

نموذج مقترح لإصلاح القطاع الصحي في الجمهورية العربية السورية من وحي الأدبيات والنماذج العالمية

* د. فراس زريقا

** د. ولاء زريقا

□ الملخص □

تشكل الخدمات الصحية عنصراً أساسياً في المجتمع والاقتصاد، حيث يتم الاعتراف بالرعاية الصحية كحق أساسي من حقوق الإنسان، وهو حق ضروري لحماية صحة وسلامة السكان. ولا توجد رعاية صحية بدون العاملين الصحيين وبدون القطاع والمنظومة الصحية المتكاملة، انطلاقاً مما سبق جاءت فكرة البحث لتقديم نموذج متكامل لإصلاح القطاع الصحي في الجمهورية العربية السورية من وحي الأدبيات والنماذج العالمية.

قام الباحثان باتباع المنهج الوثائقي في الدراسة، حيث تم مراجعة الأدبيات المتعلقة بالقطاع الصحي، وانطلاقاً مما سبق تم تقديم نموذج نظري أولي مقترح لإصلاح القطاع الصحي في الجمهورية العربية السورية.

نَبَّيْنِ مِنْ خِلالِ الدِّراسةِ الأدبيةِ بأن عملية إصلاح القطاع الصحي يجب أن تبدأ بعملية تقييم الواقع الحالي وجمع البيانات وتحليل نقاط القوة والضعف ومن ثم بناء الخطة اللازمة للإصلاح ويجب تدعيم إصلاح القطاع الصحي بالتوصيات التالية:

١- ضرورة القيام بدراسات توصف الواقع الحالي للقطاع الصحي سواء من حيث جودة الخدمات الصحية أم من حيث شمول التأمين الصحي وسهولة الوصول إلى الخدمات الصحية ومعرفة نقاط القوة والضعف والفرص والتحديات.

٢- يقترح الباحثان أن يكون النموذج المقترح لإصلاح القطاع مكون من بعدين الأول المنشآت الصحية وإدارتها ومواردها المادية والبشرية، والبعد الثاني هو إصلاح نظام الضمان الصحي والشمول وسهولة الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.

الكلمات المفتاحية: القطاع الصحي، الإصلاح الإداري، إصلاح القطاع الصحي.

* أستاذ في كلية الطب البشري جامعة البعث.
** أستاذ مساعد في كلية الاقتصاد جامعة طرطوس.

A proposed model for reforming the health sector in the Syrian Arab Republic inspired by the national project for administrative reform and international literature and models

***Dr. Feras ZOREKA**

****Dr. Walaa Zrika**

□Abstract□

Health services constitute an essential component of society and the economy, as health care is recognized as a basic human right, which is necessary to protect the health and safety of the population. There is no health care without health workers and without the integrated health sector and system. Based on the above, the idea of the research came to present an integrated model for reforming the health sector in the Syrian Arab Republic, inspired by international literature and models.

The researchers followed the documentary approach in the study, where the literature related to the health sector was reviewed, and based on the above, an initial proposed theoretical model for reforming the health sector in the Syrian Arab Republic was presented.

- 1- The necessity of conducting studies that describe the current reality of the health sector, whether in terms of the quality of health services or in terms of the coverage of health insurance and ease of access to health services, and identifying strengths, weaknesses, opportunities and threats.
- 2- The researchers suggest that the proposed model for sector reform consists of two dimensions: the first is health facilities, their management, and their material and human resources, and the second dimension is reforming the health insurance system, coverage and ease of access to health services.

*** Professor at the Faculty of Medicine, Al-Baath University.**

**** Assistant Professor at the Faculty of Economics, Tartous University.**

Keywords: health sector, administrative reform, health sector reform.

أولاً: مقدمة:

للخدمات الصحية أهمية كبيرة في مختلف جوانب الحياة وفي مسيرة التنمية الاقتصادية والاجتماعية. فالخدمات الصحية الجيدة تؤدي إلى زيادة إنتاجية الأفراد العاملين. كما إن التنمية الصحية تمثل عنصراً هاماً في عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية، حيث من غير الممكن تحقيق تنمية حقيقية، دون تطوير الأوضاع الصحية للإنسان الذي هو نواة التنمية وهدفها (محمود وآخرون، 2015). يُعدّ القطاع الصحي من القطاعات الحيوية والهامة والتي ترتبط بشكل كبير بكافات القطاعات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، حيث أن للخدمات الصحية أهمية كبيرة من حيث رفع جودة حياة الناس وبناء مجتمع أكثر صحة. تساهم المؤسسات التي تعمل في هذا القطاع مساهمة كبيرة من ناحية حياة الفرد والمجتمع من خلال الاهتمام بحياة الناس.

تعد صحة الفرد المقوم الأساسي للمجتمع وأيضاً ضرورة من ضرورات التنمية، فالإنسان الذي تتكامل له صحة نفسية وجسمانية هو الإنسان الأقدر على العمل والإنتاج وتحقيق أهداف التنمية لذلك يكتسب قطاع الصحة أهمية كبرى في دعم إمكانيات التنمية الاقتصادية. والدولة التي تبغي التنمية لابد أن تعمل على حماية صحة الفرد ومنع المرض عنه ثم توفير الخدمات اللازمة لسرعة اكتشاف أي انحراف في الصحة نتيجة المرض أو الإصابة أو التلوث ولذلك فإن الرعاية الصحية يجب اعتبارها استثماراً في خطة التنمية (عبد الحفيظ، 2016).

ثانياً: مشكلة البحث:

لا يزال النظام الصحي بالبلاد تحت وطأة ضغوط وطرأى اجتماعية واقتصادية وصحية متعددة ومتزامنة سواء كقطاع خدمات صحية أو تأمين صحي، وهو ما يؤثر على العافية البدنية والسلامة النفسية لكثير من السكان. ويُلاحظ أن أولئك الذين لا يستطيعون تحمّل تكاليف العلاج هم الأكثر تضرراً وتأثراً من غيرهم بالاضطرابات المستمرة في سلاسل الإمداد الأساسية للأدوية واللوازم الطبية المنقذة للحياة.

انطلاقاً مما سبق تبرز المشكلة الأساسية للورقة البحثية في محاولة تبني نموذج إصلاحي في القطاع الصحي مستوحى من النماذج العالمية في مجال إصلاح القطاع الصحي بحيث يصبح نموذج تنفيذي عملي، وتتمثل المشكلة البحثية بالأسئلة التالية:

- ٢- ما هي أبعاد إصلاح القطاع الصحي وفقاً للنماذج والتجارب العربية والعالمية؟
- ٤- ما هي الأبعاد المقترحة لإصلاح القطاع الصحي في الجمهورية العربية السورية؟

ثالثاً: أهمية البحث:

تتجلى الأهمية العلمية للبحث من خلال المراجعة للأدبيات المتعلقة بإصلاح القطاع الصحي عالمياً واستخلاص العبر المفيدة منها وبالتالي الاستفادة منها عملياً في تجربة إصلاح القطاع الصحي في الجمهورية العربية السورية.

رابعاً: أهداف البحث:

يتمثل الهدف الرئيسي للبحث بوضع نموذج نظري مقترح لإصلاح القطاع الصحي في الجمهورية العربية السورية يكون أساساً علمياً صحيحاً للنهوض بهذا القطاع نظراً لحيوته وارتباطه بحياة الجميع.

خامساً: منهجية البحث:

تم الاعتماد على المنهج الوثائقي من خلال استعراض أبرز الأبحاث والوثائق المتعلقة بإصلاح القطاع الصحي عربياً وعالمياً.

سادساً: الدراسات السابقة: دراسات وتجارب الإصلاح العالمية والعربية في القطاع الصحي:

١ - دراسة (Berman, 1995) وهي بعنوان:

Health Sector Reform: Making Health
Development Sustainable

مشكلات وفرص إصلاح قطاع الصحة

هدفت هذه الدراسة: تحليل تجارب إصلاح القطاع الصحي في العديد من البلدان النامية.

المنهجية المتبعة في الدراسة: تم الاعتماد على المراجعة الوثائقية للعديد من التجارب في مجال الإصلاح الصحي.

