



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان



كلية العلوم الاقتصادية، علوم التسيير والعلوم التجارية
مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية
تخصص: بحوث العمليات وتسيير المؤسسات

الموضوع:

تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية

دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية المعنية

تحت إشراف :
د. بطاهر سمير

من إعداد الطالبة :
بجدادة نجة

أعضاء لجنة المناقشة:

رئيسا	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي	أ.د. بلمقدم مصطفى
مشرفا	جامعة تلمسان	أستاذ محاضر	د. بطاهر سمير
ممتحنا	جامعة تلمسان	أستاذ محاضر	د. شليل عبد اللطيف
ممتحنا	جامعة تلمسان	أستاذ محاضر	د. يحي برويقات عبد الكريم

السنة الجامعية 2012/2011



إهداء



أهدي هذا العمل المتواضع إلى:

والدي العزيزين أطال الله في عمرهما

إلى روح زوجي رحمه الله

إلى فلذة كبدي محمد الأمين

والى كل أفراد عائلتي



تشكرات

بسم الله الرحمن الرحيم

وصلي اللهم على نبيك العربي محمد بن عب

وعلى اله وصحبه ومن اتبع هداه إلى يـ

بكل خشوع و إجلال أنخي أمام رب العرش

واحمده حمدا كثيرا كما يحبه ويرضاه على وقوفه معي وتوفيقه لي ونعمه اللامحدودة،

كما اشكر الذي أوصاني رب العالمين بهما خيرا والذي العزيزين على دعمهما المتواصل لي.

وبكل احترام وتقدير أتقدم بشكري الجزيل للأستاذين:

البروفيسور بلمقدم مصطفى والدكتور بطاهر سمير لما أبدوه من تعاون وما أفادوني به من تدخلاتهم وتوجيهاتهم القيمة، شكرا لكل الأساتذة الذين ساندوني في مشواري الدراسي وقدموا لي الدعم ولو بكلمة طيبة وعلى رأسهم الأستاذ خطيب بومدين و الأستاذ عوني بلعيد لما قدموه لي من مساعدات و توجيهات رشيدة.

شكرا كذلك لمدير المؤسسة الإستشفائية العمومية لمغنية

السيد بن يخو شيخ وكذا رئيس المديرية الفرعية للوسائل المادية لتعاونهما اللامحدود معنا، وكذا جميع إدارات وعمال هذه المستشفى لحسن استقبالهم وتعاونهم معنا.

ودون أن أنسى عمال مكتبة العلوم الاقتصادية بتلمسان

لأشكرهم على تعاونهم وتفهمهم الكبيرين. وإلى كل من ساعدني في إتمام هذا العمل المتواضع

ولو بكلمة طيبة وابتسامة صادقة.

فشكرا للجميع

الفهرس	
09	المقدمة العامة
الفصل الأول: المستشفى كمورد للرعاية الصحية و أهم التحديات التي تواجهها	
16	المقدمة
17	I- الخدمات الصحية
17	I-1- الخدمات
17	I-1-1- تعريف الخدمة
18	I-1-2- خصائصها
20	I-1-3- تصنيفها
22	I-2- الصحة
22	I-2-1- مفهوم الصحة
22	I-2-2- الصحة كسلعة معمرة
24	I-2-3- انتاج الصحة
25	I-3- الخدمات الصحية
25	I-3-1- مفهوم الخدمات الصحية
26	I-3-2- خصائص الخدمات الصحية
28	I-3-3- مدخلات انتاج الخدمات الصحية
30	II- النظام الصحي
30	II-1- ماهية النظام الصحي
30	II-1-1- مفهوم النظام الصحي
31	II-1-2- الوظائف الأساسية للنظام الصحي
31	II-1-3- مكونات النظام الصحي
32	II-2- مستويات الخدمات الصحية التي يقدمها النظام الصحي
32	II-2-1- الرعاية الصحية الأولية
33	II-2-2- الرعاية الصحية الثانوية

33	II-2-3- الرعاية الصحية التخصصية
34	II-2-4- الرعاية الصحية التأهيلية
34	III- المستشفى كمورد للرعاية الصحية
34	III-1- عموميات حول المستشفى
34	III-1-1- مفهوم المستشفى
36	III-1-2- الوظائف الأساسية للمستشفيات
39	III-1-3- تصنيف المستشفيات
42	III-1-4- التنظيم الداخلي للمستشفى
45	III-2- المستشفى كنظام
45	III-2-1- المستشفى : نظام مفتوح
47	III-2-2- مكونات المستشفى باعتباره نظاما مفتوحا
50	III-2-3- المستشفى نظام اجتماعي واقتصادي معقد
51	III-3- الرهانات الحالية للمستشفى
52	III-3-1- الاستخدام الأمثل للموارد
52	III-3-2- تطور الطلب على الخدمات الصحية
53	III-3-3- التحكم في النفقات الصحية
54	III-3-4- التحسين من جودة الخدمات الصحية
57	الخاتمة
الفصل الثاني: الإمداد كنشاط داعم في المؤسسات الصحية	
59	المقدمة
60	I- عموميات حول الإمداد
60	I-1- ماهية الإمداد
60	I-1-1- التطور التاريخي للإمداد
62	I-1-2- مفهوم الإمداد
65	I-1-3- أنشطة الإمداد
70	I-2- دور الإمداد

70	I-2-1- دور الإمداد في الاقتصاد
71	I-2-2- دور الإمداد في المنظمة
72	I-3- التحول من الإمداد إلى سلسلة الإمداد
77	I-4- المراحل الرئيسية لتطور سلسلة الإمداد
77	I-4-1- مرحلة الإمداد المنفصل (1950-1970)
78	I-4-2- مرحلة الإمداد التكاملي (1970-1990)
79	I-4-3- مرحلة الإمداد التعاوني (1990-يومنا الحالي)
81	II- الإمداد الصحي
81	II-1- ماهية الإمداد الصحي
81	II-1.1- لمحة عن الإمداد في المؤسسة الخدمائية
83	II-2.1- مفهوم الإمداد الصحي
86	II-3.1- التدفقات في المستشفى
88	II-2- تطور أهمية أنشطة الإمداد في المستشفى
88	II-1.2- أهمية أنشطة الإمداد في الوسط الإستشفائي
91	II-2.2- تطور الإمداد في المستشفى
93	II-3- هيكل سلسلة الإمداد الصحي
98	II-1.3- المستوى الأعلى Le niveau amont
99	II-2.3- المستوى التحتي Le niveau aval
99	II-3.3- المستوى الكلي Le niveau global
100	III- من بين إسهامات الإمداد في الوسط الإستشفائي
101	III-1- نظام المعلومات بالمستشفى
103	III-2- تأثير تهيئة المستشفى على ممارسات الإمداد
103	III-3- اتساع مجال تدخل الإمداد في قسم العمليات الجراحية
104	III-4- التوجهات الحديثة للإمداد في المؤسسات الصحية
106	الخاتمة

الفصل الثالث : مجالات تدخل أنشطة الإمداد في المستشفى	
108	مقدمة
109	I- التوريد على مستوى المستشفى
109	I-1- مفهوم و أهداف التوريد
109	I-1-1- مفهوم التوريد
109	I-1-2- أهدافه
109	I-2- وظيفة الشراء في المستشفى
110	I-2-1- مفهومها تطورها
113	I-2-2- إجراءات الشراء
115	I-2-3- الصفقات العمومية كإجراء من إجراءات الشراء بالمستشفى العمومي
119	I-3- إدارة المخزون
120	I-3-1- مفهوم إدارة المخزون
122	I-3-2- تقنيات إدارة المخزون
126	I-3-3- إدارة المخزون كجزء من إدارة الإمداد
128	I-4- توحيد المنتجات كسبيل لتدنية التكاليف
128	I-5- إسهام الإمداد في خلق القيمة المضافة للمستشفى و الموزعين معا
129	II- الإنتاج في المستشفى
129	II-1- الإطعام
130	II-1-1- أنواع الأغذية العلاجية
131	II-2-1- مراحل الإطعام
132	II-2-2- الغسيل ومراحله
133	II-2-1- مراحل عملية الغسيل
135	II-3- التعقيم ومراحله
135	II-3-1- مفهوم التعقيم
136	II-3-2- مراحل عملية التعقيم

140	III-إعادة التموين بالمستشفى: إطار، أشكال وخصائص
141	III-1-أشكال إعادة التموين بالمستشفى
141	III-1-1- نظام التسخير
142	III-1-2- تبادل العربات
143	III-1-3- نظام level
144	III-1-4- نظام مليء /فارغ
145	III-2- اختيار انظمه إعادة تموين وحدات الرعاية الصحية
147	الخاتمة
الفصل الرابع :المؤسسة العمومية الاستشفائية لمغنية كعينة لواقع الإمداد في المستشفى الجزائرية	
149	مقدمة
150	I- مدخل عام حول الخدمات الصحية العمومية في الجزائر
150	I-1- هيكل النظام الصحي العمومي في الجزائر
154	I-2- تدخلات القطاع المادية والبشرية
155	I-3- تطور نظام تمويل المنظومة الصحية في الجزائر
157	II- عموميات حول المستشفى محل الدراسة الميدانية
157	II-1- نظرة عامة حول المؤسسة العمومية الإستشفائية لمغنية
157	II-1-1- تقديم المؤسسة
162	II-1-2- موارد المستشفى
164	II-2- واقع الإمداد في المستشفى
164	II-2-1- التوريد في المستشفى
168	II-2-2- بعض أنشطة الإنتاج في المستشفى
171	II-2-3- طرق إعادة تموين الأقسام العلاجية بالمستشفى
172	II-2-4- تكاليف أنشطة الإمداد على مستوى المستشفى
174	III- الجناح التقنوطي كمثال على تدخل أنشطة الإمداد
174	III-1- الجناح التقنوطي
174	III-1-1- وصفه

175	III -1-2- خصائص الجناح التقنوطي
176	III -1-3- سلسلة القيمة للجناح التقنوطي
178	III -2- سبل التكفل بالمريض خلال المسار الجراحي
180	III -2-1- أشكال التكفل بالمريض داخل المستشفى
181	III -2-2- المسار الجراحي
183	III -2-3- تحديد موارد المسار الجراحي للمريض
185	III -3- البرمجة العملية la programmation opératoire
185	III -3-1- ماهية البرمجة العملية
185	III -3-2- دواعي اللجوء إلى البرمجة العملية
186	III -3-3- إشكالية البرمجة العملية في الجناح التقنوطي
188	III -4- نمذجة البرمجة العملية
189	III -4-1- عرض المشكلة
189	III -4-2- الفرضيات
189	III -4-3- نمذجة المشكل
190	III -4-4- التجربة
192	III -4-5- النتائج
194	الخاتمة
195	الخاتمة العامة
199	المراجع
212	قائمة الأشكال
213	قائمة الجداول

المقدمة العامة

1- تمهيد:

من أكثر قضايا التخطيط والتنمية إثارة للجدل، قضية الرعاية الصحية للمواطن وما ينبغي أن يخصص لها من ميزانية الدولة، فتوفيرها ينعكس إيجابا على علاقة الفرد بالآخرين، وقدرته على خدمة مجتمعه إذ يصبح أكثر كفاءة من الناحية الاقتصادية وأكثر تحملا لمشاق العمل من الشخص المريض، لذلك تولى مختلف الدول برامج الرعاية والخدمات الصحية اهتماما كبيرا. ولكنها في نفس الوقت تواجه تزايدا بصورة غير مسبوقه للضغوط على كل مؤسسات الخدمات الصحية في زمن انتشرت فيه أمراض العصر المزمنة والوبائية، وازديادها تغيير في البيئة و التركيبية العمرية للسكان، إضافة إلى التطورات التقنية والتكنولوجية السريعة و المصحوبة بتزايد وتنوع في الطلب على الرعاية الصحية الأمر الذي جعلها تعيد النظر في تنظيمها وإدارتها.

إن الجزائر مثلها مثل باقي دول العالم تواجه زيادة حادة في الاحتياجات الصحية التي تتطلب جهودا متواصلة للسيطرة والتحكم في النفقات الصحية وإجراء إصلاحات من شأنها خلق مؤسسات صحية أكثر فعالية وكفاءة في تسييرها للموارد. وفي هذا السياق تبرز المستشفى كمؤسسة خدمات خاصة، أهم ما يميزها عن غيرها الجانب الإنساني النبيل، استمرارية أنشطتها على مدار العام (24/سا/24 سا)، هذا إلى جانب حساسية أنشطتها لتعلقها بحياة الإنسان. وكغيرها من المنظمات، فالمستشفى وتسايرا مع التطور الذي تشهده هذه المنظمة أصبحت تعيش تحولات كبيرة واكبتها إصلاحات هامة، سعت من خلالها إلى ترشيد نفقاتها والرفع من مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

ولمواجهة هذه الرهانات أصبحت المستشفى تنتهج مثلها مثل أي منظمة صناعية في تبنيها لثلاثية (التكلفة/الجودة/مدة الاستجابة) إذ تسعى إلى التوفيق ما بين المعايير الثلاثة، ما عدا عندما يتعلق الأمر بالتكفل بالمرضى فنجد أن معيار الجودة يسيطر على المعيارين الآخرين بسبب ارتباطها المباشر بسلامة المريض. وبالتالي أصبحت السيطرة والتحكم في تكاليف الرعاية الصحية تشكل تحديا كبيرا سواء للمستشفى أو النظام الصحي ككل، حيث شرعت العديد من الدول في إعادة هيكلة عميقة لأنظمتها الصحية و الإستشفائية خاصة.

ولما كانت الأموال التي تنفق في هذا المجال كبيرة، تعين الحرص على أن تكون الخدمة الطبية المقدمة ذات مستوى عال يتناسب مع هذه النفقات، وهو أمر يتأتى بتأمين كفاءات إدارية مؤهلة تأهيلا جيدا لضمان الاستفادة القصوى من الإمكانيات المتاحة. فقد أصبحت تشكل هذه النفقات جزءا هاما من ميزانية

المؤسسة الصحية وبالتالي من الميزانية الحكومية مما جعل التحكم في هذه النفقات يشكل أكبر رهان لدى هذه الدول .

فإذا تمعنا في هذه النفقات نجد أن منها ما هو غير قابل للتخفيض كنفقات المستخدمين مثلا في حين نجد أن النسبة المتبقية يمكن التحكم بها وهي تلك المتعلقة بوظائف مختلفة كالشراء، النقل، التوزيع، المناولة، التخزين، التموين... فبعد أن أثبتت الدراسات أن نسبة هذه النفقات تشكل أكثر من 40% من الميزانية العامة للمؤسسة أصبح من الضروري العمل على ترشيد هذه النفقات من خلال التنسيق بين هذه الأنشطة مما يؤهلها لاستغلال أمثل للموارد المتاحة لديها.

ومن هنا يبرز نشاط الإمداد الذي لطالما حقق نجاحا مميذا في شتى الميادين، بداية من الميدان العسكري، إلى الميدان الاقتصادي والصناعي خاصة، فالقطاع الخدماتي بمختلف فروعته. فإذا رجعنا إلى تعاريف الإمداد وجدناه يشمل جميع الأنشطة التي تشارك في التحكم في التدفق المادي للمنتوج وفي التنسيق بين الموارد للحصول على مستوى معين من الخدمة وبتكلفة أقل .

إن هذا التعريف يشمل أهم المبادئ التي يقوم عليها الإمداد، فمن خلال هذا النشاط تستطيع المؤسسة الصناعية أن تخفض من تكاليف نشاطاتها مما سيعود بزيادة في ربحيتها وبالتالي في الرفع من أدائها مما يؤهلها إلى تعزيز مركزها التنافسي في السوق، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن انخفاض التكاليف لدى المؤسسة سينعكس على المستهلك في اقتناء السلع والخدمات نسبة لانخفاض أسعارها وقدرة المؤسسة المنتجة على توفيرها في الوقت والمكان المناسبين وبال جودة المطلوبة.

إن هذا النجاح الذي ميز الميدان الصناعي حفز المؤسسات الخدمائية لتنتهج نفس الخطوات بغية تقديم أجود خدمة وبأقل تكلفة. فغالبا ما نجد هذه الأخيرة تحرص على ضمان تدفق وحركة العناصر المادية المتدخلة في عملية تقديم الخدمة، وهنا يبرز دور الإمداد في تنسيق هذه التدفقات لما لها من تأثير على فشل أو نجاح هذه المؤسسات، هذا من جهة. ومن جهة أخرى فإن الإمداد في المؤسسات الخدمائية يهدف كذلك إلى التحكم في مدة الاستجابة عند تقديم الخدمة للعميل (ك مجال الاتصالات مثلا)، أو إلى الحد من الاختناقات والعوائق التي تشوب المعالجات الإدارية (كالبنوك مثلا).

ولأن الخدمات لا تنتج مخرجات تنقل أو تخزن فإن الإمداد يلعب نفس الدور من خلال تحكمه في القيود المكانية والزمانية، ولكنها في هذه المرة تطبق على طاقات الإنتاج نفسها، بما فيها من موظفين، معدات وأجهزة، وكذا المعلومات الضرورية لإصدار الخدمات، فتوفير موظفين مناسبين ومعلومات موثوق بها وأجهزة ووسائل ملائمة في المكان والوقت المناسبين يمثل وظيفة رئيسية في إدارة الخدمات.

وفي هذا الصدد، نميز بين جانبين للإمداد في المؤسسات الخدمائية، فأما الجانب الأول فهو الإمداد الكلاسيكي (La logistique classique) الحامل لنفس طبيعة أنشطة الإمداد في المؤسسات الصناعية من خلال إدارته للتدفقات المادية من سلع ومواد وأجهزة ضرورية لإصدار الخدمة، كالأدوية مثلاً في حالة المستشفيات، يكمن هدفه في تسليم أحسن منتج في الوقت والمكان المناسبين وبأحسن جودة وأقل تكلفة. في حين يهتم الشق الثاني بإدارة تدفق العملاء بناء على الطلب والطاقات المتاحة للمنظمة في آن واحد، وهو يهدف إلى التقليل من وقت انتظار العملاء والتسيير الأمثل لطاقت إنتاج الخدمات، وهو ما يعرف بإمداد الاستجابة (La logistique de réaction) أو الإمداد الخدماتي (La logistique des services).

هذا ويقوم الإمداد بتنسيق وسائل الإنتاج في الخدمات حتى لحظة تقديم الخدمة، وبذلك فإن أي خلل محتمل في التحكم في زمن الاستجابة، سيتجلى مباشرة وفورا في عدم رضا العملاء. وبما أن المستشفى تعتبر كمؤسسة خدمائية ينطبق عليها الجانبين المذكورين أعلاه وبذلك يكون الهدف المتوخى من تنفيذ مبادئ الإمداد في هذا المجال يكمن في تدنية مدة انتظار المريض مع تحقيق أحسن استغلال للطاقات المتاحة.

إذن، فالمستشفى في هذه الحالة ملزمة بتسيير مختلف التدفقات المتفاوتة الأهمية بداية من ملفات المرضى إلى عينات الدم الموجهة للتحليل، منتجات التعقيم كذلك الوجبات، الغسيل، الفضلات، وكذا التدفقات الصيدلانية والتي لا يمكن أن تتعرض إلى خطر النفاذ بسبب ميزتها الحيوية لحياة المريض. كلها تدفقات تحيط بمسار المريض منذ دخوله المستشفى إلى غاية مغادرته منها، وهنا يبرز دور الإمداد بشكل جلي من خلال توفيره لجميع احتياجات المريض في المكان والزمان الصحيحين وبال جودة التي ترضيه من ناحية. ومن ناحية أخرى استغلال الطاقات المتاحة بشرية كانت أو مادية والتنسيق فيما بينها بشكل ينقص من مدة انتظار هذا الأخير ويزيد من مستوى رضاه.

2- إشكالية البحث :

تسهر المستشفى على تقديم الرعاية الصحية كخدمة أساسية للمرضى، والتي بدورها تستند على أنشطة وخدمات فرعية تدعمها كالتوريد، التعقيم، الغسيل، الإطعام وكذا التوزيع. إن هذه الأنشطة الفرعية تمثل الجانب الخفي والخلفي للخدمات الصحية، فأى تقصير في أدائها سينعكس سلباً على مستوى الخدمة المقدمة للمريض حيث يمكن أن يتجلى ذلك في طول فترة انتظاره أو حالات نفاذ متكررة للأدوية أو حتى

تأخر في التسليم، كلها مشاكل تبرز مدى أهمية وتأثير الإمداد على مستوى الخدمة الصحية المقدمة وعلى نظرة المريض لهذه المؤسسة.

ضف إلى ذلك انه تبعا لدراسات عديدة تبين أن لهذه الأنشطة وزنا ماليا هاما يلزم إدارة المستشفى بالثبات نحوها والاهتمام أكثر بترقيتها وتحسينها، وهذا تماشيا مع السياسة التنموية التي تنتهجها الدولة وخصوصا في حرصها على التسيير الأمثل لمواردها وترشيد نفقاتها العمومية بشكل يجعلها تقدم خدمة ذات جودة وبأقل تكلفة.

إذن و على ضوء ما أثير من نقاط فيما سبق سنحاول من خلال هذه الدراسة الإجابة عن

الإشكالية التالية :

كيف هو واقع الإمداد و ما هي أهم الرهانات التي يقدمها في تسيير المؤسسة الإستشفائية لمدينة مغنية ؟ وللإجابة على هذه الإشكالية سنحاول التطرق إلى عدة نقاط تساعدنا في الأخير على جعل الأمور أكثر وضوحا:

- ما ذا نقصد بالمستشفى ؟ وما هي أهم الوظائف المكونة لها؟
 - ما الذي يميزها عن باقي المؤسسات؟
 - ماذا نقصد بالإمداد؟ فيما يكمن هذا النشاط ؟ و فيما تتمثل أهميته ؟
 - ما هي مجالات تطبيقه في المؤسسات الإستشفائية؟
 - ما الذي يميزه عن الإمداد الصناعي ؟
 - هل للإمداد تأثير مباشر على جودة الخدمات الصحية المقدمة؟
 - كيف لهذا النشاط أن يرفع من أداء المؤسسات الصحية ؟
 - فيما تكمن مجالات تدخل الإمداد في الوسط الاستشفائي؟
 - ما هي أهم الرهانات التي يقدمها الإمداد في المجال الصحي؟
 - هل لهذا المفهوم واقع ووجود في مؤسساتنا الصحية ؟
 - هل يدرك مسؤولو هذه المؤسسة مدى أهمية هذا النشاط في تحسين مستوى الخدمة الصحية؟
 - كيف يمكن للمستشفى أن تحقق أكبر مستوى من رضى المريض من خلال دعمها لأنشطة الإمداد؟
- وللإجابة على هذه الأسئلة سنتبنى الفرضيات التالية كمنطلق لنا في هذه الدراسة:
- ◀ أن لأنشطة الإمداد تأثير مباشر على جودة الخدمات الصحية وبالتالي على الأداء العام للمستشفى.
 - ◀ أن التحكم في مختلف التدفقات الموجودة بالمستشفى وبالأخص تدفق المرضى يسهم بشكل كبير في تحقيق الاستغلال الأمثل للطاقات والموارد المتاحة.

3- أسباب اختيار الموضوع:

تعتبر ندرة الأبحاث والمراجع في هذا المجال سواءا على مستوى كليتنا أو على المستوى الوطني من بين أهم الدوافع التي جعلتني اهتم بهذا الموضوع، فرغم حيوية هذا المجال إلا أن جل الدراسات عاجلت أنشطة الإمداد ولكن في ميدان آخر أو أنها درست أنشطة الإمداد بشكل مستقل. ولذلك سأحاول توضيح الغموض الذي يكتنف هذا المفهوم مساهمة بذلك ولو بشيء قليل في إثراء مكتبتنا .

هذا دون أن نغفل أهمية القطاع الصحي على المستوى الوطني والدولي بشكل عام ومدى اهتمام السلطات بتطوير هذا القطاع وإصلاحه، ومسايرة منا لهذا المسار حاولنا معالجة الجانب الخفي للخدمات الصحية وتبيان مدى تأثيره على مستوى أداء المؤسسة الصحية .

ضف إلى ذلك فضولي الخاص باستكمال البحوث المتعلقة بهذا النشاط ولكن في مجال حيوي آخر وهو مجال الخدمات الصحية .

4- منهجية البحث:

من خلال بحثنا هذا قمنا باستخدام المنهج الوصفي التحليلي لدراسة هذا الموضوع أين عاجلنا الإمداد الصحي نظريا وتعرفنا على حقيقته في ارض الواقع. كان ذلك من خلال دراستنا الميدانية بمسشفى الشهيد شعبان حمدون لمغنية باعتبارها كعينة للمؤسسة الصحية الجزائرية أين اعتمدنا على التقارير والوثائق الرسمية لهذه الأخيرة، هذا إلى جانب معاينتنا الميدانية ومقابلاتنا العديدة مع مسؤوليها من إداريين وطبيين بمختلف درجاتهم.

5- الدراسات السابقة:

من خلال بحثنا في هذا الموضوع وجدنا عدة دراسات أجنبية عاجلت الإمداد الصحي من عدة جوانب

نذكر من بينها مجموع الدراسات (Cahiers de recherches) لفريق الأبحاث التابع لمركز الأبحاث الكندي (Groupe de recherches Chaîne) والتي عاجلت الشق الكلاسيكي للإمداد الصحي كدراسة: - Sylvain Landry و Martin Beaulieu في بحثهما المعنون ب: Logistique hospitalière: un remède aux maux du secteur de la santé ?

Hugo Rivard — Logistique hospitalière : Franchir les nouvelles frontières –
Martin Beaulieu و Royer

كما اطلعنا على أطروحة دكتوراة لـ Taher Hassane المعنونة بـ

« Logistique hospitalière : organisation de la chaîne logistique pharmaceutique
aval et optimisation des flux de consommables et des matériels à usage
unique. »

تم التركيز في هذه الأطروحة بشكل خاص على تنظيم سلسلة الإمداد التحتي للمواد الصيدلانية باعتبارها
أهم التدفقات المتواجدة بالمؤسسات الإستشفائية.

وفي نفس السياق عالج Alain Guinet و Armand Baboli تدفق المواد الصيدلانية في دراسة لهما
عنوانها

« Logistique hospitalière ; besoins de gestion des flux pharmaceutiques »

كما تطرق كل من السيد زاير مصطفى والسيدة شريف حفيظة إلى تسيير مخزون المواد الصيدلانية
بالمستشفى الجامعي لولاية تلمسان أين عالجنا موضوع إدارة المخزون كنشاط مستقل وهذا ضمن رسالتها
الآتية عناوينها على التوالي:

«تسيير المواد الصيدلانية في القطاعات الصحية العمومية بالجزائر –دراسة حالة الصيدلية المركزية لمستشفى

تلمسان – « و « Gestion des médicaments au niveau de la pharmacie centrale du
CHU de Tlemcen »

وحول الشق الثاني المتمثل في الإمداد الخدماتي عالجنا Sondes Hammami من خلال أطروحتها
« Aide à la décision dans le pilotage des flux matériels et patients d'un plateau
medico-technique طرق التحكم في تدفقات المرضى إلى جانب تدفق المواد في قسم العمليات
الجراحية باستعمال عدة أساليب رياضية.

بتفحصنا لهذه الدراسات والمقالات العلمية استطعنا أن نلم بجوانب عديدة للإمداد الصحي، وهو ما حفزنا
لمعالجة هذا الموضوع وجعل بحثنا هذا تمهيدا لدراسات أكثر تعمقا وتخصصا.

6- محتوى البحث:

للتوسع في النقاط المثارة سابقا والإمام بهذا الموضوع قسمنا هذا البحث إلى أربعة فصول. ففي بادئ الأمر
ومن خلال الفصل الأول والمعنون بـ: "المستشفى كمورد للرعاية الصحية و أهم التحديات التي تواجهها"،
عالجنا المستشفى كجزء من النظام الصحي ومورد للرعاية الصحية ومن ثم كنظام اجتماعي واقتصادي
معقد لنختتم في المبحث الأخير بالتطرق إلى أهم التحديات التي تواجه هذه المؤسسة.

أما في الفصل الثاني فستتطرق إلى الإمداد كنشاط داعم في المؤسسات الصحية أين عالجنا بشكل عام ماهية الإمداد، و جميع الأنشطة المكونة له، موضحين بذلك مدى إسهام هذا النشاط في تسيير المؤسسة، ثم بشكل خاص إلى ماهية الإمداد ولكن في مؤسسة خدماتية ألا وهي المستشفى، أين سنتعرض إلى مختلف النقاط التي تميز الإمداد الصحي عن الإمداد الصناعي، وإلى مدى إسهام هذا النشاط ومدى أهميته في الرفع من أداء المؤسسة الصحية هذا إلى جانب التطرق إلى هيكل سلسلة الإمداد الصحي لنختتم هذا الفصل بأهم رهانات الإمداد في الوسط الاستشفائي.

وفي الفصل الثالث سنستعرض أهم مجالات تدخل هذا النشاط على مستوى المستشفى أين عالجنا كل من التوريد بما فيه من وظيفة الشراء والتخزين، نشاطات التحويل من إعدام وغسيل وتعقيم ومن ثم أنشطة إعادة التموين ومختلف الطرق المستعملة في ذلك.

كان هذا الجانب النظري والذي دعمناه بدراسة ميدانية في الفصل الأخير أين حاولنا من خلالها دراسة واقع الإمداد في المؤسسات الصحية الجزائرية اخذين المؤسسة العمومية الإستشفائية لمغنية كعينة لذلك، أين تعرضنا في أول هذا الفصل إلى خارطة النظام الصحي بالجزائر، فالتعريف بالمستشفى محل الدراسة. لندرس بعد ذلك واقع الإمداد في هذه المؤسسة و معاينة مختلف التدفقات المادية و الأنشطة المكونة له. لنختتم هذا الفصل بالتطرق إلى شكل من أشكال التحكم في تدفق المرضى بقسم العمليات الجراحية مع محاولة نمذجته رياضيا باستعمال برنامج خطي ذي متغيرات صحيحة وحله باستعمال برنامج LINGO .

المستشفى

كمورد للرعاية الصحية

وأهم التحديات التي تواجهها

مقدمة:

تعتبر المستشفى كمؤسسة خدمات خاصة، أهم ما يميزها عن غيرها الجانب الإنساني النبيل، استمرارية أنشطتها على مدار العام (24س/24سا)، هذا إلى جانب حساسية أنشطتها لتعلقها بحياة الإنسان.

وكغيرها من المنظمات، فالمستشفى وتسايرا مع التطور الذي تشهده هذه المنظمة أصبحت تعيش تحولات كبيرة واكبتها إصلاحات هامة، سعت من خلالها إلى ترشيد نفقاتها ورفع من مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.

وعلى هذا الأساس، تقوم المستشفى بإدارة العديد من التدفقات ذات أهمية متباينة تصاحب مسار المريض من دخوله المستشفى إلى غاية خروجه، فنجد مثلا التدفقات الفندقية مثل الوجبات، الغسيل والتي لا تحظى بأهميتها البالغة إذا إقترنت بشروط النظافة الإجبارية، وكذا التدفقات الصيدلانية والتي تتميز بالزامية عدم النفاذ نظرا لخاصيتها الحيوية لحياة المريض. هذا إضافة إلى تدفقات مادية أخرى كتدفقات المعدات والأجهزة الطبية والتي لا تقل شانا عن نظيرتها السابقة. وبذلك تتبنى المستشفى نوعين من الخدمات المقدمة منها ما هو ظاهر لأعين المرضى (Front office) ومنها ما هو خفي عنهم (Back office).

كلها نقاط ستتطرق إليها خلال هذا الفصل، مع استعراضنا للمستشفى كجزء من النظام الصحي من جهة، وكمورد للرعاية الصحية من جانب آخر، مع بيان مختلف التوجهات والتحديات التي تقابل هذه المؤسسة.

I. الخدمات الصحية

I-1- الخدمات:

كان الاقتصاديون حتى نهاية القرن 19م لا يدركون قيمة و أهمية الخدمات وينظرون إليها على أنها مخرجات غير ملموسة لا قيمة لها، باعتبارها خدمات غير مثمرة أو منتجة، ولا تضيف أية قيمة تذكر للاقتصاد.¹ ولقد ميز آدم سميث في كتاباته في القرن 18م ما بين الإنتاج ذي المخرجات الملموسة مثل الزراعة والتصنيع وبين الإنتاج عديم المخرجات الملموسة مثل جهود الأطباء والمحامين والقوات المسلحة واصفا إياه بفاقد القيمة.²

وقد ساد هذا الاعتقاد حول الخدمات حتى الربع الأخير من القرن 19م عندما جاء الفريد مارشال بالقول الذي مفاده أن الشخص الذي يعرض أو يقدم خدمة هو شخص قادر على تقديم منفعة للمستفيد تماما مثل الشخص الذي ينتج سلعة ملموسة ، معترفا بذلك بان المنتجات الملموسة ما كانت لتظهر إلى الوجود لو لم تكن هناك سلسلة من الخدمات المؤداة والمساهمة في إنتاجها وتقديمها للمستهلكين. مما حولها لتصبح محل اهتمام العديد من رجال الاقتصاد الذين باتوا يبحثون بشكل جدي عن تبعات وأثار الخدمات على الاقتصاديات المختلفة.

I-1-1- تعريف الخدمة :

يكون من الصعب في بعض الأحيان إعطاء تعريف ومفهوم مجرد لنشاط إنساني وفكري متعدد الاتجاهات والأبعاد، والخدمات لا تبتعد كثيرا عن هذا المضمون، لذلك يمكن إيراد العديد من التعاريف للخدمة، إلا أن كل واحد منها يمكن أن يعطي اتجاهها محددًا ، وان كانت تشترك في معنى أو أكثر من تلك المفاهيم في بعض الأحيان .

فقد عرفت الجمعية الأمريكية للتسويق الخدمة بأنها³ : "النشاطات أو المنافع التي تعرض للبيع أو التي تعرض لارتباطها بسلعة معينة " ، إلا أن هذا التعريف لم يميز بصورة كافية بين السلعة والخدمة.

أما P.Kotler و K.L.Keller (2006) فقد عرفها على أنها⁴ : "نشاط أو منفعة يقدمها طرف إلى طرف آخر، وتكون في الأساس غير ملموسة ولا يترتب عليها أية ملكية، فتقديم الخدمة قد يكون مرتبطين بمنتوج مادي أو لا يكون ". و يشير هذا التعريف إلى تأكيد الجانب غير الملموس في الخدمة وأنها لا

¹ عبد العزيز أبو نعة ، دراسات في تسويق الخدمات المتخصصة ، الوراق للنشر والتوزيع ، الأردن ، الطبعة الأولى ، 2005 ، ص 25.

² حميد الطائي ، تسويق الخدمات ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، الأردن ، 2009 ، ص 17.

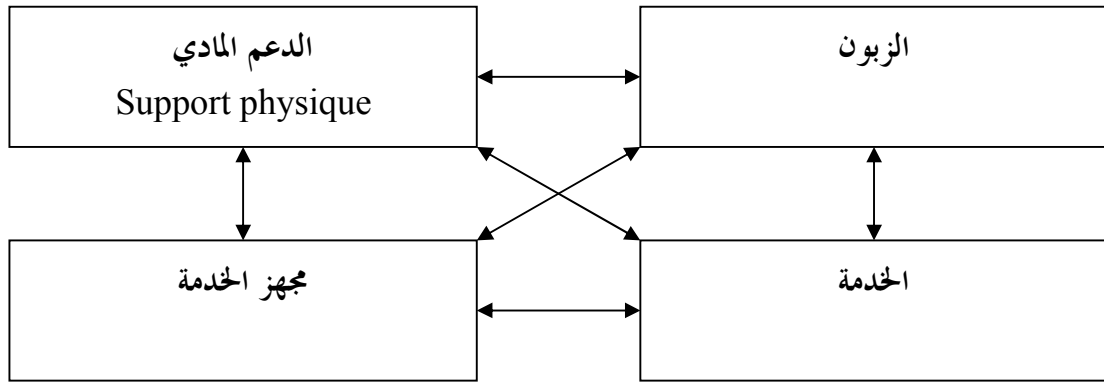
³ هاني حامد الضمور ، تسويق الخدمات ، دار وائل للنشر، الأردن ، الطبعة الثالثة ، 2005 ، ص 18.

⁴ Kotler Philip et al , Marketing Management, Pearson éducation, France , 12^{ème} édition, 2006, p 461.

تم إلا بوجود فعل وطلب من طرف آخر وليس بالضرورة أن ترتبط بإنتاج مادي وكذا كونها لا تمتلك ماديًا من قبل مشتريها، ويعني ذلك إمكانية الانتفاع منها دون تملكها.

أما Stanton فقد عرفها كذلك بأنها⁵: "النشاطات غير الملموسة والتي تحقق منفعة للزبون أو العميل، والتي ليست بالضرورة مرتبطة ببيع سلعة أو خدمة، أي أن إنتاج أو تقديم خدمة كعينة لا يتطلب دوماً استخدام سلعة مادية". يشدد هذا التعريف على خاصية عدم ملموسية الخدمة من جهة وعلى إمكانية انفصالها عن السلعة.

كما عرفها E.Langeard و P.Eiglier (2007) على أنها⁶: "نتيجة تفاعل ثلاثة عناصر أساسية تتمثل في الزبون، وسائل الدعم المادية وكذا مجهز الخدمة، وتشكل هذه النتيجة المنفعة التي تشبع وتلبي حاجة الزبون". وبهذا يتضح أن الخدمة تنتج عن علاقة مباشرة ما بين المنتج والمستهلك ووسائل الدعم المادي، وهذا ما يوضحه الشكل التالي :



الشكل رقم:01: العلاقة ما بين المنتج و المستهلك و وسائل الدعم المادي

المصدر: Benoit Meyronin et Charles Ditandy, Du Management au Marketing des services, Edition DUNOD, PARIS, 2007, p 30.

وعرفها Lapert (2005) بأنها عبارة عن: "نشاط اقتصادي تنتج عنه قيمة ويلبي حاجات المستهلك في لحظة ومكان معين لتجسيد التغيير المراد من قبل المستهلك من الخدمة"⁷. إذن ومما سبق فالخدمات تتضمن كل الأنشطة الاقتصادية التي مخرجاتها ليست بمنتجات مادية بل هي بشكل أساسي غير ملموسة، وهي بشكل عام تستهلك عند وقت إنتاجها وتقدم قيمة مضافة (مثل

⁵ بشير العلاق، حميد عبد النبي الطائي، الخدمات مدخل استراتيجي وظيفي وتطبيقي، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 1999، ص 37.

⁶ Meyronin.B et Ditandy.C, Du Management au Marketing des services, Op-cit, p 32.

⁷ Denis Lapert, Le marketing des services, Edition Dunod, PARIS, 2005, P 14.

الراحة، الصحة، التسلية واختصار الوقت) وشراؤها ليس بالضرورة أن ينتج عنه ملكية بل الحصول على منافع وفوائد تلي توقعات العملاء وترضيهم.

I-1-2- خصائص الخدمات:

إذا رجعنا إلى تعاريف الخدمة يتبين لنا جليا أن معظم الباحثين اتفقوا على أن هذه الأخيرة تنفرد

بعدة

خصائص تميزها عن السلعة نذكر منها:

أ- اللاملموسية (Intangibilité):

إن أبرز ما يميز الخدمة كونها غير ملموسة بحيث لا يمكن لا تذوقها ولا لمسها ولا رؤيتها قبل شرائها⁸، وهي بذلك تخالف المنتجات السلعية التي يمكن للمستهلك اختيار خواصها بشيء من التمعن بسبب خصائصها المادية. وقد اقترح WILSON إمكانية تقديم مفهوم اللاملموسية إلى ابعده من ذلك، فهناك الخدمات التي تتميز بعدم اللاملموسية الكاملة (كخدمات الأمن والمتاحف)، وهناك الخدمات التي تعطي قيمة مضافة للشئ الملموس (كخدمات التامين) وخدمات تعمل على توفير شيء مادي ملموس (كالخدمات المالية، الخدمات البريدية)⁹.

وتبعاً لذلك، فإن اللاملموسية تكون قد جردت الخدمة من القدرة على قياسها وتفحصها قبل البيع، وبالتالي لا يستطيع الزبون الحكم على جودة الخدمة مما يجعله يعتمد على وعود مقدم الخدمة، أو فحص المكان الذي تقدم فيه الخدمة والبحث عن شهادات الجودة المعلقة على الحائط والحاصلة عليها الشركة من الجهات المسؤولة، وطبيعة الناس الموجودين بمقر الشركة من موظفين وعملاء، والتجهيزات المستخدمة وطرق التعامل من قبل الموظفين والسعر الذي يجب أن يدفعه العميل مقابل تلقيه الخدمة¹⁰.

ب- التلازمية (Inséparabilité):

تعني التلازمية درجة الارتباط بين الخدمة ذاتها والشخص الذي يتولى تقديمها، مما جعل درجة الترابط أعلى بكثير في الخدمات قياساً إلى السلع، فالسلع تنتج ثم تباع ثم تستهلك، في حين أن الخدمة تباع ومن ثم تنتج وتستهلك¹¹، وهذا يعني أن الخدمة تقدم إلى مستهلكها وقت إنتاجها ليستهلكها ويستفيد منها بشكل مباشر، وهنا تنشأ عملية التلازم بين إنتاج الخدمات واستهلاكها. فالأستاذ لا يستطيع تقديم خدمة

⁸ Jean Claude Dufour et Stéphane Maisonnas, Marketing et Services : Du transactionnel au relationnel, les presses de l'université LAVAL, CANADA, 6^{ème} tirage, 2004, p16.

⁹ هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، مرجع سابق، ص 25.

¹⁰ مصطفى عبد القادر، تسويق السياسة والخدمات، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، الجزائر، ص 81.

¹¹ . Cary L.Cooper and Chris Argyris, The concise blackwell encyclopedia of management, Blackwell Publishers, USA 1998, p 595.

التعليم إلا في ظل وجود طلاب يستمعون لما يقول، والطبيب يتعذر عليه تقديم نصائح طبية إلى المريض إذا لم يحضر إلى عيادته، والمصرف يعجز عن منح عملائه خدمات مصرفية إذا لم يحضروا في الوقت المطلوب.

ت- عدم تجانس الخدمة (Hétérogénéité):

تتميز الخدمات بخاصية التباين أو عدم التجانس لذلك فمن الصعب إيجاد معايير نمطية للإنتاج¹²،

فكل

نوع من أنواع الخدمات لها طرق مختلفة في كيفية قياسها. وعلى الرغم من محاولة العديد من المؤسسات الخدماتية وضع معايير لمستوى مخرجاتها إلا أنه من الصعب عليها التأكد والاطمئنان من تقديم مستوى الجودة نفسه لمخرجاتها، وذلك لأن جودة الأداء تعتمد إلى حد كبير على مهارة وأسلوب وكفاءة مقدمها وزمان ومكان تقديمها¹³، كما أن مقدم الخدمة يقدم خدماته بطرق مختلفة في ظروف معينة وبذلك تتباين الخدمة المقدمة من قبل نفس الشخص أحيانا.

ث- استخدام الخدمة دون تملكها:

إن عدم انتقال الملكية يمثل صفة واضحة تميز بين الإنتاج السلعي والإنتاج الخدمي، وذلك لأن المستهلك له فقط الحق باستعمال الخدمة لفترة معينة دون أن يمتلكها (مثال على ذلك غرفة في فندق أو مقعد في طائرة)، فالدفع يكون بهدف الاستعمال أو الاستئجار للشيء، بينما في حالة شراء السلعة فالمستهلك له حق التصرف بها.¹⁴

وبالتالي يحق لأي شخص الانتفاع من الخدمات مقابل ما يدفعه من نقد، وذلك دون أن يمتلك الجوانب المادية التي تنتج عنها الخدمة، فعندما نستأجر بيتا لا يحق لنا أن نملكه ولكن لنا حق الانتفاع به وتبقى ملكيته لصاحب البيت.

ج- القابلية للتلاشي : Périssabilité

تعكس هذه الخاصية حقيقة أن الخدمات لا يمكن لا جردها ولا تخزينها بهدف البيع أو الاستخدام اللاحق¹⁵. فالمعروف عن الخدمة أنها تستهلك لحظة إنتاجها وبالتالي يصعب تخزينها، فالمقعد الخالي في المسرح مثلا يعتبر خسارة طالما أنه لا يمكن تخزين هذه المقاعد الخالية لبيعها لاحقا.

¹² . Benjamin Schneider and Susan S.White, Service quality : Research perspectives, Sage Publications, USA, 2004, p 08.

¹³ Beatrice Brechignac Roubaud, Le Marketing des services -Du projet au plan marketing , Edition d'Organisation , PARIS, 4^{ème} tirage , 2000, p 72.

¹⁴ تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص 58.

¹⁵ Audrey Gilmore, Services marketing and management, Sage Publications, LONDON, 2003, p11.

I-1-3- تصنيف الخدمات:

بسبب التداخل فيما بين الخدمة والسلعة، فإن مزيداً من الفهم لطبيعة الخدمة يمكن أن يتحقق من خلال استعراض تصنيفات الخدمة كما يلي:

أ- من حيث الاعتمادية : تتنوع الخدمات على أساس اعتمادها إما على المعدات (مثل الغسالات والسيارات الآلية) وإما على اعتمادها على الأفراد (تنظيف الشبايك).¹⁶ كما تتنوع الخدمات التي تعتمد على الأفراد حسب أدائها من قبل المحترفين أو مهنيين، وهنا يصبح طلب الخدمة يتأثر بالشخص الذي يتولى تقديمها. وكذلك في الخدمات التي تعتمد على المعدات إذ تختلف إذا ما كانت المعدات ذات تسيير ذاتي أين يتم تشغيلها من قبل الإنسان وما إذا كان هذا الذي يتولى تشغيلها وإدارتها من ذوي المهارات والخبرة أم انه ليس كذلك.

وفي هذا الصدد يجب الإشارة انه على الرغم من الدور الذي تقوم به المعدات في تقديم الخدمات ،

إلا

انه لا يزال للإنسان الدور الرئيسي في ذلك طالما أن غالبية الخدمات تؤدي من قبل الأفراد.

ب- حسب أهمية حضور الزبون إلى أماكن تقديم الخدمة: تتطلب بعض الخدمات حضور الزبون ومشاركته للحصول على الخدمة، بينما توجد خدمات أخرى لا تتطلب إلا مشاركة رمزية أو بسيطة من قبل الزبون فيها.¹⁷

فخدمات الرعاية الصحية مثلا تحتاج ليس فقط إلى الوجود المادي للزبون وإنما أيضا إلى مشاركته الفعالة في عملية إنتاج وتقديم الخدمة، في حين أن هناك خدمات أخرى مثل الاستماع إلى الموسيقى لا تحتاج إلى أية مشاركة من قبل المستفيد للحصول عليها .

ت- حسب مشتري الخدمة: ويمكن تصنيفها إلى:

* الخدمات الاستهلاكية: وهي الخدمات التي تقدم لإشباع الحاجات الشخصية الصرفة مثل الخدمات السياحية والصحية، وخدمات النقل والاتصالات وحلاقة الشعر والتجميل، ولهذا سميت كذلك هذه الخدمات بالخدمات الشخصية.¹⁸

¹⁶ قاسم نايف علوان الخياوي، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق، عمان، الطبعة الأولى، 2006، ص74.

¹⁷ قحطان العبدلي وبشير العلاق، التسويق أساسيات ومبادئ، دار زهران للنشر والتوزيع، الأردن، 1999، ص 112.

¹⁸ زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2006، ص 55.

* خدمات المنشآت: وهي الخدمات الموجهة لتلبية حاجات منظمات الأعمال كما هو الحال في خدمات الاستشارات الإدارية والمالية وصيانة المكينات والمعدات. وهناك خدمات تباع لكل من الأفراد والمنشآت معا ولكن بأساليب وسياسات متباينة مثل التأمين.

ث - من حيث باعة الخدمة: هناك ثلاث جهات تقوم بتقديم الخدمات وإدارتها:

- أفراد يقومون بتقديم الخدمات ويتقاسمون الأرباح ويتحملون الخسائر الناجمة عن أعمالهم.
 - مؤسسات تقوم بتقديم الخدمات ولا تهدف من وراء ذلك إلى تحقيق الربح ، وتدار من قبل الأفراد ومثال على ذلك المعاهد التعليمية، المتاحف وبعض شركات التأمين التكافلي أو التعاوضي.
 - تقوم بعض المنظمات بتسويق الخدمات وتدار من قبل الحكومات وتشمل مصالح العامة كأنظمة الاتصالات، الحدائق، النقل، المتزهات وكذا بعض أنواع التأمين.
- هذا بالإضافة إلى الإدارات المختلطة أين يتفاعل القطاع العام والخاص وتدار من قبل الاثنين. وتعتمد المنظمات الخاصة التي تهدف إلى الحصول على الربح على بيع خدماتها في حين أن المنظمات العامة تحصل على دخلها من خلال بيع خدماتها جزئيا والبقية من الضرائب.¹⁹

ج - حسب طبيعة الخدمة : ويمكن تصنيفها إلى:

خدمات ضرورية مثل الخدمات الصحية.

خدمات كمالية مثل التسلية والترفيه.

I-2- الصحة:

I-2-1- مفهوم الصحة :

بالرغم من انه يمكن بيع وشراء الخدمات الصحية ، إلا أن الصحة ليست كذلك ، فلا يمكن الاتجار بالصحة ، ويصعب تعريف الصحة بل أن قياسها أصعب إذ أن التمتع بحالة الصحة الجيدة لا يعني مجرد الحياة بل يعني القدرة على التمتع بالحياة إلى أقصاها.

وقد اهتم الاقتصاديون الأوائل باقتصاديات الصحة، فقد عرف Alfred Marshall في كتابه

" مبادئ الاقتصاد " (1977) الصحة²⁰ بأنها القوة الجسدية والقوة العقلية والقوة المعنوية أو النفسية للفرد.

¹⁹ نفس المصدر الانف ذكره، ص54.

²⁰ Marshall.A , Principles of economics, the McMillan Press Ltd, Eight Edition, London, 1977, pp 161-169 cited by : 18 ص، الطبعة الثانية 2006، مصر، مكتبة القدس، طلعت الدرمداش ، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس، ص 18

وينصرف مفهوم الصحة إلى حالة السلامة البدنية والعقلية والنفسية للفرد، ويرتبط المستوى الصحي للفرد بحالة السكن، ومستوى التعليم ومستوى الغذاء وتنوعه، ومستوى نظافة البيئة والخدمات الصحية المتاحة ومدى إمكانية الحصول عليها، فإذا كان المرض أو الانتقاص من حالة السلامة الصحية للفرد يرجع إلى العناصر الأربع الأولى فإن الخدمات الصحية إنما تهدف إلى تخليص الفرد من المرض وتمكينه من العودة إلى حالة السلامة الصحية .

كما يعرف البنك الدولي أن "كلا من الصحة والقدرة على تحسين الصحة يرتبطان بالدخل والتعليم وبالتغيرات التي تحدثها الثروة والتعليم في سلوك الأفراد وكذلك مقدار النفقات وكفاءتها في النظام الصحي، ومدى انتشار الأمراض الحالية والتي يحددها المناخ والعوامل الجغرافية والبيئة إلى حد كبير"²¹. ومن وجهة النظر الاجتماعية فإن الصحة هي حالة وصول قدرات الفرد على التمتع وأداء الدور إلى أقصاه.

وتعرف منظمة الصحة العالمية (OMS) الصحة الجيدة بأنها حالة السلامة البدنية والعقلية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو عدم الاتزان.²² كما عرفت بأنها حالة الفرد الذي يعمل جسمه بشكل طبيعي، وعلى أنها كذلك الحياة في هدوء الأعضاء. "La santé c'est la vie dans le silence des organes"

و بذلك يكون مفهوم الصحة أوسع من مجرد غياب المرض ولكنه يبقى محايدا بحيث أن كل فرد مدعو لتعريف الصحة مما يجعلها من غير الممكن أن يكون لها تعريفا موحدا.

I-2-2- الصحة كسلعة معمرة:

إذا رجعنا إلى نظرية طلب المستهلك وجدنا أن السلعة تزيد من منفعة الفرد، فمن منا يتهج بحقنة أسبوعية من جرعات ضد الحساسية، هي أحداث فعلية مدفوع لها في أسواق الرعاية الصحية، لا يمكن أن تعني

بالضبط كـ"سلع" في المعنى التقليدي وهي لا تنتج المنفعة مباشرة.

وهنا نتساءل عن ما يخلق المنفعة أكثر للفرد ؟ فالإجابة أكثر مساعدة والأكثر تفهما وهي أن الصحة ذاتها تخلق السعادة ، ولهذا استعرض Grossman في كتابه " الطلب على الصحة " (1972)

²¹. تقرير عن التنمية في العالم: الاستثمار في الصحة، البنك الدولي، 1993، ص 71.

²² Benamouzg.D, La santé au miroir de l'économie, Presse Universitaires de France, PARIS, 1^{ère} Edition, 2005, p22.

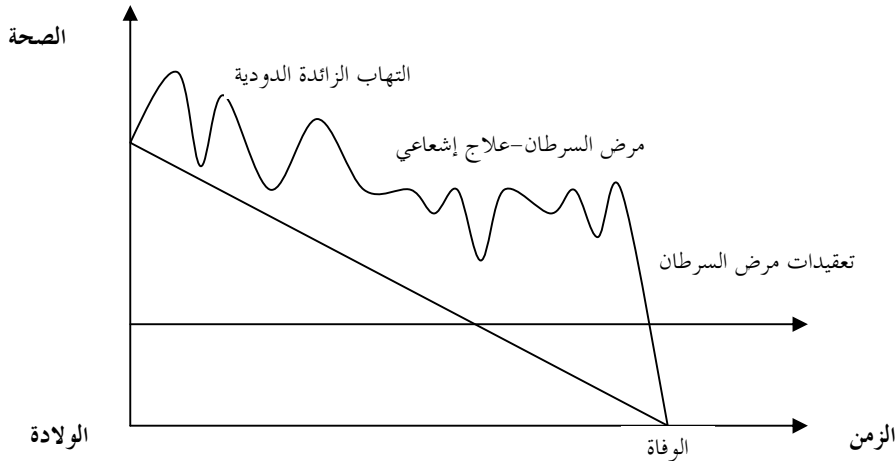
فكرة أن الصحة تعتبر كسلعة اقتصادية²³ ، وبين كيف أن الشخص الرشيد يجب أن يكون له منحى طلب للخدمات الصحية التي تشتق من الطلب على الصحة ذاتها.

ولهذا يمكننا أن نفكر في أن الصحة تعتبر كسلعة معمرة²⁴، مثلها في ذلك السيارة، المنزل... فالفرد منا يأتي إلى الدنيا ببعض الرصيد للصحة ، فإذا فكرنا في مجموعة سلع أخرى (X) ورصيد من الصحة h حينئذ نستطيع القول أن دالة المنفعة للشخص ما U تتخذ الشكل التالي: $U=U(x,h)$.

هذا بالإضافة إلى أنه مثل أي سلع معمرة فان رصيدنا من الصحة يتآكل مع مضي الوقت، وهي العملية التي تسمى بالوهن، فبهبوط رصيدنا من الصحة نفقد القدرة على القيام بالوظائف ولاحقا نموت، وفي التعبير الاقتصادي فرصيدنا من الصحة يتهالك مع الوقت .

ولقد أثبتت الدراسات أن معدل الإهلاك قد تباطأ خلال الزمن بفعل تعزيز الصحة العمومية والتطعيم ضد الأمراض المعدية والرعاية الصحية الفردية.

هذا ويشير الشكل الموالي إلى الزيادة المستمرة خلال مرحلة الطفولة يتبعها تناقص تدريجي بسبب الوهن، والذي تتخلله أحداث عشوائية من المرض والإصابات التي يمكن أن تنقص من صحة الفرد، وعند نقطة حرجة لأدنى نقاط الصحة يموت الفرد. وتشكل الرعاية الصحية جزءا هاما من عملية الحفاظ على الصحة بعد هذه الأحداث ما لم تصل الصحة إلى أدناها.



الشكل رقم : 02 : مسار الزمن لرصيد الصحة

²³ Micheal Grossman , The demand for health –a theoretical and empirical investigation, National Bureau of Economic Research Distributed by Columbia University Press , 1972, cited by

تشارلز فيليبس ترجمة جلال البنا، نحو مفهوم لاقتصاديات الصحة ، المجلس الأعلى للثقافة القاهرة، الطبعة الأولى 2003، ص 28.

²⁴ نفس المصدر الأنف ذكره، ص 28.

الفصل الأول : المستشفى كمورد للرعاية الصحية وأهم التحديات التي تواجهها

المصدر: تشارلز فيليبس ترجمة جلال البنا، نحو مفهوم لاقتصاديات الصحة، مرجع سابق، ص 29.

وبذلك فالصحة ليست بالشيء الثابت الذي يمكن أن يوفر مرة واحدة بل يجب أن تضاف وتحسن باستمرار من طرف الفرد والمجتمع على حد سواء. إذ نجد أنها تتذبذب من صحة مثالية إلى عدة مستويات مرضية فالموت في النهاية وبذلك تكون درجات الصحة كما يلي²⁵:

أولاً- الصحة المثالية: وهي حالة التكامل المثالي لجميع الجوانب الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية أي الحالة التي يكون فيها الفرد خالياً من أية أمراض ظاهرية أو باطنية ومتمتعاً بكافة الجوانب الصحية، وهو هدف بعيد لبرامج الرعاية الصحية والاجتماعية تسعى لتحقيقه وإن كان صعب المنال.

ثانياً- الصحة الايجابية: وهي حالة يستطيع الفرد فيها مواجهة المشاكل والمؤثرات الاجتماعية والنفسية والجسمية بكفاءة عالية إلى حد كبير دون ظهور أية أعراض مرضية .

ثالثاً- السلامة المتوسطة: لا يظهر المرض فيها بصورة مباشرة ولكن مع التعرض لأي مؤثرات خارجية أو داخلية يقع الفرد في براثن المرض.

رابعاً- المرض غير الظاهر: في هذه الحالة لا يشكو الفرد من أعراض أي أن هناك قصوراً صحياً غير ظاهر ولكن عند القيام بالتحليلات أو الإشعاعات أو الفحوصات يكتشف المريض أن هناك مرضاً غير ظاهر سطحياً.

خامساً- المرض الظاهر: في هذا المستوى يكون هناك ظهور لأعراض مرضية يشعر بها الفرد تنم عن إصابته بمرض معين.

سادساً- مستوى الاحتضار: وهو المستوى الذي يفقد فيه الإنسان جميع قواه وكل قدرته على أداء الوظائف الحيوية وتسوء حالته من وقت لآخر وبالتالي يصعب استعادة حالته الصحية .

I-2-3- إنتاج الصحة:

يقصد بإنتاج الصحة استخدام موارد اقتصادية محددة للوصول إلى حالة الصحة الجيدة، ولعل أهم العناصر التي تدخل في إنتاج الصحة مستوى التغذية ونوعية البيئة ونوعية الإسكان ومستوى التحضر ومستوى التعليم وطبيعة المهنة وكذا ساعات العمل ومستوى الدخل والعادات الصحية الشخصية (مثل تدخين السجائر واستهلاك الخمر والمخدرات وساعات النوم وممارسة الرياضات المختلفة)...وأخيراً مستوى الخدمات الصحية (العلاجية والوقائية) وتحسين مستوى الوصول إليها.

²⁵ إقبال إبراهيم مخلوف ، الرعاية الطبية والصحية ورعاية المعوقين ، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية، ص 68 ،نقلا عن عصامي سفيان ، دور التسويق في قطاع الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها، رسالة ماجستير ، جامعة محمد بوضياف المسيلة، السنة الجامعية 2006/2005، ص ص27-28.

كما توجد مدخلات صحية مختلفة تكون ذات فعاليات مرتفعة أو منخفضة في تحسين الصحة، وتعتمد تلك المدخلات على حقائق بيولوجية وحقائق طبية، وتشمل المدخلات التي تعتمد على حقائق بيولوجية: التغذية والسكن وبيئة العمل...، و المدخلات التي تعتمد على حقائق طبية هي الخدمات الصحية.²⁶

وبذلك تكون الخدمات الصحية مدخلا واحدا فقط في إنتاج الصحة، ويجب عدم إغفال أن معظم الخدمات الصحية تقدمها الأسر داخل المنازل باستخدام إجراءات بسيطة، وليس من خلال نظام الخدمات الصحية الرسمي سواء الخاص أو العام.

I-3- الخدمات الصحية:

تعد الخدمات الصحية من أكثر الخدمات التي يقع على عاتق الكثير من الدول توفيرها نظرا لان وجودها وتوافرها بدرجة مناسبة يؤدي إلى حماية اغلب السكان من الأمراض وذلك عن طريق الوقاية والعلاج وبالتالي يشعر الفرد بالاطمئنان والسعادة، مما ينعكس إيجابا على علاقة الفرد بالآخرين ولهذا فالفرد السليم صحيا اقدر على خدمة مجتمعه وهو أكثر كفاءة من الناحية الاقتصادية وأكثر تحملا لمشاق العمل من الشخص المريض، لذلك تولى الدول المتقدمة برامج الرعاية والخدمات الصحية اهتماما كبيرا.

I-3-1- مفهوم الخدمات الصحية:

إن الخدمة الصحية هي كل ما يؤدي إلى وقاية الناس من الأمراض ويؤدي إلى السرعة في تشخيص المرض وعلاجه وحسن متابعته بعد التشخيص والعلاج، فهي تمثل بذلك مجموعة من النشاطات المحددة للمحافظة على الصحة أو تحسينها أو لمنعها من التدهور.

إذن فالخدمة الصحية ما هي إلا مزيج متكامل من العناصر الملموسة وغير الملموسة والتي تحقق

إشباعا ورضا معيناً للمستفيد.

ويمكن تقسيم الخدمات الصحية إلى قسمين رئيسيين:²⁷

✓ **الأول : الخدمات الصحية العلاجية:** والتي تشمل على الخدمات المرتبطة بصحة الفرد بصورة

مباشرة والتي تشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج، سواء تم ذلك بالعلاج الدوائي المباشر داخل المنزل، أو تم من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج لرعاية سريرية داخل المستشفى، أو تم ذلك بالتدخل

²⁶ Deon Filmer and al, Health policy in poor countries : weak links in the chain , policy research working paper 1874, The world bank -Development research group- Washington, January 1998, p 8.

²⁷ طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص ص 25-26.

الجراحي التقليدي أو المعاصر ، بالإضافة إلى خدمات الرعاية الصحية حتى يتم الشفاء وتهدف هذه الخدمات إلى تخليص الفرد من مرض إصابة أو تخفيف المعاناة من آلام المرض .

✓ بينما يهتم القسم الثاني بالخدمات الصحية الوقائية: وهي الخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع (أو كما يطلق عليها البعض بخدمات الصحة العامة) أو ما يمكن أن نطلق عليه بالخدمات الصحية البيئية حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأعراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة، ويرتبط هذا النوع من الخدمات الصحية بصحة الفرد بصورة غير مباشرة فهي بذلك تمثل خدمات صحية مانعة تهدف إلى وقاية الفرد من التعرض للمرض، وهي تشمل على خدمات التطعيم ضد الأمراض الوبائية، وخدمات رعاية الأمومة والطفولة وخدمات مكافحة الحشرات والحيوانات الناقلة للمرض مثل البعوض والقران ... وكذا خدمات الرقابة الصحية على متاجر تقديم الغذاء والمشروبات وخدمات الرقابة البيئية على وحدات الإنتاج الصناعي والزراعي، إضافة إلى خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي.

وترمي الخدمات الصحية إلى تحقيق هدف أساسي على المستوى الشخصي وهو الوقاية من المرض أولاً والشفاء من المرض إذا أصاب الفرد ، فان لم يكن فيتدنى الهدف إلى التخفيف من آلام المرض ، وان تحقق تلك الأهداف إنما يعود بشماره على الاقتصاد القومي. إذ أن تحسين الحالة الصحية لأفراد المجتمع سيضمن المحافظة على رأس المال البشري من جهة، ومن جهة أخرى فتحسين الحالة الصحية سيؤدي إلى زيادة إنتاجية الفرد ومن ثم زيادة الناتج القومي الإجمالي الفعلي. لذا فان الاهتمام بالخدمات الصحية ليس مرجعه الدافع الإنساني أو الاجتماعي فقط وإنما مرجعه الدافع الاقتصادي كذلك.

ومما لا شك فيه فان نظم الخدمات الصحية يمكن أن تحقق منتجات أخرى غير الصحة، إذ أن الخدمات الصحية يمكن أن تنتج الراحة وتحقق الأمان.

ويمكن تقسيم المنافع المحققة من هاته الخدمات إلى:

منافع مباشرة ملموسة: يمكن قياسها وحسابها وتمثل في التكاليف التي يمكن توفيرها مستقبلاً

نتيجة لإنتاج خدمات صحية معينة.

منافع مباشرة غير ملموسة: ويصعب قياسها، تتمثل في الحد من الآلام التي يعانيها المريض كنتيجة

للخدمات الصحية التي حصل عليها.

منافع غير مباشرة ملموسة: يمكن حسابها وتمثل في زيادة الإنتاج كنتيجة لخدمات الرعاية

الصحية التي يحصل عليها أفراد القوة العاملة.

I-3-2- خصائص الخدمات الصحية :

كغيرها من الخدمات تتمتع الخدمات الصحية بمجموعة من الخصائص تميزها عن المنتجات الأخرى بكونها لاملموسة، أي عدم إمكانية مشاهدتها ولمسها، تزامن إنتاجها مع استهلاكها أي أنها تنتج وتقدم للانتفاع بها في وقت واحد ، التباين أي عدم القدرة على تقديم المستوى نفسه من جودة الخدمة ، فالطبيب يصعب عليه التعهد بتقديم خدمات متماثلة ومتجانسة على الدوام ، الهلاك أو التلاشي أي عدم إمكانية خزنها والاحتفاظ بها لحقبة من الزمن ، عدم التملك أي عدم إمكانية الانتفاع بها أو التمتع بحق امتلاكها. و إضافة إلى هذه الخصائص يمكننا أن نخص الخدمات الصحية بمجموعة مزايا تعود إلى خصوصيتها ومن أبرزها نجد:

- أنها تتميز بوجود كونها على درجة عالية من الجودة فهي مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه وليس بأي شيء آخر يمكن تعويضه أو إعادة شرائه.
- أن الخدمات الصحية تعد سلعا جماعية²⁸ فالسلع الجماعية هي تلك السلع التي يرى المجتمع أنها تقدم منافع ليس فقط للفرد الذي يستهلكها ولكن للمجتمع ككل. و ينطبق ذلك على الخدمات الصحية إذ أن تحسن صحة الفرد لا يفيد هذا الفرد فقط، ولكنه يفيد الأسرة والأصدقاء وصاحب العمل. و بالتالي فلتحسين صحة أفراد المجتمع آثار انتشار خارجية موجبة يستفيد منها المجتمع ككل سواء كان ذلك بتضائل فرص إصابة الآخرين بالمرض، أو تحرير الوقت المخصص من الأفراد الأصحاء لرعاية المرضى ليتحول إلى وقت منتج ومولد للدخل.
- يعد الطلب على الخدمات الصحية طلبا مشتقا²⁹، إذ يطلق اصطلاح "الطلب المشتق" عادة على السلع التي لا تطلب للاستهلاك المباشر ولكنها تستخدم في صناعة منتجات أخرى من اجل الاستهلاك النهائي وهكذا فان الطلب على هذه السلع يعتمد على الطلب على السلع والخدمات التي تساعد على إنتاجها، ويسمى الطلب على هذه السلع "الطلب المشتق". فإذا كانت كل الخدمات الصحية يمكن اعتبارها كمدخلات لإنتاج الصحة، يكون الطلب على الخدمات الصحية طلبا مشتقا من الطلب على الصحة.
- فمثلا تمثل مباني المستشفيات و معدات أشعة اكس مدخلات لإنتاج الخدمات الصحية، ويعتمد الطلب عليها على الطلب على الخدمات الصحية، ويعتمد الطلب على هذه الأخيرة بدوره على طلب الأفراد على

²⁸ ثامر ياسر بكري ، إدارة المستشفيات ، مرجع سابق ، ص 59.

²⁹ McGuire Alistair and al , The economics of health care, Routledge & Kegan Paul , CANADA, 1988, p 130.

الصحة. و كذلك فإن الطلب على العاملين في الخدمات الصحية طلب مشتق أيضا حيث يعتمد على الطلب على الخدمات الصحية.

- يتميز الطلب على الخدمات الصحية بالتذبذب³⁰ وعدم الاستقرار وذلك استنادا إلى الظروف البيئية وحاجة المريض للعلاج والكوارث والحروب وغيرها من العوامل ، فعلى سبيل المثال في موسم الشتاء نجد أن هناك طلبا عاليا على الخدمات الصحية فيما يتعلق بالزكام، وفي فترة أخرى من السنة على الأخص في بداية الصيف يكون هناك طلب على الأدوية والعناية الصحية ، وعندما تحدث كوارث طبيعية في منطقة ما فان الطلب سوف يزداد على حملات الإغاثة والتلقيح ضد الأمراض التي تخشى إدارة الصحة العامة من انتشارها.

- تخضع أسواق الخدمات الصحية إلى جانب كبير من التدخل والتنظيم الحكومي، تبدأ بالتدخل الحكومي التقليدي لوضع القواعد المهنية في الخدمات الصحية والتي تضعها الحكومة لحماية المرضى مثل تراخيص مزاولي المهنة وتنظيمها والقواعد المحددة بدفع مقابل الخدمات الصحية، ويتسع التدخل الحكومي في مجال الإنتاج المباشر للخدمات الصحية من خلال وحدات إنتاج مملوكة للدولة، وفي معظم دول العالم يرجع النصيب الأكبر لإنتاج الخدمات الصحية إلى الحكومات ونادرا ما تترك أسواق هذه الخدمات إلى قواعد السوق الحر بصورته المطلقة.

- الخدمات الصحية تعد إنفاقا استهلاكيا³¹، فالسلع الاستهلاكية هي السلع التي يشتريها المستهلك عادة من اجل الإشباع (المنفعة) التي تقدم إما مباشرة في نفس اللحظة الزمنية لاستهلاكها أو في صورة تدفق من الخدمات. ف شراء المستهلك للأدوية واستهلاكها يعطي إشباعا مباشرا عادة، بينما شراء جهاز قياس الضغط الشخصي أو جهاز قياس السكر يقدم خدمات على مدى فترة زمنية طويلة.

- تتميز بعض الخدمات الصحية بكونها شخصية³² أي أنها تقدم لشخص واحد حيث نجد أن لكل طبيب تخصص في مجال معين من الخدمات الصحية، هذا إلى جانب كون الطبيب لا يستطيع معالجة أكثر من مريض واحد في آن واحد وبنفس تخصصه.

في حين نجد أن بعض الخدمات الأخرى تقدم لعدد من الأشخاص في آن واحد مثال على ذلك حملات التوعية الصحية من مرض معين الموجهة لأفراد المجتمع.

³⁰ ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي ، دار المناهج للنشر والتوزيع،الأردن، 2007، ص 103.

³¹ طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية ، مرجع سابق ، ص 33.

³² فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية ، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، 1998، ص 198.

- أن الخدمات الصحية تتطلب السرعة في الأداء لأنها غير قابلة للتأجيل وهذا يتطلب انتشار منافذ تقديم الخدمة في المناطق السكانية واستقبال الحالات المختلفة في أي فترة زمنية.
- تتكون الخدمة الصحية من عناصر تكمل بعضها بعضا حيث نجد أن خدمات الفحص والتشخيص والخدمات العلاجية والوقائية والتمريض والفندقية والخدمات الإدارية خدمات مكملة لبعضها البعض.

I-3-3- مدخلات إنتاج الخدمات الصحية :

إن إنتاج الخدمات الصحية مثله مثل أي سلعة يتطلب استخدام مدخلات عديدة ويتم ذلك داخل وحدات إنتاج قد تكون عيادات طبية خاصة أو مستشفيات حكومية أو خاصة أو معامل للتحاليل الطبية أو مراكز للأشعة.

ويمكن حصر مدخلات إنتاج الخدمات الصحية في عناصر الإنتاج الرئيسية التالية:

أ - مدخلات الموارد البشرية: والتي تتمثل في عنصر العمل الذي يشتمل على مجموعات فرعية عديدة تبدأ بالمهارات العالية رفيعة المستوى المتمثلة في الأطباء المتخصصين وتنتهي بالعمالة غير الماهرة. ويمكن تصنيف عنصر العمل في قطاع الخدمات الصحية من خلال المجموعات التالية :

* الأطباء.

* المرضى.

* عمال المساندة الذين يتولون مهام التمريض الأقل مهارة.

* فنيي الأجهزة الطبية الذين يتولون تشغيل وصيانة الأجهزة الطبية المتخصصة من المهندسين أو الفنيين.

* الإداريين وتشمل هذه المجموعة المحاسبين ومسؤولي الإدارة المالية وشؤون العاملين والمشتريات والمخازن وأقسام تسجيل المرضى والإحصاء.

* عمال الخدمات المساعدة، وتشمل هذه المجموعة عمال النظافة، عمال أقسام التغذية، عمال أقسام

الغسيل والتنظيف وعمال السلامة البيئية داخل الوحدات والسائقين وعمال الصيانة والأمن وغيرها.

ب- مدخلات رأسمالية ثابتة: وتتمثل في جميع الأصول الثابتة المستخدمة في إنتاج الخدمات الصحية وتشتمل على :

* الأرض: وتتمثل في الأراضي المقام عليها وحدات الخدمات الصحية.

* المباني والتأثيث الطبي: ويشمل هذا العنصر على جميع المباني للمستشفيات والمعامل ومراكز الإسعاف والعيادات الطبية... أما التأثيث الطبي فيشمل أثاث غرف المرضى والعيادات الخارجية والاستراحات من الأسرة والمقاعد وكذلك تأثيث غرف العمليات وغيرها.

*الأجهزة والأدوات الطبية المعمرة ، وتشمل جميع الأجهزة الطبية سواء تلك المستخدمة في التشخيص أو العلاج.فأما بالنسبة لأجهزة التشخيص فهي تتمثل في أجهزة الأشعة وأجهزة معامل التحليل وغيرها. وأما أجهزة العلاج فتشتمل على الأجهزة الطبية لغرف العمليات وغرف العناية المركزة والأجهزة الطبية اللازمة للعلاج السريري .

*معدات مساندة: كآلات الغسيل وتنشيف وتعقيم الملابس وآلات وأدوات المطبخ، ثلاثيات حفظ الموتى، معدات التبريد والحفظ في بنك الدم وكذا معدات بنوك حفظ الأعضاء البشرية.

*وسائل النقل كسيارات الإسعاف وسيارات نقل العاملين وسيارات نقل المواد والمستلزمات الطبية المملوكة للمستشفيات وحدات الخدمات الصحية.

*وحدات توليد الكهرباء الاحتياطية ومحطات تنقية مياه الصرف الصحي..

ت-مدخلات جارية : والتي يمكن تقسيمها إلى:

* مستلزمات العلاج الطبي الجارية: وتشمل على جميع المواد التي تستخدم للعلاج اليومي وأثناء إجراء العمليات الجراحية مثل الغازات الصناعية الطبية والأدوية ومستلزمات العمليات الجراحية من مطهرات وخبوط وأقطن وشاش وغيرها... وكذا الأجهزة التعويضية الصناعية المستخدمة في الجراحات مثل الشرائح والمسامير في عمليات العظام وبدائل الأسنان وغيرها وكذا الأحزمة والأحذية والكراسي الطبية...الخ.

*التغذية: وتشمل الوجبات الغذائية المقدمة للمرضى والعاملين في المستشفيات ومراكز الرعاية الطبية المختلفة

*الطاقة: وتمثل أساسا في الكهرباء وكذا في وقود السيارات .

*مستلزمات النظافة اليومية ومستلزمات المعامل من الكيماويات وما إلى ذلك. وكذا مستلزمات الصيانة الدورية للمباني والأثاث والأجهزة ووسائل النقل.

II- النظام الصحي

II-1- ماهية النظام الصحي:

II-1-1- مفهوم النظام الصحي:

عند إدارة أي مؤسسة صحية لابد للإداريين في تلك المؤسسة أن يدركوا بأنهم جزء لا يتجزأ من النظام الصحي لتلك الدولة التي توجد بها المؤسسة الصحية. وتقوم هذه المؤسسة بتحقيق جزء من أهداف النظام الصحي العام من خلال تقديمها للخدمات الصحية بمختلف مستوياتها.

لذلك فإن دور المؤسسات الصحية ضمن النظام الصحي يختلف باختلاف الكثير من العوامل والمتغيرات فلكل مستشفى دور خاص بما ضمنه النظام الصحي حسب حجمها وتخصصها.

فالنظام الصحي كما تعرفه منظمة الصحة العالمية WHO هو "مجموعة المنظمات والمؤسسات والموارد والأفراد الرامية أساساً إلى تحسين الصحة. ويحتاج هذا النظام إلى موظفين وأموال ومعلومات ومستلزمات نقل و اتصالات وتوجيه عام وكذا إدارة من أجل توفير الخدمات التي تلي احتياجات أفراد المجتمع مع تقديم معاملة لائقة بهم"³³.

وبذلك فالنظام الصحي يشمل كل أساليب العمل والإجراءات وكذا السياسات واللوائح التي تسعى لتحقيق الأهداف الصحية في دولة أو مؤسسة أو في دائرة معينة، فإنها تأخذ بعين الاعتبار كثيراً من الأمور التي تؤثر في تلك الأهداف وبالتالي فإن هذه الأهداف لا يمكن أن تحقق إلا من خلال إيجاد مجموعة من أساليب العمل والطرق والإجراءات التي يتم توزيعها على مختلف المؤسسات الصحية والأقسام والقطاعات المختلفة من أجل تحقيق الأهداف الصحية .

وتختلف الأنظمة الصحية من دولة إلى أخرى وفق متطلبات اقتصادية واجتماعية و أية اعتبارات أخرى، فبناء أي نظام صحي فانه يتطلب جمع المعلومات الضرورية في شتى المجالات التي من شأنها تغذية النظام الصحي بالمعلومات اللازمة للاستمرار في تقديم الخدمة الصحية بمختلف مستوياتها.

كما أن أي نظام صحي يهدف إلى تحقيق ما يلي³⁴ :

- * تطوير ودعم الوضع الصحي للسكان والمواطنين.
- * تقديم الخدمات الصحية والطبية بأقل تكلفة ممكنة .
- * إرضاء السكان والاطمئنان على صحتهم و حمايتهم من الأمراض والأخطار .

³³ www.who.int/topics/health-systems/in/index.html , page consulté le 22-02-2010.

³⁴ Agence Canadienne de Développement International, Qu'est ce qu'un système de santé ?, document disponible sur le site : www.ACDI.ca , consulté le 23-02-2010.

- * تنمية الموارد البشرية في المجال الصحي وإشراكهم في التنمية الصحية .
- * توفير الخدمات التي تلي التطلعات المشروعة (الطبية وغيرها) للسكان.

II-1-2- الوظائف الأساسية للنظام الصحي :

للنظام الصحي أربع وظائف رئيسية، أولها تقديم الخدمات الصحية التي بدورها تعتمد وترتبط على الوظائف الثلاث الأخرى:

- تقديم الخدمات الصحية: من خلال توفير كل الخدمات سواء تلك المتعلقة برعاية صحة الأشخاص (فحوصات طبية ، إعادة التأهيل ،...) أو خدمات التعليم ، التوعية الصحية .
- توفير وإدارة المواد: وذلك بتوفير كل الموارد الضرورية لتشغيل وعمل النظام من كفاءات طبية، أدوية أجهزة ومعدات طبية....
- التمويل عن طريق تحصيل الإيرادات وتخصيص موارد مالية لمختلف الأنشطة .
- الإدارة : توحيد قواعد العمل عن طريق إدارة راشدة (كالتنظيم، تحديد الأولويات الترقية، إعداد السياسات والقوانين، حماية المستهلكين) .

II-1-3- مكونات النظام الصحي:

تختلف الأنظمة الصحية في تسييرها من بلد إلى آخر ولكنها عامة ما تضم السبع مكونات:

✓ الهيكلة التنظيمي: ويتمثل في خريطة مفصلة وشاملة للنظام بكل ما تحويه من مركزية ولا مركزية

الخدمات وكذا اتخاذ القرارات بما في ذلك المستويات الثلاث للرعاية:

- الرعاية الأولية
- الرعاية الثانوية
- الرعاية الثالثية أو التخصصية.

✓ تقديم الخدمات:

يختلف تقديم الخدمات نسبة لما يلي:

- مقدمي الخدمات الخواص (المهنيين للربح أم لا) مقارنة مع مقدمي الخدمات العموميين.
- مدى أهمية ونطاق الطب التقليدي أو الرعاية غير الرسمية.
- درجة إشباع توقعات الجمهور من احترام، اختيار، جودة ، وإشراك المجتمع المحلي.

✓ الموارد البشرية :

وفقا لمنظمة الصحة العالمية فان الموارد البشرية في مجال الصحة تشمل جميع الأشخاص الذين يشتركون في تعزيز وحماية وتحسين صحة السكان، ويتعلق الأمر بالعاملين في المجال الطبي سواء في المنظمات العمومية أو الخاصة ، هذا إلى جانب العمال الموكلة إليهم المهام الإدارية واللوجستية. ويجب أن يعتمد نظام الرعاية الصحية على عدد كاف من العاملين الصحيين، والذين يجب أن يتواجدوا في المكان و الوقت المناسبين، والذين لديهم المعارف والمهارات لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض.

✓ التمويل وأنظمة التأمين:

ويتعلق الامر هنا بمستوى الإنفاق الحكومي لنظام الرعاية الصحية، وكذا مصادر التمويل الخارجي ، بما في ذلك الجهات المانحة ، فضلا عن قضايا مثل رسوم الاستخدام وخطط التأمين الصحي.

✓ أنظمة المعلومات حول الصحة :

من الضروري أن يكون هناك نظم فعالة وموثوق بها لجمع وتحليل البيانات؛ فاتخاذ القرار يستند إلى أدلة تستمد من هذه الأنظمة، وتمثل المعطيات الصحية في إحصائيات الحالة المدنية (ولادات ووفيات)، سجلات المرضى ، وبيانات حول مكافحة الأمراض

✓ شراء، إمداد، أنظمة التموين:

إذ يجب أن يسهل الحصول على الأدوية، والمستلزمات والمعدات الأساسية. وهذا يتطلب سياسات وتنبؤات مناسبة، أنظمة شراء وتوزيع فعالة هذا إلى جانب تسيير سليم للمخزون وغيرها.

