جـــــامعـــــــــة 8 مـــــــــاي 1945

قـــــــــالمـــــــــــــة

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم علوم التسيير

مذكرة تخرج مقدمة لاستكمال متطلبات نيل شهادة الماستر في

علوم التسيير

تخصص: إدارة أعمال

تحت عنوان

دور التمويل الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية

دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية

– حكيم عقبي– قالمة

إعداد الطلبة :

بن جامع سناء

مخالفية لبنة

تحت إشراف الدكتور:

بخاخشة موسى

السنة الجامعية .2019/2018

الشكر

أحمد الله الذي وفقني لهذا، حمدا يليق بجلاله وعظيم سلطانه أما بعد

أتقدم بشكري إلي كل من أعانني بهذا العمل المتواضع وأخص بالذكر الأستاذ المشرف بخاخشة موسي الذي أشرف على مساعدتنا عاي إنجاز هذه المذكرة وكان خير دليل وموجه وناصح، وعلى تقديمه لتوجيهاته القيمة و الارشاد التي لم يبخل بها علينا

كما اتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى السادة أعضاء اللجنة المناقشة على مساهمتهم في مناقشة هذه الرسالة العلمية لإخراجها في أحسن صورة دون أن ننسا توجيه الشكر والاحترام إلى إدارة قسم علوم التسيير

وفي الأخير أتوجه بخالص الشكر لكل من ساعدني بكلمة أو فكرة أو ابتسامة

الاهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

الى الذي نفسي بيده، وهدايتي على يده سبحانه وتعالى نحمده ونشكره

الى أقوي سندين أزاراني في أوقات الشدة، إلى أصدق كلمتين لفظتهما شفتاي الى من أنزل فيهم المولى عز وجل قولا حكيما

﴿ وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا ۚ إِمَّا يَبْلُغَنَّ عِندَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُل لَّهُمَا أُفٍّ وَلَا تَنْهَرْهُمَا وَقُل لَّهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا ﴾

إليك يا من تحدي المستحيل، الى تحدي الدهر بأنيبه، إلى روح ابي الغالي التي لم تفارقني، إلى اغلي فقدت رحمة الله عليك «أبـــي»

إلى أعظم امرأة بين النساء الكون الى سبب وجودي، إلى من حملتني، الى من تحت أقدامها الجنة، غلى من سهرت و ربت ودعمتني علي مر السنوات «إمـــي» الغالية أطال الله في عمرك.

الى فخري في هذه الحياة و هذا العالم إخوتي

الى من جمعتني بهم الصداقة و الأخوة

إلى من ساعدني قريب أو بعيد.

سناء

الإهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

إلى من تعجز الاقلام عن خطه والشفاه عن لفظه و القلب عن نسيانه إليك يـــارب أقدم لك ثمرة جهدي، والصلاة والسلام على النبي محمد صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ وعلى آله وأصحابه.

إلى من يقول فيهما الرحمن

﴿وَاخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُل رَّبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا﴾

إلى من يقول فيه الشاعر:

أبوك الذي تدعو في كل محنة ونطلب منه تاعون عند المصائب

الى غاب عنك الناس أدبروا فوالدك المفرار ليس بغائب

إلى من قال للحياة لا للمستحيل، الى روح أبي الغالية التي لم تفارقني، إلى أغلي ما فقدت رحمة الله عليك «أبـــي»

إلى اعظم امرأة بين نساء الكون، إلى من غمرتني بحنانها وجعل ربي الجنة تحت أقدمها، إليك «أمـي» الغالية أطال الله في عمرك

إلى كل «إخوتي» وزوجي و سندي في هذه الحياة أطال الله في عمركم وحفظكم على الدوام.

إلى كل من حفظهم قلبي وأسقطهم قلمي

إلى كل هؤلاء أهدي هذا العمل المتواضع

لبنة

فهرس المحتويات

شكر وتقدير
الاهداء
فهرس المحتويات .....I-IV
قائمة الاشكال.....V
قائمة الجداول VI
قائمة الملاحق.....
المقدمة العامة.....أ-هـ

الفصل الاول: مدخل نظري للتمويل الصحي

تمهيد 02
المبحث الأول: عموميات حول التمويل.....03-08
المطلب الأول: مفهوم التمويل و خصائصه.....03
أولا: مفهوم التمويل.....02
ثانيا: خصائص التمويل:.....04
المطلب الثاني: أهمية التمويل 05
المطلب الثالث: وظائف التمويل 07
المطلب الرابع: مخاطر التمويل.....08
المبحث الثاني: أبعاد العملية التمويلية.....10-20
المطلب الأول: أنوع التمويل.....10
المطلب الثاني: العوامل المحددة لأنواع التمويل.....12
المطلب الثالث: مصادر التمويل الصحي.....14
المطلب الرابع: خطوات التمويل وآثاره.....17
أولا: خطوات التمويل الصحي.....17
ثانيا: آثار التمويل الصحي 19
خلاصة الفصل.....21

الفصل الثاني: الإطار المفاهيمي للخدمات الصحية

فهرس المحتويات

تمهيد..... 23

المبحث الأول: مفاهيم أساسية في جودة الخدمات الصحية 24-38

المطلب الأول: مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها..... 24

أولا: مفهوم الخدمات الصحية 24

ثانيا: خصائص الخدمات الصحية..... 26

المطلب الثاني: أنواع الخدمات الصحية..... 28

المطلب الثالث: جودة الخدمات الصحية، أبعادها والعوامل المؤثرة فيها 29

أولا: مفهوم جودة الخدمات الصحية..... 29

ثانيا: أبعاد جودة الخدمات الصحية..... 31

ثالثا: العوامل المؤثرة في جودة الخدامات الصحية..... 35

المطلب الرابع: أهمية جودة الخدمات الصحية وأهدافها 36

أولا: أهمية جودة الخدمات الصحية..... 36

ثانيا: أهداف جودة الخدمات الصحية..... 37

المطلب الخامس: قياس جودة الخدمات الصحية..... 38

المبحث الثاني: إصلاحات النظام الصحي الجزائري..... 44-63

المطلب الأول: مفهوم النظام الصحي ومحدداته..... 44

أولا: مفهوم النظام الصحي..... 44

ثانيا: محددات النظام الصحي..... 45

المطلب الثاني: تطور النظام الصحي الجزائري (1962-2009)..... 46

المطلب الثالث: إصلاحات جديدة في النظام الصحي الجزائري..... 50

أولا: حتمية إصلاح المنظومة الصحية..... 50

ثانيا: جوانب الإصلاح في المؤسسات الصحية..... 52

ثالثا: الإصلاحات الجديدة في النظام الصحي الجزائري..... 54

المطلب الرابع: سياسات شاملة لإصلاح النظام الصحي 57

المطلب الخامس: نماذج عن تمويل المنظومات الصحية في العالم..... 59

خلاصة الفصل..... 64

الفصل الثالث: دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية –حكيم عقبي–قالمة

تمهيد.....66

المبحث الأول: نظرة عامة حول المنظومة الصحية لولاية قالمة مع دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية –حكيم عقبي– قالمة 67–73

المطلب الأول: تقديم عام للمؤسسة العمومية الاستشفائية –حكيم عقبي– 67

أولا: واقع قطاع الصحة في ولاية قالمة 67

ثانيا: التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي قالمة 69

المطلب الثاني: عرض وشرح الهيكل التنظيمي لمستشفي الحكيم عقبي 70

المطلب الثالث: تسيير ميزانية المستشفى من ناحية تنفيذ الإيرادات والنفقات 73

المبحث الثاني: منهجية البحث الميداني.....75–76

المطلب الأول: المجتمع الإحصائي وعينة الدراسة.....75

المطلب الثاني: أدوات الدراسة وتصميم الاستمارة.....75

أولا: أدوات جمع البيانات.....75

ثانيا: اختيار مقياس الاستبيان.....76

ثالثا: مجالات الدراسة.....76

المطلب الثالث: أدوات التحليل الإحصائي.....76

المبحث الثالث: عرض وتحليل نتائج الدراسة 81–101

المطلب الأول: عرض البيانات الشخصية.....81

المطلب الثاني: عرض نتائج المحور الأول للاستمارة:.....85

المطلب الثالث: عرض نتائج الحور الثاني للاستمارة.....86

المطلب الرابع: عرض نتائج المحور الثالث للاستمارة.....92

المطلب الخامس: اختبار صحة الفرضيات.....95

المطلب السادس: تفسير النتائج.....97

خلاصة الفصل..... 102

الخاتمة العامة..... 103–105

قائمة المراجع..... 107–111

الملاحق

قائمة الاشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	أسلوب الفجوات	40
02	الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية مستشفى حكيم عقبي	72
02	يوضح عينة الدراسة حسب السن	81
03	يوضح توزيع أفراد العينة حسب الاقدمية	82
04	يوضح توزيع افراد العينة حسب المستوى التعليمي	83
05	يوضح توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة	84

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	مدى مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة	15
02	مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي في تمويل الإنفاق الصحي	16
03	مساهمة العائلات في تمويل قطاع الصحة	17
04	أبعاد جودة الخدمة بالمؤسسات الصحية	34
05	توزيع الإيرادات العامة لسنة المالية 2018	73
06	توزيع النفقات لسنة المالية 2018	74
07	يوضح سلم ليكارت الخماسي	76
08	يوضح المدى	77
09	يوضح معامل ألفاكرونباخ	79
10	يوضح نتائج اختبار التوزيع الطبيعي	80
11	يوضح عينة الدراسة حسب السن	81
12	يوضح توزيع العينة حسب الاقدمية	82
13	يوضح توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	83
14	يوضح عينة الدراسة حسب الوظيفة	84
15	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات المحور الأول	85
16	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات المحور الثاني	89
17	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات المحور الثالث	92
18	اختبار الفرضية الأولى	95
19	اختبار الفرضية الثانية	96
20	اختبار الفرضية الثالثة	97

المقدمة العامة

منذ القدم كان الإنسان يعطي أهمية كبيرة للحق المتعلق بسلامة الجسد وصحته والوقاية من جميع الأمراض أو الأوبئة التي تعرض صحة البدن الى الخطر، حيث تعتبر صحة الأفراد هي أسمى هدف تحاول الدولة بلوغه، وذلك من اجل استمرارها، بحيث يعتبر الأفراد الأصحاء عصب كل سياسة تنموية، فكل السياسات سواء الشاملة منها أو القطاعية ترتكز أساسا على الفرد، فهو المحرك الأساسي لها، فنجاحها أو فشلها في تحقيق أهدافها مرتبط بقدر الفرد على العمل.

تعتبر الخدمات الصحية من اهم متطلبات الإنسان فهي تتعلق بحالته الصحية وعافيته، ما جعلها تحتل مكانة بارزة في اهتمامات الجميع، ليس فقط لأهميتها في الحفاظ على سلامة الفرد بل أيضا لزيادة قدرته على البناء والتنمية، وفي هذا المعنى تمثل الخدمات الصحية أهم ما يمكن أن يقدم الإنسان صانع الحياة والتطور، وهي إن كانت تعكس ضرورة إنسانية فإنها أيضا ضرورة اقتصادية لبناء مجتمع قادر على تقديم الأداء الأفضل في مختلف مجالات التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

تواجه المؤسسات الصحية العديد من التحديات من أبرزها ارتفاع التكاليف، حيث تعرف النفقات الصحية في الجزائر ارتفاعا مستمرا، وتعتبر الأمراض المزمنة من الأسباب الرئيسية لتفاقم هذه النفقات من بين عوامل أخرى متداخلة، حيث أصبحت الدولة غير قادرة على تحمل نفقات هذا القطاع وخاصة مع تراجع العائدات النفطية للبلاد، أدى الى دخول المؤسسات الصحية في أزمة حقيقية تدنت فيها مكانتها، وتأثرت سلبا نوعية خدماتها، مما وجب عليها إيجاد طريقة للتحكم في النفقات المتزايدة لهذا القطاع من جهة، ومن جهة أخرى توسيع وتنويع مصادر تمويلها.

ومن اجل تحقيق أهدافها المسطرة وجب عليها إصلاح المنظومة الصحية ووضعتها في سلم أولوياتها وخصصت لها أموال كافية للرفع والورقي بمستوى جودة الخدمات المقدمة في القطاع الصحي العمومي، بغية تقديم خدمات ذات جودة عالية تلبي احتياجات المريض

وتحقق رضاه، من خلال الإصلاحات التي تباشرها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لتحقيق الجودة في الخدمات الصحية المقدمة.

إشكالية الدراسة

الى أي مدى يساهم التمويل الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية؟

للإجابة على هذه الإشكالية يتم طرح الأسئلة الفرعية التالية:

- ما المقصود بالتمويل الصحي؟
- ما هي مصادر التمويل الصحي؟
- ما معنى الخدمات الصحية وجودة الخدمات الصحية؟
- ما هي أبعاد جودة الخدمة بالمؤسسات الصحية؟
- ما المقصود بالنظام الصحي؟
- ما هي الإصلاحات الجديدة في المنظومة الصحية؟
- ما مدى اهتمام المؤسسة محل الدراسة التطبيقية بتحسين جودة الخدمات المقدمة؟ وماهي مصادر التمويل المتاحة؟

فرضيات الدراسة

1-مدى امتلاك المؤسسة إستراتيجية لتحسين جودة الخدمات الصحية.

2-ضعف الإمكانيات المادية والمالية والبشرية اثر على تحسين الخدمات الصحية.

3-مدى امتلاك مؤسسة الدراسة مصادر تمويل إضافية لتحسين الخدمات الصحية.

مبررات اختيار الموضوع.

تعددت المبررات لتناول هذا الموضوع وهي كما يلي:

- مبررات ذاتية:

✓ الرغبة الجامحة في اختيار موضوع الصحة والتعرف على خبايا هذا القطاع الذي يعتبر عصب التنمية في جميع المجالات.

- ✓ الرغبة والميول الشخصي لأنه ضمن التخصص
- ✓ الرغبة في إثراء المكتبة بمواضيع جديدة وحديثة

- مبررات موضوعية

- ✓ أهمية المؤسسات الصحية بالنسبة للمجتمع
- ✓ سوء التسيير والتنظيم الذي يميز النظام الصحي في الجزائر من خلال بعض الزيارات في قادتنا الى بعض المؤسسات العمومية الاستشفائية

أهداف الدراسة

- ✓ تهدف هذه الدراسة الى تحقيق مجموعة من الأهداف أهمها:
- ✓ التعرف على ماهية التمويل الصحي والخدمات الصحية
- ✓ الكشف عن تدابير الإصلاحات الصحية
- ✓ تحليل العلاقة بين التمويل الصحي وجودة الخدمات المقدمة
- ✓ التوصيل الى بعض الاقتراحات التي يمكن أن تساهم في تنمية وتطوير قطاع الصحية

أهمية الدراسة

من خلال هذه الدراسة يتم إبراز مدى تطور هذا القطاع في الجزائر، وما يتطلبه من نفقات من اجل تحقيق الأهداف المتوخاة منها، ومعرفة مدى تجلي الإصلاحات الصحية التي اعتمدتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في قطاع الصحة العمومي، ولمس الإضافة التي تحققت من خلال هذه الإصلاحات واخذ صورة عن الواقع الصحي بصفة عامة في الجزائر

حدود الدراسة

الحدود المكانية: يتمثل في ميدان الدراسة في المؤسسة العمومية الاستشفائية (حكيم عقبي) بولاية قالمة.

الحدود الزمانية: أجريت هذه الدراسة خلال شهري افري لوماي 2019.

منهجية الدراسة

يتمثل منهج الدراسة في مجموع الإجراءات والعمليات التي تمكن الباحث من الإجابة على إشكالية البحث واختيار فرضياته، وفي هذا الإطار قمنا بإتباع المنهج الوصفي التحليلي، الذي يعتبر أساس جميع البحوث والذي يتند في جوهره على الوصف والتحليل واستخدام الأسلوب الميداني لإظهار التوازن بين متغيرات الدراسة وذلك من خلال إمداد استبيان وتوزيعه على عينة عشوائية، بإضافة الى أسلوب المقابلة والملاحظة لتجنب عيوب الاستبيان، والاعتماد على البيانات الثانوية والتي تتمثل في الكتب والمراجع العربية والأجنبية ذات العلاقة بالموضوع، والمقالات والأبحاث والدراسات السابقة، والبحث والمطالعة في مواقع الانترانت.

صعوبات الدراسة

من بين الصعوبات التي واجهتنا أثناء القيام بالدراسة نذكر

- ✓ قلة المراجع
- ✓ ضيف الوقت
- ✓ صعوبة في استجواب العينة للاستبيان والامتناع عن الإجابة
- ✓ طبيعة الأنظمة المغلقة والتي تصعب من وجود بيانات وإحصائيات حقيقية.

هيكلة الدراسة

لقد قمنا بتقسيم البحث، الى ثلاثة فصول اثنان مخصصان للجانب النظري والأخر خاص بالجانب التطبيقي.

الفصل الأول: هو عبارة عن مدخل نظري لتمويل الصحي، تناولنا فيه مبحثين الأول عموميات حول التمويل، والثاني يتمحور حول أبعاد العملية التمويلية.

الفصل الثاني: جاء بعنوان الإطار المفاهيمي للخدمات الصحية ويتضمن مبحثين، تطرقنا في المبحث الأول الى مفاهيم أساسية في جودة الخدمات الصحية، والمبحث الثاني الى الإصلاحات الجديدة في القطاع الصحي.

الفصل الثالث: يتضمن دراسة ميدانية أجريت بالمؤسسة العمومية الاستشفائية (حكيم عقبي) بولاية قالمة، بهدف دراسة العلاقة بين التمويل الصحي وجودة الخدمات المقدمة.

الفصل الأول :

مدخل نظري للتمويل الصحي

تمهيد:

صحة المواطن أغلى ما تملكه المجتمعات حيث أنها ثروة يجب الحفاظ عليها وصيانتها وبالرغم من أنها لا تقدر بثمن إلا أنها تكلف مالا، وانطلاقا من ذلك فإن المنظومة الفعالة هي التي تلبي الاحتياجات الصحية للسكان مع مراعاة مبدأ العدالة في المساهمة المالية.

ترتبط الرفاهية الصحية للمجتمع بالدرجة الأولى بمستوى تنظيم وتسيير النظام الصحي من قبل الدولة وبقدرتها على توفير التمويل اللازم من اجل تغطية النفقات الصحية المتزايدة.

وسنحاول من خلال هذا الفصل تسليط الضوء على الإطار النظري لتمويل الصحي من خلال التطرق إلي المبحثين التاليين:

- ✓ عموميات حول التمويل
- ✓ أبعاد العملية التمويلية

المبحث الأول: عموميات حول التمويل

التمويل نشاط هام في المؤسسة، حيث تمثل الصحة الجيدة العنصر الأساسي لمعافاة الإنسان ولتنمية اقتصادية واجتماعية مستدامة، كما تسعى المؤسسات إلي توفير الأموال اللازمة لتغطية تكاليف نشاطاتها، وتلبية رغبات وطلبات الأفراد وتقديم أفضل خدمة صحية بأقل تكلفة ممكنة.

المطلب الأول: مفهوم التمويل و خصائصه

أولا: مفهوم التمويل

اختلفت وجهات النظر حول تقديم تعريف موحد للتمويل فكانت هناك عدة تعاريف نذكر منها:

- عرف التمويل بأنه الإمداد بالأموال في أوقات الحاجة إليها، وهذا التعريف يكون مع العناصر التالية:[1]
  - تحديد دقيق لوقت الحاجة له،
  - البحث عن مصادر الأموال
  - المخاطر التي تعترض أي نشاط يزاول الإنسان
- التمويل يقصد به تشكيلة الأموال التي حصلت عليها المؤسسة بهدف تمويل استثماراتها، ومن ثم فإنها تضمن كافة العناصر التي يتكون منها جانب الخصوم.[2]
- التمويل هو احد مجالات المعرفة تختص به الإدارة المالية هو نابع من رغبة الأفراد والمؤسسات لتحقيق أقصى حد ممكن من الرفاهية.[3]

---

[1]– طارق الحاج، مبادئ التمويل، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الاردن، 2010، ص21.

[2]– منير إبراهيم الهندي، الفكر الحديث في مجال مصادر التمويل، توزيع منشأة المعارف، الاسكندرية، مصر، 1998 ص5.

[3]– فردوسيتون، التمويل الاداري، الجزء الثاني، دار المريخ للنشر، الرياض، 2003، ص20.

- التمويل هو ذلك القرار المالي الذي يسعى لإيجاد الكيفية التي تحصل بها المؤسسة على الأموال اللازمة لتمويل الاستثمارات، بحيث على المؤسسة اختيار مصدر التمويل الذي يناسبها، وأيضا اتخاذ القرار الاستثماري يلاءم إمكانياتها التمويلية.[1]
- من خلال التعريفات السابقة يمكن استخلاص أن التمويل يعني توفير المبالغ النقدية اللازمة لإنشاء أو تطوير مشروع خاص أو عام، غير أن اعتبار التمويل على انه الحصول على الأموال بغرض استخدامها لتشغيل أو تطويل المشروع يمثل نظرة تقليدية بينما النظرة الحديثة له تركز على تحديد أفضل مصدر للأموال عن طريق المفاضلة بين عدة مصادر متاحة من خلال دراسة التكلفة والعائد.[2]

ثانيا: خصائص التمويل:

يتسم التمويل بجملة من الخصائص تتمثل في:[3]

✓ تدعيم حق الملكية كمصدر تمويل ذاتي للحد من الاعتماد على الديون كمصادر تمويل خارجية، ولزيادة قدرة الشركة على الاقتراض.

✓ تحقيق درجة من الملائمة والتوازن المالي بين عناصر هيكل التمويل، وبينها وبين عناصر هيكل الأصول.

✓ الحد من عملية المتاجرة بحق الملكية، حتى لا تقع الشركة في دائرة العسر المالي.

✓ ضرورة الربط بين القرار الاستثماري والقرار المالي، للحد من المخاطر المالية ومخاطر الأعمال المصاحبة لهما، والتي تتعرض لها الشركة.

✓ الحد من التوسع غير الاقتصادي عن اقتناء الأصول الثابتة بتحقيق التكامل بين نشاطي الإنتاج والمبيعات.

---

[1]– نعيم نمرود داوود، التحليل المالي بين النظرية والتطبيق، دار البداية للنشر، الاردن، 2012، ص145.

[2]– احمد بوراس، تمويل المنشآت الاقتصادية، دار العلوم، عنابة، الجزائر، 2008، ص24.

[3]– محمد عثمان اسماعيل حميد، اسواق رأس المال وبورصة الاوراق المالية، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر 1993، ص16-17.

✓ الارتفاع بكفاءة إرادة رأس المال العامل للحد من كثافة الأموال المستثمرة في عناصر الأصول المتداولة الأقل سيولة وبخاصة المخزون.

✓ الارتفاع بكفاءة إدارة الأموال المستثمرة في الأصول، لزيادة درجة مرونة هيكل التمويل، عند توفير الاحتياجات المالية للشركة.

✓ انه يرتبط بمعدل النمو في المبيعات استقرار وزيادة الربحية للعمليات الجارية والتدفقات النقدية المتولدة منها، لتوفير الدعم المالي لمصادر التمويل الذاتية.

✓ ملائمة صافي رأس المال العامل لاحتياجات دورة الأعمال التشغيلية للحد من الاعتماد المتزايد على مصادر التمويل الخارجية قصيرة الأجل.

✓ أن يتصف هيكل التمويل بالمرونة والملائمة بإحلال مصدر مالي محل مصدر مالي آخر.

المطلب الثاني: أهمية التمويل

مهما تنوعت المشروعات فأنها تحتاج إلي عملية التمويل لكي تنمو تواصل حياتها، إذ يعد التمويل بمثابة الشريان الرئيسي للمؤسسة، ومن هنا تظهر أهمية التمويل لما له من دور فعال في تحقيق سياسة البلاد التنموية وذلك من خلال تهيئة رأس المال اللازم لانجاز المشاريع وتأمين التدفقات لرؤوس الأموال بأشكالها المختلفة من اجل تحقيق الأهداف المخططة وتحقيق الرفاهية لأفراد المجتمع، تلجأ المؤسسات والدول وكذلك المنظمات التابعة لها في وقت الحاجة إلي مصادر خارجية لسد حاجاتها سواء من عجز في الصندوق أو لتسديد الالتزامات رغم الاستخدام الدائم لكفاءة مواردها المالية.[1]

كما تأتي أهمية التمويل من الحاجة إلي الأموال فتزداد أهميته بزيادة الحاجة إلي المال وتنقص بنقصانها، حيث أن التمويل في أصله يرجع إلي الحاجة الاقتصادية للسلع

[1] -http ://googleweblight.com 20/02/2019 13 :02

والخدمات، ولا شك أن تقسيم العمل ومبادلة الفائض الشخصي هما اللذان أكسبا المال باعتباره وسيلة للتبادل أهمية خاصة.[1]

وتكمن أهمية التمويل في حماية الشركة من خطر الإفلاس وتوفير عنصر السيولة في المؤسسة لا يمكن الحفاظ عليها لمدة طويلة، لذلك ولحماية نفسها من خطر الإفلاس والتصفية فإنها تلجأ للتمويل، بالإضافة إلي تمويل العجز في رأس المال العامل الناتج عن النمو الداخلي للمؤسسة، فأثناء دورة نشاطها عليها تغطي مخزونها ومدينوها.[2]

ويمكن استخلاص أن أهمية التمويل تظهر من خلال:[3]

- ✓ تحرير الأموال أو الموارد المالية المجمدة سواء داخل المؤسسة أو خارجها.
- ✓ يساعد على إنجاز مشاريع معطلة وأخرى جديدة والتي بها تزيد الدخل الوطني
- ✓ يساهم في تحقيق الأهداف المسطرة من طرف المؤسسة من اجل اقتناء أو تغيير المعدات.
- ✓ يعتبر كوسيلة سريعة تستخدمها المؤسسة للخروج من حالة العجز المالي.
- ✓ يساهم في ربط الهيئات والمؤسسات المالية والتمويل الدولي.
- ✓ المحافظة على سيولة المؤسسة وحمايتها من خطر الإفلاس والتصفية.
- ✓ التجهيز المستمر للأموال سواء كانت للأمد القصير أو الطويل.
- ✓ توفر رأس المال اللازم للعمليات والأنشطة الإنتاجية والتسويقية...الخ، سواء كانت هذه العمليات تتسم بالطابع المرحلي أو بطابع موسمي أو كانت تتسم بطابع استراتيجي طويل الأمد، تتعلق بتواجد المؤسسة الاقتصادية في ساحة المنافسة من اجل البقاء.
- ✓ رغبة المؤسسة في ادخار الفائض من الدخل يمكن أن يزداد القسط القابل للادخار وبالتالي يزداد مصدر التمويل.

---

[1]– رابح خوني، المؤسسات الصغيرة والمتوسطة مشكلات تمويلها، 2008، ص93.

[2]– نور الدين خبابة، الادارة المالية، دار النهضة العربية، بيروت، 1997، ص467.

[3]– رابح خوني، نفس المرجع السابق، ص94.

المطلب الثالث: وظائف التمويل

أن آلية التمويل تعتبر من أهم الوظائف في مختلف المؤسسات؛ وذلك نظرا لما توفره من ليونة في سير العمل، حيث أن الإدارة المالية هي التي تتكفل بها.

فيما يلي سنذكر أبرز وظائف التمويل:[1]

1-التخطيط المالي: تطبق المؤسسة هذا النوع من التخطيط لوضع توقعاتها المستقبلية، حيث انه بتقدير المبيعات والمصاريف تسعى المؤسسة إلي تحضير المستلزمات المالية وطريقة تحصيلها سواء كانت هذه المستلزمات قصيرة أو متوسطة أو طويلة المدى، دون إهمال عنصر عدم التأكد من المعلومات التنبؤية وهذا لا يعني استبعاد التخطيط وإنما يجب وضع خطط تتلاءم مع الأوضاع غير المتوقعة أي جعلها مرنة.

2-الرقابة المالية: تتم الرقابة المالية عن طريق تقييم أداء النشاط مقارنة بالخطط الموضوعة، ويتم هذه التقييم من خلال الاطلاع على تقارير الأداء بإبراز الانحرافات ثم تحديد مسببات حدوثها.

3-الحصول على الأموال: يبين التخطيط المالي للمؤسسة الأموال التي تحتاجها في الوقت المناسب ولتلبية هذه الحاجة تلجأ المؤسسة إلي مصادر خارجية أو داخلية من اجل الحصول على هذه الأموال بأدنى التكاليف وأبسط الشروط.

