الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة البليدة2

كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير

قسم علوم التسيير

العنوان :تطوير كفاءات المسيرين وأثره في إدارة المؤسسات الاستشفائية

– دراسة عينة من المؤسسات الاستشفائية –

أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في علوم التسيير

تخصص: إدارة أعمال

إعداد الطالبة: **إشراف الدكتور:**

خليل صبرينة كشاد رابح

السنة الجامعية :2015/2014

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة البليدة2
كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير
قسم علوم التسيير

العنوان: تطوير كفاءات المسيرين وأثره في إدارة المؤسسات الاستشفائية – دراسة عينة من المؤسسات الاستشفائية –

أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في علوم التسيير

تخصص: إدارة أعمال

إعداد الطالبة:
خليل صبرينة

أمام اللجنة المشكلة من:

بن حمودة فطيمة	أستاذ	جامعة البليدة 2	رئيسا
كشاد رابح	أستاذ	المدرسة العليا للتجارة	مشرفا ومقررا
بيشاري كريم	أستاذ	جامعة البليدة 2	عضوا مناقشا
شويح محمد	أستاذ محاضر أ	جامعة البليدة 2	عضوا مناقشا
عدمان مريزق	أستاذ محاضر أ	لمدرسة العليا للتجارة	عضوا مناقشا
يرقي حسين	أستاذ	جامعة المدية	عضوا مناقشا

السنة الجامعية :2015/2014

الإهداء

أهدي ثمرة جهدي وعملي المتواضع إلى:

والديا العزيزين أطال الله في عمريهما

ولديا المحبوبين حفظهما الله لي سامي ويانيس

شريك حياتي ورفيق دربي زوجي العزيز وعائلته المحترمة

أخويا الغاليين أنيس وحكيم

أولاد أخي مهدي ، سارة وزوجته

إلى كل من بذل معي جهدا ووفر لي وقتا ونصح لي قولا، أسأل الله أن يجزيهم عني

خير جزاء

الشكر والتقدير

الحمد لله الذي وفقني لإتمام هذا العمل المتواضع، فله الحمد وله الشكر أولا ودائما.

اعترافا بالفضل وتقديرا للجميل أتقدم بالشكر الجزيل والامتنان إلى الأستاذ كشاد رابح لقبوله الإشراف على هذا العمل وعلى كل ما أسداه لي من نصائح وتوجيهات قيمة، دون أن أنسى الأستاذ سايحي عبد الحق مدير المدرسة الوطنية للمناجمنت وإدارة الصحة، والذي كان له الفضل في اختياري للموضوع وكل عمال وعاملات المدرسة خاصة عمال المكتبة.

كما أشكر كذلك مدراء المؤسسات الاستشفائية للترخيص لي بإجراء الدراسة الميدانية،إضافة إلى مستخدمي هاته المؤسسات على رأسهم المنسقين الطبيين .

وفي الأخير إلى كل من ساهم من قريب أو بعيد في انجاز وإتمام هذا العمل أخص بالذكر الأستاذات حجاج زينب ، بلبولة إيمان ، كوحيل حياة

الملخص

ان نجاح أي مؤسسة كانت يتحقق من خلال الاستغلال العقلاني و الأمثل لمواردها ، الأمر الذي يلزمها إيجاد سبل و أساليب تمكنها من التحكم أكثر في إدارة مواردها كما و نوعا سيما موردها البشري و الذي يعد صاحب التغيير في بيئته من خلال قدرته على الإبداع و التطوير في ظل الإمكانيات المتاحة. ولن يتحقق ذلك إلا من خلال امتلاك الفرد المعارف ، المهارات والقدرات، هذه التوليفة من المصطلحات يطلق عليها بالكفاءات البشرية ، فلا يكف تشخيص كفاءات الأفراد فحسب بل على المؤسسة الحرص و السهر على تنميتها و تطويرها باستمرار قصد تعظيم فعالية أداء الفرد. و باعتبار المستشفى مؤسسة استشفائية تتولى تقديم الخدمات الصحية للمواطنين ، فان حساسية الخدمة التي تقدمها هذه المؤسسة ونظرا لتعقيد تركيبتها البشرية ، فان عملية إدارتها تتطلب إيجاد طرق تمكنها من تحقيق الكفاءة والفعالية للوصول إلى تقديم خدمات صحية بالنوعية العالية و بأقل تكلفة.

لقد جاءت هذه الدراسة العلمية كمحاولة لتوضيح أثر تطوير كفاءات المسيرين على إدارة المؤسسات الاستشفائية العمومية وذلك من خلال توزيع الاستمارات على مسيري ثلاثة مؤسسات عمومية هي على التوالي: المركز الاستشفائي الجامعي للبليدة، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية للبليدة و المؤسسة العمومية الاستشفائية للبليدة، مع تحليل بياناتها باستخدام أساليب الإحصاء الوصفي و التحليل نسخة 19.

كما أبرزت هذه الدراسة من خلال التحليل الإحصائي و معاملات الارتباط الأثر الايجابي لتطوير كفاءات المسيرين على إدارة المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة و ذلك من خلال تحسين نوعية الخدمة المقدمة.

الكلمات المفتاحية: الكفاءات ، مرجع الكفاءات ، تطوير الكفاءات ، تشخيص الكفاءات ، تقييم الكفاءات ، إدارة المؤسسة الاستشفائية ، النظام الصحي الجزائري ، التدريب ، التحفيز، التعلم الالكتروني ، إدارة المعرفة ، التنظيم الإداري ، نوعية الخدمة .

قائمة المحتويات

الموضوع رقم الصفحة

أ-الإهداء.....1

ب-الشكر والتقدير.....2

ج-الملخص.....3

د-قائمة المحتويات.....4

هـ-قائمة الجداول.....9

و-قائمة الأشكال.....12

مقدمة عامة.....13

الفصل الأول: الأسس النظرية والتسييرية للكفاءات البشرية.....22

مقدمة الفصل.....23

1-1-ماهية الكفاءات البشرية.....24

1-1-1-مفهوم ومميزات الكفاءات البشرية..... 24

1-1-2-عوامل ظهور الكفاءات البشرية وأهميتها..... 26

1-1-3-عناصر وأنواع الكفاءات..... 30

1-1-4-تشخيص واكتشاف الكفاءات.....38

1-2-أبعاد عملية تسيير الكفاءات.....41

1-2-1-مفهوم ومراحل تسيير الكفاءات.....41
1-2-2-مقاربات تسيير الكفاءات.....44
1-2-3-مفهوم ومبادئ الإدارة بالكفاءات.....46
1-2-4-الفرق بين تسيير الكفاءات والإدارة بالكفاءات.....48
1-3-مبادئ عملية تقييم الكفاءات.....50
1-3-1-مقاربات تقييم الكفاءات.....51
1-3-2-أسس تقييم الكفاءات.....54
1-3-3-أدوات تقييم الكفاءات.....57
خاتمة الفصل.....62
الفصل الثاني:الإطار النظري والعملي لتطوير الكفاءات.....**63**
مقدمة الفصل.....64
2-1-تطوير الكفاءات وعلاقته بإدارة الموارد البشرية.....65
2-1-1-مفاهيم حول تطوير الكفاءات.....65
2-1-2-دور تطوير الكفاءات في نشاطات إدارة الموارد البشرية.....68
2-1-3-خطوات تحديد إستراتجية تطوير الكفاءات.....70
2-2-الأساليب الكلاسيكية المطورة للكفاءات.....71
2-2-1-التحفيز.....71
2-2-2-التعلم.....76
2-2-3-التدريب.....80
2-3-الأساليب النيوكلاسيكية والحديثة المطورة للكفاءات.....87
2-3-1-التعلم الالكتروني.....88

2-3-2-إدارة المعرفة.....92
2-3-3-تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الحديثة.....99
خاتمة الفصل.....103
الفصل الثالث: الإطار المفاهيمي ونشاطات إدارة المؤسسات الاستشفائية.....105
مقدمة الفصل.....106
3-1-أساسيات حول الإدارة.....107
3-1-1-مفهوم أهمية وأنواع الإدارة.....107
3-1-2-أهم التطورات التي مرت بها الإدارة.....112
3-1-3-الوظائف الإدارية.....117
3-2-أسس إدارة المؤسسات الاستشفائية.....119
3-2-1-التطور التاريخي للمؤسسة الاستشفائية.....119
3-2-2-مفهوم و مكونات النظام الاستشفائي.....122
3-2-3-معايير تصنيف المؤسسات الاستشفائية.....126
3-2-4-وظائف المؤسسات الاستشفائية.....129
3-3-أهم النشاطات الإدارية بالمؤسسات الاستشفائية.....132
3-3-1-التخطيط والتنظيم بالمؤسسة الاستشفائية.....132
3-3-2-الرقابة بالمؤسسة الاستشفائية.....140
3-3-3-المبادئ والأساليب الإدارية.....143
3-3-4-أساليب تقييم أداء إدارة المؤسسات الاستشفائية.....151
خلاصة الفصل.....157

الفصل الرابع: التدريب كأداة لتطوير كفاءات مستخدمي المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية.....159

مقدمة الفصل.....160

4-1- التطور التاريخي للنظام الصحي الجزائري.....161

4-1-1-تطور النظام الصحي من 1963 إلى 1973.....161

4-1-2- تطور النظام الصحي من 1974 إلى 1979.....165

4-1-3- تطور النظام الصحي من 1980 إلى 2007.....167

4-1-4- تطور النظام الصحي من 2008 إلى يومنا هذا.....175

4-2-واقع إدارة المؤسسات الاستشفائية الجزائرية.....181

4-2-1-تنظيم وإدارة المؤسسات العمومية الاستشفائية.....181

4-2-2-إدارة الموارد البشرية بالمؤسسة الاستشفائية.....190

4-2-3-الأدوات المعتمد عليها في إدارة المؤسسات الاستشفائية خلال سنة 2014.....194

4-3-التدريب في المنظومة الاستشفائية الجزائرية.....198

4-3-1-الإطار القانوني للعملية التدريبية.....199

4-3-2-واقع التدريب بالمؤسسة الاستشفائية الجزائرية.....203

4-3-3-هياكل تدريب مستخدمي القطاع الصحي.....207

4-3-4-تأثير التدريب على تطوير الكفاءات البشرية في المؤسسات الاستشفائية.....217

خاتمة الفصل.....219

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية :علاقة تطوير كفاءات المسيرين بإدارة المؤسسات الاستشفائية العمومية 220

مقدمة الفصل.....221

5-1-الإطار المنهجي للدراسة.....222

5-1-1-إجراءات الدراسة الميدانية.....222

5-1-2-أساليب التحليل الإحصائي المعتمد عليها..... 225

5-1-3-الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة.....227

5-2- التحليل المسبق لاختبار الفرضيات عن طريق تحليل المكونات الرئيسية (ACP) ومعامل المصداقية ألفا لكرونباخ.....233

5-2-1-خطوات التصفية والمصادقة على سلالم القياس.....233

5-2-2-التصفية والمصادقة على سلالم قياس عناصر المتغير المستقل (تطوير الكفاءات).....235

5-2-3- التصفية والمصادقة على سلالم قياس عناصر المتغير التابع (إدارة المؤسسات الاستشفائية).....238

5-3-نتائج اختبار الفرضيات ومناقشة النتائج.....244

5-3-1-اختبار الفرضية الأولى.....244

5-3-2-اختبار الفرضية الثانية.....248

5-3-3-اختبار الفرضية الثالثة.....256

5-3-4-اختبار الفرضية الرابعة.....258

5-3-5-اختبار الفرضية الخامسة.....260

خاتمة الفصل 263

النتائج والمناقشة والتوصيات.....264

قائمة المراجع.....274

الملاحق.....293

الملخص باللغة الأجنبية.....304

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
1	مرجع الكفاءات الفردية	35
2	العلاقة بين تسيير الكفاءات و أنواع الرواتب	42
3	مقاربات تقييم الكفاءات	53
4	أدوات تقييم الكفاءات	61
5	أهم الحوافز الفردية	73
6	أهم الحوافز الجماعية	74
7	المقارنة بين التعليم و التدريب	83
8	المقارنة بين التعلم والتدريب	83
9	تصنيفات المعرفة في ضوء عدد من الدراسات	93
10	أوجه الاختلاف بين إدارة الأعمال و الإدارة العامة	111
11	الفرق بين التنظيم الرسمي وغير الرسمي	139
12	تطور عدد المستخدمين في المجال الطبي في الجزائر 1963–1973	163
13	التغطية الصحية في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1963–1973	164
14	تطور الهياكل الصحية خلال الفترة 1962–1972	165
15	تطور المستخدمين في القطاع الصحي خلال الفترة الممتدة من 1974–1979	166
16	تطور عدد الهياكل الصحية القاعدية خلال الفترة 1974–1979	167
17	تطور عدد الهياكل الصحية القاعدية خلال الفترة 1982–2007	169
18	تطور المستخدمين في القطاع الصحي خلال الفترة الممتدة من 1982–2007	170

19	أهم هيئات و هياكل المنظومة الصحية الجزائرية خلال سنة 2010	176
20	مصادر تمويل القطاع الصحي 2006-2010	181
21	مكونات عينة الدراسة	225
22	المتوسطات الحسابية والاتجاهات الموافقة لها	226
23	اختبار Bartlett ومؤشر K-M-O لسلم تشخيص الكفاءات	236
24	نتائج قياس سلم تشخيص الكفاءات	236
25	اختبار Bartlett ومؤشر K-M-O لسلم تدريب الكفاءات	238
26	نتائج قياس سلم تدريب الكفاءات	238
27	اختبار Bartlett ومؤشر K-M-O لسلم تطوير الكفاءات	238
28	نتائج قياس سلم تطوير الكفاءات	239
29	اختبار Bartlett ومؤشر K-M-O لسلم خصوصيات التنظيم الإداري	240
30	نتائج قياس سلم التنظيم الإداري	241
31	اختبار Bartlett ومؤشر K-M-O لسلم تحديث التسيير بالمؤسسة الاستشفائية	243
32	نتائج قياس سلم تحديث التسيير بالمؤسسة الاستشفائية	243
33	اختبار Bartlett ومؤشر K-M-O لسلم نوعية الخدمة المقدمة	244
34	نتائج قياس سلم نوعية الخدمة المقدمة بالمؤسسة الاستشفائية	244
35	الدراسة الوصفية لمتغيرات الفرضية الأولى	245
36	اثر مرجع الكفاءات على تشخيص الكفاءات	247
37	إجابات المستجوبين حول وجود تقييم للكفاءات البشرية بالمؤسسات الاستشفائية مجل الدراسة	248

38	أثر مرجع الكفاءات على تسير الكفاءات	48
39	الدراسة الوصفية لمتغيرات الفرضية الأولى	250
40	أثر التدريب على تطوير كفاءات المسيرين	251
41	الدراسة الوصفية لمتغيرات الفرضية الثانية	252
42	أثر التحفيز على تطوير كفاءات المسيرين	252
43	الدراسة الوصفية لمتغيرات الفرضية الثالثة	253
44	أثر الاتصال على تطوير كفاءات المسيرين	254
45	الدراسة الوصفية لمتغيرات الفرضية الثانية	254
46	أثر تكنولوجيا المعلومات والاتصالات على تطوير كفاءات المسيرين	255
47	الدراسة الوصفية لمتغيرات الفرضية الثانية	256
48	أثر إدارة المعرفة على تطوير كفاءات المسيرين	257
49	الدراسة الوصفية لمتغيرات الفرضية الثالثة	258
50	أثر تطوير الكفاءات على التنظيم الإداري	258
51	الدراسة الوصفية لمتغيرات الفرضية الرابعة	260
52	أثر تطوير الكفاءات على تحديث تسيير المؤسسة الاستشفائية	260
53	الدراسة الوصفية لمتغيرات الفرضية الخامسة	261
54	أثر تطوير كفاءات المسيرين على نوعية الخدمة المقدمة	262

قائمة الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
1	بنية تمثيلية للكفاءة	25
2	عناصر الكفاءات	35
3	التكامل العمودي والأفقي لتسيير الكفاءات	42
4	تمركز أنشطة تسيير الموارد البشرية حول منطلق الكفاءة	43
5	مستويات الكفاءات	48
6	مراحل العملية التدريبية	86
7	خطوات إدارة المعرفة	97
8	وظائف العملية الإدارية	117
9	نموذج تفسيري للدراسة	222
10	توزيع عينة الدراسة	224
11	توزيع عينة الدراسة بحسب الجنس	227
12	توزيع الأسلاك بحسب الجنس	228
13	توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية	228
14	توزيع الأسلاك حسب العمر	229
15	توزيع عينة الدراسة حسب الأقدمية	230
16	توزيع الأسلاك حسب الأقدمية	230
17	توزيع عينة الدراسة حسب السلك	231
18	توزيع عينة الدراسة حسب الانتماء للمؤسسات الاستشفائية	231
19	توزيع الأسلاك بحسب المؤسسات الاستشفائية	232

مقدمة عامة:

يعتبر العنصر البشري موردا من موارد المؤسسة إذ يعد صاحب التغيير في بيئته، غير أنه لم يحض بالاهتمام اللازم إلا مع مطلع القرن العشرين حيث ظهرت عدة نظريات ومفاهيم أثرت على نظم الإدارة وساهمت في ترقية هذا المورد، فذهب الباحثون والمختصون في مجال الإدارة في تصورهم وتقديرهم للفرد في المؤسسة إلى اعتباره كمتغير استراتيجي وجب على كل مدير أخذه بعين الاعتبار وإدماجه في نظرته الإدارية، كما تبنت كل المؤسسات في تنظيمها الهيكلي وظيفة تسند لها مهمة إدارة هذا المورد وهي وظيفة إدارة الموارد البشرية.

وباعتبار المؤسسة الاستشفائية العمومية ذات طابع إداري تتكون من عدة هياكل، مديريات ومصالح تتولى تقديم الخدمات الصحية للمواطنين غير أن مهمة إدارة الموارد البشرية إلى وقت قريب كانت تتجلى في إدارة الحياة المهنية لمستخدميها باختلاف الأسلاك التي ينتمون إليها. وبالتالي اقتصر مصطلح إدارة الموارد البشرية في مضمونه على طرق إدارة وتسيير ملفات المستخدمين وفق القواعد التي يفرضها المنظم للوظيف العمومي.إلا أن التطور الكمي والكيفي الذي مس المرافق العامة للدولة وكذا ارتفاع التكاليف المالية للمستخدمين وتدهور نوعية الخدمات المقدمة، أدى إلى البحث والتفكير في مناهج جديدة تسمح بالتحكم أكثر في إدارة الموارد البشرية كما ونوعا باعتبارها المحور الأساسي في المعادلة العامة لإدارة المؤسسات الاستشفائية ،الأمر الذي دفع المختصين إلى ابتكار أدوات وآليات تنظم حركية المورد البشري، إذ نسجل ابتداءا من الستينيات وضع حيز التنفيذ ما يسمى بالتسيير التوقعي للعمل ثم تلاه بعد ذلك مع أواخر الثمانينات ما يسمى بالتسيير التوقعي للكفاءات، وهذا انطلاقا من كون الكفاءة عبارة عن مجموعة

من التصرفات يتحكم فيها أفراد أفضل من آخرون مما يجعلهم فعالين في موقف معين ، هذه التصرفات يمكن ملاحظتها من خلال الحياة المهنية اليومية في مواقف أو حالات اختبارية تبرز هذه التصرفات مهارات ، شخصيات والمعرفة المكتسبة للأفراد ، بالتالي فان الكفاءات تعد همزة وصل بين السمات الفردية والشروط اللازمة لأداء المهام على أكمل وجه. غير أنه لا يكفي تشخيص الكفاءات البشرية فحسب بل يجب الحرص على تطويرها من خلال استخدام الأساليب الملائمة لذلك.

ونظرا لكون الصحة في الجزائر أو في أي بلد كان من المطالب الأساسية لكل فرد في المجتمع، فانه يتوجب تسخير كل الإمكانيات السياسية والقانونية والبشرية والمادية قصد تحسينها والارتقاء بها إلى أقصى حد ممكن، وفي هذا الخصوص فان من المتفق عليه أنه لا تنمية ولا ازدهار للأمة دون استقرار وصحة متعافية، فالصحة كانت ولا تزال ضرورة حيوية لا يمكن التخلي عنها بأي حال من الأحوال، لكن في الجزائر من حيث الواقع يتبين بشكل واضح وجلي أن الخدمات الصحية تتدهور من يوم إلى يوم بالرغم من صرف الدولة الجزائرية أموالا طائلة من أجل تمكين المواطن الجزائري الحصول على خدمات طبية وعلاج مجدي نجد دائما عدم رضا المواطن وحتى القائمين عليها على حد السواء، وأبرز دليل على ذلك تحول المؤسسات الاستشفائية العمومية إلى أمكنة تغلب عليها اللامبالاة يتجلى ذلك من خلال سوء إدارة هاته المؤسسات الاستشفائية.

إشكالية الدراسة:

من خلال العرض السابق تتبادر إلى أذهاننا معالم إشكالية الدراسة من خلال التساؤل الجوهري التالي:

ما هو تأثير تطوير كفاءات مسيري المؤسسات الاستشفائية الجزائرية على إدارتها ومن ثم نوعية الخدمات التي تقدمها؟

الأسئلة الفرعية:

من خلال الإشكالية الرئيسية تتبادر إلى أذهاننا الأسئلة الفرعية التالية:

-ما المقصود بالكفاءات البشرية ، وماهر واقع اعتماد المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية على مرجع الكفاءات ؟

-ماهي أساليب تطوير كفاءات المسيرين المعتمدة من طرف المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية ؟

-كيف يؤثر تطوير كفاءات المسيرين على التنظيم الإداري بالمؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية؟

-كيف يساهم تطوير كفاءات المسيرين في تحديث إدارة المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية؟

-هل يمكن تحسين نوعية الخدمة المقدمة من خلال التطوير الدائم والمستمر لكفاءات مسيري المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية؟

فرضيات الدراسة:

تقودنا الإجابة على الإشكالية الرئيسة والأسئلة الفرعية إلى صياغة الفرضيات التالية:

الفرضية الأولى: اعتماد مرجع الكفاءات في المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية يؤثر على تسيير الكفاءات البشرية

الفرضية الثانية: تؤثر أساليب تطوير الكفاءات المعتمدة من طرف المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية على كفاءات مسيريها.

الفرضية الثالثة:يؤثر تطوير كفاءات المسيرين على تنظيم وتسيير المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية.

الفرضية الرابعة: يؤثر تطوير كفاءات مسيري المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية على تحديث تسيير هذه المؤسسات.

الفرضية الخامسة: التطوير المستمر لكفاءات مسيري المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية تأثيرا على نوعية الخدمات المقدمة.

أهمية الدراسة:

تأتي هذه الدراسة لتسليط الضوء على واقع تطوير الكفاءات البشرية لمسيري المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية وذلك للتعرف على مدى تواجد الكفاءات و أهم السبل المستخدمة لتطويرها فيما يخدم تحسين أداء المؤسسات الاستشفائية و الذي يترجم بنوعية الخدمات التي تقدمها هذه الأخيرة لمنتفعيها. ولا يتم ذلك إلا من خلال تنمية و تطوير الكفاءات البشرية سيما الاستشفائية منها ، لدورها الهام في الإدارة الفعالة لها، خاصة و أنه يعاب على هاته المؤسسات سوء التسيير

العقلاني والاستغلال الأمثل للموارد المتاحة بغية تحقيق هدفها الرئيسي و المتمثل في تقديم خدمات صحية ذات نوعية عالية.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى تحقيق جملة من الأهداف نوجزها في النقاط التالية:

-تسليط الضوء على الأساليب المعتمدة في المؤسسات الاستشفائية العمومية لتطوير كفاءات مسيريها؛

-تحديد دور تطوير الكفاءات المسيرين في التنظيم الإداري بالمؤسسات الاستشفائية العمومية؛

-الكشف عن مدى مساهمة تطوير كفاءات المسيرين في تحديث إدارة المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية؛

-إمكانية تحسين نوعية الخدمة المقدمة للمنتفعين عن طريق تبني إدارة المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية مقاربة تطوير كفاءات مسيريها؛

حدود الدراسة:

سعيا منا لإضفاء الموضوعية لدراستنا و نظرا لشساعة الموضوع ، ارتأينا وضع حدودا لدراستنا نوجزها في النقاط التالية:

-الحدود المكانية: تم إجراء الدراسة الميدانية في المؤسسات التالية:

*المركز الاستشفائي الجامعي فرانز فانون بالبليدة، الكائن مقره بشارع زعبانة طريق حطاطبة البليدة.

*المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية بالبليدة الكائن مقرها بشارع زعبانة طريق حطاطبة البليدة.

*المؤسسة العمومية الاستشفائية للبليدة الكائن مقرها بطريق كريتلي بلقاسم البليدة.

-الحدود الزمنية: تمثلت في فترة إجراء الدراسة الميدانية و التي امتدت من 21 ديسمبر 2014 إلى غاية 30 أفريل 2015؛

أما فيما يخص الجانب النظري للدراسة فإنها امتدت من فترة ما بعد الاستقلال إلى سنة 2014.

أسباب اختيار الموضوع:

تعود دوافع اختيار الموضوع إلى ما يلي:

-الميل الطبيعي للبحث والاطلاع في المجال الصحي؛

-اهتمامنا الخاص بالمؤسسات الاستشفائية كمجال للدراسة في إدارة الأعمال؛

-علاقة الموضوع بالتخصص؛

-كسب و جني رصيد معرفي جديد يمكننا من توسيع معارفنا حول إدارة الموارد البشرية؛

المنهج المستخدم:

يتطلب موضوع الدراسة استخدام مايلي:

-المنهج الوصفي التحليلي: عند تناولنا الإطار النظري المتعلق بالتعريف بالكفاءات البشرية وأساليب تطويرها وكذا التعريف بأساسيات الإدارة الاستشفائية عامة والجزائرية خاصة ،استندنا بالمنهج الوصفي من خلال القيام بدراسة بحثية استقرائية في مراجع الموارد البشرية والإدارة التي تسلط الضوء على تطوير الكفاءات وإدارة المؤسسات الإستشفائية، بالإضافة إلى التطرق للتطورات التاريخية التي مر بها النظام الصحي الجزائري من فترة ما بعد الاستقلال إلى سنة 2013 ؛

-المسح من خلال الاستبيان: عند دراسة أثر تطوير كفاءات المسيرين على إدارة المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية من خلال توزيع الاستبيان على عينة من المؤسسات الاستشفائية ؛

الدراسات السابقة:

نتطرق فيما يلي إلى مجموعة من الدراسات تناولت موضوع الكفاءات

-دراسة سملالي يحضية(2004) بعنوان التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية وتنمية الكفاءات على الميزة التنافسية للمؤسسة الاقتصادية مدخل الجودة والمعرفة : حيث هدفت الدراسة إلى إبراز تأثير التسيير الاستراتيجي للموارد البشرية من خلال تسيير وتنمية الكفاءات وتسيير المعرفة تسيير الجودة الشاملة على الميزة التنافسية للمؤسسة الاقتصادية ،إذ تطرقت الباحثة إلى تحليل الايطار المفاهيمي للميزة التنافسية مع التعرف على المصادر المؤدية إلى امتلاكها وتطويرها ممثلة في الكفاءة وتحليل الايطار النظري لنظام التسيير الاستراتيجي مع إبراز دوره في تحقيق الميزة التنافسية ، وكذا تحليل أهم المقاربات النظرية التي حاولت تفسير مكامن الميزة التنافسية والتسيير الاستراتيجي للكفاءات ورأس المال الفكري وتسيير المعرفة وتسيير الجودة الشاملة على الميزة التنافسية.

أكدت الدراسة على أن الموارد الداخلية والكفاءات مصدرا يمكن المؤسسة الاقتصادية من تحقيق الميزة التنافسية ظل الظروف التنافسية من خلال اقتراح الباحثة مقاربة تعتبر الموارد البشرية

والكفاءات مصدرا للميزة التنافسية إذا ما تمكنت المؤسسة من تنمية مخزونها من رأس المال البشري والفكري باستقطاب الكفاءات ذات القدرات والمهارات العالية وتسييرها تسييرا استراتجيا.

غير أن هذه الدراسة لم تتطرق إلى إسقاط الواقع النظري على الواقع العملي من خلال دراسة الحالة لإبراز مدى تأثير الكفاءات وإدارة المعرفة والجودة الشاملة على تحقيق الميزة التنافسية فيما يتعلق بالمؤسسات الاقتصادية الجزائرية.

– دراسة جمال ابراهيم محمد نتيل (2007) بعنوان دور التدريب في تطوير كفاءات مديري مدارس وكالة الغوث الدولية في قطاع غزة : حيث هدفت الدراسة إلى تسليط الضوء على دور التدريب في تطوير كفاءات مديري مدارس وكالة غوث الدولية من خلال التعرف على محتوى التدريب والاحتياجات التدريبية و تصميم البرنامج التدريبي و التعرف أيضا على الطريقة المتبعة في عملية التقييم التي تساهم في رفع كفاءات مديري المدارس بوكالة الغوث الدولية ، عن طريق إعداد استبانه وتوزيعها على عينة الدراسة وتخليل بياناتها عن طريق أساليب الإحصاء الوصفي والتحليل SPSS.

توصلت الدراسة إلى أن دور برنامج التدريب في برنامج التربية و التعليم في وكالة الغوث الدولية له دور كبير و فعال في تطوير كفاءات مديري المدارس في قطاع غزة وتحسين العملية التعليمية والتربوية.

– دراسة الأمانة العامة للمجلس الأعلى للتخطيط و التنمية لدولة الكويت (2007) بعنوان دراسة مشكلات التدريب ورفع كفاءة العاملين بالقطاع الحكومي مع تقييم كفاءة الإنفاق على برامج التدريب ، وتهدف الدراسة إلى تقديم رؤية متكاملة حول النهوض بالتدريب و الإنفاق على التدريب لرفع كفاءة العاملين بالقطاع الحكومي من خلال جمع م تحليل ومراجعة كافة البيانات والمعلومات والدراسات ذات العلاقة بالتدريب بالقطاع الحكومي بدولة الكويت .إضافة إلى اعتماد ثلاث استمارات استبيان وزعت على مسؤولي التدريب بالقطاع الحكومي والمراكز والمكاتب الاستشارية المعنية بنشاط التدريب بالقطاع الحكومي للكويت إضافة إلى عاملي القطاع الحكومي الذين تلقوا برامج تدريبية متنوعة خلال السنوات الماضية.

من نتائج الدراسة ضرورة بناء إستراتيجية وطنية للتدريب بدولة الكويت تكون ضمن رؤية شاملة لتنمية قوة العمل الوطنية على الأجل الطويل و رؤية لإعادة هيكلة القطاع الحكومي و ترتبط بتوجهات التنمية المستقبلية لتحويل دولة الكويت الو مركز مالي و تجاري وذلك من خلال إعداد

دراسات متخصصة بالتعاون مع جهات استشارية دولية حول طبيعة التغيرات المستقبلية بالجهاز الحكومي في ظل التحول إلى الإدارة الالكترونية.

-دراسة هاملي عبد القادر (2011) بعنوان وظيفة تقييم كفاءات الأفراد في المؤسسة دراسة حالتي مؤسسة سونلغاز المديرية الجهوية بتلمسان و شركة تسويق وتوزيع المنتجات البترولية المتعددة نفطال بتلمسان ،حيث هدفت الدراسة إلى إبراز واقع نظام تقييم الكفاءات في المؤسسة الاقتصادية الجزائرية ومدى فعاليته من خلال تطرقه إلى أهم نظريات التسيير و الاقتصاد للكفاءة مع التركيز على الإطار المفاهيمي للكفاءات وطرق تقييمها مع تحليل بيانات الاستمارة الذي أكد أن نظام التقييم السائد في كلتا المؤسستين لا يحض بالاهتمام و المتابعة الكافيتين و ذلك نظرا لغياب ايطار قانوني وتنظيمي واضح يضفي الشرعية الكافية على هذا النظام مما دفع الباحث إلى الحكم على نظام التقييم في كلتا المؤسستين بأنه لا يرتقي إلى مستوى الكفاءة والفعالية المطلوب كونه لا يقوم على أسس علمية تتسم بالموضوعية و العدالة و بالتالي عدم التمكن من التوصل إلى تقييم عادل وموضوعي لكفاءات العامل كما أن نتائج التقييم لا تتسم بالدقة ولا تخدم القرارات التي تتخذ على مستوى إدارة الموارد البشرية.

-دراسة بن فرحات مولاي لحسن(2012) بعنوان إدارة الكفاءات و دورها في عصرنة الوظيفة العمومية ، إذ هدفت الدراسة إلى إبراز مدى مساهمة إدارة الكفاءات في عصرنة الوظيفة العمومية الجزائرية وذلك من خلال استعراض الايطار المفاهيمي لكل من الوظيفة العمومية وإدارة الكفاءات مع استعراض أهم متطلبات عصرنة الوظيفة العمومية و رهاناتها من خلال الاعتماد على التسيير التقديري للوظائف و الكفاءات و التركيز على التكوين كآلية فعالة لتنمية الكفاءات ، إضافة إلى ما سبق فان الباحث ركز على تطبيقات إدارة الكفاءات في الوظيفة العمومية الجزائرية من خلال تحليل إجراءات تسيير الموارد البشرية ومختلف الصعوبات التي تواجه عملية تطبيق إدارة الكفاءات في الوظيفة العمومية الجزائرية ، وقد خلصت الدراسة إلى ضرورة مراعاة خصوصيات قطاع الوظيفة العمومية في عملية إدخال أساليب إدارة الكفاءات بالأخذ بعين الاعتبار والعراقيل التي تواجه تلك العملية خاصة من الناحية التنظيمية و الهيكلية حتى التسييرية .

-دراسة رشيد مناصرية (2012) بعنوان أهمية الكفاءات البشرية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمؤسسة مع دراسة حالة مؤسسة سونطراك بحاسي مسعود ، حيث هدفت الدراسة إلى إبراز دور الكفاءات البشرية في تفعيل نظام الجودة الشاملة في المؤسسة الاقتصادية من خلال التطرق إلى

الايطار النظري لكل من الكفاءات و إدارة الجودة الشاملة و العلاقة التأثيرية بينهما عن طريق إجراء العديد من المقابلات الشخصية مع مسؤولي و مسيري و عمال المديريات الجهوية الأربعة للمؤسسة مع توزيع الاستبيان على عينة الدراسة و تحليل نتائج بياناتها باستخدام أساليب الإحصاء الوصفي والتحليل SPSS نسخة 15.

خلصت الدراسة إلى أن تحقيق الجودة والجودة الشاملة هدف تسعى إليه أي مؤسسة لا تكاد تخلو من توفرها على كفاءات بشرية عالية المستوى مع قناعة الإدارة العليا للمؤسسة بذلك بتسخير كل إمكانياتها وتعبئة وتجنيد كفاءاتها البشرية بتدريبهم وتحفيزهم و توفير لهم ظروف العمل المناسبة.

ما يميز دراستنا عن الدراسات السابقة هو كون دراستنا تسلط الضوء على واقع الكفاءات البشرية في المؤسسات الاستشفائية العمومية من خلال توضيح العلاقة بين تطوير كفاءات المسيرين وإدارة هذه المؤسسات الإستشفائية من خلال نوعية الخدمات التي تقدمها.

الأدوات المستخدمة في الدراسة:

للإلمام بجوانب الموضوع تم الاعتماد على :

-المسح البيبليوغرافي: من خلال الاطلاع على ما تحتويه مختلف المكتبات الجزائرية من مراجع لها علاقة بالموضوع ، إضافة إلى العديد من مكتبات الدول الأجنبية، كما تم استخدام الانترنت ؛

-الاستمارة: للحصول على البيانات الأولية والتي تساعدنا في دراسة الظاهرة ؛

صعوبات الدراسة:

عند قيامنا بالدراسة الميدانية واجهتنا بعض الصعوبات من أهمها:

-عدم استجابة ورفض بعض المسيرين الطبيين (البروفسور) لملأ الاستمارة بحجة عدم تفرغهم ، عكس المسيرين الشبه طبيين (المنسقين الطبيين) الذين سخروا كل الجهود لملأ الاستمارة؛

-عدم استجابة بعض مسيري المكاتب الإدارية لملأ الاستمارات لعدم إيمانهم بجدوى الدراسات العلمية؛

هيكل الدراسة:

للإجابة على إشكالية الدراسة وللإلمام بالجوانب النظرية للموضوع تم تقسيم الدراسة إلى خمسة فصول كالتالي :

نتناول في الفصل الأول كل ما يتعلق بالإطار النظري للكفاءات البشرية من تعريفها،أنواعها عناصرها وأهم أبعادها كالتشخيص التقييم و التسيير.

خصص الفصل الثاني للإلمام بالجوانب النظرية لتطوير الكفاءات من خلال تسليط الضوء على الأساليب الكلاسيكية كالتدريب التحفيز الاتصال،والأساليب النيوكلاسيكية والحديثة كإدارة المعرفة التعليم الالكتروني، تكنولوجيا المعلومات والاتصالات.

أما الفصل الثالث فقد ارتأينا التطرق من خلاله إلى التعريف بالإدارة عامة وإدارة المؤسسات الاستشفائية خاصة، مع ذكر المراحل التي مرت بها الإدارة وأهم الوظائف الإدارية ذات الصلة بالمؤسسات الإستشفائية.

الفصل الرابع تم من خلاله سرد التطورات التاريخية التي مر بها النظام الصحي الجزائري بدءا من فترة ما بعد الاستقلال إلى يومنا هذا، إضافة إلى تسليط الضوء على التنظيم الإداري بالمؤسسات الاستشفائية العمومية.في الجزء الأخير من الفصل تطرقنا إلى واقع التدريب بالمنظومة الاستشفائية الجزائرية مع توضيح العلاقة التأثيرية للتدريب على تطوير الكفاءات.

الفصل الخامس و الأخير جاء محاولة منا لإسقاط الجانب النظري على الجانب العملي من خلال دراسة العلاقة التأثيرية بين تطوير كفاءات المسيرين وإدارة المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية، إذ تم اختيار عينة مكونة من ثلاث مؤسسات استشفائية متواجدة بإقليم مدينة البليدة ، وزعت استمارة استبيان تتكون من مجموعة من الأسئلة ذات صلة بالموضوع على المستخدمين المسريين باختلاف أسلاكهم من مسيرين طبيين(بروفسور) شبه طبيين (منسقين طبيين) إداريين (رؤساء المكاتب) ، ثم تحليل البيانات بالاستعانة بالتحليل الإحصائي للبيانات المبرمجة SPSS version 19لإثبات صحة أو عدم صحة فرضيات الدراسة واستخلاص أهم نتائج الدراسة الميدانية.

الفصل الأول
الأسس النظرية والتسييرية للكفاءات البشرية

الفصل الأول: الأسس النظرية والتسييرية للكفاءات البشرية.

مقدمة الفصل:

يعتبر العنصر البشري من أهم موارد المؤسسة فهو أصل ومحور نجاح هذه الأخيرة في تحقيق أهدافها، لذلك توجب عليها إيجاد و تطبيق مناهج جديدة لتسيير مواردها البشرية، حيث أن العنصر البشري يمتلك مجموعة من القدرات والمعارف والمهارات تدخل في سياق مصطلح الكفاءة البشرية.

هذا ما سنحاول إبرازه من خلال هذا الفصل وذلك عن طريق تقسيمه إلى ثلاثة أجزاء، خصص الجزء الأول إلى توضيح مفهوم الكفاءات وذلك من خلال تعريفها وتوضيح عوامل ظهورها إضافة إلى طرق تشخيص واكتشاف الكفاءات.

أما الجزء الثاني فتناولنا فيه أهمية تسيير الكفاءات من خلال تعريف عملية تسيير الكفاءات مع التطرق إلى أهم المقاربات وإبراز الفرق بين الإدارة بالكفاءات وتسيير الكفاءات.

أما الجزء الأخير فسلّطنا الضوء من خلاله على عملية تقييم الكفاءات وذلك بتعريف هذه العملية والتركيز على أهم مقارباتها إضافة إلى توضيح أسس وأدوات عملية تقييم الكفاءات.

1-1- ماهية الكفاءات:

تعتبر الكفاءة ذو طبيعة غير ملموسة مما يصعب تعريفها، ومع هذا فقد اتجهت عدّة دراسات وأبحاث أكاديمية نحو محاولة إعطاء تعاريف لمفهوم الكفاءة.

1-1-1- مفهوم ومميزات الكفاءات:

سنتطرق فيما يلي إلى عرض أهم التعاريف المقدمة للكفاءة إضافة إلى ذكر أهم مميزاتها.

1-1-1-1- مفهوم الكفاءات: لا يقتصر مفهوم الكفاءات على العنصر البشري فقط (كفاءات الأفراد والتي هي موضوع دراستنا) وإنما يتعدى ذلك ليشمل المستوى الكلي للمؤسسة (كالكفاءة الإنتاجية للآلة مثلا...)، وبهدف توضيح مفهوم الكفاءات سنتطرق فيما يلي إلى مجموعة من التعاريف:

التعريف 1:" الكفاءات هي مجموع المعارف، المميزات، القدرات والسلوكات التي تسمح بمناقشة وفحص واتخاذ القرارات في كل ما يخص المهنة، فهي تفترض معارف مبررة، بصفة عامة يمكن القول أنه لا توجد كفاءة تامة إذا لم يكن هناك مواكبة للمعارف النظرية، الميزات والقدرة التي تسمح بتنفيذ القرارات المتخذة[1]"التعريف 2:هي مجموعة من المعارف المكتسبة التي تشكل الخصائص الفردية للأفراد والتي يمكن أن تنتمي إلى مجالات مختلفة مثل السمات الشخصية، القدرة، الصورة الذاتية ...إلخ[2] التعريف 3: " هي تلك المعارف والسلوكات والمهارات المتحركة أو القابلة للتحريك، بهدف القيام بمهمة محددة[3]"التعريف 4: " هي القدرة

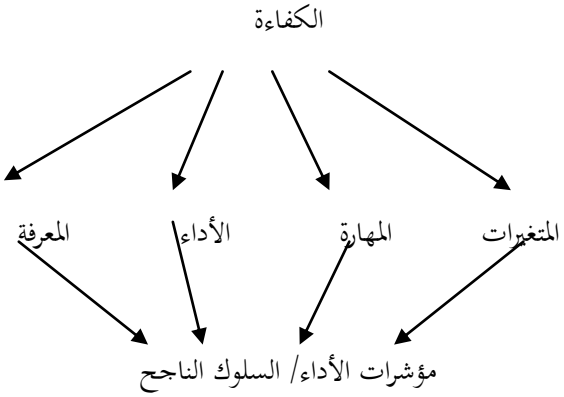
---

[1] موساوي زهية وآخرون، التسيير بالكفاءات: نموذج نوعي لتنظيم العمل و تسيير الموارد البشرية في المنظمات، مداخلة ضمن المؤتمر العلمي الدولي السنوي الخامس حول إدارة المعرفة، جامعة الزيتونة، الأردن، 2005، ص 7

[2] Claude Levy Le boyer , La gestion des compétences, Edition d'organisations, Paris, 1996, PP 31-32

[3] Jean Marie Peretti., Dictionnaire des ressources humaines édition Vuibert, Paris, 1999, P 58

على استخدام المعارف، المهارات والسلوكات في حالة التنفيذ[1]"التعريف 5:" القدرة على التعبئة بتجميع وتنسيق الموارد في إطار سيرورة عمل محددة، من أجل تحقيق النتائج المحددة مسبقا[2]"التعريف **6**:"الكفاءة هي مجموع المعارف والمهارات والتغيرات الشخصية التي تخص السلوك الناجح في مجال معيّن، وهذا ما يوضحه الشكل التالي[3]"



الشكل رقم 1: بنية تمثيلية للكفاءة

المصدر: www.chaire-compétences.uquam.ca/pages/documentPDF

من خلال التعاريف السابقة نلاحظ أنها ركزت على كون الكفاءات مجموعة من المعارف والمهارات والسلوكات لا يكفي مجرد امتلاكها من طرف الفرد بل يجب التوفيق والتنسيق والتوليف بينها بهدف القيام بالمهام المحددة من أجل بلوغ الأهداف المسطرة.

استنادا إلى التعاريف السابقة يمكننا اقتراح التعريف التالي لمفهوم الكفاءات:

---

[1] Alain La bruffe, Mesure des compétences, édition Afnor, Saint-Denis le plan, 2003, P 05

[2]Philipe Lorino , Méthodes et pratiques des performances, Editions d'Organisation, 3ème édition, Paris,2003, P 67

[3] Roland Foucher, Normand Pettersen, Abdelhadi Naji, Répertoire de définitions: Notions de compétences individuelles et de compétences collectives. www.chaire-compétences.uquam.ca/pages/document,consultéle 19/09/2012, p6.

الكفاءة البشرية هي التوليف بين المعارف، المهارات، السلوكات قصد القيام بالمهام الموكلة على نحو يحقق الأهداف المرجوة.

1-1-2- مميزات الكفاءات:لقد تم تحديد 4 مميزات للكفاءات البشرية نذكرها فيما يلي[1]:

-الكفاءة مفهوم مجرد:فهي ذات طبيعة غير مرئية وما نراه هو مظاهر الكفاءة أي السلوك والإنجازات[2]، وبالتالي فهي غير مرئية يتم تحديدها من خلال تحليل الأنشطة.

-الكفاءة ذات غاية: إذ يتم تشغيل معارف مختلفة قصد تحقيق هدف محدد أو تنفيذ نشاط معين، فالفرد يكون كفؤا إذا استطاع تأدية هذا النشاط بصفة كاملة.

-الكفاءة مكتسبة: إن الفرد لا يولد كفؤا لأداء نشاط معين بل يكتسبها من خلال تدريب موجّه.

-صياغتها تتم بطريقة ديناميكية: إن مجموعة العناصر المكونة للكفاءة تتفاعل فيما بينها في حلقة من المعارف الفنية عبر الزمن.

1-1-2- عوامل ظهور الكفاءات و أهميتها:

يعود ظهور الكفاءات إلى عدة عوامل نتطرق لها فيما يلي:

1-1-2-1- عوامل ظهور مفهوم الكفاءة: من بين العوامل المساعدة على ظهور مفهوم الكفاءات نذكر منها ما يلي[3]:

-تواجد المؤسسة في بيئة تتميز بالتطور و التغيير المستمر وتزايد طلب المستهلك على السلع والخدمات مع تركيزه على الحصول على هذه السلع والخدمات بأعلى جودة وأقل سعر، مما

---

[1] موساوي زهية، خالدي خديجة، نظرية الموارد و التجديد في التحليل الاستراتيجي للمنظمات، مداخلة ضمن المؤتمر العلمي الدولي حول الأداء المتميز للمنظمات و الحكومات"، جامعة ورقلة، 09/08 مارس 2005، ص 177

[2] J. Le plat, Francise Minet et autres, Compétences, mythe, construction ou réalité, Edition d'Armattan, Paris, 1994, P 99

[3] Sandra Bellier, Le savoir-être dans l'entreprise, Edition Vuibert, Paris, 1998, PP 69-71

أدى إلى زيادة حدة المنافسة خاصة مع ظهور العولمة، كل هذا كان له انعكاس على طرق الإنتاج وعلى طبيعة العمل في المؤسسات، مما أدى إلى ضرورة اعتماد مفهوم الكفاءة في صدارة الأفراد وضرورة تنميتها بهدف تحقيق أهداف المؤسسة؛

-تطور الطرق والأساليب التنظيمية فبعد أن أصبح الفرد يعد موردا بحد ذاته تم الانتقال من الطرق التقليدية التي كانت ترى الفرد مجرد آلة إلى الطرق الحديثة التي ترى الفرد كإنسان له مشاعر وأحاسيس فاتجهت إدارة الموارد البشرية ، بالاعتماد على كفاءات الأفراد والبحث عن تنميتها وتطويرها ، لبلوغ الأفراد الأهداف المسطرة؛

-إن مفهوم الكفاءة ظهر بشكل معبر بين تيارين هما تيار من منطق تصنيفي ومنطق تحريكي للأفراد، وتيار ذو بعد جماعي وفردي لبناء المعرفة والمهارة، بمعنى أن الحركية الداخلية في المؤسسة فرضت عليها البحث عن ذلك العامل الذي يؤدي هذه الوظيفة فكانت المؤسسة محصورة بين الاستعانة بتدريب أفرادها وبين التكلفة العالية للتدريب، فكان مفهوم الكفاءة هو العامل الذي إذا تم تحليله واكتشافه وقياسه يمكن المؤسسة من ضمان توفير الحركية والمرونة لأفرادها.

- ظهور الإدارة التنبؤية للكفاءات والمناصب والتي تقوم مبادئها على توقع ما ستفعله المؤسسة غدا؟ وما هو حجم وتأهيل الأفراد الذين تحتاجهم؟ وأي نوع من الكفاءات مطلوبة؟ وأي تنظيم يناسبهم ومع من تتعامل المؤسسة في المرحلة القادمة[1].

1-1-2-2- أهمية الكفاءات: تبرز أهمية الكفاءات على عدة مستويات نوجزها كما يلي:

-على المستوى الفردي: تشكل الكفاءة أهمية كبيرة بالنسبة للفرد للأسباب التالية[2]:

---

[1] Bernard Martory, Dariel crozy, GRH, 4ème édition, édition Vuibert, Paris, 2001, P 30

[2] Guy le boterf, De la compétence, essai sur un attracteur étrange, Editions d'Organisations, Paris 1994, PP 25-26

- تعزيز فرص الحصول على منصب عمل يتناسب مع طموحات الفرد، عن طريق امتلاكه لكفاءة معينة؛
- زيادة خطر فقدان الوظيفة سواء بالتسريح أو النقل نظرا لمتطلبات المنافسة التي توجب ذلك؛
- ترقية الفرد داخل المؤسسة لا تتم إلا بامتلاك عنصر التأهيل "qualification" الناجم عن إعطاء عنصر الكفاءة أهمية كبرى؛
- تزايد عدد المتخرجين الجامعين، مما يدفع الأفراد لتنمية واستغلال كفاءاتهم للحصول على عمل يتناسب مع طموحاتهم، إذ أن المعرفة المحصلة عن طريق الدراسات الجامعية لا تكف وحدها؛
- ضرورة التكيف السريع والمستمر مع التغيرات البيئية والتنظيمية؛

-على المستوى الجماعي: كما تم ذكره سابقا فإن الكفاءة الجماعية والتي تعني المعرفة والمهارة في الاتصال مع الآخرين والعمل الجيد معهم، تتجلى أهميتها في النقاط التالية[1]:

- حل النزاعات و الصراعات الداخلية يبين الأفراد دون اللجوء إلى السلطة والمدير وزرع روح الفر من أجل تحقيق أهداف المؤسسة؛
- نظرا للتطور السريع في المفاهيم والدراسات والنتائج، فقد ظهرت بعض الحاجات الجديدة للمؤسسة وذلك مما فـرضه الاقتصاد الجديد ومجتمع المعلومات، حيث أصبحت بعض المؤسسات تعتمد نظام شبكة الكفاءات المكوّنة من مجموع الكفاءات الفردية حيث كل فرد يساهم في إثراء هذه الشبكة مما يسهل حل المشاكل المتعلقة بالإنتاج أو التنظيم؛

[1]Guy le boterf, op.cit PP 145-146

- العمل الناجح داخل المؤسسة يقوم على أساس التعاون والتآزر بين الأفراد، فالكفاءة لا ترتبط بفرد واحد فقط، بل هناك علاقة تأثير متبادل بـين الكفاءات المتكاملة التي ينتج عنها في النهاية نتائج أفضل من تلك التي يحققها الفرد لوحده؛

- على مستوى إدارة الموارد البشرية: يهتم المدراء على مستوى إدارة الموارد البشرية بعنصر الكفاءة وذلك بالتركيز على كفاءة الفريق، ويمكن إبراز أهمية الكفاءات على مستوى إدارة الموارد البشرية في عدّة عناصر منها:

- أصبحت إدارة الموارد البشرية تركّز في إدارتها على الكفاءة وليس على الفرد أو المنصب فحسب، حيث فرضت التحديات العالمية والسـوقية على هذه الإدارة ثقافة توظيف واستقطاب جديدة تتمثل في ثقافة البحث عن الكفاءات بدل الأفراد[1]؛
- تغيّر أنماط التوظيف وإدارة الأفراد من مجرد عمّال دائمين إلى توظيف أفراد ذوي كفاءات قد يكونوا دائمين أو موسميين أو حتى متعاقدين...الخ؛
- قصد مواجهة تحديات الاقتصاد الجديد تحتاج إدارة الموارد البشرية إلى التعامل مع التقنيات المعلوماتية في جميع مراحلها ولن يتحقق ذلك إلا بنشر وتعميق وتطوير أنظمة للتعليم والتدريس تتصف بالسرعة والديناميكية وتوفير فرص التزويد الدائم والمتجدد بالمعلومات والكفاءات[2]؛

- على مستوى المؤسسة ككل: تمثل الكفاءات أحد أهم الموارد الأساسية والإستراتيجية للمؤسسة، و تبرز أهمية الكفاءات على مستوى المؤسسة فيما يلي:

- تعتبر الكفاءة نقطة الانطلاق لإحداث الفرق بين المؤسسة ومنافسيها؛

---

[1] علي السلمي، خواطر في الإدارة المعاصرة، دار غريب للنشر، القاهرة، 2001، ص 335

[2] علي السلمي، مرجع سابق، ص 335

- الاستثمار في الموارد البشرية في مجال الكفاءات يعود على المؤسسة بعوائد معتبرة سواء كانت ملموسة أو غير ملموسة (كضمان ولاء العملاء، و رضا العملاء)؛
- يتوفر الأفراد العاملين على مجموعة من الموارد (معارف، مهارات، ...) ولكن جهلهم وعدم إدراكهم لكيفية التوفيق والتحريك لهذه الموارد لن يعـود على المؤسسة بأدنى عائد، فعلى هـذه الأخيرة إعطاء الأولوية لعامل الكفاءة باعتباره السبيل الوحيد لاستغلال موارد عمالها، عوض تعرضها للتلاشي والاختفاء مع مرور الوقت، فإن لم تنمى بصورة مستمرة فسوف تنخفض لتختفي وهذا ما يعرف بالكفاءة الميتة؛

1-1-3- عناصر وأنواع الكفاءات:

تتكون الكفاءة من مجموعة من العناصر، كما تتعدد أنواع الكفاءات، وسيتم التطرق إلى عناصر وأهم أنواع الكفاءات فيما يأتي:

1-1-3-1- عناصر الكفاءات: استنادا إلى مجموعة التعاريف التي تم التطرق إليها سابقا، هناك إشارة إلى أن الكفاءة هي توليفة ثلاثة عناصر: " المعرفة، المهارة، السلوك[1]"

-المعرفة Connaissances:هي مجموعة من المعلومات المستوعبة من قبل الفرد، إذ تعتبر المعرفة مخزّنة في عقول أصحابها ما لم يعبّروا عنها بشكل من الأشكال فهي تعد حبسية عقول الأفراد وغير متاحة للآخرين إلا عند التصريح بها وإظهارها وتنقسم المعارف إلى:

- المعارف النظرية أو الصريحة: تمثّل إجابات عن أسئلة تبدأ بكلمة ماذا "quoi[2]" إذ بدون هذا النوع من المعرفة فإن الفرد لا يمكنه التفكير والاتصال بالآخرين ، فهاته المعارف تساعده في وصف الموقف ،تعريف ظاهرة معينة، تنظيم عملية؛

[1] Françoise Rayal, Alain Rieunier, Pédagogie, Dictionnaire des concepts, Editions ESF, Paris 1997

[2] Jean Marie Piolle, Valoriser les compétences, Editions EMS, Paris, 2001, P 27

- المعارف الإجرائية: هذا النوع يحدد مجموعة الخطوات الواجب إتباعها لإنجاز عمل ما ، أي أنه يمثل إجابات لأسئلة تبدأ بكيف "comment"[1]؛

-المهارةSavoir-faire : هي قدرة التصرف بصفة ملموسة وهذا بحسب الأهداف المسطرة سابقا، إذ تعبّر عن مجموع المفاهيم المكتسبة عن طريق الاستعمال، الإجراءات، الأنشطة، معلومات خاصة بتشغيل مصلحة معينة... الخ، وتختلف هذه المهارات من مستوى إداري إلى آخر حسب طبيعة المهام التي تمارس فيه[2]. وتنقسم المهارات إلى:

- مهارات إجرائية: اكتساب هذا النوع من المهارة يتطلب خضوع الفرد إلى برامج تدريبية تهدف إلى المرور من المعرفة الإجرائية إلى المهارة الإجرائية؛
- مهارات مكتسبة من التجربة: يكتسبها الفرد من الممارسات والخبرة من التجارب التطبيقية والنظرية؛
- مهارات اجتماعية[3]: يتعلق هذا النوع بجميع سلوكات الفرد اتجاه المؤسسة واتجاه زملاء العمل وتتمثل في:

❖ استعداد الفرد للعمل؛

❖ روح الفريق؛

❖ احترام السلطة(L'autorité)؛

❖ الالتزام بالمواعيد؛

❖ المواظبة؛

---

[1] Jean Marie Piolle, op.cit, P 28

[2] أحمد القطامين عطا الله،التخطيط الاستراتيجي والإدارة الاستراتيجية مفاهيم ونظريات وحالات تطبيقية، دار مجدلاوي عمان، الأردن، 1996، ص 39

[3] Guy le boterf, op.cit, PP 72-73

❖ إتقان العمل؛

❖ التفتح نحو التعبير و التطوير؛

-السلوكات Savoir-être: تتمثل في مجموع المواقف والميزات الشخصية المرتبطة بالفرد، والمطلوبة عند ممارسة النشاط المعني، فهي مجموعة من الصفات الشخصية كروح المبادرة، حسن الاستماع، الخفة، التحكم في الأعصاب،...الخ، فالسلوك الإنساني يتميز بمجموعة من الخصائص نوجزها في النقاط التالية[1]:

- السلوك الإنساني يسعى إلى تحقيق أهداف يريدها الإنسان؛
- السلوك الإنساني يتشكل بفعل تأثير مجموعة متنوعة من العوامل؛
- السلوك الإنساني متجدد ومتغير بحسب تغير الأهداف والظروف المحيطة؛

من خلال أبعاد الكفاءات نجد أن الكفاءة ذات غاية أي تهدف إلى تحقيق أو تنفيذ نشاط معيّن، كما أنها تعد مفهوما مجردا أي غير مرئية تحدّد من خلال تحليل الأنشطة، إضافة إلى كونها مكتسبة ،فالفرد لا يولد كفؤا لأداء نشاط معين فهو يكتسبها من خلال تدريب موجه.

1-1-3-2- أنواع الكفاءات:لقد تعدّدت التصنيفات المقدمة لأنواع الكفاءات: فمنها التصنيف بحسب احتياجات وظائف المؤسسة أي حسب المستويات الإدارية في المؤسسة

[1] علي السلمي، إدارة السلوك الإنساني، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، دون سنة، ص 118

(كفاءات تقنية، بشرية، تصورية[1])، ولقد ركزنا في الدراسة على التصنيف بحسب الأفراد (فردية، جماعية، تنظيمية[2])

- الكفاءات الفردية:يقصد بالكفاءة الفردية " أخذ المبادرة و تأكيد مسؤولية الفرد اتجاه المشاكل والأحداث التي تواجه ضمن الوضعيات المهنية[3]"؛

وهناك من يرى أنها " حلقة وصل بين الخصائص الفردية والمهارات المحصل عليها من أجل أداء المهام بشكل جيد[4]"

ومهما كانت مكانة الفرد في المؤسسة (في هيكلها التنظيمي) لابد من امتلاكه كفاءات معينة حسب المنصب الذي يشغله من أجل أداء مهامه على أكمل وجه بهدف تحقيق الأهداف المسطرة.و فيما يلي قائمة مرجعية لبعض الكفاءات الفردية موضحة في الجدول التالي:

---

[1]أنظر ربحي الحسن، المهارات الإشرافية والقيادية، مركز البرامج الخاصة والتعليم المستمر، جامعة الإمارات العربية المتحدة، دون سنة النشر، ص 21

[2]براق محمد، رابح بن الشايب، تسيير الكفاءات و تطويرها"، الملتقى الدولي حول التنمية البشرية وفرص الاندماج في اقتصاد المعرفة والكفاءات البشرية، جامعة ورقلة، 2004، ص 243

[3] Phillipe Zarifian, Le model de la compétence, Edition Liaisons, Paris, 2001, P 78

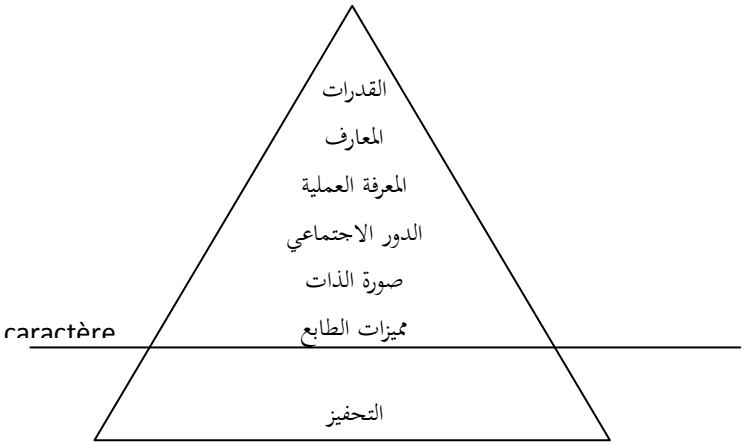
[4] Claude Levy Le Boyer, op.cit, P 42

الجدول رقم 1: مرجع الكفاءات الفردية

الكفاءات	مفهومها (شرحها)
سرعة التعلم	سرعة استيعاب المعارف الجديدة (تقنية، تطبيقية)
العمل مع الجماعة	انجاز الأعمال مع الحرص على العمل مع الآخرين
بناء علاقات جيدة مع الآخرين	على الفرد بناء علاقات عمل والمحافظة عليها، مع مرؤوسيه ومعاونيه وفرقه من خلال التفاوض و معالجة مشاكل العمل وتفهم الآخرين من أجل كسب ولاءهم ومعاونتهم في العمل
إيجاد التوازن بين الحياة العملية و الحياة الخاصة	التوفيق بين أولويات العمل وأولويات الحياة الشخصية حتى لا يطغى أحدهما على الآخر (الموازنة بينهما)
معرفة الذات	تحديد نقاط القوة والضعف وقابليته لتحسين نقاط ضعفه
التميز بالحيوية (Dynamique)	التأقلم مع تغيرات البنية الداخلية أو الخارجية، و القدرة على التفكير واتخاذ القرارات تحت الضغط و امتلاك روح المبادرة
المرونة	تبني سلوك متناقض أي يكون حازم ومتساهل في آن واحد عندما يتطلب الموقف ذلك، يقود و يترك الآخرين يتعودون.
التميز ببرودة الأعصاب عند مواجهة المشاكل	القدرة على الخروج من الوضعيات الصعبة عن طريق مواجهة المشاكل ببرودة
القيام بما يجب القيام به	المثابرة والتركيز أمام العراقيل، والقدرة على العمل بمفرده وكذلك الاعتماد على الآخرين عند الضرورة
إدارة المرؤوسين بطريقة فعّالة	الإشراف عن المرؤوسين بفعالية، وترك المجال للمرؤوسين للبرهنة على قدرتهم ومعاملتهم بعدالة

Source: Claude Levy le boyer, op.cit, PP 48-49

من خلال الجدول السابق يتضح أن الكفاءات الفردية ما هي إلا توليفة من الموارد الباطنية والظاهرية للفرد كالمعرفة، القدرات، السلوكات، القيم الإجتماعية، تظهر خلال العمل كما يوضحه الشكل الموالي:



الشكل رقم2: عناصر الكفاءات

Source :Cecile Dejoux, Les compétences au cœur de l'entreprise ,Editions d'Organisations , Paris, 2001,p159.

-الكفاءات الجماعية:"هي محصلة التعاون والتآزر بين الكفاءات الفردية وتنظيم الفريق المهني، والتي تسمح أو تسهل تحقيق النتائج[1]"،فالكفاءة الجماعية تنتج من التنسيق والتوفيق بين كفاءات الأفراد من أجل تقوية القدرة الإدارية والحصول على حصص سوقية وتحقيق ميزة تنافسية.وللحصول على هذه الكفاءات لابد من توفر الشروط التالية[2]:

[1]صالح مفتاح، إدارة الموارد البشرية وتسيير المعارف في خدمة الكفاءات (المهارات) ، مداخلة ضمن الملتقى الدولي حول التنمية البشرية وفرص الاندماج في اقتصاد المعرفة والكفاءات البشرية، جامعة ورقلة 10/09 مارس 2004، ص 21

[2]سملالي يحضية، أثر التسيير الاستراتيجي للموارد البشرية و تنمية الكفاءات على الميزة التنافسية للمؤسسة (مدخل الجودة و المعرفة) ، أطروحة دكتوراه دولة في العلوم الاقتصادية تخصص تسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2002، ص 139

- تسهيل التعاون بين الكفاءات من خلال تطوير لغة مشتركة بين الأعضاء الفاعلين، تحسين وسائل العمل الجماعي والعلاقات بين أفراد الهيكل التنظيمي، إضافة إلى المحافظة على التنوع في الكفاءات والمعرفة؛
- اختيار أنماط التنظيم التي تسهل التآزر بين مختلف الكفاءات بوضع الهياكل الملائمة؛
- ضمان معالجة الحدود الفاصلة من خلال السهر على إيجاد طريقة جيدة لعمل الكفاءات؛
- إيجاد علاقات التضامن والمحافظة عليها، مما يسمح بإيجاد التجانس بين أعضاء الجماعة؛
- وضع مكانة ملائمة للإدارة بغية تنشيط جماعات العمل، وترسيم التجارب والتطبيقات المهنية و تثمين التكامل وخصوصيات كل فرد، إضافة إلى تسهيل المساهمات الفردية في تحسين الأداء الجماعي؛

-الكفاءات التنظيمية:تعرّف على أنها القدرة على اتخاذ قرارات جيدة في ظل حالات معقدة وغير مؤكدة[1].

وهي ناتجة عن خلق تكامل ما بين الكفاءات الفردية من خلال آليات تنسيق معينة[2].

وتعرف الكفاءة التنظيمية من خلال الأبعاد المتعددة في بنائها والتي تتمثل في[3]:

- قاعدة المعرفة:تتضمن الوحدات الفردية للمعرفة المتكونة بدورها من الأفراد، التكنولوجيات، قواعد المعلومات...، وهي تسمح بتحديد الكفاءات المحلية.

---

[1]John R/ Schermehorn, James G/ Hunt, Richard/N / Obsorn, Adaptation française: De Claire de Billy, Comportement humain et organisation , 2ème édition, village Mondiale, 2002, P 15

[2]سملالي يحضية، مرجع سابق، ص 141

[3]موساوي زهية، خالدي خديجة، مرجع سابق، ص 178

- إطار المعرفة:يتمثل دوره في تحديد العلاقات ما بين الوحدات العملية والمعرفة، ويجسد ببنية المؤسسة (تحديد السلطة، تقسيم الأدوار، المهام) والسياسات المحددة لها.
- ديناميكية المعرفة:عبارة عن التفاعلات ما بين الوحدات الفردية المنسقة والمحولة لقواعد المعرفة، وينتج عن هذه الحركية إنشاء كفاءات ديناميكية.

كما تعرف على أنها " توليفة من المهارات و التكنولوجيات التي تساهم بطريقة تفسيرية في القيمة المضافة للمنتوج النهائي، ويشير تصور الكفاءة التنظيمية إلى قدرات المؤسسة مضروبة في الموارد، فهي في شكل تعلم جماعي ضمن المؤسسة[1]"

إضافة إلى الأنواع السابقة نجد:

-الكفاءة الخاصة أو النوعية: هي مرتبطة بمجال معرفي أو مهاري أو وجداني محدد وتعتبر خاصة لارتباطها بنوع محدد من المهام التي تندرج في إطار الأقسام داخل المؤسسة، حيث أن اختصاص كل قسم في مجال معين يفرض على الموظفين التحلي بكفاءات خاصة مرتبطة بنوع العمل الموكل إليهم.

- الكفاءة الممتدة أو المستعرضة: هي التي يمتد مجال تطبيقها وتوظيفها داخل سياقات جديدة إذ كلما كانت المجالات و الوضعيات والسياقات التي توظف وتطبق فيها نفس الكفاءة ومختلفة عن المجال والوضعية الأصلية كلما كانت درجة امتداد هذه الكفاءة كبيرة، والكفاءات الممتدة والمستعرضة تمثل أيضا خطوات عدلية و منهجية إجرائية مشتركة بين مختلف الموارد المعلوماتية، والتي يستهدف تحصيلها وتوظيفها خلال عملية إنشاء المعرفة والمهارات المأمولة.

[1] Marcel coté, Marie-Claire Malo, La gestion stratégique: une approche fondamentale, Edition Gaëtan Morin, 2002, P 90

1-1-4- طرق تشخيص الكفاءات ورواتبها:

من البديهي أن يتقاضى العامل أجرة وفقا لمستواه التعليمي وكفاءته على أداء مهمته، لكن قبل أن نصل إلى رواتب الكفاءات لابد أولا من التعرف على أهم الطرق التي تسمح باكتشاف الكفاءات.

1-1-4-1- تشخيص واكتشاف الكفاءات: إن عملية تشخيص أو اكتشاف الكفاءات تعد مهمة صعبة للغاية ذلك لكون محتوى أي منصب عمل في أي مؤسسة كانت لا يتميز بالثبات مع مرور الزمن بل بالمرونة، بالإضافة إن كون نفس منصب العمل يمكن أن يشغل بطرق مختلفة من قبل من أفراد مختلفين.

وفيما يلي ملخص لأهم الطرق المستعملة لتشخيص كفاءات الأفراد:

-طريقة الملاحظة "l'observation": تعد الطريقة الأكثر استعمالا عندما يتعلق الأمر بتحليل الكفاءات اللازمة لمنصب عمل يتميز بالبساطة نوعا ما[1]،قد تكون هذه الطريقة عن طريق ملاحظة الأفراد أثناء تنفيذهم للمهام التي يتطلبها منصبهم أو عن طريق قياس الحجم الساعي الذي يخصصه الفرد للقيام بهذه المهام.

-الوصف الذاتي للمهام "l'auto description des activités":تكمل هذه الطريقة طريقة الملاحظة، ينفذها الأفراد الذين يشغلون المناصب أو الوظائف التي هي بصدد التحليل حيث تأخذ هذه الطريقة الأشكال التالية:

- تسجيل قائمة المهام (الوظائف) في نهاية اليوم؛
- تسجيل طبيعة العملية التي هي بصدد الإنجاز خلال فوارق زمنية محددة مسبقا مثلا: كل ساعة؛
- تسجيل المهام الوظائف المتتالية عند تغيّر هذه الأخيرة؛

[1] Claude Levy Le boyer, op.cit, P 57

-طريقة المقابلة "L'entretien":يمكن أن تكون المقابلة مهيكلة (الأسئلة محضّرة مسبقا) أو غير مهيكلة؛

حيث تمكّن المقابلة من الحصول على وصف المهام أو الوظائف بالإضافة إلى المعلومات التي يراها الفرد الذي يشغل هذا المنصب (الوظيفة) ،مهمّة بالنسبة لوظيفته وكذلك الصعوبات التي يواجهها أثناء قيامه بمهامه.

-طريقة الأحداث المهمة أو الحرجة "Les incidents critiques":تم وضع هذه الطريقة من قبلFlanagan[1]خلال الحرب العالمية الثانية، و تعتبر هذه الطريقة الأكثر شيوعا واستعمالا إلى يومنا هذا وهي تتمثل في جمع " أحداث " أو " وقائع " مهمة بالنسبة للوظيفة أو المهام الموصوفة.إذ يقوم الفرد الشاغر للوظيفة أو المهمة بوصف دقيق للأحداث التي عرقلت الوصول للهدف المسطر أو للأحداث التي أدّت إلى الوصول إلى الهدف المسطر بسهولة.والوصف لابد أن يكون دقيقا ويتضمن كل ما قام به الفرد أو ما لم يقم به أو ما كان عليه القيام به لتجنب هذا الحدث.