✓ أبحاث حول الأنظمة الصحية :

يجب أن تعتمد البلدان على أبحاث تحدد من خلالها نقاط الضعف في أنظمتها الصحية وتصحيحها. إذ تزود هذه الأبحاث صانعي القرار، ومديري الخدمات الصحية بالمعلومات التي يحتاجونها لضمان أن تساهم استراتيجياتهم وبرامجهم وخدماتهم في إزالة الحواجز و في نهاية المطاف تحسين النتائج الصحية.

II-2- مستويات الخدمة الصحية التي يقدمها النظام الصحي :

تختلف الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين باختلاف الأنظمة الصحية المستخدمة، فإذا كان مستوى النظام الصحي متطور ومميز فان الخدمة المقدمة في الغالب تكون مميزة ومتطورة والعكس صحيح، والمستويات الصحية المقدمة لا تختلف باختلاف النظام الصحي بل هي ثابتة من حيث المستوى ومتغيرة من حيث النوعية وجودة الخدمة وهي تتمثل في :

المستوى الأول : الرعاية الصحية الأولية

المستوى الثاني : الرعاية الصحية الثانوية

المستوى الثالث : الرعاية الصحية التخصصية

المستوى الرابع : الرعاية الصحية التأهيلية

II-2-1- الرعاية الصحية الأولية:

يمكن تعريف خدمات الرعاية الصحية الأولية بأكثر من طريقة وأسلوب وكل طريقة تعكس وجهة نظر معينة واهم هذه التعريفات أن الرعاية الصحية الأولية هي تلك الخدمات الطبية والوقائية التي تقدم للمرضى وغير المرضى ولا تحتاج إلى تنويم في المستشفى، أما التعريف الثاني للرعاية الصحية الأولية فهي تلك الخدمات التي تشمل معالجة الأمراض الشائعة وإصابات الحوادث والإسعافات الأولية وتقديم خدمات التطعيم ضد الأمراض المختلفة ورعاية الأمومة والطفولة وخدمات الصحة المدرسية والوقاية الصحية وصحة البيئة والتثقيف الصحي.

أما منظمة الصحة العالمية فقد عرفت الرعاية الصحية الأولية على أنها " الرعاية الصحية الأساسية أو الهامة ميسرة لكافة أفراد المجتمع ومعتمدة على وسائل وتقنيات صالحة عمليا وسليمة علميا ومقبولة اجتماعيا وبمشاركة تامة من المجتمع وأفراده وبتكاليف يمكن للمجتمع وللبلد توفيرها في كل مرحلة من مراحل تطوره وبروح من الاعتماد على النفس"³⁵ وهي جزء لا يتجزأ من النظام الصحي للبلد والتي هي نواته ومحوره الرئيسي ومن التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة للمجتمع وهي المستوى الأول لاتصال الأفراد والأسر والمجتمع بالنظام الصحي إذ تقدم الرعاية الصحية المتكاملة بقدر الإمكان حيث يعيش الناس ويعملون .

إذن من خلال ما سبق من تعاريف نستخلص أهم الخدمات المقدمة في هذا المستوى من الرعاية :

* التثقيف والتوعية الصحية بشأن المشاكل الصحية والاجتماعية السائدة في المجتمع والعمل على طرح السبل للسيطرة عليها.

* تقديم خدمات الأمومة والطفولة متكاملة بالإضافة إلى تحصين الأطفال وتطعيمهم ضد الأمراض المختلفة.

* العمل على وقاية المجتمع من الأمراض المتوطنة والمعدية والسيطرة على انتشارها تمهيدا للقضاء عليها.

* التشخيص السليم والعلاج الملائم للأمراض والإصابات الشائعة.

* توفير الأدوية الأساسية والضرورية للعلاج.

II-2-2- الرعاية الصحية الثانوية:

يمكن تعريف المستوى الثاني للخدمات الصحية الثانوية على أنها الخدمات الطبية التي تقدم للمريض

أثناء إقامته بالمستشفى (أثناء تنويمه) في مجالات الطب الرئيسية، كالباطني والجراحة العامة والأطفال والنسائية والتوليد.

³⁵ Talbot.L , Verrinder.G, Promoting Health: The Primary Health Care Approach, Elsevier Australia, 4th edition, 2010, p 03.

ويمكن تعريف هذا المستوى على انه المستوى الذي يشمل التخصصات الطبية الرئيسية، وتقدم هذه الخدمات في المستشفى مع اشتغالها على أقسام الإسعاف والطوارئ والعيادات الخارجية والداخلية وكذلك خدمة جميع المرضى المحولين من المراكز الصحية للمستشفى سواء بالعلاج المكثف أو بالمداخلات الجراحية .

II-2-3- الرعاية الصحية الثالثة (التخصصية):

إن هذا المستوى من الخدمات لا يتميز كثيرا في تعريفه عن خدمات الرعاية الصحية الثانوية سوى

أن

هذه الخدمات تكون في مجال التخصصات الطبية الفرعية. بمعنى كل التخصصات الطبية عدا التخصصات الرئيسية الأربعة تكون تخصصات ذات مستوى ثالث أو مستوى تخصصي. مع التركيز على أن هذه الخدمات تقدم للمريض علاجيا أو جراحيا أثناء تنويمه في المستشفى. ومن أهم مميزات هذا المستوى من الخدمات استخدامه لتكنولوجيا أكثر تعقيدا وكفاءات بشرية عالية ، ضف إلى ذلك التكلفة العالية وطول مدة الإقامة وكذا الحاجة إلى عناية خاصة ومركزة³⁶ .

II-2-4- الرعاية الصحية التأهيلية : أو خدمات الرعاية الصحية طويلة الأمد ويشمل هذا

المستوى الخدمات التي تقدم للمرضى لفترات طويلة نسبيا أو لمرضى لا يأمل في شفاؤهم بحيث يتم تأهيلهم للعيش مع المرض أو الإعاقة التي ألمت بهم، بهدف إعادة هذا المريض للمجتمع كفرد منتج ويستطيع خدمة نفسه. ويمكن تقديم هذه الخدمات في المستشفى أو المركز الطبي أو المنزل.

III- المستشفى كمورد للرعاية الصحية :

III-1-1- عموميات حول المستشفى:

تعتبر المستشفى من المنشآت الهامة في المجتمع الحديث حيث انها تتولى تقديم مزيج متنوع من الخدمات العلاجية والوقائية والتعليمية والتدريبية والبحثية وهي تسهم بذلك في رفع المستوى الصحي للبلاد ومن ثم توفير الظروف المناسبة لتحقيق الأهداف الإنتاجية والاقتصادية. بمستوى كفاءة مرتفع.

III-1-1- مفهوم المستشفى:

تعني كلمة المستشفى في العربية "المكان الذي يطلب فيه الشفاء"³⁷ أي البرء من العلة ، وفي اللغة اللاتينية تعني إكرام الضيف³⁸ ، وقد اتخذت المستشفيات بمفهومها المعاصر أشكالا متعددة وأطلق عليها

³⁶ Sheila Twinn and al , Community health care nursing: principles for practice , Elsevier Health Sciences, 2002, pp161-162.

³⁷ سيد محمد جاد الرب ، إدارة المنظمات الصحية والطبية -منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة، دار النهضة العربية، القاهرة، 1997، ص50.

³⁸ Rockwell.S and Alton Cornelius.J, Management of hospitals and health services: strategic issues and performance, Beard books, USA, Third Edition 2003, p 133.

مسميات متنوعة عبر العصور المختلفة. وقد كانت البداية في الحضارة الإغريقية سنة 1200 قبل الميلاد حيث إتخذت المستشفيات شكل معابد سميت بـ "معابد آلهة الطب" ³⁹ Aesculapivs ، خصصت لرعاية المرضى وللعبادة في وقت واحد، وكان كهنة المعابد يقومون بدور الأطباء ، كما تشير الوثائق التاريخية المصرية إلى وجود ما يطلق عليه بـ "معابد الشفاء" في مصر سنة 600 ق م وقد استخدم نفس المسمى في الهند سنة 273 ق م حيث أطلق على الأماكن المخصصة لتشخيص أمراض الإنسان وعلاجها اسم "السيكستا" Cikista أي معابد الشفاء⁴⁰.

في حين أن الرومان قد خصصوا خلال الفترة 350-500 ميلادية أماكن ملحقة بالكنائس المسيحية لإيواء وعلاج المرضى⁴¹. وقد أطلق العرب على المستشفيات لفظ "البيمارستانات" أي دور المرضى، والبيمارستان لفظ فارسي يتكون من كلمتين "بيمار" بمعنى مريض أو عليل و"ستان" بمعنى دار⁴². وقد خطى العرب في العصور الإسلامية خطوات واسعة في مجال تنظيم مهنة الطب والصيدلة ووضعوا مجموعة من القواعد التي تلتقي مع النظم المعمول بها في العصر الحديث ويأتي من بين هذه القواعد أو النظم ما يلي:

- عدم السماح للمرضى أو المصابين بأمراض معدية بمخالطة المرضى الآخرين.
- اختيار موقع بيئي مناسب لإقامة المستشفى .
- وجود مستشفى متنقل وإرساله إلى المناطق النائية.
- الاهتمام بنظافة البيئة الداخلية للمستشفى .
- التركيز على جودة الرعاية الطبية المقدمة للمرضى .
- إجازة مزاوله مهنة الطب والصيدلة بواسطة الامتحان.

وفي العصر الحديث عرفت الهيئة الأمريكية للمستشفيات (American Hospital Association) المستشفى بأنها: "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل أسرة للنوم وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمرضى". أما منظمة الصحة العالمية فقد عرفت المستشفى من منظور وظيفي بأنها: "جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي، تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجية كانت أم وقائية، وتمتد

³⁹ سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2007، ص 17 .

⁴⁰ احمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات رؤية معاصرة ، المكتبة العصرية، مصر ، الطبعة الأولى، 2006 ، ص 16.

⁴¹ عبد الإله ساعتي، مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، القاهرة، الطبعة الأولى، 1998 ، ص 12 .

⁴² حسان نذير محمد حرساني، إدارة المستشفيات ، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 1990، ص 25.

خدمات عياداته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المتزلية، كما أنها أيضا مركز لتدريب العاملين الصحيين والقيام ببحوث اجتماعية حيوية".⁴³

وقد عرفت من قبل الدكتور عبد الإله ساعاتي بأنها مكان لتنويم المرضى وعلاجهم بما يتطلب ذلك

من

خدمات فندقية وتوفير التغذية للمرضى، وأنها أيضا مكان للتدريب والتعليم المستمر ومكان لإجراء البحوث في مختلف الحقول الصحية".⁴⁴

كما استخدمت بعض البحوث والدراسات والكتابات العلمية مدخل النظم *approche des systèmes* في تعريف المستشفى وذلك باعتبارها نظاما مركبا من مجموعة نظم فرعية لكل منها طبيعة مميزة وخصائص مختلفة، كما تعتبر أيضا بمثابة نظام مفتوح لأنه يعمل على حل مشكلات تعترض صحة أفراد المجتمع الذين يتفاعلون معه ويتأثرون به ويؤثرون فيه.⁴⁵

وفي ضوء ما تقدم، ومن خلال المفاهيم السابقة للمستشفى يمكن تعريف هذه الاخيرة على أنها جزء من النظام الاجتماعي يرتبط في أداء وظائفه ببرنامج صحي متكامل مع النظام الصحي العام⁴⁶ وفي نفس الوقت هي عبارة عن نظام كلي يضم مجموعة من النظم الفرعية المتكاملة والمتمثلة في نظام الخدمات الطبية ونظام الخدمات المعاونة ونظام الخدمات الفندقية ونظام الخدمات الإدارية، وتتفاعل تلك النظم معا بهدف تحقيق أقصى رعاية ممكنة للمريض والمصاب وتدعيم الأنشطة التعليمية والتدريبية والبحثية للدارسين والعاملين في المجال الطبي.⁴⁷

III-1-2- الوظائف الأساسية للمستشفيات:

قد تختلف وظائف المستشفيات بعضها عن بعض بسبب اختلاف الأهداف من وراء إنشائها إلا أن

هناك وظائف أساسية تشترك فيها معظم المستشفيات الحديثة في العالم وهي:

- توفير خدمات الرعاية الأولية اللازمة لتعزيز صحة المجتمع .
- تعزيز البحوث في مجالات العلوم الطبية والعلوم الأخرى ذات العلاقة بالصحة .
- تعليم وتدريب العاملين في المجالات الطبية والتمريضية والعلوم الطبية المساعدة.
- تقديم الخدمات العلاجية.

⁴³ منظمة الصحة العالمية، إدارة المستشفيات، سلسلة التقارير الفنية رقم 395، منظمة الصحة العالمية، سويسرا، 1980، ص6.

⁴⁴ عبد الإله ساعاتي، مبادئ إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 31.

⁴⁵ حسان نذير محمد حريستان، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 51.

⁴⁶ سيد محمد جاد الرب، إدارة المنظمات الصحية والطبية -منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة، مرجع سابق، ص51.

⁴⁷ سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، مرجع سابق، ص27.

✓ توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية: في عام 1978 وخلال اجتماع المآآا Alma Ata اتفق ممثلو 166 دولة عضو في منظمة الصحة العالمية على أن يكون هدف الصحة للجميع هو الهدف الذي يتوجب أن تسعى الدول إلى تحقيقه وتم تتويج هذا الاجتماع بإصدار إعلان المآآا التاريخي الذي نص على أن الرعاية الصحية الأولية هي وسيلة تحقيق هذا الهدف محمدا الأسس والسبل والإستراتيجيات الرامية إلى تحقيق ذلك⁴⁸.

ونتيجة لذلك تركزت السياسات الصحية للدول على الرعاية الصحية الأولية التي أصبحت المحور الأساسي للخدمات الصحية وحظيت باهتمام مكثف في الكثير من دول العالم.

وهكذا أصبحت المستشفيات تساهم في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية واعتبرتها المدخل الأساسي لإعادة توجيه النظام الصحي في المجتمع من خلال توفير الصحة للجميع وتشجيع أفراد المجتمع على تفهم المشاكل الصحية التي يعاني منها المجتمع سعيا وراء التخلص منها. وهذا ما أكده الدكتور Halfdan Mahler المدير العام لمنظمة الصحة العالمية الأسبق في قوله: أن النظام الصحي القائم على الرعاية الصحية الأولية لا يمكن أن يحقق أهدافه ويتطور بل لا يمكن أن يوجد بدون شبكة من المستشفيات تنهض بمسؤولية دعم الرعاية الصحية الأولية وصحة المجتمع⁴⁹.

وفي هذا الصدد فإن العديد من الأنشطة ومجالات الرعاية الصحية تختلف باختلاف الظروف البيئية للمجتمعات إذ نجد أهمها تتمثل في رعاية المسنين، رعاية الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة، الوقاية من الأمراض من خلال التطعيم، بالإضافة إلى توفير الأدوية والأمصال الأساسية. هذا إلى جانب توعية الأفراد بجوانب الصحة والمرض والعادات المؤدية إليه وكذا طرق المحافظة على الصحة من خلال تنظيم ندوات للمرضى وذويهم أو إذاعة برامج للتوعية الصحية عن طريق الراديو والتلفاز وتوعية طلاب المدارس والجامعات من خلال نشرات إرشادية تساعدهم على معرفة سبل الوقاية من الأمراض المختلفة.

✓ تعزيز البحوث في مجالات العلوم الطبية والعلوم الأخرى ذات الصلة مع الصحة :

إن التقدم الهائل في علوم وتكنولوجيا الطب والعلوم الصحية الأخرى في تشخيص المشاكل الصحية الفردية وعلاجها والذي نشهده في وقتنا الحاضر، لخير دليل على أهمية البحوث في المجال الصحي. وقد أصبحت المستشفيات بإمكانياتها الضخمة مكانا خصبا لإجراء الدراسات والأبحاث التطبيقية في المجالات

⁴⁸ زيد حمزة، الطب والصحة في نصف قرن، بحوث وأوراق المؤتمر العربي السادس في الأساليب الحديثة لإدارة المستشفيات تحت شعار "تمويل الخدمات الصحية والطبية" القاهرة، نوفمبر 2007، ص03.

⁴⁹ عبد الإله ساعاتي، مبادئ إدارة المستشفيات، مرجع سابق ص 53.

الطبية المختلفة لاسيما المستشفيات العامة التي تكثر فيها الحالات المرضية والفحوصات المعملية والعمليات الجراحية.

ويسهم وجود المعامل والمختبرات والتجهيزات الطبية في إتاحة الفرصة أمام الباحثين حتى يقوموا بالبحوث التطبيقية المتعلقة مثلا باختبار فعالية عقاقير جديدة أو اكتشاف طرق فحص أكثر تطوراً أو أساليب جديدة لمكافحة العدوى أو انتشار المرض وغيرها.

كما تساعد وجود سجلات طبية منظمة على توفير بنك للمعلومات الديموغرافية والطبية يستعملها الباحثون في الدراسات المتعلقة بفعالية أساليب التشخيص المتبعة أو في معرفة كيفية التغير الحاصل في معدلات حدوث وانتشار الأمراض.

✓ **تعليم وتدريب العاملين في المجالات الطبية والتمريضية والعلوم الطبية المساعدة:**

إذا كانت تقارير المنظمات الدولية قد أكدت أن معدل النمو الاقتصادي الأعلى متوافر في الدول

التي

بلغت معدلات أعلى في تنمية القوى البشرية وأولت التعليم والتدريب عناية فائقة، فإن منظمة الصحة العالمية

أكدت على أن مستوى الخدمات الصحية الأعلى متوافر في المؤسسات الصحية التي تولي اهتماماً كبيراً بالتعليم والتدريب، فالتعليم يوفر المعارف الأساسية والتدريب يكمل التعليم بتوفير المهارات التطبيقية. ولقد اقتضت المتغيرات الطبية والتقنية التي تتسم بالسرعة وجود حاجة إلى مهارات وكفاءات جديدة في الموارد البشرية العاملة بالمستشفى. لتصبح بذلك مركزاً لتنمية المعلومات لكثير من العاملين في المجالات الطبية وشبه الطبية وكذا تطوير مهاراتهم وقدراتهم.

هذا وتتوافر إمكانية التدريب والتعليم في المستشفيات الجامعية والتخصصية أكثر منها في المستشفيات الأخرى وذلك يعود بالدرجة الأولى إلى إمكانيات هذه المستشفيات من الناحية المادية والبشرية والتجهيزات اللازمة لعملية التدريب والتعليم إلا أن ذلك لا ينقص من أهمية المستشفيات الأخرى في قيامها بالتدريب والتعليم الطبي والتمريضي للخريجين الجدد من الأطباء والمرضى.

✓ **الرعاية الصحية للمرضى:** تسعى المستشفيات بصفة عامة إلى رعاية المريض والمصاب حتى تتقدم

حالته إلى ما هو أحسن وأفضل، ولذلك فإن تقديم خدمات الرعاية الصحية سواءاً تمثلت هذه الرعاية في الخدمات التشخيصية أو العلاجية يعد من أهم وظائف المستشفى وما يرتبط بها من خدمات مساعدة. وفيما يلي سنحاول توضيح معالمها الأساسية:

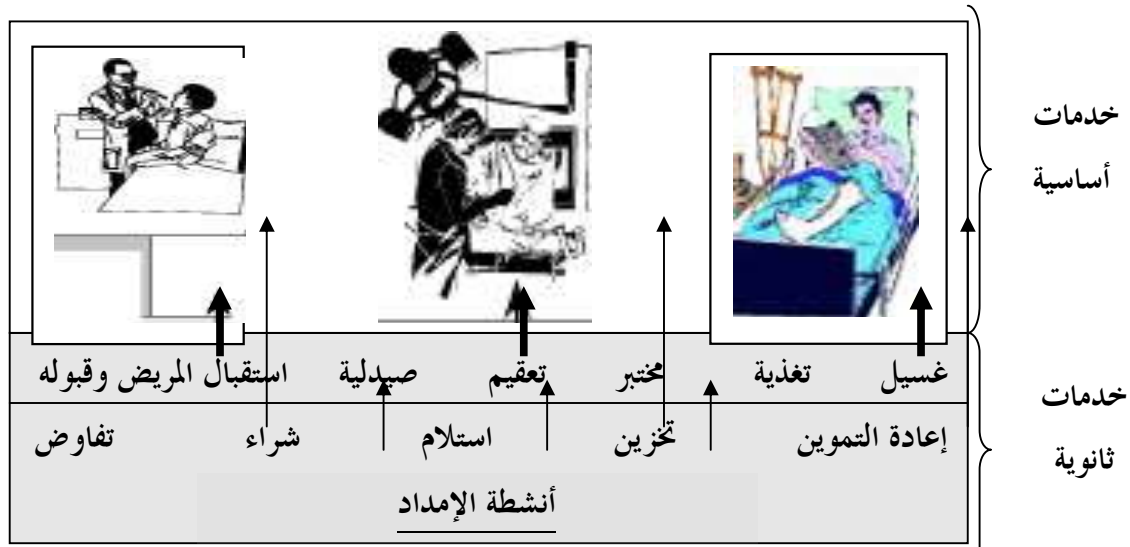
- أ- خدمات التشخيص: تمارس المستشفيات أنواعا متعددة من خدمات التشخيص نوجزها فيما يلي:
- * التشخيص السريري (الإكلينيكي): يمارس هذا التشخيص في مجالات الطب الباطني، الأنف والأذن والحنجرة، أمراض النساء والتوليد، الجراحة، أمراض العيون.
 - * التشخيص الشعاعي: ويتضمن عمليات التصوير الشعاعي والتصوير بالموجات فوق الصوتية.
 - * التشخيص المخبري: كإجراء فحوصات الدم والبول وإفرازات المريض الناتجة عن الجوانب الجرثومية والطفيلية والكيميائية.
 - * التشخيص النفسي: بالتعرف على الأسباب الأساسية والثانوية المسببة للاضطرابات النفسية عند المريض.
 - * التشخيص التخطيطي: كما هو الحال في مجالات تخطيط الرأس وتخطيط القلب.
- ب- خدمات العلاج: أهمها:
- * العلاج التأهيلي: كعلاج أمراض النطق وعلاج بعض الحالات النفسية ...
 - * العلاج الطبيعي: كممارسة التمرينات الرياضية والتدليك....
 - * العلاج الشعاعي: كاستخدام المواد المشعة في علاج حالات الأمراض السرطانية.
 - * العلاج بالتنفس الاصطناعي: كما هو الحال عند إنعاش المرضى بالأكسجين الإضافي أو إنعاشهم تحت ظروف العمليات الجراحية.
 - * العلاج الجراحي: كالقيام بعمليات الاستئصال وتركيب الأعضاء وزرعها.
- ت- الخدمات المساعدة: و تتمثل في مجموعة الخدمات التي تمكن المستشفى من تحقيق الأهداف بصورة غير مباشرة أين تساعد على تيسير تقديم الخدمات الطبية للمستفيدين من المستشفى. ويمكن توضيحها فيما يلي:
- * خدمات شؤون المرضى: كاستقبال المرضى وإعداد السجلات الطبية وإعداد التغذية اللازمة لهم.
 - * خدمات التمريض: المتواجدة في الأقسام الداخلية للمستشفى أو في قسم الطوارئ أو العيادات الخارجية.
 - * الخدمات الطبية المساعدة: كالمختبرات ووحدات تخطيط الرأس والقلب، ووحدات التعقيم المركزي للأدوات والمستلزمات الطبية و وحدات الأشعة والتخدير والصيدلية.
 - * الخدمات العامة: كخدمات الصيانة وخدمات الاتصالات السلكية واللاسلكية وخدمات التنظيف.
 - * خدمات الوحدات الإدارية: مثل إدارة شؤون العاملين والتمويل والاستثمار والمشتريات والمخازن والتسويق...

الفصل الأول : المستشفى كمورد للرعاية الصحية وأهم التحديات التي تواجهها

ومن خلال ما سبق نستطيع تبني نموذج التصنيف الذي يقوم على أساس أن تقديم الخدمة يشمل نوعين من الخدمات ، خدمات قاعدية (اساسية) وأخرى فرعية .

فأما الأولى فترتبط بحضور وتواجد الزبون في حين يدعم النوع الثاني الخدمات الأساسية ويسهل الحصول عليها، إذن وبموجب هذا التصنيف فان الخدمة الأساسية في المستشفى تتمثل في تقديم الرعاية الصحية والتي بدورها تستند في نشاطها على الأنشطة الفرعية كأنشطة الإمداد من توريد وإنتاج وكذا إعادة التموين، لنستنتج بذلك أن تقديم الرعاية الصحية يعتبر كناتج لتفاعل الأنظمة الفرعية فيما بينها .

ونستطيع أن نلخص ونوضح نوعي الخدمة في المستشفى عبر الشكل الموالي:



الشكل رقم:03: طبيعة الخدمات في المؤسسات الصحية

المصدر: Jean-Philippe Blouin et autres, La performance des modes de réapprovisionnement des fournitures médicales, Cahier de recherche n°00-01, Groupe de recherche CHAINE , Montréal, 2001, p02

في حين اقترح Chase (1979) من جهة أخرى تصنيف الخدمات على أساس درجة الاتصال ، وهو ما يترجم مفهوم الخدمات الأمامية (Front office) والخدمات الخلفية (Back Office).⁵⁰

إذن ، ووفقا لهذا التصنيف وكذا المحيط الذي تقدم فيه الخدمة ، نستطيع القول بان الأنشطة التي لا تتطلب حضور الزبون فهي ترتبط بالخدمات الخلفية. في حين أن تلك المرتبطة بوجود الزبون فهي تمثل الخدمات الأمامية والتي تتميز بخصوصيات هامة لما لها من تأثير على الحكم على قيمة الخدمة.

⁵⁰ CHASE, R.B. , Entreprises de services : connectées ou déconnectées?, Harvard -L'Expansion, n° 13, 1979, p. 87-93 , cité par Jean-Philippe Blouin et autres, La performance des modes de réapprovisionnement des fournitures médicales, IDEM, p02.

وعموما تمثل مجموع الخدمات في المستشفى خصائص الخدمات المختلطة، وفي الواقع فان الأنشطة المرتبطة بتقديم الرعاية تتميز بدرجة عالية من الاتصال بالزبون على عكس الأنشطة الفرعية التي تدعم تقديم الرعاية والعلاج .

III-1-3- تصنيف المستشفيات:

يختلف تصنيف المستشفيات من دولة إلى أخرى، ومن كاتب إلى آخر وهذا الاختلاف في التصنيفات يعتمد على أسس تتبناها هذه الجهة أو تلك، إضافة إلى الهدف المراد تحقيقه من التصنيف ومهما كانت الأهداف والأسس لتصنيفات المستشفى فإنها لا تتعدى التصنيفات التالية:

أولا: تصنيف المستشفيات على أساس الملكية

ثانيا: تصنيف المستشفيات على أساس الحجم

ثالثا: تصنيف المستشفيات على أساس التخصص

رابعا: تصنيف المستشفيات على أساس التعليم والتدريب

خامسا: تصنيف المستشفيات على أساس الموقع الجغرافي.

✓ أولا: تصنيف المستشفيات على أساس الملكية:

تنقسم المستشفيات على أساس الملكية أي على أساس مالك هذه المستشفى هل هو شخص عادي

أو مجموعة أشخاص أو قطاع حكومي إلى ثلاثة أقسام:

1. المستشفيات الحكومية: وهي تلك المستشفيات التي تعود ملكيتها للدولة بغض النظر عن أية عوامل

أخرى كالحجم أو التخصص، وفي الغالب فان المستشفيات الحكومية تهدف إلى تقديم الخدمات الطبية

بمختلف مستوياتها دون أن يكون لدى هذه المستشفيات أية أهداف ربحية، وهي تسعى للوصول إلى أقصى

درجة من رضا المواطن والمريض، وتخضع هذه المستشفيات إلى القوانين وأنظمة وتعليمات الدولة. ويتم

تعيين الكوادر الطبية والتمريضية من خلال الأنظمة الخاضعة لرقابة الجهات التشريعية والتنفيذية وغالبا ما

يكون نظام اتخاذ القرار في الجوانب الفنية والإدارية في هذه المستشفيات مركزيا.

2. المستشفيات الخاصة: وتكون مملوكة من قبل شخص واحد أو مجموعة من أشخاص (كشركة مساهمة

)، ويهدف هذا النوع من المستشفيات لتقديم الخدمات الطبية إلى تحقيق أرباح ويطلق عليها بالمستشفيات

الربحية وتقاس كفاءة هذه المستشفيات بكمية الأرباح المحققة في نهاية السنة المالية، ويطبق في هذه

المستشفيات مبادئ إدارة الأعمال والتي تسعى لتحقيق أقصى درجة من الربح في ظل المنافسة الموجودة في

السوق.

3. المستشفيات الخيرية: يكون هذا النوع من المستشفيات مملوكا لجهات خيرية تطوعية مبنية على أساس عرقي أو ديني أو جهوي. وتشكل هذه المستشفيات الوسطية بين الخاص والحكومي، حيث تسعى إلى تغطية نفقاتها من جهة ومن جهة أخرى إلى تحقيق رضى ومساعدة المحتاجين للخدمة الصحية. ويتوفر هذا النوع من المستشفيات في الكثير من الدول وفي حالة وجودها فان الخدمات التي تقدمها تبقى محدودة نظرا لمحدودية المخصصات المالية المتوفرة وارتباط مستوى ونوعية الخدمة المقدمة بحجم الأموال والتبرعات المتوفرة.

✓ **ثانيا: تصنيف المستشفيات على أساس الحجم :**

تنقسم المستشفيات على أساس الحجم إلى ثلاثة أقسام:

1. مستشفيات كبيرة الحجم: وهي تمثل تلك المستشفيات التي تتميز بعدد كبير من الأقسام خاصة الطبية التخصصية أو عدد كبير من الأسرة في كل قسم. و في الغالب يتم اعتماد عدد الأسرة للتمييز بين هذه الأنواع من المستشفيات وهناك الكثير من الدراسات التي اعتبرت المستشفى الكبير أكثر من 500 سرير بشكل عام أو تزيد عدد الأقسام الطبية التخصصية في المستشفى عن ثمانية أقسام وأحيانا عشرة أقسام.

2. مستشفيات متوسطة الحجم: وهذا النوع من المستشفيات يكون عدد أسرته 200 سرير و اقل من 500 سرير أو يحتوي على خمسة أقسام طبية رئيسية ومتخصصة.

3. مستشفيات صغيرة الحجم: وهي تلك المستشفيات التي يكون عدد أسرتهما اقل من 200 سرير أو يكون اقل من خمسة أقسام وأحيانا تحتوي هذه المستشفيات على تخصص واحد فقط.

وبغض النظر عن أعداد الأسرة المعتمدة إلا انه يمكن كذلك تقييم حجم المستشفيات تبعا للوضع العام للقطاع الصحي لتلك الدولة.

✓ **ثالثا: مستشفيات حسب التخصص:** وهي نوعان:

1. مستشفيات عامة: وتمثل في المستشفيات التي تضم تخصصات طبية مختلفة ومتعددة مثل أمراض الأطفال والأمراض الباطنية وأمراض النساء والتوليد والجراحة العامة وأمراض القلب..... الخ

2. مستشفيات تخصصية: وهي تلك المستشفيات التي تقدم تخصص معين فقط كان تكون هذه المستشفى متخصصة في مجال العيون أو القلب أو الأطفال . و ما يميز هذا النوع من المستشفيات أنها تحاول إيجاد جميع الخدمات الطبية الممكنة والتي لها علاقة في مجال تخصص معين وبالتالي تكون الخدمة في ذلك التخصص أكثر تميزا وعمقا في نفس المجال.

✓ **رابعا: تصنيف المستشفيات على أساس التعليم والتدريب :** حيث يمكن تصنيف المستشفيات أيضا إلى كونهما تعليمية أو غير تعليمية ويرتبط ذلك بوجود فرصة التعليم في هذه المستشفيات في حقل من الحقل الطبية أو أكثر، وغالبا ترتبط هذه المستشفيات التعليمية بالجامعات أو المؤسسات العلمية البحثية المختلفة وفقا لبرامج علمية متخصصة معدة لهذا الغرض، وعلى هذا الأساس نجد :

1. المستشفيات التعليمية: وهي التي يتم فيها تطبيق برامج الإقامة والتدريب والتعليم، وتتوفر فيها الإمكانيات البشرية والمادية والتكنولوجية التي تساهم في تعليم وتدريب طلبة كليات الطب والتمريض والمهن الطبية المساعدة بالإضافة إلى توفير الأجهزة والمعدات والمختبرات التي تساعد في التدريب والتعليم.

2. المستشفيات غير التعليمية: وهي تلك المستشفيات التي لا تتوفر فيها الإمكانيات المادية والبشرية لتعليم وتدريب طلبة الطب والتمريض والمهن الطبية الأخرى وهي تمتاز بصغر الحجم و محدودية التخصصات المتوفرة فيها. وترتكز هذه المستشفيات في الغالب على تقديم خدمات طبية رئيسية في مجال الجراحة والتوليد والباطني والأطفال وليست مهيأة لاستقبال الطلبة والمتدربين ولا تتوفر على الإمكانيات التكنولوجية المتطورة ويكون موقعها في المدن الفرعية والمناطق قليلة الكثافة السكانية.

✓ **خامسا: تصنيف المستشفيات على أسس جغرافية:**⁵¹

يتم تقسيم المستشفيات حسب موقعها الجغرافي أو حسب التقسيم الإداري لتلك الدولة إذ يمكن أن نجد:

1. المستشفيات المركزية: وهي المستشفيات التي تخدم تجمعات سكانية متوسطة، وتعتبر مثل هذه المستشفيات بمثابة المستشفيات العامة أيضا وذلك نظرا لتوفر الإمكانيات البشرية والمادية بها والتي تمكنها من مواجهة مختلف الحالات الطبية.

2. مستشفيات المناطق الإقليمية: وهي تلك التي تتواجد في العاصمة أو مراكز المدن الكبيرة وتخدم منطقة صحية بأكملها وتحتوي هذه المستشفيات على أعلى خدمات تخصصية لا يستطيع توفيرها اغلب المستشفيات الأخرى هذا وتتوقف السعة السريرية لهذه المستشفيات إلى حد كبير على الاحتياجات الصحية لأفراد المجتمع.

3. المستشفيات المحلية الصغيرة: وهي المستشفيات التي تخدم تجمعات سكانية قليلة وهي عادة تقدم الخدمات لجماهير المنطقة باختلاف أنواعها من خدمات أمراض باطنية وجراحة عامة وخدمات رعاية الأمومة والطفولة.

⁵¹ سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، مرجع سابق، ص40.

III-1-4- التنظيم الداخلي للمستشفى :

للتنظيم أهميته التي تعود في جذورها الى الماضي البعيد ، عندما أدرك الإنسان منذ القدم حاجته إلى التعاون في إنجاز بعض المهام التي لا يستطيع أن يقوم بها وحده . وبالتالي يكتسب تعاون العاملين بالمستشفى أهمية خاصة إذا ما قورن بالمنظمات الأخرى ، ذلك أن المستشفى تعمل على تقديم خدمات تخصصية تتسم إلى حد كبير بطبيعتها العاجلة غير القابلة للتأجيل ، ومن هنا تبرز أهمية التنظيم الذي يعني في الأساس وكما يعرفه Boward بأنه "مجموعة من النشاطات أو القوى الشخصية المنسقة بوعي

52"

أو كما يراه Koontz و O'Donnel (1964) ⁵³ بأنه "تجميع أوجه النشاطات الضرورية لانجاز الأهداف العامة والخطط في وحدات تنظيمية مناسبة، وضمان تفويض السلطة لهذه الوحدات والتنسيق بينها

أما Hodgett و Casis (1983) فيريان انه العملية التي يتم بموجبه توزيع الواجبات على العاملين والتنسيق بين مجهوداتهم بشكل يضمن تحقيق أقصى كفاية ممكنة لبلوغ الأهداف المحددة مسبقاً" ⁵⁴.
وبقراءة متأنية لهذه التعاريف يمكن ملاحظة أنها تدور حول العملية التي يتم بها تحديد المهام والواجبات المناطة بالوحدات التنظيمية التي تستدعيها طبيعة العمل في المستشفى وتوزيعها على العاملين والتنسيق بينهم، فضلا عن تحديد المسؤولية والسلطة لمختلف هذه الوحدات بالشكل الذي يكفل تحقيق الأهداف المرسومة.

فالمستشفى مثلها مثل أي مؤسسة لها إدارة عليا ممثلة في مجلس إدارة مكون من مدير مستشفى ورئيس الجهاز الطبي ومساعديه، ممثل لوزارة الصحة وفي بعض الدول يشترك في المجلس ممثلي العمال كما هو الحال في الجزائر ، فعند الحديث عن تنظيمها الداخلي لا بد أن نعرف بان المستشفى تقوم أصلا على وجود أنشطة رئيسية وأنشطة أخرى تدعمها على أساس أن كل نشاط له دور مطلوب في الخدمة الطبية التي تؤديها المستشفى.

فقد اعتمد بعض الباحثين في دراساتهم للتنظيم الداخلي للمستشفى على سلاسل القيمة ل

Porter

⁵² ناصر دادي عدون، اقتصاد المؤسسة، دار المحمدية العامة، الجزائر، الطبعة الثانية، ص 209.

⁵³ Harold.K and O'Donnel C, Principles of Management , Mc Graw-Hill Book Company, New York, 1964 ,p

105 cited by: 94 حسان محمد نذير حريستاني ، إدارة المستشفيات ، مرجع سابق ص

⁵⁴ Hodgetts. R and Dorothy.C, Modern health care administration, Academic Press, New York 1983, p 136.

المستعملة في المجال الصناعي من قبل والتي قسمت المؤسسة إلى أنشطة رئيسية وأنشطة داعمة، إذ يعتبر Porter بان المؤسسة تكتسب ميزة تنافسية. بممارسة هذه الأنشطة الخالقة للقيمة⁵⁵. فأما بالنسبة للأنشطة الرئيسية فهي تلك الأنشطة التي لها علاقة مباشرة بإنتاج وبيع المنتج ونقله إلى الزبون بما فيها خدمات ما بعد البيع. وعن الأنشطة الداعمة فهي الأنشطة المساندة للأنشطة الرئيسية التي بدونها لا تستطيع الأنشطة الرئيسية من القيام بمهامها كما ينبغي.

نفس التقسيم نستطيع أن نتبناه في المؤسسات الإستشفائية فالأنشطة الخالقة للقيمة هي تلك

الأنشطة

الرئيسية المتعلقة بسيرورة رعاية المريض (le processus de soin du patient) والتي تجمع بين كل من أنشطة الإمداد الداخلي والخارجي، إنتاج الأعمال الطبي وما يليها من رعاية صحية. أما الأنشطة الداعمة فهي تلك الأنشطة التي تقوم بدعم الأنشطة الرئيسية والعمل على حسن سيرها، وهي تشمل كل من البنية التحتية للمستشفى (أنشطة إدارية، تخصيص الموارد...)، إدارة الموارد البشرية (توظيف، تكوين... الخ)، بحوث طبية و إدارة للمواد (شراء، اختيار للموردين...)⁵⁶.

وفي نفس السياق صنف Moisson و Tonneau الوحدات الداخلية للمستشفى ضمن خمسة أقسام نستطيع ضمها في مجموعتين للأنشطة⁵⁷ :

الأولى - وتمثل في الأقسام المرتبطة بمسار رعاية المريض والتي تضم:

1- المصالح الإكلينيكية (les services cliniques) أو كما يسميها البعض بوحدات العلاج أو أقسام التنويم وهي تمثل المكان الذي يقوم فيه الطبيب بالفحوصات للمريض و الممرض برعايته والأعوان بتغذيته وإيوائه. وتتطلب هذه الوحدات قسطا هاما من الموارد المادية (الأسرة والأدوية) والبشرية (أطباء، شبه طبيين ومساعدين وعمال نظافة وآخرون).

2- مصالح الفحص والتشخيص (les services de consultation) في هذه الأقسام يتم فحص المريض واتخاذ القرار حول إخضاعه للعلاج في المستشفى أم لا (كالاستعجالات).

⁵⁵ Micheal E.Porter, Competitive advantage - Creating and sustaining superior performance, The free press, USA, 1998, p38.

⁵⁶ Houda TLAHIG, Vers un outil d'aide a la décision pour le choix entre internalisation/externalisation ou mutualisation des activités logistiques au sein d'un établissement de santé : cas du service de stérilisation, Thèse de Doctorat, Institut Polytechnique de Grenoble, 2009, p23.

⁵⁷ Moisson,J.C., Tonneau,D., La démarche gestionnaire à l'hôpital , Edition Seli Arslan,1999, p 254. cité par Said Kharraja, Outils d'aide a la planification et l'ordonnancement des plateaux medico-techniques, Thèse de Doctorat, Université Jean-Monnet, 2003, pp12-13.

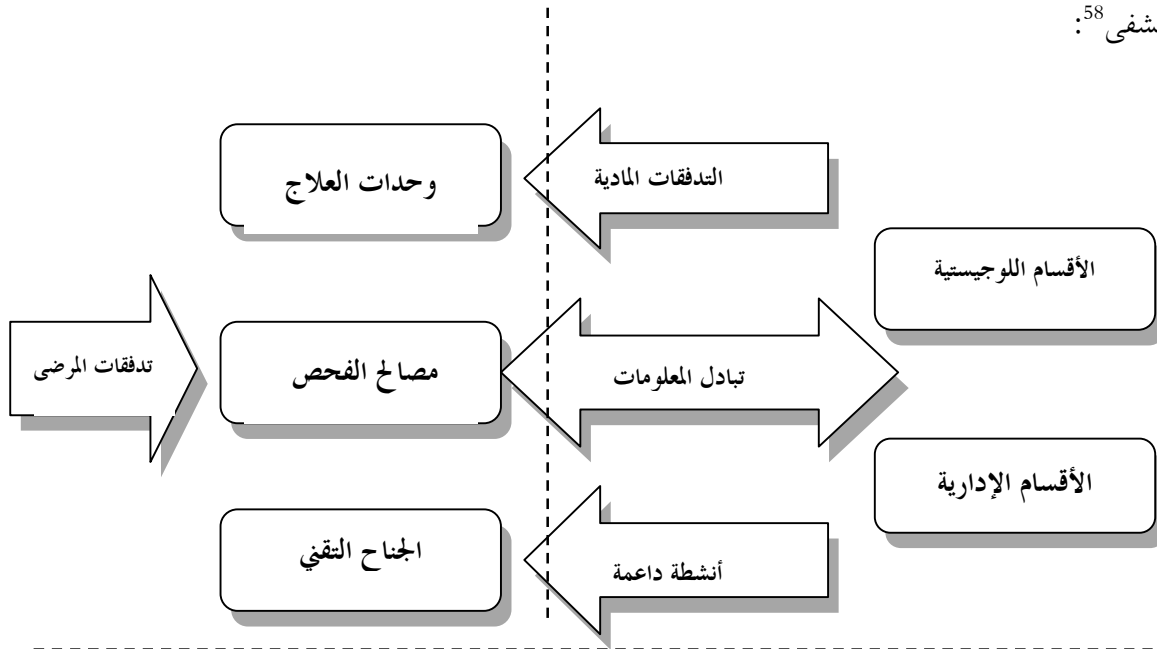
3- الجناح التقني (le plateau technique) الذي يتكون من القسم الجراحي، قسم الأشعة الطبية وكذا قسم المختبر للتحليل. إن لهذا الجناح من الأهمية ما يجعله يتطلب أجهزة ذات مستوى عال من التكنولوجيا والكفاءات الطبية المتخصصة من أطباء وجراحين وممرضين وتقنيي التخدير وشبه طبيين متخصصين..

الثانية: أقسام المساعدة والدعم (Les secteurs d'appoint et de support):

اذ تتكفل هذه الأقسام بالمريض منذ لحظة دخوله والتعامل معه وإسكانه في القسم المخصص لعلاج، والعمل على توفير الراحة له وإطعامه والمحافظة على نظافة المكان الموجود فيه وصيانة الأجهزة والمستلزمات الطبية وكذا تقديم الطعام له ومرافقيه في المستشفى. إذن يتعلق الأمر هنا ب: الأقسام الفندقية أو كما تدعى في المؤلفات الأقسام اللوجيستكية والإدارية.

الأقسام اللوجيستكية: والتي تقوم على أساس تسيير أنشطة التغذية، التعقيم، التنظيف والغسيل، نقل المرضى، التخزين و توزيع المنتجات الطبية (استهلاكية، أدوية...).

الأقسام الإدارية: وتجمع بين الإدارة العامة والمصالح الاقتصادية والمالية ومصالحة إدارة الموارد البشرية وكذا قسم الإعلام الآلي، من مهامه ضمان التوازن المالي بين النفقات والإيرادات، إدارة السجلات الطبية للمرضى، فوترة مصاريف علاج المرضى. وفيما يلي تمثيل لمجموع الأقسام المكونة للوحدات الداخلية للمستشفى⁵⁸:



الأقسام الخاصة بمسار رعاية المريض

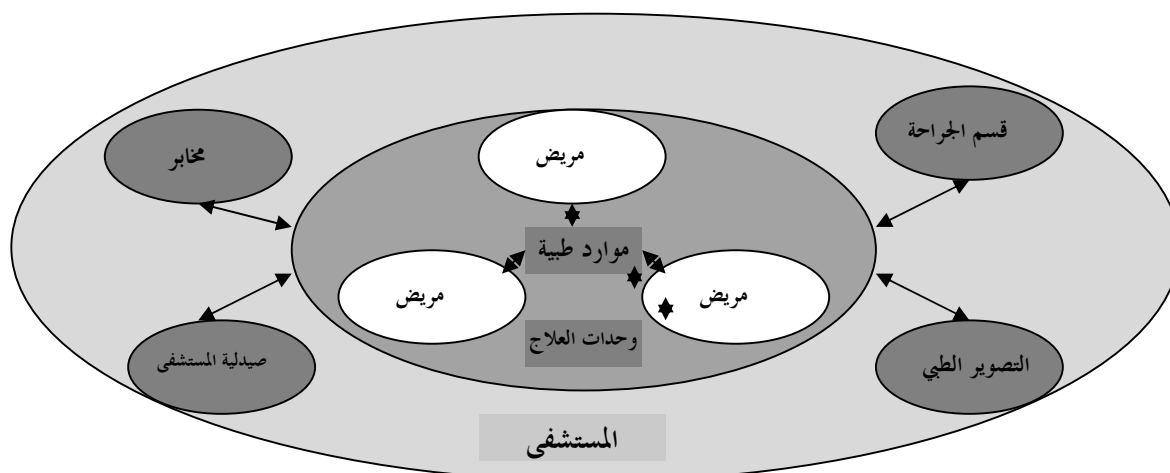
أقسام المساعدة والدعم

a la planification et l'ordonnancement des plateaux medico-techniques, these de Doctorat, Université Jean-Monnet de Saint-Étienne, 2003, p13.

الشكل رقم:04: تمثيل لأقسام الوحدات الداخلية للمستشفى

المصدر: Said Kharraja, Outils d'aide a la planification et l'ordonnancement des plateaux medico-techniques, op.cit, p13.

أما Dallery فقد عبر عن التنظيم الداخلي للمستشفى بمجموعة من الأقسام المحيطة بوحدات العلاج التي تتفاعل وتنسق تسييرها مع القسم الجراحي والوحدات الفرعية الأخرى مثل المخابر وأقسام الأشعة والصيدلية المتواجدة بالمستشفى⁵⁹. ونوضح ذلك في الشكل الموالي :



الشكل رقم:05: التنظيم الداخلي للمستشفى وفقاً لـ Dallery.

III-2-المستشفى كنظام:

III-2-1-المستشفى: نظام مفتوح:

عرفت Linda Rouleau (2007) النظام على انه مجموعة من العناصر المتفاعلة⁶⁰، كما عرفه

DeRosnay (1991) بأنه عبارة عن مجموعة عناصر تتفاعل بشكل ديناميكي ومنظم لتحقيق هدف

معين⁶¹. وبالتالي فالنظام هو عبارة عن:

*مجموعة من الأجزاء تشكل عناصر النظام

⁵⁹ Dallery Yves, Les méthodes de la logistique industrielle au service de la santé : apport et limitation, Ingénierie de la santé, 8^{ème} journée, Laboratoire Génie Industriel, Ecole centrale, Paris, 2004, p 03.

⁶⁰ Linda Rouleau, Théorie des organisations : approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde, Presses de l'université du Québec, Canada, 2007, p 40.

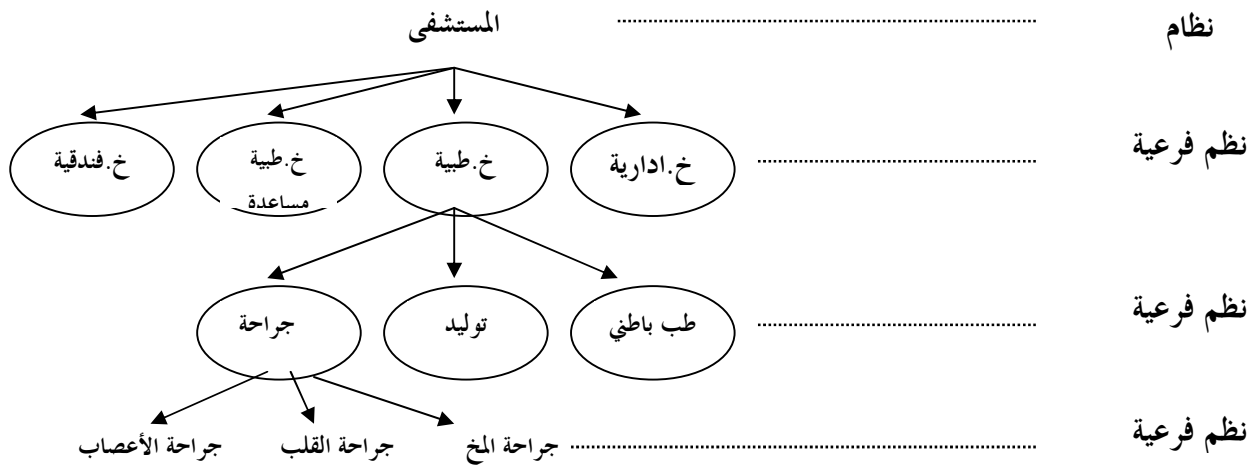
⁶¹ Joël De-Rosnay, Une approches multidimensionnelle de l'homme textes issus des travaux du congrès du 4-5-6 octobre 1990 : Systèmes, éthiques, perspectives en thérapie familiale, Yveline Rey et Bernard Prieur, ESF Editeur, Paris, 1991, p 25.

الفصل الأول : المستشفى كمورد للرعاية الصحية وأهم التحديات التي تواجهها

*مجموعة من العلاقات المتبادلة فيما بين هذه العناصر

*إطار يجمع هذه العناصر وتلك العلاقات في كيان واحد يسمى هذا الإطار "حدود النظام".

وبدقة أكثر يعرفه Saber Aloui (2007) على انه وحدة شاملة لعناصر منظمة تتفاعل فيما بينها والتي تعمل وتتطور سعياً لتحقيق هدف معين ضمن محيط يؤثر فيها وتؤثر فيه⁶². و بذلك فالنظام هو مجموعة من النظم الفرعية المترابطة والمتداخلة فيما بينها والتي تعمل بعضها مع بعض من اجل تحقيق أهداف معينة. أما النظم الفرعية فهي تمثل مجموعة العناصر الوظيفية ضمن نظام اكبر. وكل نظام هو في حقيقته نظام فرعي لنظام اكبر وله في ذات الوقت أنظمة فرعية اصغر .



الشكل رقم 06 : العلاقة بين النظام والنظم الفرعية المنبثقة عنه.

المصدر: محمد نذير حرساني، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 50.

والنظم نوعان :

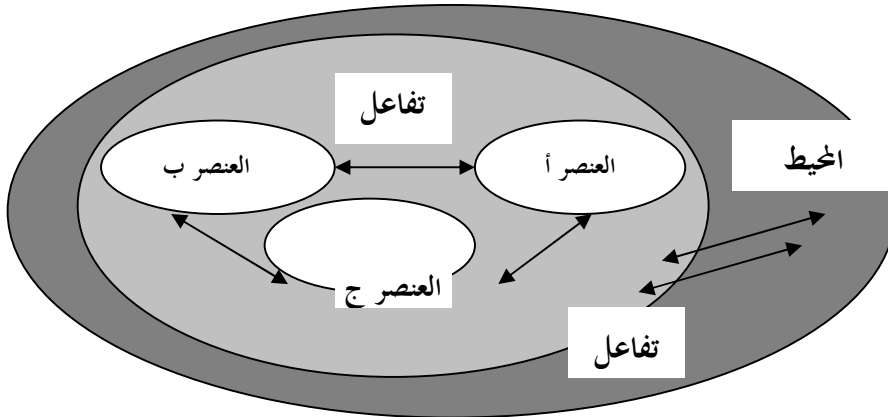
نظام مغلق وهو الذي يتصف بالاحتواء الذاتي⁶³ أو الانعزال عن المؤثرات البيئية الخارجية حيث لا يتلقى أي نوع من الطاقة أو الموارد.

والنظام الثاني هو نظام مفتوح ويتسم بانفتاحه المطلق على البيئة المحيطة به واحتياجه للتبادل معها من حيث المواد والطاقة⁶⁴. وفي الشكل الموالي تبرز العناصر الأساسية لهذه التعاريف

⁶² Saber Aloui , Contribution à la modélisation et l'analyse du risque dans une organisation de santé au moyen d'une approche système , thèse de Doctorat ,Ecole des Mines, Paris, 2007, p 06.

⁶³ Billy J.Hodge and al, Organization Theory : a strategic approach , Prentice Hall ,New jersey, Fifth edition, 1996, P 14.

⁶⁴ Robin Fortin, Comprendre la complexité : introduction à la méthode d'Edgar Morin, les Presses Universitaires de Laval , l'Harmattan ,CANADA , 2^{ème} édition, 2005, p 42.



الشكل رقم :07: النظام والمحيط

المصدر : Fateh MEBREK , Outils d'aide à la décision basés sur la simulation pour la logistique hospitalière, application à un nouvel hôpital, thèse de Doctorat, Université Blaise Pascal – Clermont-Ferrand II, 2008 , p 29 .

وتعتبر المستشفى نظاما مركبا من مجموعة نظم فرعية لكل منها طبيعة مميزة وخصائص مختلفة، كما تعتبر أيضا بمثابة نظام مفتوح لأنه يعمل على حل مشكلات تعترض صحة أفراد المجتمع الذين يتفاعلون معه ويتأثرون به ويؤثرون فيه. وفيما يلي ملخص لأهم الصفات التي تميز المستشفى كنظام عن غيره من المنظمات الأخرى :

- تتميز المستشفى بنظام خدمة مستمرة لاستقبال المرضى على مدار اليوم (24 سا / 24سا).
- تعتبر المستشفى من المنظمات الفنية والاجتماعية المعقدة 65 نظرا لاشتماله على عدد كبير من العاملين ولتعدد التخصصات الدقيقة في أقسامه المختلفة، وكذا تنوع أساليب التكنولوجيا المستخدمة في التشخيص والعلاج.
- كما تتسم المستشفى بكونها نظاما لحل مشكلات معينة التي تعترض صحة أفراد المجتمع، وان هؤلاء يتفاعلون مع نظام المستشفى بحيث يتأثرون به ويؤثرون فيه أيضا.
- أن المستشفى أيضا نظام إنساني فمدخلاته إنسانية وأنشطته وأعماله تتم بوسائل إنسانية تستخدم كافة الموارد المكانية والتقنية أفضل استخدام ممكن بينما تتمثل مخرجاته في رعاية المرضى والتدريب وإعداد البحوث والدراسات العلمية.
- كذلك تعتبر المستشفى بمثابة نظام لا يمكن ميكنة نشاطاته أو توحيدها لاختلاف احتياجات المرضى ومتطلباتهم الصحية بعضهم عن بعض، وذلك على خلاف المنظمات الصناعية التي تركز على منتج له مواصفات محددة، فضلا عن عدم إمكانية تحديد الوقت المستغرق لكل ناتج على عكس المنتج الصناعي.

⁶⁵ أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات رؤية معاصرة، مرجع سابق، ص 26 .

- هذا وتميز المستشفيات بوجود خطين للسلطة⁶⁶، الأول خط السلطة الوظيفية الرسمية وتمثل في الجهاز الإداري بالمستشفى بينما يتمثل الخط الثاني في خط سلطة المعرفة والذي يتميز بأفراد الجهاز الطبي بسبب طبيعة تخصصهم الوظيفي الدقيق الأمر الذي يؤدي في بعض الأحيان إلى صراع على النفوذ.

III-2-2- مكونات المستشفى كنظام مفتوح :

توضح نظرية النظم التأثير المتبادل بين البيئة والمنظمة من خلال المدخلات والتفاعلات ثم المخرجات. ولقد استخدم الكثير من علماء إدارة المستشفيات هذه النظرية لتبيان اثر البيئة على المستشفى، حيث تتحول المدخلات (الموارد) من خلال عمليات إلى مخرجات تمثل النتائج والأهداف المتحققة (الخدمات الطبية). فالمستشفى هو التنظيم الرسمي الذي يقدم خدمات صحية كمخرجات من خلال استخدام الموارد كمدخلات، إذ تلعب إدارة المستشفى دورا حيويا من خلال إدارة هذه الموارد للوصول إلى الأهداف والنتائج بأقل التكاليف وأحسن جودة ومن خلال تفاعل مثمر مع العوامل البيئية المتمثلة في الثقافات والقيم والمعتقدات للعاملين ولأفراد المجتمع ذلك أن الموارد تأتي من البيئة الخارجية للمستشفى كما أن استخدام هذه الموارد يتم من قبل العاملين بالمستشفى (البيئة الداخلية) والمخرجات تصدر بدورها إلى البيئة الخارجية المحيطة بها.

وبذلك يظهر جليا أن المستشفى كنظام مفتوح يقوم على عناصر أساسية نوضحها فيما يلي:

1. المدخلات: تمثل المدخلات العناصر اللازمة لقيام المستشفى بنشاطاتها المختلفة، وهي تشمل 3 عناصر

أساسية نذكرها فيما يلي :

أ- العنصر الإنساني: ويشمل المستفيدين من خدمات المستشفى بجانب القوى العاملة بها على المستويين الإداري والفني. وتعتبر القوى العاملة من أهم العناصر المكونة للمستشفى، إذ تساهم بمجهوداتها في إيصال الرعاية الطبية للمستفيدين وفق أحدث الأساليب التكنولوجية المستخدمة وبال جودة المناسبة في التشخيص والعلاج.

ب- العنصر المادي: ويشمل جميع الإمكانيات المادية مثل الأموال النقدية المتوفرة والقروض، والإستثمارات المختلفة والتبرعات، هذا بالإضافة إلى الموارد الطبيعية المختلفة مثل الأرض والمباني والتجهيزات الطبية والأدوية والأسرة ومستلزمات الغرف والأغذية....

ت- عنصر المعلومات : وهي نوعان:

⁶⁶Jonathan S.R and al, Managing health services organizations, Health Professions Press, USA, Third edition, 1992, p 213.

***معلومات عن البيئة الداخلية للمستشفى:** وتشمل أنظمة وسياسات ومعايير الخدمة، والمعلومات الإدارية والمحاسبية والمعلومات الخاصة بالعاملين وكذا المتعلقة بالمرضى. وتسهم هذه المعلومات في التعرف على مدى الاستفادة من خدمات المستشفى وتقييم جودتها، فضلا عن الوقوف على نشاطات العاملين ورصد اتجاهات التكاليف مما يؤهلها إلى معرفة إن كان قد تم استغلال مواردها بالصورة المناسبة.

***معلومات عن البيئة الخارجية للمستشفى:** والتي تشمل المعلومات الخاصة بالاحتياجات الصحية لمنطقة الخدمة والمعلومات الخاصة بالظروف الاقتصادية والاجتماعية والتكنولوجية، وبذلك تكتسب هذه المعلومات أهمية بالغة لأنها تعطي المستشفى فكرة واضحة عن المدخلات وعن عملية تحويلها إلى مخرجات.

2. عملية التحويل أو النشاطات: وهي المرحلة التي يتم فيها تحويل المدخلات إلى مخرجات وبالتالي فهي تشمل جميع العمليات التي تؤديها الأقسام المختلفة بالمستشفى وفق التنظيمات المعدة لها، للوصول إلى تحقيق الأهداف العامة للمستشفى، وكما سبق الذكر فإن الأنشطة بالمستشفى تنقسم إلى قسمين: أنشطة رئيسية (نشاط التشخيص، نشاط العلاج والأنشطة الخاصة بالجناح التقني (plateau technique)) وأخرى مساعدة (أنشطة الإمداد والأنشطة الإدارية).

3. المخرجات: وتتمثل في الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفى من خلال استخدام مواردها البشرية والمادية، و في جودة هذه الخدمات واستمرار تحسينها وتطويرها وتوفيرها بأقل تكلفة ممكنة ، وتحقيق الأهداف التي أنشئت المستشفى من اجلها والمتمثلة في تقديم الخدمات الصحية بأعلى جودة و اقل تكلفة وكذا توفير التعليم الطبي والبحوث الصحية .

4. التغذية المرتدة: تعبر التغذية المرتدة عن المعلومات التي تصور نتائج نشاطات العاملين في المستشفى وفق الخطط والبرامج المرسومة لها، ويستفاد منها في تشخيص وتقويم المشكلات المتعلقة بتقديم الخدمة، إذا كانت نتائج هذه النشاطات لا تحقق الأهداف المحددة.

5. البيئة: وهي الظروف المؤثرة على المستشفى وعلى نموها في محيطها المتغير، ويمكن أن نصنف البيئة إلى نوعين:

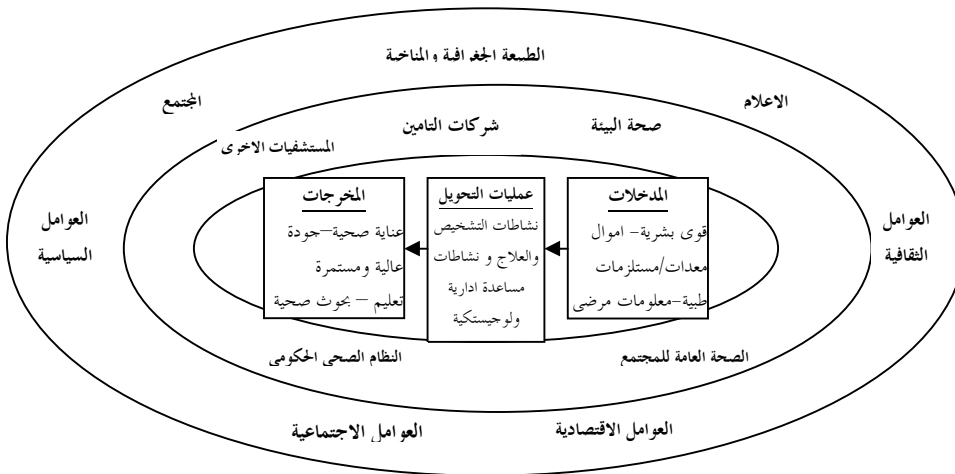
أ- البيئة الداخلية للمستشفى: وتشمل:

- الجانب الإنساني: من خلال التفاعل ما بين العاملين بالمستشفى بعضهم مع بعض وبينهم وبين الإدارة والمستفيدين من خدمات المستشفى.
- الجانب التقني: يمثل ما يحتويه من أساليب و وسائل مستخدمة لإنجاح عمليتي التشخيص والعلاج.

- الجانب التنظيمي: ويشمل اللوائح والأنظمة التي تقررها إدارة المستشفى لتنظيم عملية تقديم خدمات الرعاية الطبية.
- ظروف العمل الطبيعية: كملائمة مساحات المكاتب للعاملين والإضاءة، التهوية والأثاث، فضلا على حسن تفاعل العاملين فيما بينهم، كل هذه الأمور تساهم في تحقيق درجة أعلى من فاعلية الأدوار التي يؤديونها.

ب- البيئة الخارجية للمستشفى : وهي تدرج ضمن مستويين :

- أولا : البيئة العامة: مثل العوامل السياسية ، الاجتماعية، الاقتصادية.
- ثانيا: البيئة الصحية المباشرة: وهي بيئة القطاع الصحي المباشرة مثل الأنظمة الصحية، التقنية و الطبية، مؤسسات التعليم الطبي، الصحة العامة للمجتمع، شركات التأمين الصحي وغيرها.



الشكل رقم :08: مكونات نظام المستشفى

المصدر: عبد الإله سعاقي، مبادئ إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص 45.

III-2-3- المستشفى: نظام اجتماعي واقتصادي معقد:

بالاستناد إلى Penalva (1997) يعبر التعقيد عن كل حالة تتكون فيها صعوبات لدى المراقب سواء من حيث الفهم، التوقع وكذا التحكم.⁶⁷ فالأنظمة الطبيعية (كالدماغ، الجهاز المناعي ..) وكذا الأنظمة الاصطناعية (كالانترنت، المؤسسة ..) تتميز بالتعقيد رغم أن التعقيد ليس بالميزة الجوهرية للنظام. وبالتالي فالتعقيد هو نعت يمنحه المراقب لهذا النظام وبالتالي لا نستطيع التنبؤ مسبقا بسلوك النظام لعدة أسباب أهمها الفهم، المعرفة غير الكافية لهيكلة التنظيمي.

⁶⁷ Penalva J. M, La modélisation par les systèmes en situations complexes. Paris, Université de Paris XI - Paris Sud. Ph.D,1997, d'après SABER ALOUI . op.cit,p06 .

والتعقيد نوعان: تعقيد ساكن وتعقيد حركي. فأما التعقيد الساكن (La complexité statique) فهو التعقيد المرتبط بهيكل النظام وعدد الوظائف المكونة له والعلاقات الموجودة فيه. وأما التعقيد الحركي (La complexité dynamique) أو الديناميكي فهو يرتبط بحركة التفاعلات ما بين الأنظمة الفرعية ومكوناتها.

وفي دراستنا هذه ، نهتم بنوع خاص من الأنظمة والذي يتميز بكونه نظاما اجتماعيا وفنيا معقدا (système sociotechnique complexe) أين يلعب فيه العامل الإنساني الدور الرئيسي و الأساسي.

✓ ويعرف Jean-François Vautier النظام السوسيو تقني المعقد على انه⁶⁸ مجموعة مكونة من أشخاص ، وسائل وبرامج كلها منظمة بشكل يسمح لها بالتفاعل فيما بينها ضمن بيئة معينة ومن تحقيق الأهداف التي من اجلها وجدت". والمؤسسة أحسن مثال على هذا النوع من الأنظمة ، إذ تعتبر كنظام اجتماعي واقتصادي يقوم على إنتاج سلع أو خدمات لإشباع سوق ما باستعمال مختلف الوسائل التقنية والبشرية .⁶⁹

وفي هذا السياق، فإن المستشفى هي مؤسسة خدمات خاصة أهم خصائصها يكمن في كون الزبون الذي يجب إشباع حاجاته وإرضائه هو " المريض "، ووفقا لمعايير ISO 9000 فالزبون سواء كان منظمة أو فردا هو ذلك الذي يتلقى سلعة أو خدمة ما⁷⁰. ولكن الشيء المميز هنا انه في الوسط الإستشفائي يمثل الزبون في نفس الوقت موضوع ومستهلك الخدمة المقدمة له من طرف العديد من الأخصائيين والتي تؤثر مباشرة على حالته البدنية أو النفسية .

وفي الواقع، فمنذ بداية التكفل بالمريض إلى غاية خروجه من المستشفى تنتظم العديد من المهن وتتفاعل فيما بينها من اجل تجسيد مهمة المستشفى المتمثلة في ضمان سلامة المرضى ونوعية العلاج المتعلق بكل عمل طبي. إذ تتأكد خاصية السوسيو تقني للنظام الصحي من خلال الأعمال المنجزة و التفاعلات ما بين المريض و عمال المستشفى من أخصائيين ومهنيين بداية من المعاملات الإدارية حين دخول المريض إلى المستشفى (تكوين الملف الطبي) مروراً بقسم الأشعة والصيدلية أو الجراحة إلى غاية خروجه، هذا من جهة. ومن جهة أخرى فان تعدد الوظائف والمهن العامة في المؤسسات الصحية وكذا كثرة العوامل المؤثرة فيها

⁶⁸ Jean-François Vautier, Systèmes complexes, document disponible sur le site: www.techniques-de-l'ingenieur.fr, consulté le 01-05-2010.

⁶⁹ Michel Bonami, Bernard de Hennin, Jean-Michel Boqué, Management des systèmes complexes: Pensée systémique et intervention dans les organisations, De Boeck université, Bruxelles , 1^{ere} édition 2^{eme} tirage 1996 , p24.

⁷⁰ Normes ISO 9000 version 2000, relatives aux systèmes de management de la qualité.

سواء تلك المرتبطة أم لا بأنشطة العلاج، تجعل من المستشفى نظاما معقدا مما يجعل إدارة هذه المؤسسات تواجه صعوبات كثيرة.

هذا ويرجع تعقيد المؤسسات الصحية إلى تعدد المهام، التسلسل الوظيفي، وكذا تنوع الأنشطة والمعدات. وهو ما أكده Vigneron (2000) بأن نظام المستشفى هو نظام معقد لتنوع الوظائف والمهن بها، إضافة إلى أنشطة العلاج التي يقوم بها الأطباء والمرضون تضم المؤسسة الإستشفائية وظائف أخرى كالوظائف اللوجيستكية والإدارية.⁷¹

أما Hammami (2006) فاعتبر المستشفى كبنية معقدة بشكل خاص من حيث وجهتين للنظر:

72

أولها وظيفية : فالمؤسسة الإستشفائية ليست مكانا للعلاج والرعاية الطبية فقط بل بها فندق لإيواء المرضى، ومطعم مما يوحي بوجود خدمات وأنشطة فرعية تدعم الأنشطة الرئيسية للمستشفى. ثانيها اجتماعية: فالمستشفى تجمع بين الكثير من أفراد المجتمع ذوي حالات مختلفة تماما ومصالح جد متفرقة. في حين أشار Marcon (2004) إلى أن تعقيد المستشفى يرجع إلى اعتمادها على الموارد البشرية من ذوي المهارات العالية وقوة سلطة القرار إضافة إلى كون المريض وكما سبق الذكر بأنه المستهلك وموضوع الخدمة في آن واحد.⁷³ وتجدر الإشارة هنا إلى أن نشاط العلاج هو بذاته نشاط معقد ، يخص كل مريض على حدى⁷⁴، إذ تعتبر Aida Djebali (2004) بان كل مريض هو كيان فريد من نوعه على عكس ما نجده في الأنظمة الصناعية التي تعتمد على معايير إنتاج معروفة مسبقا⁷⁵. وبذلك فإن تعقيد النظام الإستشفائي يرجع كذلك للطابع البشري الذي نادرا ما نتحكم فيه أو حتى نتوقع ردود فعله أثناء التكفل به.

I-3- الرهانات الحالية للمستشفى : les enjeux actuels de l'hôpital

⁷¹ Vigneron E, Santé et territoire, la documentation Française, Paris 2000 , d'après Houda Tlahig. Op.cit p 29.

⁷² Sondes HAMMAMI, Aide à la décision dans le pilotage des flux matériels et patients d'un plateau medico-technique, Thèse de Doctorat , Institut National Polytechnique de Grenoble ,2006, p14 .

⁸³ Marcon Eric, Dimensionnement des ressources des plateaux médico-techniques des établissements hospitaliers. production de soins et Logistique hospitalière,Journal Européen des Systèmes Automatisés, volume 38, n° 06/2004, Lavoisier, 2004, p 633 .

⁷⁴ Lorraine Trilling, Aide à la décision pour le dimensionnement et le pilotage de ressources humaines mutualisées en milieu hospitalier, Thèse de Doctorat, Institut National des Sciences Appliquées de Lyon,2006, p 09.

⁷⁵ Aida JEBALI, Vers un outil d'aide à la planification et à l'ordonnement des ressources dans les services de soins , Thèse de Doctorat, Institut National Polytechnique de Grenoble, 2004, p 38.

تواجه إدارة المنظمات الصحية قائمة طويلة من التحديات، من تغير في البيئة وتغير في التركيبة العمرية للسكان، إضافة إلى التطورات التقنية والتكنولوجية السريعة مصحوبة بتزايد وتنوع في الطلب على الرعاية

الصحية الأمر الذي جعل المستشفى تعيد النظر في تنظيمها وإدارتها.⁷⁶

ولمواجهة هذه العراقيل أصبحت المستشفى تولي أهمية بالعديد من الرهانات. فمن الآن وصاعداً تنتهج المستشفى مثلها مثل أي منظمة صناعية في تبنيتها للثلاثية (التكلفة/الجودة/المدة) (coût /qualité/délai) إذ تسعى إلى التوفيق ما بين المعايير الثلاثة، ما عدا عندما يتعلق الأمر بالتكفل بالمرضى فنجد أن معيار الجودة يسيطر على المعيارين الآخرين بسبب ارتباطها المباشر بسلامة المريض.

III-3-1- الاستخدام الأمثل للموارد:

تتمثل المشكلة الأساسية التي تواجه مستهلكي ومقدمي الخدمة الصحية في انه بينما تكون الحاجات الإنسانية غير محدودة، فإن عرض الموارد المتاحة لإشباع هذه الحاجات يكون محدوداً. وهذا يعني انه يجب أن تكون هناك اختيارات يقوم بها المستهلكون، أو من يمثلهم بشأن الخدمات التي يشترونها من دخولهم المحدودة، وهناك اختيارات يقوم بها المنتجون بشأن السلع والخدمات التي سيعرضونها بمواردهم المحدودة. و عادة ما تكون الموارد متاحة بدرجات وتكاليف متفاوتة ولا يمكن افتراض أنها ستكون متاحة للشراء عند الحاجة إليها ولذلك يجب أن يقوم المستهلكون والمنتجون بالتخطيط لذلك مسبقاً بقدر من الحذر. وقد تكون ميزانية المستشفى كافية، ولكن هذه الموارد الأساسية قد لا تكون متاحة للشراء، ومن ثم تكون غالية جداً بسبب قصور عرضها، وبهذا تكون عقلانية استخدام الموارد المحدودة احد الاختيارات السليمة لتحقيق أفضل النتائج الممكنة. فمثلاً لا يعد استخدام جراح ماهر لإجراء عملية تقليدية بمثابة الاستخدام الأمثل لذلك المورد، إذا أمكن استخدام هذا الجراح في نشاط أكثر تعقيداً.

ومن هنا كانت الحاجة إلى التفكير في أدوات وأساليب للإدارة من اجل تخصيص فعال وكفء

للموارد داخل المستشفى.

III-3-2- تطور الطلب على الخدمات الصحية :

إن تحليل خصائص الطلب على الرعاية الصحية في غاية الأهمية خصوصاً عند صياغة السياسات التي يجب أن يتبناها القطاع الصحي. وفي الواقع تبرز أهمية معرفة محددات الطلب على الرعاية الصحية في وضع

⁷⁶ ثامر ياسر البكري و غسان عبد الرزاق العميدي، التسويق الصحي في ظل المتغيرات المعاصرة ، بحث مقدم الى المؤتمر العلمي الأول لكلية الاقتصاد والعلوم الإدارية

-بجامعة العلوم التطبيقية الأهلية ، الأردن، ص ص 3- 4. ملف موجود ضمن الموقع www.jps-

www.dir.com/Forum/forum_posts.asp?TID=2960، الاطلاع عليه بتاريخ 25-05-2010.

الاستراتيجيات الملائمة وذلك من اجل الرفع من كفاءة النظام الصحي عن طريق الاستخدام الفعال للخدمات وكفاءة التخصيص للموارد .

ويعتبر تشيخ السكان وارتفاع أمل الحياة من أهم العوامل المؤدية إلى زيادة الطلب على الخدمات الصحية⁷⁷ ، حيث تشير الإحصائيات إلى ان أمل الحياة قد بلغ 76 سنة عام 2008⁷⁸ بعدما كان 55 سنة فقط غداة الاستقلال ، هذا ما يصنف الجزائر ضمن الدول التي ترتفع بها التنمية البشرية ، حيث يبلغ عدد الأشخاص المسنين الذين تفوق أعمارهم 60 نسمة 2.5 مليون نسمة أي بنسبة 7.4% من عدد السكان⁷⁹ .

إن هذه الظاهرة صاحبته زيادة في المشاكل الصحية بما فيها من ظهور للأمراض الثقيلة المزمنة مثل أمراض القلب والسكري وارتفاع ضغط الدم والسرطان⁸⁰. حيث اظهر التحقيق الوطني ميكس 3 لسنة 2006 ان نسبة 10.5% من السكان مصابون بهذه الأمراض في مقدمتها أمراض ارتفاع ضغط الشرايين بنسبة 4.38% وتليها أمراض السكري بنسبة 2.10% وهو ما يعد ظاهرة علمية تعود إلى تغير نمط المعيشة ولاسيما الغذائية منها وعوامل أخرى مثل التدخين وقلة الحركات الرياضية⁸¹.

ضف إلى ذلك الزيادة في مستوى المعيشة الذي يؤدي إلى زيادة الطلب على الرعاية الصحية ويرفع مطالب جودة الرعاية لدى المرضى وطرق التكفل بهم. هذا إلى جانب ظهور الأمراض الجديدة التي يقف الطب الحديث عاجزا أمامها لفترات طويلة من الزمن كمرض السرطان والايذر.

III-3-3- التحكم في النفقات الصحية :

تشهد المجتمعات المعاصرة تغيرا في التركيبة العمرية للسكان ، حيث يتنبأ بتضاعف عدد السكان الذين تفوق أعمارهم 65 عاما في السنوات الخمسين المقبلة ، مع العلم أن تكاليف الرعاية لهذه الفئة سترتفع 4 أضعاف لتكلفة علاج السكان الأقل سنا⁸². هذا إلى جانب التطور التكنولوجي الهائل في المجال الطبي والمقترن أيضا بقيود تعددت باختلاف طبيعتها(قيود قانونية، المعايير المعمول بها، الطلب المتزايد على الجودة الصحية...) ،

⁷⁷ Renaot Peleman, A quoi ressemblent les soins de santé en 2020 ? , Revue Hospital.be , Vol 08, N° 01/2010 , p 05 .

⁷⁸ Résultats globaux du rapport national sur le développement humain, CNES, 2008.

⁷⁹ Souhila Hammadi, Parce que les algériens ont gagné vingt ans d'espérance de vie, les risques d'Alzheimer augmentent, article de la liberté Algérie, Mercredi 07-04-2010.

⁸⁰ Laure Thomas, La demande du soins de santé – modèle théorique et empirique , Centre de documentation , université Montréal canada, février 2001,document disponible sur le site: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/.../a1.1g855.pdf> , consulté le 01-05-2010.

⁸¹ الأستاذة براحو فافة سهيلة، إصلاح المنظمة الصحية في الجزائر - واقع وآفاق، مجلة الاقتصاد المعاصر ، جامعة عنابة، العدد 04 أكتوبر 2008 ، ص 165.

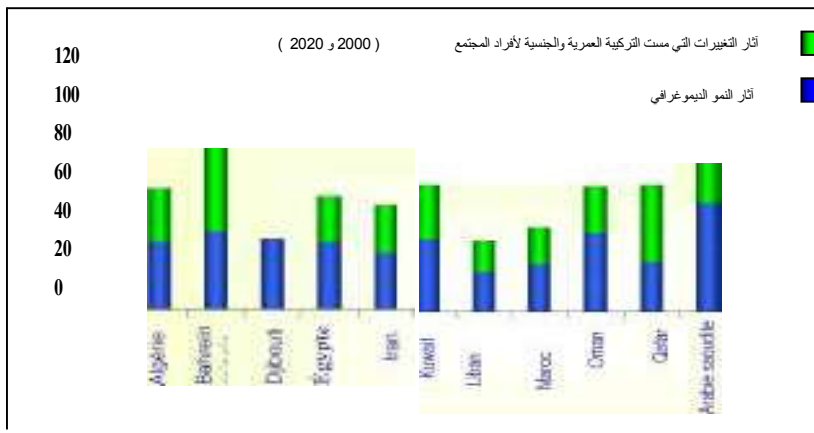
⁸² A.T.Kearney, Improving medicine supply chain, rapport du Cabinet de consultants A.T.KEARNEY, USA, 2004, p 01,. Document disponible sur le site:

www.atkearney.com/knowledge/.../2004/MedicinesMonograph_S.pdf , consulté le 15-05-2010.

كلها أسباب وعوامل جعلت النفقات الصحية في تزايد مستمر ، حيث أشار تقرير البنك العالمي إلى أن الإنفاق الصحي في الجزائر قد ارتفع من 106 مليار دينار في 1998 إلى 192 مليار دينار عام 2002⁸³ ثم إلى 195 مليار عام 2010.

وتجدر الإشارة إلى أن الجزائر تواجه زيادة حادة في الاحتياجات الصحية التي تتطلب جهودا متواصلة للسيطرة والتحكم في النفقات الصحية وإجراء إصلاحات من شأنها خلق مؤسسات صحية أكثر فعالية وكفاءة في تسييرها للموارد. فحسب تقديرات البنك الدولي فان التحول الديموغرافي قادر على زيادة الإنفاق على الرعاية

الصحية بنسبة 60 % من حيث القيمة الحقيقية بين عامي 2000 و 2020⁸⁴ (انظر الشكل الموالي).



الشكل رقم:09: آثار التغيرات الديموغرافية المستقبلية على النفقات الصحية في بعض الدول العربية.

المصدر: Groupe pour le développement socioéconomique, Région moyen Orient et Afrique du nord, « A la recherche d'un investissement public de qualité», op.cit.p 173.

وبالتالي أصبحت السيطرة والتحكم في تكاليف الرعاية الصحية تشكل تحديا كبيرا سواءا للمستشفى أو النظام الصحي ككل، حيث شرعت العديد من الدول في إعادة هيكلة عميقة لأنظمتها الصحية والاستشفائية خاصة، فوفقا لـ Rollinger⁸⁵ فان "انخفاض التكاليف سيبرز ويؤكد هذا التحول".