أهم النتائج: حددت الورقة بعض استراتيجيات إصلاح قطاع الصحة العامة والخاصة التي يمكن أن تساهم في التنمية المستدامة للبلدان على جميع مستويات الدخل، على الرغم من أن الاستراتيجيات سوف تختلف في المحتوى والتركيز. وينبغي أن يستند إصلاح قطاع الصحة إلى رؤية شاملة لقطاع الصحة. وتقدم الورقة إطارين للمساعدة في تصميم الإصلاح: أحدهما يسلط الضوء على الروابط بين مختلف الجهات الفاعلة المؤسسية في قطاع الصحة؛ والثاني يتناول الروابط عبر مختلف المجالات الوظيفية لإجراء الإصلاح. ومن أجل تطوير وتنفيذ الإصلاح، هناك حاجة إلى المعلومات والتحليل. وقد تمت مناقشة مجموعة متنوعة من الأدوات العملية المتاحة الآن لهذا الغرض، والتي تشمل جميع مجالات العمل المختلفة. وفي حين ينبغي أن

يستمر تطوير الأدوات، فإن أنصار الإصلاح لديهم بالفعل الكثير للعمل به. ونظراً للاهتمام العالمي، وأهمية إصلاح قطاع الصحة في استراتيجيات التنمية، والمعرفة والخبرة القائمة، فينبغي أن يستمر التحليل والعمل على مستوى الدولة بقوة.

٢- دراسة (Sein, 2000) وهي بعنوان:

Health Sector Reform Issues and Opportunities

مشكلات وفرص إصلاح قطاع الصحة

هدفت هذه الدراسة: إلى تحليل فرص ومعوقات إصلاح القطاع الصحي في دول جنوب شرق آسيا بدعم وتمويل من منظمة الصحة العالمية.

المنهج المتبع في هذه الدراسة: تم الاعتماد على المنهج الوثائقي وذلك بتحليل آلاف الوثائق المتعلقة بالقطاع الصحي ونظم العمل الصحية في دول جنوب شرق آسيا.

نتائج هذه الدراسة: أظهرت الدراسة بأن إصلاح قطاع الصحة يتعامل مع التغيير الأساسي للعمليات في السياسات والترتيبات المؤسسية للقطاع الصحي، وعادة ما يتم توجيهه من قبل الحكومة. تظهر تجربة العديد من البلدان بوضوح أن نجاح الإصلاحات يعتمد على كيفية تطبيق العملية الإصلاحية والأشخاص القائمين على تطبيقها بالدرجة الأولى وليس على كيفية صياغة مكونات وبرنامج الإصلاح للقطاع المحدد.

٣- دراسة (Punjab Resource Management Program, 2006)، وهي بعنوان:

Health Sector Reform Framework

إطار إصلاح القطاع الصحي

هدفت هذه الدراسة: إلى تقديم إطار مقترح لإصلاح القطاع الصحي في البنجاب.

المنهج المتبع في هذه الدراسة: تم الاعتماد على المنهج التاريخي/الوثائقي لتحليل تطور القطاع الصحي وأبرز نقاط قوته وضعفه والتحديات الإدارية التي تواجهه.

نتائج هذه الدراسة: أظهرت الدراسة بأن هيكليّة إصلاح القطاع الصحي في البنجاب تكونت من المراحل التالية:
- تحليل نقاط القوة والضعف في النظام الصحي القائم وجمع وتكوين قواعد البيانات اللازمة للواقع الصحي في الولايات والمقاطعات المختلفة، بهدف اتخاذ القرار الصحيح بناء على المعلومات الصحيحة ومعرفة أين يقع العبء الصحي وأين هناك حاجة لإجراءات إسعافية في البنية الصحية.

- بناء على الخطوة الأولى تم تطوير استراتيجية لتحديد أولويات استخدام الإيرادات العامة في المجال الصحي.
- تعزيز اللامركزية في القطاع الصحي.

- تم تكليف إدارة موارد البلاد بالمسؤولية عن عملية إصلاح القطاع الصحي.

- شملت عملية الإصلاح الاهتمام بتعزيز الموارد البشرية والمادية في القطاع الصحي.
- الاهتمام بإصلاح قطاع الرعاية الصحية وزيادة الشمولية في التأمين الصحي.
- إدراك الأهمية الهائلة لمشاركة المجتمع في تخطيط وتنفيذ مبادرات الإصلاح فضلاً عن خلق الشعور بالملكية للقطاع الصحي.

٤- دراسة (Berenson, et.al, 2009) وهي بعنوان:

Administrative Solutions in Health Reform

حلول إدارية في الإصلاح الصحي

هدفت هذه الدراسة: إلى تقديم حلول إدارية لإصلاح القطاع التأميني الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية. المنهج المتبع في هذه الدراسة: تم الاعتماد على المنهج التاريخي/الوثائقي لتحليل تطور القطاع الصحي وأبرز نقاط قوته وضعفه والتحديات الإدارية التي تواجهه. نتائج هذه الدراسة: أظهرت الدراسة بأنه يتم الاهتمام بشكل كبير بكيفية الوصول إلى الضمان والتأمين الصحي مع إهمال إدارة منشآت التأمين الصحي من حيث (الهياكل والعمليات والموظفين) وهم المكون الأساسي والعنصر الحاسم لنجاح النظام الصحي بأكمله. أوصت الدراسة بضرورة إصلاح سبعة أنشطة ومكونات إدارية في المجال الصحي وهي:

- أنشطة التخطيط والتنظيم والتنفيذ.
- دعم أقساط التأمين الصحي وتقاسم التكاليف.
- إدارة تفويضات التأمين الصحي.
- تنظيم التأمين الصحي.
- إعادة هيكلة أسواق التأمين الصحي.
- تصميم المنظمات الإدارية وتبسيط الإدارات.
- التحكم في التكاليف.

٥- دراسة (Shewade & Aggarwal, 2012) وهي بعنوان:

market based reforms and health inequity in India، Health sector reforms: Concepts إصلاحات قطاع الصحة: المفاهيم والإصلاحات القائمة على السوق وعدم المساواة في مجال الصحة في

الهند

هدفت هذه الدراسة: إلى تحليل واقع عملية الإصلاح الصحي في الهند. أهم نتائج الدراسة: إن انخفاض الإنفاق الصحي، مع انخفاض الإنفاق العام على الصحة، والإنفاق غير الفعال للإنفاق العام، والرعاية الصحية الأولية والثانوية الرديئة، والإنفاق المرتفع من الجيب، ورسوم المستخدمين،

والقطاع الخاص غير المنظم، والحماية المالية المنخفضة، كل ذلك أدى إلى فشل الرعاية الصحية الأولية التي حلت محلها إصلاحات قطاع الصحة القائمة على السوق. إن إصلاحات قطاع الصحة القائمة على السوق تحتاج إلى وجه إنساني لها. إن التغييرات في أساليب التمويل إلى جانب التغييرات في تنظيم وإدارة نظام الصحة مع الإصلاحات الجارية للقطاع العام هي إصلاحات فعالة لقطاع الصحة.

٦- دراسة (مسعود، ٢٠١٢): وهي بعنوان:

مسؤولية العميل الداخلي في إرضاء العميل الخارجي

هدفت هذه الدراسة إلى: البحث في الأساليب والاستراتيجيات التي تتبعها المنظمة لتحقيق رضا العميل الداخلي وبالتالي كسب انتماؤه وولائه، بالإضافة إلى التحقيق في الاستراتيجيات المتبعة من طرف المنظمة لتدعيم رضا العميل الخارجي من خلال العميل الداخلي.

منهجية الدراسة: اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي المسحي، حيث شملت عينة الدراسة ٣٧٩ مفردة من العاملين، و ٣٨٤ مفردة من المرضى وتم تحليل البيانات باستخدام SPSS Amos.

