الشخصية

وسيتم من خلالها السؤال عن نوع الجنس وعن المهنة أو الوظيفة ، كما سنستقر عن مدة عمل المستجوب في المركز الإستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية.

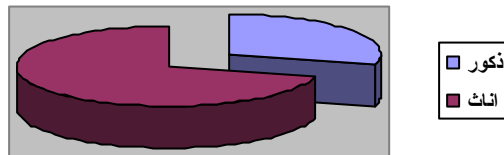
1.1.2.4.4. الجنس

يوضح الجدول الموالي توزيع المستجوبين حسب نوع الجنس:

جدول رقم 50: نسبة كل جنس في العينة المستجوبة

الجنس	عدد العينة	النسبة
ذكور	17	29.31%
إناث	41	70.69%
المجموع	58	100%

كانت نسبة النسب الإناث اكبر بكثير من نسبة الذكور في استماراتنا الموزعة ، وذلك كونهن أكثر تعرضا للأمراض وخاصة الأمراض النسائية حسب استجواباتنا مع الأطباء، بالإضافة إلى التعب والإرهاق اليومي في أشغالهن وكذا الطبيعة الفيزيولوجية التي تجعل أجسامهن لا يتحملن الأمراض، كما أن عيادة بن بولعيد هي عيادة خاصة بالنساء والأطفال .
و الشكل الموالي يوضح النسب السابقة بشكل أفضل:



شكل رقم 83: نسبة كل جنس في العينة المستجوبة

2.1.2.4.4. المستوى المعيشي

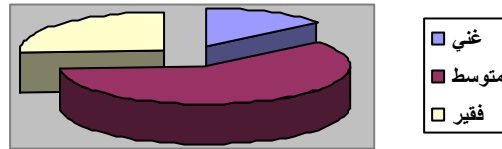
سنبين المستوى المعيشي الفئة المستجوبة من خلال هذا الجدول.

جدول رقم 51: المستوى المعيشي للفئة المستجوبة

النسبة	عدد العينة	المستوى المعيشي
13.80%	08	جيد
60.34%	35	متوسط
25.86%	15	فقير
100%	58	المجموع

و الجدول يوضح أن غالب الفئة المستجوبة مستواها المعيشي متوسط 60.34 %، ثم تليها الفئة الفقير بأكثر من ربع العينة، أي 25.86 %، فتليها الفئة ذات المستوى المعيشي الجيد بـ 13.80 %.

والشكل الموالي يبسط النسب السابقة كما يلي:



شكل رقم 84: المستوى المعيشي للعينة المستجوبة

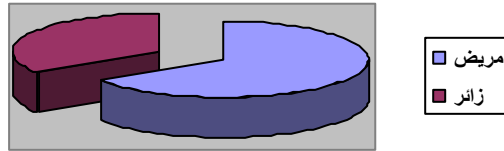
3.1.2.4.4. صفة التواجد في المستشفى

سنبين صفة تواجد المستجوبين في المستشفى من خلال الجدول الآتي:

جدول رقم 52: صفة تواجد المستجوبين في المستشفى

الصفة التواجد في المستشفى	عدد العينة	النسبة
مريض	38	%65.52
زائر	20	%34.48
المجموع	58	%100

و الجدول يبين أن غالب الفئة المستجوبين هم المرضى، حيث بلغت نسبتهم 65.52 %، أما باقي الفئة فكانت من الزوار وبلغت نسبتهم 34.48 %، والشكل الموالي يبسط النسب السابقة كما يلي:



شكل رقم 85: صفة تواجد المستجوبين في المستشفى

2.2.4.4. تحليل باقي أسئلة الاستبيان

يوضح الجدول التالي نسب الأجوبة على القسم الأول من الأسئلة:

جدول رقم 53: نسب القسم الأول من الأسئلة الموجهة للمرضى والزوار

الأسئلة	عدم الإجابة		الإجابة بـ " نعم "		الإجابة بـ " لا "		المجموع	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
السؤال رقم (01) : كيف ترى طريقة الاستقبال داخل المستشفى ؟	11	%18.96	43	%74.14	04	%06.90	58	%100
السؤال رقم (02) : ما رأيك في معاملة الأطباء ؟	30	%51.72	27	%46.55	01	%01.73	58	%100
السؤال رقم (03) : ما رأيك في معاملة المرضى والقابلات ؟	18	%30.03	36	%62.07	04	%06.90	58	%100
السؤال رقم (04) : ما رأيك في معاملة باقي العمال ؟	05	%08.62	43	%74.14	10	%17.24	58	%100

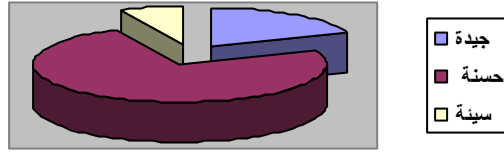
السؤال الأول

كيف ترى طريقة الاستقبال داخل المستشفى ؟

بلغت نسبة الإجابة بـ " جيدة " 18.86 % ، ونسبة الإجابة بـ " حسنة " 74.14 % ، في حين بلغت نسبة الإجابة بـ " سيئة " 06.90 % ، وهذه النسب تؤكد على أن طريقة الإستقبال في المستشفى حسنة ومقبولة نوعا ما، وهذا ما لمسناه حين إستجوبنا بعض المرضى والزوار، رغم بعض الشهادات المعاكسة لهذه النتائج خاصة من طرف المرضى الذين يداومون على الحضور يوميا، أو بصفة منتظمة للمركز الإستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية، ونخص بالذكر المرضى الذين يتوجهون لمصلحة تصفية الدم.

ورغم ذلك فإن النسب السابقة فهي نسب مرضية ومشجعة على تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز الإستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية.

والشكل التالي يوضح ذلك:



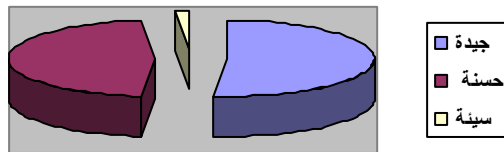
شكل رقم 86: صفة طريقة الاستقبال داخل المستشفى

السؤال الثاني

ما رأيك في معاملة الأطباء ؟

بلغت نسبة الإجابة بـ " جيدة " 51.72% ، ونسبة للإجابة بـ " حسنة " 46.55% ، في حين بلغت نسبة الإجابة بـ " سيئة " 01.73% ، وهي نسب جيدة وتشرف الجهاز الطبي للمركز الإستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبليدة على الصورة الإنسانية والنبيلة التي يقابل بها مرضاه وعلى وعيه التام بالمسؤوليات المخولة له وتغطيته للنقص الذي يعاني منه المركز بتصرفاته التي تخفف عناء المرضى وكذا إدراكه التام على أن علاج المريض يبدأ للوهلة الأولى التي يكون فيها دخول هذا المريض إلى المستشفى وطريقة إستقبال الطبيب له.