4-استثمار الأموال: عندما تتحصل المؤسسة على الأموال المطلوبة يسعى المدير المالي إلي استغلالها بشكل أمثل في مختلف المشاريع، وعليه التأكد أن استخدام هذه الأموال يضمن تحقيق أعلى مستوى من الربح، فكل مشروع استثماري هو عبارة عن أصل من الأصول الثابتة أو المتداولة للمؤسسة، ويميل استثمار الأموال، ومن المهم أن تستعيد المؤسسة الأموال التي تستثمرها في أصل من الأصول، وفي نفس الوقت تقوم المؤسسة بتسديد التزاماتها.

[1]- محمد إبراهيم عبيدات، أساسيات الادارة المالية، دار المستقبل للنشر والتوزيع، 1997، ص21-22.

5-مقابلة مشاكل خاصة: أن الوظائف السابقة الذكر دورية دائمة في الإدارة المالية، ولكن قد تحصل مشاكل مالية ذات طبيعة خاصة لم تتعود المؤسسة على حدوثها، وهذا يتم عند الجمع بين مشروعين أو عدة مشاريع في مشروع واحد، ويتخذ ذلك إحدى الصورتين التاليتين:

أ- **الاندماج:** هو تكتل ينتج عن اندماج عدد من المؤسسة، تفقد فيه استقلاليتها المالية وشخصيتها القانونية، ويحدث الاندماج بعدة طرق مثل: الاندماج الأكثر من مجموعة أو بشراء إحداهما لأخرى، أو أكثر من خلال احد الشركاء، أو مجموعة منهم، فتصبح أصول وخصوم المؤسسة المندمجة تابعة إلي المنشأة الجديدة أو جزء منها فقط.

ويسمح الاندماج للمؤسسة من تحقيق بعض المزايا منها، تحسين المردودية، انخفاض أسعار منتجاتها.

ب- **الانضمام:** يحدث الانضمام عند تفقد المؤسسة شخصيتها ووجودها فتقوم بضم جميع أصولها أو جزء منها لمؤسسة أخرى وعليه تحتوي المؤسسة الجديدة المؤسسة القديمة

المطلب الرابع: مخاطر التمويل

إن قرار الاختيار لأي مشروع يهدف بالدرجة الأولى إلي توليد أكبر قدر من الأرباح من خلال الاستثمار المختار، إلا أن هذا القرار لا يخلوا من المخاطر، حيث أن المؤسسة تولي اهتماما كبيرا بحجم المشروع، نوعية الآلات والكفاءات التي يستوجبها هذا الاستثمار وكذلك حجم الأموال الكافية لتمويله، وقد تلجأ إلي الاقتراض من الغير في حالة عدم كفاية أموالها الخاصة، وهذا ما يعرض من المؤسسة إلي مجموعة من المخاطر تتمثل في:[1]

1-**الخطر القانوني:** وهو يخص تواجد المشروع نشاطه وعلاقته مع الأعوان الاقتصاديين والدولة، وهي مخاطر تتمثل في التأكد من أن مسيري المؤسسة لديهم صلاحية التعامل مع البنوك لطلب القروض منها وتقديم منح وضمانات.

[1]- يوسف حسين يوسف، التمويل في المؤسسات الاقتصادية، دار الكتب المصرية، مصر، 2012، ص216.

2-**الخطر البشري:** يتعلق هذا الخطر بالوضعية الإنتاجية ويمكن حصرها فيما يلي:

- توفير وسائل الإنتاج بصفة دائمة ومستمرة.
- مصادقة المنتوج الفعلي لمتطلبات السوق
- توزيع الوظائف بين العمال فكل الوحدات يجب أن تكون متوازنة.
- وجوب توفير مصلحة للمراقبة وذلك لمراقبة عملية الإنتاج و العمال.

3-**الخطر التسويقي:** يرتبط بالإدارة الخاصة بتصريف المنتوجات والمحيط الخارجي للمؤسسة لذلك فالسياسة الإعلامية التي يحضى بها المنتوج يجب أن تكون فعالة وكذا توفر الخبرة والحيوية للقائمين بعمليات المبيعات وذلك للوصول إلي الأهداف المرجوة.

4-**الخطر المالي:** وهو متعلق بالموارد المتاحة للمؤسسة والوسائل الداخلية والخارجية المتمثلة في ديون قصيرة وطويلة المدى وعجز وعدم قدرة المؤسسة على تسديد المبالغ المالية لأصحابها عند طلبها وفي الأخير يجب أن تتطابق المشتريات المؤسسة صفات المنتوج.

ومن خلال ما سبق نرى أن حصول المؤسسة إلي المال اللازم لاستثمارها لا يتم بطريقة عفوية وسهلة بل يتم على أساس دراسة واسعة من طرف أخصائيين في الميدان يبنون دراساتهم مع مراعاة المحددات آخذين بعين الاعتبار الأخطار المحتملة الوقوع فيها.[1]

[1]- يوسف عثمان ادريس، تحرير حساب رأس المال والمزايا والمخاطر، مجلة المصرفي، بنك السودان، العدد 35، مارس 2005، ص07.

المبحث الثاني: أبعاد العملية التمويلية

يعتبر التمويل عصب المؤسسة والطاقة المحركة لجميع الوظائف والأعمال، فبدون التمويل تظل خطط المؤسسة على الورق دون تنفيذ، فالتمويل يتمثل في إيجاد الموارد المالية اللازمة من اجل توظيفها في مشاريع استثمارية تدخل في التنمية الاقتصادية والاجتماعية للبلد، حيث تلجأ المؤسسة في مصادر التمويل لتغطية كل احتياجاتها المالية، إلا أنها تبحث على المصدر ذو التكلفة الصغيرة كم سمحت لها الظروف.

المطلب الأول: أنوع التمويل

أن اعتماد المؤسسة في تمويل استثماراتها يرتكز على نوعان، احدهما ذاتي والآخر خارجي:[1]

أ- التمويل الذاتي:

يقصد به الأموال المتولدة من العمليات التجارية للشركة أو من مصادر عرضية دون اللجوء إلي مصادر خارجية.

يرى " دويلش" أن التمويل الذاتي يمكن الشركة من تغطية الاحتياجات المالية اللازمة لسد الديون، وتنفيذ الاستثمارات الرأسمالية وزيادة رأس المال العامل، ويشمل التمويل الذاتي الفائض النقدي المتولد من العمليات التجارية وكذلك ثمن بيع الأصول غير المستخدمة وقد فرق بين نوعين من التمويل الذاتي:

- النوع الأول: التمويل الذاتي الذي يهدف إلي المحافظة على الطاقة الإنتاجية والإدارية للشركة حيث تخصص أمواله لهذه الغاية، ويشمل أموال الاهتلاكات واحتياطي ارتفاع الأموال الرأسمالية.

[1]- عبد الغفار حنفي " الادارة المعاصرة"، الطبعة الأولى، الدار الجامعية للنشر، الاسكندرية، مصر، 1991 ص407-408

- النوع الثاني: التمويل الذاتي الذي يهدف إلي التوسع والنمو وتخصص أمواله لتحقيق هذا الهدف والذي يشمل الأرباح المحتجزة والاحتياطات.

تعريف القدرة على التمويل الذاتي (ق.ت.ذ)

هي عبارة عن قياس التكلفة المالية التي توجد أو ترصد من المؤسسة من اجل مواجهة النفقات المالية المرتبطة بتنمية الاستثمارات وتمويل رأس مال العامل.

ب- **التمويل الخارجي:**

يتضمن التمويل الخارجي كافة الأموال التي يتم الحصول عليها من مصادر خارجية، تتحصل الشركة على هذه الأموال وفق شروط وأوضاع يحددها سوق المال، وعائد الفرصة البديلة، ويتوقف التمويل الخارجي على حجم التمويل الداخلي واحتياجات الشركة أي انه مكمل التمويل الداخلي لتغطية المتطلبات المالية.

ويمكن حصر المصادر الخارجية فيما يلي:

- الحصول على أموال من الملاك بإصدار أسهم جديدة كما في شركات المساهمة أو إضافة مساهمات حكومية.
- الحصول على أموال من الغير في شكل قروض بإصدار سندات قابلة للتداول ببورصة الأوراق المالية، أو باتفاقيات خاصة.

إن عملية تمويل الاستثمارات هي إن البنك مقبل على تجميد أمواله لمدة ليست قصيرة، يمكن أن تمد من سنتين إلي ما فوق، حسب طبيعة الاستثمار، فإذا تعلق الأمر بالحصول على تمويل طويل الأجل، ونظرا إلي الصعوبات التي تجدها المؤسسات المالية في تمويل عمليات بهذا الحجم، وبهذه المدة تم تحديث طريقة جديدة للتمويل كمعطيات القرض الايجاري.

إن التمويل الذاتي والتمويل الخارجي يعدان وسيلتان تلجأ إليها المؤسسة عندما تحتاج إلي سيولة وتدخل في تحديد هاتين الوسيلتين عدة عوامل سوف نتطرق لها فيما بعد وكذلك هناك عدة عوامل تتأثر بهما هاتين الوسيلتين.

المطلب الثاني: العوامل المحددة لأنواع التمويل

إن احد العوامل المحددة للاستراتيجية المالية هي اختيار التمويل الملائم، فينبغي على المؤسسة المفاضلة بين المصادر المتاحة واختيار الأنسب منها، مما يحقق التوازن بين العائد والمخاطر، ولن يتأتى ذلك إلا بالمعرفة المسبقة لمجموع مصادر التمويل الممكنة وخصائص كل منها، وكذا المعايير المعتمدة في اتخاذ قرار التمويل؛ ومن أهم هذه المعايير كما يلي:

1-**السيطرة:**

أن أصحاب المشروع أو المنشأة يسعون دوما إلي الحفاظ على درجة السيطرة على المنشأة، لذلك نجدهم يتخلون عن استخدام أموال الملكية ويستخدمون أموال الاقتراض بدلا عنها، لان أموال الملكية سيؤدي إلي إضافة مالكين جدد وبالتالي سيطرة جديدة.[1]

2-**الخطر:**

المقصود بالخطر هنا هو الضرر الذي يلحق صاحب المشروع نتيجة لزيادة الالتزامات على المشروع وكثرة الأفراد الذين يتقدمون في الأولوية على الدخل وعلى الموردات عند التصفية.[2]

3-**المرونة:**

ويقصد بالمرونة تعدد مصادر التمويل المتاحة لإمكانية الاختيار من بين اكبر عدد ممكن من البدائل لتحديد مصدر التمويل المناسب والتي تتيح للمؤسسة إمكانية إحداث أي

[1] - http// :www.djelfa.info 21/02/2019 19 :00:08

[2]- عبد الحليم كراجة، الادارة والتحليل المالي، دار مناء للنشر والتوزيع، عمان، الاردن، 2000، ص101.

تغير تراه مناسب على مصدر التمويل في المستقبل[1] ويقصد بها كذلك هي استطاعة المنشأة الملائمة بين الظروف المالية السائدة وبين مصادر الأموال، بحيث تحصل على الأموال بالكميات المناسبة من المصدر المناسب في الوقت المناسب وتسعى إلي التخلص من الأموال الفائضة في الوقت المناسب.[2]

4-الدخل:

المقصود بالدخل هنا هو انه كلما كان الدخل المتوقف كبير فيتم التمويل عن طريق الاقتراض والعكس إذا كان الدخل المتوقع منخفض فيتم التمويل عن طريق أموال الملكية.[3]

5-الملائمة:

والمقصود بها الملائمة بين أنواع الأموال المستخدمة ومجمل الأصول التي يتم تمويلها باستعمال تلك الأموال، فعلى سبيل المثال إن كان تمويل رأس المال العامل مثلا هو الهدف من قرار التمويل ليس من الحكمة في هذه الحالة أن يكون تمويله بقرض طويل الأجل بل يقترض تمويله بقرض قصير الأجل وهذا بهدف تحقيق التكلفة المرجحة للأموال إلي حدها الأدنى، أما إذا كان الهدف من قرار التمويل هو التوسع أو شراء أصل رأسمالي، فيكون في هذه الحالة تمويله أما عن طريق الملائمة أو بقرض طويل الأجل.[4]

6-معايير المديونية:

هناك مستويات محددة لنسبة إجمالي للديون إلي إجمالي صافي حقوق المساهمين لمختلف أنواع الصناعات ويجب أن لا تشد المؤسسة في حجم مديونيتها من هذا النمط، لان ذلك يوقض الدائنين ويجعلهم يشكون في سلامة الموقف المالي للمقرض.[5]

---

[1]- هيثم محمد الزغبي، الادارة والتحليل المالي، دار الفكر للطباعة والنشر، 2000، ص122.

[2] -http// :www.djelfa.info 21/02/2019 19 :15 :03

[3]- ايمن شطي، مقدمة في الادارة والتحليل المالي، دار الدخل البداية، عمان، الاردن، 2007، ص93.

[4]- جميل احمد توفق، أساسيات الادارة المالية، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، 2000، ص ص:309، ص310.

[5]- توفيق عبد الحليم وآخرون، الادارة المالية والتحليل المالي، طبعة الاولى، دار صفاء، عمان، ص101.

7-التوقيت:

إن هذا العامل يرتبط ارتباطا وثيقا بالمرونة، ويعني التوقيت هو اختيار المؤسسة الوقت المناسب للحصول على الأموال بأقل تكلفة ممكنة، وعن طريق الافتراض أو أموال الملكية، وتحقق المؤسسة فورات كبيرة عن طريق التوقيت السليم لعمليات الاقتراض والتمويل خلال الدورات التجارية.[1]

المطلب الثالث: مصادر التمويل الصحي

إن تمويل المنظومة الصحية الجزائرية تعرف حاليا محدودية في تسخير الموارد المائية إضافية لضمان التكفل بالطلب المتزايد والناتج أساسا عن التحولات الديمغرافية والمرضية التي تعرفها بلادنا، كما تعرف احتياجات السكان نموا وتنوعا بالنظر لتطور مستويات المعيشة، وحتى تتمكن المؤسسة الاستشفائية من تحقيق أهدافها يتطلب توفرها على الموارد المالية اللازمة، أين تتعدد هذه الموارد في بعض المنظومات الصحية والتي قد تكون مفردة في البعض الآخر.

وهناك أربع مصادر أساسية لتمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية ويمكن تقسيمها كالآتي:[2]

- ✓ المصادر العامة (الدولة والأجهزة المختلفة)
- ✓ الضمان الاجتماعي
- ✓ الأسر
- ✓ المصادر الخارجية

[1]- محمد الفاتح، محمود بشير، تمويل ومؤسسات مالية، دار الجنان للنشر والتوزيع، عمان، الاردن، 2014، ص267.

[2]- دحمان عيسى، الصحية وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين اشكالية التسيير ورهانات التمويل، آليات تمويل القطاع الصحي في ظل محدودية الموارد، عنوان المداخلة إشكالية تطبيق النظام التعاقدي في ظل محدودية الموارد المالية للقطاع الصحي بالجزائر، قالمة، 10-11 أفريل 2018، ص ص 3-6.

1-مصادر التمويل العمومية:

مشاركة السلطات العمومية في تمويل الخدمات الصحية لا مفر منه، أين نجد هذا المصدر في كل المنظومات الصحية العالمية، الاختلاف بين منظومة صحية ومنظومة صحية أخرى يمكن في نسبة مساهمة الدولة في عملية التمويل.[1]

لقد كان النظام الساري لتمويل الهياكل الصحية بعد استقلال يعتمد على المساهمة العمومية من طرف الدولة والجماعات المحلية حيث كانت تقدر نسبة 60% من مجموع النفقات الصحية، إلا أن أحداث الدولة للطلب المجاني في سنة 1974 وإلغاء نظام التسعيرة الجزافية أصبحت الدولة تساهم في جانب الضمان الاجتماعي في تمويل نسبة مهمة من النفقات الصحية، وعلى هذا الأساس يمكن إبراز حجم العبء الذي تتحمله الدولة من اجل التكفل بالقطاع من خلال الجدول الموالي

الجدول رقم (01): مدى مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة

النسبة	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
اعتمادات الدولة لقطاع الصحة (مليار دج)	31.811	36.260	46.751	52.756	60.975	59.456	67.142
نسبة التمويل	%58	%64.46	%64.94	%66.78	%68.32	%62.12	%64.95
السنة	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
اعتمادات الدولة لقطاع الصحة (مليار دج)	106.666	139.047	173.229	187.811	218.566	391.343	307.790

المصدر: دحمان عيسى، مرجع سبق ذكره، ص4.

2-مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي:

يعتبر تمويل الصحة في الجزائر عن طريق الضمان الاجتماعي من أهم النقاط الواجب التطرق إليها وذلك نظرا لوزن الضمان الاجتماعي كممول رئيسي من خلال صناديقه

[1]- حسين ذنون على البياتي، المعايير المعتمدة في اقامة وادارة المستشفيات، دار وائل للنشر، 2005، ص50.

(CNAS, CASNOS)، بحيث انه تكلف منذ الاستقلال بالنفقات الصحية لفئة من الأشخاص المؤمنين اجتماعيا من خلال نمط التأمين على المرض وهذا المصدر موجود في معظم المنظومات الصحية في العالم، والذي ينقسم إلي نوعين:

- ✓ أنظمة تأمين غير هادفة للربح كالضمان الاجتماعي
- ✓ أنظمة تأمين هادفة كشركات التأمين الخاصة في الولاية المتحدة

الجدول رقم (02): مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي في تمويل الإنفاق الصحي الوحدة (مليون دج)

النسبة	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
صندوق الضمان الاجتماعي	**20540**	**21050**	**24000**	**25000**	**27021**	**35000**	**35000**
السنة	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
صندوق الضمان الاجتماعي	**35000**	**38000**	**38000**	**38000**	**38000**	**48129**	**57818**

المصدر: دحمان عيسى، مرجع سبق ذكره، ص05.

3-مساهمة الأسر (التمويل الخاص):

عند الحديث عن التمويل الخاص فهناك مصدرين:

- ✓ التمويل الذي مصدره مؤسسات خاصة أو عامة: تسعى إلي إنشاء مراكز صحية من اجل تقريب الخدمات الصحية من عمالها من جهة، ومن جهة أخرى التحكم في النفقات التي كانت تعطى لمصادر أخرى من خارج المؤسسة لتسييرها (مؤسسات التأمين)
- ✓ التمويل من مصدره الأفراد: من خلال تسديد المستهلكين للخدمات الصحية من مصادرهم المالية الخاصة، وهذا مقابل الخدمة المقدمة، إذ يكون التسديد كليا أو جزئيا، رغم أن هذا المصدر غير هام لتمويل الصحة لكنه سرعان ما تطور، حيث يمكن الحكم من

حجمه معتبر نظرا للطب الكبير لخدمات الأطباء الخواص، هذا تفاديا للبيروقراطية وطوابير إلا الانتظار الطويلة في المستشفيات العمومية

الجدول رقم (03): مساهمة العائلات في تمويل قطاع الصحة

السنة	1974	1983	1987	1992	1997	2002	2007	2009	2010
نسبة التمويل	00	2.83	1.59	29.3	29.5	24.7	18.4	13.8	20.1

المصدر: دحمان عيسى، مرجع سبق ذكره، ص6

وعموما تظل النفقات الصحية التي تتحملها الأسر الجزائرية أقل مما هو مسجل في تونس والمغرب إلا أنها تظل نسبة معتبرة.

4-المصادر الخارجية:

هذه المصادر تأتي من المساعدات الخارجية على شكل هبات أو قروض لقطاع الصحة من طرف مثلا المنظمة العالمية للصحة أو البنك العالمي للإنشاء والتعمير.

هذا النوع من التمويل مطبق في أوروبا الوسطى والشرقية وذلك من خلال منظمات ثنائية مثل البنك الأوروبي للتنمية أو جماعية مثل المنظمة الاقتصادية الأوروبية والبنك العالمي للتعمير.[1]

المطلب الرابع: خطوات التمويل وآثاره

أولا: خطوات التمويل الصحي:

إن تنفيذ وظيفة التمويل يختلف من منشأة إلي أخرى وفقا لاعتبارات كثيرة منها الحجم، طبيعة النشاط والبيئة وغيرها، وهذا يعنى انه من الصعوبة وضع خطوات موحدة

[1]- نور الدين عياشي، المنظومات الصحية المغاربية، رسالة دكتوراه غير منشورة، تخصص مالية مؤسسات، جامعة قسنطينة، 2009، ص25.

نموذجية لكل المنشأة لكن على الرغم من هذه الصعوبة، فإن الخطوات التالية يمكن أن تكون منطقية إلي حد بعيد:[1]

1-التعرف على الاحتياجات المالية للمؤسسة:

لعل من أكثر الأسباب فشل المشروعات الاقتصادية شيوعا هو تخطيط المشروع على أساس رأس المال الحالي الموجود لدى أصحاب المشروع وهذا لا يعتبر سببا في فشل المشروعات الاقتصادية فحسب، بل يعتبر أيضا احد أشكال التمويل الخاطئ للمشروعات التي يقوم بها المؤسسون، ولهذا فإن على المنشأة أن تتعرف بشكل مستمر على الاحتياجات المالية في الفترة الحالية والفترة المستقبلية القريبة منها والبعيدة، بعد ذلك يجب ترتيب هذه الاحتياجات وفق أولويتها وأهميتها لكي يتم النظر فيها، وهذا الأمر يتطلب من المخطط المالي أن يصنع خطة مالية تتسم بالمرونة والإمكانية.

2-تحديد حجم الأموال المطلوبة:

بعد أن يتم التعرف على الاحتياجات المالية تبدأ عملية تحديد الأموال لتغطية هذه الاحتياجات، وهذه الخطوة ليست سهلة، لأنه من الصعوبة تقدير كمية الأموال بشكل دقيق، فقد يتم تقديره دون المستوى أو أقل من المستوى المطلوب، ولهذا لابد من تحديد حدين لتمويل أي صفقة أو من عمليتين هما الحد الأدنى والحد الأعلى ومحاولة الالتزام بهذين الحدين بالاستناد إلي حساب تكلفة الأموال الرأسمالية، وتحديد رأس المال العامل والنفقات الأخرى ضروري.

3-تحديد شكل التمويل المرغوب:

قد تلجأ المنشأة إلي الاعتماد على القروض أو إلي إصدار بعض الأسهم والسندات وعادة ما يتم تمويل الأنشطة الموسمية بقروض موسمية وتجد الإشارة إلي ضرورة عدم

[1]- كينجو عبدو كينجو، الادارة المالية، دار المسيرة للتوزيع والنشر والطباعة، الطبعة الاولى، الاردن، 1997، ص52-53.

الإسراف في إصدار السندات أو الأسهم لان ذلك تترتب الالتزامات معينة على المنشأة، وهذا حال القروض أيضا، ولهذا تأتي ضرورة التناسب بين مدة التمويل وأسلوب التمويل.

4-وضع برنامج للاحتياجات المالية:

بعد أن يتم تحديد الاحتياجات ومقدارها وشكل التمويل فإنه من الأحسن أن يتم وضع خطة أو جدول زمني من اجل تدفق هذه الأموال لكي لا تتكبد المنشأة تكاليف الأموال التي ستكون ضرورية في المرحلة الزمنية القادمة، وأثناء وضع الجدول الزمني لابد من الأخذ بعين الاعتبار المدة التي يحتاجها الممول لكي يلبي طلبات التمويل المقدمة من قبل المنشأة.

5-وضع وتطوير الخطة التمويلية:

تتضمن الخطة التمويلية النشاطات التي ستنفق بها الأموال والعوائد المتوقعة منها، بالإضافة إلي الضمانات التي تساعد في الحصول على الأموال اللازمة وتجنب المشاكل المتعلقة بالسداد، وان هذه الخطة تبين أيضا مقدرا التدفقات الداخلة والخارجة، الشيء الذي يطمئن المقرضين على منح أموالهم عندما يعملون مواعيد استردادها.

6-تنفيذ الخطة التمويلية والرقابة عليها وتمويلها:

إن تنفيذ الخطة يتطلب أن تكون موضوعة بشكل جيد قابل للتطبيق كما يتطلب المتابعة المستمرة وتصحيح الانحرافات على التنفيذ الخاطئ أو أسباب أخرى، ولا شك أن الخطة التمويلية يمكن تتقادم لهذا لابد من العمل على تحديثها وتعديلها وفق المتطلبات الحديثة

ثانيا: آثار التمويل الصحي:

يعتبر التمويل مسألة محور مهم في المنظومات الصحية وله آثار إيجابية وسلبية على هذا القطاع والتي تتمثل في:[1]

[1]- عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، رسالة ماجستير، تخصص تسويق دولي، جامعة تلمسان، 2012، ص65-66.

1-ايجابيات التمويل الصحي:

✓ إن نظام التمويل عن طريق الضمان الاجتماعي له جانب ايجابي من حيث الطابع التضامني في التكفل بالعلاج لشرائح كبيرة من المجتمع بغض النظر عن التعريفة الاجتماعية وبالتالي يمكن الاحتفاظ بهذا النمط مع تكيفه بمنظومة متكاملة الجوانب.

✓ كما أن هذا النمط من التمويل والذي يعتمد بالدرجة الأولى على الدولة كممول رئيسي للقطاع، فهو يضمن بقاء الجانب الاستشفائي في إطار التضامن الوطني وبالتالي المحافظة على الحد الأدنى للتوازن على المستوى الاجتماعي، وهذا من خلال إشراف السلطة العامة على التخطيط والتنظيم لمختلف البرامج

✓ كما انه من بين المحاور الأساسية التي يعني بها قطاع الصحة وهو قضية البحث عن مصادر جديدة لتمويل القطاع وهذا من خلال التفكير في فرض رسوم على النشاطات المضرة بصحة المواطن.

2-سلبيات التمويل الصحي:

✓ ارتفاع نفقات قطاع الصحة وبالتالي ارتفاع الديون ومما لا شك فيه أن هذه الديون سوق تنعكس سلبا على الأداء الحسن للهياكل الصحية بالجزائر وكذا نوعية العلاج المقدم

✓ الصعوبة في الحصول على مصادر التمويل الخاصة

✓ إن مساهمة الأسر في عملية التمويل يطرح إشكالية مساواة في الحصول على العلاج، لأنه ليس لكل الأسر الإمكانيات اللازمة لطلب الخدمات الصحية بسبب ارتفاع تكاليفها وانخفاض معدلات تعويضها.

خلاصة الفصل

من خلال دراستنا في هذا الفصل يمكن أن نستخلص مجموعة من النتائج نذكر منها:

1-أن تمويل المؤسسات الصحية تحتاج لموارد مالية معتبرة، مما أجبر الدولة على تخصيص أغلفة مالية كبيرة لمواجهة النفقات الصحية المتزايدة، وعلى الرغم من اختلاف الآليات المستخدمة من دولة إلي أخرى وتنوع مصادر التمويل، تبقى الدولة المورد الأساسي لتمويل الخدمات.

2-المنظومات الصحية الجزائرية تحقق الأهداف المسطرة نسبيًا بالنظر إلي ايجابية المؤشرات الصحية، إلا أن هذا النتائج لا يجب أن تخفي جملة النقائص التي لا تزال تعانيها منظومتنا الصحية.

3-أن النفقات الصحية المتزايدة تعتبرها هاجس القطاع الصحي، لان الدولة لم تعد تستطيع مقاومة هذه النفقات مما أدى إلي محدودية الموارد المالية، لذا من الضروري إيجاد حلول لتوسيع وتنويع مصادر التمويل للارتقاء بمستوى جودة الخدمات الصحية

الفصل الثاني:

الاطار المفاهيمي للخدمات الصحية

تمهيد:

تحتل القطاعات الخدماتية مكانة مميزة في اقتصاديات الكثير من الدول، ومن بين هذه القطاعات قطاع الخدمات الصحية، ونظرًا لأهميته واتصاله المباشر بصحة الأفراد وحياتهم فقد أصبح من الضروري الاهتمام بالوضع الصحي للمجتمع والاهتمام بالخدمات الصحية في ظل التطورات السريعة التي تمر بها المجتمعات لا سيما في المجال الصحي، لذلك أصبح التركيز على جودة هذه الخدمات مطلبا أساسيا لمواجهة التحديات المستقبلية والتعامل معها بكفاءة وفعالية.