⁸³ Groupe pour le développement socioéconomique, A la recherche d'un investissement public de qualité , Rapport n° 36270-DZ ,une revue des dépenses publiques , Document de la Banque mondiale, vol 1, 15-09-2007, p 171.

⁸⁴ Groupe pour le développement socioéconomique, A la recherche d'un investissement public de qualité, op-cit, p172.

⁸⁵ Rollinger .R , optimisation des activités techniques et logistiques , et maîtrise des risques à l'hôpital , deuxième congrès international franco-québécois de génie industriel –ALBI 1997, page 13, d'après Taher Hassan, Logistique hospitalière : organisation de la chaîne logistique pharmaceutique aval et optimisation des flux de consommables et des matériels à usage unique, thèse de Doctorat, Université Claude Bernard - LYON 1, 2006, p 09.

III-3-4- التحسين من جودة الخدمات الصحية :

لقد شهد القرن العشرين انتقالاً حقيقياً في مجال الخدمات الصحية وفي تحسين جودتها وذلك من خلال التطور التكنولوجي الهائل والسريع والذي ساعد العاملين في مجال العلوم الطبية على استخدام الأشعة السينية والطب النووي والعلاج الكيماوي ، وكذا اكتشاف الأمراض بشكل مبكر وتشخيصها واكتشاف اللقاحات والأمصال المضادة. ولكن هذا التطور التكنولوجي صاحبه زيادة كبيرة في التكاليف مما جعل من تحسين الجودة

إحدى التوجهات الرئيسية للمنظمات الصحية موازنة مع خفض التكاليف اللوجستية التي تتكبدها⁸⁶. فجودة الرعاية الصحية يمكن اختصارها بأنها الدرجة التي تبلغها الخدمات الصحية المقدمة للأفراد والجماعات في زيادة الحصيلة الصحية المرغوبة، ضمن إطار اقتصادي معين، وبما يتماشى مع المعرفة المهنية الراهنة. ومن الممكن أن نجد اختلافاً في مفهوم الجودة من شخص إلى آخر وذلك حسب موقع ودور كل فرد في المنظمة الصحية، فبالنسبة للطبيب تكمن الجودة في تطبيق أحدث البرامج العلاجية المعتمدة على التكنولوجيا الطبية والمهارات المهنية ، إذ تعتبر خدمة تقديم الرعاية بالغة الأهمية عند الطبيب " Doing the right thing right"⁸⁷. و للإداري فهي تعني بالدرجة الأساسية كيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة وفق أسعار مناسبة، وهذا يشمل ضمناً أهمية تقديم الخدمة المناسبة في الوقت اللازم وبالتكاليف المقبولة. أما صانعي السياسات الصحية في أي بلد فيعتبرون أن الجودة هي عبارة عن تحسين صحة أفراد المجتمع في ضوء الموارد المتاحة. أما الجودة من وجهة نظر المريض فتتمثل في أبسط النشاطات القاعدية التي يتوقع المريض أن يحصل عليها كالعلاج، التغذية، البيئة الآمنة، نظافة المكان، الاتصال مع مقدمي الرعاية، خدمات متوفرة طوال الوقت، مدة الحصول على موعد...⁸⁸ فوجود مثل هذه الامتيازات له تأثيره على رضا المريض، والذي يعد أحد مؤشرات تقييم جودة الرعاية وفي نفس الوقت كأهم نتيجة مرجوة من الخدمات المقدمة.⁸⁹

⁸⁶ Michel Mannarini, L'organisation logistique hospitalière entre la différenciation des territoires et intégration des processus, Université Montpellier 2, 2006, p 06, document disponible sur le site :

http://www.univnancy2.fr/COLLOQUES/METAMORPHOSE_06/fichiers_PDF/MANNARINI.pdf, consulté le 13-06-2010.

⁸⁷ Dominique Boudin, Les facteurs clés du succès d'une démarche qualité, ADSP, n°35, juin 2001, p 26.

⁸⁸ Raymond Grenier, La qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients , Faculté des sciences infirmières , Université de Montréal, CANADA , document disponible sur le site :

www.scinf.umontreal.ca/cours/SOI6230/documents/grenier%201998.pdf , consulté le 13-06-2010.

⁸⁹ Service Evaluation Hospitalière, Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé, principes méthodologiques, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation PARIS, Octobre 1996, p 11 , document disponible sur le site : www.sante.dz/Dossiers/qualite-soins/paq.pdf , consulté le 13-06-2010.

ولعل التعريف الأكثر استخداما يرجع إلى معهد الطب في الولايات المتحدة والذي ينص على أن الجودة: هي قدرة الخدمات الصحية المقدمة لأفراد المجتمع من زيادة احتمال تحقيق النتائج الصحية المرجوة، وفقا للمعارف المهنية المتاحة في فترة زمنية معينة.⁹⁰

أما بالنسبة لـ Donabedian فان جودة الرعاية الصحية تعني تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يحقق أقصى استفادة للصحة العامة، دون زيادة التعرض للمخاطر، وعلى هذا الأساس فان درجة الجودة تحدد بالموازنة بين المخاطر والفوائد. ويجد هذا الأخير بان الرعاية الصحية تمثل نظاما له أهدافه ومقوماته، وان الجودة تهتم بالجوانب الثلاث البنية (structure)، العملية (processus) والنتيجة (أو المخرجات).⁹¹

فأما البنية فتدل على سمات المحيط الذي تقدم فيه الخدمات الصحية، وهي تشمل سمات الموارد المادية (المنشآت، المعدات والمال) والبشرية (عدد ومؤهلات الموظفين) وكذا الهيكل التنظيمي (مثل تنظيم العاملين في المجال الطبي).

العمليات، وتضم جميع الممارسات المهنية للأطباء والمرضى وكذا العمليات الإدارية و اللوجستية. النتائج: وهي تشير إلى أثار العلاج على الحالة الصحية للمريض كالبقاء على قيد الحياة أو حدوث مضاعفات وما إلى ذلك. فكل تغير في حالة المريض يعكس جودة الخدمة المقدمة له.⁹² ويجدر الذكر هنا إلى أن Donabedian قد أشار إلى أن للجودة جانبين فني وإنساني . فأما عن الجوانب الفنية لمفهوم الجودة تشير إلى مدى الالتزام بالخيارات المناسبة للتشخيص وعلاج المرضى وتقديم الرعاية بمهارة عالية وكذا المعايير المهنية للأداء كما تشمل كذلك ملائمة الرعاية من الناحية المهنية والأخلاقية وعدم المبالغة في استخدام الموارد الصحية. أما الجوانب الإنسانية فتشير إلى مدى الالتزام بتقديم الرعاية بطريقة إنسانية تلائم احتياج ورغبة المريض ويشمل ذلك تقديم الطبيب لكافة المعلومات التي يحتاجها المريض في اتخاذ قراراته.

⁹⁰ Zeynep Or et Laure Can –Ruelle , La qualité des soins en France: comment la mesurer pour l'améliorer?, Document de travail n°18, Institut de recherche et documentation en économie de la santé IRDES, Paris, Décembre 2008, p 03, document disponible sur le site: www.irdes.fr/.../DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf , consulté le 13-06-2010.

⁹¹ Avedis Donabedian, Quality of care : How can it be assessed ?, Archives of Pathology & Laboratory Medicine, ProQuest Nursing Journals, Nov 1997, vol 121, n°11, p 1147.

⁹² P.Garnerin et al, Qualité des soins , Bulletin des médecins, Suisse, vol 82 n°38 ,2001, p 2021, document disponible sur le site : www.bullmed.ch/pdf/2001/2001-38/2001-38-683.PDF , consulté le 05-07-2010.

ومن كل ما سبق يتضح جليا أهمية تجسيد الجودة في الخدمات الصحية، حيث أصبحت هذه الأخيرة تشكل تحديا لإدارة المستشفيات والأطباء وجميع العاملين بها، فكلهم اتفقوا على أن ضمان الجودة وتحسينها أصبح جزءا لا يتجزأ من النشاط الطبي، وبالمثل فإن السلطات الوصية عن النظام الصحي تتقاسم معهم انشغال التكفل بالأمثل بالأشخاص الذين هم بحاجة إليها، وكفاءة أكثر في استخدام الموارد المتاحة لديها وبالتالي السعي أكثر فأكثر إلى تحسين جودة خدماتها المقدمة ، هذا طبعا دون أن تزيد من تكاليفها.⁹³

⁹³ Raf Mertens et Xavier de Bethune, Evaluation externe de la performance hospitalière –rôle des organismes assureurs et choix d'avenir, Revue HOSPITAL.BE, n°245 , Belgique , 2^{ème} trimestre 2001, document disponible sur le site : www.hospitals.be/francais/liens.html consulté le 05-07-2010.

الخاتمة:

تطرقنا في هذا الفصل إلى المستشفى كإحدى المنشآت الهامة في المجتمع الحديث، إذ تسهم من خلال تقديمها للخدمات الطبية بأنواعها في رفع المستوى الصحي للبلاد، ومن ثم توفير الظروف الملائمة لدعم التنمية الاقتصادية للبلد.

فتعرفنا عليها كنظام مفتوح يتميز بتعقيد إطاره الاجتماعي والاقتصادي من جهة، وكأهم مورد للرعاية الصحية المقدمة لأفراد المجتمع من جهة أخرى. كما تبين لنا جليا أن هذه المؤسسة تقوم على نوعين من الخدمات، فأما الأولى فهي تلك المرتبطة بحضور الزبون في حين يدعم النوع الثاني الخدمات الأساسية ويسهل الحصول عليها ، أين تتمثل الخدمات الأساسية في تقديم الرعاية الصحية والتي بدورها تستند على أنشطة فرعية كأنشطة الإمداد من شراء وتخزين وتوزيع لمختلف المواد المستهلكة منها والصيدلانية وهو ما يشكل الجانب الخلفي والخفي لتقديم الخدمات الصحية والذي تبرز أهميته وفعاليتها إلا حينما تحدث مشكلة كنفاد أدوية أو تأخر في التسليم وهو ما ينعكس سلبا على جودة الخدمات المقدمة وعلى نظرة المريض لهذه المؤسسة.

ضف إلى ذلك انه تبعا لدراسات عديدة تبين أن لهذه الأنشطة وزنا ماليا هاما يلزم إدارة المستشفى بالتفاته نحوها والاهتمام أكثر بترقيتها وتحسينها. ولهذا سنحاول من خلال الفصل الموالي توضيح معالم هذه الأنشطة ومدى تأثيرها في جودة الخدمات الطبية المقدمة.

الإمداد
كنشاط داعم
في المؤسسات الصحية

المقدمة:

غالبًا ما تحرص المؤسسة الخدمائية على ضمان تدفق العناصر المادية المتدخلة في عملية تقديم الخدمة، وهنا يبرز دور الإمداد كنشاط داعم للنشاط الرئيسي لهذه المؤسسة، فمن خلال دوره في تنسيق هذه التدفقات تستطيع المؤسسة التحكم في مدة الاستجابة عند تقديم الخدمة. هذه الأخيرة التي تنعدم إمكانية نقلها أو تخزينها تتأثر بشكل كبير ومباشر بدور الإمداد في التحكم في القيود المكانية والزمانية لطاقت الإنتاج نفسها من موظفين، معدات وأجهزة وكذا معلومات ضرورية لإصدار هذه الخدمة.

وفي هذا الصدد، نميز بين جانبيين للإمداد في المؤسسات الخدمائية، فأما الجانب الأول فهو الإمداد الكلاسيكي (*la logistique classique*) الحامل لنفس طبيعة أنشطة الإمداد في المؤسسات الصناعية من خلال إدارته للتدفقات المادية من سلع و مواد وأجهزة، في حين يكمن الجانب الآخر في تدخل الإمداد في إدارة أزمنا الاستجابة وهو ما يعرف بإمداد الاستجابة (*la logistique de réaction*)، فهو يهدف إلى التقليل من وقت انتظار العملاء والتسيير الأمثل لطاقت إنتاج الخدمات.

إذن ومن خلال اطلاعنا في الفصل الأول على أهم جوانب المستشفى كمؤسسة خدمائية، سنحاول في هذا الفصل معالجة الجانب الخفي لتقديم الخدمات الطبية والكامن في أنشطة الإمداد بشقيها الكلاسيكي وكذا الخاص بتدفق المرضى، وأهم إسهاماتها في هذه المؤسسة.

I-1- عموميات حول الإمداد :

يعتبر الإمداد احد المجالات الحديثة لدراسة الإدارة المتكاملة، والتي تتمثل في مفهوم التنسيق والتكامل بين الأنشطة التقليدية المتعارف عليها في المؤسسة، إذ تشكل أنشطة الإمداد احد الموضوعات الحيوية التي زاد الاهتمام بها في السنوات الأخيرة على الصعيدين العلمي والتطبيقي في مجال إدارة الأعمال، من حيث مفهومها وأهميتها ومكوناتها، وممارستها في المنظمات المعاصرة، فمع كبر حجم المنظمات وتعدد أنشطتها واتساع وتعدد خطوط منتجاتها وأسواقها تزايد الاهتمام بهذه الأنشطة والتي أصبحت تمثل العمود الفقري في هذه المنظمات، وسبباً لتقديم أفضل خدمة لعملائها مع تحقيق الميزة التنافسية لها.

إن هدف الإدارة الفعالة لأنشطة الإمداد تتمثل في توفير السلعة والخدمات إلى العملاء في الأسواق المستهدفة وفقاً لحاجاتهم ورغباتهم وبأفضل الطرق الممكنة وأكثرها كفاءة من حيث الوقت والمكان وحالة أو جودة هذه المنتجات.

I-1- ماهية الإمداد:**I-1-1- التطور التاريخي للإمداد:**

تعددت الكتابات حول ظهور الإمداد، فمبدئياً استعمل مصطلح اللوجيستيك أو الإمداد لأول مرة من قبل الفيلسوف اليوناني Platon (428-348 ق.م) أين ارتبط بمجالات تطبيق المنطق.⁹⁴ وبذلك يعود أصل هذا المصطلح أي اللوجيستيك إلى الكلمة الإغريقية Logistikos والتي تعني فن المنطق والحساب.⁹⁵

ولقد أورد Dornier (1997) بان كلمة الإمداد أو اللوجيستيك قد ظهرت في فرنسا خلال القرن XVIII ، حيث خصص لها Jomini فصلاً من مؤلفه " Précis de l'Art de la Guerre " في 1837 ، ويجدر الذكر هنا بان هذا الأخير يعد أول من تطرق إلى الإمداد كمفهوم عسكري في قيادة العمليات العسكرية معتبراً إياه الطرف الرابع من الأطراف الستة لفنون الحرب⁹⁶، ليتم تداولها بعد ذلك من قبل الايطاليين إبان الحرب الإيطالية الإثيوبية (1935-1936) للجمع ما بين وسائل النقل والتموين وإقامة القوات، فهو بذلك فن يقوم على تنسيق وتنظيم الاتصالات وتموين الجيوش.⁹⁷

ولقد ارتبط الإمداد بالفنون العسكرية، فتنقل جيش يجوي الآلاف من الجنود يتطلب تمويناً مستمراً من الأغذية والألبسة والأسلحة.. الخ ، هذا إلى جانب امتلاك وسائل اتصال ناجعة لمعرفة الاحتياجات وإرسال الأوامر العسكرية. وهو ما يجعل من الإمداد امراً ضرورياً في تنظيم حركة الجيوش وهو ما يجسد المقولة :

⁹⁴ Pascal Lièvre, La logistique, éditions La Découverte, Paris, 2007, p 12.

⁹⁵ J. B. Morin, Dictionnaire étymologiques des mots français dérivés du grec, Volume 2, Imprimerie impériale, PARIS, Seconde édition, p 50.

⁹⁶ Jacques Colin, La logistique : histoire et perspectives, Logistique & Management, vol. 4 n° 2-1996, p 101.

⁹⁷ Philippe-Pierre Dornier , Recomposition de l'approche logistique dans le secteur des produits de grande diffusion : intégration fonctionnelle, intégration sectorielle, intégration géographique , Thèse de Doctorat, École Nationale Supérieure des Mines de Paris, 1997,p 54.

« Il se trouve que dans l'histoire, beaucoup plus d'armées ont disparu faute de pain, que par l'effet des armes. »⁹⁸

إن هذه المقولة تحملنا إلى التفكير بان بعض الغزوات لم تكن لتنجح لو لم يكن هناك دعم لوجيستي. ومن أوائل اللوجستيين في التاريخ نجد حنبل (218 ق.م) وهو رجل الدولة القرطاجية الذي استطاع أن يؤمن غذاء 37 فيلا و 60000 رجلا لعبور جبال الألب والوصول إلى روما ، إضافة إلى نابليون والذي عرف بعبقريته العسكرية وفوزه في العديد من غزواته بفضل مهارته في تنظيم تدفق الأسلحة والمواد الغذائية لجنوده.⁹⁹

كما ارجع المؤرخون جزءا من انتصار الحلفاء في الحرب العالمية الثانية إلى التنظيم في تنفيذ العمليات اللوجستية وهذا بالفعل ما تجسد مؤخرا خلال الحرب الأميركية في الخليج (1991-2003).

إذن وبعد النجاحات التي حققها مفهوم الإمداد في الميدان العسكري انتقل هذا المفهوم إلى الميدان الاقتصادي، أين أدخلت كلمة الإمداد ضمن مصطلحات المؤسسة للإشارة. إلى مجموعة من الأنشطة كالنقل، المناولة، التخزين،... الخ.

ولم ينتشر هذا المفهوم في أوروبا إلا في غضون الستينيات ولكنه تغير بتغير الأسواق والأنظمة الصناعية فقد تحول من مجرد أنشطة نقل بسيطة إلى علم متعدد التخصصات يجمع ما بين الهندرة ، الاقتصاد الجزئي ونظريات المؤسسة¹⁰⁰ حتى انه أصبح يشكل إشكالية بحد ذاته¹⁰¹.

فالإمداد حاليا يعتبر من أهم العوامل الأساسية التي تعتمد عليها المؤسسة في تجسيد سياساتها التجارية والتسويقية، ويظهر ذلك من خلال تحكمه في التدفقات المثلى للمواد الأولية أو المنتجات التامة الصنع من نقطة إنتاجها إلى نقطة استهلاكها مما يتيح للمؤسسة تحكما أكثر في الوقت و التكاليف.

ولقد زاد توسع هذا النشاط خلال الأربعين سنة الماضية، أين تطور بشكل سريع، إذ بدأ مفهوم التوزيع المادي Physical distribution ليتطور إلى إدارة المواد Materials management ومن ثم إلى إمداد متكامل Integrated logistics يضم كل من إدارة المواد التي أصبحت تسمى بالإمداد الداخلي Inbound logistics، والتوزيع المادي تحت مسمى الإمداد الخارجي outbound logistics، ولم يقف الأمر عند هذا الحد بل تطور مفهوم الإمداد ليصبح سلسلة إمداد Supply chain والتي تطورت بدورها لتكون سلسلة كونية للإمداد Global supply chain والتي ابتدعتها الشركات المتعددة الجنسيات. ثم تطور الأمر إلى إيجاد أطراف أخرى مستقلة ومتخصصة في تنفيذ أنشطة الإمداد بدلا عن المؤسسة باعتبار هذه الجهات

⁹⁸ Taher Hassan, Logistique hospitalière : organisation de la chaîne logistique pharmaceutique aval et optimisation des flux de consommables et des matériels à usage unique, op-cit, p 27

⁹⁹ Sophie Chautard, Les grandes batailles de l'histoire, STUDYRAMA, France, 2005, pp41-43.

¹⁰⁰ Ali MEHRABIKOUSHKI , partage d'informations dans la chaîne logistique : évaluation des impacts sur la performance d'une chaîne logistique et des modes de collaboration mis en œuvre entre les partenaires et des informations échangées, thèse de doctorat, Institut National des Sciences appliquées de Lyon, France, 2008, p 15.

¹⁰¹ Harland, C. M., Supply Chain Management: Relationships, Chains and Networks, British Journal of Management, March 96 Vol 7, Special Issue, p63.

كوسيط ما بين المورد أو المنتج وبين المشتري أو المستهلك، وذلك بغرض خفض تكاليف هذه الأنشطة، أين تركز المؤسسة على أنشطتها الرئيسية، ويقوم هذا الوسيط بتنفيذ الخدمات اللوجستية من نقل ومناولة وتخزين وغير ذلك من أنشطة المؤسسة، وعادة ما تقوم الشركات المتخصصة بتقديم الخدمات اللوجستية بتجميع الطلبات من عدة مؤسسات وبالتالي يسهل عليها تقديم الخدمة بشكل أفضل وبتكلفة أقل والهدف من استخدام الوسيط من قبل المؤسسة هو الوصول إلى مبدأ المخزون الصفري أو ما يعرف بالوقت المحدد (JIT) مما يعني خفض تكلفة التخزين .

I-1-2- مفهوم الإمداد:

تعددت الأسباب المعالجة للإمداد وازدادت أهميته العلمية حتى انه أصبح شيئاً فشيئاً أداة إستراتيجية لتحسين وتطوير أداء الكثير من المؤسسات. ونجد الكثير من تعاريف الإمداد التي تناولتها هذه الأدبيات والتي تطورت بمرور الزمن ، وأصبحت أكثر تخصصاً ، يركز كل واحد منها في مجال معين ، ولذلك سنحاول فيما يلي إعطاء بعض التعاريف التي رأينا أنها أكثر وضوحاً وشمولية .

ذكرنا فيما سبق بان مفهوم الإمداد قد تم تبنيه أولاً في المجال العسكري أين عرفه العقيد Suire في الستينيات على انه : "فن تحريك ودعم الفرق العسكرية تبعاً للضروريات الإستراتيجية والتكتيكية " .¹⁰² وبعد الفعالية التي أثبتتها الإمداد في هذا المجال تم تبنيه من قبل الاقتصاديين، حيث عرفته الجمعية الأميركية للتسويق على انه: " يخص كل من حركة ومناولة البضائع من نقطة صنعها إلى نقطة استهلاكها أو استعمالها "¹⁰³. يشير هذا التعريف إلى أن مفهوم الإمداد في هذه الفترة كان يتعلق فقط بالأنشطة المادية لمرحلة التوزيع المادي.

وفي 1962 عرفه المركز الوطني لإدارة التوزيع المادي NCPDM* على أنه : " مصطلح يستعمل في المجال الصناعي والتجاري لوصف نطاق كبير من الأنشطة الضرورية من اجل تحريك فعال للمنتجات التامة الصنع منذ خروجها من حلقات التصنيع إلى المستهلك ، والذي في بعض الأحيان يشمل أيضاً حركة المواد الأولية انطلاقاً من المورد إلى غاية أول حلقة من حلقات التصنيع ، حيث تشمل هذه الأنشطة كل من نقل البضائع ، التخزين ، المناولة والتغليف ، مراقبة المخزون ، اختيار مواقع المصانع والمخازن، معالجة الطلبات، توقعات الأسواق والخدمة المقدمة للزبون".¹⁰⁴ مقارنة بالتعريف السابق ، نلاحظ أن تعريف NCPDM للإمداد قدم إضافة لأنشطة التوزيع المادي فقد اتسع ليشمل كذلك أنشطة التوريد للمواد الأولية وكذا توقعات

¹⁰² Daniel Remondin , Héraclès , n°14, Mars –avril2006 impression du Centre de Doctrine d'Emploi des Forces –France, p 03, document cité dans le site www.cdef.terre.defense.gouv.fr consulté le 21-12-2010.

¹⁰³ JAMES F.Robeson et William C.COPACINO, The logistics handbook ,The free Press, New York, 1994, p 04.

* NCPDM : National Council of Physical Distribution Management

تأسس في عام 1962 ب CHICAGO الأمريكية، تغير اسمه ليصبح عام 1986 مركز إدارة الإمداد (CLM) Council of Logistic Management وهو عبارة عن جمعية مهنية تضم المختصين في مجال الامداد والذين يعملون على تطوير المعارف في هذا المجال ، ومنذ 2005 اصح بلقب بمركز محترفي إدارة سلسلة الإمداد Professionals Council of Supply Chain Management أي PCSCM.

¹⁰⁴ Alan Rushton,John Oxley,Phil Croucher , The handbook of logistics and distribution management, Kogan Page Publishers,USA, second edition 2000, p 06.

السوق، الخدمة المقدمة للزبون، اختيار مواقع المصنع والمخازن والتي تعتبر من القرارات الإستراتيجية .
وفي 1968، عرف Magee الإمداد كالتالي: " هو تقنية مراقبة وإدارة تدفق المواد والمنتجات بداية من مصدر توريدها إلى غاية نقطة استهلاكها"¹⁰⁵. جاء هذا التعريف واضحا في جمعه لجميع التدفقات المادية إلى جانب الجانب الإداري للإمداد.

ليقترح مركز NCPDM للمرة الثانية وفي 1976 تعريفا آخر لمصطلح الإمداد بكونه: " المصطلح الواصف لتكامل نشاطين أو أكثر بهدف تخطيط وتنفيذ ومراقبة التدفق الفعال للمواد الأولية ، والمنتجات النصف مصنعة وكذا التامة منها من النقطة الأصل إلى نقطة الاستهلاك، تستطيع هذه الأنشطة أن تشمل من دون أن تكون القائمة محددة نوعية الخدمة المقدمة للعملاء، التنبؤ بالطلب، مراقبة المخزون، مناولة المواد، معالجة الطلبات، خدمة ما بعد البيع وتوفير قطع الغيار، اختيار مواقع المصانع والمخازن، الشراء، التغليف، معالجة البضائع المسترجعة، تنظيم النقل الفعال للبضائع وكذا تخزينها واستيداعها"¹⁰⁶. لقد اخذ هذا التعريف الجانب الإداري (تخطيط ومراقبة) بعين الاعتبار كما أضاف مرحلة التوريد والمرتجعات (Recyclage) إلى مفهوم الإمداد.

أما في 1978، فقد عرف Heskett الإمداد على انه " العملية التي تشمل جميع الأنشطة التي تساهم في التحكم في تدفق السلع المادية والتنسيق ما بين الموارد والفرص من اجل الحصول على مستوى معين للخدمة وبأفضل تكلفة"¹⁰⁷. إلا أن هذا التعريف قد ركز على التدفقات المادية مغفلا بذلك الجانب المعلوماتي للإمداد.

في حين أن في 1994 عرف Christopher الإمداد على انه «مجموعة الأنشطة والعمليات الخالقة للقيمة والتي تأخذ شكل منتجات وخدمات مقدمة للمستهلك النهائي". وقد طور هذا الأخير نظريته للإمداد ليعيد تعريفه في 1998 على انه:"الرابط أو الصلة ما بين السوق وعمليات المؤسسة، حيث يقوم الإمداد بالتخطيط في إطار يسمح له بترجمة احتياجات المستهلكين ضمن إستراتيجية التصنيع والتوريد"¹⁰⁸، أضاف هذا التعريف عنصرا جديدا وهو تخطيط الاحتياجات.

ووفقا ل Tixier (1996) فالإمداد هو " الوظيفة التي تهدف إلى التنظيم بأقل تكلفة لدورة المواد المؤدية إلى تسليم الزبون السلعة التي يرغبها في الوقت المناسب"، ليضيف هذا الأخير في 1998 بان الإمداد

¹⁰⁵ Akbari Jokar M.R, Sur la conception d'une chaîne logistique : Une approche globale d'aide à la décision , Thèse de Doctorat , Institut National Polytechnique de Grenoble, 2001, p 15.

¹⁰⁶ Akbari Jokar M.R , Yannick .F, Dupont .L, Sur l'évolution du concept de logistique, , Les Troisièmes Rencontres Internationales de la Recherche en Logistique (RIRL), Trois-Rivières, 9, 10 et 11 mai 2000, p 08.

¹⁰⁷ Dornier P.P , Frender.M, La logistique globale et le supply chain management –Enjeux –Principes -Exemples, Edition d'Organisation, Paris, 2^{ème} édition ,2007.pp 33-34.

¹⁰⁸ Taher Hassan, Logistique hospitalière:organisation de la chaîne logistique pharmaceutique aval et optimisation des flux de consommables et des matériels à usage unique, op-cit , p 30.

الحديث هو تلك " العملية التي يمكن من خلالها للمؤسسة أن تدير مجموعة تبادلاتها للمعلومات والعناصر المادية الناتجة، من أعلى (amont) وأسفل (aval) المؤسسة"¹⁰⁹. لقد ركز هذا المؤلف كذلك على الأنشطة المادية وكذا تدفق المعلومات.

واقترح Nulty و Ratliff تعريفاً آخر للإمداد حيث عرفاه على أنه: " مجموعة الأنشطة المتعلقة بشراء وحركة وتخزين وتسليم القطع والبضائع في سلسلة الإمداد، إذن فالإمداد يضم كل من وظائف النقل، التوزيع، إدارة المواد والمخزون، الاستيداع وبالتالي فهو مرتبط بوظيفتي الإنتاج والتسويق"¹¹⁰. أشار هذا التعريف وبوضوح إلى الأنشطة المكونة للإمداد والارتباط الموجود بينه وبين وظيفتي الإنتاج والتسويق .

وفي 1999 عرف Ballou الإمداد على أنه "الوظيفة التي تعمل على تزويد المستهلك بالسلع والخدمات في الزمان والمكان المناسبين وفي ظروف ملائمة وبمشاركة الجميع داخل المؤسسة"¹¹¹. أيد Ballou من خلال هذا التعريف أكد Nulty و Ratliff فكرة أن الإمداد يتفاعل مع جميع الوظائف الموجودة بالمؤسسة من اجل تقديم أحسن خدمة للمستهلك.

وفي 2003 عرفه مجلس إدارة الإمداد CLM* على أنه " ذلك الجزء من أنشطة سلسلة الإمداد، فهو يتعلق بتخطيط وتنفيذ ومراقبة التدفق الفعال لمخزون المنتجات وإدارة المعلومات المتعلقة بهذه الوظائف من نقطة الأصل إلى نقطة الاستهلاك من اجل إشباع احتياجات العملاء"¹¹². أخذ هذا التعريف بعين الاعتبار الجانب الإداري (تخطيط ومراقبة وتسيير المخزون) وكذا الجانب المعلوماتي.

أما بالنسبة ل ASLOG* فقد اقترحت بان يعرف الإمداد على أنه: " الوظيفة التي تهدف إلى توفير كمية من المنتجات بأقل تكلفة وفي المكان والوقت الذي يتواجد فيه الطلب، فالإمداد يتعلق بكل العمليات المحددة لحركة المنتجات مثل موقع المصانع والمخازن، التوريد، تسيير وإدارة المواد قيد التصنيع، التغليف، التخزين وتسيير المخزون، المناولة وإعداد الطلبات، النقل، المرتجعات والتسليم"¹¹³.

¹⁰⁹ Tixier, D. et al , La logistique d'entreprise - vers un management plus compétitif, Paris, Dunod, 2^{ème} édition, 1998, p 33.

¹¹⁰ Akbari Jokar M.R. et al, Sur l'évolution du concept de logistique ,Op-cit, p 09.

¹¹¹ Vincent Girard, Gestion de la production et des flux, Edition ECONOMICA, 3^{ème} édition, France, 2003, p 893.

* CLM : Concil of Logistic Management

¹¹² André Langevin, Diane Riopel, Logistics systems:design and optimization, Springer Science,USA, 2005, p 02.

* ASLOG : Association des logisticiens

¹¹³ Philippe Duong, Introduction à la logistique,Conservatoire National des Arts et Metiers(CNAM) - LTR 110 - 2009/2010,p 10 . Document disponible sur le site : www.logistique.cnam.fr consulté le 01-01-2011.

* تأسس معهد الإمداد (Institute of Logistic) عام 1993 نتيجة اندماج معهد إدارة المواد (Institute of Materials Management) و معهد إدارة الإمداد والتوزيع.(Institute of Logistics and Distribution Management) ، ويعود تاريخ تأسيس IMM الى عام 1952 تحت اسم معهد مناولة المواد.، في حين كان ILDM في الأصل جزءا من المعهد البريطاني للإدارة.

وأخيرا ندرج تعريفا لمعهد الإمداد*(IL) والذي مفاده أن " الإمداد هو مجموعة الوظائف المتعلقة بتدفق السلع والمعلومات والأموال ما بين الموردين والعملاء منذ شراء المواد الأولية إلى غاية إرجاع المواد التامة الصنع". بالمقارنة مع التعاريف السابقة ، يتضح جليا أن هذا التعريف قد جمع ما بين التدفقات المادية والمالية وكذا تدفق المعلومات .

وترتبط إدارة الإمداد بجميع أنواع وأشكال المؤسسات سواءا كانت تابعة للقطاع العام أو القطاع الخاص ، صناعية كانت أو خدماتية (المعاهد ، المستشفيات) ، ولعل تعريف 7Rs قد يكون أكثر شمولية ووصفا دقيقا لإدارة الإمداد :¹¹⁴

1- المنتج الصحيح	Right product
2- الكمية الصحيحة	Right quantity
3- الحالة الصحيحة	Right condition
4- المكان الصحيح	Right place
5- الوقت الصحيح	Right time
6- الزبون الصحيح	Right customer
7- التكلفة الصحيحة	Right cost

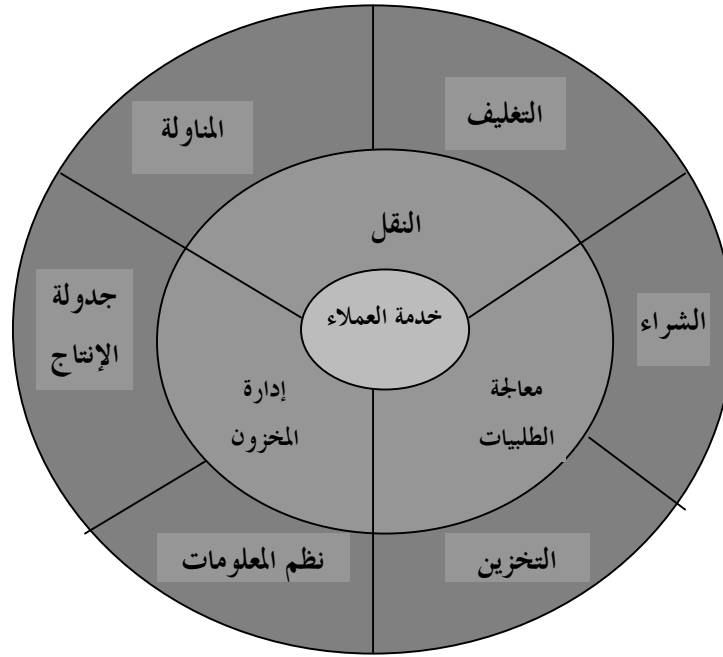
إذن ومما تقدم ضمن المفاهيم السابقة فان الإمداد يشمل أنشطة متعددة تبدأ بتعامل المؤسسة مع المورد وتنتهي بقناعة المستهلك، بل تمتد إلى التخلص من النفايات وإعادة التصنيع. وفي الأخير نستطيع أن نضع تعريفا شاملا لإدارة الإمداد بكونها الإدارة المتكاملة والتي يتركز عملها على الحصول على المواد وضمان انسيابها قبل وأثناء وبعد الإنتاج بالإضافة إلى ضمان العمليات المساندة من أنشطة الشراء والنقل والتخزين والتوزيع والحركة داخل وخارج المنظمة، وقد تكون هذه العمليات محلية إقليمية أو دولية وبما يحقق قناعة المستهلك وتحقيق العوائد المناسبة إلى المنظمة.

I-1-3- أنشطة الإمداد :

وفقا لمدخل النظم يتكون نظام الإمداد من أنظمة فرعية تتفاعل فيما بينها من اجل تسيير تدفق المنتج من نقطة المنشأ إلى نقطة الاستهلاك، وبذلك يقوم الإمداد على أساس عدة أنشطة رئيسية وكذا مساعدة، حيث اقترح Ronald H.BALLOU هذا التصنيف تبعاً لمنطق استقطاب الاهتمامات نحو تحقيق هدف خدمة العملاء، وكذا تبعاً لمدى أهميتها في إدارة الإمداد وجعل كل من خدمة العملاء والنقل وإدارة المخزون وكذا معالجة الطلبات أنشطة رئيسية في تحقيق هدي التكلفة والخدمة.

¹¹⁴ Kee-hung Lai and T.C.Edwin Cheng, Just-in-Time Logistics,GOWER Publishing limited,England,2009,p04.

هذه الوظائف الأربع تعتبر عناصر أساسية في إدارة الإمداد لأنها تساهم بشكل كبير في التكاليف الإجمالية للإمداد في المؤسسة وكذا هي ضرورية لتحقيق تنسيق فعال ما بين مهام الإمداد. كما أن هذه الأنشطة تدعمها أنشطة أخرى مساعدة والتي تشمل: التخزين، التوريد، مناولة المواد، التغليف، جدولة الإنتاج، تدفق المعلومات.



الشكل رقم: 10 : أنشطة للإمداد

المصدر: Daniel Tixier et autres , La logistique d'entreprise Vers un management plus compétitif, édition Dunod , Paris, 2^{ème} édition 1999, p39.

1- خدمة العملاء :

إن الإدارة الحديثة جعلت من الزبون وخدمته هدفها ومبتغاها حيث سيحدد ذلك فشلها او استمرار نجاحها او توقفها ، لذا فان خدمة الزبون تعد من الأمور المهمة جدا في بناء سمعتها الخدمية والإنتاجية ولذا نرى ان العاملين في مجال الإمداد قد ركزوا على هذا الجانب المهم خصوصا وان المؤسسة تشهد تفاقما في المنافسة يوما بعد يوم .وبذلك تتجسد خدمة العملاء من خلال فلسفة المنظمة في إدارتها لكافة وظائفها وأنشطتها لخدمة زبائنها، فهي كما عرفها Perrault و Denis (1998) "فن مرافقة العميل منذ معرفة وتحديد احتياجاته إلى غاية الوفاء بها"¹¹⁵ أو هي ببساطة "تلبية احتياجات وتوقعات العملاء". و تعد خدمة العميل كمخرجات لنظام الإمداد وهي مقياس لفعالية هذا النظام في إنتاج منفعة الوقت والمكان للمنتوج.

¹¹⁵ Perreault J. D.et Denis Pettigrew, Pour une intégration du service à la clientèle au marketing hôtelier, Cahier de recherche 02-04 , Laboratoire de Recherche et d'Intervention en Gestion Hôtelière et Restauration , Université du Québec-Trois Rivières ,Revue Téoros, Vol. 23, N° 3, Octobre 2004, p 05 .

وبالتالي سيكون لها تأثيرها المباشر على حصة السوق للمؤسسة وتكاليف إمدادها الإجمالية وفي النهاية على ربحيتها. ولهذا السبب من الضروري أن تكون خدمة العميل جزءا مكتملا لتصميم أي نظام إمداد وتشغيله، فكل مكون من مكونات الإمداد يمكن أن يؤثر على ما إذا كان العميل يحصل على المنتج الصحيح في المكان الصحيح وفي الحالة الصحيحة وبالتكلفة الصحيحة وفي الوقت الصحيح. لذلك تشمل خدمة العميل التنفيذ الناجح لمفهوم إدارة الإمداد المتكاملة بغرض توفير المستوى اللازم من رضا العميل بأقل إجمالي تكلفة ممكن.

2- النقل :

من بين المكونات الرئيسية لعملية الإمداد هو حركة السلع أو تدفقها من نقطة الأصل إلى نقطة الاستهلاك وربما إعادتها أيضا، ولذلك يشمل نشاط النقل إدارة حركة المنتجات ما بين المؤسسة وأسواقها، كما انه يشمل اختيار طريقة الشحن لمستلزمات الإنتاج أو المنتج النهائي (البري، الجوي، السكك الحديدية، أنابيب النقل،...) وكذا وسائل النقل المناسبة (سيارات، طائرات، قطارات،...). وعادة ما يمثل النقل أكبر تكلفة في عملية الإمدادات، إذ تصل تكلفته في المتوسط من 35% إلى 65% من التكلفة الإجمالية ككل وحوالي 3/2 من التكلفة الكلية للعمليات اللوجستية. وبصفة عامة يتاح لدى المؤسسة ثلاثة بدائل لأنظمة النقل :

- 1- البديل الأول: شراء أو استئجار أسطول نقل وشحن خاص بالمؤسسة.
 - 2- البديل الثاني: إبرام عقود محددة مع بعض المؤسسات المتخصصة في عملية النقل .
 - 3- البديل الثالث: الاتفاق مع شركات النقل كلما ظهرت الحاجة لهذا النوع من الخدمات.
- وتتم المفاضلة بين هذه البدائل على أساس :

أ- **التكلفة** : تعتمد المؤسسة من اجل تحديد وسيلة النقل التي تفضل استخدامها على معيار تكلفة الشحن والنقل، وهذا مع الأخذ بعين الاعتبار طبيعة المنتجات المراد نقلها والشروط التي يجب أن تتوفر في وسيلة نقل هذه المنتجات.

ب- **السرعة**: يشير عنصر السرعة إلى الفترة الزمنية اللازمة لتحريك المواد من موقع لآخر، ويرتبط عنصر السرعة ارتباطا وثيقا بعنصر التكلفة، فخدمات النقل الأسرع تقابلها تكاليف شحن أعلى، ولكن من ناحية أخرى نجد انه كلما قصرت فترة النقل تناقصت التكاليف المرتبطة بالمخزون في مرحلة النقل .

ضف إلى ذلك أن الوقت اللازم لانتقال الشحنة من الأمور التي تؤثر على مستوى الخدمة والسلعة نفسها خاصة في بعض أنواع السلع التي تتأثر بمرور الزمن ولهذا تأخذ المؤسسة معيار السرعة كوسيلة للمفاضلة ما بين وسائل النقل .

ج- الالتزام والدقة:¹¹⁶ يشير هذا العنصر إلى درجة الدقة في عملية النقل من موقع لآخر، وفي بعض الحالات يعتبر هذا العامل من أهم الاعتبارات التي يتم الاهتمام بها، فإذا اختلفت أزمته النقل عن الأزمنة المخططة، قد يؤدي ذلك إلى اختناقات، مما يتطلب من إدارة الإمداد الاحتفاظ بأحجام أكبر من المخزون لمواجهة التقلبات في خدمة النقل.

3- إدارة المخزون: من النادر أن تتم عملية توفير ما يحتاجه العميل أو ما تحتاجه العملية الإنتاجية من مواد خام و مستلزمات إنتاج بصورة فورية. ولذا فعلى المؤسسة توفير مستوى معقول لكل من منتجاتها ومستلزمات إنتاجها للوفاء بطلبات العملاء أو العملية الإنتاجية.

ويعرف الدكتور عبد الفتاح زين الدين إدارة المخزون على أنها: "تحديد كمية المواد الأولية أو البضاعة نصف مصنوعة أو الأجزاء تحت التشغيل وكذا البضاعة تامة الصنع، التي تتضمن مواجهة احتياجات الشغل أو طلبات العملاء في الأوقات التي تظهر فيها".¹¹⁷ وفي الواقع فإن الاحتفاظ بالمخزون يعد أمراً مكلفاً جداً فالمؤسسات الإنتاجية التقليدية تحتفظ بحوالي 20% من إنتاجها في شكل مخزون وتصل تكلفة الاحتفاظ بذلك المخزون إلى حوالي 25% من قيمته¹¹⁸، ولذلك فليس من الغريب أن تسعى إدارة المخزون إلى تحقيق مستويات مرتفعة لخدمة العميل مع الحفاظ على التكاليف المنخفضة لها مع الأخذ في الحسبان تكلفة تنفيذ أنشطة الإمداد الأخرى.

4- معالجة الطلبات:

إن معالجة الطلبات هي مصطلح يستخدم لتعريف بالمهام الجماعية المرتبطة بتنفيذ وتجهيز طلبات شراء السلع والخدمات من قبل العملاء، حيث تبدأ إجراءات المعالجة بقبول طلب العميل ولا تكتمل حتى يستلم هذا الأخير السلعة أو الخدمة المطلوبة.¹¹⁹

وبالرغم من أن الأنشطة المتعلقة بمعالجة الطلبات تمثل تكلفة أقل بالمقارنة بتكلفة النقل والتخزين إلا أنها على درجة كبيرة من الأهمية بسبب علاقتها بالوقت الإجمالي المستغرق منذ الحصول على أمر الطلب من العميل وحتى استلامه للمنتجات أو الخدمات المرغوبة مما يجعل له تأثيراً واضحاً وملموساً على رضا العملاء. ويمكن تقليل هذا الوقت بتبادل البيانات إلكترونياً بين المشتري والبائع مباشرة كما يمكن إصدار الأوامر عبر الوسائل الإلكترونية الأخرى مثل الانترنت مما يجعل منها عاملاً في تحسين دقة تشغيل أوامر الطلبات وكذا وقت الاستجابة لها.

¹¹⁶ نبال فريد مصطفى، جلال إبراهيم العبد، إدارة اللوجستيات، الدار الجامعة، الإسكندرية، 2005، ص 35.

¹¹⁷ فريد عبد الفتاح زين الدين، تخطيط ومراقبة الإنتاج: مدخل إدارة الجودة، جامعة الزقازيق، مصر، 1997، ص 386.

¹¹⁸ محمد محمود مصطفى، إدارة المخزون والمواد، دار صفاء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 2010، ص 11.

¹¹⁹ www.wisegeek.com/what-is-order-processing.htm, page consultée le 01-01-2011.

5- المناولة والتغليف:

يعتبر Gilles Savard (1998) أن المناولة هي كل نشاط يحرك أو ينقل أو يحمل منتوجا في مراحل مختلفة¹²⁰، إذن فهي تقوم على إدارة تحركات السلع والخامات للمؤسسة سواء من مخازن المواد الأولية ومستلزمات الإنتاج إلى مراكز الإنتاج، أو حركة السلع نفسها أثناء التحويل، وأيضا حركة السلع المنتهية في المستودعات.

ويرتبط هذا النشاط بالعديد من العوامل أهمها اختيار معدات المناولة والعمل على تخفيض مسافات التنقلات للسلع والمواد الأولية اقل ما يمكن، وكذا تخفيض الخسائر التي تحدث نتيجة عيوب المناولة. ويرتبط نشاط التغليف بنشاط المناولة حيث أن التغليف الجيد يساعد على تقليل عدد مرات المناولة كما يحافظ على المنتجات التي يتم مناولتها ويحميها من التلف. ويجدر الذكر أن نشاط التغليف يخدم وظيفتين أساسيتين هما التسويق والإمداد. ففي مفهوم التسويق يعمل التغليف كصيغة ترويج أو إعلان ويجذب حجمه ولونه ووزنه ومعلوماته المطبوعة العملاء، وينقل معلومات عن المنتج. في حين يؤدي التغليف دورا مزدوجا في الإمداد حيث يحمي التغليف المنتج من التلف أثناء تخزينه أو نقله كما يمكنه أن يجعل التخزين وحركة المنتج أكثر سهولة مما يقلل من تكاليف مناولة المواد.

6-جدولة الإنتاج:

يتعلق الأمر بصورة أساسية بعملية الإنتاج في المنظمة لمنتجاتها وفقا لأولويات أو لجدول توزيع تلك المنتجات في الأسواق ولذا فالمنظمة يجب أن تراعي تخطيط عملياتها الإنتاجية وفقا لإمكانياتها للوفاء بطلبات العملاء. لذا يهتم هذا النشاط وبصورة أساسية بعملية التوازن بين العملية الإنتاجية والكميات والأنواع المطلوبة من عملاء المنظمة من اجل توفيرها في المكان والوقت المناسبين.

7- نظم الاتصالات وتدفق المعلومات :

يحتاج النجاح في بيئة الأعمال الحالية إلى إدارة نظام اتصالات معقد، إذ أصبح هذا الأخير يشكل رابطا حيويا بين عملية الإمداد وعملاء المؤسسة ومورديها، فالاتصالات الدقيقة والموقوتة هي حجر الزاوية لإدارة الإمداد الناجحة. فمن خلال نظم المعلومات هذه تنعكس مستويات أداء أنشطة الإمداد والتكاليف المرتبطة بها، وأيضا سرعة توصيل تلك المعلومات إلى كافة الأطراف التي تشترك في عملية الإمداد.

8-تدبير الاحتياجات:

يهتم هذا النشاط بتوفير مواد ومستلزمات الإنتاج وذلك من حيث تحديد مواقع ومصادر التوريد الملائمة، والكميات التي سوف يتم الحصول عليها، والتوقيت اللازم للشراء بالشكل والجودة المناسبة وإدارة العلاقات مع الموردين. ونفرق هنا ما بين نشاط الشراء ونشاط تدبير الاحتياجات فنشاط الشراء يهتم فقط بعملية الشراء الفعلية والأنشطة المصاحبة لها أما تدبير الاحتياجات فهو مصطلح أكثر اتساعا في معناه.

¹²⁰ Gilles Savard , La gestion de l'approvisionnement, les presses de l'Université de Laval,Canada ,1998 ,p 221.

9- التنبؤ بالطلب :

يشمل التنبؤ بالطلب تحديد كمية المنتج المتوقع طلبها من العملاء والخدمات المصاحبة لها خلال فترة زمنية معينة، وتأتي أهمية هذا النشاط لكونه يعد الأساس الذي تستخدمه المؤسسة في تحديد كافة برامجها التشغيلية من خطط الشراء والإنتاج والتوزيع والتي تتوقف بدرجة كبيرة على حجم المبيعات المتوقعة في المستقبل.

فمن خلال هذا النشاط تحدد المؤسسة كم يجب أن تنقل من كل عنصر أنتجته للأسواق المختلفة كما يجب أن تعرف أين سيتواجد الطلب بحيث يمكن وضع الكميات المناسبة من الإنتاج أو تخزينها في كل منطقة.

10- الإمداد العكسي:

يمثل التعامل مع السلع التي تعاد وكذلك التصرف في العادم جزءا من عملية أكبر تعرف بأها الإمداد العكسي، وهو احد المكونات الهامة للإمداد. إذ يمكن أن يعيد المشترون العناصر إلى البائع بسبب عيوب في المنتج أو للتلف والدمار أثناء عملية الشحن والمناولة أو للاستبدال أو لأي سبب آخر.

وقد تصل تكاليف تحرك هذه المرتجعات إلى نسب أعلى تتراوح من 5 إلى 6 مرات من انتقال نفس المنتجات من المنظمة إلى أسواقها. كما تحتوي قنوات الإمداد العكسية على تدفق المواد الخام ومستلزمات الإنتاج التالفة أو الهالكة الناتجة عن عملية الإنتاج. ولذا يجب على المؤسسة الاهتمام بإدارة تدفق تلك المنتجات بصورة تضمن عدم زيادة تكلفتها إلى مستويات تؤثر على ربحيتها أو على مستوى خدمة عملائها وهو المطلوب تحقيقه.

I- 2- دور الإمداد:

مع بداية التسعينات تزايد اهتمام المؤسسة بجودة الخدمة المقدمة للعميل مع تخفيض أكبر قدر ممكن من تكاليف إنتاج السلع والخدمات. وبذلك كان على المؤسسة أن ترفع من كفاءة تخصيص واستغلال مواردها من خلال إدارتها للتدفقات المادية والمعلوماتية وكذا المالية بشكل يجعلها تخفض من تكاليفها الإجمالية من خلال تدنية تكاليف أنشطة الإمداد. كان لوزن هذه الأنشطة التأثير الكبير في أن يلعب الإمداد دورا يزداد أهمية يوما بعد يوم على مستوى المؤسسة بشكل جزئي وعلى الاقتصاد ككل .

I- 2-1- دور الإمداد في الاقتصاد:

تلعب أنشطة الإمداد دورا هاما في اقتصاديات الدول وخصوصا في ظل وجود التكتلات الاقتصادية والاتفاقيات التجارية بين الدول وأيضا في ظل الثورة الحقيقية التي يشهدها العالم اليوم في مجال خدمة المستهلك والتي تؤدي بالمنظمات إلى تقديم الآلاف من السلع والخدمات الجديدة والتي تحاول توصيلها إلى كل مستهلك في كل مكان في العالم.

فقد أدت مثل هذه العوامل إلى زيادة حركة تبادل السلع والخدمات بين الدول المختلفة ومن ثم تزايد تكاليف أنشطة الإمداد على المستوى القومي. ولذلك نجد أن الدول الكبرى قد أعطت أهمية خاصة لهذا

الموضوع لكونه يمثل البنى التحتية لاقتصادياتها وتطورها، وعلى سبيل المثال فان الولايات المتحدة الأمريكية قد أنفقت في عام 1999 على النقل والشحن ما يقارب 548 بليون دولار، وأنفقت أكثر من 332 بليون دولار على المستودعات والتخزين وأكثر من 40 بليون دولار على بقية أنشطة الإمداد، بما يعادل المبلغ الإجمالي 920 بليون دولار، حيث شكلت تلك المصروفات حوالي 9.9%¹²¹ من إجمالي الناتج المحلي بعد أن كانت 17.2% عام 1980 لتصبح 10.5%¹²² عام 1996، ومع ذلك فان الدول النامية لم تعط هذا الموضوع اهتماما كافيا بما يتناسب وأهميته الاقتصادية.

وقد توصلت الدراسات الحديثة في هذا المجال إلى انه كلما قامت المنظمات بتحسين كفاءة الأنشطة اللوجستية كلما كان لها اثر ايجابي قوي على العديد من المتغيرات الاقتصادية مثل معدلات التضخم، والميزان التجاري وزيادة قدرة تلك الدول على تصدير منتجاتها إلى باقي الدول، وإمكانية المنافسة الفعالة في الأسواق العالمية وإتاحة رأس المال للاستثمار مما يقود إلى مستوى عمالة اكبر.¹²³ كما يدعم الإمداد حركة وتدفق السلع والخدمات، فإذا لم تصل السلع في الوقت المناسب لا يمكن ان يشتريها العملاء وإذا لم تصل في المكان المناسب أو في الحالة المناسبة فلا يمكن ان يحدث بيع مما يؤثر سلبا على النشاط الاقتصادي ككل.

كما أكدت بعض الدراسات الأخرى على أهمية الإمداد ودوره في اقتصاديات الدول بمقارنة حجم الإنفاق على أنشطة الإمداد مع الأنشطة الاجتماعية الأخرى، إذ بلغت المبالغ المنفقة على أنشطة الإمداد 10 أمثال ما انفق على الإعلام، ومرتين ما انفق على الدفاع الوطني وتساوي ما انفق على الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية.¹²⁴

I-2-2- دور الإمداد في المنظمة:

تواجه المنظمات اليوم حقيقة أساسية وهي أن احد أهم العوامل لتعظيم ربحيتها وتدعيم مركزها التنافسي في الأسواق يتمثل في قدرتها على إدارة أنشطة الإمداد المسؤولة عن تدفق السلع والخدمات بسهولة من بداية تدبير المواد الخام إلى مرحلة انتفاع عملاء المنظمة من منتجاتها وخدماتها.

تقود الإمدادات إلى تحقيق ميزة تنافسية:

من خلال مفهوم التسويق تحقق المنظمة أهدافها باعتمادها على تحديد احتياجات الأسواق المستهدفة ورغبات المستهلكين وتوفير الإقناع المرغوب فيه بفعالية وكفاءة اكبر من المنافسين. ولكي تنجح هذه الأخيرة في ذلك يجب ان يكون لديها تكاملا لأفكار وجود المنتج (Product) الصحيح بالسعر (Price) الصحيح مع الترويج (Promotion) الصحيح وإتاحته في المكان (Place) الصحيح وهي ما تمثل 4Ps لخليط التسويق

¹²¹ جيمس ستوك و دوجلاس لامبرت تعريف م سرور على إبراهيم، الإدارة الإستراتيجية للإمدادات، دار المريخ للنشر، المملكة العربية السعودية، ص 48.

¹²² عبد الستار محمد العلي وجيليل ابراهيم الكنعاني، ادارة سلاسل التوريد، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2009، ص 29-30.

¹²³ محمد احمد حسان، إدارة سلاسل الإمداد والتوزيع، الدار الجامعية، الاسكندرية، 2008، ص 18.

¹²⁴ جيمس ستوك و دوجلاس لامبرت تعريف م سرور على إبراهيم، الإدارة الإستراتيجية للإمدادات، مرجع سابق، ص 49.

ويلعب الإمداد دورا فعالا وبصفة خاصة في دعم الحصول على المنتج في المكان والزمان المناسبين بطريقة تجعلها تميز منتجاتها وخدماتها في ذهن عملاءها بتكلفة وأسعار اقل من المنافسين ومن ثم تستطيع ان تدعي أنها تملك ميزة تنافسية .

وهذا ما ذهب إليه Micheal POTER في كتاباته أين بين مدى أهمية الميزة التنافسية في إحراز المؤسسة للنجاح، فأبرزها من خلال طرحه لفكرة سلاسل القيمة.

ويجدر الذكر ان الميزة التنافسية لا يمكن فهمها من خلال النظر إلى المؤسسة ككل ، بل إلى نشاط واحد من الأنشطة المتميزة التي يمكن للمؤسسة ان تعمل بها من إنتاج او تسويق او توزيع، والتي يمكن ان تساهم في خفض التكلفة بالنسبة للمؤسسة وخلق قاعدة للمفاضلة.

ومن خلال مفهوم الإمداد على انه تخطيط وتنسيق انسياب المواد من المصدر إلى المستعمل كنظام متكامل، تكون المنظمة قد استطاعت الربط بين الأسواق وشبكة التوزيع وعمليات الإنتاج، وبهذه الطريقة يمكن لها خدمة المستهلك او الزبون بمستوى عال وبتكاليف منخفضة، وبعبارة أخرى تكون هذه المؤسسة قد بلغت هدف الميزة التنافسية من خلال تخفيض التكلفة وتعزيز الخدمة .

تسهم أنشطة الإمداد في خلق منفعة مكانية وزمنية :

الأمر الذي لا شك فيه ان المؤسسة التي ترغب في تبني المفهوم التسويقي يجب ان تتطافر كافة وظائفها لتقديم سلعة أكثر جاذبية للمستهلك من خلال مجموع المنافع المقدمة إليه، فيقوم النشاط الإنتاجي مع النشاط التسويقي بخلق المنفعة الشكلية ، ولكن تلك المنفعة لا تعني شيئا للمستهلك إلا إذا تم توفيرها في الوقت المناسب (المنفعة الزمنية) وفي المكان المناسب (المنفعة المكانية) والظروف المناسبة للمستهلك لامتلاكها والحصول عليها (منفعة الامتلاك أو الحياة). وبذلك يوفر نشاط الإمداد منفعة المكان والوقت بينما توفر أنشطة التسويق الأخرى منفعة الامتلاك.

وتشكل منفعة المكان القيمة المضافة للمنتج من جعله متاحا للشراء او الاستهلاك في المكان المناسب. اما منفعة الوقت فتكون قيمة ناتجة عن إتاحة سلعة ما او خدمة ما في الوقت المناسب¹²⁵ ، في حين تكون منفعة الامتلاك القيمة المضافة للمنتج عن طريق السماح للعميل بامتلاكه، ولا تنتج منفعة الامتلاك عن الإمداد وإنما من تقديم خصومات ومدفوعات متأخرة التي تجعل الزبون قادرا على امتلاك المنتج.

I-3- التحول من الإمداد إلى سلسلة الإمداد :

على الرغم من القبول العريض الذي حظي به مفهوم الإمداد بواسطة المنظمات لتحسين كفاءة تدفق سلع وخدمات المنظمة من مرحلة الحصول على المواد الخام إلى مرحلة استهلاكها بواسطة عملاء المنظمة. إلا انه

¹²⁵ Somuyiwa A.O. and Adewoye J.O., Managing Logistics Information System: Theoretical Underpinning, Asian Journal of Business Management ,vol 02 n°2, May 30, 2010, pp 41-47.

على الجانب المقابل لم يستطع توفير إطار عام تستخدمه المنظمة سواءا للتنسيق بين وظائفها المختلفة أو بين باقي المنظمات التي تتعاون معها في تدفق سلعها وخدماتها إلى الأسواق ولذا بدأت المنظمات باستخدام مدخل النظم لإدارة عملياتها المسؤولة عن تدفق منتجاتها للأسواق، الذي يقوم بصورة أساسية على النظر للمنظمة وباقي المنظمات التي تتعامل معها كنظام متكامل يتكون من مجموعة من النظم الفرعية تشترك كلها في تدفق السلع والخدمات وتعمل على تعظيم قيمة تلك السلع والخدمات من وجهة نظر العملاء. وقد أطلق على ذلك المدخل مفهوم سلسلة الإمداد أو كما سماها البعض بسلسلة القيمة أو سلسلة الطلب¹²⁶، والذي يعمل على تكامل وظائف المنظمة مع التنسيق مع باقي المنظمات التي تشترك معها في تدفق سلعها وخدماتها وذلك لزيادة قيمة ما تقدمه المنظمة لأسواقها، وفي هذا الصدد اقترح VOWELS نموذجا لسلسلة الإمداد، ندرجه في الشكل الموالي:



الشكل رقم 11: نموذج لسلسلة الإمداد

المصدر: VOWELES.I, Chain of demand , CMA Magazine , Vol 69, n° 7,

1995- pp15-21, cité par Martin BEAULIEU et autres, Logistiques et service à la clientèle, Cahier de recherche n° 98-02 , Juin 1998, p 11.

وازداد استخدام مصطلح إدارة سلسلة الإمداد وبصورة كبيرة منذ نهاية الثمانينات من القرن العشرين ميلادي، رغم وجود خلط كبير عما تعنيه بالفعل، إذ يستخدم الكثير من الناس المصطلح كبديل أو مرادف للإمداد.¹²⁷

الا ان تعريف سلسلة الإمداد هو أوسع بكثير من تعريف الإمداد فسلسلة الإمداد والتي غالبا ما تعرف بالعبارة الانجليزية supply chain أو بالفرنسية la chaîne d'approvisionnement هي ببساطة عبارة عن سلسلة من الوحدات التي يتم من خلالها تحويل المواد الأولية إلى منتجات تامة وتسليمها إلى المستهلك.¹²⁸

¹²⁶ Bowersox Donald et David Closs , Supply chain logistics management , Mc Graw Hill , USA,3rd edition 2009, p 04 .

¹²⁷ Douglas M.Lambert , Supply chain management: process- partnerships-performance, Supply Chain Management Institute, USA, 3rd edition, 2008, pp01-03.

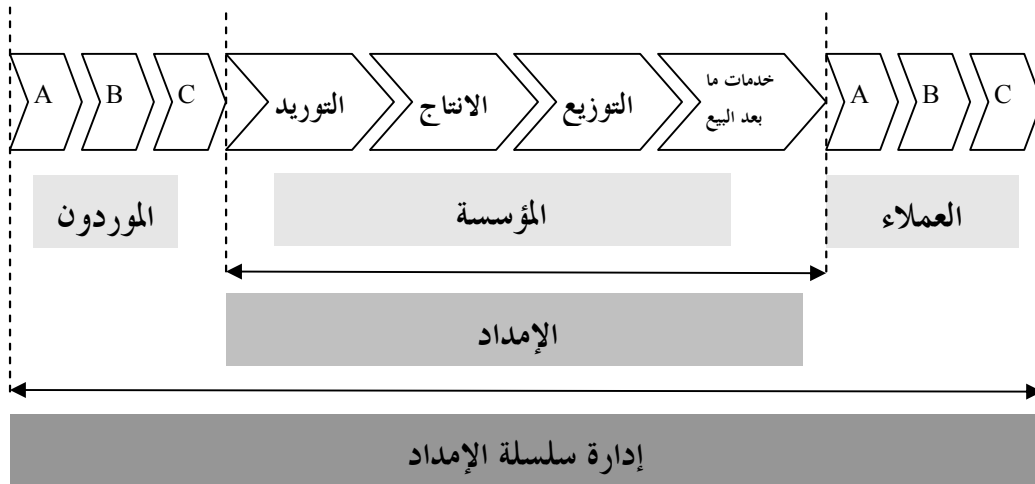
¹²⁸ David J.Ketchen and G.Tomas M.Hult , Bridging organization theory and supply chain management , the case of best value supply chain , Journal of operations management , Vol 25, 2007, p 573.

أما بالنسبة لـ GILLES Paché (2009) فسلسلة الإمداد تعبر عن "مجموعة من الأنشطة والعمليات التي يتم من خلالها توريد المواد والمكونات من عند شبكة الموردين وتحويل هذه المواد والمكونات إلى منتجات بسيطة أو تامة، ثم توزيعها إلى المستهلكين".¹²⁹

ويضيف Chauhan بان "سلسلة الإمداد تضم شبكة من المنظمات التي تتعاون فيما بينها لتحسين من تدفق المواد بين الموردين والعملاء، وتكون أفضل هذه التدفقات أسرعها واقل تكلفة، حيث تهدف سلسلة الإمداد إلى رضا الزبون". وفي نفس السياق يضيف Spekman (1999) بأنه يتوجب على هذه المنظمات أن تتحكم في التكنولوجيا والأساليب الحديثة للتنسيق فيما بينها من اجل تسيير أفضل لتدفق المعلومات

المتوفرة عبر وسائل الاتصال والمعارف المشتركة.¹³⁰

وهذا ما يعني ان مجموع التدفقات تتعدى حدود المؤسسة لتدار ابتداء من مورد المورد إلى غاية زبون الزبون، وهو ما يعد احد أهم الخصائص الرئيسية التي تميز إدارة سلسلة الإمداد عن مفهوم الإمداد. ويوضح Dornier (2007) هذه الفكرة من خلال الشكل الموالي المحدد لحدود مجالي الإمداد وسلسلة الإمداد :



الشكل رقم: 12 : حدود المجالات المغطاة من قبل الإمداد وسلسلة الإمداد.

المصدر: Philippe-Pierre Dornier et Michel Fender, La logistique globale et le supply chain management: Enjeux – principes - exemples, op-cit, pp 58-59.

في حين عرفها Edward (2002) على أنها عبارة عن "تدفق المواد، المعلومات وكذا الأموال ما بين الشركات".¹³¹

¹²⁹ Gilles Paché , Quels impacts de la crise sur la logistique ? , Revue française de gestion , n° 193. 2009, p 52.

¹³⁰ Robert E.Spekman and al, Toward more effective sourcing and supplier management, European journal of purchasing & supply management, Vol 5, 1999, pp 107-108.

¹³¹ Edward F., Supply chain strategy : the logistic of supply chain management , Mc Graw Hill, USA, 2002, p 08.

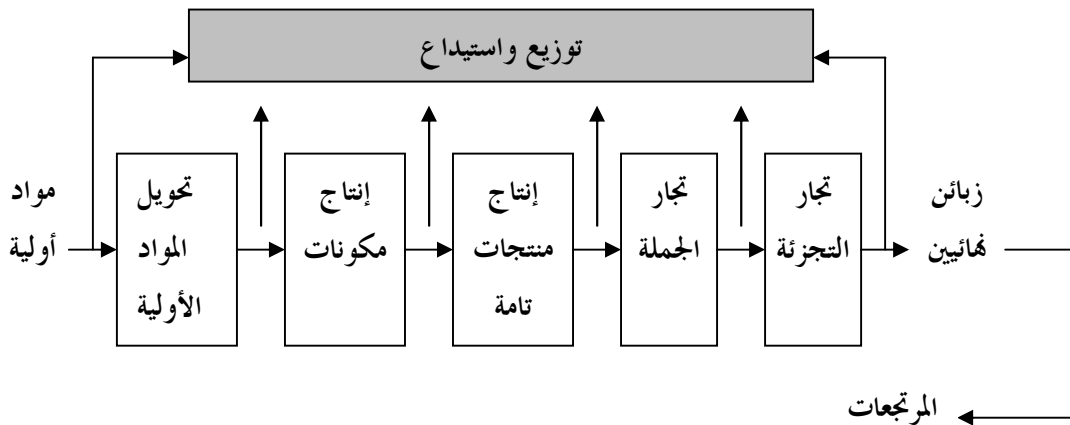
وبالنسبة ل La Londe و Master (1994) فإن سلسلة الإمداد تجمع ما بين عدة هيئات مستقلة تشارك في تصنيع المنتجات وتسليمها إلى المستعمل النهائي ، فكل من منتجي المواد الأولية والمكونات، تجار الجملة، موزعين، ناقلين كلهم يعتبرون اعضاء من سلسلة الإمداد.¹³²

ويقول Lee و Billington (1993) إن سلسلة الإمداد هي "شبكة المنشآت التي تضمن وظائف توريد المواد الأولية وتحويلها إلى مكونات ومن ثم إلى منتجات تامة، وكذا توزيع هذه المنتجات وتسليمها إلى الزبون".¹³³

أما Tayur (2000) فاعتبرها "كنظام يشمل بائعين، منتجين ، موزعين، تجار تجزئة وزبائن أين يتم تبادل تدفق المواد في اتجاه من المورد إلى الزبون وتدفق المعلومات في الاتجاهين".¹³⁴

من خلال جميع التعاريف المدرجة سابقا، نستطيع أن نعرف سلسلة الإمداد على أنها عبارة عن :

- علاقات متوالية [مورد/زبون] . (Tayur) .
- أنشطة خالقة للقيمة في تتابع (La londe et Master)
- وظائف وعمليات: توريد، إنتاج، توزيع (Lee et Billington)



الشكل رقم 13 : سلسلة الإمداد - أنشطة ومؤسسات وفقا ل La londe و Master

المصدر: M. Julien François , Planification des chaînes logistiques:

Modélisation du système décisionnel et performance, Thèse de Doctorat, l'Université BORDEAUX, France,2007, p 29.

كما أن مختلف التعاريف لسلسلة الإمداد تحمل عددا من الأفكار المشتركة من بينها:¹³⁵

¹³² La londe Bernard.J et James M. Master , Emerging logistics strategies : blue-print for the next century, Intenational Journal of Physical Distribution and Logistics Management , vol 24, n °7, 1994, p35-36.

¹³³ Lee H.L and C.Billington, Materiel management in decentralised supply chain , Operation research , vol 41, n°5, September/october 1993, p 835.

¹³⁴Tayur S. and al,Quantitative model for supply chain management,Kluwer academic publisher,USA 2000,p 842.

¹³⁵ Julien François, Planification des chaînes logistiques:Modélisation du système décisionnel et performance, Thèse de doctorat,Université Bordeaux, France, 2007, p 29.

- 1- أن سلاسل الإمداد غالبا ما ترتبط بمنتوج تام أو بمجموعة من المواد التامة.
- 2 - يدخل ضمن سلسلة الإمداد العديد من المؤسسات.
- 3 - ترتبط هذه المؤسسات بثلاث تدفقات :
 - ✓ تدفق المواد (كتحويل البضائع ونقلها)
 - ✓ تدفق المعلومات (تقرير الطلبات).
 - ✓ تدفق الأموال (كتسديد حساب المشتريات).
- 4 - كل مؤسسة تنتمي إلى هذه السلسلة تقوم بوظائف التوريد والتحويل/ الإنتاج، التوزيع والبيع وهي ما تمثل العمليات الأربع الرئيسية التي نجدها في كل مؤسسة.
- 5- أن سلسلة الإمداد تضم جميع العناصر المساهمة في نقل المنتج سواءا للمستهلكين وهو ما يعرف ب" مورد/مستهلك اي Business To Consumers [BtoC أو B2C]، أو إلى مؤسسات

لإنتاج سلع أخرى أو استهلاكها وهو ما يعرف كذلك ب [Business To Business B2B أو BtoB].¹³⁶

- 6- وأخيرا، فالمؤسسة تدخل ضمن العديد من سلاسل الإمداد، وفي الواقع فالمؤسسة تبحث عموما عن تعدد المؤسسات، الزبائن وكذا المنتجات التي تستطيع أن تسهم في إنتاج منتجات تامة.
- وبذلك نلاحظ أن مفهوم سلسلة الإمداد لم يقتصر على علاقة المؤسسة بالموردين بل تعدى ذلك إلى كون المؤسسة أصبحت مجبرة على إدارة علاقاتها مع مؤسسات أخرى أين يصبح النجاح الفردي أكثر ارتباطا بتفاعل وكفاءات ونجاح المؤسسات الأخرى، حتى أن بعض المؤلفين وصفوا هذا الهيكل التنظيمي ب "المؤسسة الأخطبوط" (entreprise archipel).¹³⁷
- وبالتالي تقوم إدارة سلسلة الإمداد على إدارة تدفق السلع والمعلومات على حد سواء داخل وبين المواقع مثل نقاط البيع ، مراكز التوزيع و الإنتاج/التحويل وكذا التجميع.¹³⁸
- أو كما عرفها Cooper (1997) على أنها عبارة عن فلسفة متكاملة لإدارة جميع التدفقات لقنوات التوزيع من المورد إلى المستخدم النهائي.¹³⁹ أين تؤثر كل شركة في سلسلة الإمداد على أداء جميع أعضاء السلسلة، وبالتالي على الأداء الكلي للسلسلة ككل.

¹³⁶ Yves Pimor, Logistique : technique et mise en oeuvre, DUNOD, Paris, 2^{ème} édition, 2001, p 06.

¹³⁷ Cécile Gaumand et autres, Systèmes de gestion des connaissances pour la chaîne logistique intra-organisationnelle: cas de la société Bonfiglioli, Système d'Information et Management, vol 15,n°2, 2010, p99.

¹³⁸ Douglas J.Thomas et Paul M.Griffen, Coordinated supply chain management, European Journal of Operational Research , vol 94, 1996, p01.

¹³⁹ Cooper Martha.C , DOUGLAS M.Lambert and James D.PAGH, Supply chain management : more than a new name for logistics, The International Journal of Logistics Management , vol 08, n°01,1997, pp2-3.

ويربط Mintzer (2001) نجاح السلسلة بتبني أعضائها لنفس الهدف وبنفس التركيز على خدمة العملاء.¹⁴⁰ كما يضيف Hugos (2006) بان إدارة سلسلة الإمداد تقوم كذلك على تنسيق الإنتاج، التخزين والنقل فيما بين أعضاء سلسلة الإمداد لتحقيق أفضل مزيج من الاستجابة والكفاءة في السوق.¹⁴¹ إذن ومن خلال ما سبق، نستخلص أن إدارة سلسلة الإمداد كمفهوم هو أوسع بكثير من مفهوم الإمداد ، فقد أعاد مجلس إدارة الإمداد CLM في عام 1998 تعريف الإمداد على انه احد أجزاء سلسلة الإمداد داخل المنظمة و المسؤول عن تخطيط وتنظيم ورقابة تدفق السلع والخدمات والمعلومات ذات الصلة من مرحلة تدبير المواد الخام إلى مرحلة وصولها إلى عملاء المنظمة.¹⁴²

I-4- المراحل الرئيسية لتطور سلسلة الإمداد:

مع كبر حجم المنظمات وتعدد أنشطتها واتساع وتعدد خطوط منتجاتها وأسواقها، تزايد الاهتمام بالأنشطة اللوجستية لدرجة انها أصبحت تمثل العمود الفقري في هذه المنظمات، حيث تمثل الأنشطة الأساسية اللازمة لتحقيق أهداف المنظمة في مجال خدمة العملاء والتي تمكنها أيضا من تحقيق الميزة التنافسية في السوق وزيادة ربحيتها.

وبالموازاة مع تطور المنظمة، خطى الإمداد خطوات واسعة، لخصها Akbari Jokar وآخرون(2000) في 03 مراحل أساسية تمثلت في:¹⁴³

- مرحلة الإمداد المنفصل (1950-1970).
- مرحلة الإمداد المتكامل(1970-1990).
- مرحلة الإمداد التعاوني (1990- يومنا الحالي).

✓ I-4-1- مرحلة الإمداد المنفصل (1950-1970):

بدأ نشاط الإمداد يلفت الأنظار إليه مع بداية القرن الماضي وتحديدًا مع بداية دراسة توزيع المحاصيل الزراعية في الولايات المتحدة الأمريكية ومناقشة التكاليف المتعلقة بها من قبل John Crowell في عام 1901.

ومع حلول الحرب العالمية الثانية، برز الإمداد كعلم من العلوم الحربية أين ساهم بشكل واضح في نصر قوات التحالف، ومن هنا بدأ الإمداد يحظى بتميز وتركيز من الباحثين. و عقب انتهاء هذه الحرب بدأت المنظمات تواجه طلبا متزايدا من المستهلكين للسلع والخدمات، الأمر الذي تطلب منها زيادة جهودها الإنتاجية لمواجهة تلك الطلبات.

¹⁴⁰ Mentzer John .T and al, Defining supply chain management, Journal of Business Logistics, vol 22, n°2, 2001, p 09.

¹⁴¹ Michel H.Hugos, Essentials of supply chain management, edition john wily & son , USA, second edition, 2006,p 04.

¹⁴² محمد احمد حسان، إدارة سلاسل الإمداد والتوزيع ، مرجع سابق، ص 41.

¹⁴³ Mohamed Reza Akbari JOKAR et al , Sur l'évolution de concept de la logistique , Les 3^{ème} Rencontres Internationales de la Recherche en Logistique (RIRL) , Trois-Rivieres, 9-10-11 Mai 2000, p03 .

ولعل ما ميز هذه الفترة هو انعدام العلاقة بين العميل والمنتج فوفقا ل Humez (2008) كان المنتج هو سيد الموقف، إذ لم يكن مضطرا إلى اختصار مدة التسليم أو التحسين من جودة المنتج أو حتى التنوع من منتجاته، فالفلسفة السائدة آنذاك كانت الإنتاج بكميات كبيرة و زمن تعطيل معدوم (zéro temps d'inoccupation).¹⁴⁴

وبحلول الخمسينات من القرن الماضي، وخاصة بعد الكساد الشديد الذي تعرضت إليه الولايات المتحدة عام 1958 ونتائجه على المنظمات من انكماش في أرباحها وعدم قدرتها على تعريف منتجاتها، بدأت المنظمات بالاهتمام بكيفية تخفيض أسعار منتجاتها لتمكين من مواجهة ذلك الكساد، ولذا اهتمت هذه الأخيرة بدراسة هيكل تكلفة منتجاتها محاولة بذلك تخفيضها، ولكنها اكتشفت انه من الصعب تخفيض تكاليف إنتاجها لوصول مستوى كفاءتها الإنتاجية لحده الأقصى، لذا بدأت بالبحث عن بنود التكاليف الباقية والتي تتمثل في تكاليف الإمداد لأنها لم تتم دراستها من قبل. وقد تزامن ذلك مع ظهور المفهوم التسويقي القاضي بالتركيز أكثر على خدمة المستهلك في الوقت المناسب وبالتكلفة الملائمة .

وبذلك ظهر مفهوم التوزيع المادي *distribution physique* وهو أول مفهوم ظهر كأحد عناصر الإمداد والذي ينصب بصورة أساسية على عملية التنسيق بين أنشطة النقل والتخزين وعمليات تنفيذ الطلبات والوفاء بها بغية التحكم في تكاليف أنشطة التوزيع وكذا تلبية احتياجات الزبون.¹⁴⁵ لتكون بذلك أنشطة الإمداد محدودة في المعالجة الإدارية والمادية للمنتجات النهائية، أي من خروج الإنتاج إلى غاية المستهلك النهائي.

ومع حلول الستينيات دعم الأب الروحي للإدارة الحديثة Peter Druker هذا الاتجاه عندما تحدث عن دور الإمداد في زيادة فرص المؤسسات الاقتصادية لرفع كفاءتها مما دفع بالمنظمات إلى زيادة الاهتمام بهذا العلم الحديث.

ولعل أهم ما ميز هذه الفترة كذلك، هو عمل كل قسم من أقسام المؤسسة بشكل مستقل دون الأخذ بعين الاعتبار تأثير قراراته على باقي أقسام المؤسسة وهو ما جسّد فكرة تحقيق المثالية المحلية . ولهذا سميت هذه المرحلة بمرحلة الإمداد المنفصل .

ووفقا ل APTEL (2000) فإن الإمداد المنفصل قد يتميز بخصائص نذكرها فيما يلي:¹⁴⁶

- تكاليف مبهمة للإمداد.
- ضعف مستوى الخدمة ترجمته حالات النفاذ المتكررة.

¹⁴⁴ Vérane Humez, Proposition d'un outil d'aide à la décision pour la gestion des commandes en cas de pénurie : une approche par la performance, thèse de Doctorat, Université de Toulouse, 2008, p 21.

¹⁴⁵ John J. Coyle and al, Supply chain management: a logistics perspective, South Western Educational Publishing; eight edition, 2006, USA, p 14.

¹⁴⁶ Olivier Aptel, Le rôle de logistique dans la connaissance du niveau des stocks, Les 3^{ème} Rencontres Internationales de la Recherche en Logistique (RIRL 2000), Trois-Rivieres, 9-10-11 Mai 2000, p 05.

- ظهور صراعات ما بين الوظائف التقليدية للمؤسسة .
- توزيع المسؤوليات اللوجستية.

✓ I-4-2- مرحلة الإمداد التكاملي (1970-1990):

في هذه الفترة أصبح الزبون هو سيد القرار لان ظهور العديد من المؤسسات المتممة إلى نفس القطاع أدى إلى زيادة في العرض واتساع في المنافسة فيما بينها، وبالتالي ولكي تحافظ المؤسسة على عملائها كان لزاما عليها أن تزيد من جودة منتجاتها، مع الإنتاج بكميات قليلة ولكن بقدر كبير من التنوع والاختلاف مع الإبقاء على تكاليف تنافسية.

ولذلك رأت هذه الأخيرة بان احد الوسائل التي يمكن استخدامها في تدنية التكلفة الكلية هي تدنية تكاليف التخزين.¹⁴⁷ ولذا بدأت المنظمة في التفكير بضرورة خلق تكامل وتبادل للمعطيات الفنية ما بين المصالح المتواجدة بهذه المؤسسة (من شراء وتوزيع وإنتاج... الخ) سعيا منها لإرضاء وإشباع أكثر لاحتياجات المستهلك. وهكذا ظهر في الثمانينات مفهوم الإمداد المتكامل والذي يعد مسؤولا عن خلق نوع من التوافق والتناغم بين كل من التوزيع والإنتاج والتوريد للمؤسسات عملا على تخفيض تكلفة كل هذه الأنشطة معا إلى أدنى حد ممكن¹⁴⁸. وبذلك تكون المؤسسة قد حققت المثوية الكلية على مستوى المؤسسة بدل المحلية.

و وفقا للعديد من المؤلفين ك Taylor Anelka (2004) فان هذه الفترة قد شهدت الولادة الحقيقية للإمداد وخصوصا في أواخر السبعينيات أين برز الإمداد كعلم من علوم الإدارة وعنصرا أساسيا في إستراتيجية المنظمة،¹⁴⁹ وهو ما تجلّى من خلال أعمال James H.Heskett الذي أعطى أول تعريف مدني للإمداد داخل المؤسسة بقوله أن الإمداد هو عبارة عن مجموعة الأنشطة التي تتحكم في تدفق المواد وتنسيق الموارد واستخداماتها مع تحقيق مستوى معين من الخدمة وبأقل تكلفة.

