

## الجودة والاعتمادية في المستشفيات الجزائرية: متى وكيف؟

### Quality and Accreditation in Algerian Hospitals: When and How ?

<p>حاروش نورالدين *</p> <p>جامعة الجزائر 3 . الجزائر</p> <p><a href="mailto:harrouche.nouredine@univ-alger3.dz">harrouche.nouredine@univ-alger3.dz</a></p>	<p>جايب أمينة</p> <p>جامعة الجزائر 3 . الجزائر</p> <p><a href="mailto:minadjaib@gmail.com">minadjaib@gmail.com</a></p>
--	--

تاريخ القبول: 2022/07/19

تاريخ الاستلام: 2021/10/05

#### الملخص

تحدد فلسفة ورؤية الإدارة الصحية في مجتمع ما المستوى الصحي له من حيث التقدم أو التخلف؛ إذ يمثل دلالة واضحة على جهود التنمية البشرية واحترام حقوق الإنسان، لذلك تتعدد نظم الإدارة الصحية على مستوى العالم وعلى مستوى المنظمات الحكومية والحقوقية؛ والتي تتمثل في وزارة الصحة وفروعها الإدارية المنوط بها صياغة الدستور الصحي وفقا للمعايير الدولية.

الجزائر لم تفكر بعد في إدراج الأساليب الإدارية الحديثة على شاکلة إدارة الجودة الشاملة كفلسفة وكإطار تنظيمي قانوني، أو إنشاء هيئات وطنية مستقلة تمنح الاعتمادية للمستشفيات في حال توفرها على الشروط اللازمة أو اللجوء إلى المنظمات الدولية، وهو ما جعلنا نسلط الضوء من خلال المعالجة العلمية لهذا الموضوع على جودة الخدمة الصحية وكيفية حصول المستشفيات على الاعتمادية، بالإضافة إلى الوقوف عند تشخيص المنظومة الصحية الجزائرية ولماذا لم يحن الوقت بعد لتبني هذه الأساليب وكيف السبيل إلى ذلك؟

الكلمات المفتاحية: الخدمة الصحية؛ جودة الخدمة؛ نماذج الجودة الشاملة؛ الاعتمادية؛ النظام الصحي الجزائري.

#### Abstract

The philosophy and vision of health management in a community determine its health level in terms of progress or backwardness; It represents a clear indication of human development efforts and respect for human rights. Therefore, health management systems are numerous at the global level and at the level of governmental and human rights organizations. Which is represented by the Ministry of Health and its administrative branches entrusted with drafting a health constitution in accordance with international standards.

Algeria has not yet considered the inclusion of modern administrative methods such as Total Quality Management as a philosophy and a legal regulatory framework, or the establishment of independent national bodies that grant accreditation to hospitals

\* المؤلف المرسل: حاروش نور الدين، الإيميل: [harrouche.nouredine@univ-alger3.dz](mailto:harrouche.nouredine@univ-alger3.dz)

if they meet the necessary conditions or resort to international organizations, which is what made us shed light through the scientific treatment of this topic On the quality of health service and how hospitals can obtain accreditation, in addition to stopping at the diagnosis of the Algerian health system, why is the time not yet ripe to adopt these methods and how to do that?

**Keywords: health service; service quality; total quality models; Accreditation; the Algerian health system.**

## مقدمة:

يمكن تقييم مستوى أي نظام صحي من خلال أبعاد الجودة والكفاءة والقبول والمساواة والإنصاف، لذلك هناك اهتمام متزايد من قبل وزارات الصحة في كل بلد لتطوير المعايير الأساسية والإرشادات والمناهج والسياسات الوطنية لمكافحة الأمراض ورعاية أفراد المجتمع، وذلك باستخدام معايير الجودة لتحسين تقديم الرعاية الطبية سواء على مستوى القطاع الصحي العمومي أو على مستوى القطاع الخاص.

من جهة أخرى تهدف المستشفيات للحصول على الاعتمادية، تلك الآلية الهادفة لضمان جودة الخدمات الصحية وقبولها والالتزام بالمعايير الموضوعية، حيث تقوم وزارة الصحة بوضع هذه المعايير (الاعتماد الداخلي) وتحصر على الالتزام بها سواء في قطاعها العمومي أو عند الخواص، أما دولياً، فالاعتماد هو نظام فحص خارجي يقوم به الخبراء لمعاينة مجموعة القياسات والمعايير المتفق عليها علمياً وعالمياً.

الاعتمادية هي عملية تقوم خلالها هيئة مستقلة وغير مرتبطة بالمؤسسة الصحية، وغالباً ما تكون غير حكومية، بتقييم أداء المؤسسة الصحية لتتأكد من أن هذه المؤسسة قد حققت مجموعة من المتطلبات، معايير، والتي من شأنها تحسين سلامة الرعاية الصحية المقدمة وجودتها، والاشتراك في برنامج الاعتمادية طوعي مع الالتزام من طرف المؤسسة الصحية بتطبيق المعايير المتفق عليها، ويختلف الاعتماد على الترخيص الذي هو حق قانوني تمنحه الهيئات الحكومية لممارسي الصحة للقيام بنشاطهم.

لكن يبدو أن الجزائر لم تفكر بعد في إدراج بعض الأساليب الإدارية الحديثة على شاكلة إدارة الجودة الشاملة كفلسفة وإطار تنظيمي قانوني، أو إنشاء هيئة وطنية مستقلة تمنح الاعتمادية للمستشفيات في حال توفرها على الشروط اللازمة، فمن حيث الجانب القانوني والدستوري نجد المادة 67 من دستور الجزائر لعام 1976 تنص على أن: "لكل المواطنين الحق في الرعاية الصحية، وهذا الحق مضمون عن طريق توفير خدمات صحية عامة ومجانية، وبتوسيع مجال الطب الوقائي، والتحسين الدائم لظروف العيش والعمل، وكذلك عن طريق ترقية التربية البدنية والرياضية ووسائل الترفيه"، بينما تنص كل من دساتير 1989 و 1996 و 2008 و 2016 على أن الرعاية الصحية حق للمواطنين. تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية

والمعدية وبمكافحتها" أما مشروع تعديل الدستور لعام 2020، فقد نصت المادة 63 منه على ما يلي (مرسوم رئاسي رقم 20 . 251):  
تسهر الدولة على تمكين المواطن من:

الحصول على ماء الشرب، وتعمل على المحافظة عليه للأجيال القادمة  
الرعاية الصحية، لا سيما للأشخاص المعوزين والوقاية من الأمراض المعدية والوبائية  
ومكافحتها.

من جهته قانون الصحة رقم 18 - 11 المؤرخ في 2 يوليو 2018 المتعلق بالصحة (قانون 11. 18) يرمي إلى ضمان الوقاية وحماية صحة الأشخاص والحفاظ عليها واستعادتها وترقيتها ضمن احترام الكرامة والحرية والسلامة والحياة الخاصة. أما الأهداف في مجال الصحة حسب القانون دائما فتتمثل في حماية صحة المواطنين عبر المساواة في الحصول على العلاج وضمان استمرارية الخدمة العمومية للصحة والأمن الصحي، أما نشاطات الصحية فترتكز على مبادئ تسلسل وتكامل نشاطات الوقاية والعلاج وإعادة تكييف هياكل ومؤسسات الصحة، أما السياسة الوطنية للصحة، لا سيما في تنفيذها فترتكز على العمل القطاعي المشترك عبر مساهمة مختلف الفاعلين المتدخلين في مجال الصحة وتنظيمهم وتوجيههم...