وسنحاول من خلال هذا الفصل تسليط الضوء على الإطار المفاهيمي للخدمات الصحية من خلال التطرق الى المبحثين التاليين:

- ✓ مفاهيم أساسية في جودة الخدمات الصحية
- ✓ إصلاحات النظام الصحي الجزائري

المبحث الأول: مفاهيم أساسية في جودة الخدمات الصحية

تعتبر تحقيق جودة الخدمة من الأهداف التي تسعى أي مؤسسة خدمية للوصول إليها، والمؤسسات الصحية من أكثر المؤسسات التي تطلب الجودة في تقديم خدماتها، لان الإنسان يهتم بصحته أولا، لذا عند طلبه للخدمة الصحية، فإنه يطلبها بجودة عالية تلبي احتياجاته وتحقق رضاه.

المطلب الأول: مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها

أولا: مفهوم الخدمات الصحية

تعتبر الخدمات الصحية المنتج النهائي الذي يتم تقديمه من قبل المؤسسات الصحية، وقبل التطرق لمفهوم الخدمات الصحية يجب شرح المصطلحين وهما الخدمة والصحة

1-**تعريف الخدمة:** يعرفها كوتلر ومسترونغ بأنها " نشاط أو منفعة يقدمها طرف الى طرف آخر وتكون في الأساس غير ملموسة ولا يترتب عليها أية ملكية، فتقديم الخدمات قد يكون مرتبطا بمنتج مادي أو لا يكون"[1]

- الخدمة هي سلوكيات ايجابية وإجراءات عديدة لتحقيق منفعة أو عدة منافع من خلال متطلبات سكان المجتمع.[2]

2-**تعريف الصحة:** عرفتها منظمة الصحة العالمية على أنها " الحالة الاجتماعية والعقلية والطبيعية الكاملة، وليست غياب المرض أو الوض"[3]

- الصحة تعني " غياب المرض الظاهر وخلو الإنسان من العجز والعلل"[4]

---

[1]- بشير علاق، ثقافة الخدمة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2009، ص36.

[2]- مدحت محمد أبو النصر، إدارة الجودة الشاملة، ط1، القاهرة، مصر، 2008، ص93.

[3]- خلف حسين علي الدليمي، جغرافية الصحة، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2009، ص36.

[4]- عبد المحي محمود حسين صالح، " الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي"، دار المعرفة الجامعية، الازاريطة، مصر، 2003، ص17.

مفهوم الخدمات الصحية:

- تعرف الخدمات الصحية hcalth services بأنها مجموعة البرامج والأنشطة الصحية التي تهدف الى وقاية المجتمع من المشكلات الصحية وعلاج هذه المشكلات في حال حدوثها.
- فهي كافة الخدمات التي تقدم لإشباع حاجات أو رغبات صحية لطالبي الخدمة الصحية.[1]
- هي الخدمة التي يقدمها احد أعضاء الفريق الطبي الى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع، مثل معالجة الطبيب لشخص مريض سواء كان ذلك في عيادته الخاصة أو في العيادات الخارجية للمستشفى الحكومي أو العناية التمريضية أو الحكمية التي تقدمها الممرضة للمريض، أو التحليل التشخيصية التي يقدمها المختبر لشخص ما أو لعدة أشخاص غير أن الرعاية الطبية قد تقدم رعاية صحية وقائية، حيث أن الطبيب الذي يعالج شخصا ما يمكن أن يقدم له.[2]
- هي مجموعة من الوظائف التي تعمل على إشباع الحاجات الإنسانية المرتبطة بالبقاء والاستمرار بشكل مباشر، وترتبط بالوظائف الأخرى للمجتمع كالوظيفة الاقتصادية، التعليمية، الاجتماعية وغيرها بشكل غير مباشر بحيث تعطي للمريض القدرة على التكيف البيئي عن طريق توفير الدعم لقدراته البيئية الحسية والنفسية بما يمكنه من تحقيق الأداء المطلوب.[3]

[1]– مدحت محمد أبو النصر، المرجع السابق ذكره، ص195.

[2]– عبد المجيد الشاعر، الرعاية الصحية الأولية، ط1، دار اليازوري للنشر، عمان، الأردن، 2000، ص11.

[3]– آلاء نبيل عبد الرزاق: استخدام ثقافة المعلومات من اجل ضمان جودة الخدمة الصحية، مجلة الإدارة والاقتصاد، العراق، العدد 90، 2011، ص281.

ثانيا: خصائص الخدمات الصحية

إن خصائص الخدمات الصحية لا تبتعد عن الخصائص العامة للخدمات والتي تتمثل فيما يلي:[1]

اللاملموسية: يقصد بها " عدم رؤية، لمس أو تجريب الخدمة، هذا ما يدفع الى صعوبة تصورها ذهنيا، كما يؤدي في الغالب لمعرفة غير دقيقة للنتيجة مسبقا"، ولتلاقي هذه الصعوبة يجب البحث عن معايير تدل على جودة الخدمة مثل: مكان أدائها، مقدمها والأجهزة المستخدمة

التلازم (تزامن الإنتاج والاستهلاك):

كون هذه المؤسسات قطاعا خدميا فإنها تنتج الخدمة وتستهلك في آن واحد ويعكس هذا آن الخدمة الصحية ليست منتجا يركب ويخزن ثم يباع فيما بعد، ومن سلبيات هذا التزامن في الإنتاج والاستهلاك التحدي الذي يشكله ضبط الجودة أو ضمان فعالية الخدمة، وسبب خاصية التزامن أيضا لا يمكن استرجاع الخدمة قدمت بجودة متدنية واستبدالها حتى لم تم تصحيح العملية التي أنتجها وقدمت بجودة عالية لمرضى آخرين.[2]

عدم التجانس في تقديم الخدمة: تتميز الخدمات بالتباين لاعتمادها على كفاءة ومهارة مقدمها، وكذا مكان وزمان تقديمها.

عدم القابلية للتخزين: تتميز الخدمات بصفة عامة بعدم قابليتها لتخزين طالما أنها غير ملموسة

[1] - D.Michel et autres, Marketing industriel : stratégie et Mise en œuvre, Economica 2eme édition, paris, 2000, p373.

[2] – بشار اوزحان، الأساليب الكمية في إدارة الرعاية الصحية (تقنيات وتطبيقات)، ترجمة: عبد المحسن بن صالح الحبدر، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2008، ص30-31

عدم تملك الخدمة: أي أن الخدمة لا تمتلك أو تنتقل ملكيتها من المنتج الى الزبون عند إنفاق عليها إلا أن الخدمة الصحية تتميز بخصائص إضافية وهي السرعة في أدائها والطلب عليها غير قابل لتأجيل، صعوبة تحديد وتقييم جودة الخدمة الصحية، الاستمرارية.[1]

ويمكن أن نلخص بعض الخصائص الإضافية التي تتميز بها الخدمة الصحية تتمثل في:

1-إن طالبوا الخدمات الصحية يختلفون عن طالبي الخدمات الأخرى في كونهم أقل معرفة بطبيعة الخدمات المتوفرة وأساليب العلاج المطلوبة، وكيفية إشباعها لحاجاتهم فالحاجة والطلب على الخدمة يتأثران بالمستوى الاجتماعي والثقافي والاقتصادي للمستفيدين من الخدمة.

2-لا يعرف المريض أساليب ومراحل العلاج المختلفة التي تعد من اختصاص طبيبه، فهو وحده من يحدد ويقرر الفعالية والكفاءة لتلك الأساليب.

3-الحاجة والطلب على الخدمة الصحية يختلف منظورها من جانب المريض والطبيب ففي الوقت الذي يرى فيه المريض أن التوقف عن العلاج يعد بداية التحسن في صحته، فإن الطبيب يرى عكس ذلك.

4-تذبذب الطلب على الخدمات الصحية وعدم استقراره وهذا استقراره وهذا استنادا للظروف البيئية والكوارث والحروب، إذ يتميز مثلا موسم الشتاء بارتفاع الطلب على الخدمة الصحية بسبب أعراض الزكام.

5-نظرا لكون الخدمة الصحية مرتبطة بالإنسان، فإنه يكون من الصعوبة في كثير من الأحيان على إدارات المؤسسات الصحية أن تعتمد المعايير نفسها والمفاهيم الاقتصادية التي تطبق في الخدمات الأخرى على عملها، فقد يتعارض أحيانا مع الرسالة التي أوجدت من اجلها.[2]

[1] - D.pettigrew et autres, le marketing, MCgraw-Hipp, quebec (canada), 2003, p385.

[2] – فوزي مدكور، " تسويق الخدمات الصحية، ط1، أتراك للنشر والتوزيع، مصر الجديدة، مصر، 1998، ص184.

المطلب الثاني: أنواع الخدمات الصحية

وتقدم المستشفيات ثلاثة أصناف من الخدمات وهي كما يلي:[1]

1-**الخدمات الصحية العلاجية:** وهي الطابع الغالب على وظائف المستشفيات في الأقطار النامية ولكن لا يعني هذا مجرد العلاج، وإنما هي عملية متكاملة تعني التشخيص العلاج والتأهيل.

2-**خدمات التعليم والتدريب الصحي:** يقوم بوظيفة التعليم والتدريب للفئات المساعدة، بالإضافة الى مدارس التعليم والتمريض الملحقة بالمستشفيات العامة والمستشفى نفسه هو المكان الطبيعي للتعليم بمدارس التمريض، وكذا بالنسبة لتدريب خريجي المعاهد الصحية والفنية والأطباء والجدد.

3-**خدمات البحوث الصحية:** وتقوم بتقديم ثلاثة أنواع من البحوث:

- ✓ بحوث علمية أكاديمية
- ✓ بحوث تطبيقية
- ✓ بحوث ميدانية حقلية

4-**خدمات الصحة الوقائية:** تتمثل في الخدمات المرتبطة بصحة المجتمع، ويطلق عليها أيضا اسم " الخدمات الصحية البيئية أو العامة"، ترتبط بالخدمات الموجهة للحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد وتشمل:[2]

- خدمات التطعيم من الأمراض والأوبئة
- خدمات رعاية الأمومة والطفولة
- خدمات مكافحة الحشرات والحيوانات الناقلة للمرض

[1]- زعي خليل المساعد، تسوق الخدمات وتطبيقاته، ط1، دار المناهج للنشر، عمان، الأردن، 2006، ص301.

[2]- عبد المهدي بوعانة، " إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، مفاهيم نظريات وأساسيات في الإدارة الصحية، ط1، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2004، ص54.

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

– خدمات الرقابة البيئية على وحدات الإنتاج الصناعي والزراعي

– خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي

ويوجد تصنيف آخر للخدمات الصحية يتضمن:[1]

– الخدمات الباطنية (وقائية أو علاجية): الطب العام والأخصائي، طب الأطفال، طب الأعصاب، والعديد من التخصصات الأخرى.

– الخدمات الجراحية: جراحة عامة، جراحة لكل الأمراض الباطنية، جراحة أمراض النساء والولادة.

– الخدمات المساعدة: كالأشعة والتحاليل

المطلب الثالث: جودة الخدمات الصحية، أبعادها والعوامل المؤثرة فيها

لقد أصبحت الجودة حاليًا من أكثر القضايا التي توليها المؤسسات الصحية اهتماما كبيرًا، وهذا يستلزم تطبيق نظم الجودة باعتبارها وسيلة مهمة في كسب ثقة المستفيدين من الخدمات الصحية.

أولا: مفهوم جودة الخدمات الصحية

قبل التطرق الى مفهوم جودة الخدمات الصحية يجب تعريف الجودة

تعريف الجودة:

- الجودة هي مدى ملائمة المنتج للاستعمال ومدى المطابقة مع المتطلبات فكلما كانت مواصفات المنتج مطابقة لمتطلبات العميل كلما كان هذا المنتج ذا نوعية جيدة.[2]

[1]– فريد النجار: إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2007، 55–56.

[2]– جباري فادية ، تأثير جودة الخدمة على رضا العميل، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير، تخصص تسويق، تلمسان، 2011، ص08.

- تعريف جمعية ضبط الجودة الأمريكية ASQC: " هي الهيئة أو الخصائص الكلية للسلعة أو الخدمة التي تعكس قدرتها على تلبية حاجات صريحة وضمنية"[1]
- عرفت المنظمة الدولية للمقاييس وفقا للمواصفات (ISO8402) الجودة على أنها: " مجموعة من المزايا والخصائص الخاصة بالمنتج أو الخدمة، والتي تساهم في إشباع الرغبات المعلنة أو الكامنة"[2]
- الجودة هي تقديم أفضل الخدمات وفق احدث التطورات العلمية والمهنية، ويحكم ذلك ثلاث نقاط رئيسية: أخلاقيات الممارسة الصحية، الخبرات ونوعيتها، والخدمات الصحية المقدمة[3]

مفهوم جودة الخدمات الصحية:

أما إذا أردنا أن نعرف جودة الخدمات الصحية، فالأمر لا يختلف عن ما قدم من تعريف لجودة الخدمة بشكل عام.

- التمشي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع وبتكاليف معقولة وبحيث تؤدي الى إحداث تأثير على معدلات المرضى والوفيات والإعاقة وسوء التغذية.[4]
- فحسب موقع الشخص في المؤسسة الصحية عرفت كما يلي:[5]

[1]– رعد عبد الله الطائي، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008، ص29.

[2] - Abdallah seddik, management de la qualité, office des publication universitaires, alger, 2003, p23.

[3]– بومدين يوسف، إدارة الجودة الشاملة والأداء المتميز، مجلة الباحث، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، العدد 05، 2007، ص28.

[4]– مصطفى يوسف كافي، إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات، الطبعة2018، الابتكار للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2018، ص50.

[5]– ميلودي تومي، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية، مداخلة ضمن الملتقى الوطني الثاني حول تسيير المؤسسات تحت عنوان المؤسسة الاقتصادية الجزائرية والتميز، جامعة قالمة، يومي 26-27 نوفمبر 2007، ص26-27.

من وجهة نظر مقدم الخدمة: " تعني التميز والتفوق والالتزام بمعايير الجودة الطبية عند تقديم الرعاية الصحية بهدف تحقيق النتائج المرجوة، أي تقديم أفضل الخدمات وفق احد التطورات العلمية والمهنية، ويحكم ذلك ثلاث نقاط رئيسية: أخلاقيات الممارسة الصحية، الخبرات ونوعيتها، والخدمة الصحية المقدمة".

في حين يرى المرضى أنها: " درجة الرعاية التي يقبلها هو نفسه بالاعتماد على معايير تقييمها منها الاتصال بالأطباء، فترة حصوله على المواعيد، مدة الانتظار..."

أما إدارة المؤسسة الصحية ترى بأن الجودة هي: " الوصول الى مستوى مرتفع في رضا المريض بالتكلفة الأقل، فهي تعني بالدرجة الأساسية بكيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، وهذا يشمل أهمية تقديم الخدمة المناسبة في الوقت اللازم وبالتكاليف المقبولة".

أما صانعي السياسات الصحية يرون بأن الجودة: " عبارة عن تحسين صحة أفراد المجتمع"

- هي تقديم خدمات صحية أكثر أمانا وأسهل منالا وأكثر قناعًا لمقدميها وأكثر إرضاء للمستفيدين منها بحيث تتولد في المجتمع نظرة ايجابية الى الرعاية الصحية المقدمة.[1]

ثانيا: أبعاد جودة الخدمات الصحية

الجودة مفهوم شامل ومتعدد الأشكال والوجه، وللجودة أبعاد تتباين بالأهمية حسب متغيرات تحيط بالجودة وتركز نشاطات الجودة حول احد الأبعاد التالية أو حول أكثر من بعد من هذه الأبعاد وتتلاءم مع خدمات الرعاية الصحية.

1-الكفاءة الفنية:

الكفاءة الفنية تعني المهارات والقدرات الفنية والأداء الفعلي الصحيح والثابت لمقدمي الخدمة الصحية والإداريين وكفاءة الكوادر الطبية المساندة.

[1]- محمد نور الطاهر احمد عبد القادر، قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلة 11، العدد 04، 2015، ص904.

وبالنسبة للكوادر الطبية تعني القدرة على أداء جميع مستويات الخدمات الطبيعة وان يكون مستوى الأداء مطابق للمعايير والمواصفات الفنية المطلوبة

2-سهولة الوصول للخدمة:

ويطلق عليه أيضا بعد المصداقية والثقة، وهي تعني عدم وجود عوائق جغرافية أو اجتماعية أو مالية أو مؤسسية، أي توفرها في الوقت المناسب والمكان المناسب الذي يرغبه العميل، ويمكن توضيح المقصود بسهولة الوصول الى الخدمة فيما يلي:[1]

- الوصول الجغرافي: يقاس بتوفر المواصلات وعدم وجود عوائق جغرافية أو طبيعية للوصول للخدمة أو تكون المسافة طويلة أو قصيرة وكذلك الوقت اللازم للوصول الى الخدمة الطبية
- الوصول المالي: يقاس بقدرة متلقي الخدمة على شراء الخدمة الطبية أو القدرة على الدفع مقابل الخدمة الصحية المقدمة له.
- الوصول الاجتماعي والثقافي: يعني قبول الخدمة الصحية في إطار قيم المريض الثقافية ومعتقداته وتقاليده وتوجهاته.
- الوصول اللغوي: يعني وجود التواصل اللغوي بين مقدم ومتلقي الخدمة لضمان معرفة حاجة المريض الفعلية وتقديمها له.
- الوصول المؤسسة أو التنظيمي: يعين طبيعة النظام المطبق والمستخدم في المؤسسة الصحية لاستقبال المرضى المراجعين بالنسبة لعدد ساعات العمل أو طبيعة النظام المستخدم للمعالجة والإدخال.

3-الأمان:

أي درجة الشعوب بالأمان والثقة في الخدمة المقدمة وبمن يقدمها

[1]- صلاح محمود ذياب، إدارة الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان، 2010، ص40.

4-المصداقية:

درجة الثقة بمقدم الخدمة، مثلا هل سيقوم الطبيب بإجراء العملية الجراحية دون أن يلحق أي ضرر بالمريض؟

5-الاستمرارية:

يقصد به تقديم جميع الخدمات الطبية الضرورية، دون انقطاع وبشكل مستمر، وتعني الاستمرارية أيضا مراجعة المريض الواحد نفس الطبيب دائما.

6-الكفاءة:

أي كفاءة القائمين على أداء الخدمة من حيث المهارات والمعرفة التي تمكنهم من أداء الخدمة، وكثيرا ما يلجأ الزبائن لمثل هذا المعيار، فمثلا يفضلون تلقي خدماتهم من أشخاص ذوي شهادات علمية عالية المستوى.

7-الاعتمادية:

أي قدرة مقدم الخدمة على أداء الخدمة الصحية التي وعد بها بشك يمكن من الاعتماد عليها بدرجة من الدقة والصحة.

8-الاتصالات:

أي قدرة مقدم الخدمة على شرح خصائص الخدمة، فهل تم إعلام المريض بالأضرار التي يمكن أن تلحق به جراء خضوعه لعملية جراحية ما أو نتيجة عدم التزامه بما هو مطالب منه، تعني هل الرسالة واضحة وبلغت بطريقة مناسبة.

9-اللباقة:

أي تمتع مقدمي الخدمات بروح الصداقة، الاحترام واللطف في التعامل والاستقبال الطبيب مع التحية والابتسامة مع الزبائن.[1]

[1]- عبد العزيز بن حبيب الله نياز، جودة الرعاية الصحية، الأسس النظرية والتطبيق العلمي، الرياض، 2005، ص39.

في دراسة لاحقة تمكن Berry سنة 1988 من دمج هذه المعايير في خمسة معايير فقط هي: الجوانب الملموسة، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف.

ومن اجل تقييم أثبتت تلك الدراسات، انه على الرغم النظر الى معايير على أنها ضرورية، إلا أن الوزن النسبي لها يختلف من زبون لأخر ومن مؤسسة خدمية لأخرى.[1]

و الجدول الموالي يظهر الأبعاد الخمسة التي تستخدم كدلائل للجودة الخدمات الصحية

جدول رقم (01): أبعاد جودة الخدمة بالمؤسسات الصحية

البعد	معايير التقييم	الأمثلة
الاعتمادية	دقة السجلات المعتمدة في إدارة المؤسسة الصحية المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية	ثقة عالية لدى المرضى بأن حياتهم بين أيدي أمينة
الاستجابة	تقديم خدمات علاجية فورية استجابة سريعة لنداءات الطوارئ الخارجية العمل على مدار ساعات اليوم	وصول سيارات الإسعاف خلال دقائق معدودة غرف العمليات جاهزة كليا ولكل الحالات
التأكيد	سمعة ومكانة المؤسسة الصحية عالية المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والشبه الطبيين تميز العاملين بدرجة عالية من الإنسانية	المعاملة الحسنة للمرضى تدريب ومهارات عالية في الأداء
المجاملة	اهتمام شخصي بالمرضى الإصغاء الكامل للشكوى تلبية الحاجيات بلطف وود	الممرضة بمثابة الأم الحنون النظر للمريض بأنه دائما على حق
الملموسية	الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة	نظافة الغرف وأماكن العلاج نوعية الطعام جيدة

المصدر: ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص 213.

[1]– مصطفى يوسف كافي، مرجع سبق ذكره، ص87.

ثالثا: العوامل المؤثرة في جودة الخدامات الصحية

في هذا الإطار ذكرت العديد من العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية نذكر منها:[1]

- ✓ ازدياد أعداد المسنين من السكان وهذا ما يتطلب زيادة حاجاتهم للرعاية الصحية، وزيادة أوقات بقائهم بالمستشفيات بسبب الأمراض المزمنة
- ✓ التطور التقني السريع في الأجهزة والمعدات الطبية
- ✓ ازدياد تكلفة اليد العاملة الإجمالية، حيث أن زيادة هذه التكلفة بسبب زيادة التخصص والحاجة الى استخدام عاملين ذوي مؤهلات وخبرات عالية.
- ✓ اختلاف أنماط الممارسات الطبية، حيث أثبتت الدراسات وجود اختلاف في أنماط وأساليب الممارسات الطبية مما أدى الى تفاوت درجة الثقة وجودها.
- ✓ زيادة وعي المرضى وتوقعاتهم وطلبهم لمستويات على من جودة الخدمة الطبية، فزبائن المستشفيات من المثقفين بصورة خاصة يطلبون إجراء تحسينات في مجالات معينة مثل: فترات انتظار أقل، نسبة أخطاء أقل، دقة وسرعة في الإجراءات.
- ✓ الرغبة في زيادة الأرباح، فالرغبة في زيادة الأرباح قد أدت الى زيادة الاهتمام بالجودة لكسب مزيد من المرضى.

[1]– غازي على متروك البدانية، إطار مقترح لتقييم نظام إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الجامعية الحكومية، رسالة مقدمة للحصول على شهادة دكتوراه، تخصص إدارة أعمال، كلية التجارة، جامعة عيش الشمس، مصر، 2011، ص28.

المطلب الرابع: أهمية جودة الخدمات الصحية وأهدافها

أولا: أهمية جودة الخدمات الصحية

هناك عدد من المؤشرات الرئيسية التي يمكن من خلالها الاستدلال على أهمية الجودة في الخدمات عامة والصحية خاصة، ومن أبرز هذه المؤشرات هي:[1]

1-ارتبطت الخدمة الى حد كبير مع الجودة حتى أصبح من الضروري باعتماد عدد من المقاييس لتأشير مستوى الرضا والمتحقق لدى المرضى من خلال الربط بين الخدمة المقدمة والجودة، وهذا الأمر قاد الى اعتماد مقياس أطلق عليه تسمية Servqual وهو عبارة عن سلسلة من المقاييس المتكاملة والمترابطة لمعرفة رأي المستهلك.

وبعبارة أخرى أن هذا المقياس المتعدد الأبعاد يقوم على أساس معرفة الفجوة بين ما يدركه المستهلك من الخدمة وما يتوقعه وبالتالي فأنه لا يمكن تحليل تسوية الخدمة الصحية دون اختيار الجودة فيها.

2-تعد الجودة في الخدمة الصحية مؤشر مهم في قياس مستوى الرضا المتحقق لدى المريض عن الخدمة المقدمة له من قبل المستشفى أو أية منظمة صحية أخرى

3-الجودة في الخدمة الصحية تخضع للتحسين المستمر عبر إدارة متخصصة ضمن الهيكل التنظيمي للمستشفى، هادفة الى تحقيق الشمولية والتكاملية في الأداء

4-أصبح للجودة أبعاد رئيسية يتم اعتمادها كأساس في القياس والتأثير لتأشير مستوى الجودة، وتتمثل هذه الأبعاد في الاعتمادية، الاستجابة، التأكيد (الثقة)، التعاطف والملموسية.

بادرت معظم المنشآت الصحية بتطبيق برامج الجودة النوعية أو إدارة الجودة وذلك من اجل تحسين وتطوير مستوى الأداء في المنشأة الأمر الذي سوف يساهم ويساعد المنشأة في الحفاظ على سمعتها من خلال اهتمامها بجودة الرعاية والخدمات الصحية.

[1]- مصطفى يوسف كافي، مرجع سبق ذكره، ص57-59.

ثانيا: أهداف جودة الخدمات الصحية:

تتمثل الأهداف الرئيسية لجودة الخدمة الصحية في:[1]

- ✓ ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين (المرضى)
- ✓ تقديم خدمة صحية ذات جودة متميزة من شأنها تحقيق رضا المستفيد (رضا) وزيادة ولاؤه للمؤسسة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المؤسسة الصحية
- ✓ تعد معرفة أراء وانطباعات المستفيدين (المرضى) وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها.
- ✓ تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين (المرضى) من الخدمة الصحية ومقدميها.
- ✓ تمكين المؤسسات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية.
- ✓ تحقيق مستويات إنتاجية أفضل، إذ يعد الوصول الى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة الى المستفيدين (المرضى) الهدف الأساسي من تطبيق الجودة.
- ✓ كسب رضى المستفيد (المريض) إذ كان هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لابد من توفرها في أي مؤسسة صحية تعمل على تحسين الجودة وتسعى لتطبيق نظم الجودة وبالتالي تطوير أداء العمل وهذا ما يؤدي في النهاية الى كسب رضى المريض
- ✓ زيادة الطلب على مختلف أنواع الخدمات الصحية الحديثة ورافق هذه الزيادة زيادة من نوع آخر من الاهتمام بتلبية حاجات وتوقعات المستفيد (المريض)
- ✓ زيادة قوس التنافس بين المؤسسات الصحية المتشابهة
- ✓ تحقيق أفضل النتائج السريرية لمختلف الحالات المرضية

[1]– دريدي أحلام، دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، رسالة ماجستير، تخصص الأساليب الكمية في التسيير، جامعة بسكرة، 2014، ص30.

✓ تأمين بيئة تساعد على سلامة المريض وبعث الاطمئنان في نفسه الى سلامة الإجراءات المتخذة حيال وضعه الصحي بحيث تحقق له الرضى والقناعة حول الإجراءات المقدمة له.

✓ ضمان الاستخدام المناسب للموارد المستهدفة

المطلب الخامس: قياس جودة الخدمات الصحية

إن عملية قياس الجودة في قطاع الخدمات لازالت في غاية الصعوبة قياسا بما هو سائد في المؤسسات الإنتاجية، ومن الطرق الشائعة لقياس جودة الخدمات ما يلي:

المدخل الأول: قياس جودة الخدمات من منظور المرضى

1-**مقياس عدد الشكاوي:**

تعتبر شكاوي المرضى خلال فترة زمنية مقياسًا هامًا عن مستوى أداء الخدمات، فأما أن تكون في مستوى ما يتطلعون إليه أو أنها تقدم دون المستوى حيث تتمكن المؤسسة من اتخاذ الإجراءات المناسبة لتجنب حدوث المشاكل وتحسين مستوى ما تقدمه من خدمات لزبائنها.

2-**مقياس الرضا:** هو من أكثر الطرق استخدامًا لقياس اتجاهات المرضى نحو جودة الخدمات الصحية، خاصة بعد حصولهم على هذه الخدمات من خلال توجيه حزمة من الأسئلة التي تكشف شعور المرضى نحو الخدمات المقدمة لهم.