✓ I-4-3- مرحلة الإمداد التعاوني (1990-يومنا الحالي) :

تميزت فترة ما بعد التسعينات بتفوق العرض على الطلب وزيادة حدة المنافسة عن ذي قبل، وتميز سلوك المستهلك آنذاك بالتعدد والتنوع مما ترتب عنه صعوبة في التنبؤ بالطلب، وهي خاصية هامة ميزت السوق آنذاك¹⁵⁰. ولذلك و من اجل البقاء في السوق كان لزاما على المؤسسة أن:¹⁵¹

- 1- تجد أسواقا جديدة .
- 2- ترفع من مستوى جودة المنتج أكثر من ذي قبل .
- 3- ان تزيد من تدنية تكلفة الإنتاج عما سبق.

¹⁴⁷ Mohamed Reza Akbari JOKAR et autres , Sur l'évolution de concept de la logistique, op-cit,p 04.

¹⁴⁸ محمد توفيق ماضي إسماعيل السيد، إدارة المواد والإمداد، الدار الجامعية، الإسكندرية - مصر، 1999، ص 12.

¹⁴⁹ Taylor Anelka et autres, Economie -Droit , édition BREAL, France, 2004, p134.

¹⁵⁰ Marshall.L Fisher, What is the right supply chain for your product? , Harvard business review, Vol 75 Issue 2 March-April 1997, p 106.

¹⁵¹ Kamal Lakhdari, Mise au point d'un outil d'aide a la décision pour la conception d'une chaine logistique d'entreprises manufacturières, Thèse de doctorat, Université de REIMS Champagne-Ardenne, 2010,p12-13.

4- والاهم من ذلك يجب على المؤسسة أن تحقق أقصى سرعة في الاستجابة لرغبات المستهلك وتطورات السوق بشكل عام.

فبسبب شدة المنافسة وانخفاض دورة حياة المنتج لجأت المؤسسة إلى الإنتاج بكميات قليلة والتسليم في فترات غالبا ما تكون اقل من دورة الإنتاج، متبينة بذلك فلسفة 0 خطأ و 0 مخزون وكذا 0 مدة الاستجابة.¹⁵² ومن اجل الإيفاء بهذه الالتزامات كان على المؤسسة:

1- من اجل الدخول إلى أسواق جديدة ، لجأت إلى إنشاء تحالف مع مؤسسات أخرى حتى ولو كانت مع منافسيها، فعلى سبيل المثال أقامت شركتي Benz و Chrysler تحالفا هدفه الاستعمال المشترك لشبكتي التوزيع الخاصة بهما.

والأكثر من ذلك ، أصبحت المؤسسة تبحث عن إبرام تحالفات مع زبائنها وفاء منها وإخلاصا لهم بحسبة بذلك قول Auguste DETOEUF :

« Ne vous plaignez jamais du client à caractère difficile car il est la cause de vos progrès. Traitez les autres mieux encore : ils sont la raison de vos bénéfices. »¹⁵³

2- وللرفع من جودة المنتج، كان على المؤسسة لبلوغ هذا الهدف ان تزيد من جودة المواد الاولية والمنتجات النصف مصنعة من خلال تعاونها مع الموردين الذين تتعامل معهم.

3- إن التعاون ما بين المورد والعميل (والذي يمكن أن يكون بدوره منتجا) يساهم بشكل كبير في تخفيض وتدنية التكاليف بالنسبة للطرفين¹⁵⁴، ولذلك تبحث المؤسسات عن البلدان التي تنخفض فيها تكلفة اليد العاملة، الطاقة، المواد الأولية والرسوم المنخفضة. هذا من جهة. ومن جهة أخرى، فتخفيض التكاليف يتطلب الحد من حالة عدم اليقين للطلب، وذلك من خلال إقامة علاقات دائمة مع الزبون أين يمكن لهذا الأخير أن يساعد مورده على الرفع من جودة المنتجات وتقليل التكاليف.

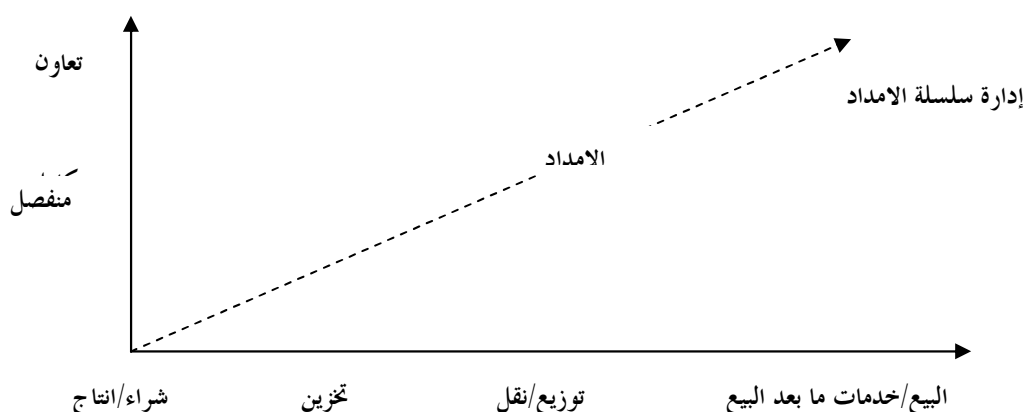
4- لزيادة سرعة الاستجابة لدى المؤسسة لجأت هذه الأخيرة إلى تقوية التعاون مع المؤسسات التي تنتمي إلى نفس سلسلة الإمداد، ففي الواقع إذا لم يستطع جزء من هذه السلسلة القيام بوظيفته على أكمل وجه فان المنتج النهائي لن يكون متاحا في الوقت المناسب.

وبالتالي فالمنافسة لم تعد بين المنتجين بل أصبحت ما بين سلاسل الإمداد.¹⁵⁵ فإشكالية الإمداد لم تعد تكمن في تكامل أنشطة الإمداد داخل حدود المؤسسة فقط (إمداد متكامل) بل تعدى إلى تعاون المؤسسات على شكل سلسلة إمداد (إمداد تعاوني).

¹⁵² Mohamed Reza Akbari JOKAR et autres , Sur l'évolution de concept de la logistique, op-cit, p 05 .

¹⁵³ Vérane Humez, Proposition d'un outil d'aide à la décision pour la gestion des commandes en cas de pénurie : une approche par la performance, op-cit, p 13.

¹⁵⁴ Kohli, Rajeev and Park Heungsoo, Coordinating Buyer-seller Transactions Across Multiple Products, Management Science, Vol. 40, Issue 9, September 1994,p1145.



الشكل رقم 14: التحول من الإمداد إلى إدارة سلسلة الإمداد.

المصدر : Taher Hassan, Logistique hospitalière : organisation de la chaîne

logistique pharmaceutique aval et optimisation des flux de consommables et des matériels à usage unique, op-cit , p 33.

II- الإمداد الصحي

II-1- ماهية الإمداد الصحي:

II-1-1- لمحة عن الإمداد في المؤسسة الخدمائية :

جاء تعريف الإمداد واضحا في أدبيات التسيير وكان محل العديد من الدراسات والتطبيقات في المؤسسات الصناعية ، فقد أصبح الإمداد يشكل وظيفة أساسية ذات مكانة عالية في المؤسسة، إضافة إلى البحث عن تعظيم استغلال طاقات الإنتاج ، أصبح الإمداد يهدف إلى تسهيل تدفق المواد والمنتجات بشكل يجعلها تلي الطلب في الأسواق في أحسن الظروف الاقتصادية .

وهنا يبرز الدور التقليدي للإمداد في توفيره للمنفعة المكانية والزمانية وذلك بتوفير المنتج الصحيح في أحسن حالة وفي المكان والزمان المناسبين. فبالنسبة للمؤسسة الصناعية يدير الإمداد تنسيق التدفقات المادية عبر جميع مراحل التحويل من الموردين إلى غاية العملاء .

ولقد تطور الإمداد كثيرا في المجال الصناعي ولخير دليل على ذلك وفرة الدراسات المتعلقة بالنشاط، في حين يفتقر المجال الخدمائي لذلك، إذ ما يميز هذا المجال نقص الدراسات المعالجة للإمداد فهو لا يزال حديث النشأة في المؤسسة الخدمائية .

إذن وبتعريجتنا إلى المؤسسة الخدمائية فسنعدها غالبا ما تحرص على ضمان تدفق وحركة العناصر المادية المتدخلة في عملية تقديم الخدمة ، وهنا يبرز دور الإمداد في تنسيق هذه التدفقات لما لها من تأثير على فشل أو نجاح هذه المؤسسات ، هذا من جهة .

¹⁵⁵ A. Bensmaine , L. Benyoucef et Z. Sari, Simulation D'une Chaîne Logistique À Echelle Réelle , International Conference On Industrial Engineering and Manufacturing ICIEM'10, May, 9-10, 2010, Batna, Algeria, p 01.

ومن جهة أخرى فإن الإمداد في المؤسسات الخدمائية يهدف كذلك إلى التحكم في مدة الاستجابة عند تقديم الخدمة للعميل (كمجال الاتصالات مثلا)، أو إلى الحد من الاختناقات والعوائق التي تشوب المعالجات الإدارية ولا سيما في البنوك.

ولأن الخدمات لا تنتج مخرجات تنقل أو تخزن فإن الإمداد يلعب نفس الدور من خلال تحكمه في القيود المكانية والزمانية، ولكنها في هذه المرة تطبق على طاقات الإنتاج نفسها، بما فيها من موظفين، معدات وأجهزة ، وكذا المعلومات الضرورية لإصدار الخدمات، فتوفير موظفين مناسبين ومعلومات موثوق بها وأجهزة ووسائل ملائمة في المكان والوقت المناسبين يمثل وظيفة رئيسية في إدارة الخدمات.

وفي نفس السياق ميز Hervé Math (1997) من خلال دراسته للإمداد في المؤسسات الخدمائية بين عنصرين يكونان الإمداد المتعلق بأنشطة الخدمات:¹⁵⁶

فأما الشق الأول فهو يتعلق بالعمليات اللوجستية للتوريد والتي تحمل نفس طبيعة أنشطة الإمداد في المؤسسات الصناعية إذ تتعلق بإدارة التدفقات المادية للمواد والمنتجات ، في حين يتمثل الشق الثاني في العمليات اللوجستية لردود الفعل (الاستجابة) [Les opération logistique de réaction] والتي تتحكم في أزمنا استجابة المنظمة لمختلف مستويات الطلب ، وخاصة تلك المتعلقة بالزبون .

فنظرا لتزايد الضروريات الملحة للمستهلك والمحددة، فإن المؤسسة وجدت نفسها تحت ضغط جديد من أجل تدنية أوقات الانتظار لتلبية الطلب. وهنا يتدخل الإمداد في إدارة أزمنا الاستجابة، الأمر الذي جعله يتحلى بأهمية بالغة في المؤسسات الخدمائية كذلك التي يتحلى بها في المؤسسات الصناعية .

هذا ويقوم الإمداد بتنسيق وسائل الإنتاج في الخدمات حتى لحظة تقديم الخدمة، وبذلك فإن أي خلل محتمل في التحكم في زمن الاستجابة، سيتجلى مباشرة وفورا في عدم رضا العملاء.

ومن جانب آخر أوضح Gille paché (2004) بأنه في المؤسسة الخدمائية يكون كل من الموظفين الذين هم على اتصال مع العملاء وكذا الدعائم المادية على مرأى من أعين العملاء في حين يبقى الإمداد كامنا وراء هذه المسافة النسبية ، وهذا ما عبر عنه Aurifeille بقوله :

« Les logistiques les plus efficaces et les plus réussies sont celles dont le consommateur final ne se rend pas compte, celles qui ne suscitent pas son insatisfaction. ».¹⁵⁷

ويضيف Mathe بأن إمداد الاستجابة (La Logistique de Réaction) يركز أساسا على

ثلاثة أهداف مترابطة فيما بينها :

1- تدنية أزمنا الانتظار .

¹⁵⁶ Hervé Math et al, Le service global : innovations et stratégies internationales de développement dans les services, MAXIMA, PARIS, 1997, p 209.

¹⁵⁷ Gille Paché , la logistique au cœur des stratégies compétitives de la firme de service : Une relecture de travaux conduits en management et marketing des services, Congresso Internacional de Pesquisa em Logística (RIRL),2004, p09.

2- التسيير الأمثل لطاقت إنتاج الخدمات .

3- التسليم المتوازن للخدمات عبر القنوات المناسبة .

كما يضيف Claude FIORE (2010) أن خصوصية الإمداد الخدماتي المرتبط بتدفق العملاء

خاصة تستند إلى خاصيتين لأنشطة الخدمات :¹⁵⁸

1- مشاركة العميل في إنتاج الخدمة والتي تتطلب التحكم ، توجيه ومراقبة مسارات العملاء وذلك من أجل الاستعمال الأمثل للطاقت من جهة. ومن جهة أخرى للتوصل إلى تحقيق مستوى معين لجودة الخدمة المقدمة للعميل .

2- تلازم إنتاج واستهلاك الخدمات يتطلب الموازنة (un arbitrage) المستمرة ما بين الاستخدام الكامل للطاقت من موظفين ومعدات، وهو ما يمثل تكلفة كبيرة ولكنها تسمح بتلبية الطلب، وبين عدم رضا العملاء واستياءهم بسبب طوابير الانتظار الطويلة، مما قد يعرض المؤسسة إلى فقدان عملاءها .

وبذلك ووفقا ل Bowersox (1993) فإن الإمداد في المؤسسة الخدماتية يهدف أولا إلى تحسين مستوى الخدمة المقدمة للعملاء من حيث توفيرها وموثوقيتها وكذا سرعة تقديمها¹⁵⁹، وثانيا إلى تحكم أفضل في الطاقت المتاحة لدى هذه المؤسسة أي بمعنى تعظيم استعمال الطاقت والاستفادة منها . وبالتالي ترتبط المفاضلة هنا بالأهداف الإستراتيجية التي تحددها المؤسسة .

إذن ومن خلال ما سلف ذكره ، فإن المؤسسة الخدماتية مثلها مثل المؤسسة الصناعية، يجب أن تعتمد على نظام إمداد فعال من أجل توفير خدمات مبتكرة ذات جودة عالية وقدرة تنافسية في الأسواق .

فبعد النظر إليه طويلا على أنه مجرد إدارة بسيطة للنظام الداخلي للمؤسسة، أصبح الإمداد الآن يشكل سلاحا أساسيا وضروريا لتحسين وصقل النهج الاستراتيجي للمؤسسة المقدمة للخدمة¹⁶⁰ .

II-1-2- مفهوم الإمداد الصحي :

في المجال الخدماتي، يتضمن مفهوم الإمداد جانبين: الإمداد الكلاسيكي والإمداد الخدماتي¹⁶¹:

- من جهة نجد الإمداد الكلاسيكي الذي يركز على إدارة تدفقات المواد الأولية والضرورية لإصدار الخدمة ، كأدوية مثلا في حالة المستشفيات ، يكمن هدفه في تسليم أحسن منتوج في الوقت والمكان المناسبين وبأحسن جودة وأقل تكلفة .

¹⁵⁸ Claude FIORE, Nathalie Sampierie-Tessier, Quelle démarche de pilotage logistique dans les activités de service? Le cas des flux de patients à l'hôpital, la 8^{ème} Conférence internationale sur la logistique et la recherche en gestion de chaîne d'approvisionnement, BEM BORDEAUX Management School, 29-30 Septembre et le 1^{er} Octobre 2010, p 10.

¹⁵⁹ Bowersox D.J ; Carter P.L, Monczka R.M , Materials logistics management , International Journal of Physical Distribution & Logistics Management, vol 23, n°5 , pp46-47.

¹⁶⁰ Gille Paché, Annie Munos, La logistique au cœur des stratégies compétitive de la firme de service : une relecture de travaux conduits en management et marketing des services, Op.cit, p 01.

¹⁶¹ Rachel Champenier, L'étude logistique préalable a la construction d'un nouveau site hospitalier, mémoire de l'école nationale de la santé publique(ENSP), FRANCE, 2005, p 09 .

في حين يهتم الإمداد الخدماتي بإدارة تدفق العملاء بناء على الطلب والطاقات المتاحة للمنظمة في آن واحد، وهو يهدف إلى التقليل من وقت انتظار العملاء والتسيير الأمثل لطاقت إنتاج الخدمات .

وبما أن المستشفى تعتبر كمؤسسة خدمتية ينطبق عليها الجانبين المذكورين أعلاه، اعتمدت لجنة الإمداد الصحي التابعة لجمعية الإمداد الفرنسية Aslog على ذلك لتعرف الإمداد الصحي على أنه: " إدارة تدفق المرضى والمنتجات والمواد وكذا الخدمات والمعلومات المرتبطة بها، من المورد إلى غاية المستفيد ، وذلك لضمان جودة الخدمات المقدمة للمرضى"¹⁶² .

وبمعنى آخر، يقوم الإمداد الصحي بتحسين نوعين من التدفقات في المستشفى والمتمثلة في تدفق الأفراد وتدفق المواد. فأما عن تدفق الأفراد فيشمل حركة المرضى منذ دخولهم إلى غاية خروجهم من المستشفى، إضافة إلى الموظفين والزوار .

في حين أن التدفقات المادية فهي جد متنوعة ، فإذا تموضعنا في قلب وحدة علاج نستطيع استخلاص عدة تدفقات منها :

✓ التدفقات الواردة (Les flux entrants) : ملفات المرضى ، عبوات الدم ، الأدوية ، الأجهزة الطبية المعقمة والغير معقمة ، الوجبات ، الأقمشة النظيفة ، المواد الاستهلاكية ، البريد ،

✓ وكذا تدفقات خارجة (Les flux sortants) : العينات المأخوذة للمريض ، أواني وأقمشة متسخة ، نفايات ، بريد ،

أما بالنسبة ل Sampierie (2000) فالإمداد الصحي يعتبر كتنقية للتحكم في التدفقات المادية (فندقية، أدوية ، أجهزة وأدوات طبية ، مرضى وموظفين) عن طريق تدفق المعلومات (الطبية والإدارية).¹⁶³ أكد هذا التعريف كذلك على تدفق خاص وهو المريض، إضافة إلى شمول الإمداد لجميع وظائف المستشفى ومجموع شركائها.

والإمداد الصحي وفقا ل Landry (2000) هو تلك " العملية التي تنطوي على مجموعة من أنشطة التصميم والتخطيط والتنفيذ لشراء وإدارة المخزون وكذا التوزيع الداخلي للسلع والخدمات الخيطة بتقديم الخدمات الطبية للمرضى "¹⁶⁴ .

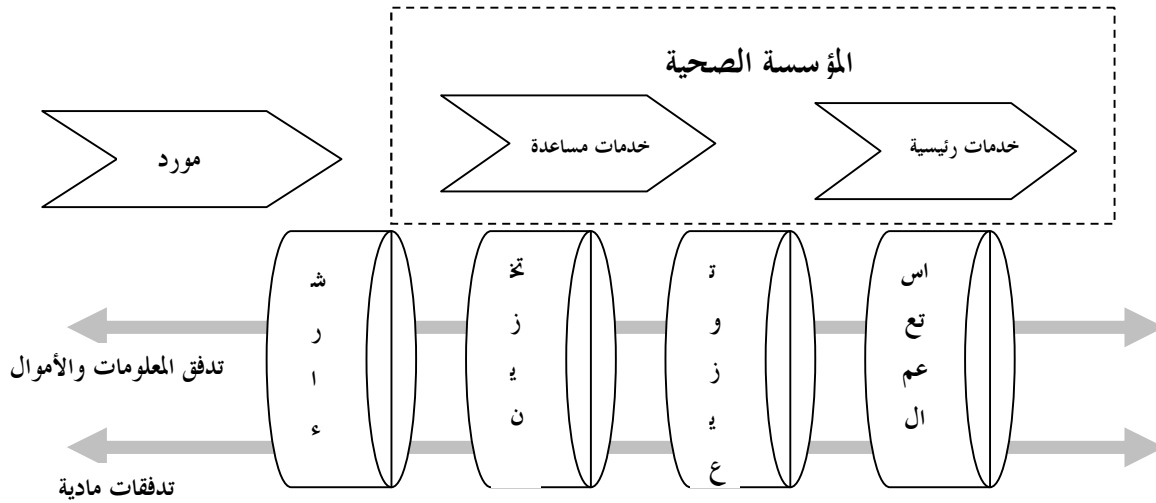
يعكس هذا التعريف تلك العلاقة التي تربط مختلف الأقسام بمسار المريض والتي تعتبر كأنشطة داعمة للنشاط الرئيسي للمستشفى والممثل في تقديم الخدمات الطبية للمرضى بغية تحقيق أكبر مستوى إشباع ممكن .

¹⁶² Najib Brahmī , Christelle Gueret, Optimisation de la logistique hospitalière , service blanchisserie, vol AGL1, n°IN68 , Edition Techniques de l'ingénieur , PARIS , 2007, document disponible sur le site : www.technique-ingenieur.fr, consulté le 05-02-2011.

¹⁶³ Nathalie Sampierie, Isabelle Gueno, Isabelle Bongiovani, Les pratiques logistiques ont-elles un impact sur la structure financière ? Le cas de l'hôpital public Français, 3^{ème} Rencontres Internationales de la Recherche en Logistique (RIRL), 2000, Trois-Rivières, 9-10 et 11 Mai 2000, p 09.

¹⁶⁴ Sylvain Landry et Martin Beaulieu, L'étude internationale des meilleures pratiques de logistique hospitalière, CR 00-05 , Ecole des Hautes Etudes Commerciales, Montréal QUEBEC, Avril 2000, p 03.

وهو ما تم توضيحه في الشكل الموالي، أين بين مجموع مكونات العملية اللوجستية داخل المستشفى، محمدا من خلاله أهم الوحدات الإدارية المتعلقة بالخدمات الأساسية المرتبطة بالمهام الطبية (وحدات العلاج، غرف العمليات، الاستعجالات ...) وكذا الخدمات المساعدة والتي تدعم نشاط الخدمات الرئيسية (الغسيل، التعقيم، الإطعام، التوريد ...). وفي الوسط وضح بشكل جلي أهم الأنشطة التي يتم من خلالها تدفق المواد والمعلومات والأموال (شراء، تخزين، توزيع وكذا استعمال).



الشكل رقم 15: سلسلة الإمداد الصحي

Sylvain Landry et Martin Beaulieu, Etude internationale des meilleures pratiques de la logistique hospitalière, Op.cit ,p 04.

المصدر:

وفي دراسة أخرى لـ Chow و Heaver (1994) تم الإشارة إلى أن الإمداد في المستشفى يجمع ما بين أنشطة الإمداد الداخلي، مضيفا إليها عنصر الإنتاج بكل ما يحويه من أنشطة تحويل كالتعقيم، التعقيم، وكذا تحضير الوجبات¹⁶⁵

ليحدد بذلك هذين الأخيرين الأنشطة الثلاث الكبرى المكونة للإمداد الصحي والمتمثلة في :

- 1- التوريد : ويشمل المشتريات ، إدارة المخزون للمنتجات المختلفة ..
- 2- الإنتاج : ويتمثل في تسيير أنشطة التحويل المختلفة مثل الغسيل ، التعقيم الخ
- 3- التوزيع : ويقوم على تسليم ونقل مختلف المنتجات من أماكن تخزينها نحو مختلف نقاط الاستعمال ، إضافة إلى نقل النفايات نحو المناطق المخصصة لها .

إذن ومن خلال ما تقدم من تعاريف يتبين لنا جليا اختلاف المتدخلين من مصالح وجهات معينة وفقا لنوع المنتج ، فمثلا يدير المخزن مختلف اللوازم الطبية والمكتبية ، في حين تهتم الصيدلية بالمنتجات الصيدلانية ، والقسم الغذائي بإدارة أنشطة توزيع وإنتاج مختلف المنتجات الغذائية.

¹⁶⁵ Chow .G and Heaver .T.D, Logistic in the Canadian health care industry, Canadian Logistics Journal, vol 01, n°01, 1994, p47.

وهو الأمر الذي جعل Mebrek يصف الإمداد الصحي بالعملية المعقدة¹⁶⁶، شاطره في ذلك الرأي كل من Landry و Beaulieu (2002)، اللذان أرجعا هذا التعقيد إلى تنوع الاحتياجات، المستخدمين، المنتجات واللوازم وكذا تعدد قنوات التوزيع داخل المستشفى.¹⁶⁷ إذن وفي ظل هذا المحيط المعقد يجب على الإمداد الصحي أن يسمح بضمان وجود أحسن منتج وأن يوزع للأشخاص المناسبين (المرضى)، وذلك في الوقت المناسب والصحيح مع تحقيق نسبة المخاطر والمنافع المثلى للمرضى.

إذن ومن خلال ما تقدم نستطيع أن نخلص إلى تعريف شامل للإمداد الصحي على أنه يشمل تصميم وتخطيط وتنفيذ أنشطة التوريد، الإنتاج وكذا التوزيع من خلال التحكم في تدفق المواد والمنتجات والأشخاص (الفندقية، الأدوية، الأجهزة، المستحضرات الطبية، الزوار وكذا الموظفين) والمصاحبة لمسارات المرضى، مع التنسيق فيما بينها من خلال تدفق المعلومات المرتبطة بها. وعلى الرغم من أن الإمداد الصحي قد استمد وجوده من خلال الإمداد الصناعي، إلا أن مؤشرات الأداء المطبقة في الصناعة ليس لها نفس الوزن في المجال الاستشفائي، وهذا يرجع إلى كون سلامة المريض تعلق أي شيء، بمعنى أن الأولوية تعود إلى جودة الرعاية الصحية بالدرجة الأولى.

II-1-3- التدفقات في المستشفى :

بعد قبول المريض في أي مؤسسة إستشفائية وإجراء أول الفحوصات، تتم أول صياغة للاحتياجات المحددة من قبل المريض ويضاف إلى ذلك معلومات أخرى يتم جمعها من خلال وسائل التقييم (Appréciations) أو القياس (Mesure) (كصور الأشعة لبعض الأعضاء مثلا، أو قياس درجة الحرارة.....) تليها مرحلة تحليل هذه المعلومات أي التشخيص من أجل تحديد متطلبات الرعاية بالمريض (Diagnostic)، وبعد ذلك يتم وضع خطة علاجه، والتي يمكن تحديثها واستكمالها بإجراء فحوصات أخرى. فتحديد هذه الاحتياجات يسمح بانجاز عمليات الرعاية الصحية بوتيرة معينة بواسطة وسائل محددة سلفا، هذا من جهة. ومن جهة أخرى، يسمح بتحديد الاحتياجات للموارد البشرية والمادية، مما سيؤدي إلى تشكيل مجموعة من التدفقات والتي كما بينها Dallery (2004) أنها تنقسم إلى عدة أنواع من التدفقات: تدفق المواد، الأفراد، المعلومات وكذا التدفقات المالية.¹⁶⁸

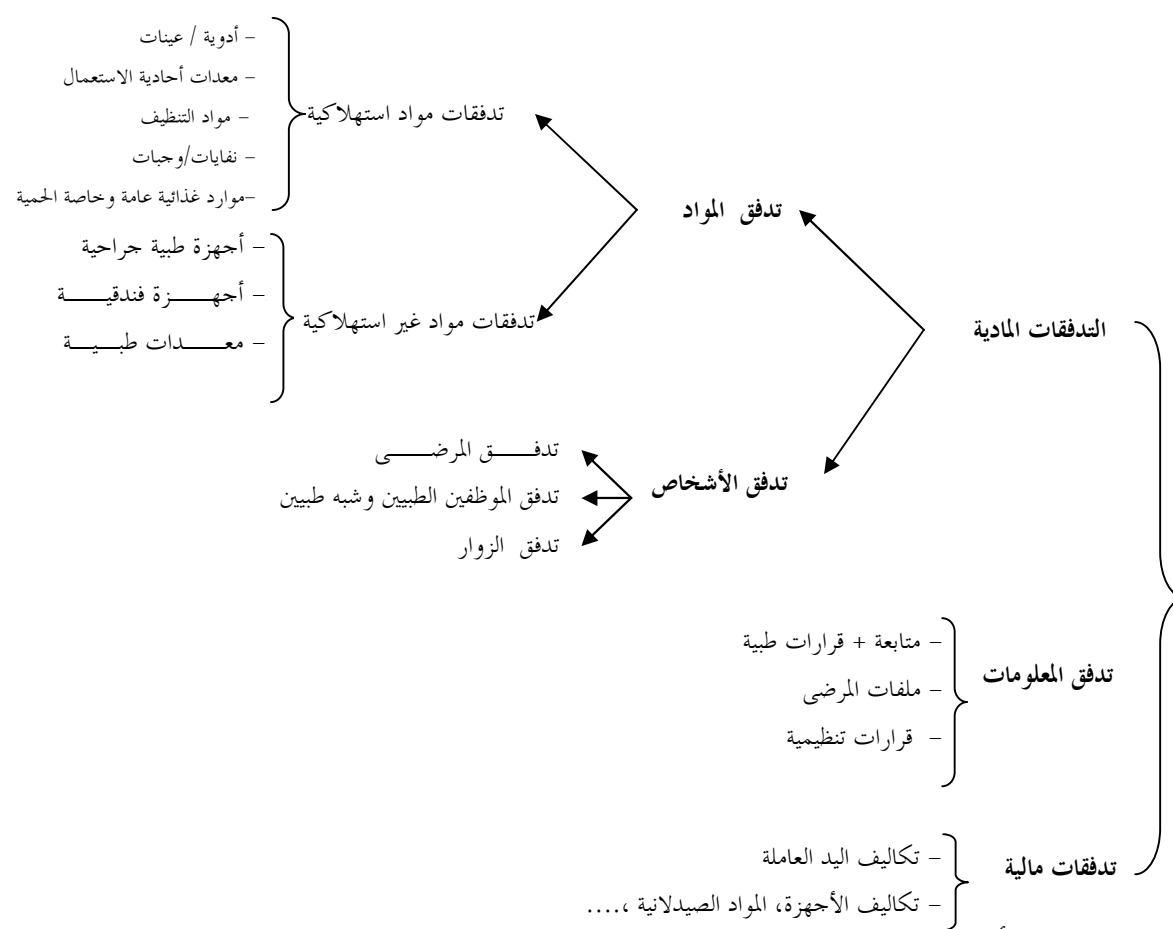
ويعتبر تدفق المرضى التدفق الرئيسي الذي تقوم عليه الخدمات الصحية في المستشفى، حيث ترتبط جميع التدفقات في أنظمة إنتاج الخدمات الصحية بمسار التكفل بالمرضى¹⁶⁹. وعلاوة على ذلك فإقامة

¹⁶⁶ Fateh Mebrek, Outils d'aide à la décision basés sur la simulation pour la logistique hospitalière :application a un nouvel hôpital, Op.cit, p 31.

¹⁶⁷ Martin Beaulieu et Sylvain Landry, Comment gérer la logistique hospitalière? Deux pays – Deux Réalités, CR 02-02, Ecole des Hautes Etudes Commerciales, Montréal, p 01.

¹⁶⁸ Dallery Yves, Les méthodes de la logistique industrielle au service de la santé:apport et limitations,op-cit,p 23.

المريض بالمستشفى ترتبط بالعديد من التدفقات المالية ، المعلوماتية و البشرية وكذا استهلاك بعض التدفقات المادية (كالمنتجات الصيدلانية ، أو الوجبات مثلا) .



وتعد العشرة أهم جانب من هذه التدفقات ورجع ذلك إلى عدم إتمام الشكل رقم: 16: مختلف التدفقات داخل المستشفى وفقا لـ Dallery .

يمكن تأكيد معرفة العلاج الذي يلي ، ولعل هذا ما يفسر لنا لماذا لا نعرف بشكل مؤكد مسار تدفق المرضى في النظام الاستشفائي. و يعتبر كل مريض كيانا فريدا من نوعه في النظام الاستشفائي، فإذا كان هناك مريضان يعانين من نفس المرض فهذا لا يعني بالضرورة أنهما سيتلقيان نفس العلاج ونفس الخدمات، وذلك لأن حالتهما الصحية لن تتطور بنفس الطريقة.

وتفيد الدراسات بأنه يمكن التحسين من التنبؤ بعمليات الرعاية الصحية من خلال تصنيف المرضى، ولذلك اقترح Freeman و Fetter (1986) تصنيف المرضى إلى مجموعات تسمى بـ DRG (Diagnostic Related Groupe) انطلاقا من التشخيص الرئيسي وكذلك وفقا للرعاية الصحية المحتمل تقديمها للمرضى، بحيث أن كل مجموعة من المرضى تستخدم نفس الموارد وتتلقى نفس مجموعة الخدمات

¹⁶⁹ Djebali.A , vers un outil d'aide a la planification et d'ordonnement des ressources dans les services de soins , Op.cit, p 37.

¹⁷⁰ Hammami Sondes, Aide à la décision dans le pilotage des lux matériels et patients d'un Plateau Medico-Technique, Op.cit, p 14.

الصحية في كل من التشخيص والعلاج .¹⁷¹ ويرى هذان المؤلفان أن هذا التصنيف قد رخص وأتاح إدخال مفهوم "المنتوج" وكذا "خط الإنتاج" في التفكير الإداري للمستشفى .

ويشير Kusters و Groot (1996) إلى أن تصنيف المرضى إلى مجموعات متجانسة يعتمد على المعلومات التي تتوفر بعد القبول، وبالتالي فإن هذا التصنيف لا يسمح بإجراء تنبؤ بعمليات العلاج الذي سيتبعه المريض قبل قبوله، لذلك اقترح هذين الأخيرين تصنيف المريض على أساس التشخيص الأولي، إجراء العمليات الجراحية، عمر المريض وكذا نوع الجنس.¹⁷² هذا، وتعد عملية التنبؤ بالعلاج الذي سيتبعه المريض جد مهمة لأنها تسمح بمعرفة وتحديد مختلف الموارد البشرية والمادية الضرورية أثناء التكفل به.

ولقد اهتمت Salma Chahed (2008) بكلا التدفقين أي تدفق المرضى وكذا تدفق المعدات والمواد والتي اعتبرها كتدفقات ثانوية في المجال الصحي .¹⁷³ أين ميزت ما بين مفهومين ذي صلة بإدارة سلسلة الإمداد كان أولهما إدارة سلسلة المرضى (Patient Chain Management) وتطبيق مفهوم إدارة سلسلة الإمداد على العملية الرئيسية في مجال الخدمات الصحية ، وثانيهما إدارة سلسلة السلع المرتبطة بإدارة تدفق المرضى على طول سلسلة الرعاية الصحية (Good Chain Management) . وتبرز الحاجة إلى إدارة تدفق المرضى في إدارة القبول/الخروج وكذا تخطيط ومراقبة الأنشطة المرتبطة بالتكفل بالمريض والعناية به.

وتجدر الإشارة انه خلافا للصناعة، يعتبر العميل في المؤسسة الخدمية كمورد (Ressource) بما انه يسهم في تقديم جزء من النشاط الخدمي ، فالمرضى في المستشفى يعمل ويؤثر بشكل مباشر وغير مباشر على تشغيل وعمل هذه المؤسسة لدرجة انه في بعض الحالات يصبح شريكا للمنتج (Co-producteur) أو مشاركا في تقديم الخدمة (Co-prestataire) وبذلك يعتبر المريض كتدفق خاص ومميز ، وكذا خالقا ومقيما للقيمة المنتجة.¹⁷⁴

II -2- تطور وأهمية أنشطة الإمداد في المستشفى :

II -2-1- أهمية أنشطة الإمداد في الوسط الاستشفائي :

حاولت العديد من الدراسات تبيان أهمية أنشطة الإمداد في المستشفى وتأثيرها على الإمداد الكلي لهذه المؤسسة، مستندين في ذلك على تحديد حجم التكاليف المرتبطة بهذه الأنشطة. كان من أهمها الدراسة الكندية التي قام بها كل من Chow و Heaver عام 1994 ، أين بينا ماهية أنشطة الإمداد في المستشفى ومنحهاها

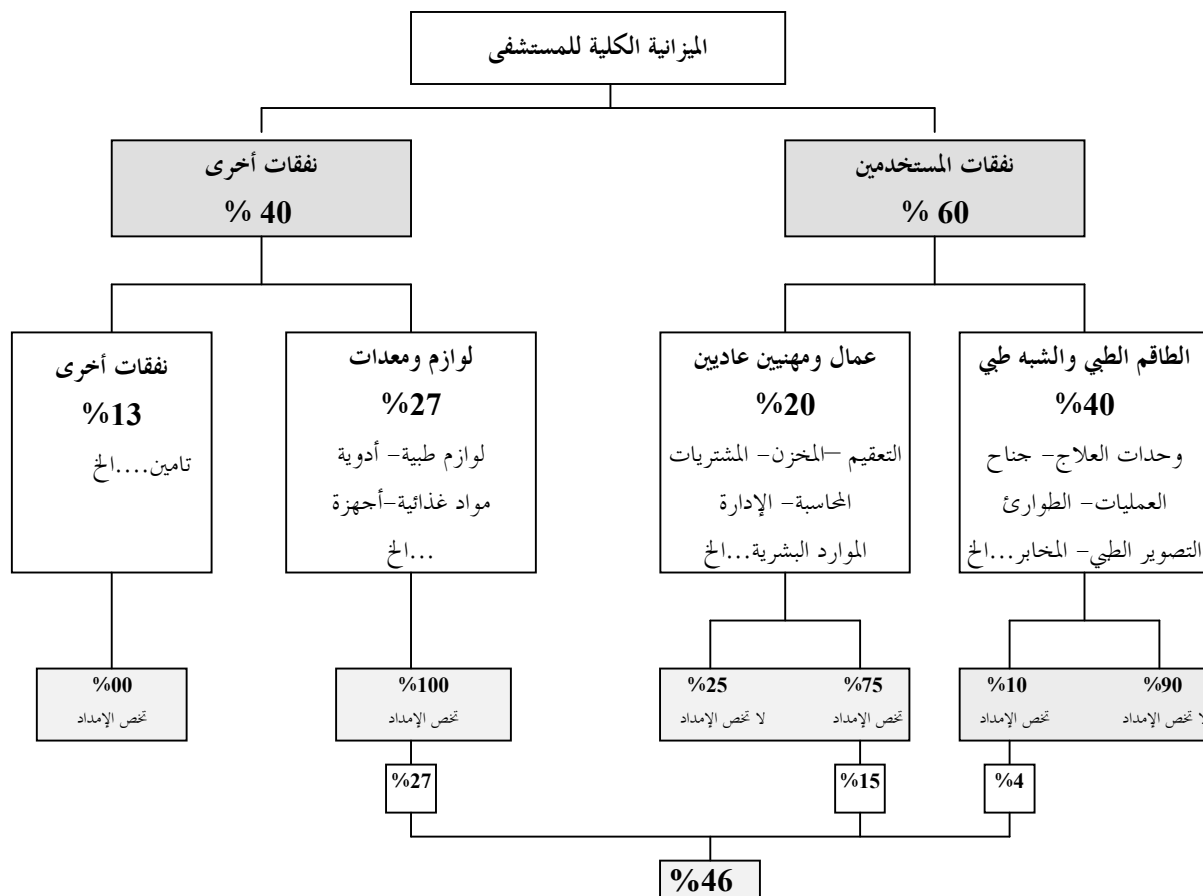
¹⁷¹ Freeman J.L and Fetter R.B, Diagnostic Related Groups : Product line management with in hospitals, Academy of Management Review vol 11, n°1,1986, p41.

¹⁷² Kusters R.J, Groot P.M.A, Modeling hospitals, design and implementation of decision support model , European Journal of operational research , 88, 1996, pp430-431.

¹⁷³ Salma Chahed Jebalia, Modelisation et analyse de l'organisation et du fonctionnement des structures d'hospitalisation a domicile, these de doctorat, l'Ecole Centrale des Arts et Manufactures, Paris, 2008, p43.

¹⁷⁴ Nathalie Sampierie-Tessier et Claude Fiore , Qu'elle démarche de pilotage logistique dans les activités de services ? le cas des flux de patient à l'hôpital , Op.cit , p 07.

نسبا مئوية (مشتريات ، استيداع ، إعادة تمويين الوحدات) ، فمن خلال هذا العمل تم تقدير تكاليف هذه الأنشطة وهي ما تعد نسبة هامة تجعل إدارة المستشفى تلتفت إلى هذا الجانب. وهو ما سيتم توضيحه في الشكل الموالي:



الشكل رقم 17: تكاليف الإمداد الصحي وفقا لدراسة Chow و Heaver .

المصدر: Chow .G and Heaver .T.D, Logistic in the Canadian health care industry,Op.cit,p45

ويدخل في النسبة التي جاء بها Chow و Heaver (46 %) تكاليف الشراء لمختلف المواد والمنتجات (أجهزة ، أدوية ، مستحضرات طبية ،) وتكاليف إدارة المواد داخل وحدات العلاج وكذا تكاليف التسيير المرتبطة بشراء هذه المواد .

والشيء الجدير بالتنويه هنا ، هو أنه إضافة إلى تكاليف شراء المعدات واللوازم هناك 75 % من أحوار العاملين العاديين والمهنيين مخصصة لأنشطة الإمداد ولكن الأمر الأكثر غرابة هو تخصيص 10 % من أحوار ورواتب موظفي التمريض لأداء الخدمات اللوجستية .

كما يبرز من خلال هذا الشكل عنصران هامين هما :

1/ تشكل تكاليف أنشطة الإمداد في المستشفى حصة كبيرة من ميزانية المستشفى ، الأمر الذي يجعل من تحسينها من أولويات إدارة المستشفى لما لها من تأثير واضح وهام على أدائها .

2/ تندمج أنشطة الإمداد ضمن مهام أقسام أخرى كوحدة الرعاية مثلا .

في حين حددت دراسة أمريكية أخرى ل Colleti عام 1994 بأن التكلفة الإجمالية لشراء وتوزيع مختلف المواد والمنتجات تمثل نسبة تتراوح ما بين 30 % و 40 % من التكاليف السنوية الإجمالية للمستشفى.¹⁷⁵ وعلى نفس المنوال أجريت دراسات أخرى على دول أوروبا الغربية أين قدر الباحثون وزنا اقل نوعا ما عن سابقه والمقدر ب 30% من ميزانية المستشفى بفرنسا وهولندا.

وتبعاً لدراسة نشرتها الجمعية الأمريكية للرعاية الصحية ضمت عينة تشمل أزيد من 2000 مستشفى، أظهر من خلالها Kowalski (1991) أن إدارة المخزون تشغل من 25 % إلى 45 % من ميزانية المستشفى ، وهو ما يدل على ثقل حجم هذا النشاط .¹⁷⁶

كما أشير في دراسة ل James (1997) إلى أن المستشفى تتحمل 41 % من تكاليف أنشطة التوزيع المادي ، وأنشطة النقل ، وأنشطة إدارة الطلبات وكذا أنشطة إدارة المخزون ، بينما يتحمل المصنعين والموزعين على التوالي نسباً تقدر ب 33% و 26 % من التكاليف المرتبطة بالأنشطة الأربعة .¹⁷⁷

ومن جهة أخرى، تكشف هذه الدراسة كذلك على أن المرضى في المستشفى يستخرون جزءاً كبيراً من وقت عملهم لهذه الأنشطة ، بحيث أن 3 مرضين من 4 صرحوا بان ليس لديهم الوقت الكافي لمزاولة عملهم الرئيسي بشكل يجعلهم لا ينفقون سوى 29% من وقتهم لمعالجة المرضى.

إذن ومن خلال هذه المعطيات يتضح لنا أنه إذا تم تنفيذ أنشطة الإمداد على مستوى من الكفاءة فإنه يمكن لهذه الأنشطة أن تكون مصدراً لوفورات كبيرة، الأمر الذي سينعكس إيجاباً على جودة الخدمة المقدمة للمريض، فبدل أن يمضي المريض وقت عمله في نقل واسترداد اللوازم الطبية، فإن فعالية أنظمة الإمداد ستعفيه من ذلك، وتتيح له قضاء المزيد من الوقت لخدمة المريض وبالتالي تركيز جهوده أكثر على تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية .

وفي جانب آخر ، أكدت دراسة حديثة ل Michael Darling (2010) أن تكاليف أنشطة الإمداد في المستشفى تمثل ثاني أكبر نفقة بعد نفقات الرواتب والأجور بنسبة تقارب 40 % من مجموع تكاليف الميزانية التشغيلية لهذه المؤسسة . وأضاف هذا الباحث بأنه يمكن لأقل تحسين في أداء الأنشطة اللوجستية في المستشفى أن يكون له تأثيراً هائلاً على أداء المستشفى، حيث يستطيع أن يساعد على تدنية تكاليف الإمداد

¹⁷⁵ Colletti John J, Health care reform and hospital supply chain, Hospital Material Management Quarterly, vol 15, n°03, feb 1994, p29.

¹⁷⁶ Jamie C.Kowalskie, Materials management crucial to overall efficiency, Healthcare Financial Management, Jan 1991, p40.

¹⁷⁷ James J. Moynihan, Improving the healthcare supply chain using EDI (Electronic Data Interchange), Healthcare Financial Management, March 1997, vol 51, n° 3, p78.

بنسبة تتراوح ما بين 10-12 %¹⁷⁸.

ولأن أقسام الجراحة والصيدلية والمختبرات تتطلب توفير المنتجات في المكان المناسب والوقت المناسب وبالكمية المناسبة، فإن هذه الأقسام ستعتمد بشكل كبير على أنشطة الإمداد التي تساهم في تسهيل العمليات والرفع من كفاءة وفعالية هذه الأخيرة .

إذن وعلى وضع هذه الحقائق تبرز أهمية أنشطة الإمداد في المستشفى سواء على التوازن المالي من جهة أو على جودة خدمات الرعاية الصحية من جهة أخرى .

ولكن ورغم كل هذه الايجابيات في الرفع من أداء المستشفى من خلال وجود المنتجات المناسبة في الوقت الملائم لتقديم الخدمات الطبية، إلا أن العديد من الدراسات أظهرت بأن متخذي القرار لم يعيروه الاهتمام الذي يستحقه، مستنديين في ذلك على :

- أن أنشطة الإمداد لا تزال تنقسم وتوزع على مصالح متعددة (كالصيدلية، قسم المشتريات، المطبخ....)¹⁷⁹.

- أن قسم المشتريات والذي من المفروض أن يكون الواجهة الأولى لاتخاذ القرارات المتعلقة بأنشطة الإمداد غالبا ما يبقى بعيدا عن القرارات الرئيسية للمؤسسة باعتبارهم إياه كقسم داعم فقط للأقسام الأخرى.

- وأخيرا فإن هذه الأقسام غالبا ما تسعى إلى الامتثال للإجراءات التنظيمية بدلا من أن تنظر في سبل تحسين عملياتها.¹⁸⁰

II-2-2- تطور الإمداد في المستشفى :

قبل سنوات الخمسين لم تكن معظم المستشفيات تمتلك مصلحة خاصة بالإمداد ، إذ كان كل قسم من أقسامها يدير بنفسه مشترياته ومخزونه الخاص به ، وبقي هذا النهج ساري المفعول ما دامت مستويات المنتجات واللوازم منخفضة. ولكن التقدم التكنولوجي الذي أعقب الحرب العالمية II كان سببا وراء زيادة المنتجات وتنوعها .¹⁸¹ إذ عقد هذا التطور من مهام موظفي وحدات الرعاية الصحية وجعلهم يسخرون وقتنا أكبر في التسيير اليومي او الإدارة اليومية للمشتريات والمخزون. وللقضاء على هذا التكرار وهذه التكلفة الزائدة لليد العاملة، عمدت المستشفى إلى تبني نهج التوريد المركزي.¹⁸² اين اهتم هذا القسم بالمشتريات، إدارة المخازن والمستودعات وكذا مراقبة المخزون .

¹⁷⁸ Micheal Darling and Sandy WISE, Not your father's supply chain , Materials Management in Healthcare , April 2010, p 30.

¹⁷⁹ Sylvain Landry et Martin Beaulieu , Evolution de la fonction d'approvisionnement dans le secteur de la santé :synthèse de littérature , CR 99-02 , Ecole des Hautes Etudes Commerciales , Montréal QUEBEC, Mai 1999, p 10.

¹⁸⁰ Martin Beaulieu et Sylvain Landry, La logistique hospitalière : un remède aux maux du secteur de la santé ?, CR 01-01 , Ecole des Hautes Etudes Commerciales, Montréal QUEBEC, Janvier 2001 , p 09.

¹⁸¹ Martin Beaulieu, et Sylvain Landry, Evolution de la fonction approvisionnement dans le secteur de la santé, synthèse de la littérature, Op.cit, p 06.

¹⁸² Burnette Sam.W, Efficient matériel handling and Distribution : A design perspective, Hospital Matériel Management Quarterly, Vol 16, N° 2, 1994 , p 25 .

سميت هذه المرحلة بالإمداد البدائي، فوفقاً لـ Nathalie sampierie فإن الإمداد البدائي بدوره ينقسم إلى فئتين الإمداد الإداري *La logistique d'intendance* وإمداد توزيع السلع الطبية¹⁸³. فأما عن الإمداد الإداري فهو يضم كل من وظائف الإطعام والتنظيف، والغسيل،... وهي وظائف لا تعبر بالضرورة عن احتياجات وتطلعات الموظفين والمرضى، أما إمداد التوزيع فهو يتعلق بالأدوية والأجهزة الطبية الأخرى.

في هذه المرحلة كانت المستشفى تدير أنشطتها على أساس مبدأ إدارة التدفقات المدفوعة أين كان طلب المنتجات لا يتم على أساس الاستهلاك الفعلي وإنما كان على أساس تاريخي (كقوائم أو طلبات التوريد بتاريخ محددة).

وخلال الستينيات، جذبت الزيادة الملموسة في عمليات شراء السلع والخدمات انتباه متخذي القرار، والذين أرادوا إعطاء مزيد من المسؤوليات لوظيفة التوريد. وتجسدت هذه الزيادة في المسؤوليات بطريقتين:¹⁸⁴ أولاً: شرعت المؤسسة الإستشفائية في خلق تكامل لسلسلة إمدادها الداخلية مما نتج عن ذلك إنشاء مصلحة خاصة بإدارة المواد. كان لهذا التنظيم الجديد للعمل الأثر الكبير في رفع مستوى كفاءة وإنتاجية أنشطة المستشفى من خلال القضاء على التبذير وتعدد إدارة تدفقات المواد.¹⁸⁵ أما الطريقة الثانية، سعت المستشفى من خلالها إلى الاستحواذ على القيمة المضافة التي يستطيع الموردون توفيرها، كإنتهاج المستشفى نظام إدارة المخزون في نقاط الاستعمال أو ما يعرف بـ *Stockless*¹⁸⁶. سميت هذه المرحلة بمرحلة الإمداد التكاملي، أين كانت الأنشطة اللوجستية تستند على إدارة التدفقات المسحوبة وكانت عمليات ضبط مستويات المخزون تقوم على أساس الاستهلاك الفعلي.

إذن لم يبقى الإمداد مجرد وظيفة توزيع أو إدارة للأقسام الفندقية بل انه توسع تدريجياً ليشمل بقية المنظمة، وذلك بتنسيق التدفقات ما بين المشتريات (قسم الخدمات الاقتصادية والصيدلية) خدمات الرعاية والتشخيص (المخابر ، التصوير) وكذا التوزيع (المخازن المركزية) .

وفي السنوات الأخيرة أصبح مصطلح الإمداد في المستشفى أكثر وضوحاً، فهو يعطي نظرة متكاملة لتدفق المعلومات وتدفق المواد وكذا تدفق المرضى داخل المرفق الصحي.¹⁸⁷ فالإمداد داخل المستشفى يسعى إلى

¹⁸³ Nathalie Sampierie et Isabelle Bongiovanni, Enjeux et perspective des pratiques logistiques : Pour une amélioration globale de la performance : le cas de l'hôpital public français, Les troisièmes Rencontres Internationales de la Recherche en Logistique (RIRL 2000), Trois-Rivières, 09-10 et 11 mai 2000, p 05.

¹⁸⁴ Fouad Jawab, l'enjeu logistique dans les établissements hospitaliers, séminaire SIM 07, FMP du Fès , 02-06-2007 , p 02 .

¹⁸⁵ Thors Feldt.H, Why today's central service is an integral part of material management, Hospital Material Management Quarterly, Vol 09, n°03, 1988, pp67-68.

¹⁸⁶ Hugo Rivard Royer et Martin Beaulieu, L'évolution des affaires électroniques et la performance de la chaîne d'approvisionnement en santé : changement de paradigme, CR 02-01, EHEC, Montréal QUEBEC, 2001, p 04.

¹⁸⁷ Martin Beaulieu et Sylvain Landry, Comment gérer la logistique hospitalière ? deux pays -deux réalités, CR 02-02, EHEC, Montréal QUEBEC, 2002, page 08.

تجنب إدارة أي تدفق من التدفقات المتواجدة بهذه المؤسسة بشكل مستقل ودون الأخذ بعين الاعتبار لتأثيرها على حلقات التوزيع الأخرى .

II - 3 - هيكل سلسلة الإمداد الصحي :

يستعمل مصطلح الإمداد لوصف عدد من الأنشطة داخل أو بين المشاركين في سلسلة الرعاية الصحية، وفي هذا الصدد اختلف المؤلفون في هيكل هذه الأنشطة داخل المستشفى.

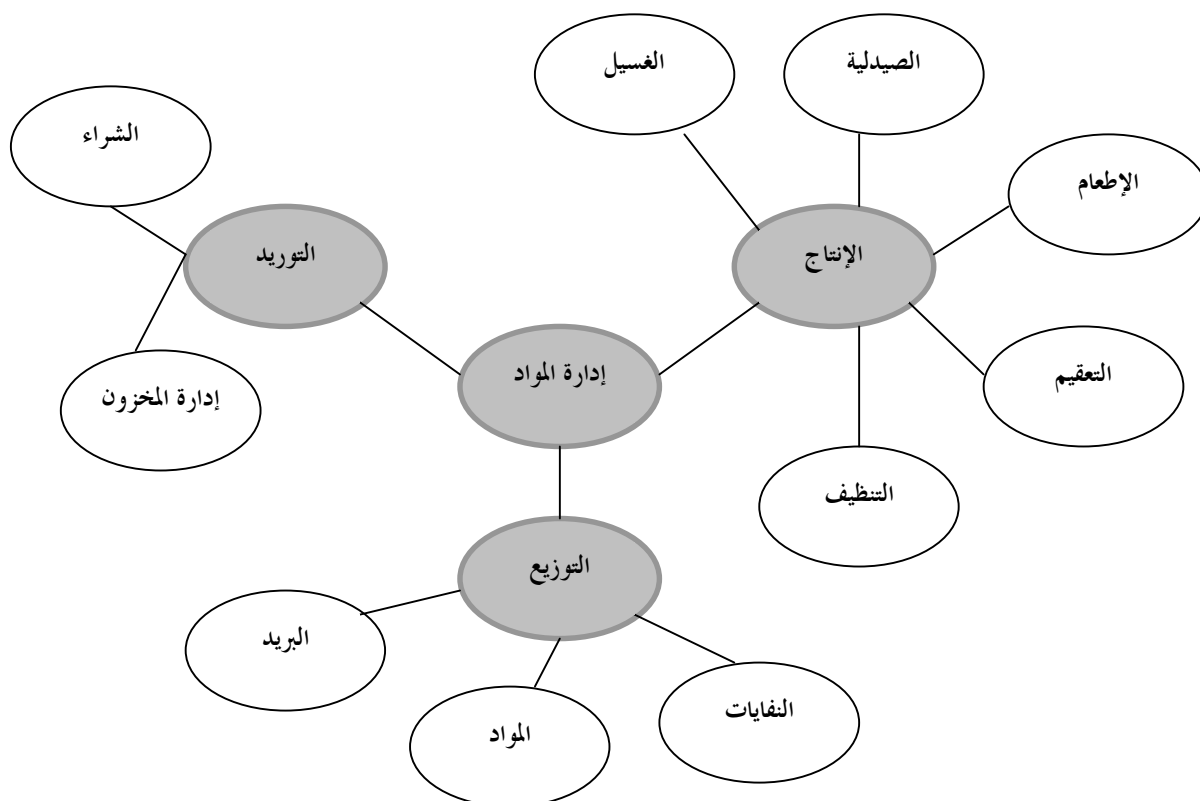
إذ أدرج Swinhart (1995) في دراسة له لإدارة المستشفيات إن المستشفى تضم خمسة أنشطة رئيسية يتم من خلالها تسيير وإدارة مختلف أنواع المدخلات والمخرجات، فإلى جانب المرضى نجد كذلك المدخلات الأولية والتي تتمثل في موارد المستشفى من لوازم، أجهزة وكذا يد عاملة، والمخرجات الوسيطة كنتائج التحاليل، نتائج الأشعة وكذا الوجبات، وأخيرا نجد المخرجات النهائية والمتمثلة في التشخيصات، العمليات الجراحية والمتابعات الطبية، هادفة بذلك إلى توفير العديد من المنتجات والخدمات الملبية لاحتياجات ومتطلبات المرضى وبذلك فإن هذه الأنشطة تشمل:¹⁸⁸

- 1- أنشطة الإمداد الداخلي وهي تشمل كل من الشراء، التخزين، الاستلام وكذا التوزيع لمختلف اللوازم المستعملة في دعم تقديم الخدمات والمرتبطة بالمخرجات الوسيطة أو النهائية.
 - 2- إدارة الطلب والتي تتطلب التنبؤ، التخطيط وكذا التنسيق لاستعمال مختلف الموارد الضرورية لتلبية الاحتياجات.
 - 3- العمليات والخدمات التي تضم مجموع الأنشطة التي تضمن حركة وتنقل المريض داخل المستشفى منذ دخوله إلى المستشفى إلى حين خروجه منها.
 - 4- الإمداد الخارجي وهو يرتبط بأنشطة المتابعة الطبية للمريض.
 - 5- وأخيرا نجد الخدمات المقدمة للمرضى والتي تعتبر كخدمات ثانوية وغير ضرورية تمنحها المستشفى كالبرامج الترفيهية والدينية....
- في حين أن Chow و Heaver (1994) فقد جمعا أنشطة الإمداد ضمن ثلاثة أنشطة كبرى وتمثل في :

- 1- التوريد : وهو يشمل كل من الشراء ، الاستلام ، إدارة المخزون لمختلف اللوازم والمواد .
- 2- الإنتاج : والذي يضم جميع أنشطة التحويل كالغسيل ، التعقيم ، الإطعام، الخ .
- 3- إعادة التموين : وهي تسهر على توزيع ونقل مختلف المواد والمنتجات من أماكن تخزينها إلى نقاط استعمالها إضافة إلى نقل النفايات إلى الأماكن المخصصة لها .

¹⁸⁸ Kerry Swinehart , Thomas W. Zimmerer and Sharon Oswald , Adapting a strategic management model to hospital operating strategies, Journal of Management Medicine, vol 09, n°02, 1995, pp43-44.

وهو ما لخصه في الشكل الموالي :



الشكل رقم:18: أنشطة الإمداد في المستشفى

المصدر: Chow .G and Heaver .T.D, Logistic in the Canadian health care: industry, Op.cit, p47

ولكن الملاحظ هنا أن كلا من Chow و Heaver قد اغفلا جانبا مهما، ألا وهو تدفق المرضى فقد ركزا من خلال دراستيهما على الجانب المادي الخاص بالمواد والمستلزمات الطبية فقط، في حين ان الدراسات تشير إلى تميز الإمداد في المؤسسات الخدمائية وخصوصا في المستشفى بالحضور القوي والمميز لتدفق خاص والمتمثل في تدفق المرضى.

ولذلك أضاف Landry (2001) بان هيكل الإمداد يتوسط ويمس مختلف أقسام المستشفى بحيث يتألف

من:189

- وظيفة شراء وتوريد المنتجات والمعدات والمواد الاستهلاكية
- وظيفة الاستقبال ، إدارة ونقل المرضى .

¹⁸⁹ Sylvain Landry et Martin Beaulieu , Logistique hospitalière :un remède aux maux du secteur de la santé ?, CR 01-01 ? EHEC, Montréal, Janvier 2001, p10.

- الوظائف الفندقية من إتمام وغسيل ونظافة... .
- الوظائف التقنو-طبية (Medico-techniques) كالصيدلية ، التعقيم ، مخابر التحاليل ، التصوير الطبي.

ولان المستشفى مثلها مثل أي منظمة إنسانية عصرية تسعى إلى ترشيد إدارتها من خلال التركيز على عملياتها الرئيسية مع إخراج بعض الوظائف المساعدة (الداعمة) فالنظام الاستشفائي أصبح نظاما مفتوحا على محيطه الخارجي بشكل يجعله يبني علاقات مع الكيانات الخارجية كالموردين والموزعين مثلا ويتفاعل معهم، مما يدفعه إلى الاندماج معهم ضمن سلسلة الإمداد .

وبذلك تصبح مقارنتها بسلسلة الإمداد الصناعية واضحة فالمستشفى الحالية ونظرا لزيادة تعقيدها تقترب على نحو كبير من سلسلة إمداد كبيرة تهدف بالدرجة الأولى إلى تلبية طلبات المرضى المتنوعة.¹⁹⁰

ولذلك اقترح Feniés و Gourgand (2004) قياسا على سلسلة الإمداد الصناعية، تعريفا للمستشفى بكونها تشكل سلسلة إمداد، وبالتالي على أنها مجموعة مفتوحة تعبر من خلالها التدفقات البشرية، المادية، المعلوماتية وكذا المالية، والمتكونة من وحدات مستقلة عن بعضها البعض (موردين، أقسام إستشفائية كالطوارئ، غرف العمليات، الصيدلية ...، مقدمي الخدمات اللوجستية، مقدمي الخدمات الطبية) والتي تستخدم موارد محدودة (الوقت، المواد، رأس مال بشري ..) مع تنسيق أعمالهم من خلال عملية إمداد متكاملة بغية تحسين أدائها الجماعي (رضا المريض، التحسين الكلي لتشغيل النظام الاستشفائي) ولكنها في نفس الوقت تسعى إلى تحسين الأداء الفردي (تعظيم ربح كل وحدة في هذه السلسلة).¹⁹¹

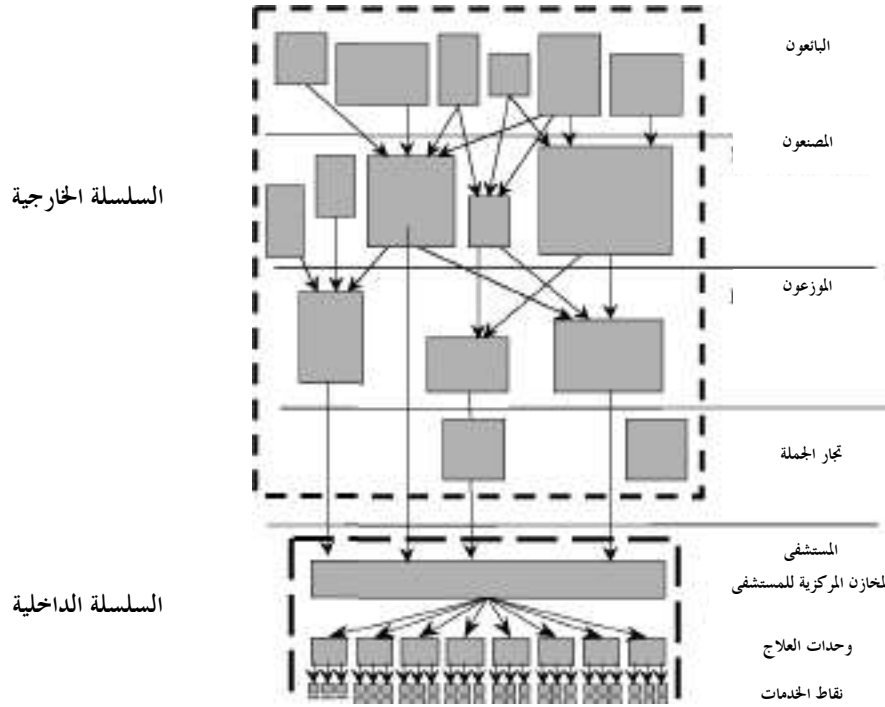
وفي نفس السياق، ووفقا للعديد من المؤلفين فان المستشفى تعتبر كآخر حلقة من سلسلة إمداد تتكون من مصنعين وموزعين لمختلف المنتجات (لوازم طبية، مواد صيدلانية، مواد غذائية، مواد تنظيف، مواد غسيل....)، والتي بدورها تتشكل من سلسلتين داخلية وأخرى خارجية .

فأما عن سلسلة الإمداد الداخلية فهي تتموقع ضمن حدود المستشفى التي تعتبر في نفس الوقت كحلقة من سلسلة إمداد أوسع تضم أهم المتعاملين في المجال الصحي من موردين، موزعين، مصنعين وكذا أطراف ثالثة مقدمة للخدمات اللوجستية كالناقلين مثلا أو مقدمة للخدمات الطبية.¹⁹²

¹⁹⁰ Michelle chabrol et autres, Un environnement de modélisation pour le système d'information de la supply chain ; application au nouvel hôpital d'Estaing, Ingénierie des systèmes d'information, vol 11, n°01,2006, p138.

¹⁹¹Michel Gourgand, La modélisation, la simulation et l'optimisation des flux dans les systèmes hospitaliers, Le Bulletin, n°21, Automne-Hiver 2008.Document disponible sur le site: www.roadef.org, consulté le 10-03-2011

¹⁹²Rivard Royer Hugo, Landry .S, Beaulieu .M, Hybrid stockless : a case study, lessons from healthcare supply chain integration, International Journal of operations and production management, vol 22, n°04, 2002, pp412-424.



الشكل رقم: 19 : سلسلة الإمداد الصحي

المصدر: Hugo Rivard-Royer and al, The Clinical Chain: The Evolution of Electronic Commerce in the Healthcare Sector, Working paper n° 02-09, HEC, Montréal, December 2002,p 03.

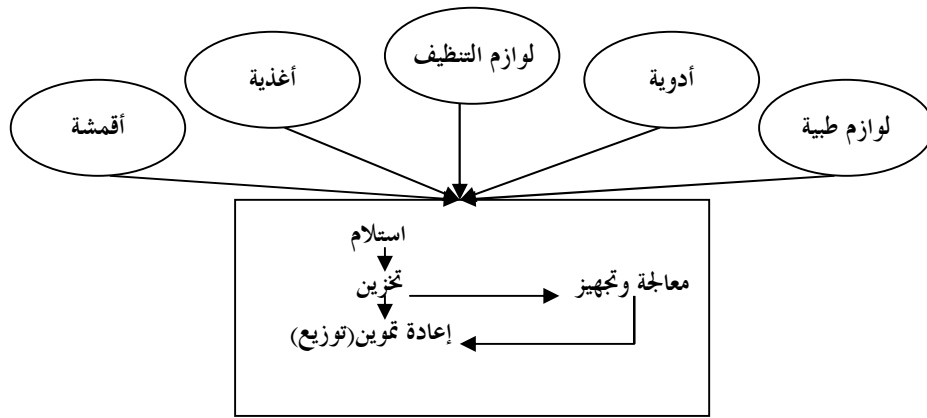
ولعل أول ميزة لسلسلة الإمداد الصحي هي تنوع وتعدد قنوات التوزيع، فكما هو موضح في الشكل أعلاه يمكن لمصنع المنتجات المختلفة أن يتفاعل بشكل مباشر مع المؤسسة الصحية من اجل أن يكون على علم باحتياجاتها الخاصة.

كما يمكن للموزع أن يلعب أدوارا مختلفة في سلسلة الإمداد: كأن يكون دوره تقليديا عندما يوحد الاحتياجات ويضمن تسليم مجموعة واسعة من المنتجات إلى كل مرفق صحي، أو أن يلعب دور مقدم خدمة أين توكل المستشفى إلى موزع ما أنشطة مختلفة كإعادة التموين والتسليم في نقاط الخدمة. ومن المنظور التسويقي يمكن للموزع أن يحصل على حقوق حصرية لخط منتجات شركة تصنيع معينة .

ضاف إلى ذلك، انه خلافا لغيرها من الصناعات كتلك الموجودة في القطاع الغذائي أو البيع بالتجزئة، أين يتم الاعتماد على احدث التكنولوجيات للحد من ادوار نقاط البيع في سلسلة الإمداد، فنقاط الخدمة لا تزال تلعب دورا محوريا في سلسلة الإمداد الصحي.

فالمؤسسات الصحية تمثل نقطة التقاء لمجموعة واسعة من المنتجات التي يجب أن تدار بكفاءة على مستوى كل النظام الاستشفائي، نظرا لما لها من تأثير مباشر على جودة خدمات الرعاية الصحية .

فقبل إرسال أي لوازم أو إمدادات إلى وجهتها الأخيرة لمحترفي ومهنيي الرعاية الصحية أو إلى المريض، يجب أن تمر بمسار يضم عمليات الاستلام، التخزين وإعادة توزيعها على مواقع التخزين المتعددة. وبالإضافة إلى ذلك، هناك بعض المنتجات التي يجب أن تحضر لاستعمالها من طرف مقدمي الخدمات من تنظيف وتعقيم. وبهذا يتجلى لنا مدى تعقيد هذه العملية التي تتطلب لتكامل سلسلة الإمداد في القطاع الصحي تزامنا لكل من سلاسل الإمداد الداخلية والخارجية لكل مؤسسة على حدى. إذن ومن خلال تعدد قنوات التوزيع، وتنوع المنتجات المتداولة في هذه القنوات وكذا وجود العديد من الوسطاء، كلها عناصر جعلت سلسلة الإمداد الصحي أكثر تعقيدا من نظيرتها في المجال الصناعي. ويتجلى هذا التعقيد في الشكل الموالي:



الشكل رقم: 20: المؤسسة الصحية كنقطة التقاء للعديد من المنتجات المختلفة.

المصدر: Hugo Rivard-Royer and al, The Clinical Chain: The Evolution of Electronic Commerce in the Healthcare Sector, Op.cit ,p 04.

ويجدر الذكر هنا، أن أنشطة الإمداد تدار غالبا من قبل الصيدلية في كل ما يتعلق بالمواد الصيدلانية من أدوية، ضمادات، لوازم طبية معقمة وغير معقمة، وكذا قسم الخدمات الاقتصادية الذي يدير مجموع الأنشطة الداعمة لتقديم الخدمات الصحية، كالمطبخ، التنظيف، المصالح التقنية، الغسيل، إدارة النفايات وكذا أنشطة الشراء والتوزيع لمختلف المواد داخل المؤسسة. ونوه هنا انه ليس هناك تسمية موحدة للقسم الذي يقوم على إدارة جزء أو كل أنشطة الإمداد داخل المستشفى فمثلا في الولايات المتحدة الأمريكية يسمى هذا القسم بإدارة المواد (Management Matériel) أما في كندا فيلقب بمصلحة التموين (Services des approvisionnements)، في حين انه في فرنسا فيلقب هذا القسم بقسم الخدمات الاقتصادية وهو نفس ما لمسناه كذلك محليا في السابق أين أصبحت تدعى بمديرية الوسائل المادية.

إذن وتبعاً لما سبق نستطيع ان نوضح هيكل سلسلة الإمداد عبر ثلاثة مستويات ، مع التنويه هنا ان هذا التقسيم يعتمد خصوصاً على التدفقات المادية والمتكون من :

المستوى الأعلى Niveau Amont : [المورد / المخازن المركزية] ويتمثل دوره في توريد مختلف المواد ، الأجهزة ،آلات طبية إلى الصيدلية أو مخزن المستشفى .

المستوى التحتي الأول Le premier Niveau Aval : [المخازن المركزية / مختلف الأقسام] في هذا المستوى يتم توزيع مختلف المنتجات والمواد من أماكن تخزينها إلى مختلف مصالح المستشفى .

المستوى التحتي الثاني Le second Niveau Aval : [من مختلف الأقسام / غرف المرضى] ويربط بين مختلف المصالح وغرف المرضى التي تعد كنقاط استهلاك أين يتم ضمان توفير مختلف المنتجات للمرضى . وفيما يلي نعرض كل مستوى على حدى :

II-3-1- المستوى الأعلى:

مهما كانت طبيعة المؤسسة الصحية سواءا كانت مستشفى أو مستوصفات ، مراكز العلاج ... فإنها لابد أن تمتلك صيدلية ومخازن للاستعمال الداخلي، يتم تموينها من قبل المخابر الصيدلانية، الموردين، تجار الجملة.... هذا، ويعد الإمداد مصدراً هاماً للوفورات الاقتصادية، والأكثر من ذلك أن المؤسسة كلما خفضت من تكاليفها وزادت من رضا وتلبية متطلبات عملائها كلما أصبحت أكثر كفاءة وفعالية. ومن خلال وجهة النظر هذه، فإن نجاح أنشطة الإمداد العلوي يعتمد أكثر على جودة تنسيق التدفقات المادية (مشتريات ، تخزين...) وكذا المعلومات بين كل حلقتين. إذن تندخل الأنشطة اللوجستية في أعلى السلسلة لتسلم البضائع وفي أداها لتزود العملاء بمتطلباتهم. وبذلك تبرز جلياً عدة أنشطة كالشراء، التخزين، المناولة، النقل والاستلام والتي تزداد أهميتها بزيادة فعاليتها مما جعلها مسرحاً لعدة دراسات.

فقد درس بعض الباحثين هيكل سلسلة الإمداد عند هذا المستوى، حيث اقترح Nolle و Tchokogue (1998) نموذجاً تحليلياً لوظيفة الشراء في المؤسسات ومن بينها القطاع الصحي، مبيّن من خلالها أن المؤسسة تستطيع أن تتبنى نظاماً مركزياً أو لا مركزي أو مزيجاً من المركزية واللامركزية. كان تتبنى المركزية من خلال أنشطة المراقبة، في حين يمكن أن تكون عمليات الشراء لامركزية على مستوى المصالح والأقسام المستفيدة.¹⁹³

كما بين Deverney (1997) أن النقل يشكل المحرك الحقيقي للإمداد فبدون تنظيم فعال ومرن للنقل تصبح أنشطة الإمداد مكلفة أكثر مما قد يدفعها إلى اللجوء إلى طرف ثالث كالناقلين مثلاً.¹⁹⁴

¹⁹³ Tchokogue .A. Nolle .J, Le pendule de la centralisation –décentralisation : une analyse de la dynamique des structures en gestion des achats, Cahier de Recherche n°98-01, Groupe de recherche CHAINE, Montréal, 1998, p08 .

¹⁹⁴ Deverney Pascal , Le transport :moteur de la chaîne logistique , Logistique et Management , vol5, n°1, 1997, pp75-79.

II-3-2- المستوى التحتي:

رأينا سابقا انه في المؤسسات الصحية، وإضافة إلى تدفق المرضى أنفسهم تواكب مسار المريض عدة تدفقات تختلف باختلاف احتياجات هذا الأخير، كان نجد مثلا العينات الموجهة للتحاليل الطبية، الأدوية، اللوازم الطبية، التعقيم، الوجبات، الغسيل، المواد الاستهلاكية، سجلات المرضى، النفايات وكذا البريد، حيث أن كل تدفق له قيود وإجراءات محددة وخاصة، بحيث تتوزع هذه التدفقات عبر الأنظمة الفرعية للمستشفى يمكن تلخيصها في الجدول الموالي:

النظام الفرعي	العمليات المهنية المنوطة بكل قسم فرعي	الأعمال اللوجستية
مسار المريض	فحوصات- تدخلات جراحية-علاج	نقل المرضى
الصيدلية	اقتناء المواد الصيدلانية وتخزينها	توزيع الأدوية الضمادات واللوازم الطبية المعقمة
الغسيل	نظافة الغرف، الملابس، الأقمشة...	تجميع وتنظيف الغسيل
الإطعام	تحضير الوجبات الغذائية وتقديمها	اقتناء المكونات وطهيها وتوزيعها
الدعم الإداري	أنشطة إدارية	اقتناء اللوازم
الدعم التقني	صيانة الأجهزة وتعقيم المعدات	إقتناء قطع الغيار

الجدول رقم 01: الأنظمة الفرعية في المستشفى وأنشطة الإمداد المتعلقة بها

إذن ومن خلال هذا المستوى من السلسلة يتم إعادة توزيع مختلف المنتجات واللوازم من المخازن المركزية إلى مختلف الأقسام الطبية أو الأقسام المساعدة الأخرى. ولهذا الغرض تستعمل المستشفى مختلف الوسائل الآلية واليدوية لنقلها من أماكن التخزين إلى نقاط الاستعمال، وتختلف هذه الآليات من مستشفى إلى آخرى تبعا لحداثة التكنولوجيات المستعملة. حيث تتواجد بهذه الأقسام أماكن مخصصة لتخزين المنتجات واللوازم المستعملة في تقديم الخدمات المنوطة بهذه الأقسام والتي بدورها تعيد توزيعها على المرضى وفقا لاحتياجاتهم الصحية وهو ما يعد كآخر نقطة استهلاك في سلسلة الإمداد الصحي.

II-3-3- المستوى الكلي: تكامل سلسلة الإمداد من موردي الموردين إلى غاية عملاء العملاء

أكد Beaulieu (2000) أن المؤسسة الصحية ليست مجرد حلقة في سلسلة الإمداد الصحي ولكنها تمثل قطبا هاما في عملية التكامل.¹⁹⁵

ففي الواقع تضم المستشفى سلسلة إمداد داخلية وفي نفس الوقت هي تندمج مع سلسلة إمداد خارجية، بحيث تهدف إدارة سلسلة الإمداد ككل إلى تعزيز تكامل العمليات من اجل الحد من الأنشطة التي لا تقدم

¹⁹⁵ Martin Beaulieu et al, Étude internationale des meilleures pratiques de logistique, Op.cit, p 01.

قيمة مضافة ولا سيما عن طريق تقليل عدم اليقين بين حلقات السلسلة، ومن هذا المنطلق أصبح الإمداد يرتبط بتعظيم القيمة المضافة وإرضاء أكثر للمستهلك .

ويضيف Jobin (1999) بان قدرة المؤسسة على تنسيق تعاملاتها مع المورد والعميل وكذا شركائها عن طريق تنظيمها الداخلي يزيد إلى حد كبير من فعالية سلسلة الإمداد والتي يزيد نطاق تكاملها من خلال دمج الموردين من جميع الرتب وكذا عملاء العملاء. لتكون بذلك وظيفة الإمداد من أهم نقاط خلق القيمة لكونه يهتم دائما بعلاقات المؤسسة مع جميع شركائها الفاعلين في سلسلة الإمداد.¹⁹⁶

ووفقا ل Lummus (1999) يمكن لهذا التكامل أن يكون معقدا وان يتطلب من مختلف حلقات السلسلة مناهج إدارة وتكنولوجيات مختلفة كتلك المعمول بها حاليا في المستشفيات العصرية، بغية التحسين من أدائها وتحقيق التوازن بين التفوق الطبي والاستمرارية في تقديم الخدمات بجودة تلي طلب المريض.¹⁹⁷ وبذلك أصبح تكامل سلسلة الإمداد يشكل بعدا استراتيجيا يسمح بإعادة توجيه أنشطة المؤسسة نحو الموردين الأكثر كفاءة.

وكتنتاج سلبية لغياب سلسلة إمداد متكاملة، ذكر Maisonnas (2000) خصائص الإمداد المنفصل:¹⁹⁸

✓ تكاليف باهضة لأنشطة الإمداد.

✓ تدني مستوى الخدمة الناتجة عن حالات النفاذ المتكررة في المخزون.

✓ ارتفاع مستويات المخزون.

وبذلك يتبين أن التعاون ما بين الشركاء في سلسلة الإمداد يضمن جودة العلاج والرعاية للمريض. فبالنسبة للصناعي نجد أن تخفيض التكاليف تضمن له ربحية أكثر لمؤسسته، في حين تضمن للإستشفائي توفير خدمات الرعاية الصحية بجودة أفضل وبتكاليف اقل.

إذن ومن خلال ما سبق يتسع نطاق الخدمات اللوجستية إلى جميع الجهات الفاعلة في سلسلة الإمداد (من موردين، مقدمي الخدمات اللوجستية وكذا الطبية ..) أين تسهم الإدارة المتكاملة ليس فقط في الحد من زيادة التكاليف بل في التحسين من نوعية الخدمات اللوجستية وكذا الزيادة الكبيرة في جودة الرعاية الصحية من خلال تركيز مقدمي الرعاية على مهامهم الأساسية.

III- من بين إسهامات الإمداد في الوسط الإستشفائي :

في كثير من الأحيان ينظر إلى موضوع الإمداد الصحي بطريقة بسيطة، ولكن الواقع هو أكثر تعقيدا كما هو مبين في الشكل رقم 19، والذي يوضح وجود سلسلتين للإمداد لنقل منتجات و مواد مختلفة من الموردين إلى

¹⁹⁶ Marie-Hélène Jobin, Terri Friel, La logistique revisitée ou l'intégration dynamique de plusieurs chaînes de valeur, Cahier de recherche no 99-05, Décembre 1999, p 13.

¹⁹⁷ Rhonda R. Lummus and Robert J. Vokurka , Defining supply chain management : a historical perspective and practical guidelines, Industrial management and data systems, vol 99, n°1, 1999, p 12 .

¹⁹⁸ Maisonnas Stephane et Gilles Corriveau ,Réflexions sur le concept de gestion par catégorie dans la chaine de distribution , Les troisièmes Rencontres Internationales de la Recherche en Logistique (RIRL 2000), Trois-Rivières, 9-10 et 11 Mai 2000 ,p04.