والشكل التالي يوضح النسب السابقة :

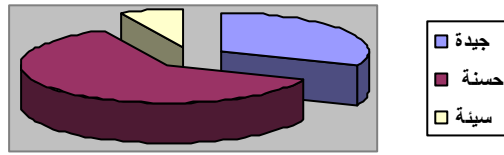


شكل رقم 87: رأي المرضى والزوار في معاملة الاطباء

السؤال الثالث

ما رأيك في معاملة الممرضين والقابلات ؟

بلغت نسبة الإجابة بـ " جيدة " 31.03% ، ونسبة الإجابة بـ " حسنة " 62.07% ، في حين بلغت نسبة الإجابة بـ " سيئة " 06.90% ، وهذه النسب تبرهن على المعاملة الحسنة للسلك شبه الطبي من ممرضين وقابلات وغيرهما، وهذا شيء ضروري وحتمي لأن شبه طبيين هم أقرب المستخدمين للمرضى، وكذا للزوار، وهم الأدرى بشؤون واحتياجات المرضى ، وهذا الوعي الكبير يعتبر أحد الركائز الأساسية لتقديم خدمة جيدة وذات النوعية المطلوبة. والشكل التالي يوضح ما اسردناه من نسب فيما سبق :

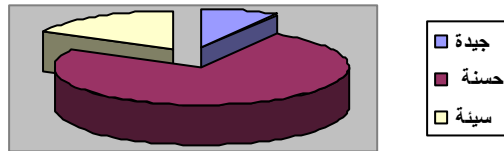


شكل رقم 88: معاملة السلك شبه الطبي للمرضى والزوار

السؤال الرابع

ما رأيك في معاملة باقي العمال ؟

بلغت نسبة الإجابة بـ " جيدة " 08.62% ، ونسبة للإجابة بـ " حسنة " 74.14% ، في حين بلغت نسبة الإجابة بـ " سيئة " 17.24% ، وهي نسب مقبولة لمعاملات باقي العمال من عاملات النظافة وأعاون الأمن وغيرهما إتجاه المرضى والزوار. والشكل التالي يمثل النسب السابقة :



شكل رقم 89: معاملة باقي العمال مع المرضى والزوار

السؤال الخامس

ما رأيك بنظافة محيط المستشفى ؟

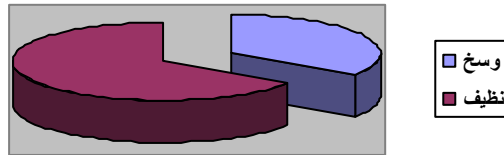
و الجدول التالي يبين رأي المستجوبين في نظافة محيط المستشفى.

جدول رقم 54: رأي المستجوبين في نظافة محيط المستشفى

البيان	العدد	النسبة
نظيف	38	65.52%
وسخ	20	34.48%
المجموع	58	100%

قدرت نسبة الإجابات بان محيط المستشفى نظيف بـ 65.52 %، في حين كانت نسبة الإجابات بان محيط المستشفى وسخ هي 34.48 %، وهي نسبة معتبرة نوعاً ما، ثم إن نظافة مستشفياتنا ليست بالمعايير الحقيقية والأساسية للنظافة، وحسب معاينتنا لمحيط المستشفى فإننا نرى بان المركز الإستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية بحاجة إلى نظافة أحسن وأرقى من التي هو عليها الآن.

والشكل الموالي يفصل لنا هته النسب:



شكل رقم 90: نسبة الردود على نظافة محيط المستشفى

السؤالين السادس والسابع

يعبر هذان السؤالان عن رأي المرضى والزوار في وسائل الراحة و نوعية الوجبات المقدمة، والجدول الآتي يبين هته النسب:

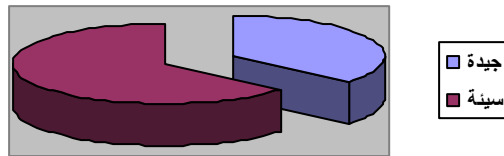
جدول رقم 55: نسبة الردود على وسائل الراحة ونوعية الوجبات في المستشفى

المجموع		الإجابة بـ "سيئة"		الإجابة بـ "مقبولة"		الإجابة بـ "جيدة"		الأسئلة
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
%100	58	%63.80	37	-	-	%36.20	21	السؤال رقم (06) : ما رأيك في وسائل الراحة المسخرة لك ؟
%100	58	%27.58	16	%63.80	37	%08.62	05	السؤال رقم (07) : ما رأيك في نوعية الوجبات الغذائية المقدمة ؟

السؤال السادس

ما رأيك في وسائل الراحة المسخرة لك ؟

بلغت نسبة الإجابة بـ "جيدة" 36.20% ، في حين بلغت نسبة الإجابة بـ "سيئة" 63.80% ، وهي نسبة عدم رضا المرضى على وسائل الراحة المسخرة لهم من أفرشة و أسرة مبردات ومدفئات،... الخ، وهي نسبة مرتفعة جدا ، ثم إن من شروط الشفاء السريع للمرضى هي الوسائل المسخرة للراحة، وبالإمكانات الحالية للمركز الإستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية فان مدة دوران المرضى على سرير واحد ستكون كبيرة جدا ، وتوفير هذه الوسائل يقلل منها ويساعد على تخفيف الاكتظاظ والطلب.



شكل رقم 91: رأي المريض والزائر في وسائل الراحة المسخرة

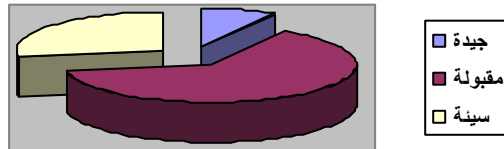
السؤال السابع

ما رأيك في نوعية الوجبات الغذائية المقدمة ؟

تقدر نسبة الإجابة بـ " جيدة " 08.62% ، في حين كانت نسبة للإجابة بـ " مقبولة " 63.80% ، مقابل 27.58 % كنسبة للإجابة بـ " سيئة " ، وهي نسبة معتبرة تقارب ثلث (1/3) المستجوبين، والتي تدل على نوعية الوجبات الغذائية المقدمة.

لكننا سنسرد الواقع من خلال زيارتنا الميدانية واستجواباتنا الشخصية ولندع الأرقام في هذا السؤال جانبا، فكلنا قد أدخل مريضا للمستشفى أو ذهب لعيادة مريض، وقد رأى بأمر عينه أن أهل المريض هم من يحضرون الوجبات الغذائية صباحا ومساء إلى مريضهم، وعند قيامنا بالاستجوابات الخاصة بالمرضى وكنا نسأل عن نوعية الوجبات، كان الكل ينتقده فعدنا في اليوم الثاني كي نعاين الوضع بأنفسنا وقد ذهبنا إلى مصلحة تصفية الدم وهي أهم المصالح المريض فيها يحتاج إلى وجبة غذائية كاملة للاسترجاع.

لكننا فوجئنا بأن الوجبة هي نصف خبزة محشوة بقليل من اللحم المفروم البارد وغير الطازج أحيانا، وعندما سألنا المرضى عن الكمية ردوا بأنها ذات الكمية (أي نصف خبزة)، ثم سألنا عن باقي وجبات أيام الأسبوع ففوجئنا عند سؤالنا لأحد عشر (11) مريضا كانت نسبة الإجابة 100 % على أن هذه الوجبة يتلقونها يوميا منذ أكثر من خمس (5) سنوات ! ولعل ميزانية التغذية تعكس هذا الوضع المزري، فهي تقدر بـ 80.000.000 دج أي ما يعادل 04.32% من الميزانية الإجمالية للمركز الإستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية.



شكل رقم 92: رأي المريض في نوعية الوجبات الغذائية المقدمة

السؤال الثامن

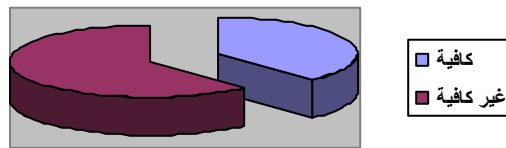
ما رأيك في كمية الوجبات الغذائية المقدمة ؟

تم جمع الإحصائيات على النسب التالية التي يبينها الجدول التالي:

جدول رقم 56: النسب التي تمثل رأي المريض في كمية الوجبات الغذائية

البيان	العدد	النسبة
كافية	22	%37.93
غير كافية	36	%62.07
المجموع	58	%100

" نلاحظ أن نسبة الإجابات بـ " كافية " قدرت بـ 37.93 %، أما نسبة الإجابات بـ " غير كافية " فكانت 62.07 %، وهذا يعكس تفسيرنا السابق في السؤال السابع، بأن الوجبات الغذائية لا تكفي المرضى ولا تسد حاجياتهم من الجوع، ولعل أبكر المتضررين هم المرضى القاطنون من خارج ولاية البليلة أو حتى القاطنون في أطراف الولاية البعدين عن المركز الإستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبليلة. والشكل الموالي يوضح النسب السابقة:



