

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة البليدة 02

كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير

قسم علوم التسيير

محاولة دراسة شروط جودة الخدمات بالمنظمات العمومية

- دراسة حالة المؤسسة الصحية بعين طاية -

أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في علوم التسيير

تخصص إدارة أعمال

إشراف الدكتور:

سايجي عبد الحق

إعداد الطالبة :

شيهاني سهام

السنة الجامعية 2016/2017

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة البليدة 02

كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير

قسم علوم التسيير

محاولة دراسة شروط جودة الخدمات بالمنظمات العمومية

- دراسة حالة المؤسسة الصحية بعين طاية -

أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في علوم التسيير

تخصص إدارة أعمال

إعداد الطالبة :

شيهاني سهام

أمام اللجنة المشكلة من:

رئيسا	جامعة البليدة 2	أستاذ التعليم العالي	منصوري الزين
مشرفا و مقررا	المدرسة الوطنية للإدارة	أستاذ التعليم العالي	عبد الحق سايجي
عضوا مناقشا	المدرسة العليا للتجارة	أستاذ التعليم العالي	عدمان مريزق
عضوا مناقشا	جامعة خميس مليانة	أستاذ محاضر أ	خثير محمد
عضوا مناقشا	جامعة البليدة 2	أستاذ محاضر أ	يدو محمد
عضوا مناقشا	جامعة البليدة 2	أستاذ محاضر أ	بركان زهية

السنة الجامعية 2017/2016

بسم الله الرحمن الرحيم

{ إِنَّ اللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّى يُغَيِّرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ }

صَلَّى اللَّهُ عَلَى الْعِزِّ

(الرعد: من الآية 11)

الإهداء

إلى حكمتي ...و علمي

إلى أدبيو حلمي

إلى سندي و قوتي ...و ملاذي بعد الله.....إليك يا أمي

إلى من أحمل اسمهبكل فخر

إلى من افتقدتك منذ الصغر

إلى من يرتعش قلبيلذكرك

إلى من أودعتني للهإليك يا أبي

إلى من علموني علم الحياة

إلى من أظهروا ليما هو أجمل من الحياة

إلى من آثروني على أنفسهم....إليكم يا إخوتي

شكر و تقدير

(نحمدك اللهم و نستعين بك و نستهديك و نستغفرك و نصلي على سيدنا محمد أفضل صلاة و أتم تسليم، فاللهم صل عليه و على آله و صحبه أجمعين)

أما بعد...

لا يسعني إلا أن اسجد شاكرة لربي على كرمه و فضله و منحه لي من عزم و صبر و توفيق في إتمام هذا البحث، فالحمد لله على ما أعطى و الشكر له على ما وهب و أنعم...

إسنادا للفضل لأهله و عرفانا لذويه، يطيب لي أن أتقدم بأسمى آيات الشكر و التقدير إلى أستاذي الكبير الذي منحني من وقته وجهده الشيء الكثير، وأنار طريقي، وأعطاني من حكمته وعلمه وخبرته ما ساعدني على إنجاز هذا البحث.. ستظل جميعها مثلي في مستقبل حياتي وفي حاضرها.

إليك أستاذي الجليل الأستاذ الدكتور سايحي عبد الحق.

كما أتقدم بكل الشكر و الامتنان و التقدير إلى الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة لقبولهم مناقشة هذه الرسالة و إثراءها...

كما يطيب لي في هذا المقام أن أتقدم بخالص الشكر و التقدير إلى كل من قدم عوناً صادقاً في أي مراحل البحث، و أخص بالذكر الأستاذ كشاد رابح و الأستاذ كسرى مسعود و عمال المدرسة الوطنية للمناجنت و إدارة الصحة بـ برج البحري (توال و محمد)...

إلى كل من كان عوناً لي و نوراً يضيء الظلمة التي كانت تقف في طريقي...إليك يا أسماء...

إلى من زرعوا التفاؤل في دربي و قدموا لي المساعدات، التسهيلات، الأفكار و المعلومات...

لكم مني كل الشكر و الامتنان....

ملخص

الملخص:

إن تطوير الخدمة العمومية و التغلب على المشكلات و المعوقات التي تعترض أداءها في ظل بيئة متغيرة ومتجددة أصبح ضرورة حتمية، فخصوصية المنظمات العمومية عن غيرها كون أنها تتضمن أبعاد اجتماعية سياسية واقتصادية جعلها تسعى نحو تحسين الفعالية و الخدمة، هذا لا يكون إلا بتغيير أساليب تسييرها و تبني استراتيجيات ترفع من مستوى أدائها، كمدخل إدارة الجودة الشاملة الذي يعتبر احدى المداخل الحديثة في التعامل الايجابي مع التحولات البيئية وسرعة الانجاز و تبسيط الاجراءات مما يسمح بالتحسين المستمر لجودة الخدمة العمومية.

تهدف هذه الدراسة إلى البحث في أطر و شروط الوصول إلى الجودة في الخدمة العمومية الصحية من خلال تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة كمفهوم إداري حديث بديل عن النظام الإداري السائد في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة و هي المؤسسة الاستشفائية العمومية لعين طاية، بتوزيع استمارة على عينة من العاملين بمختلف فئاتهم المهنية و من ثم قمنا بتحليل و تفسير النتائج المتوصل إليها.

لقد أبرزت الدراسة أهمية التغيير نحو أسلوب إدارة الجودة الشاملة في تسيير المؤسسة الاستشفائية العمومية بعين طاية لتحقيق الجودة في جميع العمليات و بالتالي تحسين الخدمة الصحية و هذا لا يتم إلا بتوفير قيم ثقافية تعزز سلوك العاملين نحو الجودة بالإضافة إلى تنمية قدراتهم من خلال التدريب و التمكين لتحسين الأداء المطلوب.

الكلمات المفتاحية:

جودة الخدمة، إدارة الجودة الشاملة، الثقافة التنظيمية، التدريب و التمكين، المنظمات

العمومية، المرفق العام، المؤسسات الصحية.

قائمة المحتويات

قائمة المحتويات

إهداء

شكر و تقدير

ملخص

قائمة المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

24	مقدمة عامة
43	1. الإطار النظري و العملي لإدارة الجودة الشاملة
44	تمهيد
46	1.1. مفهوم الجودة و مراحل تطورها.....
46	1.1.1. تعريف الجودة و التطور التاريخي لمفهومها.....
46	1.1.1.1. تعريف الجودة.....
52	2.1.1.1. التطور التاريخي لمفهوم الجودة
70	2.1.1. اسهامات رواد إدارة الجودة الشاملة في تطوير مفهوم الجودة.....
70	1.2.1.1. المساهمات الفكرية لإدوارد ديمينج - Adward Deming
76	2.2.1.1. المساهمات الفكرية لجوزيف جوران Joseph M.Juran
79	3.2.1.1. المساهمات الفكرية لكاورو إيشيكawa Kaoru Ishikawa.....

82	 Philip B.Crosby	4.2.1.1. المساهمات الفكرية لفليب كروسبي
87	.....	2.1. الإطار الفكري لإدارة الجودة الشاملة.
87	.....	1.2.1. مفهوم و مبادئ الجودة الشاملة.
87	.....	1.1.2.1. تعريف إدارة الجود الشاملة.
94	.....	2.1.2.1. مبادئ إدارة الجودة الشاملة.
100	.....	3.1.2.1. أهمية إدارة الجودة الشاملة
103	.....	2.2.1. فلسفة إدارة الجودة الشاملة.
104	.....	1.2.2.1. التطوير و التحسين المستمر للجودة.
117	.....	2.2.2.1. التخطيط الاستراتيجي للجودة الشاملة في المنظمة.
125	.....	3.2.2.1. إدارة المورد البشري في ظل إدارة الجودة الشاملة
128	.....	3.2.1. متطلبات و مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمة.
132	.....	1.3.2.1. متطلبات تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة في المنظمة.
137	.....	2.3.2.1. مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمة.
142	.....	خلاصة.
143	.....	2.جودة الخدمات في المنظمات العمومية الصحية
144	.....	تمهيد.
145	.....	1.2. تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المرفق العام و متطلباتها.
145	.....	1.1.2. مفهوم المرفق العام، أنواعه و أساليب تسييره.

146	1.1.1.2. تعريف المرفق العام و عناصره
150	2.1.1.2. أنواع المرفق العام
155	3.1.1.2. أساليب تسيير المرفق العام
158	2.1.2. أهمية الجودة الشاملة كمدخل للتغيير في المرفق العام، المتطلبات و المعوقات
158	1.2.1.2. مبررات التوجه نحو إدارة الجودة الشاملة و امكانية تطبيقها في المرفق العام
167	2.2.1.2. منهجية تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة في المرفق العام
174	2.2. جودة الخدمة في المنظمة الصحية
174	1.2.2. مفهوم الخدمات الصحية و خصائصها
181	2.2.2. أهمية جودة الخدمات الصحية و طرق قياسها
181	1.2.2.2. مفهوم جودة الخدمات الصحية و أبعادها
188	2.2.2.2. طرق قياس الخدمات الصحية
199	3.2. مقومات و شروط تطبيق الجودة الشاملة في المنظمات الصحية
199	1.3.2. إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية
199	1.1.3.2. مفهوم و نشأة إدارة الجودة الشاملة في المنظمة الصحية
203	2.1.3.2. المتطلبات العامة لتطبيق الجودة الشاملة في المنظمة الصحية
217	2.3.2. إعادة تقييم الثقافة التنظيمية
217	1.2.3.2. مفهوم الثقافة التنظيمية و أهميتها
222	2.2.3.2. بناء ثقافة الجودة و المحافظة عليها

237	 3.3.2. تفعيل المورد البشري ضمن إدارة الجودة الشاملة
237	 1.3.3.2. دور إدارة الموارد البشرية في تدعيم برامج الجودة الشاملة
245	 2.3.3.2. تنمية المورد البشري لمساهمة أكثر في تطبيق برامج الجودة الشاملة
258	 خلاصة
259	 3. تطور و تنظيم المؤسسات الصحية الجزائرية
260	 تمهيد
261	 1.3. النظام الصحي و مكوناته
261	 1.1.3. تعريف النظام الصحي و وظائفه
263	 2.1.3. معايير أداء النظام الصحي
268	 3.1.3. مكونات النظام الصحي
270	 4.1.3. المؤسسات الصحية في الجزائر و أشكالها
277	 2.3. تطور النظام الصحي الجزائري
280	 1.2.3. السياسة الصحية الجزائرية في الفترة (1962-1972)
282	 2.2.3. السياسة الصحية الجزائرية في الفترة (1973-1986)
285	 3.2.3. السياسة الصحية الجزائرية في الفترة (1987-2003)
289	 4.2.3. السياسة الصحية الجزائرية في الفترة (2004-2011)
290	 3.3. تقييم أداء النظام الصحي الجزائري
290	 1.3.3. تطور المؤشرات الديمغرافية

295	2.3.3. تطور المؤشرات الاجتماعية البشرية
298	3.3.3. تطور المؤشرات الصحية
303	4.3.3. تطور المؤشرات التنظيمية للنظام الصحي
312	خلاصة
313	4. شروط جودة الخدمة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية
314	تمهيد
315	1.4. أنشطة المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية و تنظيمها
315	1.1.4. التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية
321	2.1.4. تنظيم و تسيير المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية
330	2.4. الاجراءات المنهجية للدراسة
330	1.2.4. فرضيات الدراسة
333	2.2.4. مجالات الدراسة
334	3.2.4. منهج الدراسة و أدواتها
338	4.2.4. عينة الدراسة و خصائصها الديموغرافية
344	3.4. تحليل بيانات الدراسة
344	1.3.4. تحليل بيانات أهمية تطبيق نظام الجودة في المستشفى
357	2.3.4. تحليل بيانات الخصائص الثقافية و أثر التغيير الثقافي في تحقيق الجودة في المستشفى
378	3.3.4. تحليل بيانات أثر التدريب و التمكين في تحسين جودة الخدمة في المستشفى

391	 4.3.4. تحليل بيانات شروط و معوقات تحسين جودة الخدمة بالمستشفى
396	 5.3.4. مناقشة نتائج اختبار الفرضيات
406	 خلاصة
407	 الخاتمة العامة
413	 قائمة المراجع
432	 الملاحق
447	 الملخص باللغة الأجنبية

قائمة الجداول

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
(1)	مراحل تطور مفهوم الجودة	68
(2)	الاختلافات الجوهرية بين الاتجاه الأمريكي و الياباني	110
(3)	الفرق بين حلقات الجودة و مجموعة تحسين الجودة	113
(4)	ثقافة الجودة الشاملة	223
(5)	خطوات التطويع الاجتماعي	234
(6)	مقارنة بين نظام تقييم الأداء التقليدي و بين نظام تقييم الأداء في ظل إدارة الجودة الشاملة.....	246
(7)	تطور عدد السكان (1966-2015)	291
(8)	تطور معدل النمو الديمغرافي خلال الفترة (1966-2015)	291
(9)	تطور مواليد و وفيات الأطفال الرضع	292
(10)	تطور توقع الحياة عند الولادة (1966-2015).....	293
(11)	توزيع السكان حسب الفئة العمرية (1966-2015).....	294
(12)	تطور مؤشرات التنمية البشرية (1980-2014).....	295
(13)	المؤشرات الفرعية لمؤشر التنمية البشرية لسنة 2014.....	297
(14)	تطور نصيب الفرد من الناتج الداخلي الخام بالمكافئ القوة الشرائية.....	296
(15)	تطور الاصابة بالأمراض المعدية خلال الفترة (1997-2003)	299
(16)	تطور الأسباب دخول المستشفى ما بين سنتي 1990 و 2005	300

- (17) تطور وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات لكل 1000 مولود حي (2006-2015) 301
- (17) أول عشر أمراض مسببة للوفاة في سنة 2002 302
- (18) تطور عدد المؤسسات الاستشفائية ما بين 2005 و 2010 304
- (19) تطور عدد المؤسسات الصحية الخاصة في الجزائر 305
- (20) تطور تغطية الممارسين الطبيين للسكان في الجزائر بالفترة الممتدة ما بين 1966-2007 (بالنسبة لعدد السكان) 306
- (21) تطور تغطية الممارسين الإداريين، التقنيين و عمال الخدمة للقطاع الصحي في الجزائر بالفترة الممتدة ما بين 1966-2006 (بالنسبة لعدد السكان) 307
- (22) مصادر تمويل النفقة الصحية خلال الفترة 2005-2010 (الوحدة 10^3 دج) . 309
- (23) تطور الناتج المحلي الخام و موازنة الصحة في الجزائر من سنة 1998 إلى سنة 2006 310
- (24) الطاقة الاستيعابية للمؤسسة الاستشفائية لعين طاية 317
- (25) الطاقة الاستيعابية للمصالح الاستشفائية بالمستشفى 318
- (26) تطور عدد المرضى المراجعين عبر مختلف المصالح في الفترة (2010-2014) 319
- (27) تطور عدد العمال في المستشفى (2010-2013) 320
- (28) توزيع عينة الدراسة حسب الفئة المهنية 339
- (29) توزيع عينة البحث حسب الخبرة 342
- (30) مدى ملائمة الاجراءات الحالية في تسيير المستشفى لتحقيق الأنشطة المسطرة 345
- (31) رضا العاملين عن أداء المستشفى و عن جودة الخدمة المقدمة 346
- (32) رأي العاملين في أثر تطبيق نظام تسيير يعتمد على الجودة في المستشفى... 348
- (33) أثر وجود رؤيا و أهداف من قبل إدارة المستشفى لتحسين الجودة..... 349

351	 العمل ضمن فرق العمل في المستشفى	(34)
353	 أثر مبدأ التركيز على رضا المريض على تحسين الخدمة الصحية	(35)
356	 أثر توفير نظام معلومات صحي على المستشفى	(36)
358	 وجود برنامج للتغيير نحو الجودة	(37)
360	مدى تقديم المعلومات اللازمة حول عمليات التحسين المستمر و أداء الوظائف للعاملين	(38)
362	 الثقة و العمل الجماعي بين العمال	(39)
364	 جو العمل في المستشفى	(40)
365	 أثر جو العمل على العمل كفريق بالمستشفى	(41)
367	 ظروف العمل في المستشفى	(42)
370	 أثر ثقافة المؤسسة على تحقيق الجودة في الخدمة	(43)
371	 أثر التغيير الثقافي على الخدمة الصحية في المستشفى	(44)
373	 أهمية عناصر التغيير الثقافي في المستشفى	(45)
376	 العقبات الثقافية نحو التغيير في المستشفى	(46)
379	 واقع التدريب في المستشفى	(47)
382	 أثر التدريب على الجودة على العامل	(48)
384	 ثقة إدارة المستشفى بالعاملين	(49)
388	 نظام الحوافز و الترقية في المستشفى	(50)
392	الشروط الواجب توفرها في المستشفى للوصول إلى جودة الخدمة حسب الأهمية	(51)

قائمة الأشكال

قائمة الأشكال:

الرقم	العنوان	الصفحة
(1)	الأبعاد الرئيسية للجودة حسب مفهوم لبيوف و إرسوز	50
(2)	مثلث ديمنج	73
(3)	دائرة الجودة.....	74
(4)	أسلوب تحليل علاقة السبب بالنتيجة.....	81
(5)	تفسير كروسبي لتكاليف المطابقة	85
(6)	عجلة الجودة الشاملة المرتكزة على رضا المستفيد	95
(7)	أهمية إدارة الجودة الشاملة	102
(8)	العلاقات التفاعلية بين أطراف الجودة	103
(9)	نموذج الفجوة لقياس الخدمة الصحية في المنظمات الصحية	192
(10)	مكونات نجاح إدارة الجودة الشاملة	215
(11)	مراحل التغيير الثقافي	232
(12)	دورة تدريب الجودة	247
(13)	نموذج النظام الصحي و علاقته مع الوضع الصحي	269
(14)	توزيع عينة الدراسة حسب الجنس	340
(15)	توزيع عينة الدراسة حسب العمر	341
(16)	رأي العاملين في العمل على تحقيق رضا المريض	354

- (17) صعوبة تغيير عناصر التغيير الثقافي 374
- (18) أثر التدريب على الجودة 381
- (19) مشاركة العاملين الإدارة في وضع الأهداف و التخطيط للجودة 386
- (20) أثر التمكين على مهارات العاملين في المستشفى 390
- (21) العقبات التي تحول دون الجودة في الخدمة الصحية 394

مقدمة عامة

مقدمة عامة

(1) إشكالية الدراسة:

إن التطورات المتسارعة التي يشهدها العالم من ظاهرة العولمة و الاندماج في الاقتصاد العالمي و سياسة الانفتاح و تحرير الأسواق إضافة إلى التطورات في تكنولوجيا الاتصالات و المعلومات فرضت على الدول مواكبتها، حيث أصبح من الصعب على أي دولة العيش بمعزل عنها، لذلك أخذت الدول النامية في تبني السياسات الإصلاحية الرامية إلى إعادة و هيكلة اقتصادياتها، و لقد كان للمنظمات العمومية النصيب الأوفر في هذا المجال.

تعاني هذه المنظمات العمومية في العديد من الدول النامية من عدة مشاكل و هي تمثل عائقا وراء تطورها و تواجه تحديات دولية و خارجية، فإنه بات من الضروري إجراء إصلاحات وتغييرات جوهرية و أساسية في بنية جهازها الإداري لحل مشكلاته و رفع كفاءته على أسس ومبادئ علمية تضمن لها التغيير و التطوير، فإدارة القرن الواحد و العشرين تعتمد على عدة مداخل و استراتيجيات للتنمية و التطوير الإداري كإدارة الجودة الشاملة، التطوير التنظيمي، إعادة الهندسة و التفكير الإبداعي، التي يمكن أن تعتمد عليها المنظمات العمومية لتحل مشاكلها الإدارية وتعيد توازنها و تقودها نحو جودة الخدمة.

شهدت الجزائر في العقود السابقة تطبيق برامج إعادة الهيكلة لمنظماتها، بهدف تحسين أدائها و تحقيق نجاعتها الاقتصادية و الإدارية، إلا أن هذه البرامج أخفقت أحيانا في تحقيق أهدافها في مجال تطوير و إصلاح المنظمة الجزائرية، و بقيت المنظمات العمومية تشكو من نفس المشاكل و العراقيل و التي كان من ملامحها: التداخل في الصلاحيات بين الهيئات المسيرة

في المنظمة بسبب التناقضات القانونية و الاقتصادية بين توجيه مركزي لسلطة إدارية و مالية وسلطة اقتصادية لا مركزية على مستوى المنظمات، و باتت المشاكل المرتبطة بأزمة تسيير المنظمات العمومية تعود أساسا إلى النصوص القانونية المرتبطة بها و التي عانت من ثقل الدور الاقتصادي والاجتماعي و السياسي المنوط لها، باعتبارها جهاز ملكيته في يد الدولة و يمكن إدراج ذلك ضمن أسباب متعلقة بملكية المؤسسة و برأسمالها و بمفهومها.

يتضح جليا أن المؤسسة الصحية التي تتميز بالدعم المباشر الذي تقدمه السلطات العمومية باعتبارها مرفقا عموميا و التي هي محل الدراسة، أنها تعيش أزمة مرتبطة بأهدافها وأساليب عملها و نتائجها، و على الرغم من هذا الدعم الذي تقدمه هذه السلطة العمومية تبقى أعمال هذه المؤسسة محل تساؤل كبير حول ما تقدمه من خدمات، فالواقع العملي يفرض أن المنظمة التي تلقى الدعم و السند من قبل الهيئات العمومية خاصة ما تتعلق بالجانب المالي، لجديرة أن تقدم الجودة في خدماتها لأن المسائل الجوهرية المتعلقة بالجانب المالي قد حلت، كل هذا لم يحدث و أصبحت هذه المؤسسة الصحية محل تساؤلات من قبل مستخدمي المرفق العمومي أنفسهم و حتى من قبل مستعمليها و لعل ذلك يرجع أساسا إلى أسلوب التسيير.

الظاهر أن أساليب تسيير المؤسسات العمومية منذ الاستقلال قد أثبتت عدم فعاليتها، لذلك أصبح من الضروري إعادة التفكير بشكل جذري في الأساليب المعتمدة للتسيير و البحث عن أساليب حديثة لرفع كفاءة العاملين ، تحقيق النتائج و الأهداف المنشودة و تحقيق الجودة في أداء الخدمة.

من بين الأساليب الحديثة في التسيير نجد إدارة الجودة الشاملة و التي تهدف إلى تحسين و تطوير الأداء بصفة مستمرة، حيث تعتبر منهج تطبيقي شامل يهدف إلى تحقيق حاجات

وتوقعات العميل، باستخدام الأساليب الكمية من أجل التحسين المستمر في العمليات و الخدمات، فهي شكل تعاوني لإنجاز الأعمال يعتمد على القدرات و المواهب الخاصة لكل من الإدارة والعاملين لتحسين الجودة بشكل مستمر عن طريق فرق العمل من خلال التركيز على رضا العميل و ضعه على رأس قائمة الأولويات ، و يمكن القول أيضا بأنها التطوير المستمر لمختلف العمليات الإدارية ، و ذلك بمراجعتها و تحليلها و البحث عن الوسائل و الطرق المثلى لرفع مستوى الأداء وتقليل الوقت، و ذلك لتمكين الخدمة من أن تكون في أفضل المستويات و تسمح بالوصول إلى الرضا التام للمستفيد.

في هذه الدراسة سنحاول معالجة شروط جودة الخدمات بالمنظمات العمومية الجزائرية، وذلك بتسليط الضوء على المؤسسة الصحية، معتمدين في ذلك على تشخيص واقعها في ظل الإصلاحات التي مرت بها والكشف عن نقاط الضعف و القوة، من خلال التأمل في جوهر التغيير و البحث عن الأسلوب الأمثل في التسيير بدل النموذج الكلاسيكي، لإخراج هذه المؤسسات من أزمتها، كما سنحاول تسليط الضوء على معوقات الجودة في المنظمات العمومية الذي من شأنها أن ترقى بالممارسات الإدارية إلى التميز، كونها تعد شكل من أشكال التغيير و التطوير التنظيمي في المؤسسة، كما سندرس إمكانية تبني نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية كوسيلة لتحسين الخدمة الصحية، كون هذا النظام أي إدارة الجودة الشاملة أثبتت فعاليتها من قبل على المستوى العالمي، حيث كانت الولايات المتحدة الأمريكية السباقة لاعتماده منذ سنة 1987 في مجال الرعاية الصحية و الذي أدى إلى إنشاء معهد متخصص لتحسين الرعاية الصحية NDP الذي يمثل المرجعية الرئيسية لتحسين و جودة الخدمة الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية، كما تم إنشاء هيئة للاعتراف بالمنظمات التي تقدم الخدمات الصحية JCAHO التي وضعت برنامجا في عشر خطوات لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، و كذا مقياس لقياس درجة

جود الخدمة المقدمة، أما على المستوى المحلي فقد بدأت الحكومة في إصلاحات واسعة النطاق في مجال إدارة الصحة بما في ذلك عملية تقويم الوظائف، حيث سجلت تدريب 141 عامل فني في الإدارة و الصيانة البيولوجية الطبية و إنشاء هيئة لمفتشي الطب الحيوي، و تعزيز القدرة على إدارة المرافق الصحية من خلال تدريب 1372 مدير في عام 2007 و مواصلة تدريب و تكوين 20.025 من المهنيين العاملين في مجال الصحة في 2007 من بين 57.000 بحلول عام 2009 ، و تشمل الجوانب الرئيسية للإصلاح عدة جوانب منا مراقبة الإنفاق العام على الخدمات الصحية و إنشاء النظام الإقليمي للصحة، التحول إلى الخدمات الصحية في المنزل و المجتمع لتقريبها من المواطن، لكن رغم كل ذلك لم تتبنى الوزارة عملية تطبيق الجودة الشاملة في القطاع الصحي.

على ضوء كل ما ذكرناه سابقا تأتي دراستنا للإجابة على الإشكالية التالية:

لماذا لم تصل المنظمات العمومية الجزائرية على الرغم مما تتوفر عليه من موارد و بني

تحتية ومن مشاريع الإصلاحات المتواصلة، إلى الجودة في الخدمات ؟

تدرج ضمن هذه الإشكالية التساؤلات الفرعية التالية:

1. ما هو مستوى الخدمات المقدمة بالمنظمات العمومية الجزائرية ؟
2. هل تشكل الأساليب الإدارية البيروقراطية عائقا أمام جودة الخدمات في المنظمات العمومية ؟
3. ما هو دور الكفاءات البشرية في الوصول إلى جودة الخدمات ؟
4. كيف يمكن للمنظمات العمومية أن ترفع من مستوى أدائها للخدمة؟ و ما هي الشروط

الأساسية لذلك؟

الفرضيات:

للإجابة على الإشكالية المطروحة قمنا بتبني الفرضيات التالية:

1. تغيير طريقة تسيير المنظمات العمومية بتطبيق إدارة الجودة الشاملة يحسن الخدمة العمومية.
2. إرساء ثقافة تنظيمية تركز على الجودة تساهم في رفع مستوى خدمات المنظمة العمومية.
3. تطوير و تنمية الكفاءات البشرية من التدريب في مجال الجودة الشاملة و التمكين يساعد على إحداث التغيير في الخدمة العمومية.

(2) أهمية الدراسة:

تتبع أهمية دراستنا هذه من المكانة التي تحتلها الجودة في ظل التغيرات الحديثة التي شهدتها المنظمات و التي أدت إلى حدوث نقلة نوعية في الفكر الإداري وتطوير المفاهيم و الإبداع في الأساليب و التي تتدرج ضمن مداخل التغيير التنظيمي، حيث تعتبر إدارة الجودة الشاملة من أكثر مداخل التغيير التنظيمي انتشارا في تطوير المنظمات و أصبحت غاية استراتيجية تسعى من خلالها المنظمات إلى البقاء و الاستمرار من خلال إتقان استغلال الفرص الجديدة التي تفرضها التحديات الجديدة للتأقلم مع الواقع المتسارع الذي تغيرت فيه المفاهيم الإدارية، و لعل المنظمات خاصة العمومية منها بحاجة إلى تغيير مفاهيمها الإدارية وسياساتها التسييرية، و تطبيق مبادئ الإدارة الحديثة و تحديد معايير التطوير الإداري التي تجعلها تحقق أعلى مستويات الخدمة و الفعالية و الأداء و تضمن لها الوصول إلى جودة الخدمة.

حيث تشكل الجودة الشاملة إطار فكري يتضمن العناصر الرئيسية في توجيه الإدارة في المنظمات وحركة مستمرة تسعى و تسمح بظهور التجديدات و الإبداعات لتحقيق التفوق و توفير خدمات بنوعية جيدة، و عليه فإن بلوغ مستوى الجودة و الحفاظ عليها يقتضي إجراء تغييرات عميقة و ذات طابع استراتيجي.

بما أن التغيير سمة من سمات عصرنا الحالي و ضرورة للتكيف مع المستجدات خاصة في المنظمات العمومية الجزائرية، و المتتبع لمختلف التغييرات و مشاريع الإصلاحات الإدارية في هذه المنظمات يجد أنها فشلت في تحقيق أهدافها و الارتقاء بخدمات المنظمات إلى الجودة و ذلك لاعتمادها إلى حد كبير على الفكر الإداري و التنظيمي التقليدي ، فأصبح من الضروري إعادة النظر في الرؤى و الأساليب السائدة ورفع الجانب السلبي للبيروقراطية و تبني سياسة التغيير باللجوء إلى أساليب تسيير ناجعة و تبني الأفكار الإبداعية.

إن التميز في تقديم الخدمة الصحية على مستوى المؤسسات الصحية الجزائرية أصبح ضرورة لا غنى عنها بحيث تتفادى الأخطاء و العيوب و تقدم بأقل تكلفة مالية ممكنة و ترقى لمستوى توقعات ورغبات المستفيدين، وذلك من خلال التحسين و التطوير المستمر و الالتزام بمتطلبات و معايير الأداء وأداء العمل الصحيح بشكل صحيح من المرة الأولى و كل مرة، نشأت الحاجة إلى تطبيق الجودة الشاملة التي تتسجم مع النظرة الواقعية في تحسين الخدمة الصحية.

بناء على ذلك تأتي هذه الدراسة لتتصب على إدارة الجودة الشاملة كأسلوب حديث تسعى من خلاله المنظمات العمومية إلى الوصول إلى الجودة في الخدمة، و هذا بالتركيز على أهمية العنصر البشري والكفاءات البشرية في تحقيق ذلك، و كذا أهمية تطبيقها في المؤسسات الصحية.

(3) أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق جملة من الأهداف أهمها:

_ تبين أهمية التغيير في أساليب تسيير المؤسسات العمومية من خلال تبني مدخل إدارة الجودة الشاملة و دور الكفاءات البشرية المتميزة و المبدعة في التطوير و التغيير الذي يؤدي إلى الجودة في الخدمات.

_ دراسة إمكانية تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية ودوره في الوصول إلى الجودة في الخدمة الصحية.

_ التعرف على متطلبات تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية و التي تضمن نجاحها واستمراريتها

(4) مبررات اختيار الموضوع:

تتمثل أسباب اختيار موضوع الدراسة في:

_ زيادة الاهتمام بمتطلبات الجودة و متغيراتها.

_ أهمية المؤسسات الصحية بالنسبة للمجتمع لما لها من دور حساس ينعكس على حياة المرضى.

_ التأخر الملحوظ الذي يشهده قطاع الخدمات العمومية في الوصول إلى الجودة و إدارتها، خاصة على مستوى القطاع الصحي

_ الحاجة إلى جودة حقيقية في المرفق الصحي.

(5) الإطار النظري للدراسة:

تدخل هذه الدراسة في الإطار العام لعلوم التسيير و ترتبط ارتباطا بالمناجمت، و سوف ترتكز كل أسس الجانب النظري و التطبيقي على هذه الجوانب، كما، بيد أنه يذكر أن الإطار النظري لا يستند على عموميات في هذا المجال بل سوف نأخذ من نظريات الجودة و الجودة الشاملة التي تساعد على الإلمام بالموضوع محل الدراسة والتي برزت من خلال كبار المفكرين في الثمانينات من القرن العشرين و من بين هؤلاء المفكرين نجد **W.Edwards Deming** ادوارد ديمينج الذي يعتبر من الذين كانت لهم إسهامات مميزة في مجال الضبط الإحصائي ، و الذي قام باقتراح عجلة التحسين التي تحمل اسمه، كما أنه وضع مبادئ الجودة الأربعة عشر من بينها: تحديد و نشر أهداف و أغراض المنظمة، تبني الفلسفة الجديدة، عدم الاعتماد على الفحص الكلي، تحسين نظام الإنتاج و الخدمة باستمرار، الاهتمام بالتدريب، تفعيل فرق العمل... ، **Joseph Juran** جوزيف جوران و الذي أسهم في ثورة الجودة في اليابان، و الذي أشار إلى ضرورة توفير المناخ المناسب للإبداع و الابتكار بما يتطلب إحداث تغيير في الثقافة التنظيمية، كما اعتمد على تقديم مفهوم واسع للجودة يقوم على تنفيذ برنامج لتحسين الجودة و قد ربط بين تحسين الجودة و كفاءة الإدارة من خلال ما يسمى بثلاثية جوران و التي تتكون من التخطيط الجيد و الرقابة الفعالة على الجودة و إجراء التحسينات المستمرة، **Philip Crosby** فيليب كروسبي وهو أول من نادى بفكرة العيوب الصفرية و الذي يخالف فيها فكرة المستويات المقبولة للجودة و النسب المسموح بها للأخطاء، كما أنه يربط بين مستوى الجودة في المنظمة و بين الأرباح، و أكد أيضا على مدى أهمية الإدارة العليا في دعم الجودة مركزا على أداء العمل بالشكل الصحيح من المرة الأولى،

Kaoru Ishikawa كاورو أوشيكاوا بروفيسور بجامعة طوكيو حيث أصدر كتابا أسماه مرشد إلى السيطرة على الجودة ، و ينسب إليه مفهوم حلقات الجودة و من بين إسهاماته الأدوات السبع (خرائط باريتو، الرسم البياني لعلاقة الأسباب بالنتيجة المدرجات التكرارية، خرائط الانتشار، خرائط المراقبة، الخرائط الانسيابية، و قائمة الفحص) التي بإمكانها السيطرة على 95% من مشاكل المؤسسة حسب رأيه و كذا خريطة عظمة السمكة التي تحلل العلاقة بين السبب والنتيجة،

Masaaki Imai ماساكي ايماي الذي طور فكرة أهمية التحسين المستمر أو ما يعرف باسم الكايزن و التي تقوم على أن نجاح المنظمة مرتبط بتطورها عبر التغيير و الإبداع و التحسين المستمر.

سوف نركز بالخصوص أيضا على نظرية المرفق العام ، و الذي يتميز نشاطه عن النشاط الخاص الذي تحركه المصلحة الخاصة ، حيث خلال القرن 19 و بداية القرن 20 كان كل نشاط يستهدف المصلحة العامة يقع على عاتق إدارة تتمتع بنظام قانوني خاص يحكمه القانون العام أما النشاط الخاص يحكمه القانون الخاص، بعد ذلك أخذت تظهر مرافق عامة يتضمن نظامها القانوني تطبيق قواعد من القانون الخاص و بدأ التفريق بين مرافق عامة إدارية خاضعة للقانون العام و مرافق صناعية و تجارية خاضعين للقانونين العام و الخاص معا سنة 1921 وعن تطور المرفق العام بعد الاستقلال و الإصلاحات التي مر بها فنستطيع أن نقول أنها كانت شكلية فعقب استرجاع السيادة الوطنية لم تسمح الأوضاع المتدهورة بالاستغناء عن التشريع الفرنسي كأداة لتنظيم مختلف المؤسسات و القطاعات، و في ميثاق 1976 جاء التدبير بالبيروقراطية التي تعكس سوء تسيير المرفق العام، و في سنة 1980 شرعت الحكومة في الإصلاحات الخاصة بالتسيير الإداري و التي أهمها كانت في التخلص من البيروقراطية التي قيدت المرفق العام، أما في فترة التسعينات بقيت الإصلاحات بطيئة للحساسية الأمنية لتلك الفترة، أما حاليا فلا تزال المساعي لتطوير المرفق

العام قائمة لكن دون وضع حلول جدية و إجراءات صارمة ويقوم المرفق العام على ثلاث مبادئ و هي مبدأ مساواة الجميع أمام المرفق العام في الحقوق و الالتزامات و الأعباء، مبدأ استمرارية المرفق العام و مبدأ قابلية المرفق العام للتكيف.

(6) المنهج المتبع:

على ضوء طبيعة الموضوع و الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها سنتبع في دراستنا هذه على المنهج الوصفي التحليلي، فإننا لا نقف عند جمع المعلومات لوصف الظاهرة فحسب، و إنما نعد إلى تحليلها دراستها و كشف العلاقات بين أبعادها المختلفة من أجل تقديرها، و الوصول إلى استنتاجات تساعد على فهم الظاهرة ونحاول اكتشاف الشروط الأساسية للوصول إلى جودة الخدمة، حيث سنعتمد إلى اللجوء إلى مختلف المداخل النظرية للجودة و الجودة الشاملة و كذا المرفق العام، كركائز أساسية لمحاولة دراسة شروط تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المنظمة العمومية بشكل عام و المؤسسة الصحية بشكل خاص، كون هذه الأخيرة تمس قطاع حساس و هو الصحة و أصبحت الجودة في الخدمة التي تقدمها ضرورة أساسية.

كما سنعتمد في دراستنا للموضوع على دراسة الحالة في مستشفى عين طاية من

خلال الاستعانة بأدوات البحث التالية:

_ المقابلة مع مجموعة من إطارات المستشفى لاكتشاف واقع التسيير في المؤسسة؛

_ الاستمارة لجمع البيانات حول أساليب التسيير المعتمدة وكذا مستوى الجودة في الخدمات

المقدمة؛

_ الملاحظة البسيطة الخارجية كأداة لجمع بعض المعطيات التي لا يمكن الحصول عليها من خلال الاستبيان و ذلك من خلال تواجدها بالمؤسسة مكان البحث.

(7) حدود البحث:

ترتكز دراستنا على الجودة من المنظور الفكري من خلال عرض مختلف النظريات التي تمس الجودة و كذا المرفق الصحي ، كما أنها ستقتصر على الجودة في الخدمات الطبية و اللوجستية المقدمة للمريض، الخدمات الشبه طبية و الخدمات الإدارية و المالية و غيرها، كما سنحاول التركيز أيضا على المستشفى العام الذي هو حالة قد لا تكون تعكس كل الحالات، حسب نمطها القانوني ، و كحالة ستتصب دراستنا على مستشفى عين طاية وذلك محاولة لدراسة معوقات و شروط متطلبات تبني نظام الجودة الشاملة على مستوى المستشفى.

أما بالنسبة لمدة الدراسة فستكون مدة تواجدها بالمستشفى لجمع البيانات و المعطيات اللازمة لدراسة الحالة، أين نستعمل أدوات البحث كالاستمارة و المقابلة مع إطارات المستشفى حول جودة الخدمات الطبية المقدمة.

(8) الدراسات السابقة:

للإلمام بالموضوع سنذكر بعض الدراسات السابقة التي لها علاقة بالبحث، و هي كالآتي:

(1) دراسة "ماجدة محمد عبد الحميد جبريل"، و كانت في إطار الحصول على شهادة دكتوراه

الفلسفة في إدارة الأعمال، سنة 2000 بجامعة عين شمس كلية التجارة و التي تحت

عنوان " إطار مقترح لتطبيق إدارة الجودة الكلية على مستشفيات مشروع ضمان الجودة"

انطلاقاً من مجموعة الملاحظات التي سجلتها الباحثة بعد دراسة استطلاعية أجرتها على المستشفيات موضع الدراسة، و التي مكنتها من تحديد أوجه القصور، و حاولت الدراسة اقتراح إطار منهجي لتطبيق إدارة الجودة الكلية على المستشفيات، لتحقيق التحسين المستمر و زيادة الإنتاجية و الكفاءة و الانتماء و خفض التكلفة و الارتقاء بمستوى جودة الرعاية الطبية و العلاجية لتحقيق رضا المرضى و العاملين و المجتمع.

(2) دراسة " مجدي عبد الفتاح عبد الرحمن "، و كانت في إطار الحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال سنة 2001 بجامعة القاهرة كلية التجارة ، و المعنونة ب " دور إدارة الجودة الكلية في زيادة فعالية إدارة العمليات في صناعة الخدمات بالتطبيق على إدارة المستشفيات " سعت الدراسة للوقوف على مستوى فعالية إدارة العمليات بالمستشفى محل الدراسة قبل و بعد استخدام وسائل إدارة الجودة الكلية، حتى يمكن الوصول إلى منهج محدد لإدارة الجودة الشاملة ، و الذي يمكن من زيادة فعالية إدارة العمليات بالمستشفيات، و بالتالي التغلب على أوجه القصور فيها

و ما يعاب عن هذه الدراسة أنها ركزت كثيراً على الجانب الفني للجودة، دون الجوانب السلوكية و المتمثلة أساساً في الاتصال و التعامل بين أطراف تقديم الخدمات و متلقيها.

(3) دراسة " Sandra Bertezene " و كانت في إطار الحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير من جامعة lumière lyon2 ، و المعنونة ب " les démarches qualité dans les hôpitaux français "

انطلقت الدراسة من الإشكالية التالية: ماهي منهجيات تحسين الجودة التي تسمح بزيادة جودة العلاج و الخدمات، و قادرة على إشباع حاجات المريض، في إطار عملية الاعتماد و القيد الموازناتي، و لقد ركز البحث على عيوب الجودة في المنشآت الصحية، و السعي

نحو منهجية لتحسين الجودة، و نرى أن الدراسة تمكنت من تحديد جميع جيوب اللاجودة على مستوى المؤسسات محل الدراسة، إلا أن نتائجها تبقى محصورة في إطار المؤسسات الحاصلة على شهادة الاعتماد.

(4) دراسة " **عدمان مريزق** " و كانت في إطار الحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير بجامعة الجزائر سنة 2008 ، و المعنونة ب " واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية دراسة حالات المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة " ركزت الدراسة على إبراز واقع الخدمة الصحية في المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة من خلال قياس مستوى رضا المرضى عن الخدمة المقدمة ، و كذا العراقيل التي تواجه الطاقم شبه الطبي و الطبي لتقديم خدمات ذات جودة، و توصل الباحث لحصر جملة من المشاكل التي تعيق الوصول إلى الى جودة الخدمة الصحية، كالقيود التي تقيد التسيير في المصالح الصحية و تنظيمها، و كذلك حول النظام الجرافي ، و غياب المحاسبة و التحكم في النفقات.

(5) دراسة " **أمير جيلالي** "، تسويق الخدمات الصحية في ظل اصلاحات المستشفيات، وكانت في إطار الحصول على شهادة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة الجزائر، 2009/2008. نهاية الدراسة توصل الطالب جملة من النتائج نوجزها فيما يلي :

- ان النظام الصحي في الجزائر يواجه عدة قيود تحد من فعالية وأداء الخدمات الصحية المقدمة والتي تعود لعدة أسباب منها : تقديم خدمات علاجية بطرق عشوائية، وتكرار الانقطاعات من حين لآخر في تقديم الخدمات ؛ عدم التحكم في النفقات الصحية غير المبرر لها؛ نظرا للتزايد المستمر في الطلب على العلاج وخاصة العلاج المتخصص

والذي يعود لعدم التوزيع العقلاني للأطباء الأخصائيين؛ غياب ثقافة الاتصال سواء بين المريض والطبيب أو ما بين المريض والطاقم الشبه الطبي، أو بين الطاقم الطبي والشبه الطبي

- عدم الرضا بالنسبة موظفي قطاع الصحة العمومية بالمرتبات المقدمة لهم، ومقارنتها بالمرتبات في القطاع الخاص، وهنا نشير الى ظروف العمل التي تختلف كليا عما هو موجود في القطاع العام؛

- يمكن اجمال الطرق والمؤشرات الممكن استعمالها لتقييم الأداء في المستشفيات في أربع مجموعات رئيسية، وهي تتعلق بتقييم أداء الموارد البشرية لمعرفة أداء كل من الطاقم الطبي والشبه الطبي... الخ، أما المؤشرات المتعلقة بتقييم أداء الموارد المادية المتاحة للمؤسسات الصحية بالإضافة الى تقييم الموارد المالية المتوفرة لديها والتي تعتبر محدودة وفق النظام المعمول به في القطاع الصحي العمومي، كما أن هناك مؤشرات تتعلق بتقييم أداء الخدمات الوقائية والرعاية الصحية الأولية والتي من خلالها نتمكن من معرفة معدل الاصابات بالمرض... الخ، ومؤشرات تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة من خلال تقييم معدل الوفيات خلال السنة .

(6) دراسة سيد احمد حاج عيسى كانت في إطار الحصول على درجة الدكتوراه في التسويق، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة الجزائر 2012 و المعنونة بـ " أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية- دراسة حالة عينة من المستشفيات الجزائرية". تمحورت اشكالية الدراسة حول تأثير التدريب على تحسين الجودة الشاملة الصحية من وجهة نظر الأفراد العاملين في المستشفيات الجزائرية و توصل إلى النتائج التالية:

- عملية تدريب الأفراد العاملين بالمستشفيات تعتبر إحدى أهم العناصر في تحسين الجودة الشاملة الصحية و أن التحسين المستمر لمعارف و مهارات و سلوكيات مقدمي الرعاية الصحية لها الأثر الأكبر في تحقيق الجودة الشاملة وتحسينها و تحقيق رضا المريض.

- إن تبني مفهوم الجودة في التدريب تؤثر ايجابا على نتائج التدريب و بالتالي على تحسين الجودة الشاملة في المستشفيات الجزائرية، و عملية تبني هذا المفهوم يجب أن تتوسع لتشمل تدريب جميع العاملين.

(7) دراسة محمد خثير كانت في إطار الحصول على درجة الدكتوراه في إدارة الأعمال، المدرسة العليا للتجارة 2010 و المعنونة بـ "المداخل الحديثة في التطوير الإداري و إمكانية تطبيقها في قطاع الصحة-دراسة حالة إعادة هندسة نظم العمل و الجودة الشاملة في المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية-" حيث تمحورت اشكالياتها حول أهم سياسات وبرامج وأساليب التطوير الإداري الحديثة التي يمكن أن تتبناها المؤسسات الجزائرية للقضاء على المشاكل الإدارية والتسييرية التي تعاني منها؟ وهل هناك إمكانية لتطبيق أحد هذه الاتجاهات بالقطاع الصحي الجزائري؟ فكانت نتائج الدراسة بالشكل التالي:

- اعتماد الهندسة الإدارية لنظم العمل بالمستشفى: تساهم في حل المشاكل المتعلقة بجوانب إعادة تنظيم الهياكل والأطر التنظيمية والعلاقات الإدارية المعمول بها في المستشفى للوصول إلى الأهداف المخطط لها بكفاءة وفعالية ودون مشاكل أو عراقيل، القوانين واللوائح التي تنظم العمل بالمستشفيات من خلال إعادة النظر في

هذه اللوائح التنظيمية وإجراءات نظم العمل بالمستشفى لمواكبة المعارف والتقنيات الحديثة لإدارة أعمال وأنشطة المستشفى بكفاءة وفعالية.

- اعتماد إدارة المستشفى بالجودة الشاملة تساهم في حل المشاكل المتعلقة بجوانب الخدمات الصحية بكل أنواعها التي تقدمها المستشفيات للمواطنين، ويكون ذلك من خلال الاهتمام بالمريض وجعله في مركز انشغالات القطاع الصحي، ويتم تلبية رغباته من خلال الاستماع له وحل مشاكله، و جوانب الأفراد بمختلف فئاتهم المهنية والوظيفية، من خلال تنمية الكفاءات والاتجاه نحو عمال مؤهلين وإتباع سياسة التكوين المتواصل، إضافة إلى تطوير المشاريع وأدوات الإدارة التي تسمح بمشاركة العمال في حل المشاكل واتخاذ القرارات الهامة بالقطاع الصحي.

على ضوء الدراسات السابقة جاءت هذه الدراسة لتعالج موضوع جودة الخدمات في المنظمات العمومية الاستشفائية بالتركيز على محاولة إيجاد الشروط التي من شأنها أن تحقق الجودة في أداء الخدمة و التي تكون بتغيير طريقة التسيير، حيث نبين أهمية تطبيق نموذج إدارة الجودة الشاملة كأسلوب حديث يعتمد بالدرجة الأولى على العنصر البشري و كفاءته، كما نحاول إبراز دور ثقافة المنظمة في التغيير نحو الجودة في أداء الخدمة.

خطة الدراسة:

ينقسم البحث إلى جانبين جانب نظري و جانب تطبيقي، تضمن الجانب النظري فصلين:

تناولنا في الفصل الأول الإطار النظري و العملي لإدارة الجودة الشاملة حيث قمنا

بالتركيز على الأسس النظرية للجودة و تطور مفهومها في المبحث الأول من خلال إسهامات

روادها في تطوير هذا المفهوم بعد ذلك نقوم بتحديد الإطار الفكري التي تقوم عليه هذه التقنية من خلال تبیین المبادئ التي تقوم عليها في المبحث الثاني

أما الفصل الثاني و المعنون بـ **جودة الخدمات في المنظمات العمومية الصحية** قمنا بتقسيمه إلى مبحثين، المبحث الأول تطرقنا فيه إلى متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات بصفة عامة و المرفق العام و معوقاتهما بصفة خاصة، المبحث الثاني الذي تمحور حول إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية من خلال تبیین مفهوم جودة الخدمة الصحية و خصائصها و التركيز على شروط تطبيق الجودة الشاملة في المنظمات الصحية للوصول إلى جودة الخدمة المقدمة للمريض.

قمنا بتقسيم الجانب التطبيقي إلى فصلين، الفصل الثالث حول **تطور و تنظيم المؤسسات الصحية الجزائرية** بتبیین المراحل التي مر بها النظام الصحي منذ الاستقلال إلى يومنا هذا و السياسة المتبعة في كل مرحلة بالإضافة إلى تطور المؤشرات الديموغرافية، الاجتماعية البشرية، الصحية و التنظيمية بهدف تقييم السياسة الصحية.

أما الفصل الرابع و الذي يعتبر دراسة حالة و المعنون بـ **شروط جودة الخدمة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية**، المبحث الأول كان حول أنشطة المستشفى و مهامه، المبحث الثاني تطرقنا فيه إلى الإطار المنهجي للدراسة و أدواتها أما المبحث الثالث تناولنا فيه دراسة لاتجاهات الأفراد العاملين في المستشفى بمختلف فئاتهم المهنية حول أهمية تطبيق نظام يعتمد على الجودة في المستشفى، دراسة الخصائص الثقافية المميزة لمستشفى عين طاية أثر التغيير الثقافي في تحقيق الجودة، بالإضافة إلى دراسة أثر التدريب و التكوين في تحسين الخدمة الصحية.

و في الأخير قمنا بتقديم النتائج المتوصل إليها من خلال هذه الدراسة في الخاتمة العامة
بالإضافة إلى إدراج بعض الاقتراحات التي رأيناها مناسبة لهذا الموضوع.

الفصل الأول

الإطار النظري و العملي لإدارة الجودة الشاملة

تمهيد:

لقد فرضت التغييرات التي شهدها العالم في ظل العولمة على المنظمات القيام بالتغيير في الأساليب الإدارية التقليدية التي كانت مستخدمة، و تبني مفاهيم إدارية حديثة التي عن طريقها يمكن لها أن تحقق أهدافها، و من المفاهيم الحديثة التي استحوذت على الاهتمام الواسع من قبل الباحثين الذين يسعون إلى تطوير و تحسين الأداء الإنتاجي و الخدمي، مفهوم إدارة الجودة الشاملة.

لعل نجاح المنظمات اليابانية في فترة السبعينات و الثمانينات في تقديم منتجات ذات جودة عالية ويسعر منخفض الأثر الكبير في تغيير الاعتقاد الذي كان سائدا، بأن تقديم منتجات ذات جودة عالية لا يمكن تحقيقه إلا عن طريق تكاليف عالية، و الذي تم إثباته بتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة، ذلك لأنه يهدف في الأساس إلى تحسين أداء المنظمات من خلال التركيز على عامل الجودة الذي يؤدي إلى تحسين ظروف العمل وطبيعة الخدمة أو المنتج و بالتالي يؤدي إلى رضا المستفيد من الخدمة أو المنتج، بالإضافة إلى ذلك زيادة في الحصة السوقية للمنظمة و تحسين معدل الربحية و انخفاض التكاليف و تحسين الأداء.

قد تزايدت درجة الاتفاق بين الباحثين حول أهمية و تميز مدخل إدارة الجودة الشاملة باعتباره تجسيدا لعصر جديد يمكن للمنظمات من خلاله امتلاك القدرة على تحقيق التطور و الدقة و الاستجابة إلى المتغيرات البيئية و ضمان استمرارها و تطورها من خلال تطبيق مفاهيم الجودة في كل مجالات العمل بالمنظمة لتشمل كافة الأنشطة و المستويات التنظيمية فيها و ذلك استنادا إلى فكرة أساسية هي أن جودة الخدمة أو المنتج التي يتلقاها المستفيد إنما هي محصلة لجودة كل الأنشطة و الأعمال و المواد الداخلة فيها.

لذلك يأتي هذا الفصل ليقدّم الإطار الفكري و العملي لهذا المدخل باعتباره مدخلا إداريا

حديثا و هذا بالإلمام بالنقاط التالية:

- مفهوم الجودة و مراحل تطورها التاريخي.
- الإطار الفكري لإدارة الجودة الشاملة.
- متطلبات و مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمة.

1.1. مفهوم الجودة و مراحل تطورها:

إن الاهتمام الذي عرفته الجودة من طرف المنظمات بهدف تطوير أداؤها و تحقيق أهدافها أدى إلى تطور مفهومها، و هذا ما سوف نتطرق إليه في هذا المبحث من خلال إبراز اسهامات المدارس الفكرية في بلورة مفهوم إدارة الجودة.

1.1.1. تعريف الجودة و التطور التاريخي لمفهومها:

لقي مفهوم الجودة اهتمام الكثير من الباحثين المعنيين بالتطوير و التحسين المستمر في الأداء حيث عرف تطورا ملحوظا عبر مراحل متعددة.

1.1.1.1. تعريف الجودة:

يرجع مفهوم الجودة إلى الكلمة اللاتينية Qualitas التي تعني الشخص أو طبيعة الشيء و درجة الصلابة فقيما كانت تعني الدقة و الإتقان من خلال صناعة التماثيل و القلاع و القصور لأغراض التفاخر بها أو استخدامها لأغراض الحماية¹.

في المنظور الإسلامي، حيث أن الإسلام هو دين الإتقان و الجودة فهو يدعو الناس إلى تقوى الله والبعد عن الخلل و الخطأ، و يأمرنا بإتقان العمل و إجادته، حيث حدثنا مصعب، حدثني بشر بن السري، عن مصعب بن ثابت، عن هشام بن عروة عن أبيه، عن عائشة رضي الله عنها يقول الرسول (صلى الله عليه و سلم) "إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملا أن يتقنه"، جاءت الجودة في الإسلام بعدة صيغ مختلفة، فجاءت بمعنى الإحسان، كما جاءت بمعنى الإتقان، و جاءت بمعنى المهارة، حسن الإتباع و حسن الأداء.

¹ مأمون الدراكبة و طارق شلبي ، الجودة في المنظمات الحديثة ، دار صفاء للنشر، عمان، 2002، ص15.

فالإحسان هو أن يعبد المؤمن ربه في الدنيا على وجه الحضور و المراقبة، كأنه يراه بقلبه، و ينظر إليه في حال عبادته، فكان جزاء ذلك النظر إلى الله عيانا في الآخرة، أما إتقان العمل فقد حث الإسلام عليه، و أن يكون مسؤولا عن جودته، كما دعا إلى التحسين و الجودة و الإتقان في العمل، و جعل لمن يحسن عمله أطيّب الجزاء لقوله جلا جلاله ﴿ مَنْ عَمِلَ صَالِحًا مِنْ ذَكَرٍ أَوْ أَنْشَى وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّهُ حَيَاةً طَيِّبَةً وَلَنَجْزِيَنَّهُمْ أَجْرَهُمْ بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ ﴾ (النحل: 97)، و هناك معنى آخر في الجودة و هو المهارة و درجة إتقان الشئ، حدثنا قتيبة بن سعيد ومحمد بن عبيد الغبري جميعا عن أبي عوانة قال ابن عبيد حدثنا أبو عوانة عن قتادة عن زرارة بن أوفى عن سعد بن هشام عن عائشة قالت قال رسول الله صلى الله عليه وسلم " الماهر بالقرآن مع السفرة الكرام البررة، و الذي يقرؤه و يتعتع فيه هو عليه شاق له أجران".

حديثا تغير مفهوم الجودة بعد تطور علم الإدارة و مع الثورة الصناعية إذ أصبح مفهوم الجودة ذو أبعاد متشعبة.

فيعرفها جوران J.M.Juran بأنها مدى ملائمة الاستعمال، فالمعيار الأساسي للحكم على جودة المنتج هو هل المنتج ملائم للإستعمال أم غير ملائم بغض النظر عن حالته و وضعه.¹ كما عرفها كروسبي ph . Corsby " إن الجودة هي المطابقة للمواصفات " و يقول بأن "الجودة هي مسؤولية الجميع و رغبات المستهلك هي أساس التصميم"²

في تعريف آخر أورده ديمينج E.Deming يرى الجودة دقة متوقعة تتناسب السوق بتكلفة منخفضة بمعنى مطابقة الاحتياجات³

¹ محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم و تطبيقات، الطبعة الثالثة، دار وائل للنشر، عمان، 2008، ص 19.

2 C. Philip. La qualité c'est gratuit, Economica.paris,1996.p19

³ بومدين يوسف، إدارة الجودة الشاملة و الأداء المتميز، مجلة الباحث، عدد 05، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة 2007، ص 27.

حسب المواصفات القياسية الدولية ISO 9000 تعرف الجودة على أنها " قدرة مجموعة

من الخصائص الجوهرية على تلبية الحاجيات المصرح بها أو الضمنية"¹

نلاحظ بأن الجودة وفقاً للمواصفة ISO 9000 عبارة عن "مقياس لمدى تلبية حاجات

الزبائن ومتطلباتهم الظاهرية والضمنية"، فالجودة تعني المطابقة للمواصفات، وترجمة لحاجات

الزبائن وتوقعاتهم، ومن ثم فإن الذي يحكم على الجودة في النهاية هو المستفيد الذي يقرر ما إذا

كان المنتج يلبي حاجاته أم لا.

هناك من يعرف الجودة أيضاً بأنها إنتاج المنشأة لسلعة أو تقديم خدمة بمستوى عالٍ من

الجودة المتميزة تكون قادرة من خلالها على الوفاء باحتياجات ورغبات عملائها والمستفيدين منها

بالشكل الذي يتفق مع توقعاتهم وتحقيق الرضا والسعادة لديهم،² و الذي يتفق مع التعريف السابق

لمواصفة ISO9000، فمتلقي الخدمة أو العميل يقوم بمقارنة مستوى ما يتوقعه من الخدمة التي

يتلقاها مع مستوى الخدمة التي تم تلقيها، فإذا كان مستوى الخدمة المقدمة مساوياً لمستوى الخدمة

المتوقعة أو يفوقها فإن تلك الخدمة تتمتع بالجودة من وجهة نظر متلقي الخدمة، أما إذا كان

مستوى الخدمة المقدمة أقل من مستوى الخدمة المتوقعة فإن ذلك يعني أن تلك الخدمة لا تتمتع

بالجودة.

أما دافيد جارفين D.A. Garvin فقد عرف الجودة من زوايا مختلفة اعتماداً على

مداخلها، حيث عرف الجودة من مدخل المثالية Transcendent approach بأنها أسلوب

¹Fronard Bernard, du manuel qualité au manuel management, AFNOR, Paris, 2001, p

² عمر وصفي عقيلي، المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة (وجهة نظر)، دار وائل للنشر و التوزيع، عمان، 2001، ص 17.

إداري غير ملموس و لكن يمكن إدراكه من خلال تحقيق أعلى مستويات التفوق و الكمال¹، و من مدخل المنتج product approach عرف الجودة بأنها احتواء المنتج على خاصية أو عنصر يميزه عن غيره، و عرفها أيضا من مدخل المستخدم user approach بأنها ما يراه و يريده المستهلك في المنتج، و من مدخل التصنيع manufacturing approach فهي مدى مطابقة مواصفات المنتج أو الخدمة للمواصفات و المعايير القياسية المحددة مسبقا، و في مدخل القيمة value approach فيعرف الجودة اعتمادا على التكلفة والسعر، فالمنتج الجيد هو الذي يحقق المواصفات القياسية أو يوفر الأداء المتميز للخدمة المقدمة بتكلفة معقولة²

بالإضافة إلى ذلك فإن كل من ليبوف و إرسوز يعرفان الجودة بأنها "إنجاز الأعمال الصحيحة بشكل صحيح و التي تنطلق من أن المنظمة أو أي فرد فيها يستطيع أن يعمل الأشياء الصحيحة أو غير الصحيحة بطريقة صحيحة أو خاطئة"³ كما هو موضح بالشكل:

¹ Yvon pesqueux, qualité et management, Economoca ,paris,2008, p 39.

² جمال طاهر أبو الفتوح حجازي، إدارة الإنتاج و العمليات مدخل إدارة الجودة الشاملة، مكتب القاهرة للطباعة و التصوير، القاهرة، 2002، ص 282.

³ خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي، مكتبة الملك فهد الوطنية ، الرياض، 1997، ص 46.



الشكل رقم (1): الأبعاد الرئيسية للجودة حسب مفهوم ليبوف و إرسوز

المصدر: خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، مرجع سابق، ص47.

من خلال عرض كل التعاريف السابقة نلاحظ أن هناك اختلاف واضح في إعطاء مفهوم محدد للجودة حيث أن مفهومها يتغير بتغير الفرد الذي يقوم بتحديدده، لكن يمكن القول بأن الجودة ينظر إليها من عدة مداخل:¹

أ. مدخل التفضيل : Degree of Superlative

فالجودة تعني لمعظم الناس التفضيل Superlative .

ب. مدخل المطابقة للاستعمال : Fitness for use

تعرف الجودة بأنها " الموائمة للاستعمال "، وذلك لأهمية الجودة في التصميم والإنتاجية، من حيث المستلزمات الضرورية للعمل بما يحقق الأمان للعاملين عند إنجاز أعمالهم، بالإضافة

¹ محمد عبد الوهاب العزاوي، الجودة (المفهوم، الأهمية، المواصفات، الأنظمة، الأدلة)، المؤتمر العربي الأول حول إدارة الجودة، الشارقة، أبريل 2008، ص 3.

إلى مشاركة المستفيد في وضع متطلبات جودة السلع والخدمات التي يحصل عليها (أو وضع مواصفاتها وفقاً للمتطلبات العلمية وتوقعاته إذا كان غير قادر عن التعبير عنها)، ويحقق موائمة السلع للاستعمال الذي يقصده.

ت. مدخل المطابقة مع المتطلبات **Conformity with the Requirements**:

استناداً إلى هذا التعريف فإن تحقيق الجودة يتم إذا كان المنتج أو الخدمة يشبع كل المتطلبات المحددة من قبل المستفيدين سواء حددت في عقد الشراء أو حددت بموجب المواصفات المعلنة والمحددة أو حددت بموجب قانون أو غير ذلك، وضمن نظام الجودة في المنظمات فإن المتطلبات تحدد من خلال الوثائق فإذا تضمن العقد بين المجهز والمستفيد مطابقة وثائق نظام الجودة ، فإن متطلبات النظام تصبح هي متطلبات المستفيد.

ث. مدخل التركيز على المستفيد **Customer Focus** :

إن التطورات التي شهدتها أنظمة الإنتاج والتطور التكنولوجي الذي دخل إلى ميادين الحياة كافة انعكست آثارها على أنواق المستهلكين بشكل واضح، مما أدى إلى أن يصبح تعريف الجودة مجموعة الخصائص الشمولية في السلع والخدمات المؤثرة في تلبية حاجات المستفيد الظاهرية والضمنية .

فهذا التعريف يركز على ضرورة الاهتمام بالمتطلبات الظاهرية التي يرغب المستفيد في ملاحظتها في السلع والخدمات، فضلاً عن تلمسه للمنافع المتحققة من استخدام هذه السلع بما يلبي حاجاته الضمنية.

2.1.1.1. التطور التاريخي لمفهوم الجودة:

من خلال عرضنا السابق لمفهوم الجودة يتبين لنا أنه يتعلق بالمنظمة التي تقدم خدمة أو تنتج منتج والمستفيد الذي يتلقى هذه الخدمة أو المنتج، لذا فعلى المنظمة أن تعمل على تحقيق منفعة المستفيد طبقا للمعايير و المقاييس التي تحقق الجودة بالنسبة له، من خلال تبنيها لأساليب إدارية تحقق المستوى المطلوب.

حيث أسهمت المدارس الفكرية المختلفة للإدارة عبر سنوات طويلة في وضع أسس و مبادئ إدارية خضعت للتجارب العلمية و ثبتت صلاحيتها في ظروف معينة، من أجل الارتقاء بمستوى جودة خدماتها أو منتجاتها، و بما أن الجودة هي نتيجة تطبيق معايير إدارية لاستغلال أفضل للموارد المتاحة من أجل تحقيق منفعة المستفيد، سنتطرق إلى نبذة وجيزة عن تطور الفكر الإداري.

1.2.1.1.1. تطور الفكر الإداري:

1.1.2.1.1.1. المدرسة الكلاسيكية: تضمنت ثلاث اتجاهات رئيسية و هي:

1.1.1.2.1.1.1. نظرية الإدارة البيروقراطية: التي ترتبط بالإجماعي الألماني ماكس

ويبر Max Weber، و الذي عملت على وضع إطار تنظيمي للقضاء على الفوضى و تحقيق

أفضل إنتاجية من خلال التنظيم الرسمي البيروقراطي عبر المقومات التالية:¹

- القواعد لتحقيق الانضباط في العمل.
- الموضوعية لتحقيق العدالة.
- تقسيم العمل حيث يتم تقسيم الواجبات إلى مهام ثم تكليف المديرين و العاملين بأداء الواجبات والمهام على أساس التخصص و الخبرة.

¹ محمد محمد ابراهيم، إدارة الجودة من المنظور الإداري، الدار الجامعية، الإسكندرية، بدون سنة ص 33-34.

- هيكل السلطة و الذي يتمثل في السلطات الثلاث (السلطة التقليدية الرسمية المستمدة من الوظيفة السلطة الكاريزمية التي ترتبط بقدرات و امكانيات المدير في إدارة المنظمة، السلطة القانونية المستمدة من القانون المرتبط بعمل الوظيفة التي يشغلها المدير.
- الالتزام بالمسار المهني طوال الحياة من أجل ضمان الاستقرار الوظيفي و الترقية في المسار التوظيفي أيضا.
- العقلانية من خلال العمل بأسلوب علمي و منطقي باستخدام مختلف و أكفأ الطرق المتاحة.

2.1.1.2.1.1.1 نظرية الإدارة العلمية : لفريدريك تايلور Fredrick Taylor عام

1911، و التي سعت إلى تعظيم إنتاجية العاملين من خلال أربع مبادئ:¹

- استخدام الأسلوب العلمي في الوصول إلى حلول للمشاكل الإدارية و اتخاذ القرارات.
- اختيار الآلات، والمواد، والعمال بطريقة علمية سليمة.
- بعد اختيار العامل المناسب وبعد أن يعهد إليه بأداء عمل محدد يجب أن توفر له الإدارة التعليمات والإرشادات فيما يتعلق بكيفية الأداء الأمثل للعمل.
- يجب أن يكون هناك تعاون كامل بين الإدارة والعمال وأن يعاد توزيع العمل بينهم علي أساس تولي الإدارة مهام التخطيط، والتنظيم والرقابة وتولي العمال مهام التنفيذ.
- تهدف نظرية الإدارة العلمية إلى القضاء علي الإسراف وانخفاض الإنتاجية من خلال تقديم مفهوم لطبيعة التنظيم والعوامل المؤثرة عليه وقد تركزت أفكارها عند مستوي العامل الصناعي أو مستوي الإنتاج، و كذا مبدأ التخصص وتقسيم العمل حيث يعهد إلي كل عامل بعمل محدد ويتم

¹ علي السلمي، نظريات التنظيم، مركز البحوث الإدارية، القاهرة، 1976، ص 8.

تدريبه على الطريقة المثلى لأداء ذلك العمل كذلك ركزت النظرية على مبدأ التعاون واعتبرته السبيل لحل التناقضات بين الإدارة والعمال، ويمكن اعتبار الهدف الأساسي لنظرية الإدارة العلمية هو تحليل التفاعل بين خصائص الإنسان والبيئة الاجتماعية وبيئة العمل التي يخلقها التنظيم، من ناحية أخرى فقد ركز تايلور على الإنسان باعتباره تابعاً للآلة في أداء الأعمال الإنتاجية الروتينية.

3.1.1.2.1.1.1. النظرية الوظيفية: بقيادة هنري فايول Henry Fayol، و التي ركزت

على وظائف الإدارة فمن أهم وظائف المدير في المنظمة " التخطيط- التنظيم و التنسيق- القيادة- الرقابة"، من خلال مجموعة من المبادئ الإدارية التي تساهم في بناء التنظيم الرسمي للمنظمة و التي تتمثل في :

1- مبدأ تقسيم العمل 2- السلطة و المسؤولية 3- الانضباط 4- وحدة

الأوامر

5- وحدة التوجيه 6- إخضاع المصلحة الشخصية للمصلحة العامة

7- مكافأة الأفراد 8- المركزية 9- التسلسل الإداري

10- روح التعاون في العمل 11- المبادرة 12- الإستقرار الوظيفي

13- المساواة 14- الترتيب.

من خلال كل ما سبق نستنتج أن المدرسة الكلاسيكية قد ساهمت في بناء المنظور العلمي للإدارة بواسطة مجموعة من المزايا مثل الاتساق و الانضباط، الكفاءة في العمل التي جاءت بها النظرية البيروقراطية و تبني الأسلوب العلمي في أداء الأنشطة و من ثم رفع مستوى كفاءة و فعالية المنظمة التي جاءت بها المدرسة العلمية وكذا الانضباط و الثبات في العمل، وضوح الهيكل الوظيفي و القواعد و نظم العمل التي جاءت بها المدرسة الوظيفية، إلا أنها أهملت عدة

جوانب مما جعلها عرضة للانتقادات مثل الآلية التي تنظر إلى العنصر البشري العامل كأنه آلة بالتركيز على الحوافز المادية و إهمال الحوافز المعنوية، المنظمة نظام مغلق لا تتأثر بالعوامل الخارجية، السلطة و النفوذ من خلال تطبيق الأسلوب المركزي في الإدارة بهدف احكام السيطرة على الأفراد وإخضاعهم للأوامر .

2.1.2.1.1.1. المدرسة الإنسانية (السلوكية):

ظهر هذا الاتجاه كاتجاه جديد نتيجة لإهمال العنصر الإنساني و الحاجات الاجتماعية في بناء منظومة العمل الإداري من خلال دراسات و تجارب لباحثين سنوجزها فيما يلي:

1.2.1.2.1.1.1. نظرية العلاقات الانسانية:

- دراسة إلتون مايو **Elton Mayo** : و الذي نفذ مع مجموعة زملائه سلسلة أبحاث هاوثورن في شركة Western Electric في الولايات المتحدة في الفترة 1927 إلى 1932، من خلال دراسة تأثير عدد من المتغيرات المادية كالإضاءة و ظروف العمل و فترات الراحة على إنتاجية العاملين، و من أهم النتائج المتوصل إليها:¹

- الإنسان هو محور العملية الإنتاجية.
- هناك علاقة طردية بين ارتفاع الروح المعنوية و زيادة الإنتاجية.
- الحوافز الاقتصادية وحدها لا تكفي لزيادة الإنتاجية و تحقيق الرضا بل يجب استخدام الحوافز المعنوية.
- القيادة الديمقراطية هي القيادة الناجحة التي تسمح بالمشاركة و تخلق مناخا جيدا للعمل.

¹ علي عباس، أساسيات علم الإدارة، الطبعة الثالثة، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان، 2008، ص 61.

- المنظمة نظام اجتماعي بالإضافة إلى كونها كيان قانوني و اقتصادي، و هذا النظام الاجتماعي يلعب دورا في تحديد سلوك الفرد.
 - يحتاج مديروا المنظمات إلى مهارات سلوكية و خلفية اجتماعية كافية إلى جانب مهاراتهم الفنية والإدارية.
 - يجب على إدارة المنظمة التقرب من أعضاء التنظيم غير الرسمي و معرفة أسباب نشوءه و أهدافه ومعالجتها.
 - دراسة ماري باركر فيوليت **Mary Parker Violet**: و التي عبرت عن اعتقادها بأن استخدام الأساليب العلمية المجردة في الإدارة لا يكفي لزيادة إنتاجية الأفراد و أن الحافز المادي وحده لا يكفي لتوليد الرغبة في العمل و زيادة الإنتاجية، حيث طبقت مبادئ العلاقات الإنسانية و وفرت للعامل الحافز المعنوي إلى جانب توفير ظروف عمل مناسبة، فإذا تمكنت المنظمة من دمج مبادئ نظرية الإدارة العلمية مع مبادئ العلاقات الإنسانية فإن الرضا سيتحقق عند العمال و بالتالي ترتفع معنوياتهم و تزيد إنتاجيتهم، و بالتالي استطاعت أن تحقق التكامل بين الرغبات المتعارضة للإدارة و العاملين.
- 2.2.1.2.1.1.1. نظرية X و نظرية Y : قدم دوجلاس ماك جريجور Douglas Mack Gregor** عام 1958 نظريتي x و y ، حيث انتقد في النظرية الأولى x أفكار المدرسة الكلاسيكية في نظرتها إلى العنصر البشري، و في نظريته الثانية y قدم تصورات لفروض نظرية العلاقات الإنسانية.

3.2.1.2.1.1.1. نظرية x: و التي تستند على مبدأ التوجيه و الرقابة على طبيعة

السلوك الإنساني من خلال النقاط التالية:¹

- إن الإنسان العادي لديه كراهية متأصلة نحو العمل و يحاول تجنبه و الابتعاد عنه.
- يجب إجبار العاملين على إنجاز العمل من خلال إخضاعهم للرقابة و التوجيه و التهديد بالعقاب، بهدف الحصول على الإنتاجية اللازمة لتحقيق أهداف المنظمة.
- يفضل الإنسان العادي أن يوجهه رئيسه تفاديا لتحمل المسؤولية و افتقاده للمبادرة.
- الانسان قليل الطموح و يسعى فقط إلى تحقيق الأمن و الاستقرار.

من خلال هذه الافتراضات فإن أي تنظيم رسمي قائم على مبادئ نظرية x لا يقدم إلا فرصا محدودة لإشباع حاجاته الاجتماعية و الذاتية حيث يركز على إشباع حاجاته الفسيولوجية التي لا تعتبر دافعا حقيقيا للسلوك، كما ان أسلوب الإدارة بالرقابة و التهديد بالعقاب و الوعد بالمكافأة لا يخلق الجو الصالح لإشباع حاجات الفرد أثناء العمل، مما يترتب عدم الرغبة في المسؤولية، و لذلك فإن نظرية x لا تصف الطبيعة الإنسانية بقدر ما تصف الآثار الناتجة عن تطبيق مبادئ التنظيم الكلاسيكي.

4.2.1.2.1.1.1. نظرية y : و هي على العكس من نظرية x ، حيث تنص على أن

الانسان كائن اجتماعي لا يزال يسعى لتلبية حاجاته و رغباته حيث تنتظر نظرية y إلى العاملين على أنهم:²

¹ عبد الله محمد بريك الكثيري، مدى امكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في إدارة الإمداد و الترمين بالمديرية العامة للجوازات، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا جامعة نايف للعلوم الأمنية، ص 41.

² محمد رسلان الجبوسي و جميلة جاد الله، الإدارة علم و تطبيق، الطبعة الثالثة، دار الميسرة للنشر و التوزيع ، عمان، 2008، ص 50.

- يحبون ممارسة الرقابة و الضبط الذاتي و يلتزمون بتحقيق الأهداف.
 - تتوفر لديهم الرغبة و القدرة على تحمل المسؤولية.
 - يتمتع معظمهم بقدرات إبداعية لا تقتصر فقط على المديرين.
- حيث تتميز هذه النظرية بتناول السلوك بشكل يوافق توقعات الآخرين، فالفرد قد يتأثر بمرور الوقت بتوقعات الآخرين تجاهه فتتسجم و تتوافق سلوكياته مع توقعاتهم، فالمديرون في نظرية X يتصرفون بطرق فيها مستويات عالية من السيطرة و الإشراف المباشر بشكل لا يدع لمروسيهم مجالا لحرية التصرف أو الاستقلالية في العمل، أما في نظرية y فالمديرون يتصرفون بطريقة ديمقراطية و يمنحون مجالا أوسع للمشاركة و حرية التصرف مما يحفز المرؤوسين على الإبداع و الشعور بأهمية قدراتهم و مواهبهم في العمل و يتصرفون بروح المبادرة و المشاركة وحرية التصرف.

5.2.1.2.1.1.1 نظرية ذات العاملين: لفردريك هيرزبرج Fredrik Herzberg سنة

1959 ، حيث أشار إلى أن العوامل المؤدية إلى الرضا تختلف تماما عن العوامل المؤدية إلى الاستياء فتوصل إلى نتيجتين مهمتين:¹

- إن هناك مجموعة من العوامل الخارجية للعمل ينتج في حالة عدم وجودها عدم الرضا عن العمل لدى العاملين، هذه العوامل التي ترتبط ببيئة العمل و محيط الوظيفة، هذه الهوامل تسمى بعوامل عدم الرضا (سياسة الإدارة، نوعية الإشراف، ظروف العمل، الراتب، العلاقات المتبادلة في العمل، الأمان الوظيفي، المزايا الإضافية).
- هناك مجموعة من العوامل الداخلية للوظيفة تساعد على إيجاد مستويات من الدافعية يمكن أن ترتقي و تؤدي إلى مستوى جيد من الأداء، و إذا لم تتوفر هذه العوامل لا

¹ أحمد ماهر، السلوك التنظيمي مدخل بناء المهارات، الدار الجامعية، الاسكندرية، 2000، ص 236.

ينتج شعور بعدم الرضا هذه العوامل تسمى بعوامل الرضا (الإنجاز، التقدير و الاعتراف، المسؤولية، التقدم في الوظيفة، النمو والتطور الذاتي)

فتوافر العوامل الوقائية بجانب العوامل الدافعة التي يركز عليها هيرزبرج من شأنها أن تسمح للعاملين باستخدام قدراتهم بشكل يؤدي إلى حسن إنجاز العمل من خلال زيادة الدافعية.