فلم يتضمن بذلك قانون الصحة الأخير أو مشروع تعديل الدستور أي إشارة لتبني نظم الجودة والاعتمادية في المستشفيات الجزائرية على عكس العديد من الدول العربية التي تتبنى هذه الفلسفة، مثل الأردن والسعودية وقطر ومصر وغيرهم، ولا تزال فلسفة الجزائر في المجال الصحي تكمن في ضمان التغطية الصحية وتوفير الرعاية الصحية بغض النظر عن نوعيتها ونوعية الهياكل الصحية التي تقدمها، وهو ما دفعنا للتساؤل عن الوقت أو الزمن الذي تلجأ فيه الدولة الجزائرية لتبني فلسفة الجودة ومنه الحصول على الاعتمادية الوطنية والدولية بالنسبة للمستشفيات وكيف السبيل لذلك؟

أما الإشكالية التي يمكن طرحها في هذه الدراسة فهي كما يلي:  
متى تلجأ المستشفيات الجزائرية ومن ورائها وزارة الصحة لتطبيق نماذج الجودة والاعتمادية وكيف السبيل إلى ذلك؟

للمعالجة العلمية لهذا الموضوع ارتأينا وضع الخطة التالية:

1. خصائص نظم الجودة في الخدمات الصحية ونماذج تطبيقها
2. الاعتمادية في القطاع الصحي وعلاقتها بجودة الخدمات
3. تشخيص القطاع الصحي الجزائري وإمكانية تطبيق نماذج الجودة والاعتمادية

. المحور الأول: خصائص نظم الجودة في الخدمات الصحية ونماذج تطبيقها

لم تكتف المنظمات الصحية في وقتنا الحاضر بتقديم الخدمات الصحية فقط بل سارعت الى تبني الأساليب الحديثة في تقديم الخدمة مستهدفة بلك كسب رضا الزبون (المريض) وهي بذلك لا تختلف عن المنظمات الاقتصادية حيث قامت بمجاراتها واستعارة اغلب الأساليب والأنظمة الحديثة المستخدمة في المجال الاقتصادي لتتبناها وتطبقها في مجالها الخدمي وقد أدى هذا الى تحسين الخدمة الصحية وتحقيق جودتها، لذلك كان لابد من معرفة جودة الخدمة الصحية وتطورها وخصائصها، وما هي النماذج الممكن تطبيقها في القطاع الصحي؟

مفهوم الجودة في المجال الصحي وتطورها: تعتبر الممرضة البريطانية فلورانس نايتنجيل (1820 . 1910) والتي تعد أول ممرضة في العالم(\*) كانت تشرف على تقديم الرعاية بالمستشفيات العسكرية خلال حرب القرم(\*\*) وذلك بإدخال معايير أداء بسيطة في عملها، مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات، وقد استعملت التحليل الإحصائي بشكل مكثف في جمع الوثائق وتحليل وعرض الإحصائيات المتعلقة بالرعاية الطبية والصحة العامة، كما كانت أول من نادى بتنظيم التحقيق المتعلق بعمليات وإجراءات الرعاية الصحية والتي قد تكون مرتبطة بالنتائج (خالد مصطفى، 2010، ص:27). كما كانت لـ" فلكسندر" محاولة لوضع معايير لكليات الطب في الولايات المتحدة الأمريكية، لكن البداية الحقيقية لتطبيق الجودة في قطاع الصحة كانت أثناء الحرب العالمية الأولى حين طورت أكاديمية الجراحين الأمريكيين معايير محددة للعناية الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية، وأنشئت لجنة اعتماد المستشفيات الأمريكية سنة 1925م، كما انبثقت لاحقا الهيئة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية، وفي سنة 1970 بدء العمل بالتدقيق الطبي وظهر سنة 1987 مفهوم إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية، من جهة أخرى وبداية من سنة 1985 بدأت منظمة الصحة العالمية إطلاق مشاريع كثيرة منها بحوث عمليات الرعاية الصحية الأساسية باستخدام تحليل النظم وتقييم المرافق الصحية لتقييم جودة الرعاية الصحية.

من جهة ثانية ساهم افيديس دونابيديان (1910. 2000) بتعزيز استعمال مقاييس الأداء وتحسين الجودة في الرعاية الصحية من خلال صياغته لنموذج: البنية والعملية والنتيجة. بعد هذه الإطلاقة السريعة بخصوص تطور الجودة في القطاع الصحي، علينا أولا أعطاء بعض التعاريف المتعلقة بالمفهوم وإبراز صعوبات تحديد مفهوم جامع مانع صالح لكل زمان ومكان؟

أما تعريف الجودة في الخدمات الصحية فليس من السهل إعطاء تعريف خاص بجودة الرعاية الصحية والخدمات المقدمة كونها معقدة ومختلفة من منظمة لأخرى وحتى من شخص "مريض" لأخر، وتعدد الاختصاصات الطبية والمهنية واختلاف الممارسات السريرية بين القطاعات والأقسام وتعقيد الحالات المرضية لدى المستفيدين من هذه الخدمات، بالإضافة إلى عوامل

أخرى كالإتاحة والتكلفة وشمولية الخدمة واستمراريتها وتوفرها ومدى تقبل المستفيدين لها سواء في القطاع الصحي العام أو الخاص.

ففي الولايات المتحدة الأمريكية مثلا كان التركيز منصبا بخصوص الرعاية الصحية في العناصر الثلاثة: الإتاحة والتكلفة وجودة الرعاية الطبية، ثم ما لبثت هذه العناصر إن تتفاوت فيما بينها من حيث الاهتمام والتركيز، فنجد بداية من الستينيات و أواخر السبعينيات كان التركيز أكثر على الإتاحة أي سهولة الحصول على الخدمات، واتجه التركيز فيما بعد على التكاليف حيث أنشئت برامج لخفض التكاليف مع الخوف أن يؤدي ذلك إلى تندى جودة الخدمات الصحية، ولكن الآن الكل يتكلم عن قيمة الرعاية الصحية المتمثلة في تحقيق أفضل جودة وبأقل التكاليف وإتاحة كاملة (مازن عبد العزيز، 2004، ص 54).

على العموم ينظر إلى جودة الرعاية الصحة من عدة زوايا ولكل رأيه الخاص، فالمستهلك (المريض) ينظر إليها بأنها مزايا ضمنية وصريحة، ولدى الإدارة تعني جودة عالية وتكلفة منخفضة وإنتاجية عالية، ولدى صانعي الخدمة أو مقدميها تعني تحسينا مستمرا للممارسة لدى صانعيها، ولدى المجتمع تعني تحسين نوعية الحياة والرفاهية وإتاحة الخدمات، وإنتاج منتجات عالية المستوى وأمنة وغير مضرّة بالبيئة والناس. فما هي خصائص الخدمات الصحية؟

أما خصائص الخدمات الصحية، فعادة ما تصنف الخدمات الصحية الى ثلاث مجموعات: الخدمات العلاجية والخدمات الوقائية و الخدمات الإنتاجية وتتشرك هذه المجموعات الثلاث في خصائص منها:

- ✓ قلة التتميط والتوحيد للخدمة الصحية، فكل مريض يتطلب خدمة تختلف عن مريض آخر، وبالتالي لا يمكن وضع مقياس واحد شامل جامع لكل الأفراد المرضى
- ✓ التنبؤ بالطلب على الخدمات الصحية: لا يمكن التنبؤ بالطلب على الخدمة الصحية كما لا يمكن التنبؤ بوقوع المرض، متى، كيف، وأين؟
- ✓ الخدمة الصحية منتج غير ملموس: لهذا السبب وجب الاتصال المباشر بين المريض ومقدم الخدمة الصحية حتى تتحقق الاستفادة الكاملة منها
- ✓ الخدمة الصحية سلعة عامة: أي أنها خاضعة للتأثيرات الخارجية مثل المنافسة والإقصاء أو الابتعاد

✓ الخدمات الصحية غير قابلة للتأجيل: حيث تشمل بعدين: المكاني والزمني

النماذج الأساسية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات: سيتم التركيز في هذه الدراسة على بعض النماذج العالمية والتي وجدت طريقها للتطبيق، وبعبارة أخرى أنها موضوعية وواقعية، ومن هذه النماذج: نموذج دونابيديان، ونموذج مالكولم بالدريج، ونموذج إدارة الجودة الأوربي

**للتفوق** وبعد دراسة هذه النماذج يمكننا المقارنة فيما بينها من خلال ايجابيات وسلبيات كل نموذج، وما هو النموذج القابل للتطبيق في البيئة الجزائرية؟

. **نموذج دونا بيديان: دونابيديان** هو مبتكر مداخل الهيكل أو البنية والعمليات والنتائج وكان ذلك سنة 1966، وهي مجرد معلومات تستخدم في التحليل والاستنتاج لقياس الجودة وتقييمها، ويوجد حسب نمودجه علاقة سببية وارتباطيه بين العناصر المذكورة، حيث الهيكل أو البنية يؤدي إلى العمليات التي بدورها تؤدي إلى النتائج: (الهيكل - العمليات - النتائج)، وكل عنصر من هذه العناصر الثلاثة يتضمن في طياته مجموعة معقدة من العوامل والأحداث، ويتحتم فهم العلاقة وتحديد ما بين هذه المكونات قبل تنفيذ عملية قياس الجودة وتقييمها، وأن القياسات تختلف حسب الهيئة والقوى العاملة ونوعية المستهلك. للتذكير فإن الهيكل يشمل المصادر والأجهزة والعاملين ومؤهلاتهم وخبراتهم وغيرها، وتتضمن العمليات كل الإجراءات والطرق والوسائل والخطوات والنشاطات الإدارية والسريية والفنية في تقديم الرعاية الصحية وتحقيق الأهداف، وتتضمن النتائج تلك المحصلات السريية للنشاطات التشخيصية ...