شكل رقم 93: رأي المريض في كمية الوجبات الغذائية المقدمة

السؤال التاسع

هل أنت راض عن الرعاية الصحية والعلاج المقدم لك ؟
الجدول التالي يوضح نسب الردود على هذا السؤال:

جدول رقم 57: نسب رضا المريض عن الرعاية الصحية والعلاج المقدم له

البيان	العدد	النسبة
نعم	31	%53.45
لا	27	%46.55
المجموع	58	%100

نلاحظ أن نسبة رضا المرضى عن الرعاية الصحية والعلاج المقدم لهم تعادل %53.45 أما عدم الرضا فتقدر نسبته بـ %46.55 ، ونلاحظ أن هناك تعادل في رضا وعدم رضا المرضى، فقد يكون الرضا التام على الطاقم الطبي وشبه الطبي وذلك كون الجوائر بصفة عامة و المركز الإستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبليدة بصفة خاصة تتمتع بإطارات عالية المستوى وقد نكون شهودا على ذلك كوننا صادفنا في عدة زيارات لنا إلى عيادة بن بولعيد حالات لنساء في مرحلة الولادة يأتين في حالة استعجالية من عيادات خاصة، وللأسف فإن هناك حالات وفاة في أوساطهن، وهذا دليل على أن الطاقم الطبي للمركز الإستشفائي الجامعي طاقم ذو كفاءة عالية، وطاقم متحمل لجميع المسؤوليات.

لكن عدم الرضا قد يكون على الخدمات التمريضية والنظافة والتغذية وطول الانتظار ووسائل الراحة... الخ.

والشكل التالي يوضح النسب السابقة:



شكل رقم 94: نسب رضا المريض عن الرعاية الصحية والعلاج المقدم له

السؤال العاشر

لو خيرت بين الهياكل الصحية العامة والخاصة، أيهما تختار؟

الجدول التالي يوضح نسب الردود على هذا السؤال:

جدول رقم 58: نسب الاختيار بين الهياكل الصحية العامة والخاصة للمريض

البيان	العدد	النسبة
عامة	35	60.35%
خاصة	23	39.65%
المجموع	58	100%

بلغت نسبة الإجابات بـ " نعم " 60.35%، أما الخاصة 39.65% وهي نسبة تؤكد على أهمية القطاع العام في مجال الصحة خاصة من حيث التكاليف وكذا من حيث تعدد الإختصاصات رغم ما يساهم به القطاع الخاص في التخفيف من الضغط على القطاع العام، مثل جراحة الأسنان جراحة العين والأنف والحنجرة، وكذا طب الأطفال والطب العام وطب النساء وغيرها من الإختصاصات.

والشكل التالي يلخص النسب السابقة:



شكل رقم 95: نسب الاختيار بين الهياكل الصحية العامة والخاصة للمريض

السؤال الحادي عشر

هل تكاليف العلاج تناسب مستواك المعيشي ؟

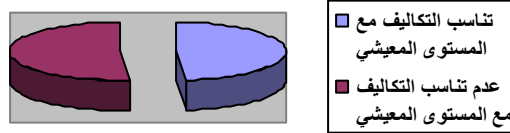
الجدول التالي يوضح نسب الردود على هذا السؤال:

جدول رقم 59: نسب تناسب تكاليف العلاج مع المستوى المعيشي للمريض

البيان	العدد	النسبة
نعم	28	%48.27
لا	30	%51.73
المجموع	58	%100

نلاحظ أن نسبة المستجوبين الذين تتناسب تكاليف علاجهم مع مستواهم المعيشي تعادل %48.27 مقابل %51.73 لا تتناسب تكاليف علاجهم مع مستواهم المعيشي، و التي هي حقيقة الوضع الإجتماعي، والسبب الذي جعل النسبتين متكافئتين هو مساهمة الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي في التعويض عن تكاليف الدواء بنسبة تصل حتى 100% بالنسبة للأمراض المزمنة كما يوجد التكفل التام بالأمراض الخطيرة والمستعصية كمرض السيدا، بالإضافة إلى أن المرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة والمعوقين أو الذين لهم نسبة معينة من الإعاقة يملكون بطاقات للتكفل التام بهم في حالة مكوثهم في المستشفيات بالإضافة إلى تشكيل صيديات خاصة لإقتنائهم الدواء مجاناً.

والشكل التالي يوضح النسب السابقة:



شكل رقم 96: نسب تناسب تكاليف العلاج مع المستوى المعيشي للمريض

3.4.4. تحليل الاستبيان الخاص بالمدير العام للمركز الإستشفائي الجامعي فرانتز

فانون بالبيدة

تم تخصيص استبيان خاص بالمدير العام للمركز الإستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية، ودق احتوى الاستبيان على ثلاثة وأربعين (43) سؤالاً تم تقسيمها إلى ستة (06) محاور سيتم تحليلها كما يلي:

1.3.4.4. التحسين المستمر

وقد كان أول سؤال عن هذا المحور حول تشجيع إدارة المستشفى على التعاون والعمل بأسلوب الفريق، فكان جواب المدير العام بأن هناك تشجيعاً من طرف الإدارة العليا على العمل والتعاون بأسلوب الفريق.

أما عن بناء الإدارة العليا وترسيخها لمعاني الجودة ومبادئها في المستشفى وفق رؤيا إستراتيجية بعيدة المدى فقد نفى المدير العام وجود هذا النوع من الإستراتيجيات.

وفيما يخص توفير المستشفى لفرص التدريب والبحث والتثقيف في مجال الجودة للوصول إلى جودة المهارات اللازمة لأداء العمل على أكمل وجه، فقد عبر المدير العام عن عجز المركز الإستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية على تحقيق ذلك، وكما أسلفنا الذكر سابقاً فإن الميزانية المخصصة للتكوين والميزانية المخصصة للبحث لا تكفي لذلك.

أما عن صحة وسلامة ورضا الموظفين، وبيئة عملهم، فقد أكد المدير العام على أن إدارة المستشفى تهتم بذلك.

في حين أن رده كان إيجابياً في سؤالنا عن وجود تحسن مستمر في جودة الخدمات التي يقدمها المركز الإستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية مقارنة بالعام الماضي، وأكد أن المركز الإستشفائي يحسن من خدماته سنوياً.

كما نفى بأن تقديم وتحسين أهداف المركز الإستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية يكون بشكل مستمر.

وعن سؤالنا بخصوص التحسين المستمر لجودة العمل فقد اعتبره المدير العام أحد المعايير الأساسية في هذا المركز الإستشفائي الجامعي، كما أكد التحسين المستمر كذلك في الأداء.

وعن الميزانية المخصصة للبحث، فقد أكد المدير العام بأنها لا تكفي لتأدية الغرض منها.

2.3.4.4. التركيز على العميل

في هذا الخصوص كانت أجوبة المدير العام كالآتي:

فقد أكد أن أهداف عملية تحسين الجودة في هذا المركز الإستشفائي الجامعي تبنى وتوضع على متطلبات وتوقعات المرضى، كما يقوم المستشفى وبشكل مستمر بهذه العملية، كما أكد المدير

العام على أن رضا العميل (المريض والزائر) يعتبر إحدى الأدوات المهمة لإدارة الجودة في جميع أنشطة المستشفى .
في حين نفى المدير العام المركز الإستشفائي الجامعي بالبلدية على أن الخدمات المقدمة تلبي الطلب أو تحقيق إشباع المرضى ورضاهم.

3.3.4.4. اتخاذ القرارات بناء على المعلومات

نفى المدير العام المركز الإستشفائي الجامعي بالبلدية عن وجود مستوى عال من المشاركة يتم من خلاله إشراك المستخدمين في عمليات التخطيط واتخاذ القرارات .
كما أكد على انه يتم إخبار المستخدمين بأي معلومة جديدة تتعلق بجودة العمل الذي يقومون به.