نقاط الاستعمال ، إذ نجد سلسلة خارجية وأخرى داخلية .
 فإذا أخذنا اللوازم كمثال نجد أولا سلسلة إمداد خارجية تربط بين المورد ومخازن المؤسسات الصحية من خلالها تتدفق المعلومات (رقم المنتج، الكمية، السعر). إضافة إلى تدفق المواد وكذا التدفقات المالية.
 كما نجد في الداخل سلسلة إمداد توزع وتزود الوحدات العلاجية بالمنتجات انطلاقا من مخازن المستشفى وعادة ما يكون هناك احتياطي رئيسي في وحدات العلاج أين يتم تخزين اللوازم الطبية ونادرا ما يشكل هذا الاحتياطي آخر نقطة للتخزين، إذ نجد احتياطات ثانوية لتلبية احتياجات محددة لموظفي التمريض، ويتم تزويد الاحتياطات الثانوية من خلال الاحتياطات الرئيسية لوحدات العلاج، والتي يمكن أن تأخذ شكل عربات متحركة (Chariots mobiles) تلي احتياجات بعض المرضى أو على شكل نقاط التخزين الثابتة والموجودة داخل غرف المرضى. وبالتالي نستطيع القول أن المستشفى تحتوي على الأقل ثلاثة نقاط تخزين رئيسية: المخازن، الاحتياطات الأولية والتي يتم تزويدها من خلال المخازن المركزية، وكذا الاحتياطات الثانوية والتي بدورها تزود من خلال الاحتياطات الأولية هذا بخصوص اللوازم الطبية فقط، ولكن الأمر يزيد تعقيدا إذا أضفنا مختلف المواد المساهمة في تقديم الخدمات الطبية أثناء إقامة المريض بالمستشفى كالمنتجات الصيدلانية، الغسيل، الوجبات، مواد التنظيف، اللوازم المكتبية الخ. وبذلك تجمع المستشفى بين العديد من قنوات التوزيع الداخلية.

إذن ووفقا لهذه الخصائص، يمكننا تسليط الضوء على عدد من الرهانات والتحديات التي تواجه المؤسسة الإستشفائية في هذا المجال والتي سنتطرق إليها فيما يلي :

III-1- نظام المعلومات بالمستشفى :

يعتبر التحكم في المعلومة عاملا ضروريا في نجاح أية منظمة سواء كانت هذه المعلومات داخل هذه المنظمة أو المحيطة بها أو تلك التي تنتجها. فنظام المعلومات بأية مؤسسة هو تلك الشبكة المعقدة من العلاقات المنظمة يشترك فيها كل من الأفراد، الآلات والإجراءات ، والتي تهدف إلى خلق تدفقات منتظمة من المعلومات ذات مصادر داخلية وخارجية للمؤسسة والموجهة لتكون كقاعدة لاتخاذ القرارات.¹⁹⁹ نفس الشيء نجد في المؤسسة الصحية، إذ يوصف نظام المعلومات بما على انه مجموعة المعلومات وقواعد دورانها ومعالجتها الضرورية لتشغيلها اليومي ولطرق إدارتها وتقييمها²⁰⁰، فهو بذلك يغطي مجموع الاحتياجات الطبية، الإدارية، المالية وكذا اللوجستية²⁰¹. وهذا ما يجعل تأثير نظام المعلومات بالغ الأهمية في تسيير أنشطة أي مركز استشفائي.

¹⁹⁹ Angot Hugues, Système d'information de l'entreprise : analyse théorique des flux d'information et cas pratiques , Edition De Boeck , Bruxelles ,4^{ème} éditions-2^{ème} tirage 2004, p20.

²⁰⁰ Pascal Forcioli, L'accréditation: démarche, mise en œuvre et prospectives , Elsevier Masson, paris, 2002 , p159.

²⁰¹ Régis Beuscart , Cécile Grave , Didier Bricoteau , Nadine Purro , Les étapes de définition d'un système d'information hospitalier : la place des utilisateurs, Informatique et Santé , Paris, Volume 6 , 1993, p79.

ولعل التكنولوجيا العالية للمعلومات قد زادت ووسعت من قدرات إدارة الإمداد في خلق تكامل ما بين أنشطة مجموع المؤسسات المشكلة لسلسلة الإمداد. فوفقا ل Kenneth Laudon (2010) تسهم أنظمة المعلومات بشكل فعال في ضمان التحكم في علاقات المؤسسة بمختلف الفاعلين (عملاء، موردين) وتأذن بمعاملات متعددة تؤدي إلى التكامل فيما بينها.²⁰²

ففي المستشفى ولخدمة أي مريض نحتاج إلى إرسال المعلومات المتعلقة به إلى القسم الخاص به (وحدة العلاج) وتفعيل جميع التدفقات من أجل تلبية الاحتياجات. وبذلك تعد إشكالية الاتصال الداخلي (الوحدات والأفراد) والخارجي (المستشفى/المورد والسلطة)، التبع (traçabilité) والتخزين وتقاسم المعلومات وتبادلها ما بين مختلف المشاركين في سلسلة الإمداد هم أهم النقاط الرئيسية الخاصة بإقامة نظام معلومات في المستشفى. فنظام المعلومات يسمح بالاستمرارية و سلامة وسرية الحصول على المعلومات المرتبطة بالمرضى وبصفة شاملة فهو يسمح بتحسين استغلال موارد المستشفى. كما انه يشكل أحسن وسيلة لتجاوز مميزات من أجل خلق تعاون ما بين الطاقم الطبي والإداري، هذا من جهة.

ومن جهة أخرى، حدد Patrice Degoulet و آخرون (1998) هدفين رئيسيين لنظام المعلومات الاستشفائي: يكمن الأول في التحسين من جودة الخدمة الصحية المقدمة من خلال تدنية مدة الانتظار، المساعدة على اتخاذ القرار وتحسين الاتصالات سواء على المستوى الداخلي أو الخارجي، والثاني في التحكم في التكاليف من خلال تدنية كل من مدة إقامة المرضى، الأعمال الإدارية وكذا مصاريف المستخدمين.²⁰³

كما اعتبر Pelletier (2001) أنظمة المعلومات كعناصر ضرورية في التشغيل الفعال لأنشطة إدارة تدفقات الأدوية فقد استخلص هذا الأخير أن التطور السريع للتكنولوجيا المعلوماتية جعل من هذه الأنظمة ضرورة من الضروريات في السير الأمثل لأنشطة المستشفى.²⁰⁴ فالوسائل المعتمدة على الورق تتلف بسرعة ويصعب إعادة تخزينها في حين أن استعمال أحدث التكنولوجيات الالكترونية (Codes a barres، Extranet، Internet) يسهل من الحصول على المعلومات وتدفقها وبالتالي تتبع أكثر للتدفقات المادية سواء من حيث طبيعتها أو الأماكن التي تمر بها أو يتم تحويلها بما مما يجعلها تساهم بشكل فعال في تسهيل إدارة سلسلة الإمداد.

ويضيف Pascal Forcioli (2002) أن المستشفى لا يمكنها أن تبقى معزولة عن محيطها الخارجي وعن

أحدث التكنولوجيات المستعملة مرجعا ذلك إلى أن الانترنت استطاعت أن تكسر جدار العالم التجاري.²⁰⁵

²⁰² Kenneth Laudon and al, Management des systèmes d'information, Pearson , Paris, 11^{ème} édition, 2010, pp14-15.

²⁰³ Patrice Degoulet, Marius Fieschi, Informatique médicale, Elsevier Masson , Paris, 3^{ème} édition, 1998, p93.

²⁰⁴ Elaine Pelletier et Jean-François Bussièrès, Réorganisation d'un outil d'information relatif à la gestion des médicaments : applications pratiques, Pharmactuel , Vol 34 , N° 3 , Mai/Juin 2001, p 79.

²⁰⁵ Pascal Forcioli, L'accréditation: démarche, mise en œuvre et perspectives , op.cit, p159.

إذن ومن خلال هذه الدراسات يتبين لنا أن استعمال التكنولوجيات الحديثة في عالم المعلومات يسمح للمستشفى باستغلال امثل للموارد. بمعنى أحسن استغلال للجناح التقني، تسيير امثل لمخزون الأدوية والمواد الاستهلاكية، كذلك يمكن الاستفادة من استشارات طبية عن طريق استعمال الاتصال الطبي الآلي (telemedecine) فأى تحسين في هاته الأنظمة سيمكن المستشفى من تتبع أكثر للمنتجات وتنظيم أحسن للعمل، مع تحسين الاتصال ما بين الفاعلين في هذا المجال. من خلال هذه النقاط نستطيع تأكيد ما خلص إليه Régis Beuscart (2006) على أن نظام المعلومات هو حقا الجهاز العصبي للمستشفى.²⁰⁶

III-2- تأثير هيئته (aménagement) المستشفى على ممارسات الإمداد :

تستثمر العديد من الدول استثمارات كبرى في إنشاء مستشفيات جديدة، أو إنجاز تحديثات على المستشفيات الموجودة حتى أن هذه المشاريع أصبحت تأخذ بالحسبان الاعتبارات الخاصة بأنشطة الإمداد. فمثلا في وحدات العلاج يكون ارتفاع أو عمق أمكنة تصفيف وترتيب الأدوية والمستلزمات الطبية غير ملائمة لعمل المرضى، عندما لا يتوفر ببساطة مكان لترتيب اللوازم والمواد المحتاج إليها في العمل اليومي. و هي ما تمثل ثغرة من المفروض سدها ولكن غالبا ما يتم ذلك على حساب الأمكنة المخصصة للمرضى. إن هذه الحقيقة يمكن أن نشهدها كذلك على مستوى البناء فمثلا غياب المصاعد المخصصة لكل نوع من التدفقات المتواجدة المستشفى سيؤدي حتما لمستعملها من مرضى، زوار، موظفي المستشفى وعملها وكذا نقل مختلف اللوازم والمواد إلى خلق فوضى وطول انتظار مؤرق. وإضافة إلى ما سبق، فقد لاحظ Beaulieu و Landry (2000) أن توفير اللوازم الطبية بنفس مكان عمل المرضى سيحد من تنقلاتهم اللامفيدة والتركيز أكثر على خدمة المريض باعتمادهم على المنتجات المتواجدة بعين المكان.²⁰⁷

III-3- اتساع مجال تدخل الإمداد في قسم العمليات الجراحية:

يشهد جناح العمليات الجراحية تطورا تكنولوجيا عاليا مما أهله ليكون محل اهتمام لإدارة المستشفى وتركيزها، فزيادة الوزن الاقتصادي لهذا القسم، وكذا تكاليف استغلاله جعلته يشغل حصة كبيرة من ميزانية المستشفى ليكون بذلك أهم نقطة مركزية في المحيط الإستشفائي، إذ تمارس فيه أنشطة ذات طابع دقيق وحساس، حيث يتطلب إدارة وتسييرا محكما للموارد البشرية من جراحين وأخصائيي التخدير ومرضى... الخ، وموارد مادية من لوازم طبية، آلات ومعدات... الخ. الأمر الذي جعله محل دراسات عديدة، من بينها الدراسة الكيبيكية التي أظهرت أن إدخال الاعتبارات اللوجستية في إعادة تنظيم جناح العمليات الجراحية

²⁰⁶ Régis Beuscart, Systèmes d'Information Hospitaliers:Présent et Perspectives, STIM – Tunis – 6 Mai 2006, document disponible sur le site : www.stim.org/systemes%20informations%20hospitalier.ppt , consulté le 30-04-2011.

²⁰⁷ Sylvain Landry et al, Etude internationale des meilleures pratiques de logistique hospitalière, Cahier de Recherche 00-05, Groupe de recherche CHAINE, Montréal, 2000, p 98 .

يسمح بتحويل أعمال إدارة المواد من المرضى اتجاه أفراد متخصصين في مجال الإمداد. الأمر الذي سيعفيهم ويخفف عنهم أعباء الأعمال الإدارية ويجعلهم أكثر تركيزاً على مهمتهم الرئيسية.²⁰⁸

وعلاوة على ذلك، فقد بين Lafond (1999) أنه سيكون من الممكن وعن طريق تكنولوجيات المعلومات الحديثة الحصول على أفضل تكامل بين إدارة مخزون جناح العمليات الجراحية وبين برمجة العمليات. إذ سيصبح من الممكن الاستفادة من عمليات تخطيط المخزون في تحسين البرمجة المستقبلية للتدخلات الجراحية.²⁰⁹

وهو ما أكدته Danielle Rossi-Turck وآخرون (2004) في دراسة لهم عن توريد المستلزمات الطبية لجناح العمليات الجراحية، أين ابرزوا مدى تأثير الإمداد على أداء الطاقم الجراحي، واعتباره عاملاً أساسياً في نجاح العمل الجراحي من خلال توفيره للمستلزمات كما ونوعاً في الوقت والمكان الصحيحين، وبهذا الشكل يتم تبسيط العمل اليومي، والتزام المشرفين عن هذا القسم باحترام أكثر لبرمجة العمليات الجراحية وبالتالي التقليل من فترات انتظار المرضى فالتحسين من أداء هذا القسم.²¹⁰

III-4- التوجهات الحديثة للإمداد في المؤسسات الصحية:

تمر إدارة سلسلة الإمداد بمرحلة تحولات عميقة والتي لها تأثير على مجموع حلقات السلسلة و على مختلف الفاعلين فيها. فمثلاً نجد أن المستشفى بدأت تنحو نفس مسار المؤسسة الصناعية في إخراجها لبعض وظائفها وخصوصاً في الأنشطة اللوجستية كالغسيل، الإطعام، إدارة النفايات، أعمال الصيانة، العناية بالمساحات الخضراء... لتفسح بذلك المجال للتركيز أكثر على مهامها الرئيسية ألا وهي تقديم الخدمات الطبية. وفي هذا الصدد تطرق كل من Rivard و Beaulieu (2004) إلى جانبين ذي أهمية بالغة لخصاهما في نقطتين:²¹¹

- إمكانية تدنية إسهام الطاقم شبه الطبي في ممارسة أنشطة الإمداد وتحريرهم منها ، وتسخير الوقت المخصص لذلك في أدائهم لمهامهم الرئيسية المتمثلة في العناية بالمرضى. الأمر الذي يجعل المستشفى تتجه نحو تكوين العمال المنوطين بأنشطة الإمداد.
- نقطة أخرى تمت الإشارة إليها ألا وهي أن أنشطة الإمداد بالمستشفى تشكل حصة هامة من ميزانية المستشفى مما يجعل من تحسين هذه الأنشطة والاستغلال الأمثل للموارد المنوطة بها أمراً ضرورياً وخاصة في إطار الزيادة المحدودة في الغلاف المالي المخصص لمثل هذه المؤسسات.

²⁰⁸ Duhamel .C et autres, Intégrer les considérations logistiques au réaménagement d'un bloc opératoire , Logistique et Management , Numéro spécial , 2004 , p 98 .

²⁰⁹ Lafond .N, Landry Sylvain, La planification des besoins matières (MRP) pour gérer les stocks du bloc opératoire:étude exploratoire,Cahier de Recherche n°99-04,Groupe de recherche CHAÎNE,Montréal,1999, p36.

²¹⁰ Danielle Rossi-Turck, Jonathan WRINCQ, Anne Marie DANHIER, Annick MENNE, L'approvisionnement du disponible au bloc opératoire : couplage d'une approche MRP2 et d'une livraison en kits, Logistique & Management, Numéro spécial 2004 , p66.

²¹¹ Rivard-Royer Hugo, Beaulieu Martin, Logistique hospitalière : Franchir les nouvelles frontières , Cahier de Recherche n° 04-03,Groupe de recherche CHAÎNE, Montréal, 2004, p 02.

ضف الى ذلك أن هناك توجهها للأنظمة الصحية للجمع ما بين قطبي سلسلة الإمداد الصحي أي الموردون والمؤسسات الصحية. وذلك بمعية انتشار التكنولوجيات الحديثة للمعلومات والتي تسهر على تسهيل الاتصال وتبادل المعلومات فيما بين مختلف الفاعلين في هذه السلسلة.

نقطة أخرى بجدر الإشارة إليها ألا وهي تبني أنظمة إعادة تموين متطورة تسهل من العمل اليومي للشبه الطبيين وتختصر أوقات التوزيع وهو ما يدفع بالمستشفى إلى الاستثمار في هذا الجانب .

وتبقى هذه التحديات التي تطرقنا إليها أعلاه لا تمثل إلا جزءا من التحديات التي تنتظر مسيري أنشطة الإمداد داخل المستشفى بشكل خاص ومسيري إدارة المستشفى بشكل عام وأوسع، وذلك يرجع إلى الارتباط الوثيق ما بين مجموع أنشطة الإمداد و الأداء الكلي للمستشفى وهو ما يظهر جليا من خلال الوزن المالي لهذه الأنشطة ومدى تأثيرها على مستوى الخدمة المقدمة.

الخاتمة:

من خلال هذا الفصل حاولنا معالجة الإمداد على مستوى المستشفى باعتبارها كمؤسسة خدماتية. فرأينا كيف أن الإمداد الصحي قد استمد وجوده من خلال الإمداد الصناعي الذي أصبح يشكل وظيفة إستراتيجية في المؤسسة الصناعية. وعلى الرغم من أن الإمداد الصحي لا يزال في مرحلته البدائية، إلا انه بدأ يحدو حدو الإمداد الصناعي، ويتطور بشكل يساعد على تقديم أفضل الخدمات الصحية ذات جودة عالية وتكلفة اقل.

كما رأينا كيف أن تنوع الخدمات الصحية، وكذا الاحتياجات، المستخدمين بمختلف كفاءاتهم وتخصصاتهم، ضف إلى ذلك تعدد قنوات التوزيع داخل المستشفى قد جعلت من الإمداد عملية معقدة بشكل خاص ومن المستشفى نظاما معقدا بشكل عام.

هذا بالإضافة إلى أن الإمداد الصحي لا يقتصر فقط على الأنشطة الداعمة فقط من إدارة للمواد أو تعقيم وإطعام وما شابه ذلك ولكنه يمتد كذلك إلى الأقسام الطبية المتخصصة كما هو الحال في الجناح التقنوبي أو ما يعرف بقسم العمليات الجراحية. فنظرا للوزن المالي الذي يحمله هذا القسم يصبح تعظيم الاستفادة منه ضرورة لا بد منها، ولاسيما انه يتميز بكونه وسطا جد مقيد بالموارد، شروط السلامة الصحية والجودة وكذا الاضطرابات المتعددة، مما يصبح من المهم التحكم أكثر في كلا التدفقين المادية والبشرية. وعلى ضوء هذه النقاط، سنحاول من خلال الفصل الموالي التوسع اكثر و التعرض إلى مختلف تدخلات أنشطة الإمداد على مستوى المستشفى.

مجالات تدخل
أنشطة الإمداد في المستشفى

مقدمة:

تختلف مجالات تدخل الإمداد باختلاف المؤسسات الصحية ومدى تطورها وطبيعة نشاطها. فإذا تمعنا في طبيعة النظام الإستشفائي نجده يضم ثلاثة حلقات مترابطة فيما بينها: حلقة التدفقات المادية للأدوية ومواد أخرى، حلقة التدفقات المالية لتعويض المصنعين والموزعين لهذه المواد وكذا حلقة التدفقات المعلوماتية والتي تسمح بتبادل واستعمال هذه المواد المختلفة. هذا من جهة.

ومن جهة أخرى فإن هذا النظام يقوم على أساس خدمات أساسية وهي تقديم الخدمات الصحية للمرضى تدعمها خدمات فرعية أخرى (الغسيل، التعقيم، التنظيف، الصيانة، التوريد، التوزيع...)، والتي ينعكس أداؤها على عرض وتقديم الخدمات الصحية بالمستشفى وهو ما يجعلها محل اهتمام إدارة هذه الأخيرة ومجالاً لدراسة أهم مجالات تدخل هذا النشاط.

ولذلك سنحاول من خلال هذا الفصل التطرق إلى مختلف مجالات تدخل أنشطة الإمداد على مستوى مثل هذه المؤسسات.

I- التوريد على مستوى المستشفى**I-1- مفهوم وأهداف التوريد:****I-1-1- مفهوم التوريد**

يهدف التوريد إلى تلبية احتياجات المنظمة من المنتجات أو الخدمات اللازمة لتشغيلها إذ يتطلب الشراء في الوقت المناسب وبأحسن الأسعار، وبالكميات اللازمة من المنتجات عالية الجودة من الموردين الذين يحترمون المواعيد النهائية. وبذلك فهو يشمل كل من عنصري: الشراء وإدارة المخزون.²¹²

ووفقا ل R.Prevost و A.Vervet (1995) فالتوريد هو مجموعة العمليات التي تتطلب تحديد كمية وجودة السلع الضرورية وكذا وقت شرائها مع تحديد الأسعار لسدادها ، اختيار المورد ، شراء السلع ومراقبة عمليات الإيصال والاستلام. وبذلك يعتبر التوريد كعملية شاملة غير محصورة في عمليات الشراء فقط. فالشراء هو حصول المنظمة على السلع والخدمات التي هي في حاجة إليها، الأمر الذي يجعله يشكل مرحلة من مراحل التوريد.²¹³ كما أورد J.Benichou (1991) بان المهمة الرئيسية للتوريد هي توفير مجموع المنتجات المستعملة لمختلف وحدات المؤسسة وهذا لضمان حسن تشغيلها، وبذلك فغالبا ما يتطلب تشكيل مخزونات ومشتريات متكررة...²¹⁴

إذن، ومن خلال ما تناولته هذه التعريفات تتضح جليا الحدود المميزة لكل من التوريد والشراء.

I-1-2- أهداف التوريد :

للتوريد هدفين أساسيين هما:

- ✓ هدف التكاليف: تدنية تكاليف الشراء وتكاليف التخزين، وتختلف الطرق المستعملة من قبل مصلحة المشتريات، كالضغط على الموردين للحصول على أفضل الأسعار وفترات سداد هامة، الشراء بكميات كبيرة ولكن بإدارة دقيقة جدا للمخزون.
- ✓ هدف الجودة: وذلك بالتركيز على جودة التوريد أي بمعنى آخر تدنية العيوب، والنفائات وبالتالي تحسين الجودة النهائية للمنتجات .

I-2- وظيفة الشراء :

إن إنتاج السلع أو تقديم الخدمات يعتمد بشكل أساسي على توافر المواد والآلات والمعدات وكافة المستلزمات اللازمة للعمل في أي منظمة سواء كانت تنتج سلعا أو تقدم خدمات وبغض النظر فيما إذا كانت هذه المنظمة ربحية أم غير ربحية، إذ لا تستطيع أي منظمة العمل دون توفير المستلزمات اللازمة لها،

²¹² Thierry Brunet et autres, Management des organisations, Bréal, Paris ; 2005, p 87.

²¹³ R.Pevost et A.Vervet, Gestion des approvisionnements et gestion des stocks , Guérin , 1995 ; d'après Christelle Collec , l'optimisation de la fonction achat au centre hospitalier –Pierre le Damany A Lannion, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique(ENSP) , 2001,RENNES, p 07.

²¹⁴ J.Benichou, Systèmes d'approvisionnement et gestion des stocks, Edition organisations, 1991, d'après Christelle Collec, Idem , p 07.

فالمواد وغيرها من المستلزمات يجب أن تتوفر في الوقت المناسب من حيث الكمية والنوعية المناسبين وفي المكان وبالسر المناسبين.

ونسبة لعوامل كثيرة سلطت العديد من الدراسات الضوء على وظيفة الشراء وأعطتها الأهمية التي تليق بها. ولقد تطورت وظيفة الشراء في الآونة الأخيرة، وغيرت إدارة المنظمات نظرتها المحدودة لها حتى أضحت وظيفة الشراء أكثر من مجرد القيام بعمليات شراء روتينية فتضمنت عمليات التخطيط للشراء ورسم السياسات المتعلقة به واختبار مصادر الشراء المناسبة وتنفيذ إجراءاته بهدف تخفيض تكلفة الشراء لأدنى حد ممكن وهذا كله يعكس مدى أهمية هذه الوظيفة في الوقت الحالي.

I-2-1- مفهوم وظيفة الشراء وتطورها:

I-1-2-1- مفهوم وظيفة الشراء:

إن عملية الشراء ما هي إلا عملية اقتصادية تتجسد في الحصول على خدمة أو منتج بمقابل مالي، وبذلك يعتبر الشراء كنشاط مسؤول عن اقتناء وتوفير المواد من سلع وخدمات بجودة تتطابق مع المواصفات المطلوبة والمحددة سلفاً لتؤدي الغرض المطلوب منها وبكمية لا تقل أو تزيد عن الكميات التي تحددها احتياجات العمل والتشغيل ومستلزمات الإنتاج وبسر مناسب يتم الحصول عليه بإتباع طرق الشراء الصحيحة وباختبار أفضل المصادر الممكنة كالتوريد في الوقت المناسب الذي تحدده احتياجات العمل و العملاء وبما يضمن عدم توقف العمل والإنتاج.²¹⁵

ولا تعتبر عملية الشراء هدفاً في حد ذاتها بل وسيلة لتحقيق الأهداف التي وجدت من أجلها المؤسسة سواء كانت تلك المؤسسة إنتاجية أو خدمية، فوظيفة الشراء من الوظائف الهامة في أي مؤسسة ولها مركز مميز على الخريطة التنظيمية. ويمكن تعريف وظيفة الشراء على أنها إحدى وظائف المؤسسة المسؤولة عن توفير احتياجاتها من المواد والسلع والخدمات ومن مستلزمات الإنتاج المختلفة وفقاً لسياسات محددة وتخطيط مسبق وبما يخدم جميع أنشطة المؤسسة ويؤدي إلى تحقيق الأهداف التي وجدت من أجلها وذلك بالكمية الصحيحة والجودة المناسبة والسعر الصحيح وفي الوقت المناسب وبالمكان الصحيح وذلك بالتنسيق مع الإدارات الأخرى.²¹⁶

ومع تطور المفاهيم الإدارية أصبحت وظيفة الشراء تشمل بمعناها الواسع جميع الأنشطة والعمليات المنحصرة من مرحلة التفكير في الشراء ومن ثم تحديد الحاجة وحتى مرحلة التسليم وفحص السلع المشتراة على اختلاف أنواعها وفق تنظيم يضمن اعتبارات الجودة والكمية والسعر والمصدر والوقت وحفظها في الأماكن المناسبة .

²¹⁵ www.aecfkh.org/articles-action-show_id_26.htm (Arabic E-Commerce Forum), consulté le 05-04-2011.

²¹⁶ Frédéric Bernard et Eric Salviac, Fonction achats : contrôle interne et gestion des risques, Maxima, Paris, 2009, p 17.

ووفقا لدراسة أجراها Jerome Geominne (2006) حول وظيفة الشراء في المراكز الإستشفائية الفرنسية وجد ان مشتريات السلع والخدمات تمثل نسبة من 15% إلى 20% من ميزانية المستشفى وهو أمر جعل هذه الوظيفة تكتسي اهتماما خاصا لدى الباحثين لما لها من تأثير لا يستهان به على مالية المستشفى.²¹⁷ وتمثل وظيفة الشراء الواجهة العليا (interface amont) للمستشفى بحيث تجمع بين المورد والمستشفى في حين تمثل مهام العلاج الواجهة السفلى (interface aval) لها (المستشفى/ المريض) وهو ما يشكل عملا جماعيا يجمع ما بين:

-المستعملين (العملاء الداخليين)

-مسؤولو الوحدات التشغيلية بالمستشفى سواء كانت تمريضية أو غير ذلك: وهم يبحثون عن تخفيض المخاطر والرفع من جودة الرعاية والخدمات المقدمة.

المشترين: وهم مسؤولون عن سلامة عمليات التوريد وكذا العلاقات مع الموردين وبعبارة أخرى فهم يحرصون على التفاوض على شروط أفضل مع الموردين .

متخذي القرار: وهم عموما يحرصون على تخفيض تكاليف الشراء والتمويل.

I-2-1-2- تطور دور وظيفة الشراء :

تاريخيا تعتبر وظيفة الشراء وظيفة حديثة العهد حيث أنها بدأت تنتظم في المؤسسات بداية الثمانينات حتى أنها أصبحت تشكل وظيفة إستراتيجية تضاهي في أهميتها الوظائف الأخرى من مالية، تسويق أو موارد بشرية . ونظرا لعدد من العوامل الاقتصادية وكذا التكنولوجية تحول دور وظيفة الشراء من مجرد دور إداري في معالجة طلبات الشراء (سنوات 90) إلى وسيلة ضغط (Un rôle de levier) لتوليد مزيد من القيمة (سنوات 2000).²¹⁸

إذن هذا التطور يمكن تحليله إلى أربع مراحل كبرى نلخصها في الجدول الموالي:

²¹⁷ Jérôme Geominne, Optimiser la fonction achat : l'exemple du centre hospitalier de Lens, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP), RENNES, 2006, p 02 .

²¹⁸ Michel Le Berre, Allain Spalanzani, Regards sur la recherche en gestion : contributions grenobloises, L'Harmattan, Paris, 2007, p 373.

المراحل	دور وظيفة الشراء	توجهات إستراتيجية الشراء
المرحلة (1) سلبية - passivité	<u>دور إداري</u> : توفير المنتجات المطلوبة في الأجل المطلوبة مع محاولة الاقتناء بأقل الأسعار .	-التعامل مع موردين محليين أو وطنيين . -مصادر قليلة .
المرحلة (2) استقلالية Autonomie	<u>دور تجاري</u> : البحث عن المثلوبة أو التحسين قصير ومتوسط الأجل عن طريق عمليات اختيار الموردين (التفاوض) والمتابعة المنتظمة للتكلفة الإجمالية للتوريد .	- تنسيق قطاعات الشراء الإستراتيجية -مراقبة أداء الشراء
المرحلة (3) contribution المساهمة في مشاريع نو المؤسسة	<u>دور استراتيجي</u> : إسهام وظيفة الشراء في مشاريع تنمية المؤسسة، البحث عن تحسين الأداء للمدى الطويل .	-تعظيم محفظة الموردين(توحيد الاحتياجات) - مصادر عالمية
المرحلة (4) Intégration الاندماج	<u>دور مساهم رئيسي</u> في الإستراتيجية العامة والسعي الى التكامل والتعاون مع الموردين.	-تطوير الشراكة مع الموردين الرئيسيين -التنسيق الشامل للاحتياجات

الجدول رقم:02: تطور وظيفة الشراء

المصدر: Michel Le Berre, Allain Spalanzani, Regards sur la recherche en gestion : contributions grenobloises, op-cit, p 374.

ان دور وظيفة الشراء داخل المؤسسات قد تطور بشكل سريع بفضل تكنولوجيا المعلومات والاتصال فعلى سبيل المثال نجد أن التوريد الالكتروني e-procurement قد سمح بتدنية تكاليف التعامل خاصة من خلال خفض تكاليف تمرير الطلبات و استلام السلع .

وفي هذا الإطار أصبحت وظيفة الشراء تشكل وظيفة دعم²¹⁹ تهتم بتحسين عمليات اقتناء الموارد الضرورية لأفضل تشغيل للمؤسسة.

ولكن المستشفى كمؤسسة عمومية خاصة لم تلحق بركب التطورات إلا في غضون نهاية سنوات التسعينات، حيث أنها لم تهتم بأداء وظيفة الشراء ولا بالوفورات الاقتصادية التي تتولد عنها. والأكثر من ذلك فإن المستعملين والمسيرين الإداريين قد شكلا هئتين متميزتين عن بعضهما البعض واللذان قليلا ما يتفاعلا فيما بينهما.

فالنسبة للإداري فان عملية الشراء الجيد تعتمد على الخضوع التام والتقييد بمبادئ قانون الصفقات العمومية، في حين أنه بالنسبة للمستعملين فان المشتريات المثلى هي التي تلي وتستجيب لرغبتهم في اقتناء المنتج أو الخدمة المرغوب فيها²²⁰. ورغم ذلك فوظيفة الشراء هي نفسها في القطاع العام أو الخاص الاختلاف الوحيد بينهما هو استخدام قانون الصفقات العمومية في القطاع العمومي.

²¹⁹ Philippe Petit, Toute la fonction d'achats : savoir, savoir-faire, savoir être, édition Dunod, Paris ; 2008, p 01.

²²⁰ Jérôme Geominne, Optimiser la fonction achat : l'exemple du centre hospitalier de Lens, op-cit, p 08 .

وفي ظل القيود المالية التي تلقي أكثر فأكثر بثقلها على إدارة المؤسسات الصحية تستطيع وظيفة الشراء أن تسهم بشكل معتبر وواضح في التحكم في النفقات الإستشفائية من جهة، ومن جهة أخرى فلو وظيفة الشراء قدرة إسهام هامة في التحسين من نوعية تشغيل المؤسسات الصحية وفي تحولاتها، فجودة إنتاج الخدمات الصحية بالمستشفى وكذا شروط عمل الموظفين بها يرتبط بشكل وثيق بأداء الموردين المختارين من قبل المستشفى. فانعدام الجودة الذي يمكن أن يكمن في تأخر التسليم، تعطل آلة ما، تقديم خدمات منجزة بشكل سيئ لها تكلفتها كذلك الأمر الذي يجعل من هذه الوظيفة ذات بعد هام بكونها خالقة للقيمة بالنسبة للنظام الصحي.²²¹

I-2-2- طرق وإجراءات الشراء :

تحدد الأنظمة صلاحيات وطرق الشراء، ومع مراعاة الصلاحيات والجهة المختصة بما تتم عمليات الشراء بإحدى الطرق التالية :

I-2-2-1- الشراء المباشر بالتفاوض مع بائعيها أو مورديها وعادة ما يتم إتباع هذه الطريقة في الحالات التالية :

- 1- إذا كانت اللوازم المطلوبة لمواجهة حالة طارئة لا تسمح بإجراءات طرح عطاء أو استدراج عروض .
- 2- إذا كان من غير الممكن الحصول على لوازم إلا من مصدر واحد فقط.
- 3- إذا كانت الأسعار محددة من قبل الجهات الرسمية.
- 4- إذا كانت اللوازم المطلوبة قطعاً بديلية لا تتوافر لدى أكثر من مصدر واحد.
- 5- إذا كان الغرض من اللوازم توحيد الصنف لتقليل تكاليف الصيانة.
- 6- إذا طرح عطاء أو تم استدراج عروض ولم يكن بالمستطاع الحصول على اللوازم المطلوبة.

I-2-2-2- الشراء باستدراج العروض :

يتم استدراج العروض من عدة مصادر يتم تحديدها من قبل إدارة الشراء، ويتم المفاضلة فيما بينها واختيار العرض الذي يلي الطلب وعادة ما يتم إتباع هذه الطريقة في الحالات التالية:

- 1- عند وجود حاجة مستعجلة طارئة للوازم المراد شراؤها يصعب توقعها أو التنبؤ بها ولا تسمح بطرح عطاء .
- 2- إذا لم يوجد أكثر من 3 بائعين أو موردين أو منتجيين للوازم المطلوب شراؤها.
- 3- إذا كانت قيمة اللوازم المراد شراؤها لا تزيد عن قيمة معينة يتم تحديدها بموجب الأنظمة المعمول بها في المؤسسة.

²²¹ Dominique Legouge , Fonction achat : une créatrice de valeur , Réflexions hospitalière, N°535, Juillet-Aout 2010 , pp 28-29.

4- إذا لم يتقدم للعطاء المطروح عدد كاف أو مناسب من العروض واقتنعت الجهة التي طرحت العطاء ان
الضرورة تقتضي بشراء اللوازم عن طريق استدراج عروض .

I-2-2-3- الشراء عن طريق طرح العطاءات

الهدف من طرح العطاء هو إتاحة الفرصة لكافة الموردين لتقديم عروضهم لتوريد الأصناف المطلوبة ضمن
الشروط والضوابط التي تحددها المؤسسة وذلك تحقيقاً لمبدأ:

- أ- المساواة : والذي يعني ضرورة قيام إدارة المشتريات بمعاملة جميع المتنافسين معاملة واحدة وعلى
قدم المساواة وذلك بان تطبق شروط المناقصة كافة بحق جميع المناقصين وبدون تفرقة أو تمييز أو تحيز .
- ب- المنافسة : والتي تتحقق من خلال الإعلان عن المناقصة في وسائل الإعلان المختلفة لإتاحة
الفرصة لأكبر عدد من الموردين للمشاركة فيها .

ولذلك تتبع عدة إجراءات الشراء تعرف بأنها الخطوات التفصيلية الرتيبة التي يتبعها المنفذون أثناء ممارسة
الأعمال المتكررة أو هي الوسيلة التي يمكن من خلالها تبين المراحل التي يجب إتباعها بشكل متسلسل ومتلاصق
زمنياً وبالصورة التي تجعل العاملين يمارسون الأعمال الروتينية الموكلة إليهم دون التفكير المسبق في كل مرة.
وتتبع أهمية تحديد الإجراءات من كونها الأداة التي تساعد على توحيد طرق العمل وتحقيق التكامل والإتقان في
أدائه وترشيد المنفذين أثناء ممارستهم لأعمالهم وتخفف من الجهود الذهنية وتمكن من إحكام الرقابة وقياس
الأداء والإسراع في الانجاز في حالة الإجراءات المبسطة وتجنب العمل في حالة من الفوضى.

وعادة ما تمارس المنظمة مجموعة من الإجراءات أثناء القيام بعملية الشراء تبدأ باستقبال الطلبات والتأكد من
وجود الحاجة وتنتهي باستلام الأصناف وفحصها وتسليمها إلى إدارة المخازن، وعلى الرغم من ان هذه
الإجراءات قد تختلف من منظمة إلى أخرى نتيجة لاختلاف النظم التي تتبعها كل منظمة أو المصدر المتعامل
معه (محلي، أجنبي) إلا أن هذه الإجراءات لا تخرج عن بعض أو كل الإجراءات التالية:²²²

1- تحديد الاحتياجات : فقبل أي خطوة تخطوها إدارة الشراء في تنفيذ طلبات مختلف المصالح المستخدمة لمادة

معينة لا بد لها من الرجوع للمخازن للتعرف على ما هو موجود منها لتقرر شراء ما لم يتوفر في مخازنها.

2- تحديد مواصفات المادة : فبعد التحقق من حاجة المنظمة للمواد لا بد من تحديد مواصفاتها وذلك لتقدير

ثمها والرجوع للتوصيف عند الاستلام ، او الرجوع للتوصيف عند حدوث أي خلاف يحصل مع الموردين
وليتعرف المورد على تلك المواصفات ولكي يلتزم بها.

3- اختيار المورد : ففي الغالب يوجد أكثر من مورد للمادة الوحيدة ولذلك تتعرف المنظمة عليهم وتفاضل

بينهم على أسس متعددة كالموقع الجغرافي، الجودة المقدمة، الأسعار، معاملات سابقة.

²²² Frederic Bernard , Fonction achat : contrôle interne et gestion des risques, Op.cit. pp17-18.

4-إدارة عمليات المناقصة (تقديم العطاءات): منذ تحريرها إلى غاية عدها وذلك من اجل ترشيد وتوجيه قرارات الاختيار .

5-التعاقد : تحديد والتفاوض حول المصطلحات الاقتصادية (من أسعار وتمويل) وقانونية (عقود) ومن ثم التزام المؤسسة.

6-التحكم في علاقة المؤسسة مع الموردين: من خلال مدى احترام المورد للعقود المبرمة ومن أداء الموردين.

7-الاستلام والفحص والنفثيش : قد يوكل أمر الاستلام لإدارة الشراء ما دامت هي التي أنشأت الطلب للتأكد من وصول البضاعة وفق الكمية المطلوبة والمواصفات المحددة كما يمكن للاقسام المعنية بهذه الاحتياجات استلام وتخزين هذه المواد.

I-2-3- الصفقات العمومية كإجراء من إجراءات الشراء بالمستشفى العمومي :

I-2-3-1- مفهوم المشتريات العمومية:

هي مجموع المشتريات المنجزة من قبل المصالح العمومية للدولة باختلاف أنواعها وذلك من اجل تلبية احتياجاتها وكذا الاحتياجات الموجهة للمستفيدين من خدماتها أو للمصلحة العامة.²²³ ويتم إجراء عمليات الشراء هذه من خلال عقود، صفقات أو اتفاقيات. وتشمل المشتريات العمومية الصفقات العمومية (Marchés Publics) والتي تخضع لتنفيذ صارم لأحكام قانون الصفقات العمومية.

وبما ان مجال دراستنا هو المستشفى التي تعتبر كمؤسسة عمومية ذات طابع إداري فان وظيفة الشراء تخضع إلى قواعد وأحكام المرسوم الرئاسي 02-250 المؤرخ في 13 جمادى الأولى 1423 الموافق ل 24 جويلية 2002 المعدل والمتمم بالمراسيم الرئاسية على التوالي 03-301 المؤرخ في 14 رجب 1424 الموافق ل 11 سبتمبر 2003 وكذا المرسوم 08-338 الصادر في 26 شوال 1429 الموافق ل 26 أكتوبر 2008 وأخيرا المرسوم الأخير 10-236 المؤرخ في 07-10-2010 أين نص المشرع على مراعاة مبادئ حرية الوصول للطلبات العمومية والمساواة في معاملة المرشحين وشفافية الإجراءات.²²⁴

إذن ومن خلال هذه المراسيم يسعى المشرع إلى نجاعة الطلبات العمومية والاستعمال الحسن للمال العام من جهة، ومن جهة أخرى تهدف إلى تحديد الشروط والأشكال التي تخضع لها صفقات الأشغال، اللوازم والخدمات لحساب الدولة وكذا بعض القواعد المتعلقة بإدارتها ومراقبتها .

I-2-3-2- مفهوم الصفقات العمومية ومجالات تطبيقها :

في إطار المرسوم الرئاسي رقم 02-250 المؤرخ في 13 جمادى الأولى عام 1423 الموافق ل 24 جويلية 2002 والمتضمن تنظيم الصفقات العمومية ولاسيما المادة الثالثة منه حيث نصت على ان الصفقات

²²³ www.decision-achats.fr/definitions-glossaire-achat/achats-publics-6507.htm , consulté le 08-04-2011.

²²⁴ المادة 2 مكرر، المرسوم رقم 08-338 المؤرخ في 26 شوال 1429 الموافق ل 26-10-2008 والمتعلق بتنظيم الصفقات العمومية.

العمومية هي عقود مكتوبة في مفهوم التشريع المعمول به تبرم وفق الشروط المنصوص عنها في هذا المرسوم قصد إنجاز الأشغال واقتناء المواد والخدمات والدراسات لحساب المصلحة المتعاقدة .

والملاحظ من خلال هذا التعريف انه من خلال الصفقة العمومية يتم:²²⁵

- اقتناء اللوازم مثل مواد التجهيز أو منشآت إنتاجية كاملة.

-إنجاز الأشغال .

-تقديم الخدمات.

-إنجاز الدراسات.

وتعفى من تطبيق هذه الإجراءات صفقات استيراد المنتجات والخدمات التي تتطلب من المصلحة المتعاقدة المعنية السرعة في اتخاذ القرار بحكم طبيعتها والتقلب السريع في أسعارها ومدى توفرها وكذلك الممارسات التجارية المطبقة عليها.

و يمكن حصر الأشخاص العموميين الذين يشملهم مجال تطبيق قانون الصفقات العمومية فيما يلي :²²⁶

-محمل الإدارات العمومية للدولة

-الهيئات الوطنية المستقلة .

-الولايات والبلديات .

-المؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري

-مراكز البحث والتنمية.

-المؤسسات العمومية الخصوصية ذات الطابع العلمي والثقافي و المهني.

-المؤسسات العمومية ذات الطابع الصناعي والتجاري.

ولقد حدد المشرع أن كل عقد يقل عن 8.000.000.00 دج أو يساويه لخدمات الأشغال أو التوريدات

و 4.000.000.00 دج لإنجاز الدراسات والخدمات لا يقتضي وجوبا إبرام صفقة.²²⁷

فبالنسبة لهذه الطلبات التي يقل مبلغها عن الحد الأدنى لإبرام صفقة يتحتم على المصلحة المتعاقدة تنظيم إستشارة للحصول على أحسن عرض.

ويتم ذلك من خلال إبرام اتفاقيات تلجا إليها المصلحة المتعاقدة للحصول على ضمانات وتستطيع بذلك مراقبة

المتعامل المتعاقد أثناء تنفيذ التزاماته.وتحرر هذه الاتفاقيات بنفس الكيفيات التي تحرر بها الصفقة غير أنها لا

تخضع للجنة الصفقات.

²²⁵المادة 11 من المرسوم الرئاسي رقم 250/02 المؤرخ في 13 جمادى الأولى 1423 الموافق ل 24-07-2002 الخاص بتنظيم الصفقات العمومية .

²²⁶ المادة 02 من نفس المرسوم 250-02.

²²⁷المادة 05 من المرسوم الرئاسي 338-08 المؤرخ في 26 شوال 1429 الموافق ل 26-10-2008 المعدل والمتمم للمرسوم الرئاسي رقم 250-02 والمتضمن تنظيم

قانون الصفقات العمومية.

I-2-3-3-3- كفاءات وإجراءات إبرام الصفقات:

تبرم الصفقات العمومية تبعا لنوعين من الإجراءات: ²²⁸

أولا: إجراء المناقصة

ثانيا: إجراء التراضي

أولا: إجراء المناقصة

المناقصة هي إجراء يستهدف الحصول على عروض من عدة متعاقدين مع تخصيص الصفقة للعارض الذي يقدم أفضل عرض، إذا فالمناقصة تشكل الأصل العام و الإجراءات التقليدي لإبرام الصفقات العمومية ²²⁹ ، ويمكن أن تكون المناقصة وطنية أو دولية و التي تأخذ أحد الأشكال التالية:

المناقصة المفتوحة : و هي إجراء يمكن من خلاله أي مترشح أن يقدم تعهدا .

المناقصة المحدودة : و هي إجراء لا يسمح فيه بتقديم تعهدات إلا للمترشحين الذين تتوفر فيهم بعض الشروط الخاصة التي تتخذها المصلحة المتعاقدة مسبقا .

الإستشارة الإنتقائية : هي إجراء يكون المترشحون المرخص لهم بتقديم عرض فيه المدعوون خصيصا للقيام بذلك بعد انتقاء أولي للتنافس على عمليات معقدة ذات أهمية خاصة .

المزايدة : هي إجراء يسمح بتخصيص الصفقة للمتعهد الذي يقترح أحسن عرض، و تشمل العمليات البسيطة من النمط العادي و لا تخص إلا المترشحين الوطنيين أو الأجانب المقيمين في الجزائر .

-المسابقة : هي إجراء بصنع رجال الفن في منافسة قصد انجاز عملية تشمل على جوانب تقنية، اقتصادية و جمالية أو فنية خاصة.

و يمر إجراء المناقصة بعدة مراحل يمكن تلخيصها فيما يلي:

1/ مرحلة إقامة المنافسة بإشهار الصفقة: عند إبرام المناقصة تعتمد عدة مبادئ أهمها: مبدأ المنافسة ، المساواة و مبدأ الإشهار. إذا فالمناقصة تبتدئ بالدعوة العمومية للمنافسة عن طريق الإشهار ، و يجرى الإعلان للمناقصة باللغة الوطنية و بلغة أجنبية واحدة على الأقل كما يكون إجباريا نشره في النشرة الرسمية لصفقات المتعامل العمومي و على الأقل في جريدتين يوميتين وطنيتين. أما مناقصات المؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري و التي تتضمن صفقات الأشغال أو التوريدات و التي تقل مبلغها أو يساوي 50.000.000 دج تبعا لتقييم إداري، أو صفقات الدراسات و الخدمات التي يقل مبلغها أو يساوي 20.000.000 دج أن تكون محل إشهار محلي .

2/ مرحلة تحديد المواقف و تقديم العروض: بعد عملية الإشهار و إعطاء مهلة محددة للمعنيين لتحديد مواقفهم اتجاه هذه المناقصة فإن على المهتمين أن يجررو عروضهم حسب النموذج المحدد من طرف الإدارة،

²²⁸ المادة 25 من المرسوم الرئاسي رقم 10-236 المؤرخ في 28 شوال 1431 الموافق ل 7-10-2010 والمتضمن تنظيم الصفقات العمومية.

²²⁹ قدوج حمامة، عملية إبرام الصفقات العمومية في القانون الجزائري، ديوان المطبوعات الجزائرية، الجزائر، 2004، ص 11.

ووضعها في ظرفين محتومين، حيث يتضمن الظرف الخارجي تحديد المناقصة المراد المشاركة فيها، أما الظرف الداخلي الذي يكتب عليه اسم المترشح فإنه يتضمن العرض، و ترسل هذه الظروف عن طريق البريد المضمون الوصول.. كما يجب أن ترفق عروض المترشحين بما يلي:

- رسالة تعهد
- التصريح بالإكتتاب
- يجرر العرض و فق دفتر الشروط .
- كفالة التعهد الخاصة بصفقات الأشغال و اللوازم التي لا يمكن أن تقل عن 1% من مبلغ التعهد.
- و ترد كفالة المتعهد الذي لم يقبل، بعد خمسة و ثلاثين (35) يوما من تاريخ نشر إعلان المنح المؤقت للصفقة، كما ترد كفالة الصفقة للمتعهد الذي منح الصفقة عند تاريخ إمضاء الصفقات من هذا الأخير.

3/ مرحلة إجراء المناقصة و إرسائها : إن إجراء المناقصة يتكفل به مكتب يتم تشكيله بقرار و يسمى بمكتب المناقصة. و يجري رئيس المكتب المناقصة في جلسة عمومية و في يوم العمل الذي يلي مباشرة التاريخ المحدد لإيداع العروض، يفتح في الساعة المحددة لهذه المناقصة الظروف الخارجية المشتملة على ظروف العروض، و تحرر قائمة تبين فيها الوثائق التي يشمل عليها كل واحد منها.

بعد ذلك ينسحب المتنافسون و العموم من القاعة بعد إتمام هذه الإجراءات المذكورة سابقا. ثم يتداول أعضاء مكتب المنافسة و يحضرون قائمة المترشحين المقبولين دون ذكر أسباب رفض الآخرين. ثم تستأنف الجلسة العمومية في الحال و يقرأ الرئيس قائمة المترشحين المقبولين دون ذكر أسباب رفض بقية الآخرين. بعد ذلك ترد إلى المترشحين المرفوضين عروضهم دون فتحها أما عروض المترشحين المقبولين فتفتح و يقرأ محتواها بصوت عال. و بذلك تلغى العروض التي تخالف الشروط المتفق عليها في دفتر الشروط و يفتح الظرف المشتمل على بيان السعر الأقصى ، بحيث لا تخصص لأية صفقة لمن يعرض سعرا يزيد عليه و هذه هي مرحلة إرساء المناقصة. و يبقى شرط تخصيص الصفقة للعارض الذي يقدم أقل الأثمان قائما. و في الأخير يتعين على مكتب المناقصة تثبيت نتائج هذه المناقصة في محضر تذكر فيه بالتفصيل الظروف التي جرت فيها العملية .

4/ مرحلة المصادقة على الصفقة و إتمام شكليات الإبرام : و تعتبر مرحلة المصادقة آخر مراحل المناقصة و تتم من قبل المسؤول عن الصفقات، و لا تصح الصفقات ولا تكون نهائية إلا إذا وافقت عليها السلطة المختصة والمتمثلة في المدير العام في حالة المؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري .

ثانيا : كيفية و اجراءات التراضي

إن إجراء المناقصة يمر عن طريق إجراءات معقدة و طويلة المدى مما يجعل الإدارة لا تستطيع اللجوء إليها في بعض الظروف . كما أن بعض الحالات لا تستدعي كل هذه الإجراءات لهذا تم الترخيص دائما للإدارة بإمكانية التعاقد بكيفية التراضي . فالتراضي هو إجراء تخصيص صفقة لتعاقد واحد دون الدعوة الشكلية إلى المنافسة.

و يأخذ التراضي شكلين:

1/ شكل التراضي البسيط

2/ التراضي بعد الإستشارة

1/ شكل التراضي البسيط: وهذا الإجراء هو قاعدة استثنائية لإبرام العقود، وتلجأ المصلحة المتعاقدة إلى التراضي البسيط عندما لا يمكن تنفيذ الخدمات إلا على يد متعامل متعاقد وحيد يحتل وضعية احتكارية أو

ينفرد بامتلاك الطريقة التكنولوجية التي اختارتها المصلحة المتعاقدة (أي المالك لبراءة الاختراع) أو في حالات الإستعجال الملح المعلن بخطر داهم يتعرض له الملك أو الإستثمار قد تجسد في الميدان ولا يسعه التكيف مع آجال المناقصة بشرط أنه لم يكن في وسع المصلحة المتعاقدة التنبؤ بالظروف المتسببة لحالات الإستعجال وأن لا تكون نتيجة الممارسات احتيالية من طرفها .

2/ التراضي بعد الإستشارة : ويتم بكافة الوسائل المكتوبة كالبريد والتلكس وبدون اللجوء إلى الإجراءات الشكلية المعقدة للإشهار. وتلجأ المصلحة المتعاقدة إلى التراضي بعد الإستشارة عندما يتضح أن الدعوة إلى المنافسة غير مجدية .

I-3- إدارة المخزون:

تحتفظ كل منظمة بمخزون ما، ولما كان هذا المخزون مرتفع الثمن فانه يحتاج إلى إدارة فعالة، ولكن لماذا تحتفظ المنظمات على اختلاف أنواعها بالمخزون؟ الإجابة الرئيسية على السؤال هي أن المخزون يواجه تقلبات الطلب وحالة عدم التأكد من جانبي العرض والطلب.²³⁰ وبما أن المنظمات مهما كان حجمها تحتفظ بمخزون ما فان مشكلة المخزون تعد من المشاكل الشائعة. هذا من جهة.

ومن جهة أخرى، أصبحت إدارة المنظمة تولي اهتمامها بهذه الوظيفة وبإجراءاتها السليمة وكذا الرقابة على المخزون وحمايته من الأخطار فقد أصبحت هذه الوظيفة تحتل جزءا حيويا في المنظمات على اختلاف أنواعها سواء الصناعية أم التجارية أم الزراعية أم الخدماتية عمومية كانت أو خاصة.

وتشكل المخزونات على حد سواء إحدى المتطلبات الضرورية للمستشفى وكذا قيما ماليا مهما بالنسبة لهذه المؤسسة، حيث قدر بعض المؤلفين تكاليف المخزون السنوية ب 25 إلى 35 % من رؤوس الأموال غير المنقولة²³¹ ولذلك كان على المستشفى أن تعطي إدارة المخزون عناية واهتماما أكثر فالإدارة السليمة للمخزون تسمح بتدنية الأعباء المالية وكذا تفادي نفاذ المخزون.

I-3-1- مفهوم المخزون:

إن المخزون هو عبارة عن المواد الأولية أو السلع شبه التامة أو السلع التامة الصنع أو قطع الغيار والموجودة في المخزن بانتظار استخدامها في المستقبل. كما عرف الدكتور سليمان خالد عبيدات (2008) المخزون على انه عبارة عن أي مردود غير مستخدم حاليا وينتظر استخدامه في المستقبل²³² وهو تعريف نستطيع أن نقول عنه انه تعريف شامل لمختلف المؤسسات.

²³⁰ محمد محمود مصطفى، إدارة المخزون والمواد -مدخل كمي، مرجع سابق، ص 11.

²³¹ Alain Guinet et Armand Baboli, Logistique hospitalière ; besoins de gestion des flux pharmaceutiques, document disponible sur le site : www.techniques-de-l'ingenieur.fr , publication : du 10-04-2009 consultée le 30-03-2011.

²³² سليمان خالد عبيدات و مصطفى نجيب شاويش، إدارة المواد والشراء والتخزين، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، الطبعة الأولى، 2008، ص 187.

* APICS : American Production and Inventory Control Society.

وبصيغة أخرى وضعت الجمعية الأمريكية للرقابة على المخزون والإنتاج والمعروفة باختصار APICS* ، تعريفا شاملا للمخزون في عام 1984 على انه: "إجمالي الأموال المستثمرة في وحدات من المادة الخاصة، الأجزاء والسلع الوسيطة وكذلك الوحدات تحت التشغيل بالإضافة إلى المنتجات النهائية المتاحة للبيع".²³³ ويوضح هذا التعريف أن المخزون ما هو إلا أموال مستثمرة ، وعلى ذلك فالمخزون الزائد ما هو إلا رأس مال معطل.

وبصفة عامة نستطيع القول أن المخزون ما هو" إلا رصيد لمنتجات مختلفة إلى حين استهلاكها"²³⁴. وبذلك يكون مخزون المواد واللوازم يستعمل في خلق توازن ما بين المدخلات (أو التسليمات) والاستعمالات (أي المخرجات).

وترجع أهمية الاحتفاظ بالمخزون إلى مجموعة من الأسباب نذكر بعضها فيما يلي:²³⁵

1. تحقيق وفورات في تكاليف النقل.
2. الاستفادة من خصم الكمية على المشتريات .
3. الاحتفاظ بمصادر التوريد.
4. ضمان استمرارية الخدمة المقدمة للعملاء.

I-3-2- إدارة المخزون كجزء من إدارة الإمداد:

تختلف إدارة المخزون في مفهومها عن إدارة المخازن، فإدارة المخازن تهتم أساسا بالأماكن أو المباني أو المستودعات المخصصة للاحتفاظ بالأصناف المختلفة من المواد التي تتعامل فيها المنشأة، وذلك من حيث مواقع أو مساحات تلك الأماكن وطرق ترتيب المواد داخلها ووسائل المناولة المستخدمة في تداولها ، أعمال التسلم والحفظ أو الوقاية والصرف وما يرتبط بها من سجلات أو نماذج ومستندات وأيضا القوى العاملة المناسبة كما ونوعا للقيام بهذه الأعمال .

أما إدارة المخزون فتركز بصفة أساسية على الأنشطة المرتبطة بتخطيط ومراقبة الأصناف المخزونة ذاتها، بما يكفل تحقيق مجموعة من الأهداف التي تتبلور في ضمان الوفاء باحتياجات المنظمة من المواد المختلفة بأكبر كفاءة ممكنة وعدم الإسراف أو إساءة استخدام الأموال المستثمرة في تلك المواد.

وعلى ضوء ما سبق، فإن إدارة المخزون تعرف على أنها الإدارة التي تتولى بذل الجهود للاحتفاظ بالأصناف والعمل على بقاء تلك الأصناف على حالتها إلى حين الطلب لاستخدامها، و بالتالي إمداد الجهات الطالبة باحتياجاتها في الوقت المناسب.

وبذلك تقوم إدارة المخزون على أساس:²³⁶

²³³ إسماعيل محمد السيد، محمد توفيق ماضي و محمد احمد حسان، إدارة الإمداد والتوزيع، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2006، ص 206.

²³⁴ P.Zermati, Pratique de la gestion des stocks, Dunod, Paris, 1996, p 05.

²³⁵ مهال فريد مصطفى، إدارة المواد والإمداد - إدارة المخازن - إدارة المشتريات - النقل والشحن، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2008، ص 232.

²³⁶ مهدي حسن زويلف، علي سليم العلوانة، إدارة الشراء والتخزين -مدخل كمي، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع ، الأردن، الطبعة الأولى، 2010، ص 188.

- التخطيط وتنظيم المواد المخزنة.
- والسيطرة عليها لغرض استمرار تدفقها.
- وذلك بوضع نظام تصنيف وتبويب وتوفير المواد وتحديد أماكن تخزينها بأمان.
- هذا بالإضافة إلى تلافي تراكم المخزون وتثبيت كافة الإجراءات في بطاقات وسجلات خاصة.
- ويتضمن تخطيط المخزون تحديد الأهداف والسياسات والإجراءات والقواعد والبرامج الخاصة بالاستثمار في المخزون ويشمل ذلك عددا من الاعتبارات من أهمها ما يلي :
- تحديد الأهداف المطلوب تحقيقها من وراء الاستثمار في المخزون.
- تقدير الاحتياجات المستقبلية من كل صنف من الأصناف المخزونة.
- تحديد الأوقات أو المواعيد التي يجب ان يتوافر فيها كل صنف.
- تحديد حجم الاستثمار المالي المطلوب لتوفير هذه الأصناف ومصادر تمويله.
- تحديد السياسات والإجراءات والقواعد الخاصة بالاحتفاظ بالمخزون.
- وأما مراقبة المخزون فتشمل جميع الأنشطة التي تتعلق بتصميم أو اختيار الطرق والأساليب اللازمة للتأكد من سلامة التصرفات والإجراءات الخاصة بتوفير الاحتياجات المطلوبة من المواد وتخزينها والحفاظة عليها حتى وقت الحاجة إليها، وبما يضمن استمرار الوفاء باحتياجات الجهات الطالبة بالكميات والمواصفات المطلوبة وفي المواعيد المحددة من ناحية، وحسن استخدام الأموال المستثمرة في هذه المواد من ناحية أخرى.
- كما يتوجب على إدارة المخزون تأسيس قواعد للقرارات التي تتخذها حول المواد المخزونة والتي تشمل كل من :
- تحديد المواد المخزونة الأكثر أهمية.
- كيف يمكن السيطرة على هذه المواد بصورة منفردة .
- تحديد كمية الشراء في الدورة الواحدة.
- متى يمكن إطلاق أمر الشراء .
- وبالتالي تشير أنشطة إدارة المخزون إلى ذلك الجزء من نظام الإمداد الذي يهتم بعملية تخزين المنتجات المختلفة ما بين مناطق توافرها ومناطق استهلاكها أو استخدامها، مع تقديم البيانات اللازمة للإدارة عن حالة المخزون من المنتجات المختلفة وكمياتها المختلفة وأماكن الاحتفاظ بها.
- ولعل أهم الأهداف الرئيسية التي تسعى إليها إدارة المخزون هي :
- استلام المواد والمنتجات المطلوب تخزينها بدقة وبما يضمن سلامتها.
- ضمان تدفق المواد والمنتجات المخزونة للجهات المستفيدة في الوقت المناسب.
- المحافظة على المخزون من التلف والضياع والفقء.
- تقليل تكاليف التخزين إلى أقصى حد ممكن.

- استخدام المساحات المتاحة في المستودعات بما يضمن انسيابية تداول المواد المخزنة بكفاءة.
- مساعدة إدارة المشتريات في تحديد الكميات المناسبة للشراء من المواد والأصناف.
- الزيادة من توافر الأدوية والمواد والحد من أوقات انتظار الجهات الطالبة.

I-3-3- تقنيات إدارة المخزون

أ- نموذج كمية الطلب الاقتصادية:

ويطلق عليه أحيانا نموذج التحليل الكلاسيكي اعترافا بأهميته وترجع أول إشارة إليه إلى Harris.F عام 1915 لكن عادة ما ينسب إلى Wilson.R.H 1934 وأحيانا يحمل اسم معادلة Harris-Wilson²³⁷ وهو يسمح بحساب كمية الطلب المثلى والوقت بين طلبين لمتنوع ما ، بحيث يقوم على التساؤلات التالية: متى يتم تقديم الطلبية؟ وما هي الكمية التي يجب طلبها؟

ويقوم هذا النموذج على عدة افتراضات هي :

- ✓ ثبات حجم الطلب، أي الطلب على السلعة ثابت لا يتغير.
- ✓ ثبات وقت تسليم الطلبيات وعدم تأثره بالعوامل الخارجية.
- ✓ ثبات سعر الوحدة وعدم تأثره بحجم الكمية المراد شراؤها.
- ✓ ثبات تكاليف إعداد الطلبيات وعدم تأثرها بتغير حجم الطلبية.
- ✓ عدم تجاوز حجم الطلبية الواحدة حجم الاستخدام للفترة الزمنية المعينة.
- ✓ استلام الطلبية يتم دفعة واحدة وليس على دفعات.
- ✓ القيام بإعادة الطلب عند وصول مستوى المخزون من المادة إلى نقطة إعادة الطلب والتي يتم تحديدها مسبقا.
- ✓ الفترة الزمنية بين طلب البضاعة واستلامها (فترة الانتظار) ثابتة ومعروفة.
- ✓ مخزون الأمان معدوم ولا يقبل نفاذ المخزون.

فإذا تمعنا في دورة مخزون واحدة فإننا نجد انه عند نقطة ما يتم اصدار أمر شراء بالكمية Q التي تصل فورا ويتم استخدامها بمعدل ثابت D حتى لا يبقى أي مخزون ، عندئذ يتم اصدار أمر شراء جديد وتصل الكمية الجديدة فورا ويكون طول الدورة هو T.

وبذلك تكون الكمية الداخلة في المخزون Q تساوي الكمية الخارجة منه D.T فالنموذج يفترض أن يكون مستوى المخزون عند البداية وعند النهاية يساوي 0.

الكمية الداخلة في المخزون في الدورة = الكمية الخارجة من المخزون في الدورة

$$D.T = Q$$

²³⁷ www.free-logistics.com , consulté le 30-03-2011.

اشتقاق معادلة الكمية الاقتصادية للشراء :

نلخص في الجدول الموالي أهم المتغيرات التي تدخل في إيجاد الكمية الاقتصادية للطلب :

الرمز	المتغير
Q	الكمية المطلوبة
T	زمن الدورة
D	الطلب
CU	تكلفة الوحدة
CR	تكلفة إعادة الطلب
CH	تكلفة الاحتفاظ

ومن بين كافة المتغيرات السابقة فان المتغير الوحيد الذي يكون للمنظمة سيطرة عليه هو المتغير الخاص بالكمية التي يعاد طلبها فيمكن للمنظمة أن تحدد أي قيمة تشاء لهذه الكمية في حين تخرج المتغيرات الأخرى عن نطاق سيطرتها .

ويفترض نموذج Wilson ثبات باقي المتغيرات ويستهدف النموذج أساسا الوصول إلى المعادلة الرياضية التي تحدد القيمة المثلى للكمية المطلوبة Q ومن ثم T بمعلومية باقي المتغيرات. وبهذا المعنى فان القيمة المثلى هي تلك التي تصل بالتكاليف الإجمالية إلى أدنى حد ممكن.

وللحصول على الكمية الاقتصادية للشراء نمر بثلاث خطوات هي:

- إيجاد التكلفة الإجمالية لدورة المخزون الواحدة.

- قسمة هذه التكلفة على طول الدورة للوصول إلى تكلفة العنصر بالنسبة لوحدة الزمن.

- تدنية هذه التكلفة بالنسبة لوحدة الزمن.

$$CT = \frac{Q \cdot CH}{2} + \frac{D \cdot CR}{Q} + D \cdot CU$$

$$CV + D \cdot CU = \frac{Q \cdot CH}{2} + \frac{D \cdot CR}{Q} + D \cdot CU$$

$$CV = \frac{Q \cdot CH}{2} + \frac{D \cdot CR}{Q}$$

ويمكن الوصول إلى القيمة الدنيا للتكلفة الإجمالية بالنسبة لوحدة الزمن CT بإجراء التفاضل بالنسبة ل Q

والمساواة بالصفر كما يلي :

$$\frac{d(CT)}{dQ} = \frac{CR \cdot D}{Q^2} + \frac{CH}{2} = 0$$

$$Q_0 = \sqrt{\frac{2 \cdot CR \cdot D}{CH}}$$

والمعادلة الأخيرة تمثل الحجم الأمثل للطلبية أو الكمية الاقتصادية للشراء ويرمز لها بالرمز Q_0 . وتجب هذه المعادلة عن السؤال: ما هي الكمية التي ينبغي طلبها؟

ويمكن الوصول إلى الطول الأمثل لدورة المخزون من المعادلة: $Q=D.T$

فإذا أحلنا Q ب Q_0 فإنه يمكن الوصول إلى الطول الأمثل لدورة المخزون T_0 حيث: $T_0 = \frac{Q_0}{D}$

$$T_0 = \sqrt{\frac{2.CR}{D.CH}}$$

وبالتالي:

$$C_0V = \sqrt{2.CR.CH.D}$$

$$C_0T = CU.D + C_0V$$

رغم بساطة استعمال نموذج Wilson نظريا، فهو يفرض شرط ثبات الاستهلاك على مستوى عدة فترات وبعبارة أخرى فإن النموذج لا يستطيع ان يمس سوى تخطيط الطلبيات ذات الأحجام الموحدة والمتشابهة ولفترات ثابتة، مما يجعله غير مناسب لاستهلاك الأدوية مثلا.

ب- مبدأ باريتو أو النظام الثلاثي في الرقابة على المخزون:

في القرن الثامن عشر وأثناء قيام Vilfredo Pareto بدراسة تهدف إلى معرفة توزيع الثروة في مدينة ميلان بايطاليا، وجد أن 20% من الناس تملك 80% من الثروة. إن هذا المنطق وهو منطق القلة يمتلكون أغلبية الثروة والأكثرية يمتلكون القلة قد توسع ليشمل حالات كثيرة، وهو ما تجسد في أنظمة المخزون حيث أن بعض الوحدات القليلة من المخزون تشكل الحجم الأكبر من الاستثمار، كما أن هذا المبدأ يعرف بمبدأ Pareto.

إذن فمبدأ باريتو في الرقابة على المخزون يقوم على أساس التركيز على عدد قليل من عناصر المخزون والتي تكون قيمتها مرتفعة، إن هذا بالتأكيد لا يعني تجاهل عناصر المخزون الأخرى التي تمثل في معظم الحالات حوالي 80% من عناصر المخزون، ولكن هذه العناصر من المخزون لا تحتاج إلى نفس الدرجة من الدقة والإجراءات الرقابية وبناء على هذا المبدأ فإنه يتم تقسيم المخزون إلى ثلاث مجموعات رئيسية من الأنواع وفقا لأهميتها وقيمة الاستخدام السنوي منها.

إذ تمثل عناصر القسم "A" قمة هذا النظام من إجمالي عناصر المخزون، لذلك يحتاج هذا القسم إلى رقابة دقيقة وشديدة ويحتل نسبة مرتفعة من إجمالي الأموال المنفقة على النظام الرقابي.

أما عناصر القسم "B" فتمثل درجة ثانية من جهد نفقات الرقابة ونسبته لا تتعدى 20% من إجمالي الأموال المنفقة على النظام الرقابي لعناصر المخزون. وبالنسبة لعناصر القسم C فتمثل أقل الأقسام حاجة إلى الجهود والنفقات الرقابية.

- و يحتاج تطبيق هذا النموذج إلى الإجابة على مجموعة من الأسئلة:
- ✓ ما هي نوع البيانات التي يجب ان تتوفر في الشركات ذات الإنتاج المستمر حتى تتمكن من تطبيق هذا النموذج في الرقابة على المخزون؟
- ✓ ما هي الخطوات التي يجب على المؤسسة إتباعها حتى تتمكن من تطبيق هذا النموذج؟

أولاً: البيانات التي يحتاج إليها نموذج باريتو :

- يتطلب استخدام نموذج باريتو في الرقابة على المخزون توفير البيانات التالية:
- تحديد رقم الصنف.
 - ترتيب أرقام الأصناف ترتيباً تنازلياً والرقم الرمزي للصنف بالمخازن.
 - توصيف ووصف الأصناف.
 - تحديد تكلفة الوحدة لكل نوع من أنواع المواد.
 - إيجاد معدل الاستخدام اليومي لكل نوع من الأنواع ومن ثم ترتيبها تنازلياً من حيث كمية الاستخدام.
 - تحديد النسبة المئوية للكمية المستخدمة من كل نوع من الأنواع ومن ثم مقارنتها مع إجمالي قيمة جميع الأنواع.

القيام بإعداد الرسم البياني الذي يعكس نتائج النموذج الرقابي بحيث يتم وضع عدد الأصناف مقسمة إلى ثلاث مجموعات على المحور الأفقي وقيمة الاستخدام السنوي على المحور الراسي.

ثانياً : مراحل تطبيق لنظام باريتو في الرقابة على المخزون:

- إن تطبيق نظام التحليل الثلاثي ABC في الرقابة على المخزون يتطلب ما يلي:
1. تحديد الأصناف التي يتم استخدامها سنويا .
 2. تحديد قيمة الاستخدام السنوي من كل صنف من الأصناف المخزونة وبشكل سنوي ويقصد بتحديد الاستخدام السنوي القيام بما يلي:
 - أ- القيام بعملية التنبؤ من اجل تحديد الاحتياجات من المواد للسنة القادمة باستخدام أساليب التنبؤ المختلفة.
 - ب- إعداد تقارير على أساس كمي ثم يحول إلى قيمة.
 - ت- حساب قيمة الاستخدام السنوي لكل صنف كما يلي:

كمية الاستخدام السنوي من النوع الواحد * تكلفة الوحدة الواحدة من ذلك النوع.
 3. القيام بترتيب الأصناف ترتيباً تنازلياً وفقاً لقيمة الاستخدام السنوي حيث نبدأ الترتيب بالقيمة الأكبر ثم الأصغر وهكذا مع إعطاء رقم متسلسل لكل نوع من الأنواع.
 4. استخراج القيمة الإجمالية للاستخدام السنوي على أساس الخطوة السابقة لكل نوع من أنواع المواد.

5. استخراج النسب المئوية المجمعة لعدد الأصناف مقابل النسب المئوية لإجمالي الاستخدام من الأنواع المختلفة.
6. إعداد رسم بياني بحيث يتم وضع النسب المئوية المجمعة لإجمالي الأصناف على المحور الأفقي والنسب المئوية المجمعة لقيمة الاستخدام السنوي للأصناف.
7. رسم منحنى المتجمع الصاعد والذي عن طريقه يمكن تحديد التقسيمات الثلاثة السابقة للأصناف A, B, C على ضوء الاسترشاد بمتغيرات المنحنى المتجمع المتصاعد من نقطة إلى أخرى.
8. إعداد جدول مبسط يوضح نتائج النظام الرقابي السابق لمجموعات الأصناف الثلاثة من حيث نسبة أصناف كل مجموعة ونسبة قيمة الاستخدام السنوي.

I-3-4- إدارة المخزون من اهم الرهانات على المستوى العملي بالمستشفى :

يعتبر مشكل مثلوية تسيير المخزون من أهم الإشكاليات المعالجة والمتطرق إليها في الأدبيات والواقع. في حين انه نلاحظ انه في الآونة الأخيرة بدا الاهتمام بنظرة جديدة تجمع ما بين مجموع العمليات المرتبطة بالتوريد. وهذا يعني السعي للتحسين الكلي للنظام بدل من تحسين كل وظيفة على حدى.

وفي النظام الإستشفائي يتجسد تسيير المخزون على مستويين: الأول على مستوى المخازن المركزية للمستشفى كالصيدلية المركزية وكذا المخازن المحلية كتلك الموجودة في وحدات العلاج، الجناح التقنوطي بما فيه من قسم العمليات ، قسم الطوارئ، المخابر....

ولقد عدت Sampierie (2004) في دراستها للمؤسسات العمومية الفرنسية العمومية مواقع الخلل التي تشوب أنشطة الإمداد بحيث استنتجت أن هناك:²³⁸

- زيادة لتكاليف التخزين
- تعدد مواقع التخزين مما يتسبب ذلك في خلق حالة ازدحام ، تلف وضياع المواد الصيدلانية .
- سوء نوعية التخزين لما ينتاب هذا الأخير من حالات نفاذ متكررة وانتهاء صلاحية بعض المواد... الخ
- وأخيرا تخصيص المرضين للقيام بمختلف أنشطة الإمداد.

أما Aptel وآخرون (2009) فقد أثبتوا من خلال دراستهم لتطور وظيفة الإمداد في المستشفى في كل من فرنسا والولايات المتحدة الأمريكية أن وجود وظيفة الإمداد في المنظمة يسمح بمعرفة أحسن مستوى المخزون الحقيقي و لتكاليف التخزين والأنشطة الأخرى بصفة جزئية وبتحسين فعالية النظام الاستشفائي ككل وتدنية نفقاته.²³⁹

²³⁸ Sampierie Tessier Nathalie, enjeux et limites d'une amélioration des pratiques logistiques dans les hôpitaux publics français, Logistique & Management, numéro spécial de la logistique hospitalière, 2004, p 33 .

²³⁹ Aptel Olivier, Hamid Bourjalali and Michel Pomberg, Improving activities and decreasing costs of logistics in hospitals A comparison of the U.S. and French hospitals, The international Journal of Accounting, vol 07 n°02 2009, pp 65-90.

ومن جانب آخر طبق كل من Dallert وآخرون (1996) نموذجا لتسيير مخزون عدة مواد في مخزن المستشفى يقوم على أساس صيغة Wilson التي تسمح بتوريد العديد من المواد في إطار طلبية إجمالية . ميزة هذا النموذج هو السماح بإجراء طلبية لمنتوج لم يصل بعد إلى نقطة الطلب وهذا بغية الاستفادة من مزايا الطلبية الإجمالية للمورد على شكل تخفيضات أو تكاليف نقل مثلا.²⁴⁰

وفي نفس السياق قارن كل من Epstein و Dexter (2000) ما بين نموذج Wilson وإدارة التدفقات المسحوبة (JIT) مفضلين من الناحية الاقتصادية نموذج Wilson على الآخر في تسيير المخزون ما عدا المنتجات الغالية وواسعة الاستهلاك، مرجعين السبب لصعوبة تطبيق نظام "في الوقت المحدد" وخصوصا في تسيير مخزون قسم العمليات وهذا لحساسية عمل هذا القسم ومدى حيويته لحياة المريض.²⁴¹

وفي هذا الإطار تطرق كل من Lafond و Landry (1999) إلى أهم الرهانات التي يواجهها تسيير المخزون في قسم العمليات الجراحية ، فقد عرفا ماهية الفوائد المنتظرة من جراء تخطيط العوامل المرتبطة بهذا القسم مع شرح عمل نظام تخطيط احتياجات المواد وبيننا تطبيقه في قسم العمليات، ليحيطا بذلك بكل من المدخلات، القيود وعوامل النجاح التي يمكن تطبيقها على مستوى هذا القسم. فمن خلال التسيير الأمثل لمخزون هذا القسم يستطيع مسؤولو هذا الأخير تدنية مخزون اللوازم الطبية والجراحية والتكاليف المتعلقة بها، التحسين من إنتاجية اليد العاملة المباشرة والغير المباشرة وكذا تحسين مستوى الخدمة المقدمة.²⁴²

I-4- توحيد المنتجات (la standardisation des produits) كسبيل لتدنية التكاليف:

تشكل المستشفى نقطة التقاء لمختلف المنتجات واللوازم، هذا التنوع أضحي يعد مصدرا للتعقيد (كتعدد طبيعة أسواق الموردين مثلا)، كما أنها تزيد تعقيدا بتعدد المنتجات المتماثلة والملبية لنفس الاحتياج، فعلى سبيل المثال أحصت مؤسسة كيبكيكية في قاعدة بياناتها أكثر من 2000 نوع للمنتجات التي تخص فقط القفازات الطبية. مما يجعل من تنفيذ برامج التوحيد وسيلة تسمح بتخفيف هذا التعقيد.

وفي نفس السياق أفاد تحقيق أمريكي من خلال المقارنة بين ممارسات مختلف المراكز الإستشفائية ذات نفس الحجم (350 سرير) أن المستشفى تستطيع أن تحقق وفورات اقتصادية تصل إلى 30 مليون دولار أين تعتبر نسبة 19 بالمائة بما يعادل 5.8 مليون دولار ناتجة عن أحسن إدارة للوازم كما حددت هذه الدراسة أن

²⁴⁰ Dallaert N, E. Van de Poel, Global inventory control in academic hospital, international Journal of Production Economics, 46-47,1996 , 277-287.

²⁴¹ Richard H. Epstein and Franklin Dexter., Economic Analysis of linking operating room scheduling and hospital material management information system for just-in-time inventory control, Economics and Health Systems Research, 91, 2000,pp 337-343.

²⁴² Nelson Lafond et Sylvain Landry, La planification des besoins matières (MRP) pour gérer les stocks du bloc opératoire: étude exploratoire , Cahier de Recherche 99-04, Groupe de recherche CHAINE, École des Hautes Études Commerciales , Montréal, 1999, pp 54-55.

60 بالمائة من وفورات 5.8 مليون دولار ناتجة عن الاستعمال الأمثل لهذه اللوازم بما في ذلك استخدامها لتوحيد هذه المنتجات.²⁴³

وتفيد دراسة أخرى لـ Guy Simard وآخرون (2006) أن المستشفى تستطيع أن تحقق وفورات اقتصادية هامة من خلال توحيد المنتجات المشتراة بما فيها تقليل عدد أوامر الطلبات، تخفيض أسعار الشراء وكذا الحد من التبذير.²⁴⁴ وهو ما يجعل من هذه الممارسات تتيح مجالا آخر لاستغلال امثل لموارد المؤسسة وتدنية أكثر لنفقاتها.

I-5- إسهام الإمداد في خلق القيمة المضافة للمستشفى و الموزعين معا :

في 1990 ، قرر موزعو اللوازم الطبية بالولايات المتحدة الأمريكية وبعض الدول الأوروبية ، أن يكونوا أكثر الأطراف الفاعلة حضورا في عملية إعادة التموين بالمؤسسات الصحية، في حين عرض آخرون خدمات على شكل تغليف المنتجات تبعا للاحتياجات الخاصة لكل وحدة من وحدات العلاج عندما لا يكون هناك تكفل تام بعملية إعادة تموين هذه الوحدات وهو ما أطلق عليها الموزعون تسمية إدارة المواد المخزنة في أماكن استعمالها أي " Stockless Matériel Management".

ولقد بينت دراسة أجريت بالولايات المتحدة الأمريكية في أوائل التسعينات أن المستشفى تستطيع أن تجني عدة فوائد جراء تنفيذ هذه العملية، فعلى سبيل المثال تستطيع هذه الأخيرة تخفيض مشترياتها، وتدنية مخزونها، وكذا الحد من مشاركة وتدخل مهني التمريض في عملية إعادة التموين، هذا بالإضافة إلى تخفيض تكاليف هذه المعاملات بالموازاة مع تحسين مستوى الخدمة المقدمة .

وبذلك تكون هذه الخدمات المقدمة من قبل الموزعين قد خلقت قيمة مضافة للجانبين المستشفى والموزع، ولكن كما بينت هذه الدراسات التي سلطت الضوء على هذه الخدمات انه غالبا ما تكون على حساب الموزعين الذين اضطروا إلى امتصاص وتحمل تكاليف إعادة تموين مخزون المؤسسات من دون الاستفادة من التدفق السلس للشحنات من قبل المصنعين ليجد بذلك الموزع نفسه محصورا ما بين وعوده لعملائه وبين المخزون المحتفظ به لمواجهة طلباتهم.

وبالتالي فان هذا النوع من الخدمات قد فتح مجالا جديدا لخلق القيمة المضافة سواء للمستشفى أو للموزع و مصدرا لتحقيق المنفعتين المكانية والزمانية وهو ما ينعكس إيجابا على جودة الخدمة المقدمة.

²⁴³ Sylvain Landry , Martin Beaulieu, La logistique hospitalière : une réponse aux défit des systèmes de santé des pays de l'Europe centrale et orientale, Cahier de Recherche n° 05-04, Groupe de recherche CHAINE , Montréal, Décembre 2005, p 07 .

²⁴⁴ Guy Simard et autres, Pratique exemplaire : la standardisation des fournitures médicales au Centre universitaire de santé McGill , Cahier de recherche no 06-04 , Mars 2006, p09.