1-1-4-2- رواتب الكفاءات:إن السياسة الأجرية المتوازنة يجب أن تتأسس على مبدأ العدالة داخليا أكثر منه خارجيا، وأن تأخذ بعين الاعتبار الاحتمالات والحدود الضريبية، والعوامل المؤثرة على الرواتب الفردية **و**يمكن أن تلخص في: الوظيفة أو الدور، القدرة على تقديم خدمات من الفرد، كفاءات الفرد، مستوى العمل، قيم و ثقافة المؤسسة.

إن هذه العوامل يجب أن تتكامل في نظام متوازن من أجل المؤسسة أكثر منه من أجل الأفراد، كما أن الشفافية عنصر مهم في نظام الرواتب ولقد انتشر مصطلح الرواتب على

2 :voir J.C Flanagan,The critical incident technique ,Psychological Bulletin ,1954

أساس الكفاءات وهو سياسة أجرية متوافقة ومؤسسة على العوامل السابقة ويتوقع إرفاق الكفاءات في[1]:

- الأجر القاعدي؛
- الجزء المتغير من الأجر (العلاوة، تعويضات الساعات الإضافية،...)؛
- الميزات المحتملة (تأمينات، سيارة الوظيفة...)؛
- احتمالات التطوير، مرونة ظروف العمل...؛

ومن أجل إنجاح تنفيذ الرواتب على أساس الكفاءات لابد من توافر العوامل التالية[2]:

- مواصفات واضحة للكفاءات؛
- وجود أنظمة متوافقة من أجل تقييم الكفاءات وسياسة واضحة من أجل تطوير وتأطير الكفاءات؛
- إمكانية تطوير الأفراد أفقيا في مهنتهم وليس فقط عموديا واكتشاف طرق مختلفة؛
- وجود نظام احترافي لتقييم وتسيير الكفاءات؛

●العلاقة بين تسيير الكفاءات ووضع الرواتب[3]:يركز Guy le Boterf في توضيح العلاقة بين تسيير الكفاءات وأنواع الرواتب على الكفاءات الفردية والرواتب الثابتة من جهة وعلى الرواتب المتغيرة (العلاوة) والأداء الفردي والجماعي من جهة أخرى ويمكن توضيح العلاقة بين تسيير الكفاءات وأنواع الرواتب في الجدول التالي:

---

[1] كمال منصوري، سماح صولح، تسيير الكفاءات الإطار المفاهيمي والمجالات الكبرى، مجلة الأبحاث الاقتصادية والإدارية، العدد 7 جوان 2010، ص 65

[2] Lou van Beirendorck, Tous compétents, Le management des compétences dans l'entreprise , Edition Boeck, 2006, P 147

[3] كمال منصوري، سماح صولح، مرجع سابق، ص 66

الجدول رقم 2: العلاقة بين تسيير الكفاءات وأنواع الرواتب

الرواتب الثابتة		• على أساس ما هو موضح في شبكة التصنيفات (مستوى الدخول و مستوى الخروج)؛ • على أساس كمتساب(غامضة) كفاءات جديدة ضمن فضاء التطور المكون من قبل العمل؛
الرواتب المتغيرة	علاوات المؤسسة	• على أساس النتائج الاقتصادية للمؤسسة؛
	علاوات الأداء الجماعي	• على أساس الأداء الجماعي (وحدة فريق...)؛ • تقدير المرجع بمؤشرات الأداء الجماعي؛ • على أساس ما هو هام من أجل الحث على التعاون بين الكفاءات الفردية؛
	العلاوات الفردية	• على أساس بلوغ الأهداف الفردية؛ • فرض إمكانية تحديد المساهمة الفردية في النتيجة؛ • السهر على أن لا تأتي العلاوات الفردية ضد أهداف التعاون بين الكفاءات الفردية؛

Source: Guy Le Boterf, op.cit, P 529

1-2- أبعاد عملية تسيير الكفاءات:

سنتناول من خلال هذا العنصر أهم الأساليب والمقاربات المعتمد عليها لتسيير الكفاءات البشرية مع التطرق إلى مراحل تسييرها.

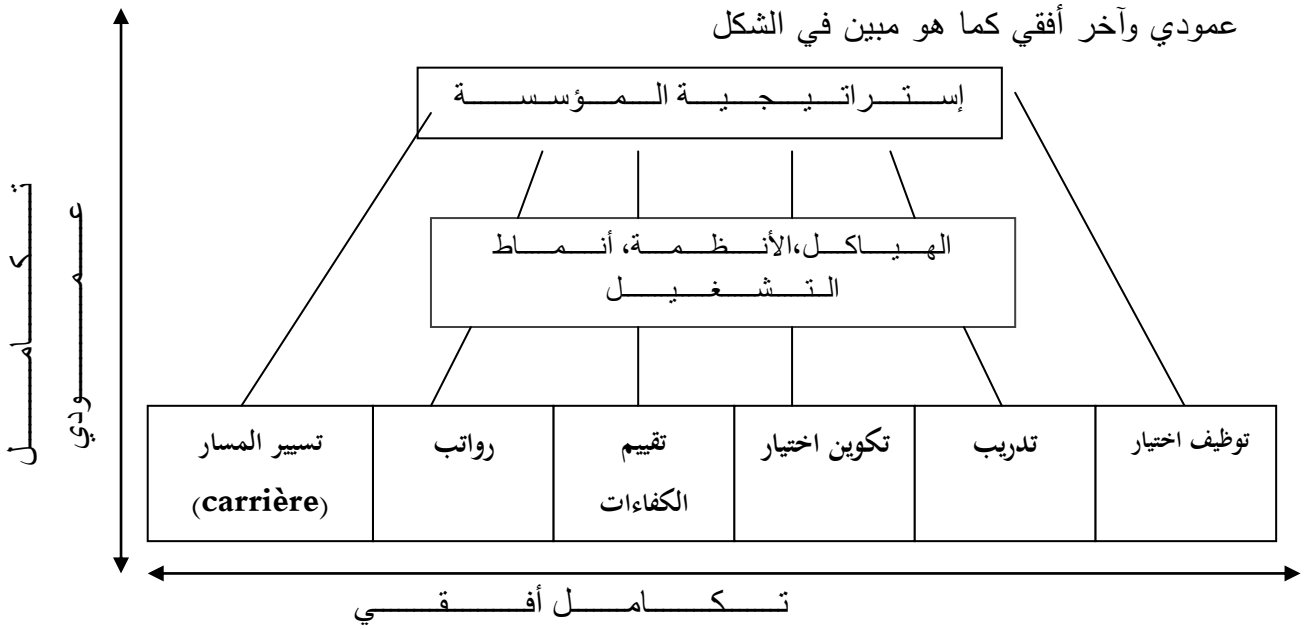
1-2-1- مفهوم ومراحل تسيير الكفاءات:

يمر تسيير الكفاءات بعدة مراحل ولكن قبل التطرق لهذه المراحل سنقوم بإعطاء مفهوم تسيير الكفاءات فيما يلي:

1-2-1-1- تعريف تسيير الكفاءات:يعرف تسيير الكفاءات على أنه " استعمال وتطوير الكفاءات المتواجدة داخل المؤسسة أو التي تسعى للحصول عليها أي بعبارة أخرى المستقطبة نحو الأحسن[1]".من خلال هذا التعريف يمكن القول أن تسيير الكفاءات يتجسد عن طريق

[1] Lou Van Beirendorck, op.cit, P 34

الاستعمال الكلي للكفاءات المتواجدة بالمؤسسة مع منح الفرصة للعمال الجدد لإبراز كفاءاتهم والعمل على تطوير هذه الكفاءات باستعمال أدوات متعددة (كالتكوين، التحفيز...) بهدف تحقيق أهداف المؤسسة، ومن أجل إنجاح عملية تسيير الكفاءات يجب أن يكون هناك تكامل عمودي وآخر أفقي كما هو مبين في الشكل

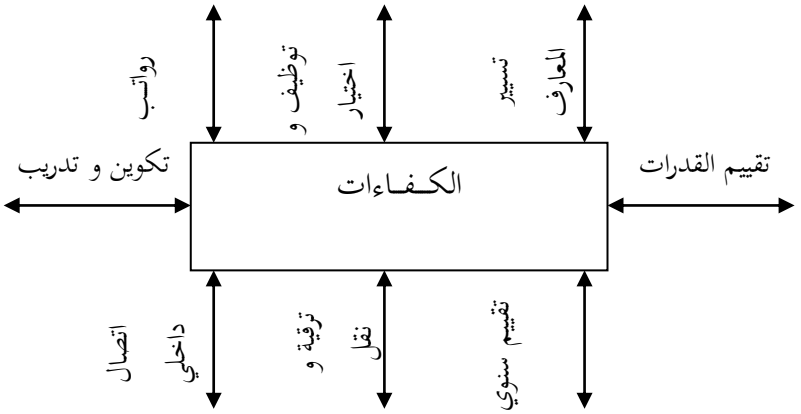


الشكل رقم3: التكامل العمودي والأفقي لتسيير الكفاءات

Source: Lou VanBeirendorck, op.cit, 2006, P 33

يتم التكامل العمودي من خلال تكيف الكفاءات البشرية مع إستراتيجية المؤسسة بحيث تكون هذه الكفاءات مختارة و مطورة بالطريقة التي تخدم أهداف المؤسسة.

وفيما يخص التكامل الأفقي يتم تكييف مختلف أنشطة تسيير الموارد البشرية فيما بينها استنادا على الكفاءات، أي تصبح كل أنشطة تسيير الموارد البشرية تتمركز حول الكفاءة وهذا ما يوضحه الشكل الموالي:



الشكل رقم 4: تمركز أنشطة تسيير الموارد البشرية حول منطلق الكفاءة

Source : Lou Van Beirendorck, op.cit, P 34

يوضح الشكل أعلاه أن الكفاءات تعتبر محور تسيير الموارد البشرية ، إذ أن جميع الوظائف الموارد البشرية تحمل في طياتها منطلق الكفاءة .

1-2-1-2- مراحل تسيير الكفاءات: تتمثل مراحل تسيير الكفاءات في[1]:

- المعرفة الجيدة لهيكل الموارد البشرية:يتم ذلك بالاعتماد على المؤشرات الكمية كهرم الأعمار مثلا و توزيع مستويات التكوين، مستوى الأجور،...الخ، ومقارنة ذلك مع المنافسين، بالإضافة إلى المؤشرات النوعية لمواردها من خلال أنظمة التقييم وموازنات الكفاءات، بهدف وضع سجّل لكفاءات المؤسسة.

-توقع الأعمال المستقبلية:يعتبر توقع الأعمال المستقبلية عنصر أساسي حيث يفترض أن تكون النظرة الإستراتيجية للمؤسسة واضحة، والتي تسمح بترجمة توجهاتها إلى احتياجاتها من الكفاءات الإستراتيجية، ووضع قوائم للوظائف المستهدفة (التوظيف).

[1] Jean Brilman,, Les meilleures pratiques de management, Edition d'Organisations, Paris, 1998, P 386

-وضع المخططات: من خلال ما سبق يمكن وضع مخططات التوظيف والتكوين والحركية بين الوظائف، حيث تعتبر هذه المخططات الثلاث أساليب العمل الأساسية لتسيير الكفاءات، وليس من السهل وضع هذه المخططات للاعتبارات التالية:

- اصطدام سياسة التوظيف بأولوية الحاجات في المدى القصير؛
- صعوبة خلق التوازن بين اكتساب الطرق الجديدة للتسيير والذي يفترض التكوين الجماعي والفردي للتقنيات المستعملة، ومن جهة أخرى التكوين الإستراتيجي الذي تفرضه الوظائف الجديدة؛
- صعوبة تنظيم مخطط الحركية بين الوظائف خاصة في المؤسسات الصغيرة والمتوسطة حيث معدل دوران العمل ضعيف، أما بالنسبة للمؤسسات الكبيرة فلابد من وجود حوافز مهمة لذلك، باعتبار مساهمة هذه الحركية في ايجاد روح الإبداع والابتكار وقضائها على الجانب الروتيني للمهام أمر هام جدا، خاصة و أن للتكوين دورا مهما في عملية تطوير الكفاءات؛

1-2-2- مقاربات تسيير الكفاءات:

تحتل الكفاءات مكانة محورية ضمن نظام التسيير عامة و نظام تسيير الموارد البشرية خاصة، و فيما يلي مجموعة من المقاربات (approches) التي تناولت تسيير الكفاءات[1]:

1-2-2-1- المقاربة التسييرية: تتمثل الكفاءات من وجهة نظر هذه المقاربة في مجمل المعارف والخبرات الفردية والجماعية المتراكمة عبر الزمن، وعلى قدرة استغلال تلك المعارف

[1]بن عيسى محمد المهدي، العنصر البشري من منطق اليد العاملة إلى منطق الرأسمال الإستراتيجي، مداخلة ضمن الملتقى الدولي حول التنمية البشرية و فرص الإندماج في اقتصاد المعرفة و الكفاءات البشرية، جامعة ورقلة، 10/9 مارس 2004، ص ص 69-70

والخبرات في ظل ظروف مهنية مختلفة فمن هذا المنطلق تصبح الكفاءات مكونة من رأس مال يشمل المعرفة، المهارة، وحسن التصرف.

إن المقاربة التسييرية تفترض جاهزية الكفاءات للتعبئة والاستغلال بدرجة عالية أمام أي وضعية ووظيفية محتملة، وبالتالي فإن الكفاءات وفق هذا المنظور تعد أداة متطورة وملازمة للوضعيات المهنية للعامل أثناء أداءه لمهامه، ورغم ذلك تبقى الكفاءات غائبة أو ناقصة ما لم تكن مقرونة بالقدرة على الفعل، أي توفير البيئة التنظيمية التي تمكن العنصر البشري من العمل بفاعلية والرغبة على الفعل والتي تكون وليدة القدرة التحفيزية للمؤسسة، إن الكفاءات كمنظومة متكاملة تعد مسؤولية كل فرد من الموارد البشرية (أفراد و مجموعات) بسبب امتلاكها للمعرفة والخبرة والإدارة التي تقع عليها مسؤولية توفير البيئة التنظيمية المناسبة والمنظومة التحفيزية.

1-2-2-2- المقاربة العملية:من منظور المقاربة العملية تكون الكفاءات وليدة التفاعل المستمر بين التدريب الجماعي، والسيرورة التنظيمية والتكنولوجيا وقدرة المؤسسة على تعظيم التفاعل الإيجابي، حيث أن الميزة التنافسية المتعلقة بالكفاءات لا يمكن أن تتحقق إلا بتفاعل دائم ومستمر بين تلك المكونات.

فالقدرة حسب هذه المقاربة ليست فردية بل جماعية وليست مطلقة بل نسبية ومتغيرة مثل قدرة المجموعة على السيطرة والتحكم في التكنولوجيا المتاحة، وكذا القدرة على التأقلم والتفاعل مع السيرورات التنظيمية المطبقة من طرف المؤسسة، بهدف تحسين الفعالية ومسايرة تغيرات البيئة الداخلية والبيئة التنافسية.

1-2-2-3- المقاربة الإستراتيجية:وفق المقاربة الإستراتيجية تحقق الكفاءات للمؤسسة الميزة التنافسية من خلال إنجاز المشاريع و تحقيق الهداف الإستراتيجية، كالكفاءات تتحدد في

تلك القدرات المعرفية والعملية والتنظيمية، المتسمة بصعوبة تقليدها من طرف المنافسين، أو تعويضها بنمط تكنولوجي جديد أو تعويضها بابتكار طرق تنظيمية حديثة أو كفاءات أخرى مشابهة.

1-2-3- مفهوم و مبادئ الإدارة بالكفاءات:

سنتطرق في هذا الجزء إلى إعطاء تعريف حول الإدارة بالكفاءات ثم حصر أهم مبادئ الإدارة بالكفاءات و التي يمكن تلخيصها في 3 مبادئ رئيسية.

1-2-3-1- مفهوم الإدارة بالكفاءات: تركز الإدارة بالكفاءات بالدرجة الأولى على الكفاءات الإستراتيجية والتي تمكن المؤسسة من التطور في ظل بيئة تتميز بتنافسية عالية، بينما باقي الكفاءات الأخرى فإنها ستتعامل معها عند مستوى تسيير الكفاءات (هذا المستوى يعتبر قاعدي ، **ويُعَدُ** وصفي يمكن من إعداد جرد لما هو موجود، هذه المهمة يتم قيادتها من قبل مديرية الموارد البشرية والتي تتكفل بترتيب الكفاءات اللازم تواجدها في الوظائف من جهة، ومن جهة أخرى ترتيب الكفاءات المتواجدة لدى العمال بصفة عامة (أي الكفاءات الفردية، كل ذلك داخل المؤسسة) والموارد المتوفرة بالمؤسسة (أي الأفراد).

يرى Philippe Zarifanبأنه " عندما نتكلم عن الإدارة بالكفاءات ،فالإدارة هنا أساسها أو مفادها هو وضع إستراتيجية لبلوغ المهارات الموافقة لها، استنادا على الكفاءة والتي تعتبر مورد رئيسي لضمان وضع الإستراتيجية بنجاح، وهذا ما يعرف بسياسة الكفاءة، والتي تعد وسيلة تحت تصرف الإستراتيجية وتعد أساس السير التنظيمي للمؤسسة[1]"بالتالي

[1] Abdelfattah Djamal, Vers la mise en place d'un système de Management par les compétences-cas de Maroc Modis , Projet de fin d'études du Master Spécialisé en Management stratégique des R.H , Université Sidi Mohamed Ben Abdellah- Fes- Maroc, Année Universitaire 2008/2009.p 22.

فإن الإدارة بالكفاءات هي تسيير الفاعلين (Les acteurs)، أي أن المسؤولين في المؤسسة عليهم الأخذ بعين الاعتبار كفاءات الأفراد الفاعلين بالمؤسسة واستغلالها بطريقة إيجابية.

1-2-3-2- الإدارة بالكفاءة: تعرف الإدارة بالكفاءات في بعض المؤسسات بما يسمى بتنمية (تطوير) الموارد البشرية وتقوم هذه الأخيرة على 3 مبادئ أساسية كالتالي:

-مبدأ الوضوح": أي لابد أن تكون هناك شفافية تامة فيما يخص سياسة المؤسسة إتجاه فاعليها (عمالها) بما فيها الجانب الداخلي و الخارجي.فالجانب الأول يتعلق بتفاصيل الهيكل التنظيمي للمؤسسة أي كل ما يتعلق بمديرياتها وأقسامها و خاصة قسم الموارد البشرية وقواعد سير هذا القسم خاصة المؤسسة ككل عامة.أما الجانب الثاني فيتعلق بكل ما يخص المحيط الخارجي للمؤسسة كالزبائن، الموردين، هيئات الضرائب...، بالإضافة إلى الجانبين السابقين هناك جانب آخر يجب أن يحظ بالوضوح التام وهو ما يتعلق بثقافة وقيم المؤسسة التي تعد مزجا بين المحيط الداخلي والخارجي للمؤسسة.

ومن أجل نجاح هذا المبدأ لابد من توفر مرجع "Référentiel" "الوظائف والكفاءات" والذي يضمن التعريف بكفاءات المؤسسة.

- مبدأ المساواة أو العدالة:يتم الحصول على مبدأ العدالة أو المساواة بواسطة ما يلي:

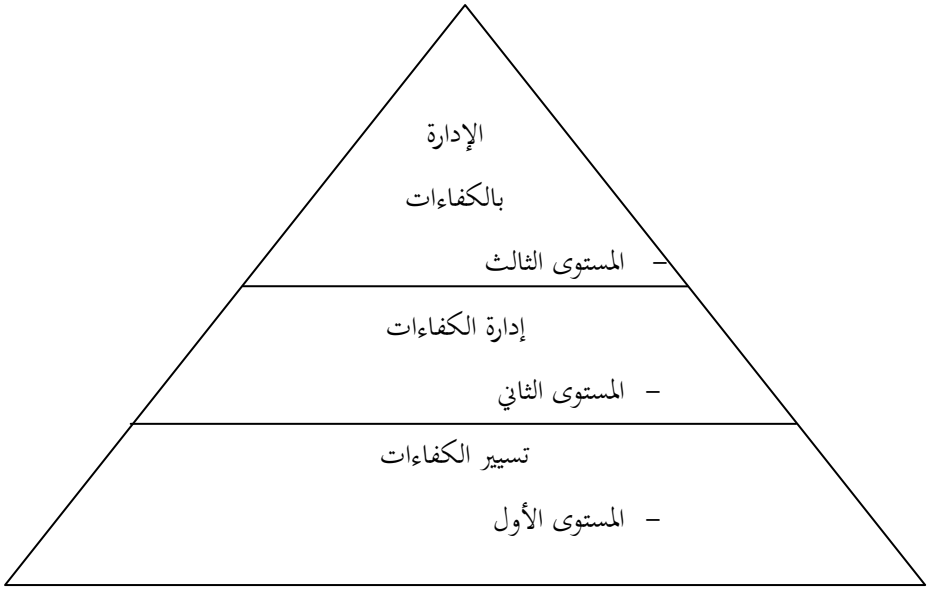
- وجود قواعد مشتركة الحركية؛
- التعرف على خصائص موضوعية تعرف مصطلح "الإمكانيات" ؛
- وجود سياسة تعويض Rémunération، تعترف بالكفاءات؛
- التوليف بين الممارسات الإدارية أو التسييرية خاصة ما تخص بالمقابلة السوية؛

إن شفافية المؤسسة تبنى استنادا على قواعد إدارة أو تسيير الموارد البشرية أو الأفراد، وذلك بهدف جعل العمّال بالمؤسسة أساسا لتنميتهم المهنية أو (لتطويرهم المهني).

-مبدأ الاستقلالية أو الحرية:يهدف مبدأ الاستقلالية إلى "جعل العامل أساسا لتنميته شخصيا إضافة إلى الطريقة التي يعتمدها لتنميته، بالإرتكاز على مبدأ أن العامل عبارة عن رأس مال كفاءات، وهو مستقل (حر) ومسؤول[1]".

1-2-4- الفرق بين تسيير الكفاءات و الإدارة بالكفاءات:

إن الإدارة بالكفاءات تساعد على وضع مبدأ تسيير الكفاءات بهدف تطوير الكفاءات المهنية بغية تحسين مهارات فريق العمل.فالفرق بينهما يكمن في الطريقة والمكانة التي يأخذها مصطلح الكفاءات في إدارة المؤسسة، والشكل يوضح لنا 3 مستويات للكفاءات:



الشكل رقم5: مستويات الكفاءات

Source: Abdelfattah Djamal,op.cit ,p 26

نلاحظ من خلال الشكل أنه توجد 3 مستويات للكفاءات[2]:

[1] Cecile Dejoux et Anne Dietrich, Management par les compétences: le cas de Man power, Darios et Pearson Education, 2006, P 142

[2] Annick Cohen et Annette Soulier, Manager par les compétences, Edition Liaisons, 2004, P 174

-المستوى الأول: تسيير الكفاءات : يعتبر المستوى القاعدي المرحلة الأولى،ومن خصائصه أنه وصفي أي بمثابة جرد بما هو موجود من كفاءات بالمؤسسة وما تتطلبه وظائف المؤسسة من كفاءات، ويقوم بهذه العملية مديرية الموارد البشرية.

-المستوى الثاني: إدارة الكفاءات: يهدف المستوى الثاني إلى تنمية وتطوير الكفاءات الوظيفية من أجل تحسين مهارات الفريق، هذا المستوى يحرص عليه المسيرين عكس المستوى الأول الذي تحصر عليه إدارة الموارد البشرية.

-المستوى الثالث: الإدارة بالكفاءات :يسمح هذا المستوى الثالث بالرفع من قيمة المورد البشري بالمؤسسة مما يسمح بخلق ميزة تنافسية بالمؤسسة،فالمؤسسة التي تدار وفقا لمبدأ الكفاءات تهدف إلى تنمية وتطوير كفاءات جميع عمالها بطريقة عاملة مما يخلق جو عمل ملائم داخل المؤسسة.وبصفة عامة فإن الإدارة بالكفاءات تختلف عن تسيير الكفاءات في :

- تنظيم العمل بصفة أكثر مرونة؛
- تركّز على الكفاءات أكثر من تركيزها على منصب العمل "le poste"؛
- متابعة المسار المهني لكل عامل بصفة فردية ؛
- ارتكاز الراتب على الكفاءات وليس على مناصب العمل ؛

ما يمكن إضافته هو أن الإدارة بالكفاءات لا أساس لها (لا وجود لها) دون تسيير الكفاءات.

دورة حياة مخطط تسيير الكفاءات:إن الإدارة بالكفاءات لا يمكن أن توضع داخل المؤسسة دون الأخذ بعين الاعتبار ثقافة

المؤسسة،وهذا يعتبر شرطا أساسيا كون أن هذا النوع من الإدارة ناتج عن قرار إستراتيجي يؤدي إلى انعكاسات على سياسة الموارد البشرية بالمؤسسة، بالتالي فإن مخطط تسيير الكفاءات يمر بالمراحل التالية:

-المرحلة 1 Instrumentation:إن الهدف الرئيسي من هذه المرحلة هو بعث هذا المخطط دون أن يكون هدفا في حد ذاته، و ذلك من خلال التعرف على أهم مكوناته كالرواتب، تسيير المسار المهني، التقييم، التكوين...

- المرحلة 2 Diffusion et communication النشر والاتصال: يعود إنجاح هذه المرحلة إلى مديرية الموارد البشرية حيث أن النشر والاتصال تقوم بهما وظيفة الموارد البشرية من خلال الاحتكاك بين جميع الفاعلين في المؤسسة عن طريق الاتصال الداخلي كالإتصال المستمر عن طريق الأنترنت ووضع تحت التصرف المعلومات اللازمة بصفة منتظمة، أو الاتصال مباشرة بين الفاعلين فيما بينهم.

-المرحلة 3 التثمين أو التنازل Valorisation ou abandon:تعتبر هذه المرحلة جد هامة فيما يخص استمرارية المخطط، إذ أنه هناك حالتين:

- إما أن هذا المخطط لايف بالغرض الذي سطّر من أجله، بالتالي فلن يكون مقبولا من طرف الفاعلين، أو أن يكون صعب التجسيد في أرض الواقع؛
- إما أن يحظ بالقبول من قبل الجميع لكونه سهلا ويطور نفسه بنفسه ليدخل في مرحلة تثمين الكفاءات؛

1-3- ماهية تقييم الكفاءات:

تهدف عملية تقييم الكفاءات إلى تشخيص نقاط القوة والضعف في الكفاءات بهدف تنمية (تطوير) هذه الأخيرة بما يصب في تحقيق أهداف المؤسسة.

1-3-1- مقاربات تقييم الكفاءات:

تمثلت أهم مقاربات تقييم الكفاءات فيما يلي[1]:

1-3-1-1- مقاربة المعارف " Approche du savoir": يتم تقييم الكفاءات حسب هذه المقاربة من خلال المعارف النظرية أي بإجراء مقارنة بين المعارف النظرية للفرد والوضعيات المهنية التي يرتبط بها، غير أنه ما يعاب على هذه المقاربة تركيزها على المعارف النظرية للفرد والتي لا تمثل سوى أحد عناصر الكفاءة لهذا لا تحظى هذه المقاربة باستخدام واسع.

1-3-1-2- مقاربة المهارات "Approche du Savoir-faire": حسب هذه المقاربة، تقييم الكفاءات يتم على أساس الملاحظة المباشرة للأفراد أثناء عملهم، وحسب هذه المقاربة لا يمكن افتراض قدرات الأفراد مسبقا (عكس المقاربة الأولى التي تستند على المعارف النظرية للأفراد)، إذ يجب ملاحظتها خلال أداء الأفراد لعملهم من أجل معرفتها.

1-3-1-3- مقاربة السلوكات "Approche du Savoir-être": تعتمد هذه المقاربة على معايير اجتماعية تستند إلى البعد السلوكي للفرد، فحسبها يكون أداء المؤسسة قائم على الارتباط بين السلوكات الفردية والجماعية، غير أنه من الصعب تقييم مساهمة الفرد إذا تم الفصل بين معارفه العملية و السلوكية.

1-3-1-4- مقاربة القدرات "Approche des capacités":استنادا لهذه المقاربة فإنه يتم إخضاع الأفراد لوضعيات مهنية وهمية (افتراضية) من أجل تحديد قدراتهم، بالإضافة إلى إخضاعهم إلى تمارين مختلفة لتعبئة القدرات الواجبة للوضعيات المهنية الموجّه لها هؤلاء الأفراد.

[1] Valérie Marbach, Evaluer et Rémunérer les compétences, Editions d'Organisations, Paris,2000, PP 20-23

1-3-1-5- مقاربة المواهب "Approche des talents"[1]:الموهبة مظهر يصعب التماسه لتوظيف الكفاءات ،والميزات الشخصية هي مجموعة عناصر التدخل أو التسيير أكثر من المعارف، و ذلك كون المعارف وراثية أكثر منها مكتسبة، وتظهر هذه المقاربة خصوصا في بعض أنواع النشاط غير أنها لم تلق تطبيقا واسعا رغم أن الميزات الشخصية والكفاءات يمكن أن تلاحظ في وضعيات العمل،حيث أن الأولى تتميز بأنها تمكن الفرد من كسر حدود التشغيل وبالتالي فهي تعرّف من خلال الفوارق الإيجابية المحققة في حين أن الكفاءات تعرّف بالمطابقة و فيما يلي جدول يوضح مقاربات أخرى لتقييم الكفاءات.

الجدول رقم3: مقاربات تقييم الكفاءات

الخصائص	الأهداف/النتائج	مهام الوظائف	معارف مهنية
النظام Processus	- تحديد الأهداف مسبقا - قياس الانحراف بين الأهداف المسطرة والنتائج المحققة	- الاستناد على توصيف الوظيفة - تسمح بتحليل الطريقة التيتم بها الحصول على النتائج - تسمح بوضع (تحديد) طرق (Action) لتحسين الأهداف	- تشكيل مراجع (Référentiel) - التحقق من المعارف
المجتمع Population	- جميع الفئات عدا التي تقوم بمهام standardisées	- جميعها	- التي يطغى عليها الجانب التقني.
الفائدة Intérêts	- مرتبطة مباشرة بهدف فريق المسيّر - تسمح بجعل الأجر فردي (individualisation) - كل فرد له أجر خاص	- تسعى إلى التحسين المستمر و الدائم. - البساطة. - تسمح بوضع مخطط فردي من	- تسمح بالموافقة الخارجية. - يمكن ربطها بسهولة بمضمون التكوين. - تسمح بوضع مخطط

[1] كمال منصوري، سماح صولح، مرجع سابق، ص 61

	به. - كل فرد يسعى لتحقيق الأهداف (Engagement)	أجل تكوين الفرد. - تسمح بمتابعة التحسن الفردي للتعويضات.	فردي من أجل تكوين الفرد.
الحدود	- تشجع و تنمي الانفراد - غالبا لا تأخذ بعين الاعتبار طريقة الوصول للهدف - لا تساعد على التطوير	تتطلب اهتمام الأطراف	- لا تساعد على تدخّل مسؤول غير خبير (متخصص) في المجال (مجال الوظيفة) - لا يسمح بمراقبة ما إذا كان الفرد يبذل قصارى جهده كما هو مطلوب منه

Source: Jean Marie Piolle ,op.cit, P 200

من خلال الجدول السابق، نلاحظ أن عملية تقييم الكفاءات تستند إلى:

- النتائج: تكون موضوعة استنادا إلى الأهداف المعروفة مسبقا؛
- المهام المهنية: و هذا حسب توصيف الوظائف والتنظيم ؛
- المعارف المهنية: حسب مرجع الكفاءات الذي تضعه المؤسسة كما يمكن المؤسسة أن تستند على المراجع السابقة في آن واحد وهذا حسب طريقة التقييم التي تسّطرها المؤسسة؛

بصفة عامة ومن أجل إنجاح عملية تقييم الكفاءات لابد من توفر مجموعة من الشروط من بينها[1]:

- تشخيص ثم نشر الأهداف (الخاصة بالتقييم، كالدورات التكوينية مثلا ...)؛
- استخدام وثائق معروفة من قبل المقيِّم (كالمدير) والمقيَّم (العامل) من أجل ضمان الشفافية على أن تكون هذه الوثائق ممضية من كلا الطرفين عند نهاية مقابلة التقييم؛
- البساطة في عملية التقييم؛

[1] Jean Marie Piolle, op.cit, P 199

- إعلام المقيِّم و المقيَّم بهذه العملية مسبقا للقيام بالإجراءات اللازمة ليكونا مستعدان لعملية التقييم؛
- أن تحظى عملية التقييم بوقت كاف (من ساعة إلى ساعتين)؛
- الوضوح فيما يخص درجة سريَّة الوثائق المعدَّة من عملية التقييم (نتائج التقييم)؛

1-3-2- أسس تقييم الكفاءات:

إن التقييم ممارسة أساسية خاصة فيما يخص تسيير المورد البشري، غير أن هذه الممارسة تعد صعبة التحقيق وحساسة في آن واحد وهذا راجع لطبيعة الفرد المقيِّم و المقيَّم.

للقيام بعملية التقييم لابد من الإجابة على الأسئلة التالية والتي تعتبر أساسا لهذه العملية التقييمية[1]:

1-3-2-1- لماذا نقيّم: إن هذا التساؤل يعد جوهريا ويعطي معنى لعملية تقييم المورد البشري، حيث أن لعملية التقييم هذه عدّة أبعاد نوجزها فيما يلي:

- بعد اقتصادي:هو بعد دائم الوجود على طول عملية تقييم المورد البشري.
- بعد بيداغوجي:يعتبر أساسيا للقيام بعملية التقييم إذ أن هذه الأخيرة تحتوي في طياتها على الجانب البيداغوجي فمثلا عند تقييم الأفراد فإن هذا يمنحهم فرصة الحصول على نظرة خارجية حول مهاراتهم و كفاءاتهم مما يساعدهم على التطور ؛
- بعد بسيكولوجي:إن عملية التقييم تدخل ضمن الميدان السيكولوجي للأفراد كونها تعكس الجوانب الشخصية للأفراد كالهوية المهنية للفرد ونظرة الفرد لنفسه وتقدير الفرد لنفسه؛

[1] Adel Fouitah, La gestion des compétences, évaluation et développement au sein de poste Maroc, projet de fin d'études pour l'obtention du Master spécialisé en Management stratégique des R.H , Université sidi Mohamed Ben Abdellah de Fes, Maroc, 2009/2010, P23

- غير أن تقدير الفرد لنفسه لن يكون إيجابيا إلا إذا كان تقدير الغير له إيجابيا و هذا الأمر يعتبر غاية في الأهمية بالنسبة للجانب الفردي ؛

- بعد إستراتيجي: إن ممارسات التقييم لها بعد إستراتيجي كونها ترمي إلى بناء أو تأكيد برامج تطوير جماعية أو فردية؛

- بعد تقني: إن ممارسات التقييم تحمل في طياتها البعد التقني فعلى سبيل المثال: عندما تسمح نتائج عملية تقييم الكفاءات ببناء برنامج تدريبي جد محكم ؛

- بعد سياسي: حيث أن خلاصة نتائج عملية تقييم كفاءات الأفراد تسمح بتحديد التوجهات الكبرى في سياسة إدارة المورد البشري، إذ يعتبر من الصعب تحديد التوجهات الكبرى في سياسة المؤسسة دون معرفة نقاط قوة و ضعف مواردها البشرية[1]؛

1-3-2-2- ماذا نقيّم: لا يمكن أن تكون عملية التقييم ناجحة ما لم يتم تحديد ماذا نقيم عند الفرد أو عند عينّة من الأفراد وعلى العموم فإن تقييم ما يلي:

- المهارات: إن عملية تقييم مهارات الفرد العامل تتجسد في تقييم نتائجه بمعنى تحليل نتائج عمله الفعلي من أجل مقارنتها إما مع الأهداف المسطرة له قبل مع نتائج الأفراد العاملين معه و الذين توكّل لهم نفس مهام الفرد المقيّم وفي نفس الظروف، كل هذا بهدف معرفة وتحديد مستوى كل عامل؛

- الكفاءات والمهنية: يقصد بمهنية الفرد "professionnalisme" التحكم في مجموعة الكفاءات اللازمة للقيام بوظائفه على أكمل وجه وفي الآجال المحددة؛

[1] Geneviève Jouvenel, La gestion des ressources humaines dans le secteur public, Edition d'Organisations, Paris,1998, P 62

إن عملية التقييم لا يمكن أن تتم إلا بتوفر مرجع في هذه الحالة سيكون عبارة عن مرجع للكفاءات أي هو عبارة عن قائمة تشمل على جميع الكفاءات الواجب توافرها في الفرد للقيام بوظيفته أو مهامه على أكمل وجه؛

وبالتالي فإن عملية تقييم كفاءات الفرد العامل تتجسد في حصر عناصر الكفاءات أي: المعرفة "Savoir"، المهارة "Savoir-faire" و السلوكات " Savoir-être"التي يمتلكها الفرد و مقارنتها مع ما هو متواجد في مرجع الكفاءات، ثم لمعرفة ما مدى تحكم الفرد بهدف التفريق بين:

- الكفاءات اللازمة (الرئيسية) و التي يتحكم فيها الفرد بصفة محكمة؛
- الكفاءات اللازمة وجودها والتي لا يمتلكها الفرد؛
- الكفاءات التي يمتلكها الفرد والتي لا يتحكم فيها الفرد بصفة جيدة بالمقارنة مع ما هو مطلوب منه لأداء وظائفه على أكمل وجه، إذ تعتبر عملية تقييم الكفاءات أكثر تعقيدا من عملية تقييم المهارات[1]؛

- الإمكانيات: تتجسد إمكانيات الفرد في قدرته على اكتساب بسرعة، إمّا من خلال التكوين وإما من خلال ممارسته اليومية، كفاءات جديدة تفيده لاحقا في شغل مهام جديدة ومختلفة عن مهامه الحالية.إن عملية تقييم إمكانيات الفرد تعد العملية الأكثر تعقيدا كونها تمس جوانب فردية "individuelles"غامضة كشخصية الفرد و دوافعه.

- الالتزام والتحفيز: يقصد بذلك تقييم الفرد لمدى التزامه بوظائفه ومدى تحفزه لأول واجباته المهنية، وتركز عملية التقييم هنا على الفصل بين تحقيق الهداف المسطرة وبين تحفز الفرد للقيام بأداء واجباته، إذ يعتبر تحفّز الفرد و بلوغه الأهداف شيئان مستقلان عن بعضهما

[1] Geneviève Jouvenel, op.cit, P 63

البعض ،إذ قد يكون الفرد محفزا لكنه لا يصل إلى أهدافه أو العكس،**و** تتم عملية التقييم هنا من خلال الملاحظة اليومية للفرد فيما يخص التزام الفرد أما فيما يخص التحفز للعمل فيعتبر صعب التقييم لأنه يمس أو يتعلق بالجانب النفسي و الشخصي للفرد.

1-3-2-3- من يقوم بالتقييم:يمكن الإجابة على هذا التساؤل و ذلك من خلال تقسيم المعنيين بالتقييم إلى:

- العمال نفسهم؛
- المسؤولين على العمال "hiérarchie"؛
- مديرية الموارد البشرية؛

تجدر الإشارة إلى أن تقييم العمال لنفسهم حالة نادرة نوعا ما، وأن المسؤولين في العادة هم الذين يقومون بعملية التقييم خاصة ما يتعلق بالتقييم الفردي **و**تعتبر مديرية الموارد البشرية المحدد لإجراءات عملية التقييم أما المسؤولين فهم المكلفون بتنفيذ أو تطبيق الإجراءات التقييمية[1].

1-3-2-4- متى نقيّم:يختلف وقت عملية التقييم من تقييم دائم إلى تقييم منتظم مستهدف منتظم، بالتالي فإن تقييم المهارات و النتائج يتم يوميا بينما تقييم إمكانيات الأفراد فيكون بصفة نادرة ومحدّد.إن السؤال السابق يطرح سؤالا آخر يتمثل في معرفة أي فترة تعتبر الأكثر ملائمة لإجراء مقابلات التقييم في المؤسسة؟ غير أن الإجابة على هذا السؤال تختلف من مؤسسة إلى أخرى بحسب السياسات و الأهداف المسطرة من قبل هذه الأخيرة.

1-3-3- أدوات تقييم الكفاءات:

تستند عملية تقييم الكفاءات إلى عدة أدوات يمكن تقسيمها إلى ثلاث فئات كما يلي:

---

[1] Geneviève Jouvenel, op.cit, P 65

1-3-3-1- الفئة 1 "الإشارات"Les signes :يتم الحصول عليها بفضل اختبارات تسمح بقياس قدرات الفرد على تشخيص المشكل، تحليله، واستعمال هذا التحليل بهدف حل المشكل بطريقة فعّالة.كما أنه توجد اختبارات تسمح بقياس قدرات الفرد اللفظية، الرقمية، قدرته على الخفة، قدرته على التفكير، إضافة إلى اختبارات تسمح بمعرفة شخصية الفرد والتي تكون في شكل استبيان يملأه الفرد.كما تتحدّد الاختبارات السابقة بحسب الوظيفة التي يشغلها الفرد وما تتطلبه هذه الوظيفة من كفاءات.

1-3-3-2- الفئة 2 "العيّنات"Les échantillons:هي عبارة عن اختبارات (تمارين) تكون أقرب ما يمكن للحقيقة المهنية، تسمى عادة "باختبارات الموقف" "Test de situation"، وتضم هذه الأخيرة:

-تمارين جماعية:تهدف إلى تقييم قدرة الفرد على العمل ضمن الجماعة، إذ تقيّم قدرات الفرد الاجتماعية كالاتصال اللفظي، قدرة الاستماع، قدرات حل النزاعات والصراعات إضافة إلى كفاءة الفرد على تخطيط وتنظيم العمل الذي يتطلب أداءه تدخل مجموعة من العمال.إذ يتم تقسيم العمال إلى أفواج يشمل كل فوج 6 إلى 8 أفراد يقيّمون من قبل 2 إلى 3 مقيّمين، يستغرق عمل الفوج من 30 دقيقة إلى ساعتين.

-تمارين أو اختبارات "in baskets" أو "in-tray": تسمح هذه الاختبارات بتقييم عدة كفاءات كالاتصال الكتابي، القدرة على تنظيم العمل، روح المبادرة، اتخاذ القرار...الخ ،غير أن هذه الاختبارات تعد جد مكلفة بالنسبة للمؤسسة لأنها تعد لكل فرد ولكل وظيفة.

-Les jeux de rôle:هذا النوع من الاختبارات يسمح بتقييم عدّة كفاءات كتحليل الصعوبات (المشاكل)، الاتصال اللفظي، العلاقات ما بين العمال.كما تسمح بملاحظة تصرفات الأفراد في مواقف اجتماعية خاصة تقترب من المواقف التي يواجهها الأفراد في مناصبهم فعلى سبيل

المثال: اختبار سلوك الموظف اتجاه زبون غير راضي حيث يتقنص دور الزبون شخص له معرفة بالمنتوج أو الخدمة والمؤسسة.

-العروض المقابلات الشفهية présentation orales: تسمح هذه المقابلات بتقييم الكفاءات التالية: قدرة الاتصال اللفظي، (الشفهي)، تنظيم العمل، التحكم في الذات، و هي تخص خاصة الإطارات إذ يقوم الفرد باختيار موضوع العرض أو يفرض عليه.

-العروض الكتابية présentations écrites: تسمح هذه العروض بتقييم كفاءات الفرد على الاتصال كتابيا، وتتجسد في تقديم طلب إلى الفرد يتضمن القيام بعملية التحرير بحيث لا يتجاوز 3 صفحات يصف فيها منصبه الحالي، ويكون هذا التحرير موّجه للشخص الذي سيخلفه في منصبه دون أن يلتقي الشخصين.

-مجموعة مواقف les petits cas: تدخل هذه المواقف ضمن المقابلات المهيكلة، وهي عبارة عن مواقف يتم اختيارها مع الخبراء توصف للفرد المقيَّم، إذ يجب على الفرد تحليل الموقف وتحديد التصرفات التي يتبناها اتجاه هذا الموقف ولماذا.

1-3-3-3- الفئة 3 المراجع Les références: عبارة عن ملاحظة تصرفات سابقة في وضعيات أو مواقف شبيهة بالمواقف المهنية الحالية وهي تشمل 3 طرق:

- Les Bio-data[1]: تقيّم الكفاءات بفضل المعلومات المرجعية عن طريق استبيان يضم أسئلة مغلقة.

-التقارير الخاصة بالإنجازات Les comptes-rendus des réalisations: يتم بتزويد الأفراد بقائمة من الكفاءات الواجب تواجدها أو توفرها للحصول على منصب معيّن، ويطلب

[1] Claude Levy Le Boyer, op.cit, P 67 للمزيد من المعلومات أنظر:

منهم في كل مرّة وصف أحد إنجازاتهم الماضية والتي تبرهن امتلاكهم للكفاءة اللازمة ومضمون إجاباتهم يحلل من طرف خبراء تحدّدهم المؤسسة.

-المقابلة المهيكلة L'entretien structuré: هي عبارة عن مقابلة مخطط لها مسبقا من ناحية الأسئلة التي ستطرح والتي تخص شخصية الفرد، ماضيه المهني، مجموعة المواقف التي تعرض عليه لمعرفة الإستراتيجية التي يتبناها الفرد، بالتالي فالمقابلة المهيكلة تقترب أكثر من اختبارات الموقف.

إضافة إلى ما سبق يمكن تلخيص طرق أخرى لتقييم الكفاءات في الجدول التالي:

الجدول رقم 4 :أدوات تقييم الكفاءات

الأداة	المحتوى
التقييم المنجز من قبل المسؤولين	تم من خلال استبيان يحتوي على أسئلة بهدف حصر نقاط قوة وضعف العامل خلال تأدية مهامه تتم كذلك في جميع المؤسسات مهما كان حجمها وطبيعتها
المقابلة الجماعية	تعتبر قليلة الاستعمال تكون دائما مسبوقة أو متبوعة بمقابلة فردية، تستغرق وقتا أطول من المقابلة الفردية، تهدف إلى تقييم أداء مجموعة من الأفراد يشتركون في مشروع واحد
التقييم الذاتي	يتم من طرف العامل ذاته، يكون من خلال ملأ العامل لاستبيان يضمن أسئلة تتعلق به.
المقابلة الفردية	قد تكون سنوية أو فصلية، يتم إجراءها عادة في نهاية السنة، تتعلق بمقابله وجه لوجه مع المسؤولين أين يتم التطرق إلى نجاحات و فشل العامل المحققة خلال السنة الفارطة، كما يتم التطرق إلى أهداف السنة الموالية، إضافة إلى المسار المهني للفرد و إمكانية الحصول على دورات تدريبية
360°	طريقة 360° عبارة عن استبيان يشمل عدة أسئلة متعلقة بالفرد حول أدائه، شخصيته، يملأ من قبل الفرد المقيّم، و مسؤوليه إضافة إلى زملائه في

	العمل، الممولين و الزبائن، بهدف الحصول على تقييم شامل حول الفرد، قد يحضر الاستبيان من طرف المؤسسة ذاتها أين يشتغل الفرد، أو من طرف هيئة مستقلة عن المؤسسة
Méthode de Assessment center الطريقة المتعددة التقييمات	يتم من خلال هذه الطريقة تقييم أداء الفرد من قبل مقيّمين موظفين بنفس المؤسسة حيث تقيّم كفاءات الفرد أثناء قيامه بوظيفته

المصدر: من إعداد الطالبة

خاتمة الفصل:

من خلال دراستنا لهذا المحور توصلنا إلى إعطاء تعريف دقيق وشامل لمفهوم الكفاءات عامة والـكفاءات البشرية خاصة بالرغم من الاختلاف القائم في تحديده، وبصفة عامة فإن جميع التعاريف التي تناولت مفهوم الكفاءات تتفق باعتبار الكفاءة الفردية هي قدرة الفرد على توظيف وتحريك موارده المتمثلة في مهاراته، قدراته، سلوكاته في انجاز مهمة محددة مسبقا.

كما خلصنا في هذا المحور إلى تعريف كل من تسيير الكفاءات والإدارة بالكفاءات مع إبراز الفرق بينهما وذلك من خلال المكانة التي يأخذها مصطلح الكفاءات في الهرم الإداري للمؤسسة.

بعد تطرقنا إلى كل من تشخيص واكتشاف وتسيير الكفاءات، تعرضنا لعملية أخرى من عمليات الكفاءات متمثلة في عملية التقييم والتي من أهم مقارباتها تلك التي تركز على المعارف النظرية للفرد مع مقارنتها بالوضعيات المهنية، وأخرى تركز على المهارات، وأخرى على السلوك وغيرها من المقاربات.

إضافة إلى ما سبق فإنه تجدر الإشارة إلى نقطة أخرى تم توضيحها في هذا المحور تتمثل في الأدوات المستعملة خلال عملية التقييم، والتي قسمت إلى ثلاث فئات رئيسية، كل فئة تضم مجموعة معينة من الأدوات.

كما توصلنا إلى أن الهدف الأساسي من عملية تقييم الكفاءات هي تشخيص نقاط قوة وضعف الكفاءات البشرية بهدف تطويرها بما يصب وتحقيق أهداف المؤسسة، فعملية التطوير هذه تستند إلى أدوات آليات وإستراتيجيات، ففيما تتمثل عملية التطوير وكيف تتم؟

الفصل الثاني
الاطار النظري والعملي لتطوير الكفاءات

الفصل الثاني: الإطار النظري والعملي لتطوير الكفاءات

مع تطور المفهوم الجديد للاقتصاد أصبح الاهتمام بتنمية الموارد البشرية متزايدا قصد تطوير الكفاءات البشرية، استنادا إلى عدة وسائل أو أساليب وصف البعض منها بالتقليدية والبعض الآخر بالحديثة.

هذا ما سنحاول إبرازه من خلال هذا الفصل وذلك عن طريق تقسيمه إلى 3 أجزاء، خصص الجزء الأول إلى توضيح ماهية تطوير الكفاءات وذكر أهم مزايا ومجالات هذه العملية، مع التطرق إلى خطوات تحديد إستراتيجية تطوير الكفاءات.

أما الجزء الثاني فنتناول فيه أهم الطرق الكلاسيكية لتطوير الكفاءات كالتحفيز (من خلال تعريف التحفيز وأنواعه، وأساليبه وكيفية تصميم نظام الحوافز)، التعلم (من خلال تعريفه وذكر أهم شروطه وأشكاله ومراحله) ثم التدريب (من خلال تعريفه والتطرق إلى المقارنة بين مختلف المفاهيم الأخرى المرتبطة بالتدريب، ثم ذكر أنماطه ووسائله، إضافة إلى مراحل العملية التدريبية).

أما الجزء الأخير فسلّطنا الضوء من خلاله على الطرق النيوكلاسيكية والحديثة لتطوير الكفاءات، مركزين على التعلّم الإلكتروني (من خلال التعريف وأنواع مع ذكر أهم مزايا وعيوب هذا الأسلوب).

ثم إدارة المعرفة (من خلال تعريفه، ذكر أهم مستويات ومراحلها)، وأخيرا إبراز دور ومساهمة تكنولوجيا المعلومات والاتصال في تطوير الكفاءات.

2-1- تطوير الكفاءات وعلاقته بإدارة الموارد البشرية:

بعد أن تطرقنا في المحور السابق إلى كل من تشخيص الكفاءات وتسييرها وتقييمها، سنحاول فيما يلي تسليط الضوء على عملية أخرى من العمليات الواردة على الكفاءات والتي تعد ذو أهمية بالغة، إذ لا يكف تشخيص الكفاءة وتقييمها فحسب بل لابد من تطويرها أو تنميتها وذلك قصد التعظيم من فعالية أداء الأفراد، وبالتالي مساهمتهم في تحقيق أهداف المؤسسة.

2-1-1 عموميات حول تطوير الكفاءات:

سوف نتطرق من خلال هذا العنصر إلى تعريف تطوير الكفاءات وأهم مجالات هذه العملية إضافة إلى مستويات تطوير الكفاءات.

2-1-1-1- مفهوم، مزايا، ومستويات تطوير الكفاءات:فيما يلي سنحاول إعطاء تعريف شامل لمفهوم تطوير الكفاءات و من ثم التطرق إلى أهم مزايا ومستويات هذه العملية.

-**مفهوم ومجالات تطوير الكفاءات:**تعرّف عملية تطوير الكفاءات بأنها: "مجموع النشاطات التعليمية المؤدية إلى زيادة أو رفع المردودية الحالية والمستقبلية للأفراد ،وذلك عن طريق رفع (زيادة) قدراتهم الخاصة لإنجاز المهام الموكلة لهم من خلال تحسين معارفهم، مهاراتهم، استعداداتهم واتجاهاتهم[1]

أما مجالات تطوير الكفاءات فيمكن حصرها في النقاط التالية[2]:

- تعلم التعلّم؛
- معالجة وتسيير المعلومات؛

---

[1]Shimon L.Dolon, Tonia Saba, Susan E Jackson, Randal S.Schullet, "La gestion des ressources humaines (tendance, enjeux et pratiques actuelles ", 3ème édition village mondial, Canada 2002, P307.

[2]أحمد السيد كردي، الجدارة الوظيفية، 2010، نقلاعن الموقع الالكتروني
www.kenanaonline.com consulté le : 31.12.2013 à 11h30

- القدرة على الاستنباط والتحليل؛
- القدرة على اتخاذ القرارات؛
- القدرة على الاتصال ومعرفة اللغات؛
- العمل في جماعة التعلم والتعليم المرتكزين على الجماعات؛
- التفكير الإبداعي والقرارات على حل المشاكل؛
- التسيير والإدارة، التفكير الإستراتيجي؛
- الإدارة الذاتية والتنمية الذاتية؛
- المرونة؛

إضافة إلى ذلك فقد لوحظ خلال العشرية الأخيرة ازدياد في حاجة اقتصاديات البلدان المتقدمة المبنية على الدرايات إلى اليد العاملة المؤهلة ،والبالغة درجة كبيرة من التشبع بالدرايات والمعارف، مما يجعل من الكفاءات بمثابة ثروات بشرية.

2-1-1-2 مزايا تطوير الكفاءات:هناك العديد من المزايا الناجمة عن عملية تطوير الكفاءات نذكر أهمها فيما يلي[1]:

- تبرز أهمية الكفاءات كمورد إنتاجي أساسي بفعل ظهور أشكال جديدة للعمل، ترتكز على المعرفة الخبرة المهارة، مما جعل إنتاجية العمل لا ترتبط فقط بالاستثمار المادي وقوة العمل، بل تعتمد أكثر على الموارد غير المادية، وهو ما يحول المعرفة والكفاءة إلى موارد إستراتيجية للإنتاجية؛

[1]ثابتي الحبيب، تطوير الكفاءات وتنمية الموارد البشرية، التحدي الأساسي للتنافسية الجديدة، مداخلة ضمن المؤتمر العلمي الدولي حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، جامعة ورقلة08-09 مارس 2008.

- في ظل محيط شديد التقلبات سريع التغيرات وكثير الغموض ،أصبح لزاما على المؤسسة لضمان الاستمرار والنجاح حيازة القدرة على رد الفعل السريع، بالاعتماد على الكفاءات والمعارف؛
- في سياق يتسم بتضخم معلوماتي لم يعرف له مثيل من قبل ،يحتاج المسيرون إلى درجة عالية من المهارات في تحليل ومعالجة المعطيات لاتخاذ القرارات السليمة والصائبة،
- تمكن سياسة تطوير الكفاءات وإدارة المعارف من خلق ثقافة تنظيمية جديدة تتسم بالرغبة في التعلم المستمر، تقاسم المعلومات والمعارف والتعاون والتنسيق بتلقائية فيما بين الأفراد المنتمين للمؤسسة أو المنتسبين على الأقل لنفس المجموعة؛

2-1-1-3 تطوير الكفاءات: تتم عملية تطوير الكفاءات على عدة مستويات بدءا بالمستوى الفردي وصولا إلى مستوى المؤسسة ككل كما هو موضح فيما يلي:

- التطور الدائم (المستمر) للكفاءات:باعتبار أم المهام الموكلة للأفراد في تطور مستمر فليس هناك شيء مكتسب، لذلك فإن التطوير المستمر للكفاءات يعتبر ضرورة لازمة سواء على المستوى الجماعي أو الفردي ؛

وتعتبر الكفاءات القدرة على التصرف ،لذلك فإن اكتساب الكفاءات بشكل فعّال يتم من خلال التجريب سواء تعلّق الأمر بوجود اختلالات في كل من المهارات "الخبرات" أو السلوكات.

وبالتالي فإن حلول التطوير، ترجح في حدود الإمكان اللجوء إلى قيادة المشاريع، وتوسيع المسؤوليات الحالية، إضافة إلى التعلم عن طريق الأمثلة والممارسة (la pratique).

- **التطوير الفردي للكفاءات:**من أجل تطوير الكفاءات الفردية للشخص من المهم أن يريد الشخص ذلك، من خلال هذا السياق فإنه إما أن تكون الكفاءة التي يسعى الفرد لاكتسابها ضمن أهدافه أو أن الفرد يتفطن أو يأخذ بعين الاعتبار النقص أو الاختلال ويحاول تصحيحه، وفي كلتا

الحالتين على الفرد أن يكون هو محرك التطوير سواء تعلق الأمر بحياته أو بميزاته المهنية من خلال:

- ❖ قدرته على التوليف بين أهدافه الخاصة وأهداف مؤسسته؛
- ❖ تثمين قدراته وجهده؛
- ❖ تطور مستمر عن طريق كفاءاته مما يدل على مسؤوليته العالية ؛

- **تطوير كفاءات الفريق:** لا يعتبر الفريق مجرد مجموعة من الكفاءات المتواجدة فحسب، بل يتعدى ذلك ليعتبر ديناميكية مجردة عن الأفراد ذوي المظاهر (Profils) المختلفة، مجندون بهدف النجاح معا أي تحقيق الأهداف المسطرة أو إنجاح مشروع موكل لهم، وفي هذا السياق لابد من:
  - ❖ انخراط جميع أفراد الفريق بالنسبة للأهداف والمهام الموكلة لهم؛
  - ❖ تثمين التكامل بالنسبة لمجموع المهام الموكلة في سياق الفريق؛
  - ❖ توضيح قواعد اللعبة بهدف تعزيز التغذية العكسية الدائمة والتي تعتبر منبع تقدم كل عضو من أعضاء الفريق؛
- **تطوير المنظمة:** تعتبر منظمة القرن 21 منظمة التعلم (apprenante) فهي تصبو على الدوام عن طريق احترام المورد البشري والسماح للأفراد بالمشاركة في هذه المغامرة البشرية ألا وهي المؤسسة؛

2-1-2 دور تطوير الكفاءات في نشاطات إدارة الموارد البشرية:

إن لعملية تطوير الكفاءات ارتباطا وثيقا بنشاطات إدارة الموارد البشرية والمتمثلة في[1]:

[1]: Shimon L.Dolon. et autres, op.cit, PP 308-310.

–تخطيط الموارد البشرية: لقد أصبح مفروضا على إدارة الموارد البشرية في ظل تناقص اليد العاملة المؤهلة في سوق العمل، سد النقص والاحتياجات المتزايدة لليد العاملة عن طريق اعتماد مخططات تحوي في طياتها تطوير الكفاءات ؛

–تحليل المناصب وتقييم المردودية: تكمن العلاقة بين تحليل المناصب وتقييم المردودية وبين تطوير الكفاءات في أن الأولى تساهم في تحديد حجم النقص الذي يعاني منه الأفراد ،فهي تسلط الضوء على الثغرات الموجودة لدى الأفراد من جهة ،وتساعد في اكتشاف يد عاملة متعددة الكفاءات (خاصة عند تقييم مردوديتهم) من جهة أخرى، مما يسمح بإعادة توزيع المهام وتوجيه الأفراد نحو مناصب مختلفة عن تلك التي كانوا يعملون بها لتلائمهم أكثر؛

–التوظيف والاختيار: عند احتياج المؤسسة لكفاءات جديدة فإنه لها خيارين، إما أن توظف أفرادا من خارج المؤسسة ذوي كفاءات جيدة وملائمة، أو أن تقوم بتطوير كفاءات عمّالها الحاليين بما يتماشى مع احتياجاتها لاكتسابهم الكفاءات المطلوبة؛

فالخيار الأول يؤثر على الأفراد الحاليين بحرمانهم من فرص الترقية مما يدفعهم إلى إبراز كفاءاتهم وتطويرها ذاتيا أي يكون ذلك بمثابة محفز لهم.

أما الخيار الثاني والذي تلجأ إليه معظم المؤسسات (لكون الأول مكلف) فهو تطوير كفاءات الأفراد الحاليين فهي بذلك تساهم في:

- توفير مجال أكبر لفرص الترقية؛
- تقليص الوقت اللازم لتدريب الأفراد الجدد؛
- إيجاد جو من المنافسة الإيجابية بين الأفراد؛
- المرونة في العمل خاصة إذا كان الأفراد يتمتعون بكفاءات متعددة وكذلك بسرعة الانتقال من وظيفة لأخرى والتعامل المتعدد الأبعاد مع المشاكل؛

-**بالمكافأة:**يعتبر عنصر المكافأة العامل المحفز للأفراد لكي يهتموا أكثر بتحسين مردوديتهم إذ تلعب المكافأة دورا هاما لضمان مشاركة الأفراد في برامج تطوير الكفاءات وحتى في الحفاظ على الأفراد الأكفاء وتجنب انتقالهم إلى المنافسين؛.

2-1-3 خطوات تحديد إستراتيجية تطوير (تنمية) الكفاءات:

لتحديد إستراتيجية لتطوير الكفاءات لابد من إتباع الخطوات التالية:

-التقييم الأولي لمخطط تسيير الموارد البشرية: يقصد بذلك المخطط الذي تتبناه المؤسسة، فعملية التقييم هذه عن طريق المراجعة الدورية لمخطط تسيير الموارد البشرية و التي تهدف لتحديد طبيعة الكفاءات المتواجدة بالمؤسسة وما إذا كانت موظفة بطريقة عملية وتتم المراجعة من خلال دراسة؛

- مكانة دائرة الموارد البشرية في الهيكل التنظيمي للمؤسسة لمعرفة ما مدى أهمية هذه الدائرة بالنسبة للمؤسسة مقارنة مع الدوائر الأخرى؛
- مخطط التوظيف المعتمد من طرف المؤسسة من خلال دراسة شروط التوظيف المعتمدة؛
- مخطط التكوين لمعرفة ما إذا كان يتماشى وأهداف المؤسسة في السوق؛
- مخطط الترقية أي الشروط والمعايير المعتمدة في هذا المجال؛
- مخطط متابعة تسيير المسار المهني لكل عامل بالمؤسسة من بداية تعيينه في المنصب إلى غاية تقاعده، ما يسمح بتشخيص ما قدمه كل عامل من البداية إلى غاية التقاعد،وما إذا كان يتوافق والأهداف المسطرة من طرف المؤسسة؛

وضع إستراتيجية لتطوير (تنمية) الكفاءات حسب مخطط تسيير الموارد البشرية:

إن التقييم الأولي والمراجعة الدورية لمخطط تسيير الموارد البشرية، يسمح بتحديد السلبيات الملاحظة في تسيير الكفاءات الموظفة حسب الأهداف المسطرة ، وهو ما يمكن من رسم

إستراتيجية لتطوير الكفاءات حسب الفرص والتهديدات التي يمليها السوق، حيث توضع هذه الإستراتيجية بناءا على العوامل التالية:

- ❖ الأهداف والتوجيهات الكبرى للمؤسسة في السوق؛
- ❖ الوسائل المسخرة لتحقيق تلك الإستراتيجية؛
- ❖ تحديد المسؤولين عن تنفيذ تلك الإستراتيجية حسب مردودية وكفاءة كل مسؤول على مستوى المؤسسة؛

-مراقبة تنفيذ الإستراتيجية المعتمدة لتنمية الكفاءات:إن مراقبة الإستراتجية المعتمدة لتطوير الكفاءات قائمة على التأكد من مدى تطابق الإستراتيجية المتبعة مع الحلول المقدمة أثناء التقييم الأولي لمخطط تسيير الموارد البشرية المعتمد في المؤسسة ،وهذا قائم على الوسائل المسخرة من جهة والأهداف المسطرة من طرف المؤسسة في السوق من جهة أخرى.

2-2 الأساليب الكلاسيكية المطورة للكفاءات:

من خلال هذا العنصر سنقوم باستعراض أهم الطرق الكلاسيكية المطورة للكفاءات والتي نحصرها في كل من التحفيز، التعلّم والتدريب. وسنتناول فيما يلي كل طريقة بنوع من التفصيل:

2-2-1 ماهية التحفيز:

تتطلب حاجات الفرد الدافعة الإشباعات الأساسية والمضمونة والتي اتفق جل العلماء أنها كامنة في الأجر الذي يتقاضاه الفرد من وظيفته ،خاصة إذا كانت ثابتة وذات استمرارية وديمومة، كما يسعى الفرد إلى إشباع حاجات مستقبلية لتحقيق أهدافه المستقبلية ليشعر بالتميز، لذلك توفر المؤسسات متطلبات هذه التطلعات والتي تسمى بالحوافز.

2-2-1-1-مفهوم التحفيز وأنواع الحوافز: سنتطرق أولا إلى إعطاء تعريف للتحفيز كما يلي:

-تعريف التحفيز: "هو إثارة سلوك الفرد بهدف إشباع حاجات معينة، وتنمية الرغبة في بذل مستوى أعلى من الجهود نحو تحقيق أهداف المؤسسة، على أن تؤدي هذه الجهود إلى إشباع بعض الاحتياجات عند الأفراد[1]".

على العموم فانه يمكن اعتبار الحوافز بمثابة المثيرات التي تحرك الفرد للاستجابة و القيام بسلوك معين لتحقيق هدف معين ،أما الدوافع فهي الرغبات و الحاجات التي تسير و توجه السلوك الإنساني نحو أهداف معينة بمعنى أخر فان الدافع للعمل يشير إلى شيء ينبع من نفس الفرد ويثير فيه الرغبة للعمل ،أما الحافز فانه يعتبر وسيلة لإشباع حاجة الفرد.

-أنواع الحوافز: للحوافز أنواع مختلفة يمكن تصنيفها وفقا لمعايير مختلفة كما يلي:

- الحوافز الفردية: نلخصها في الجدول التالي:

الجدول رقم 5: أهم الحوافز الفردية

الحافز	الشرح
حوافز الإنتاج: - الحافز بالقطعة - حافز الوقت	-لابد من وجود أجر معين للفرد على أدائه النمطي الذي يجب أن يحققه ثم يحدد الحافز عن كل قطعة تزيد عن أدائه النمطي (المعياري)؛ - يكافئ العامل على وفرات الوقت التي استطاع تحقيقها مع توفير الإنتاج في وقته المحدد وبكمياته المعيارية السابقة التحديد؛
العمولة:	-يعبر عن العمولة بأنها نسبة مئوية من القيمة المحققة التي تحددها المؤسسة، تجعل العلاوة الفرد على استعداد دائم لبذل المزيد من الجهد بعظيم مكاسبه؛
العلاوات: - العلاوة الدورية - العلاوة التشجيعية	-هي زيادة أجر العامل بشروط معينة كعدم حصوله على جزاءات تأديبية، والسعي الدائم لتحقيق النتائج المطلوبة منه؛ - تعادل علاوة دورية أو أكثر تمنح للعامل زيادة على مرتبته تشجيعا له للنتائج المحققة من قبله خلال السنة؛
- علاوة الاستثناء	-تستحق هذه العلاوة على ما يخرج من القاعدة والحكم العام مثلا عندما يخاطر رجل الإطفاء بحياته لإنقاذ شيخ، فيكافئ بمكافأة استثنائية؛
- المكافآت السنوية	-يعبر عن المكافأة السنوية بمقدار نسبي من المال يستحق بعد تحقيق أهداف موضوعة

[1] : www.hrdiscussion.com/hr24573.html. le 23.12.2013 à 14h45.

	مسبقا، وكلما كانت المكافآت متغيرة ومتباينة من فرد إلى آخر كلما كانت أكثر تحفيزا؛
الترقية:	-يقصد بها تعيين الفرد في منصب أو وظيفة تعلو بحكم طبيعتها الوظيفة التي كان يشغلها، وتحتاج طريقة الترقية إلى تحديد السياسة التي ستتبع لترقية الأفراد مسبقا؛

المصدر: من إعداد الطالبة استنادا إلى: محمد حافظ حجازي، إدارة الموارد البشرية دار الوفاء الدنيا، الإسكندرية، ط1، 2007 ص ص 223،230.

- الحوافز الجماعية: إن هذا النوع من الحوافز له دور بالغ الأهمية في تماسك الجماعة (فردين، أو أكثر يشتركون في الأهداف)، نوجزها من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم 6: أهم الحوافز الجماعية:

الحافز	التفسير
حوافز الإنتاج	ترتبط بالوحدات الإنتاجية الكمية والتي يمكن حسابها للجماعة، تحسب الزيادة وتقسم بالتساوي على كل أفراد الفريق وهي على نوعين (حافز بالقطعة، حافز الوقت).
المشاركة في الأرباح	تستقطع نسبة محددة ومعلومة مسبقا، ليتم توزيعها على عمال بالمؤسسة على استثمار مدخراتهم في رأس مالها.
المشاركة في الملكية	تكون في شكل حصص -ملكية أسهم- بهدف تشجيع العمال بالمؤسسة على استثمار مدخراتهم في رأس مالها.
حلقات التعاون	وذلك بعقد اجتماعات دورية بين العمال والإدارة لطرح الانشغالات والبحث عن الحلول الفعالة للمشكلات التي تواجهها المؤسسة، ومن أشهر هذه الحلقات: حلقات الجودة، وتعتمد هذه الاجتماعات على ضرورة الإيمان بفعاليات التعاون الجماعي.
الحوافز المعنوية	تتجسد من خلال: خطابات الشكر، الميداليات، الكؤوس بشرط أن تحمل اسم الجماعة (الفريق) بحدث هذا النوع من الحوافز تأثيرا عظيما في مشاعر الجماعة من حيث الشعور بالفخر والامتياز

المصدر: من إعداد الطالبة استنادا إلى: محمد حافظ حجازي، مرجع سابق ص ص 231،235.

2-2-1-2أساليب التحفيز الحديثة:تقوم هذه الأساليب على فكرة زيادة مشاركة العمال في اتخاذ القرارات التي يقومون بتنفيذها، أي بمعنى أخذ فكرة الإدارة بالمشاركة ومن أهم هذه الأساليب نجد[1]:

-أسلوب توسيع العمل: يتضمن هذا الأسلوب مهام أخرى للعمل الذي يقوم به الفرد من نفس مستواه الإداري، بدلا من أن يقتصر عمله على القيام بعمل محدد متخصص، وكأن هذا الأسلوب هو رجوع عن مبدأ التخصص في العمل الإداري، حيث أن إضافة الواجبات والمسؤوليات إلى العمل الأساسي تزيد من الرغبة في العمل وتقضي على الملل والروتين وبالتالي يزيد من تحفيز العمال على أداء الأعمال.

- أسلوب إثراء العمل: يقصد بإثراء العمل إعطاء العمال فرص أكثر وحرية أوسع سواء في إعطائهم بعض المهام التي يقوم بها الرئيس، وبالتالي زيادة المشاركة في اتخاذ القرارات، أو من خلال تخطيط وتنظيم ومراقبة أعمالهم، وهذا يعني زيادة التوسع العمودي في الأعمال بينما أسلوب العمل يعني زيادة التوسع الأفقي في الأعمال؛

- أسلوب العمل المرن: يسمح هذا الأسلوب للعمال باختيار ساعات العمل التي يريدونها ضمن حدود معينة، فيستطيع العامل الحضور إلى العمل وتركه خلال ساعات معينة مع تواجده في ساعات محددة تسمى الوقت الأساسي، ومن مزايا هذا الأسلوب أنه يسمح للعامل بجدولة أوقات دوامه بما لا يتضارب مع مصالحه الشخصية ومتطلبات العمل، كما أنه يسمح له باختيار الوقت الذي يعتقد بأن إنتاجيته فيه أفضل ما يمكن؛

- أسلوب العمل الأسبوعي المكثف:يتضمن هذا الأسلوب السماح للعامل بقضاء ساعات العمل الأسبوعية خلال عدد أيام أقل ، وهذا يسمح له بقضاء وقت أطول للراحة والتسلية والأعمال

---

[1]قبة فاطمة ،علاقة نظام تقييم الأداء بالتحفيز في المؤسسة الاستشفائية دراسة حالة المركز الاستشفائي الجامعي بالبليدة،رسالة ماجستار،جامعة سعد دحلب البليدة، 2006، ص ص56 ،57.