وعن الأجهزة والمعدات الضرورية فقد أكد المدير العام على انه يتم تحسينها واقتناء تجهيزات جديدة لأداء عملها بشكل مستمر .
في حين نفى المدير العام على أن الإدارة العامة تلتزم الموظفين بتسجيل نتائج عملهم للتعرف على أسباب التباين في الأداء كما أكد على انه يتم إعلام الموظفين بجميع المعلومات اللازمة لتقديم جودة عالية في عملهم التمريضي .
أما عن عملية اتخاذ القرارات في المركز الإستشفائي الجامعي بالبلدية فقد أكد المدير العام على أنها تتم بناء على التحليل الجيد للبيانات الحديثة .
وعن استخدام الأساليب الإحصائية، فقد رد المدير العام على انه لا يتم استخدام أي أسلوب إحصائي لاكتشاف أي انحراف عن معايير الجودة.

4.3.4.4. دعم الإدارة العليا

كان أول سؤال في هذا المحور هو عن معرفة و إدراك مستخدمي المركز الإستشفائي الجامعي بالبلدية لمتطلبات المرضى، فأجاب المدير العام بنعم وأكد بأنها معروفة لديهم .
وعن حل مشاكل المرضى بشكل سريع فقد نفى المدير العام ذلك .
في حين أكد المدير العام إن الإدارة العليا تشارك في عملية تحسين مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المركز الإستشفائي الجامعي بالبلدية .
كما نفى التزام الإدارة العليا لتحسين جودة الخدمات المقدمة في المركز الإستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية ونفى كذلك أن تحقيق معايير الجودة مسؤولية شخصية لكل موظف في هذا

المركز، وأضاف بان الإدارة العليا لا تعمل على خلق الشعور القوي لدى العاملين بمسؤولية المستشفى نحو المجتمع.

5.3.4.4. التخطيط والإدارة

في هذا الموضوع رد المدير العام على أن خطط الجودة المطبقة حالياً في المستشفى من طرف وزارة الصحة تؤدي إلى تحسين جودة الخدمات الصحية، وان الثقافة التنظيمية السائدة في المركز الإستشفائي الجامعي بالبلدية لا تساعد على تطبيق إدارة الجودة الشاملة، في حين انه أكد على أن إدارة الموارد البشرية تساهم في تطبيق برنامج الجودة الشاملة. وعن تكاليف الجودة في الخدمات الصحية، فقد أكد المدير العام على أنها مرتفعة في المركز الإستشفائي الجامعي بالبلدية.

وقد استفسرنا عن كيفية التخطيط لعمل المركز الإستشفائي الجامعي بالبلدية، فقد رد المدير العام بان التخطيط يتم حسب إمكانيات هذا المركز. أما فيما يخص سؤالنا هل هو طبيب أم إداري أم معا، فقد أجاب بأنه إداري وان إدارته تنتهج السلوك القيادي السلمي، وإنها تتوفر على هيئة طبية وهيئة إدارية لمساعدته في إدارة شؤون المركز الإستشفائي الجامعي بالبلدية.

6.3.4.4. التقييم والحوافز

كان أول سؤال في هذا المحور هو عن اعتماد الإدارة حوافز تشجيع على العمل، فكان رد المدير العام على انه لا يتم ذلك، أما في خصوص الترقيات والحوافز المادية والمعنوية فقد أكد المدير العام عن وجودها.

في حين كان رده بخصوص الأجر الذي يتقاضاه الموظفون على انه غير كاف. وعن وجود لجان أو فرق لتقييم أداء المركز في كل تخصص أو مصلحة، فانه رد بأنه لا وجود لهذه الفرق و اللجان.

وتم سؤاله عن مدى وجود عقوبات في حق المستخدمين نظير مخالفتهم، فانه أكد بأنها نفذت في كل مخالف، و تم فصل أو إقصاء من استوجب فيهم ذلك. وقد ختمنا استبياننا هذا عن تقييمه الشخصي للوضع الحالي للمركز الإستشفائي الجامعي بالبلدية فقد رد بأنهم يتماثون وإمكانيات المركز الاستشفائي.

4.4.4. المقابلات

أما عن إحدى المقابلات التي أجريناها مع الأمين العام للمركز الاستشفائي الجامعي بالبلدية كانت الأسئلة و الأجوبة فيها على النحو التالي:

السؤال: بالنسبة للمستشفيات أو المراكز الاستشفائية الجامعية الجزائرية ، هل المدير العام هو إداري أم طبيب ؟

الجواب: المدير إداري وليس طبيب، وينصب لمزاولة مهامه التسييرية فقط ، وبالطبع فهو خريج الجامعة الجزائرية ، ويكون عادة متحصل على شهادة ليسانس في علوم التسيير أو علوم المالية أو الحقوق.

السؤال: هل توجد هيئة طبية وأخرى إدارية تساعد المدير على أداء مهامه ويتم استشارتها في قضايا تخص المركز الاستشفائي ؟

الجواب: هناك هيئة المجلس العلمي الطبي وهي هيئة استشارية مكونة من أطباء وتقنيين، مهامهم إبداء الآراء في مختلف قضايا التسيير.

بالإضافة إلى مجلس الإدارة وينظر في السياسة العامة للمركز الاستشفائي الجامعي بالبلدية وللتسيير ، وهو هيئة مداولة وليس هيئة استشارية.

السؤال: هل تؤدي خطط الجودة المطبقة حاليا في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة إلى تحسين الجودة في الخدمات الصحية المقدمة فيها ؟

الجواب: في الوقت الحالي لا توجد جودة في الخدمات الصحية، ثم إن التحدث عن الجودة يكون في إطار وجود منافسة.

السؤال: وجود المنافسة يكون في ظل خصوصية القطاعات، فهل تشاطرون حل خصوصية القطاع الصحي ؟

الجواب: لا نشاطر الخصوصية ، لان فرنسا مثلا قطاعاتها الصحية غير مخصصة ، ولكن عملها يتم عن طريق الفوترة، وهي طريقة تساعد على النهوض بالخدمات الصحية في الجزائر.

السؤال: ما هي خصائص أنظمة الجودة المطبقة في الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية التابعة لوزارة الصحة؟

الجواب: كما قلت في السؤال السابق، فلا وجود لهذه الخصائص، لان التسيير في المنظمات الصحية في الجزائر هو تسيير مركزي، والميزانيات فيه مخططة، وهذا يعيق محاولات الارتقاء بالجودة في الخدمات الصحية.

السؤال: هل يتوفر هذا المركز الاستشفائي على فرق للجودة (فرق الجودة مجموعة من العاملين تتطوع لدراسة وحل والكشف عن مشكلات العمل) ؟

الجواب: يوجد فرق من هذا النوع لكن تواجدها في المركز ليس لتحسين الجودة.

السؤال: ألا تظنون معي سيدي أننا نتوفر على مرافق صحية ممتازة وإطارات طبية يحسد عليها، فما هو السبب في هذا المستوي المتدني من الصحة ؟

الجواب: بالطبع، لكن هذا التدني ليس راجع للإطارات و الهياكل الطبية، ولكنه سوء للتسيير وهو سبب تعاني منه جل المؤسسات الجزائرية.