II - الإنتاج في المستشفى:

يعتبر الإمداد داخل المستشفى كوظيفة معقدة وهذا لكونه يقوم على إدارة تدفقات مواد وقنوات توزيع جد مختلفة وكذا شروط مختلفة وقواعد صارمة للسلامة والتتبع (Traçabilité).
ولذلك سنحاول فيما يلي التعرض إلى جوانب مختلفة من تنظيم المستشفى، بداية من تدفق توزيع الوجبات الغذائية للمرضى مروراً بخدمات الغسيل والتعقيم.
هي عناصر ستمكننا من إلقاء لمحة ولو بسيطة عن مدى تعقيد التدفقات وتنوعها في المؤسسة الإستشفائية.

II - 1 - الإطعام : La restauration

يؤدي الغذاء المناسب الذي يقدم للمريض دوراً أساسياً وهاماً في مرحلة العلاج، وتزداد أهمية هذا الدور يوماً بعد يوم، بما تضيفه الأبحاث والدراسات الغذائية المستمرة من خصائص لبعض الأغذية، تفيد في شفاء بعض الأمراض كأمراض سوء وفقر الدم، أو في التخفيف من مضاعفات بعضها الآخر مثل مرض السكري. و من هذا المنطلق يمكن القول بان علاج المريض ذو شقين: الشق الأول يتمثل في الدواء الذي يصفه الطبيب بعد الفحص والتشخيص والثاني يتمثل في الغذاء الذي يوصي به الطبيب.
ولقد أشار علماءنا المسلمون منذ أمد بعيد إلى أن الغذاء علاوة على كونه مقوماً من مقومات الحياة يمكن أن يكون الدواء الشافي لبعض الأمراض، فمما يآثر عن أبي بكر الرازي قوله لأحد تلامذته: " إذا استطعت أن تعالج بالغذاء فلا تعالج بالدواء...".

على ضوء ما تقدم تبدو أهمية قسم التغذية في المستشفى من حيث قيامه بصورة كاملة بإعداد وتحضير الغذاء المناسب الذي يوصي به الطبيب المعالج، والذي يتفاوت عادة بين مريض وآخر تبعاً لنوع المرض وحالة المريض وعمره وجنسه. و من هنا كان لزاماً أن نتناول الأغذية العلاجية بالتعريف ومن ثم نتعرض للمهام الرئيسية بقسم التغذية، وتنظيمه وتشغيله وإدارته. بما يضمن كفاءته وفاعلية أدائه.

II - 1 - 1 - الأغذية العلاجية :

الأغذية العلاجية هي أغذية متكاملة تم تحريرها لتناسب المرض وحالة المريض " وهي إما أغذية علاجية عامة أو أغذية علاجية خاصة، وفيما يلي تعريف لكلا النوعين:

II - 1 - 1 - 1 - الأغذية العلاجية العامة:

المستشفيات إذ أنها تناسب معظم الحالات المرضية وهذه الأغذية تصنف عادة إلى:

- ✓ **الغذاء العادي:** وهو غذاء متكامل يحوي جميع العناصر الغذائية وعادة ما يوصف للحالات التي لا تحتاج إلى تعديل خاص في أنواع الأغذية أو في كمياتها أو في الصورة التي تقدم بها كحالات الكسور.
- ✓ **الغذاء السائل:** وهو غذاء يقدم للمرضى في صورة سائلة كما في حالة الفاكهة التي تقدم عصيراً والخضروات التي تقدم شوربة مصفاة، وقد يضاف إلى السائل بعض العناصر الغذائية كالفيتامينات والمعادن. ويقدم هذا الغذاء على فترات تتراوح بين الساعتين وثلاث ساعات عوضاً عن الوجبات المتعارف عليها.

ويشيع تقديم هذا النوع من الغذاء لمن أجريت له عمليات جراحية أو لبعض المرضى بأمراض معدية (كأمراض التيفويد مثلاً). فضلاً عن تقديمه كغذاء أنبوبي في الحالات التي يعجز فيها المريض عن تناول الطعام عن طريق الفم.

✓ **الغذاء اللين الخفيف:** وهو يتكون عادة من أغذية سائلة وأخرى نصف صلبة ويختلف هذا النوع من الغذاء عن الغذاء العادي في طريقة طهيته التي تتسم بالبساطة والبعد عن الدسم . وتقل في هذا الغذاء المكونات التي تحتوي على ألياف ويقدم هذا الغذاء كتمهيد للانتقال إلى تناول الغذاء العادي.

II-1-1-2- الأغذية العلاجية الخاصة: وهي أغذية خاصة بحالات مرضية تقتضي تحديد كمية الغذاء ونوعه مما يؤدي إلى منع بعض الأغذية وإضافة أخرى تبعاً لنوعية المرض وحدته وحالة المريض. وكأمثلة عن هذا النوع من الغذاء نذكر :

✓ **الغذاء المعوض:** ويمتاز باحتوائه على كمية كبيرة من السعرات الحرارية والبروتينات تزيد على الكميات المقررة للفرد البالغ. ويقدم هذا النوع من الغذاء للمرضى المصابين بحروق شديدة وسوء التغذية فضلاً عن المرضى التي أجريت لهم عمليات جراحية كبرى.

✓ **غذاء أمراض الجهاز الهضمي:** ويمتاز بقلة الألياف والتوابل والدهون، ويقدم في حالات اضطرابات الجهاز الهضمي وكذا في دور النقاهة من العمليات الجراحية .

✓ **غذاء مرضى السكري:** وهو غذاء يتم التحكم في كم السعرات الحرارية فيه بما يؤدي إلى تخفيض هذه السعرات عن تلك التي في الغذاء العادي تبعاً لوزن المريض والزيادة في نسبة السكر لديه.

✓ **أغذية قليلة الملح:** وتتميز بقلة ملح الطعام وتقدم لمرضى حالات عجز الكلى عن إفراز الزائد من ملح الصوديوم أو لحالات ضغط الدم المرتفع.

II-1-2- مراحل الإطعام:

المرحلة الأولى : إعداد قوائم الطعام

توكل هذه المهام إلى لجنة تصادق على قائمة الأغذية المخصصة للمرضى والموظفين. وهي تضم :

- أخصائيين في التغذية

- أخصائيين في خدمات المطاعم

- أعضاء من مكتب الخدمات الاقتصادية

عادة ما تجتمع هذه اللجنة في فترات تتراوح ما بين الأسبوع و 15 يوم حيث تنبأ كل مرة لقائمة أسبوع كامل . وتقوم هذه اللجنة بدراسة النقاط التالية:

1. التغذية المتوازنة

2. التنوع

3. وجود الأطعمة الموسمية

4. ملائمة تخطيط التوريد مع الإنتاج.

5. التكلفة

ومن ثم تصادق اللجنة على القائمة بعد تأكيدها من احترام النقاط السابق ذكرها.

المرحلة الثانية : التوريد والتتبع :

على أساس قوائم الأطعمة المختارة يقوم هذا القسم بتحديد احتياجاته وإصدار أوامر الطلبات، ويكون ذلك على أساس إحصائيات للطلبات على الوجبات وكذا إحصائيات الإنتاج وذلك لتحديد الكمية المطلوبة. عند التسليم يقوم المتسلم بملاً استمارة مراقبة للاستقبال وهو ما يعد بداية لعملية التتبع . بعد ذلك ومن خلال قائمة المخزون والتي تأخذ بعين الاعتبار جميع مراحل حياة المنتج من استلام المواد الخام أو المنتجات النهائية حتى مغادرتها المطبخ وذلك ضمناً لإمكانية تتبعها ومراقبة مسارها.

المرحلة الثالثة : الإنتاج

تسمح الطلبات على الوجبات بتنبؤ الإنتاج إذ يتم إعداد الوجبات باستخدام بطاقات تقنية محددة سلفاً (وصفات الوجبات). و تتميز التغذية الجماعية في المستشفى بالعدد الكبير من الوجبات اللازم تحضيرها من جهة، وتقديم عدد كبير من الخدمات الصحية مما يجعل توقيت ومكان استهلاك الوجبات يختلف عن الإنتاج وهو ما يعرف بإرجاء الإطعام.

ويمكن أن تتم عملية الإنتاج الخاصة بالتغذية في أكثر من أسلوب والتي تأخذ الأشكال الآتية:²⁴⁵

- نظام إنتاج وتقديم الغذاء
- نظام إنتاج الأطعمة الباردة.
- نظام إنتاج الأطعمة المجمدة (تنتج وتُخزن مبردة لفترة قادمة).
- نظام إنتاج الأطعمة المركبة من أصناف مختلفة.

ويعد تجميد الوجبات احد الحلول التي جعلت الاستهلاك يختلف ويؤجل عن الإنتاج سواء في الوقت أو في المكان (نتج في مكان ونستهلك في مكان آخر) وهو ما يعد حلاً مستعملاً في المستشفيات المعاصرة والحديثة، وبذلك:

- يتم تجميد الوجبات بعد طهيها بواسطة المبردات السريعة.
- يتم تخزين الطبق في مبرد تحت درجة 0 إلى 03 درجات مئوية .
- يتم نقل الطبق إلى مكان استهلاكه بحيث تكون درجة حرارته تتراوح ما بين 03 و 10 ° مئوية.
- ونظراً لوجود النشاط الجرثومي دوماً فإن مدة الاحتفاظ بالوجبة ما بين نهاية الطهي والاستهلاك تبقى محدودة. ولذلك فغالبا ما نجد المطبخ المركزي يجعل الاستهلاك مختلفاً ومتأخراً عن الإنتاج ب 03 أيام على أقصى تقدير.

²⁴⁵ ثامر ياسر البكري ، إدارة المستشفيات، مرجع سابق، ص171.

ويجدر الذكر هنا أن سرعة التبريد والتخزين في أماكن باردة هو شيء إيجابي نوعا ما لأنه لا يغير لا من طعم أو مظهر الوجبة. ويعاد تسخين الوجبة قبل استهلاكها مما يسمح بتقديم الوجبة بدرجة حرارة مناسبة. بمعنى أنها تؤكل ساخنة .

المرحلة الرابعة: التسليم

خلال هذه المرحلة يتم نقل الوجبة إلى مكان استهلاكها ويتم ذلك من خلال عربات خاصة.

المرحلة الخامسة: إرجاع درجة الحرارة

بالنسبة لنظام الوجبات المحمّدة ترجع درجة حرارة الأطباق إلى درجة حرارة عادية وتقدم للمريض.

II-2 - الغسيل: La blanchisserie

استكمالاً لما يقوم به قسم التنظيف في المستشفى من خلال توفير بيئة صحية في المستشفى خالية بقدر الإمكان من المكروبات، وتشجيع في الوقت نفسه الرضا والارتياح بين المرضى والزائرين والمرافقين وكذا العاملين، وذلك بالأثاث المرتب والديكور المنسق ونظافة غرف المستشفى ومكاتبه وأجهزته، فضلا عن انه يقضي أو يقلل من مخاطر العدوى بين المرضى يأتي دور قسم المغسلة الذي يهتم أساسا بغسيل وتعقيم بياضات أسرة المرضى وملابسهم وكذا ملابس أعضاء الهيئة الطبية العاملة، وكذلك ملابس العاملين بالأقسام التي لها علاقة مباشرة مع المرضى كالعاملين بأقسام الأشعة والمختبر والتمريض وغرف العمليات.

وتكمن أهمية الغسيل في المستشفى في ضمان عدم نقل العدوى إلى المرضى أو منهم، عن طريق غسل وتعقيم جميع البياضات والفرشة والملابس. حيث أثبتت الإحصائيات أن كل عام يموت 10.000 شخص من جراء العدوى المكتسبة في المستشفى.²⁴⁶ و يعد الغسيل التنظيف والقدر مصدرا من المصادر الرئيسية لانتشار العدوى، فهي تعد وسيلة مثالية لتكاثر الجراثيم. وتتطلب الوقاية من الإصابة بالعدوى أن يأخذ الغسيل سواء كان أفرشة أو ستائر أو ملابس الموظفين بعين الاعتبار.

حيث يساهم الغسيل بإعطاء صورة المستشفى ففي الواقع هو أول شيء يشد انتباه المريض والزائر معا. وبهذا يكون القسم مركبا من جانبين منفصلين: الغسيل القدر والغسيل التنظيف.

II-2-1 - مراحل عملية الغسيل:²⁴⁷

1- الجانب الأول : الغسيل القدر : في هذا الجانب يمر الغسيل القدر بعدة مراحل أهمها :

المرحلة الأولى: تجميع الغسيل

تجمع بياضات وأغطية و وسادات المرضى وملابسهم يوميا بمعرفة معاوني التمريض الذين يجمعونها ويضعونها في أكياس ثم ينقلون هذه الأكياس إلى غرفة الملابس والبياضات المتسخة الموجودة بكل جناح

²⁴⁶ www.infirmiers.com/le-circuit-du-linge-hospitalier , consulté le 19-04-2011.

²⁴⁷ Frédérique Frémont et autres, la logistique hospitalière, Institut supérieur des sciences et techniques, Saint Quentin, France, 2009, pp09-14, document disponible sur le site www.insset.u-picardie.fr consulté le 19-04-2011.

علاجي، ومن ثم يقوم العمال بنقلها إلى قسم المغسلة بواسطة عربات مخصصة لذلك أين يجب أن يتم كل ذلك بمراعاة القواعد الصحية والأمنية.

وبالنسبة لأجنحة المرضى المصابين بأمراض معدية تجمع البياضات والمناشف والملابس وأغطية الوسائد الخاصة بمؤلاء المرضى، وتوضع في أكياس يحكم إغلاقها وتكون مصنوعة من مادة تذوب عند الغسيل وبذلك لا تمر بمرحلة الفرز التي تلي مرحلة الجمع تجنباً لاحتمال انتقال العدوى إلى العاملين بالقسم.

وتفضل هذه المستشفيات أن توضع الملابس والبياضات والأغطية والوسائد والمناشف لمؤلاء المرضى في أكياس مميزة بلون خاص ليتم التعامل معها بحذر، وفي بعضها الآخر يكتفي بوضع علامة تميز هذه الأكياس عن نظيرتها الخاصة بالأقسام الأخرى.

أما الملابس الخاصة بأعضاء الهيئة الطبية والتمريضية وغيرهم من الفنيين العاملين بالمستشفى فتوضع لهم جداول زمنية معينة يرسل على ضوئها المعني ملابسها مباشرة وبمعرفته إلى القسم حيث توضع على كل منها رقم يشير إلى صاحب الملابس.

المرحلة الثانية : فرز الغسيل

يوجد نوعين من عملية الفرز في المغاسل:

✓ الفرز الآلي عن طريق الكاشف (détecteur) أو قارئ الكود البار (lecteur code-barres) وهو ما نجده في المستشفيات المعاصرة والمستعملة للتكنولوجيات الحديثة.

✓ الفرز اليدوي وهو الأكثر استعمالاً. ويتم هذا الفرز على أساس وضع كل صنف على حدى ليتم بعد ذلك وزنه ليتناسب مع قدرة استيعاب الغسالات الموجودة بالقسم.

وفي هذه الحالات واحتراما للإجراءات الأمنية يجب على العامل أن يرتدي ملابس واقية ، قناع وقفازات وأحذية مناسبة وذلك تفادياً لأجسام قاطعة وحادة أو ابر ممكن أن تكون قد تم نسيانها. ويتميز الفرز الآلي بكونه أكثر موثوقية (fiabilité) وضماناً للسلامة الصحية بنسبة 100% ولكن إنشائه يعد مكلفاً جداً.

المرحلة الثالثة: الغسل:

توضع الملابس في الغسالات بعد إحكام غلقها وتحديد درجة الحرارة المناسبة وكذلك المدة اللازمة للغسيل على أن تكون درجة حرارة مياه الغسيل عالية ضماناً للقضاء على ما قد يكون عالقا بها من جراثيم ومكروبات، وذلك فضلاً عن إضافة الكمية المناسبة من مساحيق التنظيف ومواد التطهير، وكذلك المساحيق الخاصة بإزالة البقع والأملاح الخاصة بإزالة ما قد يكون عالقا بالملابس والأغطية والبياضات والمناشف من دماء.

وترتبط جودة الغسيل بأربعة عوامل :

-الوقت

- العمل الميكانيكي من فرك وعصر
- العمل الكيميائي (استعمال مواد مطهرة و مؤكسدة وأملاح منظفة).
- درجة الحرارة (الغسل بدرجة حرارة تتراوح من 60 إلى 100 ° وفقا لنوعية النسيج وكذا الهدف منه).

الجانب الثاني : الغسيل النظيف

وهو يمثل المرحلة الرابعة، إذ يبدأ منذ خروج الغسيل من الآلات أين يتم تنشيفه ومن ثم رتق ما قد يكون ممزقا منها. وبعد إتمام كيه وطيه يرسل إلى غرفة حفظ الملابس النظيفة الملحقة بالقسم تمهيدا للبدء في توزيعه على أجنحة الأقسام العلاجية بالمستشفى. وتنتهج المستشفيات المعاصرة تكنولوجيا عالية خلال هذه المرحلة بحيث تتم كل العمليات بشكل آلي ودقيق.

المرحلة الخامسة: توزيع الغسيل

تتم عملية التوزيع بإرسال الملابس والبياضات والمناشف وأغطية الوسائد النظيفة إلى مخازن ملحقة بمحطات التمريض لكل قسم أو الأقسام الأخرى، حيث يتم السحب منها عند الحاجة أو عند تغيير الملابس وشراشف وأغطية المرضى وذلك على ضوء عدد المرضى المومنين بالجناح العلاجي مضافا إليه نسبة مئوية تحسبا للطوارئ.

ومن الطرق الحديثة المستعملة في التوزيع نجد نظام ملىء/فارغ بحيث انه بعد عد المواد النظيفة وتخصيصها وفقا لاحتياجات كل قسم توضع في خزانات تكون قد نظفت من قبل وتم تطهيرها. ولتجنب أو الحد من مخاطر تلوث هذه المواد تحترم بعض المعايير البسيطة مثل:

- غسل الأيدي بعد الانتهاء من العمل .
- حمل قفازات متجددة.
- لباس نظيف يتم تغييره بشكل دوري .
- التلقيح ضد التهاب الكبد، السل، الكزاز.
- جعل مدة التخزين اقصر ما يمكن.
- إذن وفي نهاية المسار فالآلاف من القطع النظيفة تعود إلى مالكيها أو إلى القسم المخصص لها من قسم الجراحة إلى المطبخ المركزي إلى قسم الطوارئ والإدارة.
- وهنا تبرز فعالية و دور الإمداد في ضمان إيجاد الممرض أو الطبيب للباسه المخصص له دون الخلط مع ثياب أخرى، و تزويد كل قسم بجميع اللوازم الخاصة به من أفرشة وما شابه ذلك .

II-3- التقييم ومراحله:

II-3-1- مفهوم التقييم:

في الوقت الذي يؤدي فيه قسما التنظيف والمغسلة دورا مهما في تحقيق جودة الرعاية الطبية بالمستشفى عن طريق تقليل فرص انتقال العدوى للمرضى أثناء وجودهم بالمستشفى يلعب قسم التقييم دورا أكثر أهمية في

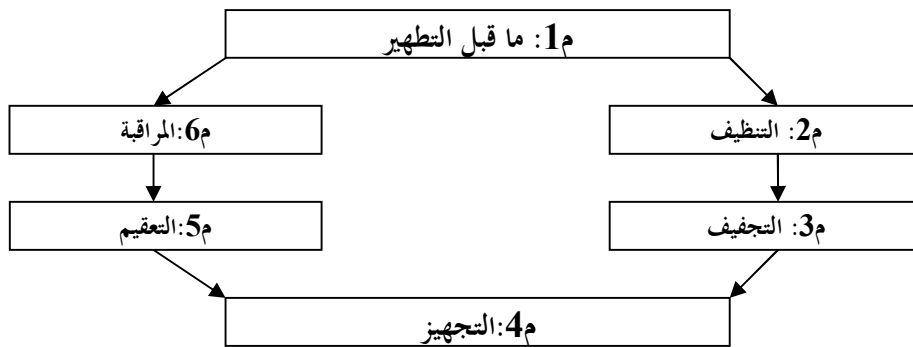
هذا المجال إذ أن مجال نشاطه هو الأدوات والمستلزمات الطبية الغير دوامية التي تستخدم أكثر من مرة والتي لها علاقة مباشرة بالمريض ذاته (دمه، أجهزته الداخلية) وليس بملابسه ومستلزمات سريريه ويتجلى ذلك فيما يقوم به هذا القسم من تعقيم لأدوات الجراحة والمستلزمات الطبية بغرف العمليات وقسم الطوارئ ومحطات التمريض بأجنحة الأقسام العلاجية والمختبر والأشعة ومن هنا يزداد حجم أهمية هذا القسم.

ويعرف التعقيم وفقا لمعايير AFNOR على انه تنفيذ مجموعة من الطرق والوسائل للقضاء على جميع الكائنات الدقيقة من أي نوع وبأي شكل من الأشكال والتي يحملها أي جسم منظف جيدا. أو كما تم تعريفها على أنها تلك العملية التي تتطلب القضاء على كل الكائنات الحية الدقيقة (بكتيريا، فيروسات، فطريات...) موجودة داخل غرفة أو على أداة جراحية وما إلى ذلك بواسطة عمليات فيزيائية (الحرارة - الأشعة ما فوق البنفسجية) أو الكيميائية (المطهرات antiseptique).²⁴⁸ بحيث تهدف هذه العملية إلى القضاء على أكثر من 10⁶ من عدد الكائنات الحية الدقيقة.²⁴⁹

ويعتد التعقيم إحدى الإجراءات التي لا يمكن التحقق الكامل من نتائجها مسبقا ولذلك فمن الضروري التحقق من إجراءات التعقيم قبل تنفيذها ومتابعة عملها وكذا صيانة الآلات والأجهزة الخاصة بها.

II-3-1- مراحل عملية التعقيم:²⁵⁰

يعتبر التعقيم كسلسلة إنتاجية وليس كعمل منعزل فعملية التعقيم هي تتابع مجموعة من الأنشطة المنظمة على شكل حلقة، بحيث انه في اغلب المؤسسات الصحية يتمركز قسم التعقيم بالقرب من جناح غرفة العمليات وهو ما يبرر بكون غرفة العمليات هي العميل الأول والرئيسي لقسم التعقيم. وبذلك تكون الحلقة ما بين هذين الأخيرين اقصر ما يمكن ويكون ذلك على أساس التنظيم المتبنى في المستشفى وكذا الوسائل والأجهزة المتوفرة. فهي تضم:



الشكل رقم: 21 : مراحل عملية التعقيم

²⁴⁸ www.aly-abbara.com/livre-gyn-obs/termes/hygiene/hygiemedicale-lexique.htm , consulté le 18-04-2011.

²⁴⁹ Dr S.DERRADJI, la stérilisation à l'hôpital, la première journée d'hygiène hospitalière de l'HMS, 12-07-2010, p 22, document publié dans le site www.chisrabat.ma/files/sterilisation.pdf, consulté le 18-04-2011.

²⁵⁰ François Denis et autres, Bactériologie médicale ; techniques usuelles, édition Elsevier MASSON, France, 2007, pp 72-73.

المرحلة الأولى: ما قبل التطهير: وهي تمثل أول معالجة للمواد والمستلزمات الملطخة والتي تهدف إلى التندنية من تكاثر الكائنات المجهرية ومن ثم تسهيل عملية التنظيف، هذا من جهة.

ومن جهة أخرى فهي تهدف كذلك إلى حماية الأفراد وكذا المحيط وكذا تفادي جفاف القذارة على المعدات. وتنفذ هذه المعالجة بأسرع ما يمكن بعد استعمال المستلزمات الطبية وذلك على مستوى مكان استخدامها ويكون ذلك قبل مرحلة التنظيف. وخلال هذه المرحلة يتم تفكيك الأدوات المستعملة إن أمكن ليتم بعد ذلك غمرها في محاليل مبيدة للجراثيم، والفطريات والمبيدة للفيروسات، بعد ذلك يتم تخفيفها فتسجيلها سواء على الورق أو إدخال برمجيات خاصة ليتم بعد ذلك نقلها إلى التعقيم.

المرحلة الثانية: التنظيف: تعد هذه المرحلة هامة في مسار التعقيم بحيث لا يعقم إلا ما هو نظيف وجاف.

« On ne stérilise que ce qui est propre et sec »

ويكمن الهدف من هذه المرحلة في إزالة جميع القذارة المتعلقة بالأدوات من اجل الحصول على مستلزمات طبية نظيفة وتعقيم امثل. ولتنفيذ عملية التنظيف تتبع الخطوات التالية:

- استقبال المستلزمات الطبية

- تفكيكها

- إزالة المخلفات المتبقية من جسم الإنسان من على الأداة ويكون ذلك إما يدويا أو باستخدام الموجات فوق الصوتية .

- غسل الأداة يدويا إن لم تتحمل الغسل بالآلة.

- تسجيل هذه العملية في برمجيات خاصة ومعينة أو على الورق.

المرحلة الثالثة: التجفيف

يكمن الهدف في إزالة كل اثر للمطهر من جهة ومن جهة أخرى منع تآكل وصدأ الأدوات. ويتم عن طريق آلة الغسيل أو بشكل يدوي.

المرحلة الرابعة: التجهيز

تتم عملية التعبئة والتغليف في اقرب وقت ممكن بعد التنظيف حيث يشكل التغليف الأولي حاجزا منيعا للكائنات الدقيقة مما يحافظ على تعقيمها. ولذلك تتبع الخطوات التالية:

- التحقق من نظافة وسلامة الأدوات من حيث عدم وجود بقع أو صدا أو تآكل أو تلف.

- حماية الأجزاء الحساسة (العدسات، الحادة،...).

- إعادة المجموعات في عبوات تغليفها (حاويات، أكياس أو أكياس مزدوجة...).

- حفظ هذه المرحلة وتسجيلها .

- تحميل المؤشرات التالية:الرقم- طبيعة المستلزمات المغلفة- تاريخ التعقيم- وتاريخ انتهاء الصلاحية.

المرحلة الخامسة: التعقيم

يتبع في تعقيم الأدوات الجراحية والمواد الطبية غير الدوائية أساليب عدة من أهمها:

1. التعقيم بالبخار المضغوط :²⁵¹

ويعتمد هذا النوع من التعقيم على رفع درجة حرارة البخار المضغوط إلى درجة تتراوح بين 121-134 درجة مئوية في فترة زمنية تكفي لقتل جميع المكروبات الدقيقة ويتم ذلك بواسطة جهاز autoclave ويستخدم هذا الأسلوب لتعقيم ملابس الأطباء والمرضى والفنيين العاملين بغرف العمليات الجراحية وكذلك في تعقيم الأدوات والمستلزمات الطبية والفوط والشراشف التي تستعمل سواء في هذه الغرف أو في الأقسام العلاجية الأخرى.

ويجدر الذكر هنا انه يوجد نوع آخر من التعقيم يتم في غرفة العمليات الجراحية عند الحاجة الطارئة لاستخدام أداة لم يتم تعقيمها من قبل أو لتلوثها بالسقوط مثلا على الأرض، مما يستلزم عندئذ إعادة تعقيمها.

2. التعقيم بغاز أكسيد الاثيلين:

وتتحكم في التعقيم بهذا الأسلوب أربعة عناصر أساسية هي:

- درجة الحرارة وهي تتراوح عادة بين 49 إلى 60 درجة مئوية.
- الوقت اللازم لإتمام التعقيم والذي يتراوح ما بين ساعتين و 12 ساعة.
- درجة تركيز غاز أكسيد الاثيلين فكلما ازدادت درجة تركيز هذا الغاز في الجهاز ازدادت معها قدرة جهاز التعقيم وقتل الكائنات الحية.
- نسبة الرطوبة في جهاز التعقيم يجب ألا تقل عن 60% وألا تزيد عن 90%.
- ويستخدم هذا الأسلوب في تعقيم المستلزمات الطبية التي لا تتحمل الدرجة المرتفعة لحرارة البخار المضغوط في الطريقة السابقة ومن بين هذه الأدوات المناظير، التلسكوبات والأنابيب والأدوات المطاطية وأجهزة قياس الحرارة.

3. التعقيم باستخدام الحرارة بدرجة مرتفعة " الفرن الجاف":²⁵²

وذلك بوضع الأدوات المراد تعقيمها في فرن جاف بدرجة حرارة 160-200 درجة مئوية لمدة ساعتين لضمان القضاء على بذور الجراثيم. ويشيع استخدام هذا الأسلوب في تعقيم الأدوات المستخدمة في عيادات طب الأسنان وكذا المختبرات الطبية .

²⁵¹ N.Hygis , Hygiène hospitalière, Presses Universitaires de Lyon, France, 1998, pp221-222.

²⁵² Michel Vaubourdolle, Médicaments, la collection du moniteur des pharmacies - Wolters Kluwer, France, 3ème édition, 2007, pp154-155.

المرحلة السادسة: المراقبة²⁵³

تؤدي ثلاثة أنواع من الرقابة طوال عملية التعقيم.

المراقبة قبل التعقيم: الغرض منها هو ضمان أن تكون جميع المراحل التي سبقت عملية التعقيم قد أُنجزت وان تكون المواد المراد تعقيمها قد تمت تعبئتها وتغليفها بشكل جيد قبل إدخالها في أجهزة التعقيم، إذ تشكل صيانة ونظافة المرافق والمعدات العنصر الأول لعملية المراقبة هذه.

المراقبة أثناء عملية التعقيم:

يتم تنفيذ نوعين أساسيين من المراقبة أثناء عملية التعقيم وذلك باستخدام الوسائل التالية:

أولاً : الاختبار البيولوجي: وهو عبارة عن وضع عينة من بذور الجراثيم التي تقاوم عادة الحرارة المرتفعة في جهاز التعقيم تحت ظروف مناسبة لإتمام عملية التعقيم فإذا تغير لون العينة كان ذلك مؤشراً للقضاء عليها، وبالتالي مؤشراً على كفاءة الجهاز للقيام بعملية التعقيم على الوجه الأمثل. وهو يستخدم قبل البدء في عملية التعقيم للتأكد من كفاءة الجهاز.

ثانياً : الاختبار الكيميائي: ويجرى هذا الاختبار للتأكد من عدم حدوث خلل طارئ في الجهاز. ويتم هذا الاختبار بوضع شريط من الورق به دوائر ورقية معالجة كيميائياً ولها لون معين في السلة التي بها الأدوات المراد تعقيمها، فإذا تغير لون هذه الدوائر دل ذلك على استمرار كفاءة الجهاز للقيام بعملية التعقيم.

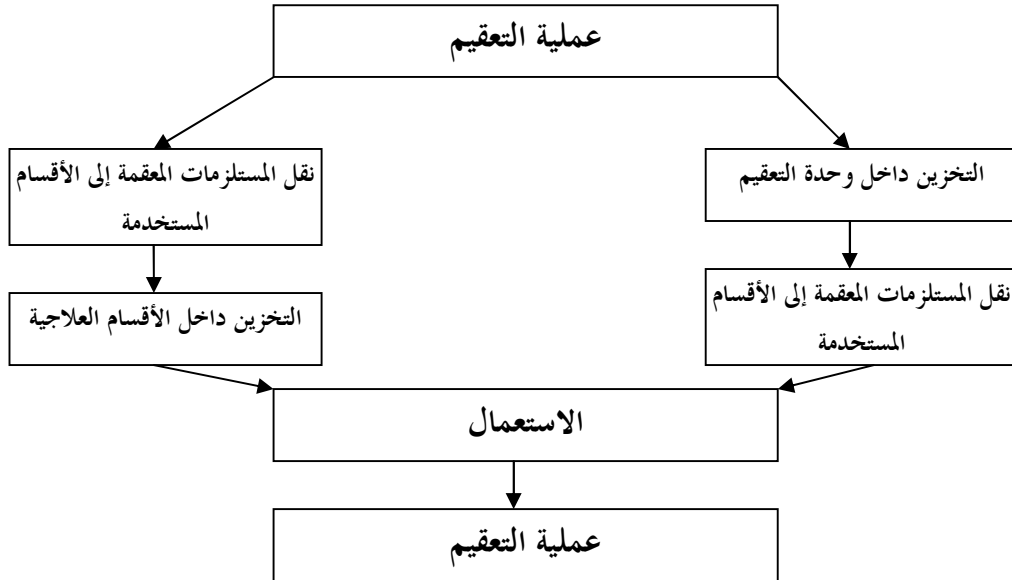
ثالثاً: المراقبة بعد التعقيم: بعد عملية التعقيم تخصص المراقبة في هذه المرحلة حالة التغليف، درجة جفافها وكذا سلامتها. تعنون مختلف الطرود وتخزن حيث تضم كل ملصقة على رقم الطرود وتاريخ التعقيم. ويتم تسجيل نفس المعلومات في مختلف الدورات والاختبارات في سجل لكل جهاز تعقيم. وتعتمد المدة القصوى لاستعمال الأداة المعقمة على طريقة التعقيم وكذا نوع العبوة المستخدمة.

التخزين بعد التعقيم : إن منطقة تخزين المستلزمات الطبية تفصل عن تلك المخصصة لغير المعقمة، وذلك لجعلها جاهزة لتسليمها ويتم التخزين بعيداً عن الرطوبة وأشعة الشمس وعن التلوث بجميع أنواعه. حيث لا يتم أبداً تخزين هذه المواد على الأرض وإذا لزم الأمر تعبأ الأدوات المعقمة في عبوات ثانية للوقاية (كيس بلاستيكي، علبة وغيرها من الوسائل المناسبة) ويمكن أن يشمل هذا المغلف واحد أو أكثر من المستلزمات الطبية المعقمة وفقاً لطبيعتها والغرض منها حيث يحمل هذا المغلف كذلك ملصقات وعلامات ملائمة.

النقل نحو الأقسام المستخدمة : يتم نقل المستلزمات المعقمة في حاويات أو خزائن تنظف بشكل دوري ومغلقة بإحكام ضماناً لسلامة العبوات. ويحتفظ بسجل في الصيدلية للاستخدام الداخلي وفي القسم المستخدم مما يسمح بتحديد طبيعة وكمية المستلزمات المعقمة والمسلمة وكذا تاريخ ومكان التسليم.

²⁵³ Houda Tlahig, vers un outils d'aide a l)fa décision pour le choix entre internationalisation externalisation ou mutualisation des activités logistiques au sein d'un établissement de santé, cas du service de stérilisation, op-cit p 36.

التخزين على مستوى الأقسام العلاجية : من اجل ضمان سلامة العبوات تخصص منطقة لتخزينها تكون بعيدة عن أشعة الشمس والرطوبة والتلوث بجميع أشكاله وهو ما يتجسد في جميع الأقسام العلاجية وكذا قسم الطوارئ على أن يتناسب مكان التخزين مع المخزونات.



الشكل رقم: 22 : مسار الأدوات المعقمة

III – إعادة التموين بالمستشفى: إطار، أشكال وخصائص: Les modes de réapprovisionnement

اهتمت العديد من الدراسات بنشاط إعادة التموين داخل المستشفى، ودرست مختلف الأشكال التي يأخذها هذا النشاط من أنظمة التسخير، تبادل العربات، نظام مليء/ فارغ، وكذا منهج level . كما أظهرت أن التحكم الجيد في أنشطة إعادة التموين للمستشفى هو الأكثر ملائمة في إطار تبحث فيه إدارة المستشفى عن مصادر وفورات اقتصادية من دون المساس بجودة الخدمات الصحية المطلوبة . ولقد تم تقدير تكاليف أنشطة إعادة التموين بحوالي 20 % من نفقات المركز الإستشفائي ولذلك فإذا تم استعمال موارد هذه الأنشطة بأحسن شكل ممكن فإن ذلك سيسمح بتحقيق وفورات وإدارة مثلى للأموال المتاحة .²⁵⁴

وللاستفادة من المزايا المرتبطة بتنفيذ أحسن الممارسات فمن الضروري أن تكون لنا في الأول دراية حول إدارة طرق إعادة التموين بالمستشفى، ولذلك سنتطرق فيما يلي إلى التعريف بالأنشطة المرتبطة بهذه الطرق وكذا الأهداف المنوطة بها .

²⁵⁴ Jean-Philippe Blouin et autres, Systèmes de réapprovisionnement des unités de soins : Description et implications organisationnelles, Cahier de recherche n° 01-04 , Groupe de recherche CHAINE, Montréal,2001, p 01.

ولكن قبل التعرض إلى طرق إعادة التموين الرئيسية المستعملة حاليا في المستشفيات، لابد أن نتعرض في بادئ الأمر إلى مكونات هذا النشاط باختلاف أشكاله، ولذلك ومن اجل تحليل مشترك لهذه الطرق فقد جمعها Martin Beaulieu (2000) ضمن 4 أنشطة رئيسية: ²⁵⁵

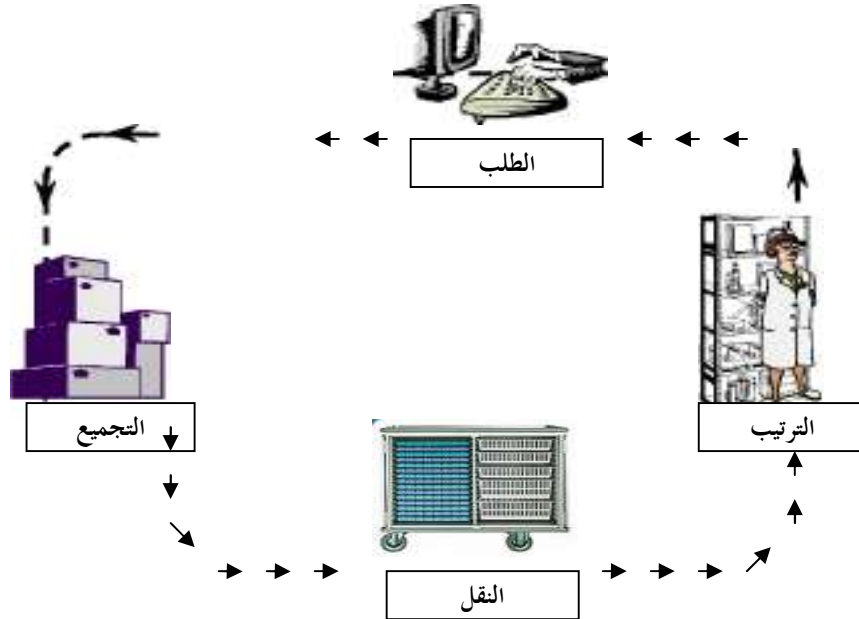
1- الطلب (Commander): يتناسب هذا النشاط مع طريقة إعادة التموين المستعملة، وبالأعمال المرتبطة بجرد المخزون المتواجد بوحدات الرعاية، وكذا التعريف باللوازم والكميات التي من المفروض التزويد بها ومن ثم إرسال هذه الاحتياجات إلى المخزن المركزي .

2- التجميع : ويرتبط هذا النشاط بالمناولة والعمليات الضرورية لتجميع طلبات اللوازم والمواد المطلوبة خلال النشاط السابق.

3- النقل (Transporter): ويتمثل أساسا في تسليم المواد ونقلها من المخازن المركزية إلى وحدات الرعاية وإعادة العربات إلى المخازن .

4- الترتيب (Placer): ويرتبط هذا النشاط بالمناولة وجميع العمليات الضرورية لترتيب المواد واللوازم في أماكنها المحددة داخل وحدات الرعاية .

ويوضح الشكل الموالي دورة إعادة التموين بما فيها الأنشطة الرئيسية المكونة لها :



الشكل رقم: 23: دورة إعادة التموين

المصدر: Jean-Philippe Blouin et autres, La performance des modes de réapprovisionnement des fournitures médicales, op-cit , p 03.

²⁵⁵ Martin Beaulieu et autres, La performance des modes de réapprovisionnement des fournitures médicales, Cahier de recherche n° 00-01, Groupe de recherche CHAINE, Montréal, 2000, p 03.

III-1-1- أشكال إعادة التموين بالمستشفى:

إذن وانطلاقاً من عدة دراسات نلخص فيما يلي أهم طرق إعادة التموين المستعملة حالياً في المستشفيات محاولين شرح كل أسلوب على حدى مع تبيان أهم نتائج الدراسات المتعلقة بها.

III-1-1- نظام التسخير Le système de Réquisition

يعتبر هذا النظام من أقدم الطرق المستخدمة في أنشطة إعادة التموين بالمستشفيات، ومع استخدام مثل هذا النظام تقع مسؤولية الحفاظ على مستوى كاف للوالم بالوحدات الصحية على عاتق مقدمي الرعاية من تقنيين إداريين وممرضين وبذلك يقوم هذا الطاقم بجرد المخزونات إضافة إلى تقييم الإستهلاكات على أساس منتظم. إذن فكل المواد والمنتجات التي تدخل ضمن احتياجات الوحدة ستكون محل تسخير بحيث يتم إرسال الطلب إما يدوياً أو الكترونياً إلى المخزن المركزي للمستشفى. انطلاقاً من هذا الطلب يجمع موظفو المخزن المركزي البضائع الضرورية وإرسالها إلى وحدات الرعاية. ونعرض في الجدول الموالي الأنشطة المكونة لهذا النظام مع توضيح المسؤول عليها وكذا المكان المناط بكل نشاط .

طريقة إعادة التموين	وصف الأنشطة	المسؤول	مكاتها
نظام التسخير (أو الطلبات)	1- تقييم الاحتياجات للوالم والمواد (طلب)	المرضى	و.العلاجية
	2- تحضير الطلب (طلب)	المرضى	و.العلاجية
	3- إرسال الاحتياجات الخاصة بوحدة الرعاية (طلب)	المرضى	و.العلاجية
	4- تجميع اللوالم (تجميع)	المناول	المخازن المركزية
	5- تسليم اللوالم لوحدات الرعاية (النقل)	المناول	و.العلاجية
	6- ترتيب اللوالم في مواضع الاستعمال (الترتيب)	المرضى	و.العلاجية

الجدول رقم 03: خصائص طرق إعادة التموين

المصدر: Jean-Philippe Blouin et autres, Systèmes de réapprovisionnement des unités de soins : Description et implications organisationnelles, op.cit, p 03.

واهم ما يميز هذا النظام هو عدم تطلبه للكثير من الاستثمارات الرأسمالية هذا من جهة ومن جهة أخرى فهو يلقي بمسؤولية إدارة المواد على عاتق وحدات الرعاية وهو الأمر الذي سيتسبب في خلق بعض الصعوبات لان طاقم التمريض غالباً ما يكون جد مشغول عن القيام بمتابعة جدية للوالم المخزنة. والأكثر من ذلك ، أن هذه المهام تخرج عن إطار أولويات الممرضين وعن تكوينهم المتخصص . إن هذه الوضعية يمكن أن تتسبب في نفاذ المخزون لبعض اللوالم، ارتفاع مستوى المخزون لمواد أخرى هذا بالإضافة إلى تقادم بعض المنتجات وتلفها .

ولتفادي هذه الوضعيات تلجأ المستشفى إلى مضاعفة مخزونها من اللوازم والمنتجات لتجنب الوقوع في حالات نقص أو نفاذ لأحد المنتجات أو اللوازم ، وفي الواقع أسفرت الدراسات على أن النظام القائم على التسخير قد انجر عنه مستوى عال من المخزون وحالات نفاذ أكثر تكرارا عن بقية الأنظمة الأخرى كتبادل العربات أو أنظمة Level .

L'échange des chariots : 2-1-III

إن تبادل العربات هو تقنية لإعادة التموين والتي عرفت انتشارا في أواسط السبعينات ، وفي هذه الفترة اعتبرت هذه الطريقة أحسن من سابقتها لأنها ألغت مسؤولية وحدات الرعاية في إدارة المخزون وإعادة التموين .

ذكر Chow و Heaver (1994) أن هذا النظام يعمل وفقا لما يلي :

- أن اللوازم الطبية التي تخصصها عمليات إعادة التموين توضع في عربات متنقلة تتواجد بوحدات العلاج والتي تستعمل كنقاط تخزين .

ولضمان إعادة تموين الوحدة العلاجية وبعد أن يتم استهلاك الأدوية واللوازم التي كانت بالعربة المتنقلة تستبدل هذه الأخيرة بعربة ثانية ماثلة ومليئة وفقا لجدول زمني محدد .

حيث تؤخذ العربة الأولى إلى المخزن المركزي لجرد اللوازم وتجديد المخزون بها وفي الوقت المحدد يمكن لهذه العربة أن تستبدل من جديد بسابقتها المتمركزة بوحدة الرعاية .

ويوضح الجدول الموالي جميع المراحل المرتبطة بإعادة تموين وحدات العلاج عن طريق تبادل العربات :

المكان	المسؤول	وصف الأنشطة	طريقة إعادة التموين
و.العلاجية	المناول	1- تسليم عربة إلى وحدة الرعاية وفقا لجدول زمن محدد (نقل)	تبادل العربات Echange des chariots
و.العلاجية	المناول	2- عودة العربة إلى المخزن المركزي (نقل)	
م.المركزي	المناول	3- جرد مخزون العربة (طلب)	
م.المركزي	المناول	4- تجميع اللوازم (تجميع)	
م.المركزي	المناول	5- وضع اللوازم في العربة (ترتيب)	

ووفقا ل Perrin (1994)²⁵⁶ فإن تبادل العربات كأسلوب يتميز عن سابقه نظام التسخير، بكونه حول المسؤوليات من وحدة الرعاية إلى قسم إدارة المواد، الأمر الذي جعل المرضى يتحررون من مهام لم يتلقوا فيها أي تكوين. وعلى عكس الطرق الأخرى الخاصة بإعادة التموين تسمح طريقة تبادل العربات بانجاز أنشطة الطلب والترتيب خارج وحدة الرعاية، أي بمعنى داخل المخزن المركزي وهذا ما يجعل الحدود ترتسم ما بين الأنشطة المحققة في المواقع التي فيها اتصال مع الزبائن [Front office] وتلك التي تقع في الوسط الخلفي

²⁵⁶ PERRIN. R.A, Exchange Cart and Par Level Supply Distribution Systems : Form Follows Function, Hospital Materiel Management Quarterly, vol. 15, n° 3, 1994, p65.

[Back Office] حيث أن مزاوله هذه الأنشطة في هذا الوسط سيسمح بريح وقت أكثر. هذا بالإضافة إلى أن الإدارة المركزية لإعادة التموين ستحد من تقلبات الطلب على اللوازم من المخزن المركزي. ومع ذلك فإن لهذا النظام بعض أوجه القصور ففي بادئ الأمر ينبغي الإشارة إلى أن تبادل العربات يجعل من مضاعفة التنقلات إلى المخزن المركزي أمرا ضروريا لضمان تموين وحدات الرعاية بالمستشفى. وفي الواقع فإن إعادة تموين وحدة الرعاية باللوازم والمواد يتطلب التنقل ذهابا وإيابا، في حين انه إذا تم نقل المواد المستهلكة فقط، فإن ذلك سيسمح بتموين عدة وحدات في آن واحد. وثانيا : لوحظ كذلك أن هذه الطريقة تزيد من مستوى اللوازم المحتفظ بها في المستشفى لان كل عربة تعتمد على العربة التوأم لضمان إعادة تموين سريعة وفعالة. ثالثا : يفيد Taylor (1990) بان هذا النوع من إعادة التموين للمواد داخل المستشفى لا يمكن أن يتوافق إلا مع عدد محدود من المنتجات نظرا للأمكنة المتوفرة بالعربة.²⁵⁷

III-1-3- منهج level: (Approche par Level)

نظرا للتكاليف الهامة المتولدة عن تبني نظام تبادل العربات تراجع استعمال هذه الطريقة في السنوات الماضية ليحل محلها نظام level. ولعل أهم ما يميز هذا الأخير هو القيام بجولة عبر وحدات الرعاية المراد تحديد مواردها وفقا لجداول زمنية محددة سلفا. خلال هذه الجولة يقوم المناول بإحصاء اللوازم الطبية والمواد المستودعة في هذه الوحدات ليتم إدخال البيانات المتعلقة بالكمية المحصاة باستخدام قارئ الرموز Lecteur des codes a Barres. وهذا ينطبق على جميع المواد التي تتطلب إعادة التموين. يتم تحميل المعلومة عبر نظام المعلومات الذي يقارن بين الكمية المحصاة مع الحصص المقررة ليقوم هذا الأخير باستخلاص قائمة الاحتياجات التي سيتم على أساسها تجميع هذه المواد في المخزن المركزي ليتم بعد ذلك نقل هذه المواد وتسليمها إلى وحدات الرعاية ووضعها في الأماكن المخصصة لتخزينها كالعربات الثابتة ، الأرفف ، الأدرج.

ونعرض في الجدول الموالي الخطوات التي تنطوي عليها طريقة (Level) :

المكان	المسؤول	وصف الأنشطة	طريقة إعادة التموين
و.العلاجية	المناول	احصاء مخزون الوحدات وقراءة البيانات.(الطلب)	منهج LEVEL Approche par Level
و.ع أو م.م	المناول	إرسال احتياجات كل الوحدات.(الطلب)	
م.مركزي	المناول	تجميع اللوازم. (التجميع)	
و.العلاجية	المناول	تسليم المواد لوحدة الرعاية.(النقل)	
و.العلاجية	المناول	وضع المواد في اماكن التخزين المخصصة لها.(الترتيب)	

²⁵⁷ TAYLOR.D , Establishing a stock distribution system, Hospital Materiel Management Quarterly, vol. 12, n° 2, 1990, p 24.

ويهدف هذا النظام إلى تموين الوحدات بالمواد واللوازم الضرورية بشكل دوري وعلاوة على ذلك فإن هذا النظام أي نظام Level هو أكثر ملائمة للحالات التي تكون فيها فضاءات التخزين غير كافية، سواء في وحدات الرعاية أو في المخزن المركزي لاستيداع عربة أو أكثر، وهو ما تبين من خلال دراسات Burnette (1994) بان هذا النظام يتطلب مساحات اقل من نظام تبادل العربات والأكثر من ذلك ، أن تقنية إعادة التموين هذه تسمح بتدنية المخزون المحتفظ به عن طريق القضاء على العربة التوأم وبالحد من تحركاتها داخل المستشفى .²⁵⁸

والجدير بالذكر هنا أن هذه الطريقة لم تلقى النجاح الذي تستحقه إلا بعد تطور تكنولوجيا المعلومات وخاصة فيما يتعلق بقارئ الرموز Lecteur des codes a Barres الذي سهل وزاد من انتشارها في المستشفيات الأكثر حداثة وتطورا .

III-1-4- نظام ملئ/ فارغ: Systeme plein /vide

وفقا لدراسة ل Beaulieu (2000) فإن العديد من المستشفيات تستخدم نظام ملئ/فارغ لضمان إعادة تموين وحدات الرعاية، حيث يعتبر هذا النظام نظاما للخزانات المزدوجة (Double Casier) والذي يسمح بتسيير المخزون في وحدات الرعاية.

وعلى وجه التحديد فإن تشغيل هذا النمط من إعادة التموين داخل المستشفى يشمل المراحل التالية : يتم تخزين اللوازم في مكان ينقسم إلى جزأين، أين نجد في كل جزأ نفس الكمية من المنتجات، بحيث تسمى هذه الكمية بالحصة (Quota) أو المخصصات (Dotation) ويتم احتساب هذه الكميات من اجل تغطية احتياجات الاستهلاك ما بين فترات إعادة التموين والتي يضاف إليها مخزون الأمان لمواجهة تقلبات الطلب. وعندما تفرغ إحدى الأدراج المخصصة للمنتجات، تسحب بطاقات الترميز (codes a Barre) من قبل طاقم التمريض. يتم المسح الضوئي لهذه الملصقات وفق جداول زمنية محددة سلفا.

إذن بعد قراءة ملصقات الترميز تبدأ عملية إعادة التموين حيث تحول المعلومة المدخلة مسبقا في قارئ الترميز لنظام المعلومات الذي يقوم بإنشاء قائمة المنتجات المطلوبة للتجميع في المخزن المركزي للمستشفى بعد ذلك تسلم هذه اللوازم للوحدات وترتب في الدرج الفارغ، ويمثل الجدول الموالي ملخصا للمهام المرتبطة بهذا النظام:

²⁵⁸ Burnette Sam.W , Efficient materiel handling and distribution : A design perspective, Hospital Materiel Management Quarterly, vol. 16, n° 2, 1994, p 28.

المكان	المسؤول	وصف الأنشطة	طريقة إعادة التموين
و.العلاجية	المرضى	1- نزع ملصقة الترميز (الطلب).	نظام ملئ / فارغ Système plein / vide
و.العلاجية	المناول	2- قراءة ملصقة الترميز عن طريق المسح الضوئي (الطلب).	
و.ع أو م.م	المناول	3- إرسال الاحتياجات الخاصة بالوحدات العلاجية (الطلب).	
م.مركزي	المناول	4- تجميع هذه اللوازم والمواد (التجميع).	
و.العلاجية	المناول	5- تسليم المواد إلى وحدات الرعاية (النقل).	
و.العلاجية	المناول	6- وضع هذه المواد واللوازم في الجزء الفارغ وتثبيت الملصقة في هذا الجزء. (الترتيب)	

بدأ انتشار هذه الطريقة منذ سنوات التسعينات في المستشفيات الأوروبية ومن ثم المستشفيات الأمريكية، وبما أن هذا النظام لا يخضع لمسؤولية الممرض، فإنه بالتالي يكتسب نفس مزايا نظامي تبادل العربات ونظام Level. ضف إلى ذلك فإنه وفقا لدراسة أجراها Gerber (1999) فإن هذا النظام سيسمح بانخفاض كبير يقدر ب 50% من الوقت الضروري لإحصاء المخزون المتواجد بوحدة الرعاية.²⁵⁹ وفي الواقع فإن إنجاز أنشطة الطلبات لا يتطلب أي احتساب بل فقط تفحص ومسح ضوئي للملصقة المثبتة من قبل طاقم التمريض . والأكثر من ذلك فإن استخدام هذه الطريقة ستقلل من مخاطر بقاء المنتج بشكل مطول في وحدة الرعاية لأنه يتوجب على طاقم التمريض استهلاك المنتجات المتواجدة بالجزء (الدرج) الأول وضمان نفاذه قبل الانتقال إلى الدرج الثاني .

III-2- اختيار أنظمة إعادة تموين وحدات الرعاية الصحية باللوازم الطبية :

من اجل إعادة تموين وحدات الرعاية الصحية باللوازم الطبية يمكن تنفيذ عدة أنظمة: كالتسخير، تبادل العربات، أو العربات مزدوجة الرفوف. ويعد اختيار طريقة إعادة التموين قرارا حساسا لان من شأنه أن يولد حصة هامة من نفقات المستشفى. ويمكن أن تصنف أنظمة إعادة التموين إلى نوعين: أنظمة لامركزية تمنح للطالب مسؤولية الإدارة بنفسه لأنشطة إعادة التموين، وأنظمة مركزية تعفي الجهة الطالبة من هذه المسؤولية وتولي أنشطة إعادة التموين لموظفي الإمداد المخصصين لهذه المهمة.²⁶⁰ هذا وتفيد الدراسات الأميركية وكذا الأوروبية أن المستشفيات في هذه البلدان تحاول منذ 1970 التخلص من الأنظمة اللامركزية للتسخير واستبدالها بأنظمة مركزية، أو بطرق أخرى حديثة كتبادل العربات أو نظام الرفوف المزدوجة .

²⁵⁹ Gerber Marvin, 'No-Count' System Adds Up to Supply Chain Success, Materials Management, vol8, n° 6, 1999, p 30.

²⁶⁰ Sylvain Landry et autres, Réapprovisionnement des unités de soins :Portrait de six hôpitaux québécois et français, Logistique & Management, numéro spécial 2004, p 13.

وعلاوة على ذلك فان تنفيذ أية طريقة من الطرق السالف ذكرها يجب أن يراعي بعض العوامل الظرفية من اجل الحصول على كامل إمكانيات النظام . فعلى سبيل المثال فان تخصيص مهني المناولة في وحدات الرعاية الصحية سيكون تبعاً لخضوعهم لتعلم الانجازات اليومية للأعمال وبالتالي على قدرتهم لتلبية احتياجات هذه الوحدات في المكان والزمان المناسبين، هذا من جهة.

ومن جهة أخرى ، فان حداثة هذه الطرق يرتبط بحجم استثمارات المستشفى في هذا الجانب ومدى استعدادها ووعيها لامتلاك هذه التكنولوجيات الحديثة والتي رغم غلاء أثمانها إلا أن لها آثار ايجابية على أداء هذا النشاط بالخصوص وبالتالي على أداء المؤسسة ككل مما يؤهلها لتقديم أعلى مستوى من الخدمات الصحية وإرضاء أكثر لمتطلبات المريض.

الخاتمة:

من خلال دراستنا لمختلف الأنشطة المكونة للإمداد الصحي يتبين لنا أن هذا الأخير يلعب دورا هاما في تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة من خلال توفير المواد الضرورية في المكان والزمان المناسبين. الأمر الذي سيعطيه مكانة إستراتيجية في إدارة المستشفى كما هو الحال في المؤسسة الصناعية .

ومن خلال نقاط عديدة نوقشت في هذا الفصل يتضح لنا جليا أن أنشطة الإمداد لا تزال تسير بشكل منفصل على عكس الإمداد الصناعي الذي يقوم على تكامل الأنشطة على طول سلسلة الإمداد.

نقطة أخرى بجدر التنويه بها ، وهي انه لطالما كان الإمداد قطاعا منسيا في المستشفى، خصصت له عمالات ومؤهلات طبية غير متخصصة ، بمعنى أفراد لا ينتمون إلى أقسام إدارة المواد، وبشكل أو بآخر فان الكل يمارس أنشطة الإمداد ولكن القليل منهم يدرك ذلك. هذا من جهة، ومن جهة أخرى فالعديد من التدفقات على اختلاف طبيعتها تدار على مستوى المستشفى مما يجعل من التنسيق فيما بينها أمرا ضروريا ورهانا من الرهانات التي تواجهها هذه المنظمة.

المؤسسة العمومية الإستشفائية لمغنية

كعينة لواقع الإمداد

في المؤسسة الصحية الجزائرية

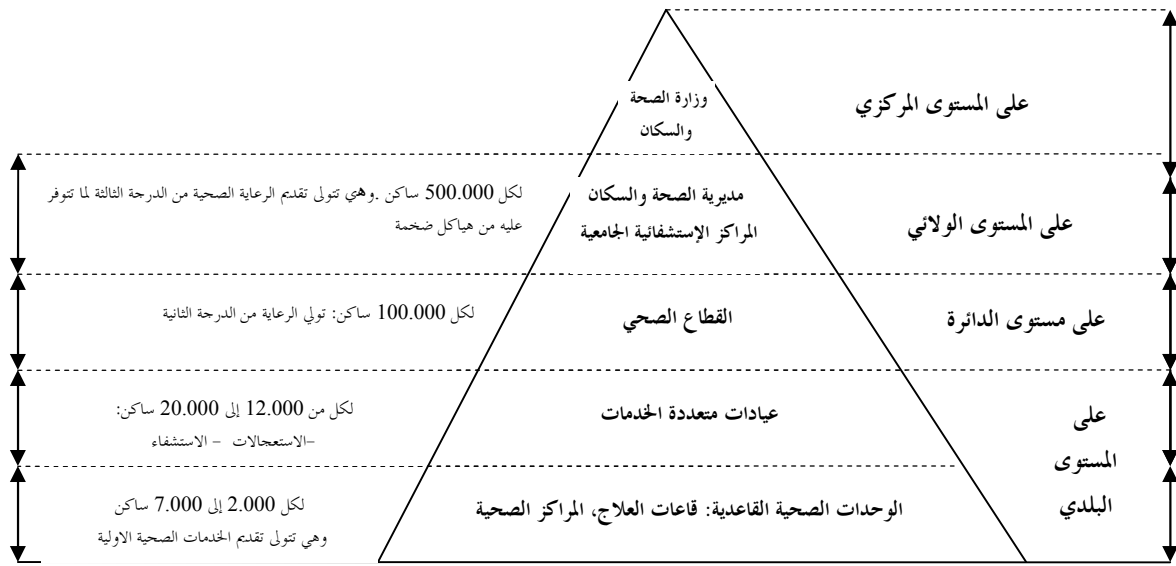
مقدمة:

يعتبر الإمداد في المجال الصحي موضوعا جديدا نسبيا ومثيرا للجدل والنقاش بين المهتمين بالموضوع، وهذا ما تؤكد الأديبات والدراسات المتطرق إليها سابقا. و لذلك حاولنا التعرف عليه نظريا وعلى أهم جوانب هذا المفهوم وهذا باعتباره أحد النشاطات الخفية التي تساهم بشكل غير مباشر في دعم وترقية الخدمة الصحية. ومن ثم ترسيخ المعلومات والمعارف المتحصل عليها وتجسيدها على أرض الواقع بتعرفنا أكثر عليه عن قرب ودراسة واقعه في المؤسسة الصحية الجزائرية آخذين المؤسسة العمومية الإستشفائية لمغنية كعينة في هذه الدراسة، هذا من جهة.

ومن جهة أخرى لقد رأينا أن الإمداد الصحي ينقسم إلى شطرين كلاسيكي وخدماتي. فأما الكلاسيكي فيتجسد في التحكم في التدفقات المادية في حين يكمن الشطر الثاني في التحكم في تدفق المرضى، والذي يختلف من قسم إلى آخر وتختلف معه طرق التحكم في مثل هذه التدفقات. وللتوضيح أخذنا قسم العمليات الجراحية كمثال ودرسنا مختلف جوانب التحكم في مثل هذه التدفقات ومن ثم نمذجتها رياضيا.

I- مدخل عام حول الخدمات الصحية العمومية في الجزائر:**I-1- هيكل النظام الصحي العمومي في الجزائر**

تعتبر وزارة الصحة والسكان المسؤول الأول عن تقديم الرعاية الصحية وتوفير الدواء ورفع المستوى الصحي للمواطنين الجزائريين والأجانب والقضاء على مشاكلهم الطبية، تليها المستشفيات الجامعية والجهوية ثم القطاعات الصحية والوحدات القاعدية التابعة لها. ويوضح الشكل الموالي الصورة السلمية لنظام الخدمات الصحية في الجزائر.



الشكل رقم: 24: سلمية الخدمات الصحية العمومية في النظام الجزائري

المصدر : مديرية الصحة والسكان، تلمسان

ولكي يتضح الأمر أكثر يتم شرح وتحليل مختلف المستويات المشكلة لهذا الهرم على النحو التالي:
أولا: على المستوى المركزي: يتمثل المستوى المركزي في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وتتكون من:

أ- **الوزير:** يقوم وزير الصحة والسكان بوضع إستراتيجية لتنمية أعمال قطاعه في مجال:²⁶¹

- وقاية صحة السكان ورعايتها؛
- التحكم في النمو الديمغرافي والتخطيط العائلي؛
- التنظيم الصحي والخريطة الصحية؛
- العلاج الطبي في الهياكل الصحية؛
- تحديد أنماط تكوين الممارسين الطبيين والشبه طبيين؛

²⁶¹المرسوم 124/90 المؤرخ في 05 شوال 1410 الموافق ل 30 افريل 1990 والمتعلق بتحديد صلاحيات وزير الصحة .

كعينة لواقع الإمداد في المؤسسة الصحية الجزائرية

- العمل على تنمية الموارد البشرية المؤهلة في ميدان التكوين وتحسين المستوى وتحديد المعلومات؛
- ينظم المهن ويعد التنظيم الخاص بها عن طريق التدابير التنظيمية والتشريعية التي تخضع لها الأعمال التابعة لميدان اختصاصه والسهر على تطبيقها؛

- دعم الأعمال التي لها علاقة بالوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمستديمة؛
- التزويد بالأدوية والمعدات الطبية وتوزيعها؛
- الحماية الصحية في الوسط التربوي والعائلي والعملي؛

وتشمل الإدارة المركزية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات على المصالح الآتية:

ب- ديوان الوزير: يكلف مدير الديوان الذي يساعده مكلفون بالدراسة وعددهم سبعة (07) وملحقون بالديوان وعددهم أربعة (04)، بجميع أشغال الدراسات والأبحاث المرتبطة باختصاصاتهم وتحضيرهم مشاركة الوزير في أعمال الحكومة وفي علاقته مع الخارج.

ج - الأمانة العامة: تكلف الأمانة العامة التي يشرف على إدارتها مدير عام يساعده اثنان (02) من مديري الدراسات ويلحق بهما مكتب البريد والاتصال والتنسيق بين الهياكل المركزية والمصالح التابعة لها وتقييمها وتوجيهها.

د - المفتشية العامة: يشرف عليها ستة (06) مفتشين يقومون بالمهام التالية:

- الوقاية من كل أنواع التقصير وتسيير المصالح الصحية ؛

- توجيه المسيرين وإرشادهم لمراعاة القوانين والأحكام التنظيمية؛

- العمل على الاستعمال المحكم للوسائل والموارد؛

- ضمان مطلب الصرامة في تنظيم العمل.

هـ - المديريات المركزية: وتشمل ثمانية مديريات لكل منها اختصاص معين وهي:

مديرية الوقاية، مديرية المصالح الصحية، مديرية الصيدلية والدواء، مديرية السكان، مديرية

التكوين، مديرية التخطيط، مديرية التقنين والمنازعات.

ثانيا: على المستوى الولائي:أ - مديرية الصحة والسكان:

يكلف مدير الصحة والسكان بعدة مهام أهمها تمثيل وزير الصحة والسكان على مستوى الولاية بكل ما يتعلق بالصحة والسكان، والعمل على توزيع الموارد الصحية توزيعا منسجما ومتوازنا ومتابعة تحضير ميزانيات القطاعات الصحية وتنفيذها، بالإضافة إلى مراقبة وتوزيع الأدوية والمواد الصيدلانية ومتابعة ظروف تخزينها وإعداد التلاخيص لتحديد الاحتياجات الصحية في الولاية في مجال الوقاية والعلاج والأدوية والموارد البشرية والمنشآت الأساسية والتجهيز والتكوين وتطبيق التنظيم الخاص بالنظافة العمومية والوقاية العامة، كما

كعينة لواقع الإمداد في المؤسسة الصحية الجزائرية

أما تهتم بدراسة المنازعات والمشاكل المرتبطة بأعمال تسيير ممارسي الصحة، بالإضافة إلى الاتصال بالمصالح المعنية بتحديد احتياجات موظفي الصحة وإعداد برامج العمل الخاصة بميدان التكوين.

ب - المراكز الاستشفائية الجامعية

أنشأت المستشفيات الجامعية بموجب قانون 74-100 الصادر ب 13 جوان 1974 وهي نتاج لاتحاد مركز استشفائي جهوي (660 إلى 700 سرير) ومعهد طبي. يعتبر المركز الإستشفائي منشأة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ويتم إنشائها بموجب مرسوم بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي بحيث يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية على المركز الإستشفائي الجامعي، ويمارس الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية .²⁶² بصفة عامة يمكن أن يوصف المركز الإستشفائي الجامعي على أنه ذلك النوع من المستشفى الذي عادة ما يكون كبير ويقع بمنطقة حضرية، والذي يتولى تقديم مجموعة من الخدمات الفنية ويستقبل مرضاه من بين قاعدة السكان العريضة، ويهتم بتدريب هيئة فنية في مجال البحث والرعاية على السواء، بمعنى أنه يشرف على ثلاث ميادين أساسية هي:

-الميدان الصحي؛

-الميدان التكويني؛

-ميدان الدراسة والبحث.

يدير المركز الإستشفائي مجلس إدارة، ويسيره مدير عام يزود بجهاز استشاري يسمى المجلس العلمي.

ثالثا: على المستوى المحلي (الدائرة والبلدية)

تنظم الخدمات الصحية على مستوى الدائرة والبلدية في شكل قطاعات صحية، وحدات إستشفائية متخصصة ووحدات صحية قاعدية، تتولى هذه المنشآت تحديد احتياجات السكان قبل تنفيذ البرامج الصحية الوطنية والمحلية، وهذا بالاستعمال الأمثل للموارد المادية والبشرية. وللحد من الضغط على المراكز الإستشفائية وتطبيقا لسلمية العلاج تم إنشاء قطاعات صحية فرعية المسماة قاعدية أو أولية (sous secteurs sanitaires) ، أوكلت لها مهمة انتقاء الحالات المرضية بعد كشفها وتوجيه الخطير منها نحو المستشفى والرعاية البسيطة منها ذاتيا، إلى جانب إسهامها في الحملات الوقائية والتطعيم لسكان منطقة معينة. وهي تتكون على الترتيب من:

أ- عيادة متعددة الخدمات (Polyclinique) مهمتها:

- تقديم مختلف الخدمات الصحية والإستعجالية والفحوصات العامة المتخصصة؛

- الإشراف الفني والإداري على المراكز الصحية البلدية؛

- تقوم بدور الوساطة بين المركز الصحي والمستشفى.

²⁶² المرسوم التنفيذي رقم 467/97 المؤرخ في 02 شعبان 1418 الموافق ل 02-12-1997 المتعلق بإنشاء المراكز الإستشفائية الجامعية و تنظيمها و سيرها.

كعينة لواقع الإمداد في المؤسسة الصحية الجزائرية

ب- المركز الصحي (Centre de santé): ينشأ في كل قرية أو كل تجمع سكاني، وتوكل له مهمة الوقاية الصحية، وحماية الأمومة والطفولة والتطعيم والعلاجات والفحوصات العامة.

ج- قاعات العلاج (salles de soin): وهي التي تتولى تقديم العلاجات البسيطة لكل 1000 - 2000 ساكن .

ولكن المرسوم التنفيذي لسنة 2007 تضمن تغيير تقسيم القطاعات الصحية إلى :²⁶³

- المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH) Etablissements Publics Hospitaliers

- المؤسسات العمومية للصحة الجوارية Etablissements publics de santé de proximité (EPSP)

- المؤسسات الإستشفائية المتخصصة (EHS) Etablissements Hospitaliers spécialisés

وقد ألغيت المراكز الصحية (Centres de santé) لتتحول بدورها إلى عيادات متعددة الخدمات (Polycliniques) أو إلى قاعات للعلاج (Salles de soins).

إن المؤسسة العمومية الإستشفائية (EPH) حسب المرسوم التنفيذي رقم 07-140 هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، وهي تتكون من هياكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تغطي حاجة سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات.

تحدد المشتملات المادية للمؤسسة العمومية الإستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة.

وتوكل إليها عدة مهام بموجب المادة 4 و 5 من المرسوم 07-140 منها :

- التكفل بالحاجات الصحية للسكان ضمان نشاطات العلاج والتشخيص والاستشفاء والاستعجالات الطبية الجراحية
- ضمان تقديم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة.
- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتحديد معارفهم.
- كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية الإستشفائية كميدان للتكوين الطبي والشبه الطبي والتكوين في التسيير الإستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين .

²⁶³ المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى 1428 الموافق لـ 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية ومؤسسات الصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها .

كعينة لواقع الإمداد في المؤسسة الصحية الجزائرية

أما المؤسسة العمومية للصحة الجوارية (EPSP) حسب نفس المرسوم لها نفس تعريف المؤسسة العمومية الإستشفائية، إلا أنها تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج. تحدد المشتملات المادية والحيز الجغرافي لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة.

أما مهامها حسب المادة 8 من هذا المرسوم فهي التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بما يلي:

-الوقاية والعلاج القاعدي؛

-تشخيص المرض؛

-العلاج الجوارية؛

-الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي؛

-الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي؛

-تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.

وتكلف على الخصوص بالمساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية والصحة المدرسية.

I-2- مدخلات القطاع المادية والبشرية:

سجل السلك الطبي نما قدرت نسبته بحوالي 70% خلال العشرية الأخيرة في الهياكل العمومية بتسجيل ارتفاع في عدد الأطباء الممارسين من 21000 (منهم 4000 أخصائيون في سنة 1999)، إلى 35000 طبيب ممارس (منهم 13000 أخصائيون) في سنة 2007، وقد تم تعزيز هذه الموارد البشرية عام 2009 ب 15000 طبيب عام، 5000 طبيب متخصص وكذا 15000 عامل شبه طبي.²⁶⁴

إن تسيير المنشآت الطبية يبقى يشكل أيضا أولوية من خلال التسيير المختص بالمستشفيات، وذلك من خلال برامج تكوين أولي ومتواصل للمسيرين الذين استفاد نحو 1000 منهم من تكوين في مجال تسيير إدارة المستشفيات، في حين أن حوالي 400 آخرون يتابعون حاليا تكوينا. في هذا الخصوص، ستحول المدرسة الوطنية للصحة العمومية إلى مدرسة لتسيير إدارة المؤسسات الإستشفائية.

وتجدر الإشارة إلى أن عدد أسرة المستشفيات العمومية ارتفع بشكل محسوس من أقل من 54000 في سنة 1999، إلى قرابة 68000 في سنة 2007. وفي المقابل، فإن قطاع الصحة مازال يعاني من نقص في أعوان شبه الطبي الذي يتعين استدراكه، حيث بلغت عدد مدارس التكوين الشبه الطبي (EFPM) 35 مدرسة لسنة 2007، إلا أن الحاجيات الإضافية المنتظرة ما بين 2010 و 2015 تقدر ب 40000 إطار.

وبهدف تلبية طلبات المواطنين، تمت مرافقة سياسة الصحة العمومية بجهود هامة للاستثمار من طرف الدولة، بغية توسيع و تدعيم شبكة المنشآت الصحية من أجل تكفل أفضل بالمريض، و تحقيق تغطية طبية أفضل. فقد

²⁶⁴ www.andi.dz (site électronique de l'Agence Nationale de Développement de l'investissement), page consulté le 22-05-2011.

كعينة لواقع الإمداد في المؤسسة الصحية الجزائرية

سمح برنامج تنمية الصحة للفترة الممتدة من 2005 إلى 2009 من انشاء 65 مستشفى عام ومتخصص، 76 عيادة متعددة الخدمات، 168 مركز صحي، 40 قاعة علاج، 06 مراكز للمراقبة الصحية عند الحدود، 04 مراكز لتصفية الدم ومعهد للتكوين الشبه طبي.

كما عمل قطاع الصحة العمومية على تنظيم العلاج على عدة مستويات لتقريب العلاج القاعدي، و العلاج المتخصص من المرضى، و تقليص الضغط على مصالح الاستعجالات. وهذا ما أدى إلى المبادرة ببرنامج لتكثيف مصالح المناوبة، كما تم إنشاء 168 وحدة خاصة بطب الأورام على مستوى المستشفيات العامة التي ستجنب المرضى التنقل و الانتظار، و ستخفف الطلب على مستوى المراكز المتخصصة.

بالإضافة إلى تعميم الوقاية على كافة الأصعدة من بعض الأمراض التي تراجعت، و التكفل بالصحة المدرسية و الجامعية، و لاسيما التكفل بصحة الأمهات و الأطفال. أضف إلى ذلك تعزيز الوسائل من خلال إنجاز 16 مصلحة، و 185 وحدة إضافية لصحة المولود الجديد، و إبقاء تعميم التطعيم ضد أبرز الأمراض التي يمكن التحكم فيها من خلال التطعيم.

و لم تهمل الدولة السن المتقدم للسكان (معدل أمل الحياة عند الولادة كان يبلغ 47 سنة خلال 1962 مقابل 67 سنة خلال 2008)، و كذا التغيير الذي طرأ على النمط المعيشي حيث أنها علاوة على الوقاية، فقد عززت وسائل مكافحة بعض الأمراض كالسرطان، وأمراض القلب والشرايين، وداء السكري والربو، وبعض أمراض العيون، علاوة على الصحة العقلية.

مما سبق يتضح أن هناك اهتمام كبير بالقطاع الصحي من طرف الدولة، وهذا ما يترجمه التقدم الكبير الذي سجلته البلاد في ميدان الهياكل الطبية ومواردها المادية والبشرية بشتى أنواعها، بالإضافة إلى التحسن الذي سجلته مؤسسات الصحة التي أضحت تقارب تلك المسجلة في البلدان المتقدمة (بدليل التراجع المحسوس لنسبة الوفيات في شتى الفئات، و الارتفاع المحسوس للأمل في الحياة عند الولادة).

I-3- تطور نظام تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

عرف نظام تمويل المنظومة الصحية في الجزائر عدة تحولات، يمكن تقسيمها إلى أربعة مراحل أساسية هي:

المرحلة الأولى : من 1962 الى 1973

ورثت الجزائر غداة الاستقلال منظومة صحية قائمة على أسس وتنظيمات المنظومة الفرنسية آنذاك. ابتداء من 1963 عملت الحكومة للحد من مختلف التشريعات القائمة وإدخال نوع من الاستقلالية في التسيير . ظهرت في هذه المرحلة ثلاث مصادر لتمويل النفقات الصحية وهي:

-التكفل بالنسبة الكبرى من النفقات الصحية من طرف الدولة والجماعات المحلية وقد وصلت هذه النسبة إلى 60% يستفيد من هذا التمويل الأشخاص المحرومين، عديمي الدخل، أصحاب الحقوق...

كعينة لواقع الإمداد في المؤسسة الصحية الجزائرية

-يقوم الضمان الاجتماعي بتغطية 30% من النفقات العامة للهياكل العمومية التابعة لقطاع الصحة عن طريق صناديقه الجهوية والتي تغذى بواسطة اشتراكات العمال الأجراء.
-الجزء المتبقي مصدره المساهمة المالية للأفراد المسورين وأصحاب المهن الحرة.

المرحلة الثانية: من 1974 إلى 1993

هذه المرحلة التي سميت بمجانبة العلاج²⁶⁵، حيث أصبح العلاج مجانا في كل المؤسسات العمومية، بالإضافة إلى التغييرات التي مست نسبة مساهمة التمويل في تغطية النفقات الصحية، مست أيضا تغييرات في طرق تسيير الهياكل الصحية القائمة، حيث عرفت تعويض سعر اليوم بالميزانية الجزافية الشاملة. وقد قسمت الهياكل الصحية في هذه الفترة إلى:

-الهياكل العمومية للصحة: التي تضمنت القطاعات الصحية، المراكز الصحية الجامعية والمتخصصة التي تمثل القاعدة الأساسية في توزيع العلاج.

-القطاع الشبه عمومي: وهو يمول من طرف صندوق الضمان الاجتماعي بالاشتراك مع مؤسسات عمومية، ويستفيد من خدماته العمال وعائلاتهم.

-القطاع الخاص: في هذه الفترة لم يكن حجمه كبيرا واقتصر دوره في بعض عيادات التشخيص للأطباء العاميين، أخصائيون، أطباء أسنان...

لم تظهر مشاكل التمويل في بداية هذه المرحلة نظرا لليسر المالي آنذاك، وصولا إلى سنة 1986 وبظهور أزمة مالية خانقة ناتجة عن انهيار أسعار البترول التي أدت إلى انكماش الموارد المالية الممنوحة من طرف الدولة، وخاصة ابتداء من 1988 انخفضت الموارد المالية في صناديق الضمان الاجتماعي لانخفاض اشتراكات العمال مع بداية التسريجات العمالية من المؤسسات العمومية، مما أدى ذلك إلى التفكير في تخفيف الضغط على الموارد المالية العمومية وإيجاد موارد مالية أخرى.

المرحلة الثالثة: ابتداء من 1994 إلى 2006

مضمون هذه المرحلة هو التخلي التدريجي للدولة عن تمويل الخدمات الصحية تاركة المجال للتمويل الشخصي للخدمة الصحية من طرف المستفيد. وقد تم في هذه المرحلة إدراج سعر رمزي للفحوصات الطبية: الطب العام ب 50 دج، الطب المتخصص ب 100 دج وذلك كمرحلة أولية²⁶⁶. وفي مرحلة موالية توسع ذلك ليشمل الإيواء، الإطعام، التحاليل الطبية.

²⁶⁵ الأمر رقم 78-65 الصادر في 28 ديسمبر 1973 و المتعلق بمجانبة العلاج

²⁶⁶ Circulaire N° 01/MSP/CAB/MIN du 08 Avril 1995, Ministère de la santé et de la population.

كعينة لواقع الإمداد في المؤسسة الصحية الجزائرية

تتكون المنظومة الصحية في هذه المرحلة من القطاع العمومي، القطاع الشبه العمومي، والقطاع الخاص. هذا الأخير الذي بدأ يرى النور ابتداءً من 1990 أين فتح المجال أمام المستثمرين بإنشاء مراكز صحية خاصة. وما يؤخذ على هذه المرحلة عدم وجود تشريع واضح ينظم نشاط الممارسين الخواص من حيث اختلاف تسعيرة الخدمة من ممارس إلى آخر هذا من جهة، من جهة أخرى عدم مسك وثائق محاسبية تبرز التكاليف والإيرادات الناتجة عن نشاطاتهم.

المرحلة الرابعة: من 2006 إلى يومنا هذا:

و تمثل هذه المرحلة بداية تجسيد النظام التعاقدى للعلاج في المستشفيات، وذلك عبر مراحل تدريجية حتى تم تطبيقه بصفة نهائية في أواخر سنة 2009. حيث توزع النفقات العمومية على الصحة العمومية بالنسبة للمرضى الأجراء عن طريق الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية (CNAS)، والمرضى غير الأجراء عن طريق الصندوق الوطني لغير الأجراء (CASNOS) أما عديمي الدخل فتكون بمساهمة الدولة عن طريق مديرية الضمان الاجتماعي (DAS). وذلك من أجل تخفيف العبء على خزينة الدولة، والتحكم المحاسبي الدقيق لتكاليف العلاج.

II - عموميات حول المستشفى محل الدراسة الميدانية:

تتربع ولاية تلمسان على مساحة قدرها 9017.69 كم² بتعداد سكاني بلغ 980.763 نسمة سنة 2010.²⁶⁷ الأمر الذي جعل من تطوير وهيئة القطاع الصحي لهذه الولاية ضرورة من الضروريات الملحة لاستيعاب هذا النمو السكاني وتلبية احتياجاته الصحية.

ويضم القطاع الصحي لولاية تلمسان على:²⁶⁸

- مركز استشفائي جامعي واحد .

- 4 مؤسسات عمومية إستشفائية (EPH) هي:

✓ المؤسسة العمومية الإستشفائية لمغنية .

✓ المؤسسة العمومية الإستشفائية لندرومة.

✓ المؤسسة العمومية الإستشفائية للغزوات .

✓ المؤسسة العمومية الإستشفائية لسبدو .