هناك من يرى بان هذا النموذج صعب التطبيق في المنظمات الصحية كونه يحتاج إلى معايير جودة مختلفة، وان فن الرعاية الصحية يحتاج إلى مهارات إنسانية واجتماعية واتصالية عالية المستوى لتحقيق متطلبات المريض، وهو ما جعلنا بدورنا نحكم عليه بعدم قدرة مستشفياتنا على تطبيقه لعدة اعتبارات منها تعقيده وصعوبة تحديد معايير الجودة بدقة، كما أن المنظمات الصحية ومنها المستشفيات أنظمة اجتماعية إنسانية هدفها إنساني وهي تقدم خدمة للإنسان من طرف الإنسان، لذا تتدخل في العملية أمور أخرى كالعلاقات الإنسانية الاتصال والمهارة وغيرها. . **نموذج مالكولم بالدريج للجائزة الوطنية للجودة:** يعتبر هذا النموذج من أهم العوامل المساعدة في تحقيق الجودة الشاملة في الولايات المتحدة الأمريكية وفي العالم، وتشبه جائزة **ديمينغ** للتفوق في اليابان، وأصبحت هذه الجائزة قانونية بداية من 1987، والهدف منها هو تحسين الجودة في الشركات ومساعدتها في التطور وزيادة الإنتاجية.

إن أهداف معايير الرعاية الصحية حسب "بالدريج" تعتبر أساسيات للتقويم الذاتي من قبل المنظمات الصحية وأنها تقوم على ثلاثة ادوار رئيسية وهي: المساعدة على تحسين الممارسات في المنظمة الصحية والقدرات والنتائج، وتسهيل عمليات الاتصال والتشارك أيضا بأفضل المعلومات عن الممارسات ما بين المنظمات الصحية، وحسب **بالدريج** فإن معايير الرعاية الصحية قد صممت لمساعدة المنظمات في استخدام مدخل متكامل لإدارة الأداء في المنظمات والذي نتج عنه تقديم قيمة محسنة للمرضى والمستهلكين الآخرين وتساعد على تحسين جودة الرعاية الصحية، وتحسين فعالية المنظمة ككل وقدرات مقدمي الرعاية وتعزز التعلم المؤسسي والفردية (www.quality.nist -)

أما معايير الرعاية الصحية حسب النموذج فإنها تعتمد على مجموعة من القيم الأساسية والمفاهيم وهي كما يلي:

1. الرؤية القيادية وتلبية جميع متطلبات ورغبات أصحاب المصالح الداخليين والخارجيين
2. التركيز على المريض لتقديم رعاية مميزة له وتحقيق الرضا لديه ومشاركته في اتخاذ القرارات بشأن صحته
3. التعلم على مستوى الأفراد والمنظمة الصحية لكل الطرق والمهارات والسلوكيات اللازمة للتحسين وتخفيض التكاليف وتحسين الأداء وزيادة الإنتاجية وتعزيز الأداء الكلي للمنظمة
4. تقدير واعتبار القوى العاملة بالارتكاز على معرفتهم ونجاحهم ومهاراتهم وإبداعهم وتحفيز الشركاء والعاملين
5. رشاقة المنظمة أي قدرة المنظمة الصحية على إجراء التغيير السريع والمرونة وذلك بالعمل على التحسين المستمر
6. التركيز على المستقبل وفهم المؤثرات المستقبلية التي تؤثر على المنظمة، والالتزام والتعهد بتلبية حاجيات أصحاب المصالح الداخليين والخارجيين
7. إدارة الابتكار لاستحداث قيمة مضافة لأصحاب المصالح
8. الإدارة بالحقائق وذلك بالاعتماد على الحقائق والبيانات عن العمليات والمخرجات والنتائج من أجل إدارة الأداء بفعالية
9. المسؤولية الاجتماعية وصحة المجتمع وذلك لحماية الصحة العامة والبيئة وعدم التمييز بين المرضى وتحقيق مبادئ العدالة والمساواة والحفاظ على المصادر والسلوك البيئي غير الضار
10. التركيز على النتائج واستحداث القيمة
11. تبني منظور أو مدخل النظم.

وهذه لائحة البنود لمعايير الرعاية الصحية للتميز في الأداء لعام 2003 ممثلة في الجدول التالي:

**جدول يمثل نموذج بالدريج لمعايير الرعاية الصحية للتميز**

المجموعة / البند	القيمة بالنقاط
<b>1. القيادة</b>	<b>120</b>
1.1 القيادة المؤسسية	70
2.1 المسؤولية الاجتماعية	50
<b>2. التخطيط الاستراتيجي</b>	<b>85</b>
1.2 تطوير الإستراتيجية	40
2.2 إعادة توزيع الإستراتيجية	45
<b>3. التركيز على المرضى والمستهلكين الآخرين والأسواق</b>	<b>85</b>
1.3 المعرفة بالمرضى / المستهلكين والمعرفة بالسوق الصحي	40
2.3 العلاقات مع المرضى والمستهلكين والرضا	45
<b>4. إدارة المعرفة والتحليل والقياس</b>	<b>90</b>
1.4 القياس والتحليل لأداء المنظمة	45
2.4 إدارة المعرفة والمعلومات	45
<b>5. التركيز على مصادر الطاقة البشرية</b>	<b>85</b>
1.5 نظم العمل	35
2.5 تعليم العاملين والتدريب والتطوير	25
3.5 سعادة ورضا العاملين	25
<b>6. إدارة العمليات</b>	<b>85</b>
1.6 عمليات خدمة الرعاية الصحية	50
2.6 العمليات الداعمة	35
<b>7. نتائج أداء المنظمة</b>	<b>450</b>
1.7 نتائج الرعاية الصحية	75
2.7 نتائج التركيز على المرضى والمستهلكين الآخرين	75
3.7 النتائج المالية والأسواق	75
4.7 نتائج القوى العاملة ونظم العمل	75
5.7 نتائج الفعالية التنظيمية	75
6.7 نتائج التوجه الرسمي والمسؤولية الاجتماعية	75
<b>مجموع النقاط</b>	<b>1000</b>

المصدر: [www.quality.nist.gov](http://www.quality.nist.gov)

يبدو هذا النموذج أقل تعقيدا من سابقه، كونه يقوم على التقويم الذاتي للمؤسسات الصحية وذلك لمعرفة مستواها قبل التفكير في تطبيق نموذج من النماذج المعروفة في إدارة الجودة

الشاملة، هذا التقييم الذاتي هو بمثابة التشخيص أو التحليل الاستراتيجي للمنظمة الاستشفائية بحيث يتم تحليل البيئة الداخلية للوقوف على نقاط القوة ونقاط الضعف ثم تحليل البيئة الخارجية لمعرفة الفرص والتحديات أو التحديات، كما أن هذا النموذج يقوم على ثلاثة ادوار رئيسية وهي: المساعدة على تحسين الممارسات في المنظمة الصحية والقدرات والنتائج، وتسهيل عمليات الاتصال والتشارك أيضا بأفضل المعلومات عن الممارسات ما بين المنظمات الصحية، ويبقى الهدف حسب **بالدريج** من تصميم معايير الرعاية الصحية هو مساعدة المنظمات في استخدام مدخل متكامل لإدارة الأداء الذي ينعكس على تحسين جودة الرعاية الصحية، وفعالية المنظمة وقدرات مقدمي الرعاية وتعزز التعلم للمنظمة والأفراد،

وإذا عدنا إلى البيئة الجزائرية، البيئة الصحية، فمعايير بالدريج الموجودة في الجدول أعلاه غير موجودة في المنظمات الصحية الجزائرية، خاصة ما تعلق بالمسؤولية الاجتماعية أو المجتمعية والتخطيط الاستراتيجي وإدارة المعرفة ومصادر الطاقة البشرية وهي المعايير الأساسية التي بموجبها تقييم جودة الرعاية الصحية، ذلك ما جعلنا نحكم بعدم قدرة مستشفياتنا على تطبيق هذا النموذج.