3-**مقياس القيمة:**

يعتبر احد المقاييس الحديثة لقياس جودة الخدمات مادام إن العلاقة بين المنفعة والسعر هي التي تحدد القيمة، فكلما زادت مستويات المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة قياسًا بالسعر كلما زادت القيمة المدركة للعملاء وبالتالي زاد إقبالهم على طلب الخدمة الصحية، والعكس صحيح، وعليه من مصلحة المنظمة اتخاذ الخطوة الكفيلة من اجل زيادة

المنفعة المدركة لخدماتها بالشكل الذي يؤدي الى تخفيض سعر حصول العميل على خدمة.[1]

4-مقياس الفجوة:

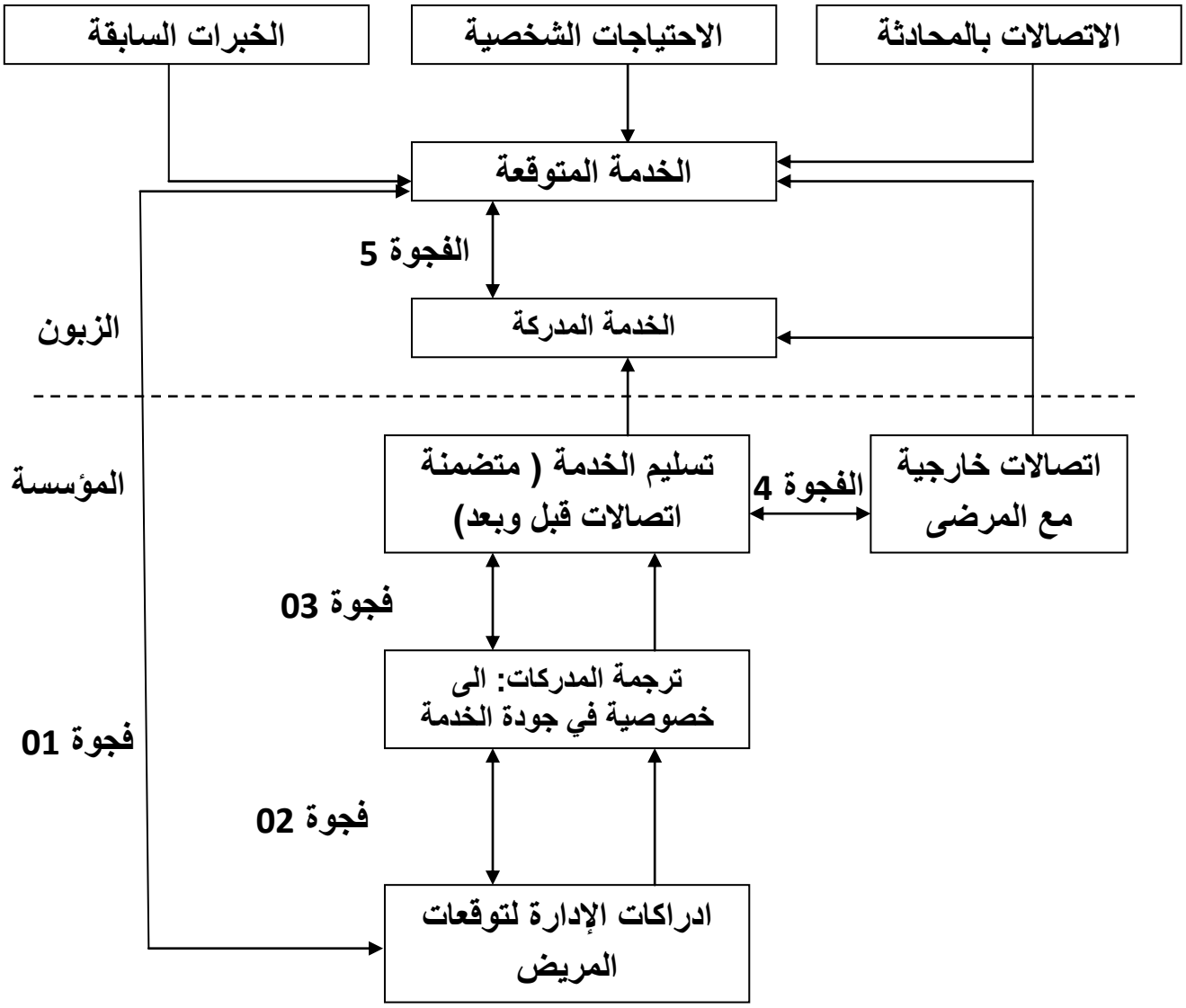
حضي هذا الأسلوب بدرجة كبيرة من القبول والتطبيق في قياس جودة الخدمة ويكون بمقارنة توقعات بالمرضى بشأن الخدمة وادراكاتهم لمستوى الجودة الخدمة بالفعل، ويمكن صياغة ذلك في المعادلة الآتية:[2]

جودة الخدمة = التوقعات – الأداء الفعلي

[1]- مصطفى يوسف كافي، مرجع سبق ذكره، ص 82- 83.

[2]- سوسن شاكر مجيد، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2007، ص19.

الشكل رقم (01): أسلوب الفجوات



المصدر: ثامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص218

من خلال الشكل نلاحظ أن هذه الفجوات تتلخص في التالي:[1]

- الفجوة الأولى: الفجوة بين توقع المريض وإدراك الإدارة

تحصل عندما لا تدرك الإدارة بصورة صحيحة ما يرغب المريض، إذ ربما تفكر الإدارة بأن المرضى يرغبون في الحصول على طعام أفضل ولكن يكون الأمر بشكل آخر إذ أن المرضى يرغبون في الحصول على عناية أفضل من الممرضين.

[1]– ثامر ياسير البكري، مرجع سابق ذكره، ص ص 216– 219

- الفجوة الثانية: الفجوة الثانية بين إدراك الإدارة ونوعية الخدمة المعيارية

ربما تدرك الإدارة وبصورة صحيحة رغبات المريض، ولكنها لا تحدد معايير أداء واضحة، كما هو في قيام الإدارة بإخبار الممرضين بضرورة اتخاذ الإجراء السريع في تقديم الخدمة للمرضى إلا أنها لا تضع مقاييس لذلك الإجراء.

- الفجوة الثالثة: الفجوة بين نوعية الخدمة من المعيارية وتقديم الخدمة

قد يكون الأفراد القائمين على خدمة المرضى غير مدربين بصورة صحيحة، أو غير قادرين في الأداء بما يوازي المقاييس المعيارية المحددة، كما هو مثلا في ضرورة الإصغاء للمريض بشكل كافي من ثم انجاز الخدمة بسرعة.

- الفجوة الرابعة: الفجوة بين الخدمة المدركة والاتصالات الخارجية

تتمثل في الاختلاف أو التباين ما بين الخدمة الصحية المدركة من قبل المريض وما تم الاتفاق عليه مسبقا وعبر الاتصالات التي تمت بين الإدارة والمرضى، كما هو حاصل في الاتفاق بين المريض وإدارة المؤسسة الصحية في الحصول على غرفة نظيفة وأنيقة وأسرة مريحة في ضوء الاتصال الحاصل بين الطرفين، ولكن عند وصوله للمؤسسة يجد العكس من ذلك.

- الفجوة الخامسة: الفجوة بين الخدمة المدركة والخدمة المتوقفة

وتنتج عن الاختلاف بين ما أدركه المرضى من مستويات أداء الخدمة وتوقعاتهم المسبقة لهذه المستويات، وهي ناتج واحد أو أكثر من الفجوات الأربعة السابقة.

حتى يمكن سد الفجوة الخامسة لابد أولا من سد جميع الفجوات الأربعة، حيث وجد أي فجوة سالبة من هذه الفجوة سوف يتسبب في إحداث قصور في الخدمة المقدمة للزبائن، ومن ثم وجود فروق سلبية بين ادراكاتهم للخدمة الفعلية المقدمة وبين توقعاتهم.

المدخل الثاني: قياس الجودة المهنية

يتضمن استعمال مقاييس الجودة المهنية قدرة المؤسسات الصحية على الوفاء بخدماتها التشخيصية والتمريضية والطبية والإدارية من خلال الاستخدام الأمثل لمواردها المتاحة، وفي هذا الإطار يمكن التمييز بين أنواع المقاييس التالية:[1]

1-مقاييس جودة المدخلات:

- كفاءة مقدمي الخدمة: والتي تنعكس من خلال العديد من المؤشرات منها:
  - جودة العلاقة الشخصية بين المرضى والفريق الصحي
  - درجة معرفة الفريق الطبي بنظم وإجراءات العمل المتبعة المستشفى
  - التمكين الفني (التدريبّ، خبرة، مؤهلات)
- كفاءة الأجهزة والمعدات الطبية: وتنعكس هذه الكفاءة من خلال العديد من المؤشرات منها:
  - معدلات العمل
  - درجة التطور التكنولوجي للأجهزة
  - دقة القراءات التي تظهرها أجهزة أدوات القياس
  - تكلفة تشغيل الأجهزة
- كفاءة الهيكل التنظيمي: ويمكن أن تظهر من خلال:
  - درجة وضوح الأهداف
  - النظام المتكامل للاتصالات
  - انسيابية وسهولة تداول المعلومات بين أقسام المستشفى
  - درجة وضوح الاختصاصات والمسؤوليات لدى كل العاملين بالمستشفى

[1]- مصطفى يوسف كافي، مرجع سبق ذكره، ص83-84.

- جودة القرارات الإدارية التي تضمن تحقيق الخدمة الصحية بالسرعة المطلوبة واقل تكلفة.

2-مقاييس العمليات:

وهي تلك المقاييس التي تركز على جودة المراحل المختلفة لتقديم الخدمة الصحية، وهي تنطوي على مجوعة من المؤشرات التي تم تحديدها من قبل الجهات الاستشارية الخارجية ومنظمة الصحية العالمية، وتوضح هذه المؤشرات النسب المعيارية لكافة عناصر أنشطة الخدمات الصحية، والتي يجب أن تستوفيها كافة هذه العناصر لكي يتم تصنيفها كخدمات صحية جيدة.

3-مقاييس المخرجات:

- القياس المقارن: هي مقارنة كمية بين المعادلات المعيارية (المستهدفة) والأداء الفعلي
- استقصاء رضا المرضى: بخصوص الخدمات الصحية المقدمة
- استقصاء العاملين في المستشفى: لمعرفة كافة المشاكل والمعوقات التي حالة دون تحقيق الأداء المنشود.

المبحث الثاني: إصلاحات النظام الصحي الجزائري

الصحة ليست حق أساسي فقط وإنما هي كذلك مصدر أساسي للتطور الاجتماعي والاقتصادي والفردي، وعلى أساس هذا المبدأ العام عمدت الجزائر في كل الدساتير التي سنتها الى هل مبدأ حق المواطنين في حماية الصحة أساسي لا يمكن نكرانه أو تجاهله.

المطلب الأول: مفهوم النظام الصحي ومحدداته

أولا: مفهوم النظام الصحي

اختلفت وتعددت التعاريف حول النظام الصحي وهي كما يلي:

✓ عرف النظام الصحي بأنه: " مجموعة من العناصر المترابطة والمتفاعلة مع بعضها ضمن شبكة من الاتصالات، والتي تعمل معًا لتحقيق هدف النظام والمتمثل في ضمان على مستوى صحي ممكن للفرد والمجتمع، والمحافظة عليه، وترقيته باستمرار"[1]

✓ وعرف أيضا بأنه: " مجموعة الموارد المتاحة، وعملية تنظيم، وإدارة هذه الموارد حتى تؤدي في النهاية الى تقديم الخدمة الصحية لكل المواطنين"[2]

✓ أما بالنسبة لمنظمة الصحة who تعرف كما يلي: " هو مجموعة المنظمات والمؤسسات والموارد والأفراد الرامية أساس الى تحسين الصحية، ويحتاج هذا النظام الى موظفين وأموال ومعلومات ومستلزمات نقل واتصالات وتوجيه عام من اجل توفير الخدمات وتلبية احتياجات أفراد المجتمع"[3]

---

[1]– فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2008، ص54.

[2]– محمد خليل الشاذلي، طب المجتمع، أكاديمية انترناشيونال للنشر والطباعة، بيروت، لبنان، 1999، ص34.

[3] - www.who.int/topics/health-systems/in/index.html.21/04/2019, 19 :00

ثانيا: محددات النظام الصحي

لقد وضع التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية لعام 2000 تحت عنوان " النظم الصحية، تحسين الأداء" مجموعة من المحددات وهي كما يلي:[1]

1-**الاستجابة:** أوضح التقرير أن القدرة على الاستجابة تنطوي على أمرين أساسين، يتمثل أولهما في الاحترام، بما في ذلك صون كرامة الأفراد والأسر، وحفظ أسرارهم، ومراعاة حريتهم في اتخاذ القرارات التي تتعلق بصحتهم، ويمكن الثاني في توجيه المرضى، وإبداء اهتمام اكبر لشبكات الدعم الاجتماعي عند توفير الرعاية وإتاحتها، وتقوم القدرة على الاستجابة أساسا على إمكانية توفير الموارد.

2-**عدالة المساهمة المالية:** احتلت البلدان مراتب مختلفة في عملية التصنيف التي أجرتها منظمة الصحية العالمية لتحديد مدى عدالة المساهمة المالية في النظم الصحية واعتمدت في تصنيفها على القسط الذي تقطعه كل أسرة من مجموع نفقاتها مع طرح نفقات الأغذية في الدخل، وتخصصه لنفقات الرعاية الصحية، بما في ذلك الضرائب، والأقساط المستحقة لصندوق الضمان الاجتماعي وصناديق التأمين الخاصة، والمدفوعات المباشرة.

3-**مستوى الصحة العام:** لان النظام الصحي الجيد يساهم أساسا في تعزيز مستوى الصحة العام فقد اختارت منظمة الصحة العالمية الاعتماد على متوسط العمر المأمول، باحتساب مدة الإعاقة كمعيار لتقييم مستوى الصحة في العالم، وبالتالي تقدير مدى النجاح في تحقيق هدف تعزيز مستوى الصحة.

4-**توزيع الانتفاع:** يرى الخبراء انه لا يكفي ضمان صحة الأفراد أو تحسين مستواها في المتوسط، إذا ازداد في الوقت ذاته التفاوت بين الفئات أو يبقى شاسعا بسبب انتفاع

[1]- وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها، رسالة دكتوراه، تخصص تسيير منظمات، جامعة باتنة 1، 2015-2016، ص30.

الأفراد المعاقين بدرجة اكبر، لذلك فعلى النظم الصحية أن تسعى أيضا الى الحد التباينات، بإعطاء الأولية للأنشطة التي ترمي الى تحسين الصحية وبلوغ أفضل مستوى ممكن.

5-**توزيع التمويل:** نبه التقرير وأشار الى وجود طرق جيدة وأخرى سيئة لتمويل النظم الصحية إلا أنها قد تكون جيدة الى حد ما، إذا ارتبطت أساسا بتوزيع الأعباء المالية توزيعا عادلا، لا سيما أن التمويل العادل يعني التوزيع العادل، مشيرا الى أن ذلك يتعلق بمجموع الموارد المتاحة أو بكيفية توظيف الأموال.

والجدير بالذكر أن الأنظمة الصحية في العالم متعددة ولا يوجد نظام صحي مثالي، إلا أن القاسم المشترك لأفضل النظم الصحية يتمثل في مدى استجابتها لاحتياجات الأفراد وعدالة توزيع تكلفة التمويل على متوسط الأفراد.

المطلب الثاني: تطور النظام الصحي الجزائري (1962-2009)

لقد شهد النظام الصحي في الجزائر عدة تطورات جاءت نتيجة الإصلاحات العميقة التي بادرت بها الحكومة منذ الاستقلال بهدف تكوين نظام صحي فعال يتماشى مع تطلعات الأفراد.

1-النظام الصحي (1962-1974):

لقد شهدت الجزائر وضعية صعبة بعد الاستقلال وهذا راجع الى الظروف الاقتصادية والاجتماعية التي كانت تعيشها البلاد، وعلى هذا الأساس تعتبر سنة 1962 سنة انتقالية بالنسبة للنظام الصحي في الجزائر نلاحظ من خلالها أن هذا الأخير كان يلبي احتياجات نسبة ضئيلة من السكان المتمركزين في المدن وبعض الأرياف وذلك بواسطة طب الدولة.

ويمكن أن تبرز خصائص النظام الصحي لهذه الفترة فيما يلي:[1]

✓ قلة العمال في السلك الطبي والشبه طبي، فمغادرة الأطباء الفرنسيين للجزائر ترك فراغا بالقطاع، خاصة أمام نقص التأطير لدى الأطباء الجزائريين، كما أن توزيعهم عبر

[1]- على دحمان محمد، تقييم نفقات الصحية والتعليم، رسالة ماجستير، تخصص تسيير المالية العامة، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2010-2011، ص32-33.

التراب الوطني كان توزيعا غير عاد، مما أدى الى استدعاء التعاونية الأجنبية الطبية من اجل التكفل بمتطلبات العلاج في المجتمع.

✓ كما تميز هذه الفترة بقلة الهياكل الصحية حيث تموضعت أغلبية المستشفيات والصيدليات وكذا العيادات في شمال البلاد.

✓ أما فيما يخص الجانب التنظيمي فقد وجدت الجزائر نفسها تسير في نظام متشعب حيث كانت المساعدات الطبية المجانية تحت الوصاية المحلية، والوقاية المدرسية تحت وصاية التربية الوطنية.

وعلى هذا الأساس فقد ألزمت هذه الظروف الطارئة التي كان يعيشها المجتمع الجزائري الدولة بضرورة اتخاذ إجراءات التي من شأنها التقليص من حدة الوضع.

2-النظام الصحي (1974-1989):

بسبب الضغط الاجتماعي الكبير (زيادة عدد السكان) من جهة، وعودة الأمراض والأوبئة من جهة أخرى، جاء قرار تأسيس الطب المجاني، وهو أهم قرار اتخذته السلطة السياسية في سبيل التكفل بالطبقات الفقيرة من السكان، وهو قرار سياسي يتوافق والنظام السياسي، والاقتصادي الاشتراكي الذي سارت على نهجه السلطة السياسية في الجزائر، بحيث لا يمكن عزل أو فصل قرار مجانية العلاج عن أي سياسة اجتماعية أو اقتصادية أخرى اتخذتها السلطة في تلك الفترة ما ساعد السلطة السياسية في هذه الفترة على اتخاذ قرار مجانية العلاج هو ارتفاع سعر البترول، ويمكن القول أن قرار مجانية العلاج هو منعرج حقيق ونقطة بداية لوضع سياسة صحية وطنية اشتراكية المنهج.

لقد سجل في هذه الفترة على مستوى السياسة الصحية ثلاث قرارات أساسية هي:[1]

✓ تأسيس الطب المجاني كما جاء ذكره في هياكل الصحة العمومية، بداية من شهر مجاني 1974 مما سمح بتعميم استفادة المواطنين من الخدمات الصحية

[1]- خروبي بزارة عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 03، 2010-2011، ص40-41.

✓ إصلاح المنظومة التربوية، بالتحديد الدراسات الطبية من خلال تحسين نوعية التعليم والتكوين، مما يسمح بزيادة عدد الممارسين الطبيين في كل التخصصات الطبية

✓ تأسيس ما يسمى بالقطاع الصحي لتنظيم النظام الوطني للصحة وذلك بتوحيد كل وحدات العلاج الأولية المسيرة من طرف البلديات أو القطاع الطبي.

كما تميزت هذه المرحلة بتطور عدد المنشآت الصحية القاعدية وهذا بفضل الاستشارات التي تتحملها الدولة حيث ارتفع عدد المراكز الصحية 558 عام 1974 الى 1147 عام 1986 أضف الى ذلك زيادات معتبرة في عدد المستخدمين بالقطاع الصحي من 57872 عامل عام 1974 الى 124728 عام 1987.

3-النظام الصحي (1989-2000):

عرفت الجزائر خلال هذه العشرية أزمة اقتصادية وسياسية كبيرة مما تسبب في حالة أمنية متدهورة، والاستقرار في كل المجالات مما نتج عنها تخريب مجمل الهياكل والبنى التحتية التربوية والتجارية والصناعية والهياكل الصحية مما جعلها خارج الخدمة، ومع ذلك فقد عرفت هذه الفترة إعادة تنظيم قطاع الصحة عن طريق اصدرا مراسيم تنفيذية والتي سمحت بإنشاء الوحدات الصحية الضرورية وعملت وزارة الصحية على إنشاء هياكل الدعم لمؤسسات النظام الصحي وهذا من اجل مراقبة تحسين الأداء داخل المؤسسات الصحية العمومية ويمكن حصر هذه الهياكل كما يلي:[1]

✓ إنشاء المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية في سنة 1933

✓ إنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات في سنة 1994

✓ إنشاء الوكالة الوطنية للدم سنة 1995

✓ إنشاء الوكالة الوطنية للإعلام الصحي في سنة 1995

✓ إنشاء المركز الوطني للتسمم سنة 1998

[1]- خروبي بزارة عمر، مرجع سبق ذكره، ص ص 45-49.

✓ إنشاء المعهد الوطني البيداغوجي للتكوين الشبه الطبي في سنة 1996

رغم المجهودات المبذولة من طرف الحكومة في سبيل تطوير قطاع الصحة، وتحسين الخدمات في مجال الرعاية الصحية بالنسبة للمواطنين، إلا أن ذلك لم يعير في الوضع المزري الذي أصبح يعيشه قطاع الصحة في الجزائر، حيث أصبحت مديونية المستشفيات والتسيير المصاحب لعدم عقلانية الإنفاق العام، والاستعمال العشوائي للموارد المرصودة، وغموض العلاقة بين النظام الصحي وقطاع الضمان الاجتماعي

4-النظام الصحي (2000-2009):

ما يميز هذه المرحلة هو تجسيد النظام التعاقدي للعلاج عبر مراحل تدريجية ليتم تطبيقه بصفة نهائية سنة 2009م، حيث توزع النفقات العمومية على الصحة العمومية بالنسبة للمرضى عن طريق صناديق الضامن الاجتماعي CNASوCASNOSا ما عديمي الدخل فمن خلال مساهمة الدولة (مديرية النشاط الاجتماعي)

إعادة تنظيم القطاعات الصحية أي فصل الاستشفاء على العلاج والفحص وهي نوع من لامركزية، هدفها تسهيل الوصل الى العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن.

رغم التطور الملحوظ في المنظومة الصحية الجزائرية إلا أنها مازالت تعاني عدة نقائص والتي نوجزها فيما يلي:[1]

✓ مشكلات تخص النظام الصحي في حد ذاته ونعتبرها مشكلات داخلية والتي تتمثل في عدم وجود ارتباط بين الأطراف الفنية (السلك الطبي، السلك شبه طبي والطاقم الإداري) من خلال ضعف المراكز الصحية الأمر الذي انعكس سلبا على مردودية القطاع الصحي، كذلك ضعف التنظيم الصحي أدى الى بروز ظاهرة التبذير في العلاج

✓ أما المشكلات الخارجية فيمكن ضبطها فيما يلي:

[1]- على دحمان محمد، مرجع سبق ذكره، ص ص 37-38.

- عدم التوازن فيما يخص المراكز الصحية وهذا بحكم ضعف التخطيط نتيجة نقص المعلومات الخاصة بتوزيع السكان لدى هيئات التخطيط
- غياب التوزيع العادل والعقلاني للأطباء خاصة في المناطق النائية والمحرومة
- عدم تماشي البرامج التعليمية في مجال تكوين الأطباء مع السياسة الصحية
- عدم وجود تنسيق بين وزارة الصحة والهيئات الأخرى المعنية بالشؤون الاجتماعية

إذن المشكلة التي يعاني منها النظام الصحي العمومي ليس بالمادية بل أعمق من ذلك وتتعلق بنوعية التنظيم بين مختلف مكونات هذه المنظومة والبيئة التي يعيش فيها.

فالإصلاح يجب أن يشمل الجوانب التنظيمية التي تعطي أكثر فعالية لعناصر النظام الصحي من اجل تحسين مردودية الخدمات المقدمة اعتمادا على جانب التسيير الرشيد أكثر من الاعتماد على بناء هياكل بيروقراطية جامدة.

المطلب الثالث: إصلاحات جديدة في النظام الصحي الجزائري

إن الوضعية التي آل إليها النظام الصحي في الجزائر تكشف عن مجموعة من الاختلالات والنقائص التي تعرقل الوصل الى تحقيق الغاية الأساسية للنظام الصحي والمتمثلة في حماية صحة المواطن وترقيتها وتحسين الخدمة للمريض.

أولا: حتمية إصلاح المنظومة الصحية

يعتبر النظام الصحي الحلقة الرئيسية في عملية التنمية الشاملة، لما له من دور فعال في ربط كل القطاعات الحيوية، بحيث لا يمكن أن تكون هناك تنمية في قطاع ما دون القطاعات الأخرى، ونظرا لما أصبح يعاني منه النظام الصحي الجزائري من مشاكل حقيقية داخلية وخارجية، أدى الى ضرورة القيام بتغيير الوضع وإعادة قطاع الصحية الى سكته الحقيقية

1-المعوقات الداخلية:

وتتمثل في العراقيل والاختلالات التي أصبح يتخبط فيها وأصبح غير قادر على ضمان فعالية الخدمات الاستشفائية وتتمثل في هذه الاختلالات في اختلالات متعقلة بالتنظيم فالمؤسسة الاستشفائية لها طابع إداري وتخضع في تسييرها الى المنطق الإداري الذي يعطي مرونة في تسيير المرفق الصحي، وتكون العلاقات الوظيفية غير محددة بوضوح، وغياب التحفيز بالنسبة للموظفين مما أدى الى ركود نشاطها، وسوء ظروف العمل والأجور مقارنة مع القطاع الخاص بالإضافة الى قلة التجهيزات وعدم صلاحيتها في اغلب الأحيان ونفاذ المواد الصيدلانية الأساسية، وغياب مراجعة مدونة الأعمال وقلة الموارد المالية وسوء توزيعها وغياب التحكم في النفقات وانعدم تكوين الموظفين، كل هذه الاختلالات والمعوقات ترجع الى سوء التسيير في المؤسسات الاستشفائية.

2-المعوقات الخارجية:

وهي الظروف التي أحاطت بالمنظومة الصحية الوطنية من خلال التعرض الى الوضعية الصحية، ثم الوضعية الديمغرافية، ثم الوضعية الاقتصادية فالعراقيل المتعلقة بالوضعية الصحية تتمثل في الأمراض المنتقلة والمزمنة تؤثر مباشرة على النمو الطبيعي لعدد السكان وتزيد من أتعاب الدولة في نسبة النفقات العامة الموجهة الى قطاع الصحية كذلك الوضعية الديمغرافية فالتوزيع غير المتوازن للسكان طرح ضرورة إعادة التنظيم الإداري لغرض العلاج هذا يعني أن اللامساواة في الحصول على العلاج والوقاية من الأمراض كانت حاصلة مما دعي الى ضرورة الإصلاح، بإضافة الى الوضعية الاقتصادية المتدهورة وظروف العمال في قطاع الصحة بالجزائر وكثرة الإضرابات أدى الى ضرورة الإصلاح بالمنظومة الصحية الجزائرية.[1]

[1]- خروبي بزارة عمر، مرجع سبق ذكره، ص ص 58-66.

ثانيا: جوانب الإصلاح في المؤسسات الصحية

يمكن أن يمس الإصلاح والتغيير عدة ميادين في المؤسسات الصحية وتتمثل في:

1-إصلاح على مستوى الهياكل الاستشفائية:

فهو يحدد الإصلاحات الداخلية في التنظيم من حيث إعادة تنظيم الأقسام الإدارية مواقع اتخاذ القرارات، إعادة تحديد السلطة والمسؤولية وإعادة تعديل العلاقات بين الإدارات والأفراد وغيرها.

2-إصلاح على مستوى الموارد البشرية:

يعتبر العنصر البشري أساس نجاح أي مؤسسة، فباستقامته تستقيم الأوضاع وباعوجاجه تتعقد المشاكل ولهذا تتعقد المشاكل، ولهذا يمكن القول أن تطور الهياكل وإصلاحها لا يأتي إلا بإصلاح وتطور الموظفين الذين يتحكمون في الهياكل.

وأول نقطة يمكن التركيز عليها في إصلاح العنصر البشري هي كيفية التأثير على تصرفات الموظفين وإدخال عوامل جديدة تدفعهم الى تقديم مساهمات أكثر ويمكن الإصلاح في سلوكات الموظفين عن طريق تغيير إجراءات التوظيف وطرق التدريب والتكوين وترقيتهم في المسار المهني يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل الفئات.

وبالنظر الى المنظمة الصحية يمكن القول أن العنصر البشري مشتت الأفكار، فمن جهة الطبيب يفكر لوحده، وكذلك الشبه طبي والإداري أو الأعوان فكل يسبح في فلكه، فيلاحظ عدم تواجد اتحاد فكري منهجي والأهداف تكاد تكون غير واضحة وغير مشتركة.[1]

3-إصلاح على مستوى الموارد المادية:

ترتكز على ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج، الذي يستدعي توازنا بين الوسائل ومستوى النشاط وبين تسلسل العلاج وتوفير الوسائل، والهدف من ذلك هو إعطاء كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة بعقلانية، وتشكل

[1]- وفاء سلطاني، مرجع سبق ذكره، ص34.

الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية الخاصة بالأمن والنوعية وتعيين الأطقم الفنية والتكوين عناصر مكملة لهذا الإصلاح.[1]

4-إصلاح ملف التمويل:

اهتم هذا الإصلاح بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات، وضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي، بإضافة الى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تسير المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على العاقد في النشاطات، وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى.

5-إصلاح ملف اشتراك القطاعات:

نظرًا لارتباط نشاطات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات الى حد بعيد بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى كقطاع المالية، العمل والحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي التضامن، التعليم العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئة، الصناعة والفلاحة، فإنه يجب ضمان الانسجام بين الصحة والسياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الاستراتيجية العامة للوزارة، والجدير بالإشارة أن تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب والاستعجالات على المستويين الجهوي والوطني موضوعين لم يتم التطرق إليهما في هذا المشروع، ولقد تمت الإشارة عدة مرات الى وجوب تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب، بغض النظر على العراقيل المرتبطة بالبعد والظروف المناخية، الصيانة والظروف الخاصة بتعيين المستخدمين الطبيين المتخصصين الذين يمكنهم تلبية مجموع الاحتياجات الصحية، أما بالنسبة للإستعجالات فتستدعي بحثا معمقا

[1]- كحيلة نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، رسالة ماجستير، تخصص الموارد البشرية، جامعة منتوري، قسنطينة، 2009، ص53.

على نتائج التحقيق الجاري حالية، والذي يتكلف به المعهد الوطني للصحة العمومية بطلب من الوزارة.[1]

ثالثا: الإصلاحات الجديدة في النظام الصحي الجزائري

تتمثل الإصلاحات الجديدة التي شملت القطاع الصحي لسنة 2018م فيما يلي:[2]

1-إصلاحات خاصة بحماية الأمومة والطفولة:

من اجل ضمان حماية صحة الأم والطفل، القيام بالتدابير الطبية والنفسية والاجتماعية والتربوية والإدارية، وتشكيل برامج مكافحة الوفيات لدى الأم والطفل، وتعتبر من أولويات الصحة العمومية، وتنفيذها هياكل ومؤسسات صحية، إضافة الى ذلك يجب القيام بالتصريح بالمرأة الحامل من طرف مهني الصحة ويتم تسجيلها ابتداء من الثلاثي الثالث من الحمل، حسب اختيارها لدى عيادة ولادة عمومية أو خاصة، كما توفر الدولة الوسائل الملائمة لضمان المتابعة الدورية والإجبارية للحمل، والقيام بالتكفل الصحي للأطفال بواسطة وسائل بشرية ومادية التي تكون على عاتق الدولة، وتتمثل أهداف هذه الإصلاحات الى حماية صحة الأم قبل وأثناء وبعد الحمل، وضمان الظروف الصحية للطفل ونموه.

2-إصلاحات صحية في الأوساط التربوية والجامعية وفي التكوين المهني:

تضمن الدولة حماية وترقية الصحية في الوسط التربوي والجامعي وفي التكوين المهني، عبر أعمال وبرامج صحية ملائمة، حيث تضع وزارة الصحة بالتنسيق مع وزارة التربية والتكوين المهني والتعليم العالي، هياكل كشف ومتابعة من اجل مراقبة حالتهم الصحية ومتابعة التكفل بالأمراض التي تم الكشف عنها، القيام بالتدقيقات الإجبارية.

[1]- كحيلة نبيلة، مرجع سبق ذكره، ص54.

[2]- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، 2018، ص ص 7-11.

3-إصلاحات صحية وسط العمل:

تسهر الدولة الى حماية الصحية في وسط العمل وترقيتها لا سيما الى ترقية الراحة البدنية والعقلية والاجتماعية للعمال في كل المهن والحفاظ على أعلى درجة لها، والوقاية من كل ضرر يلحق بصحة العمال جراء ظروف عملهم وحماية العمال من الأخطار الناتجة عن وجود عوامل مضرة بصحتهم والوقاية من حوادث العمل والأمراض المهنية.

4-إصلاحات صحية من اجل الوقاية من الأمراض المتنقلة ومكافحتها:

يخضع الأشخاص المصابون بأمراض متنقلة والأشخاص الذين يكونون على اتصال بهم، الذين يشكلون مصدر للعدوى، لتدابير الوقاية والمكافحة المناسبة، تحدد قائمة الأمراض المتنقلة الخاضعة للتصريح الإجباري، ومن ثم القيام بالتلقيح الإجباري مجانا لفائدة المواطنين المعنيين واتخاذ كل التدابير.

5-إصلاحات صحية خاصة بترقية التغذية الصحية:

تقوم الدولة بترقية أنماط استهلاك تشجع على تغذية صحية ومتوازنة لدى المواطنين، كما تسهر على وضع مقاييس في مجال التغذية، عبر برامج التربية والإعلام والتحسيس والاتصال، واتخاذ كل التدابير الضرورية التي تسمح بالوقاية من السمنة لدى المواطنين، ولا سيما لدى الأطفال حيث يعتبر تكلفة على عاتق المؤسسة الاستشفائية.

6-إصلاحات صحية خاصة بحماية صحة الأشخاص المسنين:

تتولى الدولة إعداد وتنفيذ برامج لحماية صحة الأشخاص المسنين، ويستفيد الأشخاص المسنون لا سيما المصابون بأمراض مزمنة أو المعوقون من كل الخدمات المتعلقة بالعلاج وإعادة التكييف والتكفل النفسي التي تتطلبها حالتهم الصحية، كما تضمن الهياكل والمؤسسات الصحية التكفل بالاحتياجات الصحية للأشخاص المسنين خاصة المعوقين.

- فالإصلاح يجب أن يشمل الجوانب التنظيمية التي تعطي أكثر فعالية لعناصر النظام الصحي من اجل تحسين مردودية الخدمات المقدمة اعتمادًا على جانب التسيير الرشيد أكثر من الاعتماد على بناء هياكل بيروقراطية جامدة.

رابعا: أهداف إصلاح النظام الجزائري

من اجل تحقيق الإصلاحات السابقة الذكر قامة الوزارة بوضع خريطة صحية ومخطط للتنظيم الصحي، وتهدف الخريطة الصحية الى ما يلي:[1]

- التنبؤ بالتطورات الضرورية من اجل تكييف عروض العلاج
- التلبية القصوى لاحتياجات الصحة
- تحديد تنظيم منظومة العلاج
- تحديد شروط ربط مؤسسات الصحة بالشبكة
- ضمان الحصول على العلاجات في كل نقطة من التراب الوطني وتحسينها
- ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية
- إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن
- التأكيد على حقوق وواجبات المستعملين وحماية المرضى على وجه الخصوص
- تطوير الصحة الوقائية من خلال تعزيز وسائل مصالح وخدمات علم الأوبئة والوحدات الصحية الأساسية، وتحسين الرعاية الصحية في الوسط المدرسي
- تحسين ظروف استقبال المرضى وإقامتهم، ودوام أعمال الرعاية الصحية الاستشفائية
- البحث عن بدائل للاستشفاء، ولا سيما من خلال تطوير الاستشفاء والعلاج المقدم
- تنظيم وتطوير البحث في مجال الصحة
- تحسين الخدمة للمريض

[1]- الجريدة الرسمية الجمهورية الجزائرية، العدد 46، 2018، ص28.

المطلب الرابع: سياسات شاملة لإصلاح النظام الصحي

هناك مجموعة من السياسات الشاملة قد يعتمدها النظام الصحي حتى يتمكن من تحقيق تمويل شامل ومناسب للقطاع الصحي نذكر منها:[1]

1-نظام الضمان الصحي التعاوني:

الضمان الصحي التعاوني هو احد أساليب تمويل الخدمات الصحية سواء كان الآلية الرئيسية المتبادل حيث يستفيد الأشخاص الذين يتعرضون لمخاطر كبيرة وأصحاب الدخول المنخفضة من دعم أصحاب الدخول المرتفعة ومن ينخفض عندهم مستوى الخطر.

ويتعلق أمر الإيرادات المتوقعة من تطبيق الضمان الصحي التعاوني بالأعداد الفعلية للمشتركين بما في ذلك أفراد أسراهم وتقديرات الأجور لمختلف المهن، وتصنيف مقدمي الخدمة الصحية.

إضافة الى ذلك تقديرات لمتوسطات أوجه الإنفاق لكل من مرافق القطاع الخاص ووزارة الصحة والجهات الحكومية الأخرى وقوائم التسعيرة لخدمات القطاع الخاص المعتمدة.

2-إدخال نظام رسوم مقابل الخدمات:

أن تقديم الخدمات الصحية للمواطنين مقابل رسوم يدفعها المستفيد عند تقديم الخدمة من سياسات الإصلاح الشاملة للنظام الصحي ومن ابرز مصادر التمويل للخدمات الصحية وقد تم تطبيق هذا النظام حديثا في بعض دول مجلس التعاون الخليج العربية مثل دولة الإمارات المتحدة.

وقد تكون الرسوم على الخدمات الصحية رمزية في البداية بهدف مشاركة المواطن في تحمل جزء بسيط من التكاليف المرتفعة لتقديم الخدمات الصحية وهذا سوف يخدم أولا كمحفز لترشيد الاستخدام وثانيا كمصدر للتمويل.

[1]- وفاء سلطاني، مرجع سبق ذكره، ص ص 55- 59.

ولا شك أن تحصيل هذه الرسوم يتطلب جهاز إداري مالي ذو كفاءة عالية بالإضافة الى إعداد كوادر مؤهلة من المحصلين وأمناء الصناديق والأجهزة والمعدات والنماذج الخاصة بالتحصيل.

3-خصخصة الخدمات الصحية:

يشترك القطاع الخاص مع الحكومة في تقديم بعض الخدمات الصحية للمواطنين مثل إنشاء المراكز الصحية الأولية والمستشفيات وعقود التشغيل والصيانة للمرافق الصحية التابعة للوزارة، كما يقوم القطاع الخاص بتقديم الخدمة الصحية عن طريق المرافق الصحية التي يملكها بمقابل على أن تقوم وزارة الصحة بمراقبة المستوى الطبي والمهني علاوة على وضع الخطة الصحية والتي تشمل إنشاء المرافق، وضع السياسات العلاجية والوقائية ومراقبة المرافق الصحية الخاصة، اقتراح وتنفيذ النظم فيما يخص الممارسة الطبية، إصدار التراخيص وتحديد الرسوم، وضع نظام للمعلومات الصحية، القيام بأعمال الطب الشرعي ومكافحة الأمراض المستوطنة والأوبئة.

4-تنويع مصادر تمويل الخدمات الصحية:

ويكون ذلك بالتركيز على مجموعة من الجوانب منها:

- التركيز على الضمان الصحي التعاوني كأحد أهم روافد التمويل للخدمات الصحية.
- إعداد الدراسات اللازمة لتقييم نظام الضمان الصحي التعاوني بما يساعد على تطبيقه على الجميع في المرحلة القادمة، ودراسة تأثيره على التغيير في العرض والطلب والتأثير على الأسعار وجودة الخدمات المقدمة.
- عمل دراسات تقييمية لترسيخ مبدأ المشاركة في تحمل تكاليف بعض الخدمات الصحية كالرسوم الرمزية على مختلف جوانب خدمات الرعاية الصحية.
- التأكيد على أهمية مشاركة أفراد المجتمع في توفير الخدمات الصحية عن طريق الهبات والتبرعات المباشرة ولجان أصدقاء المرضى والوقف الإسلامي.

- التنسيق والتعاون مع مؤسسات القطاع الخاص بهدف بلورة مجالات جديدة للتمويل الملائم والاستثمار في تقديم الخدمات الصحية.

5-ترشيد الإنفاق واحتواء التكاليف:

أصبحت الكثير من الحكومات العالمية تحس بوطأة ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية إذ أن أسعار الخدمات الصحية تتزايد بمعدلات أعلى من تزايد أسعار السلع والخدمات الأخرى، لذا فإنه يجب مراعاة ما يلي:

- أهمية استخدام الأدوات التحليلية التي تساعد على صياغة السياسات الصحية مثل الحسابات الصحية الوطنية وتحليل الإنفاق الصحي.
- مراجعة تكاليف الإنفاق على الخدمات الصحية والتأكد من توزيع الإنفاق وفقا للأولويات المعتمدة ومتطلبات الخدمة
- إيجاد نظام وطني للمراجعة الصحية بهدف تلافي تجزئة الخدمة المقدمة للمرضى أو تكرار تقديمها بدون داعٍ.
- التوزيع الأمثل للموارد الصحية بين الجهات المختلفة بما يتفق مع دورها وحجم الاستخدام بها.
- الاستفادة من علم اقتصاديات الدواء بصفته جزء من اقتصاديات الصحة لتقييم تكاليف الدواء مع إعداد سياسة وطنية للدواء

المطلب الخامس: نماذج عن تمويل المنظومات الصحية في العالم

أن تسيير المنظومات الصحية في العالم يعتمد على ثلاثة مفاهيم أساسية للتمويل:[1]

- نظام بيفردج (النظام الشمولي، أو المفهوم الانجليزي): وفقا لهذا المفهوم فإن الدولة هي المصدر الأساسي لتمويل المنظومة الصحية وذلك من خلال الاقتطاعات الضريبية، بحيث أن كل فرد يساهم في دفع الضرائب له الحق في الاستفادة من الخدمات الصحية

[1]- محمد علي دحمان، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي الجزائري، رسالة دكتوراه تخصص تسيير المالية العامة، ابوبكر بلقايد، تلمسان، 2017، ص158-167.

المجانية، فالتمويل هنا يعتمد على تضامن وطني مزدوج بين الفقراء والأغنياء وبين الأصحاء والمرضى، العلاج في هذه الحالة يكون دائما بصفة مجانية بالنسبة للمرضى مع اختلافات بسيطة في الوسائل فهم يمولون من جيوبهم بين 5% الى 10% من مصاريف العلاج.

فالمبدأ الأساسي لهذه الفلسفة هو التساوي في الوصول الى العلاج وتعميمه وضمان شموليته.

- نظام بيسمارك (الأنظمة المهنية): وفقا لهذا النظام يكون الحق في الصحة والتأمين الصحي مخصص للعمال وذوي الحقوق، وتمويل الخدمات الصحية يتم من المؤسسات والعمال من خلال الاشتراكات المرتكزة على الأجور بحيث تسير هذه الاشتراكات من طرف المؤسسات والعمال مثل النقابات المساندة والمهنيين، ويسمى هؤلاء " بالشركاء الاجتماعيون" الذين لهم مسؤولية تحقيق التوازن المالي للدولة وإصلاح الوضعية في حالة اللاتوازن.

وتعد مشاركة المرضى في تكاليف العلاج على جانب من الأهمية إذ تتراوح من 10% الى 15% في بعض الأحيان.

- النظام الحر: يقوم في غالب الأحيان على أساس قوى السوق في عرض وتمويل الخدمات الصحية، بحيث من يدفع أكثر يحصل على أفضل الخدمات الصحية، إذن فهذا النظام لا يضمن غالبا المبادئ الأساسية الخاصة بشمولية عدالة الوصول للعلاج والتغطية الشاملة لكافة شرائح المجتمع.

وعلى هذا الأساس سوف يتم دراسة بعض الأنظمة الصحية العالمية المتبناة في بعض الدول المصنفة حسب البنك الدولي للإنشاء والتعمير ضمن الدول ذات الدخل المرتفع.

أولا: المنظومة الصحية الفرنسية (نظام مزيج)

نظام الصحة في فرنسا على مبدأين أساسين وهما:

1-خاص بالحرية الفردية (حرية الاختيار والوصول المباشر بما في ذلك التخصص)

2-يترجم عن طريق الخدمات العمومية المتمثلة بأغلبية القطاع الاستشفائي، وأغلبية المؤسسات العلاجية الوقائية.

تعتمد المنظومة الصحية الفرنسية على أربعة مصادر رئيسية لتمويل تكاليف العلاج وهي:

- التمويل الحكومي
- التأمين الإلزامي
- التأمين التكميلي
- التمويل عن طريق الأسرة

1-التمويل الحكومي (عن طريق الجماعات المحلية):

تقوم الحكومة الفرنسية بتغطية نسبة معينة من حجم نفقات القطاع الصحي إلا أن الشيء الملاحظ هو أن هذه المساهمة تظل محتشمة وذلك باعتبار أنها لا تتعدى نسبة 9% من تكاليف القطاع وهذا في ظل الدول الكبير الذي يقوم به الضمان الاجتماعي في تمويل الهياكل الصحية.

2-التأمين الإلزامي (الإجباري على المرضى):

يتميز الضمان الاجتماعي في فرنسا بالتعقيد وهذا بحكم وجود عدة أنظمة للتأمين على المرضى، ويتميز نظام التأمين الإجباري على المرضى بكونه المصدر الرئيسي لتمويل المنظومة الصحية الفرنسية بفضل الاشتراكات التي يدفعها العمال.

3-التأمين التكميلي:

لقد حاولت الحكومة الفرنسية خلق تغطية صحية شاملة لكافة الأفراد من خلال التأمين الإجباري لكن نظرًا لارتفاع النفقات الصحية فعادة ما يتم تحميل المريض جزء من هذه التكاليف فمعظم الفرنسيين يلجئون الى هذه الصناديق للتكفل بأعباء العلاج، وعلى هذا الأساس فقد أصبح التأمين التكميلي احد أهم مصادر القطاع الصحي.

4-التمويل عن طريق الأسرة:

يساهم المواطنون في تمويل النظم الصحية عن طريق السداد المباشر عند طلب الخدمات الصحية.

- من جهة أخرى تمتاز المنظومة الصحية الفرنسية بتنوع مصادر التمويل من خلال تنوع صناديق التأمين عن المرض الأمر الذي من شأنه أن يخلق نوع من المنافسة فيما بينها وبالتالي تعزيز قدرتها على الاستجابة الى احتياجات المشتركين وتحفيزها على الإصلاح والابتكار وتخفيض التكاليف وتعظيم الأرباح

ثانيا: المنظومة الصحية البريطانية (نظام بيفردج)

إن مبادئ إدارة وتمويل المستشفيات في انجلترا هي نفسها منذ حوالي 50 سنة وهي مختلفة عن أنظمة بيسمارك في ثلاث أسس:

✓ تغطية شاملة مجانية وموحدة من غير انخراط في تنظيم التأمين الصحي هي من حق شخص

✓ الخدمة الوطنية للصحة تمنح العلاجات الاستشفائية عن طريق مهنيين تابعين للنظام العمومية.

✓ تمويل يعتمد على الأساس على الضرائب.

تتميز المنظومة الصحية لبريطانيا بضعف فعاليتها نتيجة ضعف مستويات التمويل، إلا أن إصلاحات حزب العمال سمح بالاستفادة من ارتفاع غير مسبوق في حجم الموارد

المالية المخصصة للقطاع، وبقيت المنظومة الوطنية للصحة متحكمة في التكاليف وذلك يعود الى طريقة تسديد تكاليف عمال القطاع والتي تعتمد فيه على النهج التعاقدي مما جعل تكاليف القطاع منخفضة مقارنة بالدول المجاورة.

ثالثا: المنظومة الصحية الأمريكية (النظام الحر)

تتمثل نفقات الصحة في الو.م.أ نسبة كبيرة، ومن اجل تغطية هذه النفقات جعل الو.م.أ تعتمد على ثلاثة مصادر رئيسية لتمويل هذا القطاع وهي:

- ✓ التمويل الحكومي
- ✓ التأمينات
- ✓ التمويل عن طريق الأفراد

1-التمويل الحكومي

تتمثل مساهمة الدولة في تمويل المساعدات الطبية المجانية الى الفئات الفقيرة التي لا يتعدى دخلها عتبة الفقر.

2-التأمينات

تعتمد الو.م.أ أيضا على هذا الأسلوب من التمويل لتوفير الخدمات الصحية المطلوبة لكافة الأفراد.

3-التمويل عن طريق الأفراد

تعتبر المشاركة المالية للمرضى محدودة جدًا وهي في غالب الأحيان منعدمة خصوصا في العلاج الاستشفائي، لذلك نجد أن المواطن الأمريكي يقوم بإجراء الفحوصات الطبية لدى الممارسين التابعين لمنظمات صيانة الصحة شريطة تسديد أقساط ثابتة أو لدى الممارسين التابعين للمنظمات المتعاقد معهم.

خلاصة الفصل

من خلال دراستنا في هذا الفصل يمكن أن نستخلص مجموعة من النتائج نذكر منها:

1-الخدمات الصحية تعتبر من أهم الخدمات التي تهم الفرد، المجتمع والدولة بصورة عامة لما لهذه الخدمة من أهمية في توفير حالة من الأمان والاستقرار للفرد.

2-يرتبط تقديم الخدمات الصحية بمستوى الجودة تلبي احتياجات المريض وتحقق رضاه، وهي أسمى هدف تحاول الدولة بلوغه.

3-يتسم النظام الصحي الجزائري بمجموعة من المعوقات الناتجة عن الاختلالات التي تعاني منها المؤسسات الصحية في الجزائرية، وهذا وجب عليها عملية إصلاح المنظومة الصحية ووضعتها في سلم أولوياتها وتخصيص لها أموال، والرفع والرقي بمستوى جودة الخدمات المقدمة ومباشرة الإصلاحات التي اعتمدتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

الفصل الثالث:

دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية –حكيم عقبي-قالمة

تمهيد

من خلال الفصلين السابقين والذين تطرقنا فيهما الى تحديد مختلف المفاهيم المتعلقة بالتمويل الصحي وكذا جودة الخدمات الصحية، ولكي تكون هذه الدراسة قريبة من الواقع لابد من إسقاطها على الأرضية محاولة منا لإبراز مدى تجانس موضوع البحث بالواقع، حيث وقع اختيارنا على إحدى المؤسسات الخدمية العمومية الجزائرية والمتمثلة في المؤسسة العمومية الاستشفائية – حكيم عقبي – ولاية قالمة.

ولقد تم تقسيم هذا الفصل الى المباحث التالية:

المبحث الأول: نظرة عامة حول المنظومة الصحية لولاية قالمة مع دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية – حكيم عقبي – قالمة.

المبحث الثاني: منهجية البحث الميداني.

المبحث الثالث: عرض وتحليل نتائج الدراسة.

المبحث الأول: نظرة عامة حول المنظومة الصحية لولاية قالمة مع دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية –حكيم عقبي– قالمة

إن مراجعة ملف القطاع الصحي في الجزائر تشكلت عنه خارطة صحية جديدة تمثلت في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية والمؤسسة العمومية الاستشفائية، والتي انبثقت عنها المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بقالمة، التي سنتناولها كحالة لدراسة الواقع الصحي بقالمة.

المطلب الأول: تقديم عام للمؤسسة العمومية الاستشفائية –حكيم عقبي–

أولا: واقع قطاع الصحة في ولاية قالمة

تتربع ولاية قالمة على مساحة قدرها: 3090.51كم^2، وبتعداد سكاني كثيف الأمر الذي جعل من تطوير وتهيئة القطاع الصحي لهذه الولاية ضرورة حتمية لاستيعاب هذا النمو السكاني وتلبية احتياجاته الصحية، ويتم تغطية هذه الكثافة السكانية من خلال عدد من المؤسسات الصحية العمومية وخاصة (مستشفيات مراكز صحية، قاعات عناية) وللنهوض بهذا القطاع سخرت موارد بشرية معتبرة (أطباء، ممرضون، صيادلة...) مؤهلة لتقديم الخدمات الصحية من طرف المواطنين، وسنتناول فيما يلي: المؤسسات الصحية في ولاية قالمة:[1]

- المؤسسات الصحية في ولاية قالمة:

تتمحور نشاطات قطاع الصحة بولاية قالمة حسب النظام الجديد بإعادة هيكلة المنظومة الصحية بتسطير خريطة صحية جديدة ترتب عنها تقسم القطاعات الصحية الى المؤسسات العمومية صحية، حيث أصبح يتربع القطاع الصحي العمومي بقالمة على:

[1]– مديرية الصحة والسكان لولاية قالمة، 2018.

- خمسة (05) مؤسسات عمومية استشفائية هي:

– المؤسسة الاستشفائية الحكيم عقبي.

– المؤسسة العمومية الاستشفائية ابن الأزهر

– المؤسسة العمومية الاستشفائية وادي الزناتي

– المؤسسة العمومية الاستشفائية بوشقوف

– المؤسسة العمومية الاستشفائية عين عربي

- وأربعة (04) مؤسسات عمومية للصحة الجوارية هي:

– مؤسسة عمومية للصحة الجوارية قالمة بالعيادة متعددة الخدمات شلاغمية عمارة (بومهرة احمد)

– مؤسسة عمومية للصحة الجوارية وادي الزناتي بالعيادة متعددة الخدمات وادي الزناتي (وادي الزناتي)

– مؤسسة عمومية للصحة الجوارية بوشقوف بعيادة متعددة الخدمات بوشقوف (بوشقوف)

– مؤسسة عمومية للصحة الجوارية تاملوكة بالعيادة متعددة الخدمات تاملوكة (تاملوكة)

يتبع هذه المؤسسات العمومية للصحة الجوارية نسيج من الوحدات الصحية القاعدية موزعة على كامل تراب الولاية، تغطي مجموعة سكانية معينة وذلك لتمكينهما من تأدية المهام المسندة، إليها وخدمة للمواطن.

ويتربع القطاع الخاص بولاية قالمة على عدة منشآت تتمثل في المؤسسات الاستشفائية الخاصة، مراكز تصفية الدم المخففة الجوارية، مخابر التحاليل الطبية ووحدات النقل الصحي.

ثانيا: التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي قالمة

تعتبر المؤسسة العمومية الاستشفائية حكيم عقبي (قالمة) من أهم المرافق الحيوية في الولاية والتي شهدت نشأتها عدة مراحل أولها كانت في بداية فيفري 1985 تاريخ انطلاق العمل بها وآخرها كان في جانفي 2008، وهي قطاع تباع لوزارة الصحة والسكان، يتربع على مساحة إجمالية قدرها 32095م^2، كما استحوذت على موقع جغرافي استراتيجي جعلها همزة وصل لقاطني الولاية، حيث تتوسط العديد من الدوائر والبلديات التابعة لها، وكانت تبلغ قدرة استيعابها 240 سرير بداية تشغيلها، أما الآن وبعد عدة إصلاحات وتعديلات أصبحت سعتها 288سرير (إحصائيات 2018) موزعة على المصالح والوحدات الداخلية، واهم ما يميز هذه المصالح عن غيرها هي الجانب الإنساني النبيل المتمثل في استمرارية أنشطتها على مدار اليوم والشهر والعام (24سا/24سا)، كما تتسم المؤسسة العمومية الاستشفائية حكيم عقبي بالطابع الإداري وتتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي مع بقائها عمليا تخضع للرقابة الوصائية الولائية (المادة 01 من المرسوم التنفيذي رقم:140/07، المتعلق بإنشائها وتسييرها)

حيث تتكون من هيكل التشخيص، العلاج، الاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي تتمثل في مهامها في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان، وتتولى على الخصوص المهام التالية:[1]

- ✓ ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.
- ✓ ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم وتطبيق البرامج الوطنية للصحة.

[1]– مديرية الصحة والسكان لولاية قالمة، 2018.

تستقطب المؤسسة العمومية الاستشفائية حكيم عقبي قالمة مختلف الحالات المرضية من أنحاء متفرقة من الولاية بحكم تواجد خمسة وعشرون تخصصا تقريبا في المجال الطبي إلا أن المؤسسة تعاني من مشاكل عديدة أهمها قلة مصادر التمويل أرهقت مسارها في التطلع الى خدمة ذات جودة رفيعة.

المطلب الثاني: عرض وشرح الهيكل التنظيمي لمستشفي الحكيم عقبي

بالتناسق والتضافر بين مجموعة من الوظائف لمنح أعلى مستوى من الخدمات الصحية تقدم المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي خدماتها الصحية وتتوزع مختلف المسؤوليات والمهام اعتمادا على الوظائف والأنشطة التي يحددها هيكلها التنظيمي الذي يشرف عليه السيد المدير بصفته الآمر بالصرف والمسؤول عن اتخاذ جميع الإجراءات الضرورية لضمان سير الحسن للمؤسسة.