السؤال: هل مستوى الأجور المتدني، السبب الأكبر والكافي لهذا المستوى المنحط من الخدمات الصحية في رأيكم ؟

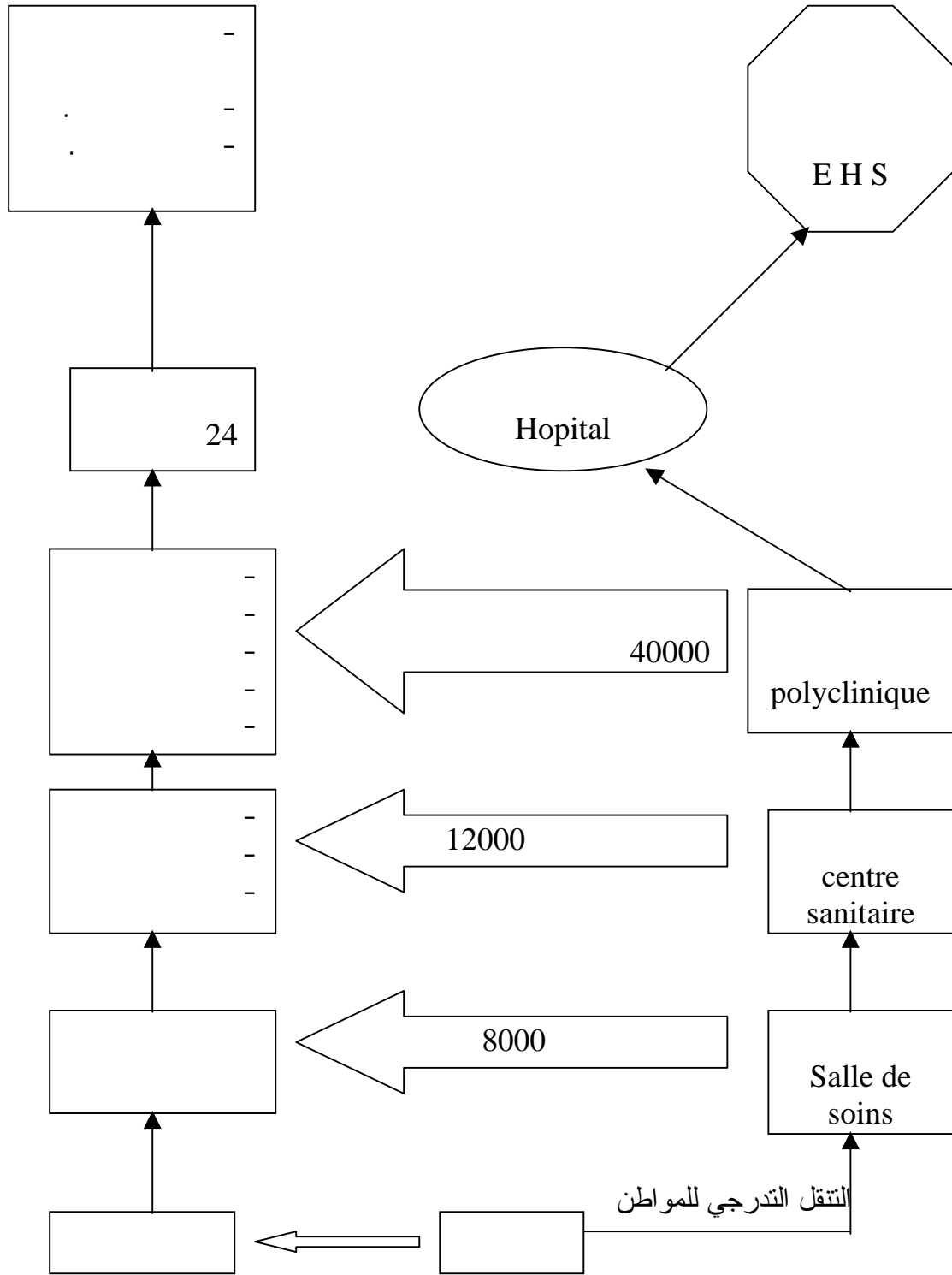
الجواب: ليس الأجر فقط ، بل نقص التكوين و التدريب.

السؤال: ما الفرق بين المراكز الاستشفائية الجامعية و المراكز الصحية والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة والعيادات.....الخ ؟

وعن الجواب بخصوص هذا السؤال، فقد وضح لنا الأمين العام هذا الفرق بواسطة الهيكل التنظيمي التالي الذي يبنى وفق مبدأ سلمية الخدمات الصحية:

CHU





شكل رقم 97: مبدأ سلمية الخدمات الصحية [98].

أما بخصوص المقابلة السريعة والتي أجريناها مع المدير العام للمدرسة الوطنية للصحة العمومية فقد تضمنت سؤالين فقط فكان رد المدير العام عليهما كالتالي:

السؤال: هل يوجد مستشفى في الجزائر متحصل على شهادة الايزو أو يطبق مبادئ إدارة الجودة الشاملة؟

الجواب: للأسف لا يوجد أي مستشفى في الجزائر متحصل على هذه الشهادة التي تثبت كفاءة وجودة الخدمة الصحية المقدمة، رغم ما تتوفر عليه الجزائر من هياكل ومستشفيات كبيرة. السؤال: وهل الهياكل الصحية والإطارات الطبية المتوفرة حالياً، تساعد على تطبيق إدارة الجودة الشاملة وكذا الحصول على شهادة الايزو؟

الجواب: بالطبع، فالجزائر تملك هياكل ضخمة وممتازة، بالإضافة إلى إطارات ذات كفاءة عالية، لكن السبب يرجع بالدرجة الأولى إلى سوء تسيير هته الهياكل وغياب ثقافة الجودة لدى مستخدميها.

و رغم ما قدمناه سابقا من ملاحظات قد تكون سلبية أو إنتقادية أكثر بالنسبة للمركز الإستشفائي الجامعي بالبلدية، إلا أنها كانت مبنية على ملاحظتنا الشخصية والمقابلات التي أجريناها مع أعوان وإطارات المركز الإستشفائي الجامعي.

وكذا الإستيبيان الذي قمنا بإنجازه إضافة إلى شكاوى المواطنين والمرضى، الذين لم يفوتوا فرصة ليبحوا لنا عن ما يتلقونه من صعوبات وبيروقراطية ومتاعب جمّة، إلا أن المركز الإستشفائي يحسّن كل سنة هياكله الاستشفائية، خاصة في العشرية الأخيرة.

و لعل ابرز ما تغير في هياكل هو وحدة جراحة الأسنان أحمد زبانه، والتي تغيرت جذريا ولعلي أكون أحمد الشاهدين على الوضعية المزرية التي كانت عليها الوحدة قبل أربعة (4) سنوات، والتي كانت لا تتوفر على أدنى شروط العمل ألا و هو الماء، و لا نتكلم عن بضع أرائك لجراحة الأسنان، والتي كان لا يليق تسميتها حتى أرائك.

إلا أن الوحدة اليوم تعتبر مفخرة للمركز الإستشفائي الجامعي فرانتز فانون بالبلدية بهياكلها ومسيرها وطاقمها الطبي وشبه الطبي، حيث أصبحت تتوفر على ثلاثين (30) أريكة جراحة أسنان، وجهازين للترميم وصناعة الأسنان للكبار والصغار، واسترجعت بذلك ثقة زبانهنا.

كما لا يفوتنا أن ننوه ونشيد بالتغيرات الحاصلة في عيادة بن بولعيد، والتي تحتوي على أربعة (4) اختصاصات هامة للنساء والأطفال، فمنذ حوالي سنة ونصف السنة تم تغيير الوجه الداخلي للعيادة، وأصبحت محطة راحة للزوار والمرضى الفاطيين من كل جهة، كما أضيفت بعض قاعات العلاج والاستشفاء بعد أن كانت لا تتوفر حتى على مقاعد لجلوس الزائرين والمرضى.

و لو أن المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية يسير وفق نظام أو أسلوب لامركزي و يتوفر على اتصالات أفقية بدلا من الرأسية، وكانت النتائج أفضل ، ولتم تحقيق فعلي لإدارة الجودة الشاملة بكامل حوافرها.

خاتمة

إن قطاع الصحة في الجزائر لا يزال يشهد وتيرة سريعة في مجال الإصلاحات التي بدأتها الحكومة منذ أكثر من عشرة سنوات دون أن ترقى نتائجها إلى رضا المواطنين (المرضى) ولا المسؤولين على المستوى الوطني ولا الهيئات الدولية ، وعدم رضا المريض لا يمكن حصره في بضع نقاط إلا أن الموضوع يدور كلية حول نوعية الخدمات التي تقدم عبر مختلف المستشفيات.