الشخصية، كما يؤدي استخدامه إلى زيادة الرضا الوظيفي والإنتاجية وتقليل معدلات دوران العمل والغيابات، بالمقابل قد يؤدي هذا الأسلوب في بعض الحالات إلى الإرهاق والتعب مما يؤدي إلى جودة أقل؛

- أسلوب مجموعات الجودة: عبارة عن مجموعات صغيرة من العمال تجتمع معا وباستمرار خلال وقت العمل في المؤسسة لمناقشة وتطوير أفضل الطرق والوسائل التي تستطيع تحسين نوعية وتنمية الإنتاج؛
- أسلوب الإدارة بالأهداف: يهدف هذا الأسلوب إلى زيادة التحفيز الداخلي للعمال من خلال اشتراك المرؤوسين مع الرؤساء في تحديد الأهداف وزيادة رقابة المرؤوس على عمله وهذا يعني زيادة مشاركة المرؤوس في اتخاذ القرارات التي تؤثر عليه بشكل مباشر؛

2-2-1-3إعداد وتصميم نظام الحوافز: قبل التطرق إلى مراحل إعداد وتصميم نظام الحوافز تجدر الإشارة إلى أن نظام الحوافز يتوجب توفر الشروط التالية[1] من عدالة الحوافز كالنقابة، تكيفها مع توقعات العاملين، أقلمتها مع بيئة العمل و ارتباطها بجهود الأفراد والعاملين لتحقيق الكفاءة الإنتاجية.

أما مراحل إعداد وتصميم نظام الحوافز فهي كالتالي[2]:

- تحديد أهداف أو هدف النظام:قد يكون هدف المؤسسة تعظيم الأرباح أو رفع المبيعات وأو تخفيض التكاليف أو تحسين الجودة أو غيرها من الأهداف، ولتحقيق الهدف العام لابد من تقسيمه إلى أهداف جزئية بحسب وحدات التنظيم، ولذلك فإن نظام الحوافز الشامل يمكن أن يتضمن عدة

[1] فيصل حسونة، إدارة الموارد البشرية، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 2008 ص 91.

[2] قبة فاطمة، مرجع سابق ص ص 46،47.

أنظمة فرعية بداخله، وتقسيم الهدف العام إلى أهداف جزئية يعني ضرورة التسلسل من أعلى إلى أسفل وذلك داخل كل وحدة تنظيمية؛

- دراسة الأداء: تسعى هذه الخطوة إلى تحديد ووصف الأداء المطلوب كما تسعى إلى تحديد طريقة قياس الأداء الفعلي إذ أن هذا الأخير يستدعي وجود عدد ملائم للعمال وجود وظائف ذات تصميم سليم، وجود طرق عمل سليمة، وجود ظروف عمل ملائمة ووجود سيطرة كاملة للعمال على العمل؛

- تحديد ميزانية الحوافز: يقصد بذلك المبلغ الإجمالي المتاح لمدير نظام الحوافز لكي ينفق على هذا النظام، ويجب أن يغطي المبلغ الموجود في الميزانية البنود التالية: قيمة الحوافز والجوائز، تكاليف الترويج،

- وضع إجراءات النظام: هنا يتم ترجمة النظام في شكل خطوات وإجراءات متسلسلة أي تعني تسجيل الأداء وحساباته ونماذجه واجتماعاته وأدوار المشاركين فيه وأنواع الحوافز وتوقيت تقديمها؛

2-2-2-ماهية التعلم:

إن التعلم أمر مألوف في حياتنا غير أن تعريفه علميا يظل مسألة مثيرة للجدل، وفيما يلي سنحاول إعطاء تعريف مبسط لمفهوم التعلم ثم التطرق إلى شروطه وأشكاله إضافة إلى مراحله ونظرياته.

2-2-2-1مفهوم التعلم وشروطه: يعرف التعلم "بكونه تغيير وتعديل في السلوك الثابت نسبيا وناتج عن التدريب، حيث يتعرض المتعلم في التعلم إلى معلومات أو مهارات، ومن ثم يتغير سلوكه أو يتعدل بتأثير ما تعرض له[1]" ،من خلال هذا التعريف نستخلص أن التعلم ما هو إلا عملية تغيير سلوك الإنسان بفعل الخبرة، كما تجدر الإشارة إلى أن هناك اختلاف بين التعلم

[1] www.Wadilarab/com/t2024-topic,Ahmed Badri Abdelaziz/ le 29.08.2013 à 15h00

والتعليم، فالتعليم يتم بطريقة رسمية في المدارس والجامعات وهو بمثابة مؤثر خارجي على الفرد، أما التعلم فهو يتم خارج التعليم الرسمي ومصدره الخبرة أو التجربة التي يتعرض لها الإنسان، وهو نابع من داخل الفرد[1].

أما شروط التعلم فتتمثل في النقاط التالية:

– النضج والتدريب: يتعلق النضج بالنمو في بعض أجهزة الفرد الداخلية، بينما التدريب يتعلق بالتعلم، فتعلم اللغة عند الإنسان يتوقف على مدى تدريب هذا الإنسان عليها؛

– الدافعية: يحدث التعلم وضع (موقف) بسيكولوجي معين، بسبب وجود حالة من التوتر لدى الفرد، ويهدف نشاط التعلم إلى إشباع وخفض حالة التوتر الناتجة عن وجود دافع معين عند الفرد، ومن هنا تأتي القاعدة السيكولوجية والتي مفادها لا تعلم بدون دافع (كالحاجة للبقاء في المنصب، الرغبة في الترقية) ؛

– موضوع التعلم: يتخذ موضوع التعلم صورا عديدة كالأفكار، المواقف، المهارات..إلخ؛

– الوضعية التعليمية: يقصد بها "السياق العام الذي يحدث فيه التعلم"، قد تكون وضعية تلقائية كاللعب أو قصدية كالمدرسة ، وبالتالي فإن التعلم مرهون بالسياق الذي يجرى فيه؛

– وفيما يتعلق بأشكال التعلم، قد يأخذ التعلم أحد الأشكال التالية:

– –تعلم معرفي: يهدف إلى اكتساب الفرد الأفكار والمعاني والمعلومات التي يحتاج إليها في حياته؛

– تعلم عقلي: يهدف إلى تمكين الفرد من استخدام الأساليب العلمية في التفكير سواء في مجال المشكلات أو في مجال الحكم على الأشياء؛

---

[1] موزاوي سامية، "مكانة تسيير الموارد البشرية ضمن معايير الإيزو وإدارة الجودة الشاملة"، مذكرة ماجستار، جامعة الجزائر تخصص إدارة أعمال، 2004/2003، ص 87.

– تعلم انفعالي وجداني: يهدف إلى اكتساب الفرد الاتجاهات والقدرة على ضبط النفس في بعض المواقف الانفعالية؛

– تعلم لفظي: يهدف إلى اكتساب الفرد العادات المتعلقة بالناحية اللفظية كالقراءة الصحيحة لمقال معين أو نص قصير... إلى غير ذلك؛

– تعلم اجتماعي وأخلاقي: يهدف إلى اكتساب الفرد العادات الاجتماعية المقبولة في مجتمعه و تعلم النواحي الخلقية؛

– التعلم المقصود: يطلق عليه التعلم المقصود، وهذا النوع من التعلم يتطلب من الفرد القيام بالجهد والفهم والترتيب والانتباه، واستخدام بعض وسائل الإيضاح سواء كانت حركية أو عقلية؛

2-2-2-2نظريات التعلم: هناك 3 نظريات مشهورة حول التعلم نوجزها فيما يلي[1]:

– نظرية التعلم الشرطي:هذه النظرية ناتجة عن أعمال عالم النفس الروسي "إيفان بافلوف[*]"ومفاد هذه النظرية هو أن التعلم هو أساس استجابة مشروطة تتضمن بناء علاقة بين المحفز المشروط والمحفز غير المشروط، وحينما يتوافق المحفز الملزم وآخر محايد، يصبح المحفز المحايد (الجرس) محفزا مشروطا وبذلك يأخذ خصائص المحفز المشروط (اللحم)، وبإسقاط هذه النظرية على الجانب الإداري فنضع المثال التالي: تعود العمال في مؤسسة ما على استلام استمارات خاصة بكل فرد ولقد ارتبط وقت هذا التسليم بترقية بعضهم كل سنة، مما دفعهم للعمل بجد في تلك المرحلة، وباستمرار هذه العملية لسنوات سيدفع الأفراد للسعي في كل مرة توزع عليهم الاستمارات إلى العمل الجاد حتى ولو لم تكن هناك عمليات ترقية.

---

[1] أبو القاسم حمدي، مرجع سابق ص ص 69،70

[*] حيث قام بقياس كمية اللعاب قبل تقديم قطعة اللحم للكلب، فوجد زيادة كمية اللعاب بعد تقديم قطعة اللحم، ثم قام بدق الجرس دون تقديم قطعة اللحم، فلم تظهر آية استجابة، وبعد تكرار الربط بين قطعة اللحم ودق الجرس بدأت استجابة الكلب بسيلان لعابه، حين سماع دق الجرس دون تقديم قطعة اللحم.

– نظرية التعلم الشرطي الوسيلي: انطلاقا من التنمية فإنها تدل على أن عملية التعلم تكون كوسيلة لتحقيق شيء ما، وبإسقاط هذه النظرية على الجانب الإداري نصيغ المثال التالي: وعد المدير رجل البيع بمكافأة عندما يعمل عملا إضافيا خلال عطلة نهاية الأسبوع، وبعد إتمام تلك الأيام لم يتلق رجل البيع مكافأته، ففي المرة المقبلة إذا طلب منه ذلك ثانية فإنه على الأغلب سيرفض أو إذا وافق فإنه لن يعمل بجد، بالتالي فإنه إذا لم يحصل الفرد من خلال تعلمه لسلوك معين بغية الحصول على شيء ما على التعزيز الإيجابي (الثناء، الرضا، المكافأة،...) فإن ذلك سيؤدي إلى انخفاض احتمال تكراره وبالتالي انخفاض أو انعدام التعلم مستقبلا.

– نظرية التعلم الاجتماعي: مفادها أن الأفراد بإمكانهم التعلم عن طريق إما الملاحظة لما يحدث للأفراد الآخرين (المدراء، المشرفون،..) وإما بالخبرة المباشرة، وهنا يلعب الإدراك عنصرا مهما في استجابة الأفراد للتعلم، إذ أن النماذج التي يحددها الفرد ويراها قدوة له في التعلم تعد الركيزة الأساسية في هذه النظرية.

2-2-2-3 مراحل التعلم: تمر عملية التعلم بثلاث مراحل أساسية كالتالي[1]:

– نشاط التعلم: مبدئيا يشترك المتعلمون في بعض الأنشطة التي يختارها المعلم كوسيلة من بين وسائل التعلم المتعددة، و يمكن أن تتسم هذه المشاركة بالسلبية كالقراءة أو متابعة الشرح أو بالاستجابة كالمساهمة في تقديم الحلول لدراسة حالة أو المشاركة في تمثيل الأدوار؛

كما قد يكون الهدف من هذه الأنشطة عاما جدا كالاكتشاف أو الفحص أو القراءة أو محددا كتحديد بعض الأسباب التي قد تتسبب في مشاكل الأداء.

ويتمثل الهدف من تقديم أنشطة التعلم في تشجيع التعلم الاستقرائي من خلال القراءة أو التعلم الإستنتاجي من خلال التجربة.

---

[1] لوي هارت، ترجمة تيب توب لخدمات التعريب والترجمة، وسائل التدريب الفعالة"، دار الفاروق للنشر والتوزيع، القاهرة، ط1، 2002 ص ص 14،15.

- استجابة المشاركين: تشجع هذه المرحلة المتعلمين على تحديد تأثير ما تعرضوا له في المرحلة الأولى (نشاط التعلم)، وتحليل المشاعر والمعلومات التي اكتسبوها، ويمكن استخدام طرق متعددة لإثارة استجابة المشاركين على الظهور كالاقتراع، التقييم، المناقشة في مجموعات صغيرة، توجيه الأسئلة، إكمال العبارات،...إلخ؛

-تطبيق المادة العلمية: بعد أن تتم المناقشة والتحليل في المرحلة الثانية يمكن أن يبدأ المشاركون في التعلم واستنباط النتائج وتطبيقها على حياتهم اليومية، وبذلك تنتقل عملية التعلم من عالم المحسوسات إلى عالم الملموسات،

2-2-3 ماهية التدريب:

يعد التدريب من أهم الأنشطة الإدارية التي تمارسها المؤسسة بهدف تنمية مهارات الأفراد وتزويدهم بالمعلومات والمعارف اللازمة لتأدية وظائفهم بكفاءة وفعالية، مما يصب في تطوير كفاءاتهم واكتسابهم كفاءات أخرى جديدة تتطلبها مهامهم، وهذا ما سنحاول إبرازه في هذا العنصر من خلال التطرق إلى تعريف التدريب، وذكر أنماطه ووسائله إضافة إلى مراحل العملية التدريبية.

2-2-3-1 مفهوم التدريب: تعددت وتنوعت التعريفات المقدمة للتدريب مما نتج عنه تباين وتنوع في المفاهيم، غير أنهم يمتد هذا التباين إلى المضمون الحقيقي لمفهوم التدريب بل اقتصر فقط على النواحي الشكلية للمفهوم.

التعريف1:"يشير التدريب إلى الجهود الإدارية أو التنظيمية التي تهدف إلى تحسين قدرة الفرد على أداء عمل معين، أو القيام بدور محدد وصقل قدرات الفرد ، وتوسيع نطاق معرفته من خلال التعلم، لرفع مستوى كفاءته وكفاءة المؤسسة التي يعمل فيها[1]"

[1] همشري، عمر أحمد، الإدارة الحديثة للمكتبات ومراكز المعلومات، دار صفاء، عمان ، 2001، ص 296.

التعريف2: "النشاط الفعال الذي يساهم في زيادة مهارة الموارد البشرية في أداء أعمالهم، لتنفيذ خطط وبرامج العمل الحالية والمستقبلية وذلك على أسس علمية بهدف رفع كفاءة المنظمة وفعاليتها[1]"

التعريف3: "وهو مجموعة الأفعال التي تسمح لأعضاء المنظمة لأن يكونوا في حالة من الاستعداد والتأهب بشكل دائم ومتقدم من أجل وظائفهم الحالية والمستقبلية في إطار منظمتهم وبيئتها[2]"

التعريف 4: "هو تنمية منظمة، وتحسين للاتجاهات والمعرفة والمهارات ونماذج السلوكات المتطلبة في مواقف العمل المختلفة، من أجل قيام الأفراد بمهامهم المهنية أحسن قيام وفي أقل وقت ممكن وبطريقة مريحة[3]"

ومن خلال التعاريف السابقة، نستخلص التعريف الإجرائي التالي:

"يعد التدريب عملية إجرائية منظمة، ومخططة ومستمرة، تلجأ إليها المؤسسة لتزويد العمال بالمعارف والمهارات في مجال معين ليكون العامل كفأ وفعالا في أداء المهام الموكلة له، وهذا يصب قي تحقيق أهداف المؤسسة والمتمثلة عادة في زيادة إنتاجها وزيادة أرباحها، مما يجعلها متميزة عن باقي المؤسسات الأخرى.

– اختلاط مفهوم التدريب بالمفاهيم الأخرى: هناك مفاهيم أو مصطلحات يمكن أن تختلط مع مفهوم التدريب كالتكوين، التعلم، التعليم، حيث يختلف مدلول هذه المصطلحات بالرغم من أنها جميعا تعبر عن التجربة التي يخوضها الفرد في سبيل الحصول على المعلومات واكتساب المهارات

---

[1] "علي محمد ربابعة، إدارة الموارد البشرية، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2003، ص 53.

[2] بن زاهي منصور، الشايب محمد الساسي، التدريب كأحد المقومات الأساسية لتنمية الكفاءات البشرية،مداخلة ضمن متطلبات الملتقى الدولي حول التنمية البشرية وفرص الإدماج في اقتصاد المعرفة والكفاءات البشرية، كلية الحقوق والعلوم الاقتصادية، جامعة ورقلة، 2004 ص 197.

[3] بوفجلة غيات، مبادئ التسيير البشري، دار الغرب للنشر والتوزيع، الجزائر، ط2، 2004، ص 59.

التي يتطلبها أداء العمل، إلا أن كل منها يشير إلى جانب أو مجال معين من الجوانب المختلفة للتجربة أو الخبرة الفردية.

الجدول رقم7: المقارنة بين التعليم والتدريب[1]

أوجه المقارنة	التعليم	التدريب
من حيث الأهداف:	تتلاءم الأهداف مع حاجة الفرد والمجتمع بصفة عامة	أهداف سلوكية محددة لتجعل العمال أكثر كفاءة وفعالية في وظائفهم
من حيث المحتوى:	محتوى عام	محتوى البرنامج التدريبي محدد تبعا لحاجة العمل الفعلية
من حيث المدة	طويلة	قصيرة
من حيث الأسلوب	تلقي المعارف الجديدة	أسلوب الأداء والمشاركة
من حيث المكاسب	معارف ومعلومات	معلومات ومعارف ومهارات

المصدر: www.scousarena.com le 25/12/2013

من خلال الجدول السابق، يمكن القول أن التعليم يعتبر القاعدة العريضة التي يبنى عليها التدريب، فالتعليم يهدف إلى تكوين وإعداد الفرد فكريا وعقليا لمواجهة ظروف الحياة عامة والعمل خاصة، أما التدريب فيهدف إلى زيادة معارف الفرد السابقة وتنميتها وصقل مهاراته لأداء مهام وظيفته المعينة[2]"

الجدول رقم 8: المقارنة بين التعلم والتدريب

التعلم	التدريب
يهدف إلى إمداد الفرد بالأساس، العريض الذي ينطلق منه كل في مجال تخصصه إلى مجالات العمل المختلفة.	يكون أكثر تخصصا وتحديدا من نطاق التعلم فهو يهدف إلى تمكين الفرد من إتقان عملية أو عمليات بذاتها.
يرتبط بأهداف الفرد أكثر من ارتباطه بأهداف المؤسسة	غالبا ما يرتبط بأهداف وحاجات المؤسسة، ما تريده من تغيرات في مهارات وسلوكات الأفراد لتحقيق أعمال معينة.

[1] www.scousarena.com le 25.12.2013 à 15h30

[2] محمد جمال الكفافى، الاستثمار في الموارد البشرية للمنافسة العالمية، الدار الثقافية للنشر والتوزيع، القاهرة، 2006، ص 162.

يؤدي إلى زيادة وتعميق المعرفة أو الثقافة العامة والإلمام بالبيئة ككل	يؤدي إلى تعميق المعرفة المتخصصة والمهارة لدى الفرد بخصوص إنجاز عمل أو أداء وظيفة معينة بذاتها.
فهم المعرفة وتفسيرها، فهو لا يعطي إجابات قاطعة ولكنه يعمل على تنمية ذهن منطقي رشيد يستطيع أن يحدد العلاقات بين متغيرات ترتبط ببعضها البعض	هو تطبيق للمعرفة ويمكن الأفراد من الإلمام والوعي بالقواعد والإجراءات الموجهة والمرشدة لسلوكهم.

المصدر:نبق أبو بكر، "الاستثمار في الموارد البشرية، (التدريب)"،مذكرة ماجستير، جامعة الجزائر، الجزائر سنة 2001/ص ص 65، 66

من خلال الجدول السابق يمكن استخلاص أن التدريب والتعلم عمليتان متلازمتان فالتعلم يتضمن جوانب المعرفة العامة والتدريب يرتبط بالوسائل والإجراءات الخاصة بأداء وظيفة معينة فمثلا: تعلم الفرد أصول المحاسبة العامة يتطلب منه ذلك زيادة معرفته النظرية عن المحاسبة العامة (عن طريق التعلم)، وترجمة هذه المعرفة النظرية عن المحاسبة العامة على أرض الواقع (أي في المؤسسة) يعتبر تدريبا وبالتالي يصعب فصل التعلم عن التدريب والعكس. المقارنة بين التكوين والتدريب:يعتبر التكوين في مجال التنمية البشرية رؤية أي شيء نتمنى تحقيقه، ولتحقيق هذه الرؤية على الفرد أن يمر بفترات يحقق فيها بعض الأهداف "قصيرة ومتوسطة المدى" ويتم ذلك عن طريق التدريب.

بالتالي فإنه يمكن القول أن التكوين مرافقة حياتية، والتدريب هو بمثابة أنشطة قصيرة المدى قد تستغرق ساعات أو أيام فقط[1].

وعلى العموم فإن العديد من الباحثين متفقين على عدم وجود اختلاف في مدلول الكلمتين ، فلا يوجد فرق بين التدريب والتكوين إلا من حيث أن التدريب مصطلح يطلق عليه في المشرق أي بمعنى Training، أما التكوين فهو مصطلح يطلق عليه في المغرب العربي أي بمعنى Formation.

[1] فارس بن صويلح، مدرب في التنمية البشرية (2012/09/5) نقلا عن www.faresbensouilah.com consulté le 25.12.2013

ومن خلال الجدول السابق يمكن استخلاص أن التدريب والتعلم عمليتان متلازمتان فالتعلم يتضمن جوانب المعرفة العامة والتدريب يرتبط بالوسائل والإجراءات الخاصة بأداء وظيفة معينة فمثلا: تعلم الفرد أصول المحاسبة العامة يتطلب منه ذلك زيادة معرفته النظرية عن المحاسبة العامة (عن طريق التعلم)، وترجمة هذه المعرفة النظرية عن المحاسبة العامة على أرض الواقع (أي في المؤسسة) يعتبر تدريبا ،بالتالي يصعب فصل التعلم عن التدريب والعكس.

2-2-3-2 أنماط ووسائل التدريب: تعددت أنواع البرامج التدريبية بالنسبة للفرد والمؤسسة والدولة، وحتى بالنسبة للفرد نفسه، ومن مؤسسة إلى أخرى باختلاف أهدافها وأنواعها،وفيما يلي سنحاول التطرق إلى أهم أنماط التدريب كالتالي:

- التدريب في ضوء احتياجات الفرد: نجد فيه الأنواع التالية:

- التدريب الذاتي: يقوم به الفرد لتطوير مهاراته (ينمى نفسه بنفسه)؛
- التدريب الفردي: يهدف إلى تنمية مهارات فرد بحاجة إلى التوجيه والإرشاد للطريق السليم؛
- التدريب الجماعي: يهدف إلى تنمية الأفراد بصورة جماعية؛
- التدريب في ضوء احتياجات المؤسسة نجد فيه نوعين:

❖ التدريب التخصصي: يهدف إلى تنمية المهارات وتحسين الاتجاهات في المجال التخصصي كالتدريب الإداري؛

❖ التدريب القيادي: موجه لمستويات الإدارة الثلاث (المستوى الإشرافي، الإدارة الوسطى، الإدارة العليا)[*]؛

- التدريب في ضوء احتياجات الدولة يقسم إلى نوعين:

---

[*] لمزيد من المعلومات أنظر. نجم العزاوي، التدريب الإداري، دار اليازوري، عمان، 2006، ص 102.

- ❖ التدريب الداخلي: يهدف إلى تنمية الأفراد العاملين داخل الدولة؛
- ❖ التدريب الخارجي: : يهدف إلى تنمية الأفراد العاملين خارج الدولة خاصة الدول النامية؛

- التدريب في ضوء احتياجات العمل يقسم إلى ثلاثة أنواع

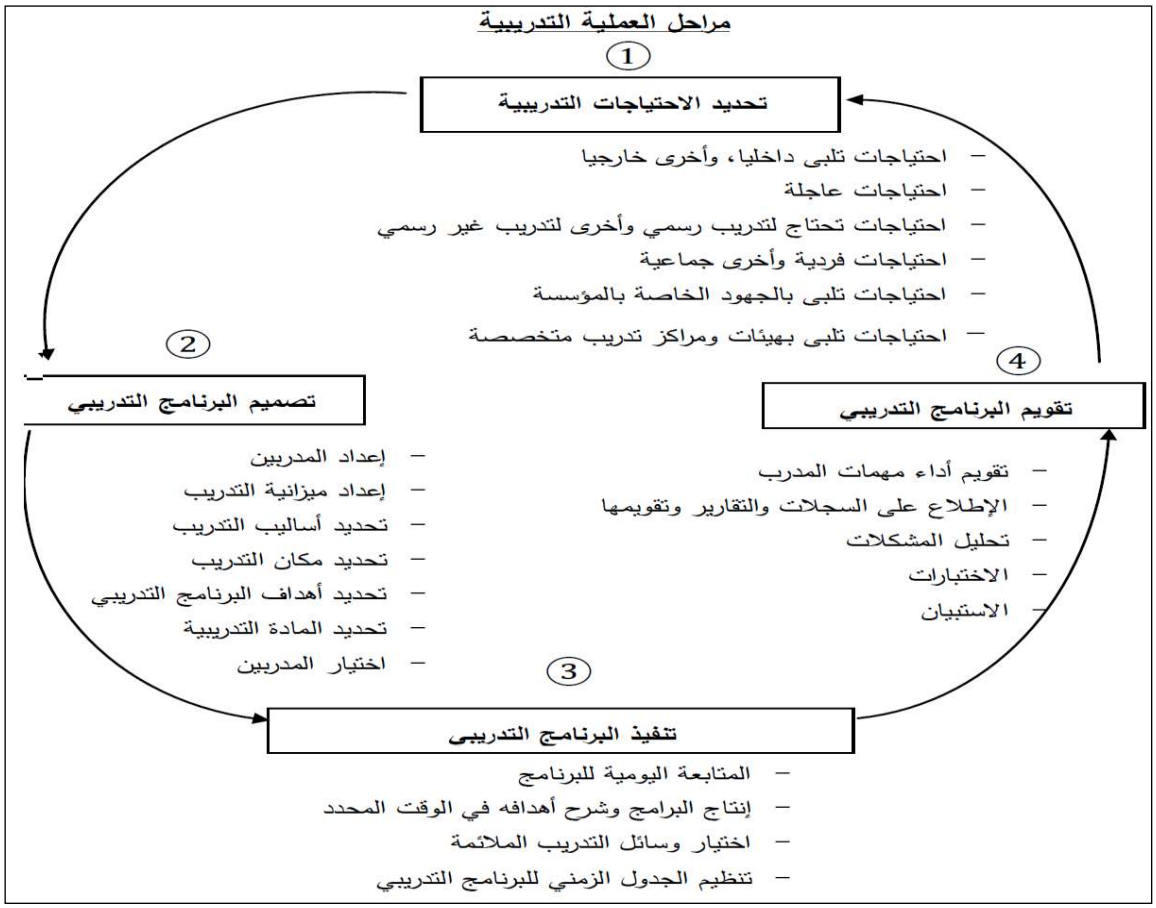
- ❖ التدريب السابق: تتغلب عليه الصفة النظرية أي الأكاديمية، ويكون عادة قبل الالتحاق بالعمل (خلال مراحل الدراسة)؛
- ❖ التدريب التوجيهي: يهدف لتعليم العامل الجديد عمله، والمهام المسندة له وفي هذا النوع ينتقل العامل إلى عدة أقسام في المؤسسة خلال وجوده تحت التجربة؛
- ❖ التدريب أثناء العمل: يهدف إلى اكتساب الفرد المهارة اللازمة لإتقان العمل ويحصل عليه إما من خارج العمل (في المعاهد والمراكز المتخصصة) أو من داخل العمل (من الرؤساء والزملاء الذين لديهم خبرة أكبر)؛

أما فيما يخص وسائل التدريب الفعالة فانه يقصد بالوسيلة الوسيط الذي يستخدمه المدرب في عرضه لموضوعه التدريبي ،بتعبير آخر هي تلك المعدات والمستلزمات التي تساهم في نقل المادة العلمية والمعاني، و يمكن إيجاز وسائل التدريب في النقاط التالية[**] :

الأنشطة الافتتاحية المنظمة؛الأنشطة الختامية المنظمة؛عرض الأفكار؛قراءة المادة العلمية؛وسائل الإيضاح.عروض الفيديو والأفلام؛تدوين الملاحظات؛المناقشة؛الاستبيان؛حلقات المناقشة؛دراسة الحالة؛دراسة المراسلات الواردة/ فرز البطاقات؛تمثيل الأدوار؛تمثيل أدوار دراسة الحالة؛الألعاب والأنشطة المنظمة؛الجلسات الجماعية؛المواقف الحرجة؛

2-2-3-3 مراحل العملية التدريبية: تمر العملية التدريبية بالخطوات الرئيسية، الأربعة الموضحة من خلال الشكل التالي:

[**] للمزيد من المعلومات أنظر:لوي هارت ترجمة تيب توب، مرجع سابق ص ص 34،69.



الشكل رقم 6: مراحل العملية التدريبية

المصدر: من إعداد الباحثة استنادا إلى: لوي هارث ترجمة تيب توب لخدمات التعريب و الترجمة"، وسائل التدريب الفعالة"، دار الفاروق للنشر و التوزيع القاهرة، ط1، 2002، ص ص 34-69

يوضح الشكل السابق أن العملية التدريبية تبدأ بمرحلة تحديد الاحتياجات التدريبية المختلفة وتظهر الحاجة للتدريب لوجود قصور معين في الأداء أي بمعنى أن القصور ما هو إلا الفرق بين الأداء الفعلي والأداء المطلوب (المخطط)، أما المرحلة الثانية فهي مرحلة تصميم البرنامج التدريبي والتي تتطلب تحديد الأهداف (سواء كانت أهداف تدريبية عادية أو أهداف تدريبية لحل المشكلات،

أو أهداف تدريبية إبتكارية) ثم تحديد المادة التدريبية والتي تشير إلى مجموعة المعلومات أو المفاهيم أو الحقائق أو الأمثلة التي تشرح وتوضح موضوعا معينا، إذ يجب صياغة هذه المادة مع ما يتماشى مع المستوى التعليمي والعملي للمتدربين، ثم تليها مرحلة إختيار المدربين (المدرب الحاضر، المدرب القائد، المدرب التطبيقي، المدرب النفسي).

ثم إعداد المدربين وإعداد ميزانية البرنامج التدريبي وتحديد أساليب التدريب وفقا للأهداف المراد تحقيقها وأخيرا تحديد مكان التدريب.

المرحلة الثالثة تتمثل في مرحلة تنفيذ البرنامج التدريبي والتي يقصد بها مرحلة إدارة البرنامج التدريبي وإخراجه إلى حيز الوجود.

المرحلة الرابعة هي مرحلة التقويم والتي تعني قياس مدى تحقيق البرنامج التدريبي للأهداف المخططة ومدى كفاءته، وذلك بالاستعانة بأساليب مختلفة (كما هي موضحة في الشكل السابق).

2-3-الأساليب النيوكلاسيكية والحديثة المطورة للكفاءات:

سوف نتطرق فيما يلي إلى عرض الطرق الحديثة المستخدمة في تطوير الكفاءات بنوع من التفصيل، وذلك من خلال التطرق إلى كل من ماهية التعلم الإلكتروني، ماهية إدارة المعرفة، ومساهمة التقنيات الحديثة للاتصال والمعلومات في تطوير الكفاءات.

2-3-1ماهية التعلم الإلكتروني:E-learning

إن التقدم الذي حدث في مجال وسائل الاتصال أحدث ثورة في مجال نقل المعلومات و تعتبر الانترنيت من أفضل الوسائل في الوقت الحالي لنقل المعرفة واكتساب المهارات في جميع الميادين.

وفيما يلي سنتطرق إلى ماهية التعلم الإلكتروني وذلك من خلال تعريفه وذكر أهم أنواعه ومزاياه وعيوبه.

2-3-1-1مفهوم التعلم الإلكتروني: تعددت المفاهيم المقدمة للتعلم الإلكتروني بتعدد الوجهات التي ينظر إليها كل باحث وفيما يلي مجموعة من هذه التعاريف:

التعريف 1: "التعليم الإلكتروني هو مجموعة العمليات المرتبطة بنقل وتوصيل مختلف أنواع المعرفة والعلوم إلى الدارسين في مختلف أنحاء العالم باستخدام تقنية المعلومات، وهو تطبيق فعلي للتعليم عن بعد[1]"

التعريف 2: "التعليم الإلكتروني أو الافتراضي هو ذلك النوع من التعليم الذي يعتمد على استخدام الوسائل الإلكترونية في الاتصال بين المعلمين والمتعلمين والمؤسسة التعليمية برمتها[2]"

التعريف 3: "يشير التعليم الإلكتروني إلى مجموع الأجهزة التدريبية التي تحمل في طياتها الانترنيت كوسيلة للإبلاغ[3]"

من خلال التعاريف المذكورة أعلاه يمكننا صياغة التعريف الإجرائي التالي:

"التعليم الإلكتروني هو إحدى الطرق الحديثة المستخدمة في التعليم عن طريق الحاسب الآلي باستعمال تقنية الانترنت، فتختلف عن التعليم التقليدي في كون هذا الأخير يتطلب وجود علاقة مباشرة بين المعلم والمتعلمين ضمن مكان محدد"و لإنجاح التعليم الإلكتروني هناك مجموعة من المتطلبات لابد من توفرها نوجزها في النقاط التالية:

- لابد من توفر بنية تحتية شاملة ووسائل اتصال سريعة ومعامل حديثة للحاسب الآلي؛
- تدريب المعلمين على استخدام التقنية؛
- توفير المواد التعليمية على مدار الساعة؛

---

[1] www.Salah.Med El tourki.fr.slideshare.net/mg33662 consulté le: 24.12.2013 à 16h30.

[2] إبراهيم بن عبد الله المحسن، التعلم الإلكتروني ترف أم ضرورة، ورقة عمل مقدمة لندوة مدرسة المستقبل، فرع جامعة الملك سعود، المدينة المنورة، يومي16،17 رجب 1423هـ ، ص3 عن الموقع الإلكتروني: www.tarbawee.com consulté le : 29.08.2013.

[3] Ben Marzouga Ouahida, Le rôle du e-Learning dans le développement des compétences en entreprise, thèse de doctorat, option GRH, Tlemcen 2005/2006 P39.

- صياغة برنامج فعال لإدارة العملية التعليمية للبدء بتسجيل المتعلمين ومتابعتهم وتقييمهم؛
- بناء مناهج ومواد تعليمية جذابة؛

2-3-1-2أنواع التعليم الإلكتروني: ينقسم التعليم الإلكتروني إلى 3 أنواع على العموم، تختار المؤسسة النوع الذي يتناسب مع أهدافها نوجزها فيما يلي:

-التكوين الذاتي أو التعليم الإلكتروني المنعزل (المحض) :في هذا النوع يكون للمتعلم حرية الالتحاق بمحتويات وموارد بيداغوجية ضمن الأنترنيت أو الأقراص المضغوطة إلى غير ذلك، بطريقة غير محدودة (أي متى أراد ذلك دون أي تقييد).كما يستطيع المتعلم تكوين نفسه من خلال هذا النوع في أي وقت يريده وفقا لمتطلباته وبالتالي يكون حرا.

-التكوين بالوصاية عن بعد أو التعليم الإلكتروني+ وصاية:استنادا إلى التسمية فإن هذا النوع يتم بقيادة وصي (أو مدرب) يوجه المتعلم في مشواره التعليمي، ويشجعه كما يقوم بعملية تقييمه.يشمل أقسام خيالية أي ما يعرف بcyber-classe في هذه الحالة فإن المعلم (المدرب، المكون) يقود القسم أو (الأقسام) بطريقة متزامنة، ويمكن المتعلمين من الولوج للبرامج ومحتوياتها ومشاركتها مع غيرهم من المتعلمين عن طريق الويب ؛

بحيث يكون التفاعل إما بواسطة الاستماع إلى صوت المدرب عن طريق الأنترنيت أو الهاتف أو رؤية صورته فقط أو رؤية المتعلمين لمعلمهم والعكس أو رؤية المتعلم فقط أو عن طريق قيادة المعلم لحاسوب المتعلم مباشرة.

-التعلم المختلط Blended Learning يتم فيه التعليم الإلكتروني عن طريق المزج بين النوعين السابقين أي بين التعليم الإلكتروني المحظ وبين التعليم الإلكتروني مع الوصاية، ويعتبر هذا النوع أكثر إنتشارا مقارنة بالأنواع السابقة، وتحدد المؤسسة نسبة التعليم الإلكتروني المحض ونسبة التعليم الإلكتروني بالوصاية وذلك حسب الأهداف الموضوعة سابقا.

إن مصطلح التعليم الإلكتروني يضم 3 وظائف (مهام) كالتالي:

- عرض لمحتويات العملية التدريبية (التكوينية) في الويب؛
- عرض هندسة التعليم الإلكتروني (Ingénierie de la formation)؛
- عرض قواعد مضيفة (centres serveurs) والتي هي عبارة عن برامج تساعد في تسيير التعليم الإلكتروني (تسيير المتعلمين، تسيير محتوى التعليم،...) تشتمل من قبل المعلم، المتعلم والإداري؛

وعادة هذه القواعد توجد ضمن النوعين التاليين[1]:

❖ **Learning Management Systems –(LMS) أنظمة تسيير تعليمية:** عبارة عن أنظمة برامج مطوّر بهدف مرافقة المسيرين لتسيير العملية التكوينية للعمال، تشمل مجموعة أدوات الإتصال لتسهيل عملية التعليم الإلكتروني، كما تشمل على مجموعة إستبيانات لتقييم عملية التعليم.

❖ **Learning Content Managment Systems (LCMS)** تمكن هذه الأنظمة المختصين في المجال إضافة إلى المطورين من التنسيق عن طريق الويب بهدف صياغة محتويات تعليمية (تربوية) متجددة الاستعمال أو متكررة الاستعمال.

2-3-1-3 مزايا وعيوب التعليم الإلكتروني: فيما يلي سنوجز أهم مزايا وعيوب التعليم الإلكتروني:

المزايا: من أهم المزايا نجد:

[1]Mourad Belmoeiti, Le E-Learning comme moyen de gestion et développement des compétences, Projet de fin d'études pour l'obtention du diplôme de master spécialisé en Management stratégique des R.H, université Sid Mohamed Ben Abdellah, Fes Maroc, 2010/2011, PP. 36.37.

-مرونة التعليم من خلال صياغة التعليم استنادا إلى احتياجات المتعلمين والإمكانيات المادية المتاحة وتمكينهم من اختيار زمن ومكان التعلم حسب احتياجاتهم؛

-إمكانية التعليم حتى على المستوى العالمي وفي أقصر وقت؛

-إمكانية توجيه التعليم الإلكتروني باتجاه الشركاء، الموردين، الزبائن؛

-تسهيل الولوج للمعرفة والمهارات إضافة إلى الموارد الإعلامية المتعددة ؛

-يمكن التعليم الإلكتروني من نشر إستراتيجيات التعليم بطريقة سريعة في المؤسسات المتعددة الجنسيات كما يمكن المؤسسات الصغيرة والمتوسطة من وضع إستراتيجيات التعليم المستهدفة؛

-التعليم الإلكتروني يسمح بتخفيض تكاليف التعليم أو تكاليف التكوين؛

-يمكن العمال الذين هم بحاجة لتطوير مستمر ودائم لكفاءتهم من تحسين مستوى كفاءتهم التقنية والإدارية بهدف تحسين توظيفهم؛

العيوب: نوجزها في النقاط التالية:

- التركيز على أدوات التعليم الإلكتروني مما يترتب عنه نسيان الجانب الإنساني؛
- إحساس المتعلمين بالعزلة خاصة إذا كان التعليم الإلكتروني عن بعد محض، لذلك يتوجب اللجوء إلى الوصاية و تجمع المتعلمين؛
- عدم التحكم في التكاليف عادة؛
- المراقبة المستمرة للمتعلمين تجعلهم يحسون أنم مقيدون؛
- فقر محتويات البرامج التعليمية إذ لا يكف نقل النسخ على الإنترنيت وإنما يتوجب تطويرها بصفة مستمرة حتى يكون نظام التعليم الإلكتروني فعالا؛

2-3-2 ماهية إدارة المعرفة "Knewledge Management K -M"

إن مصطلح إدارة المعرفة مشكل من كلمتين "إدارة" و"معرفة"، لذلك كان لزاما علينا تعريف كل كلمة على حدا، ثم إعطاء تعريف لمصطلح إدارة المعرفة، وسوف نتطرق فيما يلي إلى تعريف المعرفة مع ذكر أهم أنواعها، أما مصطلح الإدارة فسوف نتطرق إليه بالتفصيل في الفصل القادم.

2-3-2-1 مفهوم المعرفة وأنواعها: لقد تعددت التعاريف المقدمة للمعرفة باختلاف وجهة نظر الباحثين وفيما يلي تعريف شامل:

"المعرفة مزيج من الخبرة والقيم والمعلومات السياقية وبصيرة الخبير التي تزود بإطار عام لتقييم ودمج الخبرات والمعلومات الجديدة، فهي متأصلة ومطبقة في عقل العارف بها، وهي متضمنة في المؤسسة والمجتمع وليس في الوثائق ومستودعات المعرفة فحسب، ولكنها أيضا في الروتين التنظيمي والممارسات والمعايير وبعبارة صريحة أكثر إنها معرفة كيف إذا أنها تعتبر مزيج بين الخبرات والمهارات والقدرات والمعلومات المتراكمة لدى العمال والمؤسسة[1]".

أما فيما يتعلق بأنواع المعرفة فنوجزها في الجدول التالي:

الجدول رقم 9: تصنيفات المعرفة في ضوء عدد من الدراسات المتخصصة

إسم المؤلف	نوع المعرفة	الشرح
ميشل زاك[2] M.Zack	المعرفة الجوهرية	المستوى الأدنى المطلوب في الصناعة.
	المعرفة المتقدمة	المستوى الذي يمكن المؤسسة من البقاء تنافسا من خلال التميز.
	المعرفة الإشكالية	المستوى الذي يمكن المؤسسة من قيادة الصناعة.
إ.نونوكا[3] I Nonaka	المعرفة الصريحة	معرفة رسمية قياسية، مرمزة، نظامية، صلبة قابلة للنقل والتعليم.
	المعرفة الضمنية	معرفة غير رسمية، ذاتية، منظمة، قابلة للنقل.

[1] عبد الستار العلي وآخرون، "مدخل إلى إدارة المعرفة"، دار المسيرة، عمان الأردن، ط2، 2009، ص 25.

[2] Michel H Zack, Developing a knewledge strategy, California management Review Vol (41), No 3, Spring 1999, P123.

[3] Ikujiro Nanoka, the Knewledge- creating company, HBR, Vol (69) No 6,Nov 1999, P96.

توم باكمان[1] T.Backman	المعرفة الصريحة	مؤلفة، رسمية، منظمة، قابلة للنقل.
	المعرفة الضمنية	غير رسمية، غير موثقة، يمكن الوصول إليها بالاستعلام والمناقشة.
	المعرفة الكامنة	حديثة داخلية، قابلة للوصول من خلال الاستنباط المعرفي.
	المعرفة المعروفة	إكتشافها بالتبصر، النشاط، التجريب، البحث، المناقشة.
مورتن هانسن[2] M.Hanson	المعرفة المرمزة	قابلة للوصف، للقياس والتوثيق، النقل، التقاسم، قابلة للتخزين.
	المعرفة المشخصة	ضمنية، حديثة، غير قابلة القياس والتخزين قابلة التعلم.
ميكوس سارفاي[3]	المعرفة المركزية	قياسية في الإجراءات والقواعد، فائقة القمة وروتينية
	المعرفة اللامركزية	غير قياسية، تتركز غي الأفراد تجاوبهم، سياق عملهم وتفاعلهم
شون وي كو[4]	معرفة القواعد	تصريحية، إجرائية، قياسية، سجلات.
	معرفة ضمنية	مفاهيمية، حديثة، تجريبية، مجسدة في النشاط
	معرفة ثقافية	سياقية، مرتبطة بالرؤى، الأحاديث القصص والإشعارات

المصدر: نجم عبود نجم، إدارة المعرفة المفاهيم والاستراتيجيات والعمليات، الوراق للنشر والتوزيع عمان، ط1، 2009 ص07 نقلا عن المراجع المشار إليها في التهميش.

على العموم فإن المعرفة تصنف إلى أنواع كالتالي:

- المعرفة الصريحة:يقصد بها معرفة المؤسسة والتي تكون مخزنة في وسائل مادية مثل الأرشيف المعطيات والإجراءات والمخططات والنماذج، وتعتبر شائعة ورائدة بين الأفراد.

- المعرفة الضمنية:تتمثل في المهارات الفردية والجماعية وتعتبر كامنة أي مخزنة في عقول أصحابها ما لم يعبروا عنها بشكل من الأشكال.

- المعرفة الخارجية:هي المعرفة التي يستمدها الفرد في المؤسسة من مصادر خارجية عنه، بحيث يكونها الفرد أو المؤسسة بجهده الخاص اعتمادا على قدراته الفكرية والذهنية وخبراته المختلفة.

[1] Tom Backman, "Creating Business Value from KnewledgeManagement concepts", Vienna, 2000, P49.
[2] Morton Hanson, Waht's your strategy for managing Knewledge, HBR Vol (77), No 2, March April 1999, P106.
[3] Mikes Sarvary, Knowledge Management and competition in the consulting Industry, CMR Vol (41) N°(2), Winter 1999, P95.
[4] Chun Wei Choo, Information Management for the organization Information today,Inc, Newjersey, P11

– المعرفة التنظيمية[1]:وهي كل أشكال المعرفة التي تتعامل بها المؤسسات والتي تتيح من تفاعل أفرادها وحركتهم الذاتية في مباشرتهم للأعمال وفي تعاملهم مع البيئة المحيطة بالمؤسسة، فالمؤسسة هي المنتجة والمستخدمة للمعرفة التي تتشكل من مجمل التجارب والخبرات والتوجهات والمعلومات والدراسات والقرارات والسياسات والاستراتيجيات التي تكون القاعدة الفكرية التي توجه وتنظم الموارد البشرية في المؤسسة.

2-3-2-2 مفهوم إدارة المعرفة وأهميتها ومستوياتها: لا يوجد تعريفا واحدا متفقا عليه من قبل المختصين، لذلك سنتطرق إلى مجموعة من التعريفات مع محاولة استنباط تعريف إجرائي شامل:

التعريف 1: "هي العملية المنهجية لتوجيه رصيد المعرفة وتحقيق رافعتها في المؤسسة، فهي تشير بهذا المعنى إلى المعرفة الخاصة بعمل الأشياء بفعالية وبطريقة كفؤة لا تستطيع المؤسسات الأخرى تقليدها أو استنتاجها لتكون المصدر الرئيسي للربح[2]"

التعريف 2: "هي فرع علمي يشجع الأسلوب المتكامل لتعريف وإدارة المشاركة في جميع موارد المعلومات التي تمتلكها مؤسسة ما والمؤسسة في هذا السياق تعني أي تنظيم بما فيها المجتمع، وموارد المعلومات هذه قد تشمل على قواعد البيانات والوثائق، السياسات والإجراءات، والخبرات القديمة غير الواضحة التي تتواجد في أعمال منتسبي المؤسسة وأفرادها[3]"

التعريف 3: عملية إدارية لها مدخلات ومخرجات تعمل في إطار بيئة خارجية معينة تؤثر عليها وعلى تفاعلاتها، وتنقسم إلى خطوات متعددة متتالية ومتشابكة (مثل خلق وجمع وتخزين وتوزيع

---

[1] سملالي يحضية، مرجع سابق، ص 158.

[2] نجم عبود نجم، مرجع سابق، ص 96.

[3] نعيم إبراهيم الظاهر، إدارة المعرفة"، عالم الكتاب الحديث، إربد، ، سنة 2009 ص77.

المعرفة واستخدامها) والهدف منها هو مشاركة المعرفة في أكفأ صورة للحصول على أكبر قيمة للمؤسسة[1]" .من خلال التعاريف السابقة لمصطلح إدارة المعرفة يمكننا صياغة التعريف التالي:

إدارة المعرفة هي استغلال مهارات وخبرات الأفراد المتواجدين بالمؤسسة (عمال، إطارات،...إلخ) من خلال العمل الجماعي وتوليف الجهود لتحقيق أهداف المؤسسة وتحقيق ميزة تنافسية وبالتالي ضمان البقاء أما أهمية إدارة المعرفة فتتجسد من خلال دورها في النقاط التالية[2]:

- تبسيط العمليات وخفض التكاليف عن طريق التخلص من الإجراءات المطولة أو غير الضرورية، كما تعمل على تحسين خدمات العملاء عن طريق تخفيض الزمن المستغرق في تقديم الخدمات المطلوبة؛
- زيادة العائد المادي عن طريق تسويق المنتجات والخدمات بفعالية أكثر، بتطبيق المعرفة المتاحة واستخدامها في التحسين المستمر وابتكار منتجات وخدمات جديدة؛
- تبني فكرة الإبداع عن طريق تشجيع مبدأ تدفق الأفكار فإدارة المعرفة أداة لتحفيز المؤسسات على تشجيع القدرات الإبداعية لمواردها البشرية لخلق معرفة جديدة، والكشف المسبق عن العلاقات غير المعروفة والفجوات في توقعاتهم؛
- تنسيق أنشطة المؤسسة المختلفة في اتجاه تحقيق أهدافها؛
- تعزيز قدرة المؤسسة للاحتفاظ بالأداء المنظم المعتمد على الخبرة والمعرفة وتحسينه؛
- تحديد المعرفة المطلوبة وتوثيق المتوفر منها وتطويرها والمشاركة فيها وتطبيقها وتقييمها؛
- أداة لاستثمار رأس المال الفكري للمؤسسة، من خلال الوصول إلى المعرفة المتولدة عنها بالنسبة للأشخاص الآخرين المحتاجين إليها و جعلها عملية سهلة وممكنة؛

---

[1] علي السلمي، الإدارة بالمعرفة، دار قباء للنشر والطباعة، القاهرة 1998 ص17.

[2] سمير محمد عبد الوهاب، متطلبات تطبيق إدارة المعرفة في المدن العربية دراسة حالة مدينة القاهرة ،عن الموقع الإلكتروني www.begs.orgمطلع عليه يوم 2013/12/30 على الساعة 11H40.

- تحفيز المؤسسات على تجديد ذاتها ومواجهة التغيرات البيئية غير المستقرة؛
- إتاحة الفرصة للحصول على ميزة تنافسية دائمة للمؤسسة؛
- دعم الجهود للاستفادة من جميع الموجودات الملموسة وغير الملموسة بتوفير إطار عمل لتعزيز المعرفة التنظيمية؛

أما فيما يتعلق بمستويات إدارة المعرفة في المؤسسة الاقتصادية فنوجزها في المستويات الثلاثة التالية:

- **المستوى الإستراتيجي:** يتم في هذا المستوى والمتواجد في أعلى الهرم في مستوى المؤسسة،

بتحليل القيمة الإستراتيجية للمعرفة عن طريق تحديد الأهداف وتثمين ومشاركة المعرفة اللازمة للقيام

بالمهام الوظيفية لتحقيق الأهداف الإستراتيجية.

- **المستوى التكتيكي**[1]: يتطلب هذا المستوى نظام مرجعي لتسيير المعرفة، يقوم بتحليل مجموعة المعارف على مستوى المؤسسة، وجمع عمال المعرفة للحصول على اتفاق جماعي بهدف معالجة التغيير، الأمر الذي يتطلب:

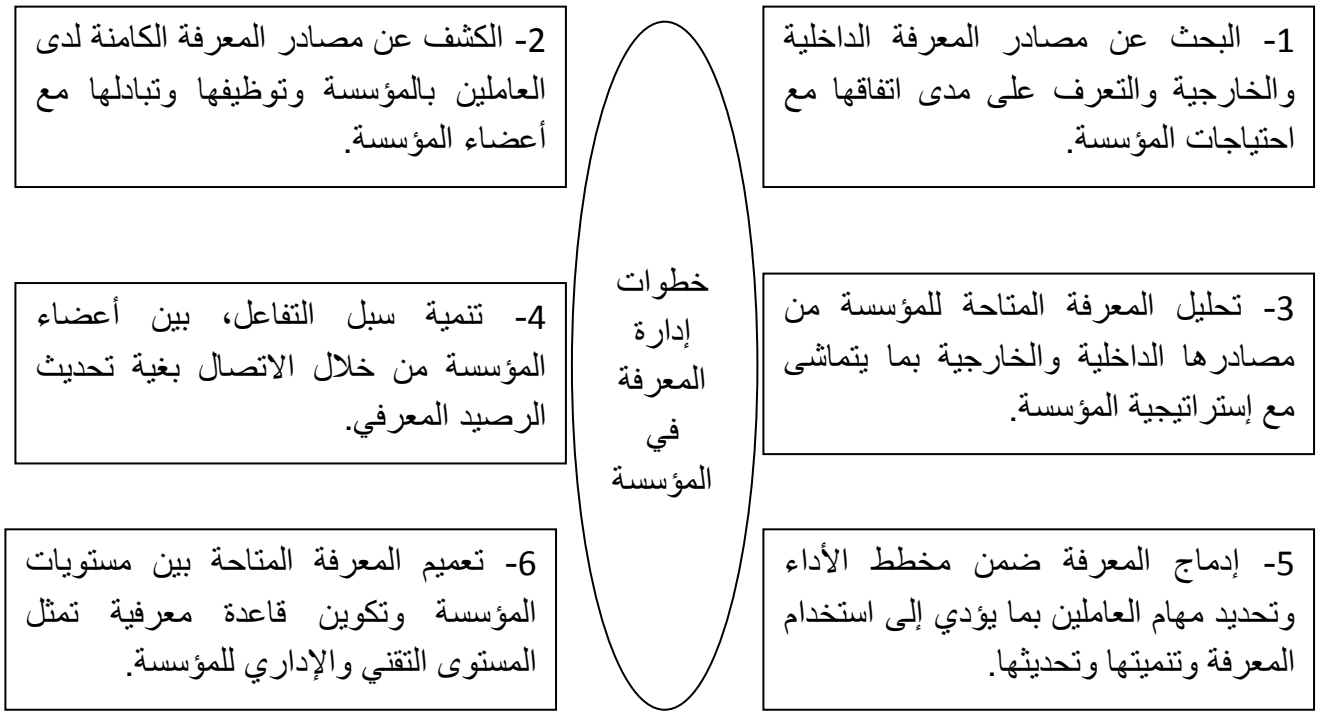
- تحديد المجالات التي تحتاج إلى المعرفة اللازمة لتقديم منتج يحقق الميزة التنافسية للمؤسسة؛
- تحديد الشبكة المعرفية الحاملة للمعلومات الخاصة بذلك المنتج؛
- أن تكون المعارف مهيكلة ومنظمة مع ربطها بمصادر المعلومات المتاحة في المؤسسة وفي محيطها؛
- يجب هيكلة المعارف الضمنية للمؤسسة لأنها تعتبر كقيمة مضاعفة؛

[1] سملالي يحضية، مرجع سابق، ص 174.

- على المؤسسة دمج نظام تسيير المعرفة مع نظام تسيير المعلومات في المؤسسة للتمكين من الابتكار والإبداع ومن ثم يجب توفير المعلومة المناسبة في الوقت المناسب وللشخص المناسب؛

- **المستوى التشغيلي**[1]: يهدف هذا المستوى إلى الوصول إلى الأهداف الإستراتيجية للمؤسسة بحيث يجب إتباع خطوات يتم إعدادها على المستوى التشغيلي، وضمان التنسيق بين تكنولوجيا المعلومات التي يجب أن تكون على مستوى عالي.

2-3-2-3 مراحل إدارة المعرفة: تتحقق إدارة المعرفة بالمؤسسة الاقتصادية من خلال المراحل الموضحة في الشكل التالي:



الشكل رقم7: خطوات إدارة المعرفة

المصدر: سملالي يحضية مرجع سابق، ص177

من خلال الشكل يمكننا التطرق إلى خطوات إدارة المعرفة فيما يلي

[1] سملالي يحضية، مرجع سابق ، ص 174.

- **اكتساب المعرفة:** يقصد بها الحصول على المعرفة باختلاف مصادرها عن طريق استخدام وحضور المؤتمرات وورشات العمل واستخدام الخبراء والدوريات ووسائل البريد الإلكتروني والتعلم الفردي؛

وتجدر الإشارة إلى أن اكتساب المعرفة في المؤسسات قد يكون عن طريق الصدفة إذ أن هناك معرفة يتم الحصول عليها بالصدفة لكنها تكون ذات أهمية للمؤسسة ،كما أن اكتساب المعرفة يرتبط بشكل كبير بثقافة المؤسسة إذا أن كل مؤسسة تكتسب المعرفة وتفهمها بطريقتها الخاصة و وفق ما يتماشى مع أهدافها؛

- **تخزين المعرفة:** تخزن المعرفة المكتسبة من خلال الطرق التالية[1]:

•قيام كل عامل داخل المؤسسة بتسجيل كل ما يحدث له وأية معلومات جديدة في مكان معين، سواء في ملفات عادية أو في شبكة الحاسب الآلي بحيث تكون متاحة لكل أفراد المؤسسة، إذا أرادوا الإطلاع عليها؛

• قيام فرد مسؤول بجمع المعلومات وتخزينها بدقة وبطريقة يسهل استخدامها من طرف الجميع دون الاهتمام بتحليل وتنقية المعرفة أو بنشرها وتداولها بطريقة فعالة؛

•قيام كل الأفراد بتقديم المعرفة الموجودة لديهم إلى فرد أو إدارة معينة تقوم هذه الجهة بتحليل وتنقية هذه المعرفة، ثم تقوم بتخزينها على أفضل صورة بحيث يمكن تداولها من قبل المؤسسة بيسر وسهولة؛

• جمع المعرفة بطريقة منظمة وإيجابية ويتم تحليلها وتنقيتها ثم ترتيبها وتنسيقها وتجزئتها، ليتم تخزينها في أفضل صورة، ويراعى أن يتم تداولها بسهولة ونشرها واستخراجها بدقة ويسر من قبل أفراد المؤسسة؛

---

[1] سمير محمد عبد الوهاب، مرجع سابق، ص ص 4،5

•نقل المعرفة: تنقل بواسطة طرق رسمية كالتقارير والرسائل والمكاتبات، والمؤتمرات والندوات الداخلية بالمؤسسة والمنشورات الداخلية والفيديو والمحادثات الصوتية والتدريب والتعلم عن طريق الرئيس المباشر، وأخرى غير رسمية كتغيير الوظيفة داخل المؤسسة نفسها أو خارجها، والعلاقات الشخصية التي تربط العمال ببعضهم البعض.

-**تطبيق المعرفة (تنفيذها)**[1]: يعتبر تطبيق المعرفة الهدف الأساسي من عملية إدارة المعرفة، ويتطلب هذا التطبيق تنظيم المعرفة من خلال التصنيف والفهرسة أو التبويب المناسب للمعرفة واسترجاع المعرفة من خلال تمكين العاملين في المؤسسة من الوصول إليها بسهولة وفي أقصر وقت، وجعل المعرفة جاهزة للاستخدام

2-3-3 دور ومساهمة تكنولوجيا المعلومات (TIC) في تطوير الكفاءات:

فيما يلي ابراز دور تكنولوجيا المعلومات في تطوير الكفاءات البشرية فيما يلي

2-3-3-1 دور تكنولوجيا المعلومات والاتصال في تطوير الكفاءات:أصبحت تطورات التكنولوجيا الفائقة التي شهدها العالم، علما جد متطور دفع ركب الحضارة إلى الأمام خلال فترة زمنية قصيرة.

يتجلى هذا العلم في التحكم في المعلومات وتجميعها ومعالجتها وتخزينها ونقلها واستخدامها، وقبل التطرق إلى الدور الذي تلعبه تكنولوجيا المعلومات والاتصال (TIC) في تطوير الكفاءات، فإننا سنحاول تعريف تكنولوجيا المعلومات والاتصال مع التطرق إلى أهميتها وخصائصها ومكوناتها:

[1] سمير محمد عبد الوهاب، مرجع سابق، ص5.

-**تعريف تكنولوجيا المعلومات:** "هي جميع التكنولوجيا المستخدمة في تشغيل ونقل وتخزين المعلومات في شكل إلكتروني أي اندماج ثلاثي الأطراف بين الإلكترونيات الدقيقة والحواسب ووسائط الاتصالات والمعلومات آليا[1]"

-**تعريف تكنولوجيا المعلومات والاتصال:** "وضع جميع التقنيات المتوافرة على صعيدي الاتصالات والمعلومات من الهاتف والتلفزيون والكمبيوتر والأقمار الصناعية منها في حياتهم العملية والاجتماعية[2]"

أما أهمية تكنولوجيا المعلومات والاتصالات فتعود إلى الخصائص التي تمتاز بها هذه الأخيرة والمتمثلة في[3]:

- تساهم تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في تحقيق التنمية الاقتصادية من خلال الثورة الرقمية

التي تؤدي إلى نشوء أشكال جديدة تماما من التفاعل الاجتماعي والاقتصادي وقيام مجتمعات جديدة؛

- زيادة قدرة الأفراد على الاتصال وتقاسم المعلومات والمعارف رفع من فرصة تحول العالم إلى مكان أكثر سلما ورخاء لجميع سكانه، وهذا إذا ما كان جميع الأفراد لهم إمكانيات المشاركة والاستفادة من هذه التكنولوجيا؛

---

[1] خلود عاصم محمد إبراهيم، دور تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في تحسين جودة المعلومات وانعكاساته على التنمية الاقتصادية، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية، العدد الخاص بمؤتمر الكلية، 2013 ص 232، نقلا عن الموقع الإلكتروني .www.iasjet.net consulté le 31.12.2013 à 12h30

[2] www.agelfire.com consulté le 31.12.2013 à 12h15.

[3] منير نوري، نعيمة بارك، "تكنولوجيا المعلومات والاتصال وأهميتها في اقتصاديات الدول العربية لمسايرة تحديات الاقتصاد العالمي الجديد، التوصيات والمتطلبات"، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، جامعة حسيبة بن بوعلي، الشلف، 2005. ص22

- تمكن تكنولوجيا المعلومات والاتصالات بالإضافة إلى وسائل الإعلام التقليدية والحديثة، الأفراد المهمشين والمعزولين من أن يدلوا بدلولهم في المجتمع العالمي، بغض النظر عن نوعهم أو مكان سكناهم؛
- السرعة في معالجة البيانات إلكترونيا وإمكانية توصيلها إلى جميع المستخدمين في جميع أنحاء العالم في الوقت المناسب لاتخاذ القرارات؛
- تحسين كفاءة الأدوات الأساسية للاقتصاد من خلال الوصول إلى المعلومات والشفافية؛
- أما مكونات تكنولوجيا المعلومات والاتصالات فنوجزها في:

❖ **الحاسوب (الحاسبات):** وهي أجهزة مبرمجة تتكون من وحدات مادية (الأجهزة) وغير مادية (البرامج) وتكون بأحجام مختلفة.

❖ **البرمجيات:** تعد مكونات غير ملموسة، إذ تعد الحاسب الآلي من دونها مجرد صندوق، ونجد فيها نوعين"برامج التطبيقات" وتصمم من قبل مبرمجين متخصصين في المؤسسة نفسها أو من قبل مبرمجين خارجيين، أما النوع الثاني فهي "برامج النظام" تنتج من قبل المبرمجين وخبراء تقنيين كأنظمة التشغيل مثلا.

❖ **الشبكات:** هي تمثل كل الوحدات المترابطة والمتشابكة بعضها البعض لتكوّن شبكة بهدف الاتصال، كشبكة الانترنيت، الانترانيت، الإكسترانيت.

2-3-3-2مساهمة التكنولوجيات الحديثة والاتصال في تطوير الكفاءات:تقوم هذه التكنولوجيات بدور فعال في تنمية الكفاءات وإثرائها عن طريق المساعدة في الحصول على مصادر خارجية لتدعيم قاعدة الكفاءات وسنتناول إسهام عدد من التكنولوجيات في تطوير الكفاءات فيما يلي[1]:

[1]أحمد السيد كردي، مرجع سابق ص ص34،36.

-**الانترنيت:** أصبحت الشبكة العنكبوتية العالمية حاليا غنية عن كل التعريف، ووجودها ضروري لتحقيق عدة أهداف إستراتيجية، تسويقية، تنظيمية، ومعرفية.

-**الانترانيت:** تعد من الوسائل الحديثة للاتصال الرأسي والأفقي، فهو شبكة خاصة بالمؤسسة، تستخدم فيها تكنولوجيات الانترنيت (البريد الإلكتروني، الروابط متعددة النصوص، محركات البحث) ولكن ضمن حلقة محدودة (مخصصة لمستخدمي نفس المؤسسة) وهي تسمح تقليل التكاليف ونقل وتقاسم الصور، النصوص والأصوات بكل سلامة وبين مختلف أعضاء الجماعة.

-**الإكسترانيت:** يعرف بأنه شبكة الانترانيت التي تم توسيعها إلى جمهور خارجي محدد ومختار، كالزبائن، الموردين، وبالتالي فهي توفر عدة معلومات تهم المتعاملين مع المؤسسة إضافة إلى مساهمتها في رفع رقم أعمال المؤسسة.

برامج التسيير المدمجة وتبادلات المعطيات المعالجة بالإعلام الآلي: تمثل إحدى البرامج المعلوماتية التي تحظى بأهمية بالغة في المؤسسات كونها تكنولوجيات حديثة تساهم في تنمية الكفاءات عن طريق تقاسم المعارف (تدفقات المعلومات والموارد)، عقلنة استغلال المؤسسات (تبسيط الإجراءات وتحقيق زمن معالجة مثالي) والتحفيز على العمل في جماعات.

خاتمة الفصل:

من خلال دراستنا لهذا المحور توصلنا إلى إعطاء تعريف دقيق وشامل لمفهوم عملية تطوير الكفاءات وذلك من خلال اعتبارها عملية تحسين مستمرة لكل من معارف ومهارات واستعدادات واتجاهات الأفراد بهدف الرفع من مردوديتهم الحالية والمستقبلية،إضافة إلى اعتبارها عملية تتم على عدة مستويات بدءا بالمستوى الفردي إلى مستوى المؤسسة ككل،كما وضحنا ارتباط هذه العملية ارتباطا وثيقا بنشاطات إدارة الموارد البشرية بدءا من عملية تخطيط الموارد البشرية إلى غاية مكافأة الفرد (عادة ما تكون المكافأة في شكل الأجر الذي يتقاضاه الفرد لقاء عمله).

ولتوضيح أهم الطرق أو الأساليب المستخدمة في تطوير الكفاءات البشرية تم تقسيمها إلى نوعين، النوع الأول تمثل في الطرق الكلاسيكية من بينها التحفيز، التعلم، التدريب مع توضيح الفرق بين كل من التدريب، التعلم والتعليم إذ يختلف مدلول هذه المصطلحات بالرغم من كونها تعبر جميعا عن التجربة التي يخوضها الفرد في سبيل الحصول على المعلومات واكتساب المهارات التي يتطلبها أداء العمل، إلا أن كل منها يشير إلى جانب معين من الجوانب المختلفة للتجربة أو الخبرة الفردية. النوع الثاني من أساليب تطوير الكفاءات تثمل في الطرق النيوكلاسيكية والحديثة مركزين على كل من إدارة المعرفة (K–M) والتعلم الإلكتروني (E–L) إذ يعد هذا الأخير من الطرق الحديثة المستخدمة في التعليم عن طريق الحاسب الآلي، ويمكّن الأفراد الذين هم بحاجة إلى التطوير الدائم والمستمر لكفاءاتهم التقنية والإدارية من الوصول لمبتغاهم بهدف تحسين توظيفهم.

أما فيما يخص إدارة المعرفة فإنها تمر بعدة مراحل بدءا باكتساب المعرفة، تخزينها، نقلها وأخيرا تنفيذها بما يمكن الأفراد من الوصول إلى المعرفة بسهولة وفي أقصر وقت كون أن المعرفة من مكونات الكفاءة.

كما أوضحنا دور تكنولوجيا المعلومات والاتصال TIC في تطوير الكفاءات البشرية فلولا الحاسوب البرمجيات والشبكات لما تمكنا من تطبيق إدارة المعرفة والتعلم الإلكتروني بما يخدم تطوير الكفاءات ويصب في تحقيق أهداف المؤسسة.

الفصل الثالث

الإطار المفاهيمي ونشاطات إدارة المؤسسات الإستشفائية

الفصل الثالث: الإطار المفاهيمي ونشاطات إدارة المؤسسات الاستشفائية

تعتبر العملية الإدارية عملية ذات أهمية بالغة بالنسبة لكافة المجتمعات بصفة عامة والمؤسسات بصفة خاصة، فقد كان لهذه العملية الفضل في تطور وتقدّم ورقي هذه المجتمعات، فالحضارات القديمة التي حققت ذروة التقدم كانت دائما لديها ما يدل على وجود نوع من التنظيم المتطور الذي ساعدها في الوصول إلى ما وصلت إليه من إنجازات، وإزاء هذا التطور الذي حدث في كل ميادين الحياة وعلوم الإدارة والفنون المعاصرة كان لابد أن يحظى القطاع الصحي بمؤسساته من مستشفيات ومراكز صحية وغيرها بنفس المستوى من الاهتمام، فالإدارة الصحية لها ميزتها الخاصة لارتباطها بحياة الإنسان وصحته من ناحية وارتفاع تكاليفها من ناحية أخرى، و لهذا ازداد الاهتمام بالدراسة والبحث في مجال إدارة المؤسسات الاستشفائية قصد الوصول إلى تحقيق الأهداف الصحية المرغوبة.

هذا ما سنحاول إبرازه من خلال هذا المحور عن طريق تقسيمه إلى ثلاثة أجزاء، خصصنا الجزء الأول إلى توضيح مفهوم الإدارة وذلك من خلال تعريف العـملية الإدارية وإبراز أهميتها ووظائفها مع التركيز على أهم التطورات التي مرّت بها.

أما الجزء الثاني فتناولنا فيه ماهية المؤسسة الاستشفائية من خلال تعريفها، تصنيفها وذكر أهم وظائفها إضافة إلى التطرق إلى أهم التطورات التي عرفتها.

أما في الجزء الأخير سلطنا فيه الضوء على عملية إدارة المؤسسات الاستشفائية مع التركيز على أهم مبادئ وأساليب الإدارة الاستشفائية دون أن ننسى عملية تقييم أداء هذه الإدارة.

3-1- أساسيات حول الإدارة:

تعتبر الإدارة ظاهرة قديمة مورست منذ أن بدأ الفرد في تكوين وممارسة نشاطات جماعية، كما شهدت تطورات ملحوظة في أساليبها وبات لا يخلو مجال من ممارستها.

3-1-1- مفهوم ، أهمية وأنواع الإدارة:

قبل التطرق إلى أهمية وأنواع الإدارة لابد إعطاء تعريف واضح ودقيق وشامل لمفهوم الإدارة.

3-1-1-1- مفهوم الإدارة: لقد تعرض الكثير من الكتاب و الباحثين إلى تعريف الإدارة كل حسب وجهة نظره، وفيما يلي استعراض لأهم التعريفات:

التعريف 1: " الإدارة نشاط لتحقيق الهدف بأحسن الوسائل وأقل التكاليف وبأفضل استخدام للموارد والتسهيلات المتاحة[1] "

التعريف 2: "الإدارة ظاهرة إنسانية واعية (عاقلة) تقوم على أسس التخطيط والتنظيم والتنسيق والتوجيه والرقابة وتهدف إلى تمكين الناس من إنشاء منظماتهم ومشاريعهم كتسيير هذه المنظمات بما يضمن تحقيق أهدافها بكفاءة و فعّالية[2]."

