



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945 قالمة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم الاجتماع

واقع الخدمات الصحية بين القطاع العام والقطاع الخاص

دراسة مقارنة بين المؤسسة الاستشفائية العمومية الأمير عبد القادر وادي الزناتي ولاية قالمة
والعيادة الخاصة ماسينيسا بالخروب ولاية قسنطينة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستري في علم الاجتماع الصحة

إشراف الأستاذ الدكتور

حواوسة جمال

إعداد الطالبتين:

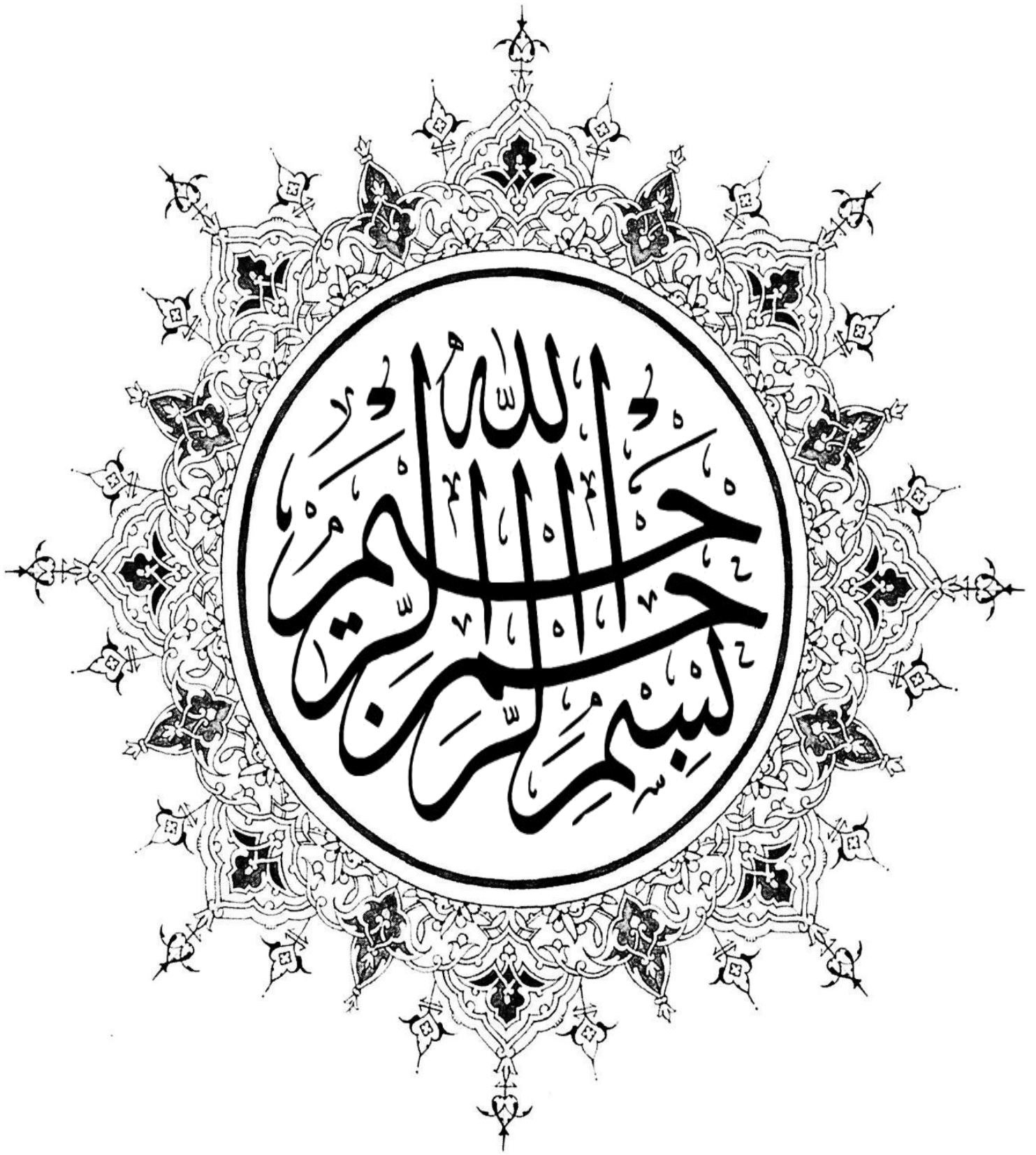
لشهب آية

تونسي شهيرة

لجنة المناقشة

الصفة	الدرجة العلمية	الإسم واللقب
رئيساً	أستاذة محاضرة أ	زنقوفي فوزية
مؤطراً	أستاذ التعليم العالي	حواوسة جمال
مناقشاً	أستاذ مساعد أ	محبوبي رفيق

السنة الجامعية: 2022-2023



شكر وتقدير

بداية نشكر الله عز وجل على فضله ونعمه التي لا تعد ولا تحصى.

نحمد الله عز وجل الذي أنعم علينا بإتمامنا هذا البحث

ونسأله مزيدا من النجاح والتوفيق في نجاحات مقبلة بإذنه تعالى

ثم نتوجه بخالص الشكر والعرفان والامتنان

لأستاذنا الفاضل والمشرف

الأستاذ الدكتور: "حواوسة جمال"

الذي أشرف على هذا البحث بتوجيهاته ودعمه لنا

منا كل الثناء وله من الله كل الجزاء، مصداقا لقول رسول الله صلى الله عليه وسلم

"من استغذاكم فأعينوه، ومن سألكم بالله فأعطوه،

ومن دعاكم فأجيبوه،

ومن صنع لكم معروفا فكافئوه، فإن لم تجدوا ما تكافئوا فادعوا له

حتى تدون أنكم كافئتموه"

نشكر كذلك كافة أساتذة قسم علم الاجتماع

الذين رافقونا خلال مشوارنا الدراسي.

آية - شميرة

إهداء

أهدي ثمرة جهدي هذه إلى

من جرع الكأس فارحاً ليسقيني قطرة حبه، إلى من صد

الأشواق عن دربي ليمهد لي طريق العلم

أبي أطل الله في عمره

إلى من رضاها غايتي وطموحي، إلى الشمعة التي

أنازرت دربي غايتي وحبيرة قلبي

أمي أطل الله في عمرها

إلى عزتي وسندي وعميوني أخواتي

إلى أرواح من جسد كلمة الحب بكل معانيها فكان

السند والعطاء إلى من قدم لي

كل صور الصبر والمحبة زوجي الغالي

كما أهدي تخرجي لأهلي وأحبتي

وكل عائلة لشعب وعقود

آية

إهداء



أهدي ثمرة جسدي هذا إلى

من لو يبخل عليا يوما واحدا من حبه واهتمامه وعطائه

أبي الغالي دمت لي فخرا إلى فيض الحنان التي دواما

تغمرني إلى من توجد الجنة تحت قدميها

أمي الغالية

إلى من آمن بي وساندني وأعانني

زوجي طارق

إلى عيوني وسندي في حياتي

إخوتي وأخواتي

إلى ذلك الوجه الضاحك الذي يطل عليا ببسمة صباح

مساء فيعطي نفسي راحة وسرور الغالي على قلبي

ابني محمد علي

وإلى كل أفراد عائلتي وعائلة زوجي وزملائي في الجامعة

شهادة

فهرس المحتويات

	شكر وتقدير
	إهداء
	فهرس المحتويات
	قائمة الجداول والأشكال
	ملخص
أ - ب	مقدمة
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
3	تمهيد

4	أولاً- الإشكالية
6	ثانياً- أسباب اختيار الموضوع
6	ثالثاً- أهداف الدراسة
6	رابعاً- أهمية الدراسة
7	خامساً- مفاهيم الدراسة
10	سادساً- الدراسات السابقة
13	تعقيب على الدراسات السابقة
14	خلاصة
الفصل الثاني: الخدمات الصحية النشأة والتطور	
16	تمهيد
17	أولاً- التطور التاريخي للخدمات الصحية
17	1- العصر اليوناني
17	2- العصر الهندي
17	3- العصر الروماني
18	4- العصر الإسلامي
18	5- العصور الوسطى
18	6- عصر النهضة
19	ثانياً- خصائص الخدمات الصحية
21	ثالثاً- أنواع الخدمات الصحية وأهدافها
21	1- أنواع الخدمات الصحية
23	2- أهداف الخدمات الصحية
24	رابعاً- مستويات الخدمات الصحية
24	1- الخدمات الصحية الأولية
25	2- الخدمات الصحية الثانوية
26	3- الخدمات الصحية الثالثة أو المتخصصة (المرجعية)
26	خامساً- أسس الخدمات الصحية
27	1- الكفاءة الكمية
27	2- الكفاءة النوعية
28	سادساً- معايير تقديم الخدمات الصحية

28	1- معيار التكلفة
29	2- معيار الفعالية
29	3- معيار الكفاءة
29	4- معيار العدالة
30	5- معيار الأمان الصحي
30	سادسا- المقاربات النظرية المفسرة للخدمات الصحية
30	1- نظرية صفوف الانتظار
33	2- النماذج المتعددة لأنماط التفاعل الاجتماعي بين المريض والطبيب
34	3- انتاج الخدمات الصحية حسب مثلث الخدمات
35	4- انتاج الخدمة الصحية حسب نموذج (Eiglier) و(Langeard)
37	الخلاصة
الفصل الثالث: واقع الخدمات الصحية في المنظومة الجزائرية	
39	تمهيد
40	أولا- مفهوم المنظومة الصحية ومكوناتها
42	ثانيا- التطور التاريخي لقطاع الصحة في الجزائر
42	1- مرحلة ما قبل الاستقلال
43	2- المرحلة من سنة 1962 إلى سنة 1965
44	3- المرحلة من سنة 1965 إلى سنة 1979
45	4- المرحلة من سنة 1979 إلى سنة 1995
46	5- المرحلة من سنة 1996 إلى سنة 2007
46	6- المرحلة ما بعد سنة 2007
47	ثالثا- تنظيم وهيكله القطاع الصحي في الجزائر
47	1- تنظيم القطاع الصحي
49	2- الهياكل والمؤسسات بالمنظومة الصحية
50	رابعا- المبادئ الأساسية لتقديم الخدمة في المؤسسة العمومية
52	خامسا- الاختلافات المتعلقة بالقطاع الخاص والتشبه العمومي
53	خلاصة
الفصل الرابع: الدراسة الميدانية وإجراءاتها المنهجية	
55	تمهيد

56	أولاً- الإجراءات المنهجية للدراسة
56	1- منهج الدراسة
56	2- أدوات جمع البيانات
59	3- مجالات الدراسة
60	4- العينة، اختيارها وتحديدها
61	ثانياً- تحليل البيانات وتفسيرها
61	1- خصائص عينة الدراسة
64	2- بيانات خاصة بنوع الخدمات الصحية المقدمة للمرضى في القطاع العام والخاص
71	3- بيانات خاصة بمدى ارتقاء الخدمات الصحية في القطاع العام والخاص
77	4- بيانات خاصة بالمشكلات التي تواجه المرضى أثناء تلقيهم للخدمة الصحية
86	ثالثاً- النتائج العامة للدراسة
87	خلاصة
88	خاتمة
89	قائمة المصادر والمراجع
95	الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
62	يوضح توزيع المبحوثين حسب متغير الجنس	01
62	يوضح توزيع المبحوثين حسب متغير السن	02
63	يوضح توزيع المبحوثين حسب متغير المستوى التعليمي	03
64	يوضح توزيع المبحوثين حسب مدة الإقامة بالمستشفى	04
65	يوضح توزيع المبحوثين حسب متغير طبيعة الخول إلى المستشفى	05

65	يوضح سبب اختيار المبحوثين للمستشفى العام	06
66	يوضح سبب اختيار المبحوثين للمستشفى الخاص	07
66	يوضح مكانة وسمعة المستشفى في الوسط الاجتماعي	08
67	يوضح مدى سهولة الوصول إلى أقسام المستشفى	09
67	يوضح مدى سرعة استجابة عمال المستشفى لمشكلات واستفسارات المرضى	10
68	يوضح مدى اتسام العاملين بالمستشفى بالأدب وحسن المعاملة اتجاه المرضى	11
69	يوضح مدى تمتع العاملين بالمستشفى بالمهارة والخبرة الصحية المطلوبة	12
69	يوضح مدى تقديم الطبيب التفسيرات والتعليمات والتوجيهات حول الحالة الصحية للمريض	13
70	يوضح مدى محافظة الطبيب على سرية المعلومات الخاصة بالمريض	14
71	يوضح مدى تلقي المرضى للمساعدات من طرف الممرضين المكلفين بالخدمة	15
71	يوضح مدى شعور المرضى بالثقة في تعامله مع الطاقم الطبي بالمستشفى	16
72	يوضح مدى ارتقاء الخدمات الصحية في القطاع العام والخاص	17
73	يوضح كيفية استقبال المرضى عند دخولهم أول مرة للمستشفى	18
73	يوضح موقف المبحوثين من قاعات الانتظار ومدى ملائمتها لاستقبال المرضى	19
74	مدى توفر المستشفى على لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام والفروع المختلفة	20
75	يوضح مدى امتلاك المستشفى للتجهيزات والأجهزة الطبية والمعدات التقنية الحديثة	21
76	يوضح موقف المبحوثين من نظافة غرف المرضى والأروقة بالمستشفى	22
77	يوضح مدى توفر المستشفى على دورات مياه نظيفة	23
77	يوضح مدى توفر المستشفى على مراكز الأمن	24
78	يوضح مدى وجود صعوبة في الوصول إلى المستشفى عندما تسوء الحالة الصحية للمريض	25
78	يوضح مدى انتظار المريض لساعات طويلة عند قدومه للمستشفى	26
79	يوضح مدى صلاحية الأجهزة المتوفرة في المستشفى للخدمة	27
80	يوضح مدى تعرض المرضى للإزعاج داخل المستشفى عند تلقيهم العلاج	28
81	يوضح دور الوساطة في تلقي خدمة صحية جيدة	29
81	يوضح مدى تمتع المرضى بالحقوق الكاملة عند دخولهم المستشفى عند تلقي	30

	العلاج	
82	يوضح مدى تعرض المرضى لصعوبات عند تلقي الخدمة الصحية من طرف الأطباء والممرضين	31
83	يوضح مدى تعرض المرضى للأخطاء الطبية	32
84	يوضح الحلول المناسبة لتحسين نوعية الخدمة الصحية في القطاع العام من وجهة نظر المرضى	33
85	يوضح الحلول المناسبة لتحسين نوعية الخدمة الصحية في القطاع الخاص من وجهة نظر المرضى	34

قائمة الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	انتاج الخدمة حسب مثلث الخدمات	34
02	نموذج (Eiglier) و (Langeard) لإنتاج الخدمة	35

ملخص:

جاءت هذه الدراسة بعنوان واقع الخدمات الصحية بين القطاع العام والقطاع الخاص، حيث أجريت بالمستشفى العمومي الأمير عبد القادر بوادي الزناتي قالمة، والعيادة الخاصة ماسينيسا بالخروب قسنطينة، على عينة قصدية قوامها 60 مريض موزعة بالتساوي على المؤسستين، وقد هدفت هذه الدراسة إلى محاولة الكشف على واقع الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية والمؤسسة الخاصة، والتعرف على أهم المشكلات التي تواجه المرضى في القطاع العام والخاص، وقد توصلت إلى جملة من النتائج منها أن الخدمات الصحية المقدمة للمرضى في كل من القطاع العام والقطاع الخاص ترتقي نوعاً ما إلى المستوى

المطلوب بالرغم من وجود بعض المشكلات التي تواجه القطاعين سواء ما يتعلق بالمؤسسة أو ما يتعلق بالمرضى عند دخولهم المستشفى لتلقي العلاج.

الكلمات المفتاحية: الخدمات، الصحة، الخدمات الصحية، القطاع العام، القطاع الخاص.

Summary:

This study entitled The reality of health services between the public sector and the private sector, where it was conducted at the public hospital Emir Abdelkader in Oued Zenati Guelma, and the private clinic Massinissa El khroub Constantine, on a sample of 60 patients evenly distributed to the two institutions, this study aimed to try to detect the reality of health services in the public institution and the private institution, and to identify the most important problems facing patients in the public and private sectors, and has reached a number of results, including that the health services provided For patients in both the public and private sectors rise somewhat to the required level, although there are some problems facing the two sectors, whether related to the institution or with regard to patients when they are admitted to the hospital for treatment.

Keywords: *services, health, health services, public sector, private sector.*

مقدمة

مقدمة:

يتسم العصر الذي نعيش فيه اليوم بالتغير وعدم الثبات، ذلك أن العالم يشهد تطورا سريعا حيث شمل هذا التطور مختلف المجالات لاسيما قطاع الصحة الذي يعتبر من القطاعات الاستراتيجية الهامة التي تساهم في دفع عجلة التطور والتخلف.

فالاهتمام بالخدمات الصحية ومحاولة الوصول بها إلى المستوى المطلوب لتتال رضا المرضى وتحقيق احتياجاتهم، هي من أهم الأولويات التي يجب أن تسهر على تحقيقها أي منظمة صحية باتباع أساليب علمية ومنهجية تمكن من دراسة درجات الفعالية والإحاطة بمختلف حيثياتها لتكوين صورة واضحة ودقيقة تؤدي إلى تحديد جوانب القوة ومكامن الخلل ومحاولة تحسينها وتصحيحها، فالمحيط الذي تتواجد فيه المؤسسات الصحية الجزائرية والضغوط التي تفرقها، يفرضان عليها الاهتمام بتحسين كفاءة خدماتها الصحية المقدمة للمجتمع.

وتعتبر المؤسسات الاستشفائية العمومية والخاصة الأساس في مختلف الخدمات الصحية خاصة مع زيادة عدد المرضى، حيث يحظى القطاع الصحي باهتمام الكثير من الباحثين سواء في مجال الطب أو في العلوم الأخرى منها الاجتماعية لما لها من علاقة مباشرة أو غير مباشرة بتحسين صحة المواطنين الذين يطلبون الوقاية والصحة، وبالتالي تصبح مسألة تطوير خدمات هذه الأخيرة من الضروريات لمواكبة التغير العلمي والتكنولوجي في المجال الطبي وتحسين أسلوبها لضمان تقديم خدمات ذات كفاءة عالية ومواجهة المنافسة الشديدة فيما بينها.

وعلى هذا الأساس جاءت هذه الدراسة بعنوان: واقع الخدمات الصحية بين القطاع العام والقطاع الخاص، حيث قسمت إلى أربع فصول، تناول الفصل الأول الإطار العام للدراسة، وفيه تم تحديد الإشكالية والتعرف على أسباب اختيار الموضوع وتحديد أهمية الدراسة وأهدافها والمفاهيم المرتبطة بالموضوع وأخيرا استعراض الدراسات السابقة، والفصل الثاني تم فيه الحديث عن الخدمات الصحية، نشأتها، أنواعها وأهدافها وأساسيتها ومعايير تقديمها وأخيرا النظريات المعنية بها، بينما تناول الفصل الثالث التطور التاريخي لقطاع الصحة في الجزائر، تنظيمه وهيكلته والمبادئ الأساسية لتقييم الخدمة الصحية في الجزائر والاختلافات المتعلقة بالقطاع الخاص والعام، أما الفصل الرابع والأخير فقد تم فيه عرض الاجراءات الميدانية للدراسة من أدوات جمع البيانات ومجالات الدراسة، وبعدها تم مناقشة المعطيات الميدانية وتحليلها وتفسيرها واستخلاص النتائج العامة.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

تمهيد

أولا- الإشكالية

ثانيا- أسباب اختيار الموضوع

ثالثا- أهداف الدراسة

رابعا- تحديد المفاهيم

خامسا- الدراسات السابقة

تعقيب على الدراسات السابقة

خلاصة

تمهيد:

لا يمكن لأي باحث الشروع في دراسة مشكلة ما دون أن تكون تلك المشكلة قد أثارت في نفسه جملة من التساؤلات، كما أنه لا بد في كل بحث علمي أن يتم التمهيد له وهذا بتحديد مشكلة البحث المراد تشخيصها ودراستها وصياغة الإشكالية التي تعالج الظاهرة المدروسة بشكل نظري يتحدد من خلالها نوع المشكلة المراد دراستها، والهدف من دراستها، وسبب اختيارها كموضوع للدراسة وأهمية دراستها للفرد والمجتمع، مع تحديد المفاهيم الرئيسية للدراسة، وعرض أهم الدراسات السابقة التي تناولت مثل هذا النوع من الدراسة لتحديد أهمية الدراسة الحالية مقارنة بالدراسات السابقة، ونوع المساهمة التي ستضيفها هذه الدراسة في ميدان البحث العلمي.

أولاً - الإشكالية:

عرفت السنوات الأخيرة نموا كبيرا ومتزايدا في قطاع الخدمات والذي أصبح يشغل مكانة مميزة في اقتصاديات الدول، ومن بين القطاعات الخدمية التي تحتل موقعا متميزا نجد قطاع الخدمات الصحية نظرا للأهمية التي تعرفها طبيعة الخدمات التي يقدمها هذا القطاع واتصالها بصحة الأفراد وحياتهم، فقد أصبح الوضع الصحي لأي مجتمع يعطي صورة عن مدى تطور تلك الدولة، وهذا ما دفع الدولة المتطلعة للتقدم والنمو إلى زيادة الاهتمام بالخدمات المقدمة من قبل المؤسسات الصحية العامة منها والخاصة.

وقد أصبح لهذا القطاع أهمية كبيرة من طرف الحكومات والمنظمات الدولية، حيث عمدت الأمم المتحدة إلى إنشاء منظمة خاصة بالصحة في العالم سنة 1948، واعتبرت الصحة حقا أساسيا لجميع أفراد المجتمع والشعوب وذلك لتحقيق أكبر قدر من الأهداف المسطرة من عناية صحية جيدة قصد الوقوف لمواجهة التحديات المستقبلية من عناية صحية للجميع.¹

وتعتبر الخدمات الصحية قضية رئيسية على المؤسسات الصحية التعامل معها وهذا ينطبق على المستوى الدولي والمحلي، حيث أن الكثير من العوامل تواجه هذه المؤسسات وتعرض نفسها عليها لتجد أن عليها تقديم خدمة صحية ملائمة لتوقع المريض وتلبية حاجياته.²

فعملية توفير هذه الخدمات الصحية المتطورة هي مسؤولية أساسية لا بد أن توفرها الدولة لمواطنيها، وكذلك تعتبر من الوظائف الأساسية للدولة منذ العصور القديمة فهي عبارة عن إجراء أو فعالية يقدمه أحد أفراد النسق الطبي للفرد المريض أو خدمة علاجية للمجتمع أحيانا أو للفرد بحد ذاته، وهذه الفعاليات عبارة عن خدمات وقائية أو علاجية للجميع أو تشخيصية، فهي تهدف إلى وصول المرضى إلى رعاية صحية سهلة للجميع ولهذا فإن معظم البلدان لديها خدمات صحية عامة وخاصة يتم تمويل الأول من قبل الدولة في حين تتمول الثانية من خلال الشركات.

كما شهد قطاع الخدمات الصحية والرعاية الطبية بالجزائر بعض التطورات خلال العقدين الأخيرين من القرن الماضي تزامنا مع التغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي شهدتها المجتمع الجزائري بشكل عام، ولعل أبرزها فتح الاستثمار الوطني والأجنبي في هذا القطاع الحساس، وعلى الرغم من ضخامة ما تنفقه

¹ عن منظمة الصحة العالمية <https://www.who.int>، 23/04/2023 à 12 :53

² بلال جمال محمد الجدي، أثر جودة الخدمات الصحية على رضی المرضى في المستشفيات، الأهلية محافظة غزة، رسالة ماجستير تخصص إدارة أعمال، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية بغزة، 2018، ص 2.

الجزائر على الرعاية الصحية وما تبذله الدولة من جهود في سبيل رفع مستوى الخدمات الصحية التي تقدمها القطاعات العامة والخاصة، إلا أن الاستفادة منها ما زال دون المستوى المطلوب، وبقي القطاع الصحي عرضة للعديد من المشاكل التي كان لها الأثر السلبي على تطور الخدمات الصحية ومستوى جودة الرعاية الطبية المقدمة للمواطن.¹

وهذا راجع إلى الوضع الذي خلفه الاستعمار، وبهذا فقد بذلت الدولة قصارى جهدها من أجل توفير حاجيات السكان في مجال الصحة من خلال تطبيق مبدأ مجانية العلاج، كما سخرت كل الوسائل من أجل تشييد الهياكل الصحية الضرورية وكذلك تكوين الأطباء وشبه الأطباء إضافة إلى ذلك توفير التجهيزات اللازمة داخل هذه الهياكل الصحية بغية تعميم العلاج إلى كافة المواطنين.²

فالقطاع العام في الوقت الحالي أصبح أكثر رقيا وتطورا عما كان عليه في فترات ماضية، وأصبح يخضع لمبادئ وأساليب الرعاية الحديثة ونقله من إطاره القديم إلى رفع كفاءة الخدمات الصحية ووضعها ضمن الأولويات الصحية الإنسانية وذلك من أجل تغيير تفصيلات المرضى وزيادة وعيهم بمدى كفاءة الخدمات التي يقدمها القطاع العام وهذا باعتبارها كانت تعاني سابقا من قلة وضعف الإمكانيات، وفي المقابل نجد القطاع الخاص الذي يمثل اليوم محور التنمية المحلية في بلدان العالم النامي والجزائر على حد سواء لما يتمتع به هذا القطاع من مزايا وإمكانيات وروح المبادرة والقدرة على المنافسة، لكن ظهوره في الجزائر كان متأخرا نتيجة ارتباطه بالظروف السياسية فهذا القطاع له إمكانية تجعله يقدم خدمات ذات مستوى.

وعليه ومما سبق، فإننا نسعى من خلال هذه الدراسة إلى محاولة التعرف على وضع المؤسسات الصحية في الجزائر العامة منها والخاصة، من ناحية الخدمات التي تقدمها لزيائنها وكسب ثقتهم، وعلى هذا الأساس فإن إشكالية الدراسة تمحورت حول الاجابة عن التساؤل الرئيس الآتي:

ما هو واقع الخدمات الصحية المقدمة للمرضى في القطاع العام والخاص؟، وهل ترتقي إلى المستوى المطلوب؟

¹ عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، رسالة ماجستير. تخصص تسويق دولي، كلية العلوم

الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة تلمسان، 2012، ص 9.

² علي دحمان محمد، تقييم نفقات الصحة والتعليم، رسالة ماجستير، تخصص تسيير المالية العامة، كلية الاقتصاد، جامعة تلمسان، 2011، ص 16.

ثانيا - أسباب اختيار الموضوع:

- الميل الشخصي نحو البحث في المجال الصحي على اعتبارنا طلبة في تخصص علم اجتماع الصحة.
- أهمية المؤسسات بالنسبة للمرضى، ولما لها من تأثير على العنصر البشري.
- الأهمية العلمية لموضوع الدراسة من خلال أهمية المؤسسات الصحية وما تقدمه من خدمات للمرضى.
- قيمة قطاع الصحة في تحقيق رضا الزبائن (المرضى) المتعلقة بصحتهم.
- واقع قطاع الصحة في الجزائر.
- واقع قطاع الصحة في الجزائر حسب ما يتم نشره عبر وسائل الاعلام وحسب المؤشرات الصحية في الجزائر من خلال بعض التقارير الدولية، التي تدل على وجود مشكل في هذا القطاع الحساس وكذلك الاضطرابات المستمرة لعمال قطاع الصحة، وهذا ما يستدعي إعادة النظر في هذا القطاع والخدمات التي يقدمها.
- رغبتنا في التطلع على واقع الخدمات الصحية.

ثالثا - أهداف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى:

- تسليط الضوء على واقع الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية والخاصة.
- التعرف على المشكلات التي تواجه المرضى في القطاع العام والخاص.
- التعرف على نوعية الخدمات المقدمة للزبائن (المرضى).
- الخروج بمقترحات من شأنها أن تساعد في تحسين الخدمات الصحية في القطاع العام والخاص.

رابعا - أهمية الدراسة:

تتجلى أهمية هذه الدراسة من أهمية الإشكالية المطروحة، حيث تعد هذه الدراسة خطوة للتعرف على واقع الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين.

كما تتجلى كذلك أهميتها في محاولتها إجراء مقارنة بين القطاع العام والخاص من حيث نوعية الخدمات الصحية المعتمدة، ومعرفة مدى استحسانها من قبل المواطنين، أما من الناحية العلمية يمكن اعتبار هذا البحث خطوة ميدانية للقيام بمزيد من البحوث والدراسات في هذا المجال.

خامسا- مفاهيم الدراسة:

1. مفهوم الصحة:

الصحة لغة من المصدر صحّ، يصح، صحّا، والصحة هي خلاف السقم وهي ذهاب المرض والمتلبس به صحيحا وجمع صحاح، ويقال صح فلان من علته واستصح.¹

أما اصطلاحا فيرى بركينز (Perkins) أن الصحة هي حالة لتوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها.²

ويراها وينسلو (Winslow) على أنها علم وفن منع المرض وإطالة العمر وترقية الصحة وكفاءتها من جميع الأوجه بواسطة جهود منسقة ومنظمة من قبل المجتمع ومنظماته ومؤسساته.³

وعرفتها منظمة الصحة العالمية (OMS) سنة 1948 "هي حالة التكامل الجمالي والعقلي والاجتماعي للفرد، وليس مجرد الخلو من المرض والعاهاث"⁴، وعليه فالصحة هي مدى قدرة الفرد الجسدية والعاطفية والعقلية والاجتماعية مع البيئة التي تحيط به.

2. مفهوم الخدمة:

الخدمة لغة: من الفعل خدم يخدم خدمة وجمعها خدم وخدمات، فمعنى خدم الرجل رجلا آخر أي مهنة وعمل له، فهو خادم جمع خدام، وخدم ومؤنثها خادمة او خدمات، ومعنى إخدم الرجل أي يخدم نفسه ويقدم لنفسه خدمة، ومعنى فعل أخدم أي وهب خادما، واستخدم أي اتخذ خادما وجعله يخدمه.⁵

أما اصطلاحا: فيرى ستانتون (Staton 1997) أن الخدمة هي تلك النشاطات غير محسوسة والتي تحقق منفعة للزبون أو المستفيد، والتي ليست بالضرورة مرتبطة ببيع سلعة أو خدمة أخرى أي أن انتاج خدمة معينة أو تقديمها لا يتطلب استخدام سلعة مادية.