6.2.1.2.1.1.1. نظرية التناقض بين الفرد و المنظمة: و التي وضعها كريس أرجيريس

Chris Argyris حول العلاقة بين الشخصية الإنسانية و التنظيم الرسمي سنة 1963 حيث

حاول إيجاد التوازن بين احتياجات الفرد السيكولوجية و متطلبات التنظيم الرسمي، ومن أهم آرائه:¹

- وجود تناقض بين حاجات الإنسان و حاجات المنظمة.
- إن الهيكل الهرمي البيروقراطي لا يلبي حاجات العاملين أو حاجات المنظمة بفاعلية و ذلك لتجاهله للعنصر الإنساني.
- لم تتجح المنظمات في إشباع حاجات الإنسان العليا و خاصة حاجة تحقيق الذات لما تفرضه من قيود و لنظرتها المتدنية للإنسان و عدم اهتمامها بالتحفيز.
- يملك الإنسان طاقة سيكولوجية موجهة فإذا ما شعر بأن أهداف المنظمة قد منحت أولوية على أهدافه الخاصة فإنه يشعر بالإحباط و عدم الرضا.
- ضرورة تغيير الهيكل التنظيمي في المنظمات على أن يصاحب هذا التغيير تغيير مماثل في سلوك العاملين في المنظمات لتحقيق أهداف العاملين و أهداف المنظمة على حد سواء.

¹ عبد الله محمد بريك الكثيري، مرجع سابق، ص 46.

- إن اعتماد المنظمة للأسلوب الهرمي التقليدي يخلق مناخا تنظيميا يعمل على إخفاء الأخطاء و محاولة إظهار النجاح بأيّة وسيلة مما يترتب عنه انخفاض مستوى أداء العاملين و إصابة المنظمة بالجمود على المدى البعيد و اختفاء مساحات الإبداع.

3.1.2.1.1.1. المدرسة الكمية:

و التي ظهرت بعد انتهاء الحرب العالمية الثانية حيث ركزت على استخدام الأساليب الرياضية والإحصائية و بحوث العمليات و الحاسبات الآلية للمساهمة في حل المشكلات و اتخاذ القرارات الإدارية.

حيث كان الافتراض الأساسي لهذا المنهج أنه يمكن تصميم هياكل رياضية مجردة تمثل أبعاد الوضع الحالي محل الدراسة، العناصر المؤثرة فيه، الهدف المطلوب تحقيقه و القيود المحيطة به ثم تحليل هذه البيانات و الحصول من خلال النموذج على الحل المناسب الذي يحقق أقصى عائد و أقل تكلفة¹، فكانت مخرجات هذه المدرسة ظهور أساليب كمية يمكن أن تستخدم في مجال الإدارة و بصفة خاصة في مجال اتخاذ القرارات الادارية مثل بحوث العمليات للكاتبين Morse & Kimball عام 1951.

4.1.2.1.1.1. مدخل النظم:

ظهر مدخل النظم في منتصف الستينات على يد هومانز Humanes و سيلر Sillar ، حيث يؤكد على أن المنظمة تتكون من أجزاء ترتبط ببعضها بعلاقة تفاعل و تداخل، أي كل جزء

¹ بومدين يوسف، دراسة اثر إدارة الجودة الشاملة على الأداء الحالي للمؤسسات الاقتصادية -مع دراسة حالة المعمل الجزائري الجديد للمصبرات -الحاصل على شهادة الجودة العالمية ISO، رسالة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2006، ص 75.

منها يؤثر في الأجزاء الأخرى و يتأثر بها، فإذا حدث تغيير في أي من هذه الأجزاء فإن الأجزاء الأخرى و المنظمة بكاملها تتغير .

انطلاقاً من ان: ¹

- المنظمة عبارة عن نظام مفتوح على البيئة المحيطة.

- تتأثر نشاطات المنظمة بما يحدث في البيئة الخارجية من ظروف و تطورات تؤثر على البيئة الداخلية للتنظيم من تسلسل إداري، توزيع العمل و الواجبات، شبكة الاتصالات و سلوك العاملين.

- تتكون بيئة النظام من مدخلات مادية، بشرية، معنوية، تقنية و عمليات (قيادة، اتصالات و اتخاذ القرارات)، و مخرجات تتضمن سلع و خدمات و أفكار.

فنظرية النظم قد أسهمت في تغيير نظرة العاملين إلى المنظمة من النظرة الجزئية إلى النظرة الكلية الشمولية و الأهداف المشتركة، فبدلاً من اهتمام العامل أو المدير بشؤون وظيفته المحددة اتجه الاهتمام نحو تحقيق الأهداف العامة للمنظمة من خلال رؤيتها كمنظومة متكاملة عبر وظائف مترابطة و منسجمة مع بعضها البعض .

و استطاعت هذه النظرية أيضاً من تشخيص و تحليل المشاكل الإدارية و الوصول إلى حلول بشأنها في إطار مدخلات النظام و عمليات التحويل و المخرجات و في ضوء التغذية المرتدة، هذا و يتم استخدام تحليل النظم و الأساليب الكمية بصفة أساسية في إدارة عمليات الإنتاج.

¹ أحمد الخطيب، إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات تربوية، عالم الكتاب الحديث، عمان، بدون سنة نشر، ص 112.

5.1.2.1.1.1. المدخل الموقفي:

تتمثل الفكرة الجوهرية في هذا المدخل أن كل تنظيم له ظروفه الموقفية الخاصة التي تميزه عن غيره من التنظيمات الأخرى.

لذلك فإن المدخل الموقفي يؤكد من خلال المساهمات الأساسية في هذا المدخل أنه لا يوجد مبادئ إدارية يمكن أن تكون لها صفة عمومية التطبيق في مختلف المواقف والظروف، فالمبادئ التي تحقق نجاحاً في موقف معين لا تتاسب موقف آخر وهذا يفسر لنا لماذا هناك شركات ناجحة مع أنه تأخذ بالمبادئ الكلاسيكية، وأن هناك شركات أخرى لا يصلح معها إلا بالمدخل السلوكي.

من أهم مبادئه:¹

- الاستفادة من المداخل السابقة كل مدخل على حده أو الاستفادة منها كلها في التعامل مع المواقف المختلفة.

- تتطلب المواقف أو المشاكل المختلفة ممارسات مختلفة للتعامل معها بنجاح (إمكانية الاستفادة من المداخل السابقة معا أو كل بمفرده).

- التوافق بين ممارسات الإدارة و المتغيرات الرئيسية مثل البيئة الخارجية، التكنولوجيا.

6.1.2.1.1.1. نظرية Z :

ظهرت نظرية Z التي جسدت حقيقة معالم المجتمع الياباني من خلال ويليام أوشي Willaim Ouchi في أوائل الثمانينات من القرن العشرين من خلال تأكيدها على ثلاث مرتكزات فكرية تمثلت في الثقة المودة و المهارة²

¹ محمد محمد ابراهيم، مرجع سابق، ص 45.

² خضير كاظم محمود، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الثانية، دار المسيرة، عمان، 2005، ص 88.

الثقة: هناك علاقة بين الثقة و الإنتاجية فكما كان التعامل بين المنظمة و العاملين قائم على الثقة كلما كانت دوافعهم قوية نحو العمل و تحسن الاداء و زيادة الانتاجية.

المهارة: و التي تكتسب بعد الخبرة و الممارسة العملية، فإذا وجدت الثقة مع المهارة يؤدي إلى زيادة الإنتاجية.

المودة: التي لها دور في خلق جو من العلاقات الإنسانية الجيدة و مناخ تنظيمي يقوم على الاحترام مما يزيد من درجات التعاون و العمل الجماعي و الالتزام بتحقيق الأهداف الشخصية بالإضافة إلى أهداف المنظمة مما يساعد على تطوير مستوى الأداء و رفع الانتاجية.

من خلال عرضنا لمختلف مساهمات مدارس الفكر الإداري يمكن القول بأن التحول إلى مفهوم الجودة أو إدارة الجودة في المنظمات جاء نتيجة مخرجات الفكر الإداري السابقة فكل مدرسة قد ساهمت بشكل أو بآخر في تطوير إطار عام لإدارة الجودة، حيث ساهمت أفكار المدرسة البيروقراطية في ضرورة الالتزام بآليات التنظيم الرسمي مثل الهيكل التنظيمي، السلطة الرسمية، القواعد، السياسات و الإجراءات و غيرها و التي تساهم في تحقيق انضباط الأداء الإداري للمنظمة، و يمكن الاستفادة من مخرجات المدرسة العلمية في أداء الأنشطة المختلفة طبقاً للأسلوب العلمي لمعايير ممارسة العمل الإداري، كما ساهمت المدرسة الوظيفية في ضبط منظومة العمل الإداري بالمنظمة والتي تتمثل في التخطيط للجودة و التنظيم و تحديد أدوار القائمين عليها و توجيههم و تحفيزهم ثم قياس و تقييم فجوة الجودة، أما مدرسة العلاقات الإنسانية و السلوكية فقد ساهمت في إدارة الكيان الاجتماعي و السلوكي للمنظمة كما يمكن استخدام الأساليب الكمية التي جاءت بها المدرسة الكمية في دعم قرارات الجودة، و استخدام أيضاً مخرجات مدخل النظم في إدارة الكيانات المختلفة للمنظمة مثل الكيان المعلوماتي و الفني و المادي من خلال حرص هذا

المدخل على الانسجام و الترابط بين أجزاء التنظيم التي تشجع الإسهامات الفردية و الجماعية لتحقيق أهداف المنظمة، و علاج نقائص الجودة من خلال التشخيص و إيجاد البدائل بالاعتماد على المدخل الموقفي، أما نظرية Z التي تتفق مع بعض أفكار الجودة من خلال مبادئ المشاركة في اتخاذ القرار و تحقيق أهداف المنظمة وحرية الابتكار و الإبداع و رفع الإنتاجية و التي تعتبر من أقرب النظريات التي ساعدت على ظهور إدارة الجودة.

يمكن القول بأن إدارة الجودة هي امتداد طبيعي للجهود المكثفة نحو تطوير الإنتاجية و تحسينها و تعتبر نقلة في مفاهيم التطوير التنظيمي التي تهتم بالأجل الطويل و التخطيط الجيد و العمل الجماعي من خلال فرق العمل المتجانسة من أجل تحسين الأداء.

2.2.1.1.1. مراحل الجودة:

حيث أكد العديد من الباحثين أن الجودة قد مرت بأربعة مراحل أساسية متتالية، فكل مرحلة تالية من مراحل التطور قد اشتملت المرحلة السابقة، و هي: الفحص و التفتيش، المراقبة، تأكيد الجودة و أخيرا إدارة الجودة الشاملة.

1.2.2.1.1.1. مرحلة الفحص و التفتيش:

اقتترنت هذه المرحلة بمرحلة التسيير العلمي للعمل " لتايلور " الذي كان يهدف إلى رفع من مستوى الكفاءة الإنتاجية داخل المصنع عن طريق التخصص، النمطية، تبسيط العمل و كذا تقسيم العمل الذي يسمح بالاستغلال الأمثل لليد العاملة المتوفرة و غير المؤهلة كأحسن طريقة من أجل زيادة الإنتاج و بأقل تكلفة كما دعا إلى ضرورة الفصل بين وظيفة الإنتاج و وظيفة التفتيش و في هذا النظام يركز نشاط التفتيش بفحص المنتجات التي ينتجها المصنع في المرحلة النهائية ليتأكد من مطابقتها لمعايير الجودة المحددة مسبقا و كشف عيوب المنتجات و هذا بهدف تطور العملية

الإنتاجية¹ حيث كانت عمليات الرقابة في هذه الفترات تعتمد أسلوب بسيط يطلق عليه أسلوب المقارنات ويركز على المقارنة بين الجزء الأساسي والجزء المصنع وبتحقيق التطابق بينهما سيتحقق هدف عملية الرقابة على الجودة.

ومع التطورات الحاصلة في عمليات الإنتاج تطلب القيام بملاحظة مستمرة للإنتاج النهائي ليتحول أسلوب الرقابة على الجودة إلى أسلوب التفتيش إذ اتسع نشاط التفتيش خلال السنوات (1920 - 1930) بعد أن أصبحت نظم التصنيع أكثر تعقيدا خلال الحرب العالمية الأولى واشتملت على عدد كبير من العمال وساد الاعتقاد بأن التفتيش هو الطريق الوحيد لضمان الجودة بوصفه أسلوباً للتفتيش و الاختيار أو القياس الواحدة أو أكثر من خصائص السلعة أو مقارنه نتائج هذا النشاط مع المعايير الموضوعية للتأكد من تحقيق التطابق لكل الخواص.

2.2.2.1.1.1. مرحلة مراقبة الجودة:

شهدت هذه المرحلة تحولا حاسما تمثل في استخدام علم الإحصاء في الرقابة على الجودة، فقد أدركت الشركات الصناعية بأن القيام بنشاط الفحص أصبح غير كاف وإنما عليها البحث عن أساليب أكثر تأثيراً ليصبح المنتج بمستوى الجودة المرغوب فكان التغيير باتجاه السيطرة على الجودة إحصائياً أي ما يسمى بالضبط الإحصائي للعمليات، وزود الفاحص بأدوات وأساليب إحصائية مثل لوحات السيطرة وعينات القبول بدلا من الفحص الشامل، لتحليل عملية التشغيل ومخرجاتها وبذلك تحول الفحص إلى دور مميز أكثر كفاءة.²

لقد بدأ الاهتمام بالضبط الإحصائي للجودة في الولايات المتحدة الأمريكية قبل الحرب العالمية الثانية أين جرى تطبيقه في الصناعات الأمريكية المدنية و الحربية، حيث كان ديمنج

¹ يوسف بومدين ، تأهيل المنتجات التصديرية في إطار تسيير الجودة الشاملة-دراسة حالة NCA بالروبية، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة الجزائر -3-، 2001، ص 08.

² محمد عبد الوهاب العزاوي، مرجع سابق، ص 15.

يعمل في تدريس الضبط الإحصائي للعمليات و ضبط الجودة في وزارة الدفاع الأمريكية في ذلك الوقت، و بعد انتهاء الحرب العالمية الثانية قام اتحاد العلماء و المهندسين اليابانيين بدعوة ديمنج لإلقاء محاضرات في اليابان بموضوع الضبط الإحصائي للعمليات ومنهجية ضبط الجودة، و قد عمل اليابانيون على تطبيق هذه المنهجية.

بالإضافة إلى مساهمة الدكتور "KAORU ISHKAWA" عام 1943 و هذا باستخدامه لرسم السبب و الأثر "Cause and Effect Aialogram"، و هو صورة مكونة من خطوط و رموز مصممة لتمثيل علاقة ذات معنى بين الأثر و أسبابه و قد استخدمت رسومات السبب و الأثر في فحص أثر " رديء " و أخذ إجراء تصحيح للأسباب، و أثر " جيد " لتعلم الأسباب المسؤولة و لكل أثر يحتمل أن توجد عدة أسباب و رسومات السبب و الأثر تسمى أيضا " برسومات عظمة السمكة " ¹.

3.2.2.1.1.1. مرحلة تأكيد أو ضمان الجودة:

يقصد بتأكيد الجودة منع وقوع الأخطاء والوقاية من حدوث مشاكل في الجودة من خلال نشاطات مخططة ومنظمة، وبناء عليه فالتركيز على الجودة لم يعد على المنتج النهائي فقط بل على العمليات الإنتاجية أيضاً.

إن تأكيد الجودة يتضمن تنفيذ الإجراءات الضرورية لتوفير الثقة بأن العملية أو المنتج يفي بمتطلبات الجودة وبالتالي فالجودة مسؤولية كل دائرة وكل فرد بالمؤسسة و في الواقع فإن مسؤولية الجودة قد تحولت من دوائر الفحص (مرحلة الفحص) إلى كافة الدوائر والأقسام في هذه المرحلة، فقد كان اهتمام تأكيد الجودة كمدخل من مداخل إدارة الجودة أكثر بعدا و عمقا من المداخل السابقة له تاريخيا، فلأول مرة يقدم هذا المدخل مفهوم التكامل و التنسيق بين برامج الإدارة و لأول مرة

¹ بستر فيلد، الرقابة على الجودة، ترجمة و مراجعة سرور علي إبراهيم سرور، المكتبة الأكاديمية، القاهرة،

أيضا يؤكد أن كافة المستويات الإدارية لابد أن تشارك في تخطيط و مراقبة الجودة، حيث تم الانتقال من جودة المنتج إلى جودة النظام و أساسه منع وقوع الخطأ.¹

شهدت هذه المرحلة تطور أساليب الرقابة على الجودة مما أدى إلى ظهور مفاهيم حديثة تؤكد على ضمان الجودة لما لها من تأثير في تحسين المنتجات وتعزيز مكانة الشركات، فالرقابة على الجودة أحد المفاهيم التي تشير إلى بناء الجودة وليس التفتيش عنها، حيث أصبح تحقيق الجودة العالية للمنتجات هو ما تسعى إليه جميع المنظمات الصناعية، فتحقيق الثقة بأن كل شيء صحيح وخال من العيوب هي الميزة التي يتمتع بها أسلوب عمل المنظمات لمبدأ الصفر خطأ الذي أطلقه وأستخدمه بشكل واسع Crosby.²

كما دفع هذا الأسلوب المنظمات إلى تحقيق التنسيق بين العاملين والمدراء في حل المشاكل ووضع التحسينات عن طريق برامج مخصصة لهذا الغرض، فضلاً عن جعل هدف كل فرد عامل في المنظمة يتمثل بتحقيق مبدأ صفر خطأ في عمله عن طريق الصلاحيات الممنوحة له وتشجيعهم بالمكافآت والحوافز بما يحقق الدعم لعمل الأفراد داخل المنظمة من جهة، وتحقيقها للأهداف الاستراتيجية لعملية التخطيط للجودة من جهة أخرى.

و الجدول التالي يبين المراحل الثلاث لتطور مفهوم الجودة و الذين يمثلون المدخل

التقليدي لتطورها:

¹ بومدين يوسف، إدارة الجودة الشاملة و الأداء المتميز، مرجع سابق، ص 30.

² محمد عبد الوهاب العزاوي، مرجع سابق، ص 6.

جدول (1): مراحل تطور مفهوم الجودة

نشأة و تطور مفهوم الجودة			مراحل التطور	
تأكيد أو ضمان الجودة	المراقبة	الفحص و التفتيش	المقارنة	
التنسيق	الرقابة	الكشف	1	الاهتمام
مشكلة تتطلب الحل بفاعلية مؤثرة	مشكلة تتطلب الحل	مشكلة تتطلب الحل	2	النظرة للجودة
مراحل الانتاج جميعها و انتهاء بالسوق و مساهمة كل المجموعات الوظيفية خاصة القائمون بالتصميم لمنع تدهور الجودة	توحيد المنتج مع تقليل الفحص	توحيد المنتج	3	ضمان الجودة
برامج و نظم	أدوات و أساليب إحصائية	معايير و مقاييس	4	الطرق
تخطيط الجودة و قياس البرامج و قياس الجودة	الإمساك بالأخطاء و تطبيق الطرق الإحصائية	الفحص و العد	5	دور الخبراء
كل الإدارات، مع أن الإدارات العليا تشترك فقط من بعد التصميم و التخطيط و تنفيذ سياسات الجودة	إدارة التصنيع و الإدارة الهندسية	قسم إدارة الفحص	6	مسؤولية الجودة
البناء للجودة	المراقبة في الجودة	الفحص في الجودة	8	المدخل

المصدر: عبد الواسع عبد الغني سيف قاسم المخلافي، إدارة الجودة الشاملة و دورها في تحقيق الإصلاح الإداري،

أطروحة دكتوراه في إدارة الأعمال، كلية الاقتصاد، جامعة دمشق، 2006، ص 21.

4.2.2.1.1.1. تقنية إدارة الجودة الشاملة (المدخل الحديث):

كانت إدارة الجودة الشاملة أحد أهم عوامل نجاح اليابان في تبوئها المركز الأول بين منتجي الإلكترونيات وصانعي السيارات فقد انتشرت عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في اليابان أولاً وذلك في السبعينيات من القرن العشرين ثم انتقلت بعد ذلك إلى الدول الغربية في الثمانينيات من القرن العشرين.

حيث تعتبر إدارة الجودة الشاملة دليلاً إرشادياً و تغييراً في الفكر الإداري و الممارسات الإدارية في المنظمات على اختلاف أنواعها، فهي تقدم عدداً من المبادئ التي يمكن للإدارة أن تنتهجها لتصل إلى أحسن أداء ممكن من خلال تركيزها على فلسفة جديدة لتتماشى مع التطور في الأهداف و التكنولوجيا و إعطاء التدريب الاهتمام اللازم للحصول على الكفاءة اللازمة .

يتكون مدخل إدارة الجودة الشاملة من عدد من المفاهيم المترابطة التي تشكل معاً مدخلاً شاملاً للقيام بالعمل الإداري، فهو مدخل يقوم على الجمع بين الجوانب الفنية و الكمية من جهة و مفهوم النظام الاجتماعي في الإدارة القائم على المنهج الكيفي في التحليل من جهة أخرى باعتبار أنه لا يمكن الحديث عن المشكلات الفنية للجودة بدون أن نتكلم عن الأنظمة الاجتماعية للمنظمة.¹

إلى جانب الاهتمام الكبير في نمط الإدارة الحديثة، شهدت هذه المرحلة تطور الموصفات العالمية بما يضمن تحقيق أعلى درجات المطابقة للمواصفات المطلوبة للمستفيد، الأمر الذي وحد الموصفات الوطنية في دول العالم كافة للخروج بمواصفة عالمية موحدة ذات شهادة لضمان الجودة أطلق عليها سلسلة المعايير الدولية ISO فهذه الموصفات أصبحت شرطاً مهماً وأساسياً في

¹ نفس المرجع، ص 28.

عمليات التبادل التجاري الدولي وضرورة من ضرورات إبرام العقود التجارية بين المنظمات في كافة دول العالم.

2.1.1. إسهامات رواد إدارة الجودة الشاملة في تطوير مفهوم الجودة:

تطور مفهوم الجودة و تبلورت أفكاره على يد مجموعة من العلماء و المفكرين الذين ساهموا بأفكارهم واجتهاداتهم، و كان على رأس هؤلاء المفكرين كل من ديمينج Deming، جوران Juran، كروسبي Krosby، إيشيكوا Ishikawa، كانو Kano، فيغنباوم Feigenbaum، و سيتضمن هذا المبحث عرضا موجزا لأهم المساهمات التي قدمها كل ديمينج، جوران، إيشيكوا، كروسبي، باعتبارهم أبرز هؤلاء العلماء.

1.2.1.1. المساهمات الفكرية لإدوارد ديمينج-Adward Deming:

إدوارد ديمينج مستشار أمريكي و أستاذ بجامعة هارفرد ، ولد عام 1900 و توفي في ديسمبر 1993 يعد من الأوائل الذين وضعوا الأسس العلمية و التطبيقية للجودة، يلقب بأنه أبو ثورة إدارة الجودة الشاملة حاصل على درجة الماجستير من جامعة كولورادو وحاز كذلك على درجة الدكتوراة من جامعة بيل ومنذ تخرجه قام بالعديد من البحوث والدراسات التي أثبتت تفوقه، نشر حتى عام 1990 أكثر من 170 بحثا في موضوع الجودة وسبعة مراجع علمية وعدد لا يحصى من المقالات¹ و قد جرى اختيار ديمينج ضمن مجموعة مختارة من أجل المساهمة في إعادة إحياء الاقتصاد الياباني بعد الحرب العالمية الثانية، و خلال الخمسينات من القرن العشرين قام ديمينج بتدريب المهندسين اليابانيين على الأساليب الإحصائية التي تساعد في رفع مستوى جودة المنتج و تقليل التكاليف، حيث يرى بأن استخدام رقابة الجودة المعتمدة على الأساليب الإحصائية البسيطة

¹ كمال حمدي أبو الخير، التنظيم وإدارة الجودة الشاملة المتواصلة، مكتبة عين شمس، القاهرة، 1997، ص 77.

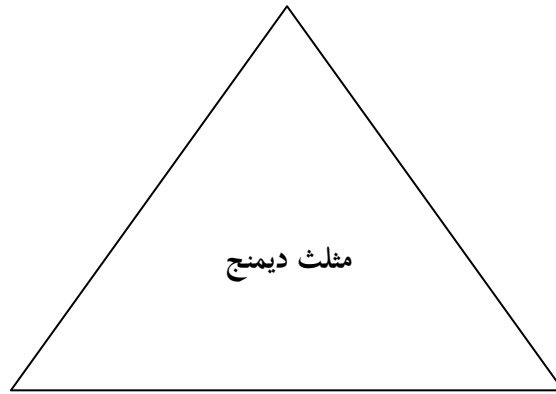
سيسهل التشخيص الدقيق للأساليب الجوهرية للمشكلات و من ثم حلها، و قد تركزت أفكار ديمينج على تقديم نموذج متكامل يحتوي على أربعة عشر نقطة رئيسية يمكن الاعتماد عليها لتحقيق التميز في جودة المنتجات و هو كالآتي:¹

- خلق أهداف ثابتة تجاه تطوير السلع و الخدمات لجعلها أكثر قدرة على المنافسة و البقاء و توفير فرص عمل.
- تبني الفلسفة الجديدة القائلة بأن الإدارة يجب أن تتعلم أنها أمام عمل اقتصادي جديد للتحديات و تمارس دورها القيادي من أجل التغيير.
- التوقف عن التفتيش لتحقيق الجودة و ضرورة بناءها منذ البداية.
- الاعتماد على جوانب أكثر شمولية تغطي كافة جوانب العملية الإدارية عند قبول العطاءات و عدم إحالتها على أساس أقل الأسعار.
- التحسين المستمر لنظم الإنتاج و الخدمات لرفع الجودة و الإنتاجية.
- فرض التدريب على رأس العمل من خلال إعادة بناء النظام التدريبي لفهم جميع العمليات التي تتم في المنشأة.
- تكوين القيادة و تأصيلها في نفوس جميع العاملين، و أن تكون هذه القيادة سليمة لتساعد على أداء العمل بشكل أفضل و ذلك باستبدال المفاهيم القديمة الخاطئة بالمفاهيم الصحيحة للقيادة السليمة.
- البعد عن اتباع سياسة التخويف من الجزاءات للعاملين، لأن الخائف لا يستطيع القيام بأي دور بناء.

¹ عبد الله محمد بريك الكثيري، مرجع سابق، ص 61.

- القضاء على المعوقات التنظيمية بين الأقسام و العمل كفريق واحد لحل المشكلات
المواجهة في عملية إنتاج السلع و الخدمات.
 - التوقف عن انتقاد الموظفين، لأن غالبية مشكلات الجودة تتعلق بالأنظمة و
العمليات التي وضعتها الإدارة.
 - إلغاء مقاييس العمل التي تفرض حصصا عديدة على العاملين في المؤسسة و
العمل على إيجاد نظام إشراف مشجع و استعمال طرق إحصائية في التحسين
المستمر للجودة الإنتاجية.
 - تشجيع المبدعين في العمل عند تقييم الأداء.
 - إيجاد برنامج قوي و فعال للتعليم و التنمية الذاتية للأفراد.
 - إعداد الإدارة العليا و جميع موظفي المؤسسة للعمل على تحقيق المبادئ الثلاثة
عشر السابقة ومتابعتها يوميا لتحقيق عملية التحول.
- وضح ديمنج شكلا هندسيا يلخص فيه النقاط السابقة على هيئة مثلث أطلق عليه مثلث
ديمنج والتي تمثل المبادئ الأساسية الثلاثة لفلسفته في تحسين الجودة و الإنتاجية في إطار مدخل
إدارة الجودة الشاملة والذي يوضحه الشكل التالي:

دعم و موازنة الإدارة للتحسين النقاط (1، 2، 14)



تحسين العلاقات الداخلية
النقاط (4، 7، 8، 9، 10، 11،
12،

تطبيق المنهج الإحصائي
النقاط (3، 5، 6، 13)

الشكل رقم (2): مثلث ديمينج

المصدر: محمد عبد الغني هلال، مهارات إدارة الجودة الشاملة في التدريب، الطبعة الثانية، منشورات هلال، القاهرة، 2000، ص 61.

قد أكد ديمينج من خلال المبادئ السابقة على ضرورة التركيز على عدة معوقات قد تعرقل

سير تحسين الأداء و أطلق عليها الأمراض القاتلة و هي:¹

- عدم ثبات الأهداف، و التي من شأنها أن تخلق عدم الرضا للمستهلك الداخلي (العاملين للمنظمة) و ذلك لإيقاعه في عدم استقرار نتيجة التغيرات المستمرة في الأهداف.

¹ خضير كاظم حمود، مرجع سابق، ص 93-94.

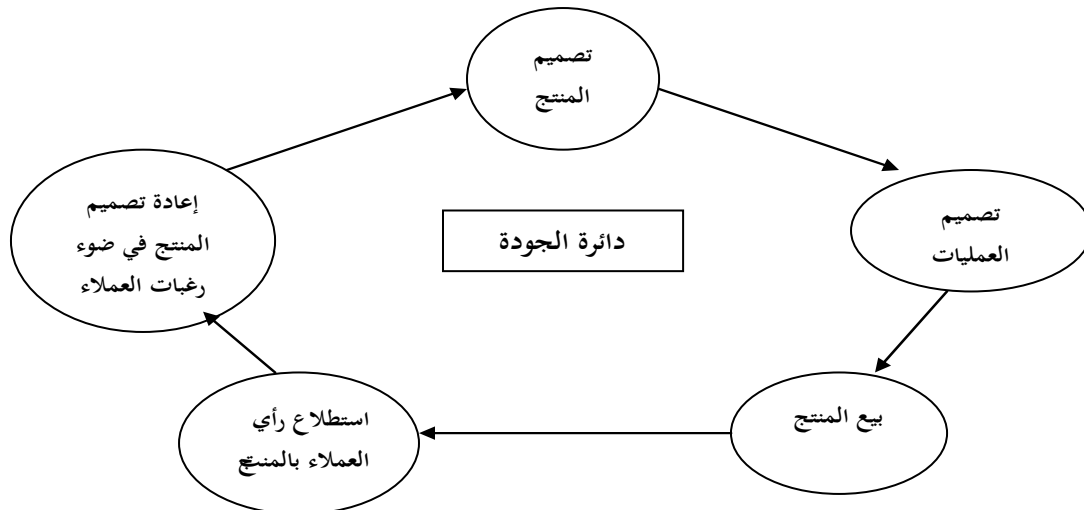
- التأكيد على تحقيق الأهداف القصيرة الأجل و المتمثلة في تحقيق الأرباح السريعة و التي من شأنه أن يهمل العاملين و المستهلكين عن الآفاق الحقيقة للمنظمة.

- الاعتماد على التقارير السنوية في تقييم الأداء .

- عدم ثبات الإدارة أو التغيير المستمر في القيادة الإدارية.

- إدارة المنظمة من خلال النماذج المعروفة و الابتعاد عن القرارات التي تحتاج إلى جهد في التفكير و جمع البيانات و التحليل.

أشار ديمينج في مبادئه إلى التحسين المستمر للجودة و الذي يجب أن شمل كافة مجالات العمل في المنظمة، فالتحسين المستمر عملية متكاملة و ليست جزئية، و وسيلة لتحقيق البقاء و الاستمرار، حيث عبر عنها ديمينج في حلقة دائرية متكاملة لها صفة الاستمرارية، و أركان هذه الحلقة موضحة في الشكل الآتي:



شكل رقم (3): دائرة الجودة

المصدر: عمر وصفي عقيلي، مرجع سابق، ص 173.

بالإضافة إلى ذلك فقد وضع ديمينج على شكل دائرة إستراتيجية التحسين المستمر و المتضمنة الأركان الأربعة الآتية:

- **خطط:** لأي تحسين تريد إدخاله، و استخدم في ذلك نموذج باريتو Pareto من أجل تحديد الجوانب الأكثر احتياجا للتحسين قبل غيرها.
- **نفذ:** اسعى إلى كشف الأخطاء، و حدد أسبابها و أكثرها احتمالا للحدوث.
- **فتش و دقق:** تحري و اكتشف إذا كانت الأفكار صحيحة و قابلة للتطبيق.
- **إعمل:** إذا حققت الأفكار المطبقة نجاحا، اجعلها جزءا من إستراتيجية المنظمة و ثقافتها.

على الرغم مما قدمه ديمينج في إدارة الجودة الشاملة إلا أن أفكاره لم تجد رواجاً في المنظمات الأمريكية مما أدى به إلى عرضها على اليابانيين بعد الحرب العالمية الثانية فافتتحو بها و قاموا بتطبيقها في منظماتهم التي تحسنت فيها كل من الجودة و الانتاجية و كذا المراكز التنافسية للمنتجات اليابانية في الأسواق العالمية، كما عملت اليابان على منح جوائز للجودة باسم ديمينج، و التي يقدمها اتحاد علماء و مهندسي اليابان إلى الشركات التي نجحت في برامجها لتحسين الجودة، و قد ركزت الجائزة على النجاح في الرقابة الاحصائية على الجودة و على التزام الإدارة العليا و مشاركتها في برامج تحسين الجودة.

بعد ذلك خرجت أفكار ديمينج عن المنظمات اليابانية و انتشرت في بقية دول العالم، و ليس هذا فحسب بل تم تطبيقها في كثير من المنظمات الخدمية كالمستشفيات، و السكك الحديدية...

2.2.1.1 . المساهمات الفكرية لجوزيف جوران Joseph M.Juran :

جوزيف جوران هو عالم أمريكي ولد في مدينة أراد في رومانيا عام 1903، حاصل على شهادة الهندسة و القانون الدولي، اهتم بالجودة و تعمق فيها حيث أدخل مفاهيم جذرية و نظريات في هذا المجال، و له مؤلفات عديدة متداولة في أكثر من خمس و سبعين دولة في العالم كمراجع أساسية لتخطيط و تحسين الجودة، وقد حصل جوران على أكثر من أربعين جائزة دولية، و جرى تكريمه رسميا في أكثر من اثني عشر دولة في العالم على رأس هذه الدول اليابان التي منحتة أعلى وسام امبراطوري يمنح لغير اليابانيين، في عام 1951 تمكن جوران من إتمام صياغة مجموعة من الأفكار حول إدارة الجودة و ضمها في كتاب سماه The quality control handbook و لقد ترجمت هذه الأفكار في شكل أطلق عليه ثلاثية عمل الإدارة لجوران، و فيما يلي توضيح لكل منها:¹

أ. **تخطيط الجودة:** و تتم عن طريق هذا التخطيط إعداد برنامج سنوي للجودة يتم من خلاله تحديد الأهداف و الخطط بصورة تمكن المنظمة من عملية المتابعة الكاملة، و قد تم

تقسيم هذه المرحلة إلى عدة خطوات وهي:

- تحديد المستهلكين المستهدفين.
- تحديد حاجات هؤلاء المستهلكين.
- تطوير منتجات تلبي حاجات المستهلكين.
- تطوير نظم و إجراءات تمكن المنظمة من الإنتاج بالمواصفات المطلوبة.
- تمرير الخطط للعاملين.

¹ محمد الطراونة، الجودة الشاملة في الشركات الصناعية الأردنية -دراسة ميدانية-، الدليل الالكتروني للقانون العربي، 1996، متاح على الموقع www.arablawninfo.com ، ص 13، تاريخ التصفح 2010/10/11.

ب. رقابة الجودة: التي تقضي القيام بعملية التحليل و التتبع للأسباب العارضة التي تسببت

في انخفاض مستويات الجودة و هذا عن طريق:

- تقييم مستوى الأداء الفعلي.
- مقارنة الأداء بالأهداف.
- دراسة أسباب الانحرافات بين الأداء و الأهداف.
- التصرف وفقا للاختلافات الناتجة عن المقارنة.

ت. تحسين الجودة: من خلال:

- تطوير بنية تنظيمية مناسبة لإدخال تحسينات سنوية على الجودة.
- تحديد المجالات التي تحتاج إلى تحسين و تنفيذ مشاريع ذلك التحسين.
- تأسيس فرق عمل لتنفيذ هذه المشاريع.
- تزويد هذه الفرق بكل ما يمكنها من تشخيص المشاكل، تحديد أسبابها، تطوير الحلول المناسبة لها و وضع نظم رقابة تمكنها من الحفاظ على المكتسبات.

كما عمل جوران على وضع عشر خطوات لتحسين الجودة نوجزها في ما يلي:¹

- **الخطوة الأولى:** مستوى الجودة له علاقة مباشرة بمستوى رضا المستفيد، فيحدث الرضا عندما تكون جودة المنتج والخدمة عالية المستوى و العكس.

¹ حمد بن سليمان البدراني، إكمالية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في إمارة المنطقة الشرقية، مذكرة ماجستير في العلوم الإدارية، جامعة نايف للعلوم الأمنية، الرياض، 2000، ص 47.

- **الخطوة الثانية:** موضوع إرضاء المستفيد من خلال الجودة ذو بعدين هما: تحديد احتياجات و متطلبات المستفيد التي في ضوءها يتم تحديد مستوى الجودة المطلوب، و مراعاة و توفير هذه المتطلبات عند تصميم و إنتاج المنتج أو الخدمة.
- **الخطوة الثالثة:** الاهتمام بعملية التنظيم لتحقيق أهداف الجودة عن طريق وضع الإجراءات و تكوين مجلس للجودة النوعية و تشكيل فرق العمل و منسقي الجودة.
- **الخطوة الرابعة:** زيادة درجة وعي الموظفين بأهمية عملية التحسين.
- **الخطوة الخامسة:** الاهتمام بالتدريب.
- **الخطوة السادسة:** تشجيع العاملين و حثهم على تحسين الأداء من خلال تقدير أعمالهم.
- **الخطوة السابعة:** الاهتمام بتنفيذ المشروعات التي تساعد المنظمة على حل مشكلاتها.
- **الخطوة الثامنة:** الاهتمام بتقديم تقارير دورية و شاملة عن أداء المنظمة.
- **الخطوة التاسعة:** الاهتمام بعملية الاتصال بين أقسام المنظمة.
- **الخطوة العاشرة:** الاهتمام بتوثيق النتائج بأشكال بيانية.

يرى جوران أن الجودة ترتبط بنوعين من التكاليف: أحدهما تكاليف لا يمكن تفاديها و هي التي تشتمل على مقاييس الجودة، و الآخر تكاليف يمكن تفاديها و تشمل تكاليف إعادة العمل أكثر من مرة، و من هذا المنطلق يرى جوران أن الاستثمار في تحسين الجودة يساعد على التخلص من التكاليف الثانية (الخاصة بالفشل أو ازدواجية العمل) و إزالتها، و يستند جوران في هذا التقسيم للتكاليف إلى مواصفات المنتج و يطلق عليها:¹

¹ جوزيف جوران، دليل جوران إلى تصميم الجودة: تخطيط جودة المنتجات و الخدمات، مجلة خلاصات، العدد

- تكاليف المطابقة: و تشمل على تكاليف التقويم و المتابعة.
- تكاليف عدم المطابقة: و تشمل على تكاليف الإخفاق الداخلية مثل تكاليف إصلاح المنتج قبل تسليمه للعميل، و تكاليف الإخفاق الخارجية مثل إعادة إصلاح المنتج و تعويض المستفيد ماليا.
- فمن وجهة نظر جوران التركيز على صيانة مستوى جيد للجودة أفضل بكثير من الاهتمام بفكرة منتج بلا عيوب.
- من خلال كل ما قدمناه عن فلسفة جوزيف جوران نلاحظ بروز عدة عناصر لإدارة الجودة أهمها التحسين المستمر و تدريب العاملين على تطبيق أدوات الجودة إضافة إلى تحفيز العاملين و الاعتراف بإنجازاتهم والابتعاد عن المركزية في الاتصال و تفعيل التغذية العكسية فيه.

3.2.1.1. المساهمات الفكرية لكاورو إيشيكawa :Kaoru Ishikawa:

إيشيكawa من رواد الجودة اليابانيين، تخرج من جامعة طوكيو باليابان تخصص كيمياء تطبيقية، و في عام 1952 حصل على جائزة ديمنج تكريما له لإسهامه العلمي و العملي في تطوير مفهوم الجودة و الطرق الإحصائية لتطبيقها له شعبية كبيرة عالميا حيث يعتبر الأب الروحي لحلقات مراقبة الجودة الذي يرى فيه الأسلوب الأهم لنشر مفهوم الجودة بين العاملين، و قد أصدر كتابا بعنوان " مرشد الرقابة إلى الرقابة على الجودة " ، و من الأفكار الأساسية التي أسهم بها في مفهوم الجودة ما يلي:¹

¹ ويليامز ريتشارد، ترجمة محمد الحديدي، أساسيات إدارة الجودة الشاملة، مكتبة جرير، الرياض، 2003، ص

- مفهوم التحول من برنامج مراقبة الجودة المستند إلى التفتيش إلى برنامج شامل يقوم على العمليات و النشاطات الداخلية التي تراعي العملاء بصفتهم جزء لا يتجزأ من عملية تحسين الجودة.

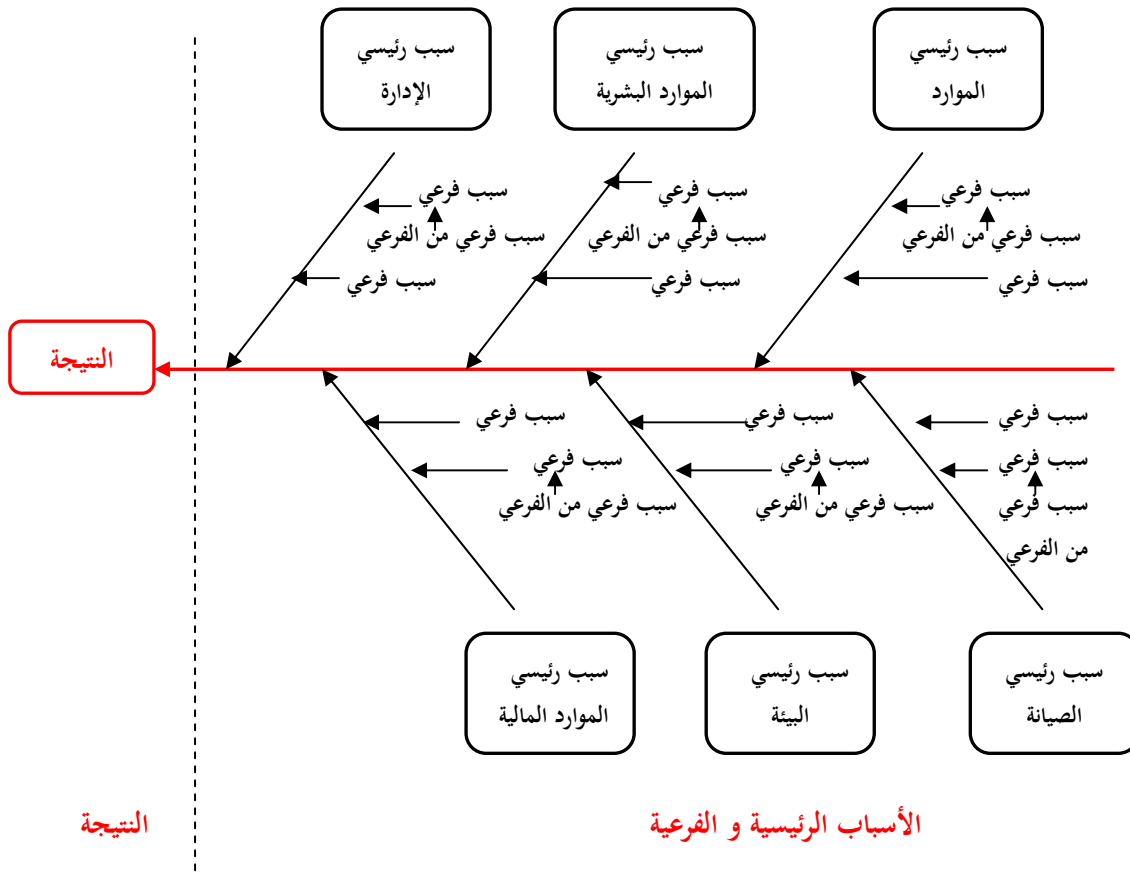
- تحديد الخطوات اللازمة للتعرف على الأسباب الرئيسية للمشكلة القائمة و محاولة التغلب عليها.

- تحديد مجالات الجودة في السلعة أو الخدمة التي يتقبلها المستفيد.

- تحديد مدى إمكانية تطبيق مراقبة الجودة على مستوى المنظمة.

- تحديد مدى إمكانية استخدام الأساليب الإحصائية التي تساعد الإدارة في معرفة أبعاد المشكلة والتغلب على آثارها السلبية.

من أبرز ما قدمه إيشيكاوا في تطوير إدارة الجودة هو زيادة حجم مشاركة العاملين و زيادة قوة التحفيز وإثارة الدوافع للعمل من خلال توفير جو عمل يستطيع العاملون من خلاله العمل المستمر على حل المشكلات كما اقترح إيشيكاوا فكرة عظمة السمكة لتحليل العلاقة بين السبب و النتيجة و التي تستخدم لتتبع شكاوي العملاء عن الجودة لتحديد مصادر الخطأ و معرفة الأسباب الرئيسية و الفرعية التي أدت إلى حدوثه، حيث يتطلب استخدامه تحديد الموضوع المراد تحليله ثم يتم رسم هيكل لظهر سمكة ذي عظمات مختلفة ليتم بعدها دراسة كل القضايا المثارة و الأفكار حولها من خلال وضع كل قضية على عظمة من عظمات السمكة، فهي تساعد بالتالي على تكوين مجموعات للنقاش و تحفيز عملية إثارة الأفكار، و يمكن توضيح الرسم البياني لعظمة السمكة في الشكل التالي:



شكل رقم (4): أسلوب تحليل علاقة السبب بالنتيجة

المصدر: حازم ياسر عبد العال، مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في خدمة عملاء الهاتف الخليوي في شركة الجوال من وجهة نظر العاملين بها في فلسطين، مذكرة ماجستير تخصص إدارة الأعمال، الجامعة الإسلامية، غزة، 2007، ص 31.

من خلال الشكل السابق يتضح أن الأسباب الفرعية و الرئيسية لكل مشكلة قد تكمن في إحدى أنشطة المنظمة (الإدارة، الموارد البشرية، الموارد المالية...)، فالسبب الرئيسي قد يقف وراء العديد من الأسباب الفرعية، و ينبغي على فريق الجودة هنا أن يحدد تلك الأسباب ثم يستخدم الأساليب الإحصائية المختلفة من أجل تحديد العلاقة بين الأسباب و النتيجة.

لقد عمل أيشيكاوا على تطوير مجموعة من الأدوات الإحصائية التي يستخدمها العاملون في تطبيق إدارة الجودة مثل خرائط الانتشار، خرائط المراقبة، الخرائط الانسيابية، قائمة الفحص، و

هذا من أجل تحليل العوامل الرئيسية المسؤولة عن ظهور مشكلة معينة إلى جانب عدد من الأسباب الفرعية عن المشكلة المؤثرة على تطبيق برامج الجودة و محاولة إزالتها أو التقليل من أثارها السلبية.

4.2.1.1. المساهمات الفكرية لفليب كروسبي Philip B.Crosby:

يعد كروسبي من أشهر رواد الجودة و أساليب تطويرها، بدأ حياته العملية في مجال التصنيع حيث التحق بعدة وظائف صناعية إلى أن أصبح مديرا للجودة لمشروع صواريخ " بيرشنج" في شركة " مارتن ماريتا" بالولايات المتحدة الأمريكية، زادت شهرته عام 1979 بعد نشر كتابه « Quality is still free » و هو أول من طرح مصطلح " Zero Defect Management"، و الذي بفضل استطاع أن يحقق نجاحا في تقليص عيوب التصنيع في برنامج الصواريخ الذي كان مديرا له.¹

استطاع كروسبي أن يضع نموذجا يشتمل على عدد من الأركان تجسد رؤيته عن الجودة الشاملة، و الذي طرحه في أربعة عشر مبدءا نوجزها فيما يلي:

- التزام ثابت من الإدارة العليا بالجودة يبدأ باستيعاب موضوع الجودة و الإعلان عن التوجه في تطبيق إدارة الجودة و ممارسة تطبيق المفاهيم لتتوافق مع الإعلان و تتطبق الأفعال مع الأقوال.
- زيادة الوعي بأهمية الجودة لوضع برنامج توعية للعاملين في مختلف المستويات التنظيمية بأكثر من طريقة مثل إلقاء المحاضرات، عقد الندوات و غيرها من الأدوات التي تحقق الغرض.

¹ جاسم بن فيجان الدوسري، الثقافة التنظيمية في المنظمات الأمنية و دورها في تطبيق الجودة الشاملة، أطروحة دكتوراه في العلوم الإدارية جامعة نايف للعلوم الأمنية، الرياض، 2007، ص 75.

- تحديد يوم خاص لزيادة الوعي بشعار صناعة بلا عيوب.
- استخدام الإحصاء كأداة تساعد على اتخاذ قرارات بناء على حقائق جمعت بطريقة موضوعية.
- اتخاذ إجراءات لتصحيح الانحرافات و الأخطاء و العيوب عن طريق إعادة التدريب و التقنيش.
- التخطيط لإزالة العيوب و تتبع المنتج في المراحل المختلفة لتكوينه حتى تسليمه للعميل بحيث يعاد رسم الإجراءات التي يمر فيها آخذا في الاعتبار تجنب الأخطاء التي تعرض لها المنتج السابق.
- تقدير تكلفة الجودة.
- تكوين فرق تحسين الجودة في مختلف الأقسام و الإدارات المراد تحسين العمل فيها.
- تدريب أعضاء الفريق و المشرفين على كيفية تحسين الجودة.
- تحديد الأهداف و تشجيع الابتكار الفردي و الاعتراف بالإنجازات.
- التخلص من أسباب الأخطاء و العيوب و تسهيل الاتصال أي التركيز على جوهر المشكلات و مصدرها بدلا من أعراضها.
- التعرف على أهمية عملية التحسين و أنها تصب في مصلحة الجميع و مكافأة المتميزين فيها.
- تكوين مجالس للجودة تتحدد مسؤوليتها في التنسيق و الاتصال بأعضاء فرق التحسين لتجنب تكاليف الازدواج في التفكير و أداء الأعمال.
- الاستمرارية في التحسين بتكرار العمليات الثلاثة عشر السابقة.

من خلال المبادئ السابقة الذكر، يركز كروسبي على أربعة محاور أساسية، أطلق عليها

بالأسس و هي:

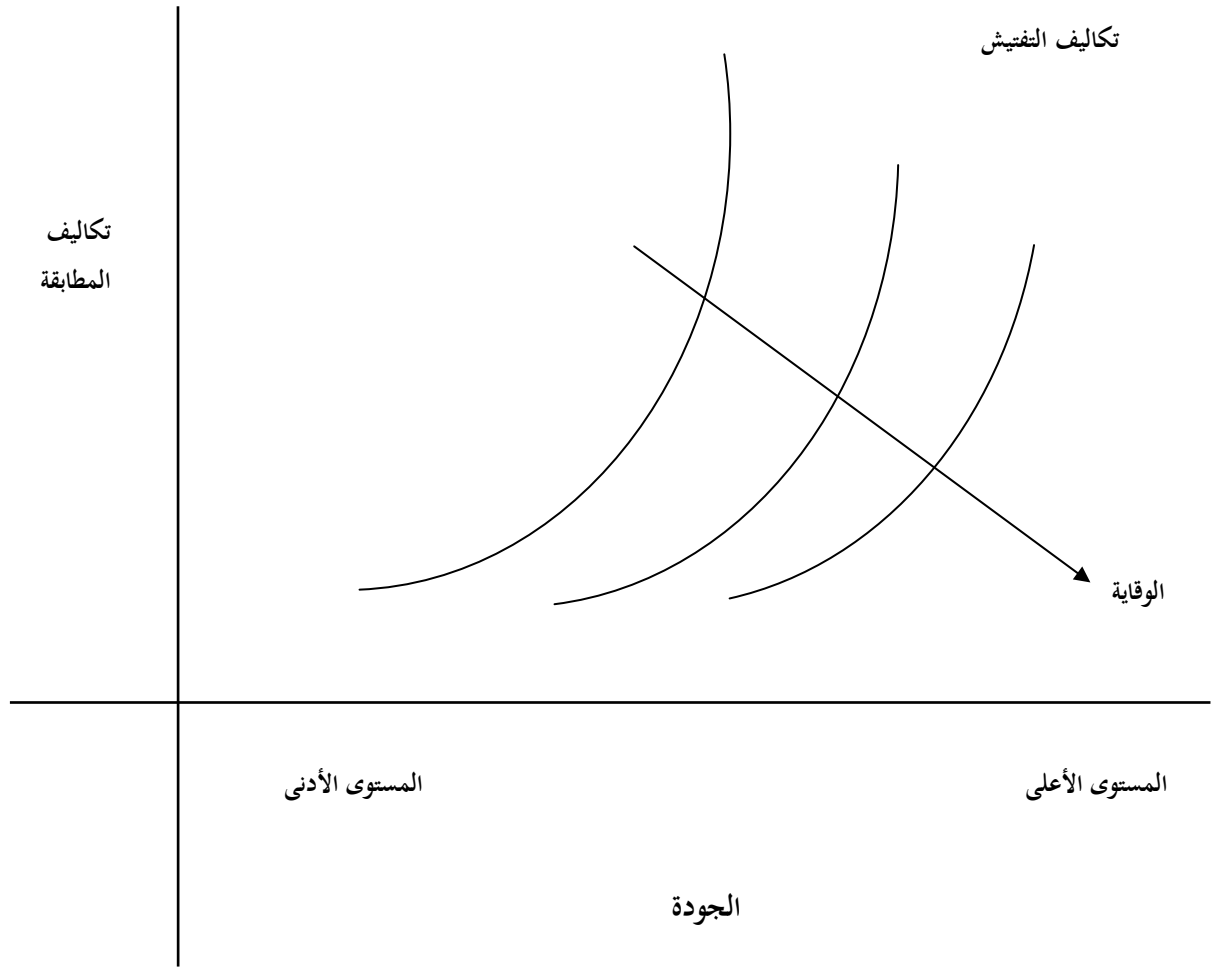
- إن مفهوم الجودة هو التواءم و المطابقة مع المتطلبات الأساسية.
- التأكيد على أهمية عمل الأشياء بشكل صحيح من أول مرة، من خلال الوقاية و ليس التقييم.

- إن معيار إنجاز الجودة هي العيوب الصفرية (مستوى صفر من العيوب و الأخطاء).
- إن قياس الجودة هي تكلفة الجودة ذاتها، فإذا ما تم إصلاح العيب أو الخلل فإن لذلك تأثيرا ايجابيا مباشر على الأداء النهائي و كذلك على علاقات العملاء .

من خلال هذه المبادئ يمكن القول أن نموذج كروسبي ينظر إلى الجودة من منظور المطابقة مع المتطلبات و ليس من منظور كفاءة الأداء، و من ناحية أخرى يهتم النموذج بالوقاية أفضل من اهتمامه بعملية تقييم النظام، كما يركز على مفهوم صناعة بلا عيوب، أو مستوى إنتاج خال من الأخطاء، كما يرى ايضا كروسبي أن قياس الجودة يتطلب قياس تكلفتها و التي قام بتقسيمها إلى فئتين هما:¹

- ثمن المطابقة: و يتضمن تكلفة التقييم، التدريب، الوقاية، التقييم، الاختبار و التفتيش.
 - ثمن عدم المطابقة: و يتضمن تكاليف إعادة التفتيش، إعادة الاختبار و الإصلاح، تكاليف الخدمات القانونية، الاستحقاقات و فقدان المستفيدين.
- فالعمل الوقائي عند كروسبي أفضل من العمل العلاجي، و هذا ما يوضحه الشكل التالي:

¹ مازن عبد المجيد محمد، إدارة الجودة الشاملة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 1994، ص 39.



الشكل رقم (5): تفسير كروسي لتكاليف المطابقة.

المصدر: خالد سعد بن سعيد، مرجع سابق، ص 146.

يعكس الشكل أن هناك علاقة بين تكاليف مطابقة المواصفات المحددة في تصميم المنتج و ارتفاع مستوى الجودة حيث أنه كلما تحسنت طرق و أساليب الوقاية من الأخطاء انخفضت تكاليف التفتيش و ارتفعت الجودة.

من خلال عرضنا الموجز لإسهامات أشهر رواد الجودة في تطوير مفهوم الجودة نجد أن هذه الإسهامات و إن اختلف أصحابها إلا أنها تلتقي و تتشابه في العديد من النقاط، و لعل أبرزها ما يلي:

- التحسين المستمر مطلب أساسي للجودة، فتحسين الجودة المستمر يعتبر مسؤولية جماعية تقع على عاتق كل من يعمل في المنظمة، و ذلك من خلال فرق العمل المشتركة.
- ينظر ديمنج للجودة على أنها التحسين المستمر، بينما يفسرها جوران بمدى ملائمتها للاستعمال، و في المقابل ينظر كروسبي من منظور استبعاد جميع العيوب، و يتفق الجميع أن برامج الجودة يجب أن تشمل جميع النشاطات في المنظمة.
- جميع النماذج تؤكد على خدمة العميل و محاولة إشباع توقعاته.
- تحت كل من هذه النماذج على الوقاية بدلا من تقييم الأداء، حيث يعتقد كروسبي و ديمنج بأن الوقاية تتضمن فهما دقيقا للعملية الإدارية و التي تساعد على تحديد مواضع المشكلات و بالتالي في تحسين جودة الأداء.
- تؤكد النماذج الآتفة الذكر على أهمية التعليم و التدريب المستمر لجميع المدراء و العاملين، بوصفهما طريقتين رئيسيين لضمان تطوير الموارد البشرية و التي بمثابة المورد الأكثر قيمة في تأدية الخدمات بشكل عام، و من أجل تحسين الجودة يجب أن تشمل هذه البرامج التدريبية تعليمات في التقنيات البسيطة والبرامج الاحصائية مثل عظمة السمكة، خرائط مراقبة الجودة و غيرها.

2.1. الإطار الفكري لإدارة الجودة الشاملة:

سنحاول في هذا المبحث التغطية النظرية لمختلف جوانب إدارة الجودة الشاملة من خلال تقديم ركائز إطارها الفكري و أهميتها من التطوير و التحسين المستمر للجودة و التخطيط لها إلى إدارة المورد البشري.

1.2.1. مفهوم و مبادئ الجودة الشاملة:

يعد مفهوم إدارة الجودة الشاملة من أكثر المفاهيم الفكرية و الفلسفية التي حظيت باهتمام واسع النطاق لدى العديد من المفكرين و الباحثين في المعارف الهادفة إلى التطوير و التحسين المستمر في الأداء الإنتاجي و الخدمي في مختلف المنظمات، لتمكينها من تحقيق أهدافها و التغلب على المشكلات التي تواجه الإنتاج من خلال المتابعة المستمرة لمراحل تنفيذ الأعمال و اكتشاف أوجه القصور و علاجها للوصول إلى أعلى معدلات الأداء.

1.1.2.1. تعريف إدارة الجودة الشاملة:

استخدم مفهوم إدارة الجودة الشاملة Total quality management تحت عدة مسميات أخرى كجودة الخدمة الشاملة، جودة التحسين المستمر، تحسين الجودة و مبادئ الجودة، و لكن الغاية و الهدف واحد و هو التركيز على التحسين المستمر و تحقيق رضا المستفيد بعد امتلاكه للمنتج أو حصوله على الخدمة.

تعددت تعريفات إدارة الجودة الشاملة فهناك العديد من المحاولات لوضع تعريف شامل لها، و لكن جاءت تلك التعريفات لتتناسب لتوجهات و تخصصات الكتاب و المؤلفين، و سيستعرض هذا البحث لبعض التعريفات التي قد تشمل هذه التوجهات:

يرى Sandelands ان مصطلح إدارة الجودة الشاملة يتكون من ثلاثة كلمات و هي :¹

- إدارة Management : تعني وجود فلسفة قوامها التركيز على العميل سواء الخارجي أو

الداخلي من خلال التنظيم لا الإشراف.

- الجودة Quality : تعني التأكد من أن رغبات العملاء و متطلباتهم، أو ما يفوق

توقعاتهم.

- الشاملة Total: تعني أن كل شخص في المنظمة يجب أن يشترك في برنامج الجودة

سواء بصورة شخصية أو من خلال فرق العمل الجماعي.

جاء تعريف آخر ليحدد مفهوم إدارة الجودة الشاملة من خلال ثلاثة طرق، كما يلي:²

- مفهوم الجودة الشاملة المبني على أساس العملاء.

- مفهوم الجودة الشاملة المبني على أساس النتائج.

- مفهوم الجودة الشاملة المبني على أساس الأدوات.

تتمحور الطريقة الأولى لتعريف مفهوم إدارة الجودة الشاملة حول فكرة العميل ومتطلباته

واحتياجاته وتوقعاته،

عرف (أوما تشونوا) إدارة الجودة الشاملة وفق هذه الطريقة بأنها (مفهوم يحدد الجودة

ويعرفها في إطار تجربة العميل في مجال الخدمات، فهذه التجربة وما يعقبها من إدراك حسي

بالجودة يتأثران بالعناصر والمكونات الملموسة وغير الملموسة التي تتكون منها الخدمات المقدمة،

ويتأثران أيضا بما يحدث بعد خروج العميل من النظام الذي يقدم الخدمة له، ويبدأ تنفيذ نظام إدارة

¹ جاسم بن فيجان الدوسري، مرجع سابق، ص 62.

² فريزة أحمد السبيعي و آخرون، القيادة التربوية للمدرسة في ظل مفاهيم الجودة الشاملة، ورقة عمل مقدمة إلى اللقاء التربوي الثاني عشر، الإدارة العامة لتعليم البنات، المملكة العربية السعودية، 2008، ص 02.

الجودة الشاملة للخدمات بالتزام الإدارة العليا تجاه هذا النظام الذي يجب أن يسن على جميع مستويات الإدارة في المنظمة.¹

عرفها معهد الجودة الفيدرالي على أنها " منهج تطبيقي شامل يهدف إلى تحقيق حاجات و توقعات العميل إذ يتم استخدام الأساليب الكمية من أجل التحسين المستمر في العمليات و الخدمات".²

تنطلق الطريقة الثانية في تعريف إدارة الجودة الشاملة من خلال النتائج النهائية، فإدارة الجودة الشاملة قد تم تصميمها للحصول على نتائج معينة منها على سبيل المثال، تحسين مستمر في معدلات النجاح، أو تقليل نسب الرسوب والتسرب، أو خفض الكلفة المادية،
عرفها وفق هذه الطريقة Jablonksi بأنها " شكل تعاوني لأداء الأعمال عن طريق تحريك المواهب والقدرات الكاملة لكافة العاملين في الإدارة و ذلك من أجل تحسين الإنتاجية و الجودة بشكل مستمر معتمدة في ذلك على فرق العمل"³، حيث يتضمن هذا التعريف المقومات الأساسية الثلاثة التي تقوم عليها إدارة الجودة الشاملة و هي:⁴

أ. الإدارة المشتركة و التي تأتي من خلال :

- إكساب العاملين في المنظمة المهارات اللازمة لأداء الأعمال بوجه صحيح.

- سعي الإدارة إلى إحداث التغيير داخل المنظمة عن طريق تحريك المواهب

ب. فرق العمل و ذلك من خلال :

- فهم عمل المنظمة و تقديم بعض التوصيات اللازمة للإدارة.

¹ نفس المرجع، ص 03.

² مأمون الداركة و طارق الشبلي ، مرجع سابق، ص 17.

³ عياش قويدر، مدخل إدارة الجودة الشاملة، كمحدد للأداء المتميز في المنظمات، المؤتمر العلمي الدولي حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، جامعة ورقلة، 2005، ص 223 .

⁴ نفس المرجع، ص 223.

- الاعتماد على مدخل فرق العمل الذي يمكن الأفراد من المشاركة في العمليات اليومية للمنظمة.

ج. التحسين المستمر.

الطريقة الثالثة لتحديد مفهوم إدارة الجودة الشاملة تتمحور حول فكرة استخدام الوسائل العلمية والأدوات الإحصائية المتاحة لتطبيق مفهوم الجودة الشاملة.

عرف Juran إدارة الجودة الشاملة وفق هذه الطريقة بأنها ليست سلسلة من البرامج بل هي نظام إداري إذ يمكن تطبيق كثير من الأدوات التي قامت إدارة الجودة الشاملة بتطويرها بصورة فعالة على المنظمة، في حين لا يمكن جني الفوائد كاملة دون إحداث تغيير في انطباع العاملين وتوجهاتهم، وكذلك إحداث تغيير على أوضاع التشغيل اليومية وأولوياته، ومن أجل تحقيق نجاح في عملية تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة، فإنه يجب على جميع أقسام الالتزام طويل الأجل إلى جانب توافر الولاء من قبل منسوبي المنظمة.¹

من منظور استراتيجي، عرفت إدارة الجودة الشاملة بكونها الفلسفة التي تصنف المفاهيم، الطرائق الأدوات و الأساليب لصياغة لغة مفهومة و مطبقة كإستراتيجية أعمال ضمن المستويات

¹ سمالي يحييه، إدارة الجودة الشاملة مدخل لتطوير الميزة التنافسية للمؤسسة الاقتصادية، ورقة عمل مقدمة إلى الملتقى الوطني حول المؤسسة الاقتصادية الجزائرية و تحديات المناخ الاقتصادي الجديد، ورقلة، 2003، ص

العليا و إستراتيجية تشغيلية ضمن المستويات الدنيا، مما يساعد في تكامل الأنشطة في مجال القيادة، الأفراد، التركيز على المستفيد، التخطيط، ضمان جودة العملية و المعلومات و التحليل.¹

كما ركز تعريف آخر على الثقافة السائدة في المنظمة التي تعكسها ثقافة الإدارة التي تتبنى نهج إدارة الجودة الشاملة، فهي ثورة ثقافية في الطريقة التي تعمل و تفكر بها الإدارة حول تحسين الجودة، و هي مدخل يعبر عن الإحساس المشترك في ممارسة الإدارة التي تؤكد الاتصالات في الاتجاهين، أهمية المقاييس الإحصائية، و إنها نتاج ممارسة الإدارة و الطرائق التحليلية التي تقود إلى عملية التحسين المستمر التي تؤدي بدورها إلى تخفيض التكلفة.²

أما دائرة الدفاع الأمريكية فتري بأن إدارة الجودة الشاملة تتألف من نشاطات التطوير و التي تشمل قيام كل شخص في المنظمة بجهد متكامل من أجل التحسين و الإصلاح في الأداء على جميع المستويات بهدف تحقيق عدد من الأهداف الوظيفية المتداخلة مثل الجودة و التكاليف، و أنها تعمل على تكامل أساليب الإدارة الأساسية و جهود التحسين و الإصلاح و الأساليب و الطرق الفنية ضمن أسلوب منظم، يركز بشكل كبير على عملية التطوير المستمر و جميع الأنشطة السابقة تهدف بشكلها النهائي إلى الوصول إلى أعلى درجات الرضا و الاقتناع للجمهور.³

¹ مؤيد حسن الهاشمي، مبادئ إدارة الجودة الشاملة و أثرها في تحديد الأسبقيات التنافسية، مذكرة ماجستير، كلية الدارة و الاقتصاد، جامعة الكوفة، 2006، العراق، ص 16.

² زين الدين فريد عبد الفتاح، المنهج العلمي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العربية، بدون دار نشر، القاهرة، 1999، ص 9.

³ منشور مركز الخبرات المهنية للإدارة، ندوة إدارة الجودة الشاملة و المواصفات الدولية، المعهد الوطني للعلوم الإدارية، صنعاء، 1997، ص 31.

بالنظر إلى التعاريف السابقة، يبدو أنها لم تتفق على مضمون و صيغة موحدة لمعنى إدارة الجودة الشاملة، فهي تتفق في بعض العناصر و تتباين في عناصر أخرى، و أكدت بصورة إجمالية على أن إدارة الجودة الشاملة ليست هدفا بحد ذاتها و لكنها وسيلة تهدف إلى إيجاد منظمات أكثر استجابة للمتغيرات في البيئة المحيطة و استخدام الموارد الرئيسية في تلك المنظمات بصورة فعالة، و أن لها خصائصها التي تميزها كمدخل إداري عن نمط الإدارة التقليدية، من حيث اعتمادها للتحسين المستمر للجودة في العمليات و الخدمات، و اتساع مضمونها وشموليتها لكل عناصر و أجزاء المنظمة لمقابلة احتياجات المستفيد في الحاضر و المستقبل و توجيه جهود الأفراد لتطوير العمليات التي تعمل على التوجيه بالمستفيدين.

يمكن إيضاح الجوانب التي تعرض إليها مختلف الباحثين لتعريف إدارة الجودة الشاملة

فيما يلي:

- إدارة الجودة الشاملة كفلسفة: تأخذ شكل نظام إداري شامل، قائم على أساس إحداث تغييرات جذرية إيجابية لكل شئ داخل المنظمة، بحيث تشمل هذه التغييرات: الفكر، السلوك، القيم، المعتقدات التنظيمية، المفاهيم الإدارية، نمط القيادة الإدارية، نظم و اجراءات العمل، و ذلك من أجل تحسين وتطوير كل مكونات المنظمة، للوصول إلى أعلى جودة في مخرجاتها (سلع أو خدمات) و بأقل تكلفة بهدف تحقيق أعلى درجة من الرضا لدي زبائن¹

لهذا فإن إدارة الجودة الشاملة تمثل تطورا فكريا شاملا يعتمد على خلق تكامل للجهود البشرية و المادية و المعنوية المتاحة في المنظمة نحو تحقيق الهدف الرئيسي لها.

¹ عمر العقيلي، مرجع سابق، ص 31.

- **إدارة الجودة الشاملة كأدوات:** فهي تحتوي على مجموعة من الأدوات الكمية و الوصفية التي تتيح فهما أفضل لطريقة أداء الأعمال و قياس الجودة المحسنة باستمرار و الاعتراف بالإنجاز عند تحقيق الهدف الخاص بتحسين الإنتاجية و تحقيق معدلات الأداء و الكفاءة في الأداء و تحسين ظروف العمل و استخدام هذه الأدوات في العمليات و الوظائف الإدارية و الخدمات يسمح بتحسين العمليات الخاصة بالأداء اليومي و تقليل شكاوى المستفيدين و تقليل عدد الأوراق الإدارية المتعلقة بإعادة التشغيل و تبسيط النماذج الإدارية لتسهيل استخدامها و تقليل أخطاء إدخال البيانات و تحقيق أداء العمل بشكل صحيح من المرة الأولى و التي يؤدي الالتزام في تطبيقها إلى تشكيل السلوك الفردي والإفصاح عن الشعور للعامل الذي يؤدي شيئاً ما بشكل إيجابي، و للعامل الذي يحقق تقدماً في مجال ما ¹

- **إدارة الجودة الشاملة كثقافة:** وهي مجموعة من القيم ذات الصلة بالجودة التي يتم تعلمها بشكل مشترك من أجل تطوير قدرة المنظمة على مجابهة الظروف الخارجية التي تحيط بها وعلى إدارة شؤونها الداخلية ²

- **إدارة الجودة الشاملة كنظام:** فهي نظام متكامل يتكون من الإجراءات و التقنيات و تتضمن مدخلا نظميا شاملا للجودة.

و منه فإن إدارة الجودة الشاملة تعتبر منظومة متكاملة من الأدوات التي تتكامل في تقديم وصف جديد للسلوك الذي يجب أن يسلكه كل الموظفين من أجل تحقيق النجاح، من خلال التركيز

¹ عبد الواسع عبد الغني سيف قاسم المخلافي، مرجع سابق، ص 10.

² فؤاد زكرياء، ضبط الجودة وحماية المستهلك، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص 94.

على تحقيق الجودة في جميع العمليات لتحسين الإنتاجية و خفض التكاليف و تقديم خدمات ذات جودة عالية تلبي احتياجات و رغبات المستفيدين و كسب رضاهم.

2.1.2.1. مبادئ إدارة الجودة الشاملة:

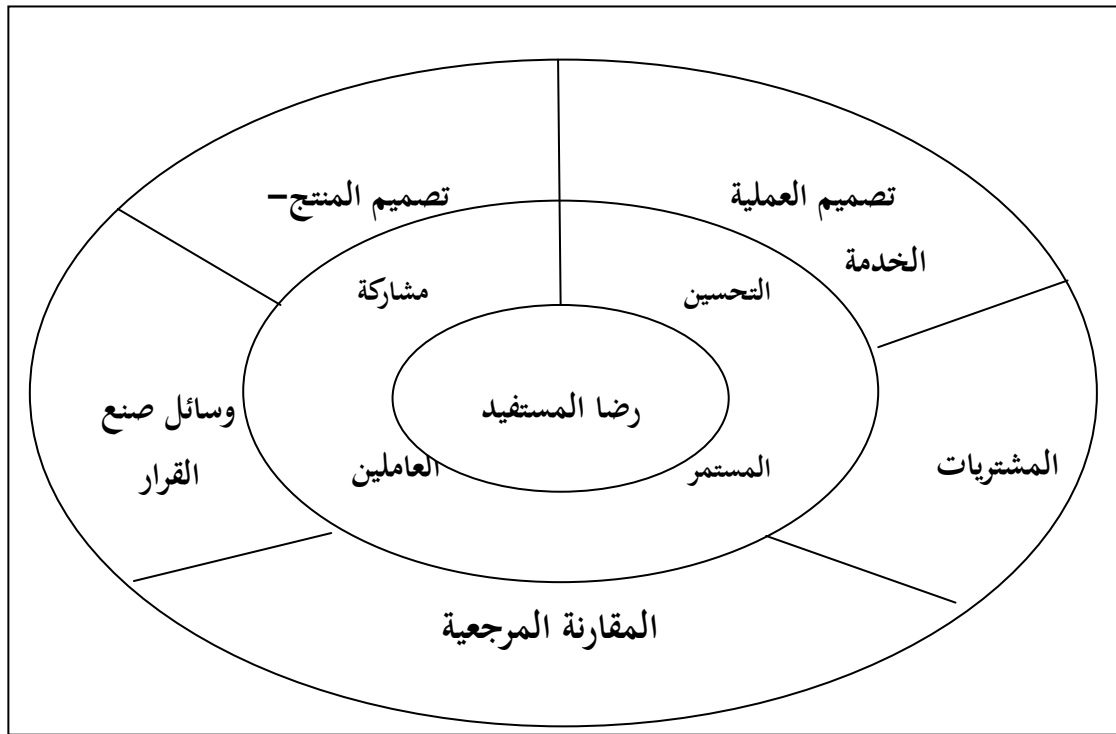
بالرغم من تعدد التعاريف لمفهوم إدارة الجودة الشاملة، فإن هناك اتفاقاً عاماً حول أهم المبادئ التي تقوم عليها، و التي يجب تبنيها خاصة عند محاولة تطبيق إدارة الجودة الشاملة، و يمكن اختصار أهم هذه المبادئ فيما يلي:

1.2.1.2.1. رضا المستفيد (الزبون) : يعد التركيز على المستفيد و رضاه أولى

أولويات إدارة الجودة الشاملة و قد أكدت المواصفات الدولية للجودة ISO 9000:2000 أن رضا المستفيد هو أحد الأهداف الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة، و يرتبط رضا المستفيد الدائم بنجاح و تميز المنظمة، و هذا الرضا الدائم يمكن أن يستمر لفترة طويلة من الزمن ما دامت المنظمة تفي بمتطلبات و توقعات المستفيد على أكمل الوجه و تعتبر برامج الجودة الشاملة الأكثر نجاحاً فهي التي تبدأ بتحديد الجودة من منظور المستفيد، و قد عرف ديمنج الجودة على أنها ليس فقط الإيفاء بتوقعات و احتياجات المستفيد، و لكن كذلك التنبؤ باحتياجاته و توقعاته المستقبلية.¹

و بما أن المستفيد يعتبر المحور الذي تركز عليه عجلة الجودة الشاملة، يمكن ملاحظة العناصر الأساسية المكونة له في الشكل التالي:

¹ فاتح عبد القادر الحوري، تشخيص واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية، مجلة البصائر العدد الأول مجلد 12، عمان، 2008، ص 152.



الشكل رقم (6): عجلة الجودة الشاملة المرتكزة على رضا المستهلك

المرجع: مؤيد حسن علي الهاشمي، مبادئ إدارة الجودة الشاملة و أثرها في تحديد الأسبقيات التنافسية،

مذكرة ماجستير، جامعة الكوفة، العراق، 2006، ص 24.

من خلال الشكل السابق نلاحظ أن هدف المنظمة هو تحقيق رضا المستهلك، فهو الذي يحكم على السلعة أو الخدمة الجيدة من الرديئة، لذلك يعتبر هو الجزء الأكثر أهمية في أي منظمة و يعد نقطة البداية و النهاية لمختلف الأنشطة، فالتركيز على المستهلك يعد الأساس و القوة الدافعة وراء الجودة و تحسين الإنتاجية و بالتالي ينعكس على نجاح المنظمة و يجب أن تكون المنظمة مستمعة جيدة للزبائن و مستجيبة لحاجياتهم و رغباتهم وهذا يتطلب فهم كامل من قبل المنظمة للمستهلك و حاجاته المستقبلية، و الذي يعني تحسين خطة الانتاج و عملياته من أجل تدنية الأسعار، و يعد هذا نقطة تحول في أنشطة الجودة التقليدية من التركيز على المستهلك النهائي

المتسلم للسلع و الخدمات إلى المستفيد الداخلي المنجز لفعاليات الإنتاج و التصنيع، و تأسيسا على ذلك تعد القيم المادية و المعنوية التي تقدمها المنظمة للزبون الأساس المهم لتلبية متطلبات إدارة الجودة الشاملة لأنها تمكن الإدارة العليا من صياغة القرارات المهمة التي تركز على متطلبات المستفيد من السلع و الخدمات المقدمة له و عليه فإن حصول المنظمة على الحكم النهائي على منتجاتها المقدمة إلى الزبائن سيشكل عنصرا مهما لها، لأنها ستوضح مدى نجاح مدراء هذه المنظمة في إنجاز الأعمال الصحيحة و بطريقة جيدة و ملبية في الوقت ذاته حاجات المستفيد¹.

2.2.1.2.1. التحسين المستمر: يعد التحسين المستمر من المطالب الأساسية

لتحقيق الجودة، حيث يجب الحرص على تحسين المنتجات و الخدمات التي تقدمها المنظمة باستمرار بهدف إرضاء المستفيد، فضلا عن تحسين إجراءات العمل بما ينعكس بشكل إيجابي على المنظمة ككل، و يفي باحتياجات المستفيد من الخدمات و التي تتغير بمرور الوقت نظرا للتطورات و التغيرات المتسارعة في البيئة المحيطة.