**. نموذج إدارة الجودة الأوربي للتفوق وتطبيقاته في القطاع الصحي:** تم إنشاء هذا النموذج عام 1988 ببروكسل من قبل الهيئة الأوربية لإدارة الجودة EFQM وبمبادرة من طرف أربعة عشر رئيسا لشركات أوربية كبرى، وكان الهدف من وراء ذلك هو إيجاد أساليب لمساعدة المنظمات الأوربية للمشاركة في عمليات التحسين المستمر لتحقيق رضا المستهلك وصانع الخدمة والسلعة، والتأثير على المجتمع ونتائج الأعمال، ودعم المديرين في هذه العملية في تقبل الجودة الشاملة، وجعلها عاملا مهما في القرارات لتحقيق الميزة التنافسية الدولية، وظهر النموذج فعليا سنة 1991 بالشراكة مع المفوضية الأوربية المشتركة والمنظمة الأوربية للجودة.

وقد استخدم النموذج في أكثر من 800 مؤسسة أوربية حتى عام 2000، كما عرف النموذج تطورات عديدة إلى أن استقر على " نموذج إدارة الجودة الأوربي للتفوق" عام 1999، وأنشئت الجائزة الأوربية للتفوق في نفس الفترة ،

يرتكز هذا النموذج على تسعة معايير أساسية تنقسم إلى مجموعتين:

**المجموعة الأولى** تتكون من خمسة معايير ممكنة وهي: القيادة، السياسة والإستراتيجية، القوى العاملة، العمليات، الشركاء والمصادر.

**المجموعة الثانية** تتكون من أربعة عناصر وهي: نتائج المستهلك، نتائج القوى العاملة، نتائج المجتمع، نتائج الأداء الرئيسية.

وهناك علاقة ديناميكية ما بين الممكنات والنتائج، ووضعت قيم للعناصر معبر عنها بالنقاط وعددها 1000 نقطة، وزعت على العناصر التسعة المذكورة، واستخدمت طريقة ردار **RADAR**

للتقويم وهي طريقة حيوية لا مركزية تحتوي على أربعة عناصر وهي: البرامج، المداخل، إعادة التوزيع والتقييم.

وعكس بعض النماذج التي يصعب تطبيقها في القطاع الصحي، فهذا النموذج طبق في العديد من الدول منها ألمانيا وتم استعماله كأداة لتشخيص وتقييم الوضع الأولي لبرنامج إدارة الجودة، وكانت الرعاية الطبية الحادة والتأهيل والرعاية الجواله التي تقام على مستوى العيادات محل التطبيق، وبناء على التقارير المقدمة تم تبني مفهوم معياري لإدارة الجودة في الرعاية الصحية والذي استمد من دورة **ديمينغ** المعروفة: خطط، نفذ، راقب وتصرف في تحديد متطلبات الرعاية الصحية في بعض المستشفيات، وخطوات هذا المفهوم وعددها خمسة تتمثل فيما يلي:

✓ تحليل المنظمة ومقارنتها مع النموذج الأوربي والتعرف على مناحي التحسين والتي

سميت بالمعايير القياسية للتمييز

✓ العمل على تجميع مصادر القوى والمناحي الأخرى

✓ تحديد خطوات التطبيق والتنفيذ مع تحديد الأولويات

✓ تنفيذ المعايير

✓ التقييم والتقويم

ويمكن وضع هذه المعايير في جدول مع قيمة كل معيار بالنقاط والتي لخصت الممكنات والنتائج، أي المجموعتين اللتين يتكون منهما النموذج:

#### جدول معايير الممكنات والنتائج الخاص بنموذج إدارة الجودة الأوربي للتفوق

الممكنات: 500 نقطة (50%)	النتائج 500 نقطة (50%)
1. معيار القيادة الإدارية والطبية والتمريضية (10%)	6. معيار مستهلكو الرعاية الصحية (20%)
2. معيار السياسة والإستراتيجية (8%)	7. معيار صانعو الرعاية الصحية، الأطباء والمهنيون (9%)
3. معيار إدارة القوى العاملة (9%)	8. معيار ممولو الرعاية الصحية والتأثير على المجتمع (6%)
4. معيار المصادر (9%)	9. معيار النتائج الطبية والتمريضية والاجتماعية والمالية (15%)
5. معيار العمليات التشخيصية والعلاجية:	

إدارية، طبية، تمريضية (14%)	
المجموع: (50%) والنقاط: 500	المجموع: (50%) والنقاط: 500

ماذا حققت المنظمة في جودة

الرعاية الصحية

كيف تستوعب المنظمة الجودة

في الرعاية الصحية

المصدر: حنان الأحمدى، المرجع السابق الذكر، ص 429.

هذا النموذج كما يبدو لا يختلف كثيرا عن نموذج بالدريج سواء من حيث عدد النقاط أو حتى العناصر وإن لم تبدو ظاهرة إلا أنها متشابهة ضمنا، وللتقريب أكثر نقوم بمقارنة بين النموذجين:

مقارنة بين نموذج بالدريج والنموذج الأوربي للتفوق في الخدمات الصحية:

المعيار	النقاط في النموذج الأوربي	النسبة المئوية	النقاط في النموذج بالدريج	النسبة المئوية
القيادة	100	10%	120	12%
إدارة القوى العاملة	90	9%	85	8.5%
السياسة والإستراتيجية	80	8%	85	8.5%
الشراكة والمصادر	90	9%	*	*
العمليات	140	14%	85	8.5%
نتائج القوى العاملة	90	9%	75	7.5%
نتائج المستهلك	200	20%	75	7.5%
نتائج المجتمع والتوجه الرسمي	60	6%	75	7.5%
نتائج أداء المنظمة	150	15%	75	7.5%
إدارة المعرفة وتحليل المعلومات	*	*	90	9%
التركيز على المرضى والمستهلكين	*	*	75	7.5%
نتائج الأعمال /الرعاية الصحية	*	*	75	7.5%
النتائج المالية والأسواق	*	*	75	7.5%
مجموع النقاط	1000	100%	1000	100%

\*تشير إلى أنها متداخلة مع المعايير الأخرى.

المصدر: من إعداد الباحث بناء على المعطيات السابقة

خطوات هذا النموذج تبدو أكثر قابلية للتطبيق في البيئة الجزائرية لأنها سهلة وغير معقدة ولا تتطلب إمكانيات كبيرة، فقط الإرادة، ونذكر بهذه الخطوات فهي أولا القيام بتحليل المستشفى ومقارنته مع النموذج الأوربي، ثم تجميع مصادر القوى والمناحي الأخرى، وتحديد خطوات التطبيق والتنفيذ مع تحديد الأولويات بالطبع لأن كل النماذج لا يمكن تطبيقها دفعة واحدة، وبعدها تنفيذ المعايير وأخيرا التقييم والتقييم... هذا يدل على أن المستشفى في الجزائر يمكنه القيام بهذه الخطوات كمرحلة أولى لانتهاج نموذج الجودة...

### . المحور الثاني: الاعتمادية في القطاع الصحي وعلاقتها بجودة الخدمات

بالرغم من كون مفهوم الاعتمادية حديث الظهور نوعا ما، إلا أن له العديد من التعاريف، ويمكن ذكر تعريف عام للاعتمادية مفاده أنها عملية تقييمية شاملة ومعتمدة على مبدأ التقييم من قبل نظراء تقوم به جهة خارجية مستقلة لتقييم جودة النظم وكافة الأعمال والنشاطات التي تقوم بها المؤسسة الصحية وكذلك الوحدات التي تتألف منها مؤسسات الرعاية الصحية عن طريق تحديد مدى المطابقة بين المعايير الخاصة بتلك المؤسسة الصحية بهدف التحسين المستمر لجودة الخدمات المقدمة<sup>(1)</sup> (ذياب، ص94). وقد قدمت الهيئة الأمريكية المشتركة JCI تعريف الاعتمادية في المستشفيات وهو يكون المستشفى مؤهلا عندما يتفق بصفة جوهرية مع معايير الهيئة المشتركة المطبقة.

والاعتماد بطبيعة الحال هو عملية تقييم ذاتي وتقدير خارجي للنظراء تستخدمها هيئات الرعاية الصحية لتقدر بدقة مستوى أدائها فيما يخص المعايير المتفق عليها أو المنصوص عليها ولتتفقد الطرق التي تؤدي إلى التحسين المستمر (خوجة، ص 194).

يمكن أن نضيف تعريف آخر للاعتمادية في المستشفيات كما يلي: " الاعتماد هو العملية التي تقوم من خلالها المؤسسة المانحة للاعتماد بتقييم المؤسسة الصحية، وتحديد فيما إذا كانت هذه المؤسسة تفي بالمعايير التي وضعت للمحافظة على نوعية الرعاية الصحية المقدمة وتحسينها، وهذه المعايير تحقق أفضل ما يمكن الوصول إليه، وإن اعتماد المؤسسة يمثل الدليل الملموس على أن المؤسسة ملتزمة بتحسين نوعية الخدمة المقدمة للمريض والتأكد من سلامة بيئة الرعاية بالدرجة الأولى (خوجة، ص 95) .