إن هته الخدمات المقدمة لم تكن يوما في مستوى طموح المواطن ولا في مستوى ما يصبوا إليه أصحاب القرار رغم المجهودات المبذولة فيما يخص التكوين الطبي وشبه الطبي ، رغم تحسين الميزانية من سنة إلى أخرى وكذا انجاز وحدات صحية جديدة.

بدون تأييد قوي لثقافة الجودة الشاملة، تصبح إدارة الجودة الشاملة مجرد برنامج يُتوقع له الفشل ولذلك من الضروري أن نفهم ماهية ثقافة المنشأة، وكيفية إنشائها، وكيف يمكن تعديلها. هذه ثقافة التي تتألف من مجموعة من الأفكار والقيم الأساسية التي يحددها ويعبر عنها القادة والمديرون بشكل واضح ، ثم يشترك فيها المعنيون من هذه المنظمة.

إن عدم رضا المريض بما يقدم له في المستشفيات من خدمات صحية لا يتركنا نتكلم عن إدارة الجودة الشاملة أو عن النوعية وجودة الخدمة، لان هذه الأخيرة غائبة والوصول إليها يتطلب وقتا كبيرا ، و مجهودات كبيرة وإصلاحات جذرية ووعي ومهنية، لدى العمال والمستخدمين (السلك الطبي وشبه الطبي والإداري) وانطلاقا من هذه الوضعية فانه يستحيل في الوقت الراهن الكلام عن نظرية الجودة أو عن إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي بالجزائر وحتى في باقي الدول النامية.

و من خلال هذا البحث الذي أجريناه ، حاولنا من خلال فصوله المختلفة التوصل إلى مجموعة من النتائج والتي من خلالها يمكن أن نحكم على صحة أو نفي الفرضيات المعتمدة والتي على أساسها يمكن تقديم جملة من الاقتراحات والتوصيات التي نعتقد بأنها مفيدة للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية محل دراستنا، حيث انصبت التوصيات عليه ، وفي الأخير قمنا بتقديم آفاقا للدراسة وهي عبارة عن مواضيع للبحث يمكن أن تكون كإشكاليات لمواضيع بحث قادمة.

- نتائج الدراسة النظرية

من خلال دراستنا لهذا الموضوع توصلنا إلى الاستنتاجات التالية:

- إن أهم مبادئ إدارة الجودة الشاملة التي يجب أن تتبناها المنظمات الصحية تتمثل في مبدأ التحسين المستمر ومبدأ اتخاذ القرارات بناء على المعلومات وكذا مبدأ دعم الإدارة العليا ومبدأ التركيز على العميل.
- إن الدور الكبير الذي تلعبه حلقات الجودة في اكتشاف عيوب المنظمات والمشاكل التي تعيق سيرها الحسن، يستوجب على المنظمات الصحية أن تشكل خلايا لاستطلاع الوضع الداخلي للمنظمة تكون مشكلة من مستخدمين بشتى تخصصاتهم (إداريين، طبيين، شبه طبيين، تقنيين، أعوان آخرون) لاكتشاف جوانب عديدة وشاملة للخلل الذي تعيشه المنظمة.
- يعتبر التحكم في استخدام الأدوات الكمية و النوعية من بين المتطلبات التقنية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة باعتبارها تساهم في بناء نموذج لإدارة الجودة الشاملة من خلال تحديد مدخلاته و أنشطته و مخرجاته .
- إن المنظمات الصحية هي كغيرها من المنظمات الأخرى التي تهدف أو لا تهدف للربح والمعروف عن هذه المنظمات أنها تمارس التسويق وتحتوي على إدارة أو مصلحة لتسويق منتجاتها سواء كانت خدمة أو سلعة أو حتى أفكار، لذا فإنه يجب توفر المنظمات الصحية على إدارة أو مصلحة لتسويق خدماتها الصحية والتخطيط لها.
- إن اقتصاديات الصحة تعتبر من الإقتصاديات المعقدة بعض الشيء والصعبة، لذا فإنها تستوجب تضافر جهود كل من مختصي الإقتصاد والتسيير ومختصي الصحة والطب كي يخلصوا إلى نتائج إيجابية تخدم تسيير المنشآت الصحية وتطبيق إدارة الجودة الشاملة في هته المنظمات وبالتالي تحقيق رضا العميل.

- نتائج الدراسة التطبيقية

- إنّ مواجھتنا للواقع الميداني للمركز الإستشفائي الجامعي للبلدية ومحاولتنا إدراك مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في هذا المركز الإستشفائي والوحدات التابعة له ومحاولة تعرفنا على مدى مساهمة هذا الأخير في الإرتقاء بالخدمات الصحية المقدمة من حيث الجودة والنوعية وكذا الكمية ، مكنتنا من استخلاص النتائج التالية:
- تشكل غياب ثقافة التغيير عقبة كبيرة للمركز الاستشفائي الجامعي للبلدية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة .
 - نقص التدريب وتكوين مستخدمي المركز الإستشفائي الجامعي للبلدية خاصة شبه الطبيين الذين يعتبرون الأقرب لحالة المريض ومتطلباته، يعيق تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في هذا المركز.
 - يعاني المستخدمو المركز الإستشفائي الجامعي للبلدية من قصور في فهم معنى الجودة في الخدمات الصحية وإدارة الجودة الشاملة، ومن أين يبدأ تطبيقها وإلى أين ينتهي.
 - هناك مشاكل في المركز الإستشفائي الجامعي للبلدية في عملية الإتصال بين من يخطط ومن ينفذ.
 - غياب مصلحة خاصة بتسويق الخدمات الصحية ، في حين أن بعض من إستجوبناهم لهم مفهوم بأن التسويق يخص السلع والخدمات الأخرى ولا يعني الصحة في شيء، وهذا مفهوم خاطئ.
 - نقص التوعية والتحسيس بأن العمل بأسلوب فريق واحد والتعاون الجماعي يسهل العمل ويزيد من جودته، هذا النقص أدى إلى قلة خبرة وتمكن بعض المستخدمين في ميدانهم.
 - صغر حجم ميزانية المركز الإستشفائي الجامعي للبلدية والديون السنوية التي يعاني منها هذا المركز، تحجب عنه وتمنعه من تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة.
 - أوضحت نتائج الدراسة التطبيقية أن مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة بشكل عام في هذا المركز شبه منعدم من وجهة نظر الأطباء وشبه الطبيين والإداريين وذلك طبيعي لأن المركز الإستشفائي الجامعي للبلدية لازال يسير بميزانية مخططة وإدارة مركزية لا إدارة الجودة الشاملة.
 - اوضحت نتائج الدراسة أن مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة مرتبط بشكل جوهري وفي المقام الأول بمبدأ التحسين المستمر وهذا ماالمسناه في المركز الإستشفائي الجامعي للبلدية، ثم بمبدأ التركيز على العميل، وقد كان تطبيق هذا المبدأ غير محقق بشكل يرضي الجميع، أما مبدأ إتخاذ القرارات بناء على المعلومات فلم تتبناه إدارة المركز بما يحقق التطبيق الفعلي لإدارة الجودة الشاملة في حين كان العمل وبأسلوب الفريق ضعيف الفعالية وليس بمقام هذا المركز على المستوى الوطني.