نتائج الدراسة: خلصت الدراسة إلى مجموعة هامة من الاستنتاجات أهمها:

- يستلزم بناء قاعدة قوية من العملاء الخارجيين الراضين والأوفياء وتقوية العلاقة بينهم وبين المنظمة وهذا لا يتحقق إلا من خلال العميل الداخلي والذي يعتبر الممثل الرسمي للمنظمة في نظر العميل الخارجي والذي ينتظر منه توفير السلع والخدمات المطلوبة وفقاً لاحتياجاته وتوقعاته وتطلعاته.
- العنصر البشري (العميل الداخلي) هو من أهم العناصر التي تحقق ميزة تنافسية مستدامة، فالميزة التنافسية التي تحقق من خلال العناصر المادية والتكنولوجية الأخرى قد لا تؤدي إلى ميزة تنافسية دائمة كما هو الحال من خلال العنصر البشري الفعال، وخاصة عندما تتوافر له الظروف والإدارة المناسبة.
- يعتبر التطوير التنظيمي من أهم الاستراتيجيات التي تنتهجها المنظمة بغية الاستجابة الفعالة للتغير المستمر والمتلاحق في بيئة الأعمال من خلال التطوير المستمر والابتكار والاستجابة لرغبات وحاجات العملاء الداخليين والخارجيين وإشباعها وخلق فرص جديدة لهم وكسب ولائهم وانتماؤهم.

٧- دراسة (Mei & Kirkpatrick, 2019) وهي بعنوان:

Public hospital reforms in China: towards a model of new public management?

إصلاح المستشفيات العامة في الصين: نحو نموذج للإدارة العامة الجديدة؟

هدفت هذه الدراسة: إلى استكشاف مدى خطط "تحديث" إدارة المستشفيات في الصين تتقارب نحو نموذج عالمي للإدارة العامة الجديدة (NPM) أو تمثل مساراً مميزاً.

المنهج المتبع في هذه الدراسة: اعتمدت هذه الورقة على مراجعة منهجية للمصادر الثانوية المتاحة المنشورة باللغتين الإنجليزية والصينية لوصف طبيعة ومسار إصلاحات إدارة المستشفيات في الصين. نتائج هذه الدراسة: بينما تحمل إصلاحات المستشفيات العامة العديد من السمات المميزة للآلية الوقائية الوطنية، إلا أنها مميزة من ناحيتين رئيسيتين. أولاً، يتمثل التوجه العام للإصلاحات الحالية في عكس الاتجاه نحو السوق وليس توسيعه جزئياً من أجل تعزيز التوجه العام للمستشفيات العامة. والثاني هو وجود فجوة ملحوظة بين الخطاب وواقع تمكين المديرين وتحريهم من سيطرة الإدارات العليا والوزارات المعنية.

٨- دراسة (Subiyakto, et.al, 2020): وهي بعنوان:

The Government Reform on Healthcare Facilities from the Standpoint of Service Quality Performance

الإصلاح الحكومي لمرافق الرعاية الصحية انطلاقاً من نقطة الأساس في أداء جودة الخدمة هدفت هذه الدراسة: إلى تقييم تغير وجهة نظر الحكومة الإندونيسية في إصلاح القطاع الصحي من خلال تبنيها نهج تحسين جودة الخدمة الفعلية ورضا العملاء المرضى. المنهج المتبع في هذه الدراسة: اعتمدت الدراسة المنهج المسحي وشملت عينة الدراسة ٣٦٠ مريض مستجيب وتم تحليل المعادلات باستخدام نموذج المربعات الصغرى الجزئية (PLS). نتائج هذه الدراسة: أشارت النتائج إلى أن أبعاد SERVPERF دقيقة ويتم التركيز عليها في دولة إندونيسيا الواقعة في جنوب شرق آسيا. تم تصنيف الموثوقية والملموسة والضمان والتعاطف والاستجابة على أنها تفضيلات، على التوالي. نظراً لأن أعلى شكل من أشكال الرضا يتم عرضه في شكل ولاء المرضى، فإن مخطط تطبيق تحسين جودة الخدمة للحفاظ على جدارة المريض بالثقة يعتمد على درجة رضا المريض. ٩- دراسة (شيليك والتاجوري، ٢٠٢١): وهي بعنوان:

إصلاح النظام الصحي في ليبيا

هدفت هذه الدراسة إلى: تقديم خطة متكاملة وحلول شاملة لإصلاح النظام الصحي في ليبيا من خلال توصيف وتحليل الواقع الراهن، وتحديد مكامن الضعف وتقديم التوصيات اللازمة لمعالجتها في ثلاثة جوانب أساسية: هيكلية النظام الصحي، تمويل النظام الصحي وتقديم الخدمات الصحية بجودة عالية. منهجية الدراسة: تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، وذلك من خلال المسوحات والمقابلات المعمقة مع القائمين على إدارة المنشآت الصحية من جهة والمرضى من جهة ثانية كمقيمين للخدمات الصحية. نتائج الدراسة: من أهم الإصلاحات المنفذة على الصعيد الجزئي في المدن والبلدات نظم المعلومات الصحية (HIS)، أما فيما يتعلق بنقاط الضعف وجوانب القصور والخلل التي يتوجب إصلاحها فهي على الشكل التالي:

- غياب المتابعة والتقييم لأنشطة المؤسسات الصحية وخاصة فيما يتعلق برضى المرضى.
- عدم وجود ميزانية محددة ودقيقة تلبي الاحتياجات الحقيقية للقطاع الصحي وإنما يتم التمويل بناءً على الميزانية العامة للدولة.
- وفقاً لنتائج الدراسة النوعية، فإن المشاكل أو العقبات الأكثر تواتراً تتعلق "بالتنظيم وتقديم الخدمة" والقوى العاملة في القطاع الصحي "والحوكمة والريادة". ويعتبر كل من الفساد، ونقص الريادة/ الدعم/ الحوكمة، والرؤية الاستراتيجية القضايا المتعلقة بحوكمة وريادة النظام الصحي في ليبيا.

أما الحلول المقترحة فهي على الشكل التالي:

- ينبغي لوزارة الصحة أن تلعب دورها في الحوكمة والريادة من خلال تطوير اللوائح السليمة والمناسبة، وإعداد الخطط الاستراتيجية، وتخطيط الموارد البشرية، وتصميم نظام معلومات صحية أفضل وأنسب، وما إلى ذلك. ومن ثم يجب أن تكون سلطات الصحة الإقليمية مسؤولة عن التنفيذ والإشراف والمراقبة والتنسيق للخطط الوزارية.
- يبدو أنه يجب منع الممارسة المزدوجة ومطالبة الأطباء بالعمل إما في المرافق الصحية العامة أو الخاصة. وتتمثل المحاولة الأولى، في هذا الصدد، في زيادة الحوافز، وخاصة رواتب المهنيين الصحيين الذين يفضلون العمل في القطاع الخاص بسبب الرواتب المرتفعة بشكل أساسي، لتشجيع الأطباء على العمل في مرافق الصحة العامة. وكبديل، على المدى القصير، تكمن الطريقة الأنسب في استحداث نظام دفع قائم على الأداء يهدف إلى دفع أجور المهنيين الصحيين العاملين في مرافق الصحة العامة اعتماداً على حجم وجودة الخدمات المقدمة والإجراءات المتخذة.

١٠- دراسة (الإمام، ٢٠٢١) وهي بعنوان:

أثر جودة الخدمة الداخلية في تحقّي رضا العاملين والعملاء في المستشفيات الحكومية بمحافظة الدقهلية

هدفت هذه الدراسة إلى: البحث في المقدار الذي تأثر به جودة الخدمة الداخلية بأبعادها (التنسيق والتكامل بين الأنشطة، العمل بروح الفريق، الاتصالات الداخلية الفعالة، تمكين العاملين، بيئة العمل الداخلية) في رضى العاملين والمرضى.

منهجية الدراسة: اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي المسحي، حيث شملت عينة الدراسة ٣٧٩ مفردة من العاملين، و ٣٨٤ مفردة من المرضى وتم تحليل البيانات باستخدام SPSS Amos.