التعريف 3:" الإدارة هي أن تعرف إلى أين تريد أن تصل، و تستعد للمشاكل التي تحدث، وأن تتعرف على القوى والعوامل الواجب التعامل معها، ومعرفة كيفية التصرف بكفاءة وبدون ضياع في مرحلة الوصول إلى الهدف[3]"

من خلال التعاريف السابقة يمكننا استخلاص تعريف شامل لمفهوم الإدارة:

---

[1] بشير العلاق، أسس الإدارة الحديثة، دار اليازوري، عمان، 1999، ص 12

[2] عبد المعطي محمد عساف، مبادئ الإدارة، المفاهيم و الاتجاهات الحديثة، مكتبة المحتسب، عمان، 1994، ص 23

[3] عبد الحميد عبد الفتاح المغربي، الإدارة الأصول العملية و التوجهات المستقبلية لمدير القرن الواحد والعشرين، المكتبة العصرية المنصورة، مصر، 2006.

الإدارة هي تحقيق الأهداف المسطرة بكفاءة وفعالية أي باستخدام جميع الموارد المتاحة سواء كانت مادية، مالية، بشرية واستغلالها بطريقة عقلانية مما يحقق الأهداف بأقل تكلفة و ذلك من خلال التنبؤ، التخطيط، التنظيم، التوجيه والرقابة.

من خلال التعاريف السابقة نستخلص ما يلي:

الإدارة علم وفن في آن واحد، فهي فن إذ لابد للمدير أن يمتلك القدرة الشخصية على تطبيق الأفكار والنظريات والمبادئ الإدارية, بطريقة ذكية ولبقة تعكس الخبرة والتجربة والممارسة[1]، وتعتبر علما، لأن المدير لابد أن تكون له قاعدة نظرية يستند عليها عند ممارسة العملية الإدارية، هذه القاعدة النظرية تتكون من خلال الدراسات الجامعية؛

- الإدارة نشاط إنساني، إذ يقوم الفرد (الإنسان) بممارسة العملية الإدارية؛
- الإدارة نشاط اجتماعي, وذلك لكون وجود مجموعة من الأفراد ينسقون جهودهم لبلوغ الهدف المسطر؛
- الإدارة عملية مستمرة، إذ لا طالما هناك أفراد يعيشون في المجتمع يحتاجون للسلع والخدمات وغيرها، فلابد أن تكون هناك أنشطة إدارية تمارس بغرض إشباع حاجات الأفراد؛
- الإدارة تهتم بمجموعة من الموارد المتاحة و المتمثلة في الموارد البشرية, و هم مجموعة من الأفراد يعملون في المؤسسة إما الموارد المادية, فتشمل الآلات والمعدات والمالية تشمل رأس المال، أما الموارد المعنوية فيقصد بها الطرق والأساليب والمعلومات والأفكار؛

[1] وليد يوسف الصالح، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، 2011، ص 16

- الإدارة عملية هادفة, بمعنى أن العملية الإدارية هي تشغيل الموارد المتاحة بهدف تحقيق الأهداف المسطرة، فلابد للإدارة أن تضع أهدافها بما يتماشى مع متطلبات الأفراد العاملين بالمؤسسة أو خارجها؛

3-1-1-2- أهمية الإدارة:للإدارة أهمية كبيرة في جميع مجالات الحياة، إذ لا يمكن تصور مؤسسة أو منظمة أو شركة بدون إدارة، وتتجلى أهمية الإدارة في مجال المؤسسة فيما يلي[1]:

-مواجهة التغيرات والظروف البيئية المختلفة, والتي منها الظروف السياسية والاقتصادية والثقافية والاجتماعية والتكنولوجية؛

-التأثير الفعّال على عناصر الإنتاج، حيث أن الإدارة تتصدر قيادة عناصر الإنتاج وتعمل على تنظيمها والتنسيق فيما بينها بما يتناسب مع ظروف العمل؛

-تطوير عناصر الإنتاج، وذلك بتحقيق التوازن بين الموارد والإنتاج وتدريب القوى العاملة وتأهيلها مما يترتب تحقيق مبدأ الكفاية الإنتاجية، (إنجاز المهام بأقل وقت وجهد وتكلفة)؛

-قيادة وتوجيه المنظمة لتحقيق أهدافها؛

-تحقيق الاستقرار وذلك من خلال التطوير والتكيف بما يتناسب مع الظروف البيئية المحيطة؛

-تحقيق العدالة والحوافز للأفراد؛

-وسيلة من وسائل تطوير الشخصية الوظيفية للأفراد وجعلها أكثر فعالية وانسجاما مع طبيعة النشاط (العمل)؛

-مواجهة المنافسة على المستويين المحلي والخارجي, لسد الحاجات والرغبات من السلع

---

[1] ربحي مصطفى عليان، أسس الإدارة المعاصرة، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمّان، 2007، ص ص 15-16

والخدمات؛

3-1-1-3- أنواع الإدارة: هناك أنواع متعددة من الإدارة من أهمها:

الإدارة العامة: تعني مجموع الأشخاص والأجهزة القائمين تحت إمرة الحكومة وبتوجيه منها بأداء الخدمات العامة، وكلّما توسعت الدولة في الحقوق والواجبات، أدى ذلك إلى توسعها في الخدمات التي يؤديها الموظفين[1].

إدارة الأعمال:تعني إدارة أوجه النشاط الاقتصادي الخاص الهادف إلى تحقيق ربح، وهي بذلك تهتم بالتركيز على التنظيم والإدارة في المجال الاقتصادي[2].

يمكن تلخيص أوجه الاختلاف بين كل من الإدارة العامة وإدارة الأعمال من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم 10 : أوجه الاختلاف بين إدارة الأعمال والإدارة العامة

أوجه الاختلاف	الإدارة العامة	إدارة الأعمال
الهدف	أداء خدمات عامة للصالح العام.	تحقيق الربح المادي.
طبيعة النشاط (القيم الخلقية)	أكثر حرصا و التزاما بالقواعد الخلقية والقيمية والعرفية في لمجتمع.	أقل حرصا في التزامها بالقواعد الخلقية والقيمية والعرفية, لأن هدفها تحقيق الربح فالغاية تبرر الوسيلة.
الرشد (الموضوعية التامة)	يقصد بذلك أن القرارات عند اتخاذها تخضع لاعتبارات سياسية واجتماعية, كون أن الإدارة العامة محكومة بالاعتبارات السياسية والاجتماعية.	القرارات عند اتخاذها تخضع لاعتبارات موضوعية ورشيدة.
المنافسة	نشاط الإدارة العامة متكامل, حيث تحرص الحكومة على التنسيق بين	إدارة الأعمال تحكمها المنافسة لتتمكن من تحقيق أكبر ربح.

[1] عبد الغفور يونس، دراسات في الإدارة العامة، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 1988، ص 10

[2] إبراهيم عبد الهادي محمد المليجي، الإدارة مفاهيمها وأنواعها وعملياتها، المكتب العلمي للكمبيوتر النشر التوزيع، الإسكندرية، 1998، ص 76

	كافة قطاعاتها و نشاطاتها.	
المرونة	لا يتوفر لها القدر الكافي من المرونة.	يتوفر لها القدر لكافي من المرونة.
الرقابة	الإدارة العامة محكومة بأنواع مختلفة من الرقابة الداخلية والخارجية, فهي مسؤولة أمام السلطات التشريعية والأجهزة القضائية.	إدارة الأعمال لا تخضع لمثل هذا القدر من الرقابة في الحجم والتنظيم.
الحجم	تتميز الإدارة العامة بصفة عامة بضخامة الحجم والتنظيم, حيث أنها تقدم خدمات عامة لكافة الجماهير.	لا تصل إدارة الأعمال إلى مثل ضخامة الإدارة العامة في الحجم والتنظيم.
العمومية و المساواة	تتميز الإدارة العامة بعمومية خدماتها لكافة المواطنين وهي تلتزم بمبدأ المساواة بين كافة المواطنين.	قد تكون أقل عمومية في تقديم خدماتها لكافة المواطنين, وقد يتميز بعض العملاء, إذا ما تطلب ذلك صالحها.
التقويم	إن تقويم كفاية الإدارة العامة يكون على أساس مدى رضا الجمهور من الخدمة.	إن تقويم كفاية إدارة الأعمال يكون على أساس مدى تحقيقها لأهدافها المسطرة من قبل (مدى تحقيق الربح).

المصدر:من إعداد الطالبة استنادا إلى: إبراهيم عبد الهادي محمد المليحي، مرجع سابق، ص ص79-82.

إدارة القطاع العام:تعني إدارة شؤون الدولة الاقتصادية بواسطة نوع من الإدارة العامة، والمؤسسات العامة هي الوحدات الرئيسية للقطاع العام, وتعرّف على أساس أنها مشروع اقتصادي عام له شخصية معنوية ، تملكه الدولة وتديره بأساليب تختلف عن الإدارة التقليدية للجهاز الحكومي وذلك لسد حاجة عامة من حاجات المجتمع.

إدارة الهيئات والمنظمات الخاصة:إن إدارة أوجه النشاط الذي يتوافر في بعض

المنظمات التي تقدم خدماتها إلى بعض الفئات الخاصة, ولا تهدف إلى تحقيق الربح مثل الجمعيات التعاونية.

الإدارة الدولية: أي إدارة المنظمات التي لها صفة دولية والتي لا تتبع أيا من الحكومات التي تنشأ في دولها, وتعمل على تحقيق أهداف جاءت في ميثاقها أو دستورها كالأمم المتحدة، وجامعة الدول العربية.

3-1-2- التطورات التي مرّت بها الإدارة:

لقد عرفت الإدارة عدّة تطورات, وفيما يلي سنتطرق إلى هذه التطورات وذلك من خلال مقاربتين: الأولى تشمل تطور الإدارة مـن حيث القائمين بها من جهة, ومن الجهة الثانية تتناول التطور من حيث أساليب الإدارة من جهة أخرى.

3-1-2-1- تطور الإدارة من حيث القائمين بها:يقصد بعبارة القائمين بها, أي الأفراد الشاغلين للوظائف، فقد عرفت طرق وأساليب اختيار أصلح الأفراد لشغل الوظائف الإدارية حتى يكونوا أكثر كفاءة و فاعلية .وقد شهدت الإدارة عدّة تطورات, بدءًا من النظام الإقطاعي الذي كان سائدا في العصور الوسطى, والذي كان قائما على أساس حكم الملك لمملكته عن طريق الأمراء، فظهرت حاجة الملوك إلى ضرورة الاعتماد على عدد من الموظفين لإنجاز المهام المتزايدة, و التي كانت ناتجة عن توسع الحروب والفتوحات, فلم يقتصر الأمر على جمع الضرائب والدفاع فحسب, بل ظهرت خدمات جديدة لم تكن تمارس من قبل، ممّا جعل الملك ينشئ جهازا إداريا يضمن ولائه، وكان الاختيار للوظائف العامة يخضع لأحد الاعتبارات التالية[1] :

- تعيين الأقارب؛
- تعيين المعارف والأصدقاء؛
- تعيين الأنصار السياسيين؛

[1] إبراهيم عبد الهادي محمد المليجي، مرجع سابق، ص 39

مما حتّم استبعاد طوائف الشعب المختلفة من نطاق الاختيار، ومن عقبات هذه الطريقة في التعيين, ثورة الشعوب وممارستها ضغوطا قوية على حكوماتها مطالبة توفير نوع من العدالة لشغل الوظائف, و اختيار أصلح الأفراد لأداء الوظيفة على أساس تكافؤ الفرص.

من جهة أخرى كانت الثورة الصناعية قد أحدثت آثارها الإيجابية في الإنتاج, إذ أدرك رجال الأعمال أن كفاءة الإدارة في مقدمة العوامل التي تمكنّهم من تحقيق الربح المتزايد, وكفاءة الإدارة لها علاقة بالاختيار الأنسب للأفراد، وهكذا فقد حققت إدارة الأعمال قفزة نوعية في هذا المجال, بينما بقيت الإدارة الحكومية على حالها متخلفة، وتحت ضغط الجماهير ورجال الأعمال (خاصة كونهم يدفعون الضرائب للحكومة، ونجاح مشاريعهم مرتبط إلى حد كبير بمدى كفاءة الخدمات الحكومية، كخدمات النقل، الإنارة والمواصلات التي تستفيد منها مشاريع رجال الأعمال)، اضطرت الحكومات إلى أن تعيد النظر في طريقة التعيين في الوظائف الحكومية, وذلك من خلال اختيار أفضل العناصر من بين الموارد البشرية المتاحة لتولي الوظائف الإدارية العامة، وبالتالي الرفع من كفاءة الخدمات العامة مما نتج عن ذلك تكافؤ الفرص.

3-1-2-2- تطور الإدارة من حيث أساليبها: سنقتصر على سرد أهم التطورات التي مرّت بها الإدارة على تلك الفترات التي بدأ عندها تطور الإدارة في العصر الحديث, وذلك بظهور العديد من الروّاد الذين أسهموا ببحوثهم في الوصول إلى طرق رشيدة تحقق وفرة الإنتاج بأقل جهد و أدنى تكلفة، ومن بين هؤلاء الروّاد[1]:

فرديك تايلور (1856-1915): كان يعمل مهندسا ميكانيكيا في أحد مصانع الحديد الصلب ببنسلفانيا في الولايات المتحدة الأمريكية, و يعتبر مؤسس " الإدارة العلمية " إذ اهتم بدراسة

[1] إبراهيم عبد الهادي محمد المليجي، مرجع سابق، ص 42، ص 62

كل من الحركة و الزمن إضافة إلى العدد و المواد التي يتعامل بها العامل في عمله من حيث وضعها، وترتيبها، ودراسة حالات التعب بسبب ظروف العمل، ولقد كان الهدف الرئيسي لدراسات تايلور هو تحقيق الكفاية الإنتاجية, و ذلك بالتأكيد على اتباع أساليب الإدارة العلمية، ولقد نشر تايلور أفكاره في كتابه الذي نشر سنة 1911 تحت عنوان: " مبادئ الإدارة العلمية " ومن أهم أفكاره ما يلي:

- تحقيق الكفاية الإنتاجية: و ذلك من خلال دراسته للوقت و الحركة التي يقوم بها العامل؛
- التخصص وتقسيم العمل: أي أهمية الفصل بين العمل الفكري واتخاذ القرارات, والعمل التنفيذي، كما يؤكد على أهمية تعدد الرئاسات للعامل الواحد؛
- اختيار العمال وتدريبهم: أي توجيه العامل للعمل الذي يناسبه, من حيث قدراته وإمكانياته و مهاراته، كما أنه أكد على ضرورة التدريب؛
- الحوافز المادية: أشار إلى أهمية فتح باب الترقية والتدرج الوظيفي أمام العمال, مؤكدا على أهمية الحوافز المادية لتحفيز العمال على الإنتاج؛

هنري فايول (1841-1925): كان يعمل مهندسا في إحدى شركات التعدين في فرنسا و لقد أعلن عن أفكاره في كتابه: " الإدارة الصناعية و العامة ",والذي نشر بالفرنسية وترجم إلى الإنجليزية عام 1929 في بريطانيا وعام 1949 في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث أنه وجّه اهتمامه بإدارة الأعمال، فقد قام بتحليل الأنشطة المختلفة في المؤسسة, وأشار إلى إمكانية تقسيمها إلى ستة مجموعات كما يلي:

- الأنشطة الفنية أو التكنولوجية: تشمل عمليات الإنتاج ذات الطبيعة الفنية؛
- الأنشطة التجارية: تشمل عمليات شراء مستلزمات الإنتاج أو التسويق ...الخ؛
- الأنشطة المالية: تشمل عمليات البحث عن رأس المال اللازم وتوفيره واستثماره؛

- الأنشطة الأمنية: تشمل توفير الحماية و الأمن لعناصر الإنتاج من آلات، مواد خام، عمال...الخ؛
- الأنشطة المحاسبية: تشمل عمليات إعداد الميزانية و الجرد، وحساب التكاليف...الخ؛
- الأنشطة الإدارية: تشمل العمليات الإدارية من تخطيط، تنظيم، رقابة، إصدار الأوامر، تنسيق؛

فرانك جيلبرت، هنري جانت، إمرسن[1]:اهتم " جيلبرت " في بحوثه بدراسة علاقة الوقت بالحركة في أداء العمل لتحقيق وفرة الإنتاج بأقل جهد و أدنى تكلفة.

-أما "امرسون " فقد سعى إلى الوصول إلى بعض المبادئ الإدارية بوصفها وسيلة لرفع الكفاية الإنتاجية من بينها التنظيم الجيد، العدالة والإنصاف، تحديد المستويات الإدارية.

-لورثر جوليك[2]:قام بتطوير عناصر العملية الإدارية التي سبق أن حددهافايول وقد حددها في 7 عناصر رمز إليها برمز:P/ O/S/D/ CO/ R/B حيث يرمز كل حرف من هذه الكلمة إلى الحرف الأول من كل عنصر من عناصر الإدارة كما يلي:

التخطيط Palning؛ التوظيف Starffing؛التنظيم Organising؛ التوجيه Ditrecting؛ التنسيق، Co-ordinating؛الميزانية Budgeting؛التسجيل Reporting؛

إن النظرة العلمية للإدارة لم تحقق أهدافها بشكل نهائي, وما يعاب عليها أنها كانت تنظر إلى الفرد على أنه مجرد عنصر من عناصر الإنتاج مثله مثل الآلات, وعليه التكيف وظروف العمل المحيطة به، وكان يستغل إلى أقصى حد ممكن مقابل الأجور والمكافآت التشجيعية, الأمر الذي أثار سخط العمال و مقاومة النقابات.

---

[1]أحمد مصطفى خاطر، الإدارة و تقويم مشروعات الرعاية الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1990، ص ص 23-24

[2]إبراهيم عبد الهادي محمد المليجي، مرجع سابق، ص 54

على إثر ذلك وخلال الثمانينات من القرن العشرين، زاد الاهتمام بفكرة أن العمال هم أهم عناصر الإنتاج وأن الأهداف توضع وتحقق عن طريق الأفراد، وأصبح العامل البشري هو الأكثر أهمية للكفاية الإنتاجية من العـوامل المادية, الأمر الذي تحول معه تفكير الباحثين إلى فكرة العلاقات الإنسانية والاهتمام باحتياجات العامل، و ظروفه الاجتماعية.

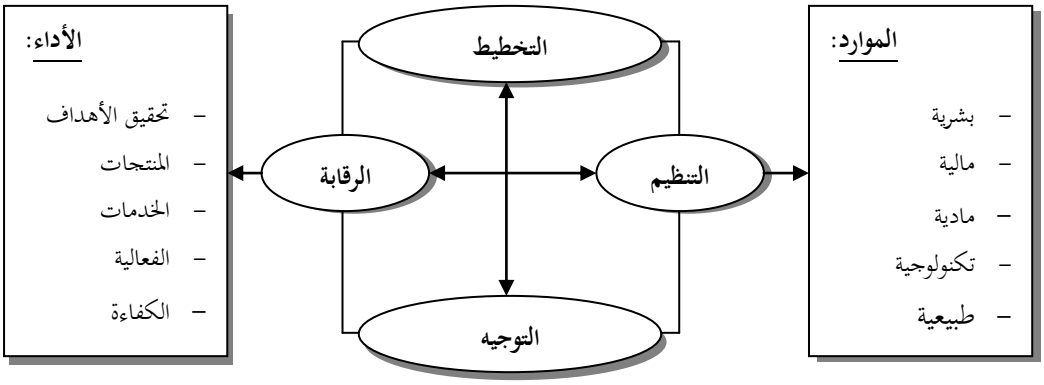
فكرة العلاقات الإنسانية: إن العلاقات الإنسانية هي ذلك النوع من علاقات العمل الذي يهتم بالنظر إلى المؤسسة كمجتمع بشري، وتهدف إلى وصول العاملين إلى أفضل إنتاج في ظل أفضل حالات التكيف والرضا النفسي والاجتماعي والمادي, عن طريق إشباع حاجاتهم السيكولوجية و الاجتماعية, ولقد كانت الدفعة الحقيقية لفكرة العلاقات الإنسانية هي النتائج التي أسفرت عن التجارب التي أجراها " جورج التون مايو " على مصانع " هوارثون " في شركة " وسيتون الكتريك " بالقرب من مدينة شيكاغو بالولايات المتحدة الأمريكية، إذ كشفت على 3 متغيرات أساسية ذات أثر كبير على الكفاية الإنتاجية هي: القيادة، الاتصالات، المشاركة، و هذه المفاهيم ترتكز على 3 مسلمات أساسية وضعها مايو حينما انتقد فلسفة الإدارة العلمية[1].

- الحافز الاقتصادي ليس الدافع الوحيد الذي يستجيب له العامل؛
- أن العامل لا يستجيب للمواقف المختلفة كفرد منعزل، ذلك أن تجمع الأفراد بصورة دائمة و مستمرة في العمل، يخلق تنظيما اجتماعيا غير رسمي؛
- ليس من الضروري أن يصاحب التخصص الوظيفي الدقيق كفاءة في الأداء التنظيمي؛

[1] إبراهيم عبد الهادي محمد المليجي، مرجع سابق، ص 60-61

3-1-3- الوظائف الإدارية:

تتمثل العملية الإدارية في التنسيق بين الوظائف الإدارية الرئيسية متمثلة في التخطيط، التنظيم، التوجيه والرقابة بغض النظر عن طبيعة نشاط المؤسسة أو حجمها، والوظائف الإدارية وإن كانت متتابعة طبقا للتسلسل المذكور أعلاه, غير أنها متداخلة ومتفاعلة ومتشابكة فيما بينها كما يوضحه الشكل التالي:



الشكل رقم 8: وظائف العملية الإدارية

المصدر: عبد الحميد عبد الفتاح المغربي، مرجع سابق، ص 30

وفيما يلي توضيح لهذه الوظائف الإدارية

-وظيفة التخطيط: أي معرفة ماذا يجب أن يحصل مستقبلا, أي تحديد الأهداف المستقبلية، و تحديد أفضل الطرق لتحقيقها من خلال توضيح الأنشطة والمهام الواجب القيام بها لاستخدام الموارد المتاحة استخداما عقلانية بما يصب في تحقيق الأهداف.

ومن أهم عناصر وظيفة التخطيط[1]:

- تحديد أهداف المؤسسة؛

[1] عبد الحميد عبد الفتاح المغربي، مرجع سابق، ص 31

- دراسة وتحليل العوامل الداخلية والخارجية (الفرص و التهديدات، نقاط القوة و الضعف)؛
- التنبؤ والتوقع بالأبعاد المستقبلية؛
- صياغة السياسات الإدارية؛
- تحديد الإجراءات والقواعد الواجب اتباعها؛
- إعداد الخطط الفرعية والبرامج والميزانيات؛

- وظيفة التنظيم:أي الاستغلال الأمثل للموارد المادية والبشرية المتاحة لدى المؤسسة لتنفيذ الخطط, وذلك عبر هيكل تنظيمي واضح يحدد مهام ومسؤوليات كل فرد في المؤسسة, أي وضع الرجل المناسب في المكان المناسب بما يخدم تحقيق أهداف المؤسسة.

و من أهم عناصر وظيفة التنظيم[1]:

- تحديد الاحتياجات الكمية والنوعية من القوى اللازمة لتنفيذ الخطة؛
- تحديد الوحدات الإدارية وبيان البناء التنظيمي مع تشكيل العلاقات فيما بين الوحدات الإدارية؛
- تحديد السلطات والمسؤوليات؛
- تحديد مراكز اتخاذ القرارات ونطاق الإشراف؛
- بيان درجة المركزية واللامركزية؛

- وظيفة التوجيه: توجيه جهود الأفراد لتحقيق الأهداف المسطرة من خلال القيادة، التحفيز، التنسيق، التكوين، ومن أهم عناصر التوجيه[2]:

- تحديد أساليب تحفيز العمال؛

---

[1] عبد الحميد عبد الفتاح المغربي، مرجع سابق ، ص 32

[2] نفس المرجع أعلاه ، ص 32

- بث روح الاهتمام بالعمل لدى العامل؛
- تنمية نمط القيادة ومهارات العمال بالمؤسسة؛
- بيان نمط القيادة ومهارات العمال بالمؤسسة؛
- تنمية شبكة الاتصال الملائمة؛

-وظيفة الرقابة: أي مقارنة الأداء الفعلي مع الأداء المخطط المعياري, ومعرفة مدى تحقيق الأهداف المسطرة، وتحديد الانحرافات إن وجدت محاولة تشخيص أسباب الانحراف والقيام بالإجراءات التصحيحية اللازمة ومن أهم عناصر الرقابة[1]:

- بيان المعايير و المقاييس اللازمة لتقييم الأداء؛
- قياس الأداء الفعلي؛
- مقارنة الأداء الفعلي بالمعايير والمقاييس الموضوعة؛
- اتخاذ الإجراءات المستمرة للإجراءات مرّة أخرى؛

3-2- أسس إدارة المؤسسات الاستشفائية:

سنحاول من خلال هذا الجزء إلى إعطاء تعريف شامل ودقيق لمفهوم المستشفى, لكن قبل القيام بذلك لابد من التعرف على أهم التطورات التي مرّ من خلالها المستشفى.

3-2-1- التطور التاريخي للمؤسسة الاستشفائية:

لقد مر التطور التاريخي للمؤسسة الاستشفائية بعدّة مراحل على مر العصور, وفيما يلي سنسلط الضوء على كل مرحلة من هاته المراحل[2]:

---

[1] عبد الحميد عبد الفتاح المغربي، مرجع سابق ، ص 33

[2] أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات، رؤية معاصرة، المكتبة المصرية، 2006، ص 14

- المؤسسة الاستشفائية في الحضارات القديمة: يرجع ظهورها إلى ما يقارب 1200 سنة قبل الميلاد، و فيما يلي نبذة عن نشأة وتطور المؤسسات الاستشفائية في بعض الحضارات القديمة.

- الحضارة المصرية القديمة:استخدم الفراعنة سنة 600 قبل الميلاد معابدهم لإيواء و علاج المرضى، ولقد طور المصريون القدماء طرقا لعلاج المرضى كاستخدام الجبائر والضمادات للأطراف المكسورة.
- الحضارة الرومانية:خصص الرومان خلال الفترة الممتدة من 350-500 ميلاد أماكن ملحقة بالكنائس لإيواء وعلاج مرضاهم كما أنشؤوا مؤسسات استشفائية صغيرة لعلاج جنودهم، كما أوجدوا مصحات لعلاج وإيواء العبيد المرضى.
- الحضارة الفارسية:لقد أنشأت المؤسسات الاستشفائية في المدن الرئيسية كان يطلق عليها " بيمارستانات" و هي كلمة فارسية تعني دار المرضى.
- الحضارة الهندية: لقد تم بناء مؤسسات استشفائية عرفت باسم "السيكيستا" أي معابد الشفاء وذلك من خلال الفترة 232-273 قبل الميلاد ولقد كانت هذه المستشفيات على درجة عالية من النظافة، وكان الفضل للأطباء الهندوسيين الذين اكتشفوا أهمية النبض في تشخيص الأمراض، إضافة إلى كونهم جرّاحين ماهرين.

- المؤسسة الاستشفائية في العصر الإسلامي:تطورت خلال هذا العصر تطورا ملحوظا وكانت "خيمة رفيدة" والتي تم إنشاؤها في مسجد رسول الله صلى الله عليه وسلم، أوّل مستشفى ثابت في هذا العصر، إذ تم معالجة المرضى في هذه الخيمة.

كما أنشأ عبد الله بن الزبير بعد خروجه على الدولة الأموية خيمة في المسجد الحرام لعلاج المرضى.وأقام الوليد بن عبد الملك عام 882 هـ مستشفى متكامل في دمشق.

إضافة إلى ما سبق فقد ازدهرت المؤسسات الاستشفائية في العصر العباسي ازدهارا كبيرا إذ أقام هارون الرشيد مستشفى أشرف عليه أطباء فرس، ولقد صنفت المستشفيات في العصر العباسي إلى:

●مؤسسات استشفائية ثابتة: تعد كبيرة أقيمت على نهر دجلة ومستشفيات المدارس الكبيرة مثل مستشفى المدرسة المستنصرية لعلاج العاملين من مدرسين و طلاب.

●مؤسسات استشفائية متنقلة:كمستشفى السبيل الذي يرافق الحجاج، والمستشفى المحمول الذي يتنقل إلى المناطق النائية، ومستشفى الجيش.

●مؤسسات استشفائية للعزل: كدور المجزوبين والمجانين، ولقد كثر عدد المؤسسات الاستشفائية بصورة واضحة في عهد الأيوبيين والمماليك لكثرة الحروب آنذاك.

-المؤسسات الاستشفائية في العصر الحديث:اتّسم هذا العصر بوجود تطور كبير في كافة مجالات العلوم الطبية وغيرها من العلوم التي أصبح لها أثر بالغ وحيوي في تعزيز مهنة الطب وبالتالي تحسين نوعية الخدمات الصحية المقدّمة في المؤسسات الاستشفائية المعاصرة.

وما يميّز العصر الحديث هو توالي الاكتشافات الطبية والتركيز على استخدام التقنيات الطبية الحديثة في تشخيص ومعالجة المرضى, كاستعمال الليزر في العلاج, بالإضافة إلى الاعتماد على الإعلام الآلي و الروبوتيك, والتركيز على معايير الجودة ومدى تحقيقها في المجال الطبي، بالإضافة إلى حصول تقدم كبير فيما يخص الطب السريري والخدمات وتنامي اعتقاد أفراد المجتمع بأن الطب الجيد يتواجد في المؤسسات الاستشفائية ، وإيمانهم بما يمكن لهذه المؤسسات أن تقدمه لمعالجة الأمراض.

من بين العوامل والقوى المؤثرة على تطور المؤسسات الاستشفائية في العصر الحديث ما يلي[1]:

- التقدم العلمي في الخدمات الطبية؛
- تطوير التكنولوجيا الطبية من خلال اكتشاف واستعمال تخطيط القلب الكهربائي، وتخطيط الدماغ الكهربائي، واكتشاف زمر الدم؛
- تطور وتقدم خدمات التمريض, إذ أصبح التعليم والتدريب التمريضي يتم في إطار مدارس التمريض؛
- التقدم الكبير في التعليم الطبي كوضع معايير محددة تحكم التعليم الطبي, وظهور أسس عملية و نظريات يستند إليها الطب, مثل نظرية الجرثومة والمرض، ونظرية العوامل المتعددة للمرض, مما أثر على عمل المستشفيات ودفعها إلى توسيع أنشطتها وأهدافها؛

3-2-2- مفهوم ومكونات النظام الاستشفائي:

اختلفت التعاريف المقدمة لمفهوم المؤسسات الاستشفائية باختلاف الزاوية التي ينظر منها،وفيما يلي مجموعة من التعاريف مع التوصل إلى تقديم تعريف شامل ودقيق.

3-2-2-1- مفهوم المؤسسات الاستشفائية:لقد تعددت التعاريف المقدمة، وللوصول إلى مفهوم واضح وجب التطرق إلى مختلف التعاريف المقدمة:

التعريف 1: هي جزء متكامل من تنظيم اجتماعي وصحي يعمل على توفير الرعاية الصحية الكاملة بشقيها العلاجي والوقائي للمواطنين، وتصل بخدماتها إلى الأسرة في بيئتها

[1]فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، مكتبة الإثراء الجامعية للنشر والتوزيع، الشارقة ، سنة 2010، ص 25

المنزلية، بجانب أنها مركز لتدريب العاملين في الخدمة الصحية وإجراء الاختبارات الطبية[1].

التعريف 2:هي منظمة اجتماعية صحية تقوم بمختلف الوظائف العلاجية والوقائية والتدريبية والعلمية أيضا والوظائف المهنية والتأهيلية، بالإضافة إلى وظيفة البحث العلمي بهدف المساهمة في تحقيق الأهداف العامة للتخطيط الصحي[2].

التعريف 3: المؤسسة الاستشفائية مكان لإيواء المرضى والمصابين حتى يتم شفاؤهم[3].

إضافة إلى ما سبق هناك من عرّف هذه المؤسسات على أساس مدخل النظم، فيما يلي مجموعة من هذه التعاريف:

التعريف 4:نظام مركّب من مجموعة نظم فرعية لكل منها طبيعة مميزة وخصائص مختلفة، كما تعتبر أيضا بمثابة نظام مفتوح يعمل على حل مشكلات تعترض صحة أفراد المجتمع الذي يتفاعلون معه و يتأثرون به ويؤثرون فيه[4].

التعريف 5:هي نظام كلي يضم مجموعة من النظم الفرعية المتكاملة والمتمثلة في نظام الخدمات الطبية المعاونة ونظام الخدمات الفندقية، ونظام الخدمات الإدارية، تتفاعل تلك النظم معا بهدف تحقيق أقصى رعاية ممكنة للمريض و المصاب، وتدعيم الأنشطة التعليمية والتدريبية والبحثية للدارسين و العاملين في المجال الطبي[5].

التعريف 6: المؤسسة الاستشفائية نظام مفتوح شامل يضم عدّة أنظمة فرعية مثل النظام الطبي والنظام التمريضي والنظام الإداري والنظام الاجتماعي، حيث يضم المستشفى فئات

---

[1]فريد راغب النجار، إدارة الأعمال في الأنظمة الصحية و الطبية، دار النهضة العربية، القاهرة، 1981، ص 148-149

[2]سيد محمد جاد الرب، تنظيم إدارة المستشفيات، مدخل النظم، دار النهضة العربية، القاهرة ، 1991، ص 33

[3]زهير حنفي علي، المستحدث في الإدارة العليا للمستشفيات، المكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة، 1988، ص 8

[4]حسان محمد نظير حرستاني، ادارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة للبحوث، المملكة العربية السعودية، 1990، ص 51

[5]السيد عليوة، إدارة الأزمات في المستشفيات"، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2001، ص 81

وطبقات مختلفة ومتباينة في خصائصها وتخصصاتها ومستوياتها العلمية والتعليمية والاقتصادية[1].

من خلال التعاريف المقدمة سابقا يمكن استخلاص تعريف شامل يحتوي في طياته منهج النظم كما يلي:

المؤسسات الاستشفائية عبارة عن نظام كلي مفتوح يتكون من مجموعة من النظم الفرعية لكل منها خصائصها ومميزاتها، تفاعل هذه النظم الجزئية أو الفرعية فيما بينها, من أجل تحقيق مجموعة من الأهداف الصحية المسطرة.

إن التعريف الشامل يوضح بأن المؤسسة الاستشفائية عبارة عن نظام كامل يتكون من مجموعة أنظمة فرعية تتمثل في:

- نظام الخدمات الطبية: يوفر هذا النظام كل وسائل العلاج والإجراءات الجراحية اللازمة للمريض بالإضافة إلى متابعة حالات المرضى والتنسيق بين مختلف الأقسام بالمستشفى.
- نظام الخدمات الطبية المعاونة:يوفّر هذا النظام كامل احتياجات المستشفى من الأدوية والمستلزمات الطبية بالإضافة إلى القيام بجميع الخدمات شبه الطبية (المعاونة) كإجراء التحاليل الطبية و الأشعة و التخدير...
- نظام الخدمات الفندقية:يوفّر هذا النظام جميع وسائل وسبل الإقامة المريحة للمرضى من خلال توفير وتقديم الوجبات الغذائية بصفة منتظمة, والسهر على نظافة مكان إقامتهم عن طريق الاهتمام بمظهر ونظافة مرافق المستشفى وأثاثه ومفروشاته.
- نظام الخدمات الإدارية: يختص هذا النظام بتخطيط وتنظيم وتوجيهه ومراقبة تنفيذ جميع الأعمال الإدارية بالمستشفى.

---

[1] عبد الإله ساعاتي ،"مبادئ إدارة المستشفيات"، دار الفكر العربي، القاهرة، 1998، ص 34

3-2-2-2-مكونات النظام الاستشفائي: تتكون المؤسسة الاستشفائية كنظام مفتوح من عدّة مكونات نوجزها فيما يلي:

- المدخلات:وهي كل العناصر اللازمة لقيام المستشفى بممارسة أنشطته، تتمثل هذه العناصر في[1]:

- العنصر الإنساني:يتضمن كل القدرات والمهارات والسمات البدنية لكل من الأطباء والممرضين والإداريين والموظفين الآخرين، كما يتضمن المشاكل الصحية للمرضى المترددين والمقيمين بالمستشفى وكذلك المستفيدين الآخرين من خدمات المستشفى، هذا فضلا عن الأساليب التكنولوجية المستخدمة سواء في التشخيص أو التمريض أو العلاج.
- العنصر المادي:وهو يشمل جميع الإمكانيات المادية مثل الأموال النقدية المتوفرة والقروض، والاستثمارات المختلفة والتبرعات بالإضافة إلى الموارد الطبيعية المختلفة مثل الأراضي والمباني والتجهيزات الطبية، والأدوية، والأسرّة والأغذية.
- عنصر المعلومات: يتضمن هذا العنصر المعلومات المتعلقة بالبيئة الداخلية مثل أنظمة وسياسات ومعايير الخدمة، والمعلومات الإدارية والمحاسبية، والمعلومات الخاصة بالعاملين، وتلك الخاصة بالمرضى.

كما يشمل هذا العنصر على المعلومات الخاصة بالبيئة الخارجية, مثل المعلومات الخاصة باحتياجات منطقة الخدمة المستمرة، والمعلومات الخاصة بالظروف الاقتصادية والاجتماعية والتكنولوجية.

- عملية التحويل:هي مجموع الأنشطة التشخيصية، العلاجية والمساعدة، التي تؤديها أقسام المستشفى المختلفة قصد تحويل المدخلات إلى مخرجات.

---

[1] أحمد محمد غنيم، مرجع سابق، ص ص 27-28

- المخرجات[1]:تتمثل المخرجات الناتجة عن ممارسة أنشطة المستشفى الأساسية والمساعدة في:

- حالة المرضى عند الخروج من المستشفى (تحسن، شفاء، وفاة، إحالة إلى مراكز طبية أكثر تخصصا) ؛
- تحقيق مستوى جودة الخدمات الطبية المقدمة؛
- زيادة كفاءة وفعالية إدارة المستشفى؛

- التغذية العكسية:تسجل في ذاكرة النظام بمركز معلومات المستشفى لتخزينها واسترجاعها عند الضرورة وتسهيل الاستفادة منها.

- البيئة:تتمثل في البيئة الداخلية من أهم محدداتها المرضى،الأطباء،شبه الأطباء،الإدارة أما البيئة الخارجية فهي تلك المحيطة بالمستشفى كالقوانين والتشريعات،العوامل الديموغرافية ، التكنولوجيا.

3-2-3- معايير تصنيف المؤسسات الاستشفائية:

تقسّم المؤسسات الاستشفائية إلى أنواع مختلفة وفقا لعدّة معايير و فيما يلي أهم المعايير:

- معايير الملكية:تصنف وفقا لهذا المعيار إلى:

- مؤسسات استشفائية حكومية:يقصد بها تلك التي تكون ملكا للدولة، تدار وفق مفاهيم الإدارة العامة تطبّق عليها جميع الأنظمة الحكومية, من لوائح مالية وإدارية وإجرائية وهي لا تهدف إلى تحقيق الربح. تقسم بدورها إلى:

❖ مؤسسات استشفائية حكومية عامة: تقدم خدمات صحية لجميع فئات المجتمع مجانا أو مقابل دفع مبالغ رمزية تحددها الدولة، تحتوي على عدّة تخصصات.

[1] أحمد محمد غنيم، مرجع سابق، ص 29

❖ مؤسسات استشفائية حكومية لخدمة فئات خاصة: تكون تابعة لوزارة معينة أو هيئة عامة، تقتصر في تقديم خدماتها على العاملين وأسرهم كتلك العسكرية.

❖ مؤسسات استشفائية حكومية تخصصية: تتخصص في تشخيص وعلاج حالات مرضية معينة كتلك المتخصصة في معالجة الأطفال.

❖ المستوصفات: و هي مؤسسات استشفائية أو وحدات علاجية صغيرة لا تحتوي على أسرّة لإقامة المرضى، توجد بكثرة في القرى و المناطق الريفية.

❖ المؤسسات الاستشفائية الجامعية:تحتوي على بعض الأقسام التعليمية كقسم التشريح، وهي ملحقة بكليات الطب.

●المؤسسات الاستشفائية خاصة: تكون ملكا للأفراد والهيئات أو جمعيات خيرية أو شركات خاصة، تدار وفقا لأسلوب إدارة أعمال القطاع الخاص، وهدفها هو تحقيق الربح.

●مؤسسات استشفائية بأسماء الأطباء: تحمل أسماء أصحابها من أطباء، يقوم بإدارتها أطباء وأساتذة مشهورين في تخصصات طبية مختلفة وتقديم الخدمات الصحية يكون مقابل أتعاب يتم الاتفاق عليها مع المرضى.

●مؤسسات استشفائية للجمعيات: تنشأ من قبل الجمعيات الدينية والخيرية لا تسعى لتحقيق الربح تموّل عن طريق الهبات والتبرعات.

– معيار التخصص:و حسب هذا المعيار فإن المؤسسات الاستشفائية تصنف إلى:

- مؤسسات استشفائية عامة:تشمل عدّة تخصصات كأمراض الأطفال وأمراض النساء والتوليد وأمراض القلب، أمراض العظام...

- مؤسسات استشفائية خاصة:هي تلك المستشفيات التي تختص في معالجة فئة معينة من المجتمع كالمستشفيات المختصة في معالجة أمراض الأطفال، كما قد تكون مختصة في معالجة نوع واحد من الأمراض كالتخصص في علاج أمراض القلب.

- معيار نوعية الخدمة المقدمة: حسب هذا المعيار نجد أنه هناك مؤسسات استشفائية تقدّم خدمات طبية أولية، وأخرى تقدم خدمات طبية ثانوية، إضافة إلى تواجد مؤسسات استشفائية متخصصة تقدم خدمات طبية عالية التخصص.

- معيار توافر مقومات العملية التعليمية:يقصد بذلك توافر إمكانيات ووسائل التعليم الطبي، وحسب هذا المعيار تصنف المؤسسات الاستشفائية إلى:

- مؤسسات استشفائية تعليمية كاملة: تتوفر على كل إمكانيات ووسائل التعليم الطبي المادية، المالية، البشرية.
- مؤسسات استشفائية تعليمية جزئية:تتوفر على جزء من إمكانيات ووسائل التعليم الطبي.
- مؤسسات استشفائية غير تعليمية:لا تتوفر على الإمكانيات والوسائل اللازمة للتعليم الطبي.

– معيار الربحية: وفقا لهذا المعيار تصنف المستشفيات إلى:

- مؤسسات استشفائية ذات هدف ربحي:**و**هي التي تسعى إلى تحقيق الربح من خلال ما تقدمه من خدمات صحية.
- مؤسسات استشفائية ذات هدف غير ربحي:**و**هي التي لا تسعى إلى تقديم خدمات صحية بل تسعى إلى تقديم خدمات اجتماعية عامة لجميع أفراد المجتمع.

-معيار متوسط فترة إقامة المرضى:تصنف المستشفيات وفقا لهذا المعيار إلى:

•مستشفيات ذات عناية طويلة:إذ تبلغ متوسط إقامة المريض فيها أكثر من 30[1] يوما كالمستشفيات المتخصصة في الأمراض النفسية والعقلية.

•مستشفيات ذات عناية قصيرة: تبلغ العناية الصحية بهذا النوع فترة تقل عن 30 يوما.

– معيار الموقع و السعة السريرية:تصنف إلى 3 أنواع:

•مركزية: تعتبر مستشفيات عامة،تخدم تجمعات سكانية متوسطة تقع في ضواحي المدن، تتراوح سعتها السريرية ما بين 180 و500 سريرا[2].

•المناطق الإقليمية: تقدم خدماتها لمنطقة كاملة من خلال تقديم خدمات متخصصة لا توفرها أغلب المستشفيات.

•محلية صغيرة: تقدّم خدماتها لتجمعات سكانية قليلة ولا تزيد سعتها عن 150 سريرا[3].

– معيار جودة الخدمات الصحية المقدمة: حسب هذا المعيار تصنف إلى نوعين:

• مؤسسات استشفائية معتمدة: هي تلك التي تعترف بها بعض الهيئات العلمية الاستشارية التخصصية ، إذ تتوفر على كل الشروط اللازمة لقيامها بمهمتها على أكمل وجه.

• مؤسسات استشفائية غير معتمدة: لا تمتثل لأي شروط أو ضوابط من قبل هيئات الاعتماد المختصة.

3-2-4- وظائف المؤسسات الاستشفائية:

تسعى المؤسسات الاستشفائية إلى ممارسة عدّة وظائف يمكن حصرها في النقاط التالية[4]:

---

[1]أحمد محمد غنيم، مرجع سابق، ص 38

[2]نفس المرجع ، ص 39

[3]نفس المرجع ، ص 40

[4]أمير جيلالي، تسويق الخدمات الصحية في ظل إصلاح المستشفيات، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية والتسيير جامعة الجزائر 2009/2008، ص ص188 ،192

-الوظيفة العلاجية:تعتبر هذه الوظيفة من الوظائف الأساسية للمؤسسة الاستشفائية إذ تركز على تقديم أعلى مستوى ممكن من خدماتها للمرضى, سواء تعلق الأمر بخدمات التشخيص أو العلاج وما يرتبط بها من خدمات أخرى في شكل مستمر ودائم لكافة المرضى، سواء الموجودون في المؤسسة الاستشفائية أو هؤلاء الموجودون على مستوى العيادات الخارجية أو الموجودون في قسم الاستعجالات الطبية، والعمل على تحسين جودة الخدمة الصحية، ولضمان تقديم خدمات استشفائية جيدة وبأقل تكلفة ممكنة لابد من التركيز على الكفاءة العملية الإدارية من خلال التحكم في العوامل المرتبطة بكيفية استعمال الخدمات ومرافق المؤسسة الاستشفائية بطريقة عقلانية وذلك من خلال التركيز على النقاط التالية:

- العمل على التقليل في مدّة إقامة المريض في المستشفى إلى أدنى حد ممكن؛
- التركيز على الجانب الوقائي بالكشف المبكر على المرض قبل استفحاله؛
- مراعاة التصميم الجيد للمؤسسة الاستشفائية بما يسمح بسهولة تنفيذ الأنشطة الاستشفائية؛
- العمل على توفير القدرات الإدارية المؤهلة في مجال إدارة المستشفيات من خلال مدارس التكوين؛
- محاولة تنظيم المؤسسة الاستشفائية وتزويدها بالأجهزة والمعدات من جهة, والبحث عن العناصر البشرية المؤهلة لضمان أعلى مستوى ممكن من الرعاية الصحية؛
- ضرورة التعامل مع المريض كشخص بكامله، وليس كنظام بيولوجي إذ أن العوامل النفسية والمعنوية لها تأثير كبير على صحة الفرد؛
- توفير إقامة مناسبة لكل المرضى؛

-الوظيفة الوقائية:يعتبر الدور الوقائي للمؤسسة الاستشفائية جزء من أخلاقياتها للوفاء

بالمسؤولية الاجتماعية الملقاة على عاتقها[1] وتقسم الخدمات الوقائية إلى:

- خدمات وقائية: هي الخدمات التي يخطط لها و تقدم لوقاية الأفراد من مرض معين كحملات التطعيم والتحصين الجماعي مثلا، إضافة إلى خدمات ترقية الصحة كالوقاية والسيطرة على تلوث المياه ومكافحة الحشرات، والقوارض الناقلة للأمراض، ودعم برامج تنظيم الأسرة.
- خدمات وقائية قانونية[2]: هي تلك الخدمات التي تشمل التشخيص والكشف المبكر للأمراض قبل استفحالها، وتشمل خدمات المسح الصحي الشامل, أو لمجموعات سكانية محدّدة قد تكون لها القابلية للإصابة بمرض ما.
- خدمات وقائية من الدرجة الثالثة: تشمل الخدمات المتخصصة وتهدف إلى إعادة تأهيل المرضى والمصابين، بفضل الفريق المتخصص لتمكينهم من ممارسة حياة طبيعية.

-وظيفة التعليم و التدريب:يعتبر المستشفى المكان الأنسب للتدريب العلمي لما يتوفر عليه من إمكانيات مادية وبشرية إضافة إلى كونه يشمل يوميا حالات مرضية مختلفة ومتعددة.

يعتبر النشاط التعليمي والتدريبي من الوظائف الهامة والأساسية كون أن التعليم والتدريب يؤديان إلى رفع كفاءة العنصر البشري في المستشفى مما يؤدي إلى تحسين الخدمات الصحية المقدمة للمريض و ذلك من خلال تدريب الأطباء والشبه الطبيين وكافة المهنيين العاملين في المستشفى.

-وظيفة البحث العلمي:تهدف البحوث العلمية في المجال الطبي إلى الإضافة المعرفية وإثراءها من أجل تحسين خدمات رعاية وعلاج المرضى، ومن أجل القيام بهذه البحوث

---

[1] فريد توفيق نصيرات،"إدارة منظمات الرعاية الصحية"، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، الأردن، ط 1، 2008، ص 113

[2] أمير جيلالي، مرجع سابق، ص 191

يتوجب على المؤسسات الاستشفائية توفير الإمكانيات المادية والبشرية والمالية اللازمة كالأطباء المختصين والعناصر البشرية المساعدة من باحثين وفنيين إضافة إلى المعدات والتجهيزات اللازمة.

- وظيفة الخدمات الممتدة للمنزل:تقدم خدمات الرعاية الصحية في المنزل للأفراد ذوي الحالات المرضية المزمنة والتي لا تتطلب الرعاية الطبية المركزة في المؤسسة الاستشفائية.

من مزايا هذه الخدمات كونها ذات تكلفة أقل إضافة إلى توفيرها أسرة للحالات المرضية التي تحتاج إلى الرعاية الاستشفائية.

3-3- أهم النشاطات الإدارية بالمؤسسات الاستشفائية:

إن أبرز ما يميز المؤسسة الاستشفائية عن باقي المؤسسات الأخرى هو كونها تضم فئتين أساسيتين: فئة الإداريين وفئة القطاع المهني الطبي والشبه الطبي، وتعتبر الفئتان وجهان لعملة واحدة فلا وجود لها دون وجود طاقم طبي و شبه طبي، و لا وجود لهؤلاء دون وجود إدارة توفر لهم الإمكانيات المادية والبشرية والمالية اللازمة لأداء وظيفتهم على أكمل وجه، وفيما يلي سنحاول إبراز مختلف مراحل العملية الإدارية في المؤسسة الاستشفائية، والتطرق إلى مبادئها و أساليبها.

3-3-1- التخطيط والتنظيم بالمؤسسات الاستشفائية:

يعتبر كل من التخطيط والتنظيم من أساسيات العملية الإدارية ككل والإستشفائية خاصة، وسنتطرق إلى كل عملية على حدة فيما يلي:

3-3-1-1- التخطيط في المؤسسات الاستشفائية:يعد التخطيط من الوظائف الرئيسية للإداريين و يعتبر أساس العملية الإدارية إذ أن نجاح هذه الأخيرة مبني على التخطيط الجيد.

-تعريف التخطيط الصحي:عرفته منظمة الصحة العالمية على أنه العملية التي تقوم على تحليل البيانات وتحديد الاحتياجات وتقدير الموارد المتاحة، و استعمال نتائج هذا التحليل في الإعداد للتغيير وفقا لأهداف مقصودة ومحددة مسبقا[1].

يمكن تعريفه أيضا على أنه دراسة الواقع الصحي الحالي من أجل تحقيق أهداف صحية مستقبلية منطقية و مقبولة مع الأخذ بعين الاعتبار الدراسات والتجارب السابقة في المجال الصحي والبيئي، و رسم الطريق ما بين الواقع الحالي والهدف المستقبلي أخذا بعين الاعتبار التغيرات الخارجية (البيئة الخارجية) والتي تؤثر على الوضع الصحي بشكل عام[2].

يمر التخطيط الصحي بالمراحل التالية:

-تحديد الأهداف المراد تحقيقها: توجه كافة جهود الإداريين والفنيين والعاملين نحو تحقيق الهدف المسطر من قبل المستشفى, وذلك من خلال العملية الإدارية والممارسة اليومية المستمرة لها، و الملاحظ هو أن طبيعة الهدف ونوعه ومستواه يختلف من مستشفى إلى آخر بحسب توجهاته حجمه و غيرها من الاعتبارات الأخرى, لكن على العموم هناك مميزات لابد أن تتوفر في الهدف الذي يتم وضعه إذ يجب أن يكون الهدف:

- محددا: أي له حدود معينة وواضحة مفهومة لدى كافة العمّال؛
- قابلا للقياس: فالأهداف التي يصعب قياسها لا يمكن الحكم بأنها حقّقت أم لا بشكل دقيق؛
- واقعيا: أي إمكانية تحقق الهدف, إذ يجب أن يكون منسجما مع الواقع ومدى توفر الإمكانات البشرية والمادية وأن ينسجم مع البيئة الداخلية والخارجية للمستشفى؛

[1] صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات و المراكز الصحية الحديثة، دار الفكر، عمان، ط1، 2009 ،ص81

[2] فؤاد الشيخ سالم و آخرون، المفاهيم الإدارية الحديثة، مركز الكتب الأردني ، عمان ،2002، ص 33

- مكتوبا: ضرورية كتابة الأهداف المراد تحقيقها للمحافظة على عدم تغييرها وعدم التلاعب بها؛
- وضع جدول زمني لتحقيق الهدف: أي جدولة الأهداف؛

- تعريف و تحديد البدائل المتاحة للخطة المراد السير بها لتحقيق الأهداف: يقصد بالخطة المسار الذي يتم تحديده من أجل الوصول إلى الأهداف الموضوعة سابقا، وعند تحديد المسار الواجب اتباعه لابد من الأخذ بعين الاعتبار الإمكانيات المادية والمالية والبشرية المتاحة للمؤسسة الاستشفائية ، لذلك يجب وضع أكثر من خطة لتحقيق الأهداف, أي خطط بديلة تكون طويلة أو متوسطة أو قصيرة المدى و أن يشارك الأفراد العاملين للمؤسسة الاستشفائية في وضع الخطة مما يزيد من ولائهم للمؤسسة الاستشفائية والتزامهم لتحقيق الأهداف، كما يحبذ الاستعانة بأفراد من خارج المؤسسة الاستشفائية لرسم الخطط وذلك من أجل الاستفادة بخبرات ومهارات جديدة غير معروفة مسبقا, إضافة إلى العمل دون وجود ضغوط من الإدارة العليا غير أن عدم المعرفة الكاملة بالمؤسسة الاستشفائية وظروفها يعطي المخطط نوعا من عدم الواقعية.

يشترط في الخطة أن تتسم بدرجة من المرونة, أي إمكانية تعديلها وتغييرها وتطويرها وفقا لظروف البيئة الداخلية والخارجية للمستشفى، كما ينبغي أن تتوفر خطة لكل أقسام المؤسسة الاستشفائية.

- اختيار الخطة المناسبة:يمر اختيار البديل الأفضل من خلال:

- المرحلة 1: يتم وتوضيح ودراسة مميزات كل بديل على حدة,أي عملية تقييم البدائل التي تقوم على عدة معايير نذكر منها على سبيل المثال: التكلفة، توفر الموارد البشرية، الفترة الزمنية المتوقعة لإنجاز كل بديل، ومدى الحاجة إلى استخدام التكنولوجيا وغيرها من العوامل

الأخرى التي تحددها إدارة المستشفى المؤسسة الاستشفائية.

- المرحلة 2:اختيار البديل الأفضل مثلا: البديل الأقل تكلفة أو البديل الذي يتوفر على أكبر قدر من الموارد.

- دراسة التغيرات البيئية الداخلية والخارجية للمؤسسة:بعد اختيار الخطة المثلى وقبل تنفيذها يتم دراسة البيئية الداخلية والخارجية للمستشفى، إذ تختلف البيئة الداخلية للمستشفى من مستشفى إلى آخر باختلاف طبيعة العمل، عدد العمال، الموقع الجغرافي، إذ يجب دراسة كافة الاحتمالات الممكنة داخل المؤسسة الاستشفائية من أجل توفير البيئة الداخلية المناسبة لإنجاح تطبيق الخطة الجديدة.

فيما يخص المتغيرات الخارجية فيقصد بها المحيط الخارجي التي تنشط فيها المؤسسة الاستشفائية إذ لابد من الأخذ بعين الاعتبار المتغيرات التالية:

- دراسة المتغيرات السياسية كالقوانين والأنظمة الحكومية والوضع الأمني والسياسي التي قد يؤثر على تطبيق الخطة؛
- دراسة المتغيرات الاقتصادية كالتضخم، البطالة؛
- دراسة المتغيرات الاجتماعية ومدى تقبّل المجتمع للخطة المراد تنفيذها ومدى تلاؤمها مع العادات و التقاليد والعقيدة؛

- تنفيذ الخطة ومتابعتها: أي ترجمة ما تم وضعه على الورقة إلى عمل واقعي لتحقيق الأهداف المسطرة, وذلك من خلال التنظيم الرسمي لكي يكون أغلب العاملين على دراية ومعرفة بالخطة الجديدة بالإضافة إلى الاستعانة بالتنظيم الرسمي الذي يساعد على تنفيذ وإنجاح و متابعة الخطة المرسومة من خلال إقناع ومشاركة العاملين، بالإضافة إلى ضرورة وجود هيكل تنظيمي مناسب للمؤسسة الاستشفائية يحقق أهدافها.

- تقييم النتائج: أي مراجعة كافة مراحل الخطة لاستخراج نقاط الضعف لتجنبها ونقاط القوة ودعمها.

3-3-1-2- التنظيم في المؤسسات الاستشفائية:يقصد بالتنظيم الإطار الهيكلي الذي تتكاثف فيه الجهود لتحقيق الأهداف المسطرة ويعرف التنظيم على أساس أنه "مجموعة من الأنشطة الإنسانية المتفاعلة والمتميزة والمتناسقة ذات صفة مستمرة، من الموارد الإنسانية والمادية والفكرية التي تعمل بشكل متفاعل من أجل تحقيق أهداف النظام وإشباع الرغبات والحاجات الإنسانية لدى أعضاءه، وهذا النظام لا يعمل في منأى عن تأثير البيئة المحيطة به,بل يتفاعل معها ويتأثر بها و بالأنظمة الموجودة فيها[1]".

يقوم التنظيم الاستشفائي على مجموعة من المبادئ نوجزها فيما يلي:

- التخصص: أي تحديد كوادر بشرية متخصصة بكل نشاط في المستشفى مما يساعد على تحقيق الأهداف المسطرة فالتخصص يجعل الفرد متفرغا لتأدية العمل المتخصص فيه مما يؤدي إلى اكتساب الفرد لمهارة عالية وخبرة, بالتالي زيادة الكفاءة الإدارية غير أن ما يعاب على التخصص هو دخول الفرد في الروتين اليومي والملل, ولتجنب هذه الظاهرة ينصح الإدارة باللجوء إلى التدريب والتطوير المستمر لمواردها البشرية.

- تقسيم العمل: يعتبر تقسيم العمل ضرورة حتمية بسبب محدودية طاقة الفرد، ويتم تقسيم العمل على الوحدات الإدارية المختلفة في المستشفى, وحسب حجم ومستوى تلك الوحدة، كما يتم تقسيم العمل داخل الوحدة الإدارية بين الأفراد كل حسب كفاءته وخبرته ومهارته.

- نطاق الإشراف: أي قدرة المشرف على الإشراف على المرؤوسين، إذ لا يمكن لمشرف

---

[1] عمر وصفي عقيلي ، قيس عبد علي المؤمن، المنظمة ونظرية التنظيم، مؤسسة زهران للطباعة والنشر، عمان، 1994،ص 225

واحد أن يشرف على عدد كبير من المرؤوسين.

- وحدة قيادة الأمر:يجب أن تكون وحدة إصدار الأوامر واتخاذ القرارات واضحة ومعروفة لدى مختلف الأفراد بجميع المستويات الإدارية لتجنب الصراعات.

-التنسيق:أي التعاون بين مختلف المستويات الإدارية في المستشفى بهدف تحقيق الفرعية لكل مستوى أو وحدة والتي تصب في تحقيق الأهداف العامة للمؤسسة الاستشفائية.

- تفويض السلطة:أي منح حق اتخاذ القرار من مستوى إداري عالٍ إلى مستوى إداري آخر مما يسمح للإدارة باكتشاف المواهب والقدرات الإدارية.

- مرونة التنظيم:أي إمكانية التغيير والتعديل في البناء التنظيمي فيما يتعلق بجميع الأنظمة المتعلقة بالعملية التنظيمية, وهذا نتيجة لكون المستشفى ينشط ضمن بيئة متغيرة.

- المسؤولية:أي تعهد و التزام المرؤوس بتنفيذ الأعمال الموكلة له، وتحمل الموظفين للمسؤولية و المحاسبة من قبل الرؤساء.

كما نجد أن هناك العديد من التقسيمات لأنواع التنظيم، و سنتبنى التقسيم الموالي[1]:

- التنظيم الرسمي: هو ذلك التنظيم الذي يوجد له هيكل تنظيمي والذي يعتبر أساس هذا النوع, إذ يتم تحديد المستويات الإدارية وقنوات الاتصال, وكذلك تحديد المهام والمسؤوليات والصلاحيات ويشمل أيضا القواعد والترتيبات التي تطبقها النظرية وتعبّر عن الصلات الرسمية بين كافة الموظفين, ولقد حاولت النظرية الحديثة تفسير التنظيم من خلال اعتبار للمؤسسات الاستشفائية نظام مفتوح على المجتمع يؤثر ويتأثر به, وبالتالي هناك علاقة وطيدة بين المجتمع و للمؤسسة الاستشفائية من خلال إيجاد الأهداف أو أساليب العمل وتحديد الأولويات.

[1] صلاح محمود ذياب، مرجع سابق، ص ص 111-114

- التنظيم غير الرسمي: هو عبارة عن مجموعة من الأفراد ضمن المؤسسة الرسمية تجمعهم أشياء مشتركة كهدف واحد أو مصالح واحدة، ولا يوجد لهذا النوع من التنظيم هيكل تنظيمي ولا يمكن تحديد مستويات إدارية أو خطوط اتصال منتظمة, وما يميزه وجود علاقات شخصية كثيرة ومتعددة و وجود قائد غير رسمي يتم اختياره بناء على بعض السمات الشخصية أو القدرات المادية أو الكفاءة العلمية، بالإضافة إلى تميّزه بالرقابة الذاتية من قبل أعضاء التنظيم غير الرسمي وشعور أعضاءه بالولاء و الإخلاص لتنظيمهم.

من خلال العرض السابق يمكن حصر أهم الفروقات بين التنظيمين من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم 11: الفرق بين التنظيم الرسمي وغير الرسمي

العـــامـــل	التنظيم الرسمي	التنظيم غير الرسمي
الأهداف	محددة و واضحة	قائمة على الاتفاق
البنيان	وظيفي ومحدد وفق برنامج	وفق حالة العمل
العلاقات	تحدد الاتجاهات، الارتباط وأساليب المعالجة وأنواع التكنولوجيا	تحدد كيفية الإنجاز خلال الارتباطات المختلفة
المكافآت	نظام واضح و محدد	حوافز ضمنية و نفسية
القيادة	تحديد أعمال المدراء، وبيان الأنظمة المتبعة	كيفية نمط الممارسة والنمط المتعمد
ميكانيكية العمل	نظام الميزانية، تحديد الإجراءات الإدارية والتخطيط والرقابة	كيفية إتباع الميكانيكية والمعالجة المتعلقة بإنجاز الوظائف

المصدر: صلاح محمود ذياب، مرجع سابق، ص 113

إضافة إلى التنظيمين الرسمي وغير الرسمي, هناك ما يسمى بالأدوات التنظيمية المساعدة والتي لها عدّة أهداف، ومن بين هذه الأدوات نجد[1]:

[1] محمود عساف، أصول الإدارة، دار زهران للطباعة والنشر، عمان، 1998، ص 365

❖الخرائط التنظيمية: عبارة عن أشكال هندسية يقوم المنظم بإعدادها ليوضح كافة نواحي النشاطات التي تقوم بها المؤسسة الاستشفائية متضمنة أنواع الوظائف ومسمياتها وعددها والأجهزة الإدارية التي تقوم بكل وظيفة, وأنواع ومحددات العمل من إدارات أقسام بدرجاتها والعلاقات بين تلك الوحدات، وكيفية الاتصال بينها وتدرج السلطات والمستويات الإدارية، وتعتبر هذه الخرائط بمثابة ترجمة للحقوق والواجبات لمجموعات النشاطات داخل المؤسسة الاستشفائية.

❖أدلة التنظيم:هي كتيبات تقوم بتفسير ما تحتويه خرائط التنظيم من معاني بأسلوب إنشائي مفصّل يشرح ما لا يتاح للرسم أن يوضحه, فيحتوي الدليل التنظيمي على تصنيف للوظائف التي يحتويها الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية مبينا حقوق العاملين وواجباتهم ودرجاتهم المالية, والشروط التي يجب أن تتوفر لديهم وتسلسل سلطاتهم ومستوياتهم فضلا عن أسماء شاغلي الوظائف الرئيسية وكافة المعلومات العامة عن المؤسسة الاستشفائية.

❖السياسات: هي الأطر العامة التي يعمل من خلالها المستشفى وتسهّل عملية اتخاذ القرار والسياسات الجيدة هي المكتوبة التي تضعها إدارة المؤسسة الاستشفائية من أجل السير عليها في مراحل وضع الخطة وتنفيذها، ونظرا للعلاقة الوثيقة بين التخطيط والتنظيم باعتبار أن التنظيم هو الإطار التي توضع فيه الخطط لكي تتحرك نحو الهدف فإن السياسة تكون مرشدا وهاديا عند تصميم التنظيم.

❖التقارير:هي المعلومات المدونة عن مشاكل العمل والظروف التي تمر بها المؤسسة أو أحد أقسامها بصفة عامة، والتقارير هي أداة من أدوات التنظيم ومنها ما يكون تنظيما في طبيعته كتلك التي توجد بناء على طلب المنظم, وتتناول دراسات وبحوث لظروف العمل،

كذلك توجد تقارير تساعد المدراء على الحكم على كفاءة التنظيم أو التعرف على نواحي الضعف في الأجهزة الإدارية.

❖المجلات:هي كافة الملفات ومحاضر الاجتماعات واللجان وما لديها من أوراق تشمل بيانات من نشاط المستشفى أو العاملين فيه, وتحفظ ضمن الأصول العلمية للرجوع إليها عند الحاجة، و قد تكون هذه السجلات ورقية أو إلكترونية، تختلف هذه السجلات في مفهومها ومكوناتها عن السجلات الطبية، إذ تعتبر الطبية منها أداة رئيسية للعلاج ومتابعة الحالات المرضية, أما السجلات الأخرى فيعتمد عليها للقيام بالأعمال الإدارية على أكمل وجه.

3-3-2- الرقابة في المؤسسات الاستشفائية:

تعد الرقابة من الوظائف الإدارية الرئيسية، وتعتبر من مهام ومسؤوليات المدراء ورؤساء الأقسام و العمال في مختلف المستويات الإدارية، تركز عملية الرقابة مقارنة نتائج الأداء الفعلي مع الأهداف المسطرة من قبل وفيما يلي بعض التعاريف لمفهوم الرقابة.

التعريف 1: " الرقابة وظيفة إدارية تنطوي على قياس وتصحيح أعمال الإداريين والمرؤوسين بهدف التأكد من أن الخطط المرسومة لتحقيق أهداف معينة قد نفّذت وحققت المطلوب[1]"

التعريف 2: " الرقابة هي قياس الأداء وتصحيحه لموافقة المعايير الموضوعة وتحقيق الأهداف[2]"

التعريف 3:" الرقابة جهد منظّم لوضع معايير الأداء مصحوبة مع أهداف التخطيط بالإضافة إلى وضع أنظمة للتغذية الراجعة بهدف مقارنة الأداء الفعلي مع المعايير الموضوعة, من

[1] عبيد عاطف، أصول التنظيم والإدارة، دار النهضة العربية، بيروت، 1997، ص 108

[2] فؤاد الشيخ سالم وآخرون، مرجع سابق، ص 247

أجل تحديد الانحرافات واتخاذ الإجراءات الضرورية لتصحيحها والتأكد أن جميع مصادر التنظيم مستثمرة بشكل فعّال للوصول إلى أهداف المؤسسة[1]".

من خلال التعاريف السابقة نستخلص النقاط التالية:

- قياس الداء الفعلي من خلال عدّة معايير تختلف من مؤسسة استشفائية إلى أخرى؛
- مقارنة الأداء الفعلي بالأهداف المسطرة (الأداء المتوقع) ومدى تحقيقها؛
- تحديد الانحرافات (إن وجدت) بمعنى الانحرافات في الأداء والتي لم تمكن من بلوغ الأهداف؛
- تصحيح الانحرافات لبلوغ الأهداف المسطرة؛

تتم عملية الرقابة في المؤسسات الاستشفائية من خلال اعتماد المراحل التالية:

❖ تحقيق الأهداف: تتعدد وتختلف الأهداف التي تصبوا المؤسسات الاستشفائية تحقيقها فهناك أهداف تتعلق بتحسين الوضع الصحي للمواطن، تقليص عدد الوفيات، تحسين مستوى الخدمة الصحية المقدمة إلى غيرها من الأهداف الأخرى، فالعملية الإدارية لابد أن يكون لها هدف، وتعتبر عملية الرقابة وسيلة لتحقيق الهدف.

❖ تحديد معايير الأداء:للقيام بعملية الرقابة في المؤسسات الاستشفائية لابد من إيجاد معايير تقييم الأداء لكل مهنة فالمستشفى هو مكان تتعدد فيه المهن من طبية وشبه طبية، إدارية إلى غير ذلك، فلابد من وضع معايير مناسبة من النواحي الكمية والنوعية والفترة الزمنية لإنجاز العمل ومن بين المعايير المستعملة للرقابة على الأداء في المستشفى نجد:

➢ المعايير الكمية: يقصد بها كمية العمل الذي يجب على الفرد إنجازه خلال فترة زمنية

[1] مهدي حسن، محمد القريوتي، مبادئ الإدارة، نظريات ووظائف، جمعية عمال المطابع الأردنية، عمان، 1984، ص 199

محددة.

- المعايير النوعية: أي وضع مواصفات لطبيعة الخدمة المقدمة للمريض من قبل الطبيب والممرضين كمعدلات الغياب، وترك العمل.
- المعايير الزمنية: أي تحديد فترة زمنية مهينة من خلالها يقدم عدد محدد من الخدمات.
- معايير التكلفة[1]:قياس التكاليف المقبولة و لمنطقية لتقديم خدمة معينة.
- معايير معنوية: و هي معايير يصعب قياسها.

- قياس الأداء الفعلي: مقارنتها بالأهداف المسطرة، ويتم قياس الأداء الفعلي من خلال عدة وسائل, كالملاحظة الشخصية والمباشرة لأداء العمال, أو من خلال التقارير ومن خلال نماذج تقييم و قياس أداء الموظفين في جميع المستويات الإدارية.

- تحديد و تصحيح الانحرافات:يقصد بالانحراف الفرق بين الأداء الفعلي والأداء المتوقع (الأهداف المسطرة), و قد يكون الانحراف إيجابيا أي أن الأداء الفعلي يفوق الأداء المتوقع وهذا غالبا ما يقع, ويصحح عن طريق إعادة دراسة الأهداف، وقد يكون سلبيا أي أن الأداء الفعلي أقل من الأداء المتوقع, أي أنه ليس هناك تحقيق للأهداف المسطرة، وهذا الانحراف يجب تصحيحه وذلك بدءا بالبحث عن أسباب الانحراف، وتصحيحها.

تعتبر عملية البحث عن أسباب الانحراف عملية معقدة بالمؤسسات الاستشفائية لكون نشاطاتها متشابكة ومعقدة ومن الصعب الفصل فيها.

ومن أساليب الرقابة في المؤسسات الاستشفائية نجد:

- الملاحظة الشخصية[2]:تمارس من قبل مختلف المستويات الإدارية (على مستوى الفرد،

[1] صلاح محمود ذياب، مرجع سابق، ص 186

[2] ساعاتي عبد الإله ،مرجع سابق، ص 178

الوحدة الإدارية ، المؤسسة الاستشفائية ككل)، ولكنها تمارس من قبل الإدارة الوسطى والدنيا بشكل أكبر من الإدارة العليا, وتتطلب وقتا وجهدا كبيرين ، وفرصة تصحيح الانحراف أكثر سرعة وفعالية ويتطلب هذا الأسلوب من الرقابة خبرة ومهارة ووضوح لسياسات العمل، وذلك من خلال الزيارات الميدانية لمواقع العمل بصورة عشوائية أو منتظمة, ومن خلال الاتصال بالمرضى والمراجعين بالإضافة إلى المتابعة و المناقشة مع الأفراد و الجماعات كموظفين ومرضى.