في الأخير يمكن القول بأن الاعتماد هو الإشهاد الذي تقوم به هيئة معترف بها قانونا فيما يتعلق بالمرافق والقدرة والموضوعية والجدارة وسلامة الهيئة والخدمة أو المجموعة التشغيلية أو الفرد الذي يقدم الخدمة المعنية أو العملية المطلوبة

يمكن للاعتماد لوحده أن يصلح ويحسن جودة خدمات الرعاية الصحية، لأن في الاعتماد يتم تقييم موارد المؤسسة تقيما دوريا مدته ثلاث سنوات، لضمان جودة الخدمات بناء على معايير سبق قبولها.

ولا شك فإن الحصول على الاعتمادية له فوائد جمة منها تحسين الثقة المتبادلة بين أفراد المجتمع والمؤسسة الصحية، وإعطاء المصدقية لهذه الأخيرة، ورفع مستوى الجودة، وحماية العميل من المنتجات والخدمات غير المطابقة، والقبول الدولي والاعتراف، والعمل في بيئة آمنة وفعالة تزيد من رضا العاملين، وخلق بيئة وثقافة تعلم الاستفادة من الأخطاء للتحسين والتطوير، والتأسيس لأسلوب قيادي تعاوني.

. **منظمات الاعتماد على المستوى الدولي:** هناك العديد من المنظمات الدولية التي تقوم بمنح الاعتماد للمؤسسات الصحية، منها على سبيل الذكر لا الحصر:

1. الجمعية الدولية لجودة الرعاية الصحية ISQ ua
2. الهيئة الدولية المشتركة JCI
3. المنظمة الدولية للمعايير ISO 9000 للقطاع الصحي
4. المجلس الاسترالي لمعايير الرعاية الصحية
5. الوكالة الوطنية للاعتماد والتقييم في المجال الصحي بفرنسا
6. جائزة بالدريج بالولايات المتحدة الأمريكية
7. منظمة IEFQM الأوروبية
8. المجلس الكندي لاعتماد خدمات الرعاية الصحية كندا
9. إدارة الجودة الصحية بالمملكة المتحدة HQS NHS UK
10. الهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية JACHO
11. المجلس الياباني لجودة الرعاية الصحية
12. منظمة NIAZ بهولندا
13. هيئة اعتماد خدمات التأهيل بالولايات المتحدة الأمريكية
14. الجمعية الأمريكية لبنوك الدم بالولايات المتحدة الأمريكية

يمكن للمستشفى طلب الاعتماد من أي منظمة يقوم باختيارها وبصفة طوعية، بحيث تقوم المنظمة بإجراءات الاعتماد بناء على المعايير سالفة الذكر ، ويمكن للمستشفى أن يحصل على الاعتمادية إذا توفرت فيه الشروط، ويمكن تقديم بعض الملاحظات والتحسينات قبل الموافقة على الاعتمادية، ويمكن أن تكون النتيجة سلبية بحيث لا يتوفر المستشفى على الشروط التي تؤهله للحصول على الاعتمادية.

أما المعايير الدولية لاعتمادية المستشفيات فتتقسم إلى 15 مجموعة تتمحور جميعها حول المريض وسلامته وتغطي كافة مجالات عمل المستشفيات، وهي حقوق المرض وعائلاتهم، والوصول إلى الرعاية الصحية واستمراريتها، والخدمات التشخيصية، والرعاية الصحية، واستخدام الأدوية وخدمات الصيدلة، ومكافحة ومنع وقوع العدوى، والسلامة البيئية، والخدمات المساندة، وتحسين الجودة وسلامة المرضى، والسجلات الطبية، وإدارة المعلومات و الكادر الطبي، وإدارة الموارد البشرية، والتعليم والتدريب، والإدارة والقيادة، وخدمات التمريض ( جمعية المستشفيات الخاصة الأردنية) .

هذه المعايير مقسمة إلى 15 مجموعة مصنفة إلى معايير أساسية وجوهرية ومتقدمة، وللحصول على الاعتمادية يلزم تطبيق هذه المعايير حسب التصنيف، أي الأساسية والجوهرية والمتقدمة بنسب مئوية متفاوتة كآتي:

أساسية: يجب على المستشفى أن يحققها كلها أي 100% حتى يحصل على الاعتماد  
جوهرية: يجب على المستشفى أن يحقق نسبة معينة في حدود 40% للحصول على الاعتماد.  
متقدمة: يجب على المستشفى أن يحقق نسبة معينة كذلك في حدود 20% للحصول على الاعتماد.

فالمعايير الأساسية مثلا هي أن يكون لدى المستشفى قائمة محددة بكافة الإجراءات التي تحتاج إلى الحصول على موافقة مسبقة من المرضى أو من ينوب عنهم وهذه الإجراءات تكون مطابقة لخدمات المستشفى.

المعايير الجوهرية مثلا هي يتأكد المستشفى بان لجنة الآداب والسلوك الطبي قد قامت بمراجعة جميع بروتوكولات الأبحاث التي تتعلق بالإنسان كما هي مطلوبة بالقانون.  
المعايير المتقدمة مثلا ضمان الرعاية الصحية كافة الاختصاصات. وفيما يلي تفصيل مضامين بعض المعايير.

**المعيار الأول: حقوق المرضى وعائلاتهم:** يتم تطبيق واحترام حقوق المرضى المنصوص عليها في القوانين المحلية، منها الحق في الحصول على العلاج المناسب والرعاية الصحية والمعلومات الخاصة والمعلومات المرتبطة بالعلاج والفحوصات الطبية التشخيصية، بالإضافة إلى الحصول على موافقة المريض أو احد أفراد أسرته للقيام بالإجراءات الطبية، وإتاحة المجال للمريض وأفراد أسرته لتقديم الاقتراحات من اجل تحسين الخدمة وتقديم الشكاوي، وهناك عدة وثائق يجب على المستشفى الراغب في الحصول على الاعتمادية توفيرها ضمن هذا المعيار وهي:

- توفير نسخة عن حقوق المرضى من الأنظمة والقوانين المعمول بها

- قائمة بكافة الإجراءات والعلاجات التي تتطلب موافقة معينة من المريض أو احد أفراد أسرته
  - توفير نسخ عن جميع نماذج الموافقة على الإجراءات الطبية والتي تحتاج إلى موافقة المريض أو ذويه
  - نسخة عن دراسة رضا المرضى ومحاضر اجتماع اللجنة التي درست الرضا لبيان كيفية استخدام وتوظيف المعلومات الخاصة برضا المرضى والشروط المرجعية المعتمدة
  - محاضر اجتماع لجان المستشفى إضافة إلى كافة البروتوكولات التي تحكم عمل المستشفى مع اللجان كافة
  - نسخة عن السياسة أو الإجراء المكتوب المتعلق بشكاوى المرضى
  - توفير نسخة من السياسة الخاصة المتعلقة بممتلكات المرضى وأخرى متعلقة برفض المريض للعلاج
  - نسخة عن نشرة المعلومات أو عن أي معلومات أخرى أعطيت للمرضى
  - كتابة مجال الخدمات المقدمة من قبل الخدمات الاجتماعية والوقت المخصص لتقديم تلك الخدمات
  - أية وثائق أخرى تحددها مؤسسات الاعتماد وعلى المستشفى ضرورة توفيرها ضمن ملفات خاصة ومناسبة
- كما يمكن أن تكون هناك معايير فرعية ضمن المعيار الأساسي هذا والخاص بحقوق المرضى وعائلاتهم منها:
- هل لدى المستشفى قائمة محددة بكافة الإجراءات التي تحتاج للحصول على موافقة مسبقة من المرضى أو من ينوب عنهم في مجال الجراحة والتخدير، نقل الدم، الإجراءات والعلاجات التي تنطوي على درجة عالية من المخاطرة؟
  - هل يتماشى المستشفى مع القوانين والأنظمة التي تبين الحالات التي يحق لغير المريض إعطاء الموافقة؟
  - هل تتوفر نماذج للمرضى في جميع الأماكن الملائمة في المستشفى خاصة في وحدات التمريض داخل المستشفى وغرفة العمليات والعيادات الخارجية؟

- هل يوجد بروتوكولات للبحث العلمي ويلتزم المستشفى بها، وهل تتوفر نماذج للتوقيع من قبل المرضى المشاركين في البحث حسب القانون (شهود)؟
- مدى وجود تعليمات تسمح للمرضى أو ذويهم بتقديم شكاوى أو اقتراحات وكذلك مدى وجود لجنة أو شخص مسؤول عن تلك الشكاوى والاقتراحات
- هل يقوم المستشفى بعمل دراسات علمية خاصة برضا المرضى، ويتم نشر نتائج تلك الدراسات ضمن فترات زمنية محددة؟
- هل تتوفر سياسات صحية أو سياسات خاصة بعمل المستشفى بشكل واضح ومفهوم ومكتوب في مجال ممتلكات المريض والإبلاغ عن رفض المريض للعلاج؟
- وجود خدمات اجتماعية وتنظيف صحي من خلال موظفين متفرغين لذلك ومدى الالتزام باستخدام المبادئ الأخلاقية في عملية اتخاذ القرار

كما تتضمن هذه المعايير الفرعية دورها معايير أخرى يمكن قياسها وبناء الاعتماد عليها.