أما الباحث (Cronos) فعرفها عام 2000 كما يلي: هي أي نشاط أو سلسلة من الأنشطة ذات طبيعة غير ملموسة في العادة ولكن ليس ضروريا أن يحدث عن طريق التفاعل ليس المستهلك وموظفي

¹ ابن منظور، لسان العرب، دار المعارف، مصر، 1984، ص 2401.

² حكمت فريجات وآخرون، مبادئ الصحة العامة، دار الفكر للطباعة والنشر، الأردن، 2002، ص 39.

³ وفاء فضة وآخرون، تمريض صحة المجتمع، اليازوري العلمية، عمان، 2002، ص 16.

⁴ أحمد فايز النماس، الخدمة الاجتماعية الطبية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، د س، ص 49-51.

⁵ المعلم بطرس البستاني، قطر المحيط - قاموس لغوي ميسر -، مكتبة لبنان ناشرون، بيروت، لبنان، 1995، ص 141.

الخدمة أو الموارد المادية أو السلع أو الأنظمة والتي يتم تقديمها لمشاكل العميل، كما يرى (Kolter) أن الخدمة عبارة عن أي نشاط أو انجاز أو منفعة يقدمها طرف ما لطرف آخر، وتكون أساسا غير ملموسة ولا ينتج منها أي ملكية وأن انتاجها وتقديمها قد يكون مرتبط بمنتج مادي أو لا يكون مرتبط به¹، ومما سبق الخدمة هي عبارة عن أنشطة تمارس لتوفير منافع معينة لإشباع حاجات ورغبات الناس.

3. مفهوم الخدمات الصحية:

اصطلاحا هي العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصا أو إرشادا أو تدخلا طبيا ينتج عنه رضا أو قبول من قبل المرضى بعد شعورهم بحالة صحية أفضل²، وتعرف الخدمة الصحية أيضا بأنها مجموعة من الوظائف التي تعمل على إشباع الحاجات الإنسانية المرتبطة بالبقاء والاستمرار بشكل مباشر، وترتبط بالوظائف الأخرى للمجتمع كالوظيفة الاجتماعية التعليمية الاقتصادية وغيرها بشكل غير مباشر، بحيث تعطي للمريض القدرة على التكيف البيئي عن طريق توفير الدعم لقدراته البيئية الحسية والنفسية لما يمكنه من تحقيق الأداء المطلوب³.

وتشمل الخدمات الصحية الخدمات العلاجية أو الاستشفائية أو التشخيصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع⁴.

وتعرف الخدمة الصحية على أنها كافة الخدمات التي تعني بتعزيز الصحة وصونها واستعادتها وهي تشمل كل الخدمات الصحية الشخصية المرتكزة على السكان⁵.

الخدمة الصحية هي عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها، بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية⁶.

¹ عتيق عائشة، مرجع سابق، ص 15.

² تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية، عمان، الأردن، 2005، ص 168.

³ دريدي أحلام، دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة، رسالة ماجستير، تخصص الأساليب الكمية في التسيير، جامعة بسكرة، 2014، ص 16.

⁴ عتيق عائشة، مرجع سابق، ص 35.

⁵ فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، أنير للنشر والتوزيع، مصر الجديدة، 1998، ص 9.

⁶ وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها، دراسة ميدانية بولاية باتنة، أطروحة دكتوراه، شعبة تسيير المنظمات، جامعة باتنة 1، 2016، ص 05.

وبناء على ما سبق، فالخدمة الصحية هي تلك الخدمات المقدمة داخل المستشفيات من نظافة وإطعام وعلاج والموجهة للمرضى بهدف مساعدتهم على التكيف مع حالتهم وتحقيق الشفاء في أقصر وقت ممكن.

4. مفهوم القطاع الخاص:

اصطلاحاً: هو السلوك الاقتصادي الذي يقوم على تحقيق الربح في المشروع، حيث أن قواعد الربح تتغلب على الاعتبارات الاجتماعية التي يتحملها عادة القطاع العام¹، وتُعرف الموسوعة الاقتصادية القطاع الخاص بأنه يتمثل في جزء من الاقتصاد الوطني الذي تديره أو تملكه شركات الأشخاص، شركات الأموال والأفراد²، وجاء في معجم المصطلحات الاجتماعية أنه إذا نشأ القطاع العام فإن نواحي النشاط الأخرى الاقتصادية التي تقوم بها الأفراد تكون القطاع الخاص³، ومنه فإن القطاع الخاص هو جزء من الاقتصاد غير خاضع لرقابة الدولة أو ملكيتها بل يديره الأفراد والشركات لجني الأرباح الخاصة بالمصلحة الفردية.

5. مفهوم القطاع العام:

عرفه الدكتور وحيد رأفت بأنه: الهيئة أو المشروع التي يعمل بإطراد وانتظام تحت إدارة الدولة (أو أحد الأشخاص الإدارية الأخرى) المباشرة أو تحت إدارتها العليا، لسد حاجات الجمهور والقيام بأداء الخدمات العمومية.⁴

كما عرفه العميد "موريس هوريو" على أنه منظمة عمومية تقدم خدمة عمومية هامة باستخدام أساليب السلطة العمومية.⁵

ومن خلال التعاريف السابقة يمكن القول بأن القطاع العام هو مؤسسة حكومية تخضع بتقديم خدمة عمومية بغرض تحقيق النفع العام مع احترام مبدأ المساواة والتكيف.

¹ عبد القادر يسبع، مساهمة القطاع الخاص في تفعيل البورصة، رسالة ماجستير، قسم علوم التسيير، جامعة الجزائر 3، 2010، ص 49.

² مسعود سميح، الموسوعة الاقتصادية، شركة المطبوعات للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان، 1997، ص 126.

³ أحمد زكي بدوي، معجم المصطلحات للعلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت، 1977، ص 370.

⁴ مختار محمد، تأثير الإدارة الإلكترونية على إدارة المرفق العام وتطبيقاتها في الدول العربية، رسالة ماجستير، قسم علوم السياسة والعلاقات الدولية، جامعة الجزائر، 2007، ص 64.

⁵ عبد الحميد محمد فاروق، نظرية المرفق العام في القانون الجزائري بين المفهومين التقليدي والاشتراكي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1973، ص 6.

سادسا- الدراسات السابقة:

1) الدراسات المحلية:

أ. دراسة السويسي (2017):¹

جاءت هذه الدراسة بعنوان قياس كفاءة الخدمات الصحية بالمؤسسات الصحية الجزائرية، باستخدام أسلوب تحليل مغلق البيانات دراسة مقارنة القطاع العام والقطاع الخاص، وهي عبارة عن أطروحة دكتوراه أجريت بجامعة ورقلة على عينة قوامها 14 مستشفى سبع مستشفيات عامة وسبع مستشفيات خاصة، حيث هدفت هذه الدراسة إلى قياس كفاءة مجموعة من المستشفيات العامة والخاصة ضمن ثلاث مراحل، المرحلة الأولى: تم فيها قياس درجات الكفاءة بأسلوب تحليل مغلق البيانات (OEA) باستخدام التوجيه الإدخالي بتطبيق النموذجين (CCR) الذي يستند إلى فرضية ثبات الحجم، و (BCC) الذي يستند إلى فرضية تغيير غاية الحجم ويتم التركيز على هذا التوجه في تحليل ومحاولة تفسير النتائج لأنه يتناسب وأهداف وحدات اتخاذ القرار (المستشفيات)، وفي المرحلة الثانية تم قياس درجات الكفاءة بنفس الأسلوب تحليل مغلق البيانات، لكن باستخدام التوجيه الإخراجي بتطبيق نفس النموذجين، وفي المرحلة الثالثة والأخيرة تم البحث عن العوامل المؤثرة عن كفاءة النوعين من المستشفيات العامة والخاصة ومقارنة درجات كفاءة القطاع العام مقارنة بالقطاع الخاص، وتوصلت هذه الدراسة إلى جملة من النتائج نجزها فيما يلي: قياس الكفاءة باستخدام نموذجي التوجيه الإدخالي والذي يهدف إلى تخفيض أو تقليص وحدات المدخلات إلى أقصى ما يمكن، وعرض درجات الكفاءة باستخدام نموذجي يعرض هذا الجزء تطبيق نموذج التوجيه الإخراجي الذي يهدف إلى زيادة المخرجات إلى أقصى ما يمكن من الإبقاء على مستوى المدخلات الحالية.

ب. دراسة سلطاني (2016):²

جاءت هذه الدراسة بعنوان: تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها، دراسة ميدانية بولاية باتنة، وهي عبارة عن أطروحة دكتوراه أجريت بجامعة باتنة 1، وتم اختيار نوع العينة التطبيقية إذ أن مجتمع الدراسة غير متجانس نظرا لأنه يتألف من فئات أو طبقات مختلفة عن بعضها البعض، حيث هدفت هذه الدراسة إلى توضيح الإطار النظري للخدمات الصحية (الطاقم الإداري الطبي

¹ دلال السويسي، قياس كفاءة الخدمات الصحية بالمؤسسات الصحية الجزائرية باستخدام أسلوب تحليل مغلق البيانات، دراسة مقارنة (القطاع العام- القطاع الخاص)، أطروحة دكتوراه، جامعة ورقلة، الجزائر، 2017.

² وفاء سلطاني، مرجع سابق.

وشبهه طبي) ومختلف المعوقات التي تواجهه خاصة مع الاضطرابات المتعددة والمستمرة التي باشرها عمال القطاع والمساهمة في تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية بولاية باتنة، في حين توصلت هذه الدراسة إلى جملة من النتائج نوجزها فيما يلي: يميل مجمل أفراد العينة إلى تحسين عدة جوانب في الخدمات الصحية خاصة فيما يتعلق باختيار العاملين وتقييم تقديم الخدمات لهم من قبل إدارة المستشفى وعدم وجود تحديث الأجهزة والمعدات والمستلزمات الطبية حاليا في المستشفى، مسايرة لتطور الخاص في مجال الخدمات الصحية والتفاعل بين الطاقم الطبي والعاملين مع المرضى كان دون المستوى المطلوب.

ج. دراسة عتيق (2012):¹

جاءت هذه الدراسة بعنوان: جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، دراسة حالة المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، وهي عبارة عن رسالة ماجستير أجريت بجامعة أبو بكر بلقايد تلمسان على عينة قوامها 111 مريض، حيث لا تهدف للربح على الرغم من الأهمية التي تحملها هذه المنظمات بين أفراد المجتمع كخدمات الصحية، في حين توصلت هذه الدراسة إلى جملة من النتائج منها شعور المرضى بالأمان في التعامل مع العاملين في المستشفى، ويقوم المستشفى بتسهيل اجراءات العمل قدر الإمكان وهذا لضمان سرعة وسهولة تقديم الخدمات الصحية، اضافة إلى رغبة العاملين في المستشفى للاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى، واتضح لنا أن معظم المرضى غير راضين عن الخدمات المقدمة من ناحية بعد الملموسية.

(2) الدراسات العربية

أ. ياسين عبد الحميد (2020):²

جاءت هذه الدراسة بعنوان: فعالية خدمات الرعاية الصحية في برنامج الحماية الاجتماعية للمعاقين جسما، أجريت هذه الدراسة في مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية بجامعة الفيوم بمصر على عينة قوامها 347 معاق بنسبة 9.5%، حيث هدفت هذه الدراسة إلى الوقوف على فاعلية خدمات الرعاية الصحية في برنامج الحماية الاجتماعية للمعاقين جسما، وكذلك الوصول لتصور مقترح من منظور الخدمة الاجتماعية لزيادة فعالية برنامج الحماية الاجتماعية المقدمة للمعاقين

¹ عتيق عائشة، مرجع سابق.

² محمد محمود ياسين عبد الحميد، فاعلية خدمات الرعاية الصحية في برامج الحماية الاجتماعية للمعاقين جسما، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد 18، الجزء الثاني، المجلد 18، جامعة الفيوم، مصر، 2020، ص ص 97-120.

جسمياً، في حين توصلت هذه الدراسة إلى جملة من النتائج نوجزها فيما يلي: يعاني المعاقون جسمياً من مستوى مرتفع من عدم الرضا عن إجراءات الحصول على الخدمة باختلاف أنواعها، كذلك عدم الرضا عن مستوى الخدمة الصحية المقدمة لذوي الإعاقة نقلاً عن عينة البحث، وحدث ولا حرج عن أزمة نقص العلاج وعدم وجود الأطباء والتعامل الغير آدمي داخل المؤسسات الصحية والإهانات التي يتعرض لها المعاقون.

ب. دراسة الجدي (2018):¹

جاءت هذه الدراسة بعنوان: أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المرضى في مستشفيات الأهلية في محافظات غزة، وهي عبارة عن رسالة ماجستير بالجامعة الإسلامية بغزة على عينة قوامها 35 مريض، حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى رضا المرضى في المستشفيات الأهلية في محافظات غزة، وكذلك تعرف على مستوى جودة الخدمات الفعلية المدركة من قبل المرضى في المستشفيات الأهلية في محافظة غزة، وتحديد أهمية عناصر والمعدات الرئيسية لجودة الخدمة الصحية والتي يوليها أهمية نسبية عالية، وكذلك تحليل العلاقة بين جودة الخدمة الصحية المقدمة ورضا المرضى، في حين توصلت هذه الدراسة إلى جملة من النتائج نجيزها فيما يلي: أظهرت الدراسة أنه فعلاً هناك علاقة بين مؤشرات جودة الخدمة الصحية ومستوى الأداء المطلوب، غير أن قوة هذه العلاقة يختلف تأثيرها من مؤشر لآخر، فنجد قوة هذه العلاقة لها تأثير إيجابي عن جميع المؤشرات، كذلك أشارت الدراسة إلى أن هناك نوع من الوعي والالتزام لدى الإدارة العليا والطواقم الصحية بتحقيق الجودة من خلال تحقيق رضا المريض، وأظهرت نتائج اختبار الفرضيات مدى اتفاق استجابات الأفراد العينة على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى حيث لا توجد فروقات ذات دلالة إحصائية.

ج. دراسة عباس (2014):²

جاءت هذه الدراسة بعنوان: قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية دراسة تطبيقية على المستشفيات الحكومية في مدينة تعز اليمن من وجهة نظر المستفيد، أجريت هذه الدراسة في مجلة كلية الإدارة والاقتصاد بالجامعة العراقية على عينة قوامها 280 مريض، حيث هدفت هذه الدراسة إلى قياس جودة الخدمات الطبية والعلاجية التي تقدمها المؤسسات الطبية في اليمن من وجهه نظر

¹ بلال جمال محمد الجدي، المرجع السابق.

² سامي أحمد عباس، قياس الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية، دراسة تطبيقية على المستشفيات الحكومية في مدينة تعز باليمن من وجهة نظر المستفيد، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعية، العدد 39، المجلد 1، الجامعة العراقية، 2014، ص 259-282.

المستفيدين من هذه الخدمة، وكذلك أراد التعرف على آراء طالبي هذه الخدمة حول مستوى جودة الخدمات الطبية المقدمة ومدى تحقيق أهدافهم العلاجية والصحية والتعرف على أبعاد الجودة للخدمات الطبية وامكانيات قياسها، ولفت نظر القائمين على إدارات هذه المؤسسات الطبية المختلفة إلى النواحي الإيجابية والسلبية في الخدمات الطبية والعلاجية المقدمة للمرضى، بهدف القضاء على الجوانب السلبية وتطور الجوانب الإيجابية للخدمة المقدمة، في حين توصلت هذه الدراسة إلى جملة من النتائج تبين بأن المستشفيات الحكومية تفتقر إلى توفير المستلزمات الطبية الحديثة والتي تلبي حاجات المرضى والمستفيدين من تلك الخدمات، وكذلك يوجد نقص في توفير الكادر الطبي المتخصص من الأطباء والممرضين والممرضات ذوي الاختصاصات المخبرية والأشعة والعناية المركزة وكافة الوظائف الأخرى المعنية بتقديم الخدمات.

☞ تعقيب على الدراسات السابقة:

أفادت الدراسات السابقة الدراسة الحالية في إثراء الجانب النظري والميداني للدراسة حول المتغير والكشف عن مختلف جوانبه، من خلال أن الدراسة الأولى والتي هي بعنوان قياس كفاءة الخدمات الصحية بالمؤسسات الصحية الجزائرية تتشابه في أن لديها نفس الهدف الذي نهدف إليه في دراستنا الذي هو مقارنة درجات كفاءة القطاع العام مقارنة بالقطاع الخاص، وقياس نوعية كفاءة الخدمات الصحية في كل من القطاعين وكذلك لديهما نفس منهج الدراسة دراسة مقارنة.

أما فيما يخص الدراسة الثانية بعنوان تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآلية تحسينها، تشابهت هذه الدراسة مع دراستنا أنها لديها نفس الأهداف وكذلك نفس النتائج التي تطمح دراستنا للوصول إليها، وتختلف في المنهج والعينة، أما الدراسة الثالثة التي بعنوان جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية تتشابه مع دراستنا في النتائج وتختلف في الأهداف والمنهج، أما الدراسة الرابعة بعنوان فاعلية خدمات الرعاية الصحية في برنامج الحماية الاجتماعية للمعاقين جسدياً، تتشابه هذه الدراسة ودراستنا في النتائج التي هي عدم الرضا عن مستوى الخدمة الصحية المقدمة لذوي الإعاقة نقلاً عن عينة البحث وحدث ولا حرج عن أزمة نقص العلاج وعدم جودة الأطباء والتعامل الغير آدمي داخل المؤسسات الصحية والإهانات التي يتعرض لها المعاقون، وتختلف من حيث الهدف والمنهج كذلك، وأما الدراسة الخامسة التي جاءت بعنوان أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المرضى في المستشفيات الأهلية في محافظات غزة، تشابهت ودراستنا في الهدف الذي هو التعرف على مستوى رضا المرضى في المستشفيات الأهلية بمحافظات غزة، وتختلف في النتائج وكذلك المنهج، والدراسة السادسة التي جاءت

بعنوان قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية تشابهت هذه الدراسة ودراستنا في النتائج التي هي أن المستشفيات الحكومية تفنقر إلى توفير المستلزمات الطبية الحديثة وكذلك يوجد نقص في توفير الكادر الطبي المتخصص وكفاءة الوظائف الأخرى المعنية بتقديم الخدمات.

خلاصة:

كل ما ورد في هذا الفصل من أفكار ومفاهيم تعتبر بمثابة الإطار الذي سنلتزم به طوال مرحلة البحث اللاحقة، وقد حاولنا أن نقدم نظرة عامة عما نريد بحثه مع مراعاة الثقة في الطرح انطلاقاً من الإشكالية حتى تحديد المصطلحات الأساسية لمتغيرات الدراسة، والاستفادة من الدراسات السابقة التي تم الاطلاع عليها، وذلك بالتطرق إلى مجموعة من النقاط الأساسية والجوانب الضرورية بالنسبة للبحث، كما تمت المحاولة في هذا الفصل في ربط الأفكار بعضها البعض سواء منها المتعلقة بالخدمات الصحية في القطاع العام أو الخاص، والمهم أن الهدف الأساسي من كتابة هذا الفصل وإنجازه هو محاصرة المشكلة أكثر وترويضها، بحيث تصبح قابلة للدراسة والبحث مع الالتزام بعدد من الحدود التي تم رسمها حتى تكون بمثابة الدليل الذي يرشدنا في العمل حتى نهاية البحث.

الفصل الثاني: الخدمات الصحية،

النشأة والتطور

تمهيد

أولاً- التطور التاريخي للخدمات الصحية

ثانياً- خصائص الخدمات الصحية

ثالثاً- أنواع الخدمات الصحية وأهدافها

رابعاً- مستويات الخدمات الصحية

خامساً- أسس الخدمات الصحية

سادساً- طرق تقديم الخدمات الصحية

سابعاً- المقاربات النظرية المفسرة للخدمات الصحية

خلاصة.

تمهيد:

لعل الخدمة الصحية واحدة من بين أبرز الخدمات التي أصبح الإنسان بحاجة ماسة إليها اليوم لما هي عليه في مراحل سابقة، وما يقابلها بذات الوقت من تنوع وغموض في الأمراض الجسدية والنفسية، توجب أن يكون هناك اهتمام واضح ومتزايد من قبل المنظمات الصحية العامة والمستشفيات بخاصة، للاهتمام بالخدمات الصحية لإشباع حاجات المواطنين الذين لا يمكنهم الاستغناء عنها، وتمثل الخدمات الصحية أهمية بالغة بالنسبة للدولة أو المجتمع بصورة عامة وبالنسبة للفرد بصورة خاصة، وذلك لما لها من تأثير على حياة الفرد وصحته، وعليه سنحاول من خلال هذا الفصل التطرق إلى الخدمات الصحية، نشأتها وتطورها ونصائحها وأنواعها وأهدافها، كذلك سنتحدث عن مستويات الخدمات الصحية وأسسها وطرق تقديمها للفرد، وفي المقابل فإن الدراسة الحالية تهدف إلى معرفة واقع الخدمات الصحية بين القطاع العام والخاص في المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية، والمؤسسة الاستشفائية الخاصة.

أولاً- التطور التاريخي للخدمات الصحية:

إن الطب كعلم ومهنة هو ممارسة قديمة تاريخياً، ويمكن أن نشير هنا إلى أول الممارسات المسجلة في مجال الطب كمهنة مقننة، والتي تعود إلى حوالي 4000 سنة جنوب غرب آسيا في بلاد الرافدين ما بين نهري الدجلة والفرات، من خلال القوانين التي وضعها حمورابي (1986-1727 قبل الميلاد) والتي أسست لقواعد ممارسة مهنة الطب، ومنذ ذلك التاريخ تطورت هذه المهنة النبيلة وتطورت أسس وأساليب ممارستها، وفيما يلي عرض لمختلف العقبات التاريخية التي عرفت بها المهنة:

(1) العصر اليوناني:

كان المرضى في اليونان القديمة يعتمدون على السحرة والمشعوذون في معالجة إصابتهم وأمراضهم المختلفة، إلا أن المستوى الحضاري والثقافي والعلمي الذي عرفه العصر اليوناني جعل هذا الواقع التاريخي والإيديولوجي يتغير بالتخلي التدريجي عن الخرافات والسحر، والتوجه نحو تشخيص الأمراض ومعالجتها وفق الأسس والأساليب العقلانية والمعرفية المعتمدة على التشريح البشري والعلوم الطبية والنفسية.

وبتعرض للطب في العصر اليوناني يستوجب علينا الإشارة إلى أبقراط (Hippocrate)(460-370 قبل الميلاد) أو كما يعرف أبو الطب وصاحب القسم الذي لا يزال إلى غاية يومنا هذا يحمل اسمه ويستعمل في مختلف بقاع العالم عند الحصول على إجازة ممارسة الطب قانونياً، وقد نادى أبقراط بفصل الطب عن الدين والفلسفة والتوجه به نحو المنطق، العقل والعلم والتخلي عن كل ما هو إيثنولوجي.¹

(2) العصر الهندي:

تعد الهند من بين أوائل الحضارات التي عرفت المؤسسة الصحية حتى وإن كانت بدائية في ذلك الوقت، فإنها كانت في عصرها تعتبر إبداعاً عظيماً من الناحية الحضارية والاجتماعية، وقد تميزت فترة حكم الملك Aska (273-232 قبل الميلاد) تطوراً ملحوظاً في هذه النماذج الاستشفائية من جهة، وفي نوع الخدمات التي تقدمها خاصة فيما يتعلق بمعالجة الأم والطفل من جهة.

(3) العصر الروماني:

عملت الحضارة الرومانية بشكل كبير على نشر استعمال المستشفيات في كامل المناطق التي كانت تابعة لها، كما أنها عملت على تطوير منظوماتها الصحية وتوفير موارد مادية تساعدها على ممارسة

¹ وفاء سلطاني، مرجع سابق، ص 7.

عملها، فاعتبار روما امبراطورية توسعية تخوض العديد من الحروب وجب علينا معالجة جرحاها ومصايبها من الجيوش، وقد عرفت المنظمة الصحية في العصر الروماني ازدهارا كبيرا في مختلف مستويات الخدمة التي تقدمها سواء الاستشفائية البسيطة أو حتى الجراحية منها.

(4) العصر الإسلامي:

في القرن السابع ميلادي ظهر العصر الإسلامي وظهر معه نوع جديد وأكثر تطورا من المستشفيات، انتشرت في بغداد ودمشق ومناطق أخرى وكانت هذه الأخيرة تحوي مختبرات وغرف العلاج والعناية بالمرضى فضلا عن مدارس متخصصة في مجال الطب البشري والعلوم الأخرى المرتبطة به، وقد ذكر Laclos في كتاب بعنوان تاريخ الطب العربي أن العالم الإسلامي في القرن الحادي عشر أصبح يحصي الأطباء ومتخصصين في مجال الصحة أكثر من أي منطقة أخرى في العالم، بما جعل الأطباء في هذه المنظمة الأثر البالغ في تطور الممارسة الصحية، ولعل أحد الحجج لذلك الصورتان المتعلقةتان بالقاعة الرئيسية لكلية الطب بباريس لكل من ابن سينا والرازي.¹

(5) العصور الوسطى:

تتخصر العصور الوسطى في الفترة الممتدة من القرن الرابع عشر إلى الخامس عشر ميلادي، وقد عرفت المنظمة الصحية المتمثلة في المستشفى آنذاك والخدمة التي تقدمها تطورا ملحوظا، وهذا راجع إلى سببين هما: السبب الديني والمتمثل في دعوة البابا الثالث سنة 1198 إلى بناء المستشفى في كل مدينة تدين بالمسيحية، والسبب المادي والمتمثل في زيادة الموارد نتيجة اتساع المبادلات التجارية مع مختلف الدول المجاورة.

(6) عصر النهضة:

ونقسمه إلى الحقبات التاريخية الآتية:

- أ. القرن 17: بداية الثورة الحقيقية في مجال الطب وعمل المستشفيات والاختراعات في مجال الخدمة الصحية، ومن أبرز اختراعات تلك الفترة "الميكروسكوب".
- ب. القرن 18: شهدت أوروبا عامة وانجلترا خاصة خلال هذه الفترة اتساعا كبيرا في بناء المستشفيات التي بلغ مجموعها آنذاك 115 مستشفى، بالإضافة إلى الوصول إلى مجموعة من

¹ المرجع نفسه، ص ص 7-8.

الاكتشافات الجوهريّة في ميدان الطب والتي أثرت بشكل بالغ على مجرى حياة الإنسان ومنها اكتشاف اللقاح ضد الجدري.

ج. القرن 19: تعد هذه الفترة العماد الذي يرتكز عليه الطب الحديث الذي يأخذ أشكالاً متعددة في هيكله وسيغ أداء المنظمات الصحية والطبية لعملها، فضلاً عن بداية الاهتمام المتزايد بميدان التمريض مع اكتشاف البكتيريا التي تعد السبب الرئيسي في العديد من الأمراض¹، وقد فتح هذا الاكتشاف المجال أمام إزالة الغموض عن الكثير من مسببات المرض، ومن ثم إيجاد العلاجات اللازمة للأمراض عانى منها البشر ولفترات زمنية طويلة².

ثانياً - خصائص الخدمات الصحية:

انطلاقاً من الخصائص العامة للخدمات، فإن الخدمات الصحية لا تبتعد عن ذلك في كونها غير ملموسة ولا يمتلكها الفرد، تلازمها بمن يقدمها، تباينها وعدم القدرة على التخزين...، كما تتجسد الخصائص المميزة لها في خصوصياتها، بالتالي ينعكس ذلك على الأسلوب والعمل الإداري الذي يمكن أن تقدم به الجمهور، وما يمكن أن يميز الخدمة الصحية عن باقي الخدمات أنها:³

1. **عدم ملموسية الخدمات الصحية:** في المؤسسات الصحية لا يتضح تماماً ما الذي دفع المريض قيمته، فأولاً بما أن عملية الشفاء تقتضي بعض الوقت، وتنبولر آراء المرضى حول جودة الرعاية التي تلقوها طوال هذا الوقت، وثانياً لا يمكن اختبار الرعاية قبل الاقتناع بتلقيها.⁴
2. **خدمات المؤسسة الصحية بكونها عامة الجمهور:** تسعى من تقديمها إلى تحقيق منفعة عامة ولمختلف الجهات والأطراف المستفيدة منها، سواء كانوا أفراد أو منظمات أو هيئات.
3. **قلة التنميط والتوحيد للخدمة الصحية:** حيث تعتبر صناعة الخدمة الصحية نتيجة حيث يتواجد الأفراد، ونظراً لاختلاف الوضعية الصحية والاجتماعية والنفسية فإن الخدمة تتنوع من فرد لآخر، حتى للفرد الواحد فإنه يحصل على خدمة الجراحة والعيون والقلب، ونفس الشيء إلى الوحدات التي تنتج الخدمة أنها تتنوع باختلاف الأمراض والتخصصات، وهذا الأمر يتطلب تقدير الطلب على كل تخصص عند تقييم الطلب على الخدمة الصحية.

¹ سيد جاد محمد الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، دار العشري، مصر، 2008، ص ص 37-38.

² المرجع نفسه، ص 38.

³ مصطفى يوسف كافي، إدارة المؤسسة الطبية، دار رسلان للطباعة والنشر والتوزيع، دمشق، سوريا، 2021، ص 30.

⁴ وفاء سلطاني، مرجع سابق، ص 9.