- تقارير التفتيش: تكون في شكل معلومات ناتجة عن مراسلات بين مختلف المستويات الإدارية والعاملين بالمستشفى لتفسير الانحرافات.
- صناديق الاقتراحات: تشمل الشكاوي وآراء و اقتراحات المستفيدين من الخدمات الصحية و حتى الموظفين.
- الميزانيات التقديرية:هي عبارة عن قائمة رسمية لمختلف النشاطات المستقبلية للمؤسسة الاستشفائية تقارن لاحقا مع النشاطات المحققة, و يتم الاعتماد على هذا الأسلوب من الرقابة بشكل دوري و يحقق رقابة لجميع النشاطات في المستشفى ويحدد أهمية كل نشاط ومدى مساهمته في تحقيق الأهداف العامة[1].

3-3-3- مبادئ وأساليب إدارة المؤسسات الاستشفائية:

سنتناول في هذا القسم أهم مبادئ وأساليب إدارة المؤسسات الاستشفائية مع التركيز على إعطاء تعريف مفهوم عملية إدارة المؤسسات الاستشفائية.

3-3-3-1- مبادئ إدارة المؤسسات الاستشفائية:قبل التطرق إلى مبادئ إدارة المؤسسات الاستشفائية لابد من إعطاء تعريف لإدارة المؤسسات الاستشفائية.

---

[1]سعيد عبد العزيز، أساسيات التخطيط في المنشآت الصحية، جامعة الملك سعود، الرياض، 1993، ص 227

-مفهوم إدارة المؤسسة الاستشفائية: تعد وسيلة لتحقيق الأهداف المتعلقة بالصحة العامة في المجتمع المحيط بالمؤسسة الاستشفائية و ذلك من خلال الاستخدام الأمثل لمجموعة النظريات والموارد و التقنيات والثقافات التي تساعد على الوفاء باحتياجات صحة الفرد، لذلك فان إدارة المؤسسة الاستشفائية تهدف إلى إنجاز السياسة العامة المتعلقة بالصحة العامة مع السعي إلى اكتشاف أفضل طرق البحث لزيادة الفعالية والأداء في الخدمات الصحية التي تقدمها هذه المؤسسة علاجيا ووقائيا و بحثيا و تنمية للقوى البشرية[1].

لقد تطور علم إدارة المؤسسات الاستشفائية بشكل سريع من خلال اهتمام المستشفيات بإيجاد إدارة متخصصة لها، وقابل ذلك اهتمام الجامعات بعقد المؤتمرات والندوات في هذا المجال ومنحها لدرجات علمية مختلفة في مجال إدارة المؤسسات الاستشفائية والصحية، إضافة إلى اشتراط الحصول على شهادة متخصصة في الإدارة الصحية أو الاستشفائية للراغبين في العمل في مجال إدارة المستشفيات.

يمكن تلخيص أسباب ظهور إدارة المؤسسات الاستشفائية فيما يلي[2]:

- ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية؛
- ارتفاع التبرعات والهبات التي تقدمها المؤسسات والمنظمات التطوعية المحلية والأجنبية؛
- ظهور مؤسسات الضمان الاجتماعي؛
- تسهيل القروض البنكية للمؤسسات الصحية؛
- زيادة الحاجة لمعلومات وأرقام دقيقة لغايات التخطيط الصحي؛
- تنامي دور المؤسسة الاستشفائية في المجتمع ونشاطاته الاجتماعية والاقتصادية؛

---

[1] محمد ماضي، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية في مجال الصحة والتعليم، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2002، ص 53

[2] صلاح محمود ذياب مرجع سابق، ص 125

- تعدد التخصصات الطبية وزيادة أعداد الكوادر البشرية العاملة في المؤسسة الاستشفائية ؛
- زيادة التكاليف الرأسمالية لإنشاء وصيانة المؤسسات الصحية؛
- تعدد أنواع المؤسسات الاستشفائية وتصنيفاتها؛
- العناية والتركيز على صحة الإنسان؛

أما فيما يخص مبادئ إدارة المؤسسات الاستشفائية فعموما هي نفسها تلك المتعلقة بالإدارة عامة، وهي كالتالي[1]:

❖ التحليل والتقييم الموضوعي للمشاكل والموارد المتاحة في قطاع الاستشفاء عموما وفي المؤسسة الاستشفائية المعنية تحديدا؛

❖ تحديد وصياغة الأهداف والسياسات والاستراتيجيات لتحقيق الأهداف المحددة؛

❖ تنظيم الموارد المتاحة بالمؤسسة الاستشفائية بفعالية وبشكل يحقق التكامل بين العاملين والتكنولوجيا و الوظائف أو الأنشطة المختلفة؛

❖ ممارسة العملية الإدارية بما يحقق الأهداف المخطط لها بفعالية وكفاءة؛

❖ التقييم المستمر لنتائج العمال والأنشطة والمساءلة عن النتائج؛

3-3-3-2- أساليب إدارة المؤسسات الاستشفائية:تتعد أساليب إدارة المؤسسات الاستشفائية بتعدد المدارس والأفكار الإدارية، ففي الواقع لا يوجد أسلوب مثالي لإدارة المستشفى، لأن كل مستشفى له خصوصياته كالبيئة الداخلية والخارجية التي يتعامل فيها، فيما يلي أهم أساليب إدارة المؤسسات الاستشفائية[2]:

- أسلوب الإدارة الظرفية أو الموقفية: وفقا لهذا الأسلوب فإنه يتم اتخاذ القرارات في المؤسسة

---

[1] فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص 237

[2] صلاح محمود ذياب، مرجع سابق، ص 216-223، نقلا عن NAHQ, Guide to quality Management, National association for health care quality, 3rd Edition 1993, PP 39-45

الاستشفائية بناءا على معطيات الموقف أو الظرف الحالي أو المتوقع حدوثه،مما يتطلب وجود إداري ذو معرفة بالأمور الإدارية وعلى دراية ومعرفة بالأمور الفنية والطبية وكيفية اتخاذ القرار، و من خلال هذا الأسلوب يضطر المدير إلى أن يكون بيروقراطيا في اتخاذ القرار أحيانا و أحيانا أخرى لا، معتمدا في ذلك على معطيات الموقف والظروف المحيطة المؤسسة الاستشفائية داخليا وخارجيا، و هذا التباين في اتخاذ القرار لا يجب أن يكون مزاجيا بل معتمدا على معلومات حقيقية ومعروفة وصحيحة، ومن البديهي في هذه الحالة أن تختلف القرارات باختلاف الزمان أو المكان أو الأشخاص أو باختلاف الحالة المرضية، وهذا الأسلوب من الإدارة يتميز بالمرونة العالية والديناميكية والمخاطرة العالية أحيانا.

- أسلوب الإدارة بالأهداف: ترتكز الإدارة بالأهداف حول تحديد الأهداف أو النتائج المتوقعة بشكل واضح ومحدد، ووضع برامج واقعية لتحقيق تلك الأهداف وتقييم الأداء في ضوء قياس النتائج, وأن هذا الأسلوب يكون ناجحا ومميزا في إدارة المستشفى أو المؤسسة الصحية، شريطة توفر إدارة تتميز بالكفاءة والمعرفة والقدرة على تطبيق هذا الأسلوب، ويشارك الموظف في هذا الأسلوب بوضع أهدافه بشكل محدد وواضح, وتحديد جدول زمني لتحقيق تلك الأهداف ودمجها مع الأهداف العامة للمؤسسة الاستشفائية ، ثم قياس ما تم تحقيقه مع الأهداف العامة ، ثم قياس ما تم تحقيقه من أهداف و بمشاركة الموظفين و الإدارة معا.

ان نجاح هذا الأسلوب يتطلب تطبيق لجميع عمال المؤسسة الاستشفائية بالإضافة إلى عقد دورات تدريبية و ندوات لترسيخ مفهوم الإدارة بالأهداف لدى مختلف الموظفين في جميع أقسام المؤسسة الاستشفائية سواء كانت طبية أو شبه طبية أو إدارية، كما يتم استعراض الأهداف، الحالية وتحديد الأهداف المرغوب تحقيقها مستقبلا و تحديد الخطوات والإجراءات اللازمة للوصول إلى تحقيق الأهداف المسطرة.

من مزايا هذا الأسلوب نجد:

- إفساح المجال أمام الموظفين لتحقيق الذات والشعور بالرضا للمشاركة في وضع الأهداف؛
- تحصيل جزء كبير من المسؤولية للموظفين في تحقيق الأهداف والمحافظة على كفاءة العمل؛
- تنسيق وتكامل الأهداف الخاصة للعاملين والأقسام مع الأهداف العامة للمستشفى؛
- اشتراك مختلف المستويات الإدارية مع العاملين وهذا ما يساعد على عمل الفريق الواحد وزيادة التعاون والتنسيق في مختلف إجراءات ومراحل العمل؛
- توفير الفرص للتخطيط المنظم والمشاركة الفعلية في تحقيق أهداف المستشفى والمؤسسة الصحية؛

- أسلوب الجودة الشاملة:لقد ظهرت إدارة الجودة الشاملة عام 1920 في المجال الصناعي وتم استخدامها في المجال الصحي عام 1987 في الو.م.أ وهدفت إدارة الجودة الشاملة إلى زيادة الإنتاجية وخفض التكاليف وتقديم منتجات وخدمات بأفضل نوعية، وتشمل كافة النشاطات التي تقوم بها المؤسسة، وقد عرّفت إدارة الجودة الشاملة من قبل معهد الجودة الأمريكي على أنها: " نظام إداري استراتيجي متكامل يسعى لتحقيق رضا الزبون أو المريض، ولتطبيق هذا النظام يجب مشاركة جميع العاملين في المؤسسة بمختلف مستوياتهم وتخصصاتهم، ويعتمد على الأساليب الكمية لتحسين العملية الإدارية بشكل مستمر".

أما إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية فإنها تعرف بكونها " عملية ذاتية شاملة ومتسلسلة لضمان التقدم المستمر في جودة الخدمات الصحية بما يتناسب وما يكفل توفر الخدمات التي يقدمها المستشفى وسهولة الحصول عليها، وأن مجال العمل في المؤسسة

الاستشفائية يركز على الاهتمام بالمرضى و تحسين الخدمات المقدمة لهم[1]".ومن أهم طرق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات نجد:

- طريقة الكشف (الفحص): ذلك من خلال فحص الخدمات المقدمة ومدى كفاءتها وفعاليتها وهل هي مقبولة أو غير مقبولة من المرضى، وفحص الكثير من مقاييس الخدمة وبالتالي الوصول إلى نتيجة هل الخدمة مقبولة أو غير مقبولة، ثم الانتقال للمرحلة الموالية والمتمثلة في التطوير والنمو إن كانت الخدمة مقبولة أما إذا كانت غير مقبولة فلابد من توضيح الأسباب ومعالجة أسباب عدم قبولها.

تتميز هذه الطريقة بالتكلفة المالية العالية والكثير من الوقت والجهد والتأخير في حل المشاكل على المدى القصير، غير أنها تكون فعالة على المدى الطويل.

- الطريقة الوقائية: تتمثل في محاولة اكتشاف الأخطاء ومواطن التقصير في الخدمات الصحية و محاولة حلّها أو تطويرها قبل وقوع الخطأ، فالقوى البشرية بجميع تخصصاتها والآلات والمعدات والتزويد والبيئة والأساليب المختلفة للعمل تتطلب وجود خبراء ومختصون لدراسة هذه العوامل,ولتحديد مواطن الضعف المحتملة ومحاولة معالجتها من أجل الوصول إلى خدمة طبية مميزة.

بغض النظر عن استعمال الطريقة الأولى أو الثانية في إدارة المؤسسات الاستشفائية، غير أن تطبيق هذا الأسلوب يتطلب ما يلي[2]:

- ❖ قناعة إدارة المؤسسة الاستشفائية بهذا الأسلوب والتزامها وتعهدها بتنفيذ برامج الإدارة الشاملة في المؤسسة الاستشفائية ، ويتطلب ذلك تدريب العاملين على مفاهيم الجودة وإدارة

---

[1] صلاح محمود ذياب، مرجع سابق، ص 220

[2] نفس المرجع أعلاه ، ص 221

الجودة و تشكيل الفرق في أقسام المستشفى المؤسسة الاستشفائية ، ويكون المدراء أعضاء في هذه الفرق وكذلك رؤساء الأقسام والأفراد الذين يعتبرون مراكز قوة في مثل هذه المؤسسات؛

- ❖ تعريف جميع العاملين بأن الإدارة ستتبنى هذا الأسلوب ووضع السياسات المناسبة لذلك و التعريف بها، وعقد الدورات مع رؤساء العمل التي تشرح وتوضح لهم كافة الجوانب المرتبطة بهذا الأسلوب؛
- ❖ تحديد الفترة الزمنية للتطبيق، وتحديد العاملين الذين سيشتركون في تنفيذ إدارة الجودة مع ضرورة مراعاة القوانين والأنظمة المعمول بها, وتوفير المتطلبات الضرورية للجودة الشاملة في المؤسسة الاستشفائية؛
- ❖ إيجاد وحدات تنظيمية لإدارة الجودة ضمن الهيكل التنظيمي للمستشفى؛
- ❖ تحديد الموارد البشرية والاحتياجات التدريبية والتمويل المناسب واختيار المتدربين والمدربين؛
- ❖ إيجاد معايير لقياس الأداء ومقارنة الأداء الفعلي مع الأداء المتوقع ومدى وجود فجوات بين ما هو مطلوب وما هو محقق فعلا, والعمل على تقليل الفجوة بينهما من خلال التدريب والرقابة الجيدة؛
- ❖ الإعلان عن نجاح المؤسسة الاستشفائية باستخدامه هذا الأسلوب مع إيجاد جوائز وحوافز مادية ومعنوية لمختلف المساهمين في نجاح هذا البرنامج؛

إن تطبيق أسلوب الجودة الشاملة لإدارة المؤسسات الاستشفائية يعتبر من أفضل الخيارات لأنه على المدى الطويل يحقق نجاحا بمختلف المقاييس والمفاهيم المستخدمة ، وعلى المدى

القصير لا يظهر نجاح المؤسسة الصحية في البداية فالمطلوب وضع أساس لنجاح المؤسسة الاستشفائية على المدى البعيد.

- أسلوب الهندرة: يعتبر مفهوم النهدرة حديثا بالنسبة للإدارة ظهر عندما فشلت بعض المؤسسات ونجح بعضها الآخر من خلال إعادة البناء أو إعادة التركيب و هو معنى الهندرة.

ولقد تم تعريف الهندرة على أنها " إعادة أساسية للتفكير وإعادة تصميم عمليات الأداء لتحقيق تطورات كبيرة في مقاييس الأداء العصرية[1]"

لقد عرّفها ساعاتي بأنها: " إعادة تصميم عمليات وإجراءات العمل الرئيسية بشكل جذري دون النظر إلى الوضع الحالي استهدافا لتطوير معدلات الأداء بحيث يتحقق تخفيض التكلفة وتحسين لنوعية الخدمات وسرعة إنجاز الأعمال وكسب رضا العميل[2]".

يركز مفهوم الهندرة على أن الوقت الحالي هو الوقت المناسب الذي يجب فيه إعادة النظر في أساليب العمل المتبعة والإجراءات ومراحل العمل الحالية, إضافة إلى إيجاد الحلول والبدائل المناسبة و بشكل جذري لما هو معمول به حاليا دون أن يكون هناك حلول وسطية.

من بين متطلبات تطبيق أسلوب الهندرة في المؤسسات الاستشفائية مراعاة ما يلي:

- قناعة الإدارة العليا بتطبيق الهندرة؛
- تحديد العمليات الأساسية ذات الأولوية لإعادة البناء وتحليل عناصر كل عملية من العمليات الأساسية؛
- إعادة تصميم نظم وإجراءات العمل بما يتناسب مع طبيعة كل نشاط ؛
- تصميم معايير الأداء وقياس التحسن في نظم وإجراءات البناء؛

---

[1] فريد النجار وآخرون، إدارة المستشفى الاتجاهات الحالية والمشكلات دراسة ميدانية، القاهرة، 1993، ص 8

[2] صلاح محمود ذياب، مرجع سابق، ص 222

- من مزايا هذا الأسلوب توفير المعلومات الضرورية بسرعة وسهولة وبشكل دقيق و كامل، إضافة إلى تقديم الخدمات المطلوبة بشكل مناسب وسريع و تركيزها على النتائج وليس على الأساليب؛

3-3-4-أساليب تقييم أداء إدارة المؤسسات الاستشفائية:

يشير مفهوم الأداء إلى قدرة المؤسسة الاستشفائية على تحقيق أهدافها، حيث يتم الحكم على أداءها من خلال قياس أداء أو تقييم أداء الأقسام الطبية وغير الطبية والإدارية المختلفة وبمجموع التقييم للأقسام السابقة يكون التقييم العام للمؤسسة الاستشفائية.

3-3-4-1- معايير أداء المؤسسة الاستشفائية: نشير فيما يلي إلى خمسة معايير أساسية[1]:

- معيار الإنتاجية: يعد تعريف و قياس إنتاجية المؤسسة الاستشفائية أمرا صعبا نظرا إلى التوقعات الفردية و المجتمعية حول ما يفترض أن تقوم به هاته المؤسسات من تحسين المستوى الصحي للمجتمع المخدوم و المشكل المطروح هنا يتمثل في مدى مساهمة المؤسسة الاستشفائية في تحقيق هدف تحسين المستوى الصحي و ليس كم أيام الاستشفاء التي أنتجتها أو عدد الإجراءات الطبية التي قامت بها، ونظرا للتعقيدات الفنية المتضمنة في قياس مساهمة المؤسسات الاستشفائية في تحسين المستوى الصحي المجتمعي والفردي وما يتطلبه ذلك من إمكانات فنية ومالية كبيرة يتعذر الحصول عليها وعدد الحالات المرضية المخدومة، ومجمل أيّام الاستشفاء التي تقيس مجمل أنشطة المؤسسات الاستشفائية أصبحت أكثر التعريفات شيوعا للإنتاجية.

واستعمالا لقياس مخرجات الرعاية الاستشفائية، تتضمن الإنتاجية بعدين:

---

[1] فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص ص 413-418

- الإنتاجية الكمية: تتمثل في عدد الناس المخدومين، مجمل أيام الاستشفاء، أيام الاستشفاء لكل سرير، موظف ممرضة، نسبة شغل الأسرة Taux d'occupation، معدل الإقامة في المستشفى، عدد الحالات المرضية لكل سرير.
- الإنتاجية النوعية:تتمثل في قدرة المؤسسة الاستشفائية على تقديم خدمات تنسجم مع المعايير المهنية المتعارف عليها و التي تلق رضا المريض، و هناك 3 مداخل لتقييم الإنتاجية النوعية:

❖ المقاييس الهيكلية:تركز على الخصائص الداخلية للمؤسسة الاستشفائية و خصائص العاملين فيها كوجود عدد كاف من العاملين المؤهلين ذوي خبرات مطلوبة مثلا وجود ممرضة لكل 4 أسرة، أو طبيب أخصائي لكل 10 أسرة؛

❖ المقاييس العائدة لعملية التحويل:تركز على فيما إذا كانت الأنشطة تتم بشكل مناسب وجيد وتتطابق مع المعايير المهنية المتفق عليها وذلك من خلال التدقيق الطبي و التدقيق التمريضي ووفقا لهذه الطريقة يتم وضع معايير للعمليات والأنشطة لكل التشخيصات المرضية لغايات مقارنة الأداء الفعلي معها؛

❖ المقاييس على المخرجات النهائية:تتركز فيما إذا كانت الأنشطة المنفذة قد أحدثت تغييرا على المستوى الصحي للسكان وعلى المستوى الصحي للفرد (المريض) مثلا: ألا تزيد نسبة الولادات القيصرية عن 10% من مجموع الولادات التي تمّت بالمستشفى، ألا تزيد نسبة شكاوي المرضى على جهاز التمريض عن 1 % من مجموع المرضى الذين أدخلوا المستشفى.

- معيار الكفاءة:تشير إلى نسبة المدخلات إلى المخرجات، من مقاييس الكفاءة نجد:

- عدد العاملين/ للسرير المشغول؛

- نسبة إشغال الأسرة؛
- متوسط مدة الإقامة؛

- معيار الرضا الوظيفي:يشير إلى أنه فيم إذا كان العاملون يتبنون مواقف إيجابية تجاه أنشطة المؤسسة الاستشفائية و أعمالهم، و من مقاييس الرضا نجد:

- مواقف العاملين تجاه أعمالهم وواجباتهم؛
- معدّل ترك العمل ؛
- التأخير والتباطؤ في تنفيذ الأنشطة؛
- عدد التظلمات المرفوعة من العمال؛

- معيار الإبداع و التغيير:يعنى به قدرة المؤسسة الاستشفائية على تبني و إدخال التغيرات المفروضة سواء من الداخل أو الخارج، مما يسمح للمؤسسة ويمكنها من العطاء والاستمرار.

3-3-4-2- معايير أداء إدارة المؤسسة الاستشفائية: عند قيام الإدارة بوظائف العملية الإدارية كالتخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة تتحمل وضع السياسات المتعلقة بتوظيف الموارد المتاحة على أكمل وجه,بهدف الوصول إلى الأهداف المسطرة سابقا، و لتقييم أداء الإدارة هناك 4 أبعاد تؤخذ بعين الاعتبار[1]:

- التخطيط و التنظيم:يشمل تقييم أداء عملية التخطيط والتنظيم بالمؤسسة الاستشفائية من خلال المعايير التالية:

– معيار خطة المستشفى: و ذلك من خلال:

❖ هل هي ضمن برنامج صحي متكامل وشامل؛

[1]فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص ص419-424

❖ هل توجد خطة طويلة المدى للمؤسسة الاستشفائية تتضمن منطقة خدمة المستشفى وخصائص المنتفعين؛

❖ وجود خطة، خطط قصيرة المدى؛

❖ وجود موازنة سنوية للمؤسسة الاستشفائية ؛

❖ وجود خطة للطوارئ والكوارث؛

❖ وجود دراسات التقييم الذاتي ؛

- معيار ترابط المؤسسة الاستشفائية مع الوحدات الخارجية (خدمات المرضى الخارجين و العيادات): وذلك من خلال:

❖ نسبة الحالات المحولة من الرعاية الأولية إلى العيادات الخارجية بالنسبة لعدد الحالات الكلي؛

❖ نسبة الإدخالات المحولة من الرعاية الأولية بالنسبة لعدد الإدخالات الكلي؛

❖ معدل التقارير التي ترسل إلى الجهات المحول منها المريض بالنسبة إلى عدد حالات الدخول و العيادات الخارجية المحولة إلى المؤسسة الاستشفائية ؛

❖ معدل الندوات واللجان والمؤتمرات التي يشارك فيها العاملون بوحدات الرعاية الأولية؛

- معيار ترابط وتناسق الأقسام: من خلال:

❖ عدد اللجان المشتركة للأقسام بالنسبة إلى عدد اللجان الكلي؛

❖ قياس نظام الاتصالات العمودي؛

❖ علاج التموين العام والطبي بالأقسام؛

❖ علاج غرفة الطوارئ بالأجنحة؛

- معيار نظام المعلومات: من خلال:

- ❖ دقة وسهولة حفظ واسترجاع الملفات الطبية؛
- ❖ دقة الإحصاءات وتناسقها مع الأقسام؛
- ❖ التقارير السنوية والضرورية للأقسام وللمستشفى ككل؛
- ❖ مدى استخدام المعلومات والإحصائيات والمؤشرات الاستشفائية؛
- ❖ توفر البيانات فيما يخص حساب التكاليف، معدلات الآراء، أسباب توافد المرضى للمؤسسة الاستشفائية ، خصائص المرضى...؛

-الفعالية والكفاءة:ذلك من خلال:

- •الاستخدام الأمثل للأسرّة (كمتوسط بقاء المريض بالمؤسسة الاستشفائية ، متوسط نظام العمليات الجراحية...) ؛
- •سهولة المنال كمتوسط عدد أيام الانتظار على قائمة العمليات، ومعدل عدد حالات الفحوص المخبرية لكل ألف ساكن مثلا؛
- •معدلات التكاليف كالوجبات الغذائية، الفحوصات المخبرية والأشعة مثلا؛
- •الأجهزة والمعدات كقياس فعالية نظام الطلب والشراء والتخزين أو عدد مرات التعطل مثلا؛

- جودة الخدمات: يتم قياس جودة الخدمات من خلال:

- • رضا المنتفعين (المرضى) كعدد الشكاوي السنوية سواء للإدارة، الصحف،...، استقصاءات رضا المنتفعين...؛
- • مراقبة الجودة من خلال نسبة عدد حالات الوفاة الإجمالي من الإدخالات مثلا، ونسبة وفيات الولادة، نسبة وفيات ما بعد الجراحة...؛

- القوى البشرية: أي مدى فعالية المورد البشري وذلك من خلال:

- • العدد الإجمالي (تخصص، نوع، مجموعة عمرية/ مؤهل/سنوات الخدمة)؛

- نسبة الترك (تخصص، نوع، مجموعة عمرية/ مؤهل/سنوات الخدمة)؛
- معدلات التوظيف مثلا...؛

يواجه تقييم أداء المؤسسات الاستشفائية عدة صعوبات نوجزها في النقاط التالية[1]:

❖ عدم وجود أهداف واضحة ومفهومة لتقييم الأداء والسعي إلى تحقيق أهداف متعددة في آن واحد مما يزيد من تداخل الأهداف المرجوة من تقييم الأداء؛

❖ عدم توفر المعلومات الدقيقة والضرورية قبل القيام بعملية التقييم؛

❖ عدم وجود الأساليب المتطورة والحديثة لتقييم الأداء في المؤسسات الاستشفائية ؛

❖ المركزية في تقييم الأداء، تكون أحيانا عائقا في عملية التقييم؛

❖ نسبية عملية التقييم لعدم وجود مقاييس كمية دقيقة نظرا لطبيعة العمل الاستشفائي؛

❖ عدم تجانس فترات العمل وأنواع العمل داخل المؤسسة الاستشفائية ؛

❖ وجود بعض المفاهيم الخاصة واختلاف لدى فئات الأطباء وشبه الأطباء؛

❖ صعوبات أخرى تتمثل في القوانين والأنظمة والتعليمات وطبيعة الهيكل التنظيمي في المستشفى بالإضافة إلى صعوبة في السياسات والإجراءات الإدارية المتبعة في المؤسسة الاستشفائية ؛

[1] ذياب صالح، الخدمات الصحية، مطابع الدستور التجارية، عمان، 1995، ص ص 176-186

خاتمة الفصل :

من خلال دراستنا لهذا الفصل توصلنا إلى إعطاء تعريف دقيق وشامل حول مفهوم الإدارة والتي تعتبر عملية تحقيق الأهداف المسطرة عن طريق الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة وبأقل تكلفة من خلال عمليات التخطيط التنظيم، التوجيه و الرقابة، و تعتبر العملية الإدارية عملية دائمة و مستمرة كما خلصنا في هذا المحور إلى تعريف المؤسسة الاستشفائية إذ يعد التعريف القائم على أساس اعتبار المؤسسة الاستشفائية نظام مفتوح من أهم التعريفات وأشملها ،كونه يسهل دراسة المؤثرات الخارجية التي تؤثر على وظائفها الفنية والتنظيمية وبالتالي قدرتها على التطور ضمن محيط متقلب، كما أنه يسهل على مدراء هاته المؤسسات النظر إلى أجزاءها على أساس أنها أنظمة فرعية في حد ذاتها تتأثر وتؤثر فيما بينها وتتداخل مع النظام الكلي للمؤسسة الاستشفائية لتحقيق أهدافها المسطرة، وباعتبار المؤسسات الاستشفائية أحد أهم مكونات النظام الصحي، ازداد الاهتمام و التركيز على إدارة هذه الأخيرة لضمان حسن سير العملية الإدارية فيها وسلامة ورشادة استعمال الموارد المتاحة لها والتي تتصف بالندرة والمحدودية وارتفاع التكلفة.

لقد توصلنا من خلال هذا المحور إلى أهم أساليب إدارة المؤسسات الاستشفائية متمثلة في الإدارة الموقفية، الإدارة بالأهداف، وعن طريق استخدام أسلوب الجودة الشاملة والإدارة بالهندرة.

كما رأينا أن من أهم معايير تقييم أداء إدارة المؤسسة الاستشفائية هو مدى رضا المريض عن الخدمات المقدمة له، فعلى هذا الأساس ما هو واقع إدارة المنظومة الاستشفائية بالجزائر؟ وعلى أي أساس تتم عملية الإدارة بها؟

الفصل الرابع
التدريب كأداة لتطوير كفاءات مستخدمي المؤسسات الإستشفائية العمومية الجزائرية

الفصل الرابع: التدريب كأداة لتطوير كفاءات مستخدمي المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية

تعتبر المؤسسات الاستشفائية العمومية جزءا لا يتجزأ من القطاع الصحي العمومي و نظرا لتعقيد التركيبة البشرية العاملة بها ، تظهر ضرورة إيجاد سبل وأساليب حديثة لإدارة هاته المؤسسات بما يتماشى ومستجدات البيئة التي تنشط فيها خاصة ما يتعلق بالمورد البشري .ومن هذا المنطلق تبرز أهمية العملية التدريبية في الإدارة الفعالة للمؤسسات الاستشفائية العمومية من خلال إكساب مستخدميها معارف ومهارات وقدرات تجعلهم أكثر كفاءة مما يمكنهم من أداء مهامهم على أكمل وجه.

وللإلمام بالجوانب الذكورة أعلاه ارتأينا تقسيم فصلنا إلى ثلاثة أجزاء ، إذ نستعرض في الأول منها التطور التاريخي للنظام الصحي ابتداءا من فترة ما بعد الاستقلال إلى غاية 2013 من حيث تطور عدد الهياكل الصحية والمستخدمين وكذا أساليب تمويل هذا القطاع.أما الجزء الثاني من الفصل فسنسلط من خلاله الضوء على واقع إدارة المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية من حيث تنظيمها الإداري وسبل إدارتها لمواردها البشرية مركزين على أهم الأدوات المستعملة في إدارة المؤسسات الاستشفائية خلال سنة 2014.

الجزء الأخير من الفصل نتناول فيه الواقع التدريبي في المنظومة الاستشفائية الجزائرية من خلال التطرق إلى الإطار القانوني للعملية التدريبية وواقعها ،وكذا الهياكل التدريبية للقطاع الصحي مع إبراز دور التدريب في تطوير كفاءات مستخدمي القطاع الاستشفائي.

4-1 التطور التاريخي للنظام الصحي الجزائري:

لقد مر نظام الصحة العمومية بالجزائر بعدة مراحل سنعرضها فيما يلي وذلك من خلال تقسيمها إلى أربعة مراحل رئيسية:

4-1-1 تطور نظام الصحة العمومي من 1963 إلى 1973:

تميزت هذه المرحلة بكونها مرحلة انتقالية، حاولت فيها الدولة إيجاد صفة وطنية لنظام الصحة، كما سجل خلال هذه المرحلة نقص في عدد الأطباء إذ كانت الجزائر تضم أقل من 500 طبيب (50% منهم جزائريين) يغطون10,5 مليون نسمة[1]، وما ميز هذه المرحلة أيضا هو نقص الهياكل الصحية وارتفاع نسبة الوفيات عند الولادة والتي كانت تقدر بـ 180 طفل لكل 1000 نسمة، وكان توقع مدى الحياة لا يتعدى 50 سنة إضافة إلى انتشار الأوبئة والأمراض المعدية والتي كانت السبب الرئيسي للوفيات. فحاولت الجزائر في هذه الفترة توجيه نظامها الصحي نحو العلاج الإستشفائي والوقائي لمواجهة ومحاربة الأمراض المعدية مع جعل نظام الصحة في متناول الجميع من خلال إجبارية تلقيح الأطفال ووضع برامج للقضاء على بعض الأمراض كحمى المستنقعات والسل، وتسهيل عمليات إنتاج واستيراد وتوزيع الأدوية.

وفي سنة 1973 تم تنظيم الإطار الصحي حسب القطاعات وتم توحيد الميزانية على مستوى القطاعات الصحية وأصبحت الولاية مسؤولة عن التكفل الحالي لمستخدمي هذا القطاع بدلا من الوزارة.

كما تم خلال هذه المرحلة توسيع الشبكة الصحية عبر كامل مناطق التراب الوطني مع تنظيم القطاعات الصحية إلى: القطاع العام، القطاع الشبه العام، القطاع الخاص، العلاج بالخارج.

[1] Saihi Abdelhak, Le système de santé publique en Algérie, Revue gestions hospitalières, N° 455, Avril 2006 P 241.

وخلال هذه المرحلة شهد قطاع الصحة تطورات كبيرة من حيث المستخدمين والهياكل القاعدية لكن بمستوى بطيء مقارنة مع النمو الديموغرافي الذي شهدته الجزائر، وسوف نحاول إبراز ذلك من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم 12: تطور عدد المستخدمين في المجال الطبي الفترة الممتدة من 1963-1973

السنوات / المستخدمين	1963		1967		1965		1969		1973	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
الأطباء	285	22	417	27	304	21,4	519	30,5	1241	50,3
الجزائريون	1034	78	1036	73	1115	78,6	1179	69,5	1226	49,7
الأطباء الأجانب										
المجموع	1319	100	1453	100	1419	100	1698	100	2467	100
الصيادلة	70	36	160	65,5	-	-	206	78	332	84
الجزائريون	194	64	84	34,5	-	-	59	212	64	16
الصيادلة الأجانب										
المجموع	264	100	244	100	127	-	265	100	396	100
أطباء الأسنان	36	31	86	52,5	-	-	132	63	279	74
الجزائريون	115	69	78	47,5	-	-	78	37	93	26
أطباء الأسنان الأجانب										
المجموع	151	100	164		186	-	212	100	376	100
عدد السكان	10.674.000		12.567.000		11.600.000		13.348.000		15.065.000	

المصدر: من إعداد الطالبة استنادا إلى: Ministère de la santé, Séminaire sur le développement d'un système de santé, l'expérience Algérienne, Alger, 7/8 Avril 1983. P 53.

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن نسبة الأطباء الأجانب في سنة 1963 تمثل أكثر من 3 مرات نسبة الأطباء الجزائريين أي 78% مقابل 22%.غير أن هذه النسبة في تراجع مستمر، إذ نجد أنها كانت في سنة 1967 73% مقابل 27% طبيب جزائري وفي سنة 1969 30,55% أجانب مقابل 69,5% طبيب جزائري، وأصبحت تمثل أقل من نصف إجمالي الأطباء سنة 1969 بمعدل 49,7% مقابل 50,30% كذلك هو الحال بالنسبة للصيادلة الأجانب، إذ شهدوا تراجعا ملحوظا في نسبهم بعدما كانوا يمثلون 64% في سنة 1963 أصبحوا يمثلون 16% سنة 1973.

وبالتالي ما يمكن استنتاجه من خلال ما سبق هو سعي الدولة الجزائرية إلى تحسين تعليم العلوم الطبية والصيدلانية وتكثيف التأطير في هذا المجال مما ساعد في زيادة عدد الأطباء الجزائريين بشكل ملحوظ، وهذا ما يوضحه الجدول الموالي:

الجدول رقم 13: التغطية الصحية في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1963-1973

الاختصاص	1963	1965	1967	1969	1973
طبيب/نسمة	1/8,092	1/8.174	1/8649	1/7.861	1/6.1061
صيدلي/نسمة	1/52.323	1/91.383	1/51504	1/50..369	1/38.043
طبيب أسنان/نسمة	1/70.688	1/62.365	1/76628	1/62.9621	1/4.091

المصدر: Ministère de la santé, Séminaire sur le développement d'un système de santé, l'expérience Algérienne, Op.cit. P55.

نلاحظ أنه في سنة 1963 كان هناك طبيب لكل 8092 مواطن جزائري وتراجع هذا العدد في سنة 1967 إذ أصبح هناك طبيب لكل 8649 مواطن، ويعود ذلك إلى كون الزيادة في عدد السكان لا تتناسب مع الزيادة في عدد الأطباء أي أن الطلب على الخدمات الصحية أكبر من عرض الخدمات الصحية.

وعرفت هذه النسبة تراجعا حتى وصلت إلى طبيب لكل 6106 مواطن وهذا راجع للجهود التي بذلتها الدولة الجزائرية للنهوض بقطاعها الصحي ونفس الكلام ينطبق على الصيادلة وأطباء الأسنان.

كما شهدت الهياكل الصحية القاعدية تطورا ملحوظا، وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم 14: تطور الهياكل الصحية خلال الفترة 1962-1972

السنوات / الهياكل	1962	1966	1969	1972
المؤسسات العمومية	156	148	148	148
المؤسسة المختصة	-	15	15	15
العيادات المتعددة الخدمات	-	-	-	16
المراكز الصحية	188	256	308	307
قاعات العلاج	734	1081	1005	1266
مراكز مكافحة السل	-	29	44	45
مراكز حماية الأمومة والطفولة	-	-	77	133
مراكز مكافحة السل	-	-	10	19

المصدر: Ministère de la santé, Séminaire sur le développement d''un système de santé, Op.cit, P 58.

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن هناك استقرار في عدد الهياكل إذ لم تعرف تطورا كبيرا، ماعدا مراكز حماية الأمومة والطفولة، وهذا نتيجة لسياسة الدولة المسطرة والهادفة إلى تقليص نسبة وفيات الأطفال.

4-1-2 تطور نظام الصحة العمومي من 1974-1979:

تميزت هذه الفترة بتطبيق قرار الطب المجاني وهو ما جاء به الأمر 65/73 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973[1]، وما أكده الميثاق الوطني في سنة 1976 كون أن الطب المجاني مكسب ثوري وقاعدة النشاط للصحة العمومية ووسيلة تجسد حق المواطن في العلاج.

كما تم تحويل هياكل التعاضديات الفلاحية إلى مصالح الصحة ،وتحويل جميع المراكز الطبية الاجتماعية التي كانت تابعة لصندوق الضمان الاجتماعي والتعاضديات إلى وزارة الصحة وذلك بموجب قرار وزاري مشترك في جانفي 1974، بالإضافة إلى توحيد الميزانية على مستوى القطاعات الصحية والتكفل المالي لعمال الصحة بواسطة الولايات بعدما كانت تابعة للوزارة[2].

إضافة إلى ما سبق فإن هذه الفترة عرفت تطورا ملحوظا فيما يخص المستخدمين والهياكل الصحية وهذا ما توضحه الجداول التالية:

الجدول رقم 15: تطور المستخدمين في القطاع الصحي خلال الفترة الممتدة من1974-1979

السنوات / الاختصاص	1974		1976		1979	
	ك	%	ك	%	ك	%
أطباء جزائريون	1425	53	2427	63	4561	72
أطباء أجانب	1247	47	1148	37	1785	28
المجموع	2672	100	3875	100	6346	100
صيادلة جزائريون	341	77	764	95	1001	95

[1] الأمر 65/73 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 المتضمن تأسيس الطب المجاني بالقطاعات الصحية ،الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة بتاريخ 1 جانفي 1974 العدد 01 ص 2.

[2] سنوسي علي، "تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010"، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، جامعة الجزائر 3، 2010/2009 ص 122.

صيادلة أجانب	101	23	41	05	50	5
المجموع	442	100	805	100	1051	100
أطباء أسنان جزائريون	350	81	653	88	1305	91,5
أطباء أسنان أجانب	84	19	90	12	121	8,5
المجموع	434	100	743	100	1426	100

المصدر: Ministère de la santé, Séminaire sur le développement d'un système de santé, Op.cit, P 58.

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن هناك تزايد في عدد الأطباء الجزائريين من سنة لأخرى، وتناقص في عدد الأطباء الأجانب، وعلى العموم فإن عدد الأطباء في تزايد مستمر من سنة لأخرى كما هو الحال بالنسبة للصيادلة وأطباء الأسنان.

كما تميزت هذه المرحلة بإنجاز عدد كبير من الهياكل الصحية القاعدية، هذا ما يوضحه الجدول الموالي:

الجدول رقم 16: تطور الهياكل الصحية القاعدية خلال الفترة1974-1979

السنوات / الهياكل	1974	1976	1979
المؤسسات الاستشفائية	143	-	173
العيادات المتعددة الخدمات	106	139	160
المراكز الصحية	558	590	662
قاعات العلاج	1042	1695	1864

المصدر: Ministère de la santé, Séminaire sur le développement d'un système de santé , Op.cit, P 59.

من خلال الجدول نلاحظ أن هناك تطور ملحوظ فيما يخص الهياكل الصحية، كما قامت السلطات الوصية على قطاع الصحة بعدة إجراءات من بينها[1]:

- بذل الجهود في تكوين الإطارات الطبية والشبه الطبية؛

- خيار الطب الوقائي من أجل القضاء على الأمراض المعدية وسوء التغذية؛

- إعداد قائمة خاصة بالمناطق ذات الأولوية بالتغطية الصحية من أجل تعيين أطباءها؛

- الاستعمال العقلاني لإمكانيات الخدمة الوطنية والخدمة المدنية؛

- الدواء باعتباره الإنتاج الأول، يجب أن يستفيد من جميع المقاييس؛

- لامركزية المصالح الصيدلانية؛

- مضاعفة الوكلات الصيدلانية على مستوى التراب الوطني؛

- قانون صحي للولاية؛

4-1-3- تطور نظام الصحة العمومي من 1980 إلى 2010:

ما ميز هذه المرحلة هو إنشاء 13 هيكلا صحيا جديدا سنة 1986 تدعى بالمراكز الاستشفائية الجامعية (CHU)، واستمرت الجزائر في سياسة الطب المجاني إلى غاية مارس 1995 تاريخ صدور منشور وزاري يتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الاستشفائي والتي تقدر بـ 100 دج لليوم الواحد.

[1] سنوسي علي، مرجع سابق، ص 126.

كما تم إنشاء ووضع حيز التطبيق هياكل دعم نشاط وزارة الصحة والتي تمثلت في[1]:

– المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية (LNCPP) مكلف بالمراقبة القبلية لكل دواء قبل إدخاله إلى السوق؛

– الصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH): مكلفة بضمان تموين الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية (1994)؛

– الوكالة الوطنية للدم (ANS): مكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم (1995)؛

– الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي (ANDS): مهمتها تطوير التوثيق والإتصال؛

– المركز الوطني لليقظة الصيدلانية ويقظة العتاد (CNPM): مكلف بمراقبة الآثار المترتبة عن استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية؛أما فيما يخص تطور الهياكل القاعدية فنوجزها في الجدول التالي:

الجدول رقم 17: تطور عدد الهياكل الصحية القاعدية خلال الفترة1982 –2007 :

السنوات / الهياكل	1982	1986	1987	1988	1997	1998	2005	2006	2007
المستشفيات	196	244	259	265	223	231	277	283	307
العيادات	192	360	408	447	465	482	517	524	1477
المراكز الصحية	745	1143	1191	1245	1144	1150	1277	1291	1338
عيادة الولادة	–	173	201	215	433	421	505	505	511
قاعات العلاج	–	3350	3366	3756	4222	4390	–	–	–

[1] أمير جيلالي، مرجع سابق، ص 234.

المصدر: Ministère de la santé et de la population, statistiques sanitaires année 1998, P 7.

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن هناك تطور ملحوظ في عدد المنشآت القاعدية من سنة لأخرى، غير أن الفترة الممتدة من 1988-1997 عرفت انخفاضا في عدد المستشفيات والمراكز الصحية ويمكن تفسير ذلك بكون أن هذه الفترة تميزت بحالة أمنية جد صعبة نتج عنها إتلاف وغلق وحرق الكثير من الهياكل الصحية خاصة تلك الموجودة في المناطق النائية، أما تطور عدد المستخدمين في قطاع الصحة فنوضحه في الجدول التالي:

الجدول رقم 18: تطور عدد المستخدمين في الفترة الممتدة من1982 – 2007 :

السنوات	1982		1986		1987		1988		1997		1998	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أطباء جزائريون	7515	76	13396	287	1832	53	22700	100	28274	100	29970	100
أطباء أجانب	2401	24	1965	13	1600	47	–	–	–	–	–	–
المجموع	9916	100	15361	100	3432	100	22700	100	28274	100	29970	100
أطباء أسنان جزائريون	1996	93	3735	99	5235	–	6400	140	7966	100	1954	100
أطباء أسنان أجانب	148	7	19	1	–	–	–	–	–	–	–	–
المجموع	2144	100	3754	100	5235	100	6400	100	7966	100	7954	100
صيادلة جزائريين	1093	93	1576	99	1600	100	2080	100	4022	100	4299	100

صيادلة أجانب	82	7	8	1	–	–	–	–	100	–	–	–
المجموع	1175	100	1584	100	1600	100	2080	100	4022	100	4299	100

المصدر: Ministère de la santé et de la population, Op.cit, P 68

السنوات / المستخدمون	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أطباء جزائريون	25755	100	26636	100	27760	100	27432	100	28841	100	30212	100	36152	100	40857	100
أطباء أجانب	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
المجموع	25755	100	26696	100	27760	100	27432	100	2841	100	30212	100	36152	100	40857	100
أطباء أسنان جزائريون	7993		3413		8376		8380		3635		3957		9118		10681	
أطباء أسنان أجانب	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
المجموع	7993	100	8413	100	8376	100	8380	100	8635	100	8957	100	9118	100	10621	100
صيادلة جزائريين	4789		4963		5172		5680		6058		6041		6479		7692	
صيادلة أجانب	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
المجموع	4789	100	4963	100	5172	100	5680	100	6058	100	6041	100	6479	100	7692	100

المصدر: Ministère de la santé et de la population, Op.cit, P 68

ما يلاحظ من خلال الجدول السابق هو التزايد المستمر في نسبة الأطباء الجزائريين من سنة لأخرى إذ كانت تقدر النسبة سنة 1982 76% مقابل 24% من الأجانب لتصل إلى 100% سنة 2007، ولعلّ الوضع الأمني الذي كانت تعيشه الجزائر خلال التسعينات يفسر غياب الأطباء الأجانب.

وأبرز ما ميز النظام الصحي في هذه الفترة هو وجود إختلال في الموارد البشرية بين المناطق الجزائرية، إذ نجد معدل الأطباء إلى المواطنين أعلى في المدن الكبرى كالعاصمة، وهران، عنابة، مقارنة بالمناطق الداخلية والصحراوية خاصة.

كما سجل النظام الصحي خلال هذه المرحلة عدم قدرة المؤسسات العمومية الصحية على مواجهة الطلب على الخدمات الصحية أي صعوبة التكفل باحتياجات المواطنين ما نجم عنه عدم إمكانية تحسين الخدمات المقدمة، بالإضافة إلى عدم ربحية هذا القطاع وارتفاع أمراض القلب والسرطان والسيدا.وأمام هذا الوضع تم الشروع في عملية إصلاح القطاع الصحي، إذ تم في 17 جوان 2002

[1] تبديل تسمية وزارة الصحة إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، هذه التسمية الجديدة تمثل رغبة الدولة في إصلاح قطاع الصحة وفق ما يتماشى مع المتطلبات الحالية من خلال إعادة النظر في تنظيم وتسيير القطاعات الصحية.

و يسعى إصلاح المؤسسات الاستشفائية إلى تحقيق أهداف عديدة نوجزها فيما يلي[2]:

– إحصاء عروض العلاج والاستشفاء وتكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعّال؛

[1] Saihi Abdelhak, op.cit, P 243.

[2] وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، "تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات الأولويات والأنشطة المستعجلة"، الجزائر في 2003/01/17.

– التأكيد على حقوق وواجبات المستعملين وحماية المرضى خاصة؛

– ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية.

– إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن؛

– توفير الإمكانيات الضرورية لمحترفي الصحة؛

من خلال الأهداف السابقة يتضح أن الإصلاح يهدف بالدرجة الأولى إلى تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة بالإضافة إلى التحكم في نظام المعلومات الصحي.

ويتجسد الإصلاح من خلال الملفات التالية[1]:

- ملف الحاجيات الصحية والعلاج: وذلك عن طريق التنسيق بين المراكز الصحية ومستشفى القطاع من جهة، وتلك الموجودة بين مستشفيات القطاع من جهة أخرى، وذلك لتفادي عزل إصلاح المؤسسات الاستشفائية عن الإطار الاجتماعي، الوبائي، المالي و التنظيمي.
- ملف الهياكل الاستشفائية: ركز هذا الملف على إصلاح الهياكل الصحية وهذا من أجل تعزيز مراقبة الدولة للمؤسسات الاستشفائية مع الحرص على تنظيم محكم للمؤسسات العمومية والخاصة مع إدراج فكرة التكامل بين القطاع العام والخاص.
- ملف الموارد البشرية: انصب اهتمام هذا الملف بالعنصر البشري وذلك من خلال السهر على مراجعة إنشغالتهم الشخصية، شروط وظروف عملهم، علاواتهم وأجورهم، ترقيتهم وتكوينهم على وجه الخصوص.

[1] www.santé maghreb.com, les 6 dossiers de la réforme hospitalière.

- ملف الموارد المادية: أي توفير كل الوسائل الضرورية للعلاج شريطة توزيعها بطريقة عقلانية، كما تناول هذا الملف كل الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية الخاصة بالأمن والنوعية.
- ملف التمويل: ركز هذا الملف على دراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات وإعادة النظر في التسيير المالي بالإضافة إلى تكييف القوانين الأساسية المسيرة للمؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات.
- ملف اشتراك القطاعات: نظرا للارتباط الوثيق بين نشاطات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى كقطاع المالية، العمل والحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، التعليم العالي والبحث العلمي، التكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئة فإنه يجب ضمان انسجام بين السياسات الصحية والسياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة.

أما فيما يخص تطور نظام الصحة العمومي بعد سنة 2007 فإن أبرز ما ميز هذه المرحلة هو إعادة تنظيم القطاعات الصحية لتصبح مشكلة من المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH) والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية EPSP،بمعنى آخر الفصل بين الاستشفاء والعلاج والفحص وذلك بهدف تقريب المستشفيات والمؤسسة الصحية من المواطن لتسهيل الاستفادة من العلاج[1].

وخلال هذه الفترة أصبحت المنظومة الصحية الجزائرية تحتوي على مجموعة معتبرة من المؤسسات الصحية المختلفة التابعة للقطاع الاستشفائي العمومي وكذا الخاص كما يوضحه الجدول التالي:

[1] حاج عيسى سيد أحمد، أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر 03، 2012/2011. ص 141.

الجدول رقم 19: أهم هيئات وهياكل المنظومة الصحية الجزائرية لسنة 2010.

القطاع الصحي	المستوى	البيان	العدد
العمومي	الوطني	وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (MSPRH)	1
		المؤسسات والمعاهد الصحية تحت الوصاية	11
		مدارس التكوين الشبه الطبي	09
		معاهد وطنية للتكوين العالي المتخصص في المجال الشبه الطبي	24
		معاهد وطنية للتكوين العالي للقابلات	03
	الجهوي	المناطق الصحية	05
		مديريات الصحة والسكان	48
	المحلي	المؤسسات الاستشفائية الجامعية EHU	01
		المراكز الاستشفائية الجامعية CHU	14
		المؤسسات الاستشفائية المتخصصة EHS	68
		المؤسسات العمومية للصحة الجوارية EPSP	271
		المؤسسات الاستشفائية EH	05
		المؤسسات العمومية الاستشفائية EPH	195
الخاص	الوطني	العيادات الاستشفائية الخاصة	1108
		المؤسسات الاستشفائية الخاصة	25230
		مدارس تكوين شبه طبي	16

المصدر:حاج عيسى سيد أحمد، مرجع سابق ص 142.

من خلال الجدول السابق نلاحظ التزايد السريع في عدد العيادات الاستشفائية الخاصة وكذا عدد المؤسسات الاستشفائية الخاصة، و يعود ذلك لهجرة الأطباء خاصة منهم الأخصائيين من القطاع العام إلى القطاع الخاص بهدف البحث عن ظروف عمل أحسن خاصة ما يتعلق بالجانب المادي (أي الأجر) وهذا ما أثر سلبا على جودة الخدمات الصحية المقدمة في القطاع العام.

4-1-4 مصادر تمويل قطاع الصحة العمومي بالجزائر:

سوف نتطرق فيما يلي بعرض أهم مصادر تمويل قطاع الصحة العمومية من خلال تقسيمه إلى

مرحلتين، تجدر الإشارة إلى أن ملف الإصلاحات يحمل في طياته مصدرا جديدا للتمويل متمثل في النهج التعاقدي غير أنه لم يتم اعتماده إلى يومنا هذا و بقي مجرد حبرا على ورق.

4-1-4-1- مصادر التمويل خلال الفترة 1963-1973: كانت تعيش الجزائر وضعية مزرية بعد الاستقلال خاصة في مجال الصحة إذ تميزت هذه المرحلة بهجرة العديد من الممارسين الصحيين الأجانب مقابل عجز الإطارات الجزائرية عن تغطية الطلب على الخدمات الصحية آنذاك، وقد عرفت هذه المرحلة ثلاثة مصادر تمويل تمثلت في:

- مساهمة الدولة "الميزانية العامة" أو المساهمة العمومية[1]:وتشمل مساهمة الدولة والجماعات المحلية إذ تقدر بـ 60% من مجموعة النفقات على الصحة والتي تحسب على أساس سعر يومي يحدد سنويا وتخصص لتمويل الفقراء والمعوزين الذين ليس لهم مداخيل، حيث كان يتعين عليهم إحضار بطاقات صادرة من طرف المصالح البلدية لكي يستفيدوا من العلاج، بحيث كانت النفقات المحققة من جراء معالجة هذه الفئة تموّل على النحو التالي[2]:85% من طرف الخزينة العمومية لحساب ميزانية الدولة، 15% من طرف صندوق التضامن للدوائر والبلديات لحساب الجماعات المحلية (8% لحساب الدوائر، 7% لحساب البلديات).

- مساهمة الضمان الاجتماعي: نشأت فكرة الضمان الاجتماعي بالولايات المتحدة الأمريكية عام 1929، حيث اتفقت مجموعة من أصحاب العمل على إنشاء مجموعة من الصناديق من أجل تغطية حوادث العمل الكبرى، وتم هذا بعد تدخل النقابة التي نصت على عدة اتفاقيات بين أرباب

---

[1] عدمان مريزق، واقع الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، أطروحة للحصول دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر 2008/2007 ص 177.

[2] M. LAMR, "Dossier de la contractualisation", le gestionnaire revue semestrielle, école Nationale de santé publique, N° 28 Juillet 1998 P 24.

العمل والعمال وبذلك يعد الضمان الاجتماعي مؤسسة مسخرة لخدمة العمال وعائلاتهم، ويعد مصدر تمويله الأساسي الاشتراكات التي تقتطع من رواتب العمال.

وخلال هذه الفترة كانت مؤسسة الضمان الاجتماعي تعد مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تقدم خدمات اجتماعية إذ تتكفل بالمؤمنين وذوي الحقوق، وتقدر مساهمة الضمان الاجتماعي في حدود 30%[1] من مجموع نفقات الصحة.

– مصادر تمويل أخرى: أي مساهمة بعض الفئات من المرضى كغير المؤمنين اجتماعيا القادرين على الدفع إذ يدفعون نفقات العلاج كاملة ومباشرة إضافة إلى أصحاب المهن الحرة ويمثل هذا المصدر التمويلي 10% من إجمالي نفقات الصحة.

4-1-4-2- مصادر التمويل خلال الفترة 1974 إلى 2013:لقد تميزت هذه المرحلة بوجود أربعة مصادر رئيسية لتمويل النفقات الصحية تمثلت في[2] :

– مساهمة الدولة: بعد إقرار مجانية العلاج (1974/01/01) شهدت مساهمة الدولة انخفاضا محسوسا، إذ لم تصبح الممول الرئيسي لكل الأنشطة الصحية، بحيث أصبحت تتكفل بأنشطة الوقاية الصحية والأشخاص المعوزين، في حين أصبحت أنشطة العلاج من مهام صندوق الضمان الاجتماعي.

كما أنه تم استبدال السعر اليومي بإجراء جديد يتمثل في الميزانية العمومية والتي تحدد بموجب قرار مشترك بين وزارة الصحة ووزارة المالية وتقدم سنويا في إطار قانون المالية[3].

---

[1] عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 177.

[2] العلواني عديلة، تقييم آثار طرق تمويل الصحة العمومية على أداء الخدمات في الجزائر، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة بسكرة، 2004 ص 63.

[3] سنوسي علي، مرجع سابق، ص 149.

ولقد وصلت مساهمة الدولة في تمويل النفقات الصحية 81% خلال سنة 2013[1].

– مساهمة الجماعات المحلية: استنادا إلى قانون الصحة الصادر سنة 1985[2] أصبح من الضروري إدراج مساهمة الجماعات المحلية في تمويل نفقات الصحة العمومية خاصة فيما يخص برامج الوقاية من الأمراض والأوبئة والتربية الصحية في المدارس.

وتتجسد مساهمة الجماعات المحلية خاصة فيفرض الضرائب والرسم على النشاطات المضرة بالصحة العمومية، كالتدخين في الأماكن العامة، المصانع الملوثة...

– مساهمة الأفراد[3]: بناءا على نص الأمر 65/73 المؤرخ في 1973/12/28 المتضمن إحداث الطب المجاني، فإن "أعمال الصحة العمومية وأشغال التشخيص ومعالجة المرضى وقبولهم في المستشفيات تكون مجانية في جميع القطاعات الصحية" كما نص عليه المرسوم رقم 74–02 بتاريخ 1974/01/16 المتضمن تنظيم الطب المجاني في القطاعات الصحية، على مساهمة رمزية للمرضى في ثمن الأدوية والتي تم تحديدها بـ 3دج و10 دج حسب الحالة، إلا أن هذه المبالغ لم تحصّل في الغالب نظرا لزهد قيمتها.

وبقي الأمر على حاله إلى غاية 1984، حيث صدر منشور عن وزير الصحة يتعلق بمساهمة المرضى بنسبة 20% من نفقة بعض الكشوفات والتحاليل الطبية (كالأشعة والمخبر) ونفس الشيء مع مرور الزمن أصبح هذا الإجراء في طي النسيان وفي هذا الصدد يمكن للأشخاص ذوي المداخيل المرتفعة (أصحاب المهن الحرة) وغير المشتركين في صندوق الضمان الاجتماعي أن يساهموا مباشرة في تسديد النفقات الصحية.

–مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي: إن زيادة مساهمة هذا الصندوق في تمويل نفقات الصحة العمومية ظهرت خاصة مع تطبيق مجانية العلاج سنة 1974، حيث ارتفع عدد المؤمنين من

---

[1] Ali Chaouche, Le financement du système de santé, colloque international sur les politiques de santé, Alger 18-19 Janvier 2014. P 03.

[2] عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 180.

[3] سنوسي علي، مرجع سابق ، ص ص 150، 151.

1.208.854 سنة 1973 إلى 3 ملايين سنة 1984[1]، ولقد حددت صلاحيات ومهام الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية فيما يلي[2]:

- تسيير التأمينات الاجتماعية وحوادث العمل والأمراض المهنية؛
- تسيير الأداءات العائلية لحساب الدولة، وترقيم المستخدمين والمؤمن لهم اجتماعيا؛
- تسيير الأداءات المستحقة للمستفيدين من اتفاقيات الدولة للضمان الاجتماعي؛
- تغطية النفقات، مراقبة النزاع في تغطية اشتراكات الضامن الاجتماعي لحساب التقاعد والبطالة؛
- تنظيم وممارسة المراقبة الطبية، وممارسة العمل الطبي الاجتماعي؛
- إعلام المستفيدين والمستخدمين؛
- التكفل بمصاريف العلاج الصحي وتعويض أيام العطل المرضية أثناء التوقف عن العمل، وتتمثل هذه المصاريف في: العلاج، الجراحة، الأدوية الصيدلانية (بنسب مختلفة)، الإقامة بالمستشفى؛
- الفحوص البيولوجية، والكهروديوغرافية والنظرية؛
- علاج الأسنان وتركيب الطقم؛
- العلاجات المعدنية والمتخصصة التي لها علاقة بالعلل التي تصيب المريض؛
- الجبارة والأجهزة والأعضاء الاصطناعية؛
- إعادة التدريب الوظيفي للأعضاء والتأجيل المهني؛
- النقل بسيارة الإسعاف؛
- الأداءات الخاصة بالتخطيط، العائلي وتنظيم النسل.

---

[1] سنوسي علي، مرجع سابق، ص 150.

[2] وزارة العمل والحماية الاجتماعية" فعالية الندوة الوطنية الأولى حول الحماية الاجتماعية"، الجزائر، 31/30 ماي ص 25.

أما بالنسبة للتعويضات، فيتكفل الصندوق بـ:التعويض بنسبة 80% للفحوص والمواد الصيدلانية، النظارات والتداوي بالمياه المعدنية، والتعويض بنسبة 100% لبعض العمليات الجراحية المهنية وبعض الأمراض المزمنة.كما تجدرالإشارة إلى أن مساهمة الضمان الاجتماعي في تمويل النفقات الصحية وصلت إلى 16% خلال سنة 2013[1].

وفيما يلي جدول يلخص مصادر تمويل القطاع الصحي خلال السنوات [2006- 2010] كما يلي[2]:

الجدول رقم 20: مصادر تمويل القطاع الصحي(2006-2010)

السنوات	2006	2007	2008	2009	2010
مساهمة الدولة	73.468.310	106.660.946	151.471.267	1733.220.480	197.232.583
%	65,97	74,10	78,12	81,52	83,40
مساهمة .و.ض.أ	35.000.000	35.000.000	38.000.000	38.000.000	38.000.000
%	31,42	24,31	19,59	17,88	16,06
مصادر أخرى*	2.893.520	2 277.080	44 19520	1243 520	1243520
%	2,61	1,59	2,29	0,6	0,54
المجموع	111361830	143939026	193890787	212464000	236476103

المصدر: حاج عيسى سيد أحمد، مرجع سابق، ص 152.

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن الدولة هي المصدر الأول في تمويل القطاع الصحي كما نجد أن مساهمتها في تزايد مستمر من سنة إلى أخرى عكس مساهمة صندوق الضمان

[1] Ali Chaouche, op. cit, P03.

[2] حاج عيسى سيد أحمد، مرجع سابق، ص 152.

*تتمثل المصادر الأخرى في مساهمة كل من التعاضدات الاجتماعية المؤسسات الاقتصادية، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لغير الأجراء والمؤسسات الخارجية

الاجتماعي والتي تعرف تراجعا مستمرا من سنة إلى أخرى وهذا راجع للمشاكل التي يعرفها الصندوق كسوء التسيير والاختلاسات المتكررة.

4-2- واقع إدارة المؤسسات الاستشفائية الجزائرية:

من خلال هذا المحور سنتطرق إلى استعراض نمط إدارة المؤسسات الاستشفائية الجزائرية بالتركيز على النمط التنظيمي وواقع إدارة الموارد البشرية إضافة إلى أهم الأساليب المستخدمة في الإدارة لسنة 2014.

4-2-1- تنظيم وإدارة أهم المؤسسات الاستشفائية العمومية بالجزائر:

يختلف تنظيم و إدارة المؤسسات الاستشفائية العمومية بالجزائر وذلك حسب نوع وطبيعة كل واحدة منها و ذلك تبعا للقوانين و التشريعات المحددة و الموضحة لتنظيم وإدارة كل مؤسسة.

وفيما يلي نستعرض التنظيم الإداري لكل من القطاعات الصحية (S.S) المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU) المؤسسات الاستشفائية العمومية (EPH)والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS) وذلك وفقا للتشريعات المعمول بها.

4-2-1-1- القطاعات الصحية (Secteurs Sanitaires):إن المرسوم التنفيذي رقم 97-466 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997 قد حدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها و سيرها كما يلي:

- التعريف والمهام:القطاع الصحي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستغلال المالي يوضع تحت وصاية الوالي، يحل أو ينشأ أي قطاع صحي باقتراح من وزير الصحة بعد استشارة الوالي و ذلك عن طريق مرسوم تنفيذي.

يتكون القطاع الصحي من مجموع الهياكل الصحية العمومية الخاصة بالوقاية والتشخيص و العلاج والاستشفاء و إعادة التكييف الطبي، التي تغطي حاجات سكان مجموعة من البلديات و التابعة للوزارة المكلفة بالصحة، كما يمكن استعمال القطاع الصحي كميزان للتكوين شبه الطبي و التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات توقع مع المؤسسة القائمة بالتكوين و هذا حسب ما نصت عنه المادة 07 من نفس المرسوم التنفيذي.

وحسب المادة 05 من المرسوم التنفيذي 97-466 فإن مهام القطاع الصحي تتجسد في النقاط التالية:

- يضمن تنظيم توزيع الإسعافات و برمجتها؛
- يطبق نشاطات الوقاية و التشخيص و العلاج و إعادة التكييف الطبي و الاستشفاء؛
- يضمن النشاطات المتعلقة بالصحة التناسلية و التخطيط العائلي؛
- يطبق البرامج الوطنية و الجهوية و المحلية للصحة و السكان ؛
- يساهم في ترقية المحيط وحمايته وفي مجالات الوقاية والنظافة والصحة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية؛
- يساهم في إعادة تأهيل مستخدمي المصالح الصحية و تحسين مستواهم؛

-**التنظيم الإداري:** حسب المادة 09 من ذات المرسوم فإن القطاع الصحي يديره مجلس إدارة و يسيره مدير ويزود بجهاز استشاري يسمى المجلس الطبي.

وقد رصد مجلس الإدارة مجموعة من الأعضاء* يعينون لعهدة مدتها 03 سنوات قابلة للتجديد بقرار

*للمزيد من التفاصيل حول أعضاء مجلس الإدارة راجع المادة 10 من المرسوم التنفيذي 97-466 الصادر بالجريدة الرسمية الجزائرية العدد 81، مرجع سابق، ص 21

من الوالي وباقتراح من السلطات التي ينتمون إليها، يجتمعون وجوبا في دورة عادية مرّة كل ستة أشهر ويمكنهم الاجتماع في دورة طارئة باستدعاء من الرئيس أو بطلب من ثلثي (3/2) الأعضاء، وتتخذ القرارات بأغلبية الأعضاء الحاضرين و في حالة تساوي الأصوات يرجح صوت الرئيس.

يتداول مجلس الإدارة في المواضيع التالية:

- مخطط التنمية القصير والمتوسط المدى؛
- مشروع ميزانية المؤسسة ؛
- الحسابات التنفيذية ؛
- الحساب الإداري؛
- مشاريع الاستثمار؛
- مشاريع المخططات التنظيمية للمصالح؛
- البرامج السنوية الخاصة بصيانة البنايات و التجهيزات؛
- العقود المتعلقة بالخدمات العلاجية؛
- مشروع جدول الموظفين؛
- النظام الداخلي للمؤسسة؛
- اقتناء و تحويل المنقولات و العقارات و عقود و الإيجار ؛
- قبول الهبات و الوصايا أو رفضها ؛

أما فيما يخص مدير القطاع الصحي فإنه يعيّن بقرار من الوزير المكلف بالصحة وتنهى مهامه بنفس الأشكال ويساعده في ذلك مديرين مساعدين ويعتبر المدير مسؤولا عن تسيير القطاع الصحي وبهذه الصفة:

- يمثّل المؤسسة أمام العدالة و في جميع أعمال الحياة المدنية ؛
- هو الآمر بالصرف فيما يخص نفقات المؤسسة؛
- يحضر مشاريع الميزانية التنفيذية و يعّد حسابات المؤسسة ؛
- يضع مشروع الهيكل التنظيمي و النظام الداخلي للمؤسسة ؛
- يقوم بتنفيذ مداولات مجلس الإدارة ؛
- يضع التقرير السنوي للنشاطات و يرسلها إلى السلطة الوصية بعد موافقة مجلس الإدارة؛
- يقوم بإبرام جميع العقود و الصفقات و الاتفاقيات في إطار التنظيم المعمول به؛
- يمارس السلطة السلمية على المستخدمين الخاضعين لسلطته؛
- يمارس سلطة التعيين و التسيير على مجموع مستخدمي المؤسسة باستثناء المستخدمين الذين خصص لهم شكل آخر من أشكال التعيين؛
- يمكنه تفويض إمضائه، على مسؤوليته لصالح مساعديه؛

وفيما يخص المجلس الطبي* فإنه يقترح كل الإجراءات التي من شأنها أن تحسن تنظيم مصالح العلاج و الوقاية و يسيرها، كما يمكن مدير القطاع الصحي المجلس الطبي من الاطلاع على كل أمر ذي طابع طبي، علمي أو تكويني.

- **التنظيم المالي:**حسب المادة 25 من المرسوم التنفيذي 97-466 فإن ميزانية القطاع الصحي تتضمن بابين: النفقات، الإيرادات حيث تسجل محاسبة الإيرادات الاعتمادات المسجلة والمصفاة و أوامر إيرادات و التحصيل، و تسجل محاسبة الأوامر بالصرف مبلغ الاعتمادات المخصصة أو الاعتمادات بالتفويض و الأوامر بالدفع المقبولة و الأرصدة المتوفرة.

*للمزيد من التفاصيل حول أعضاء مجلس الإدارة راجع المادة 10 من المرسوم التنفيذي 97-466 الصادر بالجريدة الرسمية الجزائرية العدد 81، مرجع سابق، ص 28

وتمسك حسابات القطاع الصحي طبقا لقواعد المحاسبة العمومية إضافة إلى محاسبة عامة ومحاسبة خاصة بالمواد والقيم والسندات ومحاسبة تحليلية على الخصوص بالتحكم في التكاليف المختلفة.

4-2-1-2- المراكز الاستشفائية الجامعية CHU:

إن المرسوم التنفيذي 97-466 [1] المؤرخ في 2 ديسمبر 1997 قد حدد قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية و تنظيمها و سيرها كما يلي:

- التعريف و المهام: المركز الاستشفائي الجامعي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي تنشأ بموجب مرسوم تنفيذي مشترك ،بين الوزير المكلف بالصحة الذي يمارس الوصاية الإدارية على المركز و بين وزير التعليم العالي و البحث العلمي الذي يمارس الوصاية البيداغوجية على المركز، و هو بذلك تزاوج بين المستشفى و الجامعة[2]وحسب المادة 04 من المرسوم التنفيذي 97-467 فإن مهام المركز الاستشفائي الجامعي تتمثل في:

- في ميدان الصحة:

❖ ضمان نشاطات التشخيص و العلاج و الاستشفاء و الاستعجالات الطبية الجراحية و الوقاية إلى جانب كل نشاط يساهم في حماية و ترقية صحة السكان ؛

❖ تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة ؛

❖ المساهمة في إعداد معايير التجهيزات الصحية العلمية والتربوية للمؤسسات الصحية ؛

---

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة في 1997/12/10 مرجع سابق، ص 28

[2] Jhon Liffey," le management des hospitaliers et universitaires", France, Mars 1998, P 5

❖ المساهمة في حماية المحيط و ترقيته في الميادين المتعلقة بالوقاية والنظافة والصحة ومكافحة الأضرار و الآفات الاجتماعية؛

- في ميدان التكوين:

❖ ضمان تكوين التدرج و ما بعد التدرج في علوم الطب بالتعاون مع مؤسسة التعليم العالي في العلوم الطبيعية والمشاركة في إعداد و تطبيق البرامج المتعلقة به؛

❖ المساهمة في تكوين مستخدمي الصحة وإعادة تأهيلهم و تحسين مستواهم؛

- في ميدان البحث:

❖ القيام في إطار التنظيم المعمول به بكل أعمال الدراسة و البحث في ميدان علوم الصحة؛

❖ تنظيم مؤتمرات و ندوات و أيام دراسية و تظاهرات أخرى تقنية و علمية من أجل ترقية نشاطات العلاج و التكوين والبحث في علوم الصحة؛

- التنظيم الإداري:يدير المركز الاستشفائي الجامعي مجلس إدارة * ويسيره مدير عام يعيّن بموجب مرسوم تنفيذي و باقتراح من الوزير المكلف بالصحة و تنهى مهامه بنفس الطريقة، يساعده في تأدية مهامه أمين عام ومديرون وعند الضرورة مديرو الوحدات.