و تتميز إدارة الجودة الشاملة عن الإدارة التقليدية باستمرار التطوير و التحسين، ففي الإدارة التقليدية يتم التطوير حسب الحاجة فقط أما في إدارة الجودة الشاملة فإن التطوير و التحسين عملية مستمرة تتطلب التقييم المستمر للمدخلات والعمليات و المخرجات عبر خطط عمل تتناول التحسين أو معالجة المشكلة، ومن ثم القيام بتنفيذ الخطة على نطاق محدود على سبيل التجربة لفحص فعالية التنفيذ و أخيرا تأتي مرحلة مباشرة العمل وفق الخطة الموضوعة بعد التأكد من فعاليتها.

¹ الطائي و آخرون، إدارة الجودة الشاملة في التعليم الجامعي، مجلة الغري للعلوم الاقتصادية و الادارية، المجلد رقم 1 العدد 3، 2005، ص 146 متاح على الموقع www.al-ghari.com تاريخ التصفح 2010/10/12.

3.2.1.2.1. التزام و دعم الإدارة العليا: يقصد بذلك قدرة الإدارة على وضع رؤية

طويلة الأجل فيما يتعلق بجودة منتجاتها وعملياتها وأن تكون قادرة على تغيير ثقافة المنظمة نحو تحسين الجودة اعتماداً على قناعة تامة من جانبها ومهارات متميزة في إقناع الآخرين بتبني نفس الفلسفة والعمل على تحقيقها، حيث أن التأكيد المتناسق لدور الإدارة العليا كموجه رئيسي للتغيير سيجد من الاختلافات الفردية فيما يتعلق بتبني إدارة الجودة الشاملة و لا شك أن التزام الإدارة العليا بتطبيق إدارة الجودة الشاملة يجب أن يكون عن قناعة و الذي يظهر في توفير المواد اللازمة لتدريب العاملين على أدوار و أساليب إدارة الجودة الشاملة و إقامة ورش العمل و الندوات التي يمكن أن تزيد من وعي العاملين بمنهجها.

يتطلب التحسين المستمر للجودة ما يلي:¹

- المشاركة الجماعية بدلا من الفردية في صنع القرارات.
- التركيز على التخطيط الاستراتيجي بدلا من التخطيط قصير الأجل.
- المناقشة المفتوحة بدلا من أسلوب التخويف.
- التحسين المستمر بدلا من برامج محددة ثابتة.
- السياسات المرنة بدلا من سياسات العمل الجامدة.
- القرب من المستفيد و متطلباته بدلا من البعد عنه.
- البحث في أسباب المشكلات بدلا من العمل على النتائج.

4.2.1.2.1. مبدأ مشاركة العاملين: إن منهج إدارة الجودة الشاملة يتطلب مشاركة

الجميع على أساس أن المشاركة تعد من أهم المرتكزات لنجاح هذا النموذج، حيث أكدت إدارة الجودة الشاملة أن المشاركة تبدأ بخطوة أساسية تتمثل في معرفة كل فرد عامل بالمنظمة دوره في

¹ خالد بن سعد عبد العزيز، مرجع سابق، ص 95-96.

تحقيق هذه الفلسفة بنجاح، فوضوح خطط الجودة و سياستها و أهدافها أعطى الأفراد انطبعا بأن العمل الذين يقومون به مهم و فعال في تحقيق أهداف المنظمة المرغوبة، الأمر الذي يجعل الفرد يشعر بالمتعة من انجاز عمله.¹

5.2.1.2.1. الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها: حيث يجب على العاملين الالتزام

بمعايير قياس الجودة والأداء الصحيح من المرة الأولى حتى يتم تقديم خدمات و منتجات ذات جودة عالية ترضي أذواق و رغبات المستفيدين، لذا يتطلب وضع معايير دقيقة لقياس جودة الأداء و وضع معالجات مختلفة للمهام التي تتطلب أعمالاً أكثر تعقيداً من خلال عملية تحليل المهام بالإضافة إلى التمييز بين المهام القابلة للقياس و الأخرى غير قابلة للقياس و توفير المعلومات و معالجة الصعوبات التي تواجه حصول المستفيد على الخدمة.²

6.2.1.2.1. التحفيز: يعتبر نظام الحوافز من بين الأنظمة التي تدفع العاملين على

إتقان العمل و التحسين و التطوير المستمرين للخدمات و التي تقوم عليهما إدارة الجودة الشاملة، فالحوافز لها تأثير مباشر على نمط و سلوك العاملين و اتجاهاتهم، وكذلك في استمرار عمليات إدارة الجودة الشاملة التي تعتمد كلية على حماس المشاركين في التحسين، لذلك ينبغي تعزيز هذا الحماس من خلال الحوافز المناسبة و هذا يتفاوت من المكافأة المالية إلى التشجيع المعنوي و منه فإن على المنظمة أن تتبنى برنامج حوافز فعال و مرن يخلق جو من الثقة و التشجيع و الشعور بالانتماء للمنظمة و بأهمية الدور الموكل إليهم في تطبيق البرنامج.

¹ علي فضل الله، إدارة الجودة الشاملة: مشروع رؤية جديدة للفكر الإداري، العبيكان للنشر، الرياض، 1999، ص 243.

² موسى اللوزي، التطوير التنظيمي: أساسيات و مفاهيم حديثة، دار وائل للنشر، عمان، 1999، ص 239.

7.2.1.2.1. التغذية العكسية: يتيح مبدأ التغذية العكسية لجميع المبادئ السابقة

تفعيل تطبيق إدارة الجودة الشاملة خاصة في وجود نظام اتصال فعال " فتوافر المعلومات و بثها على كل مستويات المنظمة يمكن من التعرف على رغبات العملاء ورصد حاجاتهم و معرفة متطلباتهم و الكشف عن أسباب استخدام المنتجات الجديدة أو المنتجات المنافسة، مما يساعد على تلبية احتياجات العملاء، كما أن توفر المعلومات يمكن من مراقبة مصادر التوريد من حيث التكلفة و الجودة مما يضمن تلبية الاحتياجات في الوقت المحدد Just in time أي توافر المعلومات يمكن المنظمة من ان تأخذ قراراتها بناء على رصد و اكتشاف إشارات من عملائها، و ترجمتها إلى مستويات الجودة التي يردها هؤلاء العملاء و استغلالها و بالتالي التوجه بالعمل و ينعكس هذا على فلسفة المنظمة و المحافظة على مركزها التنافسي في السوق".¹

¹ بومدين يوسف، دراسة أثر إدارة الجودة على الأداء الحالي للمؤسسات الاقتصادية، مرجع سابق، ص 98.

3.1.2.1. أهمية إدارة الجودة الشاملة:

إدارة الجودة الشاملة عبارة عن فلسفة و خطوط عريضة و مبادئ تدل و ترشد المنظمة لتحقيق التحسين المستمر بحيث تعد مهمة أساسية لكل الأفراد العاملين في المنظمة بهدف خلق قيمة مضافة لتحقيق رضا زبائنهم من خلال تقديم ما يتوقعونه أو ما يفوق توقعاتهم، و من هنا تتضح أهمية إدارة الجودة الشاملة حيث تؤدي إلى تحقيق التالي:

- التركيز على حاجات الزبائن و الأسواق بما يمكنها من تلبية الزبائن.
- تحقيق الأداء العالي للجودة في جميع المواقع الوظيفية و عدم اقتصرها على السلعة و الخدمة.
- الاستخدام الأمثل للطاقات البشرية و تطوير إمكانياتها الهادفة إلى تحسين الأداء بالشكل الذي يحقق اسهامات فاعلة في التطوير.
- الاستخدام الهادف لأبعاد التدريب و التطوير من خلال تحسين برامج التطوير في مجالات النوعية والقيام بتشجيع العاملين في اتخاذ القرار فيما يخص مجالات تحسين الأداء و تطوير النوعية، و كذا التركيز على أهمية العمل الجماعي في مختلف مجالات الأداء الإنتاجي و الخدمي .
- التركيز على الدور الرئيسي الذي يلعبه دور الوقاية بدلا من العلاج حيث أن متابعة الأداء و اتخاذ الإجراءات الوقائية قبل تفاقم الانحرافات في الأداء من شأنها أن تؤدي إلى تقليص التكاليف الناتجة عن الإجراءات التصحيحية.
- استخدام الوسائل الإحصائية (كخرائط المراقبة و مخططات السبب و النتيجة و تحليل باريتو) وغيرها من الأساليب الإحصائية التي تساهم بشكل فعال في تحقيق كفاءة و

فعالية الأداء في المجالات الإنتاجية و الخدمية و تحقيق الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها المنظمات.

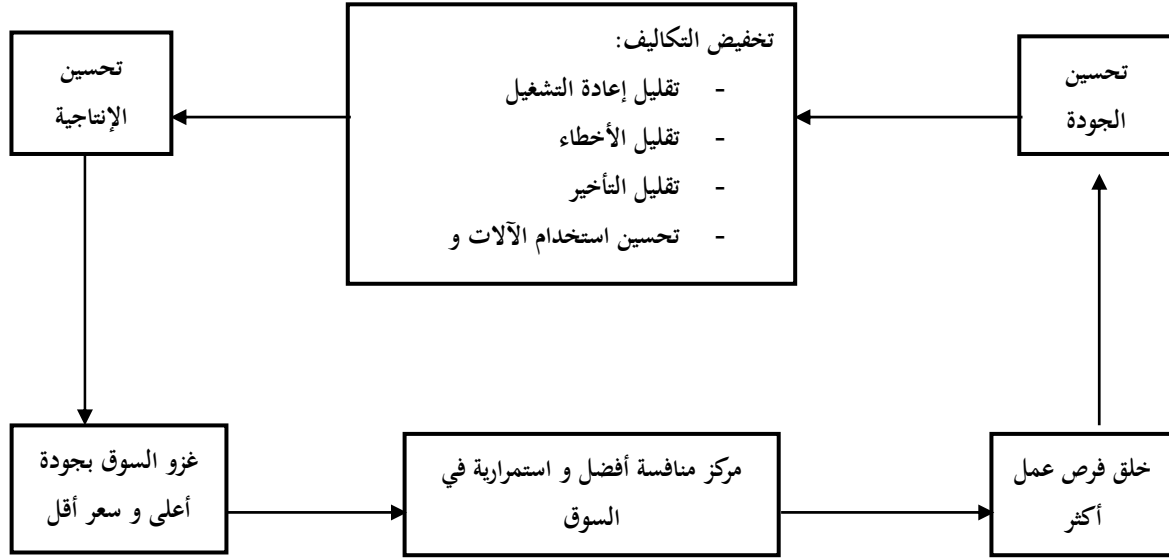
- الفحص المستمر لجميع العمليات.
- التحقق من حاجة المشاريع للتطوير و التحسين و تطوير مقاييس الأداء.
- تطوير إجراءات الاتصال لإنجاز العمل بصورة جيدة و متميزة.
- المراجعة المستمرة لسير العمليات لتطوير إستراتيجية التحسين المستمر.
- التخلص من التنظيم الهرمي البيروقراطي من خلال اندماج العاملين في تصميم عمليات العمل و الذي يمكن المديرين من تركيز انتباههم على التعامل المبدع مع بيئة المنظمة و كذلك المهمة و الإستراتيجية الشاملة لها، بالإضافة إلى إخراج المنظمات خاصة العمومية منها من دائرة الأساليب البيروقراطية و ما يصاحبها من سلبيات و تفعيل دور التحليل و التخطيط لإدارة الخدمات.

- لذلك فإن " أهمية إدارة الجودة الشاملة تأتي من كونها منهجا كاملا للتغيير أبعد من كونه نظاما يتبع أساليب مدونة بشكل إجراءات و قرارات و إن الالتزام من قبل أية منظمة يعني قابليته على تغيير سلوكيات أفرادها تجاه مفهوم الجودة، و من ثم تطبيقه يعني أن المنظمة باتت تنظر إلى أنشطتها ككل بشكل متكامل بحيث تؤلف الجودة المحصلة النهائية لمجهود و تعاون العاملين"¹، فتطبيق إدارة الجودة الشاملة يؤدي إلى تحقيق عدة نجاحات أو مؤشرات أساسية منها:
- تقليص شكاوى الزبائن و تخفيض تكاليف الجودة مما يساهم في تحقيق رضا الزبائن.
 - زيادة الإنتاجية و الأرباح المحققة مما يؤدي إلى رفع الحصة السوقية.

¹ محمد عبد الوهاب العزاوي، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية ، عمان 2005، ص 58.

- تقليل حوادث و مشاكل العمل، مما يساهم في رفع الكفاءة الإدارية و الإنتاجية.
- تحسين عملية الاتصال بين مختلف مستويات المنظمة و ضمان المشاركة الفعالة لجميع أفرادها في تحسين الأداء.

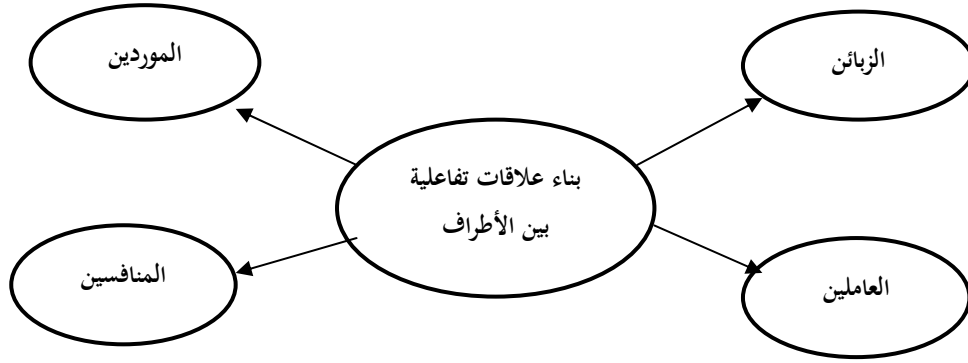
يمكن توضيح النقاط الأساسية لأهمية إدارة الجودة الشاملة من خلال الشكل التالي:



الشكل رقم (7): أهمية إدارة الجودة الشاملة

المصدر: علي السلمي، السياسات الإدارية في عصر المعلومات، دار غريب للنشر و الطباعة، القاهرة، بدون تاريخ، ص 299.

كما يمكن القول بأن أهم الوظائف التي تتعلق بإدارة الجودة الشاملة هي خلق العلاقات التبادلية بين الأطراف المرتبطة بإدارة الجودة الشاملة و التي من شأنها أن تحقق الدور الفعال في تطوير و تحسين الجودة للمنتجات و الخدمات على حد سواء وفقا للشكل التالي:



الشكل رقم (8): العلاقات التفاعلية بين أطراف الجودة

المصدر: خضير كاظم حمود، إدارة الجودة و خدمة العملاء، الطبعة الثانية، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان،

2007، ص 40.

2.2.1. فلسفة إدارة الجودة الشاملة:

إدارة الجودة الشاملة هي فلسفة إدارية تركز على عدد من المبادئ الإرشادية التي يمكن تطبيقها في المنظمات و التي تمثل طريقة للأداء و كل مبدأ يمثل تغييرا في الطريقة التي يتم العمل بها و التي تعمل على إنشاء نظام هيكلي توجه من خلاله جهود العاملين لكسب ثقة المستفيد و خلق بيئة تنظيمية تسمح بمشاركة العاملين في التخطيط و التنفيذ لأساليب التحسين المستمر لجودة العمليات بصورة دائمة، هذه الفلسفة التي تركز على جودة الأداء في جميع المجالات أي في كافة مكونات المنظمة (إستراتيجيتها، أسلوب العمل، النظم و الاجراءات السياسات،...) و لكي تقوم إدارة الجودة الشاملة بتحقيق أهدافها فإنها تقوم على عدد من المرتكزات التي يمكن أن نسميها بالأساسيات التي تميزها عن الإدارة التقليدية و في هذا الجزء من البحث سوف نتطرق إلى أهم العناصر التي ينطلق منها التغيير نحو تبني منهجية إدارة الجودة الشاملة و هي العنصر البشري

الذي يتولى القيادة و التنفيذ لهذه المنهجية، التخطيط الاستراتيجي و التحسين المستمر كمطلب أساسي لنجاح إدارة الجودة الشاملة.

1.2.2.1. التطوير و التحسين المستمر للجودة:

إن هدف التحسين المستمر هو الوصول إلى الإتقان الكامل عن طريق استمرار التحسين في العمليات الإنتاجية للمنظمة، و الذي يعتبر عملية شاملة تتضمن كافة الأنشطة سواء المدخلات أو عمليات التحويل أو المخرجات و حتى انتقال المخرجات إلى المستفيد، و قد ينتج عن عملية التحسين المستمر تخفيض في المدخلات أو زيادة في المخرجات أو تحسين جودة المخرجات أو ارتفاع مستوى رضا العاملين أو رضا المستفيدين.¹

فالتحسين المستمر إذن هو عبارة عن ممارسات لا نهاية لها من التحسينات في مختلف أوجه عمل المنظمة و التي تتضمن النقاط التالية:²

- أن هناك دائما فرصا للتحسين في العمليات و مختلف أوجه عمل المنظمة (فالتغيرات في البيئة الخارجية مثل أذواق المستفيدين و توقعاتهم و التكنولوجيا تستدعي تحسينا مستمرا للتكيف مع هذه التغيرات).
- أن يكون السعي للتحسين المستمر عقيدة و سلوك لدى كل فرد في المنظمة و التي تتطلب بناء ثقافة منظمة متوجهة نحو التحسين المستمر بالإضافة إلى تمكين العاملين من القيام بذلك.

¹ محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص 182.

² رعد عبد الله الطائي و عيسى قداد، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري للنشر و التوزيع، عمان 2008، ص

- وجود منهجية للتحسين المستمر و الهدف منها تحقيق الكفاءة و الفعالية في عمليات التحسين التي يجرى القيام بها و التي تستلزم بعدين هما: البعد الأول يمثل الجانب الإجرائي المتمثل بسلسلة الخطوات للقيام بعملية التحسين مثل دورة ديمينج، أما البعد الثاني يتمثل في مجموعة من المبادئ المرشدة مثل التركيز على العميل أو المستفيد و التزام كل العاملين بتحسين الجودة.

و منه فالتحسين المستمر ليس عملية عشوائية بل لها عدة متطلبات و مبادئ، و لذلك فقط ظهر اتجاهين في هذا الإطار أحدهما ياباني و الثاني أمريكي و سنقوم فيما يلي بتقديم شرح موجز لكل منهما.

1.1.2.2.1. الاتجاه الياباني (kaizen):

يطلق على هذا الاتجاه تسمية kaizen الذي ابتكره Dr.Massaki Imai، رئيس و صاحب معهد kaizen في طوكيو، و تتكون هذه الكلمة من مقطعين، الأول kai و يعني التغيير، الثاني zen و يعني الجيد، و بالتالي فهذه الكلمة تعني التغيير الجيد.

ينظر هذا الاتجاه إلى عملية التحسين على أنها عملية تأتي بشكل تدريجي أي على شكل خطوات صغيرة مدروسة بشكل جيد متتالية و متلاحقة بشكل مستمر، حيث تركز على عناصر من أهمها:¹

- التركيز على المستفيد

- روح التعاون و عمل الفريق.

¹ محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص 191.

- التوقيت المطلوب

- حلقات الجودة.

- علاقات الإدارة مع العاملين.

- استخدام التكنولوجيا في العمل.

هذه العناصر التي تتفاعل مع بعضها البعض لتعمل ضمن هذا الاتجاه، الذي يعمل من

خلال تطبيق المنهج الياباني للإدارة 5S و المتكون من الحروف الأولى للكلمات اليابانية: Seiri,

Seiton, Seison, Seiketsu, Shitsuke¹:

- **Seiri إزالة التلّف:** و تعني التمييز بين الأشياء الضرورية و غير الضرورية و

التخلص من هذه الأخيرة، و الهدف منه منع الهدر و ضمان الأمن و السلامة.

- **Seiton الأناقة:** و تعني حفظ الأشياء بأناقة كي تكون متاحة للاستعمال و الهدف

تحسين الكفاءة و ضمان الأمن و السلامة.

- **Seison الكنس:** و تعني إيجاد العيوب الصغيرة من خلال التنظيف و الهدف منع

الأعطال.

- **Seiketsu النقاء:** و تعني تحسين البيئة المحيطة بالمرافق الإنتاجية لتقليل التلّف و

الهدر، و الهدف إدانة و تحسين الجودة.

- **Shitsuke النظام:** و تعني إطاعة ما يتم تقريره، و الهدف تنميط الفعاليات و

الإجراءات.

¹ رعد عبد الله الطائي و عيسى قدامة، مرجع سابق، ص 197.

وفقا لهذه النقاط السابقة فإن نظام كايزن الياباني يعمل على وضع التحسينات المستمرة المضافة و إيسراعها في أفضل استخدام لما هو متوفر من مدخلات تشغيلية، حيث يتميز هذا النظام عن غيره ببعض السمات:¹

أ. المفاهيم الأساسية: و التي تتلخص في:

- التأكيد على الجودة و على منظومة (الجودة -التكلفة-التسليم)، فالمنتج الياباني لا يهتم بالربح و لا بالنتائج قصيرة الأمد بل يهتم برضا المستفيد طويل الأجل، و لأجله يتم التركيز على الجودة أولا في المنتج و بعد قبوله من طرف المستفيد يتم السعي لتخفيض التكاليف بزيادة الإنتاجية و تخفيض المخزون، و يستمر التحسين ليتمدد إلى عملية التسليم إلى المستفيدين.
- اعتماد نظام JIT و الذي يعرف بأنه نظام إنتاج أكبر كمية ممكنة بالقدر المطلوب الذي يقوم على ثلاث أسس تعرف بـ 3M (Muda: التقليل من التلف و الأعطال، Muri: و تعني تخفيض اجهاد الفرد و الآلة، Mura: و تعني التقليل من الاختلاف)، حيث يقوم على فلسفة حل المشاكل بصورة إجبارية من خلال الكشف على المبكر عن الأخطاء و بالتالي الإجبار على حلها، التأكيد على الجودة من المصدر و تقليل تكلفة الجودة من خلال تقليص المخزون.

ب. الأساليب الإدارية الوقائية الرئيسية لنجاح نظام كايزن: و هي:

- التتميط أو المعايير، حيث يجب وضع معايير أو نمط معين لأي نشاط أو عمل ثم يجري المداومة عليه و وفقا لهذا الأسلوب تجري عملية التحسين المستمر وفق الترتيب الآتي: المحافظة على عمل الأشياء وفق المعايير الموجودة، التفكير بالتحسين في

¹ نفس المرجع، ص 198.

العمل و اقتراح التعديل في المعايير نحو الأفضل، إجراء التحسين عن طريق تغيير النمط و تعديل المعايير نحو الأفضل.

- غيمبا (Gemba) أو أرض الواقع (المكان الذي يجرى فيه العمل) حيث يبدأ التحسين المستمر بها، حيث عند حدوث أي انحراف نذهب مباشرة إلى غيمبا، نستفسر من المختص (يسمى غيمباتسو Gembatsu) عن سبب الانحراف، اتخاذ التدابير الأولية الوقائية مباشرة، ايجاد جذور المشكلة و حلها من قبل فريق العمل، إعداد المعايير الجديدة للوقاية من تكرار المشكلة أو الانحراف.

يعتمد اتجاه كايزن في التحسين المستمر عل الآتي:

- الذهاب إلى أرض الواقع (غيمبا) لأنها المنطلق الأساسي للوصول للجودة الأفضل للمنتج.
- التمييز و إعداد المعايير هي أساس الصيانة و المحافظة على العمل القائم و كذلك لتحسينه من مختلف الجوانب
- الالتزام بالمبادئ الثلاثة لكايزن و هي : لا تستلم أي تالف من قبلك لأنه يؤثر على الجودة، لا تعمل أي منتج تالف من خلال عملك، لا تمرر أي تالف لمن يليك في إجراءات العمل.
- التيقن من أن المشكلة بجمع البيانات الحقيقية و تحليلها احصائيا، فالتحسين يجب أن ينطلق من البيانات الكمية و باستخدام أدوات الجودة.
- طرح الأسئلة أكثر من خمسة مرات على النفس و المجموعة يؤدي إلى الوصول إلى جذور المشكلة بدلا من التركيز على أعراضها.

2.1.2.2.1 الاتجاه الأمريكي Breakthroughs:

تختلف المنهج الأمريكي اختلافاً كلياً عن المنهج الياباني، فهو يمثل الاتجاه المعاكس للمنهج الياباني، حيث يركز على استحداث أشياء جديدة مبتكرة مبدعة لتحل محل القديمة فعلية الاحلال هذه هي التي تمثل التحسين الذي يتم دفعة واحدة و بضربة واحدة يسميها الأمريكيان one shot و ذلك من أجل تحقيق تحسينات، اتسم هذا المنهج بسمات أهمها:

- القفزات الواسعة أو التحسينات الكبيرة، و هذه عادة تتطلب جهوداً و نفقات كبيرة، بالإضافة إلى من يقوم بها هم أفراد متخصصين.
- الفواصل الزمنية الطويلة نسبياً للقيام بعمليات التطوير و الابتكار.
- الاهتمام الأكبر ينصب على التكنولوجيا و طرق العمل للارتقاء بمستويات تكنولوجيا أعلى.

الجدول الآتي سنحاول فيه اختصار الاختلافات الجوهرية بين المنهجين الأمريكي و

الياباني:

جدول (2): الاختلافات الجوهرية بين الاتجاه الأمريكي و الياباني.

معايير المقارنة	الاتجاه الأمريكي	الاتجاه الياباني
المدى الزمني للتحسين	التحسين على دفعات قصيرة الأجل متتالية سريعة جذرية و مبدعة و دفعة واحدة.	التحسين على مراحل و على المدى الطويل دون إحداث تغييرات جذرية دفعة واحدة.
وتيرة التحسين	خطوات واسعة متلاحقة منقطعة و آنية و فورية و كل فترة زمنية.	خطوات مستمرة خطوة خطوة دون التوسع دفعة واحدة بشكل منقطع وعلى مدى زمني طويل.
المعنيون بالتحسين	نخبة مختارة و ممتازة من العاملين	كل من يعمل في المنظمة.
شمولية التحسين	يشمل التحسين مجالا محددا ثم الانتقال لمجال آخر و هكذا.	التحسين شامل لكل المجالات و بأن واحد.
التفكير في التحسين	تفكير فردي.	تفكير جماعي.
أسلوب التحسين	هدم و إعادة بناء.	إصلاح و هدم بأن واحد.
متطلبات التحسين	استثمارات مالية كبيرة، و الاعتماد على الجانب الفني أكثر من الجانب الإنساني.	استثمارات مالية عادية و الاعتماد على الجانب الإنساني أكثر من الجانب التقني.
التكنولوجيا	التكنولوجيا المتطورة و الاختراعات الجديدة و	تكنولوجيا سهلة و العنصر البشري هو المفكر المبدع و
معايير تقييم التحسين	نتائج أو تحسينات تؤدي إلى أرباح.	نتائج و تحسينات تؤدي إلى أرباح و إلى إشباع معنوي.

المصدر: عمر وصفي عقيلي، مرجع سابق، ص 136.

إن كلا المنهجين يسعيان إلى تحقيق التحسين المستمر في المنظمة، لكن يظهر لنا أن هناك أفضلية للمنهج الياباني في تطبيقه على مستوى المنظمات خاصة العمومية منها و ذلك للأسباب التالية:

- المنهج الياباني يستطيع تبنيه أي منظمة، لأنه يتسم بالسهولة و البساطة و عدم التعقيد، في حين أن المنهج الأمريكي لا يمكن تحقيقه إلا في ضوء إمكانيات مادية كبيرة.
- المنهج الياباني يعتمد على استثمار العنصر البشري أكثر من الجانب الفني لما فيه من تحقيق إيجابيات كثيرة، في حين أن المنهج الأمريكي يهمل العنصر البشري و يركز على التكنولوجيا المتطورة.
- في المنهج الياباني يتم الحصول على نتائج و تحسينات تؤدي إلى أرباح مع إشباع معنوي و تقدير لدى العاملين على عكس المنهج الأمريكي الذي يكون هدفه الحصول على نتائج و تحسينات تؤدي إلى أرباح ضخمة فقط.
- يعتمد المنهج الياباني على العمل الجماعي لما فيه من مميزات حسنة في خلق الألفة و روح الزمالة بين أعضاء المنظمة، و بالتالي تعطي إحساسا لكل فرد بأنه مسؤول عن التحسينات، على عكس المنهج الأمريكي الذي يضع كل الاهتمام على نخبة مختارة من العاملين المختصين، و بالتالي تقتصر عملية التحسين على هؤلاء العاملين فقط.

3.1.2.2.1. حلقات الجودة كمدخل لتحسين الجودة الشاملة في المنظمة:

إن أسلوب حلقات الجودة من بين الأساليب أو المداخل المعتمدة لإجراء التحسين المستمر في الاتجاه الياباني، حيث ظهر في اليابان بعد الحرب العالمية الثانية في عام 1961 إذ تقدم كاورو إشيكاوا أستاذ الهندسة في جامعة طوكيو بمساندة النقابة اليابانية للعلماء والمهندسين باقتراح

أن تؤلف مجموعات صغيرة من العاملين تقوم بالتعرف على المشكلات بتكوين دوائر أو مجموعات قراءة الكتب التي سرعان ما تطورت من مجرد دوائر للتعرف على أسس النظرية وتجارب الآخرين في مجالات الجودة إلى دوائر تقوم بحل المشكلات عمليا والتي عرفت بدوائر الجودة.¹

يمكن تعريف حلقات الجودة على أنها " فوج صغير دائم و متجانس يتكون من خمسة أو ستة أفراد ينتمون إلى نفس الوحدة العضوية - ورشة، مصلحة ، مخبر، شبكة توزيع، ...الخ-تولي لهم اهتمامات مهنية مشتركة"²

يقصد بها أيضا أنها " مجموعة صغيرة من العمال، من (5 إلى 10) من العمال في نفس الورشة، أو نفس المكتب، يجتمعون على أساس التطوع بشكل دوري (ساعة أو ساعتين في الأسبوع أو كل أسبوعين) ، تحت إشراف مسؤول هرمي عليهم، لمناقشة كيفية تطوير ما يقومون به، جودة المنتج أو الخدمة، اقتراح طرق التحسين الشروع في تنفيذ الحلول و مراقبتها"³

تعد حلقات الجودة بالمفهوم السابق مجموعات عمل طبيعية تتبع من النظام الإداري القائم في المشروع وتضم أفرادا يعهد إليهم بأعمال لا تختلف عن أعمالهم الأصلية وتعطي لهم صلاحيات واسعة لتغييرها، حيث تختلف الحلقات عن كثير من أساليب الإدارة الأخرى في أنها : تمثل تواجدا دائما وتجتمع بشكل دوري وليس لمجرد حل مشكلة معينة فقط وأن الأعضاء هم الذين يحددون المشكلات وأولوياتها، كما أن كل أعضاء الحلقة يديرون على استخدام الأساليب المتخصصة في إدارة الجودة بما في ذلك مبادئ الإحصاء وأساليب التحليل الإحصائي.

¹ بهيرة الموجي، دوائر الجودة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 1995، ص 7.

² B.Monteil,M.Perigord,G.Raveleau :les outils des cercles et de l'amélioration de la qualité, les éditions d'organisations, Paris,1985,p25.

³ D.Beaupre et M.Nadeau :la qualité dans les entreprises de service, les presses interuniversitaires, québec, et les 2 continents, Casablanca,1995,p66.

تختلف حلقات الجودة عن مجموعة تحسين الجودة و هذا ما سنوضحه في الجدول التالي:

جدول (3): الفرق بين حلقات الجودة و مجموعة تحسين الجودة.

الخصائص	حلقات الجودة	مجموعة تحسين الجودة
- المهمة الأولى.	- تحسين العلاقات الإنسانية.	- تحسين الجودة.
- المهمة الثانية.	- تحسين الجودة.	- تحسين المشاركة.
- حجم المشروع.	- ليس مهم كثيرا.	- نهاية المشاركة.
- المشاركة.	- تطوعية.	- إجبارية.
- مجال المشروع.	- داخل المصلحة.	- بين المصالح.
- انتماء (مصدر المشاركين).	- مصلحة.	- عدة مصالح.
- نظم المشاركة.	- ليسوا إطارا.	- إطارا.
- المدة .	- دائمة.	- نهاية المشروع.

Source : B.Monteil, M.Perigord, G.Raveliau, IDEM. P .65

• المبادئ الأساسية لحلقات الجودة: تقوم حلقات الجودة على مجموعة من الأسس والمبادئ

التي تميزها عن كثير من الأساليب الإدارية الأخرى، وتتمثل أهم المبادئ في الانضمام

الاختياري، ملكية الحلقة، التنافس لنجاح الجميع، التركيز على مشكلات العمل، الثقة المتبادلة والاعتماد على الحقائق:¹

- **الانضمام الاختياري:** يعد الانضمام من أهم الدعامات المميزة للحلقات، ويقوم هذا المبدأ على أن أي فرد يحتاج تغيير سلوكه إلى إحداث نوع من التوازن بين مشاعره وأفكاره من جانب وبين السلوك الجديد المطلوب منه من جانب آخر، وهذا التغيير يحتاج إلى حد معين أو حد مناسب من الضغط وبشرط أنه كلما زاد الضغط على الفرد عن هذا الحد، قلت احتمالات تغيير سلوكه، ومن هذا المنطلق فإن تقدم فكرة الحلقات لكافة مستويات التنظيم وإيضاح أهميتها للفرد وللتنظيم يعد بمثابة الحد المناسب من الضغط للزم لتغيير السلوك ولا بد أن يترك للأفراد بذلك حرية الانضمام للحلقات دون أي ضغط وبهذا يخلق المبدأ نوعاً من الالتزام القوي لدى الأفراد المنضمين اختياريًا تجاه فكرة الحلقات، ويزيد من احتمالات نجاحها في تغيير سلوكهم.

- **ملكية الحلقة :** أما مبدأ ملكية الحلقة فيقصد به حرية التصرف واتخاذ القرارات سواء لأعضاء الحلقة أو للإدارة المسؤولة عن النشاط الذي تكونت فيه، فالعاملون المنضمون اختياريًا للحلقة يتولد لديهم شعور قوي بالالتزام تجاهها، وهذا الالتزام يخلق لديهم الشعور بملكية الحلقة، والإدارة المسؤولة عن النشاط الذي تعمل فيه الحلقة والتي أجازت تكوينها يتولد لديها نفس الشعور بملكية إلى الإضرار بالحلقة، خاصة لو تركز اهتمام أعضاء الحلقة على إثبات وتأكيد استقلالهم وملكيّتهم لنشاط الحلقات حيث أن هذا سيشعر الإدارة بالتهديد ويقلل من التزامها وتأييدها لنشاط الحلقات.

¹ بهيرة الموجي، مرجع سابق، ص 8-9.

- **فلسفة الحلقات :** وتتمثل فلسفة الحلقات بشكل واضح في مبدأ التنافس لنجاح الجميع، فتقوم على فكرة تغيير نمط المنافسة غير المنتجة السائد بين الأفراد والأقسام بل والمستويات الإدارية في معظم المنظمات، والذي يقوم على حتمية نجاح أحد الأطراف (فرد أو قسم أو مستوى إداري) على حساب فشل الآخر، إلى منافسة تعاونية تقوم على مبدأ النجاح للجميع، فكل العاملين سواء إداريين أو غير إداريين يشتركون في هذا المبدأ هو نجاح العمل، وذلك من خلاله ثقة كل طرف في الآخر والعمل بأقصى طاقة للوصول إلى الهدف، ويحتاج هذا التغيير في سلوك واتجاهات العاملين إلى وقت غير قصير لاكتسابه إلا أن توافر البيئة الملائمة لهذا التحول يساعد على سرعة حدوثه، وتساعد الأسس الأخرى لحلقات الجودة على إحداث هذه التغيير في السلوك والاتجاهات.

- **تركيز أعضاء الحلقة:** فتركيز أعضاء الحلقة على مشكلات عملهم فقط يقضي على أسلوب إلقاء التبعات على الآخرين ويشجع تعاون أعضاء الدائرة لحل مشكلات عملهم وتحقيق النجاح لهم جميعا.

- **مبدأ الثقة :** كما أن مبدأ الثقة والتساوي في المعاملة الذي يؤكد أهمية معاملة أفراد الحلقة كمسؤولين يؤدي إلى التقليل من حماسهم لتحسين أداء العمل يساعد أيضا على التمهيد لاكتساب السلوكيات والاتجاهات التي تهدف إليها حلقات الجودة، هذا إلى جانب ما يخلفه مبدأ الملكية من التزام لدى العاملين بإنجاح العمل وكل الأطراف المشاركة فيه، نظرا لأن فكرة الحلقات تقوم على الإيمان بقدرات العاملين ورغبتهم في استخدام هذه القدرات لمصلحة العمل.

- **الاعتماد على الحقائق :** مبدأ الاعتماد على الحقائق في حل مشكلات العمل يتيح للأفراد فرصة أكبر لكسب الثقة وتدعيمها، وذلك من خلال الاعتماد على المعلومات والحقائق في

تقديم الحلول المقترحة لحل مشكلات العمل، كما يساعد تدريب الأعضاء على منهج محدد لحل المشكلات ودعمه بكثير من أساليب التحليل الإحصائية وعلى تدعيم أهمية مرحلة جمع المعلومات والحقائق وإتاحة الفرصة أمام كل من العاملين والإدارة للتحدث بلغة واحدة، كما تساعد على حل المشكلات التي تحد من إنتاجية وجودة العمل.

و منه فإن لحقات الجودة أهمية تظهر في الدور الذي تلعبه في تحسين مستوى الأداء الوظيفي مقاسا بمستوى إنتاجية عناصر الإنتاج وجودته وتكلفته هذا إلى جانب تحسين مستوى الرضا الوظيفي ، متمثلا في إثراء مضمون العمل وانخفاض معدلات ترك العمل والغياب والتعب وزيادة الرضا عن العمل والتفاعل الوظيفي واكتساب مهارات وظيفية واجتماعية جديدة تؤدي إلى التطوير الذاتي مما يزيد من قدرة الأفراد على حل مشكلات عملهم، ومشاركتهم الفعالة في اتخاذ القرارات المتعلقة بحلها، وخلق نظام ذي اتجاهين للاتصال بين العاملين والإدارة، يدفع العاملين إلى مستوى أعلى من الأداء والرضا الوظيفي، كما أن إتاحة الفرصة الحقيقية للعاملين (دون ضغط أو إجبار) للمشاركة العملية المقيدة في اتخاذ القرارات من شأنه أن يؤدي إلى تغير طبيعة ومسؤوليات عملهم ويزيد من ثرائها، مما يؤثر على أدائهم ورضاهم عن العمل الذي يقومون به، هذا إلى جانب ما تحققه حلقات الجودة من قيم مرغوب في تحقيقها للأفراد مثل الاحترام وحرية التعبير عن الذات والاستقلالية، من خلال استخدام المهارات والقدرة الشخصية واستمرارية التعلم والتدريب وإتاحة الفرصة للخلق والإبداع وتحمل مسؤولية العمل ومتابعته .

ولا تقتصر عائدات حلقات الجودة على العاملين بل إن الإدارة نفسها يمكن أن تستفيد من تطبيق فلسفة حلقات الجودة، فهي تتعامل مع عاملين على درجة عالية من الإبداع والالتزام والرضا

مما يؤدي إلى تقليل الوقت اللازم للإشراف عليهم وبهذا يتاح للإدارة وقت أكبر لممارسة دورها كمصدر للمعلومات وموجه ومرشد للتطوير الذاتي والوظيفي للعاملين.

2.2.2.1. التخطيط الاستراتيجي للجودة الشاملة في المنظمة:

تنتهج إدارة الجودة الشاملة إستراتيجية لمواجهة المستقبل و التصدي له بفعالية و الحد من مفاجأته فكل شئ يجب أن يدرس و يخطط له بإحكام من خلال تخطيط استراتيجي متكامل يشمل على تخطط طويل الأجل و متوسط و قصير الأجل.

يقصد بالتخطيط الاستراتيجي للجودة عملية وضع و تحديد أهداف رئيسية للحصول على جودة طويلة الأجل و كذلك الخطوات الرئيسية التي تتبع لتحقيق تلك الأهداف و وضع مؤشرات و مقاييس لقياس مستويات الأداء¹، حيث توضع الإستراتيجية كخريطة توضح للمنظمة الطريق الذي سوف تسلكه من أجل تحقيق أهدافها و بالتالي رسالتها حول الجودة، فالإستراتيجية التي تتبنى إدارة الجودة الشاملة تقوم على التميز و التفوق على المنافسين من خلال تقديم سلعة أو خدمة للمستفيد تحقق له الرضا، و يحتاج وضع هذه الإستراتيجية إلى القيام بترجمتها إلى خطة إستراتيجية و من ثم خطط تفصيلية مرحلية تتضمن الفعاليات و الوسائل التي سيتم من خلالها إنجازها لتحقيق الأهداف الآتية:²

- تحقيق أعلى درجة من الرضا لدى المستفيدين، هذا يستدعي تسخير كافة الجهود و الطاقات لتحقيق هذه الغاية المشتركة لجميع من يعمل في المنظمة.
- التميز و التفوق على المنافسين فيما تقدمه المنظمة لزيائنها.

¹ عادل الشبراوي، الدليل العلمي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، الشركة العربية للإعلام العلمي شعاع، القاهرة، 1995، ص 01.

² عمر وصفي عقيلي، مرجع سابق، ص 80.

- التكيف المستمر مع المتغيرات البيئية المختلفة و التعايش معها بشكل فعال.
- تقديم كل ما يطلبه الزبائن و يدخل لهم الرضا.
- التكيف المستمر مع التغيرات التي تحدث في ما يريده و يرغبه الزبائن.
- زيادة الربحية من خلال زيادة الكفاءة الإنتاجية و السعي إلى تخفيض التكاليف بواسطة ترشيد الاستهلاك و الحد من الإسراف.

تعتبر مساهمة كاورو إيشيكاوا من المساهمات الأساسية و الهامة في مجال الجودة الشاملة فقد بين فلسفته من خلال الأهداف الإستراتيجية التالية:¹

- لابد من السعي نحو تحقيق الجودة قبل السعي إلى تحقيق الأرباح و يتطلب ذلك إجراء تغيير جوهري للمفاهيم التقليدية لجميع العاملين في المنظمة و هذا يتطلب من الإدارة العليا أن تعمل على تحقيق أهداف الجودة طويلة الأجل كعنصر أساسي في إستراتيجية المنظمة، المحافظة على الدعم المتواصل للجودة، الاهتمام بالسلوكيات الداعمة لتحسين الجودة في جميع نشاطات المنظمة.
- العمل على تطوير قدرات العاملين من خلال التعليم، التدريب، تفويض المسؤولية و الدعم الايجابي المتواصل
- بناء علاقة طويلة الأمد مع المستفيد، من خلال العمل على تلبية حاجاته و رغباته، و لتحقيق هذا الهدف لابد من إشراك جميع النشاطات المختلفة في المنظمة لتوضيح و تلبية هذه الحاجات.

¹ مأمون الدرادكة، مرجع سابق، ص 69.

- إطلاع العاملين في المنظمة على الحقائق و المعلومات الإحصائية و تحفيزهم، و يكمن نجاح و ضمان فاعلية نظام إدارة الجودة الشاملة في قدرته على الكشف على المشكلات والتأكد من إيصال المعلومات عنها لجميع العاملين في المنظمة.
- تطوير نظام عام لإدارة الجودة الشاملة ليشمل جميع العاملين، فبوجود بيئة مؤيدة لتحسين الجودة وتعريف العاملين بمهامهم و النتائج المترتبة على عدم الالتزام بها تتيح للعاملين زيادة الشعور بالمسؤولية و القدرة على العمل الصحيح، و للوصول إلى هذا الهدف لابد أن تتوفر قنوات اتصال فعالة لإيصال المعلومات بين النشاطات المختلفة في المنظمة من أجل زيادة فرص نجاح الوصول إلى النتائج المرجوة.

1.2.2.2.1. آلية بناء الجودة في عملية التخطيط الاستراتيجي:

تمثل نقطة البداية عند القيام بعملية التخطيط الاستراتيجي للجودة بتحديد رسالة المنظمة والتي من خصائصها الوضوح و البساطة و التحديد و بعد ذلك تترجم إلى مجموعة من الأهداف الرئيسية للجودة طويلة وقصيرة الأجل و وضع مؤشرات لقياس مستوى الأداء، بعد ذلك يتم الانتشار التتازلي لتلك المعلومات إلى جميع العاملين على كل المستويات داخل المنظمة، و لتوضيح آلية بناء الجودة في عملية التخطيط الاستراتيجي فإننا سنتطرق إلى تجربة أحد أوائل الشركات الأمريكية التي نقلت التجربة اليابانية في سنة 1980 و هي Xerox وذلك من خلال بناء الجودة و البيئة في عملية التخطيط الاستراتيجي و تحصلت بذلك على على الجائزة الوطنية للجودة في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1980 و التي من أهم معاييرها التخطيط الاستراتيجي للجودة أي العملية المستخدمة في تخطيط الجودة بالإضافة إلى كفاءة الخطط وفعاليتها.

و قامت بالخطوات التالية:

(1) رسالة واضحة: zero defects, zero pollutions و فيها تظهر أهمية الجودة و

البيئة

(2) تدريب الإدارة العليا: و يتم التدريب على طرق تصميم و تخطيط الجودة - أساليب و

أدوات الجودة- تحديد المعايير و طرق قياس الأداء- الأساليب الإحصائية (مخطط

باريتو، مخطط السبب والنتيجة، خرائط مراقبة الجودة...)

(3) تدريب العمال على الأساليب الإحصائية و خاصة النموذج المناسب لحل المشكلات.

(4) تخطيط الجودة من خلال تحديد الزبائن المستهدفين و احتياجاتهم، تحديد خصائص

المنتج الذي يفي باحتياجات الزبائن، تصميم ملامح و تطوير العمليات التي تسمح

بإنتاج تلك الخصائص و تحويل خطط الإنتاج المطلوبة إلى قوى تشغيل.

(5) تنظيم الجودة من خلال تحديد خطوات العملية، اختيار المقاييس و تحديد مقدرة العملية

على الإيفاء بمتطلبات المستفيد.

(6) الرقابة على الجودة: و هي عملية ضرورية لقيام قوى التشغيل بإنجاز و تحقيق

متطلبات الجودة و التي تتضمن معالجة المشكلات، تقييم الأداء الحالي للتشغيل و

مقارنة الأداء الفعلي بالمعايير و الأهداف الموضوعية مسبقا و اتخاذ الاجراءات

التصحيحية في حالة وجود انحرافات.

(7) تحسين الجودة: من خلال إعداد خطط أو مشاريع تهدف إلى تحديد أهداف التحسين و

جعل عملية التحسين جزء من إستراتيجية المنظمة بالإضافة إلى فرق تحسين الجودة.

2.2.2.2.1. خطوات التخطيط الاستراتيجي للجودة:

يبدأ التخطيط الاستراتيجي في إدارة الجودة الشاملة بالاستعداد و العمل للمرحلة القادمة، و التفكير والتنبؤ بما سيكون عليه في المستقبل، و يؤخذ بعين الاعتبار في هذه المرحلة طبيعة عمل المنظمة و الاستراتيجيات التي ستتبع لتحقيق الأهداف الطويلة، و بعد ذلك يتم تطوير الخطط المحددة و عند وضعها بصورة فاعلة يتم تخطيط العمل للأقسام و العاملين و النشاطات الموجودة، حيث يمر التخطيط الاستراتيجي للجودة بعدة خطوات نوجزها فيما يلي:¹

أ. تهيئة المرحلة

تعمل الإدارة العليا على تهيئة الأجواء داخل المنظمة، و خلق جو عمل جديد و ثقافة جديدة يتقبل الأفراد بموجبها آليات عمل جديدة و قبول التنفيذ، و حتى تستطيع الإدارة العمل على توفير هذه المرحلة لابد من توفير الشروط التالية:

- ضرورة إشراك العاملين.
- العمل على تغيير ثقافة المنظمة السائدة.
- وضع برامج تدريب جديدة تناسب البيئة الجديدة.

ب. تطوير رسالة المنظمة و إيضاها

إن توضيح الهدف الأساسي للمنظمة للحصول عل الدعم المعنوي و المادي يعتبر حجر الأساس في إنجاح التخطيط الاستراتيجي، و ترجع أهمية رسالة المنظمة في كونها تساهم في تحقيق العديد من الفوائد التي تصب في مكين المنظمة من تحقيق النجاح، من أبرز تلك الفوائد مايلي:

¹ موسى اللوزي، إدارة الجودة الشاملة، المؤتمر العربي السنوي الخامس في الإدارة (الإبداع و التجديد: دور المدير العربي في الإبداع و التميز)، شرم الشيخ، 27-29 نوفمبر 2004، ص 376.

- تحديد السبب أو الأسباب الرئيسية لوجود المنظمة.
 - تحديد الشرعية الاجتماعية و القانونية للمنظمة.
 - تحديد الفلسفة العامة للمنظمة تجاه كل من الجمهور و المجتمع و المنتجات و الخدمات التي تقدمها وأطراف التعامل الأخرى و النظرة للمستقبل.
 - الربط بين الوظيفة أو المسؤوليات الاجتماعية للمنظمة و أهداف المنظمة الرئيسية.
 - توفير إطار لتحديد أهداف المنظمة.
 - تركيز جهود العاملين في اتجاه واحد.
 - ضمان عدم سعي الموظفين لتحقيق أهداف متناقضة فيما بينها.
- يتوقف تحقيق هذه الفوائد على صياغة الرسالة، والتي يجب أن تكون واضحة بحيث يستطيع الفرد العامل معرفة معناها و معرفة دوره في تحقيق نجاحها

ت. التعرف على المشكلات الداخلية

- تجنباً للإرباك و الفوضى يتم تحديد المشكلات الداخلية التي تواجه تطبيق خطة إدارة الجودة الشاملة ومحاولة العمل على تقديم الحلول لتجنب عنصر المفاجأة أثناء العمل.

ث. تطوير الإستراتيجية

- التطوير يجب أن يكون شاملاً لكل أبعاد الخطة حتى تستطيع الوصول إلى الأهداف بكفاءة و فاعلية ومع ذلك لابد من توافر الأبعاد التالية في هذه المرحلة:

- الخدمات التي سيتم تطويرها في المستقبل.
- متطلبات و احتياجات الجمهور.
- تطوير ثقافة الجودة.
- وضع الأهداف الطويلة الأجل.

- وضع المقترحات.

- وضع التقرير، هنا يكتب التقرير الذي سيرفع للإدارة العليا للمباشرة بالتنفيذ.

و في هذا الإطار هناك استراتيجيات تعتمد للوصول إلى الجودة، من أهمها نجد:¹

- تولي الإدارة العليا ضبط الجودة:

يكون رئيس مجلس إدارة المنظمة أو مديرها العام هو المسؤول الأول عن إدارة أنشطة الجودة و الضبط والرقابة في الجودة و تستلزم هذه الإستراتيجية وجود سياسات مكتوبة للجودة بحيث يتم نشرها و تعميمها على كافة العاملين، و تعتبر سياسات الجودة مرشد عام للموظفين أثناء تأدية واجباتهم و قد تتضمن هذه السياسات التأكيد على ضرورة أن تكون جهود التحسين مستمرة أو التركيز في أنشطة الجودة على تأكيد الجودة و منع وقوع الأخطاء بدلا من ضبط الجودة و اكتشاف الأخطاء و تصحيحها أو أي سياسات أخرى تتعلق بالوصول إلى مستويات عالية من الجودة، وضع أهداف للجودة لجميع الوظائف في كافة المستويات و خاصة تلك الأهداف المتعلقة بالتحسينات المستمرة، توزيع المسؤوليات عن أنشطة الجودة، تمكين لعاملين من تأدية أعمالهم من خلال تفويض الصلاحيات التي يحتاجونها لأداء أعمالهم من خلال تفويض الصلاحيات التي يحتاجونها لأداء أعمالهم بطريقة تساعدهم على تحقيق أهداف الجودة

- تدريب الجودة المكثف:

على الرغم من أن تدريب الجودة يبدأ من الأعلى إلا الأسفل، إلا أنه في النهاية يمثل كافة العاملين في كافة المستويات الإدارية في المنظمة حيث يقود تدريب الجودة المكثف كل فرد في المنظمة إلى فهم أنشطة الجودة ويمكن أن يأخذ التدريب المكثف على الجودة عدة أشكال من

¹ محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص 45.

أهمها الندوات و ورشات العمل التي تعقد للإدارة العليا و الوسطى و الدنيا و لباقي الموظفين و التي تهدف إلى بلورة أهمية الجودة و توضيح كيفية قيام الإدارة العليا برفع كفاءتها و قدرتها على تحقيق أهداف المنظمة من خلال ضبط الجودة.

- التركيز على الزبائن:

تسعى المنظمات إلى التركيز على الزبائن من حيث دراسة احتياجاتهم و متطلباتهم و العمل على تلبيتها هذه الإستراتيجية تتطلب إجراء بحوث تسويقية لدراسة خصائص الزبائن و فئاتهم و أدواتهم و حاجاتهم المعلنة وغير المعلنة، الحالية منها و المستقبلية، كما تتطلب هذه الإستراتيجية كذلك اجراء دراسات مستفيضة عن المنظمات المنافسة باستمرار من أجل تحديد نقاط القوة و الضعف لديها.

- تحسين الجودة:

تسعى برامج تحسين الجودة إلى تطوير العمليات داخل المنظمة، و التي قد تشمل برامج تخطيط الانتاج وتطوير المنتج و الشراء و التصنيع و التوزيع و غير ذلك، هذه العمليات قد تكون غير كفأه و متداخلة فيما بينها بحيث تؤدي إلى زيادة التكلفة و إلى عدم رضا الزبائن عن المنتج مما يقود إلى عدم تحقيق المنظمة لأهدافها.

ينبغي أن يتضمن برنامج تحسين الجودة جمع المعلومات عن تكلفة الجودة السيئة و خاصة التكلفة المخفية حيث أنها الأكبر حجما بالنسبة للتكاليف الأخرى، كما ينبغي أن يتضمن البرنامج تقييم العمليات بشكل كامل و دراسة العلاقات فيما بينها بالإضافة إلى ضرورة إجراء المقاربات البينية مع المنظمات الأخرى المناسبة.

- الضبط الإحصائي للجودة:

تقوم الكثير من المنظمات باستخدام الأساليب الإحصائية في ضبط جودة الإنتاج و العمليات، حيث تستخدم هذه المنظمات المتوسطات الحسابية و الانحراف المعياري و التباين و الارتباط و الانحدار في ضبط الجودة، و هناك سبعة أدوات معروفة تستخدم في هذا المجال: شكل الانتشار، تحليل باريتو، خريطة السبب والأثر خريطة تدفق العمليات، قائمة المراجعة، خريطة المتابعة و خرائط الرقابة، هذه الأدوات تساعد في تصنيف البيانات و تحليل مشكلات العمل لتحديد أولويات حل المشكلات و العمل على حلها.

3.2.2.1. إدارة المورد البشري في ظل إدارة الجودة الشاملة:

الموارد البشرية هم الأفراد العاملون في المنظمة على مختلف المستويات و من مختلف التخصصات والمهارات و الذين يشكلون المورد الأساسي الذي تعتمد عليه المنظمة في تحقيق أهدافها و يتوقف عليهم بشكل رئيسي نجاح أو فشل المنظمة فهم وسيلة التغيير و غايته، و تلعب الموارد البشرية دورا حاسما في التطوير والإصلاح و إعادة بناء المنظمات لتواكب مسيرة التطوير المتعددة الأبعاد و الاتجاهات و التفاعل مع المتطلبات المفروضة عليها من البيئة المحيطة و الاستفادة من الفرص المتاحة.

ارتبطت إدارة الموارد البشرية بإدارة الجودة الشاملة حيث جاء مدخل إدارة الجودة الشاملة امتدادا لمفهوم إدارة الجودة باتجاه مشاركة و تحفيز جميع العاملين في المنظمة بهدف تحقيق الفائدة لها و لمحيطها و ذلك من خلال تطوير قاعدة من القيم و المعتقدات التي تجعل كل فرد في المنظمة على علم بأن الجودة في خدمة المستفيد و أن طرق العمل الجماعي و التعامل مع المشاكل و تحسين مستوى أداء جميع الأفراد العاملين و توجيه جهودهم هي محور الاهتمام للوصول إلى تحقيق الرضا الكامل للمستفيد و تتلخص الفلسفة الجديدة لإدارة الموارد البشرية من

مدخل إدارة الجودة الشاملة في نقطة أساسية و هي احترام الإنسان و استثمار طاقاته باعتباره شريكا و ليس مجرد أجير و هي فلسفة تقوم على مجموعة من الأسس ستضمنها الهيكل الفكري لإدارة الجودة الشاملة و هي أن الإنسان:¹

- طاقة ذهنية في الأساس.
- يعمل برغبة في الإنجاز.
- يحتاج إلى نمط متحرر من القيادة
- يبدع حين يعمل ضمن فريق متجانس.

-

استنادا إلى أهمية الموارد البشرية بالمنظمة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة يرى "ديمنج" أنه لابد من التوقف عن تطبيق نظام الجدارة و المكافأة الذي يستند على الأداء الفردي لأنه يتعارض مع مبادئ الجودة الشاملة و استبداله بنظام يقوم على فكرة الفريق الواحد و التدريب المستمر و المشاركة في خطط التحسين المستمر، وبشكل عام فإن مدخل إدارة الجودة الشاملة قد تضمن عددا من المفاهيم الأساسية فيما يتعلق بإدارة الموارد البشرية و التي من أبرزها:²

- مشاركة جميع الأفراد في الجهود المبذولة لتحسين الجودة بدءا من المديرين و مرورا برؤساء الأقسام و وصولا إلى العاملين بما في ذلك أولئك الذين يعملون في تقديم الخدمات، فكل فرد في المنظمة مسؤول عن جودة المنتج أو الخدمة.
- التعاون في فريق العمل.

¹ علي السلمي، إدارة الموارد البشرية، دار غريب للنشر للطباعة و النشر، القاهرة، 1997، ص 35.

² زين الدين فريد عبد الفتاح، مرجع سابق، ص 37..

- الملكية و عناصر الإدارة الذاتية: و يقصد بذلك أنه إذا كان من غير الممكن لمعظم الأفراد أن تكون لهم ملكية تجارية في المنظمة التي يعملون فيها، فإنه يمكن على الأقل أن يتمتعوا بالملكية النفسية في العمل فقد أوجدت إدارة الجودة الشاملة مبدأ أن الأفراد يريدون أن يملكوا المشاكل من خلال المشاركة في خطوات حلها و اقتراح الحلول يشعروهم بالملكية و ينمي مفهوم الإدارة الذاتية.

- عملية تسليم الجودة: إن الجودة الشاملة لا تهتم فقط بجودة المنتج أو الخدمة في مراحلها النهائية بل تقوم بتطبيق نظام جديد يطلق عليه عملية تسليم الجودة و الذي يهدف إلى التأكيد بأن كل شخص يعمل في نشاط ما قد قام بإنهاء العمل و قام بتسليمه إلى المستهلكين الداخليين و هم الأشخاص الآخرون في خط تنفيذ الأعمال، و قد تحققت فيه الجودة.

3.2.1. متطلبات و مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمة:

لقد حظيت إدارة الجودة الشاملة كمدخل إداري متميز باهتمام الباحثين الذين انصب اهتمامهم على دراستها من زوايا نظرية و تطبيقية مختلفة لمعرفة مدى كفاءة و فاعلية هذا المدخل في تمكين المنظمات و تعزيز قدراتها أمام التحديات و تخفيض الضغوطات و تحسين أدائها و إرضاء المستفيدين و كسب ثقتهم، تمثلت حصيلة هذه الدراسات في التأكيد على أن تطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة له تأثيرات ايجابية على أداء المنظمات التي تطبقها، حيث أن الفوائد التي جنتها المنظمات التي طبقت إدارة الجودة الشاملة تعكس أهمية تطبيق هذا المدخل، و نتيجة لهذه الفوائد التي أظهرتها الدراسات من بيانات مختلفة قد قامت العديد من الدول بإنشاء جوائز لإدارة الجودة الشاملة، و لا شك أن مثل هذه الجوائز تعد مؤشرا قويا على تزايد أهمية إدارة الجودة الشاملة و تنامي إدراك دول العالم لهذه الأهمية و ذات معايير دولية لها من أهمها:

أ. **المعيار الصناعي الياباني:** طور اليابانيون في عام 1981 مواصفة لإدارة

الجودة الشاملة عرفت باسم المعيار الصناعي (1981- Z8101) و قد أوضح

المعيار ان السيطرة الفاعلة على الجودة تتطلب تعاون كافة مجالات أنشطة المنظمة

و هم الإدارة العليا و المديرون و المشرفون و العمال في كافة مجالات و أنشطة

المنظمة مثل بحوث السوق، البحوث و التطوير، التخطيط لتصميم المنتج التجهيز

للإنتاج، الشراء، الصنع، الفحص، المبيعات، و خدمة ما بعد البيع، و كذلك السيطرة

المالية و إدارة الموارد البشرية و التدريب و التعليم.

و قد أدى هذا الاهتمام بجودة السلع و الخدمات لليابانيين على تجسيد ظاهرة الاهتمام العالمي بالجودة¹ وذلك بمنح جائزتين و هما على التوالي:

ب. جائزة ديمينج: منحت هذه الجائزة المسماة باسم خبير الجودة "ديمنج" لأول مرة في

عام 1951 حيث قدمها اتحاد علماء و مهندسي اليابان إلى الشركات التي نجحت في برامجها لتحسين الجودة وبالرغم من أن التقدم لنيل الجائزة كان متاحا لكل الشركات، إلا أن أول شركة غير يابانية حصلت عليها كانت شركة فبوريدا للطاقة و الضوء في عام 1991، كما حصلت عليها شركات أخرى شهيرة مثل "تويوتا" و "إن.إي.سي"، ركزت الجائزة على النجاح في الرقابة الإحصائية على الجودة كوسيلة لتحسين الجودة و على التزام الإدارة العليا و مشاركتها في برامج تحسين الجودة كما أخذت الجائزة بالاعتبار أربعة أنشطة للإدارة العليا و هي طبيعة توجهات و أنشطة طاقم الإدارة العليا إزاء الجودة، نشاط إرضاء الزبائن، إشراك العاملين في قضايا و أنشطة الجودة و نشاط التدريب، و كان هذه الجائزة من أولى التحركات العالمية لاعتبار و تقدير و مكافأة و تشجيع التقدم في مجال تحسين جودة السلع و الخدمات، كما كانت هامة للغاية في التحرك اتجاه رفع مستوى إدراك الإدارة العليا على المستوى العالمي لأهمية الجودة و الامتياز فيها.²

ت. جائزة "مالكولم بالدريج" القومية: بعد التفوق الواضح لليابانيين في مجال

الجودة، ظهر اهتمام واسع النطاق في الولايات المتحدة الأمريكية بتحسين جودة السلع و الخدمات، و قد أنشأ المعهد القومي للمعايير و التكنولوجيا بالولايات المتحدة

¹ خيضر كاظم حمودة، إدارة الجودة الشاملة، دار الميسرة للنشر، الطبعة الأولى، عمان، 2000، ص 91.
² نفس المرجع، ص 91

الأمريكية في عام 1987 مالكولم بالدريج لتمنح في الشركات المتميزة في مجال الجودة، و يعد رضا المستفيد أهم العوامل في مساعدة الشركة على نيل الجائزة، و تتلقى الشركات المتقدمة لنيل الجائزة ملخصا مكتوبا من هيئة المحكمين أو المقيمين عن ملاحظاته، متضمنة نقاط القوة و الضعف في برامج الجودة، و اقتراحاتهم للتحسين، و هكذا لا يكون نيل الجائزة هو المكسب الوحيد للشركة التي تحاول نيلها، كما تهدف الجائزة بشكل عام إلى حث الشركات الأمريكية على تحسين برامجها في إدارة الجودة و تطوير معايير و أدلة إرشادية يؤدي الالتزام بها لتحسين الجودة و تعزيز استراتيجياتها، و حتى تكون الشركة مؤهلة للترشيح يجب أن يكون موقعها بالولايات المتحدة الأمريكية، و أن تقدم طلبا من 75 صفحة يضم بيانات عنها حيث يقوم فرق من المقيمين بمراجعة و تقييم هذه الطلبات و تخضع الشركات التي تحصل على درجات عالية لسبعة اختيارات و تتمثل معايير الاختبار بين الشركات في: القيادة أي مدى نجاح قيادة الشركة في غرس ثقافة واضحة و مستمرة للجودة في المنظمة، المعلومات و التحليل من حيث قدرة الشركة على جمع و تحليل معلومات مرتبطة بالتخطيط للجودة و تحسينها، التخطيط الاستراتيجي للجودة من حيث تكامل متطلبات الجودة مع خطط و أنشطة المنظمة، الإفادة من الموارد البشرية باستغلال كامل قدرات قوة العمل في تحسين الجودة، تأكيد الجودة بتصميم و إدارة نظم لتأكيد السيطرة على الجودة في كافة عمليات الشركة، نتائج تأكيد الجودة بعرض المنجزات والتحسينات في الجودة من خلال مقاييس كمية، رضا العملاء بتحديد توقعات و متطلبات الزبائن و عرض نتائج الاستجابة لها.¹

¹ أحمد سيد مصطفى، إدارة الجودة الشاملة و الإيزو 9000، دليل عملي، القاهرة، 2001، ص 41.

حصل على هذه الجائزة عدد من الشركات الصناعية الكبرى مثل "موتورولا"، و حصل عليها عدد من الشركات الخدمية الكبيرة مثل "فيديرال اكسبرس" و شركات صغيرة أيضا، و يحصل الفائزون على ميداليات من الكريستال، و مزايا النشر عن الفوز في وسائل الإعلام، و حق الشركة في أن تعلن عن أنها فازت بالجائزة.

ث. معيار الايزو 9000 الأوروبي: نظام إدارة الجودة الإيزو عبارة عن نظام

تتبناه المنظمة من أجل تلبية رغبات الزبائن، يشمل على جملة من المعايير تتصف بالشمولية و العالمية و تحكم توثيق نظام الجودة الذي تتطابق فيه جميع المتطلبات و بما يتلاءم مع طبيعة نشاط المنظمة، و للحصول على معيار الإيزو 9000 الذي طوره الأوروبيون فقد ركز على إلزام منظمات الأعمال العاملة في نطاق دول الجماعة الأوروبية باتتباع اجراءات ضمن إدارة منهجية للجودة و قد تضمن المعيار

ثلاثة عناصر رئيسية هي:¹

- توفر دليل للسيطرة على الجودة يستوفي القواعد الإرشادية للإيزو .
- توثيق إجراءات الجودة.
- وجود تعليمات مكتوبة للعامل.
- يتعين أن يقوم مراجعون كطرف ثالث بمراجعة مدى توافق نظام الجودة مع مواصفة الإيزو، و هناك عوامل عديدة تجعل من الإيزو 9000 موضوعا للاهتمام المكثف على المستوى العالمي و تتضمن هذه العوامل ما يلي:
- القبول العالمي لمواصفات الإيزو كنظام لمواصفات الجودة.

¹ بن عنتر عبد الرحمن، إدارة الجودة الشاملة كتوجه تنافسي في المنظمات، مجلة الباحث، عدد 06، جامعة قاصدي مرباح - ورقلة ، 2008، ص 177.

- اتجاه الاتحاد الأوروبي منذ 1993 إلى تطبيق كواصفات و معايير جودة على المنتجات المصنعة بالدول الأعضاء أو المصدرة إليها، و من ثم يتزايد الاهتمام بنظام جودة الإيزو الذي يساعد على تهيئة أو إفراز منتجات جيدة تتوافق و هذه المواصفات.
- احتياج الأسواق (الذي يتوقع) زيادته لأن تستوفي المنظمات المتعاملة متطلبات التوافق مع الإيزو 9000.

انطلاقاً من الأهمية و الفوائد الناتجة عن تطبيق إدارة الجودة الشاملة و اتجاه الدول إلى إنشاء جوائز لتطبيقها يمكن القول بأن إدارة الجودة الشاملة ليست بالأسلوب البسيط و لكنها ثورة فيما يتعلق بأداء العمل.

1.3.2.1. متطلبات تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة في المنظمة:

إن تطبيق و إدماج مبادئ و أساليب إدارة الجودة الشاملة في المنظمات يتطلب تهيئة مستلزمات ضرورية لتحقيق التطبيق الناجح و الفعال لهذه الفلسفة في المنظمات الهادفة إلى الارتقاء بجودة منتجاتها أو خدماتها وعملها و إحراز رضا المستفيد الأساس الذي أنشأت من أجله المنظمات و يمكن إجمال أهم متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالآتي:

1.1.3.2.1. القيادة: يتطلب من القيادة القيام بالبحث و التقصي عن أعمال المنظمة

كافة والاستماع إلى مشاكل العاملين في نفس الوقت، و تدريبهم على التقنيات الجديدة و إقامة شبكة اتصالات مع أقسام المنظمة ككل بما يضمن تحقيق تحسين فعال في أداء العاملين، كما أن مشاركة أو مصارحة العاملين على اختلاف مستوياتهم بماهية أهداف المنظمة و ما تصبو إليه من أهداف سواء متمثلة بتحقيق أعلى الأرباح أو رضا المستفيد يعد منهاجاً في غاية الأهمية لتطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة، لذا فإن القيادة ضمن مفهوم إدارة الجودة الشاملة تعني القدرة على حث الأفراد و تشجيعهم في أن تكون لديهم الرغبة و القدرة على انجاز الأهداف.

2.1.3.2.1. الالتزام: إن التزام الإدارة العليا بإدارة الجودة الشاملة يتطلب من القادة

التدرب على المفاهيم و المبادئ الأساسية لهذه الفلسفة بما يحقق الاستفادة من مزاياها و لا تقتصر أهمية دعم الإدارة العليا على مجرد تخصيص الموارد اللازمة و إنما تمتد لتشمل قيام كل منظمة بوضع مجموعة أسبقيات، فإذا كانت الإدارة العليا للمنظمة غير قادرة على إظهار التزامها الطويل بدعم البرنامج فلن تتجح في تنفيذ إدارة الجودة الشاملة، كما و أن التزام العاملين كافة يتوجب معرفة استعداداتهم الذاتية في تقبل أنماط العمل الجديد و المركزة على الرقابة الذاتية للعمل و مشاركتهم في عمليات تحسين العملية و الجودة بالشكل الذي يحقق جميع المتطلبات و المواصفات التي يرغب المستفيد في الحصول عليها في السلع و الخدمات المقدمة له.

و في إطار ما تقدم فإن الإدارة العليا يمكنها تثبيت استمرارية التزامها تجاه تطبيق إدارة الجودة الشاملة من خلال مقومات عديدة أهمها

- توفير رؤية واضحة لما يجب أن تكون عليه المنظمة في المستقبل لأهداف

المنظمة واستراتيجيتها فالرؤية بما هي تصور ذهني في الأساس للغايات المثلى

المرغوب في الوصول إليها قد يكون أمرا ميسورا للإدارة العليا و ربما تقوم به

بشكل دائم، إلا أن إخراج تلك الرؤى و التصورات من الحيز الذهني إلى نصوص

مكتوبة واضحة و دقيقة و واقعية و منهجية عادة ما يبدو صعبا و يشكل تحديا

يتطلب مواجهته استخدام الأسلوب التالي: أولا إعطاء كل فرد من أفراد الإدارة

العليا مصطلحا واحدا يثير فيه فكره و يقومه و بحيث يكون هذا المصطلح هاما

لصياغة الرؤية، ثانيا اجتذاب مجموعة الأفراد في الإدارة العليا نحو تحديد قائمة

بأولويات الأشياء التي يجب أن تتضمنها الرؤية، ثالثا استخدام هذه القائمة

لصياغة الرؤية و تحفيز المجموعة على إعداد رؤى عديدة لكيفية صياغتها، رابعا

و هو السماح لكل فرد في المجموعة بالوصول إلى نتيجة نهائية من خلال التكرار
و الوصول إلى اتفاق جماعي في الرأي.

كما يتطلب تحويل الرؤية إلى واقع عملي أن تكون الاستراتيجية هي الاستجابة الفورية و
المرنة لاحتياجات المستفيد و أن يكون الأسلوب المتبع هو تحقيق أفضل جودة بأقل تكلفة مع
التحسين الدائم للعمليات و النظام.¹

- **نشر ثقافة الجودة الشاملة** حيث تعتبر العوامل الثقافية بالنسبة للإدارة العليا في
المنظمة في مرتبة استراتيجيتها العامة، فهي تؤثر في السلوك التنظيمي و الأداء
اليومي للعاملين، و تضع الأساس لفهم مواقف الأفراد و تحفيزهم و إدراكهم، و
تعمل على مساعدة المنظمة في التعامل مع الضغوط الداخلية و الخارجية التي
تتعرض لها، فالثقافة التنظيمية كنظام من المعاني و القيم التي يشترك العاملون
في الالتزام بها تستهدف تحديد و توحيد طبيعة السلوك التنظيمي الذي يحكم أداء
الأعمال خلق نمط للإدارة ينبع من طبيعة الثقافة التنظيمية التي يراد تكريسها
كثقافة بديلة للثقافة السائدة، فإدارة الجودة الشاملة تمثل استراتيجية التغيير، حيث
تهدف إلى إحداث تغيير ثقافي في الأجل الطويل، باعتبار ما تتضمنه من القيم
والأدوات التي يقود تطبيقها واستخدامها في العمل إلى تنمية سلوكيات العاملين
وطرق أداء أعمالهم، فالجودة كقيمة عند ما يتم تطبيقها و تحقيقها عمليا سوف
تقود بالضرورة إلى تغيير طبيعة أداء العوامل و العناصر التي تعمل المنظمة من
خلالها و المكونة لها، فنشر و تعزيز ثقافة إدارة الجودة الشاملة كأحد الأبعاد
الأساسية لتنشيط التزام الإدارة العليا للمنظمة تجاه تطبيق إدارة الجودة الشاملة يشير

¹ عبد الواسع عبد الغني سيف قاسم المخلافي، مرجع سابق، ص 120

إلى أن على هذه الإدارة تقف أمام عملية تغيير لثقافة سابقة بثقافة جديدة و هي ثقافة إدارة الجودة الشاملة و التي يحب أن تتصف ب:¹ حث و تشجيع العاملين بالمنظمة على المشاركة في مناقشة مشاكل العمل خاصة تلك التي تقع في دائرة اختصاصاتهم و حلها و القضاء على مسبباتها، أن يكون لدى كل الأفراد العاملين قناعة بأنه لا توجد حالة مثالية أو أداء أمثل يتعين بلوغه و أن يدركوا تماماً أن التحسين المستمر لتحقيق التميز هو أساس التقييم و التقدير، أن يعمل كل الأفراد العاملون على منع أي خطأ من أن ينتقل إلى مرحلة تالية و أن تسليم الجودة من مرحلة إلى أخرى تالية لابد أن يكون محققاً لإرضاء العميل الداخلي، تشجيع التعاون و العمل الجماعي من خلال فرق العمل و حلقات الجودة و أن يشعر العاملون بأنهم ليسوا في وضع تنافس مع بعضهم البعض و لكنهم يدعمون المركز التنافسي للمنظمة عن طريق التحسين المستمر، أن يتم مواجهة الأخطاء وقت وقوعه و فوراً و عدم الانشغال بمحاولة توجيه الاتهامات و البحث عن المتسبب بتوجيه الجزاء و العقاب و أن تسود قيمة أفضل و هي أن ينظر الأفراد العاملون للأخطاء على أنها فرص ثمينة للتحسين.

3.1.3.2.1. فرق العمل : إن العمل الجماعي هو أحد متطلبات نجاح إدارة الجودة

الشاملة إذ تعد فرق العمل وسيلة مهمة لاندماج العاملين، فطبيعة عمل الفريق ينصب في كونه مجموعة من الأفراد تكون مهاراتهم متممة بعضها لبعضها الآخر وملتزمين بالهدف العام وموجهين أدائهم نحو الغاية والمدخل الذي يلزمهم بمحاسبة أنفسهم، حيث أن الفائدة المتوخاة من

¹ زين الدين فريد عبد الفتاح، مرجع سابق، ص 47.

تشكيل الفريق تنصب على تقديم إنجازات الفريق للإدارة العليا يعزز مكانة الفريق لديها والافتتاح بفاعلية عملها وكافة الحلول المنفذة في ضوء الأساليب الجديدة التي اختصرت الوقت والجهد والكلفة مقارنة بأساليب العمل الروتينية السابقة في حل المشاكل، تعتمد آلية عمل هذه الفرق على جملة من المبادئ هي على وفق الآتي:

- أ. تشجيع التعلم المشترك ونشر المعرفة بين مجموعة المحترفين، بغية تحقيق الفائدة المرجوة.
 - ب. إشاعة روح التعاون بين مجموعة المحترفين، وخلق المناخ التنظيمي المناسب.
 - ج. تطوير آلية فاعلية التغذية العكسية، تسمح بمعرفة ما يدور في الهيئة الخارجية أول بأول.
- لذا فان مثل هذا التفاعل (فرق العمل) يجعل بالإمكان التغلب على مشكلات بالغة التعقيد فضلا عن أنها تسمح بجمع قدرات متباينة سواء من ناحية التخصص العلمي أم الموقع الجغرافي في مشروع واحد .

4.1.3.2.1. التركيز على العمليات : إن سبب بناء منظمات الأعمال ميزة تنافسية

قوية في الأسواق العالمية يعود إلى ارتكازها على السلع والخدمات المقدمة للزبون، لان اتجاه الحديث يؤكد أهمية دور مدير العمليات إذ أصبحت إدارة العمليات حقيقة يتوجب على الجميع تفهمها أو إدراكها بعدها الأساس لرضا المستفيد أو رفضه لمنتجات المنظمة ، فإدارة العمليات الحديثة تتوجه نحو جعل مدراء المنظمات هم مدراء العمليات.

إن توافر الموارد اللازمة والضرورية للعمليات، تدفع المنظمات لتحقيق للاستثمار الأمثل لها بما يحقق الخطط الاستراتيجية المرسومة و منتجات مطابقة للمواصفات وذات جودة عالية وهذا يتطلب بالتأكيد تنظم فعاليات التحسين المستمر.¹

¹ محمد عبد الوهاب العزاوي، مرجع سابق، ص 207.

2.3.2.1. مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمة:

إذا كانت إدارة الجودة الشاملة تمثل استراتيجية تنظيمية طويلة المدى تسعى إلى التحكم في شكل المنظمة و مستوى أدائها فإن تطبيق هذه الاستراتيجية يتم بشكل تدريجي وفق مراحل مخططة يتم البدء في مرحلة جديدة نجحت المرحلة التي سبقتها.