4. نظرا لتذبذب الطلب على الخدمة الصحية: في ساعات اليوم أو الأسبوع أو الموسم فإن الأمر يستوجب تقديم الخدمة الصحية لطلابها لأنه لا يمكن الاعتذار عن تقديمها لمن يحتاجها.¹
5. كثافة استخدام عنصر العمل: من الخصائص الهامة التي تميز الخدمة الصحية كثافة عنصر العمل في صناعتها، حيث تعتمد على العديد من الموارد البشرية ذات التخصص المتفاوت، والذي يبين مدى التكامل ودرجة الاعتماد بينها مثل الطبيب المتخصص والطبيب العام والممرض والإداري إلخ....
6. التنبؤ بالطلب على الخدمات الصحية: يؤدي عدم تجانس الخدمة وثباتها من فرد لآخر طبقا لحاجته الشخصية إلى تفاوت مخرجات المؤسسة الخدمية الواحدة، وكذلك تباين الخدمات التي يقدمها العاملون بمؤسسة الخدمة من وقت لآخر إلى صعوبة التنبؤ بالطلب على الخدمات تكون نتيجة لما يتميز به هذا الطلب من عدم ثبات وعدم الاستقرار، فقد يحدث الطلب مرة واحدة في العالم أو لفترة زمنية قصيرة خلال العام، أو في مواسم معينة كما قد يتنوع الطلب خلال الشهر أو الأسبوع الواحد أو حتى اليوم الواحد.
7. الطلب على الخدمات الصحية يعد طلبا مشتقا: إن كل الخدمات الصحية يمكن اعتبارها كمدخلات لإنتاج الصحة وبالتالي يكون الطلب على الخدمات الصحية طلبا مشتقا من الطلب على الصحة ككل.²
8. الخدمات الصحية تعد اتفاقا استهلاكيا: تعتبر السلع الاستهلاكية تلك السلع التي يشتريها المستهلك عادة من أجل المنفعة التي تقدمها إما بصفة مباشرة أو في صورة تدفق خدمات، وهذا ما ينطبق على الخدمات الصحية، إذ أن شراء المستهلك لأدوية واستهلاكها يعطي اشباعا مباشرا، بينما شراء جهاز لقياس السكر أو جهاز لقياس الضغط الشخصي مثلا يقدم خدمات على مدى فترة زمنية ممتدة.
9. العلاقات داخل المؤسسات الصحية: هي علاقات تعاون كاعتماد المريض على الهيئة الطبية من ممرضين وأطباء، وهم بدورهم يعتمدون على الفنيين والعمال.
10. إن المؤسسة الصحية (المستشفى) تنظيم اجتماعي: يضم عناصر وفئات متعددة من الناس لديهم أهداف وغايات متباينة، يرتبطون بهدف معين له علاقة بالصحة والمرض.

¹ تامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص 59.

² ديون عبد القادر، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية (حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة)، مجلة الباحث، عدد 11، جامعة ورقلة، الجزائر، 2012، ص 217.

- 11.** تمتاز المؤسسة الصحية (المستشفى) بخاصية توزيع الوظائف والسلطة التي تميز جميع التنظيمات، حيث نجد أطباء ممرضين، فنيين في الأشعة والمخابر، الإداريون، العمال العاديين وكذلك توزيع السلطة من رؤساء أقسام، رؤساء الأطباء، أخصائيون مستشارون... إلخ.¹
- 12.** الخدمات الصحية غير قابلة للتأجيل: تتطلب الخدمات الصحية في غالبيتها السرعة في تقديمها، فالإصابة بمرض معين على سبيل المثال يقتضي سرعة علاجية للقضاء عليه عند ظهور الأعراض، ويترتب على هذه الخاصية بعض الأبعاد المرتبطة بتحقيق حماية المستفيد منها، هي:
- البعد المكاني: والذي يقتضي بضرورة انتشار وحدات تقديم الخدمات الصحية في الأماكن المختلفة التي يتواجد فيها الأفراد، وبمعنى آخر ضرورة اتباع سياسة التغطية الصحية الشاملة للمناطق الجغرافية المختلفة.
 - البعد الزمني والذي يقتضي بضرورة تقديم الخدمات الصحية في الوقت المناسب سواء كانت خدمات علاجية أو وقائية، فتأجيلها يترتب عليه أضرار بالغة.
- 13.** الخدمات الصحية ذات طابع اقتصادي: إضافة إلى خصائص الخدمات الصحية سألقة الذكر، يضيف البعض مجموعة من الخصائص الاقتصادية والتي تقتصر بعضها على جانب الطلب والبعض الآخر يقتصر على جانب العرض.²

ثالثاً - أنواع الخدمات الصحية وأهدافها:

☞ أنواع الخدمات الصحية:

تصنف الخدمات الصحية إلى عدة أنواع حسب معايير مختلفة مثل طبيعة الجهة القائمة على تقديم الخدمات الصحية أو طبيعة المتلقي لهذه الخدمات، وفيما يلي سنحاول ايجاز أهم أنواع الخدمات الصحية:

1. الخدمات الصحية التعليمية:

ويقصد بذلك اكتساب المؤهل العلمي الذي يرخص لممارسة هذه المهنة النبيلة، إذ يعتبر متلقي الخدمة هنا شخص سليم يتمثل في طلبة الكليات والجامعات سواء تعلق ذلك بطلبة الطب أو التكوين شبه طبي، ويمكن حتى إضافة المؤهلات العلمية الإدارية المتخصصة في تسيير المراقبة الصحية، وفضلاً عن التكوين العلمي البيداغوجي يمكننا إضافة التكوينات المهنية والدورية، الرسكالات والتربصات التي يخضع

¹ المرجع نفسه، ص 218.

² فؤاد بن غضبان، جغرافية الخدمات، دار اليازوني العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2013، ص ص 195 - 196.

لها عمال وموظف القطاع بغض النظر عن مهامهم ووظائفهم، وذلك بغرض تنمية المهارات والخبرات واكتساب تقنيات جديدة تتوافق مع مستجدات المهنة، مما يؤدي إلى تحسين الأداء أو تقديم خدمات صحية بمستوى مقبول الجودة.¹

2. الخدمات الصحية المهنية:

وهي الخدمات الصحية الموجهة للقطاع المهني أو ما يعرف بطلب العمل، وفي إطار هذا النوع من الخدمات الصحية قد تلجأ بعض المنظمات سواء كانت خاصة أو عمومية إلى إنشاء مراكز أو أقسام صحية تابعة لها للتكفل بوضعية موظفيها وذويهم، أو أنها تقوم بالتعاقد مباشرة مع منظمات صحية موجودة ومستقلة بغية تقديم خدمات صحية لمصلحة موظفي المنظمة.²

3. الخدمات الصحية الصيدلانية:

ويتعلق هذا المستوى باستقبال المريض وتوفر الدواء اللازم لعائلته المرضية، ويكون ذلك من طرف طبيب صيدلي مختص يقوم بالإشراف على المرضى، توعيتهم وتوجيههم بغض النظر عن تقديم الدواء، وتخضع هذه الخدمة دوماً رغم الانتشار الواضح للقطاع الخاص فيها إلى وصاية ورقابة الدولة من خلال هيئاتها التي تنوب عنها مثل مديرية الصحة.

4. خدمات الصحة الرياضية:

ويقصد بها الخدمات الصحية الموجهة للرياضيين، وقد يشمل هذا النوع من الخدمات الصحية خدمات علاجية من مختلف الإصابات الناجمة عن ممارسة النشاط الرياضي، كما يشمل أيضاً مختلف برامج الحميات، تحديد الغذاء، مراقبة نشاط الأعضاء الجسمانية أو الوقائية والامتناع عن العادات الممنوعة والضارة كالمنشطات، التدخين والإدمان.³

5. خدمات التأهيل والرعاية الصحية:

وتتمثل في الخدمات الصحية الموجهة لتأهيل المرضى والمصابين جراء الحوادث، ويشرف على هذا النوع من الخدمات الصحية أقسام متواجدة على مستوى المنظمات الصحية، حتى أننا نجد بعض

¹ سنوسي علي، تقييم مستوى الفاعلية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر، دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد التاسع، جامعة الشلف، الجزائر، 2011، ص ص 289-304.

² حسين ذبون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات: وجهة نظر معاصرة، المنهل للطباعة والنشر، دون بلد نشر، 2009، ص 57.

³ وفاء سلطاني، مرجع سابق، ص ص 12-13.

المنظمات الصحية المختصة في تقديم هذا النوع من الخدمات الصحية دون سواء، ومن أمثلة ذلك يمكن أن نذكر المركز الصحي العسكري بمدينة البليدة (الجزائر) لإعادة تأهيل المصابين.¹

6. الخدمات الصحية العلاجية:

وهي الطابع الغالب على وظائف المستشفيات في الأقطار النامية، ولكن لا يعني هذا مجرد العلاج وإنما هي عملية متكاملة تعني التشخيص والعلاج والتأهيل.

7. خدمات البحوث الصحية: وتقوم بتقديم ثلاثة أنواع من البحوث:

- بحوث علمية أكاديمية.

- بحوث تطبيقية.

- بحوث ميدانية حقلية.²

8. خدمات الصحة الوقائية:

تتمثل في الخدمات المرتبطة بصحة المجتمع، ويطلق عليها اسم "الخدمات الصحية البيئية أو العامة"، ترتبط بالخدمات الموجهة للحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد، وتشمل:

- خدمات التطعيم من الأمراض والأوبئة.

- خدمات رعاية الأمومة والطفولة.

- خدمات مكافحة الحشرات والحيوانات الناقلة للمرض.

- خدمات الرقابة الصحية على متاجر تقديم الغذاء المشروبات ومحلات الحلاقة والتجميل.

- خدمات الرقابة البيئية على وحدات الانتاج الصناعي والزراعي.

- خدمات الاعلام ونشر الوعي الصحي.³

➤ أهداف الخدمات الصحية:

يسمح تقديم الخدمات الصحية بتحقيق جملة من الأهداف منها:

¹ حسين ذبون علي البياتي، المرجع نفسه، ص 60.

² زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج للنشر، عمان، الأردن، 2006، ص 301.

³ عبد المهدي بوعانة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، مفاهيم نظريات وأساسيات في الإدارة الصحية، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2004، ص 54.

- منع حدوث الأمراض وذلك بالتركيز على الوقاية منها، من خلال القيام بعمليات التطعيم والتحصين ضد العدوى.
- المحافظة على الصحة وتحسينها ورفع مستواها من خلال التتبع المشتمل لكل التطورات التكنولوجية المتعلقة بمجال العلوم الطبية.
- تشخيص وعلاج المرض بالكشف المبكر له ومعرفة نشأته والأسباب التي أدت إلى حدوثه، ومن ثم العمل على إيجاد الطرق والأساليب العلاجية والوقائية المناسبة.¹
- تقديم الدعم الاجتماعي والنفسي للمرضى وذويهم وحل مشكلاتهم بالاستفادة من موارد المجتمع المحلي.
- العمل مع المرضى ذوي الإقامة الطويلة وتسهيل خروجهم بعد حصولهم على جميع احتياجاتهم من العلاج الطبي والتدخل الاجتماعي.
- القيام ببرامج وأنشطة تنسيقية مع أقسام الخدمة الاجتماعية بوزارة الصحة، وذلك لزيادة التواصل وتقديم أفضل الخدمات.
- العمل على تدريب الطلبة الجامعيين المنتدبين من الجامعات والمؤسسات وتزويدهم بمعلومات عن دور الباحث الاجتماعي بالمجتمع الطبي.
- رفع مستوى الوعي الاجتماعي عبر تقديم خدمات التوجيه والإرشاد للمرضى وأسره.²

رابعاً - مستويات الخدمات الصحية:

من خلال ماهية الخدمات الصحية نستخلص أن هذه الأخيرة تشمل عدة مستويات، فهي موجهة لعلاج الحالة المرضية الفردية من جهة، ورعاية الحالة الصحية للمجتمع ككل من جهة أخرى وهذا ما سنوضحه:

1) الخدمات الصحية الأولية:

ونقصد بها الخدمات الصحية التي يتلقاها الفرد المعافى (غير المريض): إذ تهدف هذه الخدمات إلى تجنب الحالة المرضية وتفاذي الوقوع فيها، وتنقسم الخدمات الصحية الأولية إلى مجموعة من الأنواع نذكر منها:

¹ زكي خليل المساعد، مرجع سابق، ص 294.

² Le 19/03/2023 à 22 :39، <https://www.moh.gov.bh/healthinstitutions/soicalworken-objectif>

- خدمات مراقبة الأغذية وصلاحياتها للاستهلاك البشري وفحص المشتغلين بالأغذية للتأكد من خلوهم من الأمراض المعدية وإصدار شهادات بذلك.
- خدمات إصدار الموافقات الصحية على طلبات مصانع الأغذية والمطاعم ومجال بيع المواد الغذائية وغيرها من المتاجر التي قد تشكل خطراً على صحة الفرد أو على الأقل تلك التي تكون على علاقة بها.
- خدمات الحملات التوعيمية والفحص الدوري للتلاميذ بالمدارس بالإضافة إلى برامج تطعيم السيدات الحوامل والمسافرين للخارج والحجاج والمعتمرين.¹
- خدمات صحية متمثلة في أخذ عينات دورية عشوائية من المواطنين للتأكد من خلوهم من الطفيليات المسببة للأمراض.
- خدمات مكافحة الحشرات الطائرة والزاحفة الناقلة للأمراض وكذلك مكافحة القوارض لمنع انتشار الأمراض الطفيلية التي تنقلها.
- خدمات مكافحة الأمراض المعدية من خلال مراقبة القادمين من الخارج خاصة البلدان الموبوءة بأمراض معدية.
- خدمات تنفيذ برامج التوعية الصحية للوقاية من الأمراض المعدية وكثيرة الانتشار.
- خدمات فحص عينات من الصرف الصحي للاستكشاف والوقاية.
- خدمات مكافحة العدوى في جميع المنشآت الصحية العامة والخاصة وتدريب جميع العاملين على إجراءاتها.
- خدمات صحية تهتم بتنظيم الأسرة: وذلك بالعمل على التوعية الصحية المستمرة عن الصحة الإنجابية والتخطيط الأمثل للأسرة والفترات المثلى للمباعدة بين حمل وآخر والوسائل المختلفة لتنظيم الأسرة.²

(2) الخدمات الصحية الثانوية (الصحة العلاجية):

وتشتمل على جميع الخدمات الصحية العلاجية الطبية والتي يتم تقديمها على مستوى المراكز الصحية الحضرية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة ووحدات الصحة الجوارية، ويكون ملتقى هذا المستوى من الخدمة الصحية هو فرض مريض بحاجة إلى العلاج بغض النظر أو العلاج اللازم، ويشتمل أيضا

¹ مضر زهران، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2013، ص 77.

² المرجع نفسه، ص ص 77-78.

مستوى تقديم الخدمة المتكاملة في المناطق البعيدة عن منافذ تقديم الخدمة من خلال عيادات متنقلة ومجهزة.

وبالتالي يمكن القول أن هذا المستوى من الخدمات الصحية يشمل أغلب أنواع الخدمات الصحية باستثناء البعض منها مثل الخدمات الوقائية أو خدمات الطب عن بعد وفي إطار خدمات الصحة الثانوية يمكن أن نذكر بعض خصائص كل من خدمة صحة الأم والطفل وخدمة الإسعاف.¹

أ. خدمات صحة الأم والطفل:

وهي الخدمات الصحية التي تهتم بالحالة الصحية للأم الحامل باعتبارها حاله تتطلب رعاية صحية، وذلك خلال مرحلة العمل والإنجاب وما بعد الإنجاب وأيضا العناية بالحالة الصحية للجنين المولود والطفل، ويمكن هنا التمييز بين رعاية الحامل، متابعة الأطفال الأصحاء، إعداد الإحصائيات المتعلقة بصحة الأم والطفل، برامج الرعاية المتكاملة للطفل المريض أو خدمات صحية تهتم بالأطفال دون مأوى.

ب. خدمات الإسعاف:

وهي الخدمات الموجهة للأفراد الذين يكونون في حالة مستعصية تتطلب نقلهم بسرعة إلى مكان العلاج أو توفير إسعافات أولية لهم في عين المكان، ونميز هنا بينما يلي خدمة توفير سيارة إسعاف عادية، خدمة توفير سيارة عناية مركزة، خدمة توفير سيارة العمليات الجراحية، خدمة توفير أسطوانة أوكسجين خدمة توفير الدم أو خدمة العيادات الطبية المتنقلة.²

(3) الخدمات الصحية الثالثة أو التخصصية (المرجعية): وهي الرعاية الصحية التي يتم تقديمها من قبل مستشفيات متخصصة في أمراض معينة، وتتطلب تجهيزات متقدمة، وأطباء ذوي تخصصات عالية ولديهم الخبرة والمهارة الكافية.³

خامسا - أسس الخدمات الصحية:

هناك مجموعة من العوامل العديدة التي تحدد أسس وسمات الخدمات الصحية كالحاجات العامة للسكان، وانطباع الطبيب عما هو أفضل بالنسبة لمرضاه، وقد أصبح تخطيط هذه الخدمات يتم في ضوء التقدير الحاجات الملحة وله ارتباط كبير بالبحوث والدراسات الجارية في الرعاية الطبية، ونظم المعلومات

¹ وفاء سلطاني، مرجع سابق، ص 16.

² مضر زهران، مرجع سابق، ص 78.

³ وفاء سلطاني، مرجع سابق، ص 17.

الصحية وتنظيم المؤسسات الطبية كالمستشفيات والمراكز الصحية وعيادات متعددة الخدمات، وهذا من أجل تقديم الخدمات الطبية بشكل كافي ومستوى عالي أي أنه يجب أن تتوفر فيها الكفاية الكمية والكفاية النوعية.¹

1. الكفاية الكمية:

وتعني توفير الخدمات الطبية بحجم وعدد كافي يتناسب مع عدد السكان، وهذا يشمل:

- توفير عدد كافي من المواد البشرية الطبية: أطباء، ممرضين، فنيين مختبرات، وغيرهم من المساعدين، حيث أن الطبيب لوحده لا يستطيع القيام بجميع أعمال الخدمات الطبية من ترميزية ومخبرية وإدارية.
- توفير عدد كافي من الأطباء والمراكز والمؤسسات الطبية التي تقدم الخدمات الطبية (وحدات صحية، مستشفيات، مختبرات، صيدليات... إلخ) ويشترط أن يكون هناك عدالة ومساواة في توزيعها بين مختلف مناطق البلاد، إذ لا يجوز أبدا تخصيص أو زيادة عدد أعضاء الفريق الطبي في منطقة ما في البلاد على حساب المناطق الأخرى.
- توفير الخدمات الطبية في جميع الأوقات، وهذا يعني ضرورة عمل أعضاء الفريق الطبي لمدة 24 ساعة، فالمرض لا يعرف وقتا محددًا يقع فيه مثل أوقات الدوام الرسمي.
- توفير أساليب ووسائل التثقيف الصحي بين أفراد المجتمع لتعريفهم بوسائل الرعاية الطبية وتواجدها والخدمات التي تقدمها وأهميتها وطرق الاستفادة منها مبكرا بمجرد إحساس الفرد بالمرض، وعدم الانتظار حتى يتطور المرض ويصبح خطير ليعرض نفسه على الطبيب.
- يجب وضع النظم المالية والإدارية الكفيلة بتوفير الخدمات، تكفل للفرد الحصول عليها والسعي للتأمين الطبي الشامل لكافة المواطنين.²

2. الكفاية النوعية:

لا يمكن لتوفير الرعاية الطبية زيادة عدد أعضاء الفرق الطبية والوحدات الصحية والمستشفيات فحسب، بل يجب أيضا توفير ظروف رفيعة المستوى للعمل الطبي وهذا يشمل:

¹ أيمن مزاهرة وآخرون، الصحة والسلامة العامة، دار الشروق للنشر، عمان، الأردن، 2000، ص 79.

² أيمن مزاهرة وآخرون، المرجع نفسه، ص ص 79 - 80.

- وضع معايير وأسس تحدد المستوى المطلوب والواجب توفيره في كل من أعضاء الفريق الطبي والمعدات والأجهزة ووسائل التشخيص والعلاج، ويجب أن تضع هذه المعايير لجنة عليا من ذوي الاختصاص والخبرة والدراية في مجالات الرعاية الطبية المختلفة، ولا يسمح لأي كان سواء كان طبيبا أو ممرضا أو مؤسسة طبية أن يمارس مهنة تقديم الخدمات الطبية إلا إذا توفرت فيها هذه المعايير.¹

- العمل على رفع كفاءة وحسن تدريب أعضاء الفريق الطبي سواء كان طبيبا عاما أو متخصصا أو ممرضا أو صيدليا، وهذا من خلال وضع برامج ثقافية علمية لرفع مستواهم العلمي والاطلاع على أحدث الاكتشافات الطبية بالإضافة إلى البرامج التأهيلية من أجل تحديد معلوماتهم النظرية والعلمية، ويشترط في هذه الدورات أن تكون إجبارية مرتبطة باستمرارية مزاولة المهنة.

- تقديم التسهيلات والمساعدات المالية والإدارية والفنية لجميع العاملين في قطاع الخدمات الطبية، سواء كانوا أفرادا أو مؤسسات من أجل الحصول وامتلاك الأدوات والأجهزة والمعدات الطبية اللازمة والمرافق الطبية بأقل التكاليف المالية والجهود ليستطيعوا تقديم الخدمات الطبية على مستوى عالي.

- دمج الخدمات الصحية العلاجية والوقائية، وذلك لأن هذه الخدمات لها كيان واحد متكامل وغرض شامل هو العمل على امتلاك سلامة الفرد من النواحي الجسمية والعقلية علاوة على مكافحة الأمراض وعلاجها لأن تقسيم هذه الخدمات ينفي الغرض من التكامل إضافة إلى ما يتبع ذلك من زيادة في النفقات الفعلية والإدارية لهذه الخدمات وبالتالي تؤثر على أسعارها النهائية.²

سادسا- معايير تقديم الخدمات الصحية:

يتطلب أداء الخدمات الصحية أن يؤخذ في اعتبار عدة معايير تتصل بالتكلفة والفعالية والعدالة، وهذه المعايير هي التي ستحدد إلى أي مدى سيتم انتاج وتقديم الخدمات الصحية، كما ستحدد في نفس الوقت من يستفيد من تلك الخدمات وبأي مستوى أيضا، ويمكن شرح تلك المعايير كما يلي:

1) معايير التكلفة:

يرغب مستهلك الخدمات الصحية أن تكون تلك الخدمات رخيصة وأن تكون الأسعار منخفضة، ومع افتراض أنه لا يوجد شيء مجاني تماما ويجب أن يكون هناك شخص ما يدفع بصورة مباشرة أو غير مباشرة في الحالات التي يعتقد فيها الفرد أنه يحصل على خدمات صحية مجانية، يكون هناك طرق يدفع

¹ عتيق عائشة، مرجع سابق، ص 39.

² المرجع نفسه، ص 39.

مقابل تلك الخدمات، وقد يكون هذا الطرف الثالث الحكومة أو شركة التأمين الصحي العام أو هيئة خيرية غير هادفة للربح، حيث أن هناك اهتمام متزايد من المدراء والأطباء والعملاء بتكلفة الخدمات والترخيص من الخدمات التي لا تقدم منفعة لمن يحصل عليها، وبالرغم من تزايد الاهتمام باعتبار التكاليف فإن هناك حدود دنيا أساسية يجب أن لا تنخفض مستويات الخدمات الصحية دونها مهما كانت مستويات التكاليف اللازمة لتقديمها.

(2) معايير الفعالية:

ويقصد به استخدام طرق جديدة لتنظيم تمويل تقديم الخدمات الصحية المقررة من الموارد المتاحة، حيث أن الأمر لا يحتاج إلى زيادة الإنفاق على الخدمات الصحية بقدر الحاجة لإدارة أفضل لهذا الإنفاق¹، وقد يحتاج هذا الأمر العديد من الإجراءات والتي يمكن عرضها كالتالي:

- قدر أكبر من اللامركزية في الموازنة والإنفاق والإدارة للمؤسسات الصحية المختلفة.
- زيادة فعالية الإنفاق وإمكانية مكافأة مقدمي الخدمة بناء على امتياز آدائهم.
- دور مركزي لوزارة الصحة لوضع معايير القياس والجودة وتقديم الرعاية الصحية الأولية وخطط المستقبل والبحث العلمي وجمع المعلومات الإحصائية بدقة.²

(3) معيار الكفاءة:

عند تقديم الخدمات الصحية يجب أن تحقق تلك الخدمات الكفاءة الاقتصادية والفنية، فإن أمكن تحقيق نفس النتيجة بإجراءات مختلفة فإنه يمكن استخدام أرخص هذه الطرق (الإجراءات) مما يمكن من تقديم خدمات أكثر بنفس التكلفة أو إنفاق الأموال بطرق مختلفة، وكذلك فإنه إذا أمكن تقديم خدمة على نفس المستوى من الكفاءة بطرق مختلفة فإنه يتم استخدام الطريقة الأرخص من حيث أن قياس الكفاءة يتطلب قياس دقيق للمنافع التي يقدمها العلاج، ولكن الزيادة في عدد المرضى الذين يعالجون دون تحمل التكاليف الإضافية لا يعني بالضرورة تحقيق كفاءة أكبر، أما إذا كان العلاج أقل فعالية وكانت النتيجة سيئة يمكن أن تكون الخدمة أقل كفاءة في استخدامها للموارد.

(4) معيار العدالة:

قدم Mooney ثلاث طرق لتعريف العدالة في مجال الخدمات الصحية وهي:

¹ طلعت الدمراش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس، مصر، 2000، ص ص 39-40.

² المرجع نفسه، ص ص 40-41.

- تساوي استخدام الخدمات الصحية أو العدالة في الاستجابة.¹
 - تساوي الوصول إلى الخدمات الصحية أو العدالة في منال الخدمة الصحية.
 - تساوي الحالة الصحية المحققة.
- وبالنسبة للحالة الأولى تعني مدى توفر الموارد الضرورية لتحقيق الأهداف، ويقصد بمدى توفير الموارد المختلفة هياكل المؤسسة الصحية المتاحة في المكان المناسب وحسب احتياجات السكان، ويعد عدد الأسر والأطباء لكل ساكن من المعايير المستخدمة لتقييم درجة استجابة المؤسسة الصحية.
- أما العامل الثاني فيتمثل في سهولة منال الخدمة، ويؤخذ هذا العامل من الأبعاد منها البعد الجغرافي والبعد المادي، فإذا كانت الهياكل متاحة والخدمات الصحية تكون مقبولة فإنه يمكن القول بأن المؤسسات الصحية تتصف خدماتها بالسهولة في الحصول عليها.²

(5) معيار الأمان الصحي:

ويقصد به شعور الفرد بأن الخدمات الصحية متوفرة بكفاءة وفعالية بما يضمن له التخلص من المرض حالة وقوعه، ولا يقتصر معيار الأمان الصحي مجرد شعور الفرد بتوافر خدمات صحية كفؤة وفعالة، ولكن أن يشعر الفرد أيضا بأن تكاليف تلك الخدمات تكون في مستوى قدرته على الدفع.

ويعني الأمان الصحي شعور الفرد أنه تحت سقف من الرعاية الصحية لا يعلم متى سيحتاج إليها، ربما يحتاج إليها طوال حياته وربما تمر به ظروف أزمة صحية أو مرضية تكون الشدة والقسوة ما يجعله في حاجة لهذا النظام الصحي الكامل، ويحدث ذلك في حاله الحوادث الطارئة أو في حالة الإصابة بإحدى الأمراض الخطيرة أو المزمنة، بحيث إن حاول الفرد مواجهتها بمفرده لن يستطيع نظرا لتكلفتها الباهظة.³

سابعاً- المقاربات النظرية المفسرة للخدمات الصحية:

(1) نظرية صفوف الانتظار:

يمكن القول أن جوهانسون قد أشار إلى مجال صفوف الانتظار في ورقة عمله التي نشرها سنة 1907، لكن يرجع أصل هذه النظرية إلى سنة 1909 عندما قام العالم الدانماركي Erlang بإجراء

¹ طلعت الدمراش إبراهيم، المرجع السابق، ص ص 40-41.

² المرجع نفسه، ص 41.

³ طلعت الدمراش إبراهيم، المرجع السابق، ص 41.

تجاربه على مشكلة الازدحام في تلقي المكالمات الهاتفية، ووجد أن طالبي المكالمات الهاتفية يتعرضون لشيء من التأخير لعدم قدرة عاملات البدالة على مواجهة الطلبات بالسرعة التي تحدث فيها.¹

وسنتعرض لأهم التعاريف في هذا المجال، حيث يمكن تعريف نظرية صفوف الانتظار بأنها نظرية تختص بوضع الأساليب الرياضية اللازمة لحل المشاكل المتعلقة بتراكم صفوف الانتظار التي تنتظر دورها طلبا لخدمة معينة تؤدي لكل وحدة خلال فترة زمنية معينة، على أن يكون وصول هذه الوحدات إلى مكان أداء الخدمة عشوائيا تبعا لتوزيع معين، كما أن الزمن اللازم لأداء الخدمة لكل وحدة يمكن أن يأخذ الصفة العشوائية تبعا لتوزيع معين، وتقدم النظرية قياس لقدرة مركز خدمة معينة على تحقيق الغرض الذي انشئ من أجله، ويكون ذلك عن طريق القياس الرياضي الدقيق لمتوسط وقت الانتظار للحصول على الخدمة وكذلك متوسط عدد المنتظرين للحصول على الخدمة، وعلى ذلك يمكن القول أن هذه النظرية تقدم بطريقة رياضية أسلوب لتقييم بدائل التصميم المختلفة لمركز تقديم الخدمة.²

متطلبات تطبيق نظرية صفوف الانتظار وأهداف تطبيقها:

أصبحت مشاكل الانتظار تعد سيمة مشتركة في العديد من المجالات خاصة في المؤسسات الخدمية منها، وهناك عدة أسباب لظهور صفوف الانتظار ومتطلبات تطبيقها، ومن أجل حل مشاكل الانتظار تطبيق المؤسسات أسلوب صفوف الانتظار، وقد يختلف الهدف من تطبيق هذه النماذج من مؤسسة لأخرى. وهناك عدة أسباب لظهور صفوف الانتظار أهمها:

1. توفر نظام الخدمة: حيث تركز المؤسسات في الدول المتقدمة على بناء الأنظمة والقواعد الكفيلة بضبط السلوك وتوجيهه لتحقيق الهدف، وفي مجال تقديم الخدمة يتبع النظام عدد من القواعد التي يذكر منها:

- الواصل أولا إلى مركز الخدمة يخدم أولا (خدمة العملاء، السفن، الطائرات).
- الواصل إلى مركز الخدمة أخيرا يخدم أولا (يطبق في المستودعات حيث المستودعات تفيد في التخفيض من عملية النقل والمناوبة).
- الأولوية لفئات معينة (المعوقين في الصعود لوسائل النقل أو تقديم الخدمة).