كما يزوّد المركز الاستشفائي الجامعي بجهاز استشاري يسمى المجلس العلمي **والذي يقترح كل الإجراءات التي لها علاقة بنشاطات المصالح و التي من شأنها أن تحسن تنظيم مصالح العلاج والوقاية وسيرها وتوزيع المستخدمين كما يشارك في إعداد برامج التكوين والبحث في علوم الطب،ويقدر نشاط المصالح في ميدان العلاج و التكوين و البحث إضافة إلى المجلس الطبي ،

*للمزيد من التفاصيل حول أعضاء مجلس الإدارة راجع المادة 10 من المرسوم التنفيذي 97-466 الصادر بالجريدة الرسمية الجزائرية العدد 81، مرجع سابق، ص 31

**للمزيد من التفاصيل حول أعضاء مجلس الإدارة راجع المادة 10 من المرسوم التنفيذي 97-466 الصادر بالجريدة الرسمية الجزائرية العدد 81، مرجع سابق، ص 41

وهناك لجنة استشارية تساعد المدير العام للمركز العلمي، خاصة فيما يتعلق بتطبيق اقتراحات وتوصيات هذا الأخير ، أما مهام المدير العام فهي مشار إليها في المادة 22 من ذات المرسوم وهي تشبه إلى حد كبير مهام مدير القطاعات الصحية المشار إليها سابقا.

- التنظيم المالي: يحضر المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي مشروع الميزانية ويعرضه على مجلس الإدارة للمداولة ويرسله بعد ذلك إلى السلطة الوصية للمصادقة عليه، وتتكون ميزانية المركز من بابين باب النفقات و باب الإيرادات.

- الإيرادات: تشمل ما يلي

❖ إعانات الدولة ؛

❖ إعانات الجماعات المحلية ؛

❖ الإيرادات الناتجة عن التعاقد مع هيئات الضمان الاجتماعي وعن التعاقد مع التعاضديات والمؤسسات و مؤسسات التكوين؛

❖ التخصيصات الاستثنائية؛

❖ الهبات و الوصايا الممنوحة في إطار التشريع و التنظيم المعمول بهما؛

❖ الإيرادات المختلفة ؛

❖ الإيرادات و الإعانات الأخرى المتعلقة بنشاط المؤسسة؛

❖ تسديدات التأمينات الاقتصادية الخاصة بالأضرار الجسدية ؛

- النفقات: تشمل ما يلي:

❖ نفقات التسيير ؛

❖ نفقات التجهيز ؛

❖ أي نفقة أخرى ضرورية لتحقيق هدفه ؛

وتمسك حسابات المركز الاستشفائي الجامعي طبقا لقواعد المحاسبة العمومية إضافة إلى محاسبة عامة ومحاسبة خاصة للمواد والقيم والسندات ومحاسبة تحليلية تسمح على الخصوص بالتحكم في التكاليف المختلفة.

4-2-1-3- المؤسسات العمومية الاستشفائية EPH لقد أنشأت المؤسسات العمومية الاستشفائية بموجب المرسوم التنفيذي 07-140 [1] المؤرخ في 19 ماي 2007 والمتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها وسيرها، إضافة إلى المرسوم التنفيذي رقم 13-296 [2] المؤرخ في 17 أوت 2013 والمتمم لقائمة المؤسسات العمومية الاستشفائية.

- التعريف والمهام:حسب المادة 02 من ذات المرسوم فإن المؤسسة العمومية الاستشفائية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي و توضع تحت وصاية الوالي، وتتكون من هيكل للاستشفاء و التشخيص والعلاج وإعادة التأهيل الطبي،وتغطي سكان بلدية أو مجموعة بلديات.

تتمثل المهام المخولة لها فيما يلي:

- ضمان تنظيم وبرمجة وتوزع 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؛

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة في 2007/05/20 العدد 33، ص 10

[2] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة في 28 أوت 2013 العدد 43، ص 44

- يمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي و شبه الطبي و التكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين؛

– التنظيم الإداري:يسير المؤسسة العمومية الاستشفائية مجلس إدارة ويديرها مدير وهو مسؤول عن حسن سير المؤسسة ويساعده في ذلك أربعة نواب مديرين يكلفون بالمالية و الوسائل، الموارد البشرية، المصالح الصحية، صيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة، كما تزود المؤسسة العمومية الاستشفائية بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي الذي يكلف بدراسة كل المسائل التي تهم المؤسسة وإبداء رأيه الطبي والتقني فيها، لاسيما فيما يأتي:

- التنظيم و العلاقات الوظيفية بين المصالح الطبية ؛
- مشاريع البرامج المتعلقة بالتجهيزات الطبية وبناء المصالح الطبية وإعادة تهيئتها؛
- برامج الصحة والسكان ؛
- برامج التظاهرات العلمية و التقنية؛
- إنشاء هياكل طبية أو إلغائها ؛

- التنظيم المالي: تشمل ميزانية المؤسسة العمومية الاستشفائية بابا للإيرادات و بابا للنفقات.

وتجدر الإشارة إلى أن إيرادات و نفقات المؤسسات العمومية الاستشفائية هي نفسها التي تم التطرق إليها فيما يخص المراكز الاستشفائية الجامعية ، وتمسك محاسبة المؤسسات العمومية الاستشفائية حسب قواعد المحاسبة العمومية و يسند تداول الأموال إلى عون محاسب يعينه أو يعتمده الوزير المكلف بالمالية.

4-2-1-4- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة EHS يحدد المرسوم التنفيذي 97-465 [1] المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة و تنظيمها وسيرها كما يلي:

- التعريف والمهام:المؤسسة الاستشفائية المتخصصة هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي توضع تحت وصاية والي الولاية الموجود فيها مقر المؤسسة.

تتكفل المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في مجال نشاطها بالمهام الآتية:

- تنفيذ نشاطات العلاج والوقاية والتشخيص وإعادة التكييف الطبي والاستشفاء؛
- تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة ؛
- المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة و تحسين مستواهم؛

❖ التنظيم الإداري:يدير المؤسسة الاستشفائية المتخصصة مجلس إدارة ويسيرها مدير، وتزود بجهاز استشاري يسمى بالمجلس الطبي[2] .

❖ التنظيم المالي: إن التنظيم المالي للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة لا يختلف عن التنظيم المالي للمؤسسة العمومية الاستشفائية و الذي تم التطرق إليه سابقا.

4-2-2- إدارة الموارد البشرية بالمؤسسة الاستشفائية

تضم المؤسسة الاستشفائية تركيبة متنوعة من حيث الأفراد العاملين بها وفقا للخدمات التي تقدمها هذه الأخيرة، وعلى هذا الأساس و نظرا لتعدد تركيبة العمال فإن عملية إدارة الموارد

---

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة بتاريخ 1997/12/10، مرجع سابق، ص 12

[2] للمزيد من التفاصيل حول مجلس الإدارة راجع المواد 10،11،12،13،14،15،16،17،18،19،20،21،22،23من المرسوم التنفيذي 97-465 ، مرجع سابق، ص ص 14-16

البشرية بالمؤسسة الاستشفائية تتم وفقا للمخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية و الذي يبين الأنشطة و العمليات المراد إنجازها خلال السنة المقبلة و المتعلقة بالتوقيف، الترقية، التكوين وتحسين المستوى وتجديد المعلومات الإحالة على التقاعد وهذا حسب ما نصت عليه المادة 06 مكرر 01 من المرسوم التنفيذي 05-126[1] المؤرخ في 29 -04-1995 من أهداف المخطط[2]:

- ضبط الأنشطة و العمليات خلال السنة المالية؛
- التحكم في عملية استقطاب اليد العاملة ؛
- تحقيق استراتيجية الإدارة العامة أي الوصية؛
- تمكين مصالح الوظيفة العمومية من مراقبة تسيير مختلف مصالح الدولة ؛

يحتوي المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية على 13 جدولا موزعا على الأقسام التالية: الهيكل التنظيمي والإطار القانوني لتسيير الموارد البشرية، التوظيف، وأخيرا متابعة ومراقبة حركة الموظفين ،نوضحها فيما يلي[3] :

4-2-2-1- الهيكل التنظيمي والإطار القانوني لتسيير الموارد البشرية:يضم هذا الهيكل الجداول من واحد إلى ثلاثة و تمثل الهيكل التنظيمي و الإطار القانوني لإنجاز المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية.

- هيكل تعداد المستخدمين:يتعلق بهيكل تعداد المستخدمين إلى غاية 31 ديسمبر من السنة المنصرمة يشمل:

- عدد المناصب النظرية المفتوحة بعنوان السنة المالية الماضية ؛
- عدد المناصب المالية الحقيقية بنفس السنة ؛

---

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، الصادرة في 09 ماي 1995، العدد 26، ص 26

[2] خثير محمد، مرجع سابق، ص 216

[3] نفس المرجع ، ص ص 217-221، بتصرف

- الفارق بين عدد المناصب المالية و عدد المناصب الشاغرة لكل رتبة أو سلك؛

- الأجهزة الاستشارية الداخلية:يتعلق بالأجهزة الاستشارية للمؤسسة الاستشفائية يضم كلا من لجان المستخدمين ولجان الطعن متضمنا ما يلي:

- قرار الإنشاء ومراجعها ؛
- مجال الاختصاص؛
- قرار التمديد حسب الحالة ؛
- تحديد مدى العهدة ونهايتها؛

- المنازعات:يتعلق بحالات المنازعات التي قد تنشأ بالمؤسسة الاستشفائية و يشمل عدة بيانات كأطراف النزاع، الجهة القضائية المختصة، الحكم القضائي، قرار التنفيذ، رقم القضية.

- إطار الوضعيات التأديبية: يعتبر هذا الجدول إطار للوضعيات التأديبية عند حدوث مخالفات أو أخطاء مهنية يحتوي على عدّة بيانات كدرجة الخطأ، محتوى العقوبة، تاريخ الطعن، تاريخ اجتماع لجنة الطعن، قرار التنفيذ، تاريخ التوقيف و تاريخ اجتماع اللجنة.

- الإطار القانوني الخاص بالمسابقات و الامتحانات:هو الإطار القانوني الخاص بالمسابقات الامتحانات والاختبارات المهنية المبين في التعليمة الوزارية المشتركة رقم 08 المؤرخة في 15-10-2004 المتعلقة بكيفيات التنظيم لإجراء المسابقات و الامتحانات المهنية الخاصة بأعوان المؤسسات الاستشفائية و كذلك الالتحاق بالتكوين الداخلي أو الخارجي، التوظيف الخارجي، التثبيت والإدماج.

4-2-2-2- التوظيف: يحتوي على الجداول من 4 إلى 7 المتضمنة مخطط التسيير المبرمجة خلال السنة المالية وتحديد الآجال التنفيذية.

- المخطط التوقيعي للتوظيف:يكون بعنوان السنة المالية الحالية يضم عدد المناصب المالية الخاصة بكل سلك ورتبة مقترحة للسنة المالية الجديدة وعدد المناصب المالية الفعلية المنقولة من الجدول "2" وعدد المناصب المالية المشغولة من كل رتبة، عدد المناصب المالية النظرية المطابقة لدفتر الميزانية، عدد المناصب المالية الشاغرة.

إن عملية التوظيف بالمؤسسة الاستشفائية تتم وفقا لمبدأ المساواة في الفرص حسب ما نصت عليه المادة 34 من المرسوم التنفيذي 85-59[1] المؤرخ في 23 مارس 1985 المتضمن القانون الأساسي النموذجي لعمال المؤسسات الاستشفائية العمومية.

- المخطط التوقيعي لتوظيف الأعوان المؤقتين:يتم توظيفهم حسب عدد المناصب المالية المفتوحة بعنوان السنة المالية الجديدة وحسب عدد المناصب المالية الشاغرة بعنوان السنة المالية الجديدة.

- التسيير التوقيعي للموارد البشرية:يتضمن عمليات التسيير التوقيعي للموارد البشرية المقررة خلال السنة المالية بحيث يعتبر رزنامة مفصلة للعمليات المسجلة في الجدول رقم 04 الخاص بتنظيم المسابقات و الاختبارات المهنية وفق الآجال المحددة أي 30 نوفمبر من السنة الجارية.

- المخطط التوقيعي لحالات التقاعد: يتعلق بالمخطط التوقيعي للتقاعد للسنة القادمة يحمل في طياته القائمة الاسمية للموظفين المعنيين بالتقاعد و هذا حسب ما ورد في المرسوم التنفيذي 99-03[2] المؤرخ في 22 مارس 1999 المتعلق بتقاعد مستخدمي المؤسسات الاستشفائية.

- الإحالة على التقاعد:يخص هذا الجدول الموظفين المحالين للتقاعد و المدعوون لاستئناف العمل نظرا للحاجة، ويوظفون بطريقة تقاعدية قابلة للتجديد بعد موافقة مصالح الوظيفة العمومية.

---

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة بتاريخ 1985/03/24، العدد 13، ص 33

[2] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة بتاريخ 1999/03/24، العدد 20، ص 04

- التكوين و تحسين المستوى و تجديد المعلومات:يتعلق هذا الجدول بالتكوين و تحسين المستوى وتجديد المعلومات ويتضمن عدد الموظفين المعنيين بالتكوين، التاريخ المتوقع لبداية تكوين مدّة التكوين.و سيتم التطرق إلى هذا العنصر بنوع من التفصيل فيما بعد.

4-2-2-3- مراقبة ومتابعة حركة الموظفين:يتعلق بمراقبة و متابعة حركة الموظفين إلى غاية 31 ديسمبر من السنة الجارية وتحتوي على:

- مراقبة حركة لموظفين:تتمثل في عمليات الدخول (الالتحاق) (كالتوظيف، إعادة الإدماج) وعمليات الخروج (كالاستقالة، التقاعد) من المؤسسات الاستشفائية.

- **تعداد الأعوان المؤقتين:** إلى غاية 31 ديسمبر

- مراقبة عمليات التوظيف:و هي عمليات التوظيف المنجزة على أساس الاختبارات.

- استمارة عمليات التوظيف:يمثل هذا الجدول استمارة عمليات التوظيف عن طريق الترقية الاختيارية والكفاءة المهنية.

- استمارة لمراقبة عملية التوظيف عن طريق التكوين:يلخص هذا الجدول مجمل عمليات التوظيف على أساس التكوين المبرمج و المبين في المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية بعنوان السنة المالية.

- استمارة لمراقبة عملية التوظيف عن طريق الشهادة:تتضمن البيانات التالية: الأسلاك أو الرتب، عدد المناصب المفتوحة، التوظيف المنجز، الملاحظات.

4-2-3-تقنيات إدارة المؤسسات الاستشفائية خلال سنة 2014:

مواصلة للجهود الرامية لعصرنة تسيير ومناجمنت المؤسسات الصحية أصدرت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات المذكرة رقم 01 المؤرخة في 16 أفريل 2014 والمتعلقة بوضع حيّز التنفيذ مشروع المؤسسة لوحدة القيادة ومؤشرات التسيير كأدوات لتحديث تسيير المؤسسات الصحية

(بكل أنواعها)، مما يمكّن مسيري المؤسسات الاستشفائية من إكتساب وسائل للمتابعة وتقويم النشاطات المبرمجة، وتوفير أفضل الطرق للمسيرين من أجل تحقيق اقتصاديات وتفادي أمور غير متوقعة بما في ذلك الأخطاء المتعلقة بالتسيير.

4-2-3-1- مؤشرات التسيير:تتعلق هذه المؤشرات بالمدة، التكلفة، النوعية والكمية وهي كالتالي:

- مؤشرات متعلقة بالفعالية (النوعية): ويتم تحديدها بالنسبة لكل مصلحة بالمؤسسة الاستشفائية وفقا لما يلي:
- عدد الأسرة، نسبة الوفيات، نسبة إعادة القبول، نسبة انتشار عدوى المستشفيات؛
- مؤشرات متعلقة بالأنشطة: تحدد بالنسبة لكل مصلحة في المؤسسة الاستشفائية وفقا لما يلي:
- عدد المرضى الذين تم قبولهم، عدد أيام الإقامة الاستشفائية، معدل مدّة الإقامة، نسبة دوران الأسرة؛

4-2-3-2- لوحة قيادة المؤسسة الاستشفائية:كما هو عليه الحال في عملية قيادة السيارة والتي تستوجب وجود لوحة قيادة تزوّد السائق بالمعلومات الضرورية للتحكم بها كمستوى الوقود والسرعة الحالية، ...، فإن هناك لوحة قيادة خاصة بعملية قيادة المؤسسة، تتمثل في مجموعة من المؤشرات التي تزوّد المدير بالمعلومات المفيدة و الفورية من أجل تحقيق الأهداف المخططة[1].

[1] رحيم حسين، بونقيب أحمد، دور لوحات القيادة في دعم فعالية مراقبة التسيير، مجلة أبحاث اقتصادية و إدارية، بسكرة، العدد الرابع، ديسمبر 2008، ص 3

بمعنى آخر تتضمن لوحة القيادة مجموعة من المؤشرات المتكاملة التي تسمح للمسؤولين بمعرفة درجة تقدم العمليات و معرفة الوضعية الحقيقية للمؤسسة في وقت معين، و قياس الانحرافات من خلال مقارنة الأهداف الفعلية بالأهداف المعيارية و إجراء التصحيحات المناسبة[1].

4-2-3-3- مشروع المؤسسة:قبل كل شيء نقوم أولا بتعريف مشروع المؤسسة عامة و ذلك قبل التطرق إلى مضمونه بالنسبة للمؤسسات الصحية الجزائرية.

-التعريف "1":"هو وثيقة مكتوبة تعلن عن مجموعة من القيم و المبادئ تعمل المؤسسة على توقيتها،

حتى تصل إلى إرساء طريقة عمل إجتماعية، تعطي هذه المبادئ معنا للنشاط الذي تمارسه المؤسسة، و هو بذلك يعزّز لدى مجموعات العمل المختلفة الروح التضامنية والحيوية[2]"

-التعريف "2":"هو مشروع يعرّف على أساس المشروع الطبي الأهداف العامة للمؤسسة في المجال الطبي وفي مجال العلاجات التمريضية و في مجال السياسة الاجتماعية ومخططات التكوين وتسيير نظام المعلومات، ويحدد وسائل الاستشفاء والوسائل البشرية والتجهيزات التي تحبذها المؤسسة لتحقيق أهدافها[3]"

من خلال التعريفين السابقين نستنتج أن مشروع المؤسسة هو كمشروع يعد لفترة متوسطة المدى (حسب المذكرة رقم 01 لوزارة الصحة و السكان فإنه يعد لسنتين) يتضمن عناصر أساسية نلخصها في النقاط التالية:

- نظرة مستقبلية لمصير المؤسسة؛

---

[1] الشيخ الداوي، تحليل الأسس النظرية لمفهوم الأداء، مجلة الباحث، العدد 07، 2010/2009، ص 224

[2] Bernard Honoré, L'hôpital et son projet d'entreprise, édition Pivot, Paris, 1992, P 26

[3] S. Vilata, Projet d'établissement et projet de service, revue Hospitalière N° 563, Aout 1991, P 19

- إرادة الوصول إلى الأهداف المسطرة رغم تعقيد الظروف و العقبات التي قد تواجه المؤسسة، هذه الإرادة تكون مشتركة بين كل أفراد المؤسسة؛

- منظومة قيم أي مجموعة من العناصر التي ترشد المؤسسة في اختياراتها من جهة، وتخذها أفرادها مرجعا لهم من جهة أخرى؛

- أولويات، و محاور كبرى للنشاط، تنتج عنها أهداف مقبولة من طرف الجميع؛

بالرجوع إلى المذكرة رقم 01، فإنها اقترحت النموذج التالي لمشروع المؤسسة:

1. التعريف بالمؤسسة
2. مراجع المصادقة على المشروع تحديد أولويات الصحة، العلاج، و التسيير
3. الأهداف: من بين هذه الأهداف نجد:

- تحسين الاستقبال و الأمن: من خلال الإجراءات التالية:

❖ إعادة النظر في إجراءات استقبال المرضى ؛

❖ تحديد إجراء داخلي لتحسين فرص الحصول على العلاج و الفحوصات الطبية الخارجية ؛

❖ تعزيز نوعية مسارات العلاج؛

❖ تعزيز مكافحة عدوى المستشفيات ؛

❖ تعزيز الأمن الداخلي؛

❖ تعبئة مهني الصحة: من خلال الإجراءات التالية

❖ تحسين ظروف العمل؛

❖ تحسين راحة فريق المناوبة ؛

❖ تصفية أوضاع الحياة المهنية لمهني الصحة؛

❖ ضمان الفعالية لخدمة المريض: من خلال الإجراءات التالية:

- ❖ تحسين تنظيم العلاج ؛
- ❖ وضع نظام حاسوبي داخلي ؛
- ❖ تحديث لوجستيك المستشفيات و الهياكل الصحية ؛
- ❖ وضع حيّز التنفيذ خطة للصيانة؛
- ❖ تحسين الرقابة الداخلية؛
- ❖ تطوير تسيير مصالح الصحة ؛
- ❖ ضمان التوازن للميزانية ؛
- ❖ ضمان تصفية المالية؛
- ❖ تطوير مؤشرات التسيير ؛
- ❖ وضع لوحات قيادة للتسيير حيزّ التنفيذ؛

4-3- التدريب في المنظومة الاستشفائية الجزائرية:

يعتبر التدريب حقا معترفا به للموظف خلال مساره المهني على غرار التكوين و تجديد المعلومات، وهذا بهدف تكييف الموارد البشرية مع التطورات التي تعرفها مختلف الإدارات العمومية خاصة منها المؤسسات الاستشفائية نظرا لحساسية الخدمة المقدمة من طرف هذه الأخيرة وضرورة تواجد عناصر بشرية (باختلاف تركيبها) كفؤة تعمل باستمرار على تحسين أداء المؤسسات الاستشفائية.

ومن خلال مختلف القوانين والمراسيم والتشريعات الجزائرية يمكن القول أن المشرع الجزائري لم يتطرق إلى إصطلاح التدريب كحق للموظف وواجب على الموظف، وإنما أشار إلى التكوين وتجديد المعلومات وتحسين المستوى.

ومن خلال التعاريف المقدمة للعملية التدريبية فإننا ارتأينا أن نشير إلى أن عبارة تحسين المستوى المذكورة في كافة القوانين والتشريعات الجزائرية توحي إلى التدريب.

4-3-1- الإطار القانوني للعملية التدريبية بالمؤسسة الاستشفائية الجزائرية:

قبل التطرق إلى واقع العملية التدريبية بالمؤسسة الاستشفائية الجزائرية لابد أن نتوقف ونستعرض الجانب القانوني لهذه العملية من خلال سرد القوانين والمراسيم المختلفة المنظمة لهذه العملية.

إذ بعد الاستقلال مباشرة أصبح من الصعب مواصلة تطبيق النصوص الفرنسية لسبب غياب المترشحين و تسارع الأحداث من جهة أخرى الأمر الذي فرض قبول ترخيصات استثنائية لشغل المناصب الشاغرة بالإضافة إلى ذلك فإن إنشاء مؤسسات وهيئات عمومية متنوعة الطابع يتطلب توظيف أفراد ذوي كفاءات، هذا ما دفع المشرع الجزائري لإصلاح الوظيف العمومي عن طريق الأمر 66-133 المؤرخ في 2 جوان 1966 المتضمن القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية والذي ينص في مادته الثانية على ما يلي: "تتخذ الدولة والجماعات المحلية والمؤسسات والهيئات العمومية التدابير **اللازمة** لضمان تكوين المترشحين لوظيفة عمومية وكذلك تحسين معارفهم وترقيتهم[1]".

وكخطوة ثانية جاء المرسوم رقم 69-52 المؤرخ في 12 ماي 1969[2] المتضمن التدابير المخصصة لتسيير التكوين و الإتقان للموظفين و أعوان الدولة و الجماعات المخصصة لتسيير التكوين والإتقان للموظفين وأعوان الدولة و الجماعات المحلية و المؤسسات و الهيئات العمومية والذي ألزم الإدارات بضمان تحسين مردودية المرافق العمومية، وهذا من خلال تنظيم دورات

[1] الأمر 66-133، المؤرخ في 2 جوان 1966، الصادر بالجريدة الرسمية رقم 46، ص 549

[2] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة بتاريخ 20 ماي 1969، العدد 43

التكوين لفائدة الموظفين والأعوان العموميين، كما انه قام بتحديد الأهداف التكوينية أثناء العمل وحدد الامتيازات المترتبة عن التكوين[1].

أما الخطوة الموالية فتمثلت في صدور المرسوم التنفيذي 71-78[2] المؤرخ في 15 شوال 1431 الموافق لـ 3 ديسمبر 1971 والذي تضمن تحديد الشروط المتعلقة بتخصيص المنح الدراسية والمرتبات المسبقة ورواتب التمرين، وأعطى أهمية بالغة للتكوين وذلك بتحفيز الموظفين على متابعة نشاط تكويني.

من جهة أخرى كرّس القانون رقم 78-12 المؤرخ في 5 أوت 1978 المتضمن القانون الأساسي العام للعامل الأحكام المتعلقة بالتكوين سيما في المادة 172 التي تنص على أن "العمل التكويني في جميع الميادين التزاما ذا فائدة وطنية يفرض على العامل والمؤسسة المستخدمة والدولة[3]"

وبعد ذلك صدر المرسوم التنفيذي رقم 85-59 المؤرخ في 23 مارس 1985 المتضمن القانون الأساسي النموذجي لعمال المؤسسات و الإدارات العمومية و الذي نص في مادته 16 على أن "التكوين وتحسين المستوى حق قانوني يتمتع به جميع المستخدمين في كل القطاعات العمومية[4]".

وما يمكن أخذه فيما يخص المرسوم التنفيذي رقم 85-59 عدم التفصيل في الإجراءات وكيفية القيام بعملية التكوين إضافة إلى أن ظروف إصداره وقفت في وجه تطور قطاع الوظيف

---

[1] المرسوم التنفيذي رقم 69-52 الصادر بالجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة بـ 20 ماي 1969، مرجع سابق، ص 497

[2] المرسوم التنفيذي 71-78، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة بـ 14 ديسمبر 1971 العدد 102، ص 1747

[3] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، الصادرة بـ 8 أوت 1978 العدد 32، ص 738

[4] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة بـ 24 مارس 1985، العدد 13 ص 335

العمومي وفق الاعتبارات الجديدة خاصة ما يخص التأخر في إصداره (ما يقارب 20 سنة[1]).

بعد ذلك وجد الموظف الجزائري نفسه في حالة من الانتظار إلى غاية صدور المرسوم التنفيذي 96-92 المؤرخ في 03 مارس 1996 الموافق لـ 14 شوال 1416 و الذي يتعلق بتكوين الموظفين وتحسين مستواهم وتجديد معلوماتهم، ليفصل في إجراءات وكيفية القيام بعملية التكوين في الإدارات العمومية وهو يعتبر المرجع الأساسي لكيفية تنظيم مختلف عمليات التكوين داخل الوطن.

إضافة إلى ما سبق وفي مرحلة جديدة لتنظيم العملية التكوينية أصدر المشرّع المرسوم التنفيذي رقم 87-209[2] المؤرخ في 09 سبتمبر 1987 و الذي يتضمن تخطيط وتنظيم التكوين وتحسين المستوى في الخارج و تسييرهما ليتم فيما بعد تعديله بالمرسوم الرئاسي رقم 03-309 المؤرخ في 11 سبتمبر 2003[3]المتضمن التكوين وتحسين المستوى في الخارج وتسييرهما.

وقد تلاه بعد ذلك صدور المرسوم التنفيذي رقم 04-17[4] المؤرخ في 2004 المعدل والمتمم للمرسوم التنفيذي 96-92 المذكور أعلاه، إضافة إلى المرسوم التنفيذي 04-146[5] المؤرخ في 19 ماي 2004 والمتضمن إنشاء اللجنة الوزارية المشتركة للتكوين في المؤسسات و الإدارات العمومية وتنظيمها وعملها.

ونظرا للتطورات الاقتصادية والسياسية التي عرفتها الجزائر فيما بعد فقد بات ضروريا التفكير في إعداد نظام جديد يتماشى والاتجاه السياسي الجديد للدولة الجزائرية ،وبسبب هذه

---

[1]مغرابي محمد، دور التكوين في تطوير كفاءات الأفراد للرفع من الأداء على مستوى المؤسسة الصحية، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات التكوين المتخصص للمتصرفين الرئيسيين لمصالح الصحة، ENMAS، 2013، ص 14

[2]الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، الصادرة بـ 9 سبتمبر 1987، العدد 37، ص 1417

[3]الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، الصادرة بـ 25 جانفي 2004، العدد 6، ص 17

[4]الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، الصادرة بـ 17 سبتمبر 2003، العدد 56، ص 17

[5]الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، الصادرة بـ 19 ماي 2004، العدد 31، ص 4

الأحداث والتطورات جاء القانون الأساسي للوظيف العمومي ضمن الأمر رقم 06-03[1] المؤرخ في 15 جويلية 2006 ليملئ الفراغ الذي تركه القانون النموذجي لعمال المؤسسات والإدارات العمومية.[2]

وباعتبار المؤسسة الاستشفائية هيئة عمومية فإنها تخضع في مجال التكوين وتجديد المعلومات وتحسين المستوى إلى القوانين والمراسيم التي تم التطرق إليها سابقا، غير أن هناك بعض القوانين والمراسيم والتعليمات التي أشارت إلى التكوين في المجال الصحي بصفة صريحة خاصة القانون رقم 85-05[3] والمؤرخ في 16 فيفري 1985 و المتعلق بحماية الصحة و ترقيتها، حيث تم الإشارة في المادة 195 من نفس القانون إلى التكوين داخل المؤسسة الصحية و ذلك من خلال ضرورة القيام بتكوين مستخدمي الصحة و تحسين مستواهم و تجديد معلوماتهم إضافة إلى القانون 85-05 نجد المراسيم و التعليمات التالية[4]:

- تعليمة وزارة الصحة والسكان رقم 02 المؤرخة في 18 فيفري 1988 المتعلقة بالتكوين المتواصل لمستخدمي الصحة؛
- تعليمة المديرية العامة للوظيفة العمومية رقم 01 المؤرخة في 06 جوان 1993 مارس 1996 والمتعلقة بإعداد مخططات التكوين القطاعية ؛
- المرسوم التنفيذي رقم 96-92 المؤرخ في 03 الموافق لـ 14 شوال 1416 هـ والمتعلق بتكوين الموظفين و تحسين مستواهم و تجديد معلوماتهم. ؛

---

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، الصادرة بـ 16 جويلية 2006 العدد 46، ص 3

[2] مغرابي محمد، مرجع سابق، ص 15

[3] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية ، الصادرة بـ 1985/02/17 العدد 08، ص 176

[4] خثير محمد، مرجع سابق ، ص 219

4-3-2-واقع التدريب بالمؤسسة الاستشفائية الجزائرية:

يحدد المرسوم 96-92[1] المتعلق بتكوين الموظفين و تحسين مستواهم و تجديد معلوماتهم، أعمال التكوين المتخصص التحضيرية للالتحاق بالوظائف العمومية وكذا تحسين مستوى الموظفين التابعين للمؤسسات و الإدارات العمومية (كالمؤسسة الاستشفائية) وتجديد معلوماتهم و تتمثل هذه الأعمال فيما يلي[2]:

- التكوين المتخصص:شغل منصب عمومي للمرة الأولى، بالالتحاق بسلك عال أو برتبة عليا بالنسبة للموظفين الموجودين في وضعية خدمة، بالتحضير للمسابقات والامتحانات المهنية.
- تحسين المستوى:بتحسين المعارف والكفاءات الأساسية للموظفين وإثرائها وتعميقها وضبطها.
- تجديد المعلومات:بالتكيف مع وظيفة جديدة نظرا إما لتطور الوسائل والتقنيات وإما للتغيرات الهامة في تنظيم المصلحة وعملها أو مهامها.

يتحدد تنظيم دورات التكوين و تحسين المستوى و تجديد المعلومات للالتحاق بالوظائف العمومية في المؤسسات والإدارات العمومية بواسطة ما يلي:

- قرار السلطة المكلفة بالوظيف العمومي فيما يخص الوظائف التابعة للأسلاك المشتركة في المؤسسات والإدارات العمومية؛
- قرار وزاري مشترك بين الوزير المعني و السلطة المكلفة بالوظيفة العمومية فيما يخص الوظائف التابعة للأسلاك الخاصة في المؤسسات والإدارات العمومية المختلفة؛

---

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، الصادرة بتاريخ 17 شوال 1416 هـ الموافق لـ 6 مارس 1996، العدد 16، ص 05

[2] المرسوم التنفيذي رقم 96-92 المؤرخ في 14 شوال عام 1416هـ الموافق لـ 3 مارس 1996، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 16، ص 06

كما يجب أن يحدد القراران السابقان ما يلي[1]:

- الرتبة أو الرتب التي فتحت بشأنها دورة التكوين وتحسين المستوى وتجديد المعلومات؛
- عدد المناصب المتوفرة طبقا لمخطط التسيير السنوي للموارد البشرية المصادق عليها بعنوان السنة المالية المعنية؛
- الشروط القانونية الأساسية للقبول في مختلف الدورات؛
- طبيعة الزيادات التي يمكن أن يستفيد بعض المترشحين بمقتضى التشريع والتنظيم المعمول بهما؛
- تاريخ فتح التسجيلات و ختمها؛
- مدّة الدورات و مكان إجرائها و تاريخها وكذا شكل الدورة التناوبي أو المتواصل.
- طبيعة الاختبارات المقررة في برامج الدورات وعددها ومدتها ومعاملها والنقط الإقصائية فيها؛
- كيفيات مراقبة إجراء الدورات المذكورة سابقا ومتابعتها؛
- حجم المواقيت (الإجمالي أو حسب كل مادة مدرسّة)؛

كما يجب نشر ما سبق قبل ثلاثة أشهر على الأقل من تاريخ بدء دورة التكوين و تحسين المستوى وتجديد المعلومات بكل وسيلة ملائمة و ذلك لصالح المترشحين.

هذا ويتعين على المؤسسات و الإدارات إعداد مخطط قطاعي سنوي أو متعدد السنوات في التكوين وتحسين المستوى وتجديد المعلومات وفي هذا الإطار تقوم السلطة المكلفة بالوظيفة العمومية بتخطيط وتنسيق عمليات التكوين و تحسين المستوى و تجديد المعلومات التي تحضر للالتحاق

[1] المرسوم التنفيذي 96-92، مرجع سابق، ص ص 7، 8

بالوظائف العمومية أو للتكيف مع مناصب العمل وفق أهداف مستخدمي المؤسسات والإدارات العمومية واحتياجاتهم الأولية.

كما يحدد المخطط المذكور أعلاه عمليات التكوين و تحسين المستوى و تجديد المعلومات في قطاع النشاط المعني خلال سنة أو عدة سنوات مالية لاسيما العمليات المتعلقة بكل من التكوين المتخصص تحسين المستوى و تجديد المعلومات، كما ينبغي أن يحدد المخطط كلا من عدد المناصب المطلوب شغلها، عدد الموظفين أو الأعوان العموميين المعنيين، مناصب التأهيل المعنية، مؤسسة أو مؤسسات التكوين، مدة دورات التكوين، المبرمجة بعد إعداد المخطط والمصادقة عليه من طرف كل من المؤسسة الاستشفائية أو إدارتها والسلطة المكلفة بالوظيف العمومي، وتقوم هذه الأخيرة عقب كل سنة مالية بإجراء تقويم دقيق عن مدى تنفيذه، و يمر تنفيذ المخطط بالمراحل التالية:

❖ إنشاء لجنة مكلفة بانتقاء الموظفين المدعوين لمتابعة تكوين و تحسين المستوى وتجديد لمعلومات، مكونة من السلطة المخولة صلاحية التعيين رئيسا، عضوا منتخب عن لجنة المستخدمين المختصة إزاء السلك أو الرتبة المعنية بالتكوين عضوا، مسؤولا تسيير المستخدمين والمسؤول المكلف بالتكوين عند الاقتضاء عضوا؛

❖ يتم إشهار قائمة المترشحين المقبولين للمشاركة في التكوين عن طريق الإلصاق في المؤسسة الاستشفائية في أجل لا يقل عن شهر واحد قبل بداية دورة التكوين، على أن لا يفوق الحد الأقصى للموظفين المقبولين في دورة التكوين نسبة 15 %[1] من العدد الحقيقي للسلك أو الرتبة المعنيين؛

[1] المرسوم التنفيذي رقم 96-92، مرجع سابق، ص 3

❖ يتم إبلاغ المترشحين غير المقبولين عن سبب رفض ترشيحهم مما يمكنهم من تقديم طعن للجنة خاصة مكونة من: السلطة المكلفة من الوظيف العمومي رئيس و ممثل عن الإدارة العينية عضوا إضافة إلى ممثل منتخب من لجنة المستخدمين في السلك أو الرتبة المعنية عضوا[1]، وذلك في أجل لا يقل عن 10 أيام قبل التاريخ المقرر لبداية الدورة التكوينية؛

❖ يلتزم كل مترشح تابع دورة تكوين متخصص(يستفيد الموظف خلال حياته المهنية إلا دورة واحدة في التكوين المتخصص)[2] لشغل منصب عمومي للمرة الأولى، بخدمة الإدارة مدة سنتين على الأقل إذا كانت مدة التكوين أقل من سنة واحدة ومدّة ثلاث سنوات من كل سنة تكوين دون أن تفوق المدة المعنية سبع سنوات؛

❖ تسلم المؤسسة التي تكفلت بدورة التكوين أو تحسين المستوى أو تجديد المعلومات شهادة تكوين بالنسبة للمترشحين الذين تابعوا هذه الدورة وشهادة التمرين للمترشحين الذين تابعوا دورة تحسين المستوى أو تجديد المعلومات؛

❖ يستفيد الموظفون الذين نجحوا في دورة التكوين من أحد الامتيازات التالية وذلك وفقا لمدّة التكوين كما يلي[3]:

- بالنسبة للتكوين طويل المدى: مدته تفوق سنة واحدة أو تساوي 3 سنوات يمكن الموظف المتكون من الترقية في السلك أو الرتبة
- بالنسبة للتكوين المتوسط المدى: نجد أنه ينقسم إلى:
  - التسجيل بصفة تفضيلية في قائمة التأهيل للترقية عن طريق الاختيار؛
  - الاستفادة بطريقة تفضيلية من ترقية عن طريق التأهيل المهني؛

---

[1]: المرسوم التنفيذي رقم 96-92، مرجع سابق ، ص 7

[2]: نفس المرجع أعلاه ، ص 9

[3]خثير محمد، مرجع سابق، ص 219

- تكوين مدته تفوق ستة أشهر وتقل عن تسعة أشهر، تسمح بالتخفيض في الأقدمية للترقية في الدرجة أو الترقية عن طريق الاختيار يساوي مدة دورة التكوينية؛
- تكوين مدته تتراوح ما بين تسعة أشهر و سنة تمنح للمتكون إما درجة إضافية أو تخفيض في الأقدمية للترقية الاختيارية؛
- بالنسبة للتكوين القصير المدى: إذا كانت مدته تتراوح ما بين ثلاثة أشهر و ستة أشهر تمنح للمتكون إحدى الامتيازات التالية: التسجيل بصفة تفضيلية في قائمة التأهيل للترقية عن طريق الاختيار أو تخفيض في الأقدمية للترقية في الدرجة أو الترقية عن طريق الاختيار.

4-3-3-هياكل تدريب مستخدمي القطاع الصحي:

تتعدد الهياكل المكلفة بعملية التدريب و تعتبر أغلبيتها تابعة لوزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات فزيادة عن أربعة عشر كلية للطب تابعة لوزارة التعليم العالي والبحث العلمي والتي تقوم بعملية تكوين الأطباء، الصيادلة، جراحي الأسنان (في كامل أنحاء التراب الوطني) فإن الجزائر تتوفر على ما يلي:

- المدرسة الوطنية للمناجمنت و إدارة الصحة ENMAS: يتواجد مقرها بالمرسى في الضاحية الشرقية لولاية الجزائر العاصمة و هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالاستقلالية المالية وبالشخصية المعنوية.ولقد أنشأت بموجب المرسوم التنفيذي 89-11 [1]الصادر يوم 07 فيفري 1989 حيث كانت تسمى بالمدرسة الوطنية للصحة العمومية "ENSP"

[1]الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة في 1989/02/08، العدد 6 ، ص 162

بعدها جاء المرسوم التنفيذي 04-73 [1] حاملا في طياته إعادة تنظيم الشكل الخاص للمدرسة معدلا ومتمما للمرسوم التنفيذي 89-11، ومحددا مهام المدرسة تنظيمها وسيرها.

وأخيرا أعيد تسمية المدرسة "بالمدرسة الوطنية للمناجمنت و إدارة الصحة" و وضعت تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة و ذلك وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 09-162[2] بتاريخ 02 ماي 2009، وقد حددت المادة 05 من ذات المرسوم مهام المدرسة كما يلي:

- ضمان تكوين متواصل لمهني الصحة في ميدان تسيير مؤسسات الصحة؛
- ضمان تكوين متخصص ذي مستوى عال في مختلف فروع التسيير والمناجمنت لمؤسسات وهياكل الصحة؛
- القيام بأعمال تحسين المستوى و تجديد المعلومات في ميدان المناجمنت لفائدة مستخدمي التأطير
- المشاركة في تنمية التقنيات الحديثة للمناجمنت في مؤسسات و هياكل الصحة ؛
- القيام بتطوير البحث في مجال المناجمنت والتسيير في مؤسسات وهياكل الصحة والمساهمة فيه؛
- إنجاز دراسات و منشورات ذات صلة بمهامها قصد ترقية المناجمنت في مؤسسات وهياكل الصحة.
- إقامة علاقات تبادل و تعاون مع الهيئات الوطنية أو الأجنبية العاملة في نفس مجال النشاط؛

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة في 2004/03/07، العدد 13، ص 21

[2] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة في 10 ماي 2009، العدد 28، ص 16

- وبهذه الصفة تشارك المدرسة في أعمال التعاون مع الشبكات الوطنية و الدولية للتكوين والخبرة والبحث ويمكنها زيادة على ذلك أن تضمن لفائدة مستعملين آخرين تكوينا ودراسات وخبرات تدخل في إطار مهامها؛

وقد تخرجت أول دفعة تضم 86 عون رئيسي لمصالح الصحة في فيفري 2013 والدفعة الثانية تضم 75 عون في فيفري 2014[1].

- المعهد الوطني البيداغوجي للتكوين شبه الطبي (INPFP):يعتبر المعهد مؤسسة عمومية ذات طابع إداري يتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلالية المالية، أنشأ بموجب المرسوم التنفيذي رقم 96-148[2] بتاريخ 27 أفريل 1996 و وضع تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة، من مهامه ما يلي:

- يضع تحت تصرف مؤسسات التكوين شبه الطبي كل وسائل الدعم و المناهج قصد تحسين التكوين؛
- يتصور برامج التكوين شبه الطبي ويعدها ويقومها ويقترحها؛
- ينظم الامتحانات والمسابقات للالتحاق بمؤسسات التكوين شبه الطبي والحصول على الشهادات و يراقبها؛
- يتابع نوعية التكوين ويقومه؛
- يتصور ويعد ويقوم نموذج أيّة وثيقة بيداغوجية؛
- يبادر بالبحث البيداغوجي لتدريس التقنيات شبه الطبية و يطوره؛
- يشارك في تكوين المعلمين وتأطيرهم، و في التأطير البيداغوجي، والمراقبة البيداغوجية؛

[1] Moussa Arrada, Politique de formation et de Recherche en santé, colloque international sur les politiques de santé, MSPRH, Alger, 18;19 janvier 2014, P 4

[2] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الشعبية الصادرة في 1996/05/05، العدد 27، ص 6

- يساهم في كل الأنشطة المتعلقة بتحسين مستوى المعلمين و تكوينهم المتواصل في مؤسسات التكوين شبه الطبي؛
- يقوم بأية دراسة تتصل بمهامه؛

- المعهد الوطني للصحة العمومية INSP:تم إنشاء المعهد سنة 1964 بموجب المرسوم التنفيذي رقم 110/64 المؤرخ في 10 أفريل 1964، ثم جاء المرسوم التنفيذي رقم 05/93[1] المؤرخ بتاريخ 02 جانفي 1993 و الذي يتضمن إعادة تنظيم المعهد باعتباره مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي و توضع تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة.

ويتمثّل هدف المعهد كما تنص عليه المادة 04 من ذات المرسوم التنفيذي في تحقيق أعمال دراسية وبحوث في الصحة العمومية تمكّن من تزويد الوزير الوصي بالأدوات العلمية والتقنية الضرورية لتطوير البرامج المتعلقة بالعمل الصحي وترقية الصحة العمومية والتنسيق بينها داخل القطاع وبين القطاعات.

هذا ويكلّف المعهد في مجال التكوين والبحث في ميدان الصحة العمومية كما تشير إليه المادة 09 من المرسوم التنفيذي 93-05 لاسيما ما تحتاج إليه برامج الصحة بما يأتي:

- تنظيم ملتقيات تكون ورشات لإعادة التكوين وتحسين المستوى؛
- المشاركة مع المؤسسات والهيئات المؤهلة في تكوين جميع فئات عمال الصحة؛
- المبادرة ببرامج البحث في مجال الصحة العمومية ؛
- المشاركة في مجال البحث العلمي بالاتصال مع مختلف الهيئات الوطنية والدولية التي تعالج مشاكل الصحة العمومية؛

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة في 1993/01/06، العدد 02، ص 7

- النهوض بأعمال البحث في الصحة العمومية و التربية المتعلقة بمشاكل الصحة وضمان نشرها؛
- كما يؤهل المعهد الوطني للصحة العمومية لتقديم خدمات في مجال التكوين لاسيما بتنظيم دورات تكوينية من خلال[1] :
- إبرام اتفاقيات للتعاون مع الهيئات المماثلة الوطنية أو الأجنبية ومع المنظمات الدولية والمنظمات غير الحكومية ؛
- المشاركة في اللقاءات و الأعمال الوطنية أو الدولية التي تهم ميدان نشاطه؛
- إضافة إلى ما سبق فإن المعهد الوطني للصحة العمومية يكلّف بأعمال ومهام أخرى في المجالات التالية:
- مجال الإعلام الصحي و الاتصال الاجتماعي؛
- مجال مكافحة الأمراض ؛
- مجال حماية وترقية الصحة بالتعاون مع القطاعات المعنية ؛
- مجال النشاط المخبري؛

وهذا حسب ما تنص عليه المواد 05، 06،07،08 من المرسوم التنفيذي 05/93.

- الوكالة الوطنية للدم (ANS): أنشأت الوكالة بموجب المرسوم التنفيذي 95-108 [2] المؤرخ في 9 أفريل 1995 و المتضمن إنشاء الوكالة الوطنية للدم و تنظيمها وعملها ثم جاء المرسوم التنفيذي 09-258 [3] المؤرخ في 11 أوت 2009 ليعدل ويتمم المرسوم 95-108.

---

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 02، مرجع سابق، ص 8

[2] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة في 19 أفريل 1995، العدد 21، ص 7

[3] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة في 16 أوت 2009، العدد 47، ص 11

بمقتضى المرسوم 09-258 فإن الوكالة مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، توضع تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة، من بين مهام الوكالة المشار إليها في االمادة 05 من نفس المرسوم التنفيذي نجد مهمة التكوين والبحث في ميدان الدم بالاتصال مع الهياكل والهيئات المعنية، ولاسيما منها التخصصات وبرامج التكوين وتنسيق نشاط البحث.

-المخبر الوطني لمراقبة المنتوجات الصيدلانية (LNCPP):أنشأ هذا المخبر بموجب المرسوم التنفيذي رقم 93-140 [1] المؤرخ في 14 جوان 1993، ويعتبر المخبر حسب نفس المرسوم مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي و توضع تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة، ويؤهل المخبر حسب ما تنص عليه المادة 5 من ذات المرسوم لتقديم خدمات في مجال التكوين لاسيما بتنظيم تداريب تطبيقية في مناهج مراقبة المنتوجات الصيدلانية وتقنياتها.

- معهد باستور بالجزائر (IPA):أنشأ معهد باستور بموجب أمر رقم 71-45 [2] مؤرخ في 21 جوان 1971 إذ بموجب هذا الأمر يعد المعهد مؤسسة ذات طابع عمومي و شخصية معنوية ولا تستهدف الكسب، يكون تابعا لوزير الصحة و هذا حسب ما نصت عليه المادتين 02، 03 من ذات الأمر.

ثم تلاه المرسوم التنفيذي رقم 94-74[3] المؤرخ في 30 مارس 1994 ليحول معهد باستور بالجزائر إلى مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي و تجاري يتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال

---

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة في 20 جوان 1993، العدد 41، ص 7

[2] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة في 02 جويلية 1971 العدد 56، ص 898

[3] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة في 10 أفريل 1994، العدد 19، ص 5

المالي ويوضع تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة حسب ما نصت عليه لمادتين 01، 02 من ذات المرسوم.

حيث من بين مهام معهد باستور في ميدان التكوين:

- المساهمة في تلقين العلوم والتقنيات التي تدخل في إطار أعماله في كل مستويات التعليم العالي والمهني؛
- المساهمة في تكوين مستخدمي المخبر و تحسين مستواهم و إعادة تكوينهم؛

-الصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH):أنشأت بموجب المرسوم التنفيذي رقم 94-293 [1] المؤرخ في 1994/09/25 و المتضمن إنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات و تنظيمها و عملها و حسب المادتين 01 و02 من ذات المرسوم فإن الصيدلية المركزية تعتبر مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي وتجاري تتمتع بالاستقلالية المالية والشخصية المعنوية وتوضع تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة كما تشير المادة 04 من نفس المرسوم التنفيذي إلى المهام الموكلة للصيدلية من بينها:

مساهمة المصالح المعنية في تكوين مستخدمي الصحة الذين يمارسون نشاطا له علاقة بهدفها وتحسين مستواهم و تجديد معلوماتهم.

-المركز الوطني لعلم التسمم (CNT):أنشأ المركز بموجب المرسوم التنفيذي رقم 98-188 [2] المؤرخ في 2 جوان 1998 و المتضمن إنشاء مركز وطني لعلم السموم و تنظيمه وعمله.

وحسب هذا المرسوم يعتبر المركز مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي توضع تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة، كما أن من بين المهام الموكلة إليه القيام بكل أعمال التدريب التي لها علاقة بنشاط المركز وتطبيقها إضافة إلى الأبحاث والدراسات.

---

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة في5 أكتوبر 1994 العدد 63، ص 10

[2] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة في 03 جوان 1998، العدد 38، ص 4

- الوكالة الوطنية لوثائق الصحة ANDS:أنشأت الوكالة بموجب المرسوم التنفيذي رقم 95-319[1] المؤرخ في 14 أكتوبر 19995 و المتضمن إنشاء وكالة وطنية لوثائق الصحة وتنظيمها وعملها.

فالوكالة حسب نفس المرسوم عبارة عن مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي وتجاري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، توضع تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة، من بين مهام الوكالة بالصحة، من بين مهام الوكالة المذكورة في المادة 06 من نفس المرسوم قيامها بأبحاث التكوين التي لها علاقة بنشاطها و تطبيقها.

- معاهد وطنية عليا للتكوين الشبه الطبي:أنشأت هذه المعاهد بموجب المرسوم التنفيذي رقم 11-92 [2] المؤرخ في 24 فيفري 2011 حيث حول مدارس التكوين الشبه الطبي إلى معاهد وطنية للتكوين العالي شبه الطبي و تخضع لأحكام المرسوم رقم 85-243[3] المؤرخ في 01 أكتوبر 1985 والمتضمن القانون الأساسي النموذجي للمعاهد الوطنية للتكوين العالي و لأحكام هذا المرسوم حسب المادة 02 من بالمرسوم 11-92 فإن المدارس المحولة إلى معاهد هي: أدرار، باتنة، بجاية، بسكرة، بشار، البليدة، البويرة، تبسة، تيارت، الجزائر، جيجل، سطيف، سعيدة، سكيكدة، سيدي بلعباس، قسنطينة، المدية، مستغانم، المسيلة، معسكر، ورقلة، وهران، خميس مليانة (عين دفلى).

حسب المادة 03 من المرسوم التنفيذي 11-92 تتولى المعاهد المهام التالية:

- ضمان التكوين العالي و المتخصص في المجال شبه الطبي ؛

---

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة في 18 أكتوبر 1995 العدد 61، ص 15

[2] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة في 28 فيفري 2011 العدد 13، ص 20

[3] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة في 1985/10/02، العدد 41، ص 1516

- ضمان عمليات التكوين ذات العلاقة مع مهامها؛

ولقد تم تحويل المعهد التكنولوجي للصحة العمومية بالمرسى (الجزائر) المحدث بموجب المرسوم

التنفيذي رقم 70-147 [1] المؤرخ في 14 أكتوبر 1970 و الخاضع لأحكام المرسوم 85-243

المؤرخ في 01 أكتوبر 1985، وذلك وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 11-93 [2] المؤرخ في 2011/02/24، على ان ينقل مقر المعهد من المرسى (الجزائر) إلى وهران وفقا لما نصت عليه المادة02 من ذات المرسوم. بالتالي يكون إجمالي المعاهد العليا 24 معهدا.

- معاهد وطنية للتكوين العالي للقابلات:بموجب المرسوم التنفيذي 11- 94[3] المؤرخ في 2011/02/24 يتم تحويل مدارس التكوين شبه الطبي لتلمسان، تيزي وزو، وعنابة والمحدثة بموجب المرسوم التنفيذي 73-79 [4] المؤرخ في 5 جوان 1973 إلى معاهد وطنية للتكوين العالي للقابلات.

وبالإضافة للهياكل التدريبية السابقة هناك مدرسة شبه طبية بالأغواط وسبعة معاهد للتكوين الشبه الطبي و19 مؤسسة خاصة للتكوين الشبه طبي موزعة على كافة أنحاء الوطن، حيث تكفلت هذه المؤسسات الخاصة بتكوين 6115 طالب في الفترة الممتدة من 2002-2013 و2070 طالب بالنسبة للموسم البيداغوجي 2014/2013[5].

---

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة في 1970/10/20، العدد 88، ص 1322

[2] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة في 2011/02/28، العدد 13، ص 22

[3] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة في 2011/02/28، مرجع سابق، ص 23

[4] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة في 1973/06/12، العدد 47، ص 691

[5] Moussa Arrada, op.cit, P P 02, 04

- الوكالة الوطنية لتسيير الإنجازات و تجهيز مؤسسات الصحة:لقد أنشأت الوكالة بموجب المرسوم التنفيذي رقم 13-220 [1] المؤرخ في 18 جوان 2013 و المتضمن إنشاء وكالة وطنية لتسيير الإنجازات و تجهيز مؤسسات الصحة ، و هي عبارة عن مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي وتجاري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، تخضع للقواعد المطبقة على الإدارة في علاقتها مع الدولة و تعد تاجرة في علاقتها مع الغير، كما توضع تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة مقرها الجزائر العاصمة، وهذا حسب ما نصت عنه المواد 01،02،03 من ذات المرسوم. أما المادة 07 من المرسوم التنفيذي 13-220 فإنها تحدد المهام الموكلة للوكالة في مجال التجهيزات بما يأتي:

- إنجاز عمليات اقتناء تجهيزات الصحة لحساب الوزارة المكلفة بالصحة ؛
- إعداد و تنفيذ برامج اقتناء التجهيزات الطبية على أساس مخطط التجهيز يصادق عليها الوزير المكلف بالصحة؛
- القيام باقتناء التجهيزات الطبية لفائدة المؤسسات العمومية للصحة وتسليمها وتنصيبها؛
- السهر على تكوين المستخدمين المستعملين لهذه التجهيزات ؛
- القيام أو تكليف من يقوم بالدراسات التقنية والاقتصادية وتلك الخاصة بالصفقات وكذا كل الخدمات المرتبطة بهدفها؛
- ضمان صيانة تجهيزات الصحة على أساس قواعد تعاقدية؛
- إعداد دفتر الأعباء وإعلان المناقصات؛
- الشروع في استلام التجهيزات ضمن الشروط العادية للتسيير والسير؛

[1] الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الصادرة في 26 جوان 2013 العدد 33، ص 13

4-3-4تأثير التدريب على تطوير الكفاءات البشرية بالمؤسسة الاستشفائية:

للتدريب دور هام في عملية تطوير الكفاءات من خلال الأهداف التي يسعى لتحقيقها سيما في المؤسسات الاستشفائية، والتي تتجسد في:

أهداف بيداغوجية: تتمثل في المعارف التي يكسبها المتدربون وتعتبر موردا مهما لبناء كفاءة الأفراد؛

أهداف التأثير: وتتمثل في تأثيرات التدريب على أداء المؤسسة الاستشفائية، ويمكن أن تظهر من خلال معايير الأداء التي تم التطرق إليها في الفصول السابقة.

أهداف الكفاءات: تشير إلى الكفاءات التي يكسبها المتدربون بعد تجديد المعارف والدراية التي اكتسبوها من التدريب ،إذ أن للتدريب علاقة وطيدة بتطوير الكفاءات البشرية في المؤسسة الاستشفائية عامة والجزائرية منها خاصة.

حيث أنه استنادا للدراسات العلمية التي تناولت موضوع التدريب بالمؤسسات الاستشفائية، فانه يمكننا تأكيد تأثير هذا الأخير على تطوير الكفاءات البشرية لجل مستخدمي هذه المؤسسات، كونه يؤثر بالإيجاب على تطوير كفاءات كل من الأطباء و شبه الأطباء بالإضافة للمستخدمين الفنيين من خلال تجديد معارفهم و سلوكا تهم و مهاراتهم (كون الكفاءة عبارة عن محصلة كل من المعرفة السلوك والمهارة). خاصة وأن المجال الطبي في تطور مستمر ودائم ، فالمعارف والسلوكات المكتسبة خلال التحصيل الجامعي للأطباء مثلا فيما يتعلق بتشخيص المرض وعلاجه لا بد من تجديدها وتحسينها (كل حسب اختصاصه) وفق ما يتماشى مع التطورات والاكتشافات الطبية المتجددة والتطور التكنولوجي الذي يعرفه المجال الطبي ، فالعمليات الجراحية اليوم أصبحت تمارس باستعمال تجهيزات ذات تكنولوجيا متطورة يتحكم فيها الجراح دون اللجوء إلي فتح

المريض بل يستأصل المرض مباشرة عن طريق فتحة صغيرة في جسم المريض عكس ما كانت عليه في السابق. فخضوع الجراح للتدريب فيما يخص التحكم في التقنيات الحديثة على سبيل المثال ينجم عنه تطوير لكفاءاته مما يؤدي إلى تحسين التكفل بالمريض فينعكس بالإيجاب على نوعية الخدمة الصحية المقدمة بالتالي يرفع من أداء المؤسسة الاستشفائية.

كذلك هو الحال بالنسبة للمستخدمين الإداريين حيث أن من أبرز المهام المسندة إليهم تسيير الموارد المالية والمادية والبشرية ، واستغلالها استغلالا عقلانيا لتحقيق أهداف المؤسسة الإستشفائية والتي تصب كلها في تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية.

فإذا كان البروفيسور (أعلى رتبة بالنسبة للأطباء) يتحكم و حده في تسيير مصلحته(كل حسب اختصاصه) يساعده في ذلك المنسق الطبي(أعلى رتبة بالنسبة للشبه أطباء)، وبما أن المؤسسة الاستشفائية أيا كان نوعها : جامعية،عمومية، متخصصة عبارة عن مجموع المصالح الطبية المكونة لها، فان تسيير المصالح الطبية بشكل فعال لا يمكن أن يتحقق دون مساهمة الطاقم الإداري للمؤسسة الاستشفائية والذي يحرص على إمداد المصالح الطبية بالمعدات واللوازم والتجهيزات اللازمة إضافة إلى القوى البشرية الكفؤة.

ونظرا لأهمية السلك الإداري و دوره في تسيير المؤسسة الاستشفائية ، فانه لابد أن يعنى هو الأخر بدورات تدريبية من شأنها أن تجدد وتحسن معارفهم وسلوكهم ومهاراتهم في شتى ميادين الإدارة والتي من أهمها : تسيير المسار المهني لكل من طاقم الأطباء وشبه الأطباء والإداريين(وذلك لأن لكل طاقم له خصوصياته) ،الاتصال الداخلي ، تقنيات التسيير الحديثة ، تنظيم و تسيير مكتب الدخول ،النهج التعاقدي ، جودة الخدمات الصحية،مالية ومراقبة التسيير ، وغيرها من المحاور الأخرى وذلك حسب احتياجات كل مؤسسة استشفائية.

خاتمة الفصل:

يعتبر قطاع الصحة العمومي المسؤول الأول عن تقديم الخدمات الصحية للمواطنين وذلك في إطار مهامه الرامية إلى حماية حياة أفراد المجتمع من الأمراض والأخطار الصحية وتوفير العلاج بما يتماشى وحاجياتهم المتزايدة ، إذ تعتبر الصحة العمومية من ضمن أولويات الدولة لذلك سخرت لها إمكانيات مالية ضخمة ضمانا لتلبية احتياجات المواطنين الصحية ، غير أن الواقع يبرز إشكالية تدني نوعية الخدمات الصحية وعدم رضا المنتفعين بالرغم من الميزانيات المسخرة للنهوض بهذا القطاع.

استنادا للدراسات العلمية التي تناولت موضوع إدارة المؤسسات الاستشفائية يمكننا الإفادة بأن تخصيص مبالغ مالية ضخمة غير كاف لوحده للنهوض بهذا القطاع ، فالمورد البشري يعتبر الركيزة الأساسية لتواجد هذا النوع من المؤسسات، من هذا المنطلق تبرز أهمية اعتماد طرق حديثة لإدارة مستخدمي المؤسسات الاستشفائية وضرورة ترسيخ ثقافة الكفاءات البشرية وتطويرها استنادا إلى تحديد برامج تدريبية تتماشى والاحتياجات الفعلية للمؤسسات الاستشفائية واختيار أساليب تدريبية تحمل في طياتها أحدث التكنولوجيات مع التركيز على تقييم مخرجات العملية التدريبية من حيث تحقيقها للأهداف المسطرة ، بالنظر إلى التدريب كعملية استثمارية لا كعملية إدارية بحتة.

الفصل الخامس

الدراسة الميدانية

علاقة تطوير كفاءات المسيرين بادارة المؤسسات الإستشفائية العمومية

الفصل الخامس: الدراسة الميدانية :علاقة تطوير كفاءات المسيرين بإدارة المؤسسات الاستشفائية العمومية

يحضى الجانب التطبيقي بأهمية علمية وعملية يتم من خلاله إسقاط ما تم التطرق له في الجانب النظري على أرض الواقع و ذلك للسماح لنا بالإجابة على الإشكالية الرئيسية من خلال دراسة أثر تطوير كفاءات المسيرين على إدارة المؤسسات الاستشفائية الجزائرية مع إثبات صحة أو عدم صحة الفرضيات الموضوعة بالاستعانة بحزمة البرامج التطبيقية الإحصائية في مجال العلوم الاجتماعية*.

حيث تناولنا في بداية هذا الفصل التعريف بإجراءات الدراسة الميدانية من خلال الإشارة إلى مجتمع وعينة الدراسة، مع إبراز خصائصها وكذا أداة الدراسة المستخدمة والهدف منها، وكذلك الأساليب الإحصائية المعتمد عليها في الدراسة.

أما الجزء الثاني خصصناه للتحليل المسبق لاختبار الفرضيات عن طريق المصادقة على سلالم قياس متغيرات النموذج التفسيري للدراسة بتحليل المكونات الرئيسية ACP ومعامل المصداقية ألفا لكرونباخ .

تم في الجزء الأخير من الفصل التطرق إلى اختبار فرضيات الدراسة بالاستعانة بالانحدار الخطي مع تحليل نتائج الاختبار.

* والمعروفة باسم SPSS (Statistical Package for Social Science) 19 Win Version .

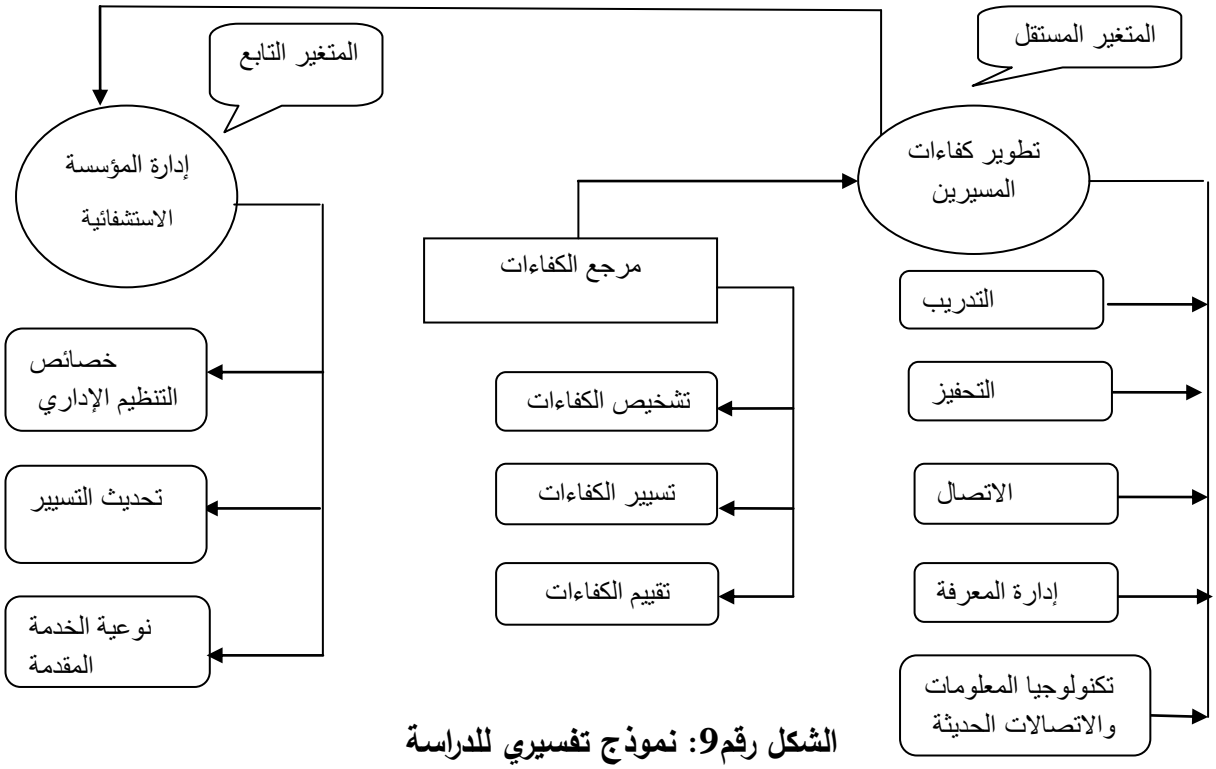
5-1- إجراءات الدراسة الميدانية.

نستعرض فيما يلي إجراءات الدراسة الميدانية بالتركيز على الإطار المنهجي وأساليب التحليل الإحصائي المستخدمة في الدراسة.

5-1-1- الإطار المنهجي للدراسة.

يضم الإطار المنهجي للدراسة كل من النموذج ، مجتمع و عينة الدراسة بالإضافة إلى أداة الدراسة أي استمارة الاستبيان.

5-1-1-1- مخطط توضيحي للدراسة:تحاول هذه الدراسة تسليط الضوء على تأثير المتغير المستقل والمتمثل في تطوير كفاءات المسيرين على المتغير التابع والمتمثل في إدارة المؤسسات الاستشفائية من خلال خصوصيات التنظيم الإداري بالمؤسسة الاستشفائية وتحديث تسييرها بالإضافة إلى نوعية الخدمة المقدمة كما هو موضح في الشكل الموالي :



الشكل رقم9: نموذج تفسيري للدراسة

المصدر: من اقتراح الباحثة

5-1-1-2 مجتمع وعينة الدراسة:يتمثل مجتمع الدراسة، والمتمثل في عدد مسيري المؤسسات الاستشفائية باختلاف أسلاكهم من أطباء شبه أطباء و إداريين على مستوى القطاع الصحي العمومي الجزائري، والموزعين على المؤسسات الاستشفائية البالغ عددها 283 مؤسسة على المستوى الوطني تشمل مؤسسة استشفائية جامعية واحدة بمدينة وهران و14مركز استشفائي جامعي و68 مؤسسة استشفائية متخصصة و195 مؤسسة عمومية استشفائية و5مؤسسات استشفائية.

ونظرا لكبر حجم مجتمع الدراسة بالإضافة إلى ارتفاع تكلفة إجراء الدراسة لمجمل مجتمع البحث وكذا كثرة العراقيل الإدارية ،فإننا ارتأينا دراسة عينة من المؤسسات الاستشفائية العمومية المتواجدة بإقليم مدينة البليدة ممثلة في كل من المركز الاستشفائي الجامعي فرانز فانون* CHU ، والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية EHS** والمؤسسة العمومية الاستشفائية بالبليدة EPH***.

لإعداد الدراسة تم الاعتماد على أسلوب المسح الشامل من خلال توزيع الاستبيان على كافة المستخدمين المسيرين**** في المؤسسات محل الدراسة وفقا لمايلي :

*: للاطلاع على المصالح الطبية والإدارية الموزع عليها الاستبيان راجع الملحق رقم1

**: للاطلاع على المصالح الطبية والإدارية الموزع عليها الاستبيان راجع الملحق رقم2

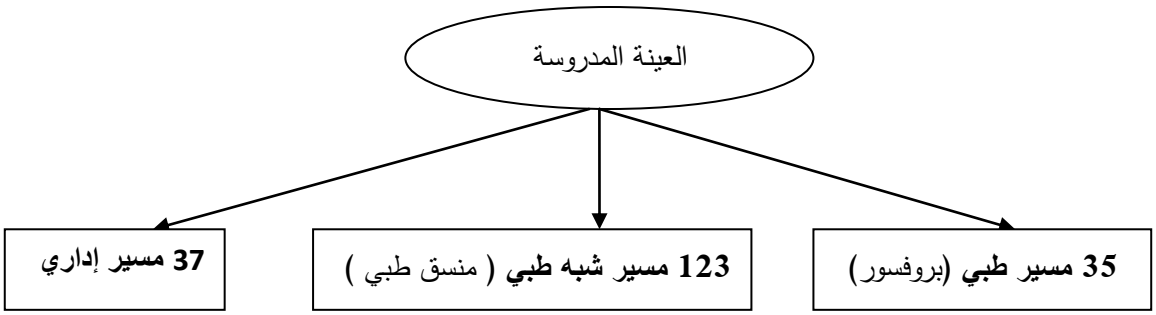
***: للاطلاع على المصالح الطبية والإدارية الموزع عليها الاستبيان راجع الملحق رقم3

****:أي كل من المسيرين الإداريين،المنسقين الطبيين(مسيرين شبه طبيين) والبروفسور(مسير طبي)

الجدول رقم 21: مكونات عينة الدراسة

البيان	المؤسسة العمومية الاستشفائية بالبليدة	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية بالبليدة	المركز الاستشفائي الجامعي للبليدة	المجموع
المسيرين الإداريين	8	4	25	37
المسيرين الطبيين (بروفسور)	3	7	25	35
المسيرين شبه الطبيين (منسقين طبيين)	19	24	80	123
المجموع	**30**	**35**	**130**	**195**

المصدر : من إعداد الباحثة



شكل 10: توزيع عينة الدراسة

المصدر:من إعداد الباحثة

5-1-1-3 استمارة الاستبيان:تضم الاستمارة مجموعة من الأسئلة قد تكون مغلقة مفتوحة أو مزيجا منهما موجهة إلى الأفراد داخل مجتمع الدراسة لإبداء رأيهم فيها. حيث تعتبر الاستمارة من أكثر أدوات البحث العلمي استعمالا في ميدان البحوث الاجتماعية والإنسانية لتعدد مجالات استخدامه من جهة ومن جهة أخرى فعاليتها لتحصيل البيانات.