من ناحية أخرى لا يمكن تعميم مراحل معينة نجحت في تطبيقها منظمة ما على المنظمات الأخرى وذلك بسبب الاختلافات المتباينة بينها، هذه الأخيرة التي تشكل المدخلات البشرية من ناحية الثقافة و التأهيل وغيرها بالإضافة إلى حجم المنظمة الذي كلما كبر زاد تعقيدها و هكذا تتعدد آراء الكتاب و الباحثين حول مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة، فهناك من يرى أنها تمر بخمس مراحل و هي:

- المرحلة الصفرية (مرحلة الإعداد)،

- مرحلة التخطيط،

- مرحلة التقويم و التقدير،

- مرحلة التنفيذ،

- مرحلة التعميم،

هناك من يقترح ست مراحل لتطبيق إدارة الجودة الشاملة هي:

- التعرف على عناصر القوة في المنظمة،

- معرفة توقعات المستفيد،

- إيجاد نظام جيد لتقديم الخدمات،

- تثقيف المستفيد،

- إيجاد نظام مساند قوي،

- توفير التغذية العكسية عن سير برنامج التطبيق

بيد أن رأي جوزيف جوران يختلف مع الرأيين السابقين، حيث أن عملية تطبيق إدارة الجودة

الشاملة في نظره تمر بالمراحل التالية:

- توضيح مدى الحاجة إلى التحسين،

- تحديد البنية الأساسية اللازمة،

- تحديد مشاريع التحسين،

- تكوين فرق عمل المشاريع و تزويدها بالموارد و تأهيلها بالتدريب،

- إيجاد نظام للتحكم و الرقابة.

في حين يرى آخر أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يتطلب المرور بثلاث مراحل أساسية و

هي:¹

- المرحلة الأولى: جودة التخطيط و تبدأ هذه المرحلة بالتعرف على احتياجات

العملاء و أحلامهم و آمالهم و طموحاتهم و ترجمة هذه الآمال إلى منتجات أو

خدمات لتلبية تلك الاحتياجات في ضوء مجموعة من المعايير و المقاييس

المحددة مسبقا و عادة ما يتم ترجمة هذه الاحتياجات في صورة موازنات تخطيطية

توضع بشكل برامج عمل صورة كمية قيمة تقديرية.

- المرحلة الثانية: جودة الرقابة، و هذه المرحلة تبدأ بتحديد النقاط الاستراتيجية

للجودة في كل مجال و وضع معايير للمقاييس، و يتم مقارنة فورية للبيانات

¹ منصور علي أحمد البطاني و عبد الله عبد الله السنفي، مدى إدراك القيادات الإدارية في البنوط التجارية لمفهوم و أهمية إدارة الجودة الشاملة- دراسة ميدانية على عينة من قيادات البنوك التجارية في الجمهورية اليمنية، مجلة الإداري، العدد 101، معهد الإدارة العامة، مسقط، 2005، ص 26.

الفعلية بما سبق أن خطط له ودراسة و تحليل الفروقات و اتخاذ القرارات التي تتطلب إما تعديل الخطة أو النظر في أساليب التنفيذ.

- المرحلة الثالثة: جودة و تحسين الأداء، إن عملية تحسين الأداء هي عملية مستمرة و متواصلة لتطوير الخدمات و المنتجات و تحقيق رغبات المستفيد المتعدد و المتجددة و التي قد تكون غير محددة أو معروفة و في هذه المرحلة يتم التحسين بصفة دائمة و مستمرة لتحقيق رضا الزبائن والعاملين و المجتمع.

من خلال الأساليب المقترحة لخطوات تطبيق إدارة الجودة الشاملة نلاحظ تداخل في جوانب منها مع متطلبات و عناصر تطبيق إدارة الجودة الشاملة و ما يبدو في المقترحين الأول الثاني، و انطلاقا من ذلك و استنادا إلى بعض الأساليب المقترحة لكيفية التطبيق فإن الأسلوب المقترح لتطبيق إدارة الجودة الشاملة يتكون من مرحلتين هما كما يلي:¹

1.2.3.2.1. المرحلة الأولى: و تتضمن هذه المرحلة القيام بالخطوات التالية:

الخطوة الأولى و تتضمن ما يلي:

- إنشاء فريق قيادي للجودة في كل وحدة بحيث يقوم بنفس مهام المجلس الأعلى للجودة في المنظمة و لكن على مستوى الوحدة.
- اختيار إحدى الوحدات لتكون وحدة تجريبية لاختبار تطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة.
- تكوين فرق لتحسين الجودة الخاصة بالوحدة التجريبية و تعيين منسق يقوم بربط تلك الفرق مع بعضها و مع فريقها القيادي.

¹ عبد الواسع عبد الغني سيف قاسم المخلافي، مرجع سابق، ص 103.

- العمل على دمج كل الفرق في البناء الهيكلي للمنظمة باعتبار أن ما تقوم به من التحسين جزءا من العمل الاعتيادي و ليس أمرا طارئاً

الخطوة الثانية: و تتضمن:

- تحديد مشاريع تحسين الجودة حيث يتطلب ضمان تحقيق الواقعية في التطبيق أن تقوم الإدارة بتحديد عدد من مجالات العمل التي يمكن أن تنفذ بها مشاريع تحسين الجودة، لأن ذلك من شأنه أن يساعد الإدارة على التأكد من قدرة المنظمة على تطبيق هذا المدخل بالإضافة لتمهيد الطريق للمشاريع الأخرى التي ينبغي أن تكون جزءا من الحياة العملية الاعتيادية للمنظمة.
- تحديد مشاريع تحسين الجودة في البداية تكون على مستوى الوحدات الصغيرة و التي تقوم برفعها إلى الفريق القيادي للوحدة عبر المنسق العام لضمان عدم تكرارها.
- قيام كل فريق من الفرق القيادية للجودة بتحديد مشاريع تحسين الجودة الخاصة بكل وحدة و بحيث يرتبط هذا التحديد مع الفوائد المتحققة للوحدة من تلك المشروعات وفقا لمعايير إرضاء المستفيدين بدرجة أكبر و تخفيض تكاليف الإنتاج، و تقوية الموقف التنافسي للمنظمة.
- أن تتطلق مشاريع تحسين الجودة من حصر مشكلات الجودة و العمل على تحليلها و بحيث يكون حل تلك المشكلات هو المدخل لتحسين الجودة، مع التأكيد بأنه ليس كل مشكلة تتعلق بتحسين الجودة ينبغي أن تعالج من قبل فرق العمل، حيث أن الأشخاص الذين يقومون بأداء الأعمال الاعتيادية بإمكانهم معالجة بعض القضايا، لأن الإدارة يجب أن تكون قد قدمت نوعا من التدريب التوجيهي

لكل موظفيها على مفاهيم إدارة الجودة الشاملة، تمكنهم من معالجة المشكلات أو القضايا الصغيرة الطارئة و المتعلقة بالتحسين.

2.2.3.2.1. المرحلة الثانية: و تتضمن هذه المرحلة القيام بالخطوات التالية:

- في حال نجاح تجربة تطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة في الوحدة التجريبية يتم تفعيل فرق تحسين الجودة في باقي الوحدات و التي يفترض أن تكون على إطلاع بما تم في التجربة و قد اتخذت بعض الخطوات التمهيدية في وحداتها.
 - تعميم خطوات تنفيذ و تخطيط الجودة المحددة في المرحلة الأولى على باقي الوحدات.
 - استدعاء جميع العاملين في المنظمة و الذين ساهموا في تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالإضافة للموردين و المستفيدين و اطلاعهم على الفوائد و المزايا المكتسبة من وراء تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- بشكل عام فإن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يجب أن يتضمن الآتي:
- تحديد أسباب سعي المنظمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.
 - وضع الخطة الزمنية المناسبة لعملية التطبيق.
 - مقارنة ما تم تنفيذه مع خطة التطبيق.
 - الاستمرار بتنفيذ مشاريع التحسين المستمر.

خلاصة الفصل:

من خلال كل ما قدمناه يتضح أن إدارة الجودة الشاملة أسلوب إداري متكامل المداخل هدفه تحقيق النجاح طويل الأمد من خلال إرضاء الزبائن، يعتمد على مشاركة جميع أعضاء المنظمة في تحسين العمليات والمنتجات أو الخدمات و بالتالي يهتم بتكوين ثقافة للجودة تتشكل محاورها من النظم الفنية و الاجتماعية والعمليات الإدارية التي تركز على احتياجات الزبائن و باقي الأطراف ذات العلاقة بالمنظمة.

باعتبار إدارة الجودة الشاملة من المداخل الحديثة التي لقيت قبولا و إقبالا من طرف المنظمات في مختلف أنحاء العالم الذي يعتمد على التزام الإدارة العليا و دعمها له و تقديم السبل الكفيلة لتطبيقه و المحافظة عليه، فإن تطبيقها في المنظمة له تأثير في إستراتيجيتها و رسالتها و أيضا ثقافتها و الذي يدفعها إلى التحسين المستمر، فحاولنا في هذا الفصل الإحاطة بأهم مبادئ، متطلبات، مراحل و معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات وسنحاول في الفصل الثاني إبراز مزايا و معوقات تطبيق هذا المدخل على مستوى المنظمات العمومية لخصوصيتها عن المنظمات الخاصة في ببطء التغيير و المرونة مع الأساليب الإدارية الحديثة لرفع الأداء بالتركيز على المنظمات العمومية الصحية و ذلك لما يحمله هذا المدخل من مفاهيم و أساليب و قيم و الأثر الكبير في التغيير الإيجابي.

الفصل الثاني

جودة الخدمات في المنظمات العمومية الصحية

تمهيد:

إن الأساليب التقليدية المستخدمة في تسيير الخدمات العمومية خاصة الصحية منها و

العيوب التنظيمية للنظام البيروقراطي المعمول به في المنظمات العامة أدى إلى التراجع التدريجي

في جودة الخدمة المقدمة، مما أوجب التغيير الجوهري نحو الأساليب الحديثة.

يعتبر نظام إدارة الجودة الشاملة إحدى الأساليب الحديثة التي تعمل على تحسين الجودة

بشكل مستمر في منظمات الخدمة الصحية من خلال تركيزها على تحقيق مفهوم الشمولية و

التوسع و المزج بين الوسائل الإدارية الأساسية و الجهود الابتكارية و بين المهارات الفنية

المتخصصة من أجل الارتقاء بمستوى الأداء و التحسين والتطوير المستمرين، فبعد تطرقنا في

الفصل الأول من هذا البحث حول الإطار النظري و العملي لإدارة الجودة الشاملة سوف نحاول

الإحاطة في هذا الفصل بمختلف جوانب و منهجية و شروط تطبيق هذا المدخل الحديث في

المرفق العام بصفة عامة و المؤسسات الصحية العمومية بصفة خاصة و هذا من خلال الإلمام

بالجوانب التالية:

- أهمية و منهجية تطبيق الجودة الشاملة في المرفق العام.
- الخدمة الصحية، أبعادها و طرق قياسها.
- مقومات و شروط تطبيق الجودة الشاملة في المنظمة الصحية.

1.2. تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المرفق العام و متطلباتها:

نتيجة للنجاح الذي حققه استعمال مفهوم إدارة الجودة الشاملة في مجال الصناعة، ثار جدل حول امكانية نجاح نقل و تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى أوضاع تنظيمية أخرى مثل صناعة الخدمات و منظمات القطاع العام و في نفس السياق ظهر اتجاهان، يرى الأول نقل و تحويل مفهوم إدارة الجودة الشاملة من المنظمات الصناعية إلى المنظمات الخدمية مع إجراء تعديلات بسيطة لتحقيق الملائمة في التطبيق، أما الاتجاه الثاني فيرى أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في منظمات الخدمة و القطاع العام يتطلب تعديلا جوهريا يلائم الخصائص الفريدة لهذه المنظمات.¹

1.1.2. مفهوم المرفق العام، أنواعه و أساليب تسييره :

في محاولة تعريفنا للمنظمة العمومية باعتبارها هيئات أو أجهزة إدارية تهدف إلى توفير خدمة عامة بغرض إشباع حاجات عامة تظهر لنا الصلة الوثيقة بين المنظمة العمومية و المرفق العام وجودا و عدما، فلا يتصور وجود منظمة عمومية دون مرفق عام حيث المرفق العام عبارة عن كل منظمة عمومية تنشئها الدولة و تديرها بنفسها أو تحت إشرافها بقصد تحقيق حاجات المواطنين وخدمتهم و التي تعتبر أهدافا تسعى الحكومة لتحقيقها للأفراد والمجتمع و هي المبرر الرئيسي لوجودها

¹ جمال أبو دولة و حمد عبي النيادي، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في منظمات الخدمة في دولة الإمارات العربية المتحدة، أبحاث اليرموك، سلسلة العلوم الانسانية و الاجتماعية، مجلد 30، عدد 2، 2003، ص 141.

1.1.1.2. تعريف المرفق العام و عناصره:

اختلف الباحثين في تعريف المرفق العام باختلاف المعايير المعتمد عليها في التعريف فمنهم من ارتكز على المعيار الوظيفي و منهم على المعيار الوظيفي أو الموضوعي، فالمعنى العضوي يقصد به كل منظمة عامة تنشئها الدولة و تخضع لإدارتها بقصد تحقيق حاجات المواطنين و من هنا جاز اعتبار كل من مرفق القضاء و الأمن والدفاع و غيرها مرافق عامة لأنها منظمات أنشأتها الدولة بغرض أداء خدمة للمواطنين و يتصف هذا المعنى بالشمولية والإطلاق حيث يستعمل تعبير مرفق عام وفق هذا المعنى ليس للدلالة على نشاط معين و إنما المنظمة أو الجهاز الإداري للمرفق التي تتولى إدارته، أما المعنى الوظيفي أو الموضوعي فيقصد به كل نشاط يباشره شخص عام بقصد إشباع حاجات عامة و من ثم تخرج عن نطاق هذا التعريف سائر النشاطات أو المشروعات التي تستهدف الربح.¹ وعرف أيضا بأنه كل مشروع يعمل بانتظام تحت إشراف رجال الحكومة بقصد أداء خدمة عامة للجمهور مع خضوعه لنظام قانوني معين، فالعنصر الهام في هذا المعنى هو الحاجة العامة التي يراد إشباعها فإذا رأت السلطة العامة أن حاجة عامة يحتاجها المجتمع وعجز النشاط الفردي عن تحقيقها وتولت هي بنشاطها السعي لتحقيقها كان هذا النشاط مرفقا عاما.²

هناك من رجح الجمع بين المعيارين لتعريف المرفق العام و هذا للانتقادات التي وجهت للمدلولين فالمدلول العضوي ركز على العضو القائم بالمرفق الذي يقوم بإدارة المشروع دون اعتبار لهدفه أي معنى آخر يولون أهمية لعنصر السلطة العامة و بالتالي يمكن لنا القول بأن المرفق

¹ أعمار بوضياف، النشاط الإداري، متاح على الموقع www.ao-academy.org/docs/alnashatt_aledari_1610009.doc ، ص 09. تاريخ التصفح 2015/03/15.

² محمد متولي، الاتجاهات الحديثة بين خصخصة المرافق العامة بين النظرية والتطبيق، دار النهضة العربي، القاهرة، 2004، ص 5.

العام هو الجهة أو الهيئة أو المنظمة العمومية التي تمارس النشاط ذات النفع العام، أما المدلول الموضوعي فقد ركز على المنفعة العامة حيث المشروعات العامة لا تختلف عن المشروعات الخاصة التي يقوم بها الأفراد لتحقيق النفع العام فكلاهما يهدفان لتحقيق النفع العام و على هذا الأساس يكون المرفق العام بجمع المدلولين "كل نشاط يستهدف الوفاء بحاجات ذات نفع عام تعجز المشروعات الفردية عن تحقيقها على وجه مرض فتتولاه الإدارة العامة و تديره إما بنفسها مباشرة أو تعهد به إلى أفراد يديرونه تحت رقابتها و إشرافها"¹

من خلال التعريف السابق يمكن أن نميز المرفق العام عن غيره بجملة من العناصر التي لا بد من توافرها لقيامه ويمكن أن نلخص هذه العناصر في:

- **المرفق العام تنشئه الدولة:** إن كل مرفق عام تحدثه الدولة ويقصد بذلك أن الدولة هي التي تقدر اعتبار نشاط ما مرفقا عاما وتقرر إخضاعه للمرافق العامة بناء على قانون معين وليس من اللازم أن يكون كل مشروع تحدثه الدولة أن تتولى هي مباشرة إدارته، فكثيرا ما تعهد الإدارة إلى الأفراد أو شركة خاصة بأداء خدمة عامة تحت إشرافها.²
- **المرفق العام يحقق النفع العام:** يستهدف المرفق العام تحقيق النفع العام أو أداء خدمة عامة فالهدف الأساسي لإنشائه يتجه إلى إشباع حاجات عامة للأفراد والتي يجب أن تكون من الحاجات الضرورية التي تلتزم الدولة بإشباعها دفاعا عن وجود الجماعة وأمنها وكيانها ورفاهيتها.³

¹ نفس المرجع، ص 6.

² عمار بوضياف، مرجع سابق، ص 11.

³ محمد متولي، مرجع سابق، ص 14.

- **المرفق العام يخضع للسلطة العامة:** لاعتبار أي مشروع مرفقا عاما وجود ارتباط عضوي بين المشروع و الإدارة أو تابع لها، و تتمثل السلطة العامة كعنصر من عناصر المرفق العام في أن يكون للحكومة الكلمة العليا في إنشائه و إدارته و إلغائه، فهي التي تقرر اعتبار نشاط معين مرفقا عاما سواء كانت الهيئة التي تتولاه عامة أو خاصة.¹

- **المرفق العام يخضع لنظام قانوني خاص:** كل مرفق عام يجب أن يخضع لقدر من القواعد القانونية تحكم سيره، فالمرافق العامة ليست كلها على نمط واحد كما أنها لا تدار بنفس الطريقة و لكن يجمع بينها بعض القواعد القانونية تنطبق عليها جميعا مهما كان عملها أو طريقة إدارتها.

و يخضع المرفق العام إلى مبادئ و هي:

- **مبدأ استمرار سير المرفق العام:** تتولى المرافق العامة تقديم الخدمات للأفراد وإشباع حاجات عامة وجوهرية في حياتهم ويترتب على انقطاع هذه الخدمات حصول خلل واضطراب في حياتهم اليومية، لذلك كان من الضروري أن لا تكتفي الدولة بإنشاء المرافق العامة بل تسعى إلى ضمان استمرارها وتقديمها للخدمات.²

- **مبدأ قابلية المرفق للتغيير:** إذا كانت المرافق العامة تهدف إلى إشباع الحاجات العامة للأفراد وكانت هذه الحاجات متطورة ومتغيرة باستمرار فإن الإدارة المنوط بها إدارة وتنظيم المرافق العامة تملك دائماً تطوير وتغيير المرفق من حيث أسلوب إدارته وتنظيمه وطبيعة النشاط الذي يؤديه بما يتلاءم مع الظروف والمتغيرات التي تطرأ على المجتمع ومسايرة

¹ حمدي القبيلات، القانون الإداري، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، عمان، بدون سنة نشر، ص 277.

² مازن ليلو راضي، القانون الإداري، منشورات الأكاديمية العربية للدانمارك ، 2008، ص 96 متاح على الموقع http://www.bibliotdrait.com/2015/12/blog-post_66.html تاريخ التصفح 2015/03/15.

لحاجات الأفراد المتغيرة باستمرار ومن تطبيقات هذا المبدأ أن من حق الجهات الإدارية القائمة على إدارة المرفق كلما دعت الحاجة أن تتدخل بإدارتها المنفردة لتعديل النظم واللوائح الخاصة بالمرفق أو تغييرها بما يتلاءم والمستجدات دون أن يكون لأحد المنتفعين الحق في الاعتراض على ذلك والمطالبة باستمرار عمل المرافق بأسلوب وطريقة معينة ولو أثر التغيير في مركزهم الشخصي.¹

- **مبدأ المساواة بين المنتفعين:** يقوم هذا المبدأ على أساس التزام الجهات القائمة على إدارة المرافق بأن تؤدي خدماتها لكل من يطلبها من الجمهور ممن تتوافر فيهم شروط الاستفادة منها دون تمييز بينهم بسبب الجنس أو اللون أو اللغة أو الدين أو المركز الاجتماعي أو الاقتصادي ويستمد هذا المبدأ أساسه من الدساتير والمواثيق وإعلانات الحقوق التي تقتضي بمساواة الجميع أمام القانون ولا تمييز بين أحد منهم، غير أن المساواة أمام المرافق العامة مساواة نسبية وليست مطلقة، ومن مقتضياتها أن تتوافر شروط الانتفاع بخدمات المرفق فيمن يطلبها وأن يتواجد الأفراد في المركز الذي يتطلبه القانون والقواعد الخاصة بتنظيم الانتفاع بخدمات المرفق ثم يكون لهم الحق بالمعاملة المتساوية سواء في الانتفاع بالخدمات أو في تحمل أعباء هذا الانتفاع.²

و المشرع الجزائري أخضع كل المرافق الإدارية و الاقتصادية لنظام خاص، حيث يكتسي المرفق العمومي في الجزائر معنيين أو مدلولين هما:

¹ نفس المرجع، ص 98.

² نفس المرجع، ص 99.

- **المرفق العمومي مؤسسة:** هو تعريف المرفق العمومي استنادا إلى المعيار العضوي، فكثيرا ما يعبر عن المرفق العمومي بأنه جهاز أو هيكل أو هيئة أي الجهاز الذي يسير الشؤون العمومية و يقصد به الإدارة العمومية بشكل عام أو أي مؤسسة إدارية معنية.
- **المرفق العمومي الوظيفي:** و هو يسمى كذلك بالمرفق العمومي نشاط و هو تعريف المرفق العمومي استنادا إلى المعيار المادي و بهذا المعنى فإن المرفق العمومي هو نشاط تقوم به أجهزة خاصة أو عمومية بهدف تحقيق المصلحة العامة.
- و منه يمكننا تعريف المرفق العمومي في الجزائر بأنه نشاط تقوم به السلطة العمومية اتجاه المواطنين بصفة مباشرة أو غير مباشرة أي تحت رقابتها (و في بعض الأحيان هو نفسه الجهاز العمومي الذي يقوم بهذا النشاط) بهدف تحقيق المصلحة العامة و خاضعا في ذلك و لو جزئيا إلى قواعد القانون العمومي.

2.1.1.2. أنواع المرفق العام :

تنقسم المرافق العامة و تتعدد أنواعها طبقا إلى الزاوية المنظور إليها، فمن حيث طبيعة النشاط الذي تمارسه نجد مرافق اقتصادية إدارية ثقافية و مهنية، و من حيث امتدادها الاقليمي نجد مرافق وطنية و مرافق إقليمية و بلدية، و من حيث استقلالها فنجد مرافق تتمتع بالشخصية المعنوية و مرافق لا تتمتع بالشخصية المعنوية، ومن حيث حرية انشائها.

1.2.1.1.2. تقسيم المرافق من حيث طبيعة أو نوعية النشاط.

من حيث هذه الزاوية يمكن تقسيم المرافق إلى مرافق إدارية وأخرى اقتصادية ومرافق مهنية.

- **المرافق الإدارية:** وهي المرافق التي تؤدي الخدمات المرفقية التقليدية وقد لازمت الدولة منذ زمن طويل وعلى رأسها مرفق الدفاع والأمن والقضاء ثم مرفق الصحة والتعليم، وهذه المرافق عادة ما تتسم بارتباطها بالجانب السيادي للدولة الأمر الذي يفرض قيامها بهذه النشاطات وأن لا تعهد بها إلى الأفراد بما في ذلك من خطورة كبيرة.

رغم قدم هذا النوع من المرافق إلا أن الفقه لم يهتد لوضع معيار دقيق يمكن توظيفه والاعتماد عليه لمعرفة هذا النوع من المرافق على الأقل وتكمن صعوبة وضع معيار في اختلاف نشاطات المرافق ذات الطابع الإداري لذلك ذهب بعض الفقهاء إلى القول أن المرافق الإدارية هي مجموعة المرافق التي لا تدخل في عداد بقية أنواع المرافق الأخرى وهو ما أطلق عليه بالتحديد السلبي للمرافق

المرافق الإدارية في غالبيتها تتميز بأن الأفراد لا يستهويهم نشاطها فلا يتصور أن يبادر الأفراد إلى إنشاء مرفق للأمن أو القضاء فهذا النوع من النشاط دون غيره يجب أن يلحق بالدولة ويدعم مالياً من قبلها ويسير أيضاً من جانبها بصفة مباشرة ولا يمكن لدولة أن ترفع يدها عن هذا النوع من النشاطات لأنها تدخل ضمن وظيفتها الطبيعية أو واجباتها تجاه الأفراد.¹

- **المرافق الاقتصادية:** بفعل الأزمات الاقتصادية وتطور وظيفة الدولة ظهر نوع آخر من المرافق العامة يزاول نشاطاً تجارياً أو صناعياً مماثلاً لنشاط الأفراد و تعمل في ظروف مماثلة لظروف

¹ عمار بوضياف، مرجع سابق، ص 16.

عمل المشروعات الخاصة وبسبب طبيعة النشاط الذي تؤديه هذه المرافق دعا الفقه والقضاء إلى ضرورة تحرير هذه المرافق من الخضوع لقواعد القانون العام، والأمثلة على هذه المرافق كثيرة ومنها مرفق النقل والمواصلات ومرفق توليد المياه والغاز ومرفق البريد.¹

و يمكن تمييز المرافق العامة الإدارية عن المرافق العامة الاقتصادية من خلال عدة معايير منها:

- معيار الشكل: يعتمد هذا المعيار على أساس شكل المشروع و مظهره الخارجي.
- معيار الهدف: حيث المرافق الاقتصادية التي تقوم بنشاط صناعي أو تجاري تهدف إلى تحقيق الربح بينما المرافق الإدارية تسعى لتحقيق المنفعة العامة و إشباع حاجات الأفراد.
- معيار القانون المطبق: إذا كان المرفق العام يخضع لأحكام القانون الخاص اعتبر مرفقا اقتصاديا و على العكس من ذلك إذا كان يخضع لأحكام القانون العام فهو مرفق إداري.
- معيار طبيعة النشاط: يكون المرفق العام اقتصاديا إذا كان النشاط الذي يقوم به تجاريا بطبيعته طبقا لموضوعات القانون التجاري، و يعتبر إداريا إذا كان النشاط الذي يمارسه نشاطا إداريا و مما يدخل في نطاق القانون الإداري.
- **المرافق المهنية:** و هي مرافق يكون موضوعها رقابة و توجيه النشاط المهني و قد منح لها القانون بعض حقوق و امتيازات السلطة العامة بهدف تنظيم مهنة معينة و رعاية مصالح أعضائها مثل نقابا المحامين، الأطباء و غيرها و قد ظهر هذا النوع من المرافق عقب الحرب العالمية الثانية لمواجهة المشاكل التي كان يتعرض لها أصحاب هذه المهن و الدفاع عنهم و حماية مصالحهم، حيث تخضع هذه المرافق لنظام قانوني مختلط بين

¹ مازن ليلو راضي، مرجع سابق ، ص 99.

القانون العام و اختصاص القضاء الإداري في بعض المنازعات المتعلقة بنشاطها غير أن الجانب الرئيس من نشاطها يخضع لأحكام القانون الخاص، و من أبرز الأمثلة عن المرافق المهنية في الجزائر نقابة المحامين الجزائريين (منظمة المحامين).¹

2.2.1.1.2. تقسيم المرافق من حيث نطاق نشاطها: تنقسم المرافق العامة من حيث

نطاق أو مجال عملها إلى مرافق قومية ومرافق محلية:²

- **المرافق القومية:** يقصد بالمرافق القومية تلك المرافق التي يتسع نشاطها ليشمل كل إقليم الدولة كمرفق الدفاع ومرفق القضاء ومرفق الصحة، ونظراً لعمومية وأهمية النشاط الذي تقدمه هذه المرافق فإنها تخضع لإشراف الإدارة المركزية في الدولة من خلال الوزارات أو ممثليها أو فروعها في المدن، ضماناً لحسن أداء هذه المرافق لنشاطها وتحقيقاً للمساواة في توزيع خدماتها.

تتحمل الدولة المسؤولية الناتجة عن الأضرار التي تتسبب فيها المرافق القومية بحكم إدارتها لها والإشراف على شؤونها.

- **المرافق المحلية:** ويقصد بها المرافق التي يتعلق نشاطها بتقديم خدمات لمنطقة محددة أو إقليم معين من أقاليم الدولة، ويعهد بإدارتها إلى الوحدات المحلية، كمرفق النقل، أو مرفق توزيع المياه أو الكهرباء وغيرها من المرافق التي تشبع حاجات محلية. وتتميز المرافق المحلية بالاختلاف والتنوع في أساليب إدارتها بحكم اختلاف وتنوع حاجات كل وحدة

¹ بغداد كمال ، النظام القانوني للمؤسسة العامة المهنية في الجزائر، مذكرة ماجستير في قانون المؤسسات ، كلية الحقوق، جامعة الجزائر 01، 2012، ص 24.

² مازن ليلو راضي، مرجع سابق ، ص 93.

محلية أو إقليم تمارس نشاطها فيه كما أن المسؤولية الناتجة عن الأضرار التي تتسبب بإحداثها المرافق المحلية أو موظفيها ويتحملها الشخص المعنوي المحلي أو الإقليمي.

3.2.1.1.2. تقسيم المرافق من حيث الالتزام بإنشائها:

حيث تنقسم وفق هذا المعيار إلى مرافق اختيارية و مرافق اجبارية:¹

- **المرافق الاختيارية :** الأصل في المرافق العامة أن يتم إنشائها بشكل اختياري من جانب الدولة، وتملك الإدارة سلطة تقديرية واسعة في اختيار وقت ومكان إنشاء المرفق ونوع الخدمة أو النشاط الذي يمارسه وطريقة إدارته، ومن ثم لا يملك الأفراد إجبار الإدارة على إنشاء مرفق عام معين ولا يملكون الوسائل القانونية التي يمكنهم حملها على إنشاء هذا المرفق أو مقاضاتها لعدم إنشائها له، ويطلق الفقه على المرافق العامة التي تنشئها الإدارة بسلطتها التقديرية اسم المرافق العامة الاختيارية.
- **المرافق العامة الإجبارية :** إذا كان الأصل أن يتم إنشاء المرافق العامة اختيارياً فإن الإدارة استثناء تكون ملزمة بإنشاء بعض المرافق العامة عندما يلزمها القانون أو جهة إدارية أعلى بإنشائها ومثال ذلك إنشاء الإدارة لمرفق الأمن والصحة فهي مرافق إجبارية بطبيعتها وتهدف لحماية الأمن والصحة العامة وغالبا ما تصدر القوانين بإنشائها

¹ نفس المرجع، ص 94.

3.1.1.2. أساليب تسيير المرفق العام :

تختلف طرق تسيير المرفق العام بحسب نوعه و طبيعة نشاطه، و أهم هذه الطرق الإدارة المباشرة أو الاستغلال المباشر، أسلوب المؤسسة العامة أو الهيئة العامة، أسلوب الالتزام و أسلوب الاستغلال المختلط.

1.3.1.1.2. أسلوب الإدارة المباشرة أو الاستغلال المباشر: و يقصد بهذا

الأسلوب أن تقوم الإدارة بإدارة المرفق بنفسها سواء كانت سلطة مركزية أو محلية مستخدمة في ذلك أموالها و موظفيها و وسائل القانون العام، و لهذا فإن موظفي المرفق المدار بهذه الطريقة هم موظفون عموميون كما أن الأموال و الأدوات المستخدمة في إدارته تعتبر أموالا عامة حيث تتمتع بالحماية القانونية المقررة للمال العام و تخضع للقواعد المقررة بالميزانية العامة.

تلجأ السلطة الإدارية إلى هذه الطريقة لإدارة المرافق العامة الإدارية و الوطنية بصفة أساسية كمرافق الدفاع و الشرطة، التعليم الصحة و غيرها من المرافق الإدارية ذات الأهمية الوطنية التي يهدف بها أداء الخدمات للمستفيد دون تحقيق الربح.

2.3.1.1.2. أسلوب المؤسسة العامة: يعتبر أسلوب المؤسسة العامة وسيلة من

وسائل ادارة المرفق العام وأكثرها شيوعا وانتشارا وتتميز عن الأسلوب الأول أن المؤسسة العمومية تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتعتبر قراراتها قرارات ادارية وعمالها موظفون عموميون لا أجراء وأموالها أموال عامة. وقد أطلق الفقه عليها باللامركزية المرفقية كمقابل

للامركزية الإقليمية. ويترتب على استقلالية المؤسسة عن الدولة ما يلي: ¹

- أن تكون لها ذمة مالية مستقلة عن الدولة.

¹ عمار بوضياف، مرجع سابق، ص 52.

- أن يكون لها حق قبول الهبات و الوصايا.
- أن يكون لها حق التعاقد دون الحصول على رخصة.
- أن يكون لها حق التقاضي.
- أن تتحمل نتائج أعمالها وتسأل عن الأفعال الضارة التي تلحق بالغير.

3.3.1.1.2. أسلوب الالتزام: التزام المرفق العام هو عقد إداري يتم بمقتضاه إسناد إدارة

أحد المرافق العامة الاقتصادية إلى شخص من أشخاص القانون الخاص سواء كان فردا أو شركة لمدة محددة لتحقيق الغرض الذي أنشئ المرفق من أجله على مسؤوليته بواسطة أمواله و عماله مقابل تحصيل رسوم على المنتفعين بخدمات المرفق، و يسمى هذا العقد عقد الالتزام أو عقد الامتياز.

يختلف هذا الأسلوب في إدارة المرفق العام عن الأسلوبين السابقين إذ أنها ليست إدارة مباشرة من جانب السلطة الإدارية و بالرغم من اتفاقها مع الأسلوب الثاني في كونها تتم بشكل غير مباشر فإنها تختلف عنها في أن الشخص الذي يقوم بالإدارة أحد أشخاص القانون الخاص و ليس شخصا عاما.¹

4.3.1.1.2. أسلوب التفويض: يعتبر أسلوب التفويض من الأساليب الحديثة لتسيير

المرفق العام، فقد ظهر لأول مرة بفرنسا سنة 1987 و استعمله المشرع الفرنسي في 06 فيفري 1992 الخاص بالإدارة اللامركزية للجمهورية.

¹ عبد الغني بسيوني عبد الله، النظرية في القانون الإداري، منشأة المعارف، الاسكندرية، 2003، ص 447.

يعرف أسلوب التفويض على أنه طريقة جديدة معتمدة لتسيير المرافق العامة تتشابه مع عقد الامتياز و تختلف عنه لأن المدة الزمنية لعقد هذا الأخير تكون أطول، كما أن الملتزم يتعهد بتوفير الأموال و المستخدمين بينما في أسلوب التفويض تبقى التجهيزات ملك للإدارة، كما يحتفظ المفوض له بالمستخدمين مع مراعاة حقوقهم¹.

من خصائص أسلوب التفويض مايلي:²

- وجود خدمة عمومية محل لتفويض تسييرها من خلال توكيل شخص آخر يقوم بهذا النشاط
- العلاقة بين الطرفين هي علاقة تعاقدية بشروطها التنفيذ المقابل المالي الرقابة إذ أنه اتفاق بين إرادتين السلطة العمومية و المتعامل الخاص أو العام
- تعلق تفويض التسيير بالاستغلال للمصلحة العمومية بوجود نوع من الاستقلالية مع تمسك الإدارة بسلطة تنظيم النشاط العمومي و تكون العلاقة مباشرة بين المستعملين و المستغل للمصلحة العامة.
- مسؤولية التفويض هي مسؤولية مباشرة لأنه نظرا لكونه الواجهة أمام المستعملين فهو مسؤول على استمرارية الخدمات العمومية مع احتفاظ الإدارة بحق الرقابة.
- مدة معينة تحدد في العقد.

¹ زعيم ايمان، الطوق المستحدثة لإدارة و تسيير المرافق العامة-عقد البوت نموذجا-مذكرة ماستر في الحقوق

تخصص إداري، كلية الحقوق و العلوم السياسية، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2014/2013، ص 37.

² بودراف مصطفى، التسيير المفوض و التجربة الجزائرية في مجال المياه، مذكرة ماجستير في الحقوق تخصص قانون المؤسسات، كلية الحقوق، جامعة الجزائر 1، 2012/2011، ص 59-60.

2.1.2. أهمية تطبيق الجودة الشاملة كمدخل للتغيير في المرفق العام،

المتطلبات و المعوقات:

بما أن نموذج إدارة الجودة الشاملة أحد الأساليب الإدارية الحديثة التي من شأنها أن توجه وتأثر بشكل كبير على تسيير المنظمات ونقلها من الأسلوب التقليدي إلى الأسلوب الحديث القائم على الديمقراطية والمشاركة في سبيل الوصول إلى أعلى مستويات الجودة والخدمة، أصبح لزاماً على المنظمات العمومية أن تتبنى هذا النوع من الأساليب للآثار الإيجابية التي تعود بالفائدة على هذه المنظمات والمواطن والعاملين.

1.2.1.2. مبررات التوجه نحو إدارة الجودة الشاملة و امكانية تطبيقها في

المرفق العام:

تتجه كل المنظمات في كل المجالات إلى تبني التغيير و إدارته مدفوعة بالظروف المحيطة بها، و المرفق العام هو أيضا معني بالاستجابة للتغيرات التي تحدث حوله بإحداث تغييرات جذرية في أسلوب إدارته و كيفية تقديمه للخدمات فالمفهوم التقليدي للإدارة العامة لم يعد قادر على التعامل مع التطورات الحديثة و التحول نحو ممارسات الإدارة الحديثة المطبقة في المنظمات الخاصة كأسلوب إدارة الجودة الشاملة من شأنه أن يحسن أداء المرفق العام و يغير من الآليات و النظم التي تحكم عمله التي تتميز ب:¹

¹ بلال خلف السكارنة، التطوير التنظيمي و الإداري، الطبعة الأولى، دار المسيرة، عمان، 2009، ص 107 (بتصرف).

- **المركزية الشديدة و إدارة الاقتصاد بالأوامر و البطء في اتخاذ القرارات الإدارية:** كثيرا ما يلاحظ أن معالجة مشكلة قد تستغرق عدة أشهر لمرورها بسلسلة من المراسلات عبر التسلسل الهرمي للمؤسسة و من ثم الوزارة مما يعطل من اتخاذ القرارات المناسبة.
- **تعدد جهات الإشراف و الوصاية:** إن تعدد جهات الإشراف و الوصاية يؤثر بصورة أو بأخرى في قرارات الإدارة التي عليها مراعاة هذه المسألة فعندما يقدم المدير العام على اتخاذ قرار ما لابد له أن يأخذ بعين الاعتبار هذه الجهات كالأجهزة الرقابية و الجهات الوصائية الإدارية كالمؤسسة و الوزارة و هيئة تخطيط الدولة و غيرها فكل هذه تشارك الإدارة بهذا القدر أو ذاك في اتخاذ قراراتها اليومية.
- **ازدواجية و تعدد الشخصيات الاعتبارية و اختلال بنية وظائف الإدارة:** أن تعدد الشخصيات الاعتبارية للهيكل الإدارية للمرافق العامة و ضعف بنيتها الاقتصادية من شأنه أن يساهم في زيادة التكاليف و الأعباء التي تقوده في النهاية إلى تدني مستوى الأداء و تتنازع الصلاحيات بالإضافة إلى مشكلة عدم الفصل بين وظائف الإدارة فالإدارة الحالية تقوم بدور التخطيط، التنفيذ و الرقابة في حين يجب الفصل بينها.
- **تداخل ما هو اجتماعي مع ما هو اقتصادي في المرفق العام:** تعاني الكثير من المرافق العامة من وجود عمالة زائدة تساهم في زيادة عناصر التكلفة بالإضافة إلى سياسة التسعير الناتجة عن تداخل ما هو اجتماعي مع ما هو اقتصادي و الخاسر الأكبر هو القطاع العام.

- تخلف المفاهيم و الأساليب الرقابية: تعتمد الأساليب الرقابية في المرفق العام على شكل انية النفقة لا فعاليتها و اقتصاديتها و الأهم تنفيذ التعليمات و التقيد بها و لو أدت إلى نتائج سلبية.

- تتسم الأنظمة الإدارية و التعليمات المطبقة بأنها: شديدة المركزية حيث تضع القرارات التنفيذية في أيدي جهات وصائية بعيدة عن العملية الانتاجية، تفصيلية تعيق المبادرة و المرونة و الديناميكية الضرورية، جامدة لا تقبل التعديل رغم مرور عقود على اصدارها، متقدمة غير مسيرة للعصر لا تقيم مبدأ الثواب و العقاب.

- ضعف كفاءة العاملين على مختلف المستويات الدنيا و العليا: و هذا نتيجة عن ضعف التأهيل، ضعف التدريب و التعليم المستمر، عدم تبني الأساليب الإدارية الحديثة، بالإضافة إلى عدم وجود أسس مناسبة لاختيار و تعيين تتفق مع الوظائف.

- تدني الأجور و ضعف الحوافز مما يؤثر بالسلب على أداء العاملين.

- غياب وظيفة البحث العلمي و التطوير و مختلف الدراسات (مثل دراسات القدرة التنافسية، تحليل نقاط القوة و الضعف و الفرص و التحديات، تطوير المنتج أو الخدمة،....).

و المرفق العام الجزائري و إدارته فلا يختلفان عن المرفق العام في سائر الدول الأخرى إلا أنه موروث استعماري لا يزال يمارس فيه الأساليب الإدارية الموروثة مما تتناقض مع التغيرات و متطلبات التنمية و تحسين الأداء فنجدته يعاني من عدة مشاكل ساهمت في ضعف أدائه و جودة خدمته منها:¹

¹ عماري عمار، بعض الملاحظات عن واقع الإدارة العمومية في الجزائر و سبل إصلاحها للاندماج ايجابيا في الحركة العالمية، متاح على الموقع www.sarambite.com، ص05-06. تاريخ التصفح 2014/04/05.

- عدم مواكبة تطور القوانين و التشريعات للتغيرات المحيطة بالمرفق العام مما أحدث خلا على مستوى الهياكل.

- الجمود في إدخال الأساليب الحديثة في اتخاذ القرارات و التسيير ككل.

- عدم تحديد الهياكل التنظيمية للإدارات العمومية تحديدا يمكن من تحديد المسؤوليات و تنظيم العمل بشكل عقلاني.

- عدم تشجيع المبادرات الجماعية و التركيز على الفردية و العشوائية و إهمال المعارف و المبادئ العلمية مما أدى إلى سوء التنظيم و القرارات الإدارية البطيئة.

- انعدام التنسيق بين المستويات و الوحدات الوظيفية و إهمال الوظائف الإدارية كالخطيط و رسم الاستراتيجيات.

- النقص الكبير للعاملين المؤهلين و الذين يمثلون القاعدة لكل بنية إدارية بالإضافة إلى التزايد الكمي في عدد العاملين و التوظيف غير الهادف بسبب البطالة.

لخروج المرفق العام الجزائري من أزمة تسييره و سوء أدائه في ظل التغيرات العالمية أوجب توفير دعائم قوية من أجل تسيير عقلاني بوجود:

- إدارة تساهم في إعداد التشريع الملائم و في تطبيق الإصلاحات المحددة بصفة فعلية ووضع إطار قانوني ملائم قادر على تجنيد الكفاءات و تحفيزها على أداء عملها.

- إدارة قوية قادرة على العمل تحركها دوافع المصلحة الاجتماعية الاقتصادية، تعتمد على

الأساليب الحديثة في التسيير كأسلوب الجودة الشاملة الذي يهتم بالعنصر البشري و تكوينه.

حيث ينطوي تبني أسلوب إدارة الجودة الشاملة في المرافق العامة العديد من الآثار الايجابية التي تعود بالفائدة على المرفق العام، المواطن و العامل تتعلق بتحسين الخدمات المقدمة للمواطنين من حيث النوعية والتكلفة على اعتبار القطاع الحكومي هو الجهة التي تتولى انتاج و تقديم الخدمات و بالتالي رفع مستوى الأداء نظرا لاعتماد هذا الأخير على دليل إدارة الجودة الشاملة و كسب بذلك رضا المواطن فيما يتعلق بمستوى جودة الخدمة العامة، تنمية مهارات العاملين من خلال منحهم التدريب و الوقت اللازمين لاكتشاف و استعمال قدراتهم، زيادة ولاء العاملين للمنظمة خاصة مع زيادة مستوى الاهتمام الموجه إليهم من قبل الإدارة لتحسين عملياتهم اليومية مع ضرورة تطبيق أنظمة حوافز مادية و معنوية مرضية.¹

لكن تبقى هناك تساؤلات حول إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع العام و ذلك بسبب ضخامة الاستثمار و تعدد أوجه الموازنة العامة و غياب آلية التطبيق، فقد لجأت المنظمات العمومية في بعض الدول إلى تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة لرفع مستويات الأداء و تغيير الاتجاهات التي سيطرت على ثقافتها التنظيمية و تطوير إنتاجيتها و يمكن تلخيص الفوائد التي حققها المرفق العام جراء تطبيق هذا الأسلوب في النقاط التالية:²

- السرعة في إنجاز الخدمات و التوسع في استخدام التقنية الحديثة في الأجهزة الحكومية.
- انخفاض شكاوي المراجعين و المستفيدين من مستوى جودة الخدمة المقدمة إليهم.
- تحسين العلاقات الإنسانية و رفع الروح المعنوية و انخفاض شكاوي العاملين.
- تحسين الاتصال و التعاون بين الوحدات التنظيمية في المنظمة العمومية.

¹ ثلجة نوال جغلوف، نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المرافق العامة، حالة الإدارة الضريبية، الملتقى الدولي حول إدارة الجودة في قطاع الخدمات، مخبر المغرب الكبير / جامعة منتوري قسنطينة، 2011، ص 06.

² سالم بن سعيد القحطاني، إدارة الجودة الكلية و إمكانية تطبيقها في القطاع الحكومي، مجلة الإدارة العامة، المجلد 32، عدد 78، السعودية، 1993، ص 26.

- تحديد و تقليص وقت و جهد العاملين.
- انخفاض في معدلات الغياب و ترك العمل.
- التقليل من تكلفة التشغيل و هدر الموارد نتيجة التزام الإدارات العليا في المنظمات العمومية.
- خروج المنظمات من دائرة البيروقراطية السلبية.

و مع ذلك يواجه تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المرفق العام مجموعة من الصعوبات نوجزها فيما يلي:¹

- **عدم وجود المنافسة في المرفق العام:** نتيجة لخاصية انفراد المرفق العام و مؤسساته في تقديم الخدمات فلا مجال لحصول المنافسة مع منظمات عمل أخرى كما هو الحال في القطاع الخاص الأمر الذي ينعكس على الانتاجية فالتنافس يدفع التنظيمات دوما لتقديم الأفضل لإرضاء المواطنين.
- **تأثير العوامل السياسية على اتخاذ القرارات:** إن معظم القرارات التي تتخذ في المرفق العام تتأثر بأبعاد سياسية و اجتماعية مما ينعكس بأثر سلبي على موضوعية القرار، فالقرار الموضوعي المبني على أسس علمية هو ذلك القرار المتضمن مفهوم و معنى إدارة الجودة الشاملة.
- **تأثير قوانين الخدمة المدنية:** صعوبة الأنظمة و إجراءات تنفيذها و وضع القيود أدى إلى الحد من قدرة المسؤولين في المرفق العام على اتخاذ القرارات المتعلقة بتعيين المرشحين

¹ أيمن عبد الفتاح محمود الدقي، واقع إدارة الجودة الشاملة في وزارات السلطة الوطنية الفلسطينية في قطاع غزة، مذكرة ماجستير في إدارة الأعمال، الجامعة الإسلامية، غزة، 2006، ص 52-53.

الأكثر كفاءة و يتمثل علاج ذلك في تقويم عملية اختيار العاملين وفقا لآلية السوق، و قد نجد في آليات التعيين و الاختيار إلى جانب آليات التقييم و الترقيات في المرفق العام قصور يحتاج لمزيد من الدراسة كي يلبي متطلبات الاصلاح الإداري في المرفق العام.

- **عدم وضوح الأهداف:** إن بعض الأهداف في المرفق العام غير قابلة للقياس و غير واضحة مما ينعكس بشكل سلبي على وظائف الإدارة مثل عمليات التخطيط و التنسيق و التنفيذ و يصبح هناك مجال للتدخل وفقا للمعايير الشخصية مما بشكل حدوث صراعات وظيفية داخل التنظيم.

- **عدم تطبيق أنظمة العقوبات و المساءلة في حالة التجاوزات:** يؤدي ذلك إلى ظهور ما يعرف بالسلوك غير المتوازن من عدم المسؤولية إلى اللامبالاة لدى الأفراد العاملين و بشكل يؤثر سلبيا على الأداء و على استمرارية المنظمات الإدارية.

- **عدم إعطاء أهمية لعملية قياس و تقييم الأداء:** تعتبر من الأمور الهامة و التي يجب مراعاتها خاصة فيما يتعلق بتدني أنظمة حوافز جيدة، تعمل على دفع الأفراد لبذل المزيد من الجهود الرامية إلى تحقيق الأهداف و لكن نلاحظ أن عملية تقييم الأداء ليس لها أهمية كبيرة في تنظيمات المرفق العام.

- **الافتقار إلى وجود نظام حوافز جيد:** إن عدم وجود أنظمة حوافز جيدة يؤثر بشكل سلبي على الروح المعنوية للأفراد العاملين في المرفق العام و بالتالي تؤدي إلى انخفاض انتاجيتهم إضافة إلى زيادة ظاهرة التسرب الوظيفي إلى التنظيمات التي تتوفر فيها أنظمة حوافز جيدة هو عدم وجود نظام قياس و تقييم للأداء يتم بموجبه قياس الأداء و بط ذلك

بالمورد المادي و ينعكس الافتقار إلى هذه المعايير على شكل عوائق تمنع تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

- **تغلب المصلحة الشخصية على المصلحة العامة:** إن غياب الفهم الكامل لمعنى المؤسساتية في المرفق العام يؤدي إلى تغلب المصلحة الشخصية على المصلحة العامة و هي من أهم المعوقات التي تمنع إدارة الجودة الشاملة بصورة كاملة.
- **عدم توافر الخبرات و المهارات الجيدة:** من المعروف أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يحتاج إلى دراسة تحليلية لتحديد الخيارات المتوافرة و ايجابيات و عيوب كل بديل من أجل اتخاذ القرار الذي يساعد في تقليل التكاليف و تقديم الخدمة بمستوى مقبول من الجودة لأن عدم توافر مثل هذه الخبرات يؤدي إلى اتخاذ قرارات على أسس عاطفية غير ناجحة بالإضافة إلى عدم القدرة على وضع دراسات الجدى الاقتصادية.
- **عدم توافر أنظمة معلومات:** تعتبر أنظمة المعلومات من أهم متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة لأن توافر أنظمة المعلومات يزيد من قدرات المنظمة و ينعكس بالتالي على نوعية الخدمات و السلع المقدمة فعدم توافر أنظمة المعلومات يؤدي إلى حالة من عدم التأكد في اتخاذ القرار و من ثم ارتفاع مستوى حالة المخاطرة بشكل يؤثر سلبا على عامل التكلفة و الوقت و الكفاءة و الفعالية.
- **عدم التركيز على تشجيع الابداع و الابتكار:** إن الابتكار و الابداع يعتبران من المتطلبات الأساسية للارتقاء بمستوى الخدمات المقدمة للمواطنين و هذا ينعكس بشكل ايجابي و يدعم امكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة و لكن ما يلاحظ أن المرفق العام لا يعطي

أهمية كبيرة لكل من الابداع و الابتكار بل يتم التركيز فيه على نظام الرقابة بصورة تقليدية.

- **صعوبة التغيير التنظيمي:** حيث أن التغيير صعب داخل المرفق نفسه لما يشعر به العاملون في المرفق من خوف لفقدانهم عملهم أو مطالبتهم بتعلم تقنيات جديدة و تغيير أدوارهم في المرفق حيث ذلك من شأنه أن يشعرهم بعدم الاستقرار بالإضافة إلى ما تحمله بعض التغييرات من صعوبات في الثقافة التنظيمية و تأثيرات البيئة الخارجية على التطبيقات المطلوبة للتغيير.

هناك **معوقات** أخرى ينفرد بها المرفق العام لتطبيقه إدارة الجودة الشاملة، نذكر منها:¹

- التغيير الدائم في القيادات الإدارية لا يمنحها الفرصة لتأسيس و تطوير ثقافات خاصة بمنظمتها، بالإضافة إلى الاهتمامات المختلفة لكل قيادة.
- تمسك المنظمات العمومية في تحديد احتياجاتها التدريبية بسؤال عمالها هن رغباتهم التدريبية، اقتناعا من هذه المنظمات بأن هذه الطريقة تشكل حافزا لدى العاملين تدفعهم للاستفادة القصوى من التدريب أما أسلوب إدارة الجودة الشاملة فإنه يعرض التدريب على جماعة العمل بناء على الدور التنظيمي الجديد.
- من الملاحظ أن نظام المعلومات لم تكن عقبة في طريق تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القطاع الخاص ذلك لتوفرها مع توفر أنظمة المعلومات الفعالة المعتمدة على التقنية الحديثة التي تنقل هذه المعلومات بين الإدارات و توصيلها لصانعي القرار في الوقت المناسب، و هذا ما يحتاجه القطاع العام.

¹ عبد الواسع عبد الغني سيف قاسم المخلافي، مرجع سابق، ص 101.

- طول الوقت اللازم لتطبيق و تفعيل أسلوب إدارة الجودة الشاملة في المنظمات العمومية.
- الاعتقاد الخاطئ لدى الثقافات التنظيمية في القطاع العام بأن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يؤدي إلى فقدان الأدوار و السيطرة، و تحجيم الصلاحيات.
- الاعتماد على الإدارة الهرمية، فتسلسل الأوامر الإدارية يحبط روح الإبداع عند العاملين، مع زرع الخوف من الأخطاء.
- ضعف مستوى التحفيز و الذي بدوره يؤدي إلى ضعف الانتماء الوظيفي.

2.2.1.2. منهجية تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة في المرفق العام:

إن المنهج العلمي السليم لتطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة في المرفق العام يتطلب تحسين كافة مكونات البيئة التي تعمل فيها سواء كانت مكونات بيئية داخلية أو خارجية و يشير ذلك إلى ضرورة تحسين وتطوير عناصر ثقافة المرفق العام و الهيكل التنظيمي و الموارد و العمليات كمكونات داخلية لإدارة الخدمة، كما أنه يتضمن السعي لإيجاد الأساليب و الوسائل المناسبة لتحسين عناصر البيئة الخارجية و التي تشمل العلاقة مع المواطنين، العلاقات مع الموردين، العلاقة مع الدولة، حيث أن تطوير العناصر البيئية للمرفق العام بشكل يسمح لها بالتكيف مع هذه المتغيرات يسمح لها بتحقيق أهدافها و بالتالي تحقيق الاستقرار الإداري و ديمومة و تطور خدمات المرفق العام.

1.2.2.1.2. توجيه رسالة المرفق العام نحو تطبيق أسلوب إدارة الجودة

الشاملة:

- و هو ما يسمح بتوجيه و إرشاد العاملين في المرفق نحو تحقيق المستوى المرغوب من الأداء فالرسالة توضح ثقافة المرفق و استراتيجيتها، فعندما يتم توجيه الرسالة نحو تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة فهذا يعني التركيز على شمولية الرسالة العامة على العناصر التالية:¹
- المستفيد (النقطة المحورية): إذ ينبغي ذكر المستفيد صراحة في الرسالة بدل استعمال اسم المواطن، كما ينبغي التركيز في الرسالة أن الإدارة تهدف إلى تحقيق إشباع احتياجات المستفيد في المجال التي تخدمه الإدارة.
 - فلسفة الإدارة (مدعمة للمستفيد): فهي إدارة عامة حكومية موجهة للمستفيدين منها و توظف كافة مواردها نحو تحقيق هذا الهدف، تعمل على تقديم الاحترام، الثقة المصدقية و التحسين المستمر للعمل.
 - العاملين (أهم المحاور في تدعيم العاملين): حيث يسير العمل في المرفق من خلال مجموعة من العاملين مؤهلين و متعاونين فيما بينهم لتقديم خدمات تشبع احتياجات المواطنين.
 - الجودة (الهدف النهائي): فالمرفق يسعى نحو تقديم مستوى مرتفع من الجودة تشبع احتياجات المواطن وتظهر في جميع المراحل التي يحصل من خلالها على الخدمة.

¹ صالح سليمان رشيد، تحسين جودة الخدمة في المنشآت الحكومية بتطبيق المفاهيم التسويقية الحديثة، مجلة الإداري، العدد 114، معهد الإدارة العامة، مسقط، 2008، ص 30-31.

2.2.2.1.2. توجيه الهيكل التنظيمي نحو تطبيق أسلوب إدارة الجودة

الشاملة:

عندما تسعى الإدارة إلى توجيه الهيكل التنظيمي في المرفق العام نحو انتهاج أسلوب

الجودة الشاملة فكأنما تسعى إلى توجيه الإدارة بأكملها نحو تحقيق هذا الهدف:¹

- وجود المستفيد في الهيكل التنظيمي: فالإدارة العامة تجعل احتياجات المستفيدين في القمة و تجعل منهم الفئة الأكثر أهمية، بأن يكون لهذه الفئة مكان في إطار التنظيم الرسمي للإدارة رغم طبيعتها المعقدة المتسمة بوجود تنظيم هرمي يشمل السلطات و المسؤوليات واضح و محدد و ذلك عن طريق تأسيس وحدة جودة الخدمة تكون هذه الوحدة تابعة بشكل مباشر إلى أعلى مستوى إداري و تكون مسؤولة عن دراسة مشكلات و احتياجات المواطنين و العاملين و تقديم التوصيات الملائمة لتوفير مناخ مناسب لتقديم خدمة ذات جودة.

- الاجراءات الإدارية: و التي تمثل الخطوات التي تمر بها المعاملة من البداية للنهاية و تلعب الاجراءات الإدارية دورا فعالا في الإدارة العامة نتيجة لتعدد الأنشطة التي تمارسها و كثرة الخدمات التي تقدمها لقطاعات عريضة من المجتمع، إن تأثير الدور التي تمارسه الاجراءات الإدارية يتعدى أهميته في تحديد كفاءة و فعالية الجهاز الإداري ليمارس دورا لا يقل أهمية بل يزيد حيث يؤثر سلبا و ايجابا على انطباعات و درجة رضا المستفيدين المتعاملين مع المرفق العام.

¹ رفيق بن مرسل، الأساليب الحديثة للتنمية الإدارية بين حتمية التغيير و معوقات التطبيق-دراسة حالة الجزائر 2001 -2011، مذكرة ماجستير في تنظيمات السياسية و العلاقات الدولية، جامعة مولود معمري بتيزي وزو، ديسمبر 2011، ص 97.

- تفويض الصلاحيات: إن تفويض الصلاحيات يمارس دورا مباشرا في تحسين جودة خدمة المرفق العام خاصة مع الأخذ بعين الاعتبار حجم التعاملات اليومية التي تتم في المرفق العام، و يمكن ايجاد حل لكثير من المشكلات التي المستفيد من خلال تفويض الصلاحيات، فهو يشكل أهمية كبيرة لموظفي المرفق العام في التعامل مع المستفيدين و اشباع حاجياتهم بأن يمتلك هؤلاء الموظفين كافة الصلاحيات في الإطار الذي يتيح لهم خدمة المستفيد بشكل سريع و فعال.

3.2.2.1.2. توجيه ثقافة المرفق العام نحو تطبيق أسلوب إدارة الجودة

الشاملة:

إن قوة الثقافة التنظيمية ترتبط بشكل ايجابي و قوي بالدرجة التي يتم التمسك فيها بصفة عامة بمجموعة فعلية من القيم من قبل العاملين أو الموظفين، فكلما زاد عدد الأفراد الذين يشتركون في قيم و معتقدات متشابهة كلما كان لهذه الثقافة تأثيرا أكبر على سلوك الفرد داخل المرفق العام. عندما يتم توجيه ثقافة المرفق العام نحو تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة فالمقصود هو تنمية مفاهيم جديدة في معتقدات و قيم العاملين في المرفق العام بهدف نشر ثقافة تشكل أرضية صلبة ينطلق من خلالها المرفق العام نحو تحسين جودة الخدمة و هناك العديد من الأدوات التي يمكن استخدامها في نشر هذه الثقافة من أبرزها:¹

¹ صالح سليمان الرشيد، مرجع سابق، ص 34.

- عقد اجتماعات في كل الإدارات: يلتقي فيها المديرين بالمرؤوسين تركز على محاور رئيسية للمناقشة و الايضاح، و تقديم إجابات شاملة للعديد من التساؤلات: ما هي طبيعة التوجه الجديد للمرفق العام؟ من هو المستفيد؟ ما المقصود بتحسين جودة الخدمة؟
- طبع كتيبات توضح رسالة المرفق و أهدافها: و كافة المفاهيم المتعلقة بتوجه المرفق نحو تحسين جودة الخدمة، و توزع على جميع العاملين.
- تشجيع العاملين على تقديم أفكار جديدة تساهم في تحسين جودة الخدمة المقدمة للمستفيدين.
- تدعيم مفهوم العمل الجماعي: من خلال إرساء مفاهيم تتعلق بأن كل إدارة في المرفق العام تمثل فريق عمل يقدم مخرجات ذات جودة مرتفعة سواء كانت هذه المخرجات موجهة لإدارة أخرى أو موجهة للمستفيدين.

4.2.2.1.2. توجيه الموارد البشرية نحو تطبيق أسلوب إدارة الجودة

الشاملة:

حيث يركز هذا العنصر على مجموعة من السياسات و البرامج الموجهة إلى العاملين في المرفق العام بهدف تحقيق مستويات مرتفعة من الرضا لديهم و الذي بدوره يمكن أن يؤدي إلى الارتقاء بمستوى جودة الخدمة المقدمة للمستفيدين، فالاعتراف بأهمية دور العاملين في تقديم خدمة ذات جودة مرتفعة يتطلب من الإدارة التعامل معهم على أنهم عملاء للمرفق و أن وظائفهم تمثل منتجات داخلية لها التي يجب تصميمها و تطويرها بما يتفق وحاجاتهم و من ثمة زيادة درجة رضاهم.

إن تحقيق تكامل وظائف الإدارة يتم من خلال التأكد أن كل العاملين في المستويات الإدارية يفهمون النشاط الأساسي للمرفق العام و ذلك في إطار البيئة التي تدعم رضا المستفيد و بناء على ذلك فإن التبادل الداخلي بين إدارة المرفق و العاملين به يجب أن يتم قبل أن يحقق المرفق أهدافه في التعامل مع المستفيدين.

5.2.2.1.2. توجيه الموارد التكنولوجية نحو تطبيق أسلوب إدارة الجودة

الشاملة:

إن توجيه هذا المورد نحو تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة في المرفق العام يشكل خطوة هامة و أساسية نحو تحسين جودة الخدمة العمومية من خلال عدة مكونات:¹

- تكنولوجيا الخدمات: يقصد بها تلك الخدمات التي تعتمد في معظم مكوناتها على عناصر تكنولوجية وقليل من مكوناتها يعتمد على عناصر بشرية، و يمكن تحقيق ذلك من خلال إمكانية حصول المستخدمين على الخدمات اعتمادا على الطريقة الآلية في المرفق العام أو الحصول على النماذج بطريقة آلية من أماكن مختلفة خارج موقع المرفق العام.
- تكنولوجيا المعلومات: فقد أصبح التركيز في مجال المعلومات منصبا على بث المعلومات و البحث عن أفضل السبل لتمكين المستفيد من الوصول إليها في أقل وقت ممكن و بأقل جهد.

¹ نفس المرجع، ص 36.

6.2.2.1.2. توجيه الموارد المالية نحو تطبيق أسلوب الجودة الشاملة:

يتمحور هذا العنصر حول اعتبار الجودة غير مكلفة على المدى الطويل و على اعتبار أنها تسعى إلى فعل الشيء الصحيح من أول مرة، و الجودة في إدارة الموارد المالية تركز على النتائج و المخرجات أكثر من تركيزها على المدخلات و العمليات فينبغي توجيه الموارد المالية بشكل مباشر إلى جميع الأنشطة التي تساهم في تقديم خدمات ذات جودة للمستفيدين كما أن العمل الداخلي و الدور الحيوي الذي يؤديه في تقديم خدمات ذات جودة يقتضي توفير المناخ الملائم له لأداء مهامه بكفاءة و هذا يشير إلى أهمية تخصيص جزء من الميزانية لتحسين بيئة العمل المادية في المرفق العام.¹

7.2.2.1.2. توجيه العمليات نحو تبني أسلوب الجودة الشاملة:

تغطي العمليات جزء لا يستهان به لتحسين جودة الخدمات في المرفق العام و لا يمكن تصور أن يكون تبني المرفق لعمليات تقليدية في تقديم خدماتها يمكن أن يقود إلى نجاحها أو تطورها لذلك لابد من السعي لتبني مفاهيم لإعادة تصميم العمليات بشكل تام و شامل لإحراز هدف تحسين جودة الخدمات المقدمة، متمحورة حول صياغة ارشادات و معايير تمكن المرفق و القائمين عليه من التعرف على كيفية توصيف و إدارة و مراجعة و تحسين عملياتها.²

إن القيام بتحسين عمليات الخدمة في إطار أسلوب إدارة الجودة الشاملة قد يستلزم البدء من جديد للقيام بما يعرف بإعادة البناء الهندسي و في أحيان أخرى قد يتطلب فقط إعادة بناء العمل أو النشاط والخدمات بشكل أفضل، فحتى يتسنى النجاح للمرفق العام في ظل المستجدات و

¹ نفس المرجع، ص 37.

² محمد عبد الوهاب العزاوي، مرجع سابق، ص 59.

المتغيرات البيئية المعاصرة ينبغي أن تتسم عمليات تقديم خدماتها بالسرعة و المرونة و انخفاض التكاليف، و أن تمتلك تقدما و تحكما عالي الجودة بشكل ثابت.

2.2. جودة الخدمة في المنظمة الصحية:

تعتبر الخدمة الصحية مطلب أساسي لكل فرد في المجتمع، لذلك تسعى الدول إلى تحقيقها و توفير جميع الإمكانيات المادية و البشرية و التقنية في منظماتها الصحية للارتقاء بمستوى جودة الخدمات الصحية، و باعتبار أن الجودة الشاملة هي فن إدارة و أنجاز الأعمال بدرجة من الإتقان و التميز على مستوى المنظمات فإننا في هذا الجزء من البحث سوف ندرس مقومات و شروط تطبيقها في المنظمات الصحية و التي تعتمد على العنصر البشري باعتباره المحور الأساسي لنجاحها.

1.2.2. مفهوم الخدمات الصحية و خصائصها:

تتميز الخدمة عن السلعة باللاملموسية، و سرعة التلاشي فمعظم الخدمات تزول خلال فترة معينة بالإضافة إلى عدم إمكانية قياسها و التي تمثل مشكلة كبيرة لمقدمي الخدمات فلا يوجد مقياس محدد و معين للخدمة إلا بعد التجربة، ويمكن التغلب على هذه الصعوبة في وصف الخدمة بأن ننظر إليها على أنها منتجات وتصبح الصورة السائدة في الأذهان عن كيفية سير العمل في منظمات الخدمة، عبارة عن صورة إنتاج سلعة لا خدمة، مما يؤدي إلى غلبة لغة السلعة على لغة الخدمة أثناء عملية الاتصال مع العملاء.

فالخدمة هي أي فعل أو أداء يمكن أن يحققه طرف ما إلى طرف آخر و يكون جوهره غير ملموس، و لا ينتج عنه أي تملك و أن انتاجه قد يكون مرتبطا بإنتاج مادي أو قد لا يكون.¹

بينما يعرفها كوتلر بأنها نشاط أو أداء قابل للتبديل، غير ملموس و لا يؤدي إلى نقل الملكية، و الخدمة يمكن أن تكون مرتبطة أو غير مرتبطة بالمنتج المادي.²

تعرف أيضا على أنها عبارة عن تفاعل اجتماعي بين مقدّم الخدمة والعميل، ويهدف هذا التفاعل إلى تحقيق الكفاءة لكليهما.³

هي أيضا ذلك النشاط الذي يشمل على البعد الإجرائي و البعد الشخصي كأبعاد مهمة في تقديم الخدمة ذات الجودة العالية، فالبعد الإجرائي يتكون من النظم و الإجراءات المحددة لتقديم الخدمات، أما الجانب الإنساني أو الشخصي للخدمة فهو كيف يتفاعل العاملون بمواقفهم و سلوكياتهم و ممارساتهم اللفظية مع العملاء.⁴

مما سبق يتضح بأن الخدمة تتمتع بطبيعة خاصة تختلف عن طبيعة السلعة حيث أن:

- الخدمة غير ملموسة، أي لا يمكن الإحساس بها أو تذوقها أو سماعها أو شمها.
- لها خاصية عدم القابلية للتخزين و تتميز بخاصية الفناء، أي إنتاجها واستهلاكها يتم في آن واحد.

¹ ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، عمان، 2005، ص 56.

² KOTLER .P et DUBOIS.B, le marketing management, edition publio UNION, PARIS, 1997, P 465

³ قاسم نايف علوان المحياوي و فتحية ابو بكر ادريس، استخدام الفجوات لقياس جودة الخدمات الصحية، مؤتمر الجودة الشاملة- التطبيقية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الاردن، ص 03.

⁴ مؤمنون الداركة، إدارة الجودة الشاملة و خدمة العملاء، الطبعة الأولى، دار الصفاء للنشر و التوزيع، عمان، 2006، ص 181.

- لها خاصية عدم التجانس، أي أن الخدمة المقدمة تتسم بالتغيير والتبدل، وذلك يعود على مقدم الخدمة من جهة (مثلا اختلاف طبيب على طبيب آخر) والمستفيد من الخدمة من جهة أخرى (أي اختلاف مريض عن مريض آخر).
- لها خاصية التلازم و التفاعل، ويقصد بها عدم المقدرة على الفصل بين مقدم الخدمة و المستفيد منها، أي أن المستفيد سيشارك في تقديم الخدمة من خلال حضوره لمكان الخدمة وتفاعله مع نظام تقديم الخدمة وتقييمه لجودة الخدمة المقدمة له.
- تصنف الخدمات وفق وجهات نظر مختلفة مما يعطي فهما أفضل للخدمة المعينة فهناك من يصنفها على أساس:¹
- **الاعتمادية:** و هنا تختلف الخدمات على أساس اعتمادها إما على معدات أو على أفراد، فطلب الخدمة هنا يتأثر بالشخص الذي يتولى تقديمها و المعدات المستعملة في تقديمها.
- **الزبون:** حيث توجد خدمات تقدم للمستهلكين بغرض اشباع حاجات شخصية كالسياحة والتأمين و الصحة، و تسمى بخدمات شخصية و خدمات تقدم لتلبية حاجات المنظمات كصيانة المعدات و الاستشارات الإدارية و تسمى بخدمات المنشآت.
- **دوافع مقدم الخدمة:** نجد خدمات ربحية أي بغرض الربح و خدمات غير ربحية و التي تقدم من طرف الدولة كالتعليم و العلاج و غيرها.

¹ قاسم نايف علوان المحيوي، إدارة الجودة الشاملة في الخدمات ، دار الشروق للنشر و التوزيع، الأردن، 2006، ص 52.

- **الخبرة المطلوبة في أداء الخدمة:** هي خدمات مهنية و غير مهنية (التي لا تتطلب خبرة في تقديم الخدمة كالحراسة في مواقف السيارات).

- **درجة الاتصال بالمستفيد:** حيث هناك خدمات ذات اتصال شخصي عالي أي وجود الزبون ضروري، و خدمات ذات اتصال شخصي منخفض مثل التسوق عبر الانترنت.

- **طبيعة الخدمة:** و هنا تكون الخدمات ضرورية كالتعليم و الصحة أو كمالية مثل التسلية و الترفيه.

رغم اختلاف التصنيفات و الأسس التي وضعت فلا يوجد تصنيف قطعي للخدمات، حيث نلاحظ تداخل في العديد من الأنواع منها الخدمة الصحية و التي تعد شكلا من أشكال الخدمات حيث تعرف على أنها عبارة عن " جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية"¹.

تعرف أيضا بأنها " المنفعة أو مجموع المنافع التي تقدم للمستفيد التي يتلقاها عند حصوله على الخدمة والتي تحقق له حالة مكتملة من السلامة الجسمانية و العقلية و الاجتماعية و ليس فقط علاج الأمراض والعلل".²

¹ محمد محمد إبراهيم، طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية، المجلة العلمية لكلية التجارة، جامعة أسيوط، مصر، العدد الرابع، السنة الثالثة، ديسمبر، 1983، ص 23.

² زكي خليل مساعد، تسويق الخدمات الصحية، دار حامد للنشر ، الاردن، 1998، ص 87.

كما تعرف أيضا بأنها" المزيج المتكامل من العناصر الملموسة و غير الملموسة و التي تحقق إشباعها و رضا معيننا للمستفيد"

من خلال هذه التعاريف يمكن القول بأن الخدمة الصحية هي النشاط أو مجموعة الأنشطة التي تحقق للمستفيد: ¹

- خدمات علاجية: موجهة للفرد، وترتبط بجميع الخدمات الطبية في مختلف التخصصات، سواء على مستوى المصالح الاستشفائية (الاستشفاء) أو مصالح الطب اليومي (العيادات الخارجية)، بالإضافة إلى الخدمات المساعدة المتمثلة في الأشعة و التحاليل، وإلى جانب خدمات التغذية والنظافة والإدارة وغيرها.

- خدمات وقائية: تعمل هذه الخدمات على تسهيل أداء الخدمات العلاجية، فهي مدعمة لها ويتمثل دورها في حماية المجتمع والبيئة من الأمراض المعدية والأوبئة ومثال على ذلك الرقابة الصحية على الواردات.

- خدمات إنتاجية: وتتضمن إنتاج الأمصال و اللقاحات و الدم كما تتضمن إنتاج الأدوية وأيضاً العتاد والأجهزة الطبية الأخرى.

بالإضافة إلى ما تمتاز به الخدمة عن السلعة فإن الخدمة الصحية تمتاز ب:²

¹ عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 21.

² نُسمر خليل لبراهيم جواده، مدى توافر مقومات تطبيق ستة سيقما في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة و دورها في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الإدارة العليا، مذكرة ماجستير في إدارة الأعمال ، كلية التجارة، الجامعة الاسلامية -عزة، ص 32.

- **عدم الانفصال بين وقت إنتاج الخدمات الصحية و استهلاكها:** يتم إنتاج الخدمة الصحية واستهلاكها معا و في وقت واحد، بعكس السلع المادية التي يتطلب بعضها الانتاج و التخزين والتوزيع و من ثم الاستهلاك، و في فترات متباعدة و متفاوتة حسب نوع السلعة.

- **تكامل عناصر الخدمات الصحية:** تتصف الخدمات الصحية بأنها تتكون من مجموعة عناصر تكمل بعضها بعضا و أحيانا لا يمكن أداء خدمة معينة بمعزل عن بقية الخدمات الصحية الأخرى فإجراء عملية جراحية لمريض ما يتطلب توافر خدمات أخرى على سبيل المثال خدمات الفحص التشخيص، التمريض، التخدير ، العلاج و الفندقية و غيرها.

- **الاتصال بالمريض:** أغلب الخدمات الصحية يشترط في تقديمها حضور المريض و تدخله أحيان كثيرة في طلب الخدمة و حسب الحاجة و الحالة التي يكون عليها، فلا بد لمشتري الخدمة الصحية أن يتصل بمقدمها في كل مرة يريد الحصول عليها مما يؤدي إلى الاتصال المباشر و زيادة سمة الارتباط بينهما، و التي ترجع إلى ارتباط الخدمة بشخصية من يقدمها حيث يصعب فصل كل منهما عن الآخر، و هذا ما يجعل من غير الممكن أحيانا تقديم نمط متماثل من الخدمات مما يؤكد على خاصية عدم تجانس الخدمات.

- **الخدمة غير متجددة بنفس مستوى الأداء:** يكون من الصعب في أغلب الأحيان المحافظة على نفس المستوى لأداء الخدمة المطلوبة، فكل حالة تتطلب خدمة معينة و خلال لحظة زمنية معينة أي هناك تبادل في مستوى و طبيعة الخدمة المقدمة، و هذا

راجع إلى عدة أسباب منها التوقيت الزمني الذي قد تطلب فيه الخدمة، السرعة المطلوب في تقديمها، فهذا ينعكس على مستوى أداء الخدمة ودرجة تماثلها.

- **تقييم الخدمة يكون حسب النتائج و طريقة التقديم:** عادة ما تعتمد فعالية و موضوعية تقييم الخدمات المنتجة و المقدمة على رد فعل المستفيد و يخضع لسلوكياته، و تختلف و تتباين من فرد لآخر فالخدمة التي قد يرضى بها شخص ما قد لا ترضى شخص آخر، و هذا راجع طبعاً لاعتبارات شخصية كالحاجات و الرغبات المتباينة، المستوى التعليمي و الثقافي، الانتماء الاجتماعي.
- **خاصية عدم التملك للخدمة:** هذه الخاصية تعني بأن طالب الخدمة له الحق في الانتفاع بما يقدم له من خدمات دون التملك المادي لها.
- **الخدمة الصحية تقدم لكل أفراد المجتمع، بغض النظر عن مستوياتهم الاجتماعية، الثقافية، التعليم أو المادية.**
- **الخدمات الصحية تهدف إلى تقديم منفعة عامة لمختلف الأطراف المستفيدة منها، أفراد، هيئات وتنظيمات.**
- **يشترط في الخدمات الصحية درجة عالية من الجودة لانها مرتبطة بحياة الأفراد.**
- **تتميز الخدمات الصحية بكونها مراقبة، حيث أنها تخضع للقوانين و التنظيمات الصادرة عن الدولة، و ذلك فيما يتعلق بطبيعة الخدمات المقدمة و بكيفية تقديمها.**

- الخدمات الصحية تتميز الاستمرارية و عدم القابلية للتأجيل، و ذلك على مدار اليوم الأسبوع الشهر و السنة.
- الخدمات الصحية تتطلب الحضور الشخصي للمستفيد من أجل الفحص، التشخيص، إجراء التحاليل و المعالجة.
- يتحدد مستوى جودة الخدمات الصحية بدرجة أولى من قبل المستفيد أي المريض، حيث أن درجة التوافق بين جودة الخدمة و مستوى إدراك المريض لتلك الجودة في الخدمة هي المحدد لمستوى جودة الخدمة الصحية.

2.2.2. أهمية جودة الخدمات الصحية و طرق قياسها:

إن الحكم على مستوى الخدمة الصحية و جودتها يختلف من شخص لآخر و من المستفيد منها ومقدمها، و التي تعتمد على طريقة قياسها و المعايير و الأبعاد الموضوعة و المتبعة في ذلك، هذا ما سنفصله في هذا المطلب.