كما يساعد المدير أربعة نواب مديرين يكلفون على التوالي بـ: مديرية الموارد البشرية، المديرية الفرعية للمصالح الصحية، المديرية الفرعية للمالية والوسائل المديرية الفرعية للصيانة والتجهيزات الصبية والتجهيزات الطبية المرفقة (القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 2019/19/20 المتضمن التنظيم الداخلي للمؤسسة العمومية الاستشفائية) حي يتكون كل واحد منها على ما يلي:

- المديرية الفرعية للموارد البشرية: تشتمل على مكتبين اثنين هما:

1–مكتب تسيير الموارد البشرية والمنازعات

2–مكتب التكوين

- المديرية الفرعية للمالية والوسائل: تشتمل على ثلاثة مكاتب وهم:

1–مكتب الميزانية والمحاسبة

2–مكتب الصفقات العمومية

3–مكتب الوسائل العامة والهياكل

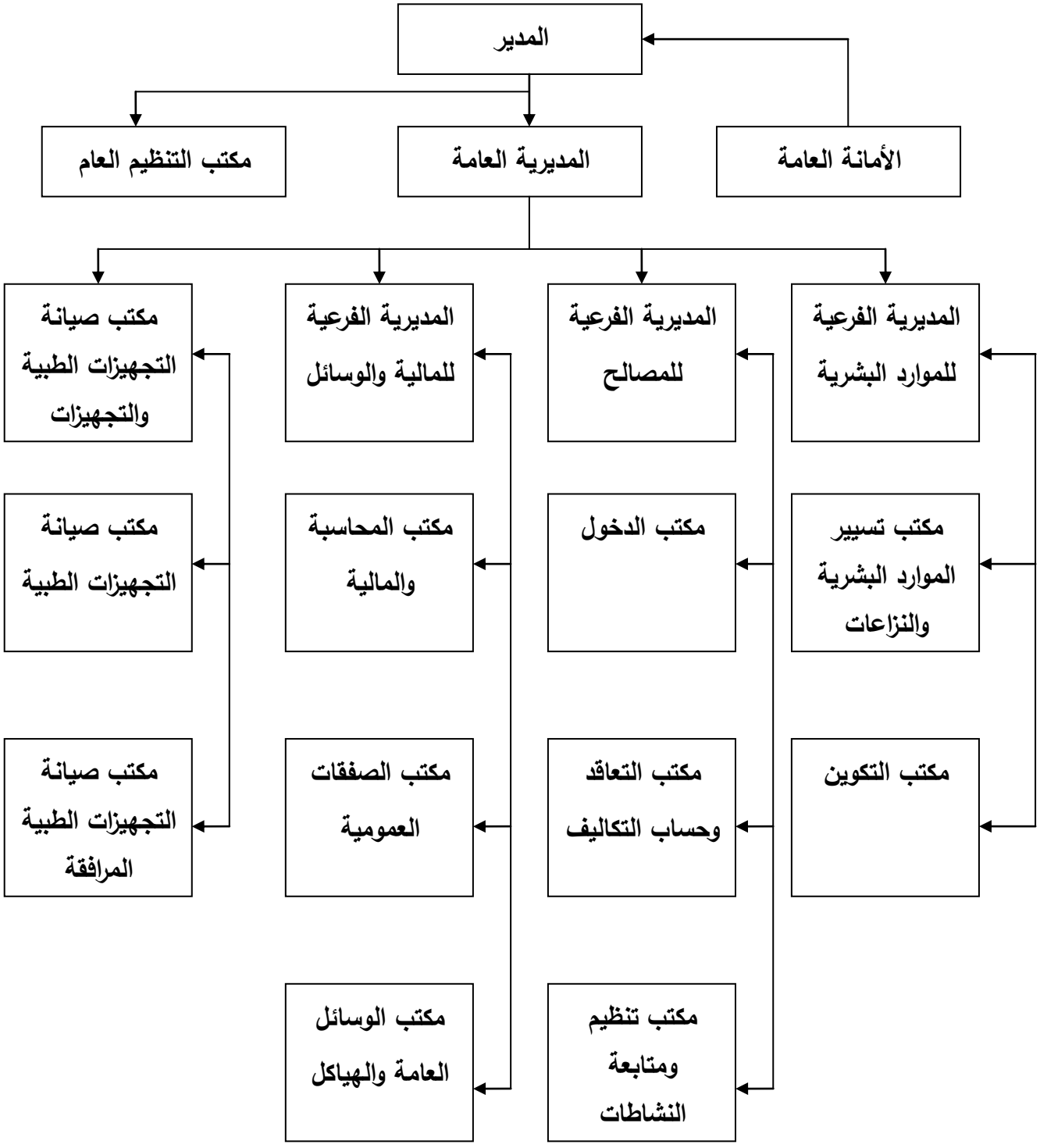
- المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات الطبيعة المرافقة: تشتمل على مكتبين اثنين هما:

1–مكتب صيانة التجهيزات الطبية

2–مكتب التجهيزات الطبية المرافقة

والشكل الموالي يمثل الهيكل التنظيمي للمؤسسة محل الدراسة

الشكل رقم (01):الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية مستشفى الحكيم عقبي – قالمة –



المصدر: مديرية الموارد البشرية بالمؤسسة الاستشفائية حكيم عقبي – قالمة –

المطلب الثالث: تسيير ميزانية المستشفى من ناحية تنفيذ الإيرادات والنفقات

حتى تتمكن إدارة المستشفى الحكيم عقبي من أداء مهامها وتقديم الخدمات الصحية سواء كانت طبية أو علاجية بكفاءة وفاعلية لطالبيها، يتم توفير العنصر البشري وتخصيص موارد مالية تتحصل عليها المؤسسة لإنفاقها على مصاريف التسيير والتجهيز، وفي هذا الخصوص تعتمد المؤسسة في تمويلها على ميزانية التسيير التي ينفق 80% منها كأجور للمستخدمين وتغطية مصاريف الأدوية وميزانية الاستثمار تنفق على الصيانة وتجديد الهياكل القاعدية وبعض العتاد الطبي، تختلف إيرادات المستشفى حسب عدة مصادر تمويل، وتكون موزعة بشكل متفاوت ومختلف من مصدر الى آخر، وقد قدرت ميزانية المستشفى لسنة 2018 بـ:1297537000.00دج، ويتم انفقا هذا المبلغ على قسمين، الأول خاص بنفقات المستخدمين، والثاني خاص بنفقات التسيير، حيث قدر حجم الإنفاق العام للمستشفى لسنة 2018بـ:1297537000.00دج أي ما يساوي حجم الإيرادات المتحصل عليها، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (01): توزيع الإيرادات العامة لسنة المالية 2018

الـــــــرقم الترتيبي	الإيرادات	المبالغ
01	مساهمة	995537000.00
02	مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي	300000000.00
03	مساهمة المؤسسات والهيئات العمومية	0.00
04	إيرادات متحصل عليها من نشاط المؤسسة	2000000.00
05	إيرادات أخرى	0.00
06	أرصدة السنوات المالية	0.00
المجموع		1297537000.00

المصدر: الميزانية العامة للمؤسسة العمومية الاستشفائية حكيم عقبي سنة 2018

نفقات المستشفى بالجودة الى الميزانية المالية لعام 2018 نستطيع تمييز مختلف النفقات والتي نلخصها في الجدول التالي:

الجدول رقم (02): توزيع النفقات لسنة المالية 2018

الرقم الترتيبي	النفقات	
	صنف النفقات	المبالغ
01	نفقات المستخدمين	1010905000.00
02	نفقات التسيير	286632000.00
المجموع		1297537000.00

المصدر: الميزانية العامة للمؤسسة العمومية الاستشفائية حكيم عقبي لسنة 2018

المبحث الثاني: منهجية البحث الميداني

تعرض في هذا المبحث منهجية البحث الميداني المنجز في مستشفى الحكيم عقبي بولاية قالمة بتحديد عينة الدراسة والأدوات المستخدمة.

المطلب الأول: المجتمع الإحصائي وعينة الدراسة

استهدفت الدراسة عينة من مستشفى الحكيم عقبي بولاية قالمة، حيث تم التوزيع 30 استمارة على المستشفى وشملت عينة من أعوان إدارة، رؤساء مصلحة رؤساء الأطباء، ممرضين، حتى تكون الدراسة أكثر موضوعية.

المطلب الثاني: أدوات الدراسة وتصميم الاستمارة

- **أولا: أدوات جمع البيانات**

لقد تم الاعتماد على مجموعة من الأدوات بغرض الحصول على المعلومات التي تخدم هذا البحث وذلك من خلال:

المقابلة: اعتمدنا على هذه الطريقة في لقائنا مع مسؤولين والعاملين بالمستشفى الذين زودونا ببعض البيانات والمعلومات اللازمة التي تخص موضوع البحث.

الملاحظة: هي أداة يستعين بها الباحث في دراسته، وهي من أهم الوسائل التي يستخدمها في جمع الحقائق والمعلومات والتعرف على مجال الدراسة.

الاستمارة: وجدنا أن الأداة الأكثر ملائمة وفعالية لتحقيق أهداف الدراسة هي "الاستبيان" وقد قسمنا الاستبيان الى المعلومات الشخصية والى ثلاث محاور رئيسية، المحور الأول يتعلق بامتلاك المؤسسة الإستراتيجية لتحسين جودة الخدمات الصحية والمحور الثاني حول ضعف الإمكانيات المادية والمالية والبشرية اثر على تحسين الخدمات الصحية والمحور الثالث يتعلق بامتلاك مؤسسة لدراسة مصادر تمويل إضافية لتحسين الخدمات الصحية.

- **ثانيا: اختيار مقياس الاستبيان**

لقد تم اختيار مقياس ليكارت الخماسي وذلك لأنه من أكثر المقاييس استخداما وذلك لسهولة فهمه، حيث يعبر الأفراد المستجوبون عن مدى موافقتهم على كل عبارة من العبارات وقد ترجمت الإجابة على النحو التالي:

الجدول رقم (03): يوضح سلم ليكارت الخماسي

موافق تماما	موافق	الى حد ما	غير موافق	غير موافق تماما
عالي جدا	عالي	متوسط	ضعيف	ضعيف جدا

المصدر: من إعداد الطالبتين

ثالثا: مجالات الدراسة

تم تحديد مجالات الدراسة كما يلي:

✓ المجال البشري: اقتصرت هذه الدراسة على العاملين بالمؤسسة استشفائية (أعوان إدارة، رؤساء المصلحة، رؤساء الأطباء، ممرضين)

✓ المجال المكاني: تم تطبيق الدراسة على المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بولاية قالمة

✓ المجال الزمني: تم تطبيق الدراسة في السداسي الثاني من العام الدراسي: 2019/03/10 الى 2019/05/31.

المطلب الثالث: أدوات التحليل الإحصائي

بعد توزيع الاستمارات وجمعها وفرزها وتحديد الاستمارات الصحيحة التي سيتم الاعتماد على الإجابات الواردة فيها في التحليل واستبعاد الاستمارات الخاطئة تم الاعتماد على برنامج الحزمة للعلوم الاجتماعية (SPSS) وهو برنامج يحتوي على مجموعة من الاختبارات الإحصائية التي تندرج ضمن الإحصاء الوصفي مثل: التكرارات، المتوسطات،

الانحرافات المعيارية...الخ، وضمن الإحصاء الاستدلالي مثل معاملات الارتباط، التباين الأحادي...الخ.

وفيما يلي مجموعة الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

1-**المدى:** تم اعتماد مقياس ليكارت الخماسي الذي يقوم على 05 درجات هي: عالي جدا، عالي، متوسط، ضعيف، ضعيف جدا، وذلك للدلالة على موافقة أو اعتراض المبحوثين على الظاهرة ويتم تحديد الإجابات عن طريق حساب طل خلايا المقياس وذلك لحساب المدى العام للعلاقة التالية:

$$E=Xmax-Xmin=5-4=4$$

ولإيجاد طول الخلايا الصحيح نقسم النتيجة السابقة على عدد درجات مقياس التقييم المعتمد (ليكارت الخماسي)، بمعنى (4÷5=0.8)، ويمكن توضيح طول الخلايا من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (04): يوضح المدى

الخلية	المجال
غير موافق تماما	**[1.00,1.80[**
غير موافق	**[1.80,2.60[**
الى حد ما	**[2.60,3.40[**
موافق	**[3.40,4.20[**
موافق تماما	**[4.20,5.00[**

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على سلم ليكارت

2-**النسب المئوية والتكرارات:** وفي وصف بيانات العينة، حيث تقوم بحساب النسب المئوية كما يلي:

3- **المتوسط الحسابي:** ويحسب كما يلي:

$$X=\sum Fi.Xi/\sum Fi$$

X: الوسط الحسابي المرجح

Xi: وزن كل عبارة

Fi: التكرارات المقابلة لكل عبارة

xΣ: مجموع التكرارات للعبارات

4–**الانحراف المعياري:** يستخدم لمعرفة مدى انحراف أفراد العينة لكل عبارة من عبارات متغيرات الدراسة، ويحسب كما يلي:2(∑x)^2

$$\sigma = \frac{\sum x^2 - (\sum x)^2/n}{n-1}$$

حيث:

Ni: عدد خيارات أفراد عينة الدراسة للخيار الواحد

Xi: وزن الخيار في أداة الدراسة وهو يتراوح بين 1 و5

X: المتوسط الحسابي لإجابات أفراد العينة لعبارات الاستبيان

N: مجموع أفراد العينة والذي يقدر ب:30 فرد.

5–**ثبات الاستبيان**

قبل القيام بالاختبارات الإحصائية المناسبة في تحليل فرضيات الدراسة، لابد من التأكد من موثوقية أداة القياس المستخدمة، حيث تعكس الموثوقية درجة ثبات أداة القياس.

ثم التأكد من ثبات الاستبيان واتساق محتواها خلال صدق المحتوى الذي يهتم بمستوى ثقة أداة القياس، حيث دل اختيار ثبات أداة الدراسة والمتعلق بنتائج مقياس ألفاكرونباخ للاستباق الداخلي المطبق باستخدام (SPSS) على نتائج اختبار جيدة ودالة على ثبات الاستبيان والحصول على نفس النتائج في حال إعادة الدراسة على نفس العينة وتحت نفس الظروف والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (05): يوضح معامل ألفاكرونباخ

الرقم	المتغيرات	عدد الأسئلة	معامل الثبات	نسبة الثبات
01	مدى امتلاك المؤسسة إستراتيجية لتحسين جودة الخدمات الصحية	25	0.913	%91.3
02	تأثير ضعف الإمكانيات المادية والمالية والبشرية على تحسين الخدمات الصحية	23	0.915	%91.5
03	مدى امتلاك مؤسسة دراسة مصادر تمويل إضافية لتحسين الخدمات الصحية	17	0.760	%76.0
المجموع		65	0.935	%93.5

المصدر:من إعداد الطالبتين بالاعتماد على نتائج الاستبيان باستخدام مخرجات برنامج SPSS.20

من خلال الجدول أعلاه نرى أن نتائج الاختبار جيدة دالة على ثبات الاستمارة وقوة اتساق عباراتها، حيث تراوحت قيمة ألفاكرونباخ في المحور الأول 0.913 بينما في المحور الثاني 0.915 في حين قدرت في المحور الثالث 0.760.

وعليه فإن مجموع قيم ألفاكرونباخ لكل العبارات قدرت بـ:0.935 وهو يشير الى نسبة تطابق، تفوق 90% وهي قيمة تعبر عن ثبات واتساق داخلي عالي لعبارات الاستمارة.

6-اختبار التوزيع الطبيعي

يعتمد اختبار التوزيع الطبيعي الى اختبار كولومجروف سيمرنوف (ks) kolmogorove-simirnov لمعرفة هل البيانات تتبع التوزيع الطبيعي أم لا، فهو اختبار ضروري في حالة اختبار الفرضيات حيث تشترط معظم الاختبارات أن يكون التوزيع طبيعيا.

وعليه إذا كان مستوى المعنوية sig>0.05

نقبل H_0: المحور يتبع التوزيع الطبيعي

نرفض H_1: المحور لا يتبع التوزيع الطبيعي

ولهذا الغرض نلخص نتائج الاختبار (KS) في الجدول التالي:

الجدول رقم (06): يوضح نتائج اختبار التوزيع الطبيعي

محاور الدراسة	قيمة Z	مستوى المعنوية SIG
المحور الأول: A	**0.440**	**0.05**
المحور الثاني: B	**0.162**	**0.05**
المحور الثالث: C	**0.264**	**0.05**

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على نتائج الاستبيان باستخدام مخرجات برنامج SPSS.20

يتبين من خلال الجدول أعلاه ان توزيع جميع الاجابات كان توزيعا طبيعيا، حيث ان نسبة الاحتمالية لكل محاور الدراسة كانت اكبر من 0.05 وهي موافقة لقاعدة الاختبار المعتمد في الدراسة.

المبحث الثالث: عرض وتحليل نتائج الدراسة

بعد الانتهاء من عملية إعداد الاستبيان وتوزيعه استلام إجابات من أفراد العينة محل الدراسة، ستقوم في هذا المطلب باختبار فرضيات الدراسة، عن طريق التحليل الإحصائي الوصفي للبيانات المستخلصة من هذه الإجابات.

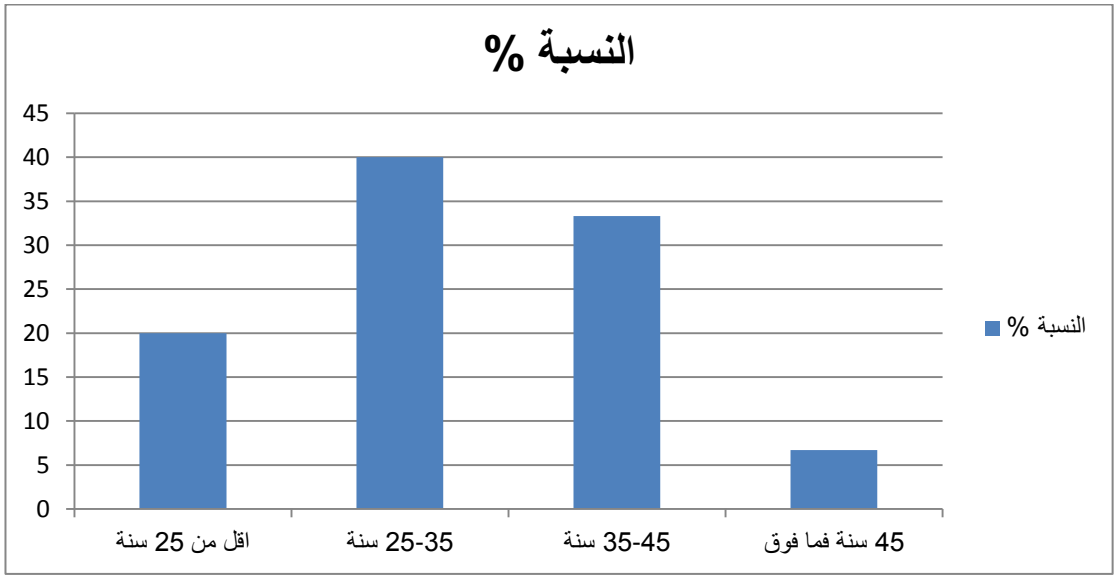
المطلب الأول: عرض البيانات الشخصية

1–توزيع أفراد العينة حسب السن

الجدول رقم (07): يوضح عينة الدراسة حسب السن

البيان	التكرار	النسبة
اقل من 25 سنة	6	20.0
25–35 سنة	12	40.0
35–45 سنة	10	33.3
45 سنة فما فوق	2	6.7
المجموع	30	100

الشكل رقم (02): يوضح عينة الدراسة حسب السن



المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على نتائج الاستبيان باستخدام برنامج Excel

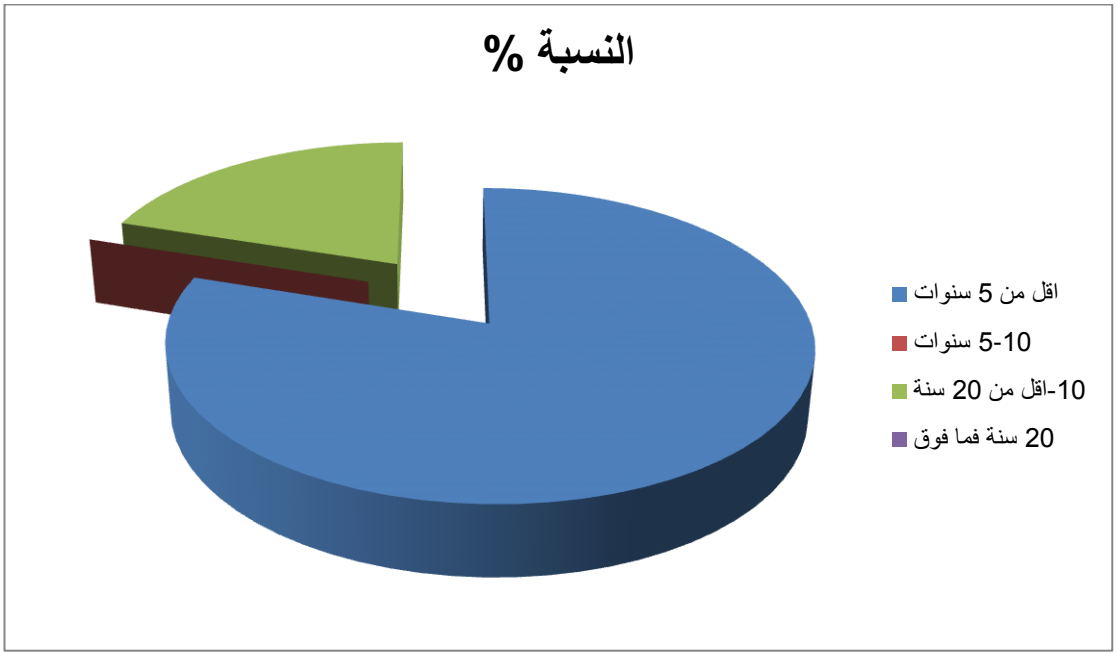
يوضح الجدول رقم (07) توزيع التكرارات والنسب المئوية حسب متغير السن وأفراد العينة، نلاحظ أن الفئة العمرية الأكثر تكرار هي فئة من 25–35سنة بنسبة 40% تليها الفئة العمرية من 35–45 سنة بنسبة 33.3% وفئة اقل من 25 سنة بنسبة 20% وفئة من 45 سنة فما فوق بنسبة 6.7%

2–توزيع أفراد العينة حسب الاقدمية (الخبرة)

الجدول رقم (08): يوضح توزيع العينة حسب الاقدمية

البيان	التكرار	النسبة
اقل من 5 سنوات	12	40.0
5–10 سنوات	13	43.3
10–اقل من 20 سنة	3	10.0
20 سنة فما فوق	2	6.7
المجموع	30	100.0

الشكل رقم (03): يوضح توزيع أفراد العينة حسب الاقدمية



المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على نتائج الاستبيان باستخدام برنامج Excel

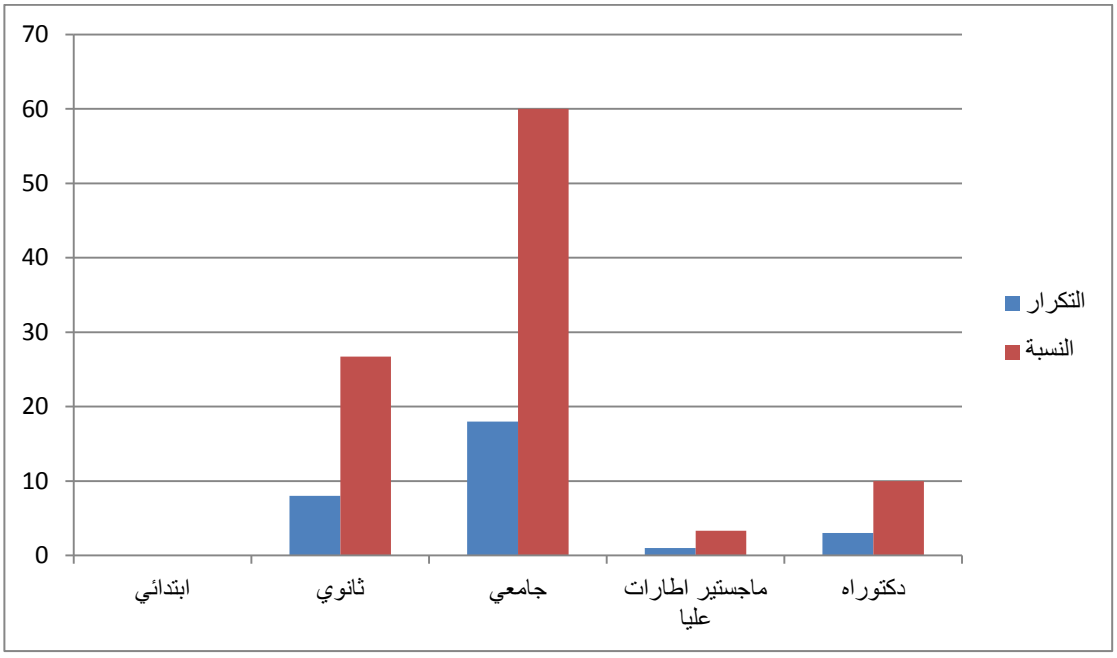
نلاحظ من خلال الجدول رقم (08) أن فئة من 5–10 سنوات تمثل أعلى نسبة حيث بلغت 43.3% تليها فئة اقل من 5سنوات بنسبة 40% وفئة من 10–أقل من 20 سنة بنسبة 3% وفئة من 20 سنة فما فوق تقدر نسبة 2%.

3– توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

الجدول رقم (09): يوضح توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

البيان	التكرار	النسبة
ابتدائي	0	0
ثانوي	8	26.7
جامعي	18	60
ماجستير إطارات عليا متخصصة	1	3.3
دكتوراه	3	10
المجموع	30	100

الشكل رقم (04): يوضح توزيع افراد العينة حسب المستوى التعليمي



المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على نتائج استبيان باستخدام برنامج Excel

نلاحظ من خلال الجدول رقم (09) أن أغلبية أفراد العينة مستوى جامعي حيث بلغ عددهم 18 فرد بنسبة 60%، وتليها مستوى ثانوي بقدر بالنسبة 26.7% مستوى دكتوراه بقدر بنسبة 10% وتليها ماجستير إطارات عليا متخصصة بالنسبة 3.3%،

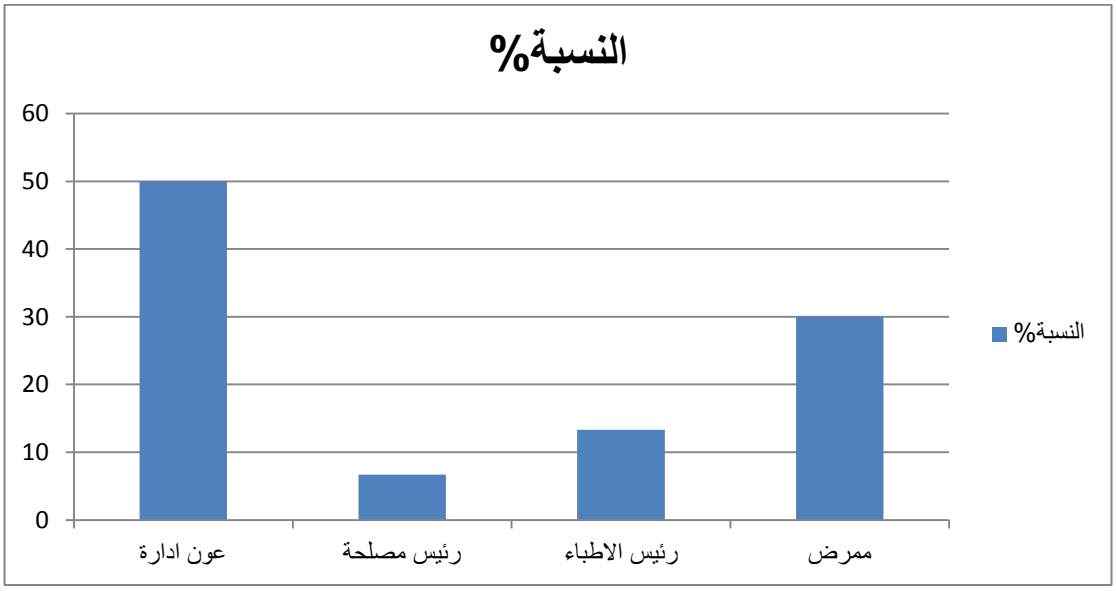
أما المستوى الابتدائي فكانت نسبته معدومة.