نتائج الدراسة: خلصت الدراسة إلى وجود تأثير معنوي إيجابي مباشر لأبعاد جودة الخدمة الداخلية (التنسيق والتكامل بين الأنشطة، العمل بروح الفريق، بيئة العمل الداخلية) على رضا العاملين، في حين لم يثبت معنوية تأثير التمكين على رضا العاملين. كما تبين وجود تأثير معنوي مباشر لرضا العاملين على جودة الخدمة، ووجود تأثير معنوي مباشر لجودة الخدمة على رضا العملاء، وأخيراً ازدياد التأثير المعنوي لأبعاد جودة الخدمة الداخلية على رضا العملاء عند توسيط رضا العاملين وجودة الخدمة الصحية.

❖ خلاصة تحليل الدراسات والتجارب السابقة:

- يتضح من خلال مراجعة أدبيات الأبحاث السابقة في مجال إصلاح القطاع الصحي النقاط التالية:
- يجب أن تبدأ أي عملية لإصلاح القطاع الصحي في البداية بتقييم الواقع الحالي وجمع البيانات والمعلومات عن المنظومة الصحية والرعاية الصحية ومعرفة نقاط القوة والضعف وأين يقع العبء الأكبر الذي يحتاج إلى علاج فوري.
 - إدراك الأهمية الهائلة لمشاركة المجتمع في تخطيط وتنفيذ مبادرات الإصلاح فضلاً عن خلق الشعور بالملكية للقطاع الصحي.
 - يعتمد نجاح الإصلاحات على كيفية تطبيق العملية الإصلاحية والأشخاص القائمين على تطبيقها بالدرجة الأولى، وهذا ما يبين أهمية الموارد البشرية العاملة بالقطاع الصحي وتحديد القيادات الإدارية والتي يجب أن يتم إخضاعها للتأهيل الإداري المستمر.
 - ضرورة الاهتمام بإدارة منشآت التأمين الصحي من حيث (الهيكل والعمليات والموظفين) وهم المكون الأساسي والعنصر الحاسم لنجاح النظام الصحي بأكمله.
 - وجود فجوة ملحوظة بين الخطاب وواقع تمكين المديرين وتحريضهم من سيطرة الإدارات العليا والوزارات المعنية.
 - يعتمد مخطط تحسين جودة الخدمة على درجة رضا المريض بالدرجة الأولى.
 - يوجد بعض الأنظمة الصحية في المنطقة العربية مثل ليبيا لديها عدد كبير من العاملين في القطاع الصحي، لكن توزيعهم سيء، مما يؤدي إلى نقص حاد في الموارد البشرية في العديد من المرافق الصحية، وينظر إلى العدد الهائل من الموظفين في مرافق الصحة العامة، وخاصة الموظفين الإداريين، على أنهم مصدر

عدم الكفاءة وانخفاض بواعث الهمة والحوافز. ونظرا لعدم وجود تقييم موضوعي للأداء، فإنه يتم تجديد جميع العقود تقريباً كل عام.

- يوجد تأثير معنوي إيجابي مباشر لأبعاد جودة الخدمة الداخلية (التنسيق والتكامل بين الأنشطة، العمل بروح الفريق، بيئة العمل الداخلية) على رضا العاملين.

- ازدياد التأثير المعنوي لأبعاد جودة الخدمة الداخلية على رضا العملاء عند توسيط رضا العاملين وجودة الخدمة الصحية.

- العنصر البشري (العميل الداخلي) هو من أهم العناصر التي تحقق ميزة تنافسية مستدامة، فالميزة التنافسية التي تحقق من خلال العناصر المادية والتكنولوجية الأخرى قد لا تؤدي إلى ميزة تنافسية دائمة كما هو الحال من خلال العنصر البشري الفعال، وخاصة عندما تتوافر له الظروف والإدارة المناسبة.

- ضرورة تنوع العملية الإصلاحية في القطاع الصحي لتشمل الجانب التنظيمي والقيادي والموارد البشرية وجودة الخدمة الداخلية والخارجية علاوة على إصلاح منظومة التأمين الصحي وإداراتها وهي المكونات الأساسية للإصلاح في المؤسسات الصحية

سابعاً: أدبيات البحث:

٧-١- مفهوم الإصلاح الصحي:

إن مصطلح إصلاح قطاع الصحة له جاذبية واسعة، ومع ذلك فمن الصعب تعريفه بدقة. فالإصلاح يعني التغيير الإيجابي، والبناء على ما هو موجود بالفعل وتحسينه. ويعرّف قاموس أكسفورد الإنجليزي "الإصلاح" بأنه "تحويل إلى شكل آخر أو أفضل" أو "تعديل أو تغيير بعض الحالات المعيبة للأفضل". وكما هو مستخدم بشكل شائع، يشير الإصلاح أيضاً إلى تغيير جوهري، شيء أكثر جوهرية وتعقيداً وشمولاً من مجرد مشروع أو برنامج جديد آخر. الإصلاح يعني التغيير فيما يتم القيام به، وكيف يتم ذلك، ومن يقوم به (Berman, 1995).

يُعرّف إصلاح قطاع الصحة بأنه تغيير مستدام وهادف لتحسين كفاءة وعدالة وفعالية قطاع الصحة. ولا يعد أي تغيير إصلاحاً. فالتغييرات التي تؤثر على عنصرين على الأقل، وهما: تمويل الصحة، والإنفاق، وتنظيم المنظمة، وسلوك المستهلك، تبرر تسميتها بإصلاحات قطاع الصحة. ويجب أن تخضع الإصلاحات المقترحة قبل تقديمها لتحليل الجدوى والتنفيذ (2012 Aggarwal & Shewade).

ومن وجهة نظر الباحثين فإن إصلاح القطاع الصحي يعني القيام بتغييرات إيجابية هدفها شمول الوصول إلى الخدمات الصحية والضمان الصحي عالي الجودة وبنوع من العدالة والمساواة لكافة الشرائح الاجتماعية.

✓ النظام الصحي المفهوم والنماذج:

يعرف النظام الصحي بأنه جميع الأنشطة التي تهدف إلى تعزيز الصحة واستعادتها والحفاظ عليها فهو يتكون من عناصر مترابطة تساهم في الصحة ويجب أن يحقق النظام الصحي في أي بلد حد أدنى من المتطلبات الواجب تلبيتها وهي:

١. الصحة الجيدة
٢. تقييم احتياجات وألويات المشاكل الصحية في المجتمع.
٣. التعزيز الفعال للصحة وخدمات الوقاية من الأمراض.
٤. الاستجابة المناسبة للمخاطر عند ظهورها.
٥. القدرة على تلبية حاجات المواطنين الصحية.
٦. عدالة التوزيع المالي.

✓ نماذج النظام الصحي:

١. نظام Beveridge:

يعتمد على مجانية الخدمات الصحية وجميع المنشآت الصحية هي ملك للدولة وممولة من قبل الدولة وهو النموذج المطبق في بريطانيا.

٢. نموذج بسمارك:

تقدم الخدمات الصحية بشكل مدفوع من قبل شركات التأمين المملوكة للدولة وغير الهادفة للربح وهي التي تقوم بدفع تكاليف الرعاية الصحية حيث يتم انشاء صناديق مختلفة للرعاية الصحية حسب المهنة ويقسم التمويل بين الموظف ورب العمل حيث يدفع رب العمل نصف المبلغ المخصص للصندوق شهرياً بينما تتكفل الحكومة بدفع أقساط التأمين للعاطلين عن العمل له ويدفع صندوق التكافل الاجتماعي للمتقاعدين أما بالنسبة للأطفال فيتم تشميلهم في صناديق آبائهم وتقوم الحكومة بدفع أقساطهم.

العمال الذين ليس لديهم مصادر دخل كافية أو الذين لا يحققون الحد الأدنى من الدخل المعتمد لدى التأمين (يختلف حسب عدد أفراد الأسرة ومصادر الدخل المختلفة والملكيات) تتكفل الدولة بأقساطهم لكامل الخدمات الطبية.

يغطي التأمين الحكومي الخدمات الطبية الأساسية بينما يغطي التأمين الخاص النفقات الإضافية ويمكن لأي شخص أن يشترك في التأمين الخاص لتغطية باقي النفقات.

يغطي التأمين الحكومي ٩٠% من الناس بينما يغطي التأمين الخاص النسبة المتبقية ممن لديهم مصادر دخل كبيرة.