1.2.2.2. مفهوم جودة الخدمات الصحية و أبعادها: إن ارتباط الجودة مع

الخدمة الصحية أصبح من الضرورة الاعتماد على عدة مقاييس لتأشير مستوى الرضا المحقق لدى المرضى، حيث أخذت الجودة في الخدمات الصحية العديد من الأوجه، ففي محاولتنا لتعريف الجودة في الخدمات الصحية ارتأينا أن نوضحها من خلال أطرافها، إذ ينظر إليها كل من ¹:

- المريض: على أنها ما يوفره المستشفى من معالجة تتسم بالعطف و الاحترام.

¹ ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر و التوزيع، عمان، 2005، ص 197.

- **الطبيب:** وضع المعارف و العلوم الأكثر تقدما و المهارات الطبية في خدمة المريض.
- **المالكين:** الحصول على أحسن العاملين تقدما و المهارات الطبية الخاصة للزيائن.
- **إدارة المستشفى أو المنظمة الصحية:** تحقيق الكفاءة في تقديم الخدمة.

يتضح من ما سبق أن تعريف جودة الخدمة الصحية يختلف من وجهة نظر منتجها أو مقدمها أو المستفيد منها، و عموما فهناك عدة تعريفات متعددة لجودة الخدمات الصحية، فعرفت منظمة الصحة العالمية بأنها "التمشي مع المعايير و الاتجاه الصحيح بطريقة آمنة و مقبولة لدى المجتمع و بتكلفة مقبولة بحيث تؤدي إلى إحداث تأثيرات على نسبة الحالات المرضية، نسبة الوفيات، الإعاقة و سوء التغذية"¹

عرفت أيضا بأنها "تطبيق للعلوم و التقنيات الطبية لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامة، دون زيادة التعرض للمخاطر، و على هذا الأساس فإن درجة الجودة تحدد بمدى أفضل موازنة بين المخاطر و الفوائد".²

تعرف أيضا بأنها "الأثر الاجمالي للمنتج الصحي من خلال خصائص الخدمة المعروضة للاستعمال والتي تحدد درجة تلبية رغبات الزبون"³

¹ ابي سعيد و عبد الله الديوجي، النوعية و الجودة في الخدمات: دراسة تحليلية لآراء المرضى في عينة من المستشفيات العامة، مجلة تنمية الرافدين، جامعة الموصل، العدد 73، 2003، ص14.

² غازي علي البداينة، نظام إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية العربية: دراسة مرجعية، المجلة العلمية للاقتصاد و التجارة، جامعة عين شمس، العدد الثاني، أبريل 2011، ص 398.

³ Hanan BENTALEB, La qualité de service des systèmes, doctorat spécialité informatique, l'université paul SABATIER, 1998, P11

بشكل عام فإن أي تعريف لجودة الخدمة الصحية لابد أن يتوافق مع المواصفات و القيمة و الملائمة مع الاستخدام و التأثير النفسي، حيث يصعب ايجاد مفهوم موحد لاختلاف طريقة الحكم على الخدمة الصحية و جودتها من شخص لآخر، فتتأثر الخدمة الصحية بعدة عوامل يجعل جودتها نسبية، هذه العوامل متمثلة في:¹

- **تحليل توقعات المريض:** تحتاج المستشفيات إلى فهم اتجاهات المرضى عند تصميمهم

للخدمة الصحية بحيث يكون التصميم متفوقا على توقعات المريض لانها الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية للخدمة المقدمة.

و يمكن للمرضى أن يحققوا ادراكاتهم للخدمة المقدمة من خلال التميز بين المستويات المختلفة للجودة و هي: **الجودة المتوقعة** و التي تمثل درجة الجودة التي يرى المريض وجوب وجودها، و هذا المستوى من الجودة يصعب تحديده في الغالب إذ يختلف باختلاف خصائص المرضى و حالاتهم العلاجية فضلا عن اختلاف الخدمات التي يتوقعون وجودها في المستشفى، **الجودة المدركة** و هي إدراك المريض لجودة الخدمات الصحية المقدمة له من قبل المستشفى أي تصور المريض لجودة الخدمات الصحية المقدمة له، **الجودة القياسية** و هي ذلك المستوى من الخدمة المقدمة و التي تتطابق مع المواصفات المحددة أساسا للخدمة و التي تمثل بذات الوقت إدراكات إدارة المستشفى **الجودة الفعلية** و هي تلك الدرجة من الجودة و التي اعتاد المستشفى تقديمها للمرضى.

¹صلاح محمود ذياب، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى و الموظفين، مجلة الجامعة الاسلامية للدراسات الاقتصادية و الادارية، المجلد العشرين العدد الأول، جانفي 2012، ص 73-74.

- **تحديد جودة الخدمات:** عندما يفهم المستشفى حاجات المرضى فإنه يجب أن يضع التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة وهذا التوصيف عادة ما يكون مرتبطاً مع أداء العاملين في المستشفى و مستوى وكفاءة الأجهزة والمعدات المستخدمة في إنجاز الخدمة الطبية.

- **أداء العاملين:** عندما تضع إدارة المستشفى معايير الجودة للخدمة الصحية المقدمة و يتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الكادر الطبي في المستشفى فإنها في المقابل يجب أن تعمل على إيجاد الأطر المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب، و يكون من المهم أن تتوقع إدارة المستشفى تقييم المرضى لجودة الخدمة الصحية المقدمة لهم، و أن تكون التوقعات عقلانية و يمكن تحقيقها و هذا من الضروري أن لا تقدم الإدارة وعوداً لا تستطيع الوفاء بها لأي سبب كان.

فكلما ارتفع مستوى جودة الخدمة الصحية كلما دل على توافر أبعاد الجودة في الخدمة الصحية، هذه الأخيرة التي اختلف الباحثين في تحديدها، و لأن تحديد توقعات المرضى يتطلب تحديد الأبعاد التي يبني عليها المرضى توقعاتهم و بالتالي حكمهم على مستوى الأداء الذي تقدم به الخدمة فهناك من وجد للخدمة الأبعاد التالية:¹

- **الجودة المادية الملموسة:** و هي التي يتعرض لها المريض حال حصوله على الخدمة، و أثناء تعامله مع المنظمة الصحية التي تقدم له الخدمة.

¹ قاسم نايف علوان و فتحية أبو بكر محمد، قياس و تقويم جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المتشفيات الليبية، مجلة الإداري، العدد 112، مارس 2008، ص 72

- **الجودة التفاعلية:** و هي تمثل عملية الخدمة ذاتها أو الأداء الذي يمثل منتج الخدمة، مثل سهولة الوصول إلى مكان الخدمة أو مظهر و سلوك مقدمي الخدمة، أو طريقة تعاملهم مع المرضى.

- **جودة المنظمة:** أي جودة المنظمة الصحية مقدمة الخدمة و التي تتعلق بصورة منظمة الخدمة أو الانطباع الذهني عنها.

في حين توصلت دراسات أخرى بالإضافة لما ذكرناه من وجود أبعاد أخرى لجودة الخدمة و هي :¹

- **فعالية الرعاية:** و التي تشير إلى أي درجة تم إنجاز الهدف الموضوع و إلى أي درجة تحققت النتائج المرغوبة من الرعاية و إلى أي درجة نجحت الاستراتيجية الموضوعة في تحقيق الأهداف.

- **كفاءة تقديم الخدمة:** و هي نسبة مخرجات الخدمات إلى التكاليف المتعلقة بإنتاج الخدمات و تعني الاستخدام المتوازن للموارد (البشرية، المادية و المالية) لتقديم أفضل رعاية صحية للمريض وللمجتمع و تحقيق أكبر منفعة ضمن الموارد المتاحة.

- **المقدرة التقنية (الكفاءة الفنية):** لهذا البعد أهمية في مجال الخدمات العلاجية و غير العلاجية حيث يتضمن المهارات ذات العلاقة بالرعاية الوقائية و التشخيص و العلاج و تقديم المشورة الصحية، أما في المجال غير العلاجي (مثل الإدارة) فإنه يتطلب مهارات في الإشراف و التدريب و حل المشكلات، و تشير إلى أي درجة تتوافق المهام

¹ سمر خليل ابراهيم جواة، مدى توافر مقومات تطبيق ستة سيدما في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة و دورها في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الإدارة العليا، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة، 2011، ص 36-37.

المنجزة من قبل العاملين الصحيين و المرافق الصحية مع المتوقع من الجودة التقنية (أي تتطابق مع المعايير).

- استمرارية تقديم الخدمات: و تعني ألا تتقطع الخدمات الصحية المقدمة، كما تعني تقديم الخدمة من قبل مقدم الخدمة ذاته خلال مدة الرعاية (كلما كان ذلك مناسباً) و الإحالة الملائمة في الوقت المناسب و التواصل بين مقدمي الخدمة و قد تعني الاحتفاظ بملفات طبية صحيحة حتى يتمكن المريض من مراجعة الطبيب ذاته دائماً و يؤدي انقطاع الاستمرارية الى تدني مستوى الجودة، مما قد يمنع تقديم الرعاية الصحية بشكلها الصحيح أو أن تزيد تكاليف تقديم هذه الخدمات.
- السلامة العامة و السلامة الصحية: و هذا يعني التقليل ما أمكن من خطر التعرض للإصابات الناتجة عن ممارسة المهنة الطبية أو الناتجة عن الوجود داخل المنظمة الصحية، أو الأخطار المتعلقة بالخدمات الصحية لكل من مقدم الخدمة و متلقيها.
- الوصول إلى الخدمات: تعني سهولة الوصول إلى الخدمات في المجال الصحي و يعتبر هذا البعد من أهم أبعاد الجودة، لأن صعوبة الوصول إلى الخدمات الصحية يمكن أن يمنع أحياناً الحصول على خدمات طبية أساسية مثل التطعيمات و التي تؤدي إلى حدوث مشاكل مرضية مستقبلاً مثل زيادة معدل المراضة و التي كان بإمكانها تفاديها.

- العلاقة بين الأفراد: يتعلق هذا البعد بالتفاعل بين مراجعي المؤسسة الصحية و بين أعضاء الفريق الصحي و الإداريين فيها، و يعني ذلك وجود الثقة و الاحترام و السرية

و اللباقة و التجارب والتفهم و الإصغاء و التواصل بين مقدمي الخدمات و المستفيدين

فيها

- **الملائمة:** و هي اتباع الاجراء الصحيح للحالة محل العمل.
- **التوقيت المناسب:** القيام بالعمل في الوقت المناسب.
- **الخيار:** و تعني إمكانية اختيار متلقي الخدمة لمقدم الخدمة أو اختيار العلاج عندما يكون ذلك ملائماً ممكناً.
- **البنية التحتية الفيزيائية و وسائل الراحة:** و تعني الخدمات التي لا علاقة لها بالإجراءات الطبية ولكنها تزيد من إقبال المرضى و عودتهم لنفس مقدم الخدمة الصحية، و تشمل المظهر الفيزيائي للمرافق الصحية و نظافتها و وسائل الراحة و الخصوصية و بقية الجوانب المهمة للمستفيدين من الخدمات، و كذلك الشكل الخارجي للمبنى و وسائل الراحة و الترفيه و ضمان الخصوصية، وتوفر الوسائل الترفيهية للمراجعين مثل البرامج الطبية التثقيفية باستخدام أجهزة العرض و الوسائل التعليمية و الكتب.

2.2.2.2. طرق قياس الخدمات الصحية:

يعتبر قياس جودة الخدمات الصحية من العمليات الصعبة لتقييم الأداء و تحليل الانحرافات بهدف تحسين الخدمات المقدمة، فرغم البعد المادي للخدمة فهي قابلة للقياس لهذا اجتهد العديد من الباحثين للتوصل إلى اسلوب أو معايير محددة يتم من خلالها تقييم الخدمة، و رغم اختلاف هذه الاجتهادات في وضع معايير و أبعاد جودة الخدمة إلا أن من أوائل من تناول قياسها على نحو عام و من خلال مجموعة من الخصائص هم Parasaruman، Berry، Zeithmal، سنة 1985 حيث تمكنوا من تصميم مقياس معروف بنموذج الفجوة و حاز على قبول كبير من الباحثين لقدرته على التطبيق العملي و قياس مستوى الجودة المتوقع مقارنة بمستوى الأداء الفعلي:

1.2.2.2.2. نموذج الفجوة: الذي ينسب إلى الباحثين Parasaruman، Brry،

Zeithmal، سنة 1985، يقوم على أن مستوى جودة الخدمة يتم تحديده على أساس الاختلاف بين توقعات المريض بالنسبة للأداء و التقييم الفعلي بعد الأداء و بالتالي فإن مستوى جودة الخدمة يحدد بالفرق بين الخدمة المتوقعة و الخدمة المدركة، أي وجود فجوة بين ما أدركه المريض من مستويات أداء الخدمة و توقعاته المسبقة لهذه المستويات و التي هي محصلة أربع فجوات أخرى تكون منفردة أو مجتمعة إلى حدوث ما يسمى بمشكلات الجودة.

بوجود هذه الفجوات تم تسمية هذا النموذج بنموذج الفجوات، و يعرف أيضا نموذج

SERVQUAL، تلخص هذه الفجوات في:¹

الفجوة الأولى: وتنتج عن الاختلاف بين توقعات المرضى لمستوى الخدمة وبين تقديرات

الإدارة لهذه التوقعات، و الناتجة عن عجز الإدارة على معرفة احتياجات ورغبات المرضى

المتوقعة، ومن أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذه الفجوة هي :

- عدم الاهتمام الكافي لمنظمات الخدمة بالتعرف المستمر على توقعات المرضى.
- التقليل من شأن المرضى ذاتهم، والادعاء بأن العملاء أنفسهم لا يعرفون تماما ما الذي يجب أن يتوقعوه.

الفجوة الثانية: وتنتج عن الاختلاف بين تقديرات الإدارة لتوقعات المرضى من الخدمة

والمواصفات الخاصة بالخدمة المقدمة بالفعل، ومن أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذه الفجوة

هي :

- عدم الالتزام بتطبيق مواصفات جودة أداء الخدمة من قبل مقدميها.
 - اعتقاد الإدارة في عدم جدوى تقديم جودة عالية المرضى.
- الفجوة الثالثة:** وتنتج عن الاختلاف بين مواصفات جودة أداء الخدمة والأداء الفعلي لهذه
- المواصفات ومن أهم الأسباب التي تؤدي إلى حدوث هذه الفجوة هي:

- تدني مستوى مقدمي الخدمة.
- عدم وضوح دور مقدمي الخدمة.

¹ قاسم نايف علوان المحيوي و فتحية ابو بكر ادريس، استخدام الفجوات لقياس جودة الخدمات الصحية، مرجع سابق، ص 7،8.

الفجوة الرابعة: وتنتج عن الخلل في مصداقية المنظمة بين ما تعلنه من مستويات أداء

الخدمة وما تقدمه فعلياً، ومن أهم أسباب حدوث هذه الفجوة هي:

- قلة الاتصالات الجانبية بين أقسام منظمة الخدمة.

- المبالغة في إطلاق الوعود عن المستويات العالية للجودة.

الفجوة الخامسة: وتنتج عن الاختلاف بين ما أدركه المرضى من مستويات أداء الخدمة

وتوقعاته المسبقة لهذه المستويات وهي نتاج واحدة أو أكثر من الفجوات الأربعة السابقة .

حيث يساعد أسلوب تحليل الفجوات على التوصل إلى نتائج متعددة الأبعاد تتعلق بمستوى

جودة الخدمة المقدمة، و التي تتلخص في الآتي:

- مدى قدرة الإدارة أو عجزها عن فهم احتياجات و رغبات الزبائن، و الذي يمكن تحقيقه

من خلال جانبي المعادلة التالية:

إدراكات الإدارة لتوقعات المرضى نحو الخدمة المقدمة = توقعات المرضى نحو نفس الخدمة

المقدمة

- مدى فاعلية المنظمة و كفاءة مواردها التنظيمية، و الذي يمكن تحقيقه من خلال قياس

جانبي المعادلة التالية :

إدراكات الإدارة لتوقعات المرضى نحو الخدمة المقدمة = إدراكات الإدارة لمواصفات الخدمة

المقدمة.

- مستوى أداء العاملين في المنظمة و دافعيتهم في تقديم الخدمة للمرضى في مستوى

الجودة يتطابق مع المواصفات المحددة من جانب الإدارة، و الذي يمكن تحقيقه من

خلال قياسي جانبي المعادلة التالية:

إدراكات الإدارة لمواصفات الواجب توافرها الخدمة = إدراكات المرضى لمستوى الخدمة المقدمة.

- مدى المصدافية و الثقة في المنظمة، و الذي يمكن تحقيقه من خلال قياسي جانبي

المعادلة:

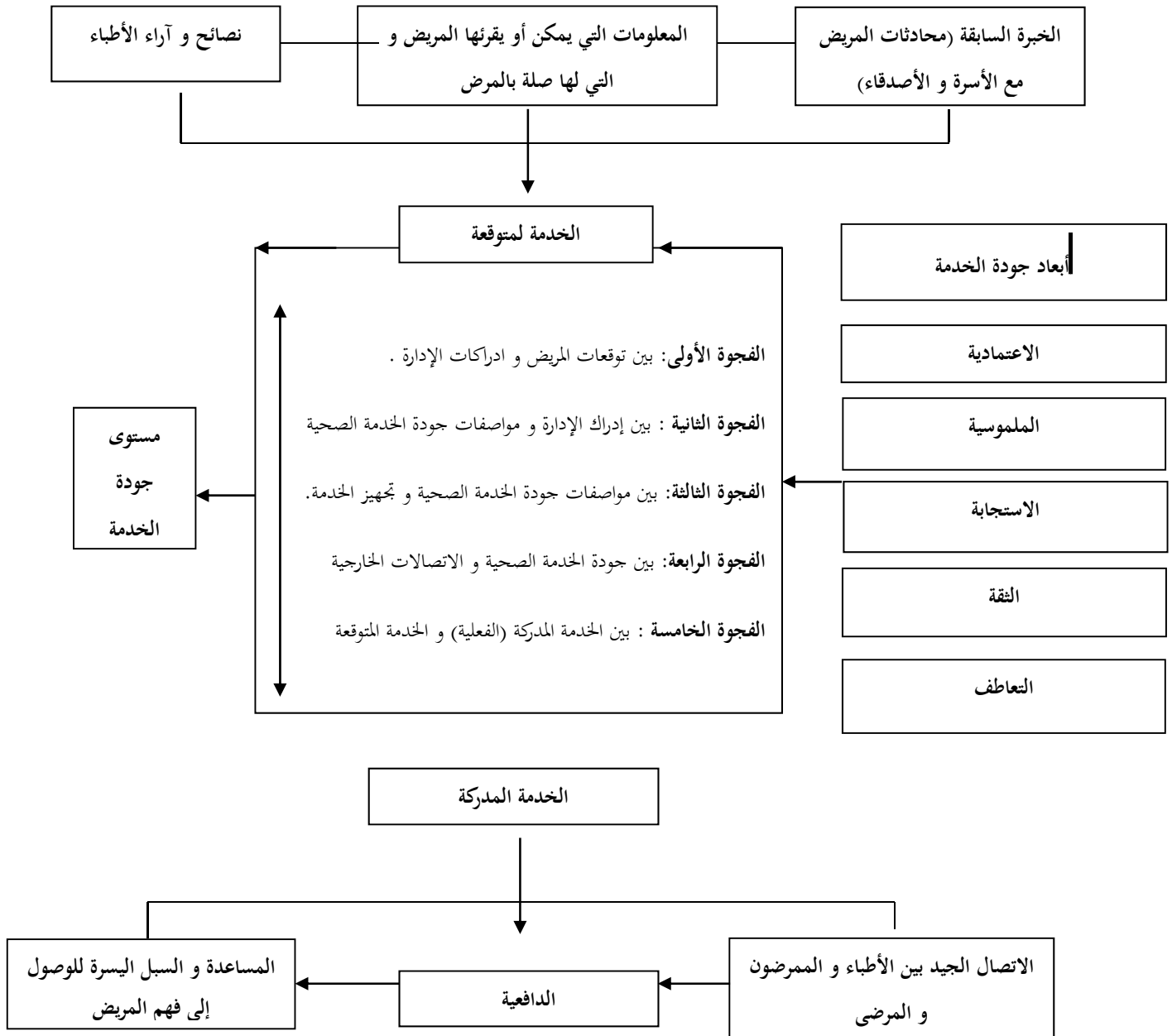
إدراكات المرضى لمستوى الخدمة المقدمة = إدراكات المرضى لمستوى الخدمة المروجة.

- مستوى رضا أو عدم رضا المرضى من الخدمة المقدمة، و الذي يمكن تحقيقه من

خلال قياس جانبي المعادلة التالية:

توقعات المرضى لمستوى الخدمة = إدراكات المرضى لمستوى الإداء الفعلي للخدمة.

و يمكن توضيح نموذج الفجوة في بشكل أدق في الشكل التالي:



الشكل رقم(9): نموذج الفجوة لقياس الخدمة الصحية في المنظمات الصحية

المصدر: صفاء محمد هادي الجزائري و آخرون، قياس و تقييم جودة الخدمات الصحية -دراسة تطبيقية

في مستشفى الفيحاء العام البصرة، متاح على الموقع www.iasj.net/iasj?func=fulltext&ald=48931

تاريخ التصفح 20/10/2013.

حيث يعتمد هذا النموذج على خمسة أبعاد رئيسية يتكون كل بعد من هذه الأبعاد من

مجموعة من العناصر المرتبطة به و هذه الأبعاد و مكوناتها هي و على نحو مختصر كما يأتي:¹

- **الملموسية:** تتكون من أربعة متغيرات هي الحادثة أي حادثة الشكل و الجاذبية

للتسهيلات المادية ومظهر العاملين و جاذبية تأثير العناصر الداعمة و المواد

المرتبطة بالخدمة.

- **الاعتمادية:** و تتكون من الوفاء بالالتزامات أي وفاء المنظمة بالتزاماتها للمستفيدين و

الاهتمام بحل المشكلات و الحرص على الدقة في الأداء و الالتزام بالوقت أي تقديم

الخدمة في الوقت الموعود والمتفق عليه مع المرضى و العنصر الآخر من عناصر

الاعتمادية هو العنصر المتعلق بالسجلات وإدامتها و دقة محتوياتها.

- **الاستجابة:** و تتكون من أربعة متغيرات تتعلق بوقت تقديم الخدمة و السرعة أي

الحرص على تقديم خدمات سريعة فورية للمستفيدين و التعاون في مساعدة متلقي

الخدمة أي الرغبة و التفرغ و عدم الانشغال عن الاستجابة الفورية لطلبات المرضى

بهدف المساعدة.

- **الأمان:** و يتضمن عددا من المتغيرات تتعلق بقياس مدى حرص العاملين على توليد

الثقة لدى المرضى و المستفيدين من الخدمة و إشعارهم بالأمان في تعاملهم مع

مقدمي الخدمة و اللباقة في التعامل مع المرضى و أن تتوافر لديهم المعرفة الكافية و

التدريب اللازم الذي يمكنهم من أداء أعمالهم بالمستوى المطلوب و القدرة عن الإجابة

على تساؤلات المرضى و استفساراتهم.

¹ حمد الغدير و شفيق حداد و محفوظ جودة، جودة خدمات مكتبة أمانة عمان الكبرى بين التوقع و الإدراك (دراسة ميدانية من وجهة نظر المستفيدين)، مجلة دراسات إدارية، المجلد 38 العدد 2 ، عمان، جوان 2011، ص 530.

- **التعاطف:** و يتضمن هذا البعد متغيرات الاهتمام بالمرضى اهتماما شخسيا، و التفهم لحاجاتهم وملائمة ساعات العمل لتتلاءم مع حاجات المرضى بالتحديد، و توافر مواقف مناسبة لسياراتهم وتنفيذ برامج تعليمية و تدويرية لتعريفهم بخدمات المنظمة.

تعرض هذا الأسلوب لانتقادات عدة منها الانتقاد الذي قدمه تايلور بعدم بساطة هذا الأسلوب وصعوبة تطبيق المعايير المتعلقة بالجودة مرتين، مرة على توقعات المرضى نحو الخدمة المقدمة، و مرة أخرى على ادراكاتهم لمستوى الخدمة الفعلية التي يحصلون عليها و كذلك فإن هذا النموذج لم يعطي قيمة للأهمية النسبية للأبعاد المختلفة لجودة الخدمة فهناك احتمال لإعطاء بعض المرضى أهمية أكبر لبعض أبعاد الخدمة قياسا ببعض الآخر.

2.2.2.2.2. نموذج الأداء الفعلي للخدمة: المعروف باسم SERVPERF و الذي

ظهر سنة 1992 نتيجة للدراسات التي قام بها كل من Taylor et Cronin و تعرف الجودة في إطار هذا النموذج مفهوما اتجاها يرتبط بإدراك المريض للأداء الفعلي للخدمة المقدمة و يعرف الاتجاه على أنه تقييم الأداء على أساس مجموعة من الأبعاد مرتبطة بالخدمة المقدمة و يتم قياس جودة الخدمة من خلال المعادلة التالية :

$$\text{جودة الخدمة} = \text{الأداء الفعلي}^1$$

يعتبر هذا الأسلوب معدلا عن أسلوب الفجوة يستند إلى التقييم المباشر للأساليب و العمليات المصاحبة لأداء الخدمة، بمعنى أنه يعتمد على قياس جودة الخدمة باعتبارها شكلا من

¹ ناجي معلا، قياس جودة الخدمات المصرفية، مجلة العلوم الإدارية، المجلد 25، عدد 02، جوان 1998، ص

أشكال الاتجاهات نحو الأداء الفعلي للجودة و المتمثل بالأبعاد الخمسة و هي الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الثقة، التعاطف.

و تتضمن عملية تقييم الجودة وفق هذا النموذج الافتراضات التالية:¹

- في غياب خبرة العميل (المريض) السابقة في التعامل مع المنظمة فإن توقعاته حول الخدمة تحدد بصورة أولية لمستوى تقييم لجودتها.
- بناء على خبرة العميل (المريض) السابقة المتراكمة كنتيجة لتكرار التعامل مع المنظمة فإن عدم رضاه عن مستوى الخدمة المقدمة يقوده إلى مراجعة المستوى الأول للجودة.
- إن الخبرات المتعاقبة مع المنظمة ستقود إلى مراجعات إدراكية أخرى لمستوى الجودة، و بالتالي فإن تقييم العميل (المريض) لمستوى الخدمة يكون محصلة لكل عمليات التعديل الإدراكي التي يقوم بها العميل فيما يتعلق بجودة الخدمة، و هكذا فإن رضاه عن مستوى الأداء الفعلي للخدمة له أثر مساعد في تشكيل إدراكات العميل للجودة و عند تكرار التعامل فإن الرضا يصبح أحد المدخلات الرئيسية في التقييم.
- يرى أصحاب هذا المقياس أنه يتميز عن سابقه (مقياس الفجوة) بالبساطة و سهولة الاستخدام و كذلك بزيادة درجة مصداقيته و واقعيته إلا أنه تعرض لانتقادات أهمها:
- يعجز عن مساعدة الإدارة على الكشف عن مجالات القوة و الضعف في الخدمة المقدمة و التي تتعلق بجوانب متعددة و ليست فقط في إدراكات المستفيد من الخدمة.
- أهمل قياس توقعات المرضى لمستوى جودة الخدمة المراد الحصول عليها،

¹ نفس المرجع، ص 363.

- أظهر قصور في منهجية القياس و الطرق الاحصائية المستخدمة للتحقق من ثباته و مصداقيته.

- لا يتضمن الأبعاد التنظيمية و الإدارية و أداء العاملين في القياس و التي نعتبر بمثابة المحددات الهامة والمؤثرة في مستوى جودة الخدمة المقدمة.

3.2.2.2.2. قياس الجودة المهنية و الإدارة: بالإضافة إلى النماذج السابقة في قياس

الجودة و التي تعتمد على التقييم من منظور العميل (المريض)، فهناك مقاييس أخرى تعتمد على المنظمة (الصحية) المقدمة للخدمة و قدرتها على الوفاء لخدماتها منها:

1.3.2.2.2.2 . مقاييس الجودة المهنية: تتعلق هذه المقاييس بمدى صحة أساليب

تقديم الخدمة للوفاء باحتياجات المرضى حيث أن رضا المريض عن الخدمة لا يكون كافيا بل ينبغي أن يكون راضيا عن الأسلوب الذي اديت به هذه الخدمة و هنا نميز بين ثلاث أنواع من المقاييس المستخدمة في قياس الجودة المهنية:¹

- **مقاييس المدخلات:** و يأتي على رأسها كفاءة مقدمي الخدمة التي تظهر من خلال بعض المؤشرات كالوقت المستغرق في تقديم الخدمة، معدل الأخطاء، وقت الانتظار، سرعة الاستجابة لمقترحات المرضى.

- **مقاييس العمليات:** و هنا يتم التركيز على عمليات التصحيح و منع وقوع الأخطاء خلال مختلف مراحل تقديم الخدمة، و يمكن التعرف على جودة العمليات من خلال تحليل تكلفة الجودة، ورصد تطور الأداء مع ملاحظة أن التطبيق السليم لقياس العمليات يتطلب

¹ حوري زهية، قياس جودة الخدمات و القياس المقارن، ورقة بحثية في إطار الملتقى الدولي حول إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات، جامعة منتوري -قسنطينة، 2011، ص 9-10.

استخدام الأساليب الكمية و الوصفية لتحسين و حل المشاكل المتعلقة بالجودة مثل خرائط التدفق، قوائم المراجعة، خريطة "باريتو"، مخطط السبب و النتيجة، رسم معامل الارتباط، المدرج الاحصائي و خريطة المراقبة.

- **مقاييس المخرجات:** و تتعلق باستخدام النتائج النهائية على اعتبار أنها أفضل وسيلة لقياس جودة العنصر البشري بغرض تقييم جودة الأداء، حيث يوفر هذا المدخل فرصا لجعل جودة العنصر البشري أكثر قابلية للوصف و القياس و بالتالي تحديد المشاكل دون تحقيق الأداء المطلوب.

2.3.2.2.2.2. مقاييس جودة الإدارة: تتعلق هذه المقاييس بالاستخدام الأمثل للموارد

من قبل الإدارة و تقديم الخدمة بأقل تكلفة و بدون أخطاء للوفاء باحتياجات المرضى و تجنب المشاكل التي تسبب التأخير في أداء العمليات مع التركيز على زيادة الانتاجية و خفض التكاليف. تقاس جودة الإدارة من خلال معيار عائد الجودة، حيث تبين أن هناك علاقة طردية بين ما تتفقه المنظمة على تحسين جودة خدماتها و بين زيادة إقبال المرضى على التعامل معها مما يؤدي إلى زيادة الإيرادات فضلا عن تقدير حصة المنظمة من السوق بناء على معدل الاحتفاظ بالعملاء (المرضى)، كما تقاس جودة الادارة من خلال بطاقة الاهداف المتوازنة التي تعتبر واحدة من أهم أدوات الإدارة الاستراتيجية الحديثة لقياس جودة الخدمات و التي تساعد الإدارة العليا في:¹

- تحديد و نشر الرؤيا المستقبلية داخل المنظمة.
- ربط مقاييس الأداء بمراحل و أهداف الاستراتيجية.
- التخطيط و تحديد المستهدف و كيفية تحقيقه.
- توفير معلومات مرتدة لتحديث و استمرارية الاستراتيجية.

¹ نفس المرجع، ص 11.

بالإضافة إلى أن استخدام بطاقة الأهداف المتوازنة يمكن المنشأة من قياس قدرتها على تحديد الأهداف من وجهة نظر العملاء و الموردين و المساهمين و العمال زيادة على تطوير نظم الأداء المستقبلية على ضوء الاستراتيجية المتخذة دون التركيز فقط على أداء العمليات.

3.2. مقومات و شروط تطبيق الجودة الشاملة في المنظمات

الصحية:

إن تطبيق برنامج إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية أصبح أمراً ضرورياً من أجل التحسين المستمر في تقديم الخدمة الصحية و تقديم الحلول للمشكلات التي تعاني منها هذه المنظمات في إنتاج الخدمة و تقديمها، باعتبار أن إدارة الجودة الشاملة نهج متكامل يمكن أن تتخذه المنظمات خاصة الصحية منها، و قد تم إعداد عدة نماذج لإدارة الجودة و التي يمكن تطبيقها على مختلف مستويات الرعاية الصحية و التي تتطلب التدريب على مناهج الجودة و قياس الأداء و إنجاز عمليات التحسين، و لضمان التطبيق الناجح و يجب على المنظمات الصحية وضع الإطار المناسب و الشروط التي تدعم التغيير نحو الجودة الشاملة،

1.3.2. إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية:

سنتعرض من خلال هذا المطلب إلى نشأة و مفهوم الجودة الشاملة في المنظمات الصحية بالإضافة إلى المتطلبات العامة لتطبيقها.

1.1.3.2. مفهوم و نشأة إدارة الجودة الشاملة في المنظمة الصحية:

نشأت الجودة كنظام إداري في اليابان مع بداية القرن العشرين، و بعد نجاحها انتشرت هذه الفكرة و حاول العديد من الدول الغربية تطبيقها على منشآتهم الصناعية، و كانت الولايات المتحدة الأمريكية من أوائل الدول التي قامت بتطبيق الجودة على القطاع الصحي، و عندما تلقى نظرة

تاريخية سريعة سنجد أن الالتزام بتقويم و تحسين مستوى جودة الرعاية الصحية له تاريخ عريق تشهد به السجلات التاريخية الطبية.

ففي القرن الثامن عشر قدم الطبيب البريطاني فرانس اليفتون مبادئ أساسية للجودة النوعية، و في عام 1908 قام الطبيب البريطاني "إموري جروفس" باستخدام طريقة النتائج النهائية لدراسة معدل الوفيات في خمسين مستشفى، و دلت نتائج دراسته على أن هناك حاجة ماسة لتطوير نظام للمعايير و تصنيفاتها بحيث تشمل تصنيفاً للأمراض و العمليات الجراحية و المقدرة على مقارنة البيانات، وكذلك استخدام نظام متابعة فعال لبعض الأمراض.¹

في العام 1910 قامت الجمعية الطبية الأمريكية بالتعاون مع مؤسسة "كارنجي" بتبني عملية تقويم للمدارس الطبية، و نتيجة لذلك التعاون فقد تم إصدار تقرير شامل أطلق عليه اسم "تقرير 1959 الذي تم تعيينه أول مدير لمعهد "فلكسينر" نسبة إلى "إبراهيم فلكسينر 1866" الدراسات المتقدمة في مدينة "نيوجرسي" عام 1930، و قد اشتمل ذلك التقرير على معايير رسمية للدراسات النظرية و التطبيقية، و هذا التقرير يؤكد على أهمية تحسين الأداء و رفع مستوى الجودة النوعية للخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين .

بناء على ذلك فإن أفكار و مفاهيم الجودة في القطاع الصحي قامت على أساس الدعائم التي أرساها الخبراء المتخصصون في مجال التصنيع، حيث تم استنباط الأفكار و تطوير الطرق و

¹ خالد بن سعد بن عبد العزيز، مرجع سابق، ص 06-08 بتصرف

الأساليب العلمية لتلائم مكونات الخدمات الصحية و كيفية قياس الأداء العلاجي و الاستشفائي على حد سواء.¹

في سنة 1984 تبنت الهيئة الأمريكية المشتركة فكرة متطلبات الاجازة (الاعتمادية) لتطوير الجودة وملائمة أساليب التقديم و مراقبة الرعاية الصحية، و في عام 1987 بالولايات المتحدة الأمريكية اجتمع واحد وعشرون من منظمة تقديم الرعاية الطبية مع عدد مماثل من خبراء الصناعة في مجال الجودة لمدينة بوسطن ليعلنوا عن بداية البرنامج القومي لتحسين الجودة في أمريكا و الذي سمي The National Demonstration Project On Quality Improvement In Health Care (NDP) و بعد اجتماعات مكثفة بين الفريقين تم تقديم تقرير شامل حول إمكانية استخدام نظام إدارة الجودة الشاملة في مجال الرعاية الصحية و بالفعل فقد نجح هذا البرنامج مما دفعهم إلى إنشاء معهد متخصص لتحسين خدمة الرعاية الصحية و المعروف باسم The Institute of Health Care Improvement، و الذي لا يزال يمثل المرجعية الأساسية لتحسين الخدمة الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية.

كما تم إنشاء هيئة للاعتراف بالمنظمات التي تقدم الخدمات الصحية أطلق عليها Joint Commission For Accreditation of Health Care Organization (JCAHO) و هي عبارة عن هيئة تتبع الحكومة الفيدرالية تهدف إلى التأكد من قيام المنظمات الصحية بتقديم الحد الأدنى من الجودة للخدمات الصحية.

و في سبيل ذلك فقد وضعت JCAHO برنامجا محدد المعالم كخطوات ارشادية لتطبيق نظم إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات كما قامت هذه الهيئة بوضع مقياس لقياس درجة جودة

¹ نفس المرجع، ص 06-08 بتصرف

الخدمة التي تقدمها المستشفيات يتكون من ثلاث أبعاد هي: الفعالية، الملائمة، الكفاءة، الاحترام و الرعاية، السلامة، الاستمرارية، الفاعلية، التوقيت الملائم و الإنتاجية.¹

تعرف إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية من الأهداف المرجوة من تطبيقها، حيث يراها واكديفلد Wakefield و هيلمز Helms سنة 1995 تشمل على التقييم المنتظم لمدى كفاية الأنظمة والعمليات نحو تحقيق توقعات المستفيدين و تحليل المسببات الحقيقية لانحراف الأداء و تصميم و تنفيذ برامج التصحيح التي يرجى أن تمنع حدوث الانحراف مستقبلا، و كذا يعد وسيلة للتقويم المستمر لكفاءة برامج التصحيح و أشار إليها غرينبرغ Greenberg و ليزوني Lezzoni سنة 1995 على أنها محاولة للتعرف على مصادر الانحراف و العمل على التغلب عليها و أنها العمل على تصميم نظام صحي قائم على الاحتياجات.²

إن مصطلح إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية يستند على مفهومين هما الشمولية والتكاملية، فالشمولية تعني التوسع في مستوى نوعية الخدمات التي يتوقعها المستفيدون من الرعاية إلى كافة الجوانب الخاصة بخدمات المؤسسات الصحية، أما التكاملية فيقصد بها أن كل مؤسسة كنظام مكونة من نظم فرعية يعتمد بعضها على بعض، و لكل نظام فرعي برامجه الخاصة حيث تلك النظم و البرامج الفرعية مكاملة لبعضها البعض، و لا تستطيع القيام بوظائفها دون اللجوء لطلب المساعدة من النظم الأخرى، و على سبيل المثال لا يستطيع الطاقم الطبي

¹ محمد توفيق ماضي، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية في مجال الصحة و التعليم العالي، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2002، ص 85-95. بتصرف

² محمد بوبقيرة، دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمات الصحية: حالة المركز الاستشفائي الجامعي بالبلدية، مذكرة ماجستير في التسويق، جامعة البلدية 2006، ص 188.

ممارسة وظائفه دون وجود تكامل مع الطاقم شبه الطبي و الخدمات المساعدة كالصيدلة و المخابر و مصالح الأشعة.¹

2.1.3.2. المتطلبات العامة لتطبيق الجودة الشاملة في المنظمات الصحية:

يعتبر هذا النظام امتداداً وتطويراً لنظام ضمان الجودة ويسعى إلى جعل كل عضو من أعضاء المؤسسة راعياً في إرضاء المستفيد، وإلى جعل نظام المؤسسة قابلاً لأن يسمح لهم بذلك. وهو بذلك معني أساساً بالتحسين التنظيمي الذي يركز على الزبون، ويعتمد على تصور هذا الزبون للجودة.

و قد تعرضنا سابقاً إلى مجموعة من المتطلبات الضرورية لتطبيق الجودة الشاملة في المنظمات كالقيادة المتمكنة و التزام الإدارة العليا والتركيز على عمليات إنتاج الخدمة و العمل الجماعي، و في التالي سوف نركز توضيح المتطلبات العامة الواجب أن تلتزم بها المنظمات الصحية خاصة عند تطبيقها للجودة الشاملة:²

تقوم المنظمة الصحية بوضع نظام توثيقي يساهم في تطبيق الجودة والمحافظة على تحسين فعالية نظام إدارة الجودة الشاملة بشكل يحقق الآتي:

- تحديد العمليات والإجراءات اللازمة لتطبيق نظام إدارة الجودة.
- أسلوب تسلسل العمليات والإجراءات ونظام العمل وتعبئها وتفاعلها.
- تحديد طرق ضمان ضبط العمليات والتأكد من فعاليتها.
- توفير المعلومات وتحليلها وأساليب القياس المناسبة لها.

¹ عدنان مريزق، مداخل في الإدارة الصحية، الطبعة الأولى، دار الحرية، الجزائر، 2012، ص 63

² سايجي عبد الحق وختيري محمد، محاولة لدراسة إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الإستشفائية الجزائرية، مجلة المدرسة الوطنية للإدارة، العدد: 33، الجزائر، جانفي 2007، ص ص: 58-65.

- توثيق وتحديد النتائج المحققة والمخطط لها للاستمرار في التحسين المستمر للعمليات.

1.2.1.3.2. متطلبات توثيق نظام إدارة الجودة : إن فكرة التحسين المستمر

تعتمد على بناء نظام لتوثيق العمليات وكافة متطلبات العمل وفق دليل نظام إدارة الجودة الشاملة، وهي تعبر عن نصوص لسياسة الجودة وأهدافها وكافة الإجراءات والمستندات ومواقع السجلات المطلوبة لتنفيذ النظام، إضافة إلى طرق إعدادها وتجهيزها، ويتكون نظام الجودة مما يلي:

- أ. **دليل الجودة** : تقوم الوحدة بوضع دليل الجودة والمحافظة عليه، ويتضمن ما يلي:¹
 - إجراءات العمل الخاصة بالمستشفى بما في ذلك التفاصيل والمبررات.
 - الإشارة إلى مرجعية الإجراءات المستندة على اللوائح والنظم الخاصة بالمستشفى أو القطاع الصحي.

- وصف عملية التفاعل بين إجراءات نظام إدارة الجودة.
- ب. **أسلوب ضبط السجلات والمستندات**: ويكون ذلك من خلال إتباع الإجراءات التالية:
 - يجب على المستشفى المصادقة على كافة سجلات الجودة وتحديثها لضمان استمرارية التحسين، وكذلك بقاء المستندات في حالة مقروءة، ويسهل تحديدها والحصول عليها واستردادها.

- لا بد من تجديد فترة حفظ المستندات، ومدة التخلص منها، وإذا كانت تلك المستندات عبر الشبكة الالكترونية (الأنترنت) يحدد لها نموذج يوضح موقع تلك المستندات في الشبكة وتاريخ إنشائها ومدة الاحتفاظ بها.

¹ نفس المرجع، ص 58-65.

- يجب تحديد مسؤولية استخدام دليل إدارة الجودة الشاملة، وذلك بتحديد الأشخاص المسؤولين عن أي تعديل أو إضافة أو تغيير في هذا الدليل، ويتم تحديد تلك الأدلة بعلامة أو ختم تظهر بأنها وثيقة مراقبة من قبل مسؤولي الجودة والتطوير.
- ولا مانع في توزيع عدد من الأدلة الاسترشادية لتطبيق نظام إدارة الجودة، على أن يوضح عليها بأنها وثائق غير مراقبة، وما يترتب عليها من تعديل لا يعد معتمداً.

2.2.1.3.2. مسؤولية الإدارة العليا: يجب على إدارة المستشفى التأكد من تحديد

- احتياجات تطبيق نظام إدارة الجودة من خلال توفير الموارد المالية، المادية والبشرية وتنفيذه والتحسين المستمر لتحقيق فعاليته، ويتم ذلك عن طريق تحقيق الآتي:¹

أ. الرؤية، الرسالة والأهداف: إن تحديد كلا من الرؤية، الرسالة والأهداف يكون ضمن أخذ بعين الاعتبار ما يلي:

- يجب على إدارة المستشفى صياغة رؤيتها المستقبلية ورسالتها وأهدافها بحيث تتسجم مع الخطط التنموية والمتوافقة ببنيتها الأساسية ومواردها المتاحة، والتي تتسجم مع سياسة وخطط القطاع الصحي الاستراتيجية.

- يجب على المستشفى أن يأخذ في الاعتبار آراء جميع الأطراف المعنية بصياغة الرسالة، وأن تضع خطة لمراجعتها وتنفيذها بصفة دورية، وكذلك الأهداف الاستراتيجية. كما يتعين على المستشفى نشرها وتوصيلها إلى كافة الأطراف المعنية بالرعاية الصحية، داخلياً وخارجياً، ووضع إجراءات موثقة لمراجعتها وتطويرها.

¹ نفس المرجع، ص 58-65.

- يجب على المستشفى أن يحدد الأهداف المتعلقة بالرعاية الصحية لكافة الأقسام الصحية، وكذلك تحديد صفات وخصائص المرضى لكل قسم، إضافة إلى تحديد أساليب تقييم حالة المرضى، وتوضيح الفروق المئوية لأهمية كل برنامج بناءً على عدد من المؤشرات منها عدد الأطباء والأطباء المتخصصين، عدد المرضى في كل قسم، أهمية القسم لخدمة المجتمع.

- ينبغي على المستشفى التركيز على متطلبات الرعاية الصحية، ومدى مشاركة أعضاء الهيئة الطبية فيه، إضافة إلى توقعاتهم عنه وأساليب تحسينه.

- المشاركة في خدمة المجتمع وذلك بتقديم استشارات أو تدريب من خلال قنواتها المتخصصة ووفق الأنظمة المعمول بها.

ب. التخطيط لأهداف الجودة: يجب أن تكون أهداف الجودة متوافقة مع المستويات والوظائف التنظيمية للقياس ومنسجمة مع سياسة الجودة.

ت. المسؤوليات والاتصالات: يجب على المستشفى أن يحدد المسؤوليات والسلطات والعلاقات التنظيمية المتبادلة فيما بينها.

ث. مسئول الجودة والتطوير الإداري بالمستشفى: يجب على المستشفى تعيين ممثل للجودة والتطوير ويتمتع بالمسؤوليات والصلاحيات التي تخوله لتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة بالمستشفى، والتنسيق بين فرق العمل واللجان المختلفة وتبادل الاتصال بينهم وتفعيل ذلك، ورفع التقارير إلى إدارة المستشفى موضحاً فيها أداء النظام ومدى تقدمه والصعوبات التي تواجهه، إضافة إلى دوره في نشر الوعي في المستشفى بأهمية تطبيق نظام إدارة الجودة

عبر وسائل إعلامية متعددة (نشرات تدريبية، دورات، محاضرات، ملصقات حائطية، ورش عمل... الخ).

ج. مراجعة الجودة: على المستشفى أن يقوم بمراجعة نظام إدارة الجودة على فترات مخطط لها مسبقاً، لضمان الاستمرارية والكفاءة وفعالية النظام، حيث أنه يتم عن طريق هذه المراجعة، تحديد فرص التحسين وإجراءات التغيير في نظام الجودة، والكشف عن مواقع الخلل، وحالات عدم تطبيق النظام، والتعرف على أسبابها واقتراح الحلول اللازمة لذلك، كما ينبغي على المستشفى تشكيل فريق للمراجعين الداخليين برئاسة مسؤول المستشفى للجودة والتطوير وبإشراف المدير العام للمستشفى، ويحصل أعضاؤها على دورات تأهيلية متخصصة في تطبيق آليات نظام المراجعة الداخلية.

ح. المراجعة الإدارية: يقوم المستشفى وكافة قطاعاته بعمل اجتماعات متخصصة لمناقشة قضايا الجودة والتطوير، للتعرف على مستويات التقدم والإنجاز والتعرف على مشكلات التطبيق، إضافة إلى مناقشة التقارير المقدمة من المراجعين الداخليين، ويجب أن تتضمن المراجعة الإدارية على الآتي:

- نتائج المراجعة الداخلية لفترة زمنية محددة مسبقاً أو من آخر مراجعة تم إنجازها.
- المعلومات الراجعة (Feedback) بالتطوير والتحسين والتي تم جمعها من المرضى.
- وضعية الإجراءات الوقائية والتصحيحية لسير العمل.
- التغييرات الجديدة والمستحدثة والتي قد تؤثر على نظام إدارة الجودة.
- التوصيات المختلفة من أجل التحسين والتطوير.

3.2.1.3.2. إدارة الموارد: يتوفر لدى المستشفى مجموعة من الموارد تعمل على

إدارتها وترشيد استخدامها، وتنقسم تلك الموارد إلى ما يلي:¹

أ. **الموارد البشرية:** تعتمد جودة الأقسام الطبية التي يحتويها المستشفى على كفاءة أعضاء

الهيئة الطبية والإداريين والفنيين، ولذلك فمن المهم أن يقوم المستشفى باستقطاب الكفاءات

اللازمة، لإنجاز رسالته وتحقيق أهدافه، وأن يعمل على تنمية قدراتهم والحفاظ عليهم. كما

يجب أن تكون هناك سياسة ملائمة لتوجيه وإرشاد وتدريب موظفي المستشفى الجدد.

على المستشفى أن يضع خطة شاملة موثقة لحجم ومؤهلات الموارد البشرية فيها من

أعضاء الهيئة الطبية، مع الأخذ بمسؤوليات الرعاية الصحية والبحث العلمي وخدمة

المجتمع في الاعتبار، كما يراعى في هذه الخطة أن يحتفظ المستشفى بعدد كاف من

أعضاء الهيئة الطبية المؤهلين والمتفرغين لتحقيق الاستقرار والاستمرار في تنفيذ برامج

الخدمات الصحية.

كما يجب أن يمتلك أعضاء الهيئة الطبية مؤهلات مهنية كافية لإنجاز رسالة وأهداف

المستشفى. وعلى أساس ذلك فإنه يتطلب ليس فقط الحصول على درجة الدكتوراه في

التخصص المطلوب، وإنما أيضا إثبات الجدارة المستمرة عن طريق تقديم المساهمات

الفكرية والمساهمة في أنشطة تطوير المناهج وكذلك الأعمال الإدارية في حالة تكليفه بها.

كما يجب على المستشفى تشجيع أعضاء الهيئة الطبية حتى يتحقق التضامن بين كافة

الأقسام الموجودة به، وكذلك مع المستشفيات الأخرى، متى ما أمكن ذلك.

¹ نفس المرجع، ص 58-65.

كما ينبغي على المستشفيات وضع سياسات لتقييم أعضاء الهيئة الطبية وكذلك تطبيق ومراجعة لوائح الترقية العلمية، ومراجعة الأداء كمعيار تحفيزي للمتميزين.

كما يجب على المستشفى وأعضائه التفاعل مع المجتمع من خلال تطوير الخدمات الصحية ومواكبة المتغيرات الحديثة.

ب. **البنية التحتية:** يقوم المستشفى بتجديد وتوفير وصيانة البنية التحتية اللازمة لتحقيق جودة الرعاية الصحية، وتتضمن ما يلي:

- المنشآت والمرافق المخصصة للعلاج.
- التجهيزات من المعدات والآليات والبرمجيات والمعامل المركزية، المساندة للعملية الطبية.
- الخدمات المساندة مثل الاتصالات الإدارية والنقل.

4.2.1.3.2. إدارة الخدمات الصحية: يقوم المستشفى بتخطيط العمليات اللازمة لتحقيق

جودة الأداء الصحي، والذي يجب أن يكون منسجماً مع المتطلبات الأخرى الخاصة بنظام إدارة الجودة، وحتى يتحقق ذلك يطلب ما يلي:¹

- تحديد أهداف جودة الرعاية الصحية ومتطلباتها.
- ب- منهجية التوثيق والسجلات ومعايير التحقق من التطبيق.
- أن تغطي الخدمات الصحية متطلبات المرضى ورغباتهم.
- التنسيق والاتصال مع الجامعات لتدريب وتأهيل الطلبة خاصة المتعلقة بالفروع الطبية على التطبيق العملي.

¹ نفس المرجع، ص 58-65.

- تقييم فعالية الخدمات الصحية في ضوء بيانات المرضى وشكاويهم، لتنفيذها ومواكبة التطورات المعاصرة والاستجابة لاحتياجات المجتمع المتغيرة.

- توفير قاعات العلاج وغرف التنويم، كما ينبغي دعم مكتبة المستشفيات الجامعية خاصة بالكتب والمراجع والدوريات وقواعد البيانات الالكترونية والمواد العلمية بصورة مستمرة.

5.2.1.3.2. تحديد إجراءات اعتماد المسارات والإجراءات: على المستشفى وأقسامه

الطبية تحديد إجراءاته خاصة باعتماد المسارات ومراجعتها وتبسيط إجراءات تحديثها، وهذا بمشاركة كل الموارد البشرية العاملة بالمستشفى خاصة في ما يتعلق بتصميم وتطوير المسارات. ويمكن توضيح ذلك من خلال ما يلي:

أ. **تخطيط المسارات:** يمر إعداد المسارات وتصحيحها بالأقسام والمستشفى بعدة مراحل، وعلى ذلك فإنه يجب تحديد ما يلي:

- إجراءات ومراحل تصميم وتطوير المسارات.
- أساليب المراجعة والتحقق في كل مرحلة من مراحل التصميم والتطوير.
- تحديد المسؤوليات والصلاحيات المتعلقة بالتصميم والتطوير.

ب. **المدخلات والمتطلبات للتصميم والتطوير:** يحدد المستشفى أو القسم المختص بالمدخلات

ذات العلاقة بتصميم وتطوير المنهج كما يلي:

- المتطلبات الصحية والمحتوى.
- المتطلبات الخاصة بالعلاج والرعاية الصحية.
- المعلومات المساندة خارج الخدمات الصحية.
- أي متطلبات أخرى أساسية للتصميم والتطوير.

وتتم مراجعة المدخلات والتأكد من كفايتها واكتمالها للتصميم والتطوير.

ت. **مخرجات التصميم والتطوير:** استنادا إلى مدخلات التصميم والتطوير يجب أن تكون المخرجات مطابقة للتوقعات المرسومة والمحددة في خطة المناهج، وأن تكون المخرجات قابلة للتطوير والتحسين.

ث. **مراجعة التصميم والتطوير:** على المستشفى أو القسم المختص، مراجعة مراحل التصميم والتطوير وتقييم النتائج وتشخيص المشكلات واقتراح الحلول.

ج. **صلاحيات التصميم والتطوير للمناهج:** على المستشفى أو القسم الطبي أن يضع مدة زمنية لصلاحية المنهج ومراجعته حتى يتم تحديثه مرة أخرى وفق المتغيرات المختلفة.

ح. **ضبط ومراقبة الأجهزة وصيانتها:** يقوم المستشفى بتحديد أساليب ومعايرة التجهيزات ومراقبة أدائها وصيانتها بصورة مستمرة وذلك من خلال ما يلي:

- أن يكون جدول للصيانة الدورية وتحديد مواقع الخلل وتوثيقه، وذلك في سجل خاص لكل من المعدات والتجهيزات خاصة منها الطبية.
- توفير أدلة تفصيلية (كتالوجات) لتشغيل المعدات والتجهيزات، وتوضع في مكان يحفظ بموقع وجود الجهاز لسهولة الوصول إليه واستخراجه.
- ضرورة وجود مسؤول الأمن وتحديد إجراءات السلامة وخاصة للتجهيزات الطبية والآلية، للحفاظ عليها من التلف أو فقدان.
- توفر سجلات موثقة لمعايرة التجهيزات بالمستشفى.
- أن تكون التجهيزات والآلات محمية من الضرر والتلف أثناء النقل والصيانة والتخزين والتجهيز.

6.2.1.3.2. قياس الأداء: يقوم المستشفى بإجراء العديد من أساليب القياس، لتقويم

جهود عملية الرعاية الصحية على النحو الآتي:¹

- أ. استبيان آراء المرضى عن العلاج وطرق تقديم الخدمات الصحية.
- ب. تقييم عضو الهيئة الطبية ومدى تفاعله، إضافة إلى أداء وجودة الخدمات الطبية التي يقدمها.
- ت. استبيان للمرضى المنومين بالمستشفى لاستطلاع آرائهم حول الخدمات الصحية المقدمة لهم، ومدى تأثيرها على تحسن وضعيتهم الصحية.
- ث. مدى توافر الملفات الطبية والمشار لها في قسم الخدمات الصحية "ملف نوع المرض، ملف المريض، ملف الأقسام الطبية".
- ج. توفير تقرير نصف سنوي أو سنوي يستعرض فيه تحليل مؤشرات الأداء للخدمات الصحية من منظور تطبيق نظام إدارة الجودة، وذلك باستخدام نظام الإحصائيات المناسبة ويتضمن التقرير على العناصر الآتية كحد أدنى:
 - أعداد المرضى المسجلين، الخارجين، المحولين إلى مستشفيات أخرى والمتوفين بالمستشفى.
 - متوسط مدة العلاج ومتوسط توزيع المرضى على الأقسام الطبية.
 - تحديد جوانب القوة والضعف للخدمات الصحية بالمستشفى.
 - نتائج تطوير البرامج الطبية، نتائج التحسين المستمر ونماذج من بعض الإجراءات المحسنة.

¹ نفس المرجع، ص 58-65.

- نسبة أعضاء الهيئة الطبية للمرضى، إحصائيات لأعداد أعضاء الهيئة الطبية حسب درجاتهم العلمية.
- عدد المرضى في كل قسم، تحليل نسب أسباب الموت وتحليل مقترحات المرضى وتطوير المناهج.
- مؤشرات قياس أخرى يقترحها المستشفى.

7.2.1.3.2. القياس والتحسين المستمر: على المستشفى أن يضع خطة لمراقبة

تنفيذ عمليات التحسين وقياسها وذلك لتحقيق العناصر الآتية:¹

- أ. **المراجعة الداخلية لتطبيق إجراءات نظام الجودة:** على المستشفى أن يقوم بمراجعة نظام إدارة الجودة على فترات مخطط لها مسبقاً، لضمان كفاءة وفعالية النظام، وذلك بمراجعة كل من الملفات الآتية كحد أدنى، والعمل على تحديثها باستمرار:
 - ب. **ملفات تشخيص المرض:** حيث يحتوي الملف على توصيف المرض، نسخة من العلاج المقدم، التحاليل، الاختبارات، نماذج من الحالات المرضية التي يعاني منها المرضى على اختلاف مستويات الخطر لحالتهم الصحية، دعم الملفات بالتقارير الخاصة بآراء الأطباء في تشخيص المرض وكيفية معالجته، إضافة إلى ما يراه المستشفى مناسباً.
 - ت. **ملفات المرضى:** تحتوي على سجلات المرضى الوافدين إلى المستشفى.
 - ث. **ملفات الأقسام الطبية:** وتحتوي على إرشادات استخدام الأجهزة المتوفرة في القسم الطبي، إرشادات استخدام والتعامل مع المحاليل الكيميائية، وجود كتالوج للأجهزة، إرشادات

¹ نفس المرجع، ص 58-65.

للتصرف في حالة وقوع أي مكروه، وجود إرشادات عامة للمرضى، إضافة كل ما يراه المستشفى مناسباً.

8.2.1.3.2. مراقبة العمليات: يقوم المستشفى بتحديد إجراءات المراقبة على

الخدمات الصحية للتأكد من التطبيق، فيعمل على تقويم المخرجات ومراقبتها من خلال الآتي:¹
 أ. الإجراءات التصحيحية : يقوم مسؤول المستشفى للجودة والتطوير بتحديد حالات واقتراح الحلول التصحيحية وتطبيقها.

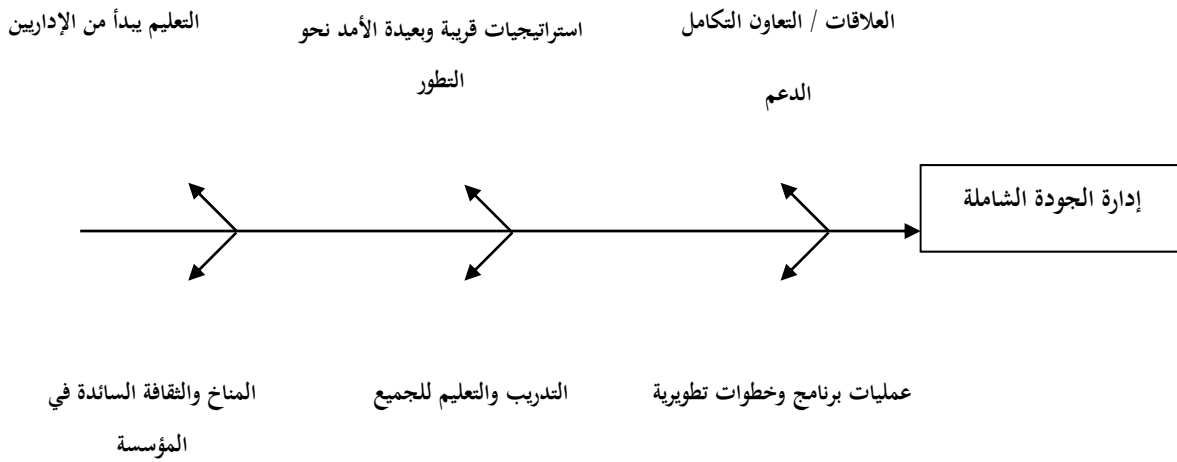
ب. الإجراءات الوقائية: يقوم مسؤول المستشفى للجودة والتطوير بتحديد حالات واقتراح الحلول الوقائية وتطبيقها. إذ يجب على المستشفى أن يحدد الإجراءات الوقائية لإزالة المعوقات لحالات عدم المطابقة المحتملة وذلك لمنع حدوثها.

إن الشروط التي نعتبرها من مقومات نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية و التي يجب أن تأخذ بها و توفرها كل منظمة صحية قبل التطبيق و التي تركز على العنصر البشري كأساس للتطبيق فمكونات الجودة الشاملة في اي منظمة خاصة الصحية منها يجب أن تحتوي على :²

¹ نفس المرجع، ص 58-65.

² نبيل محمود البستجي، اتجاهات المديرين نحو تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العامة في

الأردن - دراسة استطلاعية - رسالة ماجستير ، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، 2001 ، ص77.



شكل رقم (10): مكونات نجاح إدارة الجودة الشاملة

المصدر: نبيل محمود البستنجي، مرجع سابق، ص 77.

أ. **التعليم والتدريب:** لا بد أن تقوم المؤسسة بالتدريب وتنمية القدرات والمهارات من

الإدارة العليا حيث أي فشل يكون ناتج عن عدم التدريب والتعليم وعن إدارة الجودة

الشاملة يجب أن يكون أفراد الإدارة العليا ملمين بمبادئها وكذلك بعملية تطويرها

حتى يتسنى لهم نقلها إلى الإدارة الوسطى والدنيا والعاملين.

ب. **استراتيجيات تطويرية قريبة وبعيدة الأمد:** من الخطأ أن تبدأ استراتيجيات تطويرية

كثيرة وكبيرة ويفضل البدء بمشاريع صغيرة قابلة للتحقيق وحسب الإمكانيات وأن

تعطي كل الجهد لدعمها ونجاحها لذلك تستطيع أن تعمل خطة لمدة 1-2 سنة

آخذاً بعين الاعتبار إيجاد الجواب على الأسئلة الآتية:

- في أي جزء من المؤسسة قد تبدأ بالتغيير أو التطوير وأي مشروع تطوير مناسب قابل للتطبيق وله فرصة في النجاح؟

- ما هي الموارد المطلوبة التي نحتاجها لتنفيذ مشروع التطوير المقترح من حيث الأموال والأفراد والتدريب والتي هي ضرورة لإدارة المشروع المقترح والعاملين فيه؟

- الطرق التي تلزم لتعميم التجربة وتعريفها بين العاملين المنتفعين داخل المؤسسة والمنتفعين من خارج المؤسسة؟

ت. وجود علاقة منتظمة وتعاون وتكامل فعال ودعم للفرق والعاملين: هذه تعتبر

ضرورية ومهمة للفرق وقد يكون الدعم مادي ومعنوي مثل استقطاب الخبراء وتوفير الأدوات اللازمة لعملية التغيير والتطوير.

ث. البيئة الثقافية السائدة في المؤسسة : عند إجراء أي عملية تطوير في المؤسسة

لا بد أن تطرح تساؤلات عن الثقافة السائدة في المؤسسة بين العاملين ومحاولة الإجابة عن هذه التساؤلات مثل ما الشئ الذي يجب أن نقوم به حتى نجعلهم يقومون بعملهم على أكمل وجه ويفتخرون به كذلك كيف نستطيع أن نجعلهم يتقون بالإدارة، وهل يشعرون أن الإدارة تقدرهم وتحترمهم .

ج. الشمولية في التعليم والتدريب: يجب على كل العاملين أن ينقلوا التدريب والتعليم

المناسب عن طبيعة عملهم وكيفية القيام به إذا ثبت أنه يؤدي إلى تطوير يجب على العاملين تحقيقه وكذلك على العاملين معرفة أهمية العمل الذي يقومون به حتى ولو كان صغيراً ومدى ارتباطه بعمل الآخرين.

ح. انتقاء مشاريع التطوير بحذر ودقة: وعلى القائمين في المؤسسة اختيار المشاريع

بدقة وحذر وإمكانية نجاحه وتحقيقه وخلق الفرص للتطوير وتبني برامج التطوير

ضمن فلسفة وسياسات وأهداف المؤسسة.

من خلال ما قدمناه حول مكونات إدارة الجودة الشاملة يمكن أن نقسم مقومات التطبيق

إلى جزئين هامين هما الثقافة التنظيمية و إعادة تقييمها، و تفعيل العنصر البشري في تدعيم إدارة

برنامج الجودة.

2.3.2. إعادة تقييم الثقافة التنظيمية (التغيير الثقافي):

تعتبر إدارة الجودة الشاملة فلسفة تعمل على إحداث تغييرات تدريجية في المعتقدات

التنظيمية و إجراءات العمل و غيرها، تدعمها الإدارة العليا أمام جميع المستويات التنظيمية و

تخصص لها الإمكانيات المادية و البشرية فالتزام الإدارة العليا بتطبيق الجودة الشاملة يجعلها تضع

نظاما للجودة قد يلقي قبولا أو رفضا من طرف العاملين في المنظمة، و لذلك أصبح من الضروري

إعادة تقييم الثقافة التنظيمية، و القيام بالتغيير الثقافي للوصول إلى ثقافة الجودة.

1.2.3.2. مفهوم الثقافة التنظيمية و أهميتها:

حول توضيح مفهوم الثقافة التنظيمية فقد اختلفت وجهات نظر الباحثين حيث عرفها

الكاتب Gilbert J.B.PROBST بأنها "تعبّر عن مجموعة القواعد، القيم و المعتقدات التي

تميز الأفراد عبر كل المستويات و التي تعتبر الإطار المرجعي للمؤسسة " ¹

¹ Probst. G et autre, organisation et management, édition d'organisation, Paris, 1995, p 31.

عرفها Edgar Morin على أنها " ذلك النظام الذي ينقل التجربة الموجودة لدى الأفراد و المعرفة الجماعية المركبة التي تتمثل في الاتجاهات (المعتقدات)، القيم و المعايير السائدة بين الجماعات، الأساطير و تاريخ المنظمات و الطقوس الجماعية " ¹

أما E.Schein فقد عرف ثقافة المنظمة في كتابه " الثقافة التنظيمية و القيادة " سنة 1986 بأنها "مجموع المبادئ الأساسية التي اخترعتها الجماعة أو اكتشفها أو طورها أثناء حل مشكلاتها للتكيف الخارجي و الاندماج الداخلي و التي أثبتت فعاليتها و من ثم تعليمها للأعضاء الجدد كأحسن طريقة للشعور بالمشكلات و إدراكها وفهمها " ²

لعل التعريف الأخير هو أكثر شمولاً، حيث يقصد E.Schein بالمبادئ الأساسية احترام المحيط الطبيعي أو التفتح على العالم الخارجي و كذلك القيم التي تساعد على التكيف الداخلي مثل احترام القواعد مبدأ الاستماع للغير، و يقصد أيضاً بالاندماج الداخلي أن ثقافة المنظمة تمثل هيكل داخلي لحل المشكلات، و الذي من خلاله يتم إعلام الأفراد الجدد بكل ما هو مرغوب داخل المنظمة مما يمكنهم من التعرف على المشكلات وحلها.

بناء على هذه التعاريف يمكننا أن نستخلص أن الثقافة التنظيمية هي مزيج من القيم و الافتراضات والاعتقادات و المعاني و التوقعات يشترك فيها الأفراد العاملون في المنظمة، و التي توجه سلوك الأفراد أثناء العمل و علاقاتهم ببعضهم البعض و حتى مع خارج المنظمة و ذلك باتجاه تحقيق الأهداف المشتركة للمنظمة و العاملين.

¹ [Durand. C, culture d'entreprise, Culture d'entreprise.htm,12/12/2010.](http://Durand.C,culture.d'entreprise,Culture.d'entreprise.htm,12/12/2010)

² مصطفى العشوي، الخليفة الثقافية للقيادة في المؤسسة الاقتصادية، مداخلة ضمن الملتقى الدولي المنعقد بالجزائر حول الثقافة و التسيير الجزائر، نوفمبر 1992، ص 273.

- إن لثقافة المنظمة مظاهر، رموز و مكونات تسمح لنا بالتعرف عليها تختلف من منظمة لأخرى و هذا من حيث عددها و قوة تأثيرها و التي تتوقف على عدة اعتبارات منها عمر المنظمة، قوة المؤسسين أو القادة التطور التاريخي للمنظمة، التميز و التفوق سواء في الإنتاجية أو الجودة أو الربحية، ثقافة المجتمع و ثقافات الأفراد ويمكن أن نحصر أهم هذه المكونات في العناصر التالية:¹
- **القيم:** و هي تعبير عن خصائص المنظمة الداخلية و فلسفتها حيث توفر المعايير التي تتخذ بها المنظمة قراراتها و الطريقة التي تعبر عن سلوكها التنظيمي و الطريقة التي تحفز و توجه سلوك العاملين فيها ضمن الظروف التنظيمية المختلفة.
 - **المعتقدات:** أفكار و تصورات مشتركة حول طبيعة العمل و الحياة الاجتماعية في بيئة العمل و كيفية إنجاز العمل و المهام التنظيمية.
 - **الأساطير:** الأسطورة هي رواية ذات طابع خرافي و التي تحمل معتقدات محملة بالقيم و المبادئ التي يعتنقها الناس و التي يعيشون بها و من أجلها، حيث يتداول أفراد الجماعة أحداث الأسطورة في شكل قصة مثالية انطلاقا من أحداث حقيقية تكون قد حدثت في مؤسستهم و الهدف الأساسي من إشاعة الأساطير بين أفراد المنظمة هو إعطاء صورة مثالية عنها و جو العمل بها و يمكن أن تكون هذه الأساطير مرتبطة بالأشخاص الذين رسموا أو يرسمون حياة المنظمة (أسطورة المؤسس أو أب المنظمة...).
 - **الطقوس و العادات:** و هي مجموعة من السلوكيات التي يتم تكرارها بانتظام وفق معايير محددة من طرف الأفراد في المنظمة و قد تتعلق هذه الطقوس (مثلا بطريقة التحدث أو الكلمات المتداولة وسط العمل أو طريقة الاجتماعات و عقد الجلسات و التجمعات العمالية

¹ سهام شيهاني، دور ثقافة المؤسسة في الإبداع التنظيمي-دراسة حالة موبيليس-، مذكرة ماجستير في إدارة الأعمال، جامعة سعد دحلب البليدة 2008، ص 49-50.

أو المراسيم المتعلقة بعرض النتائج في آخر السنة و مراسيم تكريم المتقاعدين ...) و قد تهدف الطقوس إلى التأكيد على القيم المشتركة في المنظمة و الجمع بين مختلف المستويات الإدارية و الوظائف في نفس النشاط و في نفس الوقت.

- **الرموز:** و التي تمثل حرص المؤسسات على أن يكون لها نمطها الخاص في المباني و الأثاث و حتى اللباس فتربط هذه الرموز بذهن العامل و المستفيد مما يعزز صورة المنظمة و يميزها عن غيرها و يولد لها شعورا خاصا بهوية العامل فيها، فقد نجد بعض المؤسسات تعتبر لغة الحوار كأحد الرموز الأكثر تعبيرا عن الثقافة بحيث تضع لغة حوار تسهل انتقال المعلومة، و تتجلى من خلال لغة مفردات خاصة.

- **الطابوهات أو المحرمات:** و هي الأشياء التي لا يجوز الحديث عنها لأنها تخالف القواعد الاجتماعية وتعرقل نشاط النظام، كالإخفاقات و المشاكل التي تحل بالمنظمة، فالطابوهات هي عبارة عن أحداث يكون لها تأثير سلبي على مستوى أداء المنظمة.

تكمن أهمية الثقافة التنظيمية في كونها توفر الإطار الجيد لتوجيه سلوكيات أفراد المنظمة و ذلك من خلال الضغوط التي تمارسها عليهم للانسجام و التناصب مع الثقافة السائدة في المنظمة، و على ضوء ذلك يرى محمود سلمان العميان أن أهمية الثقافة التنظيمية يمكن إيجازها في:¹

¹ محمود سلمان العميان، السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال، الطبعة الثانية، دار وائل للنشر عمان، 2004، ص313-317.

- تعمل الثقافة على جعل سلوك الأفراد ضمن شروطها و خصائصها، حيث أن أي اعتداء على بنود الثقافة أو العمل بعكسها سيواجه بالرفض، و بالتالي الدور الكبير للثقافة في مقاومة من يهدف إلى تغيير أوضاع سلوك الأفراد من وضع لآخر.
- تعمل الثقافة على توسيع أفق و مدارك الأفراد العاملين، حول الأحداث التي تحدث في المحيط الذين يعملون به، أي أن الثقافة التنظيمية تشكل إطار مرجعي يقوم الأفراد بتفسير الأحداث و الأنشطة في ضوءه.
- تساعد على التنبؤ بسلوك الأفراد و الجماعات، فمن المعروف أن الفرد عندما يواجه موقفاً أو مشكلة معينة فإنه يتصرف وفقاً لثقافته، أي بدون معرفة الثقافة التي ينتمي إليها الفرد يصعب التنبؤ بسلوكه.
- أما جيرالد جرينبرج فيرى أن للثقافة التنظيمية ثلاث وظائف أساسية و الموضحة في الشكل التالي:¹
- **الإحساس بالهوية:** فتزود الثقافة العاملين في المنظمة بالإحساس بالهوية، و الهوية تمثل كل ما يشعر به الأفراد و ما يحملونه من اتجاهات و رؤى مشتركة تجاه مؤسستهم فكلما كان من الممكن التعرف على الأفكار و القيم التي تسود في المنظمة كلما كان ارتباط العاملين برسالة المنظمة و زاد شعورهم بأنهم جزء حيوي منها.
- **خلق و تقوية الالتزام برسالة المنظمة:** إن شعور الأفراد بالانتماء القوي للمنظمة بفعل الثقافة المسيطرة يشجع الالتزام القوي برسالتها و ذلك من خلال الشعور بأن اهتمامات المنظمة التي ينتمي إليها الأفراد أكبر من اهتماماتهم الشخصية.

¹ عبد الله البريدي، هوية المنظمة: كيف ينظر الأفراد إلى منظماتهم، مجلة التدريب و التقنية عدد 97، الرياض، 2007، ص 35.

- دعم و توضيح معايير السلوك: حيث توجه الثقافة أقوال و أفعال الأفراد في كل حالة من حالات العمل و بذلك تستطيع المنظمة التنبؤ بسلوك أفرادها.

2.2.3.2. بناء ثقافة الجودة و المحافظة عليها:

إن خلق ثقافة تنظيمية تتفق مع إدارة الجودة الشاملة يعتبر من الأساسيات الضرورية لتطبيق برنامج الجودة حيث يعرف دليل الجودة الذي أصدره معهد الإدارة العامة بالرياض ثقافة الجودة الشاملة بأنها " نظام القيم الذي يسود المنظمة لدى جميع أعضائها ويشمل مجموع المعتقدات والإجراءات والتوجيهات المحفزة لإجراء التحسينات المستمرة للجودة بناء على رغبة المستفيد".¹

تعرف كذلك بأنها " كل القيم والأعراف والإجراءات والتوقعات التي تعزز الجودة في المنظمة وتسعى إلى تحسينها باستمرار ".²

كما تعرف بأنها " مجموعة من القيم ذات الصلة بالجودة التي يتم تعلمها بشكل مشترك من أجل تطوير قدرة المنظمة على مجابهة الظروف الخارجية التي تحيط بها وعلى إدارة شؤونها الداخلية".³

ببساطة يمكن تعريف ثقافة الجودة على أنها "خبرة وأسلوب تفكير الجودة المساعد على فعالية وكفاءة إدارة الجودة الشاملة".⁴

¹ جاسم بن فيحان الدوسري، مرجع سابق، ص108.

² منى مؤتمن عماد الدين، آفاق تطوير الإدارة والقيادة التربوية في البلاد العربية، مركز الكتاب الأكاديمي، الطبعة الأولى، عمان، 2006، ص126.

³ فؤاد زكرياء، مرجع سابق، ص 94.

⁴ Bernard Froman et Christophe Gourdon , Dictionnaire de la quallité ,Afnor , Paris , 2003 , p48.

من خلال هذه التعاريف يمكن استنتاج بأن ثقافة الجودة هي عبارة عن مجموعة القيم و المعتقدات والتوجهات التي تعزز إدارة الجودة الشاملة، و الجدول التالي يوضح مقارنة لبعض المبادئ في الثقافة التنظيمية قبل وبعد التحول إلى ثقافة الجودة الشاملة :

الجدول (4): ثقافة الجودة الشاملة

إلى	من	مجال المقارنة
ثقافة الجودة الشاملة	ثقافة منظمة تقليدية	
يشترك فيها الجميع	مسؤولية الإدارة العليا	الرؤية و القيم
موارد بشرية	قوى عاملة	نظرة الإداريين للعاملين
الإدارة بالمشاركة	الإدارة بالرقابة	أسلوب الإدارة
تدفق أفقي	تدفق رأسي	تدفق العمل
الاهتمام بترشيد الجهود	الجهد مقابل الأجر اليومي	الإهتمام بالجهود
تكاملية: عملاء/موردون داخليون	أحزاب متضاربة	العلاقة بين الأقسام
عملية متكاملة	نطاق ضيق	نظام التطبيق
مسؤولية فرق العمل	المسؤولية الفردية	المحاسبة
تعزيز إيجابي (نواب للتحسين)	تعزيز سلبي (عقاب للخطأ)	تعزيز الأداء
متبادل	من أعلى إلى أسفل	الاتصال
التشاور قبل إصدار القرار	أوامر إلزامية	القرارات
نوعية متعددة	تخصصية ضيقة	مهارات الأفراد
مسؤولية الجميع	مسؤولية الرؤساء	تطوير العمل
تشريف (لجميع العاملين)	تكليف (للرؤساء فقط)	إسناد المسؤولية
حق تطويري	واجب تطويري	التدبير للأفراد

المصدر: أشرف فضيل جمعة، بناء ثقافة الجودة الشاملة من خلال فرق التحسين المستمر، المؤتمر الوطني

الثاني للجودة: بيئة العمل و ثقافة الجودة .. رؤية لمستقبل واعد، الدمام، 12-14/2/2007، ص 4.