¹ علي العلوانة وآخرون، بحوث العمليات في العلوم التجارية، دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2000، ص 13.
² هند سعدي، استخدام نماذج صفوف الانتظار لتحسين فاعلية الخدمات في المراكز الصحية، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية، جامعة المسيلة، الجزائر، 2012، ص 50.

2. الخصائص الشخصية لطالبي الخدمة وسلوكهم: قد يعود سبب طول أو قصر صفوف الانتظار إلى الخصائص الشخصية وسلوك طالبي الخدمة التالية:

- هناك أشخاص قد يرفضون الوقوف في صف الانتظار نظرا لطوله، إما لحظة وصوله مباشرة أو بعد الوقوف لبعض الوقت.
- إذا كان الشخص صبورا سيقف في صف الانتظار مهما كان طوله.
- في حالة وجود عدة مراكز لتقديم الخدمة قد ينتقل الأشخاص من صف لآخر نظرا لأن ذلك الصف أسرع.
- تركيز طالبي الخدمة على وقت محدد.¹

➤ أهداف نظرية صفوف الانتظار:

1. تحديد متوسط زمن الوقوف في صف الانتظار: فالإدارة تهدف لتخفيض زمن انتظار طالب الخدمة قدر الإمكان، وذلك لانعكاسه على حجم التكاليف الثابتة والمتغيرة المرتبطة بمركز الخدمة.
2. دراسة الطاقة الإنتاجية: قد تضطر الإدارة إلى زيادة حجم الطاقة الإنتاجية من خلال دعم مراكز الخدمة بموظف آخر أو فرع آخر، بحيث توسيع طاقة مركز الخدمة تكفي لاستيعاب معدل الزيادة في الواصلين طالبي العمل، وهذا من شأنه أن يؤدي إلى تخفيض التكاليف المرتبطة بمركز الخدمة في حالة دراسة الجدوى الاقتصادية للقرار المتخذ، كما تحقق هذه السياسة الارتياح لدى طالب الخدمة في علاقته بمركز الخدمة، وتساعد على زيادة ترده على مركز الخدمة، كما قد تكون الإدارة مضطرة في حالة وجود طاقة عاطلة غير مستغلة لتخفيض طاقة مركز الخدمة كتخفيض مقدمي الخدمة وذلك من أجل تخفيض تكاليف مركز الخدمة.
3. تقييم جودة الخدمة المقدمة: تقاس الجودة بعدة مؤشرات أهمها السعر وسرعة تقديم الخدمة ومدى تحقيقها للإشباع، وبما أن الهدف من تقديم السلع والخدمات هو إشباع الحاجات والرغبات في الأسواق المستهدفة لتحقيق المنافع المرتبطة بتدفق السلع والخدمات وهي (المنفعة الحيازية، المنفعة الزمنية، المنفعة المكانية، المنفعة الشكلية) وبالتالي فإن إدارة مركز خدمة معينة في الدرجة الأولى بتقييم جودة الخدمة ضمن تلك الأبعاد، وربما يتطلب ذلك إجراء بعض التعديلات في نظام صف الانتظار كتخفيض زمن الانتظار لتقديم الخدمة في الوقت المناسب أو فتح فرع جديد لمركز الخدمة لتقديمها في المكان المناسب.

¹ دريدي أحلام، دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، رسالة ماجستير، تخصص الأساليب الكمية في التسيير، جامعة بسكرة، 2014، ص 48.

4. دراسة الموقف التنافسي في السوق: وذلك من أجل تحديد أثر طاقة مركز الخدمة وأسلوب وزمن تقديمها على نمو الحصة السوقية، وقد تقارن إدارة مركز الخدمة موقفها التنافسي مع مراكز أخرى تقوم بنفس العمل أو بعمل مشابه، وتدرس مؤشرات صف الانتظار لديها ولدى منافسين لتتخذ الإجراءات اللازمة لتحسين وزيادة موقفها التنافسي.

5. ترشيد الانفاق وتخفيض التكاليف: تدرس إدارة مركز الخدمة كافة السبل الممكنة لتحسين الانتاجية وتطوير الأداء، وتحدد علاقة التكلفة بالعائد بحيث العوائد المتأتية من الاقتراحات الاستثمارية تتجاوز التكاليف المرتبطة بها.¹

(2) النماذج المتعددة لأنماط التفاعل الاجتماعي بين المريض والطبيب:

حاول كل من هولندر وزاز (Hollander 1965) تطوير أنموذج بارسونز الأحادي البعد إلى تحديد ثلاثة أشكال من العلاقة العلاجية بين المريض والطبيب الأول هي العلاقة السلبية-الإيجابية، والثانية التعاون الموجه، والثالثة المشاركة المتبادلة.

إن العلاقة بين الطبيب والمريض لا تكون قائمة على التعاون فقط بل يسودها الصراع والعداء أحيانا كذلك، كما حدد فريديسون ثلاثة أنواع من الشرعية للشخص المريض: شرعية مشروطة إعفاء المريض تماما، شرعية غير مشروطة إعفاء المريض من واجباتهم بصورة دائمة، ويسمح لهم الحصول على امتيازات إضافية لأنهم مصابون بأمراض غير قابلة للشفاء العاجل، عدم شرعية إعفاء المنحرفين من بعض التزاماتهم الإعتدائية، وأكد فريديسون بأن ردود الأفعال نحو المرضى وتوقعات الشخص المريض قد تختلف من جماعة إلى أخرى بحسب اختلاف الأنفاق الثقافية لكل منهما، حيث ينتمي الطبيب إلى النسق المرجعي الكوني أما المريض فينتمي إلى النسق المحلي.

☞ سلوك طلب الخدمات الطبية المهنية:

سلوك طلب العلاج قضية قائمة على حقيقة أن بعض المرضى يسعون حالا عند ظهور الأعراض إلى طلب المساعدة من الأطباء، في حين أن آخرين يترددون أو يمتنعون عن ذلك مع أنهم يكونون أكثر ميلا نحو طلب المساعدة الطبية عندما يضطرب أدائهم العضوي الوظيفي الاعتيادي أكثر من تأثرهم بطبيعة الأعراض المرضية الجانبية.

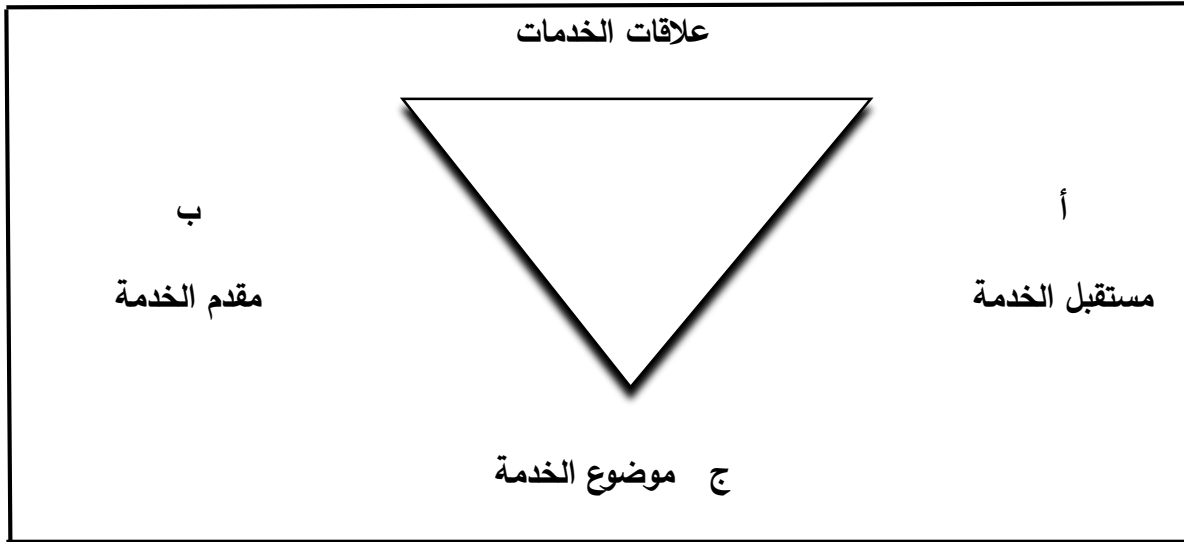
¹ المرجع نفسه، ص ص 49-50.

ويؤكد ميكانيك أن الخبرة المرضية تتشكل من خلال عوامل اجتماعية ثقافية، اجتماعية نفسية، بغض النظر عن ابتعادها الفيزيولوجي أو الوراثي أو أية عوامل عضوية أخرى، لغرض تسليط الضوء في هذه القضايا.¹

(3) انتاج الخدمة الصحية حسب مثلث الخدمات:

اقترح Gadrey نموذجا بإسم مثلث الخدمات انطلاقا من رؤيته للخدمة على أنها عملية وليست نتيجة لعملية، حيث عرفها على أنها مجموعة من عمليات المعالجة المختلفة المحققة من طرف مقدمة الخدمة بخصوص موضوع له علاقة مع الزبون، والشكل التالي يوضح هذا النموذج:

الشكل رقم (1): انتاج الخدمة حسب مثلث الخدمات



²Source : Djellal Farida et al. Y'hôpital Innovateur : de l'innovation

من خلال هذا شكل، نلاحظ أن هذا النموذج يمثل عناصر انتاج الخدمة بصفة عامة وإذا قمنا بإسقاطه على المؤسسة الصحية فإن رؤوس المثلث ستمثل:

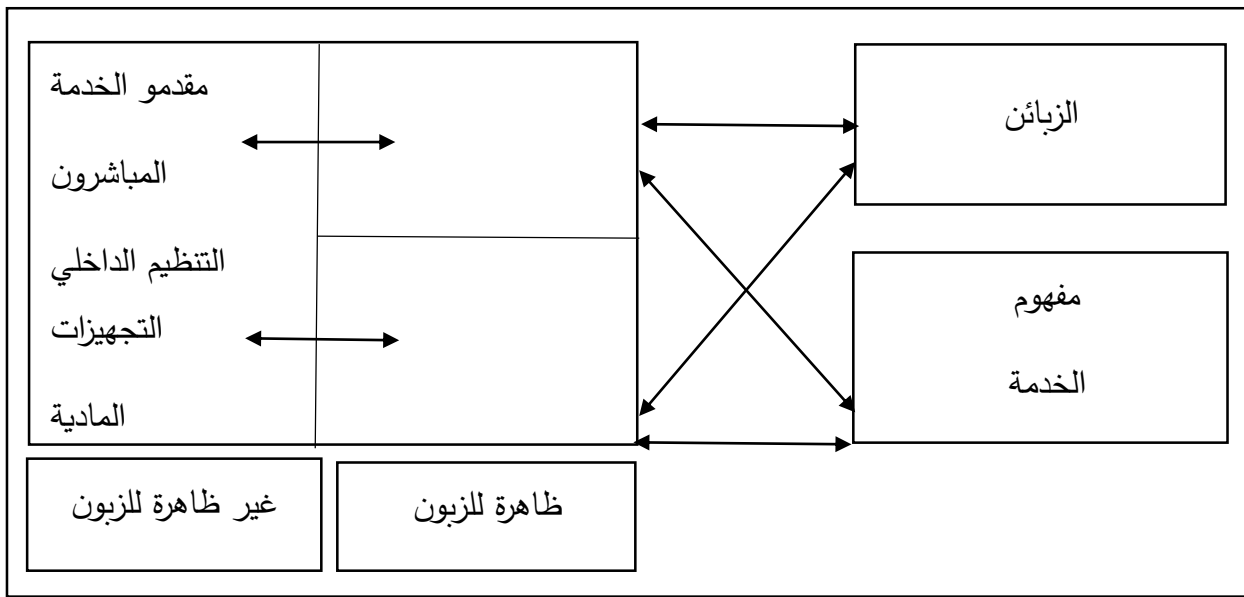
- مقدم الخدمة: يتمثل في العنصر البشري (الفريق الطبي وشبه الطبي والمسирون...).
- مستقبل الخدمة: نعني به زبون المؤسسة الصحية المتمثل عادة في المريض.
- موضوع الخدمة: أي الهدف المرغوب تحقيقه من تقديم الخدمة لحساب طالبها (العلاج خدمات الاستقبال وحجز المواعيد العمليات الجراحية

¹ يونس عمادي علي، خديجة حسن جاسم، علم اجتماع الطبي في ميدان الصحة والمرض دراسات اجتماعية، العدد 44، ص 62.
² Médical à L'innovation de service. Paris : Masson ; 2004 p 61

وتشير هنا إلى أن إنتاج الخدمة الصحية من خلال توفر هذه العناصر الثلاثة يقتضي مجموعة من التفاعلات المتبادلة فيما بينها، تحددها المؤسسة الصحية عبر منهج وسياسة إدارتها من خلال تسخير الموارد والتقنيات اللازمة.¹

(4) إنتاج الخدمة الصحية حسب نموذج (Eiglier) و (Langeard):

قام كل من (Eiglier) و (Langeard) سنة 1978 بتقديم نموذج يعبر عن إنتاج الخدمة²، وأطلقا عليها تسمية Modèle de Servuction، وهو موضح في الشكل الآتي:



إن الفرق بين هذا النموذج وبين نماذج الإنتاج العادية هو تقديمه ضمن نظام، فسلسلة الإنتاج العادية هي سلسلة خطية لا يمكن تطبيقها في المجال الخدمي أين تكون عناصر كثيرة ضرورية في وقت واحد لأداء الخدمة، وتكون مرتبطة فيما بينها ولا يمكن أن يكون لأي عنصر أهمية دون وجود الآخر، بالإضافة إلى وجود جزء ظاهر للزبائن المتمثل في الأشخاص الذين لهم علاقة مباشرة مع الزبون أثناء تأدية الخدمة، وكذلك الوسائل المادية وأحياناً التسيير العملياتي وجزء غير ظاهر (عاملي القاعدة الخلفية نظام المعلومات...).

¹ نجاة صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية، رسالة ماجستير، تخصص اقتصاد تطبيقي وتسيير المنظمات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية، جامعة باتنة، 2012، ص 22.

² Source : Ericvolger ; Management Stratégique des services du diagnostic à la mise en œuvre d'une stratégie de services, Paris : Dunod ; 2004 ; p 11.

وقد فرق (Gronroos) بين هذين الجزئين (الجهة الأمامية والجهة الخلفية) على أساس قسم الدعم (التكنولوجيا، التسيير، العملياتي والوظيفي...) وقسم تفاعلي (المهنيون الذين يتوصلون بالزبون أنظمة المعلومات).¹ بتطبيق هذا النموذج على المؤسسة الصحية فإن عناصر إنتاج الخدمة تكون كالآتي:

☞ الزبون يعتبر العنصر الذي يمثل أساس النظام الانتاجي للخدمة الصحية، ومن المعروف أن الزبون يتجسد في دور المشتري الذي لا يمكنه اختراق محيط الإنتاج، لكن في إنتاج الخدمة الصحية الأمر مختلف تماما، وجود الزبون ضروري لإنتاج هذه الأخيرة ومن المألوف أن يعمل رفقة مقدمي الخدمة الممثلين في مهنتي الصحة والمساعدين، هذا الانتاج المشترك بين مقدم الخدمة وطالبا يمثل عاملا جوهريا يضيف للمؤسسة الصحية ميزة تنافسية إذ أحسنت إدارته واستغلاله.

☞ عاملوا الجهة الأمامية هم العاملون الذين لديهم علاقة مباشرة مع الزبون (الاطباء والممرضين...) ويقع على عاتقهم أداء الجزء الظاهر للخدمة الصحية وهم يعملون بصفة مشتركة مع الزبون وأحيانا من دونه وأحيانا مع عاملي الجهة الخلفية، ويستخدمون في بعض الحالات آلات وتجهيزات (وسائل طبية، أدوات جراحية...) إدارة العنصر البشري الخاص بهذه الجهة لها طبيعة خاصة، لأن حجم دور العلاقات الإنسانية كبير وحسب إدارة الفريق أمر حاسم للوصول إلى نتائج جيدة، ويجب دوما الأخذ بعين الاعتبار أن العنصر البشري العامل في الجهة الأمامية يمثل المؤسسة الصحية في أعين الزبائن.

☞ عاملو الجهة الخلفية يمثلون العناصر البشرية الغير ظاهرة للزبون.
☞ الإجراءات تتمثل في الإطار المحدد للعلاقات الداخلية بين عامل الجهة الأمامية والجهة الخلفية، وقد تمثل أيضا الإطار المحدد للعلاقات الخارجية مع الزبون.

☞ الوسائل المادية: تتمثل في مجموع العناصر المادية الملموسة لإنتاج الخدمة الصحية والتي تنقسم إلى نوعين: الآلات والأجهزة الضرورية لإنتاج الخدمة والبيئة المادية التي تنتج فيها الخدمة.

☞ موضوع الخدمة: أي الفكرة التي جاءت بالزبون والتي دفعت بمقدم الخدمة للعمل والمتمثلة بشكل أساسي في العلاج.²

¹ نجاة صغيرو، مرجع سابق، ص 23.

² المرجع نفسه، ص 24.

خلاصة:

نظرا للأهمية البالغة للخدمات الصحية فإنه يجب على المؤسسات الصحية أن توليها اهتماما كبيرا عند تقديمها للأفراد، والتي تهدف إلى حماية صحة المواطنين والارتقاء بها أي الخدمات المرتبطة بصحة المجتمع، حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة.

وقد تعرفنا في هذا الفصل على مراحل تطور الخدمات الصحية ومعرفة كافة العقبات التاريخية التي عرفتها المهنة، وكذلك الخصائص التي تميز الخدمات الصحية عن غيرها من الخدمات الأخرى، ومعرفة أنواع الخدمات الصحية التي تقدمها للمرضى وأهدافها التي تسعى إلى الوصول إليها وكذا معرفة الأسس ومستويات الخدمات الصحية، وفي الأخير المعايير التي تقدمها الخدمات الصحية للمرضى.

الفصل الثالث: واقع الخدمات الصحية

في المنظومة الجزائرية

تمهيد

أولاً- مفهوم المنظومة الصحية ومكوناتها

ثانياً- التطور التاريخي لقطاع الصحة في الجزائر

ثالثاً- تنظيم وهيكلية القطاع الصحي في الجزائر

رابعاً- المبادئ الأساسية لتقديم الخدمة في المؤسسة العمومية

خامساً- الاختلافات المتعلقة بالقطاع الخاص وشبه العمومي

خلاصة

تمهيد:

إن التطور العلمي في كافة فروع الطب والعلوم الصحية والتخصصات الدقيقة أدى إلى تغير جوهري في مفهوم الصحة والعلاج، وأصبحت الخدمات من أبرز القضايا الصحية التي تتطلب تدخلا حاسما من قبل الجهات المسؤولة والسعي إلى زيادة الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع والاهتمام بالخدمات الصحية، وتحول التركيز عند تقديم الخدمة الصحية من الكم إلى الكيف والسعي إلى تحسين الخدمات المقدمة في مختلف المؤسسات الصحية، وفي هذا الفصل سنحاول معرفة واقع الخدمات الصحية بالمنظومة الصحية الجزائرية.

وعليه سنحاول من خلال هذا الفصل التطرق إلى مفهوم المنظومة الصحية ومكوناتها وتنظيم وهيكله القطاع الصحي في الجزائر، كذلك التطور التاريخي لقطاع الصحة في الجزائر بالإضافة إلى المبادئ الأساسية لتقديم الخدمة الصحية في الجزائر في المؤسسة العمومية، وكذلك الاختلافات المتعلقة بالقطاع الخاص والشبه العمومي.

أولاً- مفهوم المنظومة الصحية ومكوناتها:

1. مفهوم المنظومة الصحية:

يتم تعريف المنظومة الصحية بالاعتماد على النظرة التحليلية التي تعتبر المنظومة على أنها نموذج يسمح بتحليل مجموعة عناصر مستقلة ليس لها معنى إلا في مجملها، هناك عدة تعاريف للمنظومة الصحية نذكر أهمها:

- المنظومة الصحية عبارة عن مجموع العناصر المتناسقة والمهيكله بهدف الوقاية، الترقية الصحية وتوزيع العلاج على جميع أفراد المجتمع، فيمكن القول أنها منظومة معقدة تسهم في الحماية، الإطعام وتحسين الوضع الصحي للأفراد مما يسمح لهم بالعمل، التفاعل والاتصال.¹
 - يعرف (J.FNYS) المنظومة الصحية على أنها "مجموع نشاطات مرتبطة فيما بينها، لها خصوصيات بالمقارنة مع النشاطات الاقتصادية والاجتماعية الأخرى التي تعمل من أجل الوصول إلى هدف معين، والتي تنشط داخل هذا المجموع عن طريق تفاعلات أجزائها فيما بينها مشكلة تجانس واستقرار زمني".²
 - كذلك هي عبارة عن أسلوب عمل واجراءات تسعى لتحقيق الأهداف الصحية في دولة ما، بتوفير أساليب عمل وطرق واجراءات يتم توزيعها على مختلف المؤسسات والمناطق الصحية لتحقيق الأهداف المسطرة.³
 - وعرفت منظمة الصحة العالمية على أنها: مجموع الموارد والمنظمات والأطراف التي تساهم في القيام بأنشطة صحية، والنشاط الصحي عبارة عن مجهود يكون هدفه الأساسي حماية وتحسين الصحة سواء كان ذلك في إطار الصحة الفردية أو العمومية أو في إطار متعدد القطاعات.⁴
- ### 2. مكونات المنظومة الصحية:

¹ وفاء سلطاني، مرجع سابق، ص 135.

² المرجع نفسه، ص 135.

³ صلاح محمد ذياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن، 2009، ص 52.

⁴ OMS, Rapport mondial sur la santé dans le monde pour un système plus performant. Genève 2000. P 8.

تعتبر الخدمات الصحية مخرجات المنظومة الصحية والهدف الذي تسعى إليه، حيث تقدم الخدمات الصحية بمستوياتها المختلفة لتلبية الحاجات الصحية والحفاظ عليها وتعزيزها، وحتى نتحصل على المخرجات لآبد من توفر مجموعة من المدخلات التي تعتبر من مكونات المنظومة الصحية، بالإضافة إلى الأنشطة التي تساعد على تحويل هذه المدخلات إلى مخرجات في شكل خدمات صحية، وفيما يلي مجموع العناصر المكونة للمنظومة الصحية:

1.2. الموارد البشرية:

تتطلب الخدمات الصحية وجود أفراد متخصصين في كافة المجالات الطبية كالأطباء الممارسين العامين، الحاصين والاستشاريين في جميع مجالات الطب، بالإضافة إلى الهيئة التمريضية والطبية المساعدة كالصيادلة، مختصي مختبرات الأشعة، التخدير والإنعاش، الرقابة الصحية، التأهيل والعلاج الطبيعي... إلخ، كذلك الموارد البشرية، الإدارية والمحاسبية والعاملين في مجال الصيانة والخدمات، ويجب أن تتميز هذه الموارد البشرية بمستوى عال من الخبرة والكفاءة والتعاون لينعكس ذلك على نوعية الخدمة الصحية.

2.2. الموارد المالية:

تتنوع مصادر التمويل الصحي، فالسلطات العمومية تعتبر المصدر الرئيسي لتمويل الخدمات الصحية العامة في العديد من الدول كمكافحة الأمراض المعدية، مراقبة الجوانب المهمة في سلامة البيئة والإشراف على برامج رعاية الأمومة والطفولة وبرامج التطعيم، إلا أن زيادة التكاليف والطلب على خدمات الرعاية الصحية الفردية التي تقدمها المؤسسات الصحية دون الزيادة في الانفاق الحكومي، عليها دفع ببعض الدول إلى البحث عن مصادر أخرى لتمويل هذه الخدمات حسب توجهاتها ومستوى تطورها، نذكر أهمها: التمويل عن طريق اشتراكات الضمان الاجتماعي، التمويل عن طريق الضرائب، التمويل من خلال التأمين الخاص.¹

3.2. الأجهزة والمعدات:

¹ المرجع نفسه، ص ص 136 - 137.

تعتبر من العناصر الرئيسية لتقديم الخدمات الصحية، حيث أن توفير الأجهزة والمعدات والآلات المتطورة والمزودة بتقنيات التكنولوجيا الحديثة تساعد على تشخيص الأمراض بدقة وعلاجها وزيادة مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة.

4.2 المباني والهياكل المستخدمة:

تشمل العيادات، المراكز الطبية، المستشفيات، الصيدليات، المستوصفات والمختبرات على أن تكون مصممة بشكل يساعد على تقديم الخدمات الصحية وفي ظروف بيئية مناسبة كأن تضم غرف المرضى، الحمامات، الممرات، محطات التمريض، ومخازن الأدوية وغيرها، حيث تتوفر على التهوية، الإنارة، التدفئة، النظافة، التآييث وأماكن الانتظار والراحة.

5.2 المرضى والمستفيدين من الخدمات الصحية:

هم جميع المستفيدين من الخدمات الطبية والرعاية الصحية، ورغم أنه من الصعب تلبيتها بشكل كامل إلا أنه يجب تلبية أكبر قدر منها، فيقدر تعدد حاجات المرضى أو متطلباتهم تتعدد وتتنوع المستويات الخاصة بالخدمات.

6.2 البحوث وتراكم المعارف:

تستفيد المنظومة الصحية من المعارف التي تنتجها البحوث العلمية والاختراعات بهدف تحسين العلاج ومكافحة الأمراض، كما تساهم في تخفيض التكاليف الصحية من خلال التشخيص المبكر لبعض الأمراض واعتماد المريض على نفسه في أخذ بعض العلاجات لسهولة مثل: إبر الأنسولين.¹

ثانياً - التطور التاريخي لقطاع الصحة في الجزائر:

لقد عرف قطاع الصحة في الجزائر حقبات تاريخية متباينة امتدت عبر سنوات طويلة تعتبر منعرجات حاسمة في تاريخ قطاع الصحة بالجزائر، وقد عرف القطاع الصحي انهيار في عدد العاملين حيث انخفض عدد الأطباء من 2500 طبيب منهم 285 جزائري و600 طبيباً واحداً لكل

¹ المرجع نفسه، ص 137.

100,000 ساكن متركزين في المناطق الكبرى، بالإضافة إلى طاقم صحي من الممرضين لا يتعدى 1380، أين الأغلبية غير مؤهلة وليست لديها شهادات وكذا انعدام التجربة لطاقم الإداري المسير.¹

1. مرحلة ما قبل الاستقلال:

كانت وضعية الصحة العمومية في الجزائر قبل الاستقلال مزرية جدا، حيث كان الشعب الجزائري يعاني من الفقر والحرمان وظروف المعيشة السيئة المخصصة لأغلبية الجزائريين من طرف المستعمر، ما أدى إلى أوضاع كارثية انتشرت فيها مختلف الأمراض الوبائية والمعدية مثل: الملاريا، السل، الكوليرا، التيفويد، الاسهال، أما نسبة الوفيات عند الأطفال فكانت من أعلى النسب في العالم، حيث لم يتمكن سوى القلة القليلة من المواطنين من الحصول على العلاج العام أو حتى الخاص إذ كان الأطباء والمستشفيات متركزة في المدن أين الكثافة الاستعمارية، أما المناطق الريفية ذات الأغلبية الجزائرية فهي تسير أمور مرضاها بالطب التقليدي والأعشاب الطبية لأنها تفتقر لأدنى المراكز الصحية.²

غداة الاستقلال كان وجوبا على الحكومة الفتية أن تعمل على تغيير هذا الوضع، فكان عليها تحديد الأولويات ومعرفة التحديات والرهانات عن طريق وضع سياسة وطنية صحية تهدف من خلالها إلى القضاء على الأمراض والأوبئة ومكافحة ظاهرة وفيات الأطفال التي كانت بنسبة عالية جدا، وكذا بناء الهياكل وتكوين الاطارات الطبية والشبه طبية والإدارية.³

وعليه، يمكن تقسيم هذه الفترة إلى عدة مراحل أساسية نبين من خلالها مدى حرص الحكومة الجزائرية على تطوير المنظومة الصحية وجعلها تتماشى واحتياجات السكان إلى الرعاية الصحية، وهذا من خلال وضع سياسات وطنية بمجموعة من البرامج والأهداف القصيرة المدى والمتوسطة وطويلة المدى، مع توفير الامكانيات والوسائل المتاحة في تلك الفترة.⁴

2. المرحلة من سنة 1962 إلى سنة 1965:

ورثت الجزائر سنة 1962 وضعية صحية يرثى لها، نتيجة الظروف الاجتماعية والاقتصادية وسوء التغذية وقلة النظافة ونقص التأطير خاصة في الميدان الطبي، بالإضافة إلى نقص التغطية الصحية مما

¹ حوالم رحيمة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان، أطروحة دكتوراه، جامعة تلمسان، 2010، ص 133.

² نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار الكتامة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2009، ص 132.

³ وفاء سلطان، مرجع سابق، ص 138.

⁴ المرجع نفسه، ص 138.

أدى إلى خلق فوارق اجتماعية وجهوية كبيرة، بالإضافة إلى هذه المعوقات الهيكلية والبشرية هناك المعوقات القانونية بحيث أن إنشاء وزارة الصحة العمومية كوزارة قائمة ومستقلة بذاتها لم يكن إلا في سنة 1965 بعدما كانت مندمجة ضمن وزارات أخرى.

وقبل سنة 1965 لم تكن البلاد تتوفر إلا على 1319 طبيبا منهم 285 جزائريا فقط، وهو ما يعادل طبيب واحد لكل 892 مواطن، و264 صيدليا أي صيدلية لكل 52,323 نسمة، أما أطباء الأسنان فكانوا حوالي 151 طبيبا أي طبيب واحد لكل 70688 نسمة.