يطبق هذا النموذج في ألمانيا وفرنسا وبلجيكا وهولندا واليابان وسويسرا وأمريكا اللاتينية.

٣. نموذج التأمين الصحي الوطني:

يطبق في كندا ويحتوي على خليط من النموذجين السابقين وهناك شركة تأمين مملوكة للدولة تؤمن التغطية لكل المواطنين بغض النظر عن مستوى المعيشة ويختلف هذا النموذج عن نموذج Beveridge بأن الدولة هنا تمول الخدمات الصحية لكن من خلال وسيط هو شركة التأمين ويختلف عن نموذج بسمارك بأنه في النموذج البسماركي هناك العديد من شركات التأمين أما في هذا النموذج لا يوجد إلا شركة تأمين واحدة.

٤. نموذج الدفع من الجيب Out of pocket

وهو مطبق في الدول الفقيرة والتي لا تمتلك قطاع تأمين حيث يقتصر التأمين على بعض الشركات التي تقوم بتغطية تكلفة قليلة.

✓ إدارة المنشآت الصحية:

تأتي خصوصية الإدارة الطبية من صعوبة التطبيق ويجب معرفة كيفية التطبيق التي هي الركن الأساسي حيث أن المجال الطبي متغير جدا ويتأثر بأقل المتغيرات من المناخية إلى السلوكية والتي بدورها تؤثر على الرعاية الطبية والإدارة الطبية كما أن التقدم العلمي في المعرفة الطبية ووجود تخصصات فرعية دقيقة يزيد من هذا التعقيد ويزيد تعقيد التخصصات الإدارية فيها.

تعرف الإدارة بأنها الاستخدام الفعال والكفاء للموارد البشرية والمادية والمالية والمعلومات والأفكار والوقت من خلال العمليات الإدارية المتمثلة بالتخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة بهدف تحقيق الأهداف.

التخطيط: وهو التفكير المسبق بأي خطوة نقوم بها ويشمل التخطيط الاستراتيجي على المدى البعيد لتحقيق رؤية ورسالة المستشفى والتخطيط التكتيكي قصير الأمد والخطة التشغيلية.

ويجب أن تستند الخطة إلى التحليل الدقيق لبيئة العمل والبيئة الخارجية بهدف الحصول على المعلومات اللازمة لوضع الخطط مما يتيح الحصول على أفضل المخرجات التي تستهدف المواطنين من حيث تلبية الخدمات الطبية بجودة وكفاءة عالية وتحقيق رضا متلقي الخدمات.

التنظيم: وهو اعداد وترتيب مراكز العمل في المستشفى لتحقيق أهدافه بدرجة عالية من الكفاءة من خلال هيكل تنظيمي يوزع العمل والمسؤوليات بين الأفراد ويحدد تابعة كل شخص و الأشخاص التابعين له ويجمع الأفراد في مستويات إدارية متدرجة بشكل هرمي حسب مستوى المسؤولية ويحدد العلاقات بين المستويات الوظيفية

المختلفة بالإضافة لتوصيف وظيفي دقيق يتم من خلاله التحديد الدقيق للمهام والمسؤوليات في كل مركز عمل وتعريف كل عامل بمهامه وبارتباطه الوظيفي لتفادي الازدواجية والتداخل في الأنشطة ولتنسيق هذه المهام بين المستويات المختلفة .

التوجيه أو القيادة: بعد توزيع المهام يتم تدريب الاشخاص على كيفية تنفيذ المهام دون الخروج عن الخطة أو الخط الإداري. بالإضافة للتحفيز على التنفيذ الذي يؤدي الى درجة عالية من الكفاءة في تنفيذ المهام.

الرقابة: من خلال قياس الاداء بهدف مراقبة أي انحراف عن المسار الوظيفي واعادته إلى المسار الطبيعي والتأكد من مطابقة الخدمة المقدمة للشكل المطلوب.

✓ التسويق الداخلي في المنشآت الصحية:

يركز التسويق من الناحية التقليدية على عمليات التبادل بين المؤسسة والعملاء لكن طبيعة الدور الذي يلعبه العاملون في المؤسسات في تحديد مستوى الجودة ومدى رضا المريض أو المراجع عن الخدمة قد وجه النظر إلى شكل آخر من أشكال التبادل بين المؤسسة والعاملين فظهر مفهوم التسويق الداخلي الذي ينظر للأنشطة التي يؤديها العاملون على أنها منتج داخلي وينبغي تصميم السياسات والبرامج الموجهة إلى العاملين داخل المؤسسة لتحقيق مستويات عالية من الرضا الوظيفي لديهم والذي بدوره يمكن أن يرتقي بمستوى جودة الخدمات المقدمة للمرضى والمراجعين (Wisdom & Kemkamma, 2022).

✓ كفاءة الأنظمة الصحية:

تعتبر الكفاءة الصحية ذات أهمية كبيرة باعتبارها وسيلة لتقييم أداء النظام الصحي وتمثل الكفاءة النسبية للقطاع الصحي وسيلة مهمة لدراسة التوزيع العقلاني للموارد المالية والبشرية كما يساعد قياس الكفاءة النسبية للقطاع الصحي على اتخاذ قرارات صائبة وتبني سياسات صحية ناجعة والارتقاء بجودة الخدمات للمواطنين.

تعرف الكفاءة بشكل عام على أنها الاستغلال الأمثل للموارد أو تحقيق أفضل المخرجات من الموارد المتاحة، لكن عند دراسة مدخلات ومخرجات القطاع الصحي مقارنة بنظائرها في المؤسسات الاقتصادية فإن المخرجات متعددة الأوجه وتتداخل الأنشطة فيها. ويمكن قياس كفاءة النظام الصحي باستخدام مصطلح الكفاءة الحجمية ويرتبط بمبدأ عوائد الحجم الذي يعبر عن العلاقة بين المدخلات والمخرجات في العملية الانتاجية وبذلك تكون عوائد الحجم مقياساً للتغير النسبي في المخرجات الناجم عن التغير النسبي في المدخلات ويتم ترجمتها على الشكل التالي:

- إذا كانت نسبة التغير النسبي في المخرجات الناجمة على التغير النسبي في المدخلات أقل من الواحد فإن الزيادة في حجم الانتاج أقل من الزيادة الحاصلة في عناصر الانتاج وفي حال الاستمرار بزيادة كميات المدخلات فإن الزيادة في المخرجات تؤول للتلاشي.

- إذا كانت هذه النسبة تساوي الواحد فإن العملية الانتاجية تتسم بعوائد حجم ثابتة فالزيادة في حجم الانتاج تساوي الزيادة في عنصر الانتاج المستخدمة.

- إذا كانت هذه النسبة أكبر من الواحد فإن العملية الانتاجية تتصف بعوائد حجم متزايدة والزيادة في حجم الانتاج أكبر وأسرع من الزيادة في عناصر الانتاج المستخدمة وتستمر المنشأة بعملية الانتاج.

يتحقق مبدأ الحد الأدنى الكفاء عند تساوي الكفاءة الفنية مع الحجمية ويحققان درجة الواحد أي أن عوائد الحجم ثابتة ويكون الانتاج عند مستواه الامثل حيث تصل تكاليفه المتوسطة حدها الأدنى في المدى البعيد.

✓ جودة الخدمات الصحية:

الخدمات الصحية هي ذلك الجزء من النظام الصحي الذي يركز بشكل خاص على توفير خدمات الرعاية الصحية في المجتمع. يشمل النظام الصحي مجموعة معقدة من العلاقات البنيوية بين السكان والمؤسسات التي لها تأثير على الصحة (Kourkouta, et.al, 2021).