- التوصيات

- من خلال الدراسة الميدانية التي قمنا بها على مستوى المركز الإستشفائي الجامعي للبلدية إرتأينا تقديم مجموعة الاقتراحات التالية:
- إلزام الموظفين بتسجيل نتائج عملهم للتعرف على أسباب التباين في الأداء، ومحاولة إيجاد الحلول لها وتوفير الجو المناسب لتحسينها.
 - إعادة النظر في توزيع نفقات المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية بما يتماشى وتطبيق إدارة الجودة الشاملة فيه، وإيجاد مصادر جديدة للتمويل لأن تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة يتطلب ميزانية ضخمة.
 - تكثيف الحملات التوعوية و التحسيس 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 والارتقاء بالمستوى الصحي والطبي وتحسين جودة الخدمات في المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية.
 - انشاء خلايا لمراقبة الجودة والنوعية أي ما يسمى بحلقات الجودة، وهذا لإكتشاف المشاكل وإيجاد الحلول لها عن طريق هذه الفرق، ويستحسن أن تكون في كل مصلحة أو جناح في المركز وتكون مشكلة من مختلف فئات المستخدمين .
 - تحفيز العمال وترقية من يستلزم ترقيته، والإعتماد بالدرجة الأولى على التحفيز المعنوية.
 - تخصيص مبالغ هامة للتدريب والتكوين، وذلك من خلال رفع حصة كل منهما في ميزانية النفقات، كما يجب على الإدارة أن تعمل على تنمية و تقييم مجهودات البحث و التطوير ، و ذلك في إطار عمل ثقافي داخلي يشمل جميع ملاحق المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية.
 - القيام بدورات وملتقيات وأيام دراسية من طرف المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية لتحسيس المستخدمين بمدى أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المركز، وإدخال ثقافة التغيير وثقافة الجودة في أذهانهم.
 - يجب مضاعفة المجهودات المبذولة من طرف المركز الاستشفائي الجامعي للبلدية في إطار تدريب العاملين لان المجهودات الحالية غير كافية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.

آفاق الدراسة

يمكن اقتراح بعض المواضيع التي يمكن معالجتها مستقبلا لمن يريد أن يكمل البحث في هذا الميدان وهي:

- دور إدارة الجودة الشاملة في ترقية السياحة .
- دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالسياحة العلاجية .
- دور التدريب والتحفيز في رفع نوعية الخدمة .
- فعالية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الإستشفائية المتخصصة.

و أخيرا نأمل أن نكون قد وفقنا في اختيار هذا الموضوع وعرضه بالشكل الملائم الذي يخدم الغرض المعد من أجله، وهو الوقوف عند المتطلبات الأساسية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الاقتصادية غير أنه كأي عمل بشري لا يمكن أن يخلوا من النقص و الأخطاء.

قائمة المراجع

1. بدوي محمود الشيخ، الجودة الشاملة في العمل الإسلامي، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي القاهرة، (2000).
2. سونيا محمد البكري، إدارة الجودة الكلية، دار الجامعية، الإسكندرية، (2002).
3. عبد العزيز زواق، متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاقتصادية، حالة مجمع صيدال، مذكرة ماجستير تسويق، جامعة البليدة، (2006).
4. جيلالي قالون، تسيير جودة الخدمات: حالة شركة الاستغلال المحطة البريدية- الجزائر، مذكرة ماجستير في العلوم التسيير فرع تسويق، دفعة (2003).
5. توفيق محمد عبد المحسن، التسويق وتدعيم القدرة التنافسية، دار الفكر العربي، القاهرة (2003).
6. خضير كاظم حمود، إدارة الجودة الشاملة، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الاولى، عمان، (2000).
7. بستر فيلد، الرقابة على الجودة، المكتبة الأكاديمية، الطبعة الأولى، القاهرة، (1995).
8. سمير محمد عبد العزيز، اقتصاديات جودة المنتج بين الدارة الجودة الشاملة والايزو 9000 و 11000 رؤية اقتصادية -فنية-أسس-تطبيقات -حالات، مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية الإسكندرية، (2000).
9. kotler et Dubois, marketing management, union édition ,paris (2000).
10. علي السلمي، إدارة الجودة ومتطلبات التأهل للايزو، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع القاهرة، (1995).

11. فريد عبد الفتاح زين الدين، المنهج العلمي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العربية، دار النهضة العربية ، مصر، (1996).
12. فريد عبد الفتاح زين الدين، تخطيط ومراقبة الإنتاج مدخل إدارة الجودة، دار النهضة العربية مصر (1997).
13. وارين شمדת و جيروم فاتجا، مدير الجودة الشاملة الدليل العلمي للقادة والمديرين لتحقيق إدارة الجودة الشاملة، ترجمة محمود عبد الحميد مرسي و آخرون ن دار آفاق للإبداع العالمية للنشر والإعلام، الطبعة الأولى، الرياض، (1998).
14. خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي، مكتبة الملك فهد، الرياض، (1997).
15. عمر وصفي عقيلي و آخرون ، مبادئ التسويق ، دار زهران للنشر و التوزيع ، عمان الأردن، (1996).
16. ريتشارد فرمان، توكيد الجودة في التدريب والتعليم طريقة تطبيق معايير BS 5750) ISO9000 (، ترجمة حسن الفرس و ناصر محمد العديلي، دار آفاق الإبداع العالمية للنشر والإعلام، الرياض، (1995).
17. عمر وصفي عقيلي ، المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة، دار وائل للنشر، عمان (2000) .
18. Jean-marie gogue, management de la qualité, édition economica, 3 eme édition, paris, (2001).
19. جون مارش، إدارة الجودة الشاملة من أ إلى ي، الدر الجامعية، الإسكندرية، (1996).
20. احمد سيد مصطفى، إدارة الجودة الشاملة و الايزو 9000 دليل عصري للجودة والتنافسية بدون دار النشر، القاهرة، (2005).
21. ريتشارد ويليامز، أساسيات إدارة الجودة الشاملة، مكتبة جرير، الطبعة الأولى، الرياض (1999) .
22. جاسم مجيد ، الإدارة الحديثة في التسويق- الوقت- الجودة، مؤسسة شباب الجامعة الإسكندرية، (2004).
23. سونيا محمد البكري، تخطيط ومراقبة الإنتاج ،الدار الجامعية ، الإسكندرية ، (2000).
24. عبد الفتاح محمود سليمان ، الدليل العلمي لتطبيق ادارة الجودة الشاملة لشركات ومشروعات التشييد، اترك للطباعة والنشر والتوزيع ،القاهرة، بدون سنة نشر.

25. وليام ل. مور، هيرت مور، حلقات الجودة تغيير انطباعات الأفراد في العمل ، ترجمة زين العابدين عبد الرحمن ،معهد الإدارة العامة ، الرياض،(1991).
26. لوشاحي احمد خير الدين، الجودة ومدى تطبيقها في المؤسسة الاقتصادية الجزائرية، دراسة حالة مجمع اللوالب والسكاكين والصنابير بسطيف، مذكرة ماجستير، المدرسة العليا للتجارة، الجزائر، (2003).
27. توفيق عبد المحسن، تخطيط ومراقبة جودة المنتجات، دار النهضة العربية، (1998).
28. www.aoad.org (en ligne) 08-03-2006.
29. Monin Jean-Michel, la certification qualité dans les services : outil de performance et d'orientation client, Afnor, paris, (2001).
30. محمد عبد الوهاب العزاوي، أنظمة إدارة الجودة والبيئة الايزو 9000- 14000 ، وائل للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، (2002).
31. guide de la qualité , collections guides plus , Alger ,(1997).
32. قويدر عياش، نص مقال حول الجودة الشاملة أداة تحسين القدرة التنافسية للمؤسسة، جامعة عمار تليجي بالاغواط، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، بدون سنة نشر.
33. فريد النجار، إدارة منظومات التسويق الدولي و العربي ،مؤسسة شباب الجامعة الإسكندرية، مصر، (1998).
34. زكي خليل المساعد، التسويق في المفهوم الشامل ، مطابع الأرز، عمان ، (1999).
35. S.martin et j.p vidrine, marketing les concepts clés, édition chihab , Alger,(1996).
36. P.Kotler, B.Dubois. Marketing management, 11 eme edition pudi union, PARIS, (2003).
37. C.Demeur, marketing, 2 eme edition, édition sirey, Paris, (1999).
38. كريم بشاري ، تسويق خدمات التامين واثره على الزبون، مذكرة ماجستير تسويق، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير،جامعة البليدة،(2005).
39. kotler et Dubois, marketing management, union édition, 9eme édition ,paris , (1997).
40. طارق الحاج وآخرون، التسويق من المنتج إلى المستهلك،دار الصفاء، الطبعة الثانية عمان) (1997).