ومن أجل تحقيق هدف الدراسة والمتمثل في معرفة أثر تطوير كفاءات المسيرين على إدارة المؤسسات الاستشفائية ،تم تصميم وإعداد استمارة استنادا إلى الدراسات السابقة واستشارة أصحاب الخبرة والاختصاص في هذا المجال من أساتذة وباحثين ومهنيي المؤسسات الاستشفائية، حيث

وزعت 195 استمارة على أفراد عينة الدراسة ، تم استرداد 165 استمارة صالحة وخاضعة للدراسة بعد استبعاد الاستمارات الملغاة نظرا لعدم استيفائها للشروط المطلوبة .

احتوت الاستمارة على 53 فقرة موزعة على أربعة أجزاء كالتالي:

-بيانات عامة تتمثل في الجنس ،السن ،الأقدمية ،المؤسسة الاستشفائية المنتمي إليها ، السلك الفقرات [1-5]؛

-تطوير كفاءات مسيري المؤسسات الاستشفائية ممثلة بالفقرات [6-20]؛

- خصائص التنظيم الإداري بالمؤسسة الاستشفائية ممثلة بالفقرات [21-37]؛

-نوعية الخدمة الصحية المقدمة ممثلة بالفقرات [38-53]؛

وقد تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي المكون من خمسة درجات لتحديد أهمية كل فقرة من فقرات الاستمارة [1]، كما يلي: غير موافق بشدة (1)، غير موافق (2)، محايد (3)، موافق (4)، موافق بشدة (5) .

كما أنه تم وضع مقياس ترتيبي لهذه الأوزان يساعد في تحليل نتائج الاستبيان وفقا للجدول التالي:

الجدول رقم 22: المتوسطات الحسابية والاتجاه الموافق لها

الاتجاه	غير موافق بشدة	عير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
المتوسط الحسابي	1.79 -1.00	2.59 -1.80	3.39 -2.60	4.19 -3.40	5 -4.20

المصدر: عز عبد الفتاح ،" مقدمة في الإحصاء الوصفي و الاستدلالي باستخدام SPSS" ، خوارزم العلمية للنشر والتوزيع ، جدة ، 2008، ص540.

5-1-2- أساليب التحليل الإحصائي المستخدمة في الدراسة.

لتحقيق أهداف البحث وتحليل البيانات التي تم تجميعها اعتمدنا على مجموعة من الأساليب الإحصائية وهذا بالاستعانة بحزمة البرامج التطبيقية الإحصائية في مجال العلوم

*أنظر الملحق رقم 4

الاجتماعية والمعروفة باسم (Statistical Package for Social Science) Win Version SPSS 19 .

لإثبات صحة أو عدم صحة الفرضيات الموضوعة وللإجابة على الأسئلة المطروحة في هذه الدراسة سيتم الاعتماد على الأساليب الإحصائية التالية:

-مقاييس التحليل الإحصائي الوصفي:

*التكرارات والنسب المئوية: للتعرف بالتفصيل على السمات الشخصية لأفراد عينة الدراسة من أجل تحليلها.

*المتوسط الحسابي المرجح: وذلك لمعرفة اتجاهات أفراد الدراسة نحو كل فقرة أو بعد.

* الإنحراف المعياري: وذلك بغية التعرف على مدى انحراف استجابات أفراد الدراسة نحو كل فقرة ، ويلاحظ أيضا أن الانحراف المعياري يوضح التشتت في استجابات أفراد الدراسة، فكلما اقتربت قيمته من الصفر، فهذا يعني تركز الإجابات وعدم تشتتها، أما إذا كانت قيمته تساوي الواحد أو أكبر، فذلك يعني عدم تركز الإجابات وتشتتها.

-التحليل من خلال المكونات الرئيسية : يهدف التحليل من خلال المكونات الرئيسية المعروف بـ ACP إلى تصفية نموذج القياس من العبارات أو المركبات (Items)

-الانحدار الخطي البسيط: يعبر عن علاقة دالية من الدرجة الأولى تربط متغيرين مأخوذين من الواقع اقتصادي أو اجتماعي معين خلال فترة زمنية محددة، أحدهما تابع (إدارة المؤسسة الاستشفائية) والثاني مستقل (تطوير الكفاءات).

تقرأ نتائج الانحدار الخطي استنادا إلى المؤشرات التالية:

R: يبين قوة أو درجة العلاقة بين مكونات المتغير المستقل والمتغير التابع ، يكون محصورا بين 1- و+1 ، وكلما اقترب من الواحد دل ذلك على قوة الارتباط بين المتغيرين التابع والمستقل

R^2 : يحدد نسبة تغير المتغير المفسر بالمتغير التابع.

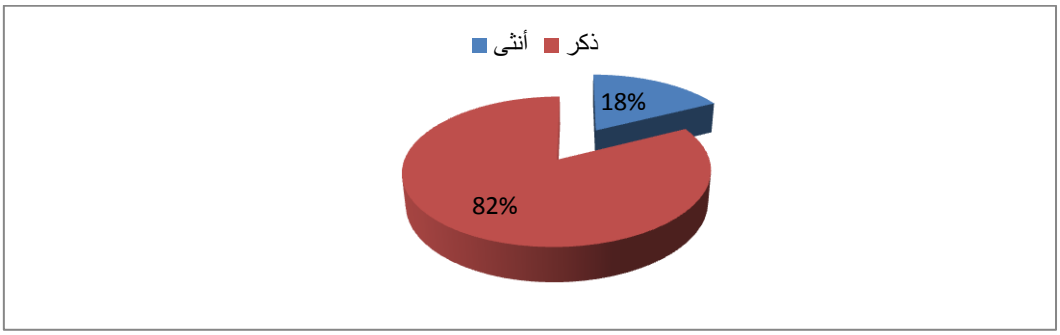
BETA : يسمح بمقارنة مساهمة كل متغير.

اختبار T:يقيس معنوية المتغيرات المتواجدة بمعادلة الانحدار، لابد أن تكون قيمته أكبر من 1.96 ليكون ذو دلالة معنوية.

5-1-3-الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة:

تتميز عينة الدراسة بالخصائص الديموغرافية التالية:

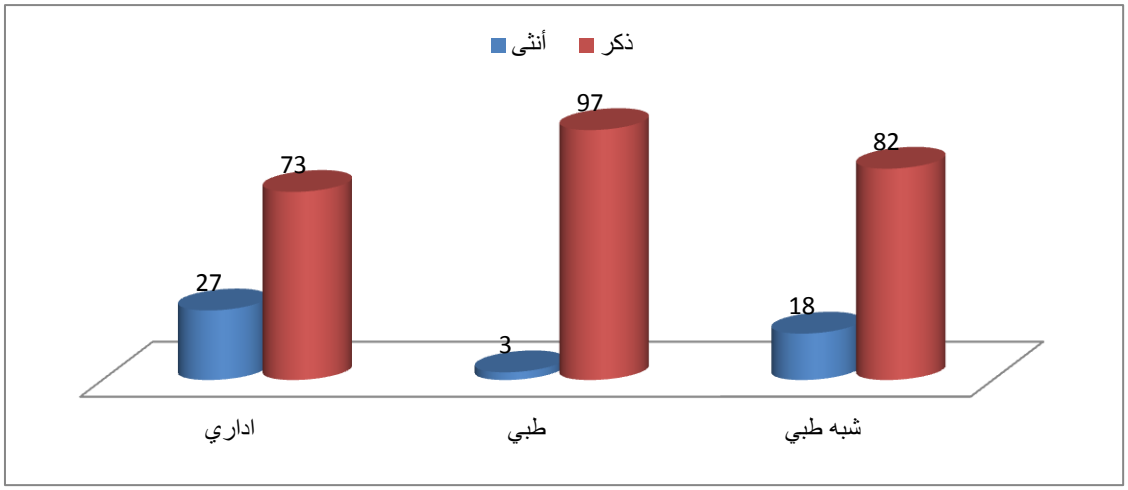
- الجنس:



الشكل رقم 11: توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

المصدر: : من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال الشكل أعلاه نلاحظ أن نسبة الرجال تمثل 82% من إجمالي عينة الدراسة والباقي أي 18% نساء،وهو يعني أن فئة الرجال المسيرين هي الغالبة عكس الفئة الأخرى، والشكل 12 يبين توزيع النساء والرجال في كل سلك.

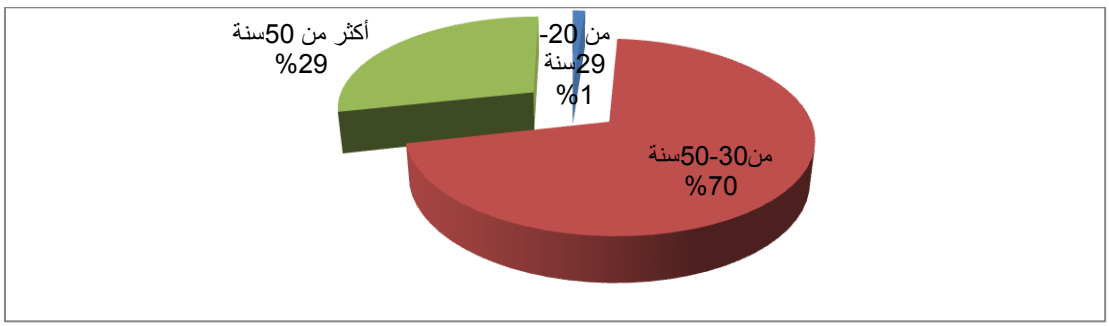


الشكل رقم 12: توزيع الأسلاك بحسب الجنس(بالنسب المئوية)

المصدر: : من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

يتبين لنا أن المسيرات نسبتهم مرتفعة في السلك الإداري مقارنة بالأسلاك الأخرى إذ بلغت 27% مقابل 18 % بالنسبة للسلك شبه الطبي، في حين نسبة تمثيلهن في السلك الطبي تقدر بـ 3% وهي نسبة ضئيلة جدا مقارنة بالأسلاك الأخرى.فان كانت هذه النسب تدل على شيء فإنها تدل على أن مناصب المسؤولية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة تسند أغلبها للرجال، مما يتطلب إعداد دراسات علمية أخرى حول الموضوع لتحديد الأسباب.

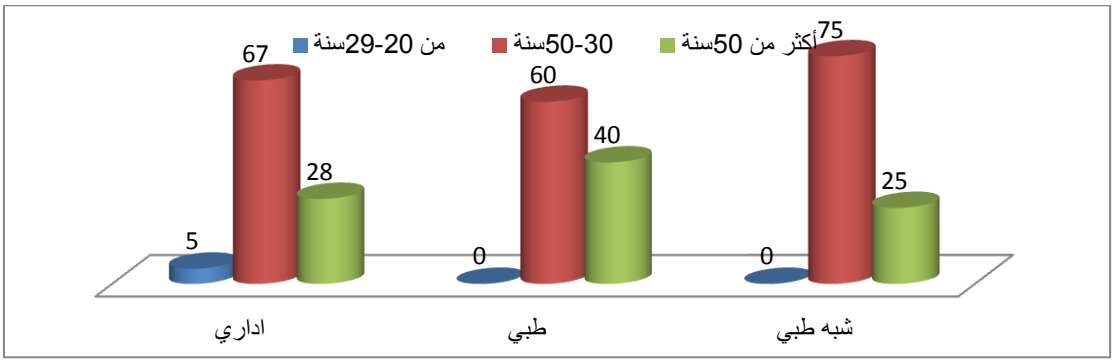
-الفئة العمرية:



الشكل رقم 13: توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال دراستنا يتضح لنا أن الفئة العمرية(30–50سنة) تمثل 70% من إجمالي العينة تليها الفئة العمرية أكثر من 50 سنة بنسبة 29% وأخيرا الفئة العمرية (20–29سنة) التي تمثل 1% ، بالتالي فان أغلبية أفراد عينة الدراسة تتراوح أعمارهم بين 30 و50 سنة، وفيما يلي شكل توضيحي يبين توزيع الفئات العمرية حسب الأسلاك.

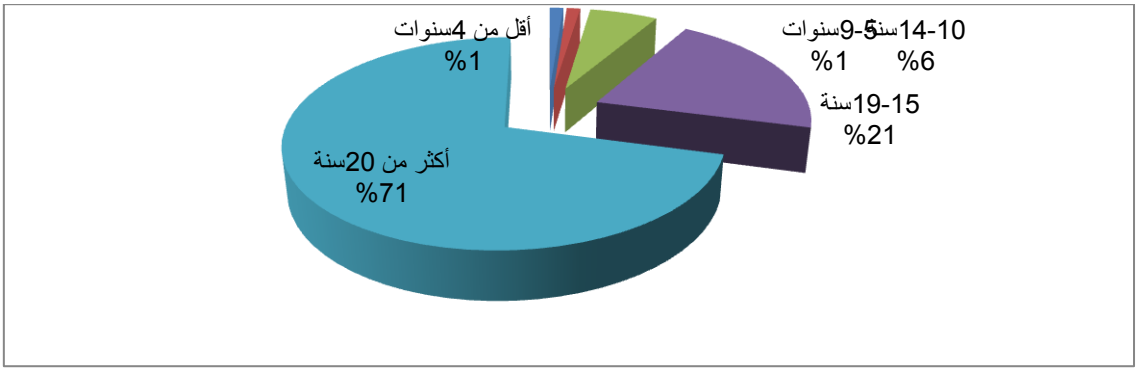


الشكل رقم 14: توزيع الأسلاك بحسب العمر(بالنسب المئوية)

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

الملاحظ من خلال الشكل رقم 14 أن أعمار المسيرين باختلاف أسلاكهم ممثلة في الفئة العمرية الثانية، إذ أن 75% من المسيرين الشبه طبيين ، 60% من المسيرين الطبيين و67% من المسيرين الإداريين أعمارهم تتراوح بين 30 و50سنة تليها بعد ذلك الفئة العمرية الثالثة.أما فيما يخص الفئة العمرية الأولى فهي معدومة في السلكين الطبي وشبه الطبي، وتمثل 5% من إجمالي المسيرين الإداريين. أسلاك عينة الدراسة تطغى عليها الفئة الثانية ويعود ذلك إلى كون المسير مهما كان السلك الذي ينتمي إليه لابد أن تتوفر فيه خصائص وشروط معينة حتى يتسنى له تولي منصب مسؤولية.

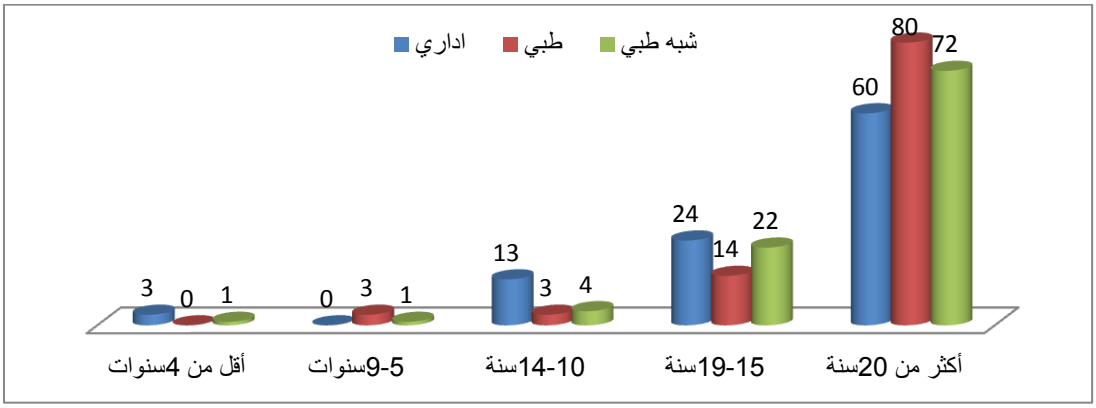
ثالثا: الأقدمية:



الشكل رقم 15: توزيع عينة الدراسة حسب الأقدمية

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال دراستنا يتبين لنا أن أكثر من 71% من أفراد العينة خبرتهم أكثر من 20سنة بحكم المناصب التي يشغلونها والتي تتطلب مهارات وقدرات عالية، وفيما يلي شكل توضيحي يبين توزيع الأسلاك حسب الأقدمية.

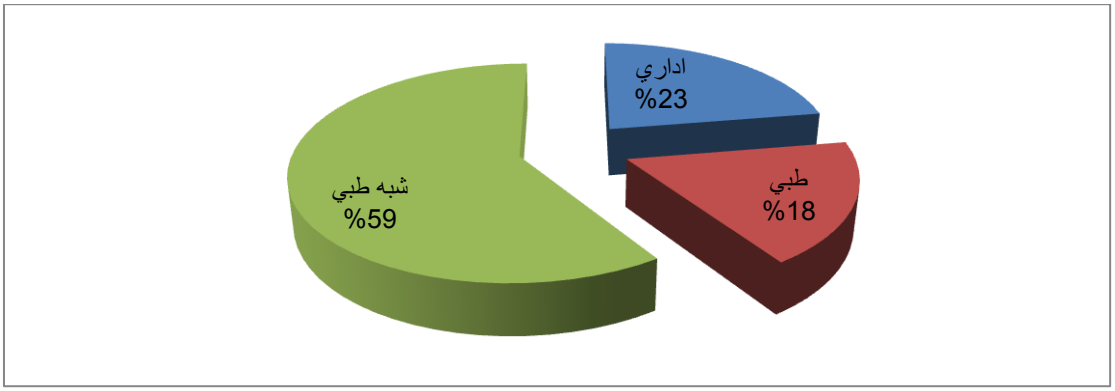


الشكل رقم 16: توزيع الأسلاك بحسب الأقدمية(بالنسب المئوية)

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال المعطيات الموضحة في الشكل 16 يتبين لنا أن المسيرين الطبيين والشبه طبيين وحتى الإداريين خبرتهم تفوق 20سنة وهذا ما يعزز النتائج الموصل لها فيما يخص الفئات العمرية.

-السلك:

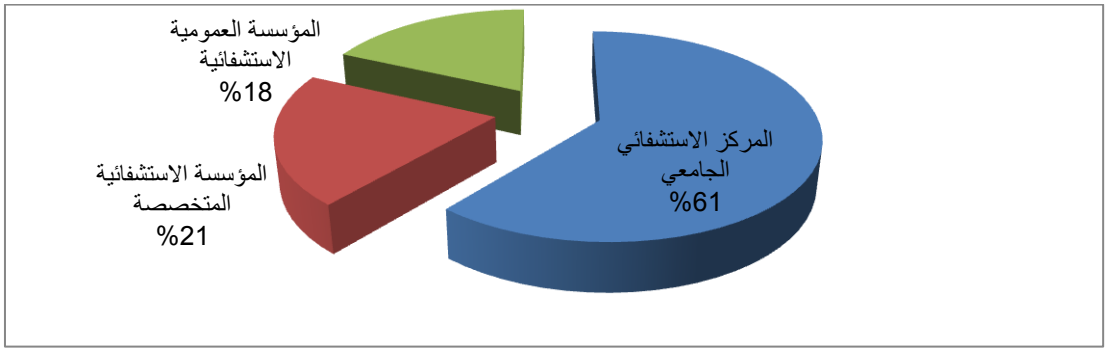


الشكل رقم 17: توزيع عينة الدراسة حسب السلك

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

يوضح الشكل17 أن نسبة المسيرين الشبه طبيين تمثل 59% من إجمالي عينة الدراسة تليها نسبة الإداريين بـ23% والطبيين الذين يمثلون 18 %.ويعود ارتفاع نسبة المسيرين شبه الطبيين مقارنة بالأسلاك الأخرى إلى طبيعة المهام الموكلة لهم والتي تتجلى في تطبيق تعليمات الأطباء فيما يتعلق بتقديم العلاج ومتابعة الحالة الصحية للمرضى.

رابعا: الانتماء للمؤسسة الاستشفائية :



الشكل رقم 18: توزيع عينة الدراسة حسب الانتماء للمؤسسات الاستشفائية

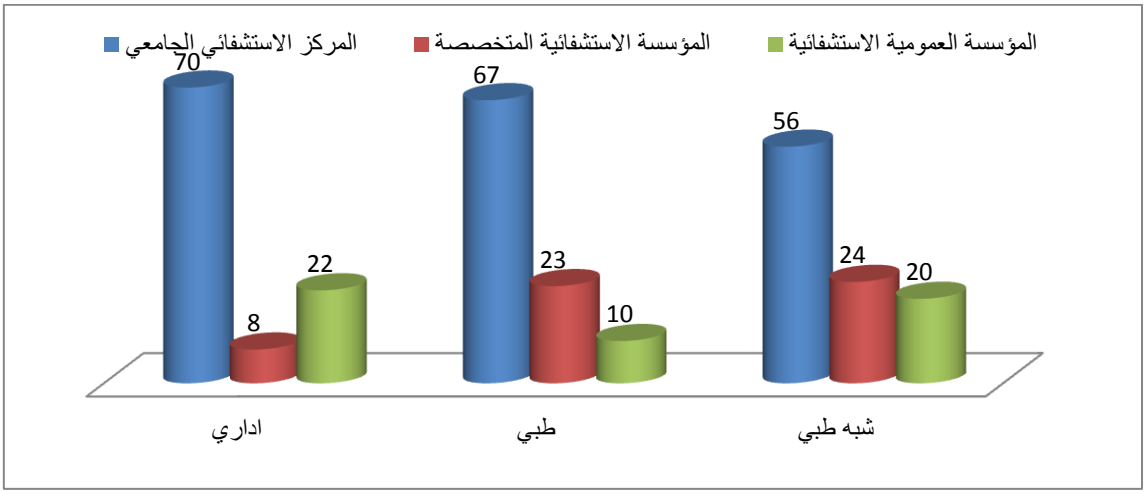
المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال نتائج تحليل معطيات الدراسة تبين لنا 61% من أفراد العينة ينتمون إلى المركز الاستشفائي الجامعي للبليدة، ويعود ذلك إلى أهمية هذه المؤسسة الاستشفائية من حيث تعدد

المصالح الطبية والاختصاصات وسعتها الاستشفائية، إذ يتوافد إليها المرضى من مختلف الولايات المجاورة كالشلف ، عين الدفلى ، تيبازة ،الجلفة وغيرها من الولايات الأخرى.

أما فيما يخص المؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية فان 21% من أفراد عينة الدراسة يشتغلون بها،هذه المؤسسة الاستشفائية تستقطب هي الأخرى المرضى من مختلف الولايات المجاورة وذلك لعدم انتشار هذا النوع من المؤسسات المتخصصة.

باقي أفراد العينة(18%) ينشطون في المؤسسة العمومية الاستشفائية للبليدة،هذه النسبة تعد ضئيلة إذا ما قارناها بالنسبتين السابقتين وهذا راجع إلى أن المؤسسة العمومية الاستشفائية للبليدة واحدة من أصل أربعة مؤسسات استشفائية عمومية بولاية البليدة .



الشكل رقم 19: توزيع الأسلاك بحسب المؤسسات الاستشفائية(بالنسب المئوية)

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

يعزز الشكل 19ما قلناه أعلاه من حيث توزع أفراد عينة الدراسة على المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة فأكبر نسبة للإداريين متواجدة بالمركز الاستشفائي الجامعي بنسبة 70%، كذلك هو الحال بالنسبة للسلكين الآخرين إذ أنهما متواجدان بقوة في المركز الاستشفائي الجامعي للبليدة للأسباب المشار إليها سابقا.

5-2-التحليل المسبق لاختبار الفرضيات عن طريق تحليل المكونات الرئيسية ACP ومعامل المصداقية ألفا لكرونباخ:

ان التحليل المسبق لاختبار الفرضيات لا يتم إلا بعد المصادقة على سلالم قياس متغيرات النموذج التصوري للدراسة.

5-2-1-خطوات التصفية والمصادقة على سلالم القياس:

تمر عملية التصفية والمصادقة على سلالم قياس نموذج الدراسة بثلاث مراحل رئيسية كالتالي[1]

-مرحلة التصفية: تتمثل هذه المرحلة الأولى في تحليل هيكلة العوامل للمعطيات الناتجة عن الحصيلة الأولى بهدف تخفيض مجموعة من العناصر الاختبار أو المتغيرات الأولية إلى عدد مصغر من المتغيرات المسماة عوامل.يتم بعدها ترجمة العوامل وعدد عناصر الاختبار المحتفظ بها لكل عامل حسب مهارة كل باحث.

-مرحلة التأكيد: الهدف منها تأكيد هيكلة العوامل الناتجة عن الحصيلة الأولى للمعطيات من خلال:

*التحليل الاستكشافي للعوامل والذي يهدف إلى تحديد هيكلة العلاقة الارتباطية بين عدد كبير من المتغيرات (كمعطيات الاستبيان) بتحديد مجموعة من الأبعاد المشتركة المسماة "عوامل".

*التحليل التأكيدي للعوامل يسمح بمواجهة النظرية بالمعطيات الميدانية، يصادق التحليل التأكيدي للعوامل على نموذج القياس مع مساهمته في تصفية سلالم القياس.

[1] لشهب صفاء،"مراقبة التسيير في القطاع العمومي و دورها في تحسين فعالية التسيير و جودة الخدمات بالقطاع الصحي في الجزائر"، أطروحة دكتوراه غير منشورة ، كلية العلوم الاقتصادية و التسيير و العلوم التجارية ، جامعة الجزائر 3، الجزائر ،2015/2014، ص ص 187.192 بتصرف.

-مرحلة المصادقة على سلم القياس: ويتم ذلك من خلال تقدير مصداقية وصحة البنية أي أداة القياس المتمثلة في الاستبيان.

ان التحليل من خلال المكونات الرئيسية يسمح بتصفية سلالم القياس من خلال إقصاء العبارات التي لها شراكية أقل من 0.4 وذلك بطريقة تكرارية، مع الاعتماد على :

*اختبار الشراكية Communalité : يهدف اختبار الشراكية إلى التأكد من أن للمؤشرات (التي تم التعبير عنها من خلال الأسئلة) قاسم مشترك في قياس متغير مستقل واحد فقط بحيث تكون نتائجها مشابهة بالنسبة إلى كافة العينة.

*اختبار Bartlett وK-M-O: زيادة عن اختبار الاشتراكية نستخدم مؤشر K-M-O (Kaiser-Meyer-Olkin) والذي يجب أن تكون قيمته بين [0.5-1] لاستكمال القيام بالتحليل العاملي.أما فيما يخص اختبار Bartlett مستوى معنويته sig تؤول إلى 0.000

* قياس اعتمادية أو مصداقية المعايير ألفا لكرونباخ : يعتبر ألفا لكرونباخ معامل اعتمادية أو المصداقية يقيس الاتساق الداخلي لسلم القياس المبني على مجموعة من العبارات والمركبات (Items) . يختلف معدل قبول ألفا لكرونباخ حسب هدف الدراسة وعلى العموم تتلخص قيمه كالتالي[1]:

أقل من 0.6:غير كاف	0.7-0.8 : جيد
0.6-0.65 : ضئيل	0.8-0.9 :جيد جدا
0.65-0.7 :مقبول	أكبر من 09 : يحبذ إعادة النظر في تقليص المركبات

5-2-2- التصفية والمصادقة على سلالم قياس عناصر المتغير المستقل (تطوير الكفاءات)

[1] Manu Carricano ,Fanny Poujol, Analyse de données avec SPSS, collection Synthex , Pearson Education, France , 2008 ,P53

سنقوم من خلال مايلي معرفة مدى مصداقية سلالم قياس عناصر المتغير المستقل، والمتمثلة في كل من سلم تشخيص الكفاءات، سلم التدريب ، سلم تطوير الكفاءات .

5-2-2-1-سلم تشخيص الكفاءات: يتكون سلم تشخيص الكفاءات من الفقرات التالية :

-تلائم مهارات و قدرات المسيرين و معارفهم المنصب الذي يشغلونه؛

-يتم تكليف المسيرين بمهام لا تتناسب مع كفاءاتهم؛

-يتطلب المنصب الذي تشغله كفاءات أعلى من كفاءاتك؛

الجدول رقم 23: اختبارBartlett ومؤشر K-M-O لسلم تشخيص الكفاءات

سلم تشخيص الكفاءات	اختبارBartlett	مؤشر K-M-O
	0.009	0.5

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

حسب اختبار Bartlett نلاحظ أن قيمته بلغت 0.009 وهي أقل من عتبة الدلالة التي لا يجب أن تتعدى 5%. كما أن قيمة قياس مؤشر K-M-O تساوي 0.50(لابد أن تكون أكبر من 0.5) وعليه يمكننا الانتقال إلى التحليل إلى المركبات الأساسية

الجدول رقم 24: نتائج قياس سلم تشخيص الكفاءات

الفقرات	**العامل**	**الشراكية**
تلائم مهارات وقدرات المسيرين ومعارفهم المنصب الذي يشغلونه	1	0.602
يتم تكليفك بمهام لا تتناسب مع كفاءاتك		0.602
نسبة التباين	60.157	
القيمة الذاتية	1.203	
نسبة التباين المتراكم	6.157	
مصداقية ألفا لكرونباخ	**0.667**	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال تحليل المركبات الأساسية لمتغيرات سلم تشخيص الكفاءات نلاحظ أن هناك عامل واحد أساسي يملك قيمة ذاتية تقدر بـ 1.203 (وهي أكبر من 1) ويفسر 60.157% من التباين.

ان نتائج الجدول أعلاه تؤكد مصداقية السلم والانسجام الداخلي للمركبات أو العناصر الاختبارية وذلك بعد الاحتفاظ بالفقرتين الموضحتين في الجدول، اذ بلغت قيمة اختبار شراكيتها 0.602 ، 0.602 على التوالي وهي أكبر من القيمة الجدولية أي 0.4. كما نلاحظ أن قيمة ألفا لكرونباخ لسلم تشخيص الكفاءات تساوي 0.667 ، وهي تتطابق مع الحد الأدنى المقبول.

5-2-2-2-سلم التدريب: يتكون سلم تدريب الكفاءات من الفقرات التالية :

- تكوينكم الأكاديمي (الجامعي) يساعدكم على أداء مهامكم؛
- يتوافق محتوى البرنامج التدريبي الذي خضعتم له مع حقيقة عملكم؛
- المهارات والسلوكات والقدرات المحصل عليها في الدورة التدريبية تفيدكم في أداء مهامكم؛
-قمتم بتغيير طريقة أدائكم لمهامكم بعد خضوعكم للدورة التدريبية؛

الجدول رقم 25: اختبارBartlett ومؤشر K-M-O لسلم تدريب الكفاءات

سلم تدريب الكفاءات	اختبارBartlett	مؤشر K-M-O
	0.000	0.617

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

حسب اختبار Bartlett نلاحظ أن قيمته بلغت 0.000 وهي أقل من عتبة الدلالة التي لا يجب أن تتعدى 5%. كما أن قيمة قياس مؤشر K-M-O تساوي 0.617 (لابد أن تكون أكبر من 0.5) وعليه يمكننا الانتقال إلى التحليل إلى المركبات الأساسية

الجدول رقم 26: نتائج قياس سلم تدريب الكفاءات

الفقرات	العامل	الشراكية
يتوافق محتوى البرنامج التدريبي الذي خضعتم له مع حقيقة عملكم	1	0.746
المهارات و السلوكات و القدرات المحصل عليها في الدورة التدريبية تفيدكم في أداء مهامكم		0.876
قمتم بتغيير طريقة أدائكم لمهامكم بعد خضوعكم للدورة التدريبية		0.779
نسبة التباين	64.363	
القيمة الذاتية	1.931	

نسبة التباين المتراكم	64.363
مصداقية ألفا لكرونباخ	**0.708**

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال تحليل المركبات الأساسية لمتغيرات سلم تدريب الكفاءات نلاحظ أن هناك عامل واحد أساسي ، يملك قيمة ذاتية تقدر بـ 1.931 (وهي أكبر من 1) ويفسر64.363% من التباين ،ان نتائج الجدول أعلاه تؤكد مصداقية السلم والانسجام الداخلي للمركبات أو العناصر الاختبارية وذلك بعد الاحتفاظ بالفقرات الثلاثة الموضحة في الجدول أعلاه، والتي بلغت قيمة اختبار شراكيتها 0.746 ، 0.876 ،0.779 على التوالي وهي أكبر من القيمة الجدولية أي 0.4. كما نلاحظ أن قيمة ألفا كرونباخ لسلم تدريب الكفاءات تساوي 0.708 وهي قيمة جيدة تعكس الاتساق الداخلي لأداة الدراسة .

5-2-2-3-سلم تطوير الكفاءات: يتكون سلم تدريب الكفاءات من الفقرات التالية :

-اعتماد منهج إدارة المعرفة يساهم في تطوير كفاءات المسيرين بمؤسستكم الاستشفائية؛

-لا بد من اعتماد التطوير المستمر لكفاءات المسيرين؛

-لابد من تطابق محتوى البرامج التدريبية لأرض الواقع؛

-اعتماد أسلوب تحفيز المستخدمين يساهم في تطوير كفاءات المسيرين؛

-توفير قنوات اتصال صاعدة ونازلة يساهم في تطوير كفاءات المسيرين؛

-اعتماد أسلوب تدريب المستخدمين المسيرين يساهم في تطوير كفاءاتهم؛

-اعتماد تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الحديثة يساهم في تطوير كفاءات المسيرين؛

الجدول رقم 27: اختبارBartlett ومؤشر K-M-O لسلم تطوير الكفاءات

سلم تطوير الكفاءات	اختبارBartlett	مؤشر K-M-O
	0.000	0.856

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

حسب اختبار Bartlett نلاحظ أن قيمته بلغت 0.000، وهي أقل من عتبة الدلالة التي لا يجب أن تتعدى 5%. كما أن قيمة قياس مؤشر K-M-O تساوي 0.856(لابد أن تكون أكبر من 0.5) وعليه يمكننا الانتقال إلى التحليل إلى المركبات الأساسية.

الجدول رقم 28: نتائج قياس سلم تطوير الكفاءات

الفقرات	العامل	الشراكية
اعتماد منهج إدارة المعرفة يساهم في تطوير كفاءات المسيرين بمؤسستكم الاستشفائية	1	0.699
لابد من تطابق محتوى البرامج التدريبية لأرض الواقع		0.838
اعتماد أسلوب تحفيز المستخدمين يساهم في تطوير كفاءات المسيرين		0.815
توفير قنوات اتصال صاعدة و نازلة يساهم في تطوير كفاءات المسيرين		0.826
اعتماد أسلوب تدريب المستخدمين المسيرين يساهم في تطوير كفاءاتهم		0.818
اعتماد تكنولوجيا المعلومات و الاتصالات الحديثة يساهم في تطوير كفاءات المسيرين		0.805
نسبة التباين	64.215	
القيمة الذاتية	3.853	
نسبة التباين المتراكم	64.215	
مصداقية ألفا لكرونباخ	**0.887**	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال تحليل المركبات الأساسية لمتغيرات سلم تطوير الكفاءات نلاحظ أن هناك عامل واحد أساسي، يملك قيمة ذاتية تقدر بـ 3.853 (وهي أكبر من 1) ويفسر 64.215% من التباين.

ان نتائج الجدول أعلاه تؤكد مصداقية السلم والانسجام الداخلي للمركبات أو العناصر الاختبارية وذلك بعد الاحتفاظ بالفقرات الموضحة في الجدول أعلاه إذ بلغت قيمة اختبار شراكيتها بين 0.699 و0.838، وهي أكبر من القيمة الجدولية أي 0.4. كما نلاحظ أن قيمة ألفا كرونباخ لسلم تطوير الكفاءات تساوي 0.887، وهي قيمة جيدة جدا تعكس الاتساق الداخلي لأداة الدراسة .

5-2-3-التصفية والمصادقة على سلالم قياس عناصر المتغير المستقل (إدارة المؤسسة الاستشفائية):

سنقوم من خلال مايلي معرفة مدى مصداقية سلالم قياس عناصر المتغير المتابع، والمتمثلة في كل من سلم خصوصيات التنظيم الإداري بالمؤسسة الاستشفائية، سلم تحديث إدارة المؤسسة الاستشفائية، وسلم نوعية الخدمة المقدمة .

5-2-3-1سلم خصوصيات التنظيم الإداري بالمؤسسة الاستشفائية: يتكون سلم خصوصيات التنظيم الإداري من الفقرات التالية :

-يتميز الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية بكثرة المستويات الإدارية؛

-كثرة المستويات الإدارية تساعد في تأدية المهام بأكمل وجه؛

-هناك اتصال عمودي بين مختلف المستويات الإدارية بالمؤسسة الاستشفائية؛

-هناك تفويض للسلطة من الرؤساء إلى المرؤوسين بالمؤسسة الإستشفائية؛

-أداؤك لمهمتك يتم بطريقة روتينية؛

-هناك استقلالية في إدارة المؤسسة الاستشفائية؛

-ما يميز التنظيم الإداري بمؤسستكم الاستشفائية البيروقراطية؛

-تتم مشاورتك لتحسين نوعية الخدمة المقدمة؛

-تأخذ الإدارة العليا أرائك و اقتراحاتك بعين الاعتبار لتحسين نوعية الخدمة المقدمة؛

الجدول رقم 29: اختبارBartlett ومؤشر K-M-O لسلم التنظيم الإداري

سلم خصوصيات التنظيم الإداري	اختبار Bartlett	مؤشر K-M-O
	0.000	0.670

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

حسب اختبار Bartlett نلاحظ أن قيمته بلغت 0.000 وهي أقل من عتبة الدلالة التي لا يجب أن تتعدى 5%. كما أن قيمة قياس مؤشر K-M-O تساوي 0.670 (لابد أن تكون أكبر من 0.5) وعليه يمكننا الانتقال للتحليل إلى المركبات الأساسية.

الجدول رقم 30: نتائج قياس سلم التنظيم الإداري

الفقرات	العامل	الشراكية
كثرة المستويات الإدارية تساعد في تأدية المهام بأكمل وجه	1	0.756
هناك اتصال عمودي بين مختلف المستويات الإدارية بالمؤسسة الاستشفائية		0.824
هناك تفويض للسلطة من الرؤساء إلى المرؤوسين بالمؤسسة الإستشفائية		0.688
تتم مشاورتك لتحسين نوعية الخدمة المقدمة		0.534
نسبة التباين	50.56	
القيمة الذاتية	2.022	
نسبة التباين المتراكم	50.560	
مصداقية ألفا لكرونباخ	**0.663**	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال تحليل المركبات الأساسية لمتغيرات سلم تدريب الكفاءات نلاحظ أن هناك عامل واحد أساسي ، يملك قيمة ذاتية تقدر بـ 2.022 (و هي أكبر من 1) و يفسر 50.560% من التباين ،ان نتائج الجدول أعلاه تؤكد مصداقية السلم والانسجام الداخلي للمركبات أو العناصر الاختبارية وذلك بعد الاحتفاظ بالفقرات الواردة في الجدول أعلاه، والتي بلغت قيمة اختبار شراكيتها 0.756 ، 0.824 ،0.688 ، 0.534 على التوالي وهي أكبر من 0.4. كما نلاحظ أن قيمة ألفا كرونباخ لسلم تدريب الكفاءات تساوي 0.663، وهي تعد قيمة مقبولة تؤكد مصداقية سلم قياس خصوصيات التنظيم الإداري بالمؤسسات الاستشفائية.

5-2-3-2-سلم تحديث التسيير بالمؤسسة الاستشفائية: يتكون سلم تحديث تسيير المؤسسة الاستشفائية من الفقرات التالية:

-تتخذ مبادرات شخصية أثناء قيامك بمهامك

-تتشاور مع مسئولك السلمي حول مبادراتك الشخصية؛

-هناك تبادل للمعلومات بينك و بين رئيسك المباشر ؛

-يتم إشراكك في عملية تحديد أهداف المؤسسة الاستشفائية؛

-يتم إشراكك في عملية اتخاذ القرار بالمؤسسة الاستشفائية؛

-تعقد الإدارة العليا اجتماعات تنسيقية مع مستخدمي المؤسسة الاستشفائية؛

-هناك تشاور وتعاون بين مستخدمي المصلحة لإيجاد الحلول الملائمة للمشاكل المتعلقة بسيرورة العمل؛

-هناك استقلالية في إدارة المؤسسة الاستشفائية؛

-أسلوب التسيير الحالي للمؤسسة الاستشفائية يمكن وصفه بالحديث؛

الجدول رقم 31: اختبارBartlett ومؤشر K-M-O لسلم تحديث التسيير بالمؤسسة الاستشفائية

	اختبارBartlett	مؤشر K-M-O
سلم تحديث التسيير بالمؤسسة الاستشفائية	0.000	0.673

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات . SPSS

حسب اختبار Bartlett نلاحظ أن قيمته بلغت 0.000 وهي أقل من عتبة الدلالة التي لا يجب أن تتعدى 5%. كما أن قيمة قياس مؤشر K-M-O تساوي 0.673 (لابد أن تكون أكبر من 0.5) وعليه يمكننا الانتقال إلى التحليل إلى المركبات الأساسية

الجدول رقم 32: نتائج قياس سلم تحديث التسيير بالمؤسسة الاستشفائية

الفقرات	العامل	الشراكية
يتم إشراكك في عملية اتخاذ القرار بالمؤسسة الاستشفائية	1	0.771
تعقد الإدارة العليا اجتماعات تنسيقية مع مستخدمي المؤسسة الاستشفائية		0.818
هناك تشاور و تعاون بين مستخدمي المصلحة لإيجاد الحلول الملائمة للمشاكل المتعلقة بسيرورة العمل		0.802

نسبة التباين	63.593
القيمة الذاتية	1.908
نسبة التباين المتراكم	63.563
مصداقية ألفا لكرونباخ	**0.712**

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال تحليل المركبات الأساسية لمتغيرات سلم تحديث التسيير بالمؤسسة الاستشفائية نلاحظ أن هناك عامل واحد أساسي، يملك قيمة ذاتية تقدر ب 1.908 (و هي أكبر من 1) ويفسر 63.563% من التباين، ان نتائج الجدول أعلاه تؤكد مصداقية السلم والانسجام الداخلي للمركبات أو العناصر الاختبارية وذلك بعد الاحتفاظ بالفقرات الموضحة في الجدول أعلاه، والتي بلغت قيمة اختبار شراكيتها 0.771، 0.818 ،0.802 على التوالي وهي أكبر من 0.4. كما نلاحظ أن قيمة ألفا كرونباخ تساوي 0.712 ، وهي تعتبر قيمة جيدة تؤكد مصداقية سلم قياس تحديث تسيير المؤسسات الاستشفائية.

5-2-3-3-سلم نوعية الخدمة المقدمة بالمؤسسة الاستشفائية: يتكون سلم نوعية الخدمة المقدمة بالمؤسسة الاستشفائية من الفقرات التالية:

-تتناقش مع زملائك الإداريين حول نوعية الخدمة المقدمة بمؤسستك الاستشفائية؛

-تتميز خدمة استقبال وتوجيه المرضى و عائلاتهم بالمؤسسة الاستشفائية بالجودة؛

-تتميز نظافة المؤسسة الاستشفائية بالجودة؛

-يتعاطف مستخدمي المؤسسة الاستشفائية باختلاف أسلاكهم مع المرضى و يقدرون حالتهم؛

-يتحلى مستخدمي المؤسسة الإستشفائية باختلاف أسلاكهم بالأدب وحسن الخلق اتجاه المرضى وعائلاتهم؛

الجدول رقم 33: اختبارBartlett و مؤشر K-M-O لسلم نوعية الخدمة المقدمة بالمؤسسة الاستشفائية

سلم نوعية الخدمة المقدمة بالمؤسسة الاستشفائية	اختبار Bartlett	مؤشر K-M-O
	0.000	0.638

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات . SPSS

حسب اختبار Bartlett نلاحظ أن قيمته بلغت 0.000 وهي أقل من عتبة الدلالة التي لا يجب أن تتعدى 5%. كما أن قيمة قياس مؤشر K-M-O تساوي 0.638(لابد أن تكون أكبر من 0.5) وعليه يمكننا الانتقال للتحليل إلى المركبات الأساسية

الجدول رقم 34: نتائج قياس سلم نوعية الخدمة المقدمة بالمؤسسة الاستشفائية

الفقرات	العامل	الشراكية
تتميز خدمة استقبال و توجيه المرضى و عائلاتهم بالمؤسسة الاستشفائية بالجودة	1	0.779
يتعاطف مستخدمي المؤسسة الاستشفائية باختلاف أسلاكهم مع المرضى و يقدرون حالتهم		0.757
يتحلى مستخدمي المؤسسة الإستشفائية باختلاف أسلاكهم بالأدب و حسن الخلق اتجاه المرضى و عائلاتهم		0.716
نسبة التباين	56.368	
القيمة الذاتية	1.691	
نسبة التباين المتراكم	56.368	
مصداقية ألفا لكرونباخ	**0.601**	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال تحليل المركبات الأساسية لمتغيرات سلم تحديث التسيير بالمؤسسة الاستشفائية نلاحظ أن هناك عامل واحد أساسي ، يملك قيمة ذاتية تقدر بـ 1.691 (و هي أكبر من 1) و يفسر 56.368% من التباين ،ان نتائج الجدول أعلاه تؤكد مصداقية السلم والانسجام الداخلي للمركبات أو العناصر الاختبارية وذلك بعد الاحتفاظ بالفقرات المبينة في الجدول أعلاه، والتي بلغت قيمة اختبار شراكيتها 0.779، 0.757 ،0.716 على التوالي وهي أكبر من 0.4.

كما نلاحظ أن قيمة ألفا كرونباخ لسلم نوعية الخدمة المقدمة بالمؤسسة الاستشفائية تساوي 0.601 ، وهي تتطابق مع الحد الأدنى المقبول مما يؤكد مصداقية سلم قياس نوعية الخدمة المقدمة.

5-3- اختبار فرضيات الدراسة ومناقشة النتائج :

سنتناول من خلال هذا الجزء من الدراسة اختبار الفرضيات الموضوعة مستعينين بالانحدار الخطي مع تحليل وتفسير نتائج الاختبار إحصائيا واقتصاديا

5-3-1-اختبار الفرضية الأولى:

الفرضية الأولى والتي مفادها " اعتماد مرجع الكفاءات في المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية يؤثر على تسيير الكفاءات البشرية "، يتطلب اختبارها دراسة تأثير مرجع الكفاءات على كل من تشخيص،تقييم وتسيير كفاءات المسيرين بالمؤسسات الاستشفائية محل الدراسة كما يلي:

- اعتماد مرجع الكفاءات يؤثر على عملية تشخيص الكفاءات

نقوم باختبار علاقة المتغير المستقل مرجع الكفاءات على المتغير التابع تشخيص الكفاءات باستخدام الانحدار الخطي البسيط. وقبل اختبار الفرضية سنتطرق إلى الدراسة الوصفية لكل متغير حسب ما هو موضح في الجدول الموالي:

الجدول رقم 35: الدراسة الوصفية لمتغيرات الفرضية الأولى

الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف
10-يوجد بمؤسستكم الاستشفائية مرجع للكفاءات يصف المواهب والقدرات والسلوكات الواجب توافرها في الفرد لأداء وظيفته	2,8303	1,03373
11- مهارات، قدرات ومعارف الأفراد تسمح لهم بشغل منصبهم	3,9146	1,07625
12- يتم تكليف المسيرين بمهام لا تتناسب مع كفاءاتهم	2,5758	1,32127

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات . SPSS

من خلال نتائج الإحصاء الوصفي يتبين أن المتوسط الحسابي للفقرة التي تنص على "وجود مرجع للكفاءات يصف المواهب والقدرات والسلوكات الواجب توافرها في الفرد لأداء وظيفته"،

بالمؤسسات الاستشفائية محل الدراسة تساوي 2,8303 بانحراف معياري 1,03373، مما يدل على أن أغلبية المستجوبين على غير دراية بوجود مرجع للكفاءات بالاختلاف الأسلاك التي ينتمون إليها من إداريين منسقين طبيين وحتى برتبة أستاذ في الطب البروفسور، ويمكن إرجاع السبب إلى أن أغلبية المسيرين الطبيين (البروفسور) تكوينهم طبي أكثر من تسييري، بالإضافة إلى كونهم مكلفين بتعيين المنسق الطبي، بالتالي لا يولون اهتمام بمرجع الكفاءات والذي لم يتم ضبطه بدقة من طرف مديرية الموارد البشرية.

في حين وافق معظم أفراد عينة الدراسة على أن "مهارات، قدرات ومعارف المستجوبين تسمح لهم بشغل منصبهم"، حسب ما يظهره المتوسط حسابي 3,9146 وبانحراف معياري 1 مما يدل على تقارب إجابة المستجوبين، حيث كانت أكبر نسبة تخص المنسقين الطبيين بـ 80%، تليها إجابة البروفسور بـ 77%، أما الإداريين فكانت 35% . بالتالي نلاحظ أن الفئتين(البروفسور والمنسقين الطبيين) ليسوا على دراية بأهمية مرجع الكفاءات، فهم يقرون ان مهاراتهم وقدراتهم تتلاءم مع مناصبهم، في حين الإداريين لديهم التوجه إلى أهمية مرجع الكفاءات لشغل المناصب وهو ما يؤكد نتائج الفقرة الثالثة " يتم تكليف المسيرين بمهام لا تتناسب مع كفاءاتهم"، حيث معظم الإداريين يرون ان المؤهلات لا تتوافق دائما مع المناصب المشغولة، ويعود ذلك إلى تكليف المسيرين الإداريين بأكثر من منصب مسؤولية، رغم وجود ميزانية ومناصب مالية كافية للتوظيف، غير أنه توجد هناك ازدواجية شغل الوظائف (باستعمال أسلوب النيابة ولفترات زمنية طويلة). ولدراسة العلاقة بين المتغير المستقل مرجع الكفاءات على المتغير التابع تشخيص الكفاءات نستخدم الانحدار الخطي البسيط.

الجدول رقم 36: أثر مرجع الكفاءات على تشخيص الكفاءات

أثر اعتماد مرجع الكفاءات	SIG	اختبار T	BETA
على تشخيص الكفاءات	0,467	0,730	0.57

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

وحسب النتائج المتحصل عليها من خلال الجدول رقم (36) باستخدام الانحدار الخطي، ونتائج الدراسة الوصفية أعلاه، يتبين أن المتغير المستقل والمتمثل في مرجع الكفاءات لا يؤثر على المتغير التابع تشخيص وهذا ما يثبته اختبار T إذ ان قيمته المحسوبة بلغت 0.730 وهي اقل من 1.96 القيمة الجدولية عند مستوى دلالة SIG = 0.05، بالتالي ليست هناك علاقة ارتباط بين المتغيرين بمعنى عدم تأثير مرجع الكفاءات على عملية تشخيص كفاءات المسيرين بالمؤسسات الاستشفائية محل الدراسة أي أنه لايتم تشخيص الكفاءات لغياب مرجع الكفاءات يصف القدرات والمواهب والمعارف الواجب توفرها في الفرد ، مما يؤكد عدم صحة هذه الفرضية .

- يوجد تقييم لكفاءات المسيرين بالمؤسسات الاستشفائية

قمنا باستجواب أفراد عينة الدراسة فيما يتعلق بوجود تقييم للكفاءات بالمؤسسات الاستشفائية، ونلاحظ من خلال نتائج الإحصاء الوصفي ان معظم إجابات المستجوبين كانت عدم الموافقة حول وجود تقييم للكفاءات البشرية في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة بمتوسط حسابي يساوي.2,2424 وانحراف معياري 1,09406.

وتفاوتت نسبة إجابة أفراد العينة حسب الأسلاك التي ينتمون إليها حسب الجدول التالي

الجدول رقم 37: إجابات المستجوبين حول وجود تقييم للكفاءات البشرية بالمؤسسات الاستشفائية محل الدراسة

هناك تقييم للكفاءات البشرية	أفراد العينة المجيبين بـ "النسب"				
بمؤسستكم الاستشفائية	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
الإداريين	10%	%5	%20	%38	%27

الطبيين	%4	%10	%10	%54	%23
الشبه طبيين	%4	%10	%10	%54	%22
المجموع بالنسبة لإجمالي العينة	%05	%10	%11	%50	24%

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال الجدول أعلاه فان 74%من المستجوبين باختلاف الأسلاك التي ينتمون إليها من إداريين، بروفسور ومنسقين طبيين أكدوا عدم وجود تقييم لكفاءات المسيرين بالمؤسسات الإستشفائية محل الدراسة، وأقروا أن هناك مجرد تقييم للأداء قائم على نظام التنقيط هذا الأخير لا يميز بين الكفاءات وذلك لعدم وعي المقيم والقائم بالتقييم بالهدف الرئيسي من التنقيط، مما يجعله محل جدل من حيث موضوعيته بالرغم من أنه يهدف إلى تحديد الأفراد ذوي الأداء المتميز من أجل التمييز بين الكفاءات .غير أنهم أقروا أن تقييم الأداء يضم في بعض الأحيان تقييم الكفاءات لكنه لا يتم باستخدام الطرق المتعارف عليها والتي تم التطرق إليها في الفصل الأول من الدراسة وهذا ما يؤكد عدم صحة هذه الفرضية.

- اعتماد مرجع الكفاءات يؤثر على عملية تسيير الكفاءات

لاختبار هذه الفرضية نستخدم اختبار الانحدار الخطي البسيط لدراسة أثر المتغير المستقل مرجع الكفاءات على المتغير التابع تسيير الكفاءات.

الجدول رقم 38: أثر مرجع الكفاءات على تسيير الكفاءات

أثر اعتماد مرجع الكفاءات	SIG	اختبار T	BETA
على تسيير الكفاءات	0,849	0,191	0.15

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

نلاحظ حسب النتائج المتحصل عليها من خلال الجدول أعلاه باستخدام الانحدار الخطي، أنT المحسوبة تساوي 0,191 وهي اصغر من القيمة الجدولية 1.96 ، كما لا يوجد دلالة إحصائية عند مستوى SIG= 0.05، بالتالي نستنتج أن المتغير المستقل والمتمثل في مرجع

الكفاءات لايؤثر بدلالة على المتغير التابع أي تسيير الكفاءات، ومنه ليس هناك علاقة ارتباط بين المتغيرين، ويعود السبب إلى عدم الاعتماد على مرجع الكفاءات في نشاطات إدارة الموارد البشرية بالمؤسسات الاستشفائية محل الدراسة .مما يؤكد عدم صحة هذه الفرضية .

ونستنتج من اختبار الفرضية الأولى ان بالرغم من التأثير الايجابي لمرجع الكفاءات على كل من تشخيص، تسيير وتقييم الكفاءات إذ أنه يساعد على تحديد المعارف والماهرات والقدرات الواجب توفرها في فرد لشغل منصب معين مما يساهم في وضع الرجل المناسب في المكان المناسب، غير أن واقع المؤسسات الاستشفائية الجزائرية محل الدراسة أثبت عدم وجود تأثير مرجع الكفاءات على كل من تشخيص الكفاءات تقييمها وتسييرها لعدم تبني إدارة الموارد البشرية مرجع الكفاءات، بالتالي تم اختبار عدم صحة الفرضية الرئيسية الأولى.

5-3-2-اختبار الفرضية الثانية:

الفرضية الثالثة والتي مفادها أن "أساليب تطوير الكفاءات المعتمدة من طرف المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية تؤثر على كفاءات مسيريها "، اختبارها يتطلب توضيح العلاقة التأثيرية لكل من التدريب ،التحفيز،الاتصال ،تكنولوجيا المعلومات وإدارة المعرفة على كفاءات المسيرين بالمؤسسات الاستشفائية محل الدراسة.

- يؤثر التدريب على تطوير كفاءات المسيرين

قمنا بتحديد مكونات التدريب وتطوير كفاءات المسيرين لمعرفة أهمية تواجدهما في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة عن طريق الإحصاء الوصفي لمكونات المتغيرين، ثم إيجاد العلاقة بين المتغير التابع "التدريب" والمتغير المستقل" تطوير كفاءات المسيرين" باستخدام الانحدار البسيط.

تم تحديد محور "التدريب" من خلال الفقرات المتمثلة فيما يلي:

- يتوافق محتوى البرنامج التدريبي الذي خضعتم له مع حقيقة عملكم
- المهارات و السلوكات و القدرات المحصل عليها في الدورة التدريبية تفيدكم في أداء مهامكم
- قمتم بتغيير طريقة أداء مهامكم بعد خضوعكم للدورة التدريبية

أما محور تطوير كفاءات المسيرين فتم تحديده من خلال الفقرات التالية:

- اعتماد منهج إدارة المعرفة يؤدي إلى تطوير كفاءات المسيرين بمؤسستكم الاستشفائية
- اعتماد أسلوب تحفيز المسيرين يؤدي إلى تطوير كفاءاتهم
- توفير قنوات اتصال صاعدة و نازلة يؤدي إلى تطوير كفاءات المسيرين
- تدريب المسيرين يؤدي إلى تطوير كفاءاتهم
- اعتماد تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الحديثة يؤدي إلي تطوير كفاءات المسيرين

الجدول رقم 39: الدراسة الوصفية لمتغيرات الفرضية الثانية

المحور	المتوسط الحسابي	الانحراف معياري
التدريب	3,7778	0,90417
تطوير كفاءات المسيرين	4,2263	0,71661

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

يتبين لنا من الجدول رقم(39) ان المتوسط الحسابي لفقرات التدريب تساوي 3.7778 بانحراف معياري أقل من 1 مما يدل على تمركز إجابة المستجوبين بالموافقة على أن محتوى البرنامج التدريبية التي يخضعون لها اكتسبوا منها مهارات وقدرات لها علاقة بطريقة أداء مهامهم. ومن تحليلنا لنسبة إجابة أفراد العينة لاحظنا ان أعلى نسبة خضعت للتدريب هم السلك الطبي والشبه الطبي إذ يمثلون حوالي 78% من إجمالي عينة الدراسة في حين أن الإداريين مثلوا 12 % من إجمالي العينة، والسبب في ذلك يكمن طبيعة وظيفة كل من المسيرين الطبيين وشبه الطبيين فالمجال الطبي في تطور دائم ومستمر مما يتوجب عليهم الإحاطة بجميع المستجدات

وهذا ما يؤكد ان محتوى البرامج التدريبية تصب معظمها في الجانب الطبي أكثر من الجانب التسييري.

ولدراسة العلاقة بين المتغيرين نستخدم الانحدار الخطي البسيط كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم 40: أثر التدريب على تطوير كفاءات المسيرين

أثر التدريب على	SIG	اختبار T	BETA
تطوير كفاءات المسيرين	0.001	3.327	0.252

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

قمنا بدراسة تأثير التدريب على تطوير الكفاءات باستخدام الانحدار الخطي فتوصلنا إلى أن التدريب يؤثر على تطوير كفاءات المسيرين وهو ماتثبته قيمة اختبار Tالمحسوبة والتي تساوي 3.327 وهي اكبر من القيمة الجدولية 1.96 وعند دلالة إحصائية SIG=0.001 وهي اقل من 0.05، وبما أن (BETA >0) فان هذا يدل على وجود علاقة ارتباط موجبة بين المتغيرين أي كلما زاد مستوى التدريب زادت كفاءات المسيرين والعكس صحيح، وهذا ما يؤكد صحة الفرضية.

- يؤثر التحفيز على تطوير كفاءات المسيرين

لاختبار الفرضية قمنا بتحديد مكونات التدريب وتطوير كفاءات المسيرين لمعرفة أهمية تواجدهما في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة عن طريق الإحصاء الوصفي لمكونات المتغيرين، ثم إيجاد العلاقة بين المتغير التابع "التحفيز" والمتغير المستقل "تطوير كفاءات المسيرين" باستخدام الانحدار البسيط.

تم تحديد محور "التحفيز" من خلال الفقرات المتمثلة فيما يلي:

يوجد بمؤسستكم الاستشفائية نظام تحفيز فعال

اعتماد أسلوب تحفيز المسيرين يؤدي إلى تطوير كفاءات المسيرين

أما محور تطوير كفاءات المسيرين قد تم التطرق إليه في اختبار الفرضية السابقة.

الجدول رقم 41: الدراسة الوصفية لمتغيرات الفرضية الثانية

المحور	المتوسط الحسابي	الانحراف معياري
التحفيز	2,6667	1,22142
تطوير كفاءات المسيرين	4,2263	0,71661

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات . SPSS

يتبين لنا من الجدول رقم(41) ان المتوسط الحسابي لفقرات التحفيز تساوي 2,6667 بانحراف معياري أكبر من 1 مما يدل على تمركز إجابة المستجوبين بعدم الموافقة على أنه هناك نظام تحفيز فعال بالمؤسسات الإستشفائية محل الدراسة بنسبة تفوق 53% من إجمالي عينة الدراسة فالحافز الوحيد حسب نظرهم يتمثل في طبيعة الخدمة المقدمة والتي تعتبر ذات بعد إنساني وأخلاقي .وعند تحليل إجابات أفراد عينة الدراسة تبين لنا أن أكثر من 85% منهم أكدوا أنه لو يتم وضع نظاما تحفيزيا فعالا(غير النظام المعمول به) لتحفيز الكفاءات خاصة التسييرية منها فان ذلك سيؤدي حتما إلى تطوير الكفاءات .

ولاختبار صحة الفرضية قمنا بدراسة تأثير التحفيز على تطوير الكفاءات وفق الجدول التالي

الجدول رقم 42: أثر التحفيز على تطوير كفاءات المسيرين

أثر التحفيز على	SIG	اختبار T	BETA
على تطوير كفاءات المسيرين	0.000	7.592	0.511

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات . SPSS

نلاحظ حسب النتائج المتحصل عليها من خلال الجدول أعلاه باستخدام الانحدار الخطي ،أن هناك علاقة تأثيرية بين المتغيرين وهو ما تثبته قيمة اختبار Tالمحسوبة والتي تساوي 7.592 وهي أكبر من القيمة الجدولية 1.96 عند دلالة إحصائية SIG=0.000 وهي أقل من 0.05 بالتالي هناك علاقة ارتباط موجبة (BETA >0) ومعنوية بين المتغيرين ، أي ان أفراد عينة

الدراسة يرون انه في حالة اعتماد نظام تحفيز فعال في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة سيؤدي إلى تطوير كفاءات المسيرين. وهذا مما يؤكد صحة هذه الفرضية.

- يؤثر الاتصال على تطوير كفاءات المسيرين

لاختبار الفرضية قمنا بتحديد مكونات الاتصال وتطوير كفاءات المسيرين لمعرفة أهمية تواجدهما في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة عن طريق الإحصاء الوصفي لمكونات المتغيرين، ثم تحديد الأثر بينهما باستخدام الانحدار البسيط.

الجدول رقم 43: الدراسة الوصفية الفرضية الثانية

المحور	المتوسط الحسابي	الانحراف معياري
الاتصال	4.2606	0.8027
تطوير كفاءات المسيرين	4,2263	0,71661

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات . SPSS

يتبين لنا من الجدول رقم(43) ان المتوسط الحسابي لفقرات الاتصال تساوي 4.2606 بانحراف معياري أقل من 1 مما يدل على تمركز إجابة المستجوبين بالموافقة التامة على أنه هناك اتصال بين مختلف المستويات الإدارية بالمؤسسات الإستشفائية محل الدراسة بنسبة تفوق 82%، ويعود ذلك إلى كون أن أفراد عينة الدراسة وبالنظر إلى خصائص مهامهم التسييرية فإنها تجعلهم يتصلون مع مرؤوسيهم بطريقة رسمية أو غير رسمية لضمان السير العادي للأنشطة .ومن خلال الملاحظة الميدانية يتجلى لنا أن هناك اتصال قوي ومستمر بين كل من المسير الطبي والمسير الشبه طبي في المصلحة ذاتها وهذا راجع لطبيعة مهامهم، فالمسير الطبي هو الذي يقوم بتعيين المسير الشبه الطبي وهذا الأخير يعتبر حلقة وصل بين المسير الطبي والشبه طبيين الذين هم تحت سلطته.

ولدراسة العلاقة بين المتغيرين نستخدم الانحدار الخطي البسيط كما هو موضح في الجدول رقم44

الجدول رقم 44: أثر الاتصال على تطوير كفاءات المسيرين

أثر الاتصال على	SIG	اختبار T	BETA
تطوير كفاءات المسيرين	0.000	18.611	0.825

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

نلاحظ حسب النتائج المتحصل عليها من خلال الجدول أعلاه باستخدام الانحدار الخطي ،أن هناك علاقة تأثيرية بين المتغيرين وهو ما تثبته قيمة اختبار Tالتي تساوي 18.611 وهي أكبر من القيمة الجدولية 1.96 عند دلالة إحصائية SIG=0.000 وهي أقل من 0.05 بالتالي هناك علاقة ارتباط موجبة (BETA >0) ومعنوية بين المتغيرين أي أنه كلما كان هناك اتصال قوي وواضح كلما ساهم في تطوير كفاءات المسيرين، مما يؤكد صحة هذه الفرضية.

- تؤثر تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الحديثة على تطوير الكفاءات التسييرية :

لاختبار الفرضية قمنا بتحديد مكونات تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الحديثة وتطوير كفاءات المسيرين لمعرفة أهمية تواجدهما في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة عن طريق الإحصاء الوصفي لمكونات المتغيرين، ثم إيجاد الأثر بينهما باستخدام الانحدار البسيط.

الجدول رقم 45: الدراسة الوصفية لمتغيرات الفرضية الثانية

المحور	المتوسط الحسابي	الانحراف معياري
تكنولوجيا المعلومات و الاتصالات الحديثة	4.2667	0.91153
تطوير كفاءات المسيرين	4,2263	0,71661

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

نلاحظ حسب النتائج المتحصل عليها من خلال الجدول رقم 45 أن إجابات أفراد عينة الدراسة تتميز بتركزها وعدم تشتتها وهذا ما تؤكده نتائج الانحراف المعياري لفقرة تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الحديثة إذ يقدر ب 0.91153 حيث أن إجابات أفراد الدراسة كانت بالموافقة والموافقة بشدة بنسب تفوق 80 % باختلاف الأسلاك التي ينتمون لها و باختلاف

المؤسسات الاستشفائية التي ينشطون بها ، فقد أقروا بأن اعتماد تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الحديثة في أداء مهامهم من شأنه تسهيل مهمتهم التسييرية ، فحسب المقابلة التي أجريناها مع البروفسور **بلوني** المسؤول الأول عن المخبر المركزي للمركز الاستشفائي الجامعي للبليدة فقد صرح بأنه لو تم اعتماد شبكة الانترنت (والتي تعتبر أمر بسيط ،شريطة توفير المتطلبات الفنية والتقنية اللازمة) بين مختلف المصالح الطبية و الإدارية فان ذلك سيؤثر بالإيجاب على كفاءات المستخدمين ومن ثم على أداء وإدارة المخبر، حيث يتم إدخال نتائج التحاليل الطبية لكل مريض وإرسالها عبر الشبكة للمصلحة الطبية المختصة ليعاينها الطبيب مباشرة و يساهم في فعالية تشخيص المرض واقتراح العلاج المناسب ، مما يختصر معاناة و مشقة المرضى وعائلاتهم بالإضافة إلى المتابعة اليومية والآنية لمستوى الكواشف الكيميائية (Réactifs) والتي تعتبر ضرورية للمخبر، إذ صرح رئيس المخبر بوجود انقطاع في تموين بعض الكواشف لفترة تجاوزت السنة ، وعند سؤاله عن السبب في ذلك فكانت إجابته على أنه بالرغم من كتاباته وتظلماته المتعددة فإنها لم تلق صدى فهو غير مسؤول عن التموين إذ يقوم بالتصريح باحتياجات المخبر لمصلحة التموين، الشيء الذي نجم عنه تذمر المرضى وتوجههم للمخابر الخاصة بالتالي فان هذا الأمر يؤثر سلبا على نوعية الخدمة المقدمة، ونلاحظ مدى تأثير تكنولوجيا المعلومات على كفاءة المسيرين من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم 46: أثر تكنولوجيا المعلومات والاتصالات على تطوير كفاءات المسيرين

أثر تكنولوجيا المعلومات والاتصالات على تطوير كفاءات المسيرين	SIG	اختبار T	BETA
	0.000	17.308	0.805

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات . SPSS

ومن خلال استخدام الانحدار الخطي ، يتضح لنا أن هناك علاقة تأثيرية بين المتغيرين وهو ما تثبته قيمة اختبار Tالتي تساوي 17.308 وهي أكبر من القيمة الجدولية 1.96 عند دلالة

إحصائية SIG=0.000 وهي أقل من 0.05 بالتالي هناك علاقة ارتباط موجبة (BETA >0) ومعنوية بين المتغيرين أي كلما اعتمدت المؤسسات الاستشفائية تكنولوجيا المعلومات والاتصالات كلما أدى ذلك إلى تطوير كفاءات مسيريها ، مما يؤكد صحة هذه الفرضية

- تؤثر إدارة المعرفة على تطوير الكفاءات التسييرية

لاختبار الفرضية قمنا بتحديد مكونات إدارة المعرفة وتطوير كفاءات المسيرين لمعرفة أهمية تواجدهما في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة عن طريق الإحصاء الوصفي لمكونات المتغيرين، ثم إيجاد الأثر بينهما باستخدام الانحدار البسيط.

الجدول رقم 47: الدراسة الوصفية لمتغيرات الفرضية الثانية

المحور	المتوسط الحسابي	الانحراف معياري
إدارة المعرفة	4.1585	0.89948
تطوير كفاءات المسيرين	4,2263	0,71661

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات . SPSS

يوضح الجدول أعلاه أن إجابات أفراد الدراسة فيما يخص محور إدارة المعرفة تتميز بتركزها وهذا ما تؤكده قيمة الانحراف المعياري المحسوبة والتي بلغت 0.89948 ، حيث أن أكثر من 80% من أفراد العينة يوافقون على أن اعتماد أسلوب إدارة المعرفة بالمؤسسات الاستشفائية محل الدراسة يؤدي إلى تطوير كفاءاتهم لما لرأس المال الفكري من أهمية بالغة في إدارة المؤسسات عامة والإستشفائية منها خاصة، إذ يحبذ أفراد العينة أن تتبنى الوزارة الوصية هذه المقاربة في إدارة المؤسسات الاستشفائية وتجسدها على أرض الواقع وتسخر كل الوسائل اللازمة لكي لا تبقى مجرد حبر على ورق.

الجدول رقم 48: أثر إدارة المعرفة على تطوير الكفاءات التسييرية

أثر إدارة المعرفة على تطوير كفاءات المسيرين	SIG	اختبار T	BETA
	0.000	12.838	0.710

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات . SPSS

تأتي نتائج الانحدار الخطي البسيط لتعزز ما قلناه أي أن هناك علاقة تأثيرية بين المتغيرين وهو ما تثبته قيمة اختبار Tالتي تساوي 12.838 وهي أكبر من القيمة الجدولية 1.96 عند دلالة إحصائية SIG=0.000 وهي أقل من 0.05 بالتالي هناك علاقة ارتباط موجبة (BETA >0) ومعنوية بين المتغيرين أي أنه كلما اعتمدت المؤسسات الاستشفائية أسلوب إدارة المعرفة،كلما أدى ذلك إلى تطوير كفاءات مسيريها ، مما يؤكد صحة هذه الفرضية .

5-3-3-اختبار الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على: يؤثر تطوير كفاءات المسيرين على التنظيم الإداري بالمؤسسة الاستشفائية.

لاختبار الفرضية قمنا بتحديد مكونات التنظيم الإداري وتطوير كفاءات المسيرين لمعرفة أهمية تواجدهما في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة عن طريق الإحصاء الوصفي لمكونات المتغيرين، ثم إيجاد الأثر بينهما باستخدام الانحدار البسيط.

تم تحديد محاور التنظيم الإداري بالمؤسسة الاستشفائية من خلال الفقرات المتمثلة في:

- كثرة المستويات الإدارية تساعد في تأدية المهام بأكمل وجه؛
- هناك اتصال عمودي بين مختلف المستويات الإدارية بالمؤسسة الاستشفائية؛
- هناك تفويض للسلطة من الرؤساء إلى المرؤوسين بالمؤسسة الإستشفائية؛
- تتم مشاورتك لتحسين نوعية الخدمة المقدمة؛

أما محور تطوير كفاءات المسيرين فتم التطرق إليه فيما سبق.