1.2.2.3.2. التغيير الثقافي و بناء ثقافة الجودة:

إن القيم و الافتراضات و المعايير السلوكية و التقاليد السائدة في أي منظمة تنشأ لوجود

أسباب، و ترجع هذه الأسباب إلى:¹

- تأثير المؤسسين أو قادة المنظمة: و هم أول من تقلد أمور الإدارة بالمنظمة، وهم من

يقومون بإرساء القواعد الأولى و من يحددون الأنظمة و الأساليب، و يحدث كل هذا في

بدايات حياة المنظمة حيث تكون الرغبة قوية في إنشاء و تأسيس حياة جديدة لمنظمة

جديدة، و تكون هناك رغبة أيضا من العاملين لتقبل أي قواعد و أنظمة و أساليب، و ذلك

رغبة منهم في التثبيت و التقيد بالقواعد والأنظمة و الأساليب لحماية أنفسهم و تصرفاتهم

و لإعطاء الشرعية لهذه التصرفات، و هنا يلعب القادة الدور الكبير في نشأة الثقافة، فمن

طريقة عملهم يشيرون القيم و المثل التي سيحتذى بها.

- التفاعلات مع البيئة الخارجية: حينما تحتك المنظمة في سنواتها الأولى بالبيئة الخارجية (

من العملاء والمنافسين و الموردين و الحكومة) تجد لنفسها نافذة يمكن أن تبذل من

خلالها، و تكتب البقاء والاستمرار للمنظمة و توفر لها إمكانية المنافسة و تحقيق أهدافها،

ففي السنوات الأولى حينما يكون هناك صراع من أجل البقاء و كفاح من المؤسسين

لإثبات إمكانياتهم و تحقيق قدرات المنظمة، تظهر القيم التي ستمسك بها المنظمة لكي

تحيا في السوق" ، و من هذه القيم نجد ما يمس : الجودة ، السعر خدمة الزبائن،

الأمانة، الدقة، الإبداع...، و عليه تبدأ ثقافة المنظمة في النشأة و تتشكل شيئا فشيئا.

¹سهام شيهاني، مرجع سابق، ص 46-47.

- التفاعلات الداخلية بين وحدات المنظمة: عندما تكون المنظمة في بداياتها تكون خالية

تماما من أي قيم أو معايير سلوكية، فتعمل التفاعلات و الاحتكاكات بين وحدات التنظيم

(و بين المسؤولين) على تشكيل هذه القيم، و من هذه الاحتكاكات يظهر ما يجب عمله

و ما لا يجب، و تشوب هذه المرحلة الكثير من الصراعات بين المسؤولين عن الوحدات

التنظيمية (فهناك من يحاول فرض سيطرته، و هناك من يعتمد على خبراته الوظيفية...)

و في ظل هذه التفاعلات تبدأ ثقافة المنظمة في النشأة و تتحدد القيم و المعايير السلوكية

بين المسؤولين في الوحدات التنظيمية.

خلاصة الأمر، بمزج العناصر السابقة تتحدد الاتجاهات النفسية و المشتركة داخل

المنظمة و القيم والأهداف التي سيتم التمسك بها، و أنماط السلوك و التصرفات المشتركة بين

العاملين في المنظمة.

بعد أن يتم تشكيل أو بناء ثقافة المنظمة ، تعمل الإدارة العليا على تقييم هذه الثقافة و ذلك

بطرح الأسئلة :

- هل تصلح ثقافة المنظمة الحالية لتطبيق الاستراتيجيات التي تم اختيارها؟

- هل تصلح ثقافة المنظمة الحالية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة؟

فإذا كانت الإجابة بنعم، فالإدارة لا تواجهها مشاكل بخصوص هذه الثقافة و عليها العمل

على تدعيمها و ترسيخها و زيادة تمسك العاملين بها ، أما إذا كانت الإجابة بلا، فعلى الإدارة أن

تعمل على تغيير هذه الثقافة بشكل يتلاءم مع أهداف المنظمة، و هذا ما نسميه بإدارة الثقافة، فهي

الإدارة التي تعمل على تطوير أو تدعيم ثقافة المنظمة لكي تصبح ملائمة و فعالة مع أهداف المنظمة فهي قد تدعم الثقافة الفعالة أو تغير الثقافة غير الفعالة.

هناك مجموعة متعددة من الأساليب التي يمكن استخدامها لقياس الثقافة بصورة عامة وثقافة

الجودة خاصة ونذكر منها :¹

أ. الملاحظة الميدانية:

عند دراسة مجموعة من المستهلكين يعمل الباحثون على مراقبتهم باختيار عينة منهم أو كلهم وملاحظة تصرفات هؤلاء الأفراد، ومن خلال المشاهدة يتوصل الباحث إلى معرفة قيم وعادات وتقاليد هذه المجموعة.

ب. تحليل المحتوى:

يستطيع الباحث في هذا المجال تحليل محتويات الرسائل الصادرة عن المجتمع لأن هذا التحليل يركز على محتويات الاتصالات الشفوية والمكتوبة المتعلقة بمجتمع الدراسة ومعرفة مدى التحول الثقافي الخاص بالجودة في شريحة معينة من المستهلكين، مثلاً كالتعرف على التغير الحاصل في الثقافات الفرعية وفي القيم والعادات وانعكاسها على الخدمات، وهذا التحليل مهم لمتخذي القرار القائمين بتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة لما يوفره من معلومات عن عمليات التطبيق ومدى توافقها مع الثقافة العامة للمجتمع ومدى رضاهم عن فلسفة إدارة الجودة الشاملة وانسجامها مع الثقافات الرئيسية والفرعية.

ت. وسائل قياس القيم:

¹ مؤيد عبد الحسين الفضل، يوسف حجيم الطائي، إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلى المستهلك، الوراق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى عمان، 2004، ص ص 414، 417.

بموجب هذه الوسائل يتم توجيه أسئلة إلى المستفيدين مباشرة عن شعورهم ببعض المفاهيم الخاصة بالجودة ومتطلباتها ومدى الإشباع الذي تحققه لهم والنتائج المترتبة عند تطبيقها وتسمى هذه الطريقة بوسائل قياس القيم ومن أشهر وسائل قياس القيم المستخدمة نذكر :

- **مقياس روكيه :** وهو عبارة عن استمارة تعتمد على التقرير الذاتي للمستفيدين وتتألف من جزئين رئيسيين يقيس كل جزء منها بعض القيم الشخصية المختلفة والمكملة للجزء الآخر، يتألف الجزء الأول من 18 عنصرا مصممة لقياس الأهداف القيمية النهائية للفرد، بينما يتألف الجزء الثاني من 18 عنصرا لقياس الوسائل أو الأساليب التي يمكن إتباعها لتحقيق هذه الأهداف، يمكن استخدام هذا المقياس في بيان العلاقة بين إدارة الجودة الشاملة وسلوك المستهلك أو المستفيد فيما يتعلق بمفاهيم وطرق وأساليب تطبيق الجودة .

- **مقياس ينكيلوفيش :** لقد تم تطوير هذا المقياس من قبل ينكيلوفيش وسكلي وواين عام 1985 والذي بموجبه تم متابعة بعض المؤشرات الاجتماعية التي تعكس بعض القيم الاجتماعية حيث تم البدء بهذا المقياس عام 1970 واستمر تطويره حتى تضمن أكثر من خمسين مؤشرا اجتماعيا ويوفر معلومات مفصلة عن بعض المتغيرات المتعلقة بالحجم والاتجاه والمضامين لهذه التغيرات الاجتماعية وربطها بالعوامل الديمغرافية وحجم الطلب والجودة الملائمة، بيان التغير المرتقب على حجم هذه السلع والخدمات وأيهما أكثر تأثرا لذلك، إن هذا المقياس يمكن أيضا استخدامه في مجال الجودة ومعرفة أي من الخدمات التي تؤثر وتحقق تغيرات اجتماعية وتحقق التطور في طرح المنتجات من حيث تحسين الجودة نتيجة التغير في العوامل الاجتماعية .

1.1.2.2.3.2. التغيير الثقافي: هو عملية داخلية تهدف إلى التكيف مع عمليات التغيير

للمؤسسة أي تطوير المواقف و المعتقدات و القيم التي تتلاءم مع رسالة المنظمة و إستراتيجيتها و مناخها وتكنولوجياتها، و الهدف من التغيير الثقافي هو إحداث تغييرات شاملة في المناخ التنظيمي و أسلوب الإدارة وأسلوب التصرف الذي يساند المنظمة مساندة ايجابية لتحقيق أهدافها ¹

حول إمكانية تغيير الثقافة، دار جدل بين مختلف الباحثين فهناك من يرى أنه لا يمكن تغيير ثقافة المنظمة و خصوصا إذا كان التغيير جذريا و عميقا و هناك من يرى إمكانية تغيير ثقافة المنظمة حتى و لو كان جذريا وفي الواقع العملي أصبح تعديل ثقافة المنظمة أمر حتمي لأجل بقاء و استمرار المنظمة، "يرى السويدي أن الثقافة تتميز بالاستقرار النسبي مع التطور و التكيف لمسايرة التغيرات، حيث تنمو الثقافة و تتطور بالاختراعات والاستعارات الثقافية، و ذلك باختيار أنماط ثقافية و إدخالها ضمن النسق الثقافي الجديد الذي يلائمها و تقتبسه بحيث ينشأ عنه مركب له خصائص جديدة " ²

من جهة أخرى هناك من يرى أن تغيير ثقافة المنظمة يتوقف على عاملين أساسيين هما: ³

- **حجم و تعقد المنظمة ذاتها:** كلما كان حجم المنظمة كبيرا و تميزت أنشطتها بالتعقد

كلما كانت عملية تغيير الثقافة بها بصورة سريعة عملية صعبة و معقدة.

¹ دافيد ويلسون (ترجمة تحية عمار)، إستراتيجية التغيير ، الطبعة الثانية، دار الفجر، القاهرة، 1999، ص139.

² بوفلجة غياث، الإيجابية و السلبية في مواجهة المواقف المهنية (مقارنة ثقافات العمل بين جزائريين و فرنسيين)، مجلة الإداري ، عدد رقم 102، مسقط، سبتمبر 2005، ص 66.

³ بلعجور حسن، ثقافة المؤسسة و أثرها على الأداء العام للمؤسسة، مداخلة ضمن الملتقى الدولي الأول حول التسيير في المؤسسة الاقتصادية، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، 2005، ص8

- درجة تجانس ثقافة المنظمة: كلما كانت ثقافة المنظمة المطلوب تعديلها متجانسة

كلما كان من الصعب إجراء تغيير سريع في هذه الثقافة.

مراحل عملية التغيير الثقافي: ليس من السهل و لا من السرعة هدم ثقافة قديمة لا تتوافق

مع الممارسات و الاستراتيجيات و الإبداعات الجديدة للمؤسسة و بناء ثقافة جديدة تساعد على

نجاح هذه الاستراتيجيات الجديدة، فالأمر مركب يحتاج إلى إستراتيجية واضحة، نلخصها في ثلاث

مراحل:

المرحلة الأولى: و تسمى حسب E.DELAVALLEE بمرحلة إذابة الجليد " حيث يدرك

الفرد أهمية أو فائدة التغيير، و الهدف يكون في هذه المرحلة للتعبير بواسطة إظهار إمكانية

التغيير " ¹

تشمل هذه المرحلة:

- تشخيص الجوانب المختلفة للثقافة الحالية : من خلال تحليل سلوكيات الأفراد و

الطرق التسييرية" فقد أشار DOLAN et GARCIA لإعادة تصميم ثقافة المنظمة

لابد من التمييز و التشخيص بين مستويين هما: المستوى الاستراتيجي (وتمثل الثقافة

الضمنية التي تتكون من المعتقدات أو الافتراضات الأساسية، و القيم الجوهرية

المشتركة و التي تميز الثقافة السائدة في المنظمة، والمستوى التشغيلي (الذي يسمى

بالمستوى الصريح أو الملحوظ و هو يتضمن التعليمات و الإجراءات واللوائح و

السلوكيات، ما تبدو عليه المنظمة أي الصورة الخارجية التي تتضمن السمات،

¹ E.DELAVALLEE, la culture d'entreprise pour manager autrement, édition d'Organisation , Paris, 2002, P98.

السمعة، الشعار و المبنى)¹ و بناء على ذلك تستطيع المنظمة تحديد نقاط القوة و الضعف في الثقافة السائدة، تحديد درجة فاعلية الثقافة في أداء وظائفها، تقييم مدى ديناميكية الثقافة مع الإبداع والتجديد و التطوير .

- تحديد الثقافة المرغوبة: في هذه الخطوة يجب أن تحدد المنظمة رؤيتها و تطلعاتها المستقبلية لنوعية الثقافة التي تريد تحقيقها، كما يجب أن توضح التزاماتها بأن تعمل من خلال الرؤية التي تحددها.

على ضوء ما سبق يجري التفكير في أنسب الطرق لإحداث تغيير يساعد على تجديد نظام القيم السائدة و إحلالها بقيم و ثقافة وقائية تكون معدة لتتلاءم مع التحولات المستمرة التي تمر بها المنظمة و التي تحدثها من خلال إبداعاتها² و هنا يظهر الدور الفعال للقائد في التغيير الثقافي " حيث بين E.Schein أن القائد هو الذي يستطيع اختبار مقاييس الثقافة التي تساعد المنظمة في تحقيق مهمتها و أهدافها و بذلك تستغل قدراتها في تحقيق التغيير المطلوب"³

المرحلة الثانية: في هذه المرحلة تركز الإدارة على عملية الاتصال، حيث يجب أن يتفهم العاملون المبادئ الأساسية للتغيرات الثقافية و العمل من خلالها، و ما تعنيه هذه المبادئ بالنسبة لهم و ما مدى استفادتهم منها، و مدى استفادة المنظمة، " حيث يعتقد M.Thévenet (1993) لكي يتاح التغيير الثقافي يجب أن تتوفر عدة شروط منها (اقتناع كل العاملين بضرورة

¹ محمد صدام، الإدارة المعتمدة على القيم، مجلة الإداري، عدد 97، مسقط، جوان 2004، ص20.

² علي عبد الله، التحولات و ثقافة المؤسسة، مداخلة ضمن الملتقى الوطني الأول حول الاقتصاد الجزائري في الألفية الثانية، البلدة، 2002، ص12.

³ MAURICE THEVENET, Audit de la culture d'entreprise, édition d'Organisation, Paris, 1986, p175

التغيير الثقافي و بصعوبته، أن تلعب الإدارة دورها عن طريق إيصال رسالة لكل العاملين تشرح
الوضعية الحقيقية للمؤسسة و ضرورة هذا التغيير)¹.

هذا لا يكون إلا "بشرح الفلسفة الجديدة للإستراتيجية المتبعة من طرف القادة و التي تحمل
الرؤية الجديدة التي يريدون تطبيقها لمواجهة التغييرات الخارجية و العمل على تشجيع العمال و
تحسيسهم بأهمية التغيير والتطوير الثقافي"²

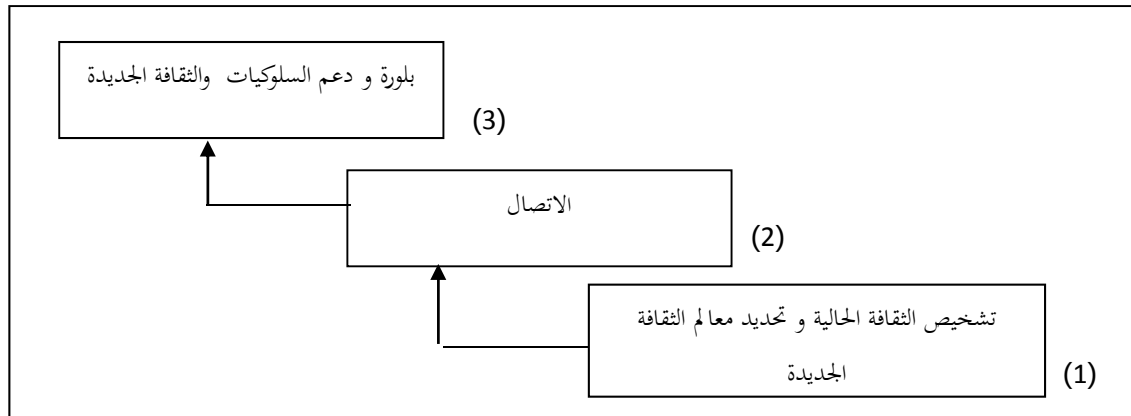
المرحلة الثالثة: في هذه المرحلة يتم بلورة و دعم السلوكيات المطلوبة من التغيير و ذلك
بالاعتماد على:

- العمل بجذ للتخلص من الاعتقادات الخاطئة.
- وضع نظام اتصال فعال لتسهيل حركة الأفكار و الممارسات بالشكل الذي يثري و
ينمي ثقافة المنظمة.
- وضع نظام استحقاق يستجيب للحاجات غير المشبعة و ينمي الحاجة إلى الإنجاز و
التميز والإبداع.
- تثمين و تفعيل نظام الاختيار و التعيين و التدريب و الترقية و تقييم الأداء و الحوافز
باعتبارها الركائز الأساسية لزرع الانضباط، النظام، المسؤولية، تنمية روح المسؤولية و
الانتماء و الولاء و تحفيزهم على الإبداع و الابتكار و إبداء الرأي و الرقابة الذاتية و
العمل الجماعي.

يمكن توضيح المراحل الثلاث للتغيير الثقافي من خلال الشكل التالي:

¹ E.DELAVALLEE.Op-cit.p78

² John P.KOTTER et James L.HESKETT, culture et performance, édition
d'Organisation, Paris, 1993, P115.



شكل (11): مراحل التغيير الثقافي

المصدر: من إعداد الباحثة.

2.1.2.2.3.2. المحافظة على ثقافة المنظمة و تدعيمها: تعمل المنظمة على

المحافظة على ثقافتها، و التي أثبتت توافقها مع رؤية و أهداف المنظمة، ذلك أنه و بمرور الزمن و مع توالي الأحداث ينسى العاملون فيها معايير سلوكية تعبر عن ثقافة مؤسستهم و كي لا تضيع هذه القيم و المعايير تميل المؤسسات إلى استخدام طرق لتقوية ثقافتها.

من بين العوامل التي تساهم في تقوية و ترسيخ ثقافة المنظمة:

- الإدارة العليا: تعتبر الإدارة العليا عاملا مؤثرا في ثقافة المنظمة من خلال القرارات التي تتخذها وكذلك مدى التزامها بسياستها و فلسفتها في جميع المجالات، فكلما حافظت و التزمت الإدارة على استخدام لغة واحدة، عبارات و طقوس مشتركة، معايير سلوكية تتضمن توجهات حول العمل وفلسفة الإدارة، و أيضا سياستها اتجاه حجم المخاطرة، الجودة، الحرية الممنوحة للعاملين ...، كلما رسخت هذه الثقافة في أذهان أفرادها.

- التطوع الاجتماعي: و الذي يعتبر من العوامل الرئيسية التي تساهم في استمرار الثقافة، و ذلك لأنه يمثل الوسيلة التي من خلالها يتم اكتساب الاعتقادات و القيم و الافتراضات التي تتكون منها الثقافة، حيث يعمل التطوع الاجتماعي على تعليم و تعويد أفراد المنظمة على القيام بتصرفات سلوكية تتماشى مع القيم و المعايير الخاصة بثقافة المنظمة، و أيضا تحفيز من يتمسك بها و عقاب من يخرج عنها، "حيث أن المنظمة التي تسودها ثقافة ضعيفة، تعكس جوانب سيئة مثل الاختيار السيئ للعاملين و عدم التأهيل الاجتماعي الكافي لهم، و سوء توزيع الأعمال...، بينما على العكس من ذلك فإن المؤسسات التي تسودها ثقافات قوية و حسب ما توصلت إليه إحدى الدراسات، فهي تعاني من الآلام لتعرض العاملين إل عملية تطوع اجتماعي محكمة و قاسية"¹

تتم عملية التطوع الاجتماعي وفق خطوات، نوضحها في الجدول التالي:

¹ جمال الدين محمد المرسى و ثابت عبد الرحمن ادريس، السلوك التنظيمي، دار الجامعة الجديدة، القاهرة،

جدول (5): خطوات التطويع الاجتماعي

الخطوة	الوصف
(1)	اختيار العاملين بعناية و حرص، يكونون قادرين على التكيف مع قيم و معايير ثقافة المؤسسة.
(2)	تقديم الإرشادات بطريقة متكررة عن معايير ثقافة المنظمة و كيفية الالتزام بسياسات المؤسسة المعبرة عن ثقافتها، للتأكد من انتشار قيم و افتراضات المنظمة.
(3)	تدريب العاملين على الثقافة (التدريب على الشعارات، القصص، اللغة و المصطلحات الدارجة، الطقوس،...)
(4)	استخدام نظام المكافأة و الترقية و كذا العقاب لتعزيز الالتزام و الحفاظ على قيم المؤسسة.
(5)	استخدام نماذج الدور modèles de rôle التي تتفق مع الثقافة كأمثلة ملموسة تخدم التقليد و المحاكاة، كأن يلعب بعض المديرين كنماذج و أمثلة للقيم و المعايير السلوكية الواجب الالتزام بها.
(6)	دعوة المؤسسين القدامى و استخدامهم كنماذج يمكن الاحتذاء بها، بأن يلعبوا دور القصاصين الذين يحكون القصص عن ثقافة مؤسستهم.
(7)	الاهتمام بالطقوس و الشعائر و الاحتفالات، لما لها من دور في ترقية السلوك و تذكير الأفراد.

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على المرجع السابق، ص 403.

لإنجاح إدارة الجودة في ترسيخ ثقافة الجودة لابد من تضافر الجهود لذلك خصوصا لوجود

تنظيمات وممارسات تتعارض مع مفاهيم إدارة الجودة الشاملة من جهة و وجود خلفيات لبعض

العاملين في المنظمة برفضهم التأقلم مع التغيير الواجب القيام به من جهة أخرى، و عليه فإن ثقافة

الجودة تحاول إحداث التغيير المناسب والضروري من خلال مقومات عدة، من أهمها: ¹

- **جودة المعلومات:** من جملة ما تعتمد عليه ثقافة الجودة توفير أكبر قسط من المعلومات،

و بالتالي تضم كل من: إنتاج و نقل الأفكار و الآراء و النظريات و الحقائق و

الاحصائيات و الأنشطة الثقافية والفنية المتعلقة بالنظم و كافة العمليات المستخدمة من

أجل التحسين الدائم و المستمر لكل الأنشطة والعمليات في المنظمة.

- **تشكيل مجلس قيادة للجودة:** على غرار المجالس الأخرى التي تكون فيها القرارات متبناة

من قبل رئيس واحد يتولى وجده زمام الأمور، في الحالة التي نحن بصدددها يختلف الوضع

تماما حيث يتم تشكيل مجلس متكون من عدة أعضاء فاعلين و مؤهلين لأداء مسؤوليات

محددة تتناسب و قدراتهم و خبراتهم المكتسبة، و يتم التشاور بين الأعضاء الفاعلين على

مستوى المجلس لحل المعوقات التي تواجه إدارتهم وكيفية التغلب عليها و عدم الوقوع فيها

مرة أخرى.

- **المكافأة على النتائج المحققة:** يسبق كل عمل منجز هدف مسطر تم رسمه مسبقا و

انطلاقا من هذا المبدأ العملي تقاس المنظمات بمدى قدرتها على تحقيق أهدافها و النتائج

المحققة مقارنة بالمرجوة وبالمقابل ينال كل فرد شارك في تحقيق هذا الانجاز على مكافآت

نظير ذلك.

- **إشعار العاملين بالأمان في وظائفهم:** من خلال زرع الثقة الدائمة بأن منظماتهم قائمة و

ستدوم بمدى مساهمة العاملين فيها و هذا بتوضيح أهداف العمل و مساعدة العاملين على

¹ معين أمين السيد و دندن صالح، مكانة ثقافة الجودة في عصر العولمة، المؤتمر العلمي الدولي حول علمة الإدارة في عصر المعرفة، جامعة الجنان، طرابلس-لبنان، 15-17 ديسمبر 2012، ص 20-21.

فهم الأهداف، السياسات و تنمية الاتجاه نحو العمل كفريق و تدريبهم على مبدأ الاستفادة من الآخرين و كذلك تنمية روح القيادة في نفوس العاملين.

- إرساء مبدأ التعاون و ليس التنافس فقط هو أساس العمل: يرجع التعاون و العمل الجماعي و البعد عن السلبية و اللامبالاة من أبرز الوسائل و الأساليب لتحقيق التحسين المستمر في طريق أداء العمليات و الاعتماد على هذا الأسلوب يتيح الفرصة لإظهار المواهب و الطاقات الابتكارية، إضافة إلى اكتساب المهارات السلوكية اللازمة من الغير و إتاحة الفرصة لتبادل المعلومات و الخبرات.

- العدالة و الشفافية في دفع المستحقات المالية (المرتبات و الحوافز): إن نظام إدارة الجودة الشاملة الذي يعكس التغيير الحادث في ذهنيات العاملين في الإدارة لابد من أن يوفر جانب الإنصاف و العدل في معالجة الرواتب و الحوافز مقارنة بالرواتب داخليا و خارجيا و كذلك شعور العاملين بأنها وزعت بصفة منصفة.

3.3.2. تفعيل المورد البشري ضمن إدارة الجودة الشاملة:

إن الغاية المنشودة من تطبيق برنامج إدارة الجودة الشاملة هو تغيير أسلوب العمل و تجديده وفق أنظمة وسياسات محددة توجه التفكير نحو أداء المهمات و الواجبات بجودة ومرونة و هذا لا يكون إلا بواسطة فريق عمل و أفراد أكفاء بمختلف تخصصاتهم و مستوياتهم في كل خطوة من إنتاج الخدمة الصحية و التي يمكن أن تقود إلى الجودة المرغوبة.

نظرا لأهمية الدور الذي تلعبه الطاقات البشرية و كفاءتها في تعزيز تحقيق أهداف الجودة الشاملة بما أنهم هم من يديرون عملية تقديم الخدمة سوف نركز على شرح و تفصيل هذا الدور من خلال ما يلي:

1.3.3.2. دور إدارة الموارد البشرية في تدعيم برامج الجودة الشاملة:

تتميز العلاقة بين إدارة الموارد البشرية و إدارة الجودة الشاملة في أنها قائمة على التبادل و التكامل " فكما هو مطلوب من إدارة الموارد البشرية أن تعدل و تكيف بعض أنظمتها السابقة و تعتنق أنظمة جديدة فإنه بالمقابل مطلوب من فلسفة إدارة الجودة الشاملة أن تستوعب أهمية الدور الذي يمكن أن تلعبه إدارة الموارد البشرية على صعيد تطبيق برنامج الجودة الشاملة لكونها الإدارة المتخصصة و القادرة على إحداث التغيير المطلوب في ثقافة الأفراد و اتجاهاتهم و تنمية قابليتهم التي تعد من الشروط الأساسية لنجاح إدارة الجودة الشاملة"¹.

¹ محمد الصالح قريشي، إدارة الجودة الشاملة و تحدي المورد البشري في قطاع التعليم العالي، مداخله ضمن المؤتمر الدولي حول إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات ، جامعة منتوري-قسنطينة، 2011، ص 10

فالمورد البشري قادر على فهم أبعاد إدارة الجودة الشاملة و مستلزمات تطبيقها لما يمتلكه من قدرات فكرية و تنظيمية و مهارات متنوعة و الذي يسهل من تحقيق العمل الجماعي و العمل بروح الفريق الواحد حيث تقوم إدارة الجودة الشاملة بتوجيه العاملين للقيام بالأفعال الصحيحة في الوقت الصحيح و دائما.

نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة يقف على تهيئة العنصر البشري وفق متطلبات هذا البرنامج، فكان لابد من انطلاق عملية التطبيق أن تسعى المنظمة إلى توفير الأفراد المؤهلين من خلال تطبيقات إدارة الموارد البشرية و المتمثلة في:

1.1.3.3.2. الاستقطاب و التوظيف في ظل إدارة الجودة الشاملة:

حتى تعطي إدارة الموارد البشرية دعماً حقيقياً لمرحلة الانطلاق في تطبيق الجودة الشاملة في المنظمة يجب عليها العمل على استقطاب و تعيين عمالة جديّة تتميز بقدرات تأهيلية عالية كما تمتلك القدرة على التجديد لأنها منفتحة على التغيرات و التطورات التي هي مقبلة عليها في إطار نشاطها داخل المنظمة، فاستقطاب و تعيين مثل هذه الكفاءات سيكون له أثر كبير على تحفيز الأفراد السابقين بالمنظمة بسبب المنافسة التي قد تنشأ بينها أو بسبب الخوف من الإقصاء لذلك يمكن اعتبار التعيينات الجديدة مؤثر خارجي للأفراد من أجل دعم عمليات التغيير نحو الجودة.

خلال مرحلة تطبيق إدارة الجودة تعيش فيها المنظمة نوع من التردد متأثرة بمظاهر التغيير و النتائج المصاحبة لعملية التحول للجودة الشاملة و كذلك مظاهر مقاومة التغيير التي تعكس رغبة بعض الأطراف في المحافظة على الوضع السابق و المكاسب المترتبة عنه، فتطالب إدارة

الموارد البشرية باعتماد برنامج للاستقطاب يركز على الأفراد الذين يتميزون بالكفاءة العالية فقط و القادرين على شغل وظائف محددة و دقيقة اي تلك الوظائف التي تخدم برنامج الجودة و تعاني المنظمة على مستواها من بعض العجز حيث تكون على استعداد تام للانسجام مع موارد المنظمة و برنامجها التغييرى و من خلال هذا المنطلق لابد أن تكون إجراءات التوظيف و اختيار المرشحين صارمة و دقيقة.

عندما تنتج المنظمة نحو مرحلة مراجعة و متابعة النتائج المحققة من تطبيق الجودة الشاملة و تثبيتها تميل إلى تدعيم سياسة التوظيف الداخلي رغبة منها في تدعيم الولاء التنظيمي و الرضا الوظيفي و بالتالي تشجيع الأفراد أكثر على التمسك بعملية التغيير و العمل على مواصلتها و هذا لا يعني إلغاء تام لكل أنشطة التوظيف الخارجي حيث تمارسه إدارة الموارد البشرية بهدف معالجة بعض حالات الاختلال التي تنشأ بسبب العجز في بعض الاختصاصات الضرورية لاستمرار أنشطة المنظمة.

2.1.3.3.2. التعويض في ظل إدارة الجودة الشاملة:

يعد نظام التعويض من أكثر الأنظمة إثارة للخلاف من بين الأنظمة التي تدعم إدارة الجودة الشاملة حيث كانت نظم التعويض قبل تطبيق إدارة الجودة الشاملة تعتمد إما على الدفع من أجل الأداء أو الدفع من أجل المسؤولية (وصف الوظائف)، و كل منها تعتمد على الأداء الفردي الذي يهيء جوا تنافسيا بين العاملين وعلى العكس من ذلك فإن فلسفة إدارة الجودة الشاملة تركز

على المرونة و الاتصال الجانبي و فاعلية المجموعة والمسؤولية المتعلقة بكل العمليات الهادفة إلى
ارضاء المستفيد من الخدمة كنتيجة قصوى.¹

فالدعم المادي يجب أن يكون دعامة لتحسين الجودة في المنظمة و ذلك الدعم يمكن أن
يأخذ دور الحافز القوي أو الإعجاب المتفاني أو دورا ما بينهما و يجب أن يدعم تحسين الجودة، و
بالقياس إلى تلك النتيجة فإن أي نظام للتعويض يجب أن يتبع هذه القواعد الأساسية لإدارة
الجودة:²

- يجب أن يكون التعويض موجها إلى المستفيد أي يجب أن يتم الدفع لجميع الموظفين على
المهارات التي تهم المستفيدين الخارجيين للمنظمة، و عمل ذلك يتطلب الفهم الواضح لما
يحتاجه المستفيد و يتوقعه وما تفعله المنظمة لمقابلة تلك الحاجات و التوقعات، و كل
العاملين و الإداريين هم زبائن لمنظومة التعويض فحاجاتهم و توقعاتهم يجب أيضا أن
توجه منظومة التعويض.
- يجب أن يتكبد التعويض مع العمل الجماعي.
- يجب أن تحظى منظومة التعويض بالمشاركة الكاملة للعاملين.

أما عن استراتيجية نظام التعويض خلال التغيير نحو إدارة الجودة الشاملة يمكن أن تختلف بين

ثلاث مراحل و هي:

¹ خولة عبد الحميد محمد و آخرون، أثر استراتيجيات إدارة الموارد البشرية في تنفيذ إدارة الجودة الشاملة -دراسة
تطبيقية في معمل الاسمنت السدة-متاح على الموقع www.iasj.net/iasj?func=fulltext&ald=64350 ،
ص 16 تاريخ التصفح 2013/11/10.

² جورج ستيفن، يمرزكيرس أرنولد، ترجمة حسيح حسين، إدارة الجودة الشاملة: الاستراتيجيات و الآليات المجربة
في أكثر الشركات الناجحة اليوم، دار البشير، عمان، 1998، ص 136.

- مرحلة انطلاق تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمة و التي يجب أن تكون أنظمة التعويض محفزة و مرنة و هذا يعني أنها تتغير بتغير درجة المساهمة و المشاركة الشخصية في عملية التطبيق و هذا من أجل ضمان أكبر مستوى من المشاركة العمالية.
- مرحلة تنفيذ إدارة الجودة الشاملة، حيث يقوم نظام التعويض على النجاعة الفردية بالدرجة الأولى فحسب و كذلك المساهمة في إنجاز الأهداف الجماعية، كما يركز على معيار الأقدمية في المنظمة لكونها تجسد درجة وفاء الأفراد لمنظمتهم و مدى تحملهم للأعباء و المشاكل و الأخطار المصاحبة لعملية التطبيق.
- مرحلة تثبيت الجودة الشاملة: في هذه المرحلة فإن نظام التعويض يجب أن يكون محققاً لمبدأ الربط بين المقابل المادي و النتائج المحققة على المدى القصير من طرف الأفراد و فرق العمل، و مبدأ أن الحافز المادي الهادف من أجل إقناع العمال و دمجهم أكثر في العملية التطبيقية كدعم دور العمال في اتخاذ القرارات التغييرية و المحافظة عليها.

3.1.3.3.2. تقييم الأداء في ظل إدارة الجودة الشاملة:

تعد وظيفة تقييم الأداء من أهم الوظائف التي تمارسها إدارة الموارد البشرية، فعن طريق القياس و التقويم تتمكن المؤسسة من الحكم على دقة السياسات و البرامج التي تعتمد عليها سواء كانت سياسات استقطاب أو اختيار أو تعيين أو برامج سياسات التدريب و التطوير و متابعة الموارد البشرية.

يتميز نظام تقييم الأداء وفق إدارة الجودة الشاملة بأنه أكثر فعالية و موضوعية و أكثر عدلاً من نظام تقييم الأداء التقليدي الذي كان يركز على مجموعة من الصفات و هي معايير غير

ملموسة، خاصة و أن المقيم هو إنسان يميل إلى صفة أكثر من أخرى فإن تقييمه سيكون متحيزا و لا يعطي نتائج صحيحة، و بالتالي فإن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمة يستدعي التخلي عن نظام تقييم الأداء التقليدي لأنه لا يتماشى مع مبادئها و اعتماد نظام آخر في ظل فلسفة إدارة الجودة الشاملة يركز على تزويد العاملين بمعلومات مرتدة حول مجالات التحسين الممكنة في أدائهم و لهذا الغرض يجب توفير نوعين من المعلومات المرتدة:¹

- معلومات وصفية من المديرين و الزملاء و العملاء...الخ
 - معلومات موضوعية تستند إلى عمليات الوظيفة ذاتها باستخدام الأساليب الإحصائية للرقابة على الجودة مثل مخطط باريتو.
- لهذا فإن المنظمة عندما تطبق إدارة الجودة الشاملة سرعان ما تكتشف أن نظام تقييم الأداء القديم المتبع يعوق تطبيق إدارة الجودة الشاملة، و الجدول التالي يظهر مقارنة بين نظام تقييم الأداء بالمفهوم التقليدي و مفهوم إدارة الجودة الشاملة.

¹ رفيقة شمامي، تفعيل المورد البشري ضمن إدارة الجودة الشاملة، مذكرة ماجستير، جامعة سعد دحلب البليدة، 2006، ص 108.

الجدول رقم(6): مقارنة بين نظام تقييم الأداء التقليدي و بين نظام تقييم الأداء في ظل

إدارة الجودة الشاملة.

البيان	نظام تقييم الأداء التقليدي	التقييم في ظل إدارة الجودة الشاملة
وضع الأهداف	يضعه الرئيس لتقيس أداء الأفراد و لا يمددهم بالتغذية العكسية	يشترك في وضعها العاملون مع المديرون ويستفيدون بالتغذية العكسية مستقبلا.
العمل الجماعي	يركز على الأداء الفردي و لا يشجع المجموعات	يركز على فرق العمل وليس على الأشخاص
طريقة التقييم	تتميز الطرق التقليدية باعتمادها على خصائص غير ملموسة بالإضافة إلى التحيز في التقييم	التقييم من جانب جهات متعددة بالإضافة إلى التقييم الذاتي مما ينتج عنه تعدد المعايير المعتمد عليها
دور القيادة	نظام هرمي يعتمد على المديرين في وضع الأهداف والمتابعة وتقييم أداء العاملين	نظام هرمي مقلوب يقوم على رضا العملاء ودور المدير هو دعم العاملين وتوجيههم
من يقوم بالتقييم	المدير والمشرف هو المسؤول على تقييم أداء العاملين	يقوم بالتقييم المشرفين، المدير، العملاء الخارجيين، التقييم الذاتي، الزملاء

المصدر: محمد الصالح قريشي، إدارة الجودة الشاملة و تحدي المورد البشري في قطاع التعليم العالي،

المؤتمر الدولي حول إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات، قسنطينة، 2011، ص 13.

من خلال الجدول السابق نستنتج أن:¹

- إدارة الجودة الشاملة تهدف إلى تحقيق رضا عملائها وبالتالي فإن درجة الرضا لديهم تعتبر

معياري يمكن الحكم من خلاله على مستوى الأداء ومن هذا المنطلق ظهر التعدد في

¹ نفس المرجع ، ص 13.

الجهات المقيمة، لأن العملاء هم كل من العاملين، المسؤولين، ومن الخارج المستفيدين والموردين.

- بالإضافة إلى مبدأ مشاركة العاملين في عمليات اتخاذ القرارات والذي يعطي لجميع الأفراد حق تقييم زملائهم وكذلك حق التقييم الذاتي، كما يمنح هذا المبدأ للأفراد حق المشاركة في وضع نظام تقييم الأداء وكذلك المشاركة في وضع الأهداف التي سيقومون في النهاية على أساس تحقيقها.

- العمل الجماعي :يؤدي أسلوب العمل الجماعي إلى تقييم الأفراد جماعياً وليس فردياً مثلما كان عليه في الطريقة التقليدية.

أما عن استراتيجية تقييم الأداء عند تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمة يمكن أن نميز بين ثلاث مراحل أيضا و هي :

- مرحلة انطلاق تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمة و التي يجب أن يكون تقييم الأداء فيها على أساس شخصي و وفق متطلبات الأداء الفردي لضمان أكبر مشاركة جماعية لانطلاق التغيير نحو الجودة الشاملة.

- مرحلة تنفيذ إدارة الجودة الشاملة، حيث لا تعتمد آليات تقييم الأداء على النتائج الفردية فقط و لكن على مدى تأقلم الفرد مع العمل الجماعي.

- مرحلة تثبيت الجودة الشاملة: في هذه المرحلة فإن تقييم الأداء يشمل النتائج الرقمية و السلوك (مهارات العلاقات الشخصية ذات العلاقة بالوظيفة) بالإضافة إلى مستوى امتثال الأفراد إلى القواعد و الإجراءات التنظيمية و إلى فرق العمل .

2.3.3.2. تنمية المورد البشري لمساهمة أكثر في تطبيق برامج الجودة

الشاملة:

إن تحسين جودة الخدمة باعتماد نظام إدارة الجودة الشاملة يركز على إدخال مفاهيم جديدة في الإدارة تهدف إلى رفع مستوى الأداء و تقوم على تفعيل المشاركة و تحميل المسؤولية من جميع أفراد المنظمة بهدف تحفيزهم لتحقيق الأهداف التي شاركوا في وضعها.

حتى يتمكن الأفراد من تحقيق هذه الأهداف يجب على الإدارة أن تقوم بتنمية مهاراتهم و سلوكياتهم و تطويرها، فتميز أي منظمة خاصة الخدمية يجب أن يشمل على تنمية الموارد البشرية كمفهوم جوهري لإدارة الجودة من خلال التعلم الجماعي و التدريب و التحفيز و التمكين و غيرها.

1.2.3.3.2. إدارة الجودة التدريبية:

التدريب هو مجموعة من النشاطات التي تؤديها المنظمة المعنية بالتخطيط لها لإثراء العاملين بالمعلومات وإكسابهم المهارات المتخصصة و بالتالي تعديل المواقف و السلوكيات الاجتماعية للعاملين بما يتفق و أهداف العمل،¹ فالتدريب بصفة عامة يعني التغيير و التطوير أو التحسين يهدف إلى تزويد الأفراد بمجموعة من المعلومات و المهارات التي تؤدي إلى زيادة معدلات أداء الأفراد في عملهم، أو تغيير اتجاهاته السلوكية للمساعدة على تحقيق أهداف المنظمة.

لما كانت عملية تحسين الجودة تحتاج إلى مهارات تتغير بتطوير أساليب العمل و بتقدم العمل و التقنية فإن التدريب لتطوير مهارات العاملين خاصة مع التحديث المستمر في عمليات

¹ يوسف القبلان، التدريب الإداري، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1991، ص 91.

الجودة يعد أمراً ضرورياً في التحول من الإدارة التقليدية إلى إدارة الجودة الشاملة التي تنظر إلى عملية التدريب كعملية جماعية و ضرورية.

و يقصد بإدارة الجودة التدريبية إدارة العملية التدريبية وفقاً لمواصفات الجودة و تحقيق أفضل دعم للمنظمة في مجال تطوير و تنمية الموارد البشرية و البرامج التدريبية الفعالة من أجل ضمان تحقيق العائد من التدريب.¹

فبالنسبة لإدارة الجودة الشاملة ترى أن التدريب عبارة عن استثمار يعود بالفائدة على المنظمة، كما أن تطبيق منهجية إدارة الجودة الشاملة يتطلب التدريب المستمر وذلك إما للتعرف على هذه المنهجية الجديدة والتمكن من تطبيقها وتحسين مستوى الجودة أو لغرض التحسين والتطوير المستمر لمهارات وقدرات الأفراد ليتمكنوا من الابتكار والإبداع والتكيف مع تطورات المحيط الخارجي، و منه فإن أنواع التدريب على مستوى تطبيق إدارة الجودة الشاملة تتمثل في مايلي:

- التدريب على التوجه نحو الأهداف المطلوب تحقيقها.
- التدريب على المهارات.
- حيث يسعى تدريب الجودة إلى تحقيق ثلاث أهداف رئيسية:²
- زيادة معلومات العامل المتدرب على المواضيع المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة مثل اندماج العاملين وتمكينهم و التحسين المستمر.

¹ نجم العزاوي، جودة التدريب الإداري، دار اليازوري، الأردن، 2009، ص 220.

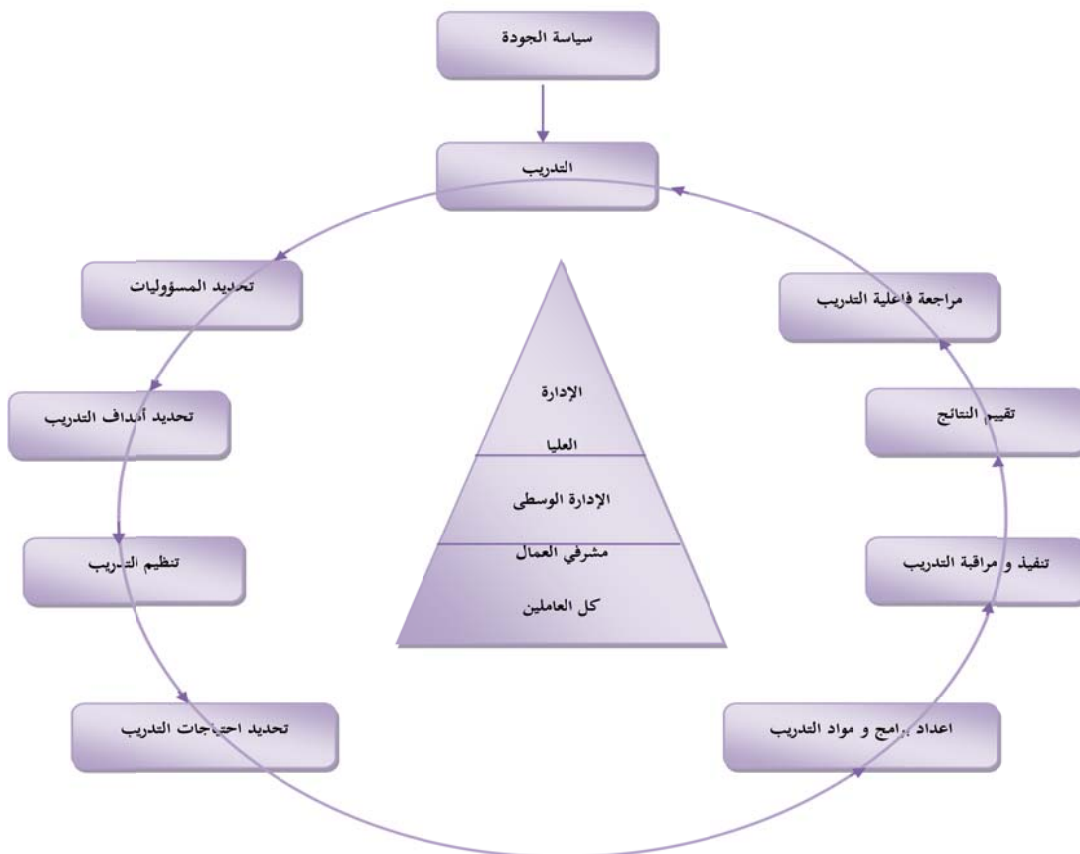
² محفوظ أحمد جودة، مرجع سابق، ص 145.

- تحسين مهارات العامل المتدرب في مجالات الجودة حتى يستطيع أن يؤدي عمله بشكل أكثر فاعلية مثل تحسين مهارات التعامل مع المستفيدين و مهارات استخدام الطرق الاحصائية لضبط الجودة.

- تغيير اتجاهات العامل المتدرب كي تصبح اتجاهات أكثر ايجابية إزاء الجودة في العمل.

من النماذج المعروضة في تدريب الجودة نموذج " دورة تدريب الجودة " و الذي قدمه

Oakland، نوضحه في الشكل التالي



شكل رقم (12): دورة تدريب الجودة.

تقوم هذه الدورة أولاً على التحقق من أن التدريب هو جزء من استراتيجية الجودة و يتضمن مبادئ وأهداف توفر إطاراً يسترشد به في تخطيط و تنفيذ أنشطة التدريب، ثم توزيع المسؤوليات المتعلقة بالتدريب على المدراء ليتم ثالثاً تحديد الأهداف التدريبية التي يجب أن تكون واضحة و قابلة للتنفيذ، فرباعاً تنظيم التدريب من خلال تحديد الأدوار و المسؤوليات في التدريب ليتم بذلك تحديد الاحتياجات التدريبية في مجال الجودة و تدريبها و التي تتضمن تحديد عدد و طبيعة عمل العاملين الذين سيشملهم التدريب على الجودة، ثم متابعة تنفيذ أنشطة التدريب و وفق الجدول الزمني المحدد لها و إجراء التعديل اللازم في حالة بروز المعوقات و المشاكل، بعد ذلك يتم تقييم البرنامج التدريبي بهدف التأكد من سير الأمور كما هو مخطط، و تجري عملية التقييم للمدرب، لموضوعات التدريب، لتوقيته و مكانه و كذلك الأسلوب الذي تم إتباعه في التدريب، و أخيراً وفق هذه الدورة تقوم الإدارة العليا باعتماد نظام للمراجعة بصورة مستمرة و الذي يتضمن كل من سياسة الجودة، أهداف تدريبها و تنظيمها نتائجها و مؤشرات و مدى فاعليتها او الحاجة إلى التعديل أو التغيير فيها.

أما عن أنشطة إدارة الجودة التدريبية فيمكن أن تشمل الخطوات التالية:¹

(1) المساهمة في نشر ثقافة الجودة: تتمتع الأنشطة التدريبية (خصوصاً التدريب الداخلي)

بقدره خاصة على التأثير في ثقافة المنظمة نظراً لما تتمتع به من مناخ تعليمي مفتوح من ناحية، و احتكاكها المستمر بكافة الشرائح و المستويات التنظيمية من ناحية أخرى، علاوة على توفر مستويات المعرفة الصحيحة فيها.

¹ خبازي فاطمة الزهراء، التدريب لجودة التعليم العالي في الدول العربية -الواقع و الطموح-، الملتقى الدولي حول إدارة الجودة في قطاع الخدمات، مخبر المغرب الكبير/ جامعة منتوري قسنطينة، 2011، ص 12-13.

(2) تقديم الجرعات التدريبية المناسبة: يتم تصميم البرامج التدريبية المناسبة لكل المستويات

المشاركة، ولعل تدريب قادة الفرق يشكل الإطار الأهم في التدريب على الجودة غير أنه

ليس الإطار الوحيد في ذلك:

- **تدريب التنفيذيين:** يحتاج المديرون التنفيذيون وأعضاء الإدارة العليا في الغالب

جرعات مركزة ومبكرة نظرا للدور المتوقع منهم في تطبيق الجودة الشاملة وقد

يكون من المناسب إشراك العديد منهم في سلسلة من الندوات الخارجية متدرجة

المستوى والمؤتمرات المتخصصة للاحتكاك المباشر مع المنظمات الأخرى ذات

الخبرة في المجال ومع ذلك فإنه من المناسب أيضا تقديم عروض مكثفة تضم

البنود التالية : التعريف بالجودة الشاملة وعناصرها الأساسية، الجدوى من

تطبيق برامج الجودة الشاملة، تجارب المنظمات السابقة والدروس المستفادة و

إدارة التغيير .

- **تدريب مديري العمليات:** يتم تدريب مديري العمليات في إطار حملة تدريبية

شاملة تغطي جميع الرؤساء في المنظمة و هي الشريحة التي ينتظر من أفرادها

المبادرة بدور مدير العملية (دون التكليف من جهات عليا) حيث أن أول المهام

المنتظرة من مدير العملية بعد التدريب هي اختيار قائد الفريق و يمكن لبرنامج

داخلي لمدة يومين أن يغطي العناصر المطلوب التركيز عليها في هذا المستوى

و هي: التعريف بالجودة الشاملة و عناصرها الأساسية، الجدوى من تطبيق

برامج الجودة الشاملة، منهجية العمل في برنامج الجودة الشاملة، التعريف

المبسط بأدوات التحسين المستمر، عناصر اختيار قادة الفريق.

- **تدريب قادة الفرق:** قادة الفرق هم المقصود الأكبر من الحملة التدريبية من حيث كونهم المسؤولين عن استخدام الأدوات و قيادة الفرق بل و تدريب الأعضاء أحياناً، تتراوح الجرعة التدريبية لقادة الفرق بين ثلاثة إلى خمسة أيام و أكثر ما يجب التركيز عليه في تدريب قادة الفرق هو: التعريف بالجودة الشاملة و عناصرها الأساسية، منهجية العمل في برنامج الجودة الشاملة، التدريب العملي المركز على استخدام أدوات التحسين المستمر، عناصر اختيار أعضاء الفريق، أساليب العمل الجماعي.

- **تدريب أعضاء الفرق:** تترك مهمة التعريف بأدوات التحسين المستمر إلى قائد الفريق مركزاً على التعريف بالجودة الشاملة و عناصرها الأساسية و منهجية العمل في برنامج الجودة الشاملة وواجبات عضو الفريق.

- **تدريب منسقي الجودة:** يختارون عادة من قادة الفرق السابقة ذوي الأداء المتفوق غير أن هناك جرعات تدريبية إضافية لتجهيزهم للدور الجديد مثل: ديناميكية العمل الجماعي وأساليب بناء الفريق، الأساليب الإحصائية لتحليل النتائج، كتابة التقارير.

أما عن استراتيجية التدريب عند تطبيق إدارة الجودة الشاملة فنستطيع أن نميز ثلاث مراحل:

- مرحلة انطلاق تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمة و هي مرحلة كبيرة بالنسبة لها لأنها مقبلة على تطور و نمو و عليه فإن استراتيجية التنمية عن طريق التدريب يجب أن

ترتبط بين المشروع الشخصي للفرد ومشروع المنظمة و ذلك بواسطة تسيير المسارات المهنية من تسيير و ترقية و تطوير الكفاءات و خاصة تلك الكفاءات التي تدعم استراتيجية التغيير نحو الجودة الشاملة.

- مرحلة تنفيذ إدارة الجودة الشاملة، حيث يلعب التدريب هنا دورا محوريا بتغيير متطلبات العمل فوضع استراتيجية للتدريب و تطوير الكفاءات في الوقت المناسب من شأنه أن يدعم أهداف تطبيق الجودة فالهدف من التدريب في هذه المرحلة هو تنمية و تطوير العلاقات بين الأفراد و جماعات العاملين و بناء علاقات ثقة داعمة لعملية التغيير، كما أن تنفيذ استراتيجية التدريب في هذه المرحلة يستدعي خلق وظيفة جديدة لنظام إدارة الموارد البشرية داعمة لمسيرة الجودة الشاملة.
- مرحلة تثبيت الجودة الشاملة: في هذه المرحلة فإن برامج التدريب تهدف إلى تحقيق الإثراء الوظيفي وجعلهم أكثر استجابة للمتغيرات من خلال فرص التنمية الداخلية التي يوفرها التنظيم خلال هذه المرحلة.

2.2.3.3.2. التمكين كأداة لتنمية المورد البشري:

إن المستفيد من الخدمة هو مصدر مهم من مصادر تزويد المنظمة بالمعلومات، و إن رضاه و ولاءه عاملان مهمان من عوامل نجاح المنظمة على المدى الطويل، لذلك فمن الأهمية أن تكون هذه المنظمة على اتصال دائم معه و الاستماع له و الاستجابة لمتطلباته بما يكفل إعطاء صورة جيدة عن المنظمة، و إن أفضل أداة لذلك هي تمكين العاملين من الاستجابة له و لمطالبه و خدمته و الإبداع في طرق تقديمها من خلال اتخاذ القرارات المناسبة.

ظهر مصطلح التمكين في نهاية الثمانينات و لاقى هذا المفهوم رواجاً في فترة التسعينات و هذا ناتج عن زيادة التركيز على العنصر البشري داخل المنظمة مهما كان نوعها نتيجة للتطور في الفكر الإداري و التحول من منظمة التحكم و الأوامر إلى المنظمة الممكنة، حيث تأثرت هذه المنظمات بالمفاهيم الجديدة و تطبيقها مثل التحول نحو المنظمة المتعلمة و منظمة المعرفة و منظمة الجودة ، و التي تسعى نحو التنمية و التجديد و التميز.¹

يعرف التمكين بأنه عملية إعطاء الأفراد سلطة أوسع في ممارسة الرقابة و تحمل المسؤولية و في استخدام قدراتهم من خلال تشجيعهم على استخدام القرار.²

كما يعرف بأنه الطريقة التي يتم بها تزويد الموظفين بالمهارات التي تؤهلهم للاستقلالية في القرارات وكذلك تزويدهم بالسلطة و المسؤولية و المحاسبة، و التمكين لا يعني فقط تفويض العاملين لصلاحيات صنع القرار و لكنه يعني أيضاً وضع الأهداف و السماح للعاملين بالمشاركة.

يتضح من خلال هذه التعريفات التأكيد على منح السلطة للأفراد و أهمية مشاركتهم في اتخاذ القرارات وضرورة تزويدهم بالمعلومات من خلال التدريب و التطوير، حيث يعتبر التمكين أحد الأسس و المبادئ التي يقوم عليها تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة و الذي يضمن فعالية الأداء و فعالية استغلال الموارد البشرية على أفضل وجه و جعلها أكثر تحفيزاً ، و من أهم فوائد التمكين ما يلي:³

- تحسين نوعية الخدمة و جودتها.

¹ علي الضلعين، أثر التمكين الإداري في التميز التنظيمي-دراسة ميدانية في شركة الاتصالات الأردنية-، مجلة دراسات العلوم الإدارية، المجلد 37 العدد 1، 2010، ص 71.

² نفس المرجع ص 72.

³ بومدين يوسف، مرجع سبق ذكره، ص 146.

- ضمان فعالية المنظمة.
- الانفتاح المباشر و الثقة بين العاملين و المستفيدين من الخدمة من خلال الاستفادة من توجيهاتهم وآراءهم حول مستوى جودة الخدمة المقدمة.
- زيادة فعاليات الاتصالات مما يؤثر إيجابيا على المستفيد.
- السرعة في إنجاز المهام و الإجابة على التساؤلات نتيجة لغياب البيروقراطية.
- تحسين دافعية و التزام العاملين فيما يتعلق بتنفيذ الأعمال.
- إن نجاح جهد الإدارة في زيادة تمكين العاملين أو فشل جهودها في تمكينهم يعتمد على عدة عامل أهمها:¹

- مدى رغبة الرؤساء بتفويض صلاحياتهم للمرؤوسين.
- الثقة المتبادلة بين الرؤساء و المرؤوسين.
- فعالية نظام الاتصالات و التغذية العكسية.
- وجود نظام موضوعي لتقييم الأداء.
- وجود نظام عادل و موضوعي للاختيار و التعيين.
- ربط الأداء بالحوافز و استخدام الحوافز المادية و المعنوية.
- تدريب المرؤوسين و تنمية قدراتهم و مهاراتهم.

حيث أن التمكين يوفر ثلاث مطالب أساسية للعمل و هي:¹

¹ نفس المرجع، ص 79.

- الجودة: أي جودة القرار وفق مطالب المستفيد بحيث يكفل تحقيق حاجته، و يتم ذلك وفق المعايير المتفق عليها في المنظمة.

- القبول: أي قبول المستفيد للقرار بسبب أنه يلبي احتياجاته.

- توقيت القرار: أي يتم اتخاذ القرار بسرعة دون الحاجة إلى استشارة الإدارة أي ليس هناك بطء في عملية اتخاذ القرار.

بالإضافة إلى أن توفير الدعم النفسي للعامل و ذلك عن طريق التعبير له بثقة الإدارة و إيمانها بقدراته المختلفة، فإذا ما وثقت الإدارة بقدرات العامل على الإبداع و التطوير و المشاركة في صناعة القرار و حبه للعمل والمسؤولية و عدم حاجته للرقابة الزائدة، فإن العامل سوف يؤمن و يقتنع بتوفير هذه القدرات و المهارات اللازمة لعمله و سوف يعمل على تعزيزها، و إن عملية التغذية العكسية و إفصاح الإدارة عن ثقتها بالموظف يعدان أداتان مهمتان من أدوات تمكين العاملين و التي يمكن أن تقدم عن طريق ²:

- الدعم المعنوي و لا سيما الإيجابي منه خلال تعرض العامل إلى حالات الضغط.

- استخدام الكلمات المشجعة.

- السماح للعامل بالاطلاع عن قرب على الأداء الناجح و المتميز الذي قام به الآخرون.

- شعور العامل بالإنجاز (أي إنجاز عمل مطلوب منه) و إعلامه برضى الإدارة عن ذلك الإنجاز.

¹ موسى توفيق المدهون، نموذج مقترح لتمكين العاملين في المنشآت الخاصة كأداة لإدارة الجودة الشاملة، مجلة

جامعة الملك عبد العزيز: الاقتصاد و الإدارة، مجلد 13 عدد 4، 1999، ص 79

² نفس المرجع، ص 80.

و منه و مما سبق فإن التمكين يتم من خلال إعطاء السلطة الفعلية للعامل في المستويات الدنيا و اتخاذ القرار لمواجهة الأحداث و الآخرين من حوله، و كذلك من خلال تعزيز ثقة الإدارة بقدرته على حل مشكلات الجودة و خدمة المستفيد و الإبداع في خدمته، لأن العامل يمكن أن يكون ماهرا في استخدام العمليات الإبداعية لديه و إيجاد الحلول الإبداعية للمشاكل التي تواجهه عبر النظر في حاجات المستفيد و متطلبات الجودة.

لكي تتجح المنظمة في الاعتماد على التمكين كعنصر من متطلبات الجودة يجب أن تعتمد على مجموعة من الأساسيات تتكون مما يلي: ¹

- **تعليم العاملين:** حيث ينبغي تعليم كل فرد في المنظمة لأن التعليم يؤدي إلى زيادة فعالية العاملين فيها الأمر الذي يؤدي بدوره إلى نجاحها، و التعليم يتضمن عدة مجالات مثل مهارات صنع القرار و مهارات التحليل و رفض النزاعات و التدريب و مهارات تسهيل إجراءات العمل و الاتصالات، و بعكس ذلك فانعدام كفاية التعليم تؤدي إلى غموض المهام و الاجراءات و الأدوار و تقليل الالتزام لدى العاملين ويمكن أن نعرف التعليم بأنه التغيير الدائم نسبيا في السلوك الحالي أو السلوك المحتمل و الذي ينتج عنه الخبرة و الممارسة المباشرة أو غير المباشرة فنقول أن المنظمة تتعلم إذا تعلم المورد البشري بسرعة و بدون مشاكل، و إذا تم تبادل المعلومات و المهارات بكفاءة عالية، كما تمثل معاونة العاملين على التعلم من أخطائهم عنصرا هاما في أسلوب إدارة الجودة الشاملة مما يساعد على التعلم بتطبيق نظام (خطط نفذ، راجع، صحح).

¹ فليسي ليندة، واقع جودة الخدمات في المنظمات و دورها في تحقيق الأداء المتميز-دراسة كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير جامعة امحمد بوقرة بومرداس-، مذكرة ماجستير، جامعة امحمد بوقرة بومرداس، 2012، ص 92. بتصرف

- **الدافعية و التحفيز:** على الإدارة أن تخطط لكيفية تشجيع المرؤوسين لتقبل فكرة التمكين و لبيان دورهم الحيوي في نجاح المؤسسة من خلال برامج التوجيه و التوعية، و يمثل التحفيز و الدافعية من المبادئ التي تؤمن بها إدارة الجودة الشاملة عموما و إدارة الجودة في الخدمات خصوصا من أجل احتواء العاملين وإدماجهم في المؤسسة كأعضاء نافعين و منتفعين، فعملية تحفيز العنصر البشري من أجل تعزيز العلاقة معه و استثماره بشكل حسن يشمل ثلاث متغيرات و هي أولا العنصر البشري المحفز جيدا هو متغير مستقل على أساس أنه المسؤول الأول على تحقيق الجودة و بالتالي رضا المستفيد من الخدمة، ثانيا الجودة متغير تابع يتأثر بمستوى تحفيز العنصر البشري، ثالثا رضا المستفيد من الخدمة هو متغير لاحق لرضا العنصر البشري و الجودة نتيجة التحفيز.

- **وضوح الهدف:** إن جهود التمكين لن يكتب لها النجاح ما لم يكن لدى كل فرد في المنظمة الفهم الواضح و التصور التام لفلسفة و مهمة و أهداف المنظمة، لأن هناك بعض المدراء من يخطط بين التمكين و التفويض أو التخلي عن الصلاحيات، إن التمكين لا يعني تكليف الفرد بعمل ما بل إن صلب عملية التمكين في الاستخدام الموجه للإمكانيات الابداعية للأفراد لتحقيق أهداف المنظمة ولغايات التمكين فإن كل فرد يجب أن يعرف و يقبل و يلتزم بأهداف المنظمة.

- **بناء روح الفريق و روح التعاون:** باعتبار أن الهدف من إدارة الجودة الشاملة هو إشراك العاملين في المؤسسة في جهد متناسق لتحسين الأداء على جميع المستويات، و نقصد بمشاركة العاملين في المؤسسة حسب إدارة الجودة الشاملة هو اندماج العاملين في المؤسسة و تشجيعهم على ممارسة الأعمال حتى يكونوا أكثر قربا بأهداف المنظمة، و

يعتبر اندماج و تمكين العاملين إحدى أساليب التحفيز حيث كلما زادت درجة مشاركة العاملين في الإدارة كلما ساهمت في رفع مستوى الأداء لتحقيق التميز، و تقوم إدارة الجودة الشاملة بجمع الموارد البشرية في فرق منظمة تعي و تقدر قيمة التعاون و الاعتماد المتبادل بين أعضاء الفريق، و تظهر معالم التعاون و روح الفريق في العمل الجماعي الذي يقوم به أعضاء المنظمة تحت إشراف مدير يمتلك مهارة تعليم أعضاء الفريق كيفية العمل في مجموعات متجانسة قادرين على الاتصال بينهم.

خلاصة الفصل:

من خلال كل ما قدمناه في هذا الفصل يتبين لنا أن الخدمة الصحية العمومية عبارة عن نشاط أو مجموعة من الأنشطة تقدم للمريض تتطلب الجودة، و تخضع للنظام الصحي السائد في الدولة و قوانينه كما تعتمد على كفاءة الإدارة في المؤسسة الصحية التي تضع بدورها معايير الجودة الواجب الالتزام بها من طرف العاملين وباعتبار نظام إدارة الجودة الشاملة فن الإدارة بإتقان و تميز و تحسين مستمر فإن تطبيقه في المؤسسات الصحية له تأثير إيجابي على الأداء و على جودة الخدمة، و من أهم الشروط التي يجب أن توفرها المؤسسة الصحية الجزائرية و التي تركز عليها إدارة الجودة الشاملة هي المورد البشري بتمكينه و تدريبه على الجودة، و كذلك ببلورة ثقافته مع النهج الإداري الجديد نحو الجودة في الخدمة بتطوير و تحسين سلوكيات الأفراد و الجماعات و خلق توافق في السلوك بين الأفراد و بين إدارة الجودة الشاملة و هذا ما أبرزناه في هذا الجزء من البحث.

الفصل الثالث

تطور و تنظيم المؤسسات الصحية الجزائرية

تمهيد:

تلعب الصحة دورا هاما في التنمية الاقتصادية و الاجتماعية لمختلف دول العالم، مما جعلها تهتم بنظمها الصحية و تطويرها التي تعنتي و تهتم بالصحة العمومية الخاصة بالمواطنين ، فالنظام الصحي الجيد هو الذي لا يكتف فقط بالحفاظ أو تحسين متوسط المستوى الصحي لمجتمع معين بل يعمل على تقديم أحسن مستوى صحي، و ضمان تغطية صحية عادلة و شاملة و كذلك منظمة.

تعتبر الجزائر أحد هذه الدول التي سعت منذ الاستقلال إلى تطوير نظامها الصحي من خلال مختلف السياسات و الاستراتيجيات، و هذا سعيها منها في تجسيد حق من حقوق المواطن، فمرت هذه السياسات بمراحل عديدة، بدأت منذ الاستقلال بموروث صحي متدهور انتقالا إلى مراحل امتازت بالتغيير والإصلاح، كاستجابة للمحيط و المعطيات و المستجدات التي تعيشها الجزائر كغيرها من دول العالم.

و باعتبار المؤسسة الصحية الجزائرية هي مؤسسة عمومية تدخل في إطار المرفق العام، و تخضع لمبادئه وقوانينه و تنظيمه و تسييره، يأتي فصلنا هذا للبحث في المؤسسات الصحية الجزائرية، أداها، تطورها وتنظيمها.

1.3. النظام الصحي و مكوناته:

النظام الصحي الذي هو عبارة عن مجموع الموارد و المنظمات و الأطراف التي تساهم في القيام بأنشطة صحية، فهو كل مجهود يكون هدفه الأساسي حماية و تحسين الصحة سواء كان في إطار الصحة الفردية أو الصحة العمومية.

تختلف الأنظمة الصحية التي تتبناها المجتمعات المختلفة لتحقيق التنمية الصحية باختلاف نظمها و بيئتها السياسية و الاقتصادية و الاجتماعية و كذلك الثقافية و الموارد و الامكانيات المتوفرة التي تعمل على تحديد السياسات و البرامج الصحية وفقا للأهداف المحددة.

1.1.3. تعريف النظام الصحي و وظائفه:

تعرف منظمة الصحة العالمية النظام الصحي على أنه " مجموعة المنظمات و المؤسسات و الموارد الرامية إلى تحسين الصحة، و يحتاج ذلك النظام إلى موظفين و أموال، معلومات، إمدادات، وسائل نقل و اتصال توجيهات و اتجاهات عامة و لابد لذلك النظام من توفير خدمات تلبي الاحتياجات القائمة بأسعار منصفة و السعي في الوقت ذاته إلى معاملة الناس على نحو لائق"¹

¹ ماهو النظام الصحي، متاح على الموقع <http://www.who.int/features/qa/28/ar/index.html> ، تاريخ

يعرفه فريد توفيق نصيرات على أنه " مجموعة من العناصر المترابطة و المتفاعلة مع بعضها ضمن شبكة من الاتصالات و التي تعمل معا لتحقيق هدف النظام الصحي و المتمثل في ضمان أعلى مستوى صحي ممكن للفرد و المجتمع و المحافظة عليه و ترقيته باستمرار"¹.

كما يعرف النظام الصحي "بأنه كل الجهود التي تبذل بهدف تحسين الصحة سواء تعلقت هذه الجهود بالعناية الصحية للأفراد أو بتقديم الخدمات الصحية العامة".²

من خلال ما استعرضناه من تعاريف يمكننا القول أن "النظام الصحي هو ذلك الإطار الذي يتم من خلاله ضمان أحسن مستوى صحي للأفراد بتوفير الخدمات الصحية من طرف مجموعة من المنظمات والمؤسسات المترابطة فيما بينها باستعمال الموارد اللازمة لتحقيق ذلك".

تختلف الأنظمة الصحية في العالم و لا يوجد نظام صحي مثالي، فكل نظام صحي يعكس الرؤية السياسية و الاجتماعية لذلك البلد، لكن تشترك هذه الانظمة الصحية في مدى تحقيقها للأهداف و الوظائف التي وجدت لأجلها، نلخص أهمها في:³

- ضمان تقديم خدمات طبية نوعية للأفراد و ضمان توفرها في أماكن تواجدهم حيثما أمكن ذلك وبشكل تكون معه هذه الخدمات ميسورة في متناول طالبيها و محتاجيها

¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية الطبعة الرابعة، دار المسيرة للنشر و التوزيع عمان 2012، ص 54.

² علي عبد القادر علي، اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعني بقضايا التنمية في الأقطار العربية، العدد الثاني والعشرون، السنة الثانية، المعهد العربي للتخطيط، الكويت، أكتوبر 2003 ص 4.

³ فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص 61.

دون أية عوائق تحد من الوصول إليها، فهذه الخدمات الصحية تشكل من وجهة نظر الفرد المستهلك لها الأولوية الأولى بالنسبة لاحتياجاته الصحية .

- التركيز على إنقاص معدلات الوفيات و معدلات حدوث الأمراض و الحوادث و الإعاقات في المجتمع.

2.1.3. معايير أداء النظام الصحي:

لقد قدمت منظمة الصحة العالمية تقريراً سنة 2000 حول الصحة في العالم بعنوان "تقرير حول أداء الأنظمة الصحية في العالم 2000، من أجل نظام صحي أكثر أداءً"، و وضعت من خلاله معايير تقييم الأداء الصحي من أجل المقارنة بين الأنظمة الصحية في العالم، تسمح بعدالة الخدمات الصحية و تحسينها، و هي:¹

1.2.1.3. تحسين المستوى الصحي:

إن النظام الصحي الجيد قبل كل شيء هو ذلك النظام الذي يساهم في تحسين مستوى الصحة للسكان، فحسب منظمة الصحة العالمية فإنه لا يكتف فقط بالحفاظ أو تحسين متوسط المستوى الصحي لمجتمع معين في الوقت الذي يوجد به ارتفاع في نسبة الفوارق بين السكان في مجال الحصول على الخدمات الصحية و أن التطور في متوسط المستوى الصحي يستفيد منه ميسوري الحال و الذين هم في صحة جيدة، فهذه تحسين الصحة ينقسم إلى عاملين: عامل

¹ بومعروف إلياس و عماري عمار، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، عدد 07، جامعة قاصدي مرباح - ورقلة 2010/2009، ص 31/30.

متعلق بالجودة و التي تمثل أحسن مستوى صحي، و عامل متعلق بالعدالة في توزيع الصحة و التي تمثل أقصى درجة في تقليص الفوارق بين الأفراد و الجماعات في مجال الحصول على الخدمات الصحية.

لقد قامت المنظمة بتقييم المستوى الصحي بمعدل الأمل في الحياة مصحح من العجز (Espérance de vie corrigé de l'incapacité)، و تعرف المنظمة هذا المعدل بأنه الأمل في الحياة مع وجود مساواة في صحة كاملة، فتقدير معدل الأمل في الحياة اعتمادا فقط على الوفيات سوف يسيء لعملية المقارنة بين الأنظمة الصحية، إن استبعاد الأفراد العاجزين في حساب معدل الأمل في الحياة له أهمية بالغة في تقييم المستوى الصحي بشكل عادل، ذلك أن حالات العجز و الإعاقة جد منتشرة في الدول المتخلفة، أين يكون الأطفال والنساء عرضة للعديد من الأمراض كالشلل و العمى و من آثار العجز بفعل العديد من الأمراض، إضافة إلى ذلك نجد أن معظم الدول المتخلفة خاصة منها الدول الأفريقية تعاني من الصراعات العرقية و الحروب التي أدت إلى ارتفاع مستويات الإعاقة خاصة الإعاقات الجسدية و النفسية.

2.2.1.3. استجابة النظام الصحي:

يختلف هذا المعيار عن معيار الرضى على الخدمات الصحية المقدمة و الذي يعكس مدى توقع الأفراد من الخدمات الصحية، فلا تقييم درجة الاستجابة فقط بقدرة النظام الصحي على الاستجابة لحاجات السكان والتي تظهر نتائجها على الجانب الصحي، و إنما تقاس بأداء الأنظمة الأخرى ذات العلاقة بالصحة كالخدمات الوقائية و العلاجية إذ تؤكد المنظمة العالمية للصحة على وجود أنظمة لها درجة استجابة جد ضعيفة، فالنظام الصحي الذي يستجيب لاحتياجات المرضى

يساهم في تحسين الصحة لأن المرضى المرتقبين سوف يكونون أكثر تحفيزاً للحصول على الخدمات الصحية إذا كانوا يعتقدون بأنهم سوف يعاملون بشكل جيد، ففي المجتمعات المصنعة، تختلف فترة الانتظار للتدخلات الجراحية غير المستعجلة من بلد لآخر، فمنظمة الصحة العالمية تعترف بأن التدخلات الجراحية تقدم بشكل فردي و تعتمد على حالة المريض، و بالتالي لا يمكن حصر درجة الاستجابة للنظام اعتماداً على الخدمات الصحية فقط، فالمفهوم العام لدرجة الاستجابة يمكن أن يصنف إلى عاملين: عامل يتعلق باحترام المرضى و الذي يمكن اعتباره أنه غير موضوعي لانه يقيم بالدرجة الأولى من طرف المرضى و يخص الجوانب المتعلقة ببعض الانشغالات التي يطرحها المرضى باستمرار باعتبارهم زبائن النظام الصحي، و العامل الثاني متعلق بكيفية استجابة النظام الصحي للانشغالات المتكررة للمرضى و عائلاتهم و التي يمكن ملاحظتها بشكل مباشر في المؤسسات الصحية و هذا باهتمام أكبر لشبكات الدعم الاجتماعي لدى توفير الرعاية وإتاحتها وضمان جودة الخدمات الأساسية، واختيار مقدمي الخدمات الصحية. وتقوم القدرة على الاستجابة أساساً على إمكانية توفير الموارد.

إن هدف تقييم هذا المعيار حسب تقرير منظمة الصحة العالمية هو العمل على تقادي تأثيرات الاختلاف في المستويات الثقافية و الاقتصادية و الاجتماعية، و الذي يعتمد على توقعات و احتياجات السكان من النظام الصحي.

3.2.1.3. التمويل العادل للنظام الصحي:

إن التمويل العادل للنظام الصحي يفترض أن المساهمة المالية التي تتحملها كل عائلة بسبب ارتفاع تكاليف النظام الصحي تكون مزوعة حسب قدرة كل عائلة على السداد و ليس حسب

درجة خطورة المرض بمعنى أن هذا المعيار يقيم العدالة في توزيع الصحة حسب القدرة التمويلية للفرد و ليس على أساس حالته المرضية و يرى تقرير منظمة الصحة العالمية في هذا الشأن أن الخدمات الصحية تكون ممولة بشكل عادل إذا كانت هناك مساواة بين المصاريف الصحية و المصاريف غير الغذائية لكافة العائلات بشكل مستقل عن مستويات دخولهم ومستويات صحتهم و مستويات استخدامهم للنظام الصحي، و هذا يعني أن حصة المصاريف الصحية تكون نسبيا متساوية مع حصة المصاريف غير الصحية لكل عائلة، فمعيار المساهمة المالية العادلة يعد هدفا اجتماعيا عن طريق البحث عن التوازن في الحصول على الخدمات الصحية بين مساهمة العائلات الميسورة و مساهمات العائلات الفقيرة و مساهمة الدولة لتفادي عدم قدرة المرضى من الاستفادة من النظام الصحي لأسباب مالية مما قد يعرضهم لمشاكل صحية كبيرة.

بالإضافة إلى محددات أخرى و هي: ¹

4.2.1.3. توزيع الانتفاع:

يرى الخبراء أنه لا يكفي ضمان صحة الناس أو تحسين مستواها في المتوسط إذا اوداد في الوقت ذاته التفاوت بين الفئات أو بقي شاسعا بسبب انتفاع الأفراد المعافين بدرجة أكبر، لذلك فعلى النظم الصحية أن تسعى أيضا إلى الحد من التباينات بإعطاء الأولوية للأنشطة التي ترمي إلى تحسين مستوى صحة الفقراء و تدارك أوجه التفاوت، لتحقيق هدف الارتقاء بمستوى الصحة و

¹ عدمان مريزق، مداخل في الإدارة الصحية، مرجع سابق، ص 19.