تشير أغلب الدراسات إلى أن قياس جودة الخدمات الصحية يستند لتوقعات المرضى لمستوى الخدمة وملاحظتهم الفعلية لمستوى أداء الخدمة ومن ثم تحديد الفجوة بين التوقعات والواقع باستخدام ابعاد مختلفة لجودة الخدمة وهي (Upadhyai, et.al, 2019):

- إتاحة الخدمة وتعني سهولة الوصول للخدمة في الموقع المناسب والزمان المناسب.
- التواصل مع المريض باللغة التي يفهمها.
- امتلاك العاملين المهارة والقدرات والمعلومات اللازمة.
- الثقة حيث تقدم الخدمة للمريض بدقة يمكنه الاعتماد عليها.
- الاستجابة السريعة والخلاقة لطلبات المريض.
- الأمان أي أن تكون الخدمة خالية من المخاطر والمغامرة والشك.
- فهم ومعرفة متلقي الخدمة حيث يبذل العاملون الجهد لفهم احتياجات المراجع ويمنحوه اهتماماً شخصياً.

– اللبابة في التعامل مع المراجع.

ثامناً: المناقشة والتحليل العملي في النقاط الأساسية اللازمة للحلول في القطاع الصحي:

✓ المناقشة والحلول المفترضة:

بالرغم من الجهد الكبير الذي توليه الحكومة للقطاع الصحي والنفقات الكبيرة التي تخصصها لهذا القطاع إلا أن كفاءة الأداء وجودة الخدمات الطبية لاتزال دون المستوى المطلوب.

سنناقش هذا الموضوع من حيث المدخلات وطريقة معالجتها للحصول على أفضل المخرجات ضمن الموارد المتاحة والذي يعبر عن الكفاءة.

تتضمن المدخلات كلا من الموارد البشرية والمادية والمالية ولكون الموارد المادية محدودة ومرتبطة بظروف خارجية لا يمكن التنبؤ بها في المستقبل القريب وفي سياق التعامل مع الأزمة والحصار كأمر واقع سنركز على أهمية تعزيز دور الموارد المالية والبشرية كجزء فعال ومؤثر في رفع كفاءة النظام الصحي وجعله يتصف بعوائد حجم متزايدة الأمر الذي يعزز زيادة الانتاجية لاحقاً عند تحرر الموارد المادية من القيود.

بالنظر للموارد المالية فإنها متاحة وتتمثل بالدعم الذي تقدمه الحكومة للقطاع الصحي.

وكذلك فإن الموارد البشرية متاحة حيث تخرج الجامعات والمعاهد عدد كاف من الخريجين لسوق العمل واللازمين للعمليات التشغيلية في القطاع الصحي.

فالمشكلة تكمن إذاً في العمليات التشغيلية التي تتولى معالجة كل هذه العوامل المادية والمالية والبشرية للحصول على المخرجات.

ترتبط العمليات التشغيلية التي تربط بين هذه المدخلات بمستويين:

➤ **المستوى الأول** في بيئة العمل أي على مستوى المستشفيات والمنشآت الصحية **والمستوى الثاني** يتعلق بالنظام الصحي المتبع وطريقة تمويل القطاع الصحي وهناك علاقة ترابط وثيقة بين هذين المستويين حيث أن إجراء الإصلاح على المستوى الأول لن يكون فعالاً بدون الإجراءات الإصلاحية على المستوى الثاني ويأتي هذا من حقيقة التلازم بين وجود الموارد المالية والبشرية لتحقيق المخرجات المناسبة حيث أن المستوى الأول مرتبط بشكل أكبر بالموارد البشرية بينما يرتبط المستوى الثاني من وجهة نظر المؤسسات الصحية بشكل أكبر بالموارد المالية حيث أن النظام الصحي هو من يضمن لها التمويل و بالمقابل من الضروري للنظام الصحي في المجتمع

أن ينظر للمؤسسات الصحية على أنها عميل داخلي وأن عليه تلبية احتياجاتها وتعزيز حالة الرضا الوظيفي لديها لتسهم بشكل فعال في تحقيق المخرجات المرجوة من النظام الصحي ككل.

كما أن اصلاح المستوى الثاني بدون اصلاح المستوى الأول سيؤدي إلى هدر للموارد بدون أي فعالية على اعتبار أن المستوى الأول يعتبر كمقدم للخدمة ويمثل واجهة النظام الصحي وأداة رئيسية له.

اصلاح المستوى الأول:

لابد من وجود فريق يقود هذه العملية في المنشأة (الادارة العليا) يتم انتقاؤهم بناء على معايير دقيقة ومن ثم يتم تأهيلهم وتدريبهم ليقودوا هذه العملية مع الابتعاد عن تصدير قوالب جاهزة تعمم على كل المنشآت حيث أن لكل منشأة خصوصيتها ومهامها واختصاصها مع أن الجميع مشتركين في تقديم الخدمات الصحية للمواطنين.

بعد ذلك تقوم الادارة العليا بوضع الاستراتيجيات اللازمة بناء على تحليل البيئة وصياغة الرؤية والرسالة ووضع الأهداف ووضع استراتيجية العمل للمستشفى. ليتم بعدها اعداد وترتيب الوظائف اللازمة لتحقيق هذه الأهداف في هيكل تنظيمي مع توصيف وظيفي دقيق يحدد مهام كل مركز عمل مع تنسيق العلاقة والمهام بين المستويات المختلفة لتجنب تعارض وازدواجية المهام وبحيث يتلقى الموظف أوامره من مدير واحد ويجب أن تتناسب السلطة مع المسؤولية ويتبع كل هذا بالمراقبة وقياس وتقويم الاداء بشكل يحقق الحصول على أعلى كفاءة وفعالية للأداء وتحقيق أهداف المستشفى.

على اعتبار أن رضا المواطن هو المعيار الاساسي لجودة الخدمات الطبية وعلى اعتبار مقدمي الرعاية الطبية هم حجر الأساس في تقديم هذه الخدمة لابد من العمل على تأهيل الكوادر لامتلاكهم الخبرة الفنية والسلوكية الكافية واتباع الدورات التدريبية والتعليم المستمر بالإضافة لا جراء دورات تدريبية في مهارات التواصل ولاسيما لمن هم في تماس مباشر مع المراجعين مع تنمية الاحساس بالمسؤولية واحترام نظام العمل وتقديم المصلحة العامة على المصلحة الفردية وتشجيع ثقافة العمل الجماعي الذي يسوده المحبة والاحترام المتبادل كما أن المدير يجب أن يكون قدوة لجميع العاملين ولا يمكن الوصول لكل هذه القيم في بيئة العمل بدون وجود الدافع المعنوي لدى العمال واحساسهم بالرضا الوظيفي. فلا بد من ادارة عملية التفاعل بين الادارة والعاملين بشكل ايجابي لتمكين الدافع المعنوي وتعتبر الدورات التدريبية في هذا المجال احدى الوسائل التي تساهم في تحقيق الرضا الوظيفي حيث أنها تعطي شعورا للعامل بأن إدارته تهتم بتأهيله وتدريبه وتنمية قدراته. كما أن مشاركة العاملين في مناقشة مشكلات العمل يعطيهم حافزا معنويا ويجعلهم يشعرون بأنهم يساهمون في صنع القرار. بالإضافة لأهمية خلق الجو الايجابي في العمل والثناء على المواطن المضيئة لدى العاملين والترقية في

السلم الوظيفي بناء على الكفاءة والانتاجية مع الابتعاد عن الوسائط والمحسوبيات وتكريت مفهوم قيمة العامل بإتقانه عمله. وبالرغم من أهمية الحافز المعنوي فإنه يفقد فعاليته في كثير من الاحيان بغياب الحافز المادي فغاية العامل الأساسية من العمل هي تحقيق مصدر دخل يؤمن احتياجاته ومعيشته الكريمة وفي حال عدم بلوغه الهدف الأساسي لن تفلح كل وسائل الدعم المعنوي في تحقيق الرضا الوظيفي لديه وتجعله يبحث عن بيئة عمل أخرى تلبي طموحاته أو قد تجعله عرضة للانحراف السلوكي في العمل والذي يؤثر سلبا على انتاجية المؤسسة وعلى المخرج النهائي ويتسبب في هدر الموارد، لذلك كان من الضروري توفير دخل مادي يحفظ العامل من الانحراف ويجعله متهيئا لتلقي الدعم المعنوي وكل التأثيرات الايجابية التي تزيد من تمسكه بالعمل والحفاظ على الانتاجية والكفاءة العالية

وبالرغم من أن التحفيز المادي هو شرط ضروري ولكنه غير كافٍ ولا بد من المراقبة الفعالة لأداء الموظفين من خلال أنظمة المراقبة الفعالة وقياس الأداء وكشف الانحرافات السلوكية في بيئة العمل واتخاذ الاجراءات اللازمة لتقويمها وعلاجها.