الجدول رقم 49: الدراسة الوصفية لمتغيرات الفرضية الثالثة

الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
كثرة المستويات الإدارية تساعد في تأدية المهام بأكمل وجه	3,1758	1,04736
هناك اتصال عمودي بين مختلف المستويات الإدارية بالمؤسسة الاستشفائية	3.3091	1.18742
هناك تفويض للسلطة من الرؤساء إلى المرؤوسين بالمؤسسة الإستشفائية	3.0606	1.04003
تتم مشاورتك لتحسين نوعية الخدمة المقدمة	2.8788	1.14118
مجموع الفقرات	**3,1818**	**0,86050**

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات لـ SPSS

نلاحظ من الجدول السابق ان المتوسط الحسابي للفقرات محصور في المجال (2.87 و3.31) بانحراف معياري اكبر من 1 مما يدل على ان إجابات أفراد عينة الدراسة متفاوتة فيما يخص التنظيم الإداري في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة. حيث نجد حوالي 60% من إداريين يعتبرون ان كثرة المستويات الإدارية تساعد في تأدية المهام بأكمل وجه عكس أراء فئة المسيرين الطبيين والشبه طبيين الذين يرون أن كثرة المستويات الإدارية تعيق السير العادي للعمل. أما بالنسبة لوجود اتصال بين مختلف المستويات الإدارية بالمؤسسة الاستشفائية وتفويض السلطة من الرؤساء إلى المرؤوسين فإجابة عينة الدراسة تختلف إذ يؤكد المسيرون الطبيون وشبه الطبيون على تواجد اتصال بين كل من البروفسور والمنسق الطبي وذلك بصفة دائمة ومستمرة. مع غياب اتصال واضح مع الطاقم الإداري

الجدول رقم 50: أثر تطوير الكفاءات على التنظيم الإداري

أثر تطوير كفاءات المسيرين على التنظيم الإداري	SIG	اختبار T	BETA
	0,046	2.008	0.155

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات . SPSS

نلاحظ حسب النتائج المتحصل عليها من خلال الجدول أعلاه باستخدام الانحدار الخطي، أن المتغير المستقل والمتمثل في تطوير الكفاءات يؤثر بدلالة على المتغير التابع أي مختلف إجراءات التنظيم الإداري في المؤسسة الاستشفائية وهو ما تثبته قيمة اختبار T التي تساوي 2.008 وهي قيمة قريبة من القيمة الجدولية 1.96، عند مستوى دلالة يؤول إلى 0.05 ، بالتالي هناك علاقة ارتباط موجبة (BETA >0) ، مما يؤكد صحة الفرضية الثالثة.

ومنه نستنتج ان تطوير كفاءات المسيرين لايؤثر وحده على التنظيم الإداري، فهذا الأخير يخضع أيضا للإجراءات المنصوص عليها من قبل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والتي من شأنها التأثير(إيجابا أو سلبا) على مستوى التنظيم الإداري في المستشفيات .

5-3-4-اختبار الفرضية الرابعة:

تفيد الفرضية الرابعة على أن تطوير كفاءات المسيرين يؤثر على تحديث تسيير المؤسسة الاستشفائية .

ولاختبار الفرضية قمنا بتحديد مكونات تحديث التسيير وتطوير كفاءات المسيرين لمعرفة أهمية تواجدهما في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة عن طريق الإحصاء الوصفي لمكونات المتغيرين، ثم إيجاد الأثر بين المتغير التابع "تحديث التسيير والمتغير المستقل تطوير كفاءات المسيرين باستخدام الانحدار البسيط.

تم تحديد محور تحديث التسيير من خلال الفقرات المتمثلة فيما يلي:

- إشراكك في يتم عملية اتخاذ القرار بالمؤسسة الاستشفائية ؛
- تعقد الإدارة العليا اجتماعات تنسيقية مع مستخدمي المؤسسة الاستشفائية ؛
- هناك تشاور و تعاون بين مستخدمي المصلحة لإيجاد الحلول الملائمة للمشاكل المتعلقة بسيرورة العمل؛

الجدول رقم 51: الدراسة الوصفية لمتغيرات الفرضية الرابعة

الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
إشراكك في يتم عملية اتخاذ القرار بالمؤسسة الاستشفائية	3,4909	1,09666
تعقد الإدارة العليا اجتماعات تنسيقية مع مستخدمي المؤسسة الاستشفائية	3,2242	1,24132
هناك تشاور و تعاون بين مستخدمي المصلحة لإيجاد الحلول الملائمة للمشاكل المتعلقة بسيرورة العمل	3,7576	1,08847
مجموع الفقرات	**3,4909**	**0,91180**

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات . SPSS

نلاحظ من الجدول السابق ان المتوسط الحسابي للفقرات تحديث التسيير كاشراك أفراد عينة الدراسة في عملية اتخاذ القرار بالإضافة إلى عقد الإدارة العليا اجتماعات تنسيقية مع مختلف مستخدمي المؤسسة الاستشفائية يؤول إلى 3.40 أي أن أفراد العينة يوافقون عليها وتأخذ فئة الأطباء والشبه الطبيين أعلى نسبة (تفوق 60%) ، نظرا لطبيعة مهنة الطب التي تستدعي التنسيق بين الفئتين إذ أن الطبيب يقوم بالتشخيص في حين أن شبه الأطباء ينفذون تعليمات الأطباء. كما يتبين لنا أنه لا يوجد تنسيق بين فئة الإداريين والفئتين السابقتين.

فيما يخص الاجتماعات التنسيقية فان الإدارة العليا تعقدها بوتيرة تتراوح من أسبوعين إلى شهر، لكن تجدر الإشارة إلى أن المستجوبين أكدوا أن الاجتماعات التنسيقية تعقد بين إدارة كل مصلحة ومستخدميها ، أما فيما يخص الاجتماعات التي تعقدها الإدارة العليا للمؤسسات الاستشفائية محل الدراسة فهي تتمثل في اجتماع مجلس الإدارة واجتماع المجلس الطبي كما تم التطرق إليه في الفصل الرابع من دراستنا.

الجدول رقم 52: أثر تطوير الكفاءات على تحديث تسيير المؤسسة الاستشفائية

	SIG	اختبار T	BETA
أثر تطوير كفاءات المسيرين على تحديث تسيير المؤسسة الاستشفائية	0.019	2.370	0.183

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

نلاحظ حسب النتائج المتحصل عليها من خلال الجدول أعلاه باستخدام الانحدار الخطي، أن المتغير المستقل والمتمثل في تطوير الكفاءات يؤثر بدلالة على المتغير التابع أي تحديث تسيير المؤسسات الاستشفائية وهو ما تثبته قيمة اختبار T التي تساوي 2.370 وهي قيمة أكبر من القيمة الجدولية 1.96، عند مستوى دلالة Sig =0.019 أي أصغر من 0.05 ، بالتالي هناك علاقة ارتباط موجبة (BETA >0) بين المتغيرين أي كلما طورت كفاءات المسيرين كلما أدى ذلك إلى تحديث تسيير المؤسسات الاستشفائية ، مما يؤكد صحة الفرضية الرابعة.

5-3-5-اختبار الفرضية الخامسة:

تنص هذه الفرضية على أن التطوير المستمر لكفاءات ميسري المؤسسة الاستشفائية يؤثر في نوعية الخدمات المقدمة.

قبل دراسة التأثير لابد من معرفة واقع نوعية الخدمات الاستشفائية من خلال الإحصاء الوصفي للفقرات التالية:

الجدول رقم 53: الدراسة الوصفية لمتغيرات الفرضية الخامسة

الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
تتميز خدمة استقبال وتوجيه المرضى وعائلاتهم بالمؤسسة الاستشفائية بالجودة	2,8667	1,03907
يتعاطف مستخدمي المؤسسة الاستشفائية باختلاف أسلاكهم مع المرضى و يقدرون حالتهم	3,1212	1,18315
يتحلى مستخدمي المؤسسة الإستشفائية باختلاف أسلاكهم بالأدب وحسن الخلق اتجاه المرضى و عائلاتهم.	3,0182	1,06767
مجموع الفقرات	**3.0020**	**0.8235**

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

نلاحظ من الجدول رقم 53أن كل من الأطباء وشبه الأطباء يرون ان خدمة استقبال وتوجيه المرضى وعائلاتهم بالمؤسسة الاستشفائية لا تتميز بالجودة بنسبة إجابة تفوق 60% في

حين ان الإداريين تختلف آراءهم حول جودة الخدمة المقدمة ويعود ذلك بسبب عدم احتكاكهم المباشر بالمرضى عكس الفئتين السابقتين. نفس الواقع بالنسبة لتعاطف مستخدمي المؤسسة الاستشفائية باختلاف أسلاكهم مع المرضى وتقدير حالتهم حيث هناك تناقض إذ يرى الإداريون توفر المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة على كافة المعدات والتجهيزات الطبية اللازمة لتحسن نوعية الخدمة المقدمة عكس الأطباء.وهذا ما يؤكد ما قلناه سابقا فيما يخص عدم وجود تنسيق بين الأسلاك الثلاثة في المؤسسة الاستشفائية مما يؤثر سلبا على نوعية الخدمة المقدمة. أما بخصوص تحلى مستخدمي المؤسسة الإستشفائية باختلاف أسلاكهم بالأدب وحسن الخلق اتجاه المرضى وعائلاتهم، فان نسبة الموافقة من مختلف أفراد العينة لا يتعدى 35% بالتالي نستنتج ان واقع الخدمات المقدمة في المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة لم يصل بعد إلى المستوى المطلوب.

الجدول رقم 54: أثر تطوير كفاءات المسيرين على نوعية الخدمة المقدمة

أثر تطوير كفاءات المسيرين على نوعية الخدمة المقدمة	SIG	اختبار T	BETA
	0,003	2.977	0.227

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات . SPSS

نلاحظ حسب النتائج المتحصل عليها من خلال الجدول أعلاه ان Tتساوي 2.977 بدلالة إحصائيا اقل من 0.05 ومنه المتغير المستقل والمتمثل في تطوير الكفاءات يؤثر بالإيجاب على المتغير التابع أي واقع نوعية الخدمة المقدمة التالي هناك علاقة ارتباط موجبة (BETA 0<) و معنوية بين المتغيرين ، مما يؤكد صحة الفرضية الخامسة، أي ان أفراد عينة الدراسة هم على دراية بان تطوير الكفاءات تؤثر بالإيجاب على نوعية الخدمة المقدمة وهذا يثبته اختبار الفرضية حيث أن انعدام تطوير الكفاءات أدى إلى تدهور نوعية الخدمة، كما أن تحليل إجابات أفراد الدراسة فيما يخص تقدير أثر تطوير كفاءات المسيرين على نوعية الخدمة المقدمة بينت أن

أكثر من 81% من أفراد العينة يرون بأن تطوير كفاءات المسيرين يؤثر بنسبة تتراوح بين 50% إلى 70 %على نوعية الخدمة المقدمة غير أنه عند التفصيل في نتائج الإجابات نجد أن المسيرين الإداريين كان تقديرهم للأثر أقل(من 20 إلى 49%) من تقدير الأطباء وشبه الأطباء (من 50 إلى 70%) و هذا راجع للصراع القائم بين الطاقم الإداري والطاقم الطبي (بما فيه الشبه طبي) إذ كلاهما يحمل الأخر سبب تدهور نوعية الخدمات المقدمة ، فالطاقم الطبي يرجع السبب لكثرة العراقيل البيروقراطية الناجمة عن الخصوصيات التنظيمية لإدارة المؤسسات الإستشفائية خاصة ما يتعلق بغياب التخطيط والرقابة الإدارية القائمين على أسس علمية ، أما الطاقم الإداري فيرجع السبب إلى تعالي الطاقم الطبي والتقليل من أهمية الإداريين .

خاتمة الفصل:

من خلال الفصل التطبيقي حاولنا إبراز أثر تطوير كفاءات المسيرين على إدارة المؤسسات الاستشفائية الجزائرية وذلك من خلال إعداد استمارة استبيان تضم مجموعة من الأسئلة وزعت على 195 مسير باختلاف أسلاكهم من بينهم 35 بروفسور،123 منسق طبي و37 إداري.

تمثلت المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة في كل من المركز الاستشفائي الجامعي للبليدة ، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية للبليدة والمؤسسة العمومية الاستشفائية .

وبعد التطرق إلى إجراءات الدراسة التطبيقية تم القيام بالتحليل المسبق لاختبار الفرضيات عن طريق تحليل المكونات الرئيسية ACP ومعامل المصداقية ألفا لكرونباخ، إذ يهدف هذا التحليل إلى تصفية نموذج القياس(الاستبيان) من العبارات أو المركبات (Items) التي تعيق التحليل العاملي، من أجل المصادقة على سلالم قياس متغيرات الدراسة.

وبعد اختبار فرضيات الدراسة استنادا إلى الانحدار الخطي تبين لنا أن هناك علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين كل من تطوير كفاءات المسيرين وإدارة المؤسسة الاستشفائية.

النتائج والمناقشة والتوصيات

تطرقنا من خلال دراستنا إلى تأثير تطوير كفاءات المسيرين على إدارة المؤسسات الاستشفائية العمومية، ومن خلال استعراضنا للإطار النظري للكفاءات البشرية وأساليب تطويريها توصلنا إلى أن الكفاءات البشرية ماهي إلا توليفة من العناصر المتمثلة في المعارف المهارات والسلوكات التي يمتلكها الفرد يستعملها ويجسدها في الميدان بغية تحقيق الأهداف المسطرة ، لذلك كان لزاما على المؤسسة إيجاد أفضل النظم التسييرية الحديثة المرنة والتي تمكنها من تثمين كفاءاتها البشرية عن طريق التسيير السليم لها.

غير أنه في الواقع لا يكفي تشخيص الكفاءة فحسب بل لابد من الذهاب إلى أبعد من ذلك من خلال انتقاء أساليب التقييم والتطوير الأنسب لهذه الكفاءات البشرية ، تركز على تقوية مختلف أشكال الاتصال والتحفيز إضافة إلى تصميم برامج تدريبية على أساس طرق علمية مع الأخذ بعين الاعتبار تحديد الاحتياجات التدريبية والرقابة على مخرجاتها لمعرفة مدى تحقيق البرامج التدريبية للأهداف التي وضعت من أجلها والمتمثلة في إكساب الأفراد كفاءات جديدة أو تطويرها، ولن يتحقق ذلك إلا من خلال تبني وسائل تدريبية تواكب التطورات التي تعيشها المؤسسة.

عرض النتائج النهائية للدراسة:

توصلنا إلى جملة من النتائج نعرضها فيما يلي:

– عدم صياغة واعتماد مرجع الكفاءات الخاص بكل سلك وبكل وظيفة يؤثر سلبا على إدارة الموارد البشرية بالمؤسسات الاستشفائية ؛

– عدم اتسام تقييم أداء أفراد المؤسسات الاستشفائية بالموضوعية يؤثر سلبا على أداء الكفاءات البشرية إذ أن التقييم لا يتم وفق أساليب علمية من شأنها التمييز بين الأداء العادي والكفاءات إنما يخضع لاعتبارات أخرى كالمحاباة والمحسوبية ؛

– انعدام التخطيط على مستوى المؤسسات الاستشفائية ساهم في عدم فعالية تسيير هذه المؤسسات كون أن التخطيط يعتبر الركيزة الأساسية في العملية التسييرية إذ على ضوئه يتم وضع الأهداف، تحديد المهام والواجبات، وأساليب القيام بها بالإضافة إلى كونه أساس عملية الرقابة من خلال مقارنة الأهداف المحققة بالأهداف المخطط لها ؛

– اعتماد تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الحديثة من شأنه المساهمة في الإدارة الفعالة للمؤسسات الاستشفائية مما ينعكس بالإيجاب على نوعية الخدمات المقدمة شريطة توفير كل المتطلبات الفنية، التقنية ،البشرية والمادية لذلك؛

– غياب اتصال واضح وقوي بين المسيرين الإداريين والمسيرين الطبيين من شأنه أن يؤثر سلبا على أداء الكفاءات بالمؤسسات الاستشفائية مما ينعكس على نوعية الخدمات المقدمة،

– المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية المعتمد في المؤسسات الاستشفائية والذي يعتبر بمثابة انطلاقة مهمة لمسار الإصلاحات في قطاع الوظيف العمومي لم يرق إلى المنطق العلمي للتسيير التقديري للوظائف والكفاءات وهذا راجع إلى عدم قدرته على تحقيق الفعالية اللازمة لعدم إمكانية تحديد وبصفة دقيقة الموارد والاحتياجات البشرية في المؤسسة الاستشفائية كونه يعتمد على معطيات بحتة تامة؛

– المخططات السنوية للتكوين وتحسين المستوى وتجديد المعلومات تعد محدودة الفعالية بغض النظر عن الميزانيات الهائلة المخصصة للعملية التدريبية بالمؤسسات الاستشفائية وهذا بسبب عدم

انسجام التدريب مع الاحتياجات التدريبية الحقيقية لمستخدميها نتيجة لانعدام تقييم هذه الاحتياجات وتحديد الأهداف الواجب تحقيقها؛

مناقشة نتائج اختبار الفرضيات:

بناءا على تحليل بيانات الاستمارات الموزعة على كل من المسيرين الطبيين (البروفسور) والمسيرين شبه الطبيين (المنسقين الطبيين) والمسيرين الإداريين (رؤساء المكاتب) والهادفة إلى دراسة أثر تطوير كفاءات المسيرين على إدارة المؤسسات الاستشفائية يمكننا مناقشة نتائج اختبار فرضيات الدراسة والمتمثلة في:

ان الفرضية الأولى والتي مفادها " اعتماد مرجع الكفاءات في المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية يؤثر على تسيير الكفاءات البشرية "، أثبت اختبارها عدم تأثير مرجع الكفاءات على كل من تشخيص ،تسيير وتقييم الكفاءات بالمؤسسات الاستشفائية محل الدراسة مما يؤكد عدم صحة الفرضية الأولى. ومعنى ذلك أن مرجع الكفاءات غير معتمد في المؤسسات الإستشفائية المعنية بالدراسة وهي مسألة هامة في إدارة وتسيير الموارد البشرية بحيث من الصعب تحقيق نتائج عملية ملموسة تؤثر في نوعية الخدمات في غياب مرجعية للكفاءات وذلك باعتماد التخطيط التوقعي للمهن والكفاءات GPEC . كما أن اعتماد مرجعية للكفاءات دون توظيفها في بناء سياسة فعالة لتطويرها لا يجدي نفعا خاصة إذا علمنا أن مختلف المؤسسات الإستشفائية التي زرناها خاصة على مستوى مصالحها الخاصة بتسيير الموارد البشرية ما زالت تعتمد على الطرق التقليدية في إدارة الأفراد وعدم إرساء نظام معلومات للكفاءات يتم توظيفه في وضع بطاقية للكفاءات انطلاقا من مفهوم الكفاءة في مختلف المقاربات الخاصة بتسيير الموارد البشرية.

ان الفرضية الثانية والتي مفادها أن " أساليب تطوير الكفاءات المعتمدة من طرف المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية تؤثر على كفاءات مسيريها "،أثبت اختبارها وجود علاقة

ارتباط بين الأساليب المعتمدة وتطوير كفاءات المسيرين إذ يؤثر كل من التدريب،التحفيز،الاتصال،إدارة المعرفة وتكنولوجيا الاتصالات والمعلومات تأثيرا ايجابيا على تطوير كفاءات مسيري المؤسسات الاستشفائية وهذا ما يثبت صحة الفرضية الثانية. إن نتائج هذه الفرضية تتطابق تماما مع مختلف الدراسات والنظريات في مجال إدارة وتسيير الموارد البشرية لذا يجب التذكير بالمدرسة الوطنية لإدارة والماناجمنت الصحة ENMAS التي تقوم بتدريب المسيريين في مختلف مجالات الإدارة الصحية غير أن ذلك يبقى تأثيرا محدودا يمس الكفاءات التدبيرية بحيث استثمار المعارف الجديدة في إدارة المصالح الإستشفائية يصطدم بالمحيط الداخلي للمؤسسة الاستشفائية من جهة وغياب رؤية واضحة لها في إطار ما يسمى بإدارة المشاريع project management من جهة أخرى،هذه الرؤية تركز على توظيف الأفراد توظيفا فعالا ضمن المشروع باعتبار أن الأفراد هم الذين يقررون نجاح وفشل المؤسسات ويكون ذلك بناءا على التخطيط التنظيمي،الحصول على المستخدمين وتطوير الفريق من خلال الأساليب العديدة والمتعددة على رأسها التدريب القائم على أسس علمية. لذا بقدر ما يؤثر التدريب في تطوير الكفاءات غير أن تهيئة الأرضية المناسبة داخل المؤسسة الإستشفائية للممارسات التدريبية الحديثة يجعل الكفاءات البشرية في وضعية لا يسمح لها بإنجاز الأهداف المحددة لهم بشكل فعال وهي إشكالية معقدة تحتاج بدورها إلى تشخيص أعمق و تكفل أمثل.

وضحت نتائج اختبار الفرضية الثالثة والتي مفادها " يؤثر تطوير كفاءات المسيرين على تنظيم وتسيير المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية." وجود علاقة ارتباط موجبة بين تطوير كفاءات المسيرين وخصوصيات التنظيم الإداري للمؤسسات الاستشفائية محل الدراسة،بالتالي يؤثر تطوير كفاءات المسيرين على التنظيم الإداري في المؤسسات الاستشفائية وهذا ما يؤكد صحة الفرضية الثالثة. وترتبط هذه النتيجة بما سبق ذكره بحيث يؤثر التكوين في تنظيم و تسيير

المؤسسة الإستشفائية وهو أمر مهم للغاية ويتمثل هذا التأثير خاصة في كل ما يتعلق بهندسة التنظيم الداخلي للمؤسسة الإستشفائية وكل الإجراءات التسييرية وتكييفها مع تطور محيط المؤسسة الإستشفائية غير أن المركزية المطلقة في تنظيم وتسيير المؤسسة الإستشفائية في الجزائر يجعل هذا التأثير محدودا نظرا لكون المبادرة في إدخال التعديلات الضرورية المفروضة من المحيط الخارجي أو اتخاذ القرارات وأخذ المبادرة أمرا صعبا للغاية بحيث يتطلب دائما العودة للمركزية لأخذ الموافقة ويتجلى ذلك من خلال المراسيم والتشريعات الصادرة بالجريدة الرسمية والمنظمة لسيرورة وإدارة المؤسسات الاستشفائية العمومية باختلاف أنواعها.

اختبار الفرضية الرابعة التي تنص على أن "تطوير كفاءات مسيري المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية يؤثر على تحديث تسيير هذه المؤسسات" يؤكد وجود علاقة ارتباط موجبة بين كل من تطوير كفاءات المسيرين وتحديث تسيير المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة مما يدل على صحة الفرضية الرابعة. إن نتائج هذه الفرضية مهمة للغاية بحيث تتطابق مع مختلف الأطر النظرية والدراسات المرجعية كدراسة(Wilkins.S 2001) و Mellak.K,Guermat.C) (,Kechad.R Ramdani.B, (2013) التي تتفق في كون التكوين – خاصة لفئة المسيرين والمدبرين– له أهمية إستراتيجية خاصة عندما يتعلق الأمر بعصرنة وتطوير التسيير وتنظيم المؤسسة الإستشفائية . لذا فلا يمكن وضع أهداف خاصة بتحديث تنظيم وتسيير القطاع الصحي في غياب مخطط مرافق له مخصص لعصرنة وتطوير الكفاءات التدبيرية التي تستطيع استعمال وتطبيق الطرق الحديثة في مجال ماناجمنت الصحة.إن الإشكالية الرئيسية التي وقفنا عليها هي أن تكوين الإطارات في القطاع الصحي في الجزائر لا يندرج في إطار سياسة واضحة المعالم لتنظيم المؤسسة الإستشفائية ولإدارتها بطرق حديثة مما يجعل الكثير من هؤلاء الإطارات في حالة إحباط لأن ما يتلقوه من معارف حديثة في مجال إدارة الصحة يصطدم بتنظيم تقليدي بيروقراطي

مركزي لا يسمح بالمبادرة أو إبراز الكفاءات نظرا كذلك لنظام تقييم الأداء الكلاسيكي الذي لا يستند إلى مقاربة مبنية على الأهداف.

أما الفرضية الأخيرة التي مفادها ان "للتطوير المستمر لكفاءات مسيري المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية تأثيرا على نوعية الخدمات المقدمة"، فاختبارها أثبت وجود علاقة ارتباط موجبة بين كل من تطوير كفاءات المسيرين ونوعية الخدمة التي تقدمها المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة مما يدل على صحة الفرضية الخامسة. إن هذه النتيجة في غاية الأهمية بحيث لا يمكن التركيز فقط على التكوين المستمر للطبيب الذي يعتبر أمرا ضروريا لتحسين الخدمات الطبية بل التكوين المستمر ضروري لكل الأسلاك سواء كانت طبية أو شبه طبية أو المسيرين ومختلف الفئات السوسيومهنية.

التوصيات والمقترحات:

وبالنظر إلى حساسية الخدمة التي تقدمها المؤسسات الإستشفائية العمومية الجزائرية وتعقيد تركيبتها البشرية فان تبني أساليب إدارية حديثة لإدارة مواردها البشرية يعتبر ضرورة حتمية لما لهذا المورد من أهمية في الإدارة الفعالة لهذه المستشفيات بصفة خاصة ومحاولة النهوض بالقطاع الاستشفائي العمومي بصفة عامة.

على ضوء النتائج المتوصل إليها من خلال دراسة أثر تطوير كفاءات المسيرين على إدارة عينة من المؤسسات الاستشفائية العمومية المتواجدة بولاية البليدة يمكننا اقتراح التوصيات التالية:

–ضرورة تحديد مرجع للكفاءات البشرية يساهم في عملية إدارة الموارد البشرية بالمؤسسات الاستشفائية العمومية إذ يسمح هذا الأخير على تحديد المهام والمواصفات والمهارات الواجب توفرها في الأفراد وبشكل دقيق ليتم على أساسه وضع الرجل المناسب في المكان المناسب؛

– إعداد دورات تدريبية من شأنها تزويد مسيري المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية بالكفاءات المهنية اللازمة لقيامهم بمهامهم وتزويدهم بالمهارات التي تمكنهم من تبني انسب طرق العمل مما يجعلهم أكثر فعالية؛

–ضرورة إدراك أهمية تطوير كفاءات مسيري المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لما لها من أثر ايجابي على إدارة مثل هذه المؤسسات وبالتالي تحسين نوعية الخدمة المقدمة، كما أن جدوى الإصلاحات التي تقوم بها هاته الوزارة مرتبط بحد بعيد بكفاءات مسيري المؤسسات الإستشفائية ؛

–بناء ثقافة تنظيمية ايجابية تحابي وتشجع الكفاءات بالمؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية؛

–العمل على مواكبة التطورات التكنولوجية وتبنيها في إدارة المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية؛

–الحد من أو القضاء على الصراعات التي تنشأ بين المسيرين الطبيين والمسيرين الادارين والتي تشكل عائقا أمام تطوير الكفاءات البشرية ، فالسلكين الطبي والإداري يعتبران وجهان لعملة واحدة إذ لا وجود للمؤسسة الاستشفائية من دونهما، كلاهما يكملان بعضهما البعض يجمعهم هدف واحد يتمثل في تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية؛

–تبني آلية التسيير التقديري للوظائف والكفاءات GPEC بالتحليل الدقيق لمهام والمهن التي تضمها المؤسسات الاستشفائية، وتقييم تطورها وتحديد نوعية الكفاءات الضرورية لها مع توفير المناخ التشريعي والاقتصادي والاجتماعي المناسب؛

–الاعتماد على التدريب كعملية استثمارية وليس كعملية إدارية بحتة ، يتم من خلالها إكساب مسيري المؤسسات الاستشفائية الخبرات والمهارات اللازمة لأداء مهامهم على أكمل وجه من خلال تحديد الأهداف والاحتياجات التدريبية بدقة وبطريقة علمية ، واعتماد وسائل تدريبية ملائمة تسمح

باكتساب الكفاءات الضرورية والتي تساهم في خلق قيمة مضافة فيما يخص إدارة المؤسسات الاستشفائية؛

– مراعاة الخصوصيات التنظيمية للمؤسسات الاستشفائية العمومية في عملية اعتماد أساليب إدارة وتطوير كفاءات المسيرين من خلال الأخذ بعين الاعتبار الصعوبات والعراقيل التي قد تواجه تلك العملية خاصة وأن هذه المؤسسات خاضعة لقانون الوظيف العمومي؛

–توأمة مستشفيات القطاع العمومي بالجزائر مع مستشفيات في الدول المتقدمة للاستفادة من تجربتها في إدارة وتطوير كفاءات مستخدميها؛

آفاق الدراسة:

حاولت دراستنا توضيح العلاقة التأثيرية بين مختلف أساليب تطوير الكفاءات المسيرين وإدارة المؤسسات الاستشفائية في حدود الإشكالية المطروحة ،غير أن البناء التنظيمي للدراسة يتضمن الكثير من المتغيرات التي يصعب عزلها والتحكم فيها ،فعلى ضوء ذلك لا يمكن اعتبار أن الدراسة أحاطت بجميع جوانب الموضوع و بكل أبعاده.

وبهذا الصدد يمكننا اقتراح جملة من المواضيع المستقبلية كأفاق لدراستنا نوجزها في النقاط التالية:

– تطوير كفاءات مستخدمي المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية ودوره في تحسين جودة الخدمات من خلال مقاربة التكوين ؛

–واقع الكفاءات البشرية وتأثيره على أداء المستشفيات العمومية الجزائرية في ظل إجراءات قانون الصحة الجديد؛

–دراسة مقارنة لتطوير كفاءات مستخدمي المؤسسات الاستشفائية في القطاعين العام والخاص بالجزائر في ظل إجراءات قانون الصحة الجديد ؛

-تأثير تبني تكنولوجيات الإعلام والاتصالات الحديثة على أداء إدارة المؤسسات الاستشفائية العمومية بالجزائر؛

-دور الاتصال الداخلي في تحسين جودة الخدمة الصحية عن طريق الحد من الصراعات بين مختلف أسلاك المؤسسة الاستشفائية العمومية بالجزائر ؛

-مساهمة تبني آلية التسيير التقديري للوظائف والكفاءات بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بالجزائر في تحسين جودة الخدمة الصحية ؛

-انعكاسات قانون الصفقات العمومية على جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية الجزائرية ؛

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

1-باللغة العربية:

1-1-الكتب:

1-إبراهيم عبد الهادي، محمد المليحي، **الإدارة ، مفاهيمها وأنواعها وعملياتها**، المكتب العلمي للكمبيوتر، الإسكندرية، 1998.

2-أحمد القطامين عطا الله، **التخطيط الإستراتيجي والإدارة الإستراتجية ، مفاهيم ونظريات وحالات تطبيقية** ، دار مجدلاوي عمان ،1996 .

3-أحمد محمد غنيم ، **إدارة المستشفيات، روية معاصرة**، المكتبة المصرية، مصر، 2006.

4-أحمد مصطفى خاطر، **الإدارة و تقويم مشروعات الرعاية الاجتماعية**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1990.

5-بشير علاق، **أسس الإدارة الحديثة**، دار اليازوري، عمان، 1999.

6-بوفلجة غيات، **مبادئ التسيير البشري**، دار الغرب، الجزائر، ط 2، 2004.

7-تامر ياسر البكري، **إدارة المستشفيات**، دار اليازوري، عمان،2005 .

8-حسان محمد نظير حرستاني،**إدارة المستشفيات**، معهد الإدارة العامة للبحوث، المملكة العربية السعودية، 1990.

9-دياب صالح، **الخدمات الصحية**، مطابع الدستور التجارية، عمان، 1995.

10-ربحي مصطفى عليان، **أسس الإدارة المعاصرة**، مكتبة المجتمع العربي، عمان، 2007.

11-زهير حنفي علي، **المستحدث في الإدارة العليا للمستشفيات**، المكتبة الأنجلومصرية، القاهرة، 1988.

12-سعيد عبد العزيز، **أساسيات التخطيط في المنشات الصحية**، جامعة الملك سعود، الرياض، 1993.

13-السيد عليوة، **إدارة الأزمات في المستشفيات**، ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2001.

14-سيد محمد جاد الرب،**تنظيم إدارة المستشفيات،مدخل النظم**، دار النهضة العربية، القاهرة، 1991.

15-عبد الإله ساعاتي، **مبادئ إدارة المستشفيات**، دار الفكر العربي، القاهرة، 1999.

16-عبد الحميد عبد الفتاح المغربي، **الإدارة، الأصول العملية والتوجهات المستقبلية لمدير القرن الواحد والعشرين**، المكتبة العصرية المنصورة، مصر، 2006.

17-عبد الستار العلي وآخرون، **مدخل إلى إدارة المعرفة**، دار الميسرة، عمان، ، ط2، 2009.

18-عبد الغفور يونس، **دراسات في الإدارة العامة**، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 1988.

19-عبد المعطي محمد عساف، **مبادئ الإدارة، المفاهيم والاتجاهات الحديثة**، مكتبة المحتسب، عمان، 1994 .

20-عبيد عاطف، **أصول التنظيم والإدارة**" دار النهضة العربية، بيروت، 1997 .

21-عز عبد الفتاح ، **مقدمة في الإحصاء الوصفي والاستدلالي باستخدام SPSS** ، خوارزم العلمية للنشر والتوزيع ،جدة ، 2008.

22-علي السلمي، **إدارة السلوك الإنساني**، دار غريب للنشر، القاهرة ، 1999.

23-علي السلمي، **الإدارة بالمعرفة**، دار قباء للنشر والتوزيع، القاهرة، 1998.

24-علي السلمي،**خواطر في الإدارة المعاصرة** ،دار غريب للنشر، القاهرة، مصر،2001 .

25-علي محمد ربابعة، "**إدارة الموارد البشرية**"، دار صفاء، عمان ، 2003.

26-عمر وصفي عقيلي، قيس عبد علي المؤمن، **المنظمة والنظرية التنظيم** دار زهران للنشر، الأردن، 1994.

27-فريد النجار وآخرون، **إدارة المستشفى،الاتجاهات الحالية والمشكلات، دراسة ميدانية**، القاهرة، 1993.

28–فريد توفيق نصيرات، **إدارة منظمات الرعاية الصحية**، دار الميسرة، الأردن، ط1، 2008.

29–فريد راغب النجار، **إدارة الأعمال في الأنظمة الصحية والطبية**، دار النهضة العربية، القاهرة، 1981.

30–فؤاد الشيخ سالم، زياد رمضان، محسن مخامرة، أميمة الدهان، **المفاهيم الإدارية الحديثة**، مركز الكتب الأردني، عمان، ط6، 1998.

31–فيصل حسونة، **إدارة الموارد البشرية** ، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 2008.

32–لوي هارث ترجمة تيب توب لخدمات التعريب والترجمة، **وسائل التدريب الفعالة**، دار الفاروق للنشر والتوزيع، القاهرة، ط1، 2002.

33–محمد جمال الكفافي، **الاستثمار في الموارد البشرية للمنافسة العالمية**، الدار الثقافية، القاهرة، 2006.

34–محمد ماضي، **تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية في مجال الصحة والتعليم**، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2002.

35–محمود عساف، "**أصول الإدارة**"، دار زهران للنشر، الأردن، 1998.

36–مهدي حسين، محمد القريوتي، **مبادئ الإدارة، نظريات ووظائف**، جمعية عمال المطابع الأردنية، عمان، 1984.

37-نجم العزاوي، **التدريب الإداري**، دار اليازوري، عمان ، 2006.

38-نجم عبود نجم، **إدارة المعرفة والمفاهيم والإستراتجيات والعمليات**، الوراق، عمان ، ط1، 2009.

39-نعيم إبراهيم الظاهر، **إدارة المعرفة**، عالم الكتاب الحديث، اربد، 2009.

40-همشري عمر أحمد، **الإدارة الحديثة للمكاتب ومراكز المعلومات**، دار صفاء، عمان، 2001 .

41-وليد يوسف الصالح، **إدارة المستشفيات والرعاية الصحية**، دار أسامة، عمان، ط1، 2011.

1-2-الرسائل والأطروحات الجامعية:

1-أمير جيلالي، **تسويق الخدمات الصحية في ظل إصلاح المستشفيات**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية والتسيير، جامعة الجزائر، 2009/2008.

2-حاج عيسى سيد أحمد، **أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية والتسيير، جامعة الجزائر 3، 2012/2011.

3-خثير مجمد، **المداخل الحديثة في التطوير الإداري، وإمكانية تطبيقها في قطاع الصحة**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، المدرسة العليا للتجارة، الجزائر، 2010.

4-سملالي يحضية، **أثر التسيير الاستراتيجي للموارد البشرية و الكفاءات على الميزة التنافسية للمؤسسة**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية والتسيير، جامعة الجزائر، 2002.

5-سنوسي علي، **تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية والاجتماعية في الجزائر أفاق 2010**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية والتسيير، جامعة الجزائر 3،2009 /2010.

6-عدمان مريزق، **واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة**، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية والتسيير، جامعة الجزائر ، 2008/2007.

7-العلواني عديلة، **تقييم أثار طرق تمويل الصحة العمومية على أداء الخدمات في الجزائر**، رسالة ماجستار غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية والتسيير، جامعة بسكرة، 2004.

8-قبة فاطمة، **علاقة نظام تقييم الأداء بالتحفيز في المؤسسة الإستشفائية، دراسة حالة المركز الاستشفائي الجامعي للبليدة**، رسالة ماجستار غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية و التسيير، جامعة سعد دحلب البليدة، 2006.

9-مغرابي محمد، **دور التكوين في تطوير كفاءات الأفراد للرفع من الأداء على مستوى المؤسسة الصحية**، مذكرة ما بعد التدرج المتخصص للمتصرفين الرئيسيين لمصالح الصحة، المدرسة الوطنية للإدارة والمناجمنت ،2013.

10-موزاوي سامية، **مكانة تسيير الموارد البشرية ضمن معايير الايزو وإدارة الجودة الشاملة**، رسالة ماجستار غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية والتسيير، جامعة الجزائر، 2004/2003.

11-نبق أبوبكر، **الاستثمار في الموارد البشرية (التدريب)** ، رسالة ماجستار غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية والتسيير، جامعة الجزائر، 2001.

1-3-المجلات والمنشورات:

1-خلود عاصم، محمد إبراهيم، **دور تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في تحسين جودة المعلومات وانعكاساته على التنمية الاقتصادية**، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية، العدد الخاص بمؤتمر الكلية، 2013.

2-ربحي الحسن، **المهارات الإشرافية والقيادية**، مركز البرامج الخاصة و التعليم المستمر، بحث غير منشور، جامعة الإمارات العربية المتحدة.

3-رحيم حسين، بونقيب أحمد، **دور لوحات القيادة في دعم فعالية مراقبة التسيير**، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، بسكرة ، العدد04، ديسمبر 2008.

4-الشيخ الداوي، **تحليل الأسس النظرية لمفهوم الأداء**، مجلة الباحث، ورقلة، العدد07، 2010/2009.

5-كمال منصوري، سماح صولح، **تسيير الكفاءات الايطار المفاهيمي والمجالات الكبرى**، مجلة الأبحاث الاقتصادية والإدارية، بسكرة، العدد07، جوان 2010.

1-4-الملتقيات:

1-إبراهيم بن عبد الله المحسن، **التعلم الالكتروني ترف أم ضرورة**، ورقة عمل مقدمة لندوة مدرسة المستقبل، فرع جامعة الملك سعود، المدينة المنورة، 16، 17 رجب 1423هـ.

2-براق محمد، رابح بن شايب، **تسيير الكفاءات وتطويريها**، الملتقى الدولي حول التنمية البشرية و فرص الاندماج في اقتصاد المعرفة و الكفاءات البشرية، جامعة ورقلة، مارس 2004.

3-بن زاهي منصور، الشايب محمد الساسي، **التدريب كأحد المقومات الأساسية لتنمية الكفاءات البشرية**، مداخلة ضمن الملتقى الدولي حول التنمية البشرية وفرص الاندماج في اقتصاد المعرفة والكفاءات البشرية، جامعة ورقلة، مارس 2004.

4-بن عيسى محمد المهدي، **العنصر البشري من منطلق اليد العاملة إلى منطلق الرأسمال الاستراتيجي**، مداخلة ضمن الملتقى الدولي حول التنمية البشرية وفرص الاندماج في اقتصاد المعرفة والكفاءات البشرية، جامعة ورقلة، مارس 2004.

5-ثابتي الحبيب، **تطوير الكفاءات وتنمية الموارد البشرية، التحدي الأساسي للتنافسية الجديدة**، مداخلة ضمن المؤتمر العلمي الدولي حول الأداء المتميز للحكومات،ورقلة ، مارس 2004.

6-صلاح مفتاح، **إدارة الموارد البشرية وتسيير المعارف في خدمة الكفاءات(المهارات)** ، مداخلة ضمن الملتقى الدولي حول التنمية البشرية و فرص الاندماج في اقتصاد المعرفة والكفاءات البشرية، جامعة ورقلة، مارس 2004.

7-منير نوري، نعيمة مبارك، **تكنولوجيا المعلومات وأهميتها في اقتصاديات الدول الغربية لمسايرة تحديات الاقتصاد العالمي الجديد، التوصيات والمتطلبات**، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية والتسيير، جامعة حسيبة بن بوعلي، الشلف، 2005.

8-موساوي زهية، خالدي خديجة، **نظرية الموارد والتجديد في التحليل الاستراتيجي للمنظمات**، مداخلة ضمن المؤتمر العلمي الولي حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، جامعة ورقلة، مارس 2005.

9-موساوي زهية،**التسيير بالكفاءات نموذج نوعي لتنظيم العمل وتسيير الموارد البشرية في المنظمات**، مداخلة ضمن المؤتمر العلمي الدولي السنوي الخامس حول إدارة المعرفة، جامعة الزيتونة، الأردن، 2005.

1-5-المراسيم والتشريعات:

1-الأمر 66-133 المؤرخ في1966/06/02، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 1966/06

2-المرسوم التنفيذي 69-52 المؤرخ في 1969/05/12، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 43، الصادرة بتاريخ 1969/05/20.

3-المرسوم التنفيذي 70-147 المؤرخ في 1970/10/14، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 88، الصادرة بتاريخ 1970/10/20.

4-الأمر 71-45 المؤرخ في 1971/06/21، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 56 ، الصادرة بتاريخ 1971/07/02.

5-المرسوم التنفيذي 71-78 المؤرخ في03 /1971/12، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 102، الصادرة بتاريخ 1971/12/14.

6-المرسوم التنفيذي 73-79 المؤرخ في 1973/06/05، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 47، الصادرة بتاريخ 1973/06/12.

7-الأمر 73-65 المؤرخ في 1973/12/28، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 01، الصادرة بتاريخ 1974/01/01

8-المرسوم التنفيذي 78-12 المؤرخ في05 /1978/08، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 32، الصادرة بتاريخ 1978/08/08.

9-المرسوم التنفيذي رقم 85-05 المؤرخ في 1985/02/16، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 08، الصادرة بتاريخ 1985/02/17.

10-المرسوم التنفيذي 85-59المؤرخ في 1985/03/23، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 13، الصادرة بتاريخ 1985/03/24.

11-المرسوم التنفيذي 85-243 المؤرخ في 1985/10/01، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 41، الصادرة بتاريخ 1985/10/02.

12-المرسوم التنفيذي 87-209 المؤرخ في 1987/09/09، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 37، الصادرة بتاريخ 1987/09/09.

13-المرسوم التنفيذي 89-11 المؤرخ في 1989/02/07، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 06، الصادرة بتاريخ 1989/02/08.

14–المرسوم التنفيذي 93–05 المؤرخ في 1993/01/02، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 02، الصادرة بتاريخ 1993/01/06.

15–المرسوم التنفيذي 93–140 المؤرخ في 1993/06/14، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 41، الصادرة بتاريخ 1993/06/20.

16–المرسوم التنفيذي 94–74 المؤرخ في 1994/03/30، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 19، الصادرة بتاريخ 1993/10/05.

17–المرسوم التنفيذي 94–293 المؤرخ في 1994/09/25، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 63، الصادرة بتاريخ 1995/05/09.

18–المرسوم التنفيذي 95–108 المؤرخ في 1995/04/09، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 21، الصادرة بتاريخ 04/09/ 1995.

19–المرسوم التنفيذي 95–313 المؤرخ في 1995/04/14، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 61، الصادرة بتاريخ 1995/10/18.

20–المرسوم التنفيذي 05–126 المؤرخ في 1995/04/29، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 26، الصادرة بتاريخ 1995/05/09.

21–المرسوم التنفيذي 05–126 المؤرخ في 1995/04/29، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 26، الصادرة بتاريخ 1995/05/09.

22–المرسوم تنفيذي 96–92 المؤرخ في 1996/03/06، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 16، الصادرة بتاريخ 1996/03/06.

23–المرسوم التنفيذي 96–148 المؤرخ في 1996/04/27، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 27، الصادرة بتاريخ 1996/05/05.

24–المرسوم التنفيذي 98–188 المؤرخ في 1998/06/02، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 38، الصادرة بتاريخ 1998/06/03.

25–المرسوم التنفيذي 99–03 المؤرخ في 1999/03/22، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 20، الصادرة بتاريخ 1999/03/24.

26–المرسوم الرئاسي 03–270 المؤرخ في 2003/08/03، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 48، الصادرة بتاريخ 2003/08/13.

27–المرسوم التنفيذي 03–309 المؤرخ في 2003/09/11، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 56، الصادرة بتاريخ 2003/09/17.

28–المرسوم التنفيذي 04–17 المؤرخ في 22 /2004/01، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 06، الصادرة بتاريخ 2004/01/25.

29–المرسوم التنفيذي 04–73 المؤرخ في 2004/03/04، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 13، الصادرة بتاريخ 2004/03/07.

30–المرسوم التنفيذي 04–146 المؤرخ في 2004/05/19، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 31، الصادرة بتاريخ 2004/05/19.

31–المرسوم التنفيذي 06–03 المؤرخ في 2006/07/15، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ 2006/07/16.

32-المرسوم التنفيذي 07-140 المؤرخ في 2007/05/19، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 33، الصادرة بتاريخ 2007/05/20.

33-المرسوم التنفيذي 09-162 المؤرخ في 2009/05/02، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 28، الصادرة بتاريخ 2009/05/10.

34-المرسوم التنفيذي 09-258 المؤرخ في 2009/08/11، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 47، الصادرة بتاريخ 2009/08/16.

35-المرسوم التنفيذي 09-319 المؤرخ في 2009/10/06، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 58، الصادرة بتاريخ 2009/10/11.

36-المرسوم التنفيذي 11-92 المؤرخ في 2011/02/24، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 13، الصادرة بتاريخ 2011/02/28.

37-المرسوم التنفيذي 11-93 المؤرخ في2011/04/24، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 13، الصادرة بتاريخ 2011/02/28.

38-المرسوم التنفيذي 13-220 المؤرخ في 2013/06/18، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 33، الصادرة بتاريخ 2013/06/26.

39-المرسوم التنفيذي 13-296 المؤرخ في 2013/08/17، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 43، الصادرة بتاريخ 2013/08/28.

1-6-التقارير، الندوات والمذكرات:

1-مذكرة وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات رقم 01، الصادرة بتاريخ 2014/04/16 الملحق رقم02.

2-وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات الأولويات والأنشطة المستعجلة"، الجزائر ،2003/01/17.

3-وزارة العمل والحماية الاجتماعية،فعالية الندوة الوطنية الأولى حول الحماية الاجتماعية، الجزائر، 31/30 ماي

2-En langues française et anglaise :

2-1-Les livres :

1-Alain La bruffe, « **La mesure des compétences** », Editions Afnor, Saint Denis Le plan, 2003.

2-Annick Cohen et Annette Soulier, « **Manager par les compétences** », Editions Liaisons, 2004.

3-Bernard Honoré, « **L'hôpital et son projet d'entreprise**» , Editions Pivot,1992.

4-Bernard Martory, Daniel Crozy , **« GRH** », Editions Vuibert, Paris, 2001.

5-Cécile Dejoux, Anne Dietrich, **« Management par les compétences, le cas de man power** », Darios et Pearson Education, France, 2006.

6-Claude Levy Le Boyer, **« La gestion des compétences** » Editions d'Organisations ,Paris , France , 1996.

7-Françoise Rayal, Alain Rieunier, « **Pédagogie :dictionnaire des concepts** », Editions ESF, Paris, 1997.

8-Geneviève Jouvenel, **« La gestion des ressources humaines dans le secteur public** » ,Editions d'Organisations , Paris ,1998.

9-Guy LE Boterf, « **De la compétences, essai sur un attracteur étrange** », Editions d'Organisations, Paris, 1994.

10-J. Le plat, Francine Minet et autres, « **Compétences mythes, constructions ou réalité** », Editions d'Armattan, Paris, 1994.

11-Jean Brilman, « **Les meilleures pratiques de management** » , Editions d'organisations ,Paris , 1998.

12-Jean Marie Peretti, « **Dictionnaire des ressources humaines** », Editions Vuibert, Paris, 1999.

13-Jean Marie Piolle, « Valoriser les compétences » , Editions EMS , Paris ,2001.

14-Jhon Liffey, « **Le management des hospitaliers et universitaires** » ,France, Mars 1998.

15-Jhon R .Schermehom,James G. Hunt, N. Obson ,adaptation francaise :Claire de Billy , « **Comportement humain et organisation** », 2éme 2éme Editions ,Village mondial, France, 2002.

16-Lou Van Beirendock, « **Tous compétents :le management des compétences dans l'entreprise** » , Editions Boeck, Belgique,2006.

17-Marcel Coté, Marie Claire Malo, **« La gestion stratégique une approche fondamentale**», Editions Gaëtan Morin , Canada ,2002.

18-Philippe Lorino, « **Méthodes et pratiques des performances**» ,Editions d'Organisations , Paris, 2003.

19-Philippe Zarifian, « **Le model de la compétence** », Editions Liaisons, Paris,2001.

20-Sandra Bellier, **« Le savoir êtres dans l'entreprise** », Editions Vuibert, Paris, 1998.

21-Shimon L.Dolan, Tonia Saba,Susan E.Jackson, Randal S.Schullet, « **La gestion des ressources humaines, tendances, enjeux et pratiques actuelles,** 3éme édition, Village mondial, Canada, 2002.

22-Valérie Marbach, « **Evaluer et rémunérer les compétences** » , Editions d'Organisations, Paris, 2000.

2-2-Thèses :

1-Abdel Fettah Djamel, « **Vers la mise en place d'un système de management par les compétences cas de Maroc-Modis**» , projet de fin d'études de Master spécialisé en Management stratégique des R.H , université Sidi Mohamed Ben Abdallah, Fès, Maroc, 2008/2009.

2-Adel Fouitah, « **La gestion des compétences, évaluation et développement** au sein de poste Maroc » , projet de fin d'études de Master spécialisé en Management stratégique des R.H , université Sidi Mohamed Ben Abdallah, Fès, Maroc, 2009/2010.

3-Ben Merzouga Ouahida, « **Le rôle du e-Learning dans le développement des compétences en entreprise** » , thèse de doctorat option GRH, faculté des sciences économiques commerciales et de gestion , université de Tlemcen, 2005/2006.

4-Mourad Belmoeiti, « **LE E-Learning comme moyen de gestion et développement des compétences** » , projet de fin d'études de Master spécialisé en Management stratégique des R.H , université Sidi Mohamed Ben Abdallah, Fès, Maroc, 2010/2011.

2-3-Revues et Publications :

1-Chun Wei Choo, « «**Information management for the organisation information today**» , INC ,New Jersey.

2-Ikujiro Nanoka, « **The knewledge –creating company** » , HBR ,vol 69, N°06 , November 1999.

3-M.Lamari, « **Dossier de contractualisation** » , Le Gestionnaire ,Revue semestrielle, ENSP , N°28 ,Juillet 1998.

4-Michel H.Zack, « **Developping a Knewledge strategy** », California Management Riview ,vol 41, N°03, spring 1999.

5-Mike Sarvary , « **Knewledge management and compétition in the consulting industry** » , CMR, vol41, N°02, winter1999.

6-Morton Hanson , « **What's your strategy for managing Knewledge** » , HBR, vol 77, N°02, March, April,1999.

7-S.Vilata, « **Projet d'établissement et projet de service**» , revue gestion hospitalière, N°563,Aout 1191.

8-Saihi AbdelHak, « **Le système de santé publique en Algérie** », Revue gestion hospitalière, N°455, Avril 2006.

9-Tom Backman, « **Creating business value from Knewledge management concepts** » , Vienne ,2000.

2-4 Colloques :

1-Ali Chouche, « **Le financement du système de santé** » , colloque international sur les politiques de santé en Algérie, MSPRH ,Alger ,18et 19 Janvier 2014.

2-Ministère de la santé, « **Séminaire sur le développement du système de santé l'expérience Algérienne** », Alger ,Avril 1993.

3-Moussa Arrada, **« Politique de formation et recherche en santé** », colloque international sur les politiques de santé en Algérie, MSPRH, Alger ,18et 19 Janvier 2014.

2-5-Publications électroniques :

1-Roland Foucher, Normand Pettersen, Abdelhadi Naji, « **Répertoire des définitions , notions des compétences individuelles et compétences collectives** » , www.chaire competences.uquam.ca

2-6-Sites internet :

1-www.kenanaonline.com

2-www.hrdiscussion.com

3-www.wadialarab.com

4-www.scousarena.com

5-www.salah medelturki.fr

6-www.faresbensouilah.com

7-www.tarbawee.com

8-www.begs.org

9-www.iasjet.net

10-www.agelfire.com

11-www.santé maghreb.com

12-www.ands.dz

13-www.joradp.dz

14-www.santé.dz

2-7-Statistiques :

1-Ministère de la santé et de la population, statistiques sanitaire année 1998.

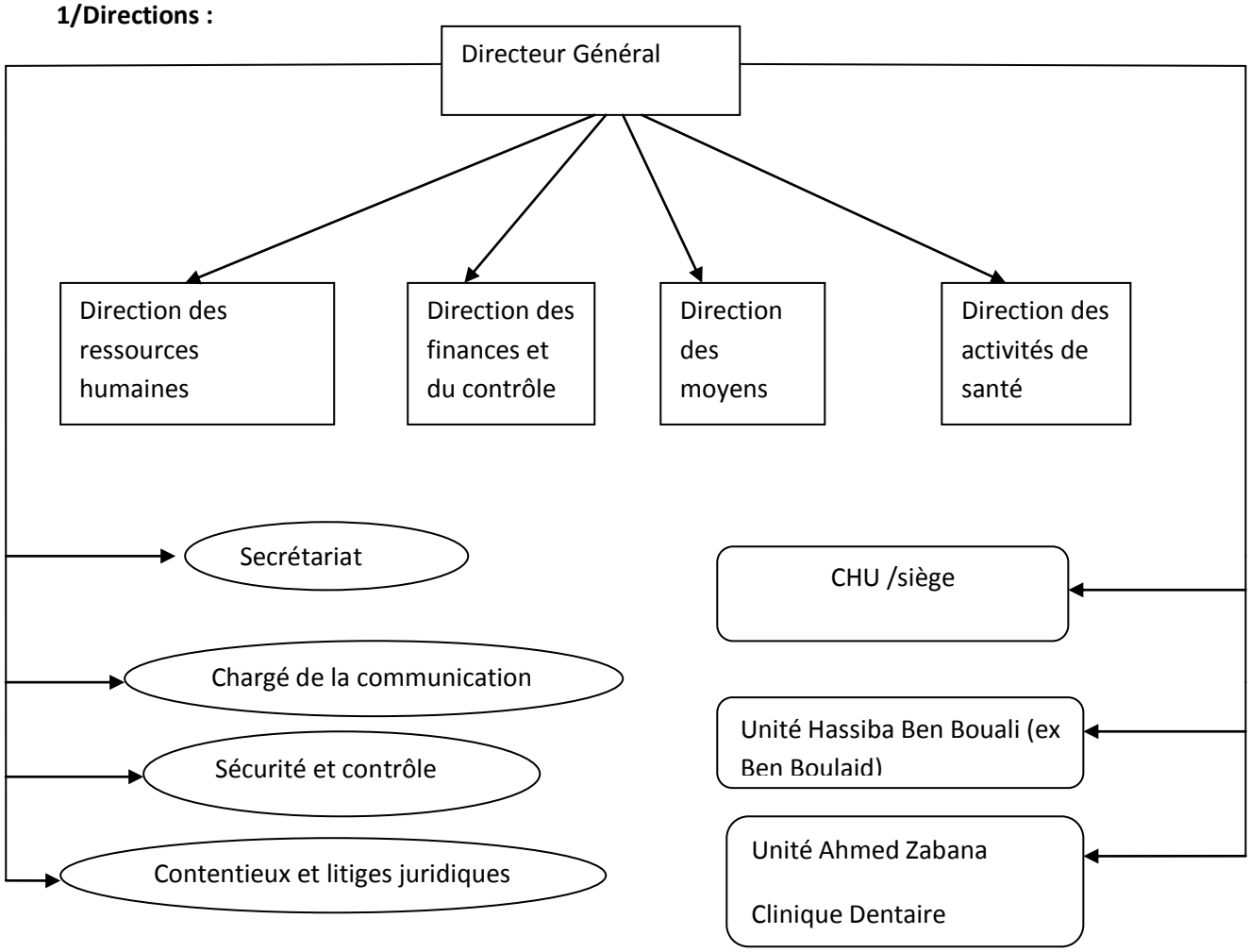
قائمة الملاحق

الملاحق

الملحق 1:المصالح الإدارية والطبية للمركز الاستشفائي الجامعي للبليدة الموزع عليها الاستبيان

Directions et Services du Centre Hospitalo-universitaire de Blida (Frantz Fanon)

1/Directions :



2/Services médicaux :

2-1-CHU/siège :

*Service Cardiologie

*Service Chirurgie Générale

*Service Ophtalmologie

*Service ORL

*Service neurologie

*Service neurochirurgie

*Service rééducation fonctionnelle

*Service traumatologie

*Service des urgences médicales et chirurgicales (SUMC) ex Farroudja (créer en 2013)

*Service Epidémiologie

*Service Ana-pat

*Laboratoire central

*Radiologie

*Pharmacie centrale

2-2-unité Hassiba Ben Bouali :

*Service Gynéco-Obstétrique

*Service Pédiatrie

*Service Chirurgie-Pédiatrique

*Service Médecine du Travail

*Service SAMU

*Laboratoire

*Radiologie

2-3-unité Ahmed Zabana :

*Chirurgie dentaire

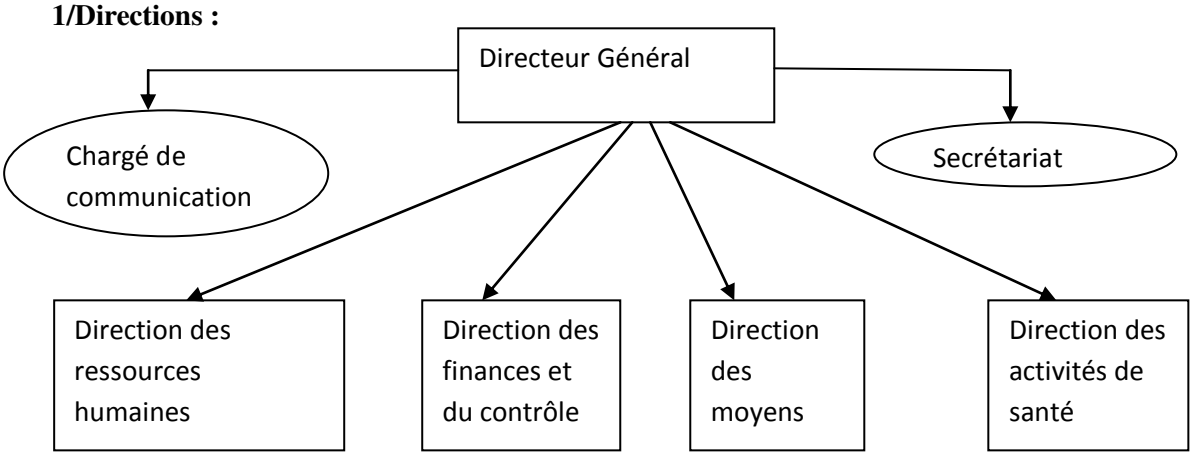
*Laboratoire

*Radiologie

الملحق 2:المصالح الإدارية والطبية للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية الموزع عليها الاستبيان

Directions et Services de l'Etablissement Hospitalier Spécialisé en psychiatrie Frantz Fanon Blida

1/Directions :



2/Services médicaux :

-Service lutte contre la toxicomanie

-Service psychiatrie médico-légale

-Service pédo- psychiatrie

-Service psychiatrie adulte A

-Service psychiatrie adulte B

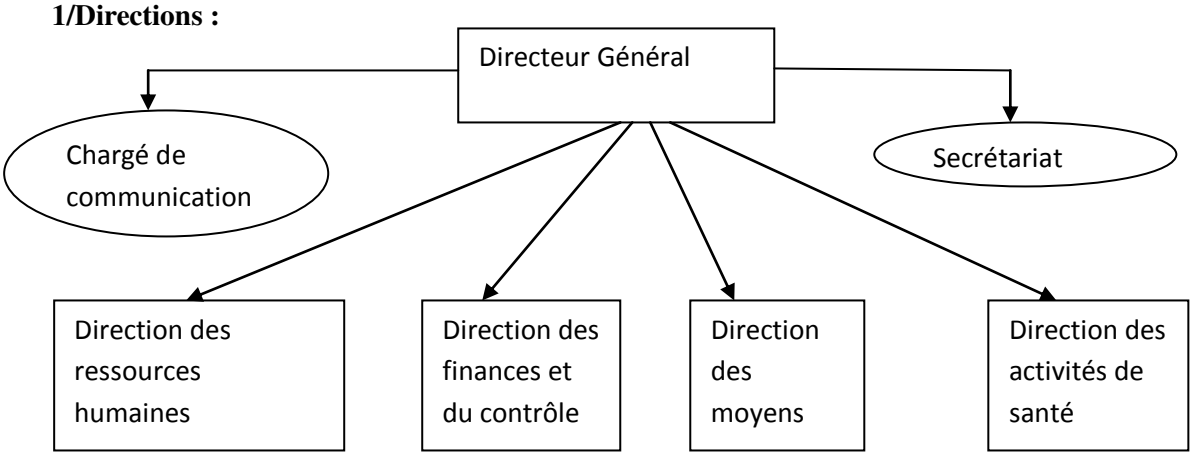
-Service psychiatrie long séjour C

-Service psychiatrie adulte D

الملحق 3:المصالح الإدارية والطبية للمؤسسة العمومية الاستشفائية للبليدة الموزع عليها الاستبيان

Directions et Services de l'Etablissement Public Hospitalier de Blida

1/Directions :



2/Services médicaux :

-Service rhumatologie

-Service pneumologie

-Service médecine interne

-Pavillon des urgences

-Laboratoire

-Radiologie

-Pharmacie

الملحق 4:الاستبيان

Université Blida 2 , Ali Lounici (El Affroun)

Faculté des Sciences Economiques Commerciales et de Gestion

Département de Gestion

Option : Management

Mesdames, Mesdemoiselles et Messieurs ;

Dans le cadre de l'élaboration de notre thèse de Doctorat ayant pour thème **« Le développement des compétences managériales et son impact sur la gestion des établissements hospitaliers, étude d'un échantillon d'établissement hospitalier »,** et afin de nous permettre de répondre à la problématique suivante **: comment l'établissement hospitalier Algérien peut-il améliorer la qualité des services offerts à travers le développement des compétences managériales,** nous vous prions de bien vouloir répondre au questionnaire ci-dessous afin de donner vos avis et suggestions et nous permettre de réaliser cette étude.

Nous tenons à vous assurer que vos réponses seront traitées anonymement et ne seront utilisées qu'à des fins purement scientifiques.

La chercheuse : **Sabrina Khelil.**

Questionnaire.

Première partie : informations générales :

1-Sexe : féminin □ masculin □

2- Age : 20-29 ans □ 30-50ans □ plus de 50ans □

3- Ancienneté dans l'établissement hospitalier : inferieure à 4ans □ 5-9ans □

10-14ans □ 15- 19ans □ supérieure à 20ans □

4-Corps d'appartenance : Administratif □ Médical □ Paramédical □

5-L'établissement hospitalier dans le quel vous exercez :……..

Deuxième partie : le développement des compétences managériales au sein de l'établissement hospitalier.

Mettez une crois(X) devant la ou les propositions que vous jugez appropries.

6-Les compétences individuelles sont considérées comme étant :

un savoir □ un savoir faire □ un savoir être □ des capacités □ de l'expérience □

7- le nombre de session de formation aux quelles vous avez participez depuis votre recrutement au sein de l'établissement hospitalier est de : moins de 4 □ entre 5 et 9 □ plus de 10 □

8-la(les) formation(s) à (aux) la quelle(s) vous avez participez était (étaient) axée(s) sur :

La gestion en général □ techniques de communications □ gestion des ressources humaines□ finances et contrôle de gestion □ gestion des services □ autres (précisez)……
……

9-L'application des savoirs et capacités acquis durant la session de formation sur le terrain requières : du temps □ des moyens matériaux □ une bonne ambiance de travail □ le bien vouloir de l'administration □ en finir avec les contraintes bureaucratiques □ autres (précisez)

Indiquez votre degré d'approbation en mettant une croix(X) dans la case appropriée.

N	Intitulé	Absolument pas d'accord	Pas d'accord	Sans avis	D'accord	Absolument d'accord
10	Votre établissement hospitalier dispose d'un référentiel de compétences					
11	Vos connaissance et capacités sont adéquates par rapport au poste que vous occupez					
12	Vous êtes chargé de taches qui ne correspondent pas à vos compétences					
13	Le poste que vous occupez nécessite plus de compétences					
14	Votre établissement hospitalier dispose d'un système de motivation efficace					
15	Il existe un suivi , une gestion ainsi qu'une évaluation des compétences au sein de votre établissement hospitalier					
16	Votre formation académique (universitaire) vous sert dans l'exécution de vos taches quotidiennes					
17	Le contenu de la formation correspond à la réalité de votre travail					
18	Après avoir participé à la session de formation vous vous sentez plus compétent qu'avant.					
19	Les connaissances et capacités acquises durant votre formation vous servent dans votre travail quotidien					
20	Vous avez modifié votre façon d'exécuter votre travail après votre formation					

Troisième partie : Les caractéristiques de l'organisation administrative au sein de l'établissement hospitalier :

Mettez une crois(X) devant la ou les propositions que vous jugez appropries.

21-Les réunions de coordinations et d'informations se font chaque: semaines □ mois □ trimestre □ semestre □ année □

22-Pour que la gestion de l'établissement hospitalier soit très performante il faut: une bonne communication entre tous les composants humains de l'hôpital □ encourager les initiatives personnelles □ améliorer les conditions de travail □ faire participer le personnel dans les décisions relatives à la bonne gestion de l'hôpital ainsi que celles ayant un rapport avec leurs avenirs □ s'occuper des compétences humaines et les développées □ autres(à préciser)……
……

Indiquez votre degré d'approbation en mettant une croix(X) dans la case appropriée.

N	Intitulé	Absolument pas d'accord	Pas d'accord	Sans avis	D'accord	Absolument d'accord
23	L'organigramme de l'établissement hospitalier est moins rigide					
24	L'organisation actuelle de l'hôpital permet une bonne exécution des taches					
25	Il existe une communication descendante entre les différents niveaux hiérarchiques					
26	Il existe une large délégation de l'autorité aux subordonnés					
27	L'exécution des taches se fait de façon routinière					
28	Vous prenez des initiatives personnelles pour effectuer vos taches					
29	Vous consultez votre supérieur hiérarchique concernant vos initiatives					
30	L'échange d'informations existe entre vous et votre supérieur hiérarchique					
31	Vous participez à l'élaboration des objectifs de votre établissement hospitalier					
3	Vous participez à la prise des					

2	décisions					
33	La direction de l'établissement hospitalier organise des réunions de coordination et d'information					
N	**Intitulé**	**Absolument pas d'accord**	**Pas d'accord**	**Sans avis**	**D'accord**	**Absolument d'accord**
34	Le personnel du service se consulte et discute afin de résoudre les problèmes du quotidien					
35	Il ya une forme d'autonomie dans la gestion de l'établissement hospitalier					
36	La gestion de votre établissement hospitalier est caractérisée par la bureaucratie					
37	Les méthodes de gestion de votre établissement hospitalier peuvent être qualifiées de modernes					

QUATRIEME PARTIE : L'impact du développement des compétences des gestionnaires sur la performance de l'établissement hospitalier à travers la qualité de ses services.

Indiquez votre degré d'approbation en mettant une croix(X) dans la case appropriée.

N	Intitulé	Absolument pas d'accord	Pas d'accord	Sans avis	D'accord	Absolument d'accord
38	Vous discutez avec vos collègues de l'administration sur la qualité des services fournis par votre établissement hospitalier					
39	L'accueil et l'orientation des patients ainsi que de leurs familles est de bonne qualité					
40	La propreté de votre établissement hospitalier peut être qualifiée de bonne					
41	L'établissement hospitalier est doté de tout l'équipement médical nécessaire					
42	Le personnel hospitalier (tout corps confondus) compatit avec les malades					
43	Le personnel hospitalier (tout corps confondus) a un comportement exemplaire vis-à-vis des patients ainsi que de leurs familles					
44	On vous consulte pour améliorer la qualité des services fournis par l'établissement hospitalier					

45	Vos suggestions et avis sont pris en considération afin d'améliorer la qualité des services					
N	**Intitulé**	**Absolument pas d'accord**	**Pas d'accord**	**Sans avis**	**D'accord**	**Absolument d'accord**
46	Intégrer le concept du Knewledge management au sein de votre «établissement hospitalier permet de développer les compétences de ses gestionnaires.					
47	Les compétences des gestionnaires doivent être constamment développées					
48	Les programmes de formation doivent être conformes à la réalité du terrain					
49	Motiver les gestionnaires permet de développer leurs compétences					
50	Assurer des canaux de communication ascendants et descendants permet de développer les compétences des gestionnaires					
51	Former les gestionnaires permet de développer leurs compétences					
52	L'adoption des nouvelles technologies de l'information et de la communication(NTIC) permet de développer les compétences des gestionnaires					

53-Comment évaluez-vous la qualité des services offerts par votre établissement hospitalier :

très mauvaise(1)	**Mauvaise (2)**	**moyenne(3)**	**bonne(4)**	**excellente(5)**

54-Estimez l'impact du développement des compétences des gestionnaires sur la qualité des services offerts :

Moins de 20%	**20-50%**	**50%**	**50-70%**	**Plus de 70%**

الملخص باللغة الأجنبية

ABSTRACT

The success of any organization is realized by the exploitation of rational and optimal resources, which is necessary to find ways and methods to enable them to control the management of itsresources (quantity and quality) and somewhat particular human supplier .This latter is the owner of the change in its environment through its ability of innovation and development in the light of the possibilities available. This can be achieved only by owning the individual knowledge, skills and abilities. This combination of terms called human talent.The diagnosis of qualified individuals is not enough, but the institution must take care and ensure the development and continuously developed in order to maximize the effectiveness of individual performance.

As the hospital and hospital institution are responsible for providing health services to citizens, the sensitivity of the service provided due to the complexity of human composition, the process requires management to find ways to enable them to achieve efficiency and effectiveness in order to gain access to health services and provide the high quality and the lowest cost.

This scientific study was an attempt to clarify the impact of the development of competencies managers on public hospital facilities management and through the distribution of questionnaires to managers of three public institutions are respectively: Center Hospital University of Blida, hospital institution specialized in mental diseases of the dull and hospital public institution of dull, with analysis data using descriptive statistics and analysis methods copy 19.

In addition, this study highlighted through statistical analysis and correlation coefficients positive impact for the development of competitors managers on hospital management institutions and through improving the quality of service provided.

Key words: competencies, reference competencies, skills development, the diagnosis of competencies, competency assessment, hospital Enterprise Manager, the Algerian health system, training, motivation, e-learning, knowledge management, administrative management, quality of service