### المعيار الثاني: الوصول إلى الرعاية الصحية واستمراريتها:

الوثائق المطلوبة في هذا المعيار هي:

- توفير الوثائق المرتبطة بسياسة خاصة لتصنيف المرضى وإدخالهم للمستشفى
- توفير النشرة التي تتضمن معلومات الإدخال إلى المستشفى والخدمات المتوفرة التخصصية
- سياسة التحويل بين الأقسام داخل المستشفى وسياسة التحويل إلى مستشفى آخر
- كتابة مجال الخدمات لكل قسم من أقسام المستشفى
- سياسة خاصة بكيفية الوصول إلى الملفات الطبية

يمكن كذلك في هذا المعيار وجود معايير أخرى فرعية تطلبها اللجان المختصة ومنها على سبيل المثال:

- هل يتوفر لدى المستشفى سياسات وإجراءات لضمان استمرارية الرعاية الصحية مكتوبة ومطبقة؟
- هل تتوفر الوثائق التي تبين الخدمات الطبية التي يقدمها كل قسم في المستشفى ومدى تناسب هذه الخدمات مع الخدمات التشخيصية؟

- هل تتوفر سياسة خاصة حول نقل السجل الطبي داخل أقسام المستشفى وتتوفر كامل النماذج الضرورية فيه ومعبأة حسب القانون؟
- هل يوجد لدى المستشفى سياسة تحدد بموجبها الأشخاص المخولين بالاطلاع على ملف المريض الطبي؟
- هل يحول الملف الكامل للمريض الذي يضم أحدث البيانات الشخصية به مع المريض عندما يتم تحويله من قسم إلى آخر في نفس المستشفى أو خارجه من بيان أسباب التحويل؟

### المعيار الثاني عشر: الإدارة والقيادة

- وجود رسالة، ورؤيا، وأهداف واضحة ومفهومة للمستشفى وتعميمها
- وجود هيكل تنظيمي وخطوط اتصال واضحة وأنظمة وقوانين وتعليمات مفهومة تحكم العمل الإداري في المستشفى
- وجود وصف وظيفي، وصلاحيات واضحة لكل وحدة إدارية
- مراجعة كافة الأمور بشكل دوري.
- أية معايير أخرى تحددها مؤسسات الاعتماد لها علاقة بهذا المعيار ([www.phajordan.org](http://www.phajordan.org)).

من خلال جملة هذه المعايير الدقيقة والتفصيلية، وبالرغم من أهميتها ودقتها إلا أنها ليست ثابتة وصالحة لكل زمان ومكان، فيمكن لكل مؤسسة أن تتكيف معها بما يلائم بيئتها وثقافتها ودينها، وعليه يمكن القول كذلك بأن معايير الاعتماد هذه هي عي عبارة عن خطوط عريضة تحتوي نقاط مشتركة تكون محل الإجماع، ومنها بعض النقائص خصوصا ما تعلق الأمر بالمسؤولية المجتمعية أو الاجتماعية والتي سنشير إليها في موضع آخر.

### المحور الثالث: تشخيص القطاع الصحي الجزائري وإمكانية تطبيق نماذج الجودة والاعتمادية

تشخيص النظام الصحي الجزائري: لم تترجم البرامج والسياسات الصحية التي وضعتها الجزائر كما يجب وعليه سنكتشف العديد من الاختلالات والتفاوتات والفوارق فيما يخص الاستفادة من الخدمات الصحية ونوعيتها، وعليه نؤكد مرة أخرى أن الهياكل والمؤسسات الصحية عجزت عن ترجمة وتجسيد هذه السياسات والبرامج إلى واقع ملموس وإلى خدمات ذات جودة وهي بذلك تبقى

في عجزها الوظيفي الذي يتطلب العلاج وبسرعة لأنها مستعجلة والحالة المستعجلة لا تحتل الانتظار أكثر؟

بذلت الجزائر وتبذل جهودا كبيرة من اجل تقديم الخدمات الصحة لجميع سكانها وخصت لها أموال وإمكانات ضخمة، ولكن نوعية هذه الخدمات تشوبها العديد من النقائص والمشاكل ومن الأجدر معرفة أسباب تدني جودة الخدمات الصحية:

اعتبار المستشفيات نظما بيروقراطية تقليدية وثقافتها وأنماطها القيادية فيها مختلفة ومعقدة وهياكلها معقدة أكثر، تتخبط في مشاكل عدة منها: العلاقة المتميزة بين الأطباء وإدارة المستشفيات، وكذا التضارب بين فلسفة المستشفى وفلسفة إدارة الجودة الشاملة، والعلاقة بين المستشفى والنقابات المهنية خاصة الطبية والتمريضية، ولكن الأكثر هم الأطباء الذين لا يعيرون أي اهتمام لبرامج الجودة بحجة أنه ليس لديهم الوقت الكافي للقيام بها، ويرون أنها وسيلة لخفض التكاليف وحصرها تقوم بها الإدارة، كما أن سلوك المرضى يؤثر على جودة ونتائج الرعاية الصحية وهو المحدد لها بسلوكه، كما أن مشاركة مستهلك الرعاية الصحية غير عملي لأنه يصعب عليه فهم طبيعة الخدمة الصحية، ولا يستطيع المستهلكون الاتفاق على رأي واحد وليس لديهم معرفة كاملة لتغيير النظام الصحي. ويبقى السبب الحقيقي حسب رأي الشخصي مشكلة السلطة في المستشفى، أو ثنائية السلطة بين الإداريين والطبيين على وجه الخصوص، خاصة في القطاع العام، بالإضافة إلى تضارب بين الثقافات المهنية والأهداف والطموح، وأسباب أخرى متعلقة بجودة التنظيم والإدارة وغياب روح الفريق والمشاركة في اتخاذ القرارات، وعدم وجود وصف دقيق للوظائف والمهارات وغيرها... ويمكن التغلب على هذه المشاكل بتكوين فرق عمل مهنية متخصصة في النظم والعمليات الإدارية والسريية لإدارة الجودة، لان المهنيين وحدهم القادرين على معايرة وتقييس النشاطات والأعمال الخاصة بتقديم الرعاية الصحية...

إن نتائج عدم الاهتمام بالجودة في الخدمات الصحية تؤدي إلى سوء التوزيع وعدم العدالة في توزيع الإمكانيات والخدمات الصحية المتوفرة، ففي تقارير منظمة الصحة العالمية تحتل أغلب البلدان العربية ومنها الجزائر مراتب متدنية من حيث مستويات النتائج الصحية الجيدة، ومدى التجاوب مع احتياجات المستهلكين والإنصاف في التمويل والعدالة في التوزيع...

عدم الإنصاف في تقديم الخدمات الصحية وتدني مستواها واعتمادها الكامل في بعض الأحيان على مقارنة تقنية بحتة، وعدم توازن ولا عدالة في توزيع الموارد البشرية، خاصة السلك الطبي

بين الهياكل الصحية فيما بينها حتى وإن كانت في الشمال وبين الشمال والجنوب وبين المدن والأرياف، والجدول التالي يوضح التفاوتات في توزيع الأطباء الاستشفائيين الجامعيين في المراكز الاستشفائية الجامعية (م . إ . ج):

اسم م. إ. ج	عدد الأسرة	عدد الأطباء الجامعيين*	عدد الأطباء المقيمين	عدد الأطباء المتخصصين	عدد الأطباء العاميين	أطباء الأسنان	الصيدلة	المجموع
م إ ج باتنة	568	127=90+30+7	333	112	116	3	11	702
م إ ج قسنطينة	1536	=228+47+76 351	1319	150	71	4	17	1912
م إ ج مصطفى باشا	1523	=266+62+81 409	1262	248	73	3	13	2006
م إ ج البلدة	652	=165+36+25 225	492	134	102	9	14	977
م إ ج تلمسان	633	=134+39+27 200	576	209	95	17	23	1120
م إ ج وهران	1555	=171+63+60 294	1357	134	145	0	11	1941

يمثل الرقم الأول في عمود عدد الأطباء الجامعيين الأساتذة، والرقم الثاني يمثل الأساتذة المحاضرين والرقم الثالث يمثل الأساتذة المساعدين، ثم المجموع.