بلوغ أفضل مستوى ممكن أي النهوض بالجودة من جهة و القضاء على التباينات بين الأفراد و الجماعات أي تعزيز الإنصاف من جهة أخرى.

5.2.1.3. توزيع التمويل:

نبه التقرير إلى وجود طرق جيدة و أخرى سيئة لتمويل النظم الصحية، إلا أنها قد تكون جيدة إلى حد ما إذا ما ارتبطت أساسا بتوزيع الأعباء المالية توزيعا عادلا، لا سيما أن التمويل العادل يعني التوزيع العادل مشيرا إلى أن ذلك لا يتعلق بمجموع الموارد المتاحة أو بكيفية توظيف الأموال.

و لا ترمي النظم الصحية إلى تحديد مستوى الإنفاق الإجمالي بصفة عامة أو بالاعتماد على الدخل نظرا لوجود طرق محتملة لاستخدام الموارد المخصصة للصحة على جميع مستويات الأنفاق، يتم تحديد الموارد المخصصة لتمويل النظم الصحية بناء على خيار اجتماعي دون توفير إجابة صحيحة.

3.1.3. مكونات النظام الصحي:

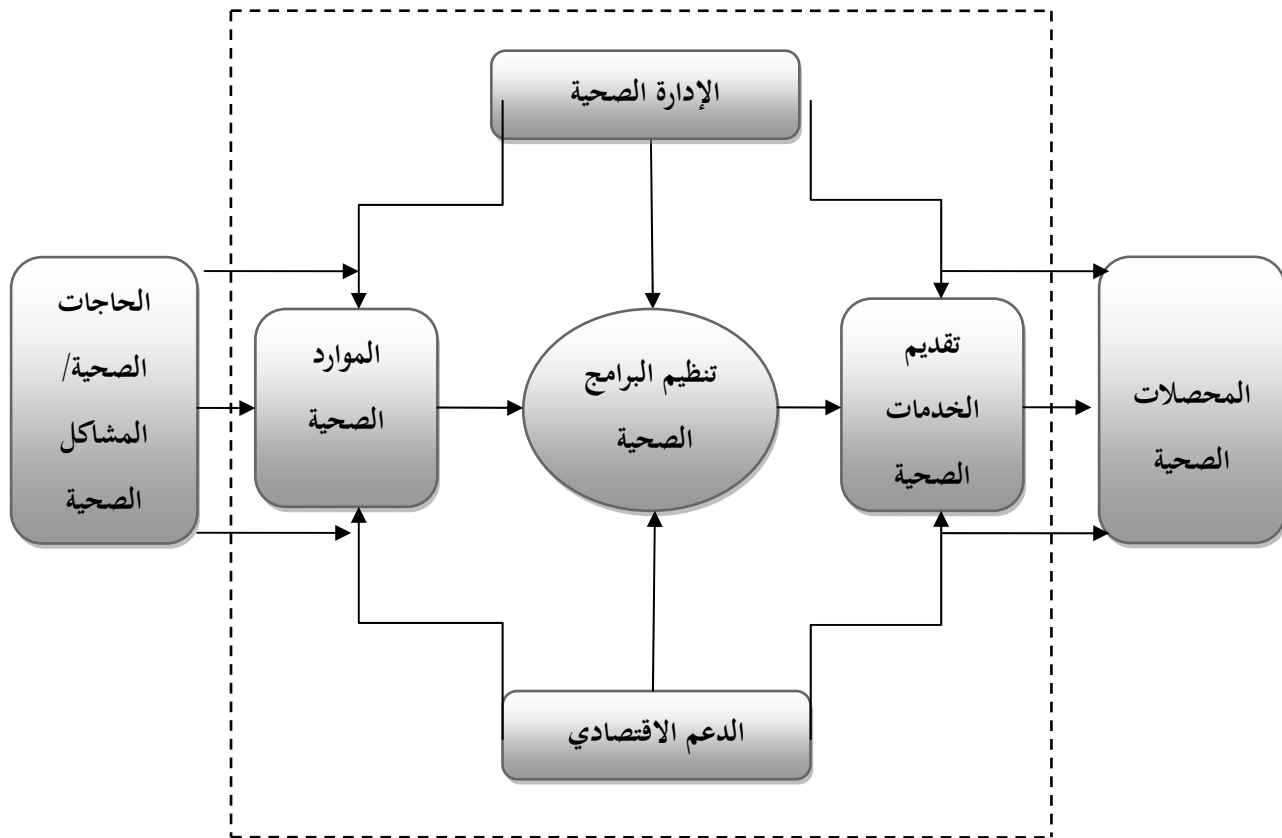
يتكون النظام الصحي من خمسة عناصر فرعية تشكل المكونات الأساسية، و التي تختلف درجتها و تطورها و وجودها من مجتمع إلى آخر، تتربط فيما بينها بعلاقات تفاعلية تبادلية مما يحقق مصلحة النظام ككل ويحقق التوازن، و هي:¹

- إنتاج الموارد الصحية: هذه الموارد الصحية تتمثل في المنظمات الصحية، الموارد البشرية المدربة، معدات، أجهزة طبية و أدوية ، البحوث الصحية التي تحقق الأهداف العلاجية و الوقائية.
- تنظيم البرامج الصحية: التي تقوم بها وزارات الصحة، بالمساعدة مع وزارات و هيئات حكومية أخرى كهيئة الضمان الاجتماعي و منظمات خيرية و تطوعية.
- الدعم الاقتصادي: و الذي يمول النظام الصحي كبرامج التأمين الصحي، المصادر العامة للدولة كالضرائب و الجمارك، المنح و الهبات الخارجية، التأمينات الشخصية.
- الإدارة الصحية للنظام الصحي: و التي تقوم على التخطيط الاستراتيجي و تقييم البرامج الصحية و تدريب الموارد البشرية و القيام بالبحوث الصحية و قيادة النظام الصحي و وضع معايير الرقابة كما تقوم باعتماد المؤسسات الصحية و إصدار التشريعات الصحية و تقييم الجودة و تحسينها.

¹ فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص 57

- إنتاج و تقديم الخدمات الصحية: لتلبية الحاجيات الصحية و القيام بتعزيز الصحة في المجتمع من خلال نشاطات جماعية و فردية تساهم في السيطرة على الأمراض و كذا الوقاية منها.

يمكن توضيح العلاقات ما بين المكونات الخمس المذكورة في الشكل التالي:



الشكل رقم(13): نموذج النظام الصحي و علاقته مع الوضع الصحي

4.1.3. المؤسسات الصحية في الجزائر و أشكالها:

يتم الاهتمام بالصحة في الجزائر، و توفير الخدمات الصحية من قبل منظمات الرعاية الصحية و التي تعددت أشكالها و تنظمت تحت إطار المؤسسات الصحية العمومية، و تدعمت ضمن مراحل تطور النظام الصحي بالقطاع الخاص للتكامل معه، و هذا في شكل عيادات عددها محدود مقارنة بالمؤسسات الصحية العمومية .

1.4.1.3. تعريف المؤسسات الصحية:

حددت السلطة التنفيذية تعريف المؤسسات الصحية بأنواعها بمقتضى المادة 02 من المراسيم التنفيذية رقم 465/97 و 466/97 و 467/97 التي صدرت في هذا الجانب¹ و المتعلقة بقواعد إنشاء و تنظيم المؤسسات الاستشفائية المتخصصة و المراكز الاستشفائية الجامعية و تحديد قواعد إنشاء و تنظيم و تشغيل القطاعات الصحية فالمؤسسة الصحية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي، كما يلي:

- فهي ذات طابع إداري أي شخص عمومي يخضع لخصائص المرفق العام و تجسد عناصره وتخضع للقانون العام في فرع منه و هو القانون الإداري، كما تعرض منازعاتها للقضاء الإداري، أما عقودها تخضع لقانون الصفقات العمومية، و لأنها مؤسسة عمومية كوسيلة من وسائل تسيير المرفق العمومي تعتبر قراراتها

¹ المرسوم التنفيذي رقم 467/97، المرسوم التنفيذي رقم 466/97 و المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخين في 02 ديسمبر 1997، الجريدة الرسمية، العدد 81، الصادرة بـ 10 شعبان 1418 هـ الموافق لـ 10 ديسمبر 1997.

إدارية، و عمالها موظفون عموميون يخضعون إلى الوظيف العمومي الذي يحدد مسبقا المسار المهني للموظف بغض النظر عن ما يقدمه، و أموالها أموال عامة ترتبت عنها نوع من الاستقلالية عن الدولة في حق قبول الهبات و الوصايا و حق التعاقد و حق التقاضي و تتحمل نتائج أعمالها.

- و المؤسسة الصحية تتمتع بالشخصية المعنوية أي تنطبق عليها النتائج القانونية المترتبة عن الشخصية المعنوية و المتمثلة في ذمة مالية مستقلة، أهلية حيث يخول لها القيام بأعمال تنتج آثارها في الحدود التي يعينها عقد إنشائها أو التي يقررها القانون، الموطن و هو المكان الذي يوجد فيها مركز إدارتها، يعبر عنها نائب لأن ليس لها وجود مادي ملموس، و لديها حق التقاضي.
- الاستقلال المالي، حيث لها ميزانية خاصة بها تخضع للمحاسبة العمومية و القانون المالي الأمر بالصرف فيها من حق مديرها، لكنه أمر نسبي مادامت الاعتمادات المالية من تمويل الدولة و صندوق الضمان الاجتماعي.

2.4.1.3. الأنماط القانونية للمؤسسات الصحية الجزائرية:

هناك عدة قوانين و مراسيم حددت الإطار القانوني لإنشاء المؤسسات الصحية الجزائرية أصدرتها وزارة صحة و السكان لتتخذ عدة أشكال من هذه القوانين نذكر، المرسوم رقم 81-242 المؤرخ في 05 سبتمبر 1981 المتضمن القطاعات الصحية و تنظيمها، المرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997 الذي يحد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها و سيرها، المرسوم التنفيذي رقم 97-

466 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية و تنظيمها و سيرها، المرسوم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المحدد لقواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية تنظيمها و سيرها¹، و كذا المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن لإنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها².

فأصبح بذلك للمنظومة الصحية الجزائرية وفقا للمراسيم السابقة الذكر المتضمنة إنشاء، تنظيم وتسيير كل من:

1.2.4.1.3. المراكز الاستشفائية الجامعية:

المركز الاستشفائي الجامعي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، يتم إنشاؤها بموجب مرسوم تنفيذي بناء على اقتراح مشترك بين وزير الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات و وزير التعليم العالي و البحث العلمي، بحيث يمارس وزير الصحة الوصاية الإدارية على المركز الاستشفائي الجامعي و يمارس وزير التعليم العالي و البحث العلمي الوصاية البيداغوجية، و هذا نظرا لطبيعة هذه

¹ المرسوم التنفيذي رقم 467/97، المرسوم التنفيذي رقم 466/97 و المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخين في 02 ديسمبر 1997، مرجع سابق. ص 19.

² المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و تسييرها، الجريدة الرسمية، العدد 33 الصادرة بتاريخ 03 جمادى الأول 1428هـ الموافق لـ 20 ماي 2007، ص 10.

المؤسسة التي تهتم كذلك بالتكوين و البحث العلمي وفقا لشروط محددة يمكن تلخيصها فيما يلي:¹

- يجب توفر موارد مالية و طاقات بشرية بعدد كاف تثبت الكفاءة المطلوبة لضمان نشاطات العلاج لاسيما المستوى العالي و التكوين في مرحلتي التدرج و بعد التدرج و البحث حتى تستطيع القيام بأعمال العلاج و التكوين و البحث.

- وجود هياكل أساسية و تجهيزات علمية و تربوية و تقنية صالحة لاستقبال الأساتذة و الطلبة وتضمن لهم أدنى شروط العمل.

يكلف المركز الاستشفائي بمهام التشخيص و الكشف، العلاج، الوقاية، التكوين، الدراسة والبحث، كما يديره مجلس الإدارة و يسيره مدير عام و يزود بجهاز استشاري يسمى المجلس العلمي إضافة إلى لجنة استشارية، أما الميزانية فتتضمن بابا للإيرادات و بابا للنفقات، تتواجد هذه المراكز في المدن الشمالية خاصة الكبرى، و هم 13 مركزا استشفائيا جامعا يتوزعون على كل من العاصمة قسنطينة، عنابة، تيزي وزو، البليدة، وهران، باتنة، سطيف، سيدي بلعباس و تلمسان.

¹ نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، الطبعة الأولى، دار كتامة للكتاب، الجزائر 2008، ص 186/187.

2.2.4.1.3. المراكز الاستشفائية المتخصصة:

حدد المرسوم التنفيذي رقم 97-466 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997¹ قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة و تنظيمها و سيرها، و التي تنشأ بناء على اقتراح من وزير الصحة بعد استشارة الوالي، الذي توضع تحت وصايته و تتكون من هيكل أو عدة هياكل متخصصة للتكفل بمرض معين مرض أصاب جهازا عضويا معينا أو مجموعة ذات عمر معين، و مهامها التشخيص، الوقاية، العلاج، إعادة التكييف و الاستشفاء كما تعمل على تطبيق البرامج الوطنية و الجهوية و المحلية للصحة و تساهم في إعادة تأهيل مستخدمي الصحة و تحسين مستواهم.

يدير هذه المؤسسات مجلس الإدارة و يسيروها مدير، و تزود بجهاز استشاري يسمى المجلس الطبي، يحضر المدير مشروع الميزانية و يعرضه على مجلس الإدارة للمصادقة عليه، و تتوزع هذه المراكز على المدن الشمالية.

3.2.4.1.3. المؤسسات العمومية الاستشفائية

تعرف المؤسسة العمومية الاستشفائية (établissement public hospitalier) على أنها مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، تتكون المؤسسة العمومية الاستشفائية من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات.

¹ المرسوم التنفيذي رقم 97-466 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، مرجع سابق، ص 19.

وحسب ما جاء في المادة 04 من المرسوم 07-140¹ تتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء، تطبيق البرامج الوطنية للصحة، ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

ويمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي وشبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

4.2.4.1.3. المؤسسات العمومية للصحة الجوارية

تعرف المؤسسة العمومية للصحة الجوارية على أنها مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتوضع تحت وصاية الوالي.

وحسب ما جاء في المادة 07 من المرسوم التنفيذي رقم 07-140² تتكون المؤسسة العمومية للصحة الجوارية من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج تغطي مجموعة من السكان و حسب ما جاء في المادة 08 من نفس المرسوم التنفيذي تتمثل مهام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة في الوقاية والعلاج القاعدي،

¹ المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007، مرجع سابق، ص 10.

² نفس المرجع، ص 10.

تشخيص المرض، العلاج الجوّاري، الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي، الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي، تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.

وتكلف على الخصوص بما يأتي:

- المساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

- المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

عموما هذه الأشكال السالفة الذكر تمثل المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر تدخل ضمن المؤسسات ذات الطابع غير الربحي في القطاع العام، تسير وفق القواعد القانونية و التنظيمية، و تصب في قانون الوظيف العمومي، و بالإضافة إلى هذه المؤسسات الصحية العمومية هناك عيادات متخصصة و منها متعددة الاختصاصات تنتمي للقطاع الخاص، أنشأت بموافقة الدولة و فقا لدفتر الشروط المحدد من طرفها، الهدف منها تحقيق المنفعة العامة لمساعدة القطاع العام.

2.3. تطور النظام الصحي الجزائري:

لقد مر النظام الصحي الجزائري بعدة مراحل ليصل إلى ما هو عليه حالياً، هذه المراحل التي انطلقت منذ تاريخ حصول الجزائر على الاستقلال عبر برامج صحية و سياسات إصلاحية استراتيجية تبنتها الدولة متأثرة بالظروف السياسية، لتنتج بذلك مؤسسات صحية تابعة للقطاع العام هدفها تحسين الصحة العمومية للأفراد والتكفل بالمرضى، و قبل التطرق لأهم المراحل التي مر النظام الصحي الجزائري، سنعطي لمحة عن وضعية الصحة قبل الاستقلال و النظام الصحي للثورة التحريرية.

حيث كان الشعب الجزائري إبان الاستعمار الفرنسي يعاني من الفقر و انتشار مختلف الأمراض الوبائية والمعدية كالسل و الملاريا و الكوليرا و التيفوئيد و غيرها من الأمراض الناتجة عن الظروف المعيشية الصعبة التي فرضها الاستعمار الفرنسي، حيث تميز النظام الصحي آنذاك بتغيرات يمكن تقسيها إلى ثلاث مراحل بالشكل التالي:¹

- مرحلة 1830-1850: اتسمت بتغطية صحية عسكرية مطلقة، مع إنشاء بعض العيادات ومراكز الإسعاف الثابتة التي توضع في المناطق الأهلة بالعسكريين لخدمتهم، و يتم توزيع العلاج من طرف الصحة العسكرية.

- مرحلة 1850-1945: بعدما احتلت فرنسا المدن بصورة مطلقة و بالقوة العسكرية، عملت فرنسا على جلب الأطباء المدنيين و الذين يأتون بأعداد قليلة و يتركزون كذلك

¹ نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 113.بتصرف

في المدن، لذلك أنشئ ما يسمى بمصلحة الطب الاستعماري و مهمتها تكمن في فحص المرضى و تزويدهم بالأدوية وإرسالهم إلى أقرب مستشفى في حالة الضرورة، هذه المستشفيات العسكرية أصبحت فيما بعد مختلطة، و تم تعديل قانون المستشفيات المدنية لتستقبل المرضى بدون تميز بالإضافة إلى وضع مكتب للأعمال الخيرية في كل بلدية مهمتها إسعاف المرضى في إقامتهم، و قد تميزت هذه المرحلة بإنشاء عدة أسلاك و مؤسسات صحية منها المتعاونين الطبيين من الأهالي، ثم أطباء البلديات و عيادات الأهالي سنة 1907 و الممرضات الزائرات.

- مرحلة 1945-1962: و تميزت هذه المرحلة ببعض الاصلاحات، مثل طب المستعمر و تطوير الهياكل الصحية لصالح الجندي و المعمر و الخدم من الجزائريين، ليبقى الجانب التأطيري يعاني من النقص سواء في الأطباء و أعوان الصحة، و كذا تطبيق قانون الحماية الاجتماعي الفرنسي في الجزائر ابتداء من سنة 1958، أما بالنسبة للنظام الطبي للثورة التحريرية فقد تميز بصفتين هما تكوين الإطارات و إحضار الأدوية و العلاج بسرعة، و هو شامل لكافة أبناء الشعب و مجاني و هذا لإضفاء الشعبية على الثورة.

كانت بداية النظام الصحي للثورة التحريرية مكونة من الممرضين و الممرضات الذين دخلوا الثورة منذ نشوبها مسلحين بتكوينهم و الأدوات الطبية و قليل من الأدوية و الكتب التي وزعت في مختلف الجهات و كونت بها مراكز ثابتة و مستشفيات، و قد زاد إضراب 19 ماي 1956 للطلبة الجزائريين تنكيلا بأعمال الاستعمار ضد الشعب الجزائري من التحاق هؤلاء الطلبة بالثورة و بالتالي زيادة عدد الممرضين و تقوية

النظام و كان يتم الحصول على مختلف الأدوية و الأدوات الطبية من خلال الأعمال
 الفدائية ضد العدو الفرنسي، أما بالنسبة للتنظيم فقد كان يتبع النظام العسكري
 ويخضع للجيش و هناك مسؤولون صحيون على مستوى المناطق و النواحي و الأقسام
 مهمتهم الإشراف على المستشفى الذي يكون في مناطق آمنة قريبة من المياه في
 الغابات، ويمنع على القائمين بالمستشفى التجول أو الاتصال بأي شخص بالإضافة
 إلى فرقة حراسة تجلب التموين و الاتصال بإدارة القسم و المسؤول العسكري بالإضافة
 إلى عدة نقاط في إطار الحيطه و الحذر.

بعد الاستقلال ورثت الجزائر منظومة صحية متدهورة تتميز بنقص الهياكل القاعدية و
 عدم قدرتها على تلبية احتياجات السكان، فنسبة الوفيات عند الأطفال كانت من أعلى النسب في
 العالم، و المستشفيات والأطباء يتمركزون في المدن التي يتواجد فيها المحتل بكثافة، أما المناطق
 الريفية فهي تسير أمور مرضاها بالطب التقليدي والأعشاب الطبية لافتقارها لأدنى المراكز
 الصحية.

فكان على الجزائر تبني سياسة التغيير بتحديد الأولويات و التركيز على سياسة وطنية
 للصحة تهدف إلى القضاء على الأمراض الوبائية و مكافحة ظاهرة وفيات الأطفال، و بناء الهياكل
 و تكوين الإطارات الطبية و شبه الطبية و الإدارية.

1.2.3. السياسة الصحية الجزائرية في الفترة (1962-1972):

لقد عملت الجزائر في هذه الفترة على تحديد سياسة وطنية للصحة تتمثل في مكافحة المكثفة للأمراض الوبائية و تعميم العلاج الوقائي كالتلقيح و نظافة المحيط و حماية الأمومة و الطفولة و النظافة المدرسية و العمل أما الوسائل التي سخرت لتنفيذ هذه السياسة فلم تكن كافية مقارنة مع المعطيات السكانية و الاهداف المطلوب تنفيذها، فحسب تقرير وزارة الصحة سنة 1966 فيما يتعلق بالعاملين في القطاع الصحي فإن عدد الأطباء 1378 من بينهم 364 جزائريين، 216 صيدلي من بينهم 186 جزائري أما العاملين شبه الطبيين فكان عددهم 4834¹ ، و كان هذا الرقم صغيرا جدا لتلبية احتياجات ما يقارب 9 ملايين نسمة، فتميزت السياسة الصحية منذ الاستقلال إلى بداية السبعينات بـ:

- تنشيط الهياكل و المؤسسات الصحية التي تركها المستعمر و العاملين فيها و التي معظمهم من أصل فرنسي.
- إنشاء برامج صحية هدفها الأساسي مكافحة الأمراض انتشارا و توفير الاحتياجات الصحية الأساسية (مثل الاستعجالات الطبية و الجراحية)
- تكوين الموارد البشرية المحلية و تدريبها بالتعاون مع الكوادر الأجنبية.
- توفير الموارد المالية اللازمة للبلد و للقطاع الصحي خاصة.

¹ . Ministère de la Santé et de la Population. Séminaire sur le développement d'un système national de santé. L'expérience algérienne. Alger, 7-8 avril 1983. Impression Journal l'Unité.

و لتطبيق مبادئ السياسة التوجيهية في القطاع الصحي، عملت الحكومة على إصدار مجموعة من القرارات منها نذكر:¹

- في سنة 1963: كل المرافق الصحية الجديدة هي مرافق عامة بصفة إجبارية.
- في سنة 1964: إنشاء المعهد الوطني للصحة العمومية و المؤسسة العمومية ذات الطابع الإداري (EPA)، من أجل إجراء الدراسات و البحوث حول الصحة العامة و تطوير البرامج الصحية وتعزيزها.
- في سنة 1965: إعداد و تنفيذ برنامج لمكافحة الأمراض الوبائية كالمalaria و السل بدعم من المنظمة العالمية للصحة.
- في سنة 1966: إطلاق تعليمات وزارية بإنشاء وحدات صحية تحت إدارة المستشفيات في الأماكن الحالية من المعمرين، كما تم عمل حملة تطعيم واسعة النطاق للأطفال.
- في سنة 1969: إصدار مرسوم يجعل التطعيم إلزامي مجاني، إنشاء الصيدلية المركزية لضمان إنتاج واستيراد و توزيع الأدوية.
- في سنة 1972: التطعيم الشامل ضد شلل الأطفال.

¹ MOHEMMEDE Abdelmoumene et autres, les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Les notes IPIMED, N°13, 2012, p 47.

2.2.3. السياسة الصحية الجزائرية في الفترة (1973-1986):

ارتفاع الإيرادات البترولية في سنة 1972 أدت إلى ارتفاع الناتج الداخلي للدولة، مما جعل الجزائر تعمل على إطلاق برنامج التطور في جميع المجالات الحية، ففي المجال الصحي هذا التطور ترجم في إطار قرارات سياسية منها:¹

- **في سنة 1973:** تميزت هذه السنة باعتماد خطوتين هامتين في مجال التطور الصحي، فالخطوة الأولى تمثلت في المرسوم الرئاسي الذي أقر مجانية الطب، حيث يحق لكل مواطن جزائري الرعاية الصحية المجانية في المؤسسات الصحية العامة بغض النظر عن الوضعية الاجتماعية، و هذا بهدف إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي و توحيد نظامه ككل و وضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية و الاقتصادية للأفراد، و بذلك أصبحت العلاجات مهمة وطنية يستوجب اتخاذ اجراءات هامة و حاسمة من أجل تدعيمها خاصة في مجال التعليم و التكوين، و بالتالي جاءت الخطوة الثانية و التي تتمثل في إصلاح التعليم الجامعي في مجال الطب و الصيدلة و طب الأسنان (هذا القرار المتقدم في سنة 1970 و تم تطبيقه في سنة 1973) بهدف زيادة عدد الطلبة المتدربين في التخصصات السابقة.

- **في سنة 1975:** في هذه السنة تم إقرار البرمجة الصحية، حيث تم اعتماد معايير (مركز صحي لكل 6 إلى 7000 مواطن، عيادة متعددة الخدمات لكل 15 إلى 25000 مواطن، مستشفى لكل دائرة، مستشفى لكل ولاية، مخبر طبي في كل

¹ Idem, p 48-50

ولاية،...) بالإضافة إلى صياغة عدد من البرامج الصحية الوطنية مثل برنامج حماية الطفولة و الأمومة، كما تميزت هذه السنة بإنشاء الخدمة المدنية الإلزامية في القطاع الصحي العام لكل طالب أكمل دراسته الجامعية بعد ذلك يسمح له بممارسة مهنة الطب في القطاع الخاص، و هذا نظرا للزيادة الكبيرة في عدد الأطباء الذين أكملوا دراستهم الجامعية، و بهدف التوزيع العادل لجميع الأطباء المتخصصين و العامين على مستوى البلاد.

- **في سنة 1979:** في هذه السنة تم إنشاء المرسوم الذي يحدد القطاعات الصحية و القطاعات الصحية الفرعية، بهدف التسيير الجيد للقطاعات الصحية بالنظر إلى النمو التدريجي للسكان والمتزايد و الاستجابة له، فإنشاء مفهوم القطاع الفرعي الذي يضم العيادات المتعددة الخدمات و بعض المراكز الصحية جاء ليجسد التسلسل الهرمي للرعاية الصحية حيث يقدم القطاع الفرعي الرعاية الصحية و يوجه كل الحالات و المرضى المحتاجين للرعاية الصحية المتخصصة للمستشفيات.

و مع بداية سنة 1980 و مع سياسة التنمية التي انتهجتها البلاد آنذاك بعد وفاة الرئيس الراحل بومدين، هذه السياسة التي كانت تحت شعار "من أجل حياة أفضل" الموجهة نحو تلبية حاجات السكان و بدعم من الزيادة في الإيرادات النفطية، استفاد القطاع الصحي من تجهيزات حديثة لوحدات العناية الصحية و من الاستثمار في القطاع الصحي الذي يهدف إلى بناء أكثر من أربعين مستشفى من أجل تحسين التغطية الصحية الوطنية، و من أجل ضمان تمويل هذه السياسة الصحية من طرف صندوق الضمان الاجتماعي أصدرت الدولة رسوم سنوية تدفع لميزانية الصحة، كما

زادت هذه التدابير من ميزانية القطاع الصحي و التي بلغت ما يقارب 7% من الناتج المحلي في أواخر الثمانينات.

كما عملت هذه السياسة الوطنية في أوائل الثمانينات على التركيز و بشكل خاص على تخطيط وإعادة تنظيم و تكوين القطاع الشبه الطبي، و في سنة 1982 عملت وزارة الصحة على تكوين الكادر الإداري الصحي و تدريبهم و وضع البطاقة الصحية.

- **في سنة 1984:** تم في هذه السنة تطوير البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال بالتعاون مع اليونسيف.

- **في سنة 1986:** في هذه السنة تم إصدار المرسوم التنفيذي رقم 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1986 و المتضمن القانون الاساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية بصفتها هياكل مستقلة، حيث قبل ذلك كانت الهياكل الجامعية منفصلة عن القطاع الصحي مما أثر سلبيا على تكوين الطلبة التطبيقي و على تنظيم الدورات التدريبية، كما شهدت هذه الفترة أيضا عدة تغيرات في السياسة الصحية الوطنية حيث شرعت الحكومة في تنظيم القطاع العام من خلال إصدار مجموعة من القوانين كاعتماد قانون الصحة الجديد في سنة 1985 (القانون رقم 85-05)، و في نفس الوقت شرع في الانفتاح التدريجي على الاستثمار الخاص في القطاع الصحي فسمحت الحكومة بإنشاء العيادات الجراحية و مراكز غسيل الكلى و العيادات الصغيرة للولادة، هذا الانفتاح استمر حتى سنة 1990 حيث تم السماح بإنشاء مؤسسات استشفائية خاصة ، إلا أن النظام الصحي الجزائري كغيره من القطاعات الاخرى في الجزائر قد

تأثر بشكل سلبي بالوضع السياسي و الأمني في تلك الفترة، مما شكل تحديا آخر و من نوع خاص بالنسبة للقطاع الصحي في الجزائر .

3.2.3. السياسة الصحية الجزائرية في الفترة (1987-2003):

في هذه الفترة عرفت السياسة الصحية التي طبقتها الجزائر ما بين 1972 و 1986 توقفا، و هذا راجع إلى الانخفاض الحاد في الدخل نتيجة لانخفاض الإيرادات النفطية مما جعل الجزائر تتخلى عن عدد من برامج التنمية، ففي المجال الصحي واجهت المؤسسات الصحية صعوبة في التسيير و التمويل و صيانة المعدات، نقص حاد في الأدوية و اضطراب في البرامج الصحية مثل برنامج مكافحة السل، مما شكل أزمة للنظام الصحي، لكن على الرغم من هذا الوضع المالي الصعب فقد اتخذت العديد من التدابير و الاجراءات التنظيمية في هذه الفترة:¹

- في سنة 1988: تنفيذ لوحة القيادة الصحية (TBS) على جميع مستويات النظام الصحي و التي تسمح بالتأكد من صحة المعلومات عن سير نظام الهياكل الصحية.

- في سنة 1989: تم نشر أول احصائية عن النظام الصحي من قبل وزارة التخطيط، على أن يستمر النشر بشكل سنوي إلا انه أصبح أقل انتظاما ابتداء من سنة 2004، كما تم أيضا إنشاء المدرسة الوطنية للصحة العمومية (المدرسة الوطنية للمناجمنت و إدارة الصحة حاليا) وفق المرسوم 89-11 المؤرخ في 7 فيفري 1989 و هي مؤسسة

¹ Idem ; p 50-54

عامة ذات طابع إداري مهمتها إدخال المفاهيم والأساليب الحديثة في إدارة الخدمات الصحية من خلال تدريب اداريي المرافق الصحية.

- **في سنة 1992:** تم إصدار عدة مراسيم خاصة بالقانون 85-05 المتعلق بالأدوية، هذه المراسيم الخاصة بتسجيل المنتجات الصيدلانية، السماح بإنشاء مؤسسات لإنتاج و توزيع الأدوية و المنتجات الصيدلانية.

- **ابتداء من سنة 1992:** فإن قانون المالية يضع و بشكل سنوي مساهمة الضمان الاجتماعي من ميزانيات القطاعات الصحية المؤسسات الاستشفائية الجامعية و المتخصصة و الموجهة لتغطية الاعباء المالية الطبية للمؤمنين، و سوف تتم التغطية المالية اعتمادا على العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي و وزارة الصحة.

- **في سنة 1993:** انشاء المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques من خلال المرسوم التنفيذي 93-140 المؤرخ في 14 جوان، مهمته مراقبة جودة المنتجات الصيدلانية و تركيباتها الكيميائية و اللقاحات و المنتجات المخزنة.

- **في سنة 1994:** إنشاء معهد باستور الجزائر وفقا للمرسوم التنفيذي 94-74 المؤرخ في 30 مارس، إنشاء أيضا الصيدلية المركزية للمستشفيات وفقا للمرسوم التنفيذي 94-293 المؤرخ في 25 سبتمبر مهمتها شراء، تخزين و توزيع الأدوية و الأجهزة الجراحية الموجهة لهياكل الصحة العامة.

- **في سنة 1995:** إنشاء الوكالة الوطنية لتطوير البحوث الصحية بموجب المرسوم التنفيذي 95-40 المؤرخ في 28 جانفي، تحت إشراف مزدوج لوزارة البحث العلمي ووزارة الصحة، أيضا تم إنشاء الوكالة الوطنية للدم وفقا للمرسوم 95-108 المؤرخ في 9 أفريل لتقوم بمهمة تنظيم عملية نقل الدم وضع معايير للنقل الجيد للدم و مراقبته و اختباره، و قد تم في نفس السنة إنشاء الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي بموجب المرسوم المؤرخ في 14 أكتوبر 1995 من أجل توفير جميع الوثائق و الكتب و المنشورات و كل ما يحتاجه موظفو القطاع الصحي من معلومات.

- **في سنة 1996:** إنشاء المعهد الوطني لتعليم و تدريب الشبه الطبي بموجب المرسوم 96-148 المؤرخ في 27 أفريل، هذا المعهد أنشأ بهدف الاتاحة لجميع المؤسسات الصحية تدريب الموظفين شبه الطبي لديهم و توفير لديهم كل الامكانيات لتحسين أدائهم، تصميم و تطوير و تقييم برامج تدريب الشبه الطبي، تنظيم و مراقبة الامتحانات و المسابقات، مراقبة جودة العمليات التدريبية المقدمة، تطوير البحوث في مجال تعليم و تدريس الشبه الطبي.

- **في سنة 1997:** في هذه السنة تم إعداد ما يسمى بالمناطق الصحية الجهوية الخمسة و تكريس التعددية القطاعية (الوسط، الشرق، الغرب، الجنوب الشرقي، الجنوب الغربي) فالمنطقة الجهوية في وحدة جغرافية صحية أنشأت بموجب المرسوم 97-262 المؤرخ في 14 جويلية، تتكون من عدة ولايات تسير من طرف المجلس الجهوي للصحة مهمته تتمحور خصوصا في ضمان و بصورة عقلانية حماية و ترقية صحة المواطنين، كما تم أيضا إعادة تنظيم النظام الصحي و تعديل القاعدة الاقليمية

للمستشفيات الجامعية و التي يضعها تحت الاشراف الإداري لوزارة الصحة و السكان و الاشراف البيداغوجي لوزارة التعليم العالي و البحث العلمي و هذا وفقا للمرسوم 97-457 المؤرخ في 02 ديسمبر.

- **في سنة 1998:** إنشاء المركز الوطني لليقظة بخصوص الأدوية و العتاد الطبي بموجب المرسوم التنفيذي 98-192 المؤرخ في 03 جوان، مهمته جمع انكاسات الأدوية و العتاد الطبي و دراستها، دراسات و بحوث لضمان استعمال الأدوية و العتاد الطبي، الإعلام المبرهن عن تطور العلاج الطبي تحسين المستوى التكويني للأطباء من أجل منهج علاجي مطابق للأمراض.

إنشاء المركز الوطني لعلم السموم وفقا للمرسوم التنفيذي 98-188 المؤرخ في 02 جوان بهدف بحث و تحديد و تقرير حجم المواد السامة، قياس مؤشرات التعرض البيولوجي و التسمم، وضع قواعد للممارسات المختبرية السليمة و المعايير الفنية لتحليل السموم بالإضافة إلى تحديد المخاطر التسممية الرئيسية.

- **في سنة 1999:** تم إنشاء لجنة للبحث و وضع قانون الصحة الجديد.

- **في سنة 2001:** تثبيت مجلس وطني لإصلاح المستشفيات، على أن يقدم تقريره المرحلي في ديسمبر 2002 و تقريره النهائي في أكتوبر 2003، كما تم وضع لجنة بشأن الحسابات الوطنية الصحية على أن تضع تقريرها في 2003.

- **في 2002، 2003، 2004،** نشر المجلة السنوية المسماة بـ صحة الجزائريات و الجزائريين.

- في 2003: وضع مشروع القانون الصحي هذا المشروع الذي كان قد نوقش من قبل لكن لم يقدم إلى الجمعية الوطنية، كما تم وضع التقرير النهائي لبرنامج إصلاح المستشفيات.

4.2.3. السياسة الصحية الجزائرية في الفترة (2004-2011):

تميزت هذه المرحلة من السياسة الصحية في الجزائر بارتفاع نسبة الموارد في القطاع الصحي و التي تظهر في زيادة الميزانية الصحية و زيادة الهياكل الصحية و الاستثمار في المعدات الطبية، كما تميزت بوضع العديد من القوانين تخص تنظيم القطاع الصحي:¹

- في سنة 2007: تم إصدار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي، بشأن إعادة تنظيم الهياكل الصحية إلى مؤسسات عمومية استشفائية و مؤسسات الصحة الجوارية بهدف سد النقائص التي كان يعاني منها القطاع الصحي في تهميش النشاطات الوقائية و العلاجات القاعدية التي تتكفل بها العيادات المتعددة الخدمات و قاعات العلاج.

- في سنة 2009: في هذه السنة تم التشجيع على الاستغناء على المنتجات الصيدلانية المستوردة واستهلاك المنتجات المصنعة محليا و هذا عن طريق إصدار المرسوم التنفيذي 09-396 المؤرخ في 24 نوفمبر، و الذي تقضي بعقد اتفاقية مع الصيدلة

¹ Idem, P 54-55.

المتمثلة في الزيادة بنسبة 20% من مبلغ الوصفة المعوضة و الممنوحة للصيادلة بشرط يتمكنوا من تقديم الادوية المصنعة بالجزائر بالنسبة لمجمل الادوية الموصوفة.

- في سنة 2010: تم وضع لجنة مكلفة بوضع قانون الصحة الجديد و تقديمه إلى وزير الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات الجديد في جانفي 2011.

- في سنة 2011: وضع لجنة لإصلاح التعليم الشبه طبي على أن تقدم اللجنة تقريرها إلى وزير الصحة في فيفري 2011، كما تم وضع لجنة أخرى لوضع البطاقة الصحية الجديدة، و في هذه السنة أيضا تم اعتماد وطنية من طرف وزارة الصحة لمكافحة السرطان.

3.3. تقييم أداء النظام الصحي الجزائري:

لقد عملت الجزائر على وضع سياسة صحية في كل مرحلة من المراحل المذكورة سابقا و هذا اتباعا للمتغيرات السياسية و الاجتماعية التي مرت بها الجزائر، و كمحاولة منا لتقييم أداء النظام الصحي سوف نستعرض فيما يلي تطور المؤشرات الديمغرافية، الاجتماعية و الصحية.

1.3.3. تطور المؤشرات الديمغرافية:

لقد عمل النظام الصحي منذ الاستقلال على التركيز على مكافحة الامراض الوبائية و تعميم العلاج الوقائي و حماية الامومة و الطفولة نظرا لنسبة الوفيات المرتفعة للأطفال، و بالرغم من عمر الاستقلال السياسي استطاعت أن تتجاوز الجزائر أزمة انتشار الامراض المعدية، و هذا ما تظهره تطور المؤشرات الديمغرافية التالية:

الجدول رقم (7): تطور عدد السكان (1966-2015)

(عدد السكان بالملايين)

السنة	1966	1977	1987	1998	2008	2010	2013	2015
عدد السكان	12.980	17.690	23.917	30.336	34.811	36.036	38.186	39.666

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا احصائيات البنك الدولي من خلال الموقع

<http://perspective.usherbrooke.ca>، تاريخ التصفح 2016/02/24

الجدول رقم (8): تطور معدل النمو الديمغرافي السنوي خلال الفترة (1966-2015)

السنة	1966	1977	1987	1998	2008	2010	2013	2015
معدل النمو الديمغرافي %	2.76	2.87	2.87	1.49	1.59	1.78	1.97	1.86

المصدر: نفس المرجع

يبين الجدول (8) ان هناك تطور ملحوظ في عدد السكان منذ الاستقلال و هذا ما يعكس

نجاح السياسة الصحية المتخذة في السنوات الاولى من الاستقلال و التي عملت على تخفيض

نسبة الوفيات والوقاية من الامراض المؤدية للوفاة ابان الاحتلال الفرنسي بالإضافة إلى تحسين

الظروف المعيشية، إلا أن الجدول رقم (8) المتعلق بنسبة النمو الديمغرافي نسجل فيه الانخفاض

التدرجي في نسبة النمو مقارنة مع الفترات الأولى للسياسة الصحية و التي عرفت أعلى نسبة في النمو.

الجدول رقم (9): تطور مواليد و وفيات الأطفال الرضع.

(الوحدة: الآلاف)

السنوات	المواليد	وفيات الرضع	المواليد الطبيعية
1970	603	137	466
1975	667	156	511
1980	761	143	618
1985	845	138	707
1990	775	151	624
1995	711	180	531
2000	600	166	434
2005	703	147	556
2006	739	144	595
2007	783	149	634
2008	817	153	664
2009	849	159	690
2010	879	157	722

المصدر: وثائق من طرف وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات.

الجدول (10): تطور توقع الحياة عند الولادة (1966-2015).

السنة	1966	1977	1987	1998	2008	2010	2013	2015
إناث	49.6	55.55	67.01	70.94	75.43	76.09	76.97	77.54
ذكور	48.02	53.65	64.03	67.82	71.11	71.63	72.29	72.74
المجموع	48.79	54.58	65.49	69.34	73.22	73.80	74.57	75.08

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا احصائيات البنك الدولي من خلال الموقع

<http://perspective.usherbrooke.ca> تاريخ التصفح 2016/02/24

من خلال الجدولين السابقين نلاحظ الارتفاع الملموس و المستمر في عدد مواليد الأطفال واستقرار في عدد الوفيات المسجلة أيضا في الفترة ما بين 1970 و 2010 حيث يمكننا تفسير هذه الزيادة في المواليد إلى ارتفاع عدد الزيجات نتيجة لتحسن الظروف المعيشية (حيث ارتفع عدد الزيجات في سنة 1998 من 158298 زيجة إلى 331190 زيجة في 2008)¹، أما استقرار الوفيات بالمقارنة مع استمرار الارتفاع في المواليد فهذا راجع إلى تحسن الرعاية و التكفل بالمواليد الجدد والام و مراقبة الحمل و التطعيم و غيرها، و هذا ما يجعل التوقع للحياة يرتفع و هذا ما نسجله فعلا في الجدول (10) الذي ارتفع من 54.58 في سنة 1977 إلى 75.08 في سنة 2015.

إن هذا الارتفاع في المواليد المستمر بنبيء بمجتمع شاب أي بزيادة عدد الفئات العمرية

الشابة مقارنة بفئة الشيخوخة، و هذا ما سنبينه في الجدول (11):

¹ MOHEMMED Abdelmoumene et autres, les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Les notes IPIMED, N°13, 2012, p 57.

الجدول (11): توزيع السكان حسب الفئة العمرية (%) (1966-2015).

2015	2013	2010	2008	1998	1987	1977	1966	الفئة العمرية
28.54	27.89	27.19	27.51	36.57	44.75	46.67	47.35	14-0 سنة
65.52	66.40	67.26	67.15	59.40	51.88	49.78	49.05	15-64 سنة
5.94	5.71	5.55	5.33	4.04	3.37	3.55	3.60	65 سنة و ما فوق
100	100	100	100	100	100	100	100	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا احصائيات البنك الدولي من خلال الموقع

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codeP>

[ays=DZA&codeStat=SP.POP.65UP.TO.ZS&codeStat2=x](http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codeP) تاريخ التصفح 2016/02/24

من خلال الجدول نلاحظ أن نسبة الفئة العمرية 65 سنة فما فوق تعد في الفترة الزمنية

ما بين 1966 و 2015 من أقل النسب و هذا راجع إلى ارتفاع نسبة المواليد مما جعلها في آخر

الفئات العمرية، كما نلاحظ أيضا الارتفاع الضئيل و المتواصل في هذه النسبة عبر نفس الفترة

الزمنية و هذا ما نفسره إلى اهتمام الدولة بهذه الفئة من المجتمع أي بصحة كبار السن، مما أدى

إلى تغيير التركيبة السكانية للمجتمع فأكبر نسبة هي فئة الشباب من 14 إلى 64 سنة تليها فئة

الأطفال من 00 إلى 14 و في الأخير فئة كبار السن.

2.3.3. تطور المؤشرات الاجتماعية البشرية:

تعتبر مؤشرات التنمية البشرية من المؤشرات الرئيسية لقياس جهود أي بلد في التحسين والتطوير في مجالات الصحة و التعليم و المستوى المعيشي، فإننا سنعتمد في دراستنا هذه لقياس استجابة النظام الصحي لمختلف السياسات و الاستراتيجيات المختلفة التي اعتمدها الجزائر بعض مؤشرات التنمية البشرية المتعلقة بمجال الصحة و هي مؤشر المستوى التعليمي، مؤشر أمل الحياة عند الولادة و مؤشر الناتج المحلي للفرد، فكلما ارتفع الدخل و ازداد التعليم و ارتفع مؤشر الحياة عند الولادة كلما أعطى ذلك مؤشرا على الانتفاع الاحسن بالرعاية الصحية و على الأوضاع الصحية.

الجدول (12): تطور مؤشر التنمية البشرية (1980-2014)

السنوات	1980	1990	2000	2005	2008	2010	2013	2014
IDH	0.45	0.55	0.62	0.67	0.69	0.70	0.71	0.74

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على التقرير العالمي للتنمية البشرية من خلال

الموقع <http://perspective.usherbrooke.ca> تاريخ التصفح 2016/02/24

الجدول (13): المؤشرات الفرعية لمؤشر التنمية البشرية لسنة 2014

المؤشرات الفرعية	توقع الحياه منذ الولادة	متوسط سنوات الدراسة	السنوات المتوقعة من التعليم	نصيب الفرد من PIB
	74.8	7.6	14	13554

Source : Rapport sur le développement humain en Afrique 2016, p173.

نلاحظ من خلال الجدولين السابقين ارتفاع المؤشر العام للتنمية البشرية في الفترة (2014-1980) و الذي تم حسابه من خلال أربع مؤشرات فرعية هي توقع الحياة منذ الولادة، متوسط سنوات الدراسة، السنوات المتوقعة من التعليم، نصيب الفرد من الناتج الداخلي الخام.

الجدول (14): تطور نصيب الفرد من الناتج الداخلي الخام (بالدولار) بالمكافئ القوة الشرائية.

السنوات	1990	2000	2005	2008	2010	2013	2014
نصيب الفرد من PIB	10239	10382	12327	12673	12898	13314	13554

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على احصائيات البنك الدولي من خلال

<http://perspective.usherbrooke.ca> تاريخ التصفح 2016/02/24

أما بالنسبة لمؤشر الناتج الداخلي الخام و نصيب كل مواطن منه فنلاحظ أنها في ارتفاع مستمر و خاصة ما بين سنتي 2008 و 2014 و هذا راجع إلى ارتفاع الإيرادات البترولية في هذه الفترة و بداية خروج الجزائر من أزمة العشرية السوداء، حيث أن ارتفاع توزيع الدخل على

المواطنين يؤدي إلى ارتفاع القدرة الشرائية و انخفاض نسبة الفقر، فحسب تقرير التنمية البشرية لسنة 2007 فإن الجزائر تحتل المرتبة 51 حسب مؤشر الفقر الانساني هذا ما يدل على الارتفاع الكبير للفقر و تراجع القدرة الشرائية مما يعكس أيضا وجود فوارق كبيرة في توزيع الدخل بين المواطنين رغم ارتفاعه.

و منه فإن انخفاض مؤشرات التنمية البشرية أو المحافظة على نسبة معينة يرفع من مسؤوليات القطاع الصحي اتجاه فئات المجتمع خاصة التي تعاني من الفقر حيث لا تستطيع تحمل تكاليف الخدمات الصحية فتؤدي إلى تفشي الامراض و كذلك المستوى التعليمي و سوء توزيع الدخل يؤثران على المستوى الصحي للمواطنين الجزائريين.

3.3.3. تطور المؤشرات الصحية:

سوف نتطرق في هذا الجزء من البحث إلى مؤشرات الوضع الصحي كتنقيح للسياسة الصحية المتخذة في الفترات التي ذكرناها سابقا و التي مر بها النظام الصحي الجزائري، و من هذه المؤشرات تطور الأمراض بأنواعها وانتشارها، و كذلك تطور عدد الوفيات و أسبابها.

بالنسبة لتطور الأمراض فقد مرت الجزائر بمرحلة انتقالية وبائية و هذا راجع إلى اختفاء الأمراض المعدية والجدول الآتي سوف يبين لنا تطور مختلف الأمراض الوبائية خلال السياسات الصحية المطبقة:

الجدول (15): تطور الإصابة بالأمراض المعدية خلال الفترة (1997-2003):

2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	
13 749	8 049	4293	4450	6 254	6 865	10 217	الليشمانيوز الجلدي Leishmaniose (cutanée)
6 241	4 607	4027	3623	3 789	3 250	2 874	التهاب السحايا Méningite
1110	3 218	2077	2805	2 881	2 767	4 834	التيفويد Typhoïde
1932	2342	2829	2616	2 836	3 152	2 892	الزحار Dysenterie
2783	3262	3200	3933	2 493	2 779	3 439	الحمى المتعرجة Brucellose
12688	6674	2423	1601	2 295	3 132	18 536	الحصبة Rougeol
2080	2315	2705	2704	2 277	3 378	4 248	التهاب الكبد الفيروسي Hépatite virale
1358	1495	914	791	649	749	1 219	الترلخوما Trachome
692	644	651	771	627	678	830	كيس هيداتيكي hydatique Kyste
131	106	127	220	151	308	190	فيروس الليشمانيوز Leishmaniose (virus)
221	71	0	31	62	94	171	البقيري Bilharziose
2	4	14	12	18	28	32	التيتانوس Tétanos
7	0	3	3	17	57	62	الدفتيريا Diphthérie
17	60	141	32	7	13	31	السعال الديكي Coqueluche

المصدر: وثائق من وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

نلاحظ من خلال الجدول تراجع في عدد حالات الإصابة بالأمراض المعدية و هذا راجع إلى حالة الاستنفار التي أطلقتها السلطات الجزائرية في بداية سياستها الصحية بعد الاستقلال في محاربة الأمراض الوبائية نتيجة الأوضاع الاجتماعية السيئة إبان الاحتلال الفرنسي و كذلك انتشار و تعميم مبدأ الوقاية من الأمراض والتكفل بصحة المواليد الجدد و أمهاتهم بالإضافة إلى التثقيف و هذا ما يدل أيضا على سياسة التنمية الصحية ومحاولة تعميم العلاج و تقريب المراكز الصحية للمواطنين، هذه التنمية الصحية التي سوف تقلل من حالات دخول المستشفى نتيجة الإصابة بالأمراض المعدية و الجدول التالي سوف يبين الأسباب التي تتطلب دخول المستشفى (حسب الأمراض):

الجدول (16): تطور الأسباب دخول المستشفى ما بين سنتي 1990 و 2005

2005	1990	الأسباب
12%	18,7%	أمراض هضمية
13%	10,7%	أمراض تنفسية
8,7%	10,6%	أمراض عصبية
6,3%	10,1%	أمراض معدية
11,2%	10%	ولادات معقدة
48,8%	39,9%	أمراض أخرى
100%	100%	المجموع

و من خلال هذا الجدول قد أصبحت الولادات المعقدة و الامراض الهضمية من أولى الأمراض التي تستدعي دخول المستشفى مع تراجع ملحوظ للأمراض المعدية و هذا ما يؤكد ما ذكرناه سابقا حول فعالية السياسة الصحية في محاربة الأمراض الوبائية.

أما بالنسبة لمؤشر تطور وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات لكل 1000 مولود حي في الجزائر خلال الفترة الممتدة ما بين 2006 و 2015 نبينه في الجدول الآتي:

الجدول (17): تطور وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات لكل 1000 مولود حي (2006-2015)

(2015)

2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	
26	26	26	26	27	27	28	29	31	32	عدد الوفيات

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على احصائيات البنك الدولي

<http://perspective.usherbrooke.ca>، تاريخ التصفح 2016/02/24

نلاحظ من خلال الجدول الانخفاض التدريجي في عدد وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات من 2006 إلى غاية 2012 ثم عرف ثباتا إلى غاية 2015 ب 26 وفاة و هذا ناتج عن تحسين الوضع الصحي في الجزائر و تطوره.

فحسب الدراسة التحليلية التي قام بها المعهد الوطني للصحة العمومية INSP (دراسة Tahina) حول الوضع الصحي و السياسة الصحية الجزائرية، في سنة 2002 و التي تناولت

خلالها أسباب الوفيات، قد سجلت 13358 حالة وفاة لنفس السنة و الجدول الآتي يبين أسباب هذه الوفيات:

الجدول (17): أول عشر أمراض مسببة للوفاة في سنة 2002

النسبة %	عدد الوفيات	أسباب الوفاة
13 ,5	1810	التهاب ما بعد الولادة Affections périnatales
7,5	1006	الأمراض الدماغية- Maladies cérébro-vasculaires
6,6	876	أمراض القلب و ضغط الدم Cardiopathies hyperensives
4,4	582	داء السكري Diabète sucré
4,3	568	الإصابات غير المتعمدة Traumatisme non intentionnels
2,5	339	مرض القلب الإقفاري Cardiopathies ischémiques
2,3	304	التهابات الجهاز التنفسي infections des voies respiratoires
2,1	284	أمراض الجهاز البولي التناسلي Maladies de l'appareil uro-génital
1,5	197	الربو Asthme
1,3	174	أمراض الإسهال (Maladies diarrhéiques)
54	7218	أسباب أخرى Aures causes
100	13358	جميع الأسباب Toutes causes

و من خلال هذا الجدول الذي تناول ترتيب عشر أمراض مسببة للوفاة في سنة 2002 نلاحظ أن التهاب ما بعد الولادة يعد السبب الأول المسبب للوفاة بنسبة 13,5% تليه الأمراض الدماغية و أمراض القلب و ضغط الدم بنسبتي 7,5 و 6,6 % على الترتيب ، أما في سنة 2008 " كانت الأسباب المسببة للوفاة و الأكثر شيوعا هي أمراض الجهاز الدوري Maladies de l'appareil circulatoire بنسبة 21% و التهاب ما بعد الولادة بنسبة 16,4 % و الأورام السرطانية بنسبة 7,9 % و أمراض الجهاز التنفسي بنسبة 5,4 % و في عام 2009، نجد نفس الترتيب مع النسب متطابقة تقريبا :أمراض الجهاز الدوري (21.8 %) التهاب ما بعد الولادة (16.3%) والأورام السرطانية (8.2%)، وأمراض الجهاز التنفسي (6%)¹

4.3.3. تطور المؤشرات التنظيمية للنظام الصحي:

في هذا الجزء من تقييمنا لفعالية السياسة الصحية الجزائرية سوف نصف التنظيم الحالي للنظام الصحي مختلف الموارد المسخرة لهذا النظام (المادية و البشرية) و أخيرا التغطية الصحية للهياكل الصحية في مختلف أرجاء الوطن.

حيث عمل النظام الصحي الذي يرأسه وزير الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات والمفوض لتنفيذ برنامج رئيس الجمهورية من خلال خطة عمل الحكومة المعتمدة في 2009 للقطاع الصحي و التي تركز على تحسين التغطية الصحية، تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، دعم التحولات الديمغرافية و الوبائية، تحقيق الأهداف الإنمائية المخططة لـ 2015 بالإضافة إلى تنسيق الإدارة الصحية مع باقي القطاعات الأخرى.

¹ MOHEMMED Abdelmoumene et autres, Op-cit, p 66

و من أجل تحقيق هذه الأهداف تم وضع مجموعة من الهياكل الصحية التي توفر الرعاية، حيث نجد المراكز الاستشفائية الجامعية EHU و المراكز الاستشفائية المتخصصة EHS والمؤسسات الاستشفائية العمومية EPH و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية EPSP، والجدول التالي يبين عدد الهياكل الصحية لمختلف الولايات و المهياة للرعاية الصحية لسنة 2010:

الجدول (18): تطور عدد المؤسسات الاستشفائية ما بين 2005 و 2010

2010		2007		2005		
عدد الأسرة	عدد المستشفيات	عدد الأسرة	عدد المستشفيات	عدد الأسرة	عدد المستشفيات	
12501	13	12697	13	13837	13	المراكز الاستشفائية الجامعية EHU
10824	64	9785	54	6064	32	المراكز الاستشفائية المتخصصة EHS
37775	194	35157	240	33837	232	المؤسسات الاستشفائية العمومية EPH
-	1491	-	1477	-	517	العيادات polycliniques
-	5350	-	5117	-	4533	قاعات العلاج salles de soins
						المؤسسات العمومية للصحة الجوارية EPSP

المصدر: وثائق من وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

من خلال الجدول نلاحظ ارتفاع في عدد المراكز الاستشفائية المتخصصة و انخفاض في

عدد المؤسسات الاستشفائية العمومية و ارتفاع ملحوظ في عدد العيادات و قاعات العلاج ، و هذا

راجع إلى إعادة تنظيم المرفق الصحي سنة 2007 و التي أصبحت بالشكل المذكور سابقا و المبين في الجدول السابق.

أما بالنسبة للقطاع الخاص فإنه يمثل نسبة صغيرة من القطاع الصحي في الجزائر من خلال عيادات صحية عامة و متخصصة و كذلك جراحية و مخابر للتحاليل الطبية كما هي مبينة في الجدولين التاليين:

الجدول رقم (19): تطور عدد المؤسسات الصحية الخاصة في الجزائر

2010	2007	2005	المؤسسات الصحية
6208	5095	4573	Cabinets de consultation spécialistes العيادات المتخصصة
6315	6208	5990	Cabinets de consultation généralistes العيادات العامة
5105	4120	3832	Cabinet de chirurgie dentaire عيادات جراحة الأسنان
8322	7459	5849	Officines pharmaceutiques الصيدليات
30	23	23	Cliniques médicales العيادات الطبية
205	165	151	Cliniques médico-chirurgicales et obstétricales العيادات الطبية للجراحة و التوليد
121	64	48	Cliniques d'hémodialyse العيادات الطبية لغسل الكلى

المصدر: وثائق من وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

يظهر لنا الجدول تطور في عدد المؤسسات الصحية الخاصة بأنواعها، لكن تظل نسبة

هذه المؤسسات ضئيلة مقارنة بالمؤسسات الصحية العمومية

و من بين العناصر التي ركز عليها النظام الصحي لتحقيق الأهداف التنموية لمخطط

2015 هي الموارد البشرية من أطباء و شبه طبيين و إداريين و كذلك تقنيين، فقد ركزت الحكومة

من خلال سياساتها الصحية المعتمدة منذ الاستقلال على تكوين و تطوير العنصر البشري،

باعتباره العنصر الأساسي في مكونات النظام الصحي و الجدول التالي يبين تطور عدد عمال

القطاع الصحي في الجزائر.

الجدول رقم (20): تطور تغطية الممارسين الطبيين للسكان في الجزائر بالفترة الممتدة

ما بين 1966-2007 (بالنسبة لعدد السكان)

2007	2006	2005	1999	1966	
1/830	1/918	1/969	1/1 177	1/8 112	أطباء
1/1 373	1/1 567	1/1 708	1/1 750	-	أطباء عامون
1/2 081	1/2 218	1/2 240	1/3 594	-	أخصائيين
1/3 191	1/3 141	1/3 646	1/3 752	1/64 327	أطباء أسنان
1/4 571	1/5 388	1/5 389	1/6 134	1/50 926	صيادلة
1/341	1/352	1/367	1/346	1/2 276	عمال السلك شبه الطبي

المصدر : وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

يتضح من الجدول ارتفاع التغطية الصحية لعدد السكان طول الفترة الممتدة ما بين السنتين 1966 و 2007 و هذا ما يعكس الزيادة الواضحة في عدد الممارسين الطبيين سواء كانوا أطباء اختصاصيين أو عامين أو صيادلة و حتى عمال السلك الشبه طبي، إلا أن هذه الأرقام لا تعكس التغطية الإقليمية أو الولاية و التي تختلف من منطقة لأخرى حيث ترتفع التغطية الصحية في المدن الرئيسية و تنخفض في المدن الأخرى و المناطق النائية.

الجدول رقم (21): تطور تغطية الممارسين الإداريين، التقنيين و عمال الخدمة للقطاع

الصحي في الجزائر بالفترة الممتدة ما بين 1966-2006 (بالنسبة لعدد السكان)

2006	2000	1995	1979	
14222	13991	13077	2062	إداريون
9178	1855	928	722	تقنيون
40917	43406	44197	5024	عمال الخدمة

Source : MOHEMMED Abdelmoumene et autres, Op-cit, p 76

نلاحظ أن هناك استقرار في عدد الممارسين غير الطبيين (الإداريون و عمال الخدمة) ابتداء من سنة 1995 بعد الارتفاع الملحوظ بين 1979 و 1995 إلا أن هذا لا ينطبق على الممارسين التقنيين الذين سجلوا ارتفاعا بين سنتي 2000 و 2006 و هذا راجع إلى زيادة عدد الآلات و التجهيزات الطبية التي تم اقتناءها في هذه السنوات و التي تحتاج إلى متابعة و صيانة.

- تمويل القطاع الصحي: بما أن المؤسسة الصحية الجزائرية تتميز بالاستقلالية

المالية و تخضع في تسييرها المالي لقواعد قانون المالية و المحاسبة العمومية فإننا سوف نتطرق في تقييمنا للقطاع الصحي لمصادر تمويله و ما يرتبط بذلك حيث تطورت هذه المصادر منذ الاستقلال و بين مشروع الإصلاحات التي عرفها القطاع فممنذ سنة 1963 كانت هناك ثلاث مصادر أساسية للتمويل و هي المساهمة العمومية لتمويل الفقراء و المعوزين والتي تقدر بنسبة 60% من إجمالي النفقات الصحية، مساهمة الضمان الاجتماعي للتكفل بالمؤمنين بنسبة 30% مساهمة بعض الفئات من المرضى ذوي المهن الحرة و غير المؤمنين بنسبة 10% ، و في سنة 1974 و بعد إصدار قرار الطب المجاني فقد تميز القطاع الصحي بوجود مصادر رئيسية أخرى للتمويل و هي مساهمة الدولة بنسبة شهدت انخفاضا ملحوظا حيث تحتل نسبة 70% من الميزانية المعدة من طرف وزارة الصحة إلا أنها لم تعد الممول الأساسي للأنشطة الصحية و أصبحت تتكفل بأنشطة الوقاية الصحية خاصة بعد التوجهات الجديدة التي أقرها دستور 1989 في ميدان الصحة العمومية مساهمة الجماعات المحلية التي أدرجت في تمويل برامج الوقاية و نظافة المحيط و التربية الصحية المدرسية و غيرها و هذا تبعا لقانون الصحة الصادر سنة 1985، مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي و الذي أصبح يمول النفقة الصحية من خلال التأمين و المساعدات الاجتماعية و كذلك حوادث العمل و الأمراض المهنية أين ارتفع عدد المؤمنين بتطبيق مجانية العلاج ، مساهمة الأفراد التي تبقى رمزية أو زهيدة مع قانون الطب المجاني سواء كانت في ثمن الأدوية و الكشوفات لكن يمكن لبعض الأشخاص ذوي الدخل المرتفع و غير المؤمنين أن يساهموا في تسديد النفقات الصحية.

الجدول التالي يبين تطور مصادر تمويل النفقة الصحية في المنظومة الصحية الجزائرية

خلال الفترة 2010-2005:

الجدول (22): مصادر تمويل النفقة الصحية خلال الفترة 2010-2005 (الوحدة 10³ دج)

البيان	2006	2007	2008	2009	2010
مساهمة الدولة	73.468.310	106.660.946	151.471.267	173.220.480	197.232.583
% مساهمة الدولة	65.97	74.10	78.12	81.52	83.40
مساهمة CNAS	35.000.000	35.000.000	38.000.000	38.000.000	38.000.000
% مساهمة CNAS	31.42	24.31	19.59	17.88	16.06
مصادر أخرى	2.893.520	2.277.080	4.419.520	1.243.520	1.243.520
% مصادر أخرى	2.61	1.59	2.29	0.6	0.54
المجموع	111.361.830	143.938.026	193.890.787	212.464.000	236.476.103

المصدر: حاج عيسى سيد حمد، أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات

الجزائرية-دراسة حالة عينة من المستشفيات الجزائرية-، أطروحة دكتوراه في العلوم التجارية، كلية العلوم

الاقتصادية، التجارية و علوم التسيير، جامعة الجزائر 3، 2012، ص 152.

بالتالي فإن النفقات العمومية الصحية عرفت عدة تغيرات و تطورات و الجدول الآتي

سيبين تطور الناتج الداخلي الخام و النفقات الصحية و التي تضم نفقات الإدارات العمومية و

الخاصة للصحة:

الجدول رقم (23): تطور الناتج الداخلي الخام و موازنة الصحة في الجزائر من سنة

1998 إلى سنة 2006

السنة	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
النفقات								
النفقات الاجمالية للصحة (DTS) كنسبة من الناتج الداخلي الخام (%)	4.1	3.7	3.5	3.8	3.5	3.5	3.6	3.4
نفقات الادارات العمومية للصحة (DAPS) (%) كنسبة من (DTS)	73.8	71.9	73.3	77.4	75.3	77.4	72.5	74.8
نفقات القطاع الخاص للصحة (DPVS) كنسبة من (DTS)	26.2	28.1	26.7	22.6	24.7	22.6	27.5	25.2

Source : Dépenses Nationales en Santé Algérie

[Http/www.who.int/entity/nha/country/dza-f.pdf](http://www.who.int/entity/nha/country/dza-f.pdf), 24/11/2014.

يظهر لنا من الجدول أن هناك انخفاض في نسبة النفقات المخصصة للقطاع الصحي بالنسبة للناتج الداخلي الخام و بالتالي انخفاض في الميزانية المخصصة للصحة مما يؤثر سلبا على المنشآت الصحية و على جودة خدماتها الصحية و هذا في الفترة الممتدة من سنة 1998 وسنة 2006، رغم استمرار الطلب على العلاج كما يظهر لنا الجدول هيمنة النفقات الصحية العمومية على أكبر نسبة من النفقات الصحية مقارنة بالقطاع الخاص.

و بما أن التمويل الصحي يقتصر على التمويلات العمومية فهذا يؤدي و بشكل حتمي الى ارتفاع النفقات الصحية لوجود علاقة طردية بين النفقات العمومية و التمويل العمومي لزيادة

العرض أي المرضى، و هذا ما يحدث فعلا في القطاع الصحي الجزائري حيث تعرف مكونات نفقة الخدمة الصحية ارتفاعا ملحوظا و المتمثلة في:

- امتصاص الانفاق على الموارد البشرية أكبر نسبة من الموارد المخصصة للقطاع الصحي.

- ارتفاع الانفاق العام على المنتجات الوسيطة في الخدمات الطبية و المتمثلة في الأدوية و المحاليل والمواد والكيميائية و هذا راجع إلى توسع شبكات توزيع الأدوية و ارتفاع فاتورة استيراد الأدوية، فأصبح من المطلوب الاستغلال العقلاني من طرف المستشفيات لهذه الأدوية بالإضافة إلى وضع الثقة في المنتج المحلي و تشجيع الاستثمار في قطاع صناعة الأدوية.

- ارتفاع نفقات التسيير للمؤسسات الصحية كنفقات العتاد الطبي و صيانة الهياكل الصحية.

نتيجة لتطور و ارتفاع الانفاق الصحي مقارنة مع التمويل العام المحدود. أصبح من الضروري البحث عن موارد تمويل جديدة من شأنها أن تغطي النفقات الضرورية لهذا القطاع، كتفعيل دور المؤسسات الاقتصادية في تغطية النفقات الصحية للعمال تحت إطار طب العمل، و مساهمة التأمينات الاقتصادية و كذلك الجماعات المحلية في تسيير و تمويل المراكز الصحية، بالإضافة إلى ادخال اصلاحات من شأنها ان تتحكم في النفقة الوطنية كتحديث تسعير الخدمات الطبية و الشبه الطبية بدلا من التسعيرات الرمزية من اجل توفير مورد اضافي على مستوى المؤسسات الصحية.

خلاصة الفصل:

في الأخير و خلاصة لما قدمناه في هذا الفصل عن النظام الصحي الجزائري يمكن القول أنه قد مر بتغييرات هامة على مختلف مستويات هذا القطاع و تطور في مؤشراتته الصحية من تراجع في نسبة الوفيات وزيادة و تطور في هياكله الصحية منذ الاستقلال إلى الآن لضمان و تحسين التغطية الصحية و كذلك توفير وتجهيز هذه الهياكل بالموارد البشرية و التجهيزات الحديثة قصد تقديم أحسن رعاية صحية ممكنة لكن لا زال هذا النظام الصحي يعاني من عدة نقائص أثرت و بشكل كبير على نوعية الخدمة الصحية المقدمة، نذكر منها:

- ضعف في عملية التسيير للمؤسسات الصحية لغياب عامل الاحترافية و التكوين في أساليب التسيير بالإضافة إلى سيطرة النمط التقليدي في الإدارة.
- غياب نظام معلومات متكامل يساعد على اتخاذ القرار في المنظمة الصحية .
- غياب واضح للرؤية الاستراتيجية للخدمة الصحية في الجزائر مما ترتب عنه خلل واضح في توزيع الخدمة الصحية على مختلف الولايات و مناطقها المختلفة و عدم الاستفادة القصوى من الموارد المتاحة و سوء توزيعها.
- ارتباط إيرادات ميزانية المؤسسات الصحية بالضمان الاجتماعي و الدولة و ضعف الموارد المتأتية من الخدمات الصحية التي تقدم للمواطنين باعتبارها أسعار رمزية حددتها الدولة مقارنة بالقطاع الخاص.

الفصل الرابع

شروط جودة الخدمات بالمؤسسة

العمومية الاستشفائية لعين طاية

تمهيد:

بعد أن قمنا في الفصول النظرية باستعراض المفاهيم و الأساسيات حول نظام إدارة الجودة الشاملة وإيجابيات و امكانية تطبيقه في المرفق العام في الفصل الأول، و من خلال الفصل الثاني حاولنا الالمام بالخدمة الصحية و أبعادها و طرق قياسها ، كما حاولنا حصر مقومات و شروط تطبيق الجودة الشاملة في المنظمات الصحية العمومية في التغيير الثقافي و تفعيل المورد ضمن هذا النظام من خلال التدريب و التمكين بالإضافة إلى تطور النظام الصحي الجزائري و تقييم أدائه في الفصل الثالث، سنحاول من خلال هذا الفصل إجراء دراسة تطبيقية لإحدى المنظمات العمومية و هي المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية.

حيث سنقوم بتقديم المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية، تنظيمها و اجراءات التدريب و التكوين فيها، كما سنوضح الخطوات المنهجية التي اعتمدناها للإجابة على التساؤلات التي طرحتها الدراسة من المنهج المتبع و الأدوات المستعملة و كيفية اختيار العينة و خصائصها، و في الأخير سوف نحلل بيانات الدراسة المتحصل عليها و استخلاص النتائج النهائية.

1.4. أنشطة المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية و تنظيمها:

إن النظام الصحي الجزائري قائم من طرف المؤسسات و المرافق الصحية العمومية، و باعتبار المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية احدى هذه المؤسسات العمومية و التي سوف نتخذها كدراسة حالة لبحثنا سنحاول في هذا المبحث تعريفها و نشأتها و تنظيمها بالإضافة إلى اجراءات التدريب فيها.

1.1.4. التعريف بالمؤسسة الاستشفائية لعين طاية:

تأسس القطاع الصحي الجامعي لعين طاية في سنة 1986 و في سنة 1988 أصبح المستشفى كوحدة تابعة للمركز الاستشفائي الجامعي الجزائر شرق كما تم تحويل تنظيم المصالح الخارجية الاستشفائية له إلى القطاع الصحي للروبية و هذا راجع للتقسيم الحيوي الصحي لتلك السنة.

و في سنة 1997 تأسس القطاع الصحي لعين طاية بموجب المرسوم 97/466 بتاريخ 1997/12/02 و بتاريخ 2008/01/01 تحول القطاع إلى مؤسسة عمومية استشفائية بموجب المرسوم التنفيذي رقم 140_07 المؤرخ بتاريخ 19 ماي 2007 و المتعلق بتنظيم عمل المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPH,EPSP).

تقع المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية على بعد 32 كلم شرق الجزائر العاصمة و تبعد 20 كلم عن مطار هواري بومدين الدولي، يحدها شرقا القطاع الصحي لبومرداس و غربا القطاع الصحي للروبية.

مستشفى عين طاية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوي و الاستقلالية المالية موضوعة تحت وصاية الوالي و تتكون من مجموع الهياكل الصحية العمومية الخاصة بالوقاية و التشخيص و العلاج و الاستشفاء و إعادة التكييف الطبي التي تغطي حاجات سكان مجموعة من البلديات و هي تابعة لوزارة الصحة، تحتوي 150 سرير، بها أربع مصالح استشفائية جامعية و تشرف على أربع بلديات (بلدية عين طاية، بلدية برج البحري، بلدية المرسى، بلدية الهراوة) بالإضافة إلى التعليم الجامعي و مدرسة شبه الطبي، و تتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية فيما يلي:

- تنظيم و توزيع الاسعافات و برمجتها.
 - تطبيق النشاطات المتعلقة بالوقاية و التشخيص و إعادة التكييف الطبي و الاستشفاء.
 - تجسيد البرامج الوطنية و الجهوية و المحلية للصحة و السكان.
 - المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي المصالح الصحية و تحسين مستواهم.
- و وفقا للقرار الوزاري رقم 162 و المؤرخ في 18 ديسمبر 2012 تم إنشاء على مستوى عين طاية المصالح و الوحدات المكونة لها و المتمثلة في :

- مصلحة الجراحة العامة: متكونة من وحدتين و هما (استشفاء، فحص و استعجالات).
- مصلحة علم الأوبئة: بوحدين (المعلومات الصحية و النظافة الاستشفائية).
- مصلحة طب أمراض النساء و التوليد متكونة من ثلاث وحدات (أمراض النساء، التوليد، الفحص و الكشف و الاستعجالات).
- مصلحة المخبر المركزي: بوحدين (علم الأحياء المجهرية، الكيمياء الحيوية).
- مصلحة الطب الداخلي: بثلاث وحدات (استشفاء، فحص، استعجالات طبية).

- مصلحة طب الأطفال: متكونة من أربع وحدات (حديثي الولادة، طب الأطفال العام، طب الأورام، الفحص و الاستعجالات).

- مصلحة الصيدلانية: بوحنتين (تسيير المواد الصيدلانية، توزيع المواد الصيدلانية).

- مصلحة الأشعة المركزية: مكونة من وحدتين (الأشعة، السكاير).

و الجدول الآتي يمثل الطاقة الاستيعابية للمصالح الموجودة على مستوى المؤسسة الاستشفائية لعين طاية:

الجدول رقم (24): الطاقة الاستيعابية للمؤسسة الاستشفائية لعين طاية:

المركز	التخصص	عدد الأسرة
المستشفى	قسم الطب الداخلي	32 سرير
	قسم طب الأطفال	34 سرير
	الجراحة العامة	42 سرير
	قسم الأمومة	32 سرير
	قسم التوليد	16 سرير
Plateau Technique	قاعة العمليات	06 غرف
	مصلحة الأشعة	07 أسرة للأشعة + 3 chronographe
	المختبر	01 unité de biochimie 01 unité d'hématologie. 01 unité de parasitologie 01 unité C.T.S
	الصيدلية	

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على وثائق من طرف المستشفى

الجدول رقم (25): الطاقة الاستيعابية للمصالح الاستيعابية بالمستشفى

عدد الأسرة	التخصص	المركز
05 أسرة	استعجالات الطب الداخلي	المستشفى
03 أسرة	استعجالات طبية	
00 سرير	استعجالات طب النساء	
05+09 مهد	استعجالات الأطفال	
05+17 مهد	04	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على وثائق من طرف المستشفى

حيث يسعى المستشفى باختلاف تخصصاته إلى تغطية الطلب المتزايد على الخدمة الصحية و الذي سوف نبينه بذكر حصيلة نشاطه على شكل أرقام حول عدد المراجعين في الفترة الممتدة ما بين سنة 2010 و 2014 و التي قدمت لنا من طرف مكتب تسيير الموارد البشرية و الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (26): تطور عدد المرضى المراجعين عبر مختلف المصالح في الفترة

(2010-2014)

الفحوصات المتخصصة					الخدمات
2014	2013	2012	2011	2010	
4024	5362	4360	4755	4488	طب داخلي
1893	2343	1952	2224	2099	طب الأطفال
3444	5090	5356	5542	5289	الجراحة
1356	1422	1428	1614	1272	أمراض النساء
730	1167	1484	977	919	تخدير و إنعاش
532	665	581	457	363	طب كلي
11979	16049	15161	15569	14430	المجموع

الفحوصات الاستعجالية					الخدمات
2014	2013	2012	2011	2010	
34684	37992	37688	37022	37039	طب داخلي
34530	38935	34455	36339	33321	طب الأطفال
19275	26268	12618	15377	12815	الجراحة
19275	26268	27601	30022	28618	أمراض النساء
107764	129463	112362	118760	111793	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على وثائق من طرف المستشفى

أما عن العاملين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية، فالجدول التالي يبين تطور

عددهم في الفترة الممتدة ما بين سنة 2010 و سنة 2013:

الجدول رقم (27): تطور عدد العمال في المستشفى (2010-2013)

عدد العمال				الفئة المهنية
2013	2012	2011	2010	
41	35	27	26	طبيب مختص
24	24	23	19	طبيب عام
04	02	02	02	جراح أسنان
07	06	02	3	صيدلي
01	01	01	1	أخصائي نفسي
248	241	244	212	مستخدم شبه طبي
02	02	02	02	أستاذ في التكوين شبه طبي
66	60	56	54	إداري
101	105	112	112	عامل تقني و مهني
166	142	144	159	أعوان متعاقدين
658	618	613	590	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على وثائق من طرف المستشفى

نلاحظ في الجدول أعلاه ارتفاع عدد العمال في مدة أربع سنوات، حيث تعزز الطاقم الطبي بالأطباء المختصين من 26 طبيب مختص في 2010 إلى 41 طبيب مختص في نهاية سنة 2013 و الأطباء العامون من 19 في سنة 2010 إلى 24 في 2013 و حتى مستخدمي الشبه طبي الذين بلغ عددهم 248 في 2013 بعد ما كان عددهم في 2010 لا يتعدى 212، و هذا راجع إلى الطلب المتزايد لمواطني البلديات الأربع و التي يغطيها مستشفى عين طاية.