أما من حيث الهياكل القاعدية فقد كان هناك عجز دائم، حيث كان قبل سنة 1969 قرابة 39,000 سرير بالمستشفيات، وما مميز هذه المرحلة هو الزيادة النسبية لقاعات العلاج مقارنة بسنة 1962، إن السياسة الصحية خلال هذه الفترة محدودة في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها، وكان ينبغي في أول الأمر إعادة إنعاش البنايات والهياكل التي خلفها الاستعمار¹، قبل توفير أدنى قسط من الخدمات الصحية للسكان، ومن جانب آخر كانت الدولة عازمة على تنمية سياسية على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيحية لبعض الأمراض الفتاكة والمعدية، وبهذا يمكننا القول أن السياسة الصحية بعد الاستقلال ارتكزت على شطرين أساسيين هما:

من جانب العمل على سياسة وطنية للصحة تهدف إلى القضاء على الأمراض الوبائية ومكافحة ظاهرة وفيات الأطفال من خلال تعميم العلاج الوقائي كالتلقيح ونظافة المحيط وحماية الأمومة والطفولة والنظافة المدرسية وطب العمل، ومن جانب آخر بناء الهياكل الصحية وتكوين الإطارات الطبية وشبه الطبية والإدارية والحصول على تجهيزات وتوفير التمويل الصحي الطبي.²

3. المرحلة من سنة 1965 إلى سنة 1979:

تميزت هذه المرحلة بجانبيين أساسيين هما: محاولة إرساء العلاج الأولي والمجاني من خلال توفير ومضاعفة قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو كل حي، فتعميم خدمات الوقاية والعلاج الأولي من جانب عن طريق زيادة الهياكل القاعدية يهدف من جهة إلى حماية المجتمع الجزائري الشاب (حوالي ثلاثة أرباع المجتمع أقل من 30 سنة)، وكذلك محاولة توفير تغطية صحية عادلة، فالملاحظ هو عدم وجود إنصاف وعدل بين المناطق الحضرية والريفية إذ نجد تمركز الموارد البشرية

¹ نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 132.

² المرجع نفسه، ص 132.

الطبية وشبه الطبية والهياكل القاعدية في المدن الكبيرة وغيابها تقريبا في المناطق الريفية وشبه الريفية هذه الأخيرة التي لا تحتوي إلا على بعض الأعوان الشبه طبيين الذين لم يتلقوا حتى التكوين الأساسي للتمريض.

ومن جانب آخر كان قرار مجانية الطب المتعلق بإنشاء قانون الطب المجاني خطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل ووضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية والاقتصادية للأفراد، وذلك بتسخير كافة الوسائل والاجراءات لحماية الصحة وترقيتها في البلد وتعميم صيغة مجانية النظام الصحي الوطني.¹

أما بشأن البرنامج الصحي في هذه المرحلة ومنذ 1975 شرع فريق عمل متعدد الاختصاصات في إعداد برنامج صحي لتطبيقه في المخطط الرباعي الثاني، وهكذا فقد تم تحديد المشكلات الصحية ذات الأولوية الارتباط مع تحديد المشكلات الاقتصادية والاجتماعية وهي كما يلي:

- المشكلات الصحية كمكافحة الأمراض المنتقلة مثل: الملاريا، السل، الرمد، الأمراض المعدية.
- مكافحة الأمراض الغير منتقلة كأمراض القلب، الأمراض العقلية.
- المشكلات المتعلقة بنظافة المحيط والأمن في العمل.
- المصالح المتعلقة بالقطاعات الصحية للوطن وتحسين وظيفتها في مجال الهياكل الصحة وتحديد المعايير التي تقود إلى التطور.

أما من حيث تمويل هذه الخدمات فقط قدرت نسبة الدولة بـ 60% من مجموع النفقات و30% من طرف الضمان الاجتماعي والباقية 10% من طرف السكان أو الأسر بحيث كانت هيئات الضمان الاجتماعي تغطي نفقات العلاج للمنتسبين إليها، وتطلع الدولة بالسكان أو الأسر المعوزين عن طريق الإعانة الطبية المجانية، وما يقدم كانتقاد لهذه المرحلة التاريخية هو عدم ترتيب الأولويات حسب أهميتها وانعدام أهداف واضحة موضوعة لهذا النظام أن لنا تسميته بنظام حيث كان الهدف هو تلبية الطلب قدر الإمكان، وفي النهاية نشير إلى المقترحات الهامة الخاصة بوضع نظام وطني للصحة في الجزائر من

¹ الجريدة الرسمية، العدد 1، الأمر رقم 73-65، المؤرخ 1973/12/28، الصادرة بتاريخ 1974/01/01 المتعلق بإرساء الطب المجاني في المؤسسات الصحية، ص 2.

خلال مقترحات اللجنة المركزية لحزب جبهة التحرير الوطني علما أنها مرتبطة بالمرحلة القادمة التي نتناولها في دراسة خاصة بها.¹

4. المرحلة من سنة 1979 إلى 1995:

تمثل هذه الفترة التاريخية مرحلة تقييم السياسات التنموية بما فيها السياسة الصحية، التي عملت الوصاية على تحديد معالمها المستقبلية والخطوط الرئيسية الواجب اتباعها، وقد عرفت هذه المرحلة بمرحلة إصلاح القطاع الصحي، وكانت الدولة هي الفاعل الوحيد تقريبا في مجال توجيه وتحقيق وتمويل الاستثمارات الصحية، وقد حدث انعطاف مهم في اتجاهات السياسة الصحية إذ حققت المؤسسة الصحية الجزائرية قدرا من التقدم في المجال الصحي.

وكانت من أهم الاهتمامات خلال هذه الفترة العمل على التثقيف الصحي للسكان خاصة في الأرياف من خلال وحدات العلاج التي تم إقامتها هناك، واعتمد في ذلك على وسائل الإعلام بدرجة كبيرة من أجل تبليغ الرسالة الصحية لفئات عديدة من المجتمع من ضرورة دعم المؤسسة الصحية.

واصلت الدراسة تطور النظام الصحي في ظل الطب المجاني لأهميته، وذلك في مرحلتي الثمانينات وبداية التسعينات، وما نسجله في هذه المرحلة هو إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986، وهي المراكز الاستشفائية الجامعية وكذا المنشور الوزاري سنة 1985 والمتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الاستشفائي، بالإضافة إلى الإشارة في قانون المالية سنة 1993 أنه في بداية من هذه السنة تتولى الدولة التكفل بالوقاية والبحث بالمعوزين أما باقي العلاجات فتكون وفق نظام تعاقدى بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي.

5. المرحلة من سنة 1996 إلى 2007:

رغم الايجابيات التي حققها النظام الصحي المطبق في الجزائر خلال الفترة السابقة إلا أن هناك العديد من التحديات التي كان على القطاع مواجهتها، فمثلا مجانية العلاج والارتفاع المفرط في النفقات الصحية بالإضافة إلى تدهور جودة الخدمات الصحية، كل هذا شكّل عائقا حقيقيا للنظام الصحي بالجزائر وفرض انتهاج سياسة إصلاحية ورؤية استراتيجية ترفع من فعالية أداء القطاع وكفاءته.²

¹ المرجع نفسه، ص 2.

² نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 137.

أما المؤشرات الصحية الخاصة بسنة 2005، فقد عرفت بعض التحسن والدليل على ذلك تقرير المنظمة العالمية للصحة بشأن الجزائر، حيث اعتبرت المنظمة أنه بالرغم من المبالغ المالية العمومية المرصودة للقطاع الصحي في الجزائر والمقدر ب 9.10% من الميزانية العامة إلا أن الخدمات الصحية لا سيما ما يتعلق بوفيات الأطفال دون المستوى، والسبب في ذلك وجود سياسة استراتيجية ناجعة، وسوء توزيع الأطباء والتفاوت فيما يخص الرعاية الصحية... كما أن الأموال وحدها لا تحقق الأهداف والنتائج.¹

6. المرحلة ما بعد سنة 2007:

تتميز هذه المرحلة بمواصلة إصلاح النظام الصحي بالجزائر، إذ تمثل هذه الفترة امتدادا للمرحلة السابقة، ويمكن إيجاز بعض أهم معالمها فيما يلي:

- البداية التدريجية في تجسيد النظام التعاقدى للعلاج في المستشفيات وتطبيقه بصورة نهائية خلال سنة 2009.
- صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007، والذي أدى إلى إعادة هيكلة الخارطة الصحية المعمول بها قبل سنة 2007 وتطبيق الهيكلة الجديدة ابتداء من 01 جانفي 2008 التي تحول وتصنف جميع الهياكل والمؤسسات الصحية إلى مؤسسات عمومية استشفائية (EPN)، ومؤسسات عمومية للصحة الجوارية (EPSP).
- وضع برنامج المخطط التوجيهي للصحة في الجزائر المقدر بتكلفة 2000 مليار دينار جزائري والمخطط للفترة من سنة 2009 إلى سنة 2025.²

من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية المتخصصة والقطاعات الصحية والمراكز الاستشفائية الجامعية، وفي سنة 2007 يعاد تنظيم القطاعات الصحية لتصبح المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص، وهي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن، وكانت سنة 2012 سنة للمكتسبات حيث يجمع المتتبعون للقطاع الصحي على تحقيق قفزة

¹ المرجع نفسه، ص 137.

² بوراحة أمال، التطور الصحي في الجزائر وعلاقته بتحسين المؤشرات الصحية، جامعة وهران 2، 2018، ص 04.

تتميز من حيث الكم والنوع بفضل الاهتمام الطبي أولته الدولة، غير أنه لا تزال هناك اختلالات تعتري مجال الصحة حسب آراء المختصين.

وعلى العموم، ورغم مختلف التطورات والانجازات الإيجابية التي حققها النظام الصحي في الجزائر منذ الاستقلال إلى تاريخنا هذا، إلا أن هناك العديد من الصعوبات حالت دون تجسيد النظام لمجموعة من أهدافه التي يبقى السبيل الأساسي لبلوغها هو تغيير التصرفات التسييرية في القطاع حسب رأينا، فالمشكل في الجزائر ليس مشكل موارد مالية أو إمكانيات أو حتى كفاءات تقنية بشرية بقدر ما هو مشكل تنظيمي وتسييري.¹

ثالثا- تنظيم هيكله القطاع الصحي في الجزائر:

1) تنظيم القطاع الصحي: تشمل المنظومة الصحية الجزائرية ثلاثة مستويات أساسية هي:

➤ المستوى المركزي:

تشتمل الوزارة عشر وحدات مؤسسة عن طريق مرسوم ومنسقة عن طريق الأمين العام، إضافة إلى ذلك توجد لجان وطنية وأخرى قطاعية تستمد سلطتها مباشرة من الوزارة المكلفة بالصحة والسكان، حيث تقوم هذه اللجان بالفحص كما أنها تلعب في الغالب دور مهم في تنمية ومتابعة وتقييم البرامج الوطنية للصحة، وفي المقابل توجد هيئات تحتوي وصاية الوزارة ومسيرة من طرف مجالس الإدارة.

➤ المستوى الجهوي:

من أجل تحقيق التناسب بين عرض العلاج واحتياجات السكان وضمان مبدأ المساواة والعدالة في مجال الاستفادة من العلاج، أسست الجهوية الصحية سنة 1995، ويعتبر المجلس الجهوي للصحة هيئة تتكون من عدة قطاعات مهمتها الفحص مكلفة بتدعيم التشاور بين المتدخلين والمجتمع المدني فيما يتعلق بالتوجيهات الاستراتيجية اتخاذ القرار، وعلى الخصوص تخصيص الموارد وعلى المستوى القانوني والوظيفي يمكن اعتبار المراقبين الجهويين للصحة كملحقات للمعهد الوطني للصحة العمومية تمارس مهمة خاصة مرتبطة بالمعلومات الصحية.

توجد خمس مناطق صحية: منطقة الوسط تضم 11 ولاية، ومنطقة الشرق تضم 14 ولاية، أما منطقة الغرب فهي تضم 11 ولاية، ومنطقة الجنوب تنقسم إلى قسمين منطقة الجنوب الشرقي التي تضم 07

¹ المرجع نفسه، ص 04.

ولايات، ومنطقة الجنوب الغربي تضم 05 ولايات، والجدير بالإشارة أن المستوى الجهوي يبقى افتراضي حيث لا توجد استقلالية مالية على مستوى المنطقة وتبقى غير محددة بصورة جيدة على مستوى الهيكل القانوني.¹

⇒ المستوى الولائي:

بما أن الجزائر تنقسم إداريا إلى 48 ولاية، فلكل منها مديرية للصحة والسكان طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997، المتعلق بتحديد القواعد التنظيمية وتشغيل مديريات الصحة والسكان والوارد بالجريدة الرسمية رقم 47، تتمثل مهامها في جمع وتحليل المعلومات الصحية ووضع حيز التطبيق البرامج القطاعية للنشاط الصحي وتقييمها، فمديرية الصحة والسكان مهمتها القيام بتنسيق نشاطات المنشآت والهيكل الصحية، كما تمارس وصايتها ومراقبتها على هيكل القطاع الخاص مكاتب طبية، صيدليات، مخابر التحاليل والأشعة، عيادات خاصة إلى جانب المنشآت الصحية العمومية المتمثلة في:

- المنشآت الصحية المتخصصة (EHS).
- القطاعات الصحية (SS).
- المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU).²

(2) الهياكل والمؤسسات بالمنظومة الصحية: تقوم الوزارة الوصية بالإشراف وتسيير القطاع الصحي في الجزائر، الذي يتكون من مكونين هما القطاع الصحي العام والقطاع الخاص يخضع للمراقبة وشروط الممارسة التي تفرضها الوزارة الوصية مع الإشارة إلى هيمنة القطاع العام على الخدمات الصحية في الجزائر.

⇒ المؤسسات الصحية العمومية:

تقسم الخريطة الصحية المعاد هيكلتها من خلال المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 الهياكل والمؤسسات الصحية العمومية في الجزائر إلى ما يلي:

¹ أمير جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر، 2009، ص 178.

² المرجع نفسه، ص 178.

- **المركز الاستشفائي الجامعي (CHU):** هو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري يتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي بناء على اقتراح مشترك بين وزير الصحة ووزير التعليم العالي والبحث العلمي، يصدر مرسوم تنفيذي يرخّص بإنشاء مركز استشفائي جامعي تتمثل مهامه الأساسية في تغطية الاحتياجات الصحية والتكوينية بالإضافة إلى ميدان البحث العلمي والأعمال الدراسية.¹
- **المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS):** هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، توضع تحت وصاية والي الولاية، تتميز بتكفلها بنوع معين من العلاج التخصصي دون غيره، وبالإضافة إلى ذلك فهي تقوم بتنفيذ نشاطات الوقاية، التشخيص والعلاج، إعادة التكييف الطبي والاستشفاء، تطبيق البرامج الوطنية الجهوية والمحلية للصحة، المشاركة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتحسين مستوياتهم.
- **المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH):** هي مؤسسة عمومية ذات الطابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، تخضع لوصاية الوالي، تتكون من هياكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تعمل على تغطية سكان بلدية واحدة أو عدة بلديات، وتتمثل مهام المؤسسات العمومية الاستشفائية في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان من خلال ضمان تنظيم وبرمجة وتوزيع العلاج، التشخيص وإعادة التكييف الطبي والاستشفاء، تطبيق البرامج الوطنية الصحية، ضمان حفظ الصحة والنظافة، مكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية، تجديد معارف مستخدمي الصحة والعمل على تحسين مستواهم.
- **المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP):** قانونيا لها نفس تعريف المؤسسة العمومية الاستشفائية، إلا أنها تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج، وتتمثل مهامها في تشخيص المرض والعلاج الجوّاري والفحوصات الخاصة بالطب، الفحوصات الخاصة بالطب المتخصص القاعدي، الأنشطة المرتبطة بالصحة الإيجابية والتخطيط العائلي، تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.²
- **العيادة متعددة الخدمات (Polyclinique):** وتتمثل المهام الأساسية لها في تقديم مختلف الخدمات الصحية والاستعجالية والفحوصات العامة المتخصصة، الإشراف الفني والإداري على

¹ أنشأت المراكز الاستشفائية الجامعية بموجب القانون رقم 74-100 الصادر بتاريخ 1973/06/13.

² وفاة سلطاني، مرجع سابق، ص ص 145-146.

المراكز الصحية، البلدية تقوم بالوساطة بين المركز الصحي والمستشفى مع الإشارة أنه منذ سنة 2007 تم إلغاء المراكز الصحية وتحويلها إلى عيادات متعددة الخدمات.¹

☞ المؤسسات الصحية الخاصة:

في السابق كان نشاط القطاع الخاص في مجال الخدمات الصحية مقتصرًا على عيادات الفحص والتشخيص، ثم إضافة هياكل جديدة هي العيادات الاستشفائية ذات الأنشطة الطبية والجراحية بما في ذلك أمراض النساء والتوليد وعيادات الفحص الطبي والعلاج وعيادات جراحة الأسنان والصيدليات، بالإضافة إلى مخابر التحاليل الطبية ومخابر النظرات والأجهزة الاصطناعية الطبية.

وقد اشترط المشرع الجزائري في إطار ممارسة الخواص للنشاطات المرتبطة بتقديم الخدمات الصحية على أن تستغل هذه العيادات عن طريق طبيب أو مجموعة أطباء من ذوي الاختصاص أو عن طريق جمعيات وتعاضديات لا تهدف إلى الربح.

والجدير بالذكر هو أنه رغم عدم وجود ما يمنع ذلك إلا أن الجزائر لا تحتوي على مستشفيات ضخمة خاصة في شكل المراكز الاستشفائية الجامعية، فرغم أن القانون الجزائري يرخص لأي مستثمر له المؤهل، القدرة والرغبة في القيام بهذا التوظيف المالي.²

رابعاً- المبادئ الأساسية لتقديم الخدمة في المؤسسة العمومية:

هناك من يعتبر هذه المبادئ أنها خصائص تميز الخدمة العمومية عن غيرها من الخدمات، وقد ينظر إلى هذه المبادئ التي تعتبر تقليدية عن بعض الباحثين وفقاً لجانين، منها ما يتعلق بالجانب القانوني والإداري لتقديم الخدمة العمومية ومنها ما يتعلق بطبيعة المشاريع الهادفة إلى تقديمها، ويمكن أن نعرض هذه المبادئ بصورة عامة فيما يلي:

1. الاستمرارية (La continuité):

يجب أن يتسم تقديم الخدمة العمومية بالاستمرارية والانتظام، وذلك بإتاحة الخدمة لأي فرد يحتاجها في ظل ظروف محددة، إلا في حالات يعتد على هيئات تقديم الخدمة أن تستمر في تقديمها.

¹ المرجع نفسه، ص ص 146 - 147.

² المرجع نفسه، ص 147.

وتعد من أهم مبادئ الخدمة العمومية على أساس ضرورتها للمجتمع وعدم الاستغناء عنها، ويثير هذا المبدأ قضية مهمة وهي هل يسمح بحق الإضراب في المؤسسة العامة أو المرفق العام، ولهذا السبب تخضع المؤسسات العامة لنظام قانوني خاص يضمن استمرارية سيرها وعدم التوقف أو انتهاء نشاطها.

2. المساواة (L'égalité):

هي مبدأ أساسي في تقديم الخدمة العمومية، كما أنه عامل من عوامل الديمقراطية الإدارية، مضمون هذا المبدأ هو أنه ينبغي أن يحصل جميع أفراد المجتمع على الخدمة العامة، وأن تتشابه الضريبة أو الرسم في المواقع المتشابهة، وأن يدفع الجميع بنفس الطريقة ويحصل على جميع الضمانات، هذا المبدأ يتضمن ضرورة توفير الخدمة العامة بدون عوائق وإتاحتها لجميع المواطنين دون استثناء بصورة عادلة.

3. الموائمة (La mutabilité):

إن المنفعة ومن ثم الخدمة العامة تتطور مع مرور الزمن وتطور المجتمعات، ومن ثم فمن الضروري وفقا لهذا المبدأ أن تقدم الخدمة بكفاءة وأن يساير تقديمها تطور حاجات المواطن (الزبون)،¹ على اعتبار أن هذه الحاجات تتغير وتتطور مع الزمن خاصة وأن المحيط بجميع مجالاته يتميز بالتغيير وعدم الثبات، على غرار هذه المبادئ نجد أن الخدمة العامة تجمع بين عنصرين أساسيين هما الطابع الخدمي والعمومي واللذان تحكمهما الميزات التالية:

- علاقة عدم البيع: تتميز الخدمات العامة المقدمة من طرف الهيئات العمومية بالمجانبة عموما أو بسعر يقل الربح فيه إلى الصفر، فقد يدفع المرتفق مبلغ رمزي في صورة رسم أو ضريبة في أغلب الأحيان، ثم يتم الحصول على الخدمة دون توفر خاصتي التبادل المباشر الذي تتميز به النشاطات الاقتصادية الأخرى كبيع السلع أو الخدمات المقدمة من طرف القطاع الخاص أين يتم دفع الثمن بشكل مباشر.
- المنفعة العامة كهدف أساسي للخدمة العامة: إن الهدف الأساسي للنشاط الحكومي ومن ثم المنظمات المقدمة للخدمة العمومية هو المنفعة العامة.

¹ ضحاك نجلة، تحسين تسيير النظام الصحي عن طريق الخدمات الصحية بالجزائر دراسة حالة المؤسسات الاستشفائية في القطاع العمومي، أطروحة دكتوراه، تخصص تسيير، جامعة الجزائر 3، 2012، ص 54.

- الرقابة العامة: تخضع أنشطة الهيئات العمومية ومن ثم الخدمة العامة للرقابة متعددة الأطراف، منها الوصايا المباشرة بهيئة الدولة فضلا عن المجتمع المدني على أساس أنه الممول الأساسي والفعلي لنشاط هذه المرافق، ومع تعدد هذه الأطراف التي تتميز أهدافها أحيانا بالتعارض فإنه كثيرا ما تكون هذه الرقابة فعالة أحيانا وفاشلة أحيانا أخرى حسب الهدف منها وحسب مصلحة كل طرف.

إن مبادئ الخدمة العامة كالمساواة في المعاملة، الاستمرارية والتكيف مع التغيرات التكنولوجية أيضا الحياد والشفافية لا تتوقف عن التطور، فقد حدث جدالا بين مؤيدي الخدمة العامة على الطريقة الكلاسيكية وبين مؤيدي التحديث في إطار التفتح على المنافسة، فضلا عن ذلك فإن المستفيدين من الخدمة يظهرون بشكل متزايد متطلبات مختلفة عما كانت عليه فأصبح معيار الفعالية أهم من الاستمرارية.¹

خامسا - الاختلافات المتعلقة بالقطاع العام والشبه العمومي:

القطاع الخاص له مكانة مهمة ضمن مؤسسات النظام الصحي في الجزائر، إذ نجد أن الولايات العيادات الخاصة تعمل بصفة منتظمة، تتنافس الهياكل الاستشفائية العمومية بل وتمتص قدراتها البشرية وكفاءتها الطبية وتتافسها في نوعية الخدمات المقدمة، فهذه الازدواجية خلقت مشكلة عدم توازن بين القطاعين بسبب عدم مراقبة الظروف وأساليب النشاطات الخاصة بالقطاع الخاص، والتي تهدف في معظم الأحيان إلى أهداف تجارية بحثية وتستقطب فئة قادرة على دفع مستحقات العلاج المفروضة، فرغم التطور الحاصل في القطاع الخاص إلا أنه يعاني من العديد من الاختلالات ومنها:

- غياب قانون أساسي يحكم المؤسسات الطبية الخاصة والشبه العمومية.
- عدم احترام دفتر الشروط الخاص بهذه المؤسسات.
- غياب المعايير التطبيقية في القطاع الخاص فيما يخص تنظيم النشاطات الطبية.
- عدم احترام مدونة النشاطات والأسعار الطبية رغم أنها تبقى محل نقاش.
- غياب التعاون والتكامل بين القطاع الخاص والقطاع العمومي للصحة
- عدم التحكم في تحديد مستحقات وتكاليف النشاطات بالإضافة إلى مشكل الاستفادة من العلاج بالنسبة للشرائح المعدومة.

¹ المرجع نفسه، ص ص 55-56.

- غياب المشاركة في نظام الإعلام الصحي والنشاطات الوقائية والاستجابالات.

كل هذه الاختلالات التي تجسدها هذه الوضعية للمنظومة الصحية بالجزائر تستلزم حتميا اصلاح جذري للمستشفيات بصفة خاصة وللمنظومة الصحية الوطنية بصفة عامة لأن مجرد نية التغيير لا تمكننا من تدارك هذه المشاكل والمعوقات.¹

خلاصة:

ومما سبق، نلاحظ أن واقع النظام الصحي في الجزائر وبالرغم من التطور الذي شهده سعيا وراء تحسين مستوى خدماتها من خلال انتاج سياسات إصلاح كثيرة، إلا أنه مازال يعاني من مجموعة من المشاكل التي جعلته يبقى بعيدا نوعا ما عن المستوى المطلوب مقارنة بالدول المتطورة، وهذا كله كان نتيجة عدة عوامل أثرت عليه سلبا، منها نقطة التجهيزات والمعدات الطبية الحديثة والمتطورة التي تسهل عملية الرعاية الصحية، تركز المؤسسات الصحية في المدن الكبرى وغيابها في المناطق النائية، ولهذا يجب على الجهات المعنية العمل من أجل النهوض بالقطاع الصحي ليصل إلى المستوى المطلوب.

¹ سعيدان رشيد، بوهنة علي، واقع الخدمات الصحية من خلال الإصلاحات، مجلة البشائر الاقتصادية، العدد 1، جامعة بشار، 2015، ص 05.

الفصل الرابع: الدراسة الميدانية

وإجراءاتها المنهجية

تمهيد

أولاً- الإجراءات المنهجية للدراسة

ثانياً- تحليل البيانات وتفسيرها

ثالثاً- النتائج العامة للدراسة

خاتمة

تمهيد:

إن الدراسة الميدانية هي أهم من عرج يسلكه الباحث في طريقه لاكتشاف الحقيقة العلمية للمشكلة أو الظاهرة التي هو بصدد دراستها، إذ بعد التعرض لمختلف الجوانب النظرية للبحث سيتم التطرق في هذه المرحلة إلى جمع البيانات وتحليلها وتفسيرها بطريقة علمية، وذلك بعد عرض الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة، ثم بعد ذلك تم عرض النتائج المتحصل عليها لنصل في الختام لمجموعة من التوصيات والمقترحات.

أولاً- الإجراءات المنهجية للدراسة:

(1) منهج الدراسة:

يعرف المنهج على أنه الطريقة التي يستعين بها الباحث لمواجهة مشكلة بحثه أو في دراسة مشكلة موضوع البحث.¹

إن منهج الدراسة هو الطريقة الموضوعية التي يسلكها الباحث عند قيامه بالدراسة أو عند تتبعه لظاهرة معينة، من أجل تحديد أبعادها بشكل شامل وحتى يتمكن من التعرف عليها، تميزها معرفة أسبابها ومؤثراتها والعوامل المؤثرة فيها للوصول إلى نتائج محددة.²

وانطلاقاً من طبيعة الدراسة، ومن أجل الحصول على معلومات دقيقة وموضوعية، فقد اعتمدنا على المنهج المقارن الذي يعتمد على المقارنة في دراسة الظاهرة، حيث يبرز أوجه التشابه وأوجه الاختلاف فيما بين ظاهرتين أو أكثر، ويعتمد الباحث من خلال ذلك على مجموعة من الخطوات من أجل الوصول إلى الحقيقة العلمية المتعلقة بالظاهرة المدروسة.

والمنهج المقارن هو مجموعة من العمليات الذهنية محددة في ذات الوقت، يعتمد على التحليل والتركيب ووصف الظاهرة وعدم عزلها عن سياقها التاريخي، الثقافي، الاجتماعي...، فهو هدف في حد ذاته تكون المقارنة مهيمنة على البحث ككل.³

وقد تم استخدام المنهج المقارن في التطرق إلى وجه الشبه والاختلاف في الخدمات بين قطاعين صحيين مختلفين، أحدهما قطاع عام والآخر قطاع خاص، حيث أن الخدمات المقدمة للمرضى في كلا القطاعين مختلفة من حيث النوعية والجودة وطريقة تقديم هذه الخدمات.

(2) أدوات جمع البيانات:

إن طبيعة الموضوع وخصوصيته والفروض تدفع الباحث إلى استخدام مجموعة من التقنيات والأساليب لاكتشاف وفهم طبيعة الظواهر الاجتماعية ومتغيراتها، ومن الأدوات البحثية التي استعنا بها في دراستنا:

¹ علي عبد الرزاق، السيد عبد العاطي، مناهج البحث العلمي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2007، ص 11.

² خالد الهادي، قدي عبد المجيد، المرشد المفيد في المنهجية وتقنيات البحث العلمي، الجزائر، دار هومة، 1996، ص 22.

³ أحمد مجدي، المنهج المقارن (الأهداف، الخصائص، الخطوات)، عن موقع: www.maktabtk.com، تمت زيارة الموقع بتاريخ 2023/3/26، على الساعة 13:50.

الملاحظة:

وهي مشاهدة الظواهر من قبل الباحث أو من ينوب عنه أنها الاعتبار المنبه للظواهر والحوادث، بقصد تفسيرها واكتشاف أسبابها والتنبؤ بسلوك الظاهرة والوصول إلى القوانين التي تحكمها.¹ فهي تعبر عن تفاعل وتبادل المعلومات بين شخصين أو أكثر أحدهما الباحث والآخر المستجيب أو المبحوث لجمع معلومات محددة حول موضوع معين، ويلاحظ الباحث أثناءها ردود فعل المبحوث.² وقد قمنا بالاعتماد على الملاحظة البسيطة، حيث أن ملاحظة الظواهر تحدث طبيعياً دون إخضاعها للضبط العلمي أي دون إعداد مسبق أو أدوات تسجيل، وتخدم هذه الملاحظة الدراسات الاستطلاعية التي تهدف إلى جمع البيانات الأولية عن الظاهرة لدراستها بشكل متعمق.³ وقد تم استعمالها خلال المرحلة الاستطلاعية أثناء زيارة مكان إجراء الدراسة الميدانية، من أجل التعرف أكثر على المكان الذي سنجري فيه الدراسة وتحسس الصعوبات الموجودة فيه، وكذلك خلال عملية توزيع الاستمارات ومقابلة المرضى المتواجدين في المستشفى.