4–توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة

الجدول رقم (10): يوضح عينة الدراسة حسب الوظيفة

البيان	التكرار	النسبة
عون إدارة	15	50.0
رئيس مصلحة	02	6.7
رئيس الأطباء	04	13.3
ممرض	09	30.0
المجموع	30	100

الشكل رقم (05): يوضح توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة



المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على نتائج الاستبيان باستخدام برنامج Excel

من خلال النتائج الموضحة من الجدول أعلاه يتضح أن اغلب أفراد عينة الدراسة هم عون إدارة حيث بلغت النسبة 50% تليها فئة ممرضين بنسبة 30% وفئة الأطباء بنسبة 13.3% وفئة رئيس مصلحة 6.7%.

المطلب الثاني: عرض نتائج المحور الأول للاستمارة:

المحور الأول: مدى امتلاك المؤسسة الإستراتيجية لتحسين جودة الخدمات الصحية

الجدول رقم (11): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات المحور الأول

رقم المحور	تسلسل العبارات	السؤال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	اتجاه الإجابة
	2	تعمل القيادة على بناء تطورات جديدة حول تحسين الخدمات الصحية	3.6667	1.09334	A3	موافق
	3	تراقب المؤسسة باستمرار الخدمات الصحية	3.5333	1.27937	A5	موافق
	4	تستفيد المؤسسة من تجارب المؤسسة الأخرى في تحسين الخدمات الصحية	2.8333	1.11675	A15	محايد
	5	تتوفر المؤسسة على قسم في هيكلها التنظيمي مهمته الاهتمام بجودة الخدمات الصحية	2.6333	1.35146	A18	غير موافق
	6	تحتوي المؤسسة على كافة الخدمات الصحية	2.5333	1.22428	A19	غير موافق
	7	تقوم إدارة المؤسسة بإجراء دراسات حول رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة	2.2000	1.06350	A22	غير موافق

	8	تتواصل إدارة المؤسسة مع المرضى المغادرين للمستشفى وتحاول معرفة انطباعاتهم	1.8333	0.91287	A25	غير موافق
	9	هناك توجه من الإدارة نحو معايير جودة الخدمات الصحية المقدمة	2.9000	1.18467	A12	محايد
	10	تقدم إدارة المستشفى حوافز مادية ومعنوية لقاء الخدمات المقدمة	2.3333	1.47001	A21	غير موافق
	11	تحاول المؤسسة تسويق خدماتها أفضل من المؤسسات الأخرى	2.8667	1.35782	A13	محايد
	12	تتطابق احتياجات المرضى مع إمكانيات المؤسسة	2.0667	1.14269	A23	غير موافق
	13	تحاول إدارة المستشفى الوقوف على معرفة احتياجات المرضى باستمرار	2.5000	1.04221	A20	غير موافق
	14	تقوم المؤسسة بتجديد تجهيزاتها باستمرار لضمان تقديم أحسن الخدمات	2.7667	1.22287	A17	محايد
	15	يهتم الموظفون بمظاهر لائقة وجذابة تعطي انطباعات لدى المستفيدين من الخدمات الصحية	3.0333	1.35146	A10	محايد
	16	تقوم المؤسسة بوضع برامج تدريبية حول تقنية تحسين الخدمات الصحية	3.2667	1.28475	A7	محايد
	17	تستفيد المؤسسة من تجارب العمال السابقة في تحسين الخدمات الصحية	3.3000	1.20773	A6	محايد
	18	تعتقد المؤسسة أن تحسين الخدمات يعطي لها صورة جيدة لدى محيطها الخارجي	3.7667	1.25075	A2	موافق
	19	تنظر المؤسسة في الشكاوي المقدمة من طرف المرضى	3.0333	0.99943	A11	محايد
	20	تعمل المؤسسة على استقطاب أفضل الأطباء	2.8667	1.10589	A14	محايد

	21	الخدمات المقدمة في المؤسسة مرنة، سريعة، تحقق استجابة كبيرة اتجاه المرضى (الاستجابة)	2.0000	1.05045	A24	غير موافق
	22	تواجه المؤسسة عراقيل في انجاز الخدمات الصحية (الاعتمادية)	3.6000	1.42877	A4	موافق
	23	تحاول إدارة المؤسسة الصحية قياس صورة المؤسسة والخدمات (الثقة)	3.2667	1.01483	A8	محايد
	24	تحاول إدارة المؤسسة الصحية الإمكانيات المادية والبشرية لتقديم خدمات صحية جيدة (الملموسة)	3.2000	1.21485	A9	محايد
	25		2.8333	1.28877	A16	محايد
الإجمالي			2.90	0.67		محايد

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على نتائج الاستبيان باستخدام مخرجات SPSS20

من خلال الجدول السابق والذي يبين نتائج المحور الأول الذي يتمحور حول مدى امتلاك المؤسسة إستراتيجية لتحسين جودة الخدمات الصحية، فقد تبين أن المتوسط الحسابي لفقرات هذا المحول تتراوح ما بين 1.83 و3.76، كما نلاحظ من خلال الجدول ما يلي:

احتلت العبارة رقم 01 والمتعلقة بامتلاك المؤسسة نظام معلومات مرنة حول الخدمات المقدمة للمرضى المرتبة الأولى حيث حصلت على اكبر تأييد فبلغ المتوسط الحسابي 3.76 والانحراف المعياري 0.93 تليها العبارة 3.76 وباعتقاد المؤسسة أن تحسين الخدمات يعطي لها صورة جيدة لدى محيطها الخارجي بمتوسط حسابي 3.76 والانحراف معياري 1.25، أما عن السؤال المتعلق تحمل القيادة على بناء تصورات جديدة حول تحسين الخدمات الصحية فقد جاء في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي 3.66 وانحراف معياري 1.09، أما المتوسط الحسابي الكلي للمحور فقد بلغ 2.90 والانحراف المعياري 0.67 وهو ما يعني انه

ينتمي الى الفئة [2.60–3.40] وهي الفئة التي تشير الى خيار الى حد ما وهي درجة متوسط

وعليه يمكن القول أن المؤسسة تمتلك استراتيجية الى حد ما، إلا أن الملاحظ من خلال نتائج الجدول أنها لا تساهم في التحسين من جودة الخدمات المقدمة بشكل مباشر، وهذا قد يرجع أما الى أن استراتيجيتها لم ترقى الى المستوى المطلوب ا وان هذا يتأثر بعوامل خارجية لا يمكن التحكم فيها.

المطلب الثالث: عرض نتائج الحور الثاني للاستمارة

المحور الثاني: ضعف الإمكانيات المادية والمالية والبشرية أثر على تحسين الخدمات الصحية

الجدول رقم (12): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات المحور الثاني

رقم المحور	تسلسل العبارات	السؤال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	اتجاه الإجابة
المحور الثاني: ضعف الإمكانيات المادية والمالية والبشرية أثر على تحسين الخدمات الصحة	1	تشهد المؤسسة زيادة الأجيال على طلب الخدمات الصحية	3.9667	1.29943	B3	موافق
	2	الأسعار المقدمة للاستفادة من خدمات صحية منخفضة	4.0000	1.11417	B2	موافق
	3	تكاليف الخدمات الصحية اقل من الأسعار الحقيقية	3.5667	1.38174	B8	موافق
	4	الإنفاق الصحي الحالي يشكل عقبة أما تحسين الخدمات الصحية	3.8667	1.10589	B5	موافق
	5	تعاني مؤسسة من قلة التخطيط الإشراف للطلب المتزايد على الخدمات الصحية	3.6333	1.24522	B7	موافق
	6	قدم التجهيزات ونقصها يؤثر على تحسين الخدمات الصحية	3.9333	1.0483	B4	موافق
	7	نقص الكفاءات له دور سلبي في تلبية الطلب المتزايد على الخدمات	3.7667	1.16511	B6	موافق
	8	نقص الحوافز للعاملين في القطاع الصحي أثر على	4.2667	0.86834	B1	موافق تماما

		جودة الخدمات الصحية				
	9	تعاني من قصور الطاقات البشرية	3.1000	0.99481	B11	محايد
	10	توفر المؤسسة الأدوية اللازمة	3.0000	0.98261	B14	محايد
	11	تمتلك الأجهزة الطبية عصرية	2.8667	1.27937	B19	محايد
	12	يخضع عمال المؤسسة لدورات تكوينية	2.8000	0.99655	B20	محايد
	13	تملك المؤسسة مباني تأثيث	2.6667	1.06134	B23	محايد
	14	تعاني المؤسسة من عمالة مؤهلة	3.2333	0.72793	B9	محايد
	15	تملك المؤسسة وسائل النقل	2.7333	0.90719	B22	محايد
	16	مستلزمات العلاج الطبي (أدوية)	2.9667	1.15917	B16	محايد
	17	أجهزة أدوات طبية حديثة	2.7667	1.33089	B21	محايد
	18	يوجد مشاكل في التخطيط	2.9667	1.24522	B17	محايد
	19	يوجد مشاكل في التمويل	3.1000	1.32222	B12	محايد
	20	مشاكل القوى العاملة	3.0333	0.92786	B13	محايد
	21	مشاكل تنظيمية ضمنية	3.0000	0.94686	B15	محايد
	22	مشاكل الرقابة	2.9000	1.09387	B18	محايد
	23	مشاكل تكاليف الخدمات	3.2333	1.19434	B10	محايد
الإجمالي			3.27	0.65		محايد

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على نتائج الاستبيان باستخدام مخرجات SPSS20

من خلال عرض النتائج المبينة في الجدول السابق فقد تبين أن المتوسط الحسابي لفقرات المحور الثاني والذي كان بعنوان ضعف الإمكانيات المادية والمالية والبشرية أثر على تحسين الخدمات الصحية، تتراوح ما بين 2.66 و4.26، كما نلاحظ من خلال الجدول ما يلي:

احتلت العبارة 08 نقص الحوافز للعاملين في القطاع الصحي اثر على جودة الخدمات الصحية المرتبة الأولى حيث حصلت العبارة على اكبر تأييد فبلغ المتوسط الحسابي 4.26 والانحراف المعياري 0.86 تليها العبارة 02 والمتعلقة بالأسعار المقدمة للاستفادة من خدمات صحية منخفضة بمتوسط حسابي 4.00 والانحراف المعياري 1.11، أما عن السؤال رقم (01) والذي كان كالتالي تشهد المؤسسة زيادة الأجيال على طلب الخدمات الصحية فقد جاء في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي 3.96 وانحراف معياري 1.29، أما المتوسط الحسابي الكلي للمحور فقد بلغ 3.27 والانحراف المعياري 0.65 وهو ما يعني انه ينتمي الى الفئة [2.60–3.40] وهي الفئة التي تشير الى خيار الى حد ما، وهي درجة متوسط.

المطلب الرابع: عرض نتائج المحور الثالث للاستمارة

المحور الثالث: مدى امتلاك مؤسسة الدراسة مصادر تمويل إضافية لتحسين الخدمات الصحية .

الجدول رقم (13): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات المحور الثالث

رقم المحور	تسلسل العبارات	السؤال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	اتجاه الإجابة
المحور الثالث: مدى امتلاك مؤسسة الدراسة مصادر تمويل إضافية لتحسين الخدمات الصحية	1	حجم التمويل الحكومي كافي لتغطية كل الخدمات الصحية	2.1000	1.32222	C13	غير موافق
	2	تواجه إدارة المؤسسة قيود مالية في ترجمة رغبات واحتياجات المرضى	3.6000	1.22051	C4	موافق
	3	إصلاح المنظومة الصحية لابد أن يتجه بحق زيادة مصادر التمويل	4.3000	0.59596	C1	موافق تماما
	4	التمويل الحالي لا يساعد على ضمان خدمات صحية جيدة	4.1000	0.80301	C2	موافق
	5	تحاول المؤسسة إجراء تمويل إضافي يرفع سعر الخدمات الصحية	3.2000	0.92476	C6	محايد
	6	تحاول المؤسسة ضبط التكاليف الصحية انطلاقا من الخدمات المقدمة	3.2667	1.01483	C5	محايد
	7	تسعير الخدمات الصحية بشكلها الحقيقي عامل مساعد على تقديم أفضل الخدمات الصحية	3.8667	0.97320	C3	موافق
	8	تقييم ميزانية وزارة الصحية كمصدر للتمويل الصحي	3.0667	1.17248	C7	محايد

	9	مساهمة الضمان الاجتماعي في تمويل المؤسسات الصحية	2.3333	0.84418	C11	غير موافق
	10	مساهمة التأمينات الخاصة في تمويل المؤسسات الصحية	2.0667	1.08066	C14	غير موافق
	11	رفع أسعار المكوث بالمستشفى كمصدر لتمويل المؤسسات الصحية	1.9667	0.92786	C15	غير موافق
	12	تمويل الخدمات الصحية مستقبلا لا يكون بمساهمة الضمان الاجتماعي	2.3333	0.92227	C12	غير موافق
	13	تمويل الخدمات الصحية مستقبلا لا يكون حيال تأمين خاص وفق نموذج الأمريكي	1.7000	0.98786	C17	غير موافق
	14	تمويل الخدمات الصحية لا يكون حيال تمويل الضريبي على طريقة نموذج بريطاني	1.7667	0.97143	C16	غير موافق
	15	زيادة ميزانية القطاع الصحي والمستقبل	3.0667	1.33735	C8	محايد
	16	تقوم المؤسسة مستقبلا بضبط التكاليف، تقليل نفقات المستخدمين	2.7333	1.01483	C10	محايد
	17	تقوم المؤسسة مستقبلا بالوقاية، نشر الوعي الصحي	2.8000	1.64841	C9	محايد
الإجمالي			2.83	0.48		محايد

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على نتائج الاستبيان باستخدام مخرجات SPSS20

من خلال عرض النتائج المبينة في الجدول الممثلة للمحور الثالث المتعلق بامتلاك مؤسسة الدراسة مصادر تمويل إضافية لتحسين الخدمات الصحية فقد تبين أن المتوسط

الحسابي لفقرات هذا المحور تتراوح ما بين 1.70 و4.30 كما نلاحظ من خلال الجدول ما يلي:

احتلت العبارة رقم 03 والمتعلقة بإصلاح المنظومة الصحية لابد أن يتجه بحق زيادة مصادر التمويل المرتبة الأولى حيث حصلت هذه العبارة على أكبر تأييد فبلغ المتوسط الحسابي 4.30 والانحراف المعياري 0.59 تليها العبارة رقم 04 والمتعلقة بالتمويل الحالي لا يساعد على ضمان خدمات صحية جيدة بمتوسط حسابي 4.10 والانحراف المعياري 0.8، أما عن السؤال رقم 07 والذي كان حول تسعير الخدمات الصحية بشكلها الحقيقي عامل مساعد على تقديم أفضل الخدمات الصحية فقد عامل مساعد تقديم أفضل الخدمات الصحية فقد جاء في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي 3.86 وانحراف معياري 0.97، أما المتوسط الحسابي الكلي للمحور فقد بلغ 2.83 والانحراف المعياري 0.48، وهو ما يعني انه ينتمي الى الفئة [2.60–3.40] وهي الفئة التي تشير الى خيار الى حد ما وهي درجة متوسط.

مما سبق يمكن القول بأن المؤسسة لا تمتلك مصادر تمويل إضافية لتحسين الخدمات الصحية، حيث أن تمويل المؤسسة يكون بمساهمة الدولة بالدرجة الأولى، ثم التمويل بمساهمة الضمان الاجتماعي يكون في شكل إيرادات ضعيفة، ومساهمة الأفراد يكون بمبالغ رمزية فقط.

المطلب الخامس: اختبار صحة الفرضيات

أولا: اختبار صحية الفرضية الأولى

- فرضية العدم H_0: لا تمتلك المؤسسة إستراتيجية لتحسين جودة الخدمات الصحية.
- فرضية البديلة H_1: تمتلك المؤسسة إستراتيجية لتحسين جودة الخدمات الصحية

الجدول رقم (14): اختبار الفرضية الأولى

المتغير	قيمة t المحسوبة	قيمة t الجدولية	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى المعنوية sig	درجة الحرية ddl
A	-0.776	1.699	2.9040	0.67790	0.444	29

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على نتائج الاستبيان باستخدام مخرجات برنامج SPSS20

من خلال الجدول أعلاه بلغت قيمة الوسط الحسابي لأسئلة المحور الأول مجتمعة 2.29 وهي اقل من وسط أداة القياس البالغة (03)، كما يظهر الجدول رقم (14) أن قيمة (sig=0.444) وهي اكبر من المعتمدة 0.05، فضلا عن قيمة t المحسوبة المقدرة ب:0,77- اقل من قيمة t الجدولية المقدرة ب:1.69

ومما سبق يتم قبول الفرضية العديمة H_0، ورفض الفرضية البديلة H_1، ومنه إثبات الفرضية " المؤسسة لا تمتلك إستراتيجية لتحسين جودة الخدمات الصحية "

ثانيا: اختبار صحية الفرضية الثانية

فرضية العدم H_0: لا يؤثر ضعف الإمكانيات المادية والمالية والبشرية على تحسين الخدمات الصحية

فرضية البديلة H_1: ضعف الإمكانيات المادية والمالية والبشرية أثر على تحسين الخدمات الصحية.

جدول رقم (15): اختبار الفرضية الثانية

المتغير	قيمة t المحسوبة	قيمة t الجدولية	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى المعنوية sig	درجة الحرية ddl
B	2.302	1.699	3.2768	0.65864	0.029	29

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على نتائج الاستبيان باستخدام مخرجات برنامج SPSS

من خلال الجدول أعلاه بلغت قيمة الوسط الحسابي لأسئلة المحول الثاني مجتمعة **3**.27 وهي اكبر من وسط أداة القياس البالغة (03) ويعتبر ذلك بوجود انسجام في إجابات المستجوبين من مؤسسة الدراسية ولتأكيد ذلك يظهر الجدول رقم (15) أن قيمة (sig=0.029) وهي اقل من المعتمدة 0.05، فضلا على أن قيمة t المحسوبة المقدرة 2.30 اكبر من قيمة t المقدرة ب:1,69

مما سبق يتم رفض الفرضية العديمة H_0 وقبول الفرضية H_1 ومنه إثبات صحة الفرية الثانية التي مفادها "ضعف الإمكانيات المادية والمالية والبشرية يؤثر على تحسين الخدمات الصحية"

ثالثا: اختبار صحة الفرضية الثالثة

فرضية العدم H_0: لا تمتلك مؤسسة الدراسة مصادر تمويل إضافية لتحسين الخدمات الصحية

الفرضية البديلة H_1: تمتلك مؤسسة الدراسة مصادر تمويل إضافية لتحسين الخدمات الصحية.

الجدول رقم (16): اختبار الفرضية الثالثة

المتغير	قيمة t المحسوبة	قيمة t الجدولية	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى المعنوية sig	درجة الحرية ddl
C	−1.808	1.699	2.8392	0.48702	0.081	29

المصـدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على نتائج الاستبيان باستخدام برنامج مخرجات برنامج SPSS

من خلال الجدول أعلاه بلغت قيمة الوسط الحسابي لأسئلة المحور الثالث مجتمعة 2.83 وهي اقل من وسط أداة القياس البالغة (03)، كما يظهر الجدول رقم (16) أن قيمة (sig=0.08) وهي أكثر من المعتمدة 0.05، فضلا على أن قيمة t المحسوبة المقدرة ب:1,80− اقل من قيمة t الجدولية المقدرة بـ:1,69

ومما سبق يتم قبول الفرضية العديمة H_0 ورفض الفرضية البلدية H_1، ومنه إثبات الفرضية الثالثة " لا تمتلك مؤسسة الدراسة مصادر تمويل إضافية لتحسين الخدمات الصحية"

المطلب السادس: تفسير النتائج

أولا: تفسير نتائج الفرضية الأولى

" مدى امتلاك المؤسسة استراتيجية لتحسين جودة الخدمات الصحية"

توصلت الدراسة الميدانية التي أجريت على المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي قالمة الى ما يلي:

– تمتلك المؤسسة نظام معلومات حول الخدمات المقدمة للمرضى من خلال سجل الاقتراحات وصبر الآراء التي تجريها لكن غير مستغل بالشكل الكافي.

– لا تترجم المعلومات المرتدة هي غير كافية خاصة بالية لإرساء تقاليد جديدة حول تواصل المؤسسة مع مرضاها بعد مغادرة المستشفى

– رغم امتلاكها لنظام معلومات حول الخدمات المقدمة فهي تراقب باستمرار الخدمات المقدمة بغرض تحسينها من حين لآخر.

– اهتمامات المستشفى بالخدمات الصحية المقدمة يظهر من خلال نية القيادة (مدير المستشفى) في بناء تصورات وقيم جديدة، خاصة أن هذه المؤسسة عرفت مشاكل مالية ومشاكل في التسيير عاقب عليها الكثير من المدراء والتي ترسخت فيها قيم عمل متناقضة.

– تجارب المؤسسات الأخرى (أداء القياس المقارن) مفقودة في هاته المؤسسة وهي ضرورية لمعالجة جوانب الاختلال فيها.

– تعيب عن هذه المؤسسة توفر مختلف الخدمات الصحية، رغم قدم المستشفى وامتلاك إطارات طبية وطاقم كبير من الممرضين ومعهد للتكوين الشبه طبي يبقى كل ذلك يدفع بالكثير من المرضى نحو ولاية عنابة وولاية قسنطينة.

– تحاول إدارة المستشفى تقديم حوافز مادية ومعنوية لزيادة تحسين الخدمات إلا أنها تبقى محتشمة وهو ما يظهر ترتيب الإجابة في الاستمارة.

– لا تبذل المؤسسة مجهودات كبيرة في تلميع صورتها أمام الرأي العام من خلال تقديم أفضل الخدمات

– تقوم المؤسسة بوضع برامج تكوين سنوية لفائدة الطاقم الطبي والإداري على أمل تحسين صورة خدماتها وهو ما يدعم إستراتيجية التوجه نحو اتفاقية الجودة في هاته المؤسسة.

– يقر العمال التقنيين والإداريين بأن صورة المؤسسة تكتسب من خلال الخدمات المقدمة والتي تلقي رواجا كبيرًا في أوساط المرضى.

– تحاول المؤسسة ترجمة الشكاوي ومختلف الانشغالات الى اقتراحات.

– استقطاب الإطارات والكفاءات أمر غير مفعل بشكل كبير في هاته المؤسسة، فثقافة التغيير المنشودة والاستراتيجيات الموضوعة لابد أن يتم بالتوافق مع الكفاءات الموجودة فلا

يمكن الوصول الى الجودة بعمال غير أكفاء وهو ما حصلت عليه العبارة رقم 20 حيث لا تزال المؤسسة تهتم أكثر بالخبرات الموجودة لديها.

– إستراتيجية المؤسسة نحو تحسين خدماتها ترهنه الاعتمادات المالية الممنوحة بقوة حيث قلة الدعم المالي والبشري لا يستجيب للطموحات الموضوعة.

ثانيا: تفسير نتائج الفرضية الثانية

" ضعف الإمكانيات المادية والمالية والبشرية اثر على تحسين الخدمات الصحية".

أظهرت نتائج الفرضية الثانية في أسئلة الدراسة ما يلي:

– أن غياب الحوافز المادية والمعنوية في مؤسسة الدراسة أثر على تقديم أحسن الخدمات الصحية، فالمستشفى الوحيد على مستوى الولاية الذي يشهد توافد كبير للولاية، وفي بعض الأحيان نقص الأطباء في بعض التخصصات وغياب الترقيات في هاته المؤسسة اثر بشكل كبير على الخدمات المقدمة.

– الأسعار المقدمة للاستفادة من الخدمات الصحية تعتبر رمزية وهي اقل من الأسعار الحقيقية ولا تكفي لتحسين الخدمات، فالليلة الواحدة بالنسبة للام (مصلحة الولادة تقدر بـ: 5000دج) وبالنسبة للمرضى العادي المكوث في المستشفى يقدر بـ:3000 دج تعتبر مفارقة كبيرة بالنسبة للتغطية الصحية والتي تنعكس على الخدمات المقدمة.

– تتأثر الخدمات الصحية الجيدة بالتجهيزات المتوفرة وآخر الأجيال من معدات الكشف الطبي (السكانير)، فالمؤسسة لا تؤمن بالتجديد التكنولوجي طيلة الفترات رغم الاعتمادات المالية الموجهة للقطاع الصحي في زمن البحبوحة المالية، وحتى وان توفرت فإنها معطلة وغير مشغلة وتوجه اغلب المرضى الى القطاع الخاص.

– تجميع جميع الإجابات أن الإنفاق الصحي الحالي لا يمثل عامل مساعد على تحسين الخدمات الصحية فضعف عمليات التمويل سيظل عقبة أما تحسين الخدمات الصحية

– تشهد المؤسسة زيادة الطلب على خدماتها وحسب منظمة الصحية العالمية فأنه يجب أن تكون هنالك عدالة في الاستفادة من الخدمات الصحية وبالتالي المساواة في العلاج والاستفادة، فزيادة الطلب سيقلل من تحسين الخدمات في ظل غياب الإمكانيات.

– زيادة الطلب في هاته المؤسسة يقابله قصور في الكفاءات البشرية المتوفرة من جهة وندرة في الصيدلية التمويلية للمستشفى (الأدوية).

– تؤكد إجابات أفراد العينة أن غياب تحسين الخدمات الصحية لا يرتبط فقط بالكفاءات الطبية بل أيضا لغياب عصرنة التجهيزات التي لا يحوز عليها المستشفى.

– تظهر إجابات العينة أن تأثيث المستشفى لا يزال لا يستجيب للمعايير المتفق عليها (بطانة، أغطية جديدة...) بالإضافة الى حظيرة متجددة من سيارات الإسعاف.

– تعاني المؤسسة من سوء تخطيط إداري ومالي وبالتالي فهي أمام مشاكل تنظيمية ومشاكل رقابية، ومشاكل تكاليف الخدمات ومشاكل تمويل، وهي كلها احد أنماط التسيير السابقة المتراكمة والتي أصبحت ثقافة تعيش فيها المؤسسة، فرغم التوجهات الجديدة لمدير المستشفى الجديد بإرساء قيم جديدة في التسيير والتخطيط إلا أنها، لا تزال في البداية.

ثالثا: تفسير نتائج الفرضية الثالثة:

" مدى امتلاك مؤسسة الدراسة مصادر تمويل إضافية لتحسين الخدمات الصحية"

توصلت الدراسة الى ما يلي:

– إن حجم التمويل الحكومي الحالي غير كافي لتغطية كل الخدمات الصحية نتيجة الطلب المتزايد عليها من جهة، فضلا عن الأمراض العصرية الجديدة والتي تحتاج الى إمكانيات مالية إضافية لتغطية تلك الخدمات.

– إصلاح المنظومة الصحية يضعف في الدرجة الأولى حسب إجابات أفراد العينة فالظروف الصحية والخريطة الصحية الجديدة أصبحت غير قادرة على مواجهة الأشكال الجديدة من الأمراض وبالتالي التكفل الجيد بهم، حيث حجم التكفل وزيادة رضا المرضى

مرهون بالاصطلاحات الجديدة والتي تمس عمق مشاكل المنظومة الصحية (إصلاح التسيير وزيادة تحسين الخدمات)

– رفع الخدمات الصحية يتعارض مع مجانية العلاج والحقوق الدستورية وهي من الحقوق المكتسبة والتي يتطلب تغيير وثورة في المفاهيم والقيم المألوفة في الأوقات السابقة.

– ضبط الخدمات الصحية أصبح مطلبًا أساسيا وإدخال المحاسبة التحليلية أمرًا ضروريًا (محاسبة التسيير الثلاثي) في تسيير المستشفيات وأنماط التسيير الجديد للتحكم أكثر في مصدر التكاليف.

– مساهمة الضمان الاجتماعي تعتبر مفقودة في بناء منظومة صحية جيدة، فصندوق الضمان الاجتماعي لا يساهم بشكل كبير في تغطية التكاليف الصحية ما عدا القليل منها وهو ما يعطي صفة الاستغلالية لمختلف الاقتطاعات الخاصة بالأجراء إذا ما قورن بالأجور التي يتعاطها عمال الضمان الاجتماعي وعمال القطاع الصحي.

– تساهم التأمينات الخاصة في تغطية بعض الخدمات الصحية ولكنها تبقى ضئيلة مقارنة بأداء القطاع الخاص، فاليد العاملة المنضوية تبقى تحت القطاع الخاص وهي تشكل ميزانية أولى في الدول الغربية التي تعتمد على هذا النظام (النظام الأمريكي)

– لا تلقى تمويل الخدمات الصحية إقبال ودعما كبيرًا على طريقة النموذج الأمريكي أو البريطاني، حيث الحصول على الرعاية الصحية مقرون بمدى مساهمة الفرد وهو ما يؤثر على مصادر التمويل الإضافية لتحسين الخدمات الصحية، فتغيير المنظومة الصحية يحتاج الى جهد توعوي وثقافي لسنوات.