المصدر: (Statistiques sanitaires, 218)

هذه الأرقام تظهر اللامعادلة في توزيع الموارد البشرية ذات المستوى العالي والتي من شأنها تقديم خدمات صحية عالية الدقة، فهي غير منصفة حتى بين المناطق الشمالية، وحتى وإن جاز لنا القول بأن الولايات الشمالية ذات الكثافة السكانية العالية هي التي تستقطب هذه الكفاءات، فبالرغم من هذا نجد أن التعداد السكاني في ولاية باتنة أكثر من ولاية قسنطينة ولكن لا مجال للمقارنة بين عدد الأطباء الاستشفائيين بين المركزين الجامعيين، 127 لباتنة و351 لقسنطينة؟؟ وبالمقابل نجد: طبيب لكل 395 ساكن بالجزائر العاصمة مقابل طبيب لكل 2589 ساكن بالجلفة، أخصائي لكل 860 ساكن بالجزائر العاصمة مقابل أخصائي لكل 17800 بتيسمسيلت؟؟

لقد حققت الجزائر على مدى العقود الأربعة الماضية تقدما مشهودا في مجال الحد من مسببات الوفاة الطبيعية، ومن تم ارتفاع متوسط العمر وانخفاض وفيات الأطفال الرضع، غير أن الصحة ليست مضمونة لجميع المواطنين في الجزائر وخدماتها لم تبلغ مستوى مقبولا من الجودة والرضا من طرف العملاء.

قصور الإصلاحات الصحية في الجزائر: تسعى الجزائر باستمرار إلى تطوير نظامها الصحي وذلك من خلال توسيع دائرة الإصلاحات التي قامت بها إلا أنه هناك العديد من الاختلالات والمطبات

التي حالت دون تحقيق الأهداف الكلية المرسومة من خلال السياسات والاستراتيجيات والإصلاحات التي بادرت بها وزارة الصحة منذ بداية الألفية الثالثة، وعليه يمكن رصد هذه النقائص قبل وضع السبل الكفيلة بتفعيل النظام الصحي فيما يلي (حاروش، 2017):

ضعف التخطيط الصحي، وضعف الرقابة، وعدم القدرة على تقليص الفوارق بين المناطق، وضعف الإنفاق على الصحة، وعدم تشجيع العمل بالنهج التعاقدية بين المؤسسات الصحية العمومية وهيئات الضمان الاجتماعي، وعدم الاهتمام بترشيد استهلاك الدواء، وعدم الاهتمام بوضع برامج الجودة في الخدمات الصحية وتأهيل المستشفيات قصد الحصول على الاعتمادية الدولية، و يمكن تفصيل هذه الاختلالات حسب المجالات كما يلي:

الاختلالات المتعلقة بالتنظيم: منها غياب أنظمة تحفيز الموارد البشرية، وعدم المساواة في توزيع الموارد البشرية عبر الوطن، وقلة التجهيزات وعدم صلاحيات والعجز في صيانتها، ونقص ونفاذ المواد الصيدلانية الأساسية نتيجة احتكار الصيدلية المركزية للمستشفيات تزويد المستشفيات، وغياب المتابعة المؤسساتية للمريض في حالة الاستشفاء طويل المدى، ونقص النجاعة والنوعية في تقديم الخدمات الصحية، تدني الجودة وطول انتظار الحصول على المواعيد وغيرها.

الاختلالات التمويلية: وتتمثل في قلة الموارد المالية وسوء توزيعها حسب الأولويات، وضعف التحكم في النفقات وعدم دقة المعطيات والبيانات المتعلقة بتكاليف ونشاطات المصالح، وتراكم ديون المؤسسات الاستشفائية خاصة لدى الصيدلية المركزية

اختلالات التسيير: وتتمثل في انعدام تكوين الموارد البشرية في مجال الترميز والترتيب الدولي للأمراض، وسوء التعامل مع الملفات والتقارير الطبية للمرضى، وعدم توافق التكوين الأكاديمي مع الواقع الصحي، التكوين يقوم بالدرجة الأولى على العلاج، والسياسات الصحية والواقع يقوم على الوقاية؟؟ مع عدم تحديد الحاجيات الحقيقية في مجال التكوين، وانعدام ثقافة التكوين في المستشفيات لعدم وجود برامج الجودة والتحسين المستمر وضمان الجودة.

أمام هذا الوضع ارتأينا توجيه اقتراح للسلطات العليا باتخاذ الإجراءات الكفيلة والتعبير عن الإرادة السياسية قصد تنبي الأساليب الحديثة في الإدارة الصحية على شاکلة إدارة الجودة الشاملة ودفع المستشفيات إلى طلب الحصول على الاعتمادية لما لها من اثر على جودة الخدمات الصحية وديمومة واستمرار المستشفيات الجزائرية.

. إمكانية تطبيق نماذج الجودة والاعتمادية في المستشفيات الجزائرية: إن النماذج الموجودة حاليا والتي تم تطبيقها وحقت نتائج هامة في بعض الدول لا يمكن أخذها كما هي (وصفة جاهزة) وتطبيقها في بيئة غير بيئتها، لان نماذج الجودة ما هي إلا توجيهات وإرشادات عامة، وبالتالي فالأخذ بقيم المجتمع وثقافته ودينه تعد عاملا حاسما في نجاح أو فشل النموذج، عكس بعض النماذج التي يصعب تطبيقها في القطاع الصحي بصفة عامة، فالنموذج الأوربي للتفوق طبق في العديد من الدول منها ألمانيا وتم استعماله كأداة لتشخيص وتقييم الوضع الأولي لبرنامج إدارة الجودة، وكانت الرعاية الطبية الحادة والتأهيل والرعاية الجواله التي تقام على مستوى العيادات محل التطبيق، وهذا يعني أن الجزائر يمكن الاستفادة من هذه التجربة (استعمال المقارنة المرجعية) وتطبيق النموذج على بعض الوحدات أو العيادات التي تقدم العلاج الأولى، لعدم تعقيد مهامها وتداخل الصلاحيات والسلطة وغيرها، وبناء على التقارير المقدمة يتم تبني مفهوم معياري لإدارة الجودة في الرعاية الصحية وتبدأ العملية استنادا لدورة ديمينغ المعروفة: خطط، نفذ، راقب وتصرف في تحديد متطلبات الرعاية الصحية، أما خطوات هذا المفهوم وعددها خمسة فتتمثل فيما يلي:

تحليل المستشفى أو المنظمة الصحية ومقارنتها مع النموذج الأوربي والتعرف على مناحي التحسين والتي سميت بالمعايير القياسية للتمييز، ثم العمل على تجميع مصادر القوى والمناحي الأخرى، وبعدها تحديد خطوات التطبيق والتنفيذ مع تحديد الأولويات، ثم تنفيذ المعايير، وفي الأخير التقييم والتقييم، و هذا يدل على أن البيئة الجزائرية يمكن أن تكون حقا خصبا لتطبيق هذا النموذج كونه بسيط ولا يتطلب شروط أو إمكانيات كبيرة، فقط توفير الإرادة والمعرفة؟ أما بشأن الحصول على الاعتمادية فيمكن للمستشفى المرور بالعديد من الخطوات الإرشادية، ولكن قبلها نتساءل عن حالة مستشفياتنا وفقا للمعايير سألها الذكر.

بالعودة إلى معايير الاعتماد للمستشفيات المتكونة من 15 مجموعة والتي تتمحور جميعها حول المريض وسلامته وتغطي كافة مجالات عمل المستشفيات، فإن العديد منها لا محل له من الإعراب في مستشفياتنا وعليه فغياب معيار أو أكثر لا يمكن المستشفى من تطبيق نموذج الجودة أو الحصول على الاعتمادية، ومن بين المعايير المفقودة في المستشفيات الجزائرية نذكر: حقوق المرض وعائلاتهم، والوصول إلى الرعاية الصحية واستمراريتها، والسلامة البيئية، الخدمات المساندة، تحسين الجودة وسلامة المرضى، إدارة المعلومات ... هذا يدل على أن التفكير والإسراع في الحصول على الاعتمادية يبدأ بالعمل أولا على توفير هذه المعايير وجعلها في الواقع ثم تأتي الخطوات الموائية، لذا فالمستشفيات الجزائرية مطالبة بالإسراع في

تشخيص بيئتها ومقارنتها بهذه النماذج والمعايير لمعرفة أوجه القصور والعجز وإصلاحها ومن ثم طلب الحصول على الاعتمادية التي تمر بالعديد من المراحل والخطوات وبذل المزيد من العمل والجهد.