الاستمارة:

وهي عبارة عن مجموعة من الأسئلة وضعت من قبل الباحث لاستنباط معلومات معينة تتعلق بموضوع أو مشكلة محددة.⁴ وهي أيضاً جملة من الأسئلة المهيكلة شكلاً ومضموناً، تهدف إلى معالجة موضوع اجتماعي عبر الحصول على معلومات معينة ذات علاقة به، وتعتبر المرحلة الأخيرة قبل تحليل المعطيات واستخراج النتائج العملية.⁵

وقد استخدمت هذه الأداة في دراستنا، وقمنا بصيغة أمثلتها في شكلها النهائي وهذا بعد عرضها على الأساتذة المحكمين من أعضاء هيئة التدريس لقسم علم الاجتماع، وعلى ضوء آرائهم تم تعديل بعض الأسئلة وإضافة أسئلة أخرى وحذف البعض الآخر وتضمن 32 سؤالاً وكانت منها المغلقة والمفتوحة لكي

¹ فايز جمعة صالح النجار، أساليب البحث العلمي، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008، ص 68.

² محمد عبيدات وآخرون، منهجية البحث العلمي-القواعد والمراحل والتطبيقات، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 1999، ص 13.

³ فايز جمعة صالح النجار، مرجع سابق، ص 69.

⁴ فوزي عبد الخالق، علي إحسان شوكت، طرق البحث العلمي، مؤسسة الثقافة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2014، ص 90.

⁵ عبد الوهاب بوحديبة، مناهج البحث العلمي وأدواته في العلوم الاجتماعية، مركز النشر الجامعي، تونس، 2004، ص 90.

المنهجية

نترك للمبحوث الحرية للإدلاء برأيه، وعليه تم إعداد استمارتين متشابهتين من حيث الأسئلة أحدهما موجهة للقطاع العام والأخرى موجهة للقطاع الخاص، وقد قسمت هاتين الاستمارتين إلى أربع محاور رئيسية على النحو الآتي:

- **المحور الأول:** بيانات أولية تضم خمس أسئلة خاصة بالمعلومات الشخصية للمبحوثين.
 - **المحور الثاني:** بيانات خاصة بنوع الخدمات الصحية المقدمة للمرضى في القطاع العام والقطاع الخاص.
 - **المحور الثالث:** بيانات خاصة بمدى ارتقاء الخدمات الصحية في القطاع العام والخاص إلى المستوى المطلوب.
 - **المحور الرابع:** بيانات خاصة بالمشكلات التي تواجه المرضى أثناء تلقيهم للخدمات الصحية في القطاع العام والقطاع الخاص.
- ☞ **المقابلة:**

تعد المقابلة وسيلة فعالة في العديد من البحوث الاجتماعية لما تمتاز به من رصد انفعالات واستجابات المبحوثين، وهي أمور قد لا يكون من الممكن جمعها بطرق أخرى.

وهي تفاعل نمطي يتم بين شخصين في موقف مواجهة، حيث يحاول أحدهما وهو القائم بالمقابلة أن يستفسر بعض المعلومات أو التغييرات لدى المبحوث والتي تدور حول آرائه ومعتقداته¹، وقد تم استخدامها من أجل الحصول على المعلومات الخاصة بالمجال المكاني للدراسة، وهذا أثناء مقابلة بعض المسؤولين في المؤسسة التي تمت فيها الدراسة الميدانية واحتوت على 6 أسئلة مفتوحة كما هو مبين في الملاحق (دليل المقابلة).

☞ **السجلات والوثائق:**

تعتبر الوثائق والسجلات من الأدوات الهامة في جمع المعطيات الميدانية لا سيما المتعلقة بالمجال المكاني للدراسة، حيث تم الاستعانة بها في التعريف بالهيكل التنظيمي للمستشفى في القطاع العام والخاص، وقد تم الحصول عليها من طرف المسؤولين في المؤسسة (المستشفى) وتتضمن المعلومات والمعطيات التي تخص مجتمع البحث.

¹ محمد حسن عبد الباسط، أصول البحث الاجتماعي، مكتبة وهبة، القاهرة، مصر، 1982، ص ص 30-31.

3) مجالات الدراسة:

إن البحوث العلمية طبيعتها تنقسم إلى بحوث نظرية وبحوث ميدانية، غير أن هذه الأخيرة تعتبر أهم نقطة في البحوث العلمية، حيث تتطلب منا بالدرجة الأولى تحديد كل من المجال المكاني والزمني والبشري للدراسة.

➤ المجال المكاني: (*)

المجال المكاني هو البيئة أو الميدان الذي أجريت فيه الدراسة الميدانية، ولقد أجريت هذه الدراسة بمؤسستان استشفائيتان هما: المؤسسة الاستشفائية العمومية الأمير عبد القادر وادي الزناتي، التي أنشأت في 1969 وهي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، تتمتع بمكانتها المرموقة في مجال الصحة وتتمتع بالاستقلال المالي، وتوضع تحت وصاية مديرية الصحة لولاية قالمه، وتقدم للمواطن عدة خدمات على مدار 24 ساعة، وتحتوي على 12 مصلحة و24 وحدة استشفائية بالإضافة إلى المصلحة الإدارية حيث بلغ عمال الفريق الطبي 79 وعدد عمال الإدارة 56 عامل.

والعيادة الخاصة ماسينيسا الخروب والتي أنشئت في 1 جوان 2008، كانت عبارة عن مؤسسة صغيرة ثم تم تطويرها وأصبحت متعددة الأقسام منها قسم الاستعجال، قسم النساء والتوليد، التحاليل الطبية، الجراحة العامة، الصيدلة وغيرها، تهدف هذه المؤسسة إلى توفير جميع وسائل الراحة للمرضى، الريح، بالإضافة إلى السعي وراء كسب المكانة الجيدة في الوسط الاجتماعي.

وتتوفر العيادة على طاقم طبي متكون من 14 طبيب مختص، اثنين طبيب عام، الولادة وأمراض النساء، 2، الأشعة طبيب واحد، الصيدلة 2، الممرضون 20 ممرض، عمال النظافة 16، الأمن 11.

➤ المجال الزمني:

لقد كانت البداية الأولى للدراسة في شهر نوفمبر 2022، حيث تم من خلالها جمع المادة العلمية للتراث النظري الخاص بالموضوع قصد إعداد خطة عملية للوصول إلى الأهداف المرجوة، وبعد الانتهاء من الجانب النظري تم الشروع في الجانب الميداني وهذا عبر المراحل الآتية:

(*) معلومات تم الحصول عليها من طرف إدارة المستشفى، وعن طريق المقابلة التي أجريت مع المسؤولين في المؤسسة.

المنهجية

- المرحلة الاستطلاعية: وكانت هذه المرحلة في شهر فيفري 2023، تم فيها تحديد المكان الذي سيتم فيه الدراسة والحصول على الموافقة من طرف مسؤولي المؤسسات الاستشفائيتين العمومية بوادي الزناتي ولاية قالمة والعيادة الخاصة ماسينيسا بالخروب ولاية قسنطينة.
 - مرحله توزيع الاستمارات: تمت هذه المرحلة في شهر مارس 2023، وهذا بعد الحصول على الشكل النهائي للاستمارة.
 - مرحلة جمع وتحليل البيانات: بدأت هذه المرحلة في بداية شهر أبريل 2023، فبعد جمع كل الاستمارات تم تفرغها في جداول إحصائية تصنف فيها الإجابات، وذلك من أجل الوصول إلى تحديد النسب المئوية التي على ضوءها يتم تحليل البيانات المتوصل إليها في الدراسة الميدانية.
- **المجال البشري:**

تمثل المجال البشري للدراسة في كافة المرضى الذين دخلوا المستشفى طيلة فترة دراستنا في كل من القطاعين العام مستشفى الأمير عبد القادر وادي الزناتي والخاص عيادة ماسينيسا الخروب، والبالغ عددهم 60 مريضا، ونظرا لصعوبة إحصائهم بسبب دخولهم وخروجهم من المستشفى فقد تقرر استخدام أسلوب المعاينة.

(4) العينة، اختيارها وتحديدها:

بما أننا نسعى في هذه الدراسة إلى تحقيق أهداف معينة، فقد استلزم ذلك استعمال طريقة العينة القصدية أو العمدية، وهي نوع من العينات غير العشوائية يكون الاختيار فيها على أساس حرص من الباحث وحسب طبيعة بحثه، بحيث يحقق الاختيار هدف الدراسة أو أهداف الدراسة المطلوبة، وعليه فالباحث في مثل هذه الحالة يقدر حاجته إلى المعلومات ويختار عينة بما يحقق له غرضه.¹

وقد بلغت العينة في حجمها النهائي 60 مريضا موزعة على النحو الآتي: 30 مريض في القطاع العام والمتمثل في المؤسسة الاستشفائية الأمير عبد القادر بوادي الزناتي، و30 مريض في القطاع الخاص والمتمثل في العيادة الخاصة ماسينيسا الخروب.

¹ دوقان عبيدات وآخرون، البحث العلمي بمفهومه، أدواته، أساليبه، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2001، ص 112.

ثانياً - تحليل البيانات وتفسيرها:

1. خصائص عينة الدراسة:

يجدر بنا قبل الدخول في عمق الدراسة أن نعرف أبرز الخصائص المميزة لعينة البحث، وهذه الخصائص تتمثل في متغيرات الدراسة التي تبين لنا أنها لها علاقة بطريقة أو بأخرى بواقع الخدمات الصحية في القطاع العام والقطاع الخاص، وهذا ما سنحاول الكشف عنه فيما بعد، وفيما يلي أبرز هذه الخصائص:

جدول رقم (01): يوضح توزيع المبحوثين حسب متغير الجنس

القطاع الخاص		القطاع العام		الجنس
%	ك	%	ك	
36.66	11	53.33	16	ذكر
63.33	19	46.66	14	أنثى
100	30	100	30	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول رقم (01) أن حوالي نصف المبحوثين هم ذكور بنسبة 53.33% في القطاع العام، أما نسبة الإناث فقد بلغت 46.66%، فوجود الذكور أكثر من الإناث ربما يعود إلى سبب وحيد وهو الدخول إلى المستشفى العام من أجل إجراء عمليات جراحية مستعجلة، أما القطاع الخاص فقد بلغت نسبة الإناث 63.33%، تليها نسبة 36.66% ذكور، فوجود الإناث أكثر من الذكور يعود إلى سبب وحيد وهو الدخول إلى المستشفى الخاص من أجل الولادة القيصرية.

جدول رقم (02): يوضح توزيع المبحوثين حسب متغير السن

القطاع الخاص		القطاع العام		السن
%	ك	%	ك	
10.00	03	10.00	03	أقل من 20 سنة
56.66	17	40.00	12	من 20 إلى 40 سنة
10.00	03	20.00	06	من 41 إلى 50 سنة
16.66	05	26.66	08	من 51 إلى 60 سنة
06.66	02	03.33	01	أكثر من 60 سنة
100	30	100	30	المجموع

المنهجية

يتضح من خلال الجدول رقم (02) والذي يوضح توزيع المرضى حسب السن، أن أفراد العينة في القطاع العام التي تقع أعمارهم ما بين 20 سنة إلى 40 سنة بنسبة 40.00%، يليها من تتراوح أعمارهم ما بين 51 سنة إلى 60 سنة بنسبة 26.66%، ثم المرضى الذين أعمارهم ما بين 41 سنة إلى 50 سنة بنسبة 20.00% وهكذا مثل ما دلت عليه المعطيات الإحصائية في الجدول، أما في القطاع الخاص فإن المبحوثين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 20 سنة إلى 40 سنة بلغت نسبتهم 56.66%، ونسبة 16.66% من تتراوح أعمارهم من 51 سنة إلى 60 سنة، ثم من بلغت أعمارهم أكثر من 60 سنة بنسبة 6.66%.

وعليه، فإن المستشفى سواء في القطاع العام أو الخاص يحتوي على المرضى من مختلف الأعمار، وبالتالي لديهم الحق في الخدمات الصحية.

جدول رقم (03): يوضح توزيع المبحوثين حسب متغير المستوى التعليمي

القطاع الخاص		القطاع العام		المستوى التعليمي
%	ك	%	ك	
00.00	00	03.33	01	دون مستوى
06.00	02	13.33	04	ابتدائي
16.66	05	23.33	07	متوسط
46.66	14	40.00	12	ثانوي
30.00	09	20.00	06	جامعي
100	30	100	30	المجموع

من خلال الجدول رقم (03) والذي يوضح المستوى العلمي للمرضى، نجد من مستواهم التعليمي ثانوي في القطاع العام نسبتهم 40.00%، و 23.33% منهم مستواهم التعليمي متوسط، ونسبة 20.00% مستواهم جامعي، أما عن الذين مستواهم ابتدائي بلغت نسبتهم 13.33%، وأقل نسبة هم الذين ليس لديهم مستوى تعليمي بنسبة 3.33%، وكذلك نجد في القطاع الخاص الذين مستواهم التعليمي ثانوي بلغت نسبتهم 46.66%، والذين مستواهم جامعي 30.00%، و 16.66% مستواهم التعليمي متوسط، أما الذين لديهم مستوى ابتدائي بلغت نسبتهم 06.00%، بينما الذين ليس لديهم مستوى لا يوجد أي مبحوث.

ويمكن القول أن المستوى التعليمي له أهمية كبيرة على المستوى الصحي للمريض وذلك لإلمامه بالجانب الوقائي.

جدول رقم (04): يوضح توزيع المبحوثين حسب متغير مدة الإقامة بالمستشفى

القطاع الخاص		القطاع العام		مدة الإقامة	القطاع الخاص		القطاع العام		مدة الإقامة بالمستشفى
%	ك	%	ك		%	ك	%	ك	
85.71	12	43.75	07	من يوم إلى 3 أيام	46.66	14	53.33	16	نعم
14.28	01	37.50	06	من 4 إلى 10 أيام					
00.00	00	12.50	02	من 11 إلى 20 يوم					
00.00	00	06.25	01	أكثر من 20 يوم					
100	14	100	16	المجموع					
					53.33	16	46.66	14	لا
					100	30	100	30	المجموع

من خلال الجدول رقم (04) والذي يوضح مدة إقامة المرضى في المستشفى، أن أكثر من نصف المبحوثين في القطاع العام كانوا مقيمين بنسبة 53.33%، وكانت مدة الإقامة تتراوح من يوم إلى ثلاثة أيام، ويلبها 37.50% من المرضى الذين كانت مدة إقامتهم من 04 إلى 10 أيام، أما عن غير المقيمين في القطاع العام فقد بلغت نسبتهم 46.66%، وهذا راجع إلى أنه هناك من لديه فحوصات دورية أو في مصلحة الاستعجال، أما في القطاع الخاص فأكثر من نصف المبحوثين غير مقيمين بالمستشفى بنسبة 53.33%، فهم يلجؤون إلى القطاع الخاص لأجل إجراء التحاليل الطبية والسكانر...، والفحوصات الطبية عند أطباء أخصائيين (أو ربما يعود ذلك إلى ارتفاع تكاليف الإقامة بالمستشفى الخاص).

أما بالنسبة لمدة إقامتهم في المستشفى الخاص من يوم إلى ثلاثة أيام تقدر بنسبة 85.71%، تليها نسبة 14.28% من المرضى الذين كانت مدة إقامتهم من 4 إلى 10 أيام، ومنه نلاحظ أن كل مريض تتحدد مدة إقامته في المستشفى العام أو الخاص حسب طبيعة مرضه.

المنهجية

جدول رقم (05): يوضح توزيع المبحوثين حسب متغير طبيعة الدخول إلى المستشفى

القطاع الخاص		القطاع العام		طبيعة الدخول إلى المستشفى
%	ك	%	ك	
43.33	13	90.00	27	مصلحة الاستعجالات
00.00	00	3.33	01	عيادات جوارية
56.66	17	06.66	02	طبيب خاص
100	30	100	30	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول رقم (05) أن معظم المبحوثين في القطاع العام دخلوا المستشفى عن طريق مصلحة الاستعجالات بنسبة 90.00%، تليها من دخلوا عن طريق طبيب خاص بنسبة 6.66%، أما في القطاع الخاص فأكثر من نصف المبحوثين دخلوا المستشفى عن طريق طبيب خاص بنسبة 56.66%، تليها من دخلوا عن طريق مصلحة الاستعجالات بنسبة 43.33%، في حين لا يوجد مبحوث واحد دخل المستشفى الخاص عن طريق العيادات الجوارية

2. بيانات خاصة بنوع الخدمات الصحية المقدمة للمرضى في كل من القطاعين العام والخاص:

الجدول رقم (06): يوضح سبب اختيار المبحوث للمستشفى العام

%	ك	السبب
26.66	08	حالة مستعجلة
13.33	04	مجانبة العلاج
30.00	09	الأقرب إليّ
20.00	06	الاختيار الوحيد في بلديتنا
10.00	03	أخرى تذكر
100	30	المجموع

من خلال الجدول رقم (06) والذي يوضح سبب اختيار المرضى للمستشفى العام الأمير عبد القادر وادي الزناتي، يتضح أن 30.00% من المرضى اختاروا المستشفى كونه الأقرب إليهم أو قريب من مكان إقامتهم، تليها نسبة 26.66% من كانت حالته مستعجلة تتطلب الدخول إلى المستشفى، أما من الذين أجابوا بأن هذا المستشفى هو الاختيار الوحيد في المنطقة فقد بلغت نسبتهم 20.00%، أما

المنهجية

المرضى الذين اختاروا المستشفى بسبب مجانية العلاج كانت نسبتهم 13.33%، ونسبة 10% كانت لديهم أسباب أخرى.

جدول رقم (07): يوضح سبب اختيار المبحوث للمستشفى الخاص

السبب	ك	%
المهارة والخبرة الطبية	12	40.00
حسن المعاملة	04	13.33
مرسل من طرف الطبيب	04	13.33
الغياب الكلي للقطاع العام وتدني مستواه	03	10.00
أخرى تذكر	07	23.33
المجموع	30	100

يوضح الجدول رقم (07) أن سبب اختيار المرضى للمستشفى الخاص عيادة ماسينيلا الخروب، هو المهارة والخبرة الطبية بنسبة 40.00%، يليها من تم إرسالهم من طرف الطبيب وحسن المعاملة بنفس النسبة أي 13.33%، وهناك من يرى أن الغياب الكلي للقطاع العام وتدني مستواه بنسبة 10% قد دفع به إلى الذهاب نحو القطاع الخاص، بالإضافة إلى عدة أسباب أخرى متفرقة بلغت 23.33%.

جدول رقم (08): يوضح مكانة وسمعة المستشفى في الوسط الاجتماعي

الحالات	القطاع العام		القطاع الخاص	
	ك	%	ك	%
نعم	28	93.33	27	90.00
لا	02	06.66	03	10.00
المجموع	30	100	30	100

يتضح من خلال الجدول رقم (08) أن معظم المرضى وبنسبة 93.33% يرون أن مستشفى الأمير عبد القادر وادي الزناتي له مكانة وسمعة جيدة في الوسط الاجتماعي، أما الذين يرون عكس ذلك فقد بلغت نسبتهم 6.66%، وبنسبة 90.00% أكدوا على أن عيادة ماسينيلا بالخروب لها مكانة وسمعة جيدة في الوسط الاجتماعي، أما الذين يرون عكس ذلك فقد بلغت نسبتهم 10.00% فقط، ومنه فإن أغلبية المرضى سواء الذين يقصدون القطاع العام أو الخاص وذلك لتمتعه بالسمعة والمكانة الجيدة في

المنهجية

الوسط الاجتماعي، فالمكانة والسمعة الجيدة تجعل المرضى أكثر أريحية عند خضوعهم لتلقي الخدمة الصحية.

جدول رقم (09): يوضح مدى سهولة الوصول إلى أقسام المستشفى

القطاع الخاص		القطاع العام		الحالات
%	ك	%	ك	
53.33	16	90.00	27	نعم
46.66	14	10.00	03	لا
100	30	100	30	المجموع

نلاحظ من خلال جدول رقم (09) أن معظم المرضى في القطاع العام وبنسبة 90.00% منهم ليس لديهم صعوبة في الوصول إلى أقسام المستشفى، أما الذين يجدون صعوبة في ذلك فقد بلغت نسبتهم 10.00%، أما في القطاع الخاص فإن أكثر من نصف المبحوثين وبنسبة 53.33% لا يجدون صعوبة في ذلك، أما الذين يجدون صعوبة فقد بلغت نسبتهم 46.66% ومنه فإن وجود لوحات إعلامية كافية لتوجيه وإرشاد المرضى هي التي تسهل عليهم التنقل بسرعة بين مصالح المستشفى.

جدول رقم (10): يوضح مدى سرعة استجابة عمال المستشفى لمشاكل واستفسارات المرضى

القطاع الخاص		القطاع العام		الحالات
%	ك	%	ك	
90.00	27	66.66	20	نعم
10.00	03	33.33	10	لا
100	30	100	30	المجموع

تشير المعطيات الواردة في الجدول رقم (10) أن أكثر من نصف المبحوثين في القطاع العام وبنسبة 66.66% يرون أن عمال المستشفى يستجيبون لمشكلاتهم واستفساراتهم، أما الذين يرون عكس ذلك فقد بلغت نسبتهم 33.33%، بينما نجد في القطاع الخاص أن الأغلبية الساحقة من المبحوثين وبنسبة 90.00% يرون أن عمال المستشفى يستجيبون لكل مشكلاتهم واستفساراتهم، أما الذين يرون عكس ذلك فقد كانت نسبتهم 10.00% فقط.

المنهجية

وهذا ما دلت عليه نتائج دراسة عتيق (2012) على أن المستشفى يقوم بتسهيل إجراءات العمل قدر الإمكان، وهذا لضمان سرعة وسهولة تقديم الخدمة الصحية، إضافة إلى رغبة العاملين في المستشفى للاستعداد الدائم للتعاون مع المرضى.¹

جدول رقم (11): يوضح مدى اتسام العاملين بالمستشفى بالأدب وحسن المعاملة اتجاه المرضى

القطاع الخاص		القطاع العام		الحالات
%	ك	%	ك	
86.66	26	56.66	17	نعم
13.33	04	43.33	13	لا
100	30	100	30	المجموع

تشير نتائج الجدول رقم (11) أن أكثر من نصف المبحوثين في القطاع العام وبنسبة 56.66% يرون أن العاملين يتسمون بالأدب وحسن المعاملة اتجاه المرضى، وفي المقابل 43.33% يرون عكس ذلك، أما في القطاع الخاص فإن أغلب المبحوثين وبنسبة 86.66% يرون أن العاملين بالمستشفى يتسمون بالأدب وحسن المعاملة اتجاه المرضى، في مقابل 13.33% فقط منهم يرون عكس ذلك.

وهذا ما جاء في خاصية من خصائص الخدمات الصحية، والتي هي العلاقات داخل المؤسسات الصحية²، حيث يجب على مؤسسات الرعاية الصحية إنشاء تجارب شخصية خارج البيئة السريرية التي تكون مفيدة بعد إنشاء تجارب تتمحور حول المريض، والتي تعزز العلاقة بين مقدم الخدمة والمريض وتعد عنصرا أساسيا في النموذج القائم على القيمة.

¹ عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة-، رسالة ماجستير تخصص تسويق دولي، جامعة تلمسان، 2012.

² ديون عبد القادر، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية (حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة)، مجلة الباحث، عدد 11، جامعة ورقلة، الجزائر، 2012.

جدول رقم (12): يوضح مدى تمتع العاملين بالمستشفى بالمهارة والخبرة الصحية

القطاع الخاص		القطاع العام		الحالات
%	ك	%	ك	
100	30	93.33	28	نعم
00.00	00	06.33	02	لا
100	30	100	30	المجموع

نلاحظ من خلال جدول رقم (12) أن الأغلبية الساحقة من المبحوثين وبنسبة 93.33% يرون أن العاملين بالمستشفى يتمتعون بالمهارة والخبرة الصحية المطلوبة، في مقابل 06.33% منهم يرون عكس ذلك، أما في القطاع الخاص فكل المبحوثين وبنسبة 100% يرون أن العاملين يتمتعون بالمهارة والخبرة الصحية المطلوبة.

وهذا ما دلت عليه نتائج دراسة علاء فرج حسن (2021)، فهذه النتيجة تعني أن مهارات الاتصال اللفظي والإنصات والإقناع التي تتوافر في الكادر الطبي تلعب دوراً إيجابياً في تحسين الخدمة الصحية المقدمة بالمستشفيات.¹

جدول رقم (13): يوضح مدى تقديم الطبيب التفسيرات والتعليمات والتوجيهات

حول الحالة الصحية للمريض

القطاع الخاص		القطاع العام		الحالات
%	ك	%	ك	
80.00	24	60.00	18	نعم
20.00	06	40.00	12	لا
100	30	100	30	المجموع

يبدو من خلال الجدول رقم (13) أن أكثر من نصف المبحوثين في القطاع العام يرون أن الطبيب يقدم لهم كل التفسيرات والتعليمات والتوجيهات حول حالتهم الصحية، في مقابل 40.00% منهم يرون

¹ علاء فرج حسن رضوان، دور مهارات التعامل مع المرضى في تحسين مستوى جودة الخدمة الصحية، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، العدد 4، المجلد 51، جامعة عين شمس، مصر، 2021.

المنهجية

عكس ذلك، أما عن القطاع الخاص فإن أغلب المبحوثين وبنسبة 80.00% يرون أن الطبيب يقدم لهم كل التفسيرات والتعليمات والتوجيهات حول حالتهم الصحية، في مقابل 20.00% منهم يرون عكس ذلك.

وهذا ما جاءت به نظرية إنتاج الخدمة الصحية، حسب مثلث الخدمات حيث يشير إلى أن إنتاج الخدمة الصحية من خلال توفر هذه العناصر الثلاثة (مقدم الخدمة، مستقبل الخدمة، وموضوع الخدمة)، يقتضي مجموعة من التفاعلات المتبادلة فيما بينها تحددها المؤسسة الصحية عبر منهج وسياسة إدارتها من خلال تسيير الموارد والتقنيات الحديثة.¹

جدول رقم (14): يوضح مدى محافظة الطبيب على سرية المعلومات الخاصة بالمريض

القطاع الخاص		القطاع العام		الحالات
%	ك	%	ك	
100	30	100	30	نعم
00.00	00	00.00	00	لا
100	30	100	30	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول رقم (14) أن كل المرضى في القطاع العام والخاص أكدوا بأن الطبيب يحافظ على سرية المعلومات الخاصة بهم.

وهذا ما جاءت به النماذج المتعددة الأنماط التفاعل الاجتماعي بين المريض والطبيب، حيث أكد فريديسون بأن ردود الأفعال نحو المرضى وتوقعات الشخص المريض قد تختلف من جماعة إلى أخرى بحسب اختلاف الأنساق الثقافية لكل منهما، حيث ينتمي الطبيب إلى النسق المرجعي العلمي الكوني، وأما المريض فينتمي إلى النسق المرجعي المحلي.²

¹ نجاه صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية، رسالة ماجستير، تخصص اقتصاد تطبيقي وتسيير المنظمات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية، جامعة باتنة، 2012.

² يوسف عمادي علي، خديجة حسن جاسم، علم الاجتماع الطبي في ميدان الصحة والمرض، دراسات اجتماعية، العدد 44، (د-س، د-ب).

المنهجية

جدول رقم (15): يوضح مدى تلقي المريض المساعدات من طرف الممرضين المكلفين بالخدمة

القطاع الخاص		القطاع العام		الحالات
%	ك	%	ك	
100	30	70.00	21	نعم
00.00	00	30.00	09	لا
100	30	100	30	المجموع

تشير المعطيات الواردة في الجدول رقم (15) أن أغلب المرضى في القطاع العام وبنسبة 70.00% أكدوا على أنهم يتلقون المساعدات من طرف الممرضين المكلفين بالخدمة، مقابل 30.00% منهم يرون عكس ذلك، أما في القطاع الخاص فإن كل المرضى أكدوا أنهم يتلقون المساعدات من الممرضين المكلفين بخدمتهم.

وهذا ما جاء في النماذج المتعددة الأنماط التفاعل الاجتماعي بين المريض والطبيب، بحيث يكون سلوك طلب العلاج قضية قائمة على حقيقة أن بعض المرضى يسعون حالا عند ظهور الأعراض إلى طلب المساعدة من الأطباء أو الممرضين، في حين أن آخرون يترددون أو يمتنعون عن ذلك، فإنهم يكونون أكثر ميلا نحو طلب المساعدة الطبية عندما يضطرب أدائهم العضوي الوظيفي الاعتيادي أكثر من تأثرهم بطبيعة الأعراض المرضية الجانبية.¹

جدول رقم (16): يوضح مدى شعور المرضى بالثقة في تعاملهم مع الطاقم الطبي في المستشفى

القطاع الخاص		القطاع العام		الحالات
%	ك	%	ك	
83.33	25	66.66	20	نعم
16.66	05	33.66	10	لا
100	30	100	30	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول رقم (16) أن أكثر من نصف المرضى في القطاع العام وبنسبة 66.66% أكدوا على أن الطاقم الطبي في المستشفى محل ثقتهم كمستفيدين من الخدمات الصحية، في مقابل 33.66% منهم أكدوا على أن الطاقم الطبي بالمستشفى لا يحوز على ثقتهم، أما في القطاع الخاص فإن

¹ المرجع نفسه.

المنهجية

أغلب المبحوثين وبنسبة 83.33% أكدوا على أن الطاقم الطبي بالمستشفى محل ثقة في التعامل معهم في مقابل 16.66% منهم يرون عكس ذلك.

فإن العلاقة بين الطبيب والمريض تتشكل عندما يلبي الطبيب الاحتياجات الطبية للمريض، وتحدث هذه العملية عادة في جو تسوده الموافقة تبنى هذه العلاقة على الثقة والاحترام والتواصل والتفاهم المشترك بين الطبيب والمريض، بحيث يجب أن تكون ثقة متبادلة عند الطرفين فالمريض يثق بدوره في الطبيب بأنه سيحترم خصوصيته والطبيب يثق بأن المريض سيكشف عن أي معلومات قد تكون ذات صلة بالحالة.