– حلول المؤسسة الاستشفائية في مواجهة مصادر تمويل إضافية لا تزال مرتبطة على ما تحوز عليها الدولة في حين تشير الدراسات أن ميزانية المستخدمين تفوق قيمة العلاج الممنوح للمرضى.

خلاصة الفصل

من خلال هذا الفصل أردنا أن نعرض صورة عن واقع قطاع الصحية في ولاية قالمة بشكل خاص في المؤسسة العمومية الاستشفائية – حيكم عقبي – قالمة حيث تسعى هذه المؤسسة الى إحداث تغييرات تصب في مجملها للتحسين من جودة الخدمات التي تقدمها للزبائن (المرضى)، وتبقى تعاني هذه المؤسسة من جملة من الاختلالات والمشاكل، والذي لا نرجعها الى عوامل مالية فقط، وإنما لغياب الضمير المهني ولسوء التسيير والتنظيم والرقابة بالدرجة الأولى.

الخاتمة العامة

تعد الصحة ركيزة أساسية من ركائز تحقيق التنمية بمختلف مجالاتها في المجتمعات، لذلك سعت دول العالم بما فيها الجزائر، الى العمل على التحسين المستمر للخدمات الصحية المقدمة للأفراد، كما تم إدخال مفهوم الجودة في هذا القطاع لتحقيق مستويات عالية من الصحة.

حيث أوجبت السياسة الصحية بالجزائر بعد إقرار مجانية العلاج تخصيص إمكانيات مالية ضخمة، ممولة خصوص من طرف صندوق الضمان الاجتماعي، وهذا على مدى عشريتين من الزمن، غير أن الأزمان الاقتصادية التي حلت بالبلاد والمتميزة بتراجع وتباطؤ وتيرة النمو (نتيجة تراجع في أسعار النفط) جعل من قاعدة التمويل تتكمش بصلة انخفاض مستوى التشغيل وهذا ما يترجم بنقص في إيرادات الضمان الاجتماعي وهذا ما أدى الى بروز صعوبات في تمويل القطاع الصحي بالجزائر.

لذلك فإن إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر يتطلب حجم تمويل مناسب لتدعيم وزيادة قدرة هذه المؤسسات الصحية على تقديم أحسن الخدمات، وما يجرنا القول أن الجزائر مازالت تعاني من نقائص ومشاكل في المؤسسات الصحية فنجاح سياسة الإصلاح مرهون بوجود نظام صحي عصري ومرن، وهو ما لم تصل إليه الجزائر بعد.

ومن خلال دراستنا لموضوع " دور التمويل الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية" من الجانب النظري والتطبيقي تم التوصل للنتائج التالية:

نتائج الدراسة

1-تقوم المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي قالمة بتحسين جودة خدماتها من خلال التركيز على تقييم الجانب الفني من خلال وضع إحصائيات دورية لمستوى الخدمات الصحية المقدمة، في حين أهملت جانب وجهة نظر الزبائن (المرضى) في تحسين جودة الخدمات المقدمة بالمؤسسة الاستشفائية.

2-الضغط الكبير الذي تعرفه المؤسسة الاستشفائية خاصة في قاعات الانتظار، جعلها توجه زبائنها الى مؤسسات استشفائية أخرى، والسبب يعود الى سوء التسيير والتنظيم الجيد.

3-من ابرز المشاكل التي وجدت ضمن ظروف العمل التي تعرقل عمل الطاقم الطبي وشبه طبي، هو نقص الأمن بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة.

4-كذلك من بين مشاكل ظروف العمل نقص الإمكانيات المادية من أجهزة ومعدات طبية، حيث صرح أكثر من نصف أفراد العينة أن عددها غير كافي، وهذا يثبت الفرضية الثانية.

5-سعي المؤسسة الاستشفائية الى إحداث جملة من التغييرات من شأنها تحسين صورة المؤسسة لدى محيطها الخارجي.

6-الخدمات الصحية المقدمة من قبل المؤسسة الصحية تتطلب مصادر تمويل إضافية لتوفير الأدوية، الآلات والتجهيزات الحديثة...الخ وهذا ما يسمح لها بأداء مختلف مهامها بجودة مقبولة.

7-تقوم المؤسسة بوضع برامج تدريبية حول تقنية تحسين الخدمات الصحية، لكن هناك فئة معينة وقليلة هي التي تستفيد من هذه البرامج التدريبية.

8-الأسعار المقدمة للاستفادة من الخدمات الصحية منخفضة مقارنة بتكاليف الخدمات.

9-تأثيث المستشفى لا يزال لا يستجيب للمعايير المتفق عليها بإضافة الى قدم التجهيزات ونقص الأدوية والمعدات الحديثة أثر بشكل كبير على جودة الخدمات المقدمة خاصة وان المؤسسة لا تؤمن بالتجديد التكنولوجي.

10-حجم التمويل الحكومي غير كافي لتغطية جل نفقات القطاع الصحي، حيث أصبحت مساهمة الدولة في تمويل المؤسسات الصحية لا تساعد على ضمان خدمات صحية جيدة، مما جعل هذه المؤسسات الصحية تعاني من مشاكل متعلقة بسوء التسيير وقلة مصادر التمويل، وبالتالي إصلاح المنظومة الصحية لابد أن يتم بإتباع نماذج صحية عالمية وضبط التكاليف وتقليل نفقات المستخدمين ونشر الوعي الصحي بالإضافة الى البحث عن مصادر جديدة لتمويل نشاط المؤسسات الصحية.

التوصيات والاقتراحات

على ضوء النتائج السابقة يمكن وضع التوصيات التالية:

- ✓ ضرورة تجهيز المستشفى بأحدث المعدات والتجهيزات الطبية المتطورة.
- ✓ تدعيم المستشفى بالأخصائيين وهذا لنقصهم الفادح.
- ✓ زيادة التحفيزات المادية للعمال والأمن.
- ✓ تحديد مظاهر العجز والقصور على مستوى المؤسسة والتي نعتقد أنها تتعلق بالجوانب التنظيمية والهيكلية.
- ✓ الاهتمام أكثر بالتكوين نظرًا لنقص الكفاءات في المستشفى.
- ✓ بث حملات تحسيسية إرشادية لزيادة الوعي لدى المرضى وتثقيفهم صحيا.
- ✓ ضبط التكاليف وتقليل نفقات المستخدمين.
- ✓ البحث عن مصادر تمويل إضافية.
- ✓ زيادة الاهتمام بالجودة وفن الرعاية المقدمة للمريض.
- ✓ تطوير هياكل المؤسسة الاستشفائية وتحسين طرق تسييرها.
- ✓ إقحام صندوق الضمان الاجتماعي في تمويل الخدمات الصحية.
- ✓ توسيع مجال الخدمات الصحية وفتح تخصصات جديدة تستجيب للطلب المتزايد.

قائمة المراجع

- **الكتب بالعربية**

1) احمد بوراس، تمويل المنشآت الاقتصادية، دار العلوم، عنابة، الجزائر، 2008.

2) آلاء نبيل عبد الرزاق: استخدام ثقافة المعلومات من اجل ضمان جودة الخدمة الصحية، مجلة الإدارة والاقتصاد، العراق، العدد 90، 2011.

3) ايمن شطي، مقدمة في الادارة والتحليل المالي، دار الدخل البداية، عمان، الاردن، 2007.

4) بشار اوزحان، الأساليب الكمية في إدارة الرعاية الصحية (تقنيات وتطبيقات)، ترجمة: عبد المحسن بن صالح الحبدر، مركز البحوث، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2008.

5) بشير علاق، ثقافة الخدمة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2009.

6) توفيق عبد الحليم وآخرون، الادارة المالية والتحليل المالي، طبعة الاولى، دار صفاء، عمان.

7) جميل احمد توفق، أساسيات الادارة المالية، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، 2000.

8) حسين ذنون على البياتي، المعايير المعتمدة في اقامة وادارة المستشفيات، دار وائل للنشر 2005.

9) خلف حسين علي الدليمي، جغرافية الصحة، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2009.

10) رابح خوني، المؤسسات الصغيرة والمتوسطة مشكلات تمويلها، 2008.

11) رعد عبد الله الطائي، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، الأردن 2008.

12) زعي خليل المساعد، تسوق الخدمات وتطبيقاته، ط1، دار المناهج للنشر، عمان، الأردن 2006.

13) سوسن شاكر مجيد، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2007.

14) صلاح محمود ذياب، إدارة الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان، 2010.

15) طارق الحاج، مبادئ التمويل، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الاردن 2010،

16) عبد الحليم كراجة، الادارة والتحليل المالي، دار مناء للنشر والتوزيع، عمان، الاردن، 2000.

17) عبد العزيز بن حبيب الله نياز، جودة الرعاية الصحية، الأسس النظرية والتطبيق العلمي الرياض، 2005.

18) عبد الغفار حنفي " الادارة المعاصرة"، الطبعة الأولى، الدار الجامعية للنشر، الاسكندرية مصر، 1991.

19) عبد المجيد الشاعر، الرعاية الصحية الأولية، ط1، دار اليازوري للنشر، عمان، الأردن 2000.

20) عبد المحي محمود حسين صالح، " الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي"، دار المعرفة الجامعية، الازاريطة، مصر، 2003.

21) عبد المهدي بوعانة، " إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، مفاهيم نظريات وأساسيات في الإدارة الصحية، ط1، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2004.

22) فردوسيتون، التمويل الاداري، الجزء الثاني، دار المريخ للنشر، الرياض، 2003.

23) فريد النجار: إدارة المستشفيات وشركات الأدوية، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2007.

24) فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2008،

25) فوزي مدكور، " تسويق الخدمات الصحية، ط1، أتراك للنشر والتوزيع، مصر الجديدة، مصر 1998.

26) كينجو عبدو كينجو، الادارة المالية، دار المسيرة للتوزيع والنشر والطباعة، الطبعة الاولى الاردن، 1997.

27) محمد إبراهيم عبيدات، أساسيات الادارة المالية، دار المستقبل للنشر والتوزيع، 1997.

28) محمد الفاتح، محمود بشير، تمويل ومؤسسات مالية، دار الجنان للنشر والتوزيع، عمان الاردن 2014.

29) محمد خليل الشاذلي، طب المجتمع، أكاديمية انترناشيونال للنشر والطباعة، بيروت، لبنان 1999.

30) محمد عثمان اسماعيل حميد، اسواق رأس المال وبورصة الاوراق المالية، دار النهضة العربية القاهرة، مصر، 1993.

31) مدحت محمد أبو النصر، إدارة الجودة الشاملة، ط1، القاهرة، مصر، 2008.

32) مصطفى يوسف كافي، إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات، الطبعة2018، الابتكار للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2018.

33) منير إبراهيم الهندي، الفكر الحديث في مجال مصادر التمويل، توزيع منشأة المعارف، الاسكندرية، مصر، 1998،

34) نعيم نمرود داوود، التحليل المالي بين النظرية والتطبيق، دار البداية للنشر، الاردن، 2012.

35) نور الدين خبابة، الادارة المالية، دار النهضة العربية، بيروت، 1997.

36) هيثم محمد الزغبي، الادارة والتحليل المالي، دار الفكر للطباعة والنشر، 2000.

37) يوسف حسين يوسف، التمويل في المؤسسات الاقتصادية، دار الكتب المصرية، مصر 2012.

38) يوسف عثمان ادريس، تحرير حساب رأس المال والمزايا والمخاطر، مجلة المصرفي، بنك السودان، العدد 35، مارس 2005.

- **الكتب باللغة الاجنبية**

1. D.Michel et autres, Marketing industriel : stratégie et Mise en œuvre, Economica 2eme édition, paris, 2000,
2. D.pettigrew et autres, le marketing, MCgraw-Hipp, quebec (canada), 2003
3. Abdallah seddik, management de la qualité, office des publication universitaires, alger, 2003

- **المجلات**

1- بومدين يوسف، إدارة الجودة الشاملة والأداء المتميز، مجلة الباحث، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، العدد 05، 2007،

2- محمد نور الطاهر احمد عبد القادر، قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في السودان، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، المجلة 11، العدد 04، 2015.

- **المداخلات**

1-دحمان عيسى، الصحية وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين اشكالية التسيير ورهانات التمويل، آليات تمويل القطاع الصحي في ظل محدودية الموارد، عنوان المداخلة إشكالية تطبيق النظام التعاقدي في ظل محدودية الموارد المالية للقطاع الصحي بالجزائر قالمة، 10-11 أفريل 2018.

2-ميلودي تومي، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية،مداخلة ضمن الملتقى الوطني الثاني حول تسيير المؤسسات تحت عنوان المؤسسة الاقتصادية الجزائرية والتميز، جامعة قالمة، يومي 26-27 نوفمبر 2007،

- **المذكرات والرسائل**

1- جباري فادية ، تأثير جودة الخدمة على رضا العميل، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير تخصص تسويق، تلمسان، 2011.

2- خروبي بزارة عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 03، 2010-2011.

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

4- عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية، رسالة ماجستير تخصص تسويق دولي، جامعة تلمسان، 2012.

5- على دحمان محمد، تقييم نفقات الصحية والتعليم، رسالة ماجستير، تخصص تسيير المالية العامة، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2010-2011.

6- غازي على متروك البدانية، إطار مقترح لتقييم نظام إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الجامعية الحكومية، رسالة مقدمة للحصول على شهادة دكتوراه، تخصص إدارة أعمال، كلية التجارة جامعة عيش الشمس، مصر، 2011.

7- كحيلة نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، رسالة ماجستير، تخصص الموارد البشرية، جامعة منتوري، قسنطينة، 2009.

8- محمد علي دحمان، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي الجزائري رسالة دكتوراه تخصص تسيير المالية العامة، ابوبكر بلقايد، تلمسان، 2017.

9- نور الدين عياشي، المنظومات الصحية المغاربية، رسالة دكتوراه غير منشورة، تخصص مالية مؤسسات، جامعة قسنطينة، 2009.

10- وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها، رسالة دكتوراه تخصص تسيير منظمات، جامعة باتنة 1، 2015-2016.

- **القوانين والتقارير**

1. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، 2018
2. الجريدة الرسمية الجمهورية الجزائرية، العدد 46، 2018.

- **مواقع الانترانت**

1. http ://googleweblight.com
2. http// :www.djelfa.info
3. http// :www.djelfa.info
4. www.who.int/topics/health-systems/in/index.html.

الملاحق

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 8 ماي 1945 قالمة

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

استمارة بحث لتحضير شهادة الماستر

تخصص: إدارة اعمال

دور التمويل الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية

حالة مستشفى الحكيم عقبي بقالمة

- نشكركم على تعاونكم معنا على الوقت الذي خصصتموه لإجابة
- ان النتائج المترتبة على هذا البحث تستخدم الا في المذكرات
- اجب مباشرة على الأسئلة المطروحة ، ضع العلامة (**X**) في الخانة التالية.

الشكر والتقدير والعرفان لكم

من اعداد الطالبتين :

- بن جامع سناء
- مخالفية لبنة

تحت إشراف الأستاذ:

- بخاخشة موسى

الموسم الجامعي 2019/2018

القسم الأول:

المحور الأول: البيانات الشخصية ووظيفية

- السن : أقل من 25 سنة ☐
  25 – 35 سنة ☐
  35 – 45 سنة ☐
  45سنة فما فوق ☐
- الاقدمية : أقل من 05 سنوات ☐
  5 – 10 سنوات ☐
  10 – اقل من 20 سنة ☐
  20 سنة – فما فوق ☐
- المستوى التعليمي : ابتدائي ☐
  ثانوي ☐
  جامعي ☐
  ماجيستر إطارات عليا متخصصة ☐
  دكتوراه ☐
- الوظيفة: عون إدارة ☐
  رئيس مصلحة ☐
  رئيس الأطباء ☐
  ممرض ☐

- **القسم الثاني: محور الدراسات**

- **المحور الأول: مدى امتلاك المؤسسة استراتيجية لتحسين جودة الخدمات الصحية**

الرقم	الفقرة	درجة القياس				
		غير موافق تماماً	غير موافق	محايد	موا فق	موافق تماماً
01	تمتلك المؤسسة نظام معلومات مرتدة حول الخدمات المقدمة للمرضى					
02	تعمل القيادة على بناء تصورات جديدة حول تحسين الخدمات الصحية					
03	تراقب المؤسسة باستمرار الخدمات الصحية المقدمة					
04	تستفيد المؤسسة من تجارب المؤسسات الأخرى في تحسين الخدمات الصحية					
05	تتوفر المؤسسة على قسم في هيكلها التنظيمي مهمته الاهتمام بجودة الخدمات الصحية					
06	تحتوي المؤسسة على كافة الخدمات الصحية					
07	تقوم إدارة المؤسسة بإجراء دراسات حول رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة					
08	تتواصل إدارة المؤسسة مع المرضى المغادرين للمستشفى وتحاول معرفة انطباعاتهم					
09	هناك توجه من الإدارة نحو وضع معايير جودة الخدمات الصحية المقدمة					
10	تقدم إدارة المستشفى حوافز مادية ومعنوية لقاء الخدمات المقدمة					
11	تحاول المؤسسة تسويق خدماتها أفضل من المؤسسات الأخرى					
12	تتطابق احتياجات المرضى مع إمكانيات المؤسسة					
13	تحاول إدارة المستشفى الوقوف على معرفة احتياجات المرضى باستمرار					
14	تقوم المؤسسة بتجديد تجهيزاتها باستمرار لضمان تقديم أحسن الخدمات					
15	يهتم الموظفون بمظاهر لائقة وجذابة تعطي انطباعات لدى المستفيدين من الخدمات الصحية					
16	تقوم المؤسسة بوضع برامج تدريبية حول تقنية تحسين الخدمات الصحية					
17	تستفيد المؤسسة من تجارب العمال السابقة في تحسين الخدمات الصحية					
18	تعتقد المؤسسة ان تحسين الخدمات يعطي لها صورة جيدة لدى محيطها الخارجي					
19	تنظر المؤسسة في الشكاوي المقدمة من طرف المرضى					
20	تعمل المؤسسة على استقطاب افضل الأطباء والممرضين					
21	الخدمات المقدمة في المؤسسة مرنة ، سريعة ، تحقق استجابة كبيرة اتجاه المرضى (الاستجابة)					
22	تواجه المؤسسة عراقيل في انجاز الخدمات الصحية (الاعتمادية)					
23	تحاول إدارة المؤسسة الصحية قياس صورة المؤسسة والخدمات (الثقة)					
24	تحاول إدارة المؤسسة الصحية ربط علاقات متميزة مع المرضى (التعاطف)					
25	توفر إدارة المؤسسة الصحية الإمكانيات المادية والبشرية لتقديم خدمات صحية جيدة (الملموسية)					

- **المحور الثاني : ضعف الإمكانيات المادية والمالية والبشرية أثر على تحسين الخدمات الصحية**

الرقم	الفقرة	درجة القياس				
		غير موافق تماماً	غير موافق	محايد	موا فق	موافق تماماً
01	تشهد المؤسسة زيادة الأجيال على طلب الخدمات الصحية					
02	الأسعار المقدمة للاستفادة من خدمات صحية منخفضة					
03	تكاليف الخدمات الصحية أقل من الأسعار الحقيقية					
04	الانفاق الصحي الحالي يشكل عقبة أمام تحسين الخدمات الصحية					
05	تعاني مؤسسة من قلة التخطيط والاشراف للطلب المتزايد على لخدمات الصحية					
06	قدم التجهيزات ونقصها يؤثر على تحسين الخدمات الصحية					
07	نقص الكفاءات له دور سلبي في تلبية الطلب المتزايد على الخدمات					
08	نقص الحوافز للعاملين في القطاع الصحي أثر على جودة الخدمات الصحية					

- **قيم أوجه القصور في تقديم أحسن الخدمات الصحية :**

الرقم	الفقرة	درجة القياس				
		ضعيف جداً	ضعيف	متوسط	قوي	قوي جداً
01	الطاقات البشرية					
02	الادوية					
03	الأجهزة الطبية					
04	التكوين					

- **قيم مدخلات انتاج خدمات صحية جيدة حسب الجدول التالي:**

الرقم	الفقرة	درجة القياس				
		ضعيف جداً	ضعيف	متوسط	قوي	قوي جداً
01	مباني تأثيث					
02	عمالة مؤهلة					
03	وسائل النقل					
04	مستلزمات العلاج الطبي (أدوية)					
05	أجهزة أدوات طبية حديثة					

- **من بين مشاكل تقديم خدمات صحية مايلي:**

الرقم	الفقرة	درجة القياس				
		ضعيف جداً	ضعيف	متوسط	قوي	قوي جداً
01	مشاكل التخطيط					
02	مشاكل التمويل					
03	مشاكل القوى العاملة					
04	مشاكل تنظيمية ضمنية					
05	مشاكل الرقابة					
06	مشاكل تكاليف الخدمات					

- **المحور الثالث: مدى امتلاك مؤسسة الدراسة مصادر تمويل إضافية لتحسين الخدمات الصحية :**

الرقم	الفقرة	درجة القياس				
		غير موافق تماماً	غير موافق	محايد	موا فق	موافق تماماً
01	حجم التمويل الحكومي كافي لتغطية كل الخدمات الصحية					
02	تواجه إدارة المؤسسة قيود مالية في ترجمة رغبات واحتياجات المرضى					
03	اصلاح المنظومة الصحية لابد أن يتجه بحق زيادة مصادر التمويل					
04	التمويل الحالي لا يساعد على ضمان خدمات صحية جيدة					
05	تحاول المؤسسة اجراء تمويل إضافي يرفع سعر الخدمات الصحية					
06	تحاول المؤسسة ضبط التكاليف الصحية انطلاقاً من الخدمات المقدمة					
07	تسعير الخدمات الصحية بشكلها الحقيقي عامل مساعد على تقديم افضل الخدمات الصحية					

- **قيم مصادر التمويل الصحي التالية :**

الرقم	الفقرة	درجة القياس				
		ضعيف جداً	ضعيف	متوسط	قوي	قوي جداً
01	ميزانية وزارة الصحة					
02	الضمان الاجتماعي					
03	التأمينات الخاصة					
04	رفع أسعار المكوث بالمستشفى					

- **تقوم المؤسسة مستقبلاً بتغطية نفقاتها الصحية على ما يلي:**

الرقم	الفقرة	درجة القياس				
		ضعيف جداً	ضعيف	متوسط	قوي	قوي جداً
01	تمويل الخدمات الصحية يكون بمساهمة الضمان الاجتماعي					
02	تمويل الخدمات الصحية يكون من حيال تأمين خاص وفق نموذج الأمريكي					
03	تمويل الخدمات الصحية يكون من حيال تمويل الضريبي على طريقة نموذج بريطاني					
04	زيادة ميزانية القطاع الصحي					
05	ضبط التكاليف ، تقليل نفقات المستخدمين					
06	الوقاية ، نشر الوعي الصحي					

الجمهوريـــــــة الجزائريـــــــة الديمقراطيـــــة الشعبيـــــة

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 8 ماي 1945 قالمة

كلية العلوم الاقتصادية و التجارية وعلوم التسيير

قسم علوم التسيير

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE 8 MAI 1945 GUELMA

FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET COMMERCIALES ET SCIENCES DE GESTION

DEPARTEMENT DE SCIENCES DE GESTION

الرقم: .....ق.ع.ت./ك.ع.إ.ت ع.ت/ج ق/ 20
قالمة في : .....

Ref :..... D.G/F.S.E.C.S.G/UG/20.....
Guelma le :... .....

المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - قالمة
أمانة المديرية
- البريد الوارد
بتاريخ: 02 ماي 2019
سجل تحت رقم: 1296

إلى السيد: مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية
حكيم عقبي

الموضـــوع : ف/ي إجراء زيارة ميدانية أو تربـص

نحن رئيس قسم علوم التسيير نشهد بأن:

الطالب(ة): بن جامع سماح

الطالب(ة): مخالفية ليلة

مسجل(ة) بقسم علوم التسيير سنة (أولى)/(ثانية) ماستر .فرع : (علوم التسيير)/(علوم مالية)

تخصص : إدارة أعمال في حاجة لأجراء زيارة ميدانية أو تربص بمؤسستكم .

موضوع الزيارة: دور التمويل الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية

لذا نرجو من سيادتكم الموافقة لتحقيق هذه الغاية.

ولكم منا فائق التقدير و الاحترام

اسم و لقب و إمضاء الأستاذ المشرف

الحاضنة موس

رئيس القسم

مساعد رئيس قسم علوم التسيير
مكلف بالتأطير والتعليم في الطور
إمضاء : بوناب محمد

تأشيرة المؤسسة المستقبلة

مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي
بوقفة رؤوف

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,913	25

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,915	23

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,760	17

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,935	65

X1

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	سنة 25 من اقل	6	20,0	20,0	20,0
	سنة 35 - 25	12	40,0	40,0	60,0
	سنة 45 - 35	10	33,3	33,3	93,3
	فوق فما سنة 45	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

X2

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	سنة 25 من اقل	12	40,0	40,0	40,0
	25 - 35 سنة	13	43,3	43,3	83,3
	35 - 45 سنة	3	10,0	10,0	93,3
	45 فوق فما سنة	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

X3

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	25 - 35 سنة	8	26,7	26,7	26,7
	35 - 45 سنة	18	60,0	60,0	86,7
	45 فوق فما سنة	1	3,3	3,3	90,0
	5,00	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

X4

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	سنة 25 من اقل	15	50,0	50,0	50,0
	25 - 35 سنة	2	6,7	6,7	56,7
	35 - 45 سنة	4	13,3	13,3	70,0
	45 فوق فما سنة	9	30,0	30,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
A	30	2,9040	,67790	,12377

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 3					
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
A	-,776	29	,444	-,09600	-,3491	,1571

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
B	30	3,2768	,65864	,12025

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 3					
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
B	2,302	29	,029	,27681	,0309	,5228

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
C	30	2,8392	,48702	,08892

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 3					
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
C	-1,808	29	,081	-,16078	-,3426	,0211

Test de Kolmogorov-Smirnov à un échantillon

		A	B	C
N		30	30	30
Paramètres normaux[a,b]	Moyenne	2,9040	3,8750	2,9417
	Ecart-type	,67790	,80140	,91370
Différences les plus extrêmes	Absolue	,158	,205	,184
	Positive	,109	,151	,150
	Négative	-,158	-,205	-,184
Z de Kolmogorov-Smirnov		,867	1,121	1,006
Signification asymptotique (bilatérale)		,440	,162	,264

a. La distribution à tester est gaussienne.

b. Calculée à partir des données.

الملخص:

بالرغم من أن الصحة لا تقدر بثمن إلا أنها تكلف مالا، وانطلاقا من ذلك فإن المنظومة الفعالة هي التي تلبي الاحتياجات الصحية للسكان، ومع التطور المتسارع تزايد الاهتمام بموضوع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية العمومية أو الخاصة، مما نتج عنه ارتفاع في تكاليف نشاطاتها وهدا ما جعل الدولة غير قادرة على تحمل نفقات هذا القطاع، ومن أجل تحقيق الأهداف المنشودة وجب إصلاح المنظومة الصحية من خلا البحث عن مصادر تمويل جديدة لنشاط هذه المؤسسات والرفع والرقي بمستوي جودة الخدمات المقدمة.

تندرج هاته الدراسة في الكشف عن مدى توفر وقدرة المؤسسة الاستشفائية –حكيم عقبي– على جودة الخدمات الصحية وما هي مصادر التمويل المتاحة

الكلمات المفتاحية: الصحة، الخدمات الصحية، جودة الخدمات الصحية، التمويل الصحي، إصلاح النظام الصحي.

Résumé :

Bien que la santé soit inestimable, elle coute de l’argent par conséquent, le système efficace est celui qui répond aux besoins de la population en matière de santé.

Avec le développement rapide de l’attention croissante portée à la qualité des services de santé dans les hôpitaux publics ou privés, pour que l’états n’ait pas les moyenne de se payer le secteur et pour atteindre les objectifs souhaités, réformer le système de santé en recherchant de nouvelles sources de financement pour les activités de ces institutions et pour améliorer et améliorer la qualité des services fournis.

Cette étude est basée sur la révélation de la disponibilité et de la capacité sage et éthique- da l’établissement hospitalier ; de la qualité des services de santé de des sources de financement disponibles

Mots-clés :

Santé ; services de santé ; qualité des services de santé ; financement de la santé ; réforme du système de santé