يجب على الادارة الفعالة أن تتعامل مع العاملين على أنهم مخرجات وسيطة في سياسة التسويق الداخلي فالعامل الحاصل على الشهادة المطلوبة لمركز العمل هو المدخل ومجموعة العمليات التي تجرى وتوجه لتأهيله من الناحية الفنية والسلوكية مع توصيف دقيق لمهامه وتدريبه على انجازها بالشكل الأمثل وتأمين بيئة العمل الصحية له بالإضافة للدخل المادي المناسب سوف تؤدي إلى المخرج المطلوب وهي العامل ذو الكفاءة والانتاجية العالية وينعكس ذلك على المخرج الاساسي للمستشفى وهو جودة الخدمة الطبية المقدمة بكفاءة وانتاجية عالية.

إن الوصول إلى بيئة العمل المفترضة هذه في مستشفياتنا يكفل معالجة معظم نقاط الضعف المذكورة بما فيها هجرة الكوادر الطبية حيث أن هناك أعداد كبيرة خرجت للعمل خارج البلد لعدم توفر هذه البيئة لهم ولا سيما الدخل المادي.

وكما ذكرنا في بداية المناقشة أن الإصلاح في هذا المستوى مرتبط بشكل وثيق بالإصلاح في المستوى الثاني (النظام الصحي).

➤ المستوى الثاني:

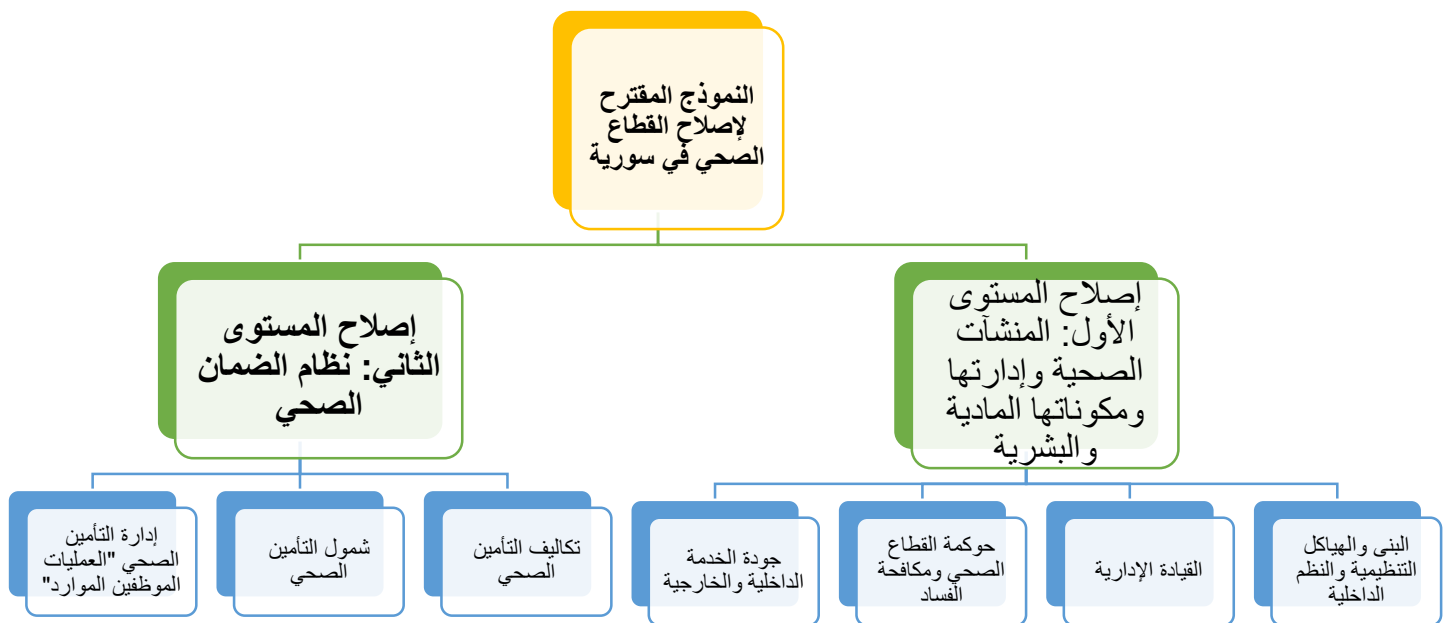
يعتبر احساس المواطن بالأمان الصحي الهدف الانساني الأسمى الذي يجب على أنظمة الرعاية الصحية في العالم أن تسعى لتحقيقه وذلك من خلال تقديم الخدمات الصحية والتوزيع العادل لها.

بإجراء المراجعة لأنماط الأنظمة الصحية عالمياً نجد أن النظام الصحي في سورية هو مزيج من هذه الأنظمة وعلى الرغم من أن تكوينه الأساسي يعتمد على الحق الذي تضمنته الدولة للمواطنين فكان عن ذلك تقديم الخدمات الصحية بشكل مجاني في المشافي الحكومية والتي يتم تمويلها من قبل الدولة والذي كان يشكل الجزء الأكبر من التغطية الصحية قبل الحرب على سورية مع رضا المواطن عن الخدمات المقدمة وإحساسه بالأمان الصحي. لكن تراجع جودة الخدمات الطبية وغياب بعض الخدمات النوعية أحياناً في المستشفيات الحكومية بسبب نقص الموارد المادية والخلل الحاصل في المستوى الأول و بسبب التغطية القليلة لشركات التأمين التي لا تتناسب مع التكاليف الباهظة للخدمات الطبية في المستشفيات الخاصة فضلاً عن أن التأمين الصحي لا يغطي جميع المواطنين كل ذلك أدى إلى زيادة اعتماد المواطن على الدفع من جيبه لتلقي الخدمات الطبية مع العجز عن الدفع في كثير من الأحيان مما فتح الباب للجمعيات الخيرية للمساهمة في تغطية بعض تكاليف الخدمات الطبية ولأن تشرف أحياناً بشكل مباشر على تقديم الخدمات الطبية من خلال امتلاكها للمستشفيات الأمر الذي أثر سلباً على الخدمة الطبية وتراجع نوعيتها بسبب المنافسة التي تفتقر في كثير من الأحيان إلى الموضوعية والتحكم بعمل الكوادر الطبية وانتقاء الكوادر الطبية الأقل تكلفة بغض النظر عن النوعية ناهيك عن الافتقار للعدالة في توزيع الخدمات كل ذلك خلق حالة من عدم الرضا عند كل من مقدمي ومتلقي الخدمات.

إن إصلاح النظام الصحي، والانتقال إلى شكل آخر من مجانية الخدمات الصحية، يعتمد بشكل أساسي على دعم الدولة من خلال تحويل المبالغ المخصصة لتمويل المشافي لدعم قطاع التأمين، ومشاركة كل من العامل (حسب دخله) ورب العمل في أقساط التأمين، وتشميل جميع المواطنين في التأمين الصحي، و تحويل مساهمة الجمعيات الخيرية في الخدمات الصحية إلى دعم لقطاع التأمين، لتقوم المستشفيات الحكومية بتقديم خدماتها مقابل أجور يتم استيفاؤها من شركات التأمين، على أن يتزامن ذلك مع إصلاح اداري للمستوى الأول، سيؤدي للوصول لإحساس المواطن بالأمان الصحي، ويقلل من هدر الموارد الناجم عن التمويل المباشر للمشافي، ويضع ادارات المستشفيات أمام مسؤولياتها لتطوير الأداء، ويصبح حجم العمل في المستشفى وإيراداته هو المصدر الأساسي للتمويل، ويعبر عن نشاط المؤسسة وقدرتها على الاستمرارية، ويجعل التمويل مرتبطاً بشكل تلقائي بحجم العمل والإيرادات، الأمر الذي يجعل الادارة حريصة على مكافحة الهدر وضبط النفقات، وتأمين الموارد اللازمة لتطوير الأقسام وتحديثها المستمر، ولتحفيز العاملين مادياً ولتدريبهم المستمر وتأهيلهم على تقديم الخدمات الطبية بكفاءة عالية، و تحقيق الرضا الوظيفي لديهم، فينعكس ذلك على جودة الخدمات الطبية وشموليتها وتكاملها للوصول إلى الهدف الأسمى للنظام الصحي وهو الأمان الصحي والتوزيع العادل. وبنفس الوقت يجب تمكين الادارات لتأمين الاحتياجات الأساسية اللازمة للعمل، ومن الممكن حصر الاستمرار

المركزي بالتجهيزات الكبيرة في الخطة الاستثمارية للمستشفى والتي تتم مناقشتها في ظل الدعم الحكومي مقابل نسب معينة من العائدات الناجمة عن هذا الاستثمار، مع المراقبة المستمرة لأداء هذه الإدارات والتدخل في الوقت المناسب الذي يضمن استمرارية عمل المؤسسات بالشكل الأمثل.