41. بشير عباس العلق، التسويق الحديث مبادئه، إدارته وبحوثه، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، الطبعة الأولى، ليبيا، بدون سنة نشر.
42. خالد قاشي ، نظام المعلومات التسويقي وترشيد القرارات التسويقية ، مذكرة ماجستير تسويق كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير ، جامعة البليدة ، (2005).
43. محمد فريد الصحن، التسويق المفاهيم والاستراتيجيات، الدار الجامعية، الإسكندرية، (1998).
44. مصطفى محمود أبو بكر، مدخل استراتيجي التطبيقي في إدارة التسويق في المنشأة المعاصرة، الدار الجامعية الإسكندرية، (2004).
45. جميلة مديوني، تسويق الخدمات حالة الهاتف النقال جازي ، مذكرة ماجستير تسويق، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير البليدة، (2005).
46. عبد السلام أبو قحف، التسويق مدخل تطبيقي، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، (2002).
47. محمد فريد الصحن، قراءات في إدارة التسويق ، الدار الجامعية ، الإسكندرية، (1996).
48. بشير عباس العلق، تسويق الخدمات، دار الزهدان للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان (1999).
49. ياسين الكحلة، أسس التسويق السياحي والفندقي ، دار الزهران للنشر والتوزيع، عمان (1997).
50. Pherre eiglier et eric langeard , le marketing des services, édition international , paris, 5 eme tirage.
51. عمرو خير الدين، التسويق المفاهيم والاستراتيجيات، مكتبة عين الشمس ، مصر، بدون سنة نشر .
52. سعيد محمد المصري، إدارة وتسويق الأنشطة الخدمية المفاهيم والاستراتيجيات، الدار الجامعية ، الإسكندرية، (2002).
53. شفيق حداد ونظام سويديان، أساسيات التسويق، الطبعة الأولى ،الدار الحامد، عمان (1998).
54. عمر صخري ،اقتصاد المؤسسة، ديوان المطبوعات الجامعية ، الطبعة الثانية، الجزائر ، بدون سنة نشر.
55. عمر وصفي عقيلي و آخرون، مبادئ التسويق(مدخل التكامل) السلعة، السعر، التوزيع، الترويج، ، دار الزهران للنشر والتوزيع، عمان ، (1996) .
56. هاني حامد المنصور ، تسويق الخدمات، دار الشروق للنشر والتوزيع ، (2002).

57. محمد جاسم الصميدعي، مداخل التسويق المتقدم ، دار الزهران للنشر والتوزيع ، عمان (2000).
58. فهد سليم الخطيب و محمد سليمان عواد ، مبادئ التسويق (مبادئ أساسية)، دار الفكر عمان، (2000).
59. طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، جامعة الزقازيق، مصر (2000).
60. السيد عليوة ، إدارة الأزمات في المستشفيات، ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة (2000).
61. نظير خاجا، المؤسسات العلاجية الإسلامية في الولايات المتحدة الأمريكية ، دراسة متكاملة للتنظيم والإدارة. 08-01-06 (en ligne) www.islamset.com.
62. فوزي مذكور ، تسويق الخدمات الصحية ، ايتراك للنشر والتوزيع ، القاهرة،(1998).
63. زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات الصحية، دار ومكتبة الحامد للنشر، عمان، (1998).
64. حمود السند و خالد الراوي، مبادئ التسويق الحديث، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة الطبعة الأولى، عمان،(2000).
65. سعد عبد العزيز عثمان، قراءات في اقتصاديات الخدمات والمشروعات العامة- دراسات نظرية تطبيقية، الدار الجامعية، القاهرة، بدون سنة نشر.
66. عبد الإله ساعاتي، مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، الطبعة الأولى، القاهرة (1998).
67. حسان محمد نذير حريستاني، إدارة المستشفيات، مطابع معهد الإدارة العامة، السعودية، (1992).
68. حامد سوادى عطية، العملية الإدارية، معهد الإدارة العامة، الرياض، بدون سنة نشر
69. عائض العمري، الهندرة عصر جديد في إدارة الأعمال، الديوان العام للخدمة المدنية (1998).
70. سعيد ياسين عامر و علي محمد عبد الوهاب ، الفكر المعاصر في التنظيم والإدارة ، مركز وايد سيرجس للاستشارات والتطوير الإداري، الطبعة الثانية، عين الشمس، (1998).
71. حسين محمد علي، الجودة الشاملة، سلسلة مقالات جريدة عكاظ، (1998).
72. هيوكوش، إدارة الجودة الشاملة- تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية، الإدارة العامة للطباعة والنشر، الرياض، (2002).
73. بدران بن عبد الرحمن العمر، الإدارة العامة، معهد الإدارة العامة، العدد الثاني، الرياض (2002).

74. www.emro.who (en ligne) 04-04-2006.
75. Jean lapeyre, garantir le service, l'engagement client, édition d'organisation, paris, (1998).
76. Toquer.G , Longlois.M ,Marketing de service, edition Dunor (1992).
77. أوبري ويلسون، اتجاهات جديدة في التسويق، الدار الدولية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى القاهرة، (1996).
78. مقال عن اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، القاهرة، أكتوبر (2000).
79. آيت عيسى عيسى، تطورات وآفاق التسيير الإستشفائي في الجزائر، رسالة نيل شهادة ماجستير، فرع علوم التسيير، جامعة الجزائر، (1999).
80. المرسوم التنفيذي 97-466 و 467 المؤرخ في 1997/12/02 المحدد لقواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها.
81. بويوسف عصام الدين زهير، نظام تسيير المستشفيات في الجزائر، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، (1994).
82. M. Keddar , Financement et Gestion des Services Sanitaire en Algérie , Alger, (1998).
83. بن لوصيف زين الدين ، مجلة أبحاث روسيكادا، العدد الاول، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، عين مليلة، (2003).
84. Herve lecteurtre ,traite le gestion hospitaliers, berger- levrault , paris , (1998).
85. عبد القادر قزولي ، الصحة والأزمة الاقتصادية في الجزائر، المدرسة الوطنية للصحة العمومية،(2003).
86. www.sante.dz (en ligne) 15-04-2006.
87. موقع وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات [www. Ands.dz](http://www.Ands.dz)
88. التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات ، الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر، 2003/01/12.
89. Ministère de la santé et Reforme Hospitalière, Rapport annuel , Alger 07/03/2003.
90. موقع الديوان الوطني للإحصاء www.ons.dz

91. خلاصة تقرير حول صحة الأم والطفل، المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، لجنة السكان والاحتياجات الاجتماعية، الدورة التاسعة، الجزائر، (1997).
92. عبد المنعم بن فرحات، أهمية طرق التمويل البديلة في تحسين الخدمة الصحية – دراسة حالة القطاع الصحي بسكرة، مذكرة تخرج لنيل شهادة ما بعد التدرج المتخصص في المالية والمحاسبة، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، (2005).
93. بولمناجل لخضر، المنظومة الصحية في الجزائر بين الواقع والطموح، مذكرة تخرج لنيل شهادة ما بعد التدرج المتخصص في تسيير المنظمات الصحة، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، (2003).
94. عبد اللطيف بن اشنهوا، الجزائر اليوم بلد ناجح، بدون دار النشر، الجزائر، (2004).
95. مجمع صيدال، انجازاتنا في خدمة الصحة، الجزائر، (2006).
96. عبد اللطيف بن اشنهوا، عصرنة الجزائر حصيلة وآفاق 1999-2009، بدون دار نشر الجزائر، (2004).
97. Collection Microsoft Encarta, 1993-2004 Microsoft Corporation, (2005).
98. وثائق مقدمة من طرف مديريات المركز الإستشفائي الجامعي للبلدية (2006).
99. دليل المرضى لمستشفى فرانتز فانون، مكتب الدخول والاستقبال للمركز الاستشفائي للبلدية (2006).