3. بيانات خاصة بمدى ارتقاء الخدمات الصحية في القطاع العام والخاص:

جدول رقم (17): يوضح مدى ملائمة الموقع الجغرافي للمؤسسة من وجهة نظر المبحوثين

القطاع الخاص		القطاع العام		الحالات
%	ك	%	ك	
76.66	23	70.00	21	ملائم
20.00	06	30.00	09	ملائم نوعا ما
03.33	01	00.00	00	غير ملائم
100	30	100	30	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول رقم (17) أن أغلب المبحوثين في القطاع العام وبنسبة 70.00% يرون أن الموقع الجغرافي في المؤسسة ملائم، و30.00% منهم يرون أنه غير ملائم أما في القطاع الخاص فإن أغلب المبحوثين وبنسبة 76.66% منهم يرون أنهم ملائم نوعا ما ومن يرون أن الموقع غير ملائم فقد بلغت نسبتهم 03.33% فيذهب البعض إلى كون المستشفى منظمة صحية تتضمن مجموعة من التخصصات والمهارات والمهن الطبية وغيرها وتقوم المستشفيات بتقديم الخدمات الصحية الأساسية للمدن والتجمعات السكانية القريبة، وتحتوي على أقسام للتخصصات المختلفة وهذا ما يسهل على الفرد الوصول إلى المستشفى لتمتعه بالخدمات الصحية في الوقت المناسب.

المنهجية

جدول رقم (18): يوضح كيفية استقبال المرضى عند دخولهم أول مرة للمستشفى

القطاع الخاص		القطاع العام		كيفية الاستقبال
%	ك	%	ك	
20.00	06	13.33	04	جيد
80.00	24	86.66	26	مقبول
00.00	00	00.00	00	سيء
00.00	00	00.00	00	سيء جدا
100	30	100	30	المجموع

تشير المعطيات الواردة في الجدول رقم (18) أن معظم المبحوثين وبنسبة 86.66% يرون أن عند دخولهم أول مرة للمستشفى كان استقبالهم مقبول، و13.33% منهم يرون أنه جيد، في حين لا يوجد مبحوث واحد يرى أنه سيء أو سيء جدا، أما في القطاع الخاص فإن أغلب المبحوثين وبنسبة 80.00% يرون أنه عند دخولهم للمستشفى كان استقبالهم مقبول، و 20.00% يرون أنه جيد في حين لا يوجد مبحوث واحد يرى أنه سيء أو سيء جدا، وهذا ما دلت عليه نتائج دراسة علاء فرج حسن (2021) أن لجميع أبعاد مهارات التعامل مع المرضى عدا الاتصال الغير لفظي تأثيرا معنويا إيجابيا على بعد الاعتمادية والتعاطف مع أبعاد جودة الخدمة الصحية كانت ترتيب هذه الأبعاد من حيث التأثير هو الإنسان ثم الاتصال اللفظي يليه الإقناع وأخيرا الاتصال غير اللفظي.

جدول رقم (19): يوضح موقف المبحوثين من قاعات الانتظار ومدى ملائمتها لاستقبال المرضى

القطاع الخاص		القطاع العام		الحالات
%	ك	%	ك	
26.66	08	10.00	03	جيدة
73.33	22	36.66	11	مقبولة
00.00	00	26.66	08	سيئة
00.00	00	26.66	08	سيئة جدا
100	30	100	30	المجموع

المنهجية

نلاحظ من خلال الجدول رقم (19) أن موقف المبحوثين في القطاع العام من قاعة الانتظار ومدى ملائمتها لاستقبال المرضى مقبول بنسبة 36.66%، وسيئة وسيئة جدا بنفس النسبة أي 26.66% وجيدة بنسبة 10,00%، أما عن موقف المبحوثين في القطاع الخاص من قاعة الانتظار ومدى ملائمتها لاستقبال المرضى فكان مقبول بنسبة 73.33%، وجيد بنسبة 26.66%، في حين لا يوجد مبحوث واحد يرى أنها سيئة أو سيئة جدا، وهذا ما يبين لنا أن قاعات الانتظار في القطاع الخاص ترتقي إلى المستوى المطلوب لاستقبال المرضى، وهذا لأنه يقدم الخدمة في أحسن صورة، وهذا للحفاظ على سمعته وكذلك من أجل نجاحه وتطوره باعتبار أن الخدمة الصحية الخاصة لها صفة فريدة عن غيرها من الخدمات، فكل هذا يدل على حسن تميز القطاع الخاص على القطاع العام، فبالرغم من الصرامة التي تفرضها الدولة على تحسين الخدمة الصحية إلا أنه تبقى هناك بعض الثغرات التي تنقص من جودة الخدمة المقدمة للمرضى.

جدول رقم (20): يوضح مدى توفر المستشفى على لوحات وعلامات

ارشادية تسهل الوصول إلى الأقسام والفروع المختلفة

القطاع الخاص		القطاع العام		الحالات
%	ك	%	ك	
56.66	17	70.00	21	نعم
43.33	13	30.00	09	لا
100	30	100	30	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول رقم (20) أن أغلب المبحوثين يرون أن المستشفى تتوفر على لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام والفروع المختلفة، أما الذين يرون عكس ذلك فقد بلغت نسبتهم 30.00%، أما في القطاع الخاص فنلاحظ أن أكثر من نصف المبحوثين وبنسبة 56.66% منهم يرون أن المستشفى تتوفر على لوحات وعلامات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام والفروع المختلفة، في مقابل 43.33% منهم يرون عكس ذلك.

ومن هنا نلاحظ أن لهذه اللوحات هدف أساسي وهو أن تقدم المعلومات الأساسية والمهمة للمرضى والمراجعين والزوار، فهي تعمل على إرشادهم إلى العديد من الأقسام التي يحتاجونها، كذلك تسهل تحديد الاتجاهات والطوابق التي من شأنها أن توفر الوقت والجهد، حيث أن الزائر يذهب إلى وجهته بلا عناء،

المنهجية

كذلك من شأنها التعريف بأسماء الأقسام والغرف ومن المخولين بالدخول، وهذا ما تسعى إليه المستشفى في القطاع العام أو في القطاع الخاص وذلك من أجل تسهيل تقديم الخدمة بغض النظر عن بعض المشاكل والعراقيل التي تحول أمام تحقيق ذلك.

جدول رقم (21): يوضح مدى امتلاك المستشفى للتجهيزات والمعدات التقنية الحديثة

القطاع الخاص			القطاع العام			الحالات
%	ك	التجهيزات	%	ك	التجهيزات	
27.41	34	سكانر راديو	20.00	02	التحليل	نعم
24.15	30	ليارام وإيكو	30.00	03	راديو	
24.19	30	تخطيط القلب	40.00	04	جهاز الطرح المركزي	
24.19	30	التحليل	10.00	01	إيكو	
100	124 ^(*)	المجموع	100	10	المجموع	
						لا
						المجموع

نلاحظ من خلال الجدول رقم (21) أن أكثر من نصف المبحوثين في القطاع العام وبنسبة 66.66% يرون أن المستشفى لا تمتلك التجهيزات والأجهزة الطبية والمعدات التقنية الحديثة، في مقابل 33.33% منهم يرون عكس ذلك، وهذه التجهيزات تمثلت في جهاز الطرح المركزي بنسبة 40.00% ورايو بنسبة 30.00% والتحليل بنسبة 20.00% وإيكو بنسبة 10.00%.

(*) عدد الإجابات يفوق عدد المبحوثين الذين أجابوا بنعم، لأن هناك من أجاب بأكثر من اختيار.

المنهجية

أما عن القطاع فإن كل المبحوثين يرون أن المستشفى يمتلك تجهيزات وأجهزة طبية ومعدات تقنية حديثة منها سكانر ورايو بنسبة 27.41% وليارام وإيكو وتخطيط القلب والتحليل بنفس النسبة أي 24.19%، وهذا ما يوضح لنا أن القطاع الخاص يعمل بصورة جيدة على توفير معدات تقنية حديثة وأجهزة طبية متطورة، وذلك من أجل تلبية جميع احتياجات المرضى، كذلك أنه كلما وفر أجهزة مختلفة كل ما كان الربح أكثر، في حين أن القطاع العام وبالرغم من سهر الدولة على تطويره وتوفير مختلف الأجهزة فيه، إلا أن المرضى لا يستفيدون من هذه التجهيزات وهذا راجع إلى ضعف التسيير أو قلة الكوادر الطبية.

جدول رقم (22): يوضح موقف المبحوثين من نظافة غرف المرضى والأروقة بالمستشفى

القطاع الخاص		القطاع العام		الحالات
%	ك	%	ك	
53.33	16	16.66	05	جيدة
46.66	14	63.33	19	متوسطة
00.00	00	00.00	00	سيئة
00.00	00	20.00	06	سيئة جدا
100	30	100	30	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول رقم (22) أن أكثر من نصف المبحوثين في القطاع العام وبنسبة 63.33% يرون أن نظافة غرف المرضى والأروقة بالمستشفى مقبولة، و20.00% منهم يرون أنها سيئة جدا، أما في القطاع الخاص فإن أكثر من نصف المبحوثين وبنسبة 53.33% جيدة و46.66% منهم يرون أنها متوسطة، في حين لا يوجد مبحث واحد يرى أنها سيئة أو سيئة جدا.

وباعتبار المستشفيات من أكثر الأماكن حساسية فيما يتعلق بموضوع النظافة، يجب التعامل مع هذا المكان باهتمام كبير من خلال تطبيق معايير وضوابط وخطوات لا بد من الالتزام بها بشكل يومي، كما يجب على أن إدارة المستشفى التنبيه والتأكيد على هذه الخطوات كتغيير المفروشات بشكل دوري، الحرص على تنظيف الغرف والأروقة من الميكروبات أو أي اتساخات بها، وهذا لتفادي إلحاق الضرر بالمريض أو بالموظفين، وهذا ما يحرص القطاع الخاص على تطبيقه من خلال توفير عمال النظافة يعملون بصفة متناوبة، يستعينون من حيث من حين إلى آخر بشركة تنظيف المستشفيات التي تملك كافة المؤهلات وهذا من أجل ضمان استمرارية كونه يتنافس مع عيادات خاصة أخرى.

جدول (23): يوضح مدى توفر المستشفى على دورات مياه نظيفة

القطاع الخاص		القطاع العام		الحالات
%	ك	%	ك	
100	30	56.66	17	نعم
00.00	00	43.33	13	لا
100	30	100	30	المجموع

تشير المعطيات الواردة في الجدول رقم (23) أن أكثر من نصف المبحوثين في القطاع العام وبنسبة 56.66% يرون أن المستشفى متوفر على دورات مياه، في مقابل 43.33% يرون عكس ذلك، أما في القطاع الخاص فإن كل المبحوثين يرون أن المستشفى يتوفر على دورات مياه نظيفة، فترك هذه الأماكن غير نظيفة يشكل خطراً يهدد صحة وأمن المرضى والموظفين في المستشفى، لذا يحرص القطاع الخاص على حسن نظافة هذه الأماكن والتعامل معها بحذر شديد من خلال اتباع طرق لتنظيفها واستخدام مختلف الآليات التي تساعد في تجسيد النظافة الاستشفائية، وهذا باعتبار الأمن الإنساني يعتبر أولى الأولويات في المؤسسات الصحية الاستشفائية.

جدول رقم (24): يوضح مدى توفر المستشفى على مراكز الأمن

القطاع الخاص		القطاع العام		الحالات
%	ك	%	ك	
100	30	83.66	25	نعم
00.00	00	16.66	05	لا
100	30	100	30	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول رقم (24) أن أغلب المبحوثين في القطاع العام وبنسبة 83.33% منهم يرون أن المستشفى يتوفر على مراكز الأمن، في مقابل 16.66% منهم يرون عكس ذلك، أما القطاع الخاص فإن كل المبحوثين يرون أن المستشفى يتوفر على مركز للأمن، ومنه نلاحظ أن كل من القطاع العام والقطاع الخاص قائمون على توفير الأمن، وهذا لضمان شروط التكفل بالمرضى، فتوفير الأمن

المنهجية

الكافي يجعل الأطباء يقومون بعملهم على أكمل وجه، كذلك توفير الأمن يعمل على تقليل الضرر الناتج عن الحوادث اليومية إن وجدت كالخلافات وغيرها، بالإضافة إلى المحافظة على الممتلكات وحمايتها من السرقة، وهذا حدث في كثير من المستشفيات بسبب غياب الأمن، لذا يجب المحافظة على استتابة الأمن داخل المستشفى للمحافظة على صحة الموظفين والزوار والمرضى بالدرجة الأولى كونهم في حاله عجز (مرض).

4. بيانات خاصة بالمشكلات التي تواجه المرضى أثناء تلقيهم للخدمة الصحية:

جدول رقم (25): يوضح مدى وجود صعوبة في الوصول إلى المستشفى

عندما تسوء الحالة الصحية للمريض

القطاع الخاص		القطاع العام		الحالات
%	ك	%	ك	
00.00	00	10.00	03	نعم
100	30	90.00	27	لا
100	100	100	30	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول رقم (25) أن الأغلبية الساحقة من المبحوثين في القطاع العام وبنسبة 90.00% لا يجدون صعوبة في الوصول إلى المستشفى عندما تسوء حالتهم الصحية، في مقابل 10.00% فقط يجدون صعوبة في ذلك، أما في القطاع الخاص فإن كل المبحوثين صرحوا بأنهم لا يجدون صعوبة في الوصول إلى المستشفى عندما تسوء حالتهم الصحية، وهذا ربما لملائمة الموقع المتواجد فيه المستشفى سواء للقطاع العام أو الخاص، وهذا ما أكدته نظرية صنع القرار بمعنى أنه على الفرد أن يحدد مسؤوليته التي تواجهه أثناء القيام باتخاذ القرارات، فالعيادة والمستشفى يسعون إلى تحقيق نتائج جيدة في العمل والمحافظة على بنية عمل سلمية بشكل مميز، وهذا يكون عن طريق تحديد موقع يتناسب مع جميع المرضى.¹

جدول رقم (26): يوضح مدى انتظار المريض لساعات طويلة عند قدومه للمستشفى

القطاع الخاص	القطاع العام
--------------	--------------

¹ محمد علي محمد، علم اجتماع التنظيم - مدخل للتراث والمشاكل والموضوع والمنهج، ط 3، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1986، ص 212.

المنهجية

الحالات	ك	%	ك	%
نعم	19	63.33	12	40.00
لا	11	36.66	18	60.00
المجموع	30	100	30	100

يبدو من خلال الجدول رقم (26) أن أكثر من نصف المبحوثين في القطاع العام وبنسبة 63.33% ينتظرون لساعات طويلة عند قدومهم للمستشفى، في مقابل 36.66% منهم يرون عكس ذلك، وهذا يعتبر تقصير في حق المرضى الذين جاؤوا من أجل تلقي خدمات صحية تسمح لهم بمساعدتهم على حل مشكلتهم، وهذا ما طرحته نظرية صفوف الانتظار، حيث أنه من خلال تحليل نماذج صفوف الانتظار في المؤسسات الصحية من أجل تحسين الخدمات المقدمة للمرضى، وذلك باقتراح بعض الأساليب المتعلقة بعملية تقديم الخدمة لتقليص وقت الانتظار كزيادة عدد مقدمي الخدمة، أما في القطاع الخاص فإن أكثر من نصف المبحوثين وبنسبة 60.00% أكدوا على أنهم لا ينتظرون لساعات طويلة عند قدومهم للمستشفى، في مقابل 40,00% منهم يرون عكس ذلك.

جدول رقم (27): يوضح مدى صلاحية الأجهزة المتوفرة في المستشفى للخدمة

الحالات	القطاع العام		القطاع الخاص	
	ك	%	ك	%
نعم	02	06.66	30	100
لا	28	93.33	00	00.00
المجموع	30	100	30	100

نلاحظ من خلال الجدول رقم (27) أن الأغلبية الساحقة من المبحوثين في القطاع العام صرحوا بأن الأجهزة المتوفرة في المستشفى غير صالحة للخدمة بنسبة قدرت بـ 93.33%، في حين نجد أن نسبة 6.66% أكدوا عكس ذلك، أما في القطاع الخاص فكل المبحوثين أكدوا على أن الأجهزة المتوفرة في المستشفى صالحة للخدمة.

ومنه نلاحظ، أن القطاع العام بالرغم من سهر الدولة على توفير مختلف الأجهزة الطبية إلا أنها غير صالحة للخدمة، وهذا إما بسبب تعطل الأجهزة وذلك بسبب عدم وضعها في المنطقة المحددة التي سيتم استخدامها فيها، أو بسبب عدم كفاءة الطاقم الطبي وخبرته، وذلك من خلال عدم إجراء دورات تدريبية

المنهجية

وتكوينية لتحسين مستوى الأداء ومن أجل معرفة التعامل مع الأجهزة المتطورة، علما أن التدريب يساعد على تطوير وتنمية المهارات والقدرات الشخصية والوصول إلى مستوى عالي من الكفاءة.

أما في القطاع الخاص فكل الأجهزة المتاحة صالحة للخدمة، وهذا باعتبار الأجهزة الطبية وسيلة مهمة لكل من الوقاية والعلاج من الأمراض بصورة آمنة وفعالة، كما أن توفرها يجعل من السهل توفير رعاية استثنائية للمرضى، فهي تعمل على إرضاء المرضى بالإضافة إلى زيادة كفاءة مقدمي الرعاية الصحية من خلال المتابعة الدقيقة للمرضى، عدم الوقوع في الأخطاء الطبية، تحسين جودة الخدمة الصحية بشكل عام للمنظومة الصحية، وبهذا السبب يفضل المرضى خدمات القطاع الخاص على القطاع العام.

جدول رقم (28): يوضح مدى تعرض المرضى للإزعاج داخل المستشفى عند تلقيهم العلاج

القطاع الخاص		القطاع العام		الحالات										
		%	ك											
القطاع الخاص	ك	%	ك	السبب	القطاع الخاص	ك	%	القطاع العام	ك	الحالات				
											%	ك	%	ك
											100	04	75.00	03
00.00	00	25.00	01	من المرضى										
100	04	100	04	المجموع										
					86.66	26	86.66	26	لا					
					100	30	100	30	المجموع					

نلاحظ من خلال الجدول رقم (28) أن أغلب المبحوثين في القطاع العام وبنسبة 86.66% لم يتعرضوا للإزعاج داخل المستشفى عند تلقيهم العلاج، في مقابل 13.33% يرون عكس ذلك، حيث كان هذا الإزعاج من طرف الممرضين بنسبة 75.00%، وهذا من خلال عدم إعطائهم الدواء في الوقت المناسب، وهذا جعلهم يعانون من آلام المرض وآلام الإهمال والتقصير في نفس الوقت، وهذا جراء المعاملة الرديئة والخدمات السيئة خصوصا من طرف المرضى بنسبة 25.00%، وهذا يكون وقت الزيارة

المنهجية

حيث تصبح الغرفة تعج بالمرضى وذويهم وهذا ما ينتج عنه الوقوف في الرواق نظرا للعدد الهائل من الزوار، كذلك الأصوات العالية والضجيج أمر يعاني منه المرضى.

أما عن القطاع الخاص فأغلب المبحوثين وبنسبة 86.66% لم يتعرضوا للإزعاج داخل المستشفى عند تلقيهم العلاج، في مقابل 13.33% يرون عكس ذلك حيث كان الإزعاج من طرف المرضى بنسبة 100%، وهذا من خلال تجمع المرضى في قاعات التمريض التي أصبحت مصدر للإزعاج بسبب أصوات الضحك العالية وهذا يؤثر على راحة المرضى وسمعة القسم والعاملين فيه.

جدول رقم (29): يوضح دور الوساطة في تلقي خدمة صحية جيدة

القطاع الخاص		القطاع العام		الحالات
%	ك	%	ك	
40	12	73.33	22	نعم
60	18	26.66	08	لا
100	30	100	30	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول رقم (29) أن 73.33% من المبحوثين في القطاع العام يرون أن للوساطة دور في تلقي الخدمة الصحية الجيدة، فالمرضى الذي يعرف عاملا أو طبيا في المستشفى يعتبر محظوظا في وقتنا الحالي، وهذا يجعله يستفيد من العلاج في وقت قياسي أما المرضى ذوي الدخل المحدود والذي ليست لديه وساطة يقفون عاجزين متضررين من الواقع الأليم الذي جعلهم لا يستطيعون الذهاب إلى العيادات الخاصة وهذا ربما لغلاء الأسعار فيها.

فالوساطة في المستشفى تعتبر انتهاك لحق المريض، في حين نجد 26,66% صرحوا عكس ذلك، أما في القطاع الخاص فإن أكثر من نصف المبحوثين وبنسبة 60.00% يرون أن الوساطة ليست لها دور في تلقي خدمة صحية جيدة وهذا راجع إلى أن جميع المرضى يتلقون الخدمة مقابل سعر معين في مقابل 40.00% منهم يرون عكس ذلك.

جدول رقم (30) يوضح مدى تمتع المرضى بالحقوق الكاملة عند دخولهم للمستشفى لتلقي العلاج

القطاع الخاص		القطاع العام		الحالات
%	ك	%	ك	
100	30	96.66	29	نعم

المنهجية

00.00	00	03.33	01	لا
100	30	100	30	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول رقم (30) أن الأغلبية الساحقة من المبحوثين في القطاع العام وبنسبة 96.66% يرون أنهم يتمتعون بالحقوق الكاملة عند دخولهم المستشفى لتلقي العلاج، في مقابل 03.33% فقط منهم أكدوا عكس ذلك، أما في القطاع الخاص فنجد أن كل المبحوثين يتمتعون بالحقوق الكاملة عند دخولهم المستشفى لتلقي العلاج، وهذا ما يوضح أن جميع المرضى سواء في القطاع العام أو القطاع الخاص لديهم جميع الحقوق لتلقي العلاج المناسب عند دخولهم المستشفى، وهذا لأنه يجب على الأطباء والموظفين الالتزام بحقوق المرضى الواردة عن وزارة الصحة فالمرضى من حقه تلقي الرعاية الرحيمة والمحترمة التي تتناسب مع العادات وتقاليد في مجتمعنا، وكذلك من حقهم المحافظة على خصوصيتهم وسرية معلوماتهم ومن جانب آخر من حق المريض الموافقة أو رفض المشاركة في البحوث الطبية التي من الممكن أن تؤثر على رعايته الصحية.

جدول رقم (31): يوضح مدى تعرض المرضى لصعوبات عند تلقي الخدمة الصحية

من طرف الأطباء والممرضين

القطاع العام			القطاع الخاص		الحالات
%	ك	الصعوبات	%	ك	
60.00	03	التأخر على موعد أخذ الدواء	00.00	00	نعم
40.00	02	عدم إجراء الإسعافات الأولية في وقتها			
100	05	المجموع			
			100	30	لا
			100	30	المجموع

المنهجية

نلاحظ من خلال الجدول رقم (31) أن أغلب المبحوثين في القطاع العام وبنسبة 83.33% لم يتعرضوا لصعوبات تلقي الخدمة الصحية من طرف الأطباء والممرضين، في مقابل 16.66% منهم يرون عكس ذلك، وتمثلت هذه الصعوبات في التأخر على مواعيد أخذ الدواء بنسبة 60.00% وعدم إجراء الإسعافات الأولية في وقتها بنسبة 40,00%، أما في القطاع الخاص فكل المبحوثين يرون أنهم لم يتعرضوا لأي صعوبات في تلقي الخدمة الصحية من طرف الاطباء والممرضين، ولحل هذه المشكلة في القطاع العام لابد من تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات، وذلك من أجل تحسين وتطوير مستوى الأداء في المنشأة الصحية.

جدول رقم (32): يوضح مدى تعرض المرضى للأخطاء الطبية

			القطاع الخاص		القطاع العام		الحالات
			ك	%	ك	%	
القطاع العام							
	ك	%					
	01	50.00	00.00	00	06.66	02	نعم
	01	50.00					
	02	100					
			100	30	93.33	28	لا
			100	30	100	30	المجموع

يبدو من خلال الجدول رقم (32) أن الأغلبية الساحقة من المبحوثين في القطاع العام وبنسبة 93.33% لم يتعرضوا لخطأ طبي، في مقابل 6.66% منهم فقط من تعرضوا لخطأ طبي، تعاملوا معه بالتسامح والسكوت بنفس النسبة أي 50.00%، أما في القطاع الخاص فإن كل المبحوثين يرون أنهم لم يتعرضوا لأي خطأ طبي، حيث فسرت نظرية فيليب كروسبي عن فكرة صناعة بلا عيوب والذي يؤكد أن هذا البرنامج لا يعني أن العاملين لا يخطئون، لكنه يعني أن المنشأة يجب أن تتوقع عدم خطأ العاملين،

المنهجية

وهو يؤمن بأنه إذا لم يتم تحقيق مستوى صفر من العيوب فلن نستطيع تحقيق هذا الهدف على الإطلاق، بالإضافة إلى التركيز على تحسين الجودة ومكافئة من يقدم جهودا غير عادية في تطويرها.¹

¹ أنور سليمان كمال غنمة، أثر تكاليف الجودة على الأداء المالي في شركات الخدمة الأردنية المدرجة في بورصة عمان، رسالة ماجستير، تخصص محاسبة، جامعة الشرق الأوسط، الأردن، 2020.

جدول رقم (33): يوضح الحلول المناسبة لتحسين نوع الخدمات الصحية

في القطاع العام من وجهة نظر المرضى

الحوّل المقترحة	ك	%
تحسين التعامل مع المرضى والمساواة بينهم	04	11.76
توفير الأجهزة الحديثة	08	23.52
التكوين الجيد للممرضين	06	17.64
توفير كل التحاليل الطبية	08	23.52
عدم الإجابة	08	23.52
المجموع	34 ^(*)	100

تشير المعطيات الواردة في الجدول رقم (33) أن المبحوثين في القطاع العام قدموا مجموعة من الحلول لتحسين الخدمات في القطاع العام، جاء في مقدماتها توفير الأجهزة الحديثة وكل التحاليل الطبية بنفس النسبة أي 27.52% ثم التكوين الجيد للممرضين بنسبة 17.64% تليها تحسين التعامل مع المرضى والمساواة بينهم بنسبة 11.76%، في حين نجد أن 23.52% منهم امتنع عن الإجابة.

ومن هنا يمكن القول، بأن المستشفى تعاني من عدة مشاكل، ويجب أخذها في عين الاعتبار والعمل على تحسينها باعتبار أن المستشفى مؤسسة ذات أهمية كبرى وضرورية لأفراد المجتمع، وهذا ما أكدته نظرية جوزيف جوران حيث يعتقد بأن التحسين المستمر والإدارة المتداخلة والتدريب تكون قواعد أساسية لتحقيق التميز.¹

(*) عدد الإجابات يفوق عدد المبحوثين لأن هناك من أجاب بأكثر من اختيار.

¹ زيد منير عيوب، إدارة الجودة الشاملة، دار الكنوز الغرقة والنشر والتوزيع، الأردن، 2006، ص 86.

جدول رقم (34): يوضح الحلول المناسبة لتحسين نوع الخدمات الصحية

في القطاع الخاص من وجهة نظر المرضى

الحوال المقترحة	ك	%
وضع يوم مخصص للفحوصات ويوم مخصص للعمليات	05	16.66
التخفيض من تكلفة العلاج	09	30.00
يجب إبراز موقع المستشفى عبر الأنترنت (GPS) ووضع لافتات	02	06.66
السرعة في تقديم الخدمة	02	06.00
أخرى تذكر	05	16.66
عدم الإجابة	07	23.33
المجموع	30	100

يبدو من خلال الجدول رقم (34) أن المبحوثين قدموا مجموعة من الحلول المناسبة لتحسين نوعية الخدمات الصحية في القطاع الخاص، حيث جاء في مقدمتها التخفيض من تكلفة العلاج بنسبة 30.00%، ووضع يوم مخصص للفحوصات ويوم مخصص للعمليات وأسباب أخرى تذكر بنفس النسبة أي 16.66%، وضرورة إبراز موقع المستشفى عبر الأنترنت (GPS) ووضع لافتات والسرعة في تقديم الخدمة بنفس النسبة أي 06.66%، في حين نجد أن 23.33% من المبحوثين امتنع عن الإجابة، وهذا كله يدل كذلك على أن الخدمات الصحية في القطاع الخاص لا تخلو من المشاكل وذلك من خلال ما أدلى به المبحوثين من اقتراحات، لذا يجب أخذ هذه الاقتراحات بعين الاعتبار وذلك من أجل تحقيق النجاحات المتعددة للعيادة للوصول إلى أفضل الوسائل لتحقيق الأهداف والتخفيف من تكلفة العلاج لبعض الحالات الاستثنائية.

ثالثاً - النتائج العامة للدراسة:

بعد القيام بالدراسة الميدانية وتحليل وتفسير البيانات وربطها بالجانب النظري تم التوصل إلى جملة من النتائج نوجزها فيما يلي:

1. بينت نتائج الدراسة أن أغلب أفراد العينة ذكور في القطاع العام، بينما في القطاع الخاص كانوا إناث، كذلك فإن أغلب المرضى في كلا القطاعين العام والخاص تتراوح أعمارهم ما بين 20 إلى 40 سنة، أما عن المستوى التعليمي للمرضى فهو المستوى الثانوي في كلا القطاعين.
2. أظهرت نتائج الدراسة فيما يخص نوع الخدمات الصحية المقدمة للمرضى في القطاع العام أن سبب اختيار المبحوثين للمستشفى العام هو أنها الأقرب إلى مكان إقامتهم، بينما في القطاع الخاص فإن سبب اختيارهم لها هي المهارة والخبرة الطبية، أما عن مكانة وسمعة المستشفى في الوسط الاجتماعي للقطاعين العام والخاص فإن المبحوثين أدلوا بأن لها مكانة وسمعة جيدة في الوسط الاجتماعي، أما عن سرعة استجابة عمال المستشفى لمشاكل واستفسارات المرضى فإن عمال القطاع الخاص أكثر استجابة لذلك من عمال القطاع العام، وفيما يخص المهارة والخبرة الصحية المطلوبة التي يتمتع بها عمال المستشفى فإنها متوفرة في كلا القطاعين كما يشعر المرضى أيضاً بالثقة في التعامل مع الطاقم الطبي.
3. كشفت نتائج الدراسة فيما يخص ارتقاء الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص أن أغلب المبحوثين يرون بأن الموقع الجغرافي للمؤسسة ملائم، أما عن كيفية استقبال المرضى عند دخولهم أول مرة للمستشفى بالنسبة للقطاعين العام والخاص أغلبيتهم أدلوا بأن استقبالهم كان مقبول، وبالنسبة للتجهيزات والأجهزة الطبية والمعدات التقنية الحديثة التي تمتلكها المستشفى فهي أقل مما هو متوفر في القطاع الخاص، أما عن نظافة غرف المرضى والأروقة في المستشفى بالنسبة للقطاع العام فهي متوسطة إذا ما قورنت بالقطاع الخاص فهي جيدة.
4. أوضحت نتائج الدراسة فيما يخص المشكلات التي تواجه المرضى أثناء تلقيهم للخدمات الصحية أنهم ينتظرون لساعات طويلة عند قدومهم للمستشفى لتلقي العلاج على عكس ما هو موجود في القطاع الخاص، فيما يخص صلاحية الأجهزة المتوفرة في المستشفى للخدمة فهي غير صالحة في القطاع العام مقارنة بالقطاع الخاص، وبالنسبة لتمتع المرضى بالحقوق الكاملة أثناء تلقي العلاج فإن المرضى في القطاع الخاص يتمتعون بذلك أكثر من القطاع العام.