وفيما يلي النموذج المقترح للإصلاح الإداري للقطاع الصحي في الجمهورية العربية السورية:



يتضح من الشكل السابق أن النموذج المقترح لإصلاح القطاع الصحي يتضمن العمل على المستويين الجزئي والكلي وذلك بإصلاح إدارة المنشآت الصحية وتحسين الهياكل ولوائح العمل علاوةً على حوكمة المؤسسات الصحية وتحسين مستوى جودة الخدمة الداخلية بحيث تنعكس إيجاباً على جودة الخدمات الصحية والوصول إلى رضا وانتماء وولاء العملاء "المرضى"، بالإضافة للعمل على مستوى الاقتصاد الكلي وذلك من

خلال تحسين نظام الضمان الصحي وتفعيله بشكل أكبر بحيث يصبح شاملاً لكافة مواطني الجمهورية العربية السورية وذلك بعد البناء القوي لنظمه الإدارية وعملياته وموارده البشرية والمادية.

التوصيات:

- ضرورة القيام بدراسات توصف الواقع الحالي للقطاع الصحي سواء من حيث جودة الخدمات الصحية أم من حيث شمول التأمين الصحي وسهولة الوصول إلى الخدمات الصحية ومعرفة نقاط القوة والضعف والفرص والتحديات.
- تعزيز دور الإصلاح الإداري واتباع الأسس العلمية في الإدارة من خلال التخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة ومواكبة التقدم العلمي لتحسين بيئة العمل الداخلية.
- إجراء دورات تدريبية تخصصية للكوادر بشكل مستمر من أجل تأهيلهم لإنجاز الأعمال الموكلة إليهم بكفاءة عالية ومواكبة التطور التكنولوجي
- إجراء دورات تدريبية في مهارات التواصل والسلوك المهني لتعزيز دور العمل الجماعي وطريقة التعاطي مع المراجعين
- إجراء إصلاح في النظام الصحي يكرث الحفاظ على مجانية الخدمات الصحية وإيصالها لمستحقيها مع عدالة في التوزيع من خلال اعتماد نظام تأمين صحي يتناسب مع واقع بلدنا يغطي جميع المواطنين ويعتمد على مساهمة العاملين حسب دخلهم وأرباب العمل والجمعيات الخيرية في التأمين بالإضافة للمساهمة الأساسية للدولة فيه.
- استيفاء الأجور المستحقة عن الخدمات في المشافي والمدفوعة من قبل شركات التأمين بشكل يؤمن التمويل الذاتي والاستقلال المالي للمشافي ويضع إداراتها أمام مسؤولياتهم مع تحريرها من القيود التي تعيق فعاليتها في الأداء وقياس أداؤها بشكل دوري.
- إقرار نظام حوافز للعاملين في القطاع الصحي يربط الأجر بالحالات المعالجة وبشكل موضوعي يحقق الإحساس بالرضا الوظيفي لدى العاملين والحرص على العمل

المراجع:

- الإمام، محمود. (٢٠٢١) "أثر جودة الخدمة الداخلية في تحقّي رضا العاملين والعملاء في المستشفيات الحكومية بمحافظة الدقهلية" بحث علمي محكم، مجلة البحوث المالية والتجارية، المجلد (٢٢) - العدد الرابع - تشرين الأول ٢٠٢١.
- شيليك، يوسف ; التاجوري، عادل (٢٠٢١). إصلاح النظام الصحي في ليبيا" © يونيو ٢٠٢١ مركز الأبحاث الإحصائية والاقتصادية والاجتماعية والتدريب للدول الإسلامية، (سيسرك).
- عبد الحفيظ، أميمة، (٢٠١٦). دراسة تحليلية لقطاع الخدمات الصحية مع التركيز على قطاع التأمين الصحي - (دراسة مقارنة بين مصر والسعودية خلال الفترة ٢٠٠١-٢٠١١). أطروحة دكتوراه منشورة - جامعة عين شمس.
- مسعود، كيسرى. (٢٠١٢) "مسؤولية العميل الداخلي في إرضاء العميل الخارجي" مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية العدد: ٠٧.
- ضاوي، اياد (٢٠٢٠) كفاءة الأنظمة الصحية ومحدداتها، دراسة تحليلية قياسية باستخدام مغلف البيانات DEA لمجموعة من البلدان النامية.
- محمود، حبيب، أسعد، باسل (٢٠١٥). دراسة واقع مؤشرات التنمية الصحية في سورية ما بين عامي ٢٠٠٠-٢٠١٠، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، المجلد، ٣٧ العدد (٢) ٢٠١٥.

References:

- A View Of Health Care Around The World, Ann Fam Med 2013;11:84.
- Berenson, R; Morrill, W; Apfel, K; Fuch, B; Hefty, T; Houstoun, F; Hurley, R; Lewin, J; McLaughlin, C & Payton, S. (2009). ***“ADMINISTRATIVE SOLUTIONS IN HEALTH REFORM”***. National Academy of Public Administration (NAPA) & National Academy of Social Insurance (NASI).
- Berman, P. (1995). ***“Health sector reform: making health development sustainable”***. Health Policy 32 (1995) 13-28.
- Kourkouta. L; Iliadis, C; Sialakis, C; Adamakidou, T; Ouzounakis, P. (2021), ***Quality of health services***, World Journal of Advanced Research and Reviews, 2021, 12(01), 498–502
- Mei, J & Kirkpatrick, I. (2019). ***“Public hospital reforms in China: towards a model of new public management?”*** International Journal of Public Sector Management ©Emerald Publishing Limited 0951-3558 DOI 10.1108/IJPSM-03-2018-0063.
- Shewade, H & Aggarwal, A. (2012). ***“Health sector reforms: Concepts, market based reforms and health inequity in India”***. Educational Research (ISSN: 2141-5161) Vol. 3(2) pp. 118-125 February 2012.
- Subiyakto, B; Kot, S & Syaharuddin, S. (2020). ***“The Government Reform on Healthcare Facilities from the Standpoint of Service Quality Performance”*** INTERNATIONAL JOURNAL OF ECONOMICS AND FINANCE STUDIES Vol: 12 No: 1 Year: 2020 ISSN: 1309-8055 (Online) (pp. 16-31) Doi: 10.34109/ijefs.202012102 Recieved: 13.09.2019 | Accepted: 19.12.2019 | Published Online: 01.01.2020.
- Upadhyai, R; Jain, A; Roy, H; Pant; V. (2019), ***“A Review of Healthcare Service Quality Dimensions and their Measurement”***. Journal of Health Management 21(2019), 127–132 (1) 2019 ©Indian Institute of Health Management Research Reprints and permissions: in.sagepub.com/journals-permissions-india DOI: 10.1177/0972063418822583 journals.sagepub.com/home/jhm.
- Wisdom, I & Kemkamma, W. (2022). ***“Internal Marketing Practices and Customer Loyalty of Healthcare Firms in South-South, Nigeria”***. International

Academic Journal of Management and Marketing ISSN: 2384-5849. Volume 7, Number 2 Pages 29-49 (July, 2022).