7 مؤسسات عمومية للصحة الجوارية (EPSP) تتواجد على مستوى بلديات أولاد ميمون، سبدو،

الرمشي، مغنية، الغزوات، باب العسة، تلمسان.

- مؤسسة عمومية إستشفائية متخصصة للام والطفل بتلمسان.

²⁶⁷ مديرية تخطيط وهيئة الاقليم لولاية تلمسان، 2011.

²⁶⁸ مديرية الصحة والسكان بولاية تلمسان، 2011.

كعينة لواقع الإمداد في المؤسسة الصحية الجزائرية

- 38 قاعة علاج موزعة على جميع تراب الولاية .

II-1- نظرة عامة حول المؤسسة العمومية الإستشفائية لمغنية:

II-1-1- تقديم المؤسسة :

تحمل المؤسسة العمومية الإستشفائية بمغنية اسم الشهيد "شعبان حمدون" ، وهي تعتبر من أهم المرافق الحيوية في دائرة مغنية ، شهدت نشأتها عدة مراحل أهمها كان إعادة هيكلتها في إطار الخريطة الصحية لسنة 1982 بموجب المرسوم التنفيذي 81-242 المؤرخ في 05-09-1981 كقطاع صحي ليعاد تحويله إلى جنوب مدينة مغنية وتدشينه يوم 26 ماي 1993 من قبل وزير الصحة محمد صغير بابس ، وفي عام 2008 تحول إلى مؤسسة عمومية إستشفائية بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى 1428 الموافق ل 19-05-2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات الصحية الجوارية وتنظيمها.

وتبلغ السعة السريرية لمستشفى شعبان حمدون 240 سرير موزعة على 6 أقسام للتتويج:

أقسام التتويج	التخصص	الحجم السريري / التخصص	الحجم السريري
مصلحة الطب العام	الطب الداخلي Médecine interne	28	60
	أمراض الجهاز الهضمي Gastro-entérologie	10	
	طب الكلى Néphrologie	06	
	الأمراض الصدرية Pneumo phtisiologie		
مصلحة الجراحة العامة	الجراحة العامة	48	60
	جراحة العظام	12	
مصلحة طب الأطفال		30	30
مصلحة التوليد وأمراض النساء	التوليد	36	60
	أمراض النساء	24	
مصلحة الاستعجالات		20	20
مصلحة تصفية الدم		10	10

الجدول رقم: 04 : الأقسام الطبية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية لمغنية

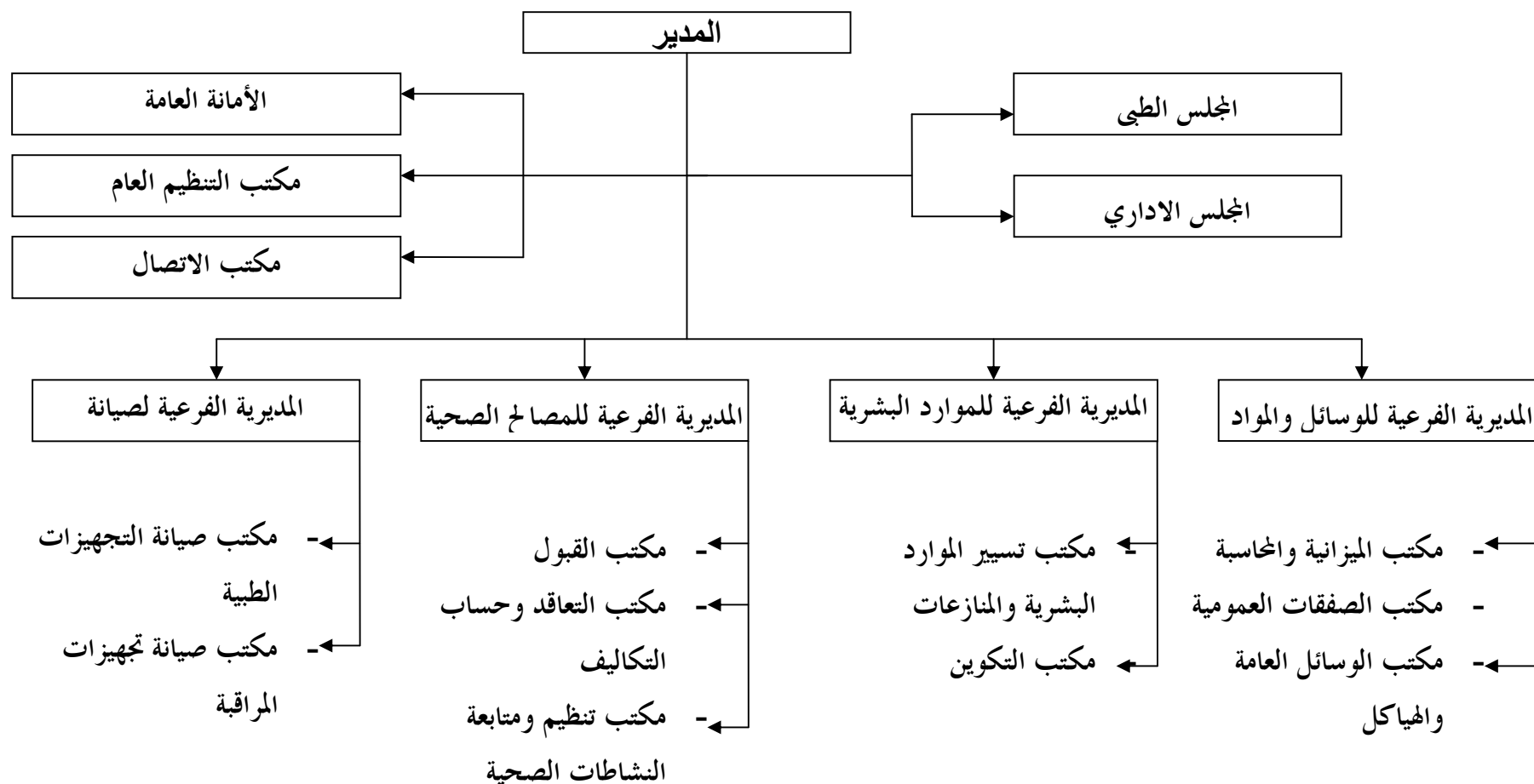
المصدر: وثائق رسمية لمديرية الموارد البشرية بالمستشفى.

وبذلك فهي تتكون من:

✓ 4 مصالح للتتويج:

كعينة لواقع الإمداد في المؤسسة الصحية الجزائرية

- الطب العام
 - الجراحة العامة
 - طب الأطفال
 - التوليد
 - ✓ مصلحة الاستعجالات والطوارئ
 - ✓ مصلحة تصفية الدم
 - ✓ جناح تقني مكون من :
 - جناح العمليات الجراحية يضم 4 غرف للعمليات الجراحية.
 - قسم التصوير الطبي.
 - مختبر للتحاليل الطبية مزود ببنك للدم.
 - صيدلية مركزية.
- وتعتبر المستشفى من الناحية القانونية كمؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وهي تخضع لوصاية الوالي .
- وتغطي هذه المستشفى الاحتياجات الصحية ل 4 دوائر هي مغنية ، بني بوسعيد ، باب العسة وكذا مرسى بن مهدي.
- و من خلال الشكل الموالي يظهر الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الإستشفائية بمغنية والمحدد بموجب قرار وزاري مشترك بين وزير الصحة والمالية المؤرخ في 03 محرم 1431 الموافق ل 20 ديسمبر 2009 المحدد للتنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية.



الشكل رقم: 25: الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الإستشفائية شعبان حمدون بمغنية

المصدر: القرار الوزاري المشترك لوزيري الصحة والمالية المؤرخ في 03 محرم 1431 الموافق ل 20 ديسمبر 2009 المحدد للتنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الإستشفائية.

يشرف المدير على تسيير المستشفى فهو يعتبر الأمر بالصرف لهذه المؤسسة العمومية يساعده في ذلك مجلس إداري

وهيئة استشارية تتمثل في المجلس الطبي

يتكون هذا الأخير من :

- مسؤولي المصالح الطبية

- الصيدلي

- جراح الأسنان

- ممثل عن الشبه الطبيين منتخب من قبل زملاءه

يكلف المجلس الطبي بدراسة كل المسائل التي تهم المؤسسة وإبداء رأيه الطبي والتقني فيها ولاسيما :

- التنظيم والعلاقات الوظيفية بين المصالح الطبية

- إنشاء هيكل طبية أو إلغائها

- مشاريع البرامج المتعلقة بالتجهيزات الطبية وبناء المصالح الطبية وإعادة تهيئتها

كما يخول للمجلس الطبي اقتراح كل التدابير التي من شأنها تحسين تنظيم المؤسسة وسيرها لاسيما مصالح العلاج

والوقاية وينتخب هذا المجلس من بين أعضائه رئيسا ونائبا للرئيس لمدة تدوم 03 سنوات قابلة للتجديد

في حين يتألف المجلس الإداري من :

- ممثل عن الوالي رئيسا

- ممثل عن إدارة المالية

- ممثل عن التأمينات الاقتصادية

- ممثل عن هيئات الضمان الاجتماعي

- ممثل عن المجلس الشعبي الولائي

- ممثل عن المجلس الشعبي البلدي مقر المؤسسة

- ممثل عن المستخدمين الطبيين ينتخبه زملاؤه

- ممثل عن الشبه طبيين منتخب من قبل رفاقه

- ممثل عن العمال

- رئيس المجلس الطبي

في حين توكل للمجلس الإداري مهام التداول على :

- مشروع ميزانية المؤسسة

- الحسابات التقديرية

- الحساب الإداري
- مشاريع الاستثمار
- مشاريع التنظيم الداخلي للمؤسسة
- النظام الداخلي للمؤسسة
- العقود المتعلقة بتقديم العلاج المبرمة مع شركاء المؤسسة لاسيما هيئات الضمان الاجتماعي والتأمينات الاقتصادية والجماعات المحلية والهيئات الأخرى
- البرامج السنوية لحفظ البيانات والتجهيزات الطبية وصيانتها والتجهيزات المرافقة

II - 1-2 - موارد المستشفى:

II - 1-2-1 - الموارد البشرية :

تضم المستشفى 490 مستخدما ، باختلاف كفاءاتهم ومؤهلاتهم العلمية ، يتوزعون كما يلي :

العدد	التخصص	المستخدمون
39	أطباء عامين	الطاقم الطبي
01	جراح أسنان	
01	صيدلي	
28	أطباء أخصائيين	الطاقم شبه الطبي
252	مرض شهادة دولة	
	مرض مؤهل	
	مساعدتي التمريض	
41	مختلف المديريات (المدير، الأمانة، موظفي المديريات...)	الطاقم الإداري
128	مختلف المصالح (الإطعام، التنظيف، الغسيل.....)	العمال المهنيون

الجدول رقم: 05 : توزيع الموارد البشرية بمسشفى شعبان حمدون ل 2011.

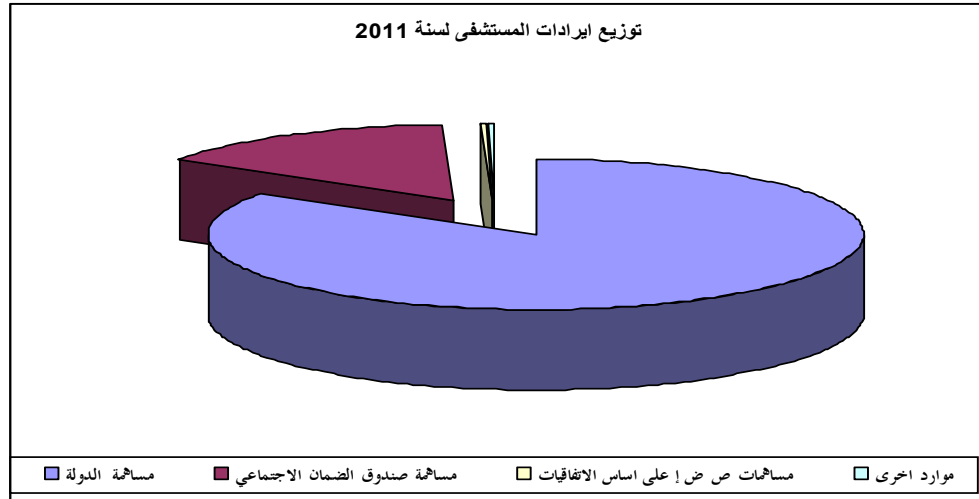
المصدر: وثائق رسمية لمديرية الموارد البشرية بالمسشفى.

II - 1-2-2 - الموارد المالية :

أ- إيرادات المستشفى:

من خلال ميزانية التسيير للمستشفى نستطيع استخلاص مختلف مصادر التمويل لهذه المؤسسة، والموزعة بشكل متفاوت ومختلف من مصدر إلى آخر، إذ نجد:

- مساهمات الدولة
- مساهمات هيئات الضمان الاجتماعي
- الإيرادات الواردة من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بعنوان الخدمة الخاضعة لاتفاقيات.
- موارد أخرى كمداحيل العلاج، التحاليل، الأشعة، إقامة وتنويم المريض بالمستشفى (...).



الشكل رقم:26: مصادر تمويل المستشفى للسنة المالية 2011 .

المصدر: الميزانية المالية للمؤسسة العمومية الإستشفائية شعبان حمدون لسنة 2011

ب- **النفقات** : بالعودة دائما إلى الميزانية المالية لعام 2011 نستطيع تمييز مختلف النفقات المقسمة إلى 10

عناوين مقسمة بدورها إلى أبواب والتي نلخصها في الجدول الموالي:

تعيين النفقات	الإعتمادات المخصصة (دج)	نسبة التوزيع (%)
نفقات المستخدمين	290.000.000.00	52.95
نفقات التكوين	930.000.00	0.17
التغذية	23.000.000.00	4.20
الأدوية والمواد ذات الاستعمال الطبي	131.000.000.00	23.92
نفقات الأعمال الوقائية النوعية	8.000.000.00	1.46

4.20	23.000.000.00	العتاد والأدوية الطبية
6.30	34.500.000.00	صيانة الهياكل الصحية
5.84	32.000.000.00	نفقات أخرى للتسيير
0.97	5.300.000.00	الخدمات الاجتماعية
0	00.00	نفقات البحث العلمي
%100	547.730.000.00	مجموع النفقات

الجدول رقم: 06 : توزيع النفقات لسنة 2011.

المصدر: الميزانية المالية للمستشفى لسنة 2011.

الشيء الذي يشد الانتباه هنا هو الوزن المالي الضخم لمصاريف المستخدمين (52.95 %) تليها مصاريف شراء الأدوية والمواد ذات الاستعمال الطبي (23.92 %) ومن ثم أقسام التغذية والصيانة و نفقات التسيير كذلك (4.20 %، 6.30 %، 5.84 % على التوالي). إن هذه المعطيات تؤكد لنا ما جاء بمختلف الأدبيات المتطرق إليها في الفصل الثاني وهو ما يتجسد في كون أن أنشطة الإمداد تحتل المرتبة الثانية من بعد أعباء المستخدمين من حيث العبء المالي الخاص بها .

II - 2- واقع أنشطة الإمداد في مستشفى الشهيد شعبان حمدون:

لقد درسنا في الفصلين السابقين ماهية الإمداد بشكل عام من مفاهيم و تعاريف لمختلف الأنشطة المكونة له لتتجه بعد ذلك إلى دراسة هذا النشاط ولكن هذه المرة على مستوى مؤسسة خدماتية بحتة، تتميز بأهميتها الاجتماعية والإنسانية والحيوية لكل فرد من المجتمع . لقد تطرقنا من خلال دراستنا للعديد من الأدبيات التي سبقت أن تعرضت لهذا الموضوع، إلى ماهية هذه الوظائف والأنشطة والتي سنحاول دراسة واقعها في المؤسسة الصحية الجزائرية اخذين بطبيعة الحال مستشفى شعبان حمدون كعينة لدراسة هذا النشاط.

سنركز في تحليلنا هذا على تعريف Chow و Heaver للإمداد الصحي والمدرج سابقا ، لذلك سنتطرق لوظيفتي الشراء والتخزين ، أنشطة التحويل فالتوزيع الداخلي والطرق المعمول بها في هذه المؤسسة الصحية.

II - 2-1- التوريد بالمستشفى:

II - 2-1-1- وظيفة الشراء في المستشفى:

تعد وظيفة الشراء من أهم أنشطة الإمداد سواء كان ذلك في مؤسسة صناعية أو خدمية، وهذا ما لمسناه من خلال معاينتنا الميدانية في المستشفى وبالخصوص تفحصنا للميزانية المالية للمستشفى لعدة سنوات أين تبين لنا

أن الوزن المالي للمشتريات جد مهم بشكل يجعل المؤسسة تلتفت إليه وتوليه اهتمامها وخصوصا أن الدولة تسعى إلى ترشيد نفقاتها وعقلنة تسيير موارد مؤسساتها العمومية .

كما تبين لنا من خلال مقابلاتنا مع رؤساء وعمال الأقسام المختلفة بهذه المؤسسة (المديرية الفرعية للوسائل والمواد ، قسم الغسيل، قسم الإطعام) أن هذه الوظيفة تخضع للمركزية في المستشفى بحيث تقوم مديرية الوسائل و المواد بإدارة جميع عمليات الشراء لمختلف المواد من أدوية، أجهزة طبية معدات ولوازم طبية، مواد التغذية والتنظيف إلى آخره من احتياجات مختلف الأقسام.

وبما أن مستشفى شعبان حمدون هي مؤسسة عمومية فإنها تخضع بطبيعة الحال إلى قانون الصفقات العمومية المنظم لجميع مشترياتها التي تفوق مبالغها 8.000.000.00 دج حيث تلتزم المستشفى باحترام القوانين التنظيمية في تعاملاتها كالتزامها بتطبيق إجراءات المناقصة المنصوص عنها في المادة 25 من المرسوم الرئاسي 07-140 المتضمن تنظيم الصفقات العمومية ، وتسهر على تنفيذها لجنة لمعالجة هذه الصفقات يرأسها المدير بمعية مدير الوسائل المادية والأفراد الذين هم اضطلاع بالمواد المشتراة.

في حين تخضع باقي المواد سواء لإجراء الشراء باستدراج العروض من مختلف الموردين والمفاضلة فيما بينها على أساس الأسعار. كما يمكن اللجوء في بعض الحالات إلى الشراء المباشر بالتفاوض مع المورد.

وتختلف عمليات الشراء من مادة إلى أخرى ، فبالنسبة لشراء الأدوية فالمستشفى ملزمة بالتعامل مع مورد وحيد ألا وهو الصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH) المتواجدة بوهان وذلك وفقا للتنظيم المعمول به أو مع IMC فيما يخص المحاليل والأمصال المستعملة سواء في العلاج أو في التحاليل المخبرية ... الخ

في حين يختلف الأمر بالنسبة لمواد التغذية أين يتم اقتناؤها من خلال إشعار المناقصة مرتين في السنة (جانفي و جويلية) وعلى أساس الملفات التقنية والمالية للموردين يتم اختيار احدهم .

وتجدر الإشارة هنا أن أعباء النقل أحيانا يتحملها المورد (كالأجهزة الطبية مثلا) وأحيانا أخرى تتحملها المستشفى (الأدوية، مواد التغذية....).

الجدير بالذكر هنا أن إجراءات الشراء لجميع المواد من صيدلانية وتغذية وتنظيف وما شابه ذلك تخضع لإدارة مديرية الوسائل المادية (تحرير أوامر الطلب، التفاوض مع الموردين ، التعاقد ...) ما عدا قسم الصيدلية الذي يعفى من إجراءات المناقصة فقط، في حين انه هو من يمرر الطلبية شهريا وهو من يتفاوض مع المورد ويستلم البضاعة ويشرف على نقلها من المورد إلى غاية المستشفى.

في حين أن بقية الأقسام من إطعام وغسيل مثلا تعفى كليا من إجراءات الشراء ما عدا استلام البضاعة فيقوم المسؤول عن هذه الأقسام بها شخصيا .

وهذا إن دل على شيء فهو يدل على أن أنشطة الإمداد لا تزال موزعة ما بين الأقسام وما بين قسم إدارة المواد والمتجسد في قسم مديرية الوسائل المادية مما يتطلب تنسيقا أكثر فأكثر ما بين هذه الأقسام. وبذلك نستطيع أن نقول بان الإمداد في المؤسسات الصحية لا يزال في مرحلته البدائية.

II - 2-1-2- إدارة المخزون على مستوى الصيدلية المركزية:

تتوافر لدى المستشفى أربعة مخازن مركزية:

- الصيدلية المركزية بالنسبة للأدوية والمستلزمات الطبية والأمصال الوقائية.
 - المخزن المركزي لمواد التغذية والتنظيف.
 - مخزن البياضات والافرشة والألبسة الطبية
 - المخزن المركزي للتجهيزات والآلات الطبية وكذا قطع الغيار .
- من خلال هذه المخازن يتم تموين جميع الأقسام بمختلف احتياجاتها التشغيلية واحتياجات المريض من أدوية وافرشة ووجبات غذائية....

وبما أن المستشفى تحوز على مواد ومستلزمات مختلفة من أدوية ومواد مستهلكة وتغذية وتنظيف وأجهزة ومعدات .. الخ فان إدارة المخزون تختلف من مخزن إلى آخر تبعا لطبيعة المواد المخزنة. الشيء الملاحظ هنا أن إدارة المستشفى لا تراعي تكاليف التخزين بقدر ما تهتم بمدى توافر المخزون وخصوصا الأدوية لما لها من دور حيوي في تقديم العلاج للمرضى.

فإذا أخذنا الأدوية كمثال، فان المستشفى ملزمة بان تحتفظ بمخزون أمان يغطي احتياج شهر كامل وهذا بموجب التعليمات الدورية (circulaire) رقم 07 المؤرخة في 22-11-2005 والمتضمنة تسيير المواد الصيدلانية في المؤسسات العمومية للصحة.²⁶⁹

فوفقا للاحتياجات المقررة من قبل مختلف أقسام المستشفى تقوم الصيدلية بتقديرات سنوية لاحتياجاتها التي تدرس على مستوى المجلس الطبي ويصادق عليها في المجلس الإداري بمشاركة صيدلي المستشفى والتي على أساسها يتم اقتناء هذه المواد. فبعد إبرام الصفقة العمومية الخاصة بها والتعاقد مع المورد الذي وقع عليه الاختيار يقوم الصيدلي بتمرير طلبيات شهرية إلى الصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH) والتي تخص جميع المواد المخزنة، و طلبيات سنوية يتم تسلمها تدريجيا فيما يخص الكواشف الكيميائية والدوائية (les réactifs chimiques et galéniques)، وتحرر هذه الطلبيات في سجل الطلبيات (registre de commandes).

²⁶⁹ Circulaire n°007/SP/MIN/MSPRH/05 du 22-11-2005 relative a la gestion des produits pharmaceutiques dans les établissements publics de santé.

وبعد فترة انتظار تتراوح ما بين أسبوع إلى أسبوعين، يقوم الصيدلي شخصيا بإستلام البضاعة تبعا لوصلات تسليم وفواتير تحمل جميع البيانات الخاصة بهذه المواد من كمية، أسعار، تاريخ انتهاء الصلاحية، رقم الحجم (N° de lot). وتدخل هذه المعلومات في بطاقات المخزون ودفاتر الاستلام والدفاتر اليومية التي يتم من خلالها تتبع استهلاك هذه المواد. ومن ناحية أخرى يتم تخزين هذه المعلومات بواسطة برامج معلوماتية متخصصة. وبانتهاء الصيدلي من التحقق من صلاحية وملائمة المواد المستلمة للمواصفات المطلوبة، يضع عبارة خدمة منجزة على الفاتورة المستلمة وتحويلها إلى مديرية الوسائل المادية لإتمام إجراءات الدفع مع تسجيل هذه الفواتير في السجل الخاص بها.

وتراعى في التخزين عدة شروط وهذا نظرا لطبيعة هذه المواد كدرجة الحرارة والرطوبة وكذا الإضاءة بالنسبة لبعض المواد وخصوصا الأمصال الملونة. ولذلك يتم تصنيف هذه المواد وفقا للطبيعة الصيدلانية لهذه الأدوية كأن نجد الأدوية التي تستلزم درجة برودة ملائمة تتراوح ما بين 6°C و 6°C كالأنسولين، مواد العلاج الكيميائي (les produits de chimiothérapie) والمواد المستعملة في التحاليل المخبرية (les réactifs de laboratoire). ويعتبر رقم الحجم أمرا ضروريا في تتبع المادة الصيدلانية ابتداء من المورد إلى غاية المستهلك النهائي ألا وهو وحدة العلاج.

كما تصنف مواد أخرى وفقا لخطورتها أو غلاء أثمانها، نذكر على سبيل المثال مشتقات المورفين وهي عبارة عن مهدئات (les drogues) أو أقراص مهلوسة (les produits psychotropes)، حيث يتم تخزينها في خزانات محكمة الإغلاق تحت المسؤولية المباشرة للمسؤول عن الصيدلية. في حين تخزن المواد الأخرى من أدوية أو معدات طبية (مقص مثلا) في الرفوف وفقا لطبيعتها الصيدلانية.

الأمر الذي لاحظناه هو حالات النفاذ المتكررة التي تقع فيها صيدلية المستشفى، وهذا راجع لندرة المواد تبعا لأسباب مختلفة صعبت من حصول الصيدلية المركزية للمستشفيات على هذه المواد في الآجال المحددة مما سينعكس سلبا على مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمريض بالمستشفى ولخير دليل على ذلك ندرة مواد التخدير التي شهدتها المستشفيات الجزائرية العمومية في الأيام الأخيرة مما جعل العديد من التدخلات الجراحية تلغى أو تؤجل لآجال لاحقة، وهذا ما يعكس جانبا من جوانب انحطاط جودة الخدمة المقدمة للمريض في الجزائر.

نقطة أخرى يجب الإشارة إليها وهي أن القوانين التنظيمية أصبحت العائق الأكبر أمام المستشفى في اختيار الموردين المناسبين. إذ تقيّد المستشفى بالاتفاقية المبرمة مع الصيدلية المركزية الفائزة بالصفقة العمومية وهذا نظرا لتقدمها لأقل الأسعار ولكنها في الكثير من الأحيان تعجز عن توفير بعض المواد وفي نفس الوقت تقيّد المستشفى بان لا تذهب إلى مورد آخر يستطيع توفيرها.

ومن جانب آخر فان تعامل المستشفى مع مورد وحيد خصوصا في مجال الأدوية غالبا ما يعرض المستشفى إلى الوقوع في حالات نفاذ متكررة تخرج عن نطاق سيطرتها، وهذا يرجع إلى عدم التنسيق والتكامل مع المورد الذي بدوره يقع في حالات نفاذ متكررة لبعض أصناف المواد الصيدلانية تبعا لظروف مختلفة كتعذر استيراد بعض الأدوية أو تأخر في شحنها... الخ.

جانب آخر لمسناه على مستوى الصيدلية وهو عدم ثبات كمية الطلب التي تحدد وفقا للاحتياجات المعلن عنها من طرف الأقسام هذا بالإضافة لعدم ثبات الاستهلاك وخصوصا بالنسبة للأدوية. من خلال ما سبق أتيج لنا تتبع تدفق المواد الصيدلانية على طول سلسلة الإمداد ابتداء من المورد إلى غاية المستهلك الأخير ألا وهو وحدة العلاج ومن ثم المريض.

الملاحظ هنا، أن جميع أنشطة إدارة المخزون تخضع لقوانين تنظيمية جاءت على شكل تعليمات دورية، وهو ما يجسد على ارض الواقع سياسة الدولة في عقلنة تسيير الموارد وسعيها لترشيد نفقاتها على مستوى هذا القطاع. وبذلك نسجل التفاتة الجهاز الإداري إلى أنشطة الإمداد من شراء (توفير المواد بأقل تكلفة) وإدارة للمخزون من خلال تطبيق الطرق الاقتصادية في تسيير المخزون على مستوى المؤسسات الصحية وضمان أحسن تتبع وتعقب للمواد الصيدلانية من مخزن المستشفى إلى غاية تقديمها للمريض ومراقبة توجهها النهائي. والأكثر من ذلك، أن المستشفى بدأت في تنصيب برامج معلوماتية تسهل من إدارة المخزون من جهة، وتضمن تبادل المعلومات وتوفيرها ما بين الصيدلية المركزية والصيدليات الثانوية للأقسام الطبية، وهو ما يزيد من كفاءة وفعالية أنظمة التوزيع داخل المستشفى.

II-2-2- بعض أنشطة الإنتاج في المستشفى:

II-2-2-1- الإطعام:

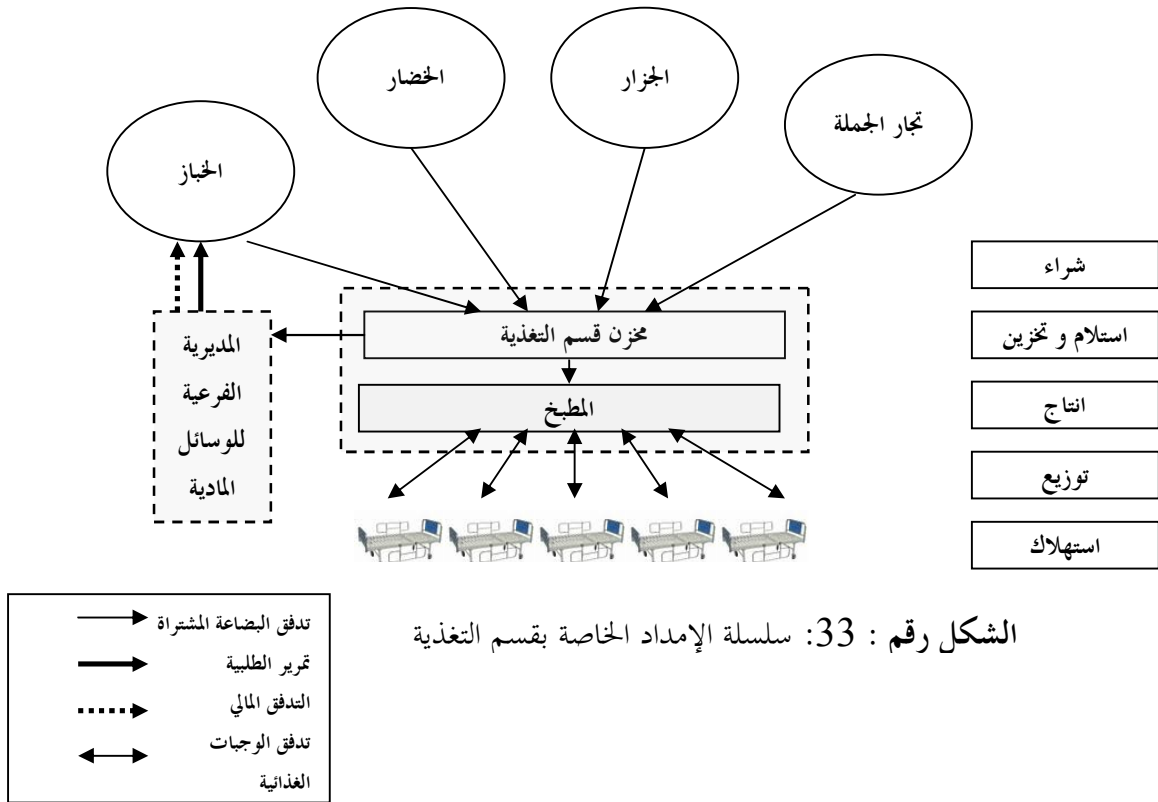
حاولنا تفحص التدفقات الخاصة بمواد التغذية، فكانت بدايتنا من عند مختصة التغذية التي أفادتنا بإجراءات تحديد قوائم الطعام.

تجتمع هذه المختصة أسبوعيا بمدير الوسائل المادية وكذا رئيس قسم التغذية من اجل تحديد قوائم الطعام للأسبوع الموالي، وهذا تبعا لتعليمات الأطباء فعلى أساس هذه القوائم يتم تحديد الاحتياجات من المواد الغذائية التي تلي طلب المرضى. لتحرر بذلك أوامر الطلب من قبل مديرية الوسائل المادية للموردين الذين تم التعاقد معهم لتموين المستشفى بالمواد الضرورية سواء كان ذلك بشكل يومي (كالخبز مثلا أو اللحوم) أو أسبوعي (الخضروات، الحبوب الجافة) أي تبعا لطبيعة المادة المشتراة .

تتحمل المستشفى مصاريف نقل هذه المواد ويقوم رئيس قسم التغذية باستلامها وتخزينها ومن ثم استعمالها لتحضير الوجبات الغذائية.

ويراعى في تقديم هذه الوجبات الحالة الصحية للمريض والتعليمات الموصى بها من قبل الطبيب المعالج وحتى الجرعات الواجب تقديمها. فالمرضى المصابين بالفشل الكلوي والخاضعين لتصفية الدم تخصص لهم وجبات خاصة بهم، والمرضى الأطفال الرضع لهم الوجبات الخاصة بهم، والخاضعين لعمليات جراحية لهم كذلك تغذية خاصة بهم هذا بالإضافة إلى الوجبات المقدمة للأطباء والمرضى والمناوبين...

تتبع المستشفى نظام إنتاج وتقديم الغذاء، فبعد طهي الأطعمة يقوم عمال عاديون بتوزيع الوجبات عن طريق عربات خاصة تراعى فيها ظروف السلامة الصحية وتحت إشراف مختصة التغذية. وبعد ذلك يرجع العامل لتجميع الأطباق وإرجاعها إلى المطبخ من أجل التنظيف.



من خلال هذا الشكل يظهر جليا أن قسم التغذية كنظام فرعي في المستشفى له بدوره سلسلة إمداد خاصة به، تتميز بتعدد الموردين وتنوع المواد الغذائية كمدخلات ومخرجات في آن واحد. ومن جانب آخر خضوعه لإشراف مديرية الوسائل المادية وتقاسم الأنشطة معها فالمديرية تقوم بإجراءات الشراء والقسم باستلام وتخزين وتوزيع الوجبات.

II -2-2-2- الغسيل: la blanchisserie

يعد الغسيل جانبا مهما في ضمان السلامة الصحية سواءا للمرضى أو العاملين بالمستشفى ، فمن خلال غسل البياضات والافرشة يتم تفادي انتقال العدوى من المرضى واليهيم. وتضم المستشفى مغسلة مركزية على مستوى المستشفى تقع في الطابق الأرضي وهي تتركب من جانبين جانب خاص بالغسيل القذر وجانب آخر للغسيل التنظيف .

يتم جمع الغسيل القذر يوميا من كل الأقسام الطبية ما عدا قسم تصفية الدم فيتم أسبوعيا، وبالنسبة لبياضات وافرشة المرضى المصابين بأمراض معدية فتعزل في أكياس سوداء وتغلق بإحكام، لتوجه بذلك إما إلى المحرقة المتواجدة بالمستشفى، وإما يتم غسلها بواسطة غسالة خاصة بحيث يعاد غسلها لعدة مرات بواسطة المواد المطهرة ولكن بنسب عالية .

يتم نقل الغسيل القذر إلى قاعة الغسيل التي تتوفر على 04 غسالات آلية و03 آلات تنشيف. حيث يتم تخصيص كل آلة بقسم معين مع عزل غسيل الأقسام عن بعضها البعض تبعا للمصقات تحدد هوية القسم الخاص بهذا الغسيل وتتم عملية الفرز يدويا بواسطة عاملات هذا القسم. أما الغسيل والتنشيف فيتمان آليا. بعد ذلك يتم رتق وطي وترتيب هذه الأفرشة إلى حين استلامها من قبل ممثل القسم الخاص بها.

الشيء الذي شد انتباهنا هو لجوء مسؤولية القسم إلى الاعتماد على تخصيص كل قسم بلون معين وذلك لتفادي اختلاط الأفرشة فيما بينها وهذا بعد وقوعها في حالات تم فيها تبادل الأفرشة بين الأقسام. تنقل بعد ذلك الأفرشة النظيفة إلى الأقسام الخاصة بها عن طريق عربات خاصة بالغسيل .

ويجدر الذكر هنا أن العاملات بهذا القسم يلتزمن بارتداء الألبسة الواقية أثناء الفرز والغسيل وذلك تفاديا لانتقال العدوى من الأفرشة القذرة .

ووفقا لاحتياجات مختلف الأقسام تحدد مسؤولية القسم قائمة بمجموع الاحتياجات لتسلمها إلى مدير الوسائل المادية الذي يجرر أمر الطلبية وإرسالها إلى الموردين. ليتم بعد ذلك استلام هذه المواد من قبل مسؤولية القسم التي تتحقق أولا من كميتها وملائمتها للمواصفات المطلوبة، فتخزينها بالمخزن الخاص بهذا القسم.

II -2-2-3- التعقيم :

من خلال تواجدنا بالمستشفى تبين لنا أن هذه الأخيرة لم تخصص قسما للتعقيم بل امتلاك جميع الأقسام الطبية من طوارئ وأقسام طبية وجراحية لأجهزة التعقيم بالبخار المضغوط (les autoclaves) المستعملة بشكل محلي.

ولعل قسم العمليات هو القسم الأكثر حاجة لهذا النشاط الحساس، وهو ما زادنا يقينا بالضرورة الحتمية لعملية التعقيم فبالرغم من أنها تعتبر كأنشطة خلفية وداعمة لتقديم الخدمات الطبية إلا أن أي خلل فيها سيكون له

تأثيره المباشر على الحالة الصحية للمريض، ولخير دليل على ذلك الحالات المتعددة للمضاعفات في مرحلة ما بعد التدخلات الجراحية من خلال تعفن الجروح نتيجة لميكروب ناتج عن خلل في التعقيم على مستوى غرف العمليات. وهو ما انعكس سلبا على المرضى وزاد من إستياءهم. وهو كذلك أمر يؤكد لنا مدى أهمية هذه الأنشطة في تلبية احتياجات المريض وإرضاءه من خلال الرفع من جودة الخدمة الطبية المقدمة له.

II - 2-3 - طرق إعادة تموين الأقسام العلاجية بالمستشفى:

لقد جمع BLOUIN²⁷⁰ (2001) أربعة أنشطة رئيسية مكونة لنشاط إعادة التموين من: تحرير للطلبات، تجميع المواد المطلوبة، نقل هذه المواد من الصيدلية المركزية إلى صيدلية القسم ومن ثم ترتيبها في أقسام التنويم.

إذن ومن خلال معاينتنا الميدانية لأقسام التنويم في المستشفى محل الدراسة، لاحظنا تجسيد نفس الخطوات تطبق في المستشفى ولكن بشكل يدوي بحت، وهو ما سنشرحه فيما يلي:

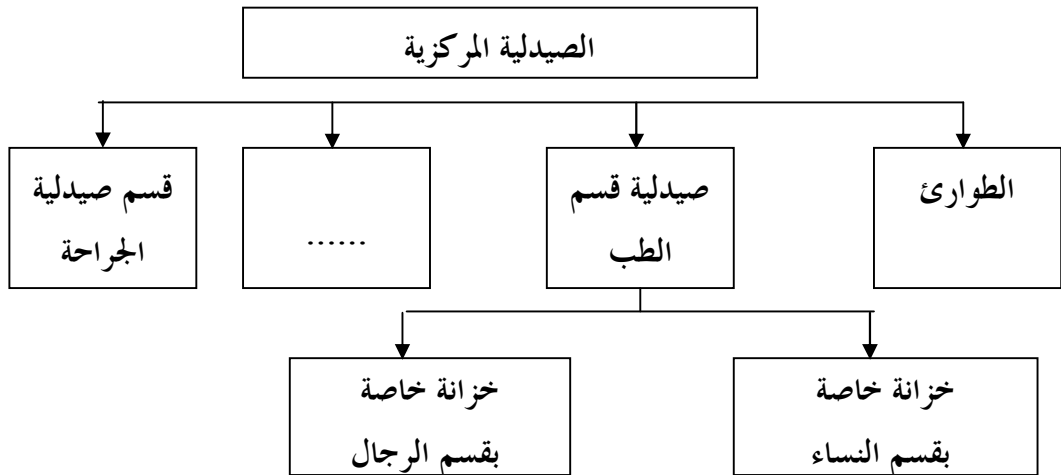
فتبعا لاحتياجات المرضى المقيمين بالقسم يحدد رئيس هذا الأخير ما يلزمه من أدوية و مواد مستهلكة تلي الاحتياجات الأسبوعية لهؤلاء المرضى. ومن ثم يحرر رئيس القسم أمر طلبية (Bon de commande) للمواد المستهلكة والأدوية التي يحتاجها المريض والذي من خلاله تحدد الكمية المطلوبة والمخزون المتبقي على مستوى القسم.

ويختلف الأمر إذا كانت هذه المواد الصيدلانية نادرة أو غالية الثمن (كمواد العلاج الكيميائي) إذ تعامل على أساس أنها مواد خاصة يحرر بخصوصها وصفات داخلية (Les ordonnances internes) تحمل البيانات التالية:

- تاريخ قبول المريض
- الرقم التسلسلي للمريض
- رقم قاعة العلاج الخاصة بهذا المريض
- اسم الطبيب المعالج وتكون موقعة شخصيا من قبله
- وبذلك تتم عملية تموين هذه الأقسام عبر 04 مراحل:
- إرسال أمر الطلب أو الوصفة إلى الصيدلية المركزية.
- أين يقوم الصيدلي بمعالجة أوامر الطلب .

²⁷⁰Jean-Philippe Blouin, Martin Beaulieu et Sylvain Landry, Systèmes de réapprovisionnement des unités de soins : Description et implications organisationnelles,op-cit, p02 .

- ومن ثم تحضير هذه المواد من قبل العاملين بالصيدلية مع توقيعه لوصول تسليم هذه المواد.
- وبعد ذلك تسلم المواد المطلوبة إلى الممرض المفوض من قبل رئيس القسم مع توقيعه على دفتر سحب المواد والقيام بنقلها عن طريق العربات إلى صيدلية القسم وترتيب هذه المواد وفقا لطبيعتها الصيدلانية.
- ادن ومن خلال صيدلية القسم يعاد توزيع هذه المواد وفقا للاحتياجات اليومية للمريض وبكميات محددة .
- و تسجل حركة المواد الصيدلانية داخل القسم في بطاقات للمخزون وكذا دفاتر يسجل فيها الوارد والصادر والمتبقي من المخزون (La main courante) مما يسمح بتتبع هذه المواد إلى غاية توجيهها النهائي ألا وهو المريض.
- ومن خلال ما سبق يتضح جليا أن هناك عدة مواقع للتخزين: الصيدلية المركزية، صيدلية القسم، خزانة خاصة بكل قاعة علاج.



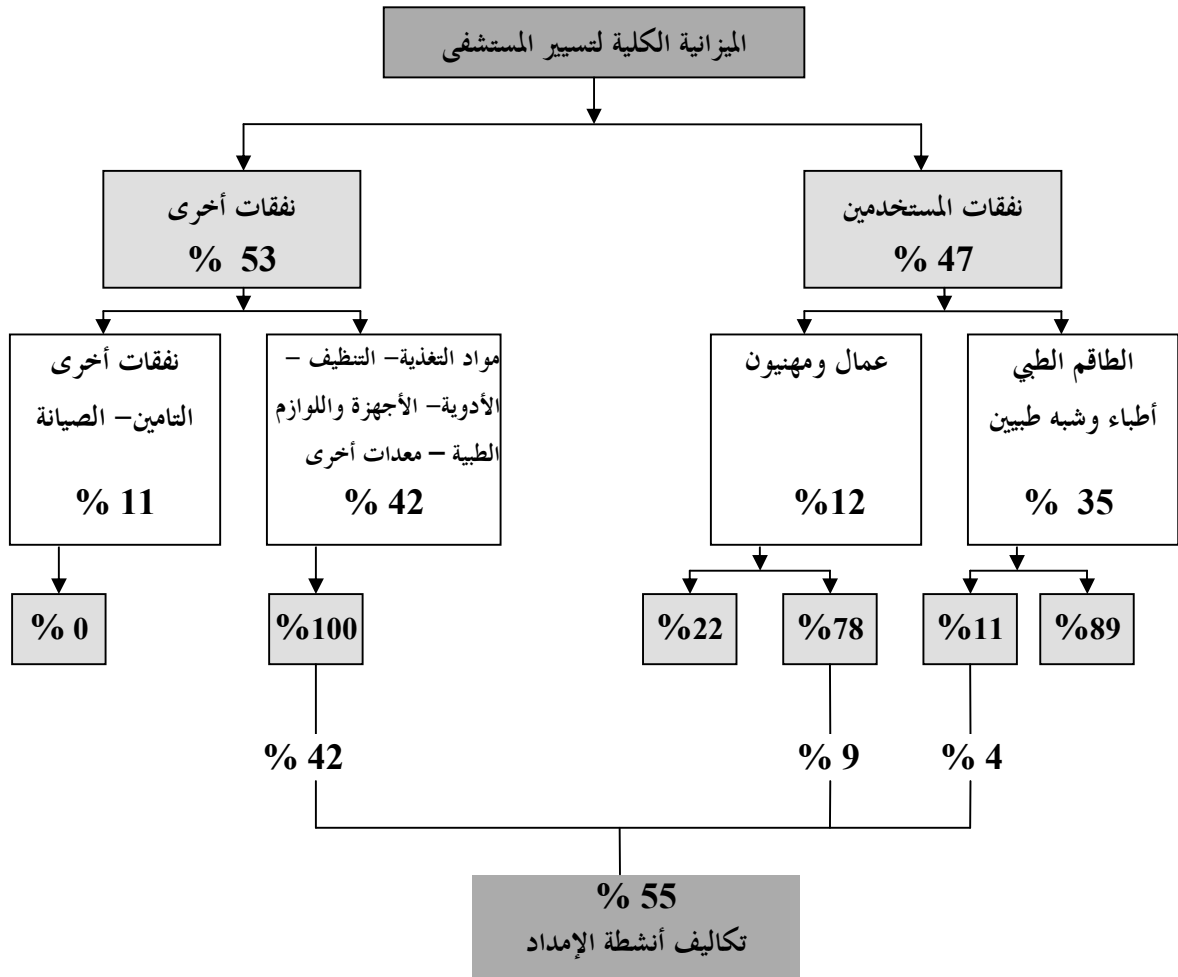
الشكل رقم 28: تعدد مواقع تخزين المواد الصيدلانية

الجدير بالذكر هنا، أن الطاقم شبه الطبي يسخر الكثير من وقته لانجاز أنشطة الإمداد بشكل روتيني مع العلم انه خارج عن مجال تخصصه بما يشمل ذلك من أعمال إدارية واستلام وتخزين ونقل وكذا تحرير أوامر الطلب وتحديد الاحتياجات وتسيير للمخزون، فإضافة إلى النقص الفادح في الشبه طبيين ينشغل الممارسون في أعمال لا تمد بصلة لتكوينهم. و لذلك كان لابد من إعفائهم من هذه الأنشطة بشكل يجعلهم يتفرغون لمهمتهم الرئيسية ألا وهي تقديم العلاج للمرضى وهو ما سيعود بالتأكيد إيجابا على مستوى الخدمة المقدمة.

وبذلك تكون المستشفى قد لا تزال تنتهج نظام التسخير او نظام الطلبات وهو ما يعد من أقدم الطرق المستعملة في التوزيع الداخلي والذي يعتمد بشكل كلي على الممرض في القيام بمختلف أنشطة الإمداد على مستوى الأقسام.

3-4- تكاليف أنشطة الإمداد في المستشفى:

رأينا في الجزء النظري أن أنشطة الإمداد تشكل نسبة هامة من ميزانية تسيير المستشفى وهو ما يؤهلها لتكون أهم نقطة يلجأ إليها لتخفيض النفقات. ولتأكيد ذلك لجأنا إلى قسم التكاليف أين وافانا المسؤول عنه بجميع التكاليف الخاصة بتسيير المستشفى مما سهل علينا استنباط التكاليف الخاصة بأنشطة الإمداد من غيرها . وهو ما سنحاول توضيحه في الشكل الموالي:



الشكل رقم 29: تكاليف أنشطة الإمداد في مستشفى "الشهيد شعبان حمدون"

المصدر: قسم محاسبة التكاليف

من خلال تحليلنا لهذه التكاليف استنبطنا أنها تتشكل من فرعين، يتمثل الأول في نفقات المستخدمين بما يقارب نسبة 47% من ميزانية المستشفى ككل و النسبة المتبقية تشكل نفقات مختلفة. إذن لكل من الفرعين وزن مالي هام يجعل هذه الأخيرة تلتفت إليه وتوليه الأهمية الذي يستحقه. فأما عن نفقات المستخدمين لا تستطيع المستشفى تدنيها ولا المساس بها باعتبارها تكاليف ثابتة من جهة ومن جهة أخرى فهي تشهد تزايدا مستمرا وخصوصا في السنتين الأخيرتين أين شهدت جميع القطاعات زيادة معتبرة في الأجور .

وأما عن النفقات الأخرى فهي تتشكل من نفقات التغذية والصيدلية والمعدات والأجهزة والمواد الأخرى إضافة إلى نفقات الصيانة والتسيير (كالتأمينات، أتعاب الخبراء، البريد والمواصلات.....)، فمن بين هذه النفقات تصل نسبة المشتريات باختلاف طبيعتها إلى حدود 42% من الميزانية الكلية بما في ذلك مواد التغذية، الأدوية، المعدات والأجهزة ومواد التنظيف وغيرها. كما أن نفقات الصيدلية لوحدها تشكل نسبة 26.96 % من النفقات الكلية لتكون بذلك ثاني نسبة بعد نفقات المستخدمين في جانب الوزن المالي الهام الذي تحمله، تكمن أهميتها في طبيعتها كمواد ضرورية وحيوية لحياة المريض وشفاءه.

إذن، فإن لكل هذه النسب وزنا ماليا ما يؤهلها لتكون محطة اهتمام المسؤولين ومراقبة هذه الموارد الحيوية وتتبعها أكثر من ذي قبل من مصدرها إلى غاية نقاط استهلاكها .

نقطة أخرى أثارت انتباهنا وهي انشغال الشبه الطبيين بالقيام بأعمال لا تمد بتخصصهم في شيء، فنجد الممرض في الأقسام الإدارية والاقتصادية كما نجد في الصيدلية مركزية كانت أو ثانوية مجرد المواد ويقوم بنقلها وتوزيعها. وفي نفس الوقت تشكو إدارة المستشفى من النقص الفادح من هذه الكفاءات. ولعل نسبة النفقات المخصصة للمستخدمين الذين يمارسون أنشطة الإمداد ولو كان ذلك بالتقريب لا بالتحديد لخير دليل على مدى تخصيص جهد كفاءات طبية في أعمال تخرج عن اختصاصهم.

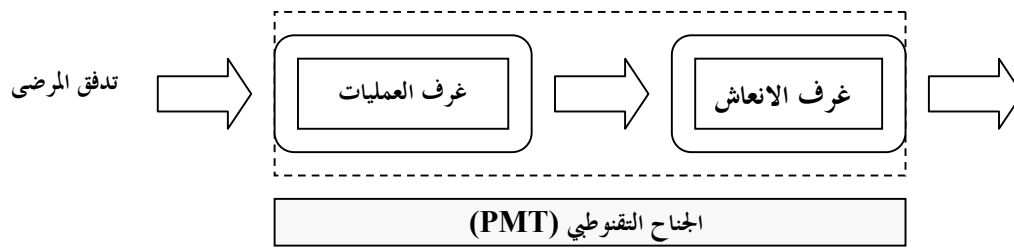
III- الجناح التقنوطي كمثل على تدخل الإمداد :

III-1- الجناح التقنوطي (Plateau Medico-Technique):

من خلال معاينتنا الميدانية بالمستشفى العمومي لمغنية تبين لنا جليا مدى أهمية كل قسم من الأقسام المشكلة لهذه المؤسسة، ولعل القسم الأكثر بروزا و أهمية ودقة في المستشفى هو قسم الجراحة. هذا القسم الذي يتميز عن غيره بالتخصص الدقيق، التكنولوجيا العالية والكفاءة وكذا المهارة في الأعمال الجراحية بشكل يفوق عن غيره من الأقسام الطبية ضف إلى ذلك المستوى العالي من النظافة والسلامة الصحية لما لها من تأثير مباشر وكبير على صحة المريض. كلها نقاط جعلت من هذا القسم محل اهتمام إدارة المستشفى وتركيزها، فزيادة الوزن الاقتصادي لهذا القسم، وكذا تكاليف استغلاله جعلته يشغل حصة كبيرة من ميزانية المستشفى، إذ تقدر هذه الأخيرة ب 10% من مجموع التكاليف الكلية للمستشفى.

III-1-1- وصفه:

وصف Said KHARRADJA (2003) جناح العمليات الجراحية بالتعقيد مشكلا إياه من قطاعين الأول يتمثل في مجموع غرف العمليات والثاني في غرفة الإنعاش.²⁷¹ ويتدفق خلال هذا الجناح تدفقات المرضى من مختلف الأقسام الجراحية (العظام، الأنف والحنجرة، طب العيون....) على متن نقالات، وبمجرد انتهاء التدخل الجراحي يتم نقل المريض إلى غرفة الإنعاش لفترات متفاوتة حتى يستعيد وعيه بالكامل مع تقديم المعالجة المناسبة لتخفيف الآلام. ويمكن للمريض مغادرة الإنعاش حالما يقرر ذلك طبيب التخدير ليحول بذلك إلى أقسام التنويم العلاجية المناسبة (les services d'hospitalisation).



الشكل رقم 30: تدفق المرضى داخل الجناح التقنوبي

ووفقا ل Aida Djebali (2004) فإن أقسام العمليات الجراحية تختلف من مستشفى إلى أخرى، وذلك حسب البعد التكنولوجي أو التنظيمي لهذا الجناح فبالنسبة للبعد التكنولوجي يأخذ بعين الاعتبار درجة التخصص والتقدم التكنولوجي لأجهزة غرف العمليات. أما البعد التنظيمي فهو يعني امتلاك المؤسسة الإستشفائية لجناح جراحي مركزي وحيد أو أن كل تخصص طبي له هيكله الجراحي الخاص به.²⁷² هذا من جهة ومن جهة أخرى ميزت Hammami (2006) بين استعمالات جناح العمليات الجراحية وفقا للمسار الجراحي للمريض، أي أن يكون الجناح مخصصا للطوارئ أو للمرضى الداخليين بالمستشفى أو للجراحة الإسعافية أو أن يكون هناك دمج بين أشكال التكفل بالمريض في جناح واحد.²⁷³

III-1-2- خصائص الجناح التقنوبي (PMT):

يشكل الجناح التقنوبي نظاما معقدا لإنتاج الرعاية الصحية وهذا يرجع لعدة أسباب نذكر من بينها:

²⁷¹ Said Kharraja, Outils d'aide a la planification et l'ordonnancement des plateaux medico-techniques, op-cit,p 49.

²⁷² Aida Djebali, Vers un outil d'aide a la planification et a l'ordonnancement des ressources dans les services de soins, thèse de doctorat, Institut National Polytechnique de Grenoble, 2004, p56.

²⁷³ Sondes Hammami, Aide à la décision dans le pilotage des flux matériels et patients d'un plateau medico-technique, op-cit, p 15.

- ✓ يتطلب إنتاج الرعاية الطبية في هذا الجناح تدخل عدد كبير من الفاعلين الذين سوف يعملون بالتسلسل أو بالتوازي مع بعضهم البعض، والى تجهيزات لإجراء العملية ومعدات للمراقبة ذات تكنولوجيا عالية، هذا إلى جانب عدد كبير من اللوازم والمواد الصيدلانية.
- ✓ علاوة على ذلك يعتبر الجناح التقنوبي كنقطة محورية لمعظم مسارات رعاية المرضى الداخليين في القسم الجراحي، إذ أن تمرکز معظم التدفقات الواردة من مختلف المصالح المضيفة في الجناح يجعل من إدارته أكثر صعوبة وهذا لتعدد مصدري الأوامر والغياب الفعلي لتنظيم يساعد على ضبط هذه التدفقات.
- ✓ يعمل هذا الجناح في بيئة تخضع للعديد من الاضطرابات فإذا كان جزء من هذا البرنامج مبرمجا لفترة متغيرة والذي يسمح بتخطيط تقديري يبقى الجزء الآخر يخضع لحالات الطوارئ . فمهما كانت حالات الطوارئ فلا بد على المسؤول عن هذا الجناح إدراجها في الجدول الزمني وأحيانا في الوقت الحقيقي. نوع آخر من هذه الاضطرابات يتجسد في إلغاء أو تأجيل أي تدخل جراحي كان لتدني الحالة الصحية للمريض أو لعدم توفر احد الفاعلين الغير قابلين للاستبدال.

III-1-3- سلسلة القيمة للجناح التقنوبي:

يشكل الجناح التقنوبي حلقة من حلقات سلسلة الإمداد الصحي في المستشفى كما انه يعتبر كعنصر أساسي مكون من سلسلة وحدات تساهم بشكل أو بآخر في المسار العلاجي للمريض، كمصالح الفحص، الطوارئ، أقسام التنويم، الإنعاش، المخابر و التعقيم والتي يتم من خلالها تبادل المرضى والأجهزة والمعلومات بينها وبين الجناح التقنوبي.

ويكمن هدف القسم الجراحي في ضمان تقديم أحسن رعاية للمريض من خلال توزيع الأنشطة تبعا للكفاءات كل حسب تخصصه، وبالتالي الاستفادة القصوى من تفاعل هذه الكفاءات في إطار تكامل هذه الأنشطة.

وفي هذا الصدد و لتحليل الأنشطة المتدخلة لجأ BESSOMBES وآخرون (2004) إلى تطبيق مفهوم سلسلة القيمة ل Porter على جناح العمليات الجراحية أين سلط الضوء على الأنشطة الخالقة للقيمة في هذا الجناح. إن انتهاج جودة الخدمة وبأقل تكلفة يدفعنا إلى استخلاص أن مفهوم القيمة لا يكمن فقط في جودة الرعاية وإنما في قيمتها الاقتصادية كذلك. هذا بالإضافة إلى فعالية وكفاءة الأنشطة المستعملة لمختلف الوسائل التقنية والبشرية وكذا المالية لتقديم خدمات رعاية طبية ذات جودة عالية للمريض.

إذن وكما اقترح porter نموذج سلاسل القيمة بالنسبة للمؤسسة وتمييز الأنشطة القادرة على خلق القيمة عن غيرها من الأنشطة الداعمة نفس الشيء بالنسبة لسلسلة القيمة للجناح التقنوبي والتي تجمع ما بين الأنشطة الخالقة للقيمة المنتظرة من قبل المريض، مقدمي الرعاية الصحية وكذا السلطات الوصية.



الشكل رقم 31 : سلسلة القيمة للجنح التقنوطي المستوحاة من سلسلة القيمة ل Porter

المصدر: Beatrices Bessombes, Lorraine Trilling, Alain Guinet, Conduit du changement dans le cadre du regroupement de Plateaux Medico-Techniques -apport de la modélisation d'entreprise, op-cit , p 694.

إذن ومن خلال هذا الشكل نستطيع تمييز الأنشطة الرئيسية في الجنح من غيرها من الأنشطة الداعمة. الأنشطة الرئيسية: أو الأنشطة الخالقة للقيمة وهي تمثل الأنشطة التي تشارك بشكل مباشر في رعاية المريض، نقله ومتابعة حالته الصحية بعد التدخل الجراحي، وبذلك نستطيع استخلاص 05 أنشطة كبرى للجنح التقنوطي: الإمداد المتعلق بالمواد logistique des matériel: وهو يجمع ما بين الأنشطة المرتبطة باستقبال وتخزين وتحضير وتخصيص الوسائل المادية الضرورية لانجاز التدخل (المستلزمات الطبية المعقمة، الأدوات الطبية، الأدوية، عبوات الدم، الأجهزة، والأفرشة ، ... الخ).

الإمداد المتعلق بالمرضى: ويشمل العلاقة ما بين أنشطة الفحص ما قبل الجراحة (التسجيل في برنامج العمليات) وكذا التكفل بإعادة المريض إلى قسم التنويم بعد العملية ونقله وتحويله ما بين المصالح.

العمل الجراحي: ويشمل جميع الأنشطة التي تستعمل مختلف الوسائل لإجراء العمل الجراحي في جميع مراحلها (إعداد المريض، تخديره، إجراء العملية، استعادة وعيه)، ضف إلى ذلك أنشطة تتبع ومراقبة نوعية العمل الجراحي للمريض.

النظافة والسلامة الصحية: وهي تجمع أنشطة تحضير وتنظيف غرف العمليات والأسرة والأجهزة المستعملة. المتابعة لما بعد التدخل الجراحي: وهي تعني كل الأنشطة المتعلقة بالإرشادات التحضيرية والجراحية الزيارات ما بعد العملية وكذا المعلومات والخدمات المقدمة للمريض وحتى استقبال العائلات. الأنشطة الداعمة : وهي الأنشطة التي تدعم الأنشطة الرئيسية والمتمثلة في :

البحث والتطوير الطبي والجراحي: على الرغم من أنها ليس من الضروري أن تنجز على مستوى الجناح ولكنها تبقى ضرورية لتعلقها بمسار علاج المريض.

البنية التحتية للجناح: وتشمل الأنشطة الإدارية الأساسية لحسن سير العمل بما في ذلك التخطيط، برمجة العمليات، تخصيص الموارد البشرية والمادية التصريح بالأعمال الجراحية والتخديرية ومتابعة الأداء.

تسيير الموارد البشرية: وتتضمن توزيع الموارد البشرية على الغرف والأعمال وتنصيب وتكوين الأفراد المتخصصين في هذا القسم.

توريد المواد والمعدات: بما في ذلك الإسهام في عمليات الشراء واختيار الموردين خصوصا في مجال الأجهزة المتخصصة، استراتيجيات توزيع المستلزمات الطبية والمعدات.

إن تحليل هذه السلسلة يبرز بان قيمة وجود الرعاية على مستوى الجناح التقنوطي لا يرتكز فقط على مهارة الجراح وفريقه فحسب وإنما على التنسيق ما بين جميع الأنشطة سواء الرئيسية أو الداعمة.

III-2- سبل التكفل بالمريض خلال المسار الجراحي :

ميزت Sondes Chaabane (2004)²⁷⁴ في رسالتها بين مسارين للمرضى:

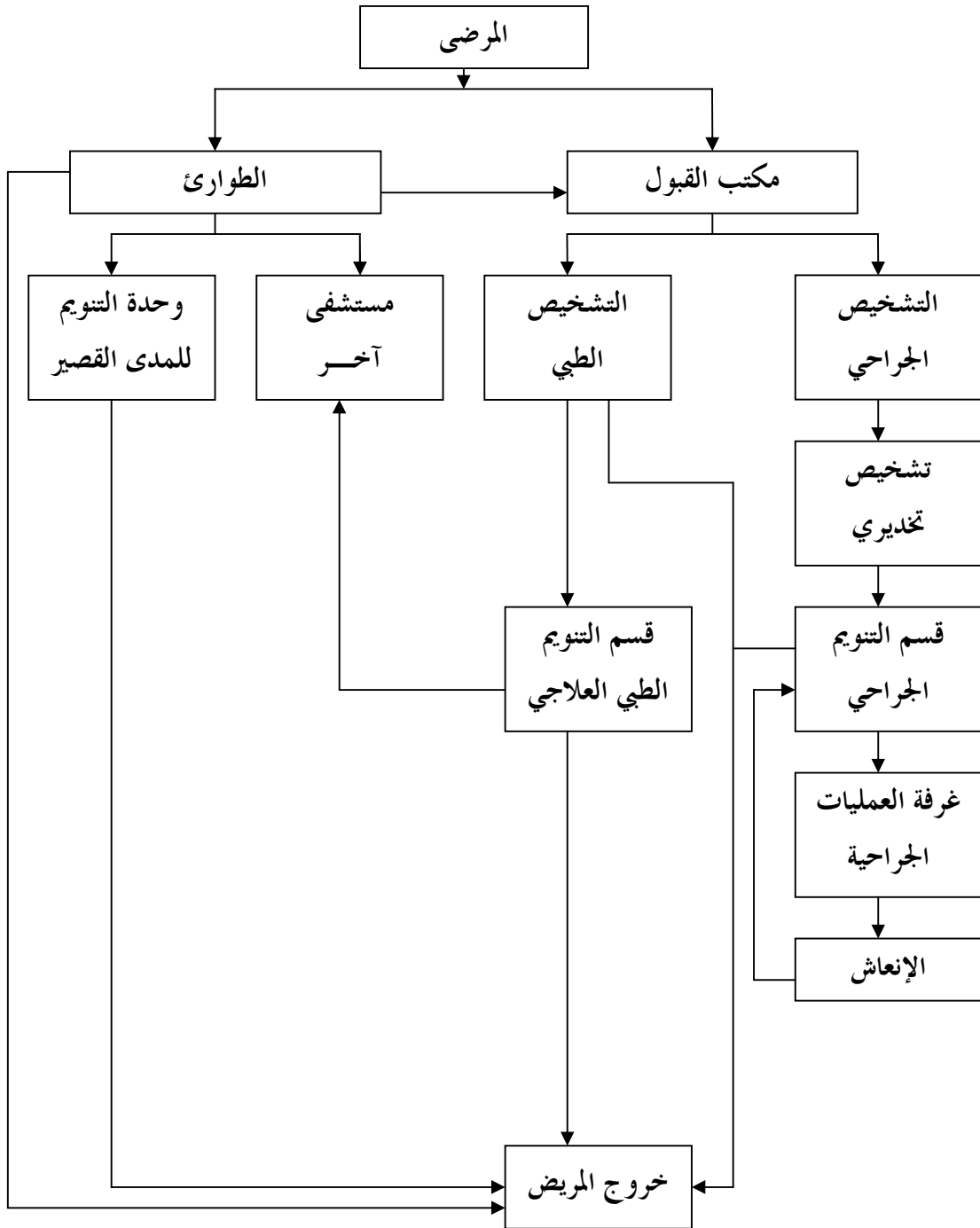
✓ المسار الجراحي

✓ المسار الغير الجراحي

فأما المسار الجراحي فهو المسار الذي يمر فيه المريض بغرفة العمليات ليخضع لتدخل جراحي، في حين تكون مجموع المسارات الممكنة الأخرى المسار الغير جراحي.

وفي دراستنا هذه سنهتم بالمسار الجراحي الموضح في الشكل بتدفقات المرضى بالأسهم الغليظة. ويوضح الشكل الموالي أهم التوجهات التي يمكن للمريض أن يتبعها في المستشفى.

²⁷⁴ Sondes Chaabane, Gestion prédictive des blocs opératoires, Thèse de Doctorat , Institut National des Sciences Appliquées de Lyon, 2004, p06 .



الشكل رقم 32: مسارات المريض في المستشفى

المصدر: من اعداد الطالبة

III-2-1- أشكال التكفل بالمريض خلال مساره الجراحي:

وفي هذا الصدد ميز Hammami (2006) ثلاثة أشكال مختلفة للتكفل بالمرضى الذين سيخضعون لتدخلات جراحية :

1- العمليات الجراحية للمرضى المقيمين في المستشفى:

ويتعلق الأمر هنا بالعمليات الجراحية التي يخضع إليها المريض ويحتاج تبعاً لذلك إلى تنويم وإقامة في إحدى الوحدات العلاجية. وبذلك يبدأ المسار العلاجي منذ التشخيص الجراحي الذي يسبق التدخل حيث يكون متبوعاً بتشخيص تحديري.

وبموافقة الطبيب الجراح والمخدر يرمج التدخل الجراحي ، وفي صباح إجراء العملية الجراحية يتم إعداد المريض لإجراء التدخل (نظافة صحية، معالجة بالأدوية...) ليتم بعد ذلك نقله من قسم التنويم إلى جناح العمليات الجراحية أين يتم استقباله وتحويله إلى غرفة العمليات.

2- الجراحة الإسعافية أو الجراحة المتنقلة La chirurgie ambulatoire:

هي مجموعة الأعمال الجراحية المبرمجة والمنجزة تحت ظروف تقنية تستلزم سلامة غرف العمليات وتحت أشكال مختلفة للتخدير ومتابعة خلال مرحلة الإنعاش وذلك للسماح لهذا المريض بالخروج في نفس يوم قبوله.

3- الطوارئ:

ويتعلق الأمر بالمرضى الذين تتطلب حالاتهم الصحية تدخلات جراحية مستعجلة وغير مبرمجة في برنامج العمليات الجراحية. وتصنف حالات الطوارئ تبعاً لقبولها ومدى درجة استعجالها. وبذلك نميز حالات الاستعجال الداخلية والخارجية.

فالمرضى المقيمين في أقسام التنويم (كحالات المرضى الذين خضعوا لتدخلات جراحية ولكنهم تلقوا مضاعفات ما بعد العملية) أو من الإنعاش أو من قسم الطوارئ، فكلهم يمثلون حالات مستعجلة داخلية. أما بالنسبة للمرضى الغير مقيمين بالمستشفى أو نقلوا بواسطة سيارات الإسعاف فهم يمثلون حالات مستعجلة خارجية.

ووفقاً لخطورة الحالات الصحية للمرضى تختلف درجة حالات الطوارئ بحيث تخصص درجة لكل فئة:

✓ الدرجة الثالثة: وهي حالات الطوارئ الحرجة والجد مستعجلة التي لا تقبل أي تأخير من أجل التدخل الجراحي بحيث يتم إدراجها في برنامج العمليات الجراحية فوراً.

✓ الدرجة الثانية: وهي الحالات المستعجلة التي يجب أن تخضع لتدخل جراحي في نفس اليوم والتي غالباً ما تكون مبرمجة في آخر البرنامج دون أن تتسبب في أي تغيير في البرنامج المعمول به.

✓ الدرجة الأولى: وهي الحالات الأقل خطورة بحيث تستطيع الانتظار ليوم على الأقل من اجل إجراء التدخل الجراحي مع العلم أنهما يمكن أن تؤثر على برمجة العمليات وتؤدي إلى إرجاء التدخلات الأخرى المخطط لها .

✓ الدرجة 0: يستطيع المريض الانتظار لعدة أيام شرط أن تكون في نفس الأسبوع.

III-2-2- المسار الجراحي :

من خلال دراسة تدفقات المرضى المارين بغرفة العمليات تبرز مسارات المرضى المتكررة والمبرمجة كما يلي:

سرير التنويم غرفة العمليات غرفة الإنعاش سرير التسليم .

و من خلال الشكل الموالي تبرز الموارد المختلفة وفقا للمراحل الثلاث التي يمر بها المريض قبل وأثناء وبعد العملية الجراحية، إذ نجد فريق التخدير المشكل من ممرضين وطبيب متخصص في التخدير والإنعاش. و نفس الشيء بالنسبة للفريق الجراحي فهو يتكون من ممرضين مؤهلين ومتخصصين في الجراحة وكذا طبيب جراح.

إذن ففريق تخدير وفريق جراحي وغرفة عمليات، سرير وممرضين في غرفة الإنعاش، معدات تخدير وجراحة وكذا مساعدي الممرضين والناقلين (brancardier) كلها موارد ضرورية لانجاز أي تدخل جراحي.

انطلاقا من الموارد المستعملة وتدفقات المرضى عبر الجناح التقنوبي نستطيع تقسيم أي تدخل جراحي إلى مرحلتين:

III-2-2-1- مرحلة العمل الجراحي :

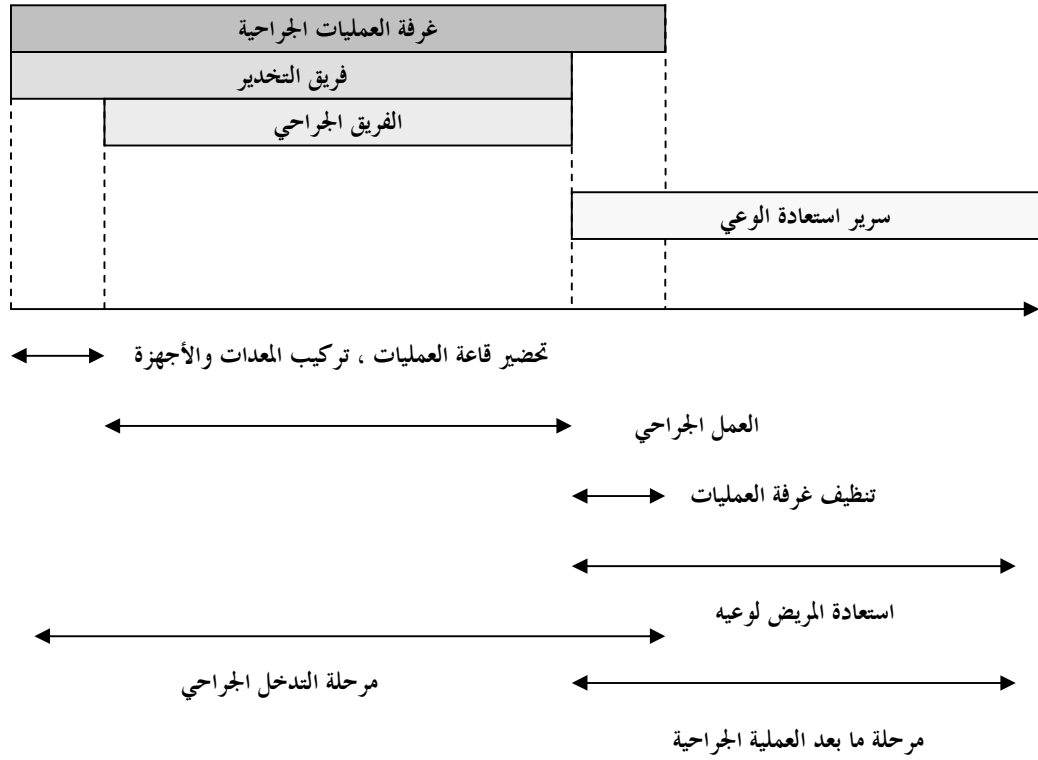
وهي المرحلة التي تتم في غرفة العمليات وهي بدورها تستطيع أن تنقسم إلى 03 مراحل:

✓ مرحلة تحضير غرفة العمليات الجراحية لإجراء التدخل.

✓ مرحلة انجاز وتنفيذ العمل الجراحي

✓ مرحلة تنظيف غرفة العمليات تحضيرا للتدخل الموالي

ويبدأ انجاز العمل الجراحي بداية من تجهيز المريض وتنويمه أي تخديره ليتبع بالعمل الجراحي فبداية استفاقة المريض، وبنهاية انجاز العمل الجراحي يتم تحويل المريض إلى سريره في الإنعاش.



الشكل رقم 33 : نظرة حول التدخل الجراحي من خلال مختلف الموارد المتدخلة في تنفيذه

المصدر : Pierre Ladet et autres, Une méthode pour l'ordonnancement du bloc opératoire, Journal Européen des Systèmes Automatisées(RS.JESA), logistique hospitalière, vol 38, n°06, 2004, p660.

III-2-2-2- مرحلة ما بعد التدخل الجراحي :

وهي المرحلة التي تتم في قاعة الإنعاش أين تتم عملية مراقبة وتتبع حالة المريض إلى غاية رجوعه إلى وعيه وعودته إلى التنفس بشكل طبيعي وكذا توازن دورته الدموية ويتم ضمان تحويل المريض إلى السرير المخصص له في قاعة الإنعاش دون أن ينتظر في غرفة العمليات عن طريق التخصيص (dimensionnement) الجيد لعدد الأسرة بالنسبة لعدد العمليات الجراحية و استغلال عدد كافي من المرضى. فأي نقص في احد الموردتين في قاعة الإنعاش سيجعل مرحلة استفاقة المريض تتم في قاعة العمليات ولذلك سنفرض أن عدد الأسرة يعتبر كمورد خرج في غرفة الإنعاش، فأي نقص في الأسرة الكافية ستجعل المريض ينتظر أكثر في قاعة العمليات إلى غاية تحرير سرير له، هذا من جهة.

ومن جهة أخرى، فعدم توفر سرير للمريض الخاضع للعملية الجراحية سيزيد من الوقت اللامنتج لجناح العمليات الجراحية .

III-2-3- تحديد موارد المسار الجراحي للمريض :

من خلال تحليل المسار الجراحي للمريض يبرز لنا جليا مدى تعقيده الذي غالبا ما يرجع إلى سببين رئيسيين هما:

- التقاء مختلف الموارد البشرية، المادية و المعلوماتية في نفس المكان ونفس الزمان.

- يمكن أداء الأنشطة بشكل تسلسلي أو بشكل متوازي أي في آن واحد.

ولذلك فمن المهم التعريف بهذه الموارد فيما يلي :

III-2-3-1- الموارد البشرية: تتعدد الموارد البشرية التي تتدخل في مختلف الأنشطة المكونة للمسار الجراحي،

والاهم من ذلك أن كل مورد يتميز بثقافته الخاصة، كفاءاته، تخصصه ومستوى خبرته. وبذلك نستخلص 8 تخصصات:

✓ **الجراح Chirurgien**: وهو من يقوم بالتدخل الجراحي حيث يعود له اتخاذ القرار بعد عملية الفحص الجراحي للمريض وهو ما يشكل بداية المسار الجراحي. وبالرغم من أن حضور الجراح هو جد ضروري إلا انه يبقى مقيدا في معظم أنشطة المسار ففي الواقع لا يتدخل الجراح إلا في أداء العمل الجراحي بحضور المريض . وتتم العملية بحضور كبار الجراحين وفي بعض الأحيان يحول مهام إنجاز العمل الجراحي إلى جراحين مبتدئين.

✓ **طبيب التخدير Médecin Anesthésiste Réanimateur (MAR)**: وهو الذي يقرر إذا ما كانت حالة المريض النفسية والجسمية تسمح بإجراء العملية الجراحية الأكثر من ذلك انه يلعب دورا أساسيا في إجراء التدخل الجراحي .

✓ **ممرض التخدير المؤهل - شهادة دولة - Infirmier d'anesthésie diplômé (IADE)** **d'état**: وهو اقرب مساعد لطبيب التخدير بحيث يسجل تدخله في عملية التخدير.

حيث يمكن أن يخصص لانجاز أنشطة داخل غرف العمليات كتحضير أجهزة التخدير وكذا تخدير المريض أو في قاعة الإنعاش لتتبع استعادة المريض لوعيه واستيقاظه . ويبقى هذا الأخير دوما تحت مسؤولية طبيب التخدير .

✓ **ممرض جناح العمليات الجراحية مؤهل شهادة دولة - Infirmier de bloc (IBODE)** **opérateur diplômé d'état**: يتم تخصيص الممرض لغرفة العمليات الجراحية ليساعد بشكل مباشر

الطبيب الجراح في جميع الأنشطة المتعلقة بالعمل الجراحي (تحضير معدات الجراحة، توفير الأدوات الجراحية، تحويل المريض إلى طاولة العمليات).

ونميز هنا بين وظيفتين لهذا الممرض، الأولى يقوم فيها الممرض بتحضير جميع المستلزمات الجراحية في غرفة العمليات، والثانية يبقى فيها الممرض ملازما للجراح لإعطائه المستلزمات الجراحية التي يحتاج إليها أثناء تدخله الجراحي.

✓ مساعدتي الممرضين Aides soignants: هم أفراد متحصلين على شهادات تؤهلهم لمساعدة الممرضين في إنجاز مختلف الأنشطة من تنظيف غرف العمليات، تحضير الأجهزة، تحويل المرضى....).

✓ الممرضين الحاملين لشهادة دولة: هم غير متخصصين كمرضى التخدير أو ممرض غرفة العمليات فهم يهتمون بالمريض في أقسام التنويم أثناء إقامتهم بالمستشفى .

✓ السكرتارية وهي تقوم بمختلف الأعمال الإدارية (كإدارة جداول أعمال الأطباء الجراحين، إدارة ملفات المرضى ...).

ويبقى التعريف بهذه الموارد عاما بهدف إلى توضيح مختلف أنواع الموارد المشاركة في المسار الجراحي كما يبقى التعريف بمهام كل واحد منهم نقطة حساسة جدا لأنها تختلف من مؤسسة صحية إلى أخرى وخصوصا بين عمومية وخاصة.

III-2-3-2- الموارد المادية :

يتكون جناح العمليات الجراحية أساسا من نوعين للغرف :

- غرف العمليات الجراحية وهي الغرف التي تنجز فيها الأعمال الجراحية حيث يجب أن تكون مجهزة بجميع آلات التي تضمن مراقبة نبض القلب وتتبع مخطط كهربائية القلب *radioscopique tracé électro* وكذا ضغط الدم. وفي كل تدخل جراحي يجب أن يقوم الطبيب الجراح والمخدر بتحديد أدوات الجراحة والتخدير المناسبة لحالة المريض وتحضيرها.

- قاعة الإنعاش وأحيانا تسمى بقاعة الإستيقاظ (*salle de réveil*) أو قاعة المراقبة (*la salle de surveillance*) ما بعد العمل الجراحي. تضم هذه القاعة أسرة لاستقبال المرضى الذين خضعوا لعمليات جراحية وهم في حالة استعادة وعيهم. وتكون هذه القاعة دوما بجوار غرف العمليات الجراحية كما يجب أن تضم على الأقل ممرض شهادة دولة مؤهلا ومكونا في مثل أعمال المراقبة هذه.

III-3-2-3- الموارد المعلوماتية:

يعتبر جانب المعلومات جانبا مهما في حسن سير عمل الجناح الجراحي، ففي الواقع وخلال المسار الجراحي يتم تبادل عدد من المعلومات بين الفاعلين في الجناح سواء كان ذلك بشكل شفهي (تعليمات الطبيب

المخدر للمرضين في غرفة الإنعاش أثناء استفاقته مثلا) أو بطريقة كتابية (المقاييس المأخوذة طوال التدخل الجراحي...).