المنهجية

وأخيرا فقد اقترح المرضى مجموعة من الحلول، لتحسين نوعية الخدمات في كلا القطاعين على رأسها توفير الأجهزة الحديثة وتحسين التعامل مع المرضى والمساواة بينهم والتكوين الجيد للممرضين بالإضافة إلى توفير التحاليل الطبية بكل أنواعها، ومن جهة أخرى فإن المرضى في القطاع الخاص قدموا حلول لتحسين الخدمات الصحية في مقدمتها التخفيض من تكلفة العلاج ووضع يوم مخصص للعمليات ويوم مخصص للفحوصات وكذلك السرعة في تقديم الخدمة إضافة إلى بروز موقع المستشفى عبر الانترنت (GPS) ووضع لافتة توجيهية في المستشفى.

خلاصة

من خلال ما سبق نكون قد حاولنا بالإمام بالجانب الميداني للدراسة، حيث تطرقنا فيه إلى الاجراءات المنهجية المتعلقة به حين تم الاعتماد على المنهج المقارن في هذه الدراسة، ثم تطرقنا للجوانب المختلفة للدراسة والمتمثلة في ميدان الدراسة بجميع جوانبه المكاني والزمني والبشري ثم العينة وكيفية اختيارها. تعرضنا بعدها إلى أدوات جمع البيانات المختلفة ثم عملية معالجتها، وفي الأخير تم التوصل إلى نتائج الدراسة وتقديم بعض المقترحات التي من شأنها أن تخدم قطاع الصحة بشكل عام لاسيما ما تعلق بالجانب الخدماتي الذي يعتبر أهم جانب في أي قطاع من القطاعات، والتي يمكن أن تفيده في الوصول إلى أهدافه سواء على المدى القريب أو البعيد.

خاتمة:

يعرف قطاع الخدمات حاليا بسرعة ونمو متزايد نحو الاستثمار في مجال تقييم الخدمات، ومن الواضح أن عالما الذي نعيش فيه هو عالم الخدمات على اختلاف أنواعها، ولعل الخدمة الصحية من أبرز هذه الخدمات هذا ما أدى إلى ضرورة الاهتمام بهذه الخدمات من طرف المؤسسات الصحية، ذلك أن الجانب الصحي له حضور واضح المعالم في كل المؤسسات الجزائرية نظرا لاهتمام الدولة بذلك حيث انجزت كل الأعمال التي تخدم صحة الفرد والمجتمع، هذا الأمر لم يتحقق إلا بوجود دعم صحي لتلك القطاعات وهذا ما سعت له الحكومة الجزائرية لتحقيقه.

ومن خلال دراسة موضوع واقع الخدمات الصحية بين القطاع العام والقطاع الخاص يمكن القول أنه لا بد من العمل على توفير الخدمات الصحية حتى نصل بها إلى المستوى المطلوب، ومن الضروري معرفة المشكلات والصعوبات التي تواجه المرضى أثناء تلقيهم للخدمة الصحية فكل هذه العوامل تحقق للمرضى معرفة واقع الخدمات الصحية من أجل تحفيز المريض على العلاج وتحسين مستوى المؤسسات الصحية والرقى بقطاع الصحة الوطنية.

وعليه فإن هذه الدراسة ما هي إلا غيظ من فيض نظرا لتعدد مشاريعه وعمقه وتداخل أبعاده السوسولوجية والنفسية والاقتصادية فهو الآن خاتمة لدراسات سابقة وفي نفس الوقت بداية لدراسات لاحقة فالبحث العلمي لا يتوقف أبدا.

قائمة المصادر والمراجع

أولاً- الكتب:

1. ابن منظور، لسان العرب، دار المعارف، مصر، 1984.
2. أحمد زكي بدوي، معجم المصطلحات للعلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت، 1997.
3. أحمد فايز النحاس، الخدمة الاجتماعية الطبية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، دس.
4. أيمن مزاهرة وآخرون، الصحة والسلامة العامة، دار الشروق للنشر، عمان، الأردن، 2000.
5. تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية، عمان، الأردن، 2005.
6. حسين ذبون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات: وجهة نظر معاصرة، المنهل للطباعة والنشر، دون بلد النشر، 2009.
7. حكمة فرحات وآخرون، مبادئ الصحة العامة، دار الفكر للطباعة والنشر، الأردن، 2002.
8. خالد الهادي، قدي عبد المجيد، المرشد المفيد في المنهجية وتقنيات البحث العلمي، الجزائر، دار هومة، 1996.
9. زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج للنشر، عمان، الأردن، 2006.
10. زيد منير عيوب، إدارة الجودة الشاملة، دار الكنوز الغرفة والنشر والتوزيع، الأردن، 2006.
11. سيد جاد محمد الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصعبة، دار العشري، مصر، 2008.
12. صلاح محمد زياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن، 2009.
13. طلعت الدمراش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس، مصر، 2000.
14. عبد الحميد محمد الفاروق، نظرية المرفق العام في القانون الجزائري بين مفهومين التقليدي والاشتراكي، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائرية، الجزائر، 1973.
15. عبد المهدي بوعانة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، مفاهيم نظريات وأساسيات في الإدارة الصحية، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2004.
16. عبد الوهاب بوحديبة، مناهج البحث العلمي وأدواته في العلوم الاجتماعية، مركز النشر الجامعي، تونس، 2004.
17. علي العلاونة وآخرون، بحوث العمليات في العلوم التجارية، دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2000.

18. علي عبد الرزاق، السيد عبد العاطي، **مناهج البحث العلمي**، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2007.
19. فايز جمعة صالح النجار، **أساليب البحث العلمي**، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008.
20. فؤاد بن غضبان، **جغرافية الخدمات**، دار اليازوري العلمية للنشر، عمان، الأردن، 2013.
21. فوزي عبد الخالق، علي إحسان شوكت، **طرق البحث العلمي**، مؤسسة الثقافة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2014.
22. محمد حسن عبد الباسط، **أصول البحث الاجتماعي**، مكتبة وهبة، القاهرة، مصر، 1982.
23. محمد عبيدات وآخرون، **منهجية البحث العلمي**، القواعد والمراحل والتطبيقات، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 1999.
24. محمد علي محمد، **علم اجتماع التنظيم**، مدخل للتراث والمشاكل والموضوع والمناهج، ط 3، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر 1986.
25. مسعود سميح، **الموسوعة الاقتصادية**، شركة المطبوعات للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان، 1997.
26. مصطفى يوسف كافي، **إدارة المؤسسة الطبية**، دار رسلان للطباعة والنشر والتوزيع، دمشق، سوريا، 2013.
27. مضر زهران، **إدارة المستشفيات والرعاية الصحية**، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2013.
28. المعلم بطرس البستاني، **قطر المحيط**، قاموس لغوي ميسر، مكتبة بيروت ناشرون، بيروت، لبنان، 1995.
29. نور الدين حاروش، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية**، دار الكتامة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2009.
30. وفاء فضاة وآخرون، **تمريض صحة المجتمع**، دار اليازوري العلمية، عمان، 2002.
- ثانياً - الرسائل الجامعية:
31. أمير جيلالي، **محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية**، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر، 2009.

32. أنور سليمان كمال غنمة، أثر تكاليف الجودة على الأداء المالي في شركات الخدمة الأردنية المدرجة في بورصة عمان، رسالة ماجستير، تخصص محاسبة، جامعة الشرق الأوسط، الأردن، 2020.
33. بلال جمال محمد الجدي، أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المرضى في المستشفيات الأهلية في محافظة غزة، أطروحة ماجستير، غزة، فلسطين، 2018.
34. حوالم رحيمة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة، دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان، أطروحة دكتوراه، جامعة تلمسان، 2010.
35. دريدي أحلام، دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة، رسالة ماجستير، تخصص الأساليب الكمية في التسيير، جامعة بسكرة، 2014.
36. دلال السويسي، قياس كفاءة الخدمات الصحية بالمؤسسات الصحية الجزائرية باستخدام أسلوب تحليل مغلق البيانات، دراسة مقارنة (القطاع العام/القطاع الخاص)، أطروحة دكتوراه، جامعة ورقلة، الجزائر، 2017.
37. ضحاك نجلة، تحسين تسيير النظام الصحي عن طريق الخدمات الصحية بالجزائر، دراسة حالة المؤسسات الاستشفائية في القطاع العمومي، أطروحة دكتوراه، تخصص تسيير، جامعة الجزائر 3، 2012.
38. عبد القادر يسيع، مساهمة القطاع الخاص في تفعيل البورصة، رسالة ماجستير، قسم علوم التسيير، جامعة الجزائر 3، 2010.
39. عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، رسالة ماجستير، تخصص تسويق دولي، جامعة تلمسان، 2012.
40. علي دحمان محمد، تقييم نفقات الصحة والتعليم، رسالة ماجستير، تخصص تسيير المالية العامة، كلية الاقتصاد، جامعة تلمسان، 2011.
41. فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها، دراسة ميدانية بولاية باتنة، أطروحة دكتوراه، شعبة تسيير المنظمات، جامعة باتنة 1، 2016.
42. مختار محمد، تأثير الإدارة الإلكترونية على إدارة المرافق العامة وتطبيقاتها في الدول العربية، رسالة ماجستير، قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة الجزائر، 2007.

43. نجاة صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية، رسالة ماجستير، تخصص اقتصاد تطبيقي وتسيير المنظمات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية، جامعة باتنة، 2012.

44. هند سعدي، استخدام نماذج صفوف الانتظار لتحسين فاعلية الخدمات في المراكز الصحية، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية، جامعة المسيلة، الجزائر، 2012.

ثالثا - المجالات العلمية:

45. بوراحة أمال، التطور الصحي في الجزائر وعلاقته بتحسين المؤشرات الصحية، جامعة وهران 2 محمد بن أحمد، 2018.

46. دبون عبد القادر، دور تحسين المستثمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية (حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة)، مجلة الباحث، العدد 11، جامعة ورقلة، الجزائر، 2012.

47. سامي أحمد عباس، قياس الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية، دراسة تطبيقية على المستشفيات الحكومية في مدينة تيز باليمن من وجهة نظر المستفيد، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعية، العدد 39، المجلد 1، الجامعة العراقية، 2014.

48. سعيدان رشيد، بوهنة علي، واقع الخدمات الصحية من خلال الإصلاحات، مجلة البشائر الاقتصادية، العدد الأول، جامعة بشار، 2015.

49. سنوسي علي، تقييم مستوى الفاعلية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر، دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد التاسع، جامعة الشلف، الجزائر، 2011.

50. علاء فرج، حسن رضوان، دور مهارات التعامل مع المرضى في تحسين مستوى جودة الخدمة الصحية، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، العدد 4، المجلد 51، جامعة عين الشمس، مصر، 2021.

51. محمد محمود ياسين عبد الحميد، فاعلية خدمات الرعاية الصحية في برامج الحماية الاجتماعية للمعاقين جسديا، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث، العدد 18، الجزء الثاني، المجلد 18، جامعة الفيوم، مصر، 2020.

52. يوسف عمادي علي، خديجة حسن جاسم، علم الاجتماع الطبي في ميدان الصحة والمرض، دراسات اجتماعية، العدد 44، (د-س، د-ب).

رابعاً - الجريدة الرسمية:

53. الجريدة الرسمية، العدد 1، الأمر رقم 65-73 المؤرخ 1973/12/28، الصادرة بتاريخ 1974/01/01، المتعلق بإرساء الطب المجاني في المؤسسات الصحية.

خامساً - المواقع الإلكترونية:

54. وزارة الصحة لمملكة البحرين، عن موقع:

<https://www.moh.gov.bh/healthinstutions/soicalworken-objectif>

55. أحمد مجدي، المنهج المقارن (الأهداف، الخصائص، الخطوات)، عن موقع:

www.maktabtk.com

56. منظمة الصحة العالمية، عن موقع:

<https://www.who.int>

سادساً - المراجع الأجنبية:

57. Médical à L'innovation de service. Paris : Masson ; 2004.

58. Ericvolger ; Management stratégique des services du diagnostic à la mise en œuvre d'une stratégie de services Paris : Dunod ; 2004.

59. OMS. rapport mondial sur la santé dans le monde pour un système

الملاحق



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945 قالمة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم الاجتماع



استمارة بحث موجهة للقطاع الخاص حول:

واقع الخدمات الصحية بين القطاع العام والقطاع الخاص

دراسة ميدانية بالعيادة الخاصة ماسينيسا الخروب بولاية قسنطينة

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم اجتماع الصحة

تحت إشراف:
أ. د/ حواوسة جمال

من إعداد الطالبتين:
➔ لشهب آية
➔ تونسي شهيرة

ملاحظة:

أخي الكريم، أختي الكريمة، السلام عليكم وبعد:
تهدف هذه الدراسة إلى محاولة التعرف على واقع الخدمات الصحية بين القطاع العام والخاص، وعليه نضع بين أيديكم هذه الاستمارة التي تحتوي على أسئلة موجهة لغرض البحث العلمي، لذا نرجو منكم الإجابة بصراحة وصدق على هذه الأسئلة لما فيه من خير للعلم والمجتمع، على أن تبقى المعلومات التي تدلون بها سرية ولا تستخدم إلا لغرض البحث العلمي.

2023/2022

المحور الأول: بيانات خاصة بالمعلومات الشخصية

1. الجنس:

ذكر أنثى

2. السن:

أقل من 20 سنة من 20 إلى 40 سنة من 41 إلى 50 سنة
من 51 إلى 60 سنة أكثر من 60 سنة

3. المستوى التعليمي:

دون مستوى ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

4. مقيم:

نعم لا مدة الإقامة: من يوم إلى 3 أيام من 4 إلى 10 أيام من 11 إلى 20 يوم أكثر من 20 يوم

5. طبيعة الدخول:

مصالحة الاستعجال عيادات جوارية طبيب خاص

المحور الثاني: بيانات خاصة بنوع الخدمات الصحية المقدمة للمرضى في القطاع الخاص

6. ما هو سبب اختيارك للمستشفى العام؟

.....

7. هل لهذه المستشفى مكانة وسمعة جيدة في الوسط الاجتماعي؟

نعم لا

8. هل أقسام المستشفى مرتبة ويسهل الوصول إليها؟

نعم لا

9. هل يستجيب عمال المستشفى بسرعة لمشاكل واستفسارات المرضى؟

نعم لا

10. هل يتسم سلوك العاملين في المستشفى بأدب وحسن المعاملة مع المرضى ؟
 نعم لا

11. هل يتمتع العاملون بالمستشفى بالمهارة والخبرة الصحية المطلوبة ؟
 نعم لا

12. هل يقدم لك الطبيب كل التفسيرات والتعليمات والتوجيهات حول حالتك الصحية ؟
 نعم لا

13. هل يحافظ الطبيب على سرية المعلومات الخاصة بك ؟
 نعم لا

14. هل تتلقى المساعدات من طرف الممرضين المكلفين بالخدمة ؟
 نعم لا

15. هل تشعر بالثقة في تعاملك مع الطاقم الطبي بالمستشفى ؟
 نعم لا

المحور الثالث: بيانات خاصة بمدى ارتقاء الخدمات الصحية في القطاع الخاص إلى المستوى المطلوب

16. كيف ترى الموقع الجغرافي للمؤسسة ؟
 ملائم ملائم نوعا ما غير ملائم

17. عند دخولك للمستشفى أول مرة كيف وجدت الاستقبال ؟
 جيد مقبول سيء سيء جدا

18. كيف ترى قاعات الانتظار ومدى ملائمتها لاستقبال المرضى ؟
 جيدة مقبولة سيئة سيئة جدا

19. هل يتوفر المستشفى على لوحات وعلامات ارشادية تسهل الوصول إلى الأقسام والفروع المختلفة ؟
 نعم لا

20. هل تمتلك المستشفى التجهيزات والأجهزة الطبية والمعدات التقنية الحديثة ؟
 نعم لا

- إذا كانت الإجابة بنعم ماهي التجهيزات ؟

.....

21. كيف ترى نظافة غرف المرضى والأروقة في المستشفى ؟
 جيدة متوسطة سيئة سيئة جدا

22. هل يتوفر المستشفى على دورات مياه نظيفة ؟
 نعم لا

23. هل يتوفر المستشفى على مركز للأمن ؟
 نعم لا

المحور الرابع: بيانات خاصة بالمشكلات التي تواجه المرضى أثناء تلقيهم للخدمات الصحية في القطاع الخاص

24. هل توجد صعوبة في الوصول إلى المستشفى عندما تسوء حالتك الصحية ؟
 نعم لا

25. عند قدومك للمستشفى هل انتظرت لساعات طويلة ؟
 نعم لا

26. هل الأجهزة المتوفرة في المستشفى كلها صالحة للخدمة ؟
 نعم لا

27. هل تعرضت للانزعاج داخل المستشفى عند تلقيك العلاج ؟
 نعم لا

- إذا كانت الإجابة بنعم، من طرف من تعرضت للإزعاج ؟

.....

28. هل للوساطة دور في تلقي خدمة صحية جيدة ؟
 نعم لا

29. عند دخولك للمستشفى للحصول على العلاج هل تتمتع بالحقوق الكاملة ؟

نعم لا

30. هل سبق أن تعرضت لصعوبات تلقي الخدمة الصحية من طرف الأطباء والممرضين؟

نعم لا

- إذا كانت الإجابة بنعم، ماهي هذه الصعوبات؟

.....

31. هل تعرضت لخطأ طبي؟

نعم لا

- إذا كانت الإجابة بنعم، كيف تعاملت معه؟

.....

32. حسب رأيك ماهي الحلول التي تجدها مناسبة لتحسين نوع الخدمات الصحية في القطاع الخاص؟

.....

.....

.....

.....



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945 قالمة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم الاجتماع



استمارة بحث موجهة للقطاع العام حول:

واقع الخدمات الصحية بين القطاع العام والقطاع الخاص

دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الأمير عبد القادر واد الزناتي بولاية قالمة

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم اجتماع الصحة

تحت إشراف:
أ. د/ حواوسة جمال

من إعداد الطالبتين:
➔ لشهب آية
➔ تونسي شهيرة

ملاحظة:

أخي الكريم، أختي الكريمة، السلام عليكم وبعد:
تهدف هذه الدراسة إلى محاولة التعرف على واقع الخدمات الصحية بين القطاع العام والخاص، وعليه نضع بين أيديكم هذه الاستمارة التي تحتوي على أسئلة موجهة لغرض البحث العلمي، لذا نرجو منكم الإجابة بصراحة وصدق على هذه الأسئلة لما فيه من خير للعلم والمجتمع، على أن تبقى المعلومات التي تدلون بها سرية ولا تستخدم إلا لغرض البحث العلمي.

2023/2022

المحور الأول: بيانات خاصة بالمعلومات الشخصية

1. الجنس:

ذكر أنثى

2. السن:

أقل من 20 سنة من 20 إلى 40 سنة من 41 إلى 50 سنة

من 51 إلى 60 سنة أكثر من 60 سنة

3. المستوى التعليمي:

دون مستوى ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

4. مقيم:

نعم لا 5. مدة الإقامة: من يوم إلى 3 أيام من 4 إلى 10 أيام من 11 إلى 20 يوم أكثر من 20 يوم

6. طبيعة الدخول:

مصلحة الاستعجالات عيادات جوارية طبيب خاص

المحور الثاني: بيانات خاصة بنوع الخدمات الصحية المقدمة للمرضى في القطاع العام

7. ما هو سبب اختيارك للمستشفى العام؟

8. هل لهذه المستشفى مكانة وسمعة جيدة في الوسط الاجتماعي؟

نعم لا

9. هل أقسام المستشفى مرتبة ويسهل الوصول إليها؟

نعم لا

10. هل يستجيب عمال المستشفى بسرعة لمشاكل واستفسارات المرضى؟

نعم لا

11. هل يتسم سلوك العاملين في المستشفى بأدب وحسن المعاملة مع المرضى ؟

نعم لا

12. هل يتمتع العاملون بالمستشفى بالمهارة والخبرة الصحية المطلوبة ؟

نعم لا

13. هل يقدم لك الطبيب كل التفسيرات والتعليمات والتوجيهات حول حالتك الصحية ؟

نعم لا

14. هل يحافظ الطبيب على سرية المعلومات الخاصة بك ؟

نعم لا

هل تتلقى المساعدات من طرف الممرضين المكلفين بالخدمة ؟

نعم لا

15. هل تشعر بالثقة في تعاملك مع الطاقم الطبي بالمستشفى ؟

نعم لا

المحور الثالث: بيانات خاصة بمدى ارتقاء الخدمات الصحية في القطاع العام إلى المستوى المطلوب

16. كيف ترى الموقع الجغرافي للمؤسسة ؟

ملائم ملائم نوعا ما غير ملائم

17. عند دخولك للمستشفى أول مرة كيف وجدت الاستقبال؟

جيد مقبول سيء سيء جدا

18. كيف ترى قاعات الانتظار ومدى ملائمتها لاستقبال المرضى ؟

جيدة مقبولة سيئة سيئة جدا

19. هل يتوفر المستشفى على لوحات وعلامات ارشادية تسهل الوصول إلى الأقسام والفروع المختلفة؟

نعم لا

20. هل تمتلك المستشفى التجهيزات والأجهزة الطبية والمعدات التقنية الحديثة؟

نعم لا

- إذا كانت الإجابة بنعم ماهي التجهيزات ؟

.....

21. كيف ترى نظافة غرف المرضى والأروقة في المستشفى؟

جيدة متوسطة سيئة سيئة جدا

22. هل يتوفر المستشفى على دورات مياه نظيفة ؟

نعم لا

23. هل يتوفر المستشفى على مركز للأمن؟

نعم لا

المحور الرابع: بيانات خاصة بالمشكلات التي تواجه المرضى أثناء تلقيهم للخدمات الصحية في القطاع العام

24. هل توجد صعوبة في الوصول إلى المستشفى عندما تسوء حالتك الصحية ؟

نعم لا

25. عند قدومك للمستشفى هل انتظرت لساعات طويلة ؟

نعم لا

26. هل الأجهزة المتوفرة في المستشفى كلها صالحة للخدمة ؟

نعم لا

27. هل تعرضت للانزعاج داخل المستشفى عند تلقيك العلاج ؟

نعم لا

- إذا كانت الإجابة بنعم، من طرف من تعرضت للإزعاج ؟

.....

28. هل للوساطة دور في تلقي خدمة صحية جيدة ؟

نعم لا

29. عند دخولك للمستشفى للحصول على العلاج هل تتمتع بالحقوق الكاملة ؟

نعم لا

30. هل سبق أن تعرضت لصعوبات تلقي الخدمة الصحية من طرف الأطباء والممرضين؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، ماهي هذه الصعوبات؟

.....

31. هل تعرضت لخطأ طبي؟

نعم لا

- إذا كانت الإجابة بنعم، كيف تعاملت معه؟

.....

32. حسب رأيك ماهي الحلول التي تجدها مناسبة لتحسين نوع الخدمات الصحية في القطاع العام؟

.....

.....

.....

.....



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945 قالمة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم الاجتماع



دليل مقابلة بحث موجهة للقطاع الخاص حول:

واقع الخدمات الصحية بين القطاع العام والقطاع الخاص

دراسة ميدانية بالعيادة الخاصة ماسينيسا الخروب بولاية قسنطينة

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم اجتماع الصحة

تحت إشراف:
أ. د/ حواوسة جمال

من إعداد الطالبتين:
لشهب آية
تونسي شهيرة

2023/2022

أسئلة المقابلة:

1. هل يمكن اعطائنا لمحة عن المستشفى والمرافق الموجودة فيها ؟

.....

.....

.....

.....

2. ما هي الأهداف التي تسعى مؤسستكم (المستشفى) لتحقيقها ؟

.....

.....

.....

.....

3. كم عدد عمال الفريق الطبي والإداري في المستشفى ؟

.....

.....

4. ما هي العراقيل والصعوبات التي تواجه المستشفى؟ وكيف تتعامل معها ؟

.....

.....

.....

.....

5. ما هو مبلغ النفقات العامة لسنة (2023/2022) ؟

.....

.....

6. ما هو المبلغ المالي لكل خدمة صحية ؟

.....

.....

.....



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945 قالمة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم الاجتماع



دليل مقابلة بحث موجهة للقطاع العام حول:

واقع الخدمات الصحية بين القطاع العام والقطاع الخاص

دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الأمير عبد القادر واد الزناتي بولاية قالمة

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم اجتماع الصحة

تحت إشراف:
أ. د/ حواوسة جمال

من إعداد الطالبتين:
لشهب آية
تونسى شهيرة

2023/2022

أسئلة المقابلة:

1. هل يمكن اعطائنا لمحة عن المستشفى والمرافق الموجودة فيها ؟

.....

.....

.....

.....

2. ما هي الأهداف التي تسعى مؤسستكم (المستشفى) لتحقيقها؟

.....

.....

.....

.....

3. كم عدد عمال الفريق الطبي والإداري في المستشفى؟

.....

.....

.....

4. ما هي العراقيل والصعوبات التي تواجه المستشفى؟ وكيف تتعامل معها؟

.....

.....

.....

.....

5. ما هو مبلغ النفقات العامة لسنة (2023/2022)؟

.....

.....

☞ التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الأمير عبد القادر:

المؤسسة العمومية الاستشفائية الأمير عبد القادر وادي الزناتي هي مؤسسة ذات طابع إداري وصحي في نفس الوقت، تحتوي على طاقم إداري تقني طبي وشبه طبي، يتميز باستقلالية التسيير المالي تحت وصاية مديرية الصحة والسكان لولاية قالمة استنادا إلى المرسوم التنفيذي 97-466 المؤرخ في 2 شعبان 1418هـ الموافق لـ 2 ديسمبر 1997، والذي حدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية بالجزائر ومن بينها القطاع الصحي وادي الزناتي والذي تعود نشأته يوم 1969/04/01، حيث كان يقوم بتنظيم وتوزيع الإسعافات وبرمجتها ويطبق نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكييف الطبي والاستشفاء ويطبق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية والسكن، ويساهم في ترقية المحيط ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

وكان يتكون من مجموع هياكل منها المستشفى المركزية في دائرة وادي الزناتي وعدة عيادات متعددة الخدمات وقاعات للعلاج وعيادة توليد ريفية في باقي البلديات المجاورة، إلى أن جاء التقسيم الإداري والجغرافي الجديد للخريطة الصحية بناء على المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 19 ماي 2007، ومن أجل تحسين وتقريب الصحة من المواطن أنشأت ثلاث مؤسسات وهي المؤسسة العمومية للصحة الجوارية وادي الزناتي، والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية تاملوكة، والمؤسسة العمومية الاستشفائية وادي الزناتي، هذه الأخيرة تقع في منطقة ذات طابع زراعي في وسط المنطقة الحضرية بالبلدية مقر الدائرة، محدودة من الشرق إلى الغرب بولايته قالمة وقسنطينة، ومن الجنوب إلى الشمال بولايته أم البواقي وسكيكدة، وتغطي مساحة إجمالية تقدر 3 هكتار تقريبا على الطريق الوطني رقم 20، ويفصلها عن مقر الولاية 42 كلم، وهي من بين خمس مؤسسات عمومية استشفائية على مستوى الولاية.

☞ وحدات المؤسسة الاستشفائية:

تتكون المؤسسة الاستشفائية من مجموعة هياكل ووحدات داخلية وخارجية منها:

1. الوحدات الاستشفائية الداخلية:

- الجراحة العامة تحتوي على: 44 سريرا 22 رجال 22 نساء
- أمراض النساء والتوليد: 40 سرير 16 امراض نساء 24 توليد
- الطب الداخلي: 48 سرير 17 رجال 18 نساء 13 تصفية الدم
- طب الأطفال: 24 سرير 14 أمراض أطفال 10 حديثي الولادة
- الاستجالات الطبية الجراحية: 12 سرير 6 رجال 6 نساء

- جراحة عامة أمراض الأنف والحنجرة: تضم 20 سرير
- 2. الوحدات التقنية:
 - المخبر (01)
 - الصيدلية (01)
 - الأشعة المركزية (01)
- 3. هناك وحدة خارجية واحدة: الطب الوقائي (01)
- 4. المستخدمون الطبيون:
 - الأطباء العامون: 26
 - الصيادلة: 03
- 5. الأطباء الأخصائيون: 49
 - طب الأطفال: 02
 - الطب الداخلي: 02
 - الإنعاش والتخدير: 09
 - إعادة التأهيل الوظيفي: 01
 - جراحة عامة: 07
 - طب النساء والتوليد: 04
 - ممرض الصحة العمومية علاج عام: 61
- 6. المستخدمون الشبه طبيون حسب الاختصاص:
 - عون طبي في التخدير والإنعاش: 10
 - مشغلي أجهزة التصوير الطبي للصحة العمومية: 10
 - مخبري للصحة العمومية: 14
 - مساعد طبي للصحة العمومية: 08
 - قابلة: 16
 - ممرض مؤهل: 20
 - مساعد تمريض: 43
 - بيولوجي: 12

- مساعدة اجتماعية: 02
- مختصة في التغذية للصحة العمومية: 01
- مختصة في العلاج الطبيعي والفيزيائي: 02
- نفساني عيادي للصحة العمومية: 03
- ممرض صحة عمومية: 35
- ممرض متخصص صحة عمومية: 33
- ممرض ممتاز: 01
- الأعوان المتعاقدين: 50
- 7. مجموع المستخدمين الشبه الطبيين: 100

الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية الأمير عبد القادر وادي الزناتي