الأكد أن الحصول على الاعتمادية ليس بالسهولة التي نتصورها ولكن الأمر يتطلب بالدرجة الأولى تغيير وتعديل السلوك الفردي والتنظيمي وأساليب العمل، حيث يتطلب من إدارة المستشفى بذل جهود كبيرة والقيام بإجراءات وتغييرات هامة، قصد تجاوز مقاومة التغيير ويتم شرح الهدف من الحصول على الاعتمادية وما هي مزاياه؟ وعندما يتيقن المستشفى بأن الأفراد مندمجين ومقتنعين بالمشروع، يقوم هذا الأخير بالخطوات التالية:

- ✓ إجراء تقييم شامل للأداء الحالي لمعرفة الممارسات الخاطئة وكيفية تعديلها
  - ✓ البدء بالتوثيق وهي من الأمور الهامة جدا في موضوع الاعتمادية ويشمل، توثيق السياسات والإجراءات والخطط والخطوات الإرشادية الطبية المكتوبة (بروتوكولات العلاج) حتى يعطي الفرصة لجميع المشاركين في العملية العلاجية أن الأمور تسير وفق الخطة المكتوبة وبعيدة عن العشوائية، ويمكن توضيح أكثر لهذه الخطوات كما يلي:
  - ✓ تبني مبدأ الاعتماد من طرف القيادة الإدارية العليا للمستشفى ( المدير العام والفريق الإداري ورؤساء المصالح الطبية)، وإبلاء أهمية قصوى للحصول على الاعتمادية
  - ✓ نشر مبادئ الاعتماد من طرف القيادة الإدارية العليا وتوضيح مدى أهميته بالنسبة لجميع الأفراد
  - ✓ شرح وتوضيح مفهوم الجودة وفلسفتها إذا علمنا بان الحصول على الاعتمادية يعني تحقيق المستشفى جودة في الخدمات الصحية
  - ✓ القيام بتشكيل لجنة لتحسين الجودة والبدء بكتابة محاضر الاجتماعات وبالتفصيل والاحتفاظ بها
  - ✓ نشر ثقافة الجودة ومعايير الاعتماد الفردية (تحقيق المعايير الفردية يعني بالضرورة تحقيق معايير المنظمة)
  - ✓ إجراء التقييم الذاتي لوضع المستشفى الحالي، مع التوثيق الدقيق، لمعرفة ما ينقصه للامتثال والتطابق مع معايير الاعتماد الموضوعه
- يقوم المستشفى بوضع خطة فعلية لكافة المعايير التي يتم تحقيقها بشكل كامل، بحيث تحدد كالتالي:

أ . النتيجة أو النتائج التي تدعم الاستنتاج الذي يقول بأن المعيار غير محقق بشكل كامل

ب . الإجراء الموصى به والذي يجب اتخاذه لكي يتم تحقيق المعيار بشكل كامل.

ج . اسم الشخص الذي سيتحمل عبء المسؤولية لضمان تلك العملية

## د . التاريخ المتوقع لإتمام العملية

التقييم الخارجي غير المتحيز لمدى دقة ومصداقية نتائج التقييم، وتنفيذ دراسة مسحية تحضيرية من خارج المستشفى، ومسح الاعتماد النهائي، والحصول على الاعتماد<sup>(1)</sup> (ذياب، ص 106) وبهذا يصبح المستشفى متحصلا على الاعتمادية، ونشير هنا أن الاعتمادية يمكن أن تكون في المرحلة الأولى وطنية أو دولية، هذه الشهادة هي بمثابة تأشيرة . فيزا . للمستشفى داخليا وخارجيا وهي التي تجعله محل استقطاب واهتمام العملاء . المرضى . بل هي الجاذبية الحقيقية للمستشفى.

**الخاتمة:**

تعد الأساليب الحديثة في علم الإدارة متنفس لأغلب النظم الصحية في العالم، لما لها من اثر إيجابي على صحة الفرد والمجتمع والاقتصاد والسمعة وغيرها، ولم تكنف هذه الدول بتحقيق الجودة في القطاع الصحي بل راحت تبحث عن معايير علمية وتقنية تلزم العمل بها في المستشفيات وأنشأت بذلك هيئات محلية ودولة مستقلة لمنح شهادة الاعتماد للمستشفيات، هذه الشهادة تعتبر تأشيرة عابرة للحدود بالنسبة للمستشفى وتعمله محل استقطاب وجاذبية للمرضي والمراجعين.

تعمل الجزائر حاليا من خلال العديد من البرامج والسياسات الوطنية للصحة لتحسين وترقية صحة مواطنيها من خلال تحسين الخدمات الصحية المقدمة وتحقيق أهداف الألفية، لكن المؤشرات الصحية للسنوات الأخيرة لا تعبر ولا تعكس الإمكانيات التي وفرتها الدولة للنهوض بالقطاع الصحي، أما نوعية وجودة الخدمات الصحية فهي بعيدة المنال في الوقت الراهن وذلك لغياب إرادة سياسية فعلية باتجاه تطبيق الأساليب الإدارية الحديثة التي بإمكانها تحقيق الجودة وكسب رضا المريض، ناهيك عن حصول المستشفيات الجزائرية على الاعتمادية الوطنية أو الدولية.

الجزائر ملزمة في الوقت الراهن بتبني الأساليب الحديثة في الإدارة الصحية وتطبيق نماذج الجودة ودفع المستشفيات الى الحصول على الاعتمادية بعدما يتم التعبير عن ذلك بإرادة سياسية والتزام من قبل القيادة العليا.

**المراجع والهوامش:**

- 1- أبو عزيزة خ. م. (2010). العلاقة بين تطبيق معايير الاعتماد الأردنية وجودة الرعاية الصحية في القطاع الصحي الأردني (أطروحة ماجستير). كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.

- 2- خوجة توفيق . أ. (2010). المدخل في تحسين جودة الخدمات الصحية، الرعاية الصحية الأولية. الرياض: المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون الخليجي.
- 3- مسودة مازن ع. ا. ع. ا. (2004). أثر تطور الموارد البشرية الصحية في تحقيق الجودة الشاملة، دراسة ميدانية تحليلية تطبيقية على المستشفيات الأردنية الخاصة 1995 . 2003 (أطروحة دكتوراة). كلية الدراسات العليا، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.
- 4- جمعية المستشفيات الخاصة الأردنية، ج. ا. ا. ا. الموقع الرسمي لجمعية المستشفيات الخاصة الأردنية. استرجع في 29 أكتوبر، 2015، من [www.phajordan.org](http://www.phajordan.org)
- 5- مجلس اعتماد المؤسسات الصحية م. ا. ا. ا. (2009). معايير اعتماد المستشفيات. المملكة الأردنية الهاشمية: المملكة الأردنية الهاشمية.
- 6- حاروش . ن. (2017). الإدارة الصحية: دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني. الجزائر: دار الأمة للنشر والتوزيع.
- (\*) رفيدهُ الأُسلمية-صحابيَّة جليلة، هي أولُ ممرضةٍ في الإسلام؛ كانت تقوم بمداواة مُصابي المسلمين وجرحاهم في غزواتِ الرُّسولِ -صَلَّى اللهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ- كانت لرفيدة خيمةٌ إسعافية تستقبلُ فيها الجرحى والمصابين؛ لتقومَ بإسعافهم بمساعدة بعضِ الصحابيَّات الجليلات، فتسعفهم وتداويهم بمعرفتها الطَّبية، وخبرتها العلاجية المعروفة في ذلك الوقت.
- (\*\*) حرب القرم: هي حرب قامت بين الإمبراطورية الروسية والدولة العثمانية عام 1853، ودامت حتى عام 1856، وشاركت في هذه الحرب كل من مصر وتونس وفرنسا وبريطانيا إلى جانب الدولة العثمانية التي أصابها الضعف وانتهت هذه الحرب في 30 مارس 1856 بتوقيع اتفاقية باريس وهزيمة الروس.
9. République Algérienne Démocratique et Populaire , Ministère de la Santé de la population et de la Réforme hospitalière, Direction des études et de la planification, **Statistique sanitaire, 2018, p 326,328.**
- 10 \_ [www.quality.nist](http://www.quality.nist).