III-3- البرمجة العملية كإحدى سبل التحكم في تدفق المرضى:

III-3-1- ماهية البرمجة العملية (La programmation opératoire) :

تتطلب البرمجة العملية إنشاء مخطط تقديري للتدخلات الجراحية قيد الانجاز خلال فترة معينة، والتي غالبا ما تكون عبارة عن أسبوع ابتداء من الطلبات الصادرة من الأقسام الجراحية أو الأخرى . فالبرمجة الفعالة هي تلك البرمجة التي تستطيع أن تخلق تزامنا عن طريق تنظيم تقديري ومعلومات دقيقة في اللحظة "t" بين المريض، الجراح، الطبيب المخدر، المرضى، القاعات، الأجهزة والمعدات وكذا ما بين التشخيص وأسرة التنويم وما بين كذلك مرحلة التدخل الجراحي من نقل المريض، المخابر والتصوير وكذا غرف الإنعاش وكذا مرحلة ما بعد التدخل من أسرة للإنعاش وكذا التنويم.²⁷⁵

إذن لإنشاء برمجة أكثر دقة فان ذلك يتطلب معرفة 03 عناصر لكل تدخل:

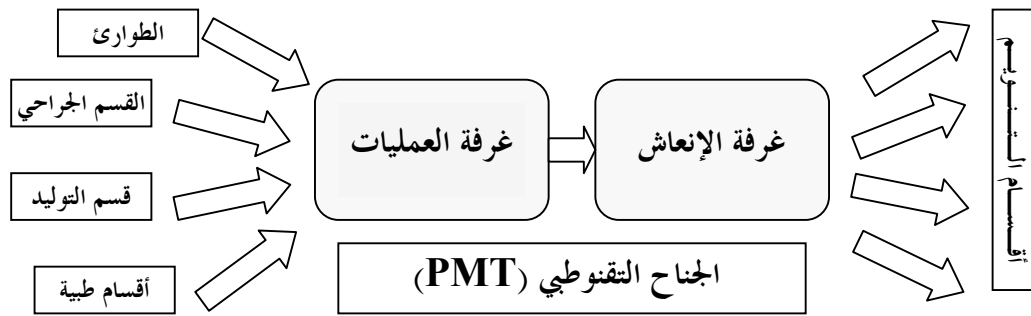
- 1- فترة التكفل بالمريض أثناء التخدير فهي ترتبط بطريقة التخدير ووسائل المراقبة الضرورية والمحددة خلال التشخيص التخديري (consultation anesthésique).
 - 2- فترة التكفل بالمريض أثناء العمل الجراحي .
 - 3- الفترة الضرورية لإعادة غرفة العمليات كما كانت عليه من قبل (تنظيف غرفة العمليات وكذا المعدات المستعملة سالفًا) ونقل المريض وتحويله إلى غرفة الإنعاش مع التنويه أن البرنامج العملي ينجز بمعية الجراحين وأخصائيي التخدير ومسؤولي الجناح.
- فبمجرد معرفة المريض المعني بالتدخل الجراحي يصادق الفاعلين في هذا المجال خلال اجتماعهم الأسبوعي على المخطط العملي في بادئ الأمر ليصادق عليه نهائيا خلال اجتماع مجلس الجناح.

III-3-2- دواعي اللجوء إلى البرمجة العملية :

بفضل البرمجة العملية تستطيع المستشفى أن تسير بشكل فعال موارد الجناح التقنوبي PMT وتنسق حضور مختلف الفاعلين في الجناح وذلك من اجل تقديم أحسن الخدمات إلى المريض. وتتمحور إشكالية البرمجة العملية حول ثلاثة نقاط:

²⁷⁵ Saadani N.H, Guinet A., Chaabane S., Ordonnancement des blocs opératoires, 6eme Conférence Francophone de MOdélisation et SIMulation - MOSIM'06 -« Modélisation, Optimisation et Simulation des Systèmes : Défis et Opportunités », Rabat- Maroc, 3 - 5 avril 2006 , p 01.

- 1- يعتبر افراد جناح العمليات الجراحية كفريق يتميز بالكفاءة العالية لفاعليه وتعدددهم واختلاف تخصصاتهم (طبيين ، تقنيين وإداريين) وإجراء التدخلات بمعية بعضهم البعض²⁷⁶ ، بحيث قدرت بعض الدراسات أن هذا الجهاز يحمل المستشفى حصة هامة من ميزانيتها التي تتراوح من 10 إلى 15%.²⁷⁷
- 2- يمثل جناح العمليات الجراحية كنقطة التقاء لمختلف المصالح والتخصصات وكذا الخدمات، إذ أصبحت مختلف المستشفيات تنتهج اتجاه جناح جراحي متعدد التخصصات يعمل فيه الطاقم الطبي بشكل جماعي وفي مكان واحد تحت قواعد موحدة لسير العمل وإدارة مركزية للموارد.



الشكل رقم 34: التدفقات الواردة والصادرة من الجناح التقنوبي.

المصدر: Eric Marcon, Dimensionnement des ressources des plateaux

medicotechniques des établissements hospitaliers, Journal Européen des Systèmes Automatisés (JESA), logistique hospitalière, vol 38, n°06,p 638.

- 3- السبب الأخير يتعلق بالتغيرات في الممارسات الطبية، فحاليا تمارس التدخلات الجراحية وتنجز في إطار إقامة المريض بالمستشفى ولكن توجهات المستشفيات وخاصة المعاصرة تتجه نحو الجراحة الإسعافية *chirurgie ambulatoire* سعيا منها إلى التقليل من مدة إقامة المريض بالمستشفى، وبالتالي تدنية التكاليف المتعلقة بمساره العلاجي . الأمر الذي يجعلها أمام الضرورة الملحة لتخطيط وتنسيق أنشطتها خلال فترات جد قصيرة عن طريق إنشاء وسائل تخطيط تقديرية فعالة .

²⁷⁶ McAleer, W.E., Turner, J.A., Lismore, D., Naqvi, I.A., Simulation of a hospital's theatre suite , Journal of Mangement in Medicine, Vol. 9, n°5, 1995, pp 14-15.

²⁷⁷ B. Roland , F. Riane, Enchères et coopération dans la programmation opératoire, 8^{ème} Conférence Internationale de MOdelisation et SIMulation (MOSIM'10), Hammamet - Tunisie ,10 au 12 mai 2010 ,p01 .

إذن ومن خلال ما سبق يتضح لنا جليا أن هذا المجال يتميز بتقيده بالموارد البشرية والمادية وظروف السلامة الصحية الأمر الذي يجعل من الضروري اقتراح وسائل تخطيط وجدولة سريعة وفعالة إلى مسؤولي الجناح من اجل الارتقاء بخدمة المريض.

III-3-3- إشكالية البرمجة العملية في الجناح التقنوبي:

يشكل الجناح التقنوبي موضوع اهتمام من قبل جميع المؤسسات الصحية إذ انه يعتبر القسم الذي تكون فيه الموارد وخاصة المادية من معدات وأجهزة ولوازم متوفرة بشكل مستمر.²⁷⁸ إذن فالتحسين من أداء جناح العمليات الجراحية لا يعتمد فقط على الأداء التقني للأعمال الجراحية فحسب وإنما على أنشطة الإمداد الداعمة لها وكذا تخطيط جيد لتدفق المرضى.²⁷⁹

ففي هذا الجناح تصب العديد من تدفقات المرضى من مختلف الأقسام الجراحية، وإدارة هذه التدفقات تنجز برمجة عملية (programmation opératoire) يتم من خلالها إنشاء قائمة بأسماء المرضى وترتيب مرورهم في غرف العمليات وكذا غرف الإنعاش . وبذلك يعتبر البرنامج العملي وسيلة تسيير تتطلب تخطيط التدخلات الجراحية على مستوى الجناح وفي فترة متغيرة تمتد من يوم إلى أسبوع.

إذن فإن إنشاء برنامج عملي صحيح فان المبرمج بحاجة لمعرفة مسار المريض والمعلومات المصاحبة للمريض وكذا جميع التدخلات الضرورية لانجاز العمل الجراحي والفترات الخاصة به. وبذلك تشكل البرمجة العملية عملا صعبا تميزه عدة عراقيل نذكر فيما يلي أكثرها بروزا:

1- القيود الأكثر أهمية:

يأخذ المبرمج عند تشكيكه للبرنامج العملي عدة قيود بعين الاعتبار نذكر منها:

أ- القيود المتعلقة بالموارد:

في غرف العمليات يمر كل مريض بمرحلة التخدير فالعمل الجراحي فمرحلة استعادة الوعي. وعموما تكون كل من أنشطة التخدير والاستيقاظ أكثر مرونة وهذا يرجع لكون الطبيب المخدر قادر على التدخل في جميع التدخلات بأنواعها في حين تكون موارد العمل الجراحي اقل مرونة بسبب تطلبها وفقا لحالة المريض جراحا متخصصا ومعدات خاصة مثل الغرف المعقمة... الخ، فإذا كان هناك أي نقص في هذه الموارد (كمواد التخدير مثلا) يمكن في هذه الحالة أن يؤجل التدخل الجراحي.

ب- ساعات العمل الخاصة بالجناح التقني:

²⁷⁸ Parent, J., Beaulieu, M., Landry, S., Le système de chariots de cas : recension des écrits, Cahier de recherche n° 01-06, École des Hautes Études Commerciales, Montréal, 2001, pp 1-2 .

²⁷⁹ Rossi-Turck D., Wrincq J., Danhier A M., Menne A., L'approvisionnement du disponible au bloc opératoire: couplage d'une approche MRP2 et d'une livraison en Kits, Logistique & Management, 2004, p66

إن ساعات افتتاح الجناح محدودة في المستشفى وبذلك نميز ما بين ساعات العمل القانونية والساعات الإضافية. فساعات العمل القانونية لا بد أن يحترم فيها أوقات عمال الموظفين، في حين تبقى الساعات الإضافية محددة من قبل قوانين العمل وهي تمثل الساعات الخارجة عن التوقيت الرسمي للموظفين.

ت- تصميم المصالح المرتبطة بالعمل الجراحي le dimensionnement des services connexes

⋮

إن لأقسام التنويم وغرف الإنعاش تأثيرها البارز على برمجة العمليات ويظهر ذلك من خلال:

أ- الأسرة في غرف الإنعاش: فمثلا إذا كان الجناح يضم 14 قاعة للعمليات الجراحية و 06 أسرة فقط في غرفة الإنعاش فهذا سيجعل من عمل البرمجة صعبا جدا، حيث سيبقى المريض عالقا في غرفة العمليات حتى يوفر له سرير في غرفة الإنعاش.

ب- قسم التنويم: إن انعدام سرير في قسم التنويم للمريض المقرر إجراء العملية له في تاريخ معين سيحرمه من ذلك بحيث لا يمكن قبوله وسيتم تحديد موعد جديد في وقت لاحق وهو ما يعطل ويعرقل تشغيل الجناح من جهة واستياء المريض من جهة أخرى.

وبذلك فالبحث عن برنامج عملي كفاء لا بد أن يرافقه تبسيط في تشغيل وسير عمل الجناح وبتصميم مناسب للموارد المتعلقة بالعمل الجراحي.

2- الاضطرابات :

تشكل الاضطرابات ثاني الصعوبات التي يواجهها البرنامج العملي. وفي هذا الصدد ميز Ladet (2004) نوعين من هذه الاضطرابات :²⁸⁰

- حالات عدم اليقين les incertitudes.

- الحالات الطارئة les aléas وهي مجموع الأحداث التي تؤدي إلى إحداث تغييرات في النموذج نفسه.

أ- حالات عدم اليقين:

تبقى مدة التدخل الجراحي غير محددة سواء على مستوى غرف العمليات أو غرف الإنعاش ، ففي كل تدخل تتغير المدة الضرورية لانجاز العمل الجراحي وفقا لحالة المريض، خبرة وكفاءة الفريق الجراحي وأية مضاعفات التي قد تحدث أثناء العملية الجراحية .

²⁸⁰ Pierre Ladet, B Hadj Alouane Atidel, Angel Ruiz, Sondes Hammami, Une programmation opératoire robuste, Logistique & Management , 2004 ; pp96-97.

ونفس الشيء نجده في غرف الإنعاش إذ تختلف مدة بقاء المريض في الإنعاش تبعاً لتقنيات التخدير المناسبة لمدة العملية وكذا حالة المريض... الخ. ولكن عدم توفر بيانات تاريخية سيجعل من الصعب التنبؤ بمدة التدخل الجراحي مما يجعل الجراحين يقدرونها على أساس خبراتهم.

ب- الحالات الطارئة:

يمكن لحالة المريض أن تتدهور مباشرة قبل إجراء التدخل الجراحي فالمريض المقرر إجراء العملية له والذي يعاني من تصلب في الشرايين يمكن أن يصاب بنوبة قلبية مما سيجعل الجراح يضطر لتأجيل العملية فهذا الأمر مثلاً سيخلق حتماً اضطرابات في سير عمل الجناح. ضف إلى ذلك الطوارئ والاستعجال التي تشكل نوعاً من الاضطرابات التي تتسبب في إحداث أكثر التغييرات في البرنامج العملي.²⁸¹

III-4- نمذجة البرمجة العملية:

حاولنا في العناوين السابقة التطرق بشكل سريع إلى خصوصيات القسم الجراحي وأهم القيود التي تحيط بالعمل الجراحي، و رأينا كيف أن تدفقات المرضى ترتبط بقيود الموارد البشرية والمادية المحيطة بها وكيف أن التحكم فيها يتميز بالصعوبة والتعقيد. ولهذا ارتأينا أن نقترح وسيلة تساعد متخذي القرار بهذا القسم في عملهم وتسهل عليهم برمجة التدخلات الجراحية المزمع إجراؤها.

ولهذا لجأنا إلى نمذجة البرمجة العملية باستعمال الأساليب الرياضية التي تساهم بشكل فعال في تبسيط المشكل واقتراح حلول عملية وعلمية تساعد في اتخاذ القرارات المناسبة.

III-4-1- عرض المشكلة :

إن برمجة التدخلات الجراحية وتوزيعها على قاعات العمليات يسمح أولاً بتحديد قائمة التدخلات الجراحية. إذن فالبرمجة تسمح بتعيين المرضى المزمع إجراء عمليات جراحية لهم .

ويكمن الهدف من تعيين التدخلات المراد إجراؤها خلال يوم معين هو مثولية استعمال جناح العمليات هذا إلى جانب تدنية عدد الأيام التي يقضيها المريض في انتظار إجراء التدخل وهو ما يترجم البحث من جهة عن إرضاء المرضى ومن جهة أخرى الوصول إلى الاستغلال الأمثل لموارد الجناح.

ولذلك ترجمنا مشكلة برمجة العمليات على شكل دالة تعظيم لعدد التدخلات الجراحية، هذا مع العلم أن برمجة العمليات يجب أن تتماشى مع قيود الموارد كالساعات القانونية لعمل جناح العمليات، مدى توافر الجراحين، توفر الأجهزة الطبية بقاعات العمليات.

²⁸¹ Rossi-Turck D., Wrincq J., Danhier A M., Menne A., L'approvisionnement du disponible au bloc opératoire: couplage d'une approche MRP2 et d'une livraison en Kits, op-cit, p 66.

III-4-2- الفرضيات :

لنفترض في هذا النموذج أننا على علم بان الجراح **Ch** هو من سينجز العملية **i** إضافة إلى معرفة المدة التي يستغرقها كل عمل جراحي وهذا استنادا لخبرة الطبيب الجراح. كما نفترض ان كل الموارد الضرورية لإجراء التخدير و التدخل متوفرة في كل قاعة عمليات. ولذلك نقترح الصيغة الرياضية التالية لمشكلة برمجة التدخلات الجراحية وتوزيعها على قاعات العمليات على شكل برنامج خطي ذي متغيرات صحيحة (0,1).

III-4-3- نمذجة المشكل:

خلال نمذجة مشكل البرمجة نعتبر المعطيات التالية :

N : عدد المرضى الذين يمكن أن يجرى لهم التدخل في اليوم المعني بالبرمجة.

S : عدد قاعات العمليات

DPOi: المدة التي يستغرقها العمل الجراحي بالدقائق

Cm : المدة القانونية لعمل قاعات العمليات **m** (بالدقائق).

Xim : =1 إذا كان التدخل **i** قد تم تخصيصه في القاعة **m**، و =0 إذا كان العكس.

وقبل التطرق إلى النموذج فلا بأس أن ننوه بان المؤشر **i** يقصد به المريض والتدخل في آن واحد، وبالتالي فعندما نقول التدخل **i** فهذا يعني التدخل للمريض **i**، ضف إلى ذلك أن التدخل **i** يأخذ بعين الاعتبار خصوصيات المريض **i**.

$$Max \sum_{m=1}^S \sum_{i=1}^N Xim \quad (1)$$

S.C :

$$\sum_{i=1}^N Xim \cdot DPOi \leq Cm, \quad \forall m \in [1..S] \quad (2)$$

$$\sum_{m=1}^S Xim \leq 1, \quad \forall i \in [1..N] \quad (3)$$

$$Xim \in \{0,1\}, \forall i \in [1..N], \forall m \in [1..S]. \quad (4)$$

- تسمح دالة الهدف (1) بتعظيم عدد التدخلات الجراحية المبرمجة في اليوم المعني .

- مجموعة القيود رقم (2) تسمح باحترام الأوقات القانونية لعمل غرف العمليات الجراحية.

- أما مجموعة القيود رقم (3) فهي تضمن بان العملية قد تمت برمجتها مرة واحدة على الأكثر.
- في حين أن القيود رقم (4) فهي تدل على أن المتغيرات المستعملة هي متغيرات صحيحة (0، 1).

III-4-4- التجربة:

سنحاول تجسيد هذا البرنامج في جناح العمليات الجراحية بمستشفى الشهيد شعبان حمدون بمغنية ، ولكن لا بأس في أن نعطي لمحة وجيزة عن هذا القسم فالمعطيات المتعلقة بهذا البرنامج بعد ذلك.

يقع الجناح التقنوطي أو قسم العمليات بالطابق الأرضي للمستشفى ، وهو يتكون من:

- ✓ أربعة غرف للعمليات الجراحية، 02 منها مخصصة لإجراء مختلف التدخلات الدقيقة الخاصة بجراحة العظام وكذا العيون والثالثة لمختلف أنواع العمليات الأخرى في حين تخصص الغرفة الرابعة فقط للحالات الطارئة أو المستعجلة (les urgences) الغير قابلة للتأجيل كالحوادث، حالات الولادة القيصرية....
- ✓ قاعة إنعاش مجهزة ب 08 أسرة مستعملة و 03 أسرة إضافية تستعمل في حالات الطوارئ
- ✓ قاعة تعقيم الأدوات الجراحية وملابس الطاقم الطبي من أطباء وممرضين.
- ✓ صيدلية خاصة بقسم العمليات.

يغطي الجناح 07 اختصاصات جراحية تحت إشراف جراحين متخصصين، نلخصها في الجدول الموالي:

الاختصاص	عدد الأطباء الجراحين
جراحة الحنجرة والأنف	02
جراحة العيون	02
الجراحة العامة	04
جراحة العظام	03
جراحة الأطفال	02
عمليات التوليد القيصرية	03
جراحة المسالك البولية	01
07 تخصصات	17

الجدول رقم: 07: التخصصات الجراحية بمستشفى مغنية

هذا بالإضافة إلى 04 أطباء تخدير (médecins anesthésistes réanimateurs).

أما بالنسبة للطواقم شبه الطبي فهو مكون من :

العدد	الشبه طبيين حسب تخصصاتهم ومؤهلاتهم	
13	مساعد طبي للتخدير والإنعاش Auxiliaires Médical Anesthésiste- Réanimateur (AMAR)	
05	ممرض قسم العمليات- شهادة دولة Infirmier de Bloc Opératoire Diplôme d'Etat (IBODE)	
09	غرف العمليات	ممرض شهادة دولة Infirmier Diplôme d'Etat (IDE)
06	غرفة الإنعاش	
06	غرف العمليات	مساعد تمريض Aides Soignants (AS)
02	غرفة الإنعاش	
41	المجموع	

الجدول رقم:08: تقسيم الطاقم شبه الطبي الخاص بقسم العمليات لمستشفى مغنية .

الشيء الجدير بالتنويه انه في هئية المستشفى تم مراعاة جانب الإمداد حيث أن جميع مكونات الجناح التقني من قسم للعمليات، قسم التصوير الطبي، قسم التحاليل المخبرية، الطوارئ كلها متركزة بقرب بعضها البعض إضافة إلى قربها من المصاعد الآلية. و هو جانب له أهميته الخاصة بحيث أن هذا الشكل التنظيمي يقلل من تنقل المريض والمرضى ويسهل من عملية تقديم مختلف الخدمات.

أما في هذا النموذج فسنقوم ببرمجة مجموع العمليات الجراحية لقسم جراحة العيون وتوزيعها على قاعتي العمليات المخصصة لذلك لكل أسبوع وبالأخص خلال اليومين الفعليين الأحد والأربعاء المخصصين لإجراء مثل هذه التدخلات مع العلم أن ساعات العمل القانونية بهاته الغرف هو 480 دقيقة.

ضف إلى ذلك أن مرحلة العمل الجراحي تتكون من عدة فترات أولاها تحضير القاعة، تحضير المريض لإجراء التدخل ومن ثم إنجاز العملية الجراحية وأخيرا تنظيف القاعة. واستنادا على تقدير الأطباء الأخصائيين في هذا المجال استخلصنا الفترة التي يتم فيها تنظيف القاعة والمقدرة ب 20 دقيقة وكذا الفترة الخاصة بالتعقيم والمقدرة ب 25 دقيقة . أما الفترات الخاصة بإنجاز التدخل فتختلف من مريض إلى آخر وفقا لوضعيته الصحية ودقة العمل الجراحي وكذا خبرة ومهارة الجراح.

ولإعطاء هذا النموذج مصداقية أكثر طبقنا هذا الأخير على 30 تجربة قسمناها إلى ستة مجموعات، كل مجموعة تحتوي على خمسة حالات مختلفة من حيث مدة التدخل الجراحي وفقا لاختلاف الحالات المرضية.

III-4-5- النتائج :

لحل هذا النموذج الرياضي استخدمنا برنامج LINGO 13.0.-VERSION 7.0.1.235 -2011 وهي نسخة مطورة لبرنامج LINDO، أين سجلنا خلال التجارب الثلاثين عدد المتغيرات الصحيحة المتراوح بين 20 و 30 متغيرا (les variables entiers) و قيودا يتراوح عددها من 13 إلى 18 قيد خطي. ومن خلال الجدول الموالي نبرز جميع النتائج المتحصل عليها خلال هذه التجارب، أين أعطينا لكل تجربة رقما مرجعيا يخص عددا معيناً من التدخلات الجراحية (N) ، قيمة دالة الهدف المتحصل عليها والمتمثلة في عدد المرضى المدرجين في البرنامج العملي ، مدة شغل كل قاعة عمليات وأخيرا نسبة كل واحدة منهما.

رقم التجربة	عدد المرضى المقترح إجراء التدخل لهم	عدد المرضى الذين تم إدراجهم في البرنامج	فترة التدخل في الغرفة 01	فترة التدخل في الغرفة 02	نسبة شغل القاعة 01 %	نسبة شغل القاعة 02 %
1	10	8	390	475	81,25	98,96
2	10	8	460	470	95,83	97,92
3	10	9	455	480	94,79	100,00
4	10	9	440	470	91,67	97,92
5	10	8	420	420	87,50	87,50
6	11	9	475	480	98,96	100,00
7	11	8	390	470	81,25	97,92
8	11	9	445	480	92,71	100,00
9	11	10	480	480	100,00	100,00
10	11	9	440	470	91,67	97,92
11	12	9	475	480	98,96	100,00
12	12	10	480	480	100,00	100,00
13	12	10	470	480	97,92	100,00
14	12	8	470	470	97,92	97,92
15	12	9	430	390	89,58	81,25
16	13	9	450	480	93,75	100,00
17	13	10	480	480	100,00	100,00
18	13	8	390	470	81,25	97,92
19	13	10	460	480	100,00	100,00
20	13	9	420	470	87,50	97,92
21	14	9	450	480	93,75	100,00
22	14	9	380	480	79,17	100,00

100,00	95,83	480	460	10	14	23
100,00	95,83	480	460	10	14	24
100,00	85,42	480	410	9	14	25
100,00	91,67	480	440	9	15	26
100,00	79,17	480	380	9	15	27
100,00	81,25	480	390	8	15	28
100,00	100,00	480	480	10	15	29
100,00	83,33	480	400	9	15	30

الجدول رقم: 09: نتائج برمجة التدخلات الجراحية وتوزيعها على غرف العمليات .

لنتحصل في الأخير على متوسط عدد العمليات الجراحية المبرمجة والمقدر ب 9.03 أي ما يقارب تسعة تدخلات جراحية في اليوم، متوسط مدة شغل كل من القاعتين الأولى والثانية 439 و 472.50 على التوالي. وهو ما يشكل نسبة 91.60% فيما يخص القاعة الأولى و 98.44% بالنسبة للثانية، هذا طبعا إذا أخذنا بعين الاعتبار فترات تنظيف القاعة وعمليات التعقيم في تقدير مدد العمليات الجراحية، في حين يختلف الأمر إذا أغفلنا هذه الفترات أين يصبح متوسط فترة استغلال الغرف 57.66% مع العلم إن نسبة مدة التنظيف والتعقيم تمثل 42.34% من مدة شغل هذه القاعات، وهذا يعني أن أي تخفيض في هذه المدد سيسمح لنا بزيادة عدد التدخلات المنجزة في اليوم .

الخاتمة:

تطرقنا في هذا الفصل إلى دراسة ميدانية لمستشفى الشهيد شعبان حمدون، عالجنا فيها الجانب الخفي والداعم للخدمات الصحية والمتمثل في أنشطة الإمداد باختلافها.

عائنا في الأول واقع الإمداد الكلاسيكي باختلاف الأنشطة المكونة له من شراء وتخزين وكذا التوزيع الداخلي أو ما يعرف بإعادة ترميم الأقسام، أين تعرضنا إلى مختلف الإجراءات المتبعة في كل واحدة منها. الشيء الذي استخلصناه في الأخير من خلال معاينتنا ومقابلاتنا مع عمال مختلف الأقسام سواء الإدارية ، الطبية أو الفندقية أن الكل يمارس الإمداد من دون أن يعلم بذلك. فمصطلح الإمداد لا يزال مفهوما غامضا لدى مسؤولي القطاع الصحي.

صحيح أن هناك تعليمات دورية من الوزارة الوصية تدعو إلى تتبع ورقابة أكثر للموارد ولكنها تعالج كل نشاط على حدى فأنشطة الإمداد لا تزال تسير بشكل منفصل أين تتوزع مسؤولية إدارتها بين الأقسام ومديرية الوسائل المادية أو الخدمات الاقتصادية كما كانت تدعى سابقا. وهذا ما يدفعنا للقول بان الإمداد الصحي لا يزال في مرحلته البدائية على عكس الإمداد الصناعي الذي وصل إلى مرحلة تكامل الأنشطة بين الفاعلين في سلسلة الإمداد. ففي المجال الصحي ينعدم التنسيق بين المنتج والمورد والمستهلك وهو ما يظهر جليا من خلال حالات النفاذ المتكررة في المواد الصيدلانية بشكل يعود سلبا على مستوى الخدمة المقدمة وبالتالي على رضا المريض.

نقطة أخرى سجلناها وهو سعي المنظومة الصحية إلى عصنة أنظمتها المعلوماتية بتبنيها لبرامج معلوماتية متطورة تساعد في التنسيق بين الأقسام الداخلية للمستشفى وتسهم في تحرير الممرض سواء من التنقل أو تحرير الطلبات أو الجرد وما شابه ذلك من الأعمال اليومية وهو ما يؤهله لتسخير وقته في خدمة المريض ضمن اختصاص تكوينه.

انتقلنا بعد ذلك إلى معاينة جانب الإمداد الخدماتي أين عالجنا تدفقات المرضى في المسار العلاجي وبالأخص في المسار الجراحي أين تطرقنا لأهم القيود والعراقيل التي تعترضها مما يجعل منها أمرا صعبا ومعقدا. ولذلك اقترحنا تقديم وسائل لا نستطيع أن نقول عنها أنها مثلى ولكنها تساعد مسؤولي القسم الجراحي في اتخاذ قراراتهم وفي تبسيط ولو جزء من هذا التعقيد. أين اقترحنا تقديم إشكالية برمجة العمليات على شكل صيغة رياضية تهدف إلى تعظيم عدد التدخلات الجراحية وتوزيعها على غرف العمليات المتاحة في الجناح بشكل يساعد على تدنية مدة انتظار المريض من جهة ومن استغلال أكثر لموارد القسم.

الخاتمة العامة

أصبحت تكاليف الرعاية الصحية في السنوات الأخيرة تشهد تزايدا مستمرا مما جلب الكثير من الباحثين لإجراء العديد من الدراسات حول هذه الظاهرة، والتي أظهرت بأن جانبا هاما من هذه التكاليف يرتبط بعمليات الإمداد في المستشفيات، والتي يمكن تقليصها وتخفيضها إلى حد كبير عن طريق استخدام أفضل التقنيات والأساليب. ويرجع الارتفاع المستمر لتكاليف الرعاية الصحية إلى التقدم التكنولوجي الهائل الذي يشهده هذا القطاع، ضف إلى ذلك ظاهرة الشيخوخة التي أصبحت ميزة تخص المجتمعات المعاصرة والناجئة عن تحسن المستوى المعيشي لأفراد المجتمع.

لقد رأينا في السابق أن دور الإمداد في المجال الصناعي يكمن في توفير المنتجات في الوقت والمكان المناسبين وبجودة معينة وبأقل تكلفة. ففي هذا المجال يقوم الإمداد على الوصل بين المورد والمنتج والعملاء حيث يدير تنسيق التدفقات المادية عبر جميع المراحل بداية من التوريد فالتحويل والتوزيع. ولأن الخدمات لا تنتج مخرجات على الأرحح تنقل أو تخزن، فالإمداد يلعب نفس الدور بالتحكم في القيدين المكاني والزمني، بل انه يطبق على قدرات الإنتاج نفسها من موظفين، معدات وأجهزة ومعلومات ضرورية لتقديم الخدمة.

فعادة في المؤسسة الصناعية تورد العديد من المكونات والمواد الأولية وتحوها إلى منتجات نصف مصنعة أو منتجات نهائية والتي تسلمها إلى الزبون تحت إدارة سلسلة الإمداد. نفس الشيء نجده في بعض وظائف المستشفى كالإطعام مثلا، فهي تزود بالمكونات الأساسية وتجمعها لتحوها إلى وجبات غذائية تقدم للمرضى. في حين نجد أن الأمر يختلف تماما في الصيدلية التي تجري طلباتها للأدوية والمواد المستهلكة وتستلمها وتقوم بتخزينها ومن ثم توزيعها على وحدات العلاج. أين يتم تقاسم المسؤولية بين الصيدلي وإدارة الخدمات الاقتصادية في إدارة هذه التدفقات. وبذلك تشمل المستشفى تدفقات عديدة وجد متنوعة الأمر الذي زاد من تعقيد إدارتها والتحكم فيها، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فان أنشطة الإمداد لا تزال تسير بشكل منفصل على عكس الإمداد الصناعي الذي يقوم على أساس تكامل هذه الأنشطة.

ومن خلال دراستنا للإمداد الذي يعتبر كنشاط داعم للنشاط الرئيسي للمستشفى والمتمثل في تقديم الخدمات الصحية، تبين لنا أن له تأثيرا مباشرا في جودة الخدمة الطبية المقدمة للمريض وبالتالي على رضا المريض وعلى أداء المستشفى بشكل عام.

فمن خلال هذا النشاط الذي يجمع ما بين تصميم وتخطيط وتنفيذ كل من الشراء وإدارة المخزون وكذا توزيع مختلف السلع والخدمات المحيطة بتقديم الخدمات الصحية للمرضى ترتبط مختلف الأقسام الطبية والفندقية. بمسار المريض وتقدم دعما كبيرا لأداء امثل للمستشفى.

لقد تعرضنا من خلال دراستنا هذه لمختلف الأنشطة المكونة للإمداد على مستوى المؤسسة الصحية، ودرسنا واقعه في المؤسسات الصحية الجزائرية احذين المؤسسة العمومية الإستشفائية -الشهيد شعبان حمدون-

بمغنية كعينة لذلك. أين تبين لنا أن الإمداد الصحي لا يزال في مرحلته البدائية بالرغم من الأموال الضخمة المخصصة للأنشطة المكونة له، الشيء الذي جعل السلطات الوصية تلتفت إليه كنشاط من الممكن تلبية التكاليف المتعلقة به، خصوصا وان النفقات الأخرى لا يمكن المساس بها باعتبارها من التكاليف الثابتة (أجور المستخدمين). فمن خلال دراستنا الميدانية واطلاعنا على تعليمات دورية لوزارة الصحة لمسنا اهتمام هذه الأخيرة بترشيد نفقاتها و عقلنة تسيير مواردها المادية وكذا إتاحة تحكم وتتبع أكثر لهذه التدفقات مع حرصها لوصول هذه المنتجات لمستهلكها النهائي والصحيح.

ولكن الجانب السلبي لتقنين إجراءات الشراء في النظام الاستشفائي الجزائري هو تقييد المسير بقانون الصفقات العمومية الذي يلزمه بالتعاقد مع المورد المقدم لأقل عرض ممكن، وبطبيعة الحال فالصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH) هي دوما الفائزة بالعطاء وبالتالي فهي تشكل المورد الوحيد للمواد الصيدلانية. و لكنها في نفس الوقت المتسبب الأكبر في تكرر حالات نفاذ الكثير من أنواع المواد الصيدلانية والأكثر حساسية وأهمية لصحة المريض مما ينعكس سلبا على مسار الخدمات الصحية في مثل هذه المؤسسات. يحدث هذا في غياب فعلي للتعاون والتكامل ما بين المؤسستين مع التزام المؤسسة الصحية بالقوانين التنظيمية.

ضف إلى ذلك ، أن إدارة أنشطة الإمداد لا تزال موزعة ما بين الأقسام وما بين قسم الخدمات الاقتصادية والمتجسدة في مديرية الوسائل والمواد مما يتطلب تنسيقا أكثر فأكثر فيما بينها .

جانب آخر لمسناه في معاينتنا الميدانية، وهو تعدد مواقع التخزين خصوصا فيما يتعلق بالأدوية والمواد المستهلكة الأمر الذي يجعل من إدارة هذه التدفقات أكثر صعوبة، وخصوصا وان المستشفى لا تزال تمارس أنشطتها بشكل شبه كلي يدويا، وبهذا الصدد تعمل السلطات كذلك على تعميم أنظمة معلوماتية تربط ما بين المخازن المركزية (الصيدلية المركزية) ومواقع التخزين الثانوية بشكل يساعد على تحكم أكثر في هذا النوع من التدفقات. فمن خلال هذه الأنظمة سيحد من تنقل المرضى ما بين الأقسام العلاجية والصيدلية المركزية لاقتناء متطلباتهم وتسخير هذا الوقت لتقديم الخدمات الطبية للمرضى، هذا من جهة.

ومن جهة أخرى، فانه على الرغم من النقص الفادح في الشبه طبيين على مستوى الوطن ككل ، نجد هذه الأخيرة تسخر هذه الكفاءات في أعمال تخرج عن اختصاص تكوينها من استلام، وجرد وتميرير الطلبات، الأمر الذي جعلهم يسخرون وقتا اكبر لممارسة هذه الأنشطة وخلق نقص وضغط في الأعمال اليومية، الأمر الذي يستدعي كذلك تكثيف التكوين في هذا المجال مع تحرير الممارسين من هذه الالتزامات وتوجيه جهود هذه الكفاءات لأداء مهامها الرئيسية.

انتقلنا بعد ذلك إلى معاينة جانب الإمداد الخدماتي أين عاجلنا تدفقات المرضى في المسار العلاجي وبالأخص في المسار الجراحي أين تطرقنا لأهم القيود والعراقيل التي تعترضها مما يجعل منها أمرا صعبا ومعقدا. ولذلك اقترحنا

تقديم وسائل لا نستطيع أن نقول عنها أنها مثلى ولكنها تساعد مسؤولي القسم الجراحي في اتخاذ قراراتهم وفي تبسيط ولو جزء من هذا التعقيد. أين اقترحنا تقديم إشكالية برمجة العمليات على شكل صيغة رياضية تهدف إلى تعظيم عدد التدخلات الجراحية وتوزيعها على غرف العمليات المتاحة في الجناح بشكل يساعد على تدنية مدة انتظار المريض من جهة ومن استغلال أكثر لموارد القسم. فإذا استطعنا برمجة أكبر عدد ممكن من العمليات في اليوم فهذا يعني أننا ستفادي تأجيل عمليات إلى يوم آخر وبالتالي سنساهم في تدنية التكاليف الخاصة بإقامة المريض وعلاجه من جهة. ومن جهة أخرى سنخفض من فترة انتظاره لإجراء التدخل مما يؤدي إلى ارتياح المريض ولو كان ذلك بصفة جزئية. هذا بالإضافة إلى استغلال الطاقات سواء البشرية أو المادية أحسن استغلال وهذا في إطار تحقيق قيود ساعات العمل القانونية بحيث سيعفى الفريق الجراحي من أوقات عمل إضافية.

إذن ومن خلال جميع هذه النقاط، حاولنا تسليط الضوء على عدة جوانب للإمداد الصحي ودراسة واقعه في المؤسسة الصحية الجزائرية، مبينين بذلك أهم تحديات الإمداد بشقيه في مثل هذه المؤسسات. لنخلص في الأخير أن على هذه الأخيرة أن تعي بمدى أهمية تبني هذا المفهوم وتطبيقه ميدانيا لما له من تأثير مباشر على جودة الخدمة المقدمة من جهة وترشيد النفقات العمومية من جهة أخرى.

كما نأمل أن نكون قد وفقنا إلى حد ما في هذه الدراسة الأولية والتي نعتبرها كمدخل لدراسات أخرى أكثر تعمقا وتخصصا في هذا المجال.

المراجع

مراجع باللغة الاجنبية

1. A.Bensmaine , L. Benyoucef et Z. Sari, Simulation D'une Chaîne Logistique À Echelle Réelle , International Conference On Industrial Engineering and Manufacturing ICIEM'10, May, 9-10, 2010, Batna, Algeria.
2. Agence Canadienne de Développement International, Qu'est ce qu'un système de santé ?, Document disponible sur le site : www.ACDI.ca
3. Aida Djebali, Vers un outil d'aide a la planification et a l'ordonnancement des ressources dans les services de soins, Thèse de Doctorat, Institut National Polytechnique de Grenoble, 2004.
4. Alain Guinet et Armand Baboli, Logistique hospitalière ; besoins de gestion des flux pharmaceutiques, document disponible sur le site : www.techniques-de-l'ingenieur.fr
5. Alan Rushton, John Oxley, Phil Croucher , The handbook of logistics and distribution management, Kogan Page Publishers, USA, second edition 2000.
6. Ali Mehrabikoushki , Partage d'informations dans la chaîne logistique : évaluation des impacts sur la performance d'une chaîne logistique des modes de collaboration mis en œuvre entre les partenaires et des informations échangées, Thèse de Doctorat , Institut National des sciences appliquées de Lyon, France, 2008.
7. André Langevin, Diane Riopel, Logistics systems: design and optimization, Springer Science , USA, 2005.
8. Angot Hugues, Système d'information de l'entreprise : analyse théorique des flux d'information et cas pratiques , Edition De Boeck , Bruxelles , 4^{ème} éditions-2^{ème} tirage 2004.
9. Audrey GILMORE, Services marketing and management, Sage Publications, LONDON, First published 2003.
10. Avedis Donabedian, Quality of care : How can it be assessed ?, Archives of Pathology & Laboratory Medicine, ProQuest Nursing Journals, Nov 1997, vol 121, n°11.
11. B. Roland , F. Riane, Enchères et coopération dans la programmation opératoire, 8^{ème} Conférence Internationale de Modelisation et SIMulation (MOSIM'10), Hammamet - Tunisie , 10 au 12 mai 2010 .
12. Beatrice Brechignac Roubaud, Le Marketing des services -Du projet au plan marketing , Edition d'organisation , PARIS, 4^{ème} tirage , 2000.
13. Benjamin Schneuder et Susan Swhite, Service quality : Research perspectives, Sage Publications, USA, 2004
14. Benoit Meyrouin et Charles Ditandy, Du Management au Marketing des services, Edition DUNOD , PARIS, 2007.
15. Besombes B., Trilling L. et Guinet A., Conduite du changement dans le cadre du regroupement de plateaux médico-techniques : apport de la modélisation d'entreprises, Journal Européen des Systèmes Automatisés, RS-JESA, Logistique hospitalière 2004, volume 38n°-6/2004, 691-723, Lavoisier 2004.
16. Billy J.Hodge and William P.Anthony and Lawrence M.Gales, Organization Theory : a strategic approach , Prentice Hall ,New jersey, Fifth edition 1996 .
17. Bowersox D.J ; Carter P.L, Monczka R.M , Materials logistics management , International Journal of Physical Distribution & Logistics Management, vol 23, n°5 .

18. Bowersox Donald , David Closs , M. Bixby Cooper Supply chain logistics management , Mc Graw Hill , USA, third edition,2009.
19. Burnette, S.W, Efficient matériel handling and Distribution : A design perspective, Hospital Matériel Management Quarterly, Vol 16, N° 2 ,1994 .
20. Cary L.Cooper and Chris Argyris, The concise blackwell encyclopedia of management, Blackwell Publishers, USA 1998.
21. Cécile Gaumand et autres, Systèmes de gestion des connaissances pour la chaîne logistique intra-organisationnelle: cas de la société Bonfigioli, Système d'information et management , vol 15,n°2, 2010.
22. Chow .G and Heaver .T.D, Logistic in the Canadian health care industry, Canadian Logistics Journal, vol 01, n°01, 1994.
23. Claude FIORE, Nathalie SAMPIERIE-TESSIER, Quelle démarche de pilotage logistique dans les activités de service? Le cas des flux de patients à l'hôpital, la 8eme Conférence internationale sur la logistique et la recherche en gestion de chaîne d'approvisionnement, BEM BORDEAUX Management School, 29-30 Septembre et le 1^{er} Octobre 2010.
24. Colletti .J, Health care reform and hospital supply chain, Hospital Material Management Quarterly, vol 15, n°03, 1994.
25. Cooper Martha.C, Douglas M.Lambert and James D.PAGH, Supply chain management : more than a new name for logistics, The international journal of logistics management , vol 08, n°01,1997.
26. Dallery Yves, les méthodes de la logistique industrielle au service de la santé :apport et limitations , Laboratoire Génie Industriel - Ecole centrale PARIS , 26-05-2004.
27. Daniel Benamouzg, La santé au miroir de l'économie, Presse universitaires de France, PARIS, 1^{ere} édition 2005.
28. DANIEL Remondin , Héraclès , n°14, Mars –avril2006 impression du Centre de Doctrine d'Emploi des Forces –France, . document cité dans le site www.cdef.terre.defense.gouv.fr.
29. David J.Ketchen and G.Tomas M.Hult , Briding organization theory and supply chain management , the case of best value supply chain , Journal of operations management , Vol 25, 2007, pp573-580.
30. Denis Lapert, Le marketing des services, Edition Dunod, PARIS, 2005.
31. Deon Filmer,Jeffrey Hammer,Lant Pritchett, Health policy in poor countries : weak links in the chain , The world bank ,Development research group- Poverty an human resources Washington. January 1998.
32. Devernay Pascal , Le transport , moteur de la chaine logistique , Logistique et Management , vol5, n°1, 1997.
33. Dominique Boudin, Les facteurs clés du succès d'une démarche qualité, ADSP, n°35, juin 2001.
34. Dominique Legouge , Fonction achat :une créatrice de valeur , Réflexions hospitalière, N°535, Juillet-Aout 2010 .
35. Douglas J.Thomas et Paul M.Griffen , Coordinated supply chain management , European journal of operational research , vol 94, n° , 1996, pp1-15.
36. Douglas M.Lambert , Supply chain management : process- partnerships-performance, Supply Chain Management Institute; 3rd edition, 2008.

37. Duhamel Carole, Martin Beaulieu, Richard Martin, Intégrer les considérations logistiques au réaménagement d'un bloc opératoire, *Logistique et Management* , numéro spécial , 2004.
38. Edward FRAZELLE, *Supply chain strategy : the logistic of supply chain management* , Mc Graw Hill, USA, 2002.
39. Éline Pelletier et Jean-François Bussières, Réorganisation d'un outil d'information relatif à la gestion des médicaments : applications pratiques, *Pharmactuel* , Vol 34 , N° 3 , Mai/Juin 2001.
40. Fateh Mebrek, outils d'aide à la décision basés sur la simulation pour la logistique hospitalière : application a un nouvel hôpital , thèse de Doctorat, Université Blaise Pascal – Clermont-Ferrand II, 2008.
41. Fouad Jawab, l'enjeu logistique dans les établissements hospitaliers, séminaire SIM 07, FMP du Fès , 02-06-2007 .
42. François Denis et autres, *Bactériologie médicale ; techniques usuelles*, édition Elsevier MASSON, France, 2007.
43. Frédéric Bernard et Eric Salviac, *Fonction achats : contrôle interne et gestion des risques*, Maxima, Paris, 2009.
44. Frédérique Frémont , la logistique hospitalière, institut supérieur des sciences et techniques, Saint Quentin, France, 2009, document disponible sur le site www.insset.u-picardie.fr .
45. Freeman J.L and Fetter R.B, *Diagnostic Related Groups : Product line management with in hospitals*, *Academy of Management Review* vol11, n°1,1986.
46. Gerber M., 'No-Count' System Adds Up to Supply Chain Success, *Materials Management*, vol.8, n° 6, 1999.
47. Gille Paché , la logistique au cœur des strategies competitives de la firme de service : Une relecture de travaux conduits en management et marketing des services, *Congresso Internacional de Pesquisa em Logística (RIRL)*,2004.
48. Gilles Paché, Annie Munos, *La logistique au cœur des stratégies compétitive de la firme de service : une relecture de travaux conduit s en management et marketing des services*, *Rencontre International de la Recherche en Logistique* , 2004.
49. Gilles Paché , *Quels impacts de la crise sur la logistique ?* , *revue française de gestion* , n° 193. 2009, pp51-57.
50. Gilles Savard , *La gestion de l'approvisionnement*, les presses de l'Université de Laval ,1998 .
51. Groupe pour le développement socioéconomique, Région moyen Orient et Afrique du nord, « A la recherche d'un investissement public de qualité» , *Rapport n° 36270-DZ* , une revue des dépenses publiques , volume 1, 15-09-2007, Document de la Banque mondiale.
52. Guy Simard, Katherine DeFalko, Martin Beaulieu, Sylvain Landry, *Pratique exemplaire : la standardisation des fournitures médicales au Centre universitaire de santé McGill* , *Cahier de recherche no 06-04* , Mars 2006.
53. Harland, C. M *Supply Chain Management: Relationships, Chains and Networks...* *British Journal of Management*, Mar96 Special Issue, Vol. 7 Issue 1
54. Hervé Mathe, Megali Dubosson, Mathieu Rousseau, *Le service global : innovations et stratégies internationales de développement dans les services*, MAXIMA, PARIS, 1997.

55. Houda Tlahig, vers un outils d'aide a la décision pour le choix entre internationalisation externalisation ou mutualisation des activités logistiques au sein d'un établissement de santé, cas du service de stérilisation, op-cit .
56. Hugo Rivard-Royer, Beaulieu Martin, Logistique hospitalière:Franchir les nouvelles frontières, Cahier de Recherche n° 04-03, Groupe de recherche CHAÎNE, Montréal, 2004.
57. Hugo Rivard Royer , Martin Beaulieu, L'évolution des affaires électroniques et la performance de la chaine d'approvisionnement en santé : changement de paradigme, CR 02-01, EHEC, Montréal QUEBEC, 2001.
58. Hugo Rivard-Royer, Martin BEAULIEU and Terri FRIEL, The Clinical Chain: The Evolution of Electronic Commerce in the Healthcare Sector, Working paper n° 02-09, HEC, Montréal, December 2002.
59. ISO 9000 (2000). (Organisation internationale de normalisation) – Normes internationales ISO 9000 relatives aux systemes de management de la qualité.
60. J. B. Morin, Dictionnaire étymologiques des mots français dérivés du grec, Volume 2, Seconde édition, Imprimerie impériale, PARIS.
61. Jacques COLIN, La logistique : histoire et perspectives, Logistique & Management, vol. 4 n° 2-1996, p.97-107.
62. JAMES F.Robeson et William C.Copacino, The logistics handbook , The free Press , New York, 1994.
63. James J. Moynihan, Improving the healthcare supply chain using EDI (Electronic Data Interchange), Healthcare Financial Management, , vol51, issue 3, March 1997.
64. Jamie C.Kowalskie, Materials management crucial to overall efficiency, Healthcare Financial Management, Jan 1991.
65. Jean Claude Dufour et Stephane Maisonnas, Marketing et Services : Du transactionnel au relationnel, les presses de l'université LAVAL, CANADA, 6ème tirage, 2004.
66. Jean-François Vautier, Systèmes complexes, document disponible sur le site : www.techniques-de-l'ingenieur.fr
67. Jean-Philippe Blouin, Martin Beaulieu et Sylvain Landry, La performance des modes de réapprovisionnement des fournitures médicales, Cahier de recherche n° 00-01, groupe de recherche CHAINE, Montréal, 2000.
68. Jean-Philippe Blouin, Martin Beaulieu et Sylvain Landry, Systèmes de réapprovisionnement des unités de soins : Description et implications organisationnelles, Cahier de recherche n° 01-04, groupe de recherche CHAINE, Montréal, 2001.
69. Jérôme Geominne, Optimiser la fonction achat : l'exemple du centre hospitalier de Lens, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP), RENNES, 2006.
70. Jocelyn D. Perreault et Denis Pettigrew, Pour une intégration du service à la clientèle au marketing hôtelier, Cahier de recherche 02-04 Tiré à part Revue Téoros, Vol. 23, N° 3, Octobre 2004, Laboratoire de Recherche et d'Intervention en Gestion Hôtelière et Restauration – Université du Québec-Trois Rivières.
71. Joël De-Rosnay, « une approches multidimensionnelle de l'homme », Systèmes, éthiques, perspectives en thérapie familiale, textes issus des travaux du congrès : système et thérapie familiale le 4-5-6 octobre 1990 , Yveline Rey et Bernard prieur – ESF Edition –paris 1991.
72. John J. Coyle, Edward J. Bardi and C. John Langley, Supply chain management: a logistics perspective, South Western Educational Publishing; eight edition , 2006.

73. Jonathan S.Rakich and Beaufort B.Longest and Kurt Darr, Managing health services organizations, Health Professions Press USA , third edition 1992.
74. Julien FRANCOIS, Planification des chaînes logistiques: Modélisation du système décisionnel et performance,Thèse de doctorat,Université Bordeaux, France, 2007.
75. Kamal Lakhdari, mise au point d'un outil d'aide a la décision pour la conception d'une chaine logistique d'entreprises manufacturières, Université de REIMS Champagne-Ardenne, 2010.
76. Kearney, Improving medicine supply chain, A.T.KEARNEY, 2004, USA ,5M–ATK1203765.document disponible sur le site:www.atkearney.com/knowledge/.../2004/MedicinesMonograph_S.pdf
77. Kee-hung Lai and T. C. Edwin Cheng ,Just-in-Time Logistics, GROWER Publishing limited, England, 2009 .
78. Kenneth Laudon,Jane Laudon,Eric Fimbel,Serge Costa, Management des systèmes d'information,Pearson , Paris, 11^{ème} édition,2010.
79. Kohli, Rajeev and Park, Heungsoo, Coordinating Buyer-seller Transactions Across Multiple Products, Management Science; Sep94, Vol. 40 Issue 9.
80. Kotler Philip et autres, Marketing Management, Pearson éducation, France ,12^{ème} édition, 2006.
81. Kusters R.J, Groot P.M.A, Modeling hospitals, design and implementation of decision support model , European Journal of operational research , 88, 1996.
82. La londe Bernard.J et James M. Master, Emerging logistics strategies : blue-print for the next century, intenational journal of physical distribution and logistics management , vol 24, n °7, 1994.
83. Lafond .N, Landry Sylvain, la planification des besoins matières (MRP) pour gérer les stocks du bloc opératoire : étude exploratoire, cahier de recherche n°99-04, groupe de recherche CHAINE , Montréal, 1999 .
84. Landry Sylvain et autres, Etude internationale des meilleures pratiques de logistique hospitalière, Cahier de Recherche 00-05, Groupe de recherche CHAINE, Montréal, 2000.
85. Laure Thomas, La demande du soins de santé – modèle théorique et empirique , Centre de documentation , université Montréal canada, février 2001,document disponible sur le site:<https://papyrus.bib.umontreal.ca/.../a1.1g855.pdf>
86. Lee H.L and C.Billington, Materiel management in decentralised supply chain , Operation research , vol 41, n°5, September/october1993, pp835-847.
87. Linda Rouleau, Théorie des organisations : approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde, Presses de l'université du Québec –Québec 2007.
88. Lorraine Trilling, Aide à la décision pour le dimensionnement et le pilotage de ressources humaines mutualisées en milieu hospitalier, Thèse pour obtenir le grade de Docteur Spécialité: Génie informatique, Institut National des Sciences Appliquées de LYON, 2006.
89. Louise Simmers and karen Simmers –Nartker and Sharon Simmers-kobelah, Diversified health occupations, Delmor Cengage learning, CANADA, seventh edition, 2009.
90. Lummus Rhonda R. and Robert J. Vokurka, Defining supply chain management: a historical perspective and practical guidelines, industrial management and data systems, vol 99, n°1, 1999.

91. Lyn Talbot, Glenda Verrinder, Promoting Health: The Primary Health Care Approach, Churchill Livingstone Elsevier Australia, 4th edition 2010.
92. Maisonnas Stephane , Réflexions sur le concept de gestion par catégorie dans la chaîne de distribution , La troisième Rencontres Internationales de la Recherche en Logistique (RIRL), Trois- Rivières, 9-10 et 11 Mai 2000 .
93. Marcon Eric, Dimensionnement des ressources des plateaux médico-techniques des établissements hospitaliers. Journal Européen des Systèmes Automatisés, production de soins et Logistique hospitalière volume 38, n° 06/2004, 631-656. Lavoisier 2004 .
94. Marie-Hélène Jobin, Terri Friel, La logistique revisitée ou l'intégration dynamique de plusieurs chaînes de valeur, Cahier de recherche no 99-05, Décembre 1999.
95. Marshall.L Fisher, What is the right supply chain for your product? , Harvard business review, March-April 1997.
96. Martin Beaulieu et autres, intégration de la chaîne logistique dans le secteur québécois de la santé ; diagnostic et avenue de solutions, cahier de recherche 03-98, groupe de recherche CHAINE, Montréal ,1998 .
97. Martin Beaulieu et Sylvain Landry, Comment gérer la logistique hospitalière ? deux pays -deux réalités, CR 02-02, EHEC, Montréal QUEBEC,2002.
98. McAleer, W.E., Turner, J.A., Lismore, D., Naqvi, I.A., Simulation of a hospital's theatre suite , Journal of Management in Medicine, Vol. 9, n°5, 1995.
99. McGuire Alistair and John Henderson and Gavin Mooney, The economics of health care, Routledge & Kegan Paul ,CANADA, 1988.
100. MENTZER John .t et autres, Defining supply chain management, Journal of business logistics, vol 22, n°2, 2001.
101. Michel Bonami, Bernard de Hennin, Jean-Michel Boqué, Management des systèmes complexes: Pensée systémique et intervention dans les organisations, De Boeck université, Bruxelles , 1^{ère} édition 2^{ème} tirage 1996.
102. Micheal DARLING and Sandy WISE, Not your father's supply chain , Materials Management in Healthcare , April 2010.
103. Micheal E.Porter , Competitive advantage- Creating and sustaining superior performance, The free press New York USA 1998.
104. Michel Gourgand, La modélisation, la simulation et l'optimisation des flux dans les systèmes hospitaliers, Le Bulletin , n°21, Automne –Hiver 2008.Document disponible sur le site : www.roadef.org
105. Michel H.Hugos, Essentials of supply chain management, edition john wily & son , USA, second edition, 2006.
106. Michel Le Berre, Allain Spalanzani, Regards sur la recherche en gestion : contributions grenobloises, L'Harmattan, Paris, 2007.
107. Michel Mannarini, l'organisation logistique hospitalière entre la différenciation des territoires et intégration des processus, Université Montpellier 2, 2006, document disponible sur le site :
http://www.univnancy2.fr/COLLOQUES/METAMORPHOSE_06/fichiers_PDF/MANNARINI.pdf.
108. Michel Vaubourdolle, Médicaments, la collection du moniteur des pharmacies - Wolters Kluwer, France, 3ème édition, 2007.

109. Michelle Chabrol et autres, Un environnement de modélisation pour le système d'information de la supply chain ; application au nouvel hôpital d'Estaing, Ingénierie des systèmes d'information, vol 11, n°01,2006.
110. Mohamed Reza Akbari JOKAR , Yannick FREIN, Lionel DUPONT, Sur l'évolution de concept de la logistique , Les 3^{ème} Rencontres Internationales de la Recherche en Logistique (RIRL) , Trois-Rivieres, 9-10-11 Mai 2000 .
111. Mohamed Reza AKBARI JOKAR, Sur la conception d'une chaîne logistique : Une approche globale d'aide à la décision , These de doctorat, Institut National Polytechnique de Grenoble, France 2001.
112. N.Hygis , Hygiène hospitalière, Presses Universitaires de Lyon, France, 1998.
113. Nathalie Sampierie , Isabelle Gueno , Isabelle Bongiovani, les pratiques logistiques ont-elles un impact sur la structure financière ? le cas de l'hôpital public Français , 3^{ème} Rencontres Internationales de la Recherche en Logistique(RIRL) , 2000, Trois-Rivières , 9-10 et 11 Mai 2000.
114. Najib Brahmi , Christelle Gueret, Optimisation de la logistique hospitalière , service blanchisserie, vol AGL1, n°IN68 ? Edition Techniques de l'ingénieur ,2007, PARIS , document disponible sur le site : www.technique-ingenieur.fr .
115. Nancy J.Niles, basics of the U.S health care system, Jones & Bartlett publishers USA, 2010.
116. Nathalie Sampierie et Isabelle Bongiovanni, Enjeux et perspective des pratiques logistiques : Pour une amélioration globale de la performance : le cas de l'hôpital public français, les troisièmes Rencontres Internationale de la Recherche en Logistique (RIRL 2000),Trois-Rivières, 09-10 et 11 mai 2000.
117. Nathalie Sampierie-Tessier et Claude Fiore , Qu'elle démarche de pilotage logistique dans les activités de services ? le cas des flux de patient à l'hôpital, The 8th International Conference on Logistics and SCM Research, RIRL 2010 - Bordeaux September 30th & October 1st, 2010.
118. Nathalie Sampieri-Teissier, Différenciation et intégration dans les activités de services(back et front office): l'exemple de la logistique dans les établissements hospitaliers, la revue des sciences de gestion, vol 37 ; n°195 , Mai /juin 2002
119. Olivier APTEL , Le rôle de logistique dans la connaissance du niveau des stocks, Les 3^{ème} Rencontres Internationales de la Recherche en Logistique (RIRL 2000), Trois-Rivieres, 9-10-11 Mai 2000.
120. P.Garnerin , P.Bovier, E.Chamot,P.Chastonay,P , Qualité des soins , Bulletin des médecins, Suisse, 2001,82 n°38 ,Page 2021. document disponible sur le site : www.bullmed.ch/pdf/2001/2001-38/2001-38-683.PDF
121. P.Zermati, Pratique de la gestion des stocks, Dunod, Paris, 1996.
122. Parent, J., Beaulieu, M., Landry, S.,Le système de chariots de cas : recension des écrits, Cahier de recherche n° 01-06, École des Hautes Études Commerciales, Montréal , 2001.
123. Pascal Forcioli, L'accréditation: démarche, mise en œuvre et perspectives , Elsevier Masson, paris, 2002.
124. Pascal Lièvre, La logistique, éditions La Découverte, Paris, 2007.
125. Patrice Degoulet,Marius Fieschi, Informatique médicale, Elsevier Masson , Paris,3^{ème} édition, 1998.

126. PERRIN. R.A, Exchange Cart and Par Level Supply Distribution Systems : Form Follows Function, Hospital Materiel Management Quarterly, vol. 15, n° 3, 1994.
127. Philippe Duong, Introduction à la logistique, Conservatoire National des Arts et Metiers (CNAM) - LTR 110 -2009/2010, document disponible sur le site : www.logistique.cnam.fr.
128. Philippe Petit, Toute la fonction d'achats : savoir, savoir-faire, savoir être, édition Dunod, Paris ; 2008.
129. Philippe-Pierre DORNIER , Recomposition de l'approche logistique dans le secteur des produits de grande diffusion : intégration fonctionnelle, intégration sectorielle, intégration géographique , Thèse de Doctorat, École Nationale Supérieure des Mines de Paris, 1997.
130. Philippe-Pierre DORNIER et Michel FRENDRER, La logistique globale et le supply chain management –Enjeu-Principes-Exemples, édition d'Organisation, Paris, 2ème édition.2007.
131. Pierre LADET, B Hadj Alouane ATIDEL, Angel RUIZ, Sondes HAMMAMI , Une programmation opératoire robuste, Logistique & Management , 2004 .
132. R.PEVOST et A.VERVET, Gestion des approvisionnements et gestion des stocks , Guérin , 1995 ; d'après Christelle Collec , l'optimisation de la fonction achat au centre hospitalier –Pierre le Damany A Lannion, mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique(ENSP) , 2001, RENNES.
133. Rachel Champenier, L'étude logistique préalable a la construction d'un nouveau site hospitalier, mémoire de l'école nationale de la santé publique(ENSP), FRANCE, 2005.
134. Raf Mertens et Xavier de Bethune, évaluation externe de la performance hospitalière – rôle des organismes assureurs et choix d'avenir, Revue trimestrielle HOSPITAL.BE, 2ème trimestre n°245 2001 Belgique. document disponible sur le site : www.hospitals.be/francais/liens.html
135. Raymond Grenier, La qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients faculté des sciences infirmières , université de Montréal, CANADA . document disponible sur le site : www.scinf.umontreal.ca/cours/SOI6230/documents/grenier%201998.pdf
136. Régis Beuscart, Cécile Grave, Didier Bricoteau, Nadine Purro, Les étapes de définition d'un système d'information hospitalier : la place des utilisateurs, Informatique et Santé, Paris, Volume 6, 1993.
137. Régis Beuscart, Systèmes d'Information Hospitaliers:Présent et Perspectives, STIM – Tunis – 6 Mai 2006, document disponible sur le site : www.stim.org/systemes%20informations%20hospitalier.ppt
138. Renaot Peleman, A quoi ressemblent les soins de santé en 2020 ?, Revue hospital.be, vol 08, N° 01/2010 .
139. Résultats globaux du rapport national sur le développement humain, CNES, 2008. Dallery Yves, Les méthodes de la logistique industrielle au service de la santé : apport et limitation, ingénierie de la santé, 8eme journée ingénierie de la santé –laboratoire génie industriel- Ecole centrale – Paris 2004.
140. Richard Hodgetts and Dorothy Casio, Modern health care administration, Academic Press, New York 1983.
141. Rivard Royer Hugo, Landry .S, Beaulieu .M, Hybrid stockless : a case study, lessons from healthcare supply chain integration, International Journal of operations and production management, vol 22, n°04, 2002.

142. Robert E.SPEKMAN – john kamauff –joseph spean , toward more effective sourcing and supplier management , European journal of purchasing & supply management, Vol 5, 1999.
143. Robin Fortin, Comprendre la complexité : introduction à la méthode d'Edgar Morin , les presses universitaires de Laval , l'Harmattan CANADA , 2eme édition 2005.
144. Rockwell Shulz and Alton Cornelius Johnson, Management of hospitals and health services: strategic issues and performance, Beard books, Washington USA, third edition 2003.
145. Ron Zemke and John A.Woods, Customer service best practices: case studies and strategies, HRD Press,1998.
146. Rossi-Turck.D, Wrincq.J, Danhier.A M, Menne.A, L'approvisionnement du disponible au bloc opératoire: couplage d'une approche MRP2 et d'une livraison en Kits, Logistique & Management,2004.
147. S.DERRADJI, la stérilisation à l'hôpital, la première journée d'hygiène hospitalière de l'HMS,12-07-2010,document publié dans le site www.chisrabat.ma/files/sterilisation.pdf.
148. Saber Aloui , Contribution à la modélisation et l'analyse du risque dans une organisation de santé au moyen d'une approche système , Thèse pour obtenir le grade de Docteur de l'Ecole des Mines de Paris- Spécialité "Science et Génie des Activités à Risques" Paris 2007.
149. Said Kharraja, Outils d'aide a la planification et l'ordonnancement des plateaux medico-techniques, Thèse Présentée Pour obtenir le grade de Docteur -Spécialité : Informatique (Génie industriel), Université Jean-Monnet de Saint-Étienne, 2003.
150. Salma Chahed Jebalia, Modélisation et analyse de l'organisation et du fonctionnement des structures d'hospitalisation a domicile, thèse de doctorat, l'Ecole Centrale des Arts et Manufactures, Paris,2008.
151. Service Evaluation Hospitalière, mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé, principes méthodologiques, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation (ANDEM) PARIS, octobre 1996, Page 11 document disponible sur le site :. www.sante.dz/Dossiers/qualite-soins/paq.pdf
152. Sheila Twinn, Barbara Roberts, Sarah Andrews, Community health care nursing: principes for practice , Elsevier Health Science, 2002.
153. Smolski N., Programmation opératoire:Pré-requis et procédures,Informations cliniques en Anesthésie-Réanimation, 1999.
154. Somuyiwa A.O. and Adewoye J.O., Managing Logistics Information System: Theoretical Underpinning, Asian Journal of Business Management vol 2 n°2: 41-47, May 30, 2010.
155. Sondes Chaabane, Gestion prédictive des blocs opératoires, Thèse de Doctorat , Institut National des Sciences Appliquées de Lyon, 2004.
156. Sondes Hammami, Aide à la décision dans le pilotage des flux matériels et patients d'un plateau medico-technique, Thèse pour obtenir le grade de Docteur Spécialité : Génie Industriel Institut National Polytechnique de GRENOBLE 2006.
157. Sophie Chautard, Les grandes batailles de l'histoire, STUDYRAMA, France, 2005.
158. Souhila Hammadi, parce que les algériens ont gagné vingt ans d'espérance de vie, les risques d'Alzheimer augmentent, article de la liberté Algérie, mercredi 07-04-2010.
159. Sridhar TAYUR and al, Quantitative model for supply chain management, Kluwer academic publisher, 2000.
160. Swinhart .K ;Zeimerer.T.W, Oswald.S , Adapting a strategic management model to hospital operating strategies, Journal of Management Medicine, vol 09, n°02, 1995.

161. Sylvain Landry, Jean-Philippe Blouin et Martin Beaulieu, Réapprovisionnement des unités de soins :Portrait de six hôpitaux québécois et français, Logistique & Management, numéro spécial 2004.
162. Sylvain Landry et Martin Beaulieu , Evolution de la fonction d’approvisionnement dans le secteur de la santé :synthèse de littérature , CR 99-02 , Ecole des Hautes Etudes Commerciales , Montréal QUEBEC, Mai1999.
163. Sylvain Landry et Martin Beaulieu , L’étude internationale des meilleurs pratiques de logistique hospitalière, CR 00-05 ? Avril 2000, Ecole des Hautes Etudes Commerciales, Montréal.
164. Sylvain Landry et Martin Beaulieu , Logistique hospitalière :un remède aux maux du secteur de la santé ?, CR 01-01 ? EHEC, Montréal, Janvier 2001.
165. Sylvain Landry et Martin Beaulieu, La logistique hospitalière : une réponse aux déficits des systèmes de santé des pays de l’Europe centrale et orientale, Cahier de Recherche n° 05-04, Groupe de recherche CHAINE , Montréal, Décembre 2005.
166. Taher Hassan, Logistique hospitalière : organisation de la chaîne logistique pharmaceutique aval et optimisation des flux de consommables et des matériels à usage unique, thèse de Doctorat, Université Claude Bernard - LYON 1, 2006.
167. Taylor Anelka et autres, Economie –Droit , édition BREAL, France, 2004.
168. Taylor.D, Establishing a stock distribution system, Hospital Materiel Management Quarterly, vol. 12, n° 2, 1990.
169. Tchokogue .A. Nollet .J, Le pendule de la centralisation –décentralisation : une analyse de la dynamique des structures en gestion des achats, Cahier de Recherche n°98-01, Groupe de recherche CHAINE, Montréal, 1998.
170. Thiery Brunet et autres, Management des organisations, Bréal, Paris ; 2005.
171. Thors Feldt.H, Why today’s central service is an integral part of material management Hospital Material Management Quarterly, vol 09, n°03, 1988.
172. Tixier, D. ; Mathe, H. ; Colin, J., La logistique d’entreprise - vers un management plus compétitif, Paris, Dunod, 2eme édition, 1998.
173. Vérane Humez, Proposition d’un outil d’aide à la décision pour la gestion des commandes en cas de pénurie : une approche par la performance, thèse de Doctorat, Université de Toulouse, 2008.
174. Vincent Girard , Gestion de la production et des flux , édition ECONOMICA , 3ème édition, France, 2003.
175. Wright IH, Koopersburg C, Bonar BA, Bashein G;, Statistical modelling to predict elective surgery time. Comparison with a computer scheduling system and surgeon-provided estimates , Anesthesiology, Volume 85 - Issue 6, December 1996.
176. Yves Pimor , Logistique : technique et mise en oeuvre, , DUNOD, Paris, 2ème édition 2001.
177. Zeynep Or et Laure Can –Ruelle, La qualité des soins en France: comment la mesurer pour l’améliorer?, Document de travail n°18, Décembre 2008, Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé IRDES, Paris. Document disponible sur le site: www.irdes.fr/.../DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf
- 178.

المراجع بالعربية

1. احمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات رؤية معاصرة ، المكتبة العصرية، مصر، الطبعة الأولى، 2006 .
2. إسماعيل محمد السيد، محمد توفيق ماضي و محمد احمد حسان، إدارة الإمداد والتوزيع، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2006.
3. إقبال إبراهيم مخلوف ، الرعاية الطبية والصحية ورعاية المعوقين ، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية، نقلا عن رسالة ماجستير "دور التسويق في قطاع الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها" للطالب عصامي سفيان، جامعة محمد بوضياف المسيلة، السنة الجامعية 2006/2005.
4. براحو فافة سهيلة، "إصلاح المنظمة الصحية في الجزائر - واقع وآفاق"، مجلة الاقتصاد المعاصر العدد 04 أكتوبر 2008 جامعة عنابة.
5. بشير العلاق و د.حميد عبد النبي الطائي، الخدمات مدخل استراتيجي وظيفي وتطبيقي، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان 1999.
6. تامر ياسر البكري و د.غسان عبد الرزاق العميدي، التسويق الصحي في ظل المتغيرات المعاصرة ، بحث مقدم الى المؤتمر العلمي الأول لكلية الاقتصاد والعلوم الإدارية -بجامعة العلوم التطبيقية الاهلية ، الاردن ، ملف موجود ضمن الموقع www.jps-dir.com/Forum/forum_posts.asp?TID=2960
7. تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، الأردن، 2005.
8. تشارلز فيليبس، نحو مفهوم لاقتصاديات الصحة،(ترجمة جلال البنا)، المجلس الأعلى للثقافة القاهرة، الطبعة الأولى 2003 .
9. تقرير عن التنمية في العالم: الاستثمار في الصحة البنك الدولي، 1993.
10. جيمس ستوك و دوغلاس لامبرت تعريب م سرور على إبراهيم ، الإدارة الإستراتيجية للإمدادات، دار المريخ للنشر ، المملكة العربية السعودية .
11. حسان نذير محمد حرستاني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة المملكة العربية السعودية 1990.
12. حميد الطائي ، تسويق الخدمات ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع ، الأردن، 2009.
13. ردينة عثمان يوسف ،التسويق الصحي والاجتماعي ، دار المناهج للنشر والتوزيع ،الأردن، 2007.
14. زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2006.
15. زيد حمزة،"الطب والصحة في نصف قرن" بحوث وأوراق المؤتمر العربي السادس في الأساليب الحديثة الإدارة المستشفيات تحت شعار "تمويل الخدمات الصحية والطبية" القاهرة، نوفمبر 2007.
16. سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع الأردن الطبعة الأولى 2007.
17. سليمان خالد عبيدات و مصطفى نجيب شاويش، إدارة المواد والشراء والتخزين، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، الطبعة الأولى، 2008.

قائمة الأشكال

18. سيد محمد حاد الرب، إدارة المنظمات الصحية والطبية -منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة، دار النهضة العربية القاهرة، 1997.
19. طلعت الدمرداش ، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس، مصر، الطبعة الثانية 2006.
20. عبد الإله ساعاتي، مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي القاهرة الطبعة الأولى 1998.
21. عبد الستار محمد العلي وجليل إبراهيم الكنعاني، إدارة سلاسل التوريد، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2009.
22. عبد العزيز أبو نبعة ، دراسات في تسويق الخدمات المتخصصة ، الوراق للنشر والتوزيع ، الأردن ، الطبعة الأولى ، 2005.
23. فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية ، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، 1998.
24. قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، دار الشروق، عمان، الطبعة الأولى، 2006 .
25. قحطان العبدلي وبشير العلاق، التسويق أساسيات ومبادئ، دار زهران للنشر والتوزيع، الأردن، 1999 .
26. قدوج حمامة، عملية إبرام الصفقات العمومية في القانون الجزائري، ديوان المطبوعات الجزائرية، الجزائر، 2004.
27. محمد احمد حسان ، إدارة سلاسل الإمداد والتوزيع ، الدار الجامعية ، الإسكندرية، 2008.
28. محمد توفيق ماضي، إسماعيل السيد، إدارة المواد والإمداد، الدار الجامعية، الإسكندرية - مصر، 1999.
29. محمد محمود مصطفى، إدارة المخزون والمواد، دار صفاء للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى 2010.
30. مصطفى عبد القادر، تسويق السياسة والخدمات، المؤسسة الجامعية للدراسات للنشر والتوزيع، الجزائر.
31. منظمة الصحة العالمية، إدارة المستشفيات، سلسلة التقارير الفنية رقم 395 ، جنيف سويسرا 1980.
32. مهدي حسن زويلف، علي سليم العلاونة، إدارة الشراء والتخزين -مدخل كمي، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع ، الأردن، الطبعة الأولى، 2010.
33. ناصر دادي عدون، اقتصاد المؤسسة، دار المحمدية العامة، الجزائر، الطبعة الثانية، 1998.
34. نihal فريد مصطفى، إدارة المواد والإمداد -إدارة المخازن- إدارة المشتريات، النقل والشحن، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2008.
35. نihal فريد مصطفى، جلال إبراهيم العبد، إدارة اللوجستيات، الدار الجامعة، الإسكندرية، 2005.
36. هاني حامد الضمور ، تسويق الخدمات ، دار وائل للنشر، الأردن ، الطبعة الثالثة، 2005.

المراسيم والتعليمات الدورية

1. Circulaire N° 01/MSP/CAB/MIN du 08 Avril 1995. Ministère de la santé et de la population.
2. Circulaire n°007/SP/MIN/MSPRH/05 du 22-11-2005 relative à la gestion des produits pharmaceutiques dans les établissements publics de santé.
3. الأمر رقم 78-65 الصادر في 28 ديسمبر 1973 و المتعلق بمجانبة العلاج.
4. المرسوم 124/90 المؤرخ في 05 شوال 1410 الموافق ل 30 افريل 1990 والمتعلق بتحديد صلاحيات وزير الصحة.

قائمة الأشكال

5. المرسوم التنفيذي رق 467/97 المؤرخ في 02 شعبان 1418 الموافق ل 02-12-1997 والمتعلق بتحديد قواعد إنشاء المراكز الإستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها.
6. المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى 1428 الموافق ل ماي 2007 المتعلق بإنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.
7. المرسوم الرئاسي رقم 250/02 المؤرخ في 13 جمادى الأولى 1423 الموافق ل 24-07-2002 الخاص بتنظيم الصفقات العمومية .
8. المرسوم الرئاسي رقم 10-236 المؤرخ في 28 شوال 1431 الموافق ل 7-10-2010 والمتضمن تنظيم الصفقات العمومية.
9. المرسوم رقم 08-338 المؤرخ في 26 شوال 1429 الموافق ل 26-10-2008 والمتعلق بتنظيم الصفقات العمومية.
- 10.

المواقع الالكترونية

1. www.acdi-cida.gc.ca (Agence Canadienne de Développement International).
2. www.aecfkh.org/articles-action-show_id_26.htm (Arabic E-Commerce Forum).
3. www.andi.dz (Agence Nationale de Développement de l'investissement)
4. www.free-logistics.com.
5. www.infirmiers.com/le-circuit-du-linge-hospitalier .
6. www.who.int/topics/health-systems/in/index.html

قائمة الأشكال	
18	الشكل رقم:01: العلاقة ما بين المنتج و المستهلك و وسائل الدعم المادي
23	الشكل رقم:02: مسار الزمن لرصيد الصحة
39	الشكل رقم:03: طبيعة الخدمات في المؤسسات الصحية
44	الشكل رقم:04: تمثيل لأقسام الوحدات الداخلية للمستشفى
45	الشكل رقم:05: التنظيم الداخلي للمستشفى وفقا لـ Dallery
46	الشكل رقم:06: العلاقة بين النظام والنظم الفرعية المنبثقة عنه
46	الشكل رقم:07: النظام والمحيط
49	الشكل رقم:08: مكونات نظام المستشفى
54	الشكل رقم:09: آثار التغيرات الديموغرافية المستقبلية على النفقات الصحية في بعض الدول العربية
66	الشكل رقم:10: أنشطة الإمداد
73	الشكل رقم:11: نموذج لسلسلة الإمداد
74	الشكل رقم:12: حدود المجالات المغطاة من قبل الإمداد وسلسلة الإمداد
75	الشكل رقم:13: سلسلة الإمداد: أنشطة ومؤسسات وفقا لـ Master و La londe
80	الشكل رقم:14: التحول من الإمداد إلى إدارة سلسلة الإمداد
85	الشكل رقم:15: سلسلة الإمداد الصحي
87	الشكل رقم:16: مختلف التدفقات داخل المستشفى وفقا لـ Dallery
89	الشكل رقم:17: تكاليف الإمداد الصحي وفقا لدراسة Chow و Heaver
94	الشكل رقم:18: أنشطة الإمداد في المستشفى
96	الشكل رقم:19: سلسلة الإمداد الصحي
97	الشكل رقم:20: المؤسسة الصحية كنقطة التقاء للعديد من المنتجات المختلفة
136	الشكل رقم:21: مراحل عملية التعقيم
139	الشكل رقم:22: مسار الأدوات المعقمة
141	الشكل رقم:23: دورة إعادة التموين

قائمة الأشكال

150	سلمية الخدمات الصحية العمومية في النظام الجزائري	الشكل رقم:24:
160	الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الإستشفائية شعبان حمدون بمغنية	الشكل رقم:25:
163	مصادر تمويل المستشفى للسنة المالية 2011	الشكل رقم:26:
169	سلسلة الإمداد الخاصة بقسم التغذية	الشكل رقم:27:
172	تعدد مواقع تخزين المواد الصيدلانية	الشكل رقم:28:
173	تكاليف أنشطة الإمداد في مستشفى "الشهيد شعبان حمدون"	الشكل رقم:29:
175	تدفق المرضى داخل الجناح التقنوبي	الشكل رقم:30:
177	سلسلة القيمة للجناح التقنوبي المستوحاة من سلسلة القيمة ل Porter	الشكل رقم:31:
179	مسارات المريض في المستشفى	الشكل رقم:32:
182	نظرة حول التدخل الجراحي من خلال مختلف الموارد المتدخلة في تنفيذه	الشكل رقم:33:
186	التدفقات الواردة والصادرة من الجناح التقنوبي	الشكل رقم:34:

قائمة الجداول		
99	الأنظمة الفرعية في المستشفى وأنشطة الإمداد المتعلقة بها	الجدول رقم:01:
112	تطور وظيفة الشراء	الجدول رقم:02:
142	خصائص طرق إعادة التموين	الجدول رقم:03:
158	الأقسام الطبية بالمؤسسة العمومية الإستشفائية لمغنية	الجدول رقم:04:
162	توزيع الموارد البشرية بمسشفى شعبان حمدون ل 2011	الجدول رقم:05:
163	توزيع النفقات لسنة 2011	الجدول رقم:06:
191	التخصصات الجراحية بمسشفى مغنية	الجدول رقم:07:
191	تقسيم الطاقم شبه الطبي الخاص بقسم العمليات لمسشفى مغنية	الجدول رقم:08:
193	نتائج برمجة التدخلات الجراحية وتوزيعها على غرف العمليات	الجدول رقم:09:

الملخص:

عمدت المؤسسات الصحية خلال السنوات الأخيرة إلى التحكم في النفقات مما دفعها إلى تحسين التدفقات المادية وتدفق المعلومات المحيطة بتقديم الخدمات الطبية للمريض، فالإمداد يستطيع أن يؤثر بشكل كبير في أداء المستشفى، حيث يقاس أداؤه من خلال درجة الفعالية المحققة أي من خلال علاقة المدخلات/المخرجات، أي النتائج المحققة (جودة الخدمة) من جهة، ومن جهة أخرى الموارد المستهلكة لذلك. فالهدف هنا هو تدنية التكاليف الكلية لأنشطة الإمداد مع تقديم خدمات ذات مستوى من الجودة.

الكلمات المفتاحية:

الخدمات الصحية، المستشفى، الإمداد الصحي، الإمداد الكلاسيكي، الإمداد الخدماتي، التوريد، إعادة التمويل.

Résumé :

Au cours de ces dernières années, la maîtrise des dépenses conduit les établissements de santé à raisonner et à optimiser les flux physiques et les flux d'information entourant la prestation de services médicaux aux patients. La logistique peut contribuer fortement à la performance de l'hôpital. Cette performance logistique se mesure par le degré d'efficacité atteint, c'est-à-dire, par le rapport entrées/sorties, d'un côté les résultats obtenus (qualité de service) et de l'autre côté les ressources consommées à cette intention. L'objectif est de minimiser le coût total de l'ensemble des activités logistiques avec un niveau de service donné.

Les mots clés:

Les services de soins, hôpital, logistique hospitalière, logistique classique, logistique de réaction, approvisionnement, réapprovisionnement,

Abstract :

In recent years, expenditure control leads health establishments to reason and to optimize the physical and information flows surrounding the delivery of medical services to patients. Logistics can contribute significantly to the performance of the hospital. The logistics performance is measured by the degree of efficiency achieved is to say by the ratio Inputs/Outputs, on one side results (Quality of services) and the other side by the resources consumed for this intention. The objective is to minimize the total cost of all logistics activities for level of service.

Key Words :

Health care, hospital, hospital logistics, classical logistics, logistics response, procurement, replenishment.