2.1.4. تنظيم و تسيير المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية:

1.2.1.4. تنظيم المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية: يتم تنظيم

المؤسسة العمومية الاستشفائية في إطار المبادئ الأساسية للتخطيط الصحي و السياسة الوطنية للصحة و يخضع لجملة من القوانين التي توضح طريقة تسييره.

وفقا للمرسوم التنفيذي 140-07 المؤرخ في 19 ماي 2007 تنظم المؤسسات العمومية

الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية حسب الهيكل التنظيمي (أنظر الملحق رقم

(01

يسير المؤسسة العمومية الاستشفائية مجلس إدارة و يديرها مدير و تزودان بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي :

1) مجلس الإدارة: يضم مجلس الإدارة ما يلي:¹ (المادة 11)

- ممثل عن الوالي، رئيسا.
- ممثل عن إدارة المالية.
- ممثل عن التأمينات الاقتصادية.
- ممثل عن هيئات الضمان الاجتماعي.
- ممثل عن المجلس الشعبي الولائي.
- ممثل عن المجلس الشعبي البلدي مقر المؤسسة.

¹ المرسوم التنفيذي رقم 140-07 المؤرخ في 02 جمادى الأولى من عام 1428 الموافق لـ 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، الجريدة الرسمية، عدد 33، بتاريخ 20/05/2007، ص 10

- ممثل عن المستخدمين الطبيين ينتخبه نظراؤه.
- ممثل عن المستخدمين شبه الطبيين ينتخبه نظراؤه.
- ممثل عن جمعيات مرتفقي الصحة.
- ممثل عن العمال ينتخب في جمعية عامة.
- رئيس المجلس الطبي.

كما و يحضر مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية مداولات مجلس الإدارة برأي استشاري و يتولى أمانته.

يعين أعضاء مجلس الإدارة لعهدة ثلاث سنوات قابلة للتجديد بقرار من الوالي بناء على اقتراح السلطات و الهيئات التابعة لها (المادة 12)¹ ، و يجتمع المجلس في دورة عادية مرة واحدة كل ستة أشهر كما يمكنه الاجتماع في دورة غير عادية بناء على استدعاء من رئيسه أو بطلب من ثلثي أعضائه، و تحرر مداولات مجلس الإدارة في محاضر يوقعها الرئيس و أمين الجلسة و تقيّد في سجل خاص يرقمه و يؤشر عليه الرئيس (المادة 15)²

و تتمثل مداولات مجلس الإدارة على الخصوص فيما يأتي (المادة 14):³

- مخطط تنمية المؤسسة على المديين القصير و المتوسط.
- مشروع ميزانية المؤسسة.
- الحسابات التقديرية.
- الحساب الإداري.

¹ نفس المرجع، ص 11.

² نفس المرجع، ص 12.

³ نفس المرجع، ص 12.

- مشاريع الاستثمار.
- مشاريع التنظيم الداخلي للمؤسسة.
- البرامج السنوية لحفظ البيانات و التجهيزات الطبية و التجهيزات المرافقة لها و صيانتها.
- الاتفاقيات المنصوص عليها في المادتين 05 و 09 فيما يتعلق بإمكانية استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية ميدانا للتكوين.
- العقود المتعلقة بتقديم العلاج المبرمة مع شركاء المؤسسة، لا سيما هيئات الضمان الاجتماعي و التأمينات الاقتصادية و التعاضدية و الجماعات المحلية و المؤسسات و الهيئات الأخرى.
- مشروع جدول تعداد المستخدمين.
- النظام الداخلي للمؤسسة.
- اقتناء و تحويل ملكية المنقولات و العقارات و عقود الإيجار.
- قبول الهبات و الوصايا أو رفضها.
- الصفقات و العقود و الاتفاقيات طبقا للتنظيم المعمول به.

(2) المدير : و هو المسؤول الأول و الأخير عن تسيير المؤسسة، يعين بقرار الوزير المكلف

بالصحة و تنهى مهامه حسب الأشكال نفسها (المادة 19)¹، حيث:

- يمثل المؤسسة أمام العدالة في جميع أعمال الحياة المدنية.
- هو الأمر بالصرف فيما يخص نفقات المؤسسة الاستشفائية.
- يضع مشروع الهيكل التنظيمي و النظام الداخلي للمؤسسة

¹ نفس المرجع، ص 11.

- يحضر مشاريع الميزانية التقديرية و يعد حساب المؤسسة
- يقوم بتنفيذ مداورات مجلس الإدارة.
- يضع التقرير السنوي للنشاط و يرسله إلى السلطة الوصية بعد موافقة مجلس الإدارة.
- يقوم بإبرام جميع العقود و الصفقات و الاتفاقيات في التنظيم المعمول به.
- يمارس التعيين و التسيير على مجموع مستخدمي المؤسسة العمومية باستثناء المستخدمين الذين خصص لهم شكل آخر من التعيين.
- يمكن أن يطلع المجلس الطبي بكل أمر ذي طابع طبي، علمي أو تكويني.

(3) المجلس الطبي: يضم المجلس الطبي ما يأتي: (المادة 25) ¹

- مسؤولو المصالح الطبية،
 - الصيدلي المسؤول عن الصيدلة،
 - جراح أسنان،
 - شبه طبي ينتخبه نظراؤه من أعلى رتبة في سلك الشبه طبيين،
 - ممثل عن المستخدمين الاستشفائيين الجامعيين عند الاقتضاء.
- أما بالنسبة لرئيس المجلس الطبي و نائبه فينتخبه المجلس من بين أعضائه لمدة ثلاث سنوات قابلة للتجديد، و يجتمع المجلس الطبي بناء على استدعاء من رئيسه في دورة عادية مرة واحدة كل شهرين، كما يمكنه الاجتماع في دورة غير عادية يطلب إما رئيسه و إما غالبية أعضائه و إما من مدير المؤسسة (المادة 26) ²

¹ نفس المرجع، ص 13.

² نفس المرجع، ص 13.

يكلف المجلس الطبي بدراسة كل المسائل التي تهم المؤسسة و إبداء رأيه الطبي و التقني

فيها و لا سيما فيما يأتي: (المادة 24)¹

- التنظيم و العلاقات الوظيفية بين المصالح الطبية.
 - مشاريع البرامج المتعلقة بالتجهيزات الطبية و بناء المصالح الطبية و إعادة تهيئتها.
 - برامج الصحة و السكان.
 - برامج المظاهرات العلمية و التقنية.
 - إنشاء هياكل طبية أو إلغاؤها.
- كما و يقترح المجلس الطبي كل التدابير التي من شأنها تحسين و تنظيم المؤسسة و سيرها.

4) مكتب الاتصال: تتمحور مهامه فيما يلي:

- تطبيق قرارات المدير.
- استقبال المجلس الإداري و تأسيس الميزانية السنوية للنشاطات.
- معالجة شكاوي المواطنين.
- مكلف بأمانة المجلس الطبي و الإداري.

5) مكتب التنظيم العام: يقوم بمتابعة البريد الوارد و الصادر من مختلف المصالح الطبية و

الإدارية و كذا المؤسسات العمومية الخارجية و الخاصة.

6) المديرية الفرعية لإدارة الوسائل: تسهر على تسيير الحياة المهنية للعمال و كافة الموظفين

و على حسن التكفل بهم من خلال الاهتمام بوضعيتهم المالية و تسيير شؤونهم الإدارية و حسن التكفل بالملفات الخاصة بهم و ترتيبها و الحفاظ عليها، كما تعمل على إعداد

¹ نفس المرجع، ص 13.

جداول الترقية للعمال كل نهاية سنة، و إعداد كل القرارات الإدارية المتعلقة بتعيينهم و تثبيتهم و ترقيةهم و إحالتهم إلى التقاعد، زيادة عن ذلك تقوم بإعداد القرارات المتعلقة بإجراء الامتحانات و الاختبارات المهنية و المسابقات على أساس الشهادات، كما تتولى إعداد الأجور و المنح الخاصة بالعمال و كذا دفع مستحقاتهم المتأخرة بسبب عدم توفر الاعتمادات المالية في الوقت المحدد، و تتكون هذه المديرية من ثلاث مكاتب:

- مكتب الميزانية والمحاسبة: يسهر على تنفيذ بنود الميزانية وتسجيل الاعتمادات المالية المعتمدة والممنوحة.
- مكتب التكاليف الصحية: يقوم بحساب مجموع التكاليف الخاصة بالمرضى.
- مكتب تسيير الموارد البشرية والتعداد والمنازعات: يتكفل بكافة القضايا المتعلقة بالخلافات التي تتجم بين الأفراد أو تكون الإدارة طرفا فيها، والخلافات الخارجية بين الإدارة والمواطنين وحتى الأفراد العاملين بها.

(7) المديرية الفرعية للنشاطات الصحية: وتتكون من أربع مكاتب كما يلي:

- مكتب الوقاية: يساهم في ترقية المحيط و حمايته في مجالات الوقاية والنظافة والصحة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.
- مكتب تنظيم نشاطات العلاج وتقييمها: يطبق نشاطات التشخيص والعلاج وإعادة التكييف الطبي والاستشفاء.
- مكتب الاستقبال والإعلام والتوجيه: يقوم باستقبال المرضى والوافدين على مختلف المصالح الاستشفائية وتزويدهم بالإرشادات اللازمة وتوجيههم كل حسب احتياجاته.

- **مكتب الدخول** :يقوم بالاتصال المباشر بالمواطنين واستقبال المرضى الوافدين الذين تستلزم حالتهم الصحية المكوث بالمستشفى، وتسجيلهم وإعداد ملف القبول للإقامة بالمستشفى، وكذا التصريح بالوفيات والمواليد لضباط الحالة المدنية، وضمان المراقبة المستمرة لحركة المرضى داخل مختلف المصالح الاستشفائية
- (8) **المديرية الفرعية للمصالح الاقتصادية والهيكل الأساسية** :وتتكون من مكتبين مكتب المصالح الاقتصادية و مكتب الهيكل الأساسية والتجهيزات والصيانة، وتقوم بالمهام التالية:

- ضمان تمويل المؤسسة بمختلف اللوازم المكتبية والأجهزة الطبية والأدوية وكل المستلزمات الضرورية المتعلقة بكافة النشاطات المختلفة :النظافة، الفندقية، الإطعام الأثاث...وغيرها.
- عقد الصفقات مع المؤسسات العمومية والخاصة بمختلف أنواعها من أجل تمويل المؤسسة بالمواد والعتاد الضروري.
- تسجيل وجرد كل العتاد الطبي والإداري من كراسي ومكاتب وأثاث وأجهزة الكمبيوتر...الخ.
- مراقبة كل الفواتير والتصديق عليها وتحويلها إلى المصالح المعنية لتسديد مبالغها.

1.2.1.4. الإجراءات المالية للمؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية:

إثر صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 و تحولت على أساسه القطاعات الصحية إلى مؤسسات عمومية استشفائية و مؤسسات عمومية للصحة الجوارية انبثق عنه إجراءات تنظيمية و مالية حيث تم تعزيز إمكانياتها المادية بتخصيص علاف مالي يعتبر من متطلبات تجسيد الخريطة الصحية الجديدة في الجزائر، و بما أن مستشفى عين طاية يعتبر احدى هذه المؤسسات العمومية الاستشفائية فإن توزيع ميزانيته من إيرادات و نفقات على مدار خمس سنوات أي من سنة 2009 إلى سنة 2013 (أنظر الملحق رقم 02) تضاعفت حيث كانت تقدر بأكثر من 569 مليون دينار جزائري في 2009 لتصل في سنة 2013 إلى أكثر من مليار و 137 مليون دينار جزائري، و هذا ناتج لارتفاع نفقة الخدمة الصحية و التي تتفق بنسبة كبيرة على الأجور الأساسية و التعويضات و الذي بلغت قيمتها في سنة 2013 ما يعادل 742 مليون دينار جزائري بنسبة 65.25% من الميزانية المخصصة، النفقات المتعلقة بالتكوين و التي لها علاقة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية و التي بدورها عرفت ارتفاعا بارتفاع إيرادات الميزانية حيث قدرت في سنة 2009 بـ 41 مليون دينار بنسبة 07.2% من نفقاتها، و في سنة 2013 قدرت بـ 157 مليون دينار جزائري بنسبة 13.83% ، هذا بالإضافة إلى التجهيز و التي لها علاقة بسير المؤسسة و تحقيق هدفها كالأدوية و العتاد الطبي، كما لا حظنا أيضا غياب تام للنفقة على البحث الطبي.

إن حسابات المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية تمسك طبقا لقواعد المحاسبة العمومية و تسند إدارة الأموال إلى عون محاسب يعينه أو يعتمد الوزير المكلف بالمالية، هذا

المحاسب المعتمد يمسك كذلك محاسبة عامة و محاسبة خاصة للمواد و القيم و السندات و محاسبة تحليلية تسمح على الخصوص بالتحكم في التكاليف المختلفة.

2.4. الإجراءات المنهجية للدراسة:

تقوم الدراسة على مجموعة من الاجراءات التي تبين فروضها و منهجها و مجالاتها بالإضافة إلى وصف طريقة جمع بيانات العينة و أدوات و مقاييس اختبارها للتحقق من صدق فرضياتها أو نفيها و التي تتماشى مع طبيعة الموضوع المختار.

1.2.4. فرضيات الدراسة: تعتبر فرضيات البحث عبارة عن إجابات محتملة لأسئلة

البحث مستمدة من خلفية علمية يمكن التحقق من قبولها أو رفضها بواسطة ما يجمع حولها من معلومات،¹ و تختلف صياغة الفرضيات باختلاف الإشكاليات التي وفقا لها تصاغ التساؤلات و يتحدد المنهج المستعمل ، حيث ارتكزت تساؤلات الدراسة حول واقع تسيير المنظمات العمومية الجزائرية و مدى نجاعته، هل يعتبر أسلوب التسيير عائقا أمام تحسين الخدمة العمومية التي تقدمها هذه المنظمات؟ و بالتالي فإن دراستنا تهدف إلى معرفة العلاقة بين أسلوب التسيير المعتمد و بين جودة الخدمة العمومية، كما تهدف إلى دراسة التغيير باعتماد أسلوب إدارة الجودة الشاملة على تحسين الخدمة العمومية خاصة الصحية منها و الشروط الواجب توفرها لتطبيقه.

فجاءت الفرضية الأولى: إن تغيير طريقة تسيير المنظمات العمومية بتطبيق نظام إدارة

الجودة الشاملة يحسن الخدمة العمومية.

إن تطبيق نظام تسييري حديث كنظام إدارة الجودة الشاملة في منظمات الخدمة العمومية

كالمؤسسات الصحية يعتمد على إمكانية تطبيق أبعاده و التي تشمل:

¹ رحيم يونس كرو العزاوي، منهج البحث العلمي، الطبعة الأولى، دار دجلة ، عمان، 2008، ص 43.

- الرؤيا و الأهداف المشتركة: و التي تعتبر أول خطوة لتبني هذا النظام من خلال اقتناع الإدارة العليا للمنظمة به فتضع رؤيا طويلة الأجل نحو تحسين الخدمة المقدمة و تعمل على نشرها على كافة أفراد المنظمة كموجه رئيسي للتغيير و التحسين.
- العمل ضمن فرق العمل: و هذا بدراسة مشاركة العاملين و تعاونهم في حل مشكلات العمل و تنفيذ أهداف المنظمة و التالي نجاح نموذج إدارة الجودة و تحسين الخدمة العمومية الصحية.
- التركيز على رضا المريض: و التي تتعلق بالقرب من المريض و معرفة متطلباته و مستوى رضاه عن الخدمة الصحية المقدمة له و متابعة شكاويه
- توفير نظام معلوماتي صحي: إن رفع مستوى أداء المؤسسة الصحية يعتمد على توفير قاعدة بيانات و نظام معلومات يساهم في التنسيق بين الجهود المختلفة و التحسين المستمر للأداء.

الفرضية الثانية: إرساء ثقافة تنظيمية تركز على الجودة تساهم في رفع مستوى خدمات المنظمات العمومية.

من أجل تحقيق أهداف المنظمة يجب أن تكون الثقافة التنظيمية قابلة للتطوير و التجديد تماشيا مع التغييرات التي ستحدثها عند تطبيق نظام تسيير يعتمد على الجودة، و قد تشمل ثقافة الجودة ما يلي:

- تنظيم العمل و تأدية الوظائف: حيث يجب أن يكون التنظيم المعتمد في المنظمة العمومية مرنا مع مخططات التحسين في الخدمة، فثقافة الجودة تعني أن كل المنظمة قد قبلت بعناصر الجودة في جميع الوظائف و التي سوف نركز على توصيفها من

خلال خطط تحسين الخدمة الصحية و المشاركة فيها، سير المعلومات في مختلف الوظائف

- جو و ظروف العمل: إن القيم الثقافية التي تتطلب تطبيق الجودة تركز على الثقة المتبادلة بين العاملين و التعاون و العمل الجماعي، كما الظروف التي تجري فيها تحسين الخدمة العمومية يجب أن تكون محفزة على تطوير الأداء.

الفرضية الثالثة: إن تطوير و تنمية الكفاءات البشرية من خلال التدريب على الجودة الشاملة والتمكين يساعد على إحداث التغيير في الخدمة العمومية.

فالتسيير الفعال للمورد البشري في المنظمة العمومية يجعل من التدريب و التمكين أهم دعائم تطبيق نظام يعتمد على الجودة، و الذي سوف نركز عليه من خلال:

- التدريب على الجودة و أثره على تطوير الأداء و تحسين الخدمة.
- ثقة الإدارة بالعاملين و مشاركتهم في اتخاذ القرارات و تفويض الصلاحيات.

2.2.4. مجالات الدراسة:

و التي تنقسم إلى مجال مكاني و مجال زمني.

• **المجال المكاني:** تم تطبيق هذه الدراسة على مستوى المؤسسة الاستشفائية العمومية بعين طاية.

• **المجال الزمني:** و التي تتضمن الفترة الزمانية التي قمنا بالدراسة على مستوى المؤسسة الاستشفائية لعين طاية و التي تمت على مجموعة من المراحل و بشكل متقطع.

- المرحلة الاستطلاعية: و التي تمثل المرحلة الأولى للدراسة حيث قمنا بالتعرف على مستشفى عين طاية و مصالحه خاصة مديرية الموارد البشرية، كما قمنا بمقابلة مع مدير المستشفى قبل الخوض في تفاصيل البحث لإزالة الغموض عن الدراسة.

- المرحلة الثانية: و التي استغرقت شهرا كاملا و التي تم فيها القيام بمقابلات مع مسؤولي بعض المصالح و القيام بتوزيع الاستمارة التجريبية.

- المرحلة الثالثة: و هي مرحلة توزيع الاستمارة و التي استغرقت شهرين كاملين (ديسمبر 2014 وجانفي 2015)، حيث قمنا بتوزيع الاستمارة على مختلف فئات أفراد العينة بصفة شخصية وتسجيل ملاحظاتهم في نفس الوقت بما يخدم الدراسة.

• **المجال البشري:** إن موضوع دراستنا و إشكاليته و الذي يتطرق لمحاولتنا الإلمام بالشروط التي يجب توفيرها من أجل تحسين الخدمة الصحية و الوصول إلى الجودة، و بالتالي فإن مجتمع الدراسة قد يشمل كل العاملين في المستشفى بمختلف فئاتهم المهنية و هذا لأن كل عامل في المستشفى مسؤول على أداءه و عن الخدمة الصحية

النهائية و التي تقدم للمريض، حيث تضم المؤسسة لاستشفائية لعين طاية مجموعة من الفئات المهنية و هي: الأطباء المختصين، الأطباء العامون، جراحو الأسنان، الصيادلة، عمال الشبه طبي، الإداريون، التقنيون و المهنيون.

3.2.4. منهج الدراسة و أدواتها :

المراد بالمنهج هو طريقة جمع أفراد الموضوع و ترتيبها و طريقة معالجة ما جمعه بما يناسبه من التحليل أو المقارنة أو الاستنباط و غيرها.¹ فهو الأسلوب المتبع لإيضاح خصائص الظاهرة أو حالة معينة كما هي كائنة في الواقع و تفسيرها و تحديد علاقاتها في إطار ظواهرها و المتغيرات المحيطة بها، بالإضافة إلى الاحداثيات التي تقود إلى تعميمات متباينة².

و اعتمادا على طبيعة الدراسة يعتبر المنهج الوصفي التحليلي أكثر مناهج البحث ملائمة كسبل لفهم الظاهرة و استخلاص النتائج، حيث "يعتمد المنهج الوصفي التحليلي على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع و يهتم بوصفها وصفا دقيقا و يعبر عنها كيفيا أو كميا"³، و قد اعتمدنا في دراستنا على طريقة المسح الاجتماعي بهدف جمع المعلومات المتعلقة بالظاهرة لوصف جوانب و كفاءات التسيير المعتمدة في المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية و مدى تأثير التغيير نحو الجودة اعتماد أسلوب إدارة الجودة الشاملة على التحسين في الخدمة الصحية المقدمة بالإضافة إلى تحليلها و تفسير النتائج المتوصل إليها للوصول إلى العلاقة بين المتغيرات.

¹ محمد بن عمر بن سالم، منهج البحث العلمي و كتابته، متاح على الموقع www.pdfactory.com ، ص 58. تاريخ التصفح 2015/02/24.

² محمد سليمان، تقنيات و مناهج البحث العلمي، دار المعرفة الجامعية ، مصر، 2002، ص 177.

³ نفس المرجع، ص 179.

لدراسة أثر تغيير طريقة تسيير المؤسسة العمومية الاستشفائية على تحسين الخدمة الصحية و الشروط الواجب توفرها، يجب الاعتماد على الأدوات المنهجية المناسبة لطبيعة الموضوع التي تعتبر وسائل الحصول على البيانات من أفراد العينة الذي يشملهم البحث و الذي يوافق المنهج المتبع، و بما أن دراستنا هذه تدرج ضمن الدراسات الوصفية التحليلية فالأدوات المعتمد عليها و التي تخدم الدراسة هي كالآتي:

(1) المقابلة: المقابلة من الأدوات الهامة في البحوث الوصفية لجمع المعلومات حول الدراسة، فهي عبارة عن استبانة شفوية تتميز بالاتصال المباشر بين الباحث و المستجوب و تختلف مدتها حسب نوع البيانات المطلوبة و مدى استجابة المستجوب.

و في دراستنا هذه كانت لنا مجموعة من المقابلات مع:

- مدير المستشفى،
- مديرة مكتب الموارد البشرية،
- و مدير مكتب الميزانية و المحاسبة

كما دارت بيننا مقابلات مع بعض الإداريين القدامى على مستوى المستشفى و الأطباء المختصين و الذين زدونا بمعلومات حول الخدمة المقدمة و موضوع الدراسة بالإضافة إلى آرائهم لتطوير و تحسين الخدمة الصحية.

(2) الملاحظة: تعتبر الملاحظة من الأدوات المستعملة في الدراسات الوصفية التي تعمل على جمع المعلومات و البيانات المتعلقة بأنماط السلوك و التصرفات، بهدف الكشف على بعض المواقف و سلوك الأفراد أثناء تأدية عملهم.

و في دراستنا هذه حرصنا على التواجد المستمر في مستشفى عين طاية مدة شهرين كاملين أثناء توزيع و جمع الاستبيان أين كنا نلاحظ العمل اليومي للعمال بمختلف فئاتهم و كذا علاقاتهم و معاملاتهم و حتى صراعاتهم مما مكنا من الملاحظة و الحصول على بعض المعلومات التي لم يكن لنا أن نحصل عليها عن طريق الاستبانة.

(3) الاستبانة: الاستبانة أو الاستمارة هي أكثر أدوات البحث الوصفي انتشارا لصعوبة مقابلة

الأشخاص المبحوثين و عددهم الكبير و مسؤولياتهم خاصة في مجال القطاع الصحي، و تعرف بأنها مجموعة من الأسئلة مرتبة بشكل منطقي و ترسل إلى الأشخاص الذي يصعب الوصول إليهم أو مقابلتهم وجها لوجه لاستفتائهم نحو موضوع معين أو مشكلة معينة.

و في تصميمنا للاستبانة حرصنا على الاعتماد على الجزء النظري بالإضافة إلى دراسات سابقة و تحكيم الأساتذة الجامعيين، كما عملنا على أن تكون الأسئلة موجهة لمختلف الفئات العمالية في المؤسسة الاستشفائية فكانت مجموعة الأسئلة مقسمة على أربعة محاور

(أنظر الملحق رقم 03):

- **المحور الأول:** و الذي يخص بيانات تتعلق بالخصائص العامة للعينة من حيث

الجنس و السن و الفئة المهنية و الأقدمية على مستوى المؤسسة الاستشفائية.

- **المحور الثاني:** و الذي يخص نظام التسيير بالمستشفى و أهمية تطبيق نظام الجودة

الشاملة و يضم 10 أسئلة من السؤال رقم 01 إلى السؤال رقم 10، و الهدف منها

معرفة مدى فعالية طريقة تسيير المستشفى و أهمية تطبيق أبعاد الجودة الشاملة

- **المحور الثالث:** الخصائص الثقافية و أثر تغيير الثقافي في تحقيق الجودة الشاملة، و

يضم 15 سؤال من السؤال رقم 11 إلى السؤال رقم 25، و الهدف منها تشخيص

واقع القيم الثقافية السائدة في المستشفى و التي لها أثر على الجودة ومعرفة امكانية التغيير الثقافي و أثرها على تحسين الخدمة الصحية.

- **المحور الرابع:** أثر التدريب و التمكين في تحسين جودة الخدمة الصحية و يضم 11 سؤال من السؤال رقم 26 إلى السؤال رقم 36، و الهدف من هذا الجزء هو معرفة مدى أثر التدريب على الجودة و التمكين في تحفيز العاملين و تحسين أداءهم و بالتالي الخدمة التي يقدمونها.

(4) **الوثائق:** بالإضافة إلى الأدوات التي استعملناها فقد قمنا بالاستعانة ببعض الوثائق التي تمكننا من الحصول على معلومات لا نستطيع الحصول عليها بالأدوات السابقة الذكر، و التي يصعب ملاحظتها كالإحصائيات و التقارير مثل تطور عدد الموارد البشرية و الميزانية.

(5) **أساليب تحليل بيانات الدراسة:** بعد جمع البيانات و المعطيات من استمارة الاستبيان تأتي مرحلة المعالجة، و التي استعملنا فيها برمجية إدخال البيانات باستعمال الأساليب الإحصائية المخصصة للبحوث الاجتماعية SPSS (Statistical Package for Social Sciences)، لتصبح بذلك معطيات الاستمارة كيانات ذات دلالة تعتبر كمعلومات جاهزة للاستخدام و التحليل، من نسب تكرارات و نسب مئوية و أشكال بيانية.

4.2.4. عينة الدراسة و خصائصها الديموغرافية:

مجتمع الدراسة هو مجموعة العناصر أو الأفراد التي ينصب عليهم الاهتمام في دراسة معينة و بمعنى آخر هو جميع العناصر التي تتعلق بها مشكلة البحث، بناء على أهداف الدراسة و التي تبحث في جودة الخدمة التي تقدمها المنظمات العمومية، فقد تحدد مجتمع الدراسة في أحد المؤسسات الصحية العمومية و الذي يشمل جميع العاملين في المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية باعتبارها مرفقا إداريا عاما، و البالغ عددهم 658 عامل وفقا لإحصائيات الإدارة في بداية سنة 2014 .

أما العينة فهي مجموعة جزئية من المجتمع، و التي قدرناها في مجتمع دراستنا بـ 200 عامل من المؤسسة العمومية الاستشفائية، حيث قمنا باختيارها بطريقة طبقية عشوائية، و التي تتم باختيار عدد من الأفراد بطريقة عشوائية من مجتمع مقسم إلى طبقات، و الطبقات في عينتنا هي الفئات المهنية لعمال المستشفى مع حذف فئة الأعوان المتعاقدين لأنها لا تخدم الدراسة، و الجدول التالي يبين عينة البحث و توزيعها على مختلف الفئات المهنية المتواجدة بالمؤسسة الاستشفائية لعين طاية:

الجدول رقم (28): توزيع عينة الدراسة حسب الفئة المهنية

الفئة المهنية	مجتمع الدراسة	عينة الدراسة	نسبة السبر
طبيب مختص	41	16	%39,02
طبيب عام	24	20	%83,33
طبيب أسنان	04	04	%100
صيدلي	07	04	%57,14
شبه طبي	251	84	%33,47
إداري	66	55	%83,33
تقني	101	17	%16,83
المجموع	494	200	%40,49

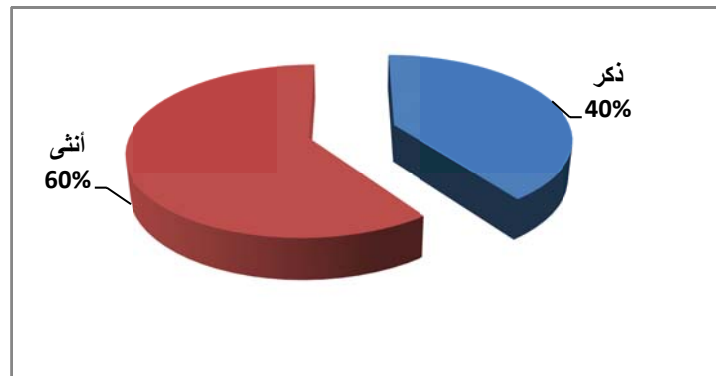
المصدر: من إعداد الباحثة

نلاحظ أن ترجيح عينة الدراسة نحو الإداريين بنسبة 83.33% لدورهم في تغيير تسيير المؤسسة العمومية و تطبيق الأساليب الحديثة نحو تقديم خدمة أفضل دون إهمال الفئات الأخرى و دورهم في التغيير، حيث تم اختيار العينة داخل كل فئة مهنية بطريقة عشوائية.

أما بالنسبة للخصائص الديموغرافية التي تتميز بها عينة الدراسة فهي كالآتي:

1.4.2.4. توزيع عينة الدراسة حسب الجنس:

تتوزع عينة الدراسة حسب الجنس وفق الشكل التالي:



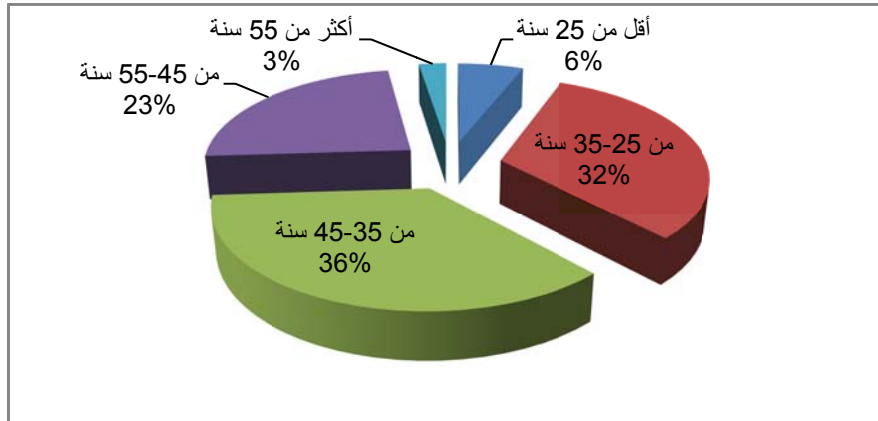
شكل (14): توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على نتائج الاستبيان

يتضح من الشكل البياني أن غالبية أفراد العينة من العنصر النسوي و هذا بنسبة 60% بينما نسبة الذكور فهي 40% ، و هذا ما يبرره طبيعة المهنة في القطاع الصحي و الذي تجذب الإناث و تتناسب طبيعتها و استعداداتها الفطرية أكثر من الذكور خاصة في المجال الشبه الطبي و التمريض، طب النساء و التوليد.

2.4.2.4. توزيع عينة الدراسة حسب العمر:

أما حسب الفئة العمرية فهو مبين في الشكل التالي:



شكل (15): توزيع عينة الدراسة حسب العمر

المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على نتائج الاستبيان

يبين الشكل أعلاه مختلف الفئات العمرية لعينة البحث حيث نلاحظ أن الفئة العمرية 35-45 تمثل النسبة الأكبر مقارنة بباقي الفئات بنسبة 36% تليها الفئة العمرية 25-35 بنسبة 32% ، ثم تليها الفئة العمرية 45-55 بنسبة 23% ، أما الفئة العمرية أقل من 25 سنة فكانت بنسبة 6% ثم فئة الأكثر من 55 سنة فكانت في الأخير بنسبة 3% .

من خلال هذه النتائج نجد أن نسبة الشباب تغطي على عينة البحث مقارنة مع الفئات العمرية الأخرى و قد يعود إلى توظيف و استقطاب الكوادر الشابة مما يمثل مؤشر ايجابي لمستشفى عين طاية و هذا بالاستغلال الأمثل لطاقتهم البشرية و تدريبها و تحفيزها من أجل تحسين الخدمة الصحية المقدمة.

3.4.2.4. توزيع عينة الدراسة حسب الخبرة و الفئة المهنية:

تتوزع العينة حسب الفئة المهنية و الخبرة في الجدول التالي:

جدول رقم (29): توزيع عينة البحث حسب الخبرة

المجموع		العينة المدروسة						
		أكثر من 10 سنوات		من 5 إلى 10 سنوات		أقل من 5 سنوات		
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	الفئة المهنية
100%	16	31,25%	5	18,75%	3	50,00%	8	طبيب مختص
100%	20	40,00%	8	35,00%	7	25,00%	5	طبيب عام
100%	04	25,00%	1	50,00%	2	25,00%	1	طبيب أسنان
100%	04	25%	1	50%	2	25%	1	صيدلي
100%	84	77,38%	65	13,09%	11	09,52%	8	شبه طبي
100%	55	50,91%	28	10,91%	6	38,18%	21	إداري
100%	17	76,47%	13	23,53%	4	0,00%	0	تقني
100%	200	60,50%	121	17,50%	35	22,00%	44	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على نتائج الاستبيان

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة 60.5% من أفراد عينة البحث لها خبرة مهنية أكثر من

10 سنوات حيث تتوزع هذه النسبة بشكل كبير في الشبه الطبي بنسبة 77.38% و الإداريين

بنسبة 50.91% و كذلك التقنيين بنسبة 76.47%، ثم تأتي بعد ذلك فئة الخبرة الأقل من 5

سنوات بنسبة 22% و تظهر بشكل كبير في الأطباء المختصين بنسبة 50% و الإداريين بنسبة 38.18% و في الأخير فئة الخبرة من 5 إلى 10 سنوات بنسبة 17.5%.

تبين لنا من هذه النتائج أن المستشفى يملك طاقات بشرية ذات خبرة مهنية مهمة و الذي يظهر في نسبة الخبرة الأكثر من 10 سنوات و التي يمكن استغلالها في عملية تكوين و تأطير المترشحين في قطاع الصحة خاصة في المجال الشبه طبي، كما أن سياسة التوظيف التي اتبعتها المستشفى في السنوات الأخيرة جعله يملك أيضا طاقات لها خبرة أقل من 5 سنوات و لها معارف و معلومات تستحق البلورة و التدريب من أجل الاستغلال الأمثل.

3.4. تحليل بيانات الدراسة:

لقد قمنا بتقسيم بيانات الدراسة إلى ثلاث محاور وفق الاستبيان الموزع على أفراد العينة و التي تتفق مع الفرضيات الموضوعة وهي:

1.3.4. تحليل بيانات أهمية تطبيق نظام الجودة في المستشفى:

سنحاول من خلال هذا العنصر تبين أهمية تطبيق نظام يعتمد على الجودة في المستشفى بهدف تحسين الخدمة الصحية و هذا من وجهة نظر العاملين فيه.

1.1.3.4. رأي أفراد العينة في اجراءات تسيير المستشفى الحالية: و الممثلة

في الجدول التالي:

جدول(30): مدى ملائمة الاجراءات الحالية في تسيير المستشفى لتحقيق الأنشطة المسطرة

المجموع		الإجراءات الحالية في تسيير المستشفى غير مناسبة لتحقيق الأنشطة		الإجراءات الحالية في تسيير المستشفى مناسبة لتحقيق الأنشطة				الاجابات
				لا تتميز بالمرونة		تتميز بالمرونة		
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	الفئة المهنية
100	16	%87.5	14	%0.0	00	%12.5	02	طبيب مختص
100	20	%50	10	%15	03	%35	07	طبيب عام
100	04	%0.0	00	%25	01	%75	03	طبيب أسنان
100	04	%75	03	%0.0	00	%25	01	صيدلي
100	84	%72.61	61	%11.9	10	%15.47	13	شبه طبي
100	55	%78.2	43	%3.6	02	%18.2	10	إداري
100	17	%58.8	10	%0.0	00	%41.2	07	تقني
100	200	70.5%	141	%08	16	21.5	43	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة 70.5% من أفراد العينة يرون أن الاجراءات المتبعة في تسيير أنشطة المستشفى غير مناسبة لتحقيق الأهداف المسطرة، في حين أن نسبة 29.5% عبرت عن العكس ، و نسبة 21.5% من أفراد العينة ترى بأنها تواكب التغيرات و تتميز بالمرونة معها.

إن النتائج التي سجلناها تعبر على عدم رضا العاملين عن طريقة تسيير المستشفى و الأساليب المتبعة في ذلك و بعدها عن الأساليب الحديثة في التسيير التي أصبحت ضرورية

لتحسين أداء المستشفى، و هذا ما عبر عنه أفراد العينة أثناء توزيع الاستبيان و أرجعوا أن سبب تدهور الخدمة الصحية في المستشفى راجعة إلى ضعف التسيير في المرفق الصحي.

2.1.3.4. رأي أفراد العينة في أداء المستشفى و الخدمة المقدمة: و المعبر

عنه في مدى رضاهم عن الخدمة التي تقدم للمريض:

جدول(31): رضا العاملين عن أداء المستشفى و عن جودة الخدمة المقدمة

المجموع		غير راض عن أداء و الخدمة المقدمة من المستشفى		راض عن أداء و الخدمة المقدمة من المستشفى		الاجابات
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	الفئة المهنية
100%	16	87,50%	14	12,50%	2	طبيب مختص
100%	20	50%	10	50%	10	طبيب عام
100%	04	50%	02	50%	02	طبيب أسنان
100%	04	75%	03	25%	01	صيدلي
100%	84	76,19%	64	23,81%	20	شبه طبي
100%	55	90,91%	50	9,09%	5	إداري
100%	17	52,94%	09	47,06%	08	تقني
100%	200	76%	152	24%	48	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

نلاحظ من النتائج الموضحة في الجدول أن أغلبية أفراد العينة غير راضين عن الخدمة الصحية المقدمة من طرف المستشفى و هذا بنسبة 76% و التي أرجعوها أيضا لعدة أسباب أهمها ضعف التسيير و عدم توفير شروط العمل و ضرورياته و هذا خلال تحاورنا معهم أثناء توزيع الاستبيان، أما نسبة 24% من أفراد العينة فإنهم راضين عن الخدمة التي يقدمونها باعتبارهم جزء من المستشفى حيث نجد الأطباء العامون و أطباء الأسنان يمثلون أعلى نسبة الرضا عن الخدمة التي يقدمونها و هذا بنسبة 50% .

3.1.3.4. رأي أفراد العينة في تطبيق نظام يعتمد على الجودة:

إن تغيير نظام التسيير المعتمد في المستشفى و استبداله بنظام حديث يعتمد على الجودة يتوقف على مدى استيعاب العاملين بأهميته و أثره على أداءهم في المستشفى، فكيف يرى أفراد العينة فوائد تطبيقه؟

جدول(32): رأي العاملين في أثر تطبيق نظام تسيير يعتمد على الجودة في المستشفى

المجموع		زيادة في المسؤوليات		لا يتغير أداء المستشفى		تأدية المهام بشكل معقد		تأدية المهام أصبحت أكثر سهولة		الاجابات
الفترة المهنية	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	
طبيب مختص	09	56,25%	02	12,5%	01	6,25%	04	25%	16	100%
طبيب عام	15	65,22%	01	4,35%	01	4,35%	06	26,09%	23	100%
طبيب أسنان	00	0%	01	25%	01	25%	02	50%	04	100%
صيدلي	04	30,77%	00	0%	00	0%	09	69,23%	13	100%
شبه طبي	44	51,16%	11	12,79%	13	15,11%	18	23,08%	86	100%
إداري	29	47,54%	06	9,84%	11	18,03%	15	24,59%	61	100%
تقني	07	41,18%	05	29,41%	04	23,53%	01	5,88%	17	100%
المجموع	108	49,09%	26	11,81%	31	14,1%	55	25%	220	100%

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان (قد تتعدى إجابة المبحوث الإجابة الواحدة)

من خلال الجدول يتضح لنا أن معظم فئات أفراد العينة يعتقدون أن تطبيق نظام تسيير

يعتمد على الجودة من شأنه أن يجعل مهامهم أكثر سهولة بنسبة 49.09% في حين اتفق كل من

أطباء الأسنان بنسبة 50% و الصيادلة بنسبة 69.23% على أن هذا النظام الذي يعتمد على

الجودة سوف يعطيهم مسؤوليات أكثر، أما من يرون بأنه لا يغير أداء المستشفى فكانت نسبتهم

تقدر بـ 14.1% و هذا لاعتقادهم بأن تحسن أداء المستشفى لا يتوقف فقط على نظام تسيير فعال و يقوم على الجودة بل على عدة مؤشرات أخرى منها مراعاة الظروف الاجتماعية للعاملين و تلبية حاجاتهم و طلباتهم و تغيير ذهنيات معطي و متلقي الخدمة الصحية في المرفق العام الصحي، كما كانت نسبة العاملين التي ترى بأن نظام الجودة سوف يؤدي إلى تأدية المهام بشكل معقد بـ 11.81% و هذا لاعتقادهم أن أي تغيير في طريقة أداء المهام خاصة لو كانت حديثة سوف تجعل من مهامهم أصعب مما كانت عليه و هذا خاصة في فئة التقنيين بنسبة 29.41% .

4.1.3.4. رأي أفراد العينة في تحسين جودة الخدمة الصحية من خلال رؤيا

و أهداف من قبل الإدارة:

جدول (33): أثر وجود رؤيا و أهداف من قبل إدارة المستشفى لتحسين الجودة

المجموع		وجود رؤيا و أهداف من قبل إدارة المستشفى لتحسين الجودة من شأنه أن:						الاجابات	
		لا يغير من أداء الخدمة		يشجع العاملين على تحسين أدائهم		يعمل على التحسين المستمر في تقديم الخدمة			
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	يحسن الخدمة	تطبيق نظام تسيير يعتمد على الجودة من شأنه أن:
100%	204	2.5%	5	47%	96	50.5%	103		
100%	40	20%	8	37.5 %	15	42.5%	17	لا يحسن الخدمة	
100%	244	5.3%	13	45.5 %	111	49.2%	120	المجموع	

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان (قد تتعدى إجابة المبحوث الإجابة الواحدة)

يمثل الجدول أعلاه جدول تقاطعي بين نتائج تأثير وجود رؤيا و أهداف مسطرة من طرف الإدارة للوصول إلى الجودة على المستشفى و العاملين و نتائج أثر تطبيق نظام يعتمد على الجودة على الخدمة الصحية، و كانت نتائج من يعتقدون من أفراد العينة أن تطبيق نظام يعتمد على الجودة في المستشفى يحسن من الخدمة فإن وجود رؤيا و أهداف من قبل الإدارة سوف تعمل على التحسين المستمر في تقديم الخدمة بنسبة 50.5% ، و يشجع العاملين على تحسين أدائهم بنسبة 47% و لا يغير من أداء الخدمة بنسبة 2.5%.

في حين من يرون أن تطبيق نظام يعتمد على الجودة لا يغير من جودة الخدمة و لا يحسنها يعتقدون أن وجود رؤيا و أهداف من قبل الإدارة لتحسين الخدمة الصحية قد يعمل على التحسين المستمر في تقديم الخدمة بنسبة 42.5% و يشجع العاملون على تحسين أدائهم بنسبة 45.5% و لا يغير من أداء الخدمة بـ 20%.

إن النتائج التي توصلنا إليها من خلال هذا الجدول تبين أهمية وجود رؤيا من طرف الإدارة لتحسين الخدمة الصحية فنظام التسيير الذي يقوم على الجودة يجب أن يعمل على بعد التخطيط للجودة من خلال مشاريع و خطط تجعل التحسين جزء من استراتيجية المرفق العام الصحي و تضع أهدافا للجودة في جميع الوظائف في كافة المستويات.

5.1.3.4. رأي أفراد العينة في تحسين جودة الخدمة الصحية من فرق

العمل:

إن التركيز على فرق العمل في المنظمة يعتبر من أهم مبادئ الجودة الشاملة و التي تعمل على تفادي الأخطاء و تحل مشكلات العمل، فكيف يرى أفراد العينة تحسين الخدمة الصحية ضمن فرق العمل؟

جدول(34): العمل ضمن فرق العمل في المستشفى

المجموع		العمل ضمن فرق العمل من شأنه أن:						الاجابات	
		يعيق الأداء الفردي		يساعد على تنفيذ أهداف المستشفى		يساعد على حل مشكلات العمل			
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	يحسن الخدمة	تطبيق نظام تسيير يعتمد على الجودة من شأنه أن:
100 %	189	6,35%	12	% 42,33	80	% 51,32	97		
100 %	41	31,71 %	13	34,15 %	14	% 34,15	14	لا يحسن الخدمة	
100 %	230	10,87 %	25	40,87 %	94	% 48,26	111	المجموع	

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان (قد تتعدى إجابة المبحوث الإجابة الواحدة)

يمثل الجدول أعلاه جدول تقاطعي بين نتائج تأثير العمل ضمن فرق العمل للوصول إلى

الجودة على المستشفى و أداء العاملين و نتائج أثر تطبيق نظام يعتمد على الجودة على الخدمة

الصحية، و كانت نتائج من يعتقدون من أفراد العينة أن تطبيق نظام يعتمد على الجودة في المستشفى يحسن من الخدمة فإن العمل ضمن فرق عمل كمبدأ من مبادئ هذا النظام التسييري قد يساعد على حل مشكلات العمل بنسبة 51.32%، يساعد على تنفيذ أهداف المستشفى بنسبة 42.33% و يعيق الأداء الفردي بنسبة 6.35%.

في حين من يرون أن تطبيق نظام يعتمد على الجودة لا يغير من جودة الخدمة و لا يحسنها يعتقدون أن العمل ضمن فرق العمل يساعد على حل مشكلات العمل بنسبة 34.15% و يساعد على تنفيذ أهداف الجودة بنسبة 34.15% و يعيق الأداء الفردي بنسبة 31.71%.

تظهر هذه النتائج أهمية العمل الجماعي ضمن نظام إدارة الجودة بهدف اندماج جميع العاملين و تشجيعهم على تحقيق أهداف التحسين المستمر من خلال فرق منظمة تعي و تقدر قيمة التعاون و الاعتماد المتبادل بين أعضاء فرق العمل من أجل تحسين الخدمة الصحية.

6.1.3.4. رأي أفراد العينة في تحسين جودة الخدمة الصحية من خلال

التركيز على المريض:

إن التركيز على المريض بمعرفة مدى رضاه على الخدمة الصحية و تحسينها و متابعة شكاويه و النقائص يمكن من تحسين الخدمة الصحية، فهل التركيز على رضا المريض في مستشفى عين طاية يساعد على تحسين الخدمة الصحية؟

جدول (35): أثر مبدأ التركيز على رضا المريض على تحسين الخدمة الصحية

المجموع		التركيز على رضا المريض يساعد على تحسين الخدمة الصحية:						الاجابات	
		لا		بعض الشيء		نعم			
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	يحسن الخدمة	تطبيق نظام تسيير يعتمد على الجودة من شأنه أن:
100 %	163	6,1%	10	38%	62	55.8%	91		
100 %	37	%27	10	%37.8	14	35.1%	13			لا يحسن الخدمة
100 %	200	%10	20	%38	76	52%	104	المجموع	

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

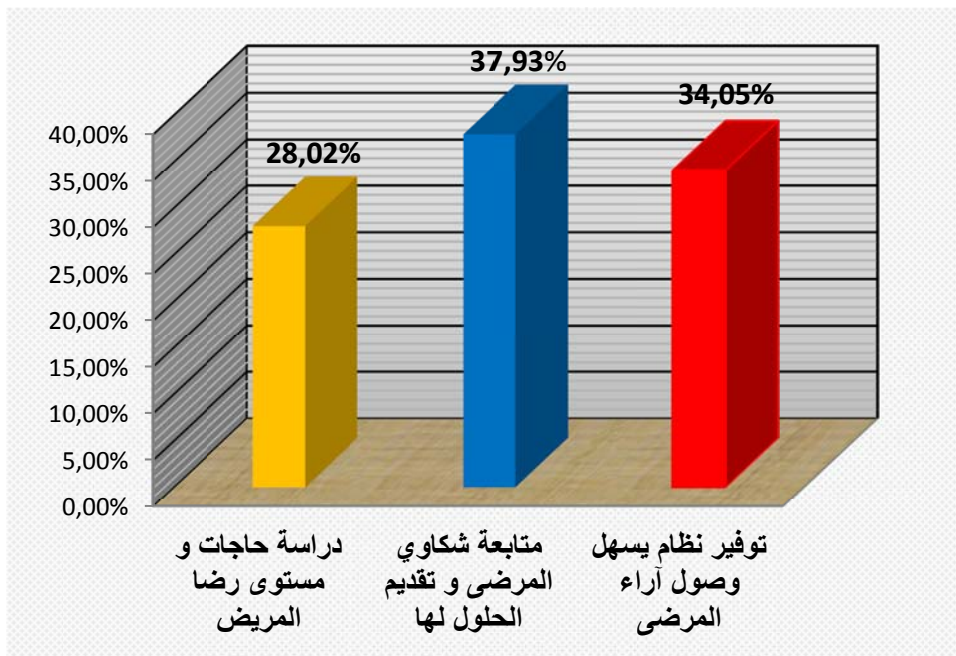
يمثل الجدول أعلاه جدول تقاطعي بين نتائج أهمية التركيز على رضا المريض لتحسين الخدمة الصحية و نتائج أثر تطبيق نظام يعتمد على الجودة على الخدمة الصحية، و كانت نتائج من يعتقدون من أفراد العينة أن تطبيق نظام يعتمد على الجودة في المستشفى يحسن من الخدمة فإن التركيز على رضا المريض يساعد على تحسين الخدمة الصحية بنسبة 55.8% و يساعدها بعض الشيء بنسبة 38% و لا يساعدها على تحسين الخدمة الصحية بنسبة 6.1% .

في حين من يرون أن تطبيق نظام يعتمد على الجودة لا يغير من جودة الخدمة يعتقدون أن التركيز على المريض يساعد على تحسين الخدمة الصحية بنسبة 35.1% ، يساعد بعض الشيء بنسبة 37.8% و لا يساعد على تحسين الخدمة الصحية بنسبة 27% .

إن التركيز على رضا المريض في تقديم الخدمة الصحية يعتبر مبدأ من مبادي نظام إدارة الجودة في المؤسسة الصحية لأنه يعتبر الحكم النهائي على الخدمات المقدمة له و هذا ما بينته النتائج التي توصلنا إليها في تحسين الخدمة الصحية.

7.1.3.4. رأي أفراد العينة في كيفية تحقيق رضا المريض:

إذا كان التركيز على رضا المريض يحسن الخدمة الصحية في المستشفى حسب رأي أفراد العينة فكيف يرون العمل على رضا المريض؟



شكل رقم (16): رأي العاملين في العمل على تحقيق رضا المريض

المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على نتائج الاستبيان (قد تتعدى إجابة المبحوث الإجابة الواحدة)

يبين لنا الجدول أعلاه كيفية الوصول إلى رضا المريض فمعظم إجابات أفراد العينة أعربت أن تحقيق رضا المريض يكون من خلال متابعة شكاويهم و تقديم الحلول اللازمة لها بنسبة 37.93% ، توفير نظام يسهل وصول آراء المرضى بنسبة 34.05% ، أما دراسة حاجات و مستوى المريض فكانت نسبتها 28.02%.

فمتابعة شكاوي المرضى و سهولة الوصول اليها يمثل الأولوية لتحقيق رضا المريض في حين دراسات حاجات المرضى و مستوى رضاهم حسب رأي أفراد العينة تعتبر ذات أهمية أقل مقارنة بأسباب تحقيق رضا المريض، مما يساعد على تحسين خطة تحقيق الجودة وفقا لمتطلبات المريض.

8.1.3.4. رأي أفراد العينة في تحسين جودة الخدمة الصحية من خلال

توفير نظام معلومات صحي:

أثناء تواجدها بالمستشفى لاحظنا غياب نظام معلومات و استعمال اليدوية في معالجة المعلومات المتعلقة بالمرضى، فكيف يرى أفراد العينة أهمية وجود نظام معلومات صحي في المستشفى؟

جدول(36): أثر توفير نظام معلومات صحي على المستشفى

المجموع		توفير نظام معلومات صحي في المستشفى من شأنه أن						الاجابات	
		يوفر لكم المعلومات في الوقت المناسب		يعمل على الاتصال الفعال مع زملائكم		يساعدكم على تحسين أدائكم			
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	يحسن الخدمة	تطبيق نظام تسيير يعتمد على الجودة من شأنه أن:
100%	211	31,75	67	27,96	59	40,28	85		
100%	54	42,59	23	24,07	13	33,33	18	لا يحسن الخدمة	
100%	265	33,96	90	27,17	72	38,87	103	المجموع	

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان (قد تتعدى إجابة المبحوث الإجابة الواحدة)

يمثل الجدول أعلاه جدول تقاطعي بين نتائج تأثير نظام المعلومات الصحي للوصول إلى الجودة على المستشفى و أداء العاملين و نتائج أثر تطبيق نظام يعتمد على الجودة على الخدمة الصحية، و كانت نتائج من يعتقدون من أفراد العينة أن تطبيق نظام يعتمد على الجودة في المستشفى يحسن من الخدمة فإن توفير نظام معلومات صحي يساعد العاملين على تحسين أدائهم بنسبة 40.28% ، يساعدهم على الاتصال الفعال مع زملائهم بنسبة 27.96% و يوفر لهم المعلومات في الوقت المناسب بنسبة 31.75% .

في حين من يرون أن تطبيق نظام يعتمد على الجودة لا يغير من جودة الخدمة و لا يحسنها يعتقدون أن تأثير توفير نظام معلومات صحي قد يوفر لهم المعلومات في الوقت المناسب

بنسبة 42.59% ، يساعدهم على تحسين أدائهم بنسبة 33.33% و يساعدهم على الاتصال الفعال بين زملائهم بنسبة 24.07%.

إن النتائج التي توصلنا إليها من خلال أفراد العينة في مستشفى عين طاية تؤكد على ضرورة توفير نظام معلومات صحي الذي لمسنا غيابه و غياب التكنولوجيات الحديثة للاتصال في المستشفى و التي تعتبر ضرورية و تختصر الجهد من أجل تحسين أداء العاملين و الخدمة المقدمة، فغياب نظام معلومات صحي في المستشفى و استعمال اليدوية في معالجة المعلومات من شأنه أن يعيق تحسين الخدمة من صعوبة التواصل بين فرق تقديم الخدمة من أطباء و ممرضين و إداريين، صعوبة استرجاع معلومات المريض، وزيادة التكاليف بسبب بطء تبادل المعلومات.

2.3.4. تحليل بيانات الخصائص الثقافية و أثر التغيير الثقافي في تحقيق

الجودة الشاملة:

من خلال الدراسة النظرية توصلنا أن ثقافة المؤسسة هي مزيج من القيم و الاعتقادات و المعاني التي يشترك فيها أفراد المؤسسة و التي توجه سلوكهم أثناء العمل و علاقاتهم ببعضهم البعض لتحقيق الأهداف المشتركة، و محاولة منا للتطرق إلى الخصائص الثقافية لمستشفى عين طاية و التي لها علاقة بالجودة ، سوف نتطرق إلى أهم العناصر المميزة لها و هي كالتالي:

1.2.3.4. رأي أفراد العينة في برنامج التغيير نحو الجودة و المشاركة في

التخطيط له:

إن تبني التغيير في المؤسسة العمومية و التخطيط له من خلال مشاركة العاملين في وضع أهدافه من الخصائص الثقافية التي تحفز العاملين نحو تحسين الأداء، فهل هناك برنامج للتغيير أو الإصلاح اعتمده مستشفى عين طاية و ما مدى مشاركة العاملين فيه؟

جدول (37): وجود برنامج للتغيير نحو الجودة

المجموع		هناك برنامج للتغيير نحو الجودة يوضح جوانب التغيير										الاجابات
		لا		لا أدري		ربما		نعم				
								لم يتم إشراكي في وضع خطة تحسين الجودة		تم إشراكي في وضع خطة تحسين الجودة		
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	الفئة المهنية
100%	16	25,00	4	50,00	8	18,75	3	6,25	01	0	00	طبيب مختص
100%	20	15,00	3	40,00	8	20,00	4	15	03	10	02	طبيب عام
100%	04	25,00	01	50,00	2	25,00	1	0	00	0	00	طبيب أسنان
100%	04	25,00	01	25,00	01	50	02	0	00	00	00	صيدلي
100%	84	23,81	20	32,14	27	26,19	22	14,28	12	3,58	03	شبه طبي
100%	55	23,64	13	23,64	13	29,09	16	20	11	3,64	02	إداري
100%	17	23,53	04	11,76	2	41,18	7	11,76	02	11,76	02	تقني
100%	200	23,00	46	30,50	61	27,50	55	14,50	29	04,50	09	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

يوضح الجدول مدى إدراك أفراد العينة لوجود برنامج للتغيير نحو الجودة في الخدمة الصحية أو عدمه وأظهرت النتائج أن 27.50% منهم يعتقدون أنه ربما يوجد هذا البرنامج لكن هم ليس لهم علم به في حين 30.5% من أفراد العينة لا يعلمون شيئاً عنه أما من يعتقدون بعدم وجود هذا البرنامج فكانت نسبتهم 23%، ومن أثبتوا لنا أن هناك برنامج للتغيير فعلا فكانت نسبتهم 19%، 14.5% لم يتم إشراكهم في هذا البرنامج.

و منه نستنتج أنه لا يوجد برنامج للتغيير نحو الجودة في مستشفى عين طاية، رغم وجود مشاريع الإصلاح التي عرفت المؤسسات الصحية منذ سنة 1995 و التي ركزت على ترقية التكفل الطبي و الجراحي و تطوير العلاجات القاعدية و تطوير المنشآت، فلا زالت لم تصل إلى الأهداف و الغايات المسطر لها فالسياسات المتبعة لم تمنح السلطة الكاملة في اتخاذ القرار و التسيير على مستوى المؤسسة الصحية.

فإذا لم يكن هناك برنامج للتغيير نحو الجودة في المؤسسة الصحية لعين طاية فهل هناك خصائص ثقافية تساهم و تساعد في تطبيق نظام يقوم على الجودة فيها:

2.2.3.4. رأي أفراد العينة في فعالية الاتصال لأداء الوظائف و التحسين

المستمر:

إن عملية الاتصال هي أحد الركائز الأساسية في عملية التسيير و التنظيم و عملية صنع و اتخاذ القرار، فمع خصوصية المؤسسة الصحية و تنظيمها يعد توفير جميع قنوات الاتصال الممكنة أمراً ضروريا للوصول إلى التناسق ضمن فرق العمل، فكيف تتميز العملية الاتصالية في مستشفى عين طاية خصوصا حول عمليات التحسين المستمر للخدمة الصحية و تأدية الوظائف؟

جدول(38): مدى تقديم المعلومات اللازمة حول عمليات التحسين المستمر و أداء الوظائف

للعاملين

المجموع		يقدم لكم المعلومات حول عمليات التحسين المستمر و أداء الوظائف:						الاجابات
		نادرا		بشكل دوري		دائما		
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	الفئة المهنية
100%	16	81,25	13	18,75	03	0,0	00	طبيب مختص
100%	20	70	14	10,0	02	20,0	04	طبيب عام
100%	04	25	01	75,0	03	0,0	00	طبيب أسنان
100%	04	50	02	25	01	25	01	صيدلي
100%	84	73.81	62	19.04	16	07.15	06	شبه طبي
100%	55	76,36	42	14,5	08	9,1	05	إداري
100%	17	47,06	08	52,9	09	0,0	00	تقني
100%	200	71	142	21	42	08	16	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

يظهر لنا نتائج الجدول أن أغلبية أفراد العينة يتلقون بشكل نادر مختلف المعلومات اللازمة

من مرؤوسيههم حول تأديتهم لوظائفهم و حول عمليات التحسين المستمر التي يجب أن تشمل

أداءهم بنسبة 71%، في حين هناك 21% من أفراد العينة يتلقون المعلومات بشكل دوري و ما

نسبته 8% يقد لهم المعلومات بشكل دائم و نجد أغلبهم أطباء عامون بنسبة 20% منهم .

هذه النتائج تبين لنا ضعف الاتصال أو العملية الاتصالية و انتقال المعلومات بين المرؤوسين و الرؤساء لصعوبة الاتصال و فتوره مما يؤثر بالسلب على أداء الوظائف و تحسينها، و الذي يعد من المطالب الأساسية لتحقيق الجودة هذا ما تأكد لنا أثناء تواجدها بالمستشفى فالاتصالات تكون بشكل أوامر لا بشكل استشاري أو بشكل كتابي أي مذكرات أو تقارير دورية من أسفل إلى أعلى حسب التدرج السلمي، مما يؤدي إلى حدوث اختلالات في التسيير و صعوبة في التنسيق بين مختلف الأنشطة التي يقوم بها المستشفى لأن الاعتماد الكلي على الإجراءات الإدارية الرسمية لغايات التنسيق صعب بسبب تباين مشكلات العناية بالمرضى و معالجتهم و بالتالي فالاتصال الفعال كقيمة ثقافية تؤدي إلى التعاون بين الأفراد من أجل خلق علاقات عامة محكمة و هادفة تحقق الهدف المشترك تغيب عن مستشفى عين طاية.

3.2.3.4. رأي أفراد العينة حول العمل الجماعي في المستشفى :

جدول(39): الثقة و العمل الجماعي بين العمال

المجموع		هل تسود الثقة المتبادلة بينك و بين زملائك						هل تعمل أنت و زملائك كفريق من أجل تحسين الخدمة						الاجابات
		لا		بعض الشيء		نعم		أبدا		أحيانا		دائما		
الفترة المهنية	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	
طبيب مختص	10	62,5	05	31,25	01	6,25	12	75	04	25	00	00	100	
طبيب عام	11	55	08	40	01	05	10	50	09	45	01	5	100	
طبيب أسنان	02	50	02	50	00	00	02	50	02	50	00	00	100	
صيدلي	02	50	02	50	00	00	01	25	03	75	00	00	100	
شبه طبي	38	45.24	35	41.66	11	13.10	42	50	38	45.24	04	4.76	100	
إداري	22	40	27	49,09	06	10,91	24	43,64	27	49,09	04	7,27	100	
تقني	06	35,29	08	47,06	03	17,65	04	23,53	11	64,71	02	11,76	100	
المجموع	91	45.5	87	43,5	22	11	95	47,50	94	47	11	5,5	100	

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

ما يلاحظ من الجدول العمل ضمن فرق من أجل تحسين الخدمة يسود أفراد العينة و

هذا بنسبة 45.5% ، حيث نجد توزيع هذه النسبة يظهر بشكل كبير في فئة الطبيين أي الأطباء

المختصين بنسبة 62.5% و الأطباء العامون بنسبة 55% و أطباء الأسنان بنسبة 50% و الشبه

طبي بنسبة 45.24% ، في حين باقي الفئات تكون تبادلهم و عملهم كفريق يكون أحيانا.

كما يلاحظ من الجدول أن الثقة المتبادلة بين أفراد العينة فهي موجودة لكن لبعض الشيء بنسبة 47% و موجودة بنسبة 47.5% و هذا في فئة الطبيين أيضا و متوزعة على الأطباء المختصين بنسبة 75% و الأطباء العامون بنسبة 50% و أطباء الأسنان بنسبة 50% و الشبه الطبي بنسبة 50%

من خلال هذه النتائج نستنتج أن قيمة العمل الجماعي في مستشفى عين طاية هي قيمة ثقافية تسود في مقدمي الخدمة الصحية كالأطباء و الشبه طبيين و التي تستوجب العمل كفريق من أجل خدمة صحية متكاملة و الذين هم على وعي بأهمية روح الفريق في تقديم خدمة صحية ذات جودة و تنخفض في فئات الإداريين و التقنيين الذين يفضلون العمل الفردي دون الجماعي و لنقص الثقة المتبادلة بينهم، مما قد يعرقل نشر ثقافة الجودة بين العاملين و تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة كنظام تسيير يسعى لتحسين الخدمة الصحية نحو الجودة فالإيمان بالعمل و الجماعي من شأنه أن يمنع الأخطاء و تكريرها و يساعد في تحسين الخدمة الصحية.

4.2.3.4. رأي أفراد العينة حول جو العمل في المستشفى:

إذا كان عنصر العمل الجماعي من السمات المميزة لمتطلبات إدارة الجودة الشاملة الذي يعمل على التحسين المستمر في الخدمة المقدمة، فهل جو العمل في مستشفى عين طاية يساعد على ترسيخه كثقافة لدى العاملين ؟

جدول (40): جو العمل في المستشفى

المجموع		جو العمل في المستشفى:				الاجابات
		يسوده التعاون و المساعدة بين زملاء العمل لتحسين الخدمة		تسوده الصراعات و عدم الارتياح في العمل		
الفرقة المهنية	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%
طبيب مختص	9	56,25%	7	43,75%	16	100%
طبيب عام	12	60%	8	40%	20	100%
طبيب أسنان	3	75%	1	25%	04	100%
صيدلي	2	50%	2	50%	04	100%
شبه طبي	43	51,19%	41	48,81%	84	100%
إداري	19	34,55%	36	65,45%	55	100%
تقني	10	58,82%	7	41,18%	17	100%
المجموع	98	49%	102	51%	200	100%

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

تظهر لنا نتائج الجدول أن الصراعات و عدم الارتياح ما يميز جو العمل في مستشفى عين طاية و هذا بنسبة 51% من أفراد العينة و التي تتوزع بشكل كبير في الإداريين بنسبة 65.45% و الصيدليين بنسبة 50% في حين من يرون أن جو العمل يسوده التعاون و المساعدة من أجل تحسين الخدمة الصحية كانت نسبتهم 49% و الموزعة على الأطباء المختصين بنسبة 56.25% و الأطباء العاميين بنسبة 60% و أطباء الأسنان بنسبة 75% و الشبه طبي 51.19% و التقنيين 58.82% ، و هذا ما يثبت النتائج التي توصلنا اليها من قبل حول العمل

الجماعي في المستشفى ، فالتعاون يسود مقدمي الخدمة من أطباء سواء كانوا مختصين أو عامين أو شبه طبيين أما الفئات الأخرى كالإداريين ما يتميز جوهم بالصراعات و عدم الارتياح.

و لمعرفة أثر جو العمل على قيمة العمل الجماعي في مستشفى عين طاية حاولنا ربط جو العمل مع العمل كفريق و توصلنا إلى الجدول التالي:

جدول (41): أثر جو العمل على العمل كفريق بالمستشفى

المجموع		جو العمل في المستشفى:				الاجابات	
		يسوده التعاون و المساعدة بين زملاء العمل لتحسين الخدمة		تسوده الصراعات و عدم الارتياح في العمل			
		التكرار	%	التكرار	%		
100%	89	43,82%	39	56,18%	50	دائما	هل تعمل أنت و زملائك كفريق
100%	87	52,87%	46	47,13%	41	أحيانا	
100%	24	70,83%	17	29,17%	07	أبدا	
100%	200	51,00%	102	49,00%	98	المجموع	

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

يظهر لنا الجدول أن أفراد العينة الذين يسود عملهم التعاون و المساعدة فهم يعملون كفريق دائما بنسبة 56.18% و أحيانا بنسبة 47.13% و أبدا بنسبة 29.17%، أما من يسود عملهم الصراعات فإنهم لا يعملون كفريق بنسبة 70.83%، أحيانا بنسبة 52.87% و دائما بنسبة 43.82%.

إن النتائج التي يبينها الجدول تثبت أهمية جو العمل المناسب في ترسيخ قيمة العمل الجماعي ، كما تظهر المشاكل الاتصالية سواء الرسمي و غير الرسمي و الصراعات خاصة في فئة الإداريين في مستشفى عين طاية مما يؤثر بالسلب على التسيير فغياب الثقة و التعاون ناتج عن غياب الوعي المهني و غياب دعم الإدارة لفكرة التحسين المستمر للخدمة عن طريق فرق العمل.

5.2.3.4. رأي أفراد العينة حول ظروف العمل في المستشفى:

إن سلوك العامل و أدائه يتأثر بجو و مناخ العمل و يتأثر أيضا بالظروف المادية المحيطة و المتوفرة له، و الجدول التالي يبين مدى توفير مستشفى عين طاية لهذه الظروف و مدى رضا العاملين عنها.

جدول(42): ظروف العمل في المستشفى

المجموع		تعمل الإدارة على توفير الأجهزة و الظروف لأداء الأعمال بالجودة المطلوبة				الأجر المقدم يعكس الأنشطة و المجهودات المقدمة				الاجابات
		لا		نعم		لا		نعم		
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	الفئة المهنية
100%	16	93,75%	15	6,25%	01	87,50%	14	12,5%	02	طبيب مختص
100%	20	65%	13	35%	07	55%	11	45%	09	طبيب عام
100%	04	50%	02	50%	02	100%	04	0,00%	00	طبيب أسنان
100%	04	100%	04	00%	00	75%	03	25%	01	صيدلي
100%	84	75%	63	25%	21	72.62%	61	27.38%	23	شبه طبي
100%	55	67,27%	37	32,73%	18	74,55%	41	25,45%	14	إداري
100%	17	82,35%	14	17,65%	03	58,82%	10	41,18%	07	تقني
100%	200	74%	148	26%	52	72%	144	28%	56	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

يمثل الجدول أعلاه عنصرين أساسيين لظروف العمل في مستشفى عين طاية و هما مستوى الأجر المقدم للعاملين نتيجة المجهودات و الأداء الذين يقدمونه، و كذلك مدى توفير الأجهزة و الظروف المادية لأداء الأعمال بالجودة المطلوبة.

حيث أظهرت النتائج المتحصل عليها أن الأغلبية من أفراد العينة غير راضيين عن الأجر المقدم لهم بنسبة 72% و تتوزع هذه النسبة بشكل كبير على فئة أطباء الأسنان بنسبة 100% و

الأطباء المختصين بنسبة 87.5%، و الإداريين بنسبة 74.55% و الشبه طبي بنسبة 72.62% و الصيادلة بنسبة 75% أما التقنيين و الأطباء العامون فكانت نسبتهم على التوالي 58.82% و 55% .

تبين هذه النسب عدم عدالة الأجور في قطاع الصحة و التي لا تفرق بين الفئات العمالية في المستشفى، فنظام الأجور المتبع لا يفرق بين العامل المجتهد الذي يسعى إلى تحقيق أفضل أداء و بالتالي تحسين الخدمة الصحية نحو الجودة، و بين العامل الذي لا يسعى لتحسين خدمته، فالعامل يكافئ في الوظيف العمومي على أساس المنصب لا على أساس الكفاءة و هذا راجع إلى مركزية نظام الأجور في القطاع العمومي الذي أثر بشكل كبير على مستوى رضى العاملين عن الأجور و على مستوى أدائهم، و ترجع أسباب عدم الرضى إلى عدم مواكبة هذه الأجور لغلاء المعيشة و هذا ما يفسر عدم رضى كل الفئات العمالية، و كذلك غياب توصيف مناصب العمل و متطلباتهم مع مؤهلات كل فرد.

أما بالنسبة لتوفير المستشفى لمختلف متطلبات العمل من أجهزة و معدات فتظهر نتائج الجدول أن 74% من أفراد العينة يرون أن المستشفى لا يعمل على توفير المعدات اللازمة لأداء خدمتهم و تتوزع هذه النسبة بشكل كبير في الأطباء المختصين بنسبة 93.75% و الصيادلة بنسبة 100% و التقنيين بنسبة 82.35% و هم الفئات التي يحتاجون إلى تقنيات و أجهزة مختصة لأداء أعمالهم ، و كذلك نجد الشبه طبي و الإداريين و الأطباء العامون بالنسب التالية على التوالي 75% و 67.27% و 65% .

هذه النتائج تشير إلى غياب تنظيم محكم للوسائل المالية و المادية فالمشكل هنا هو ليس مشكل تمويل حيث ضعف التحكم في النفقات الصحية و توزيعها و كذلك صعوبة اقتناء الأجهزة و

المواد الصيدلانية من جراء أحكام قانون الصفقات العمومية و العراقيل الإدارية بالإضافة إلى ضعف صيانة التجهيزات المكتسبة هذا ما أعربت عنه مسؤولية الموارد البشرية في مستشفى عين طاية في مقابلتنا معها.

6.2.3.4. رأي أفراد العينة حول الثقافة التنظيمية السائدة في المستشفى:

إن كل ما قدمناه في تحليلنا للخصائص الثقافية لمستشفى عين طاية من جو العمل في المستشفى وظروفه العمل الجماعي، الاتصال و تأدية الوظائف المشاركة في التخطيط أوصلنا إلى أن الثقافة السائدة لا تمكن من تحسين الخدمة الصحية و قد تصبح عائقا نحو الجودة، فكيف يرى أفراد العينة هذه الثقافة؟

جدول(43): أثر ثقافة المؤسسة على تحقيق الجودة في الخدمة

المجموع		ثقافة المؤسسة السائدة في المستشفى لا تساعد على تحقيق الجودة		ثقافة المؤسسة السائدة في المستشفى تساعد على تحقيق الجودة		الاجابات
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	الفئة المهنية
100%	16	87,5%	14	12,5%	02	طبيب مختص
100%	20	50%	10	50%	10	طبيب عام
100%	04	50%	02	50%	02	طبيب أسنان
100%	04	75%	03	25%	01	صيدلي
100%	84	77,38%	65	22,62%	19	شبه طبي
100%	55	74,55%	41	25,45%	14	إداري
100%	17	64,71%	11	35,29%	06	تقني
100%	200	73%	146	27%	54	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

تظهر لنا نتائج الجدول أن أفراد العينة بجميع فئاتها يرون أن الثقافة السائدة بخصائصها لا

تساعد على تحسين الخدمة الصحية بنسبة 73% أما الذين يرون بأنها تساعد على تحقيق الجودة

كانت نسبتهم 27%

نلاحظ من هذه النتائج و الملاحظة الميدانية أن أفراد العينة على وعي بالمشاكل الثقافية

التي يعاني منها مستشفى عين طاية التي من شأنها أن تعيق تطوير الخدمة الصحية و تحسينها

نحو الجودة، فجو العمل يتسم بالصراعات خاصة في فئة الإداريين و ينعدم فيه سمات التعاون و الثقة، كما تغيب قيمة العمل الجماعي و التي تعتبر أهم قيمة لتحقيق الجودة و تطبيق نظام يعتمد على الجودة كالجودة الشاملة، بالإضافة إلى غياب التخطيط لتحقيق الجودة و عدم إشراك العاملين في هذا التخطيط على مستوى إدارة المستشفى، و بالتالي فعلى الإدارة أن تعمل على تغيير هذه الثقافة بشكل يتلاءم مع أهداف المستشفى، فكيف يرى أفراد العينة تأثير التغيير الثقافي على مستوى الخدمة المقدمة؟

7.2.3.4. رأي أفراد العينة حول أثر التغيير الثقافي على الخدمة الصحية في

المستشفى: و الممثلة في الجدول التالي

جدول(44): أثر التغيير الثقافي على الخدمة الصحية في المستشفى

المجموع		عملية التغيير الثقافي:						الاجابات
		لا تؤثر على جودة الخدمة المقدمة		عملية صعبة التحقيق في المستشفى		قد تحفز على تحسين الجودة		
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	الفئة المهنية
100%	17	11,76%	02	52,94%	09	35,29%	06	طبيب مختص
100%	10	0,0%	00	60%	06	40%	04	طبيب عام
100%	2	0,0%	00	50%	01	50%	01	طبيب أسنان
100%	03	0,0%	00	100%	03	0,0%	00	صيدلي
100%	65	4.62%	03	40%	26	55.38%	36	شبه طبي
100%	42	9,52%	04	73,81%	31	16,67%	07	إداري
100%	11	9,09%	01	36,36%	04	54,55%	06	تقني
100%	150	6,66%	10	53.33%	80	40%	60	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان (قد تتعدى إجابة المبحوث الإجابة الواحدة)

يظهر الجدول أن عملية التغيير الثقافي عملية صعبة التحقيق في مستشفى عين طاية حسب رأي أفراد العينة بنسبة 53.33% في حين هي أيضا قد تحفز على تحسين الجودة إن تم تحقيقها بنسبة 40% في حين من يرى أن عملية التغيير الثقافي لا تؤثر على جودة الخدمة كانت نسبتهم 6.65% ، هذا ما يثبت إدراك أفراد العينة لأهمية ثقافة الجودة و أهمية التغيير الثقافي و دوره في التحسين نحو الجودة، كما يبين لنا إدراكهم لصعوبة القيام بالتغيير الثقافي في ظل المعطيات الحالية لقطاع الصحة و ظروف العمل و التي تستوجب إرادة للتغيير من طرف الإدارة لترسخ قيم ثقافية مفقودة في المستشفى.

و لكي ينجح التغيير الثقافي للجودة يجب أن يكون نقوم بعدة تغييرات منها تغيير الذهنيات و السلوكيات، تغيير المديرين و الذين لهم دور في إدارة التغيير ، كذلك تطوير الهيكل التنظيمي بشكل يخدم الجودة و تشكيل مجلس للجودة ليخطط و ينفذ التغيير نحو الجودة الشاملة في الخدمة المقدمة، فما هي أهمية هذه العناصر في مستشفى عين طاية؟

8.2.3.4. رأي أفراد العينة حول أهمية عناصر التغيير الثقافي في

المستشفى: من أجل انجاح التغيير يجب:

جدول(45): أهمية عناصر التغيير الثقافي في المستشفى

المراتب				العناصر	
4	3	2	1		
14	33	42	111	التكرار	تغيير
7%	16.5%	21%	%55.5	%	الذهنيات و السلوكيات
64	71	37	28	التكرار	تغيير
32%	35.5%	18.5%	%14	%	المديرين
74	54	44	28	التكرار	تشكيل مجلس قيادة للجودة
37%	27%	22%	14%	%	
49	41	77	33	التكرار	تطوير الهيكل التنظيمي
24.5%	20.5%	38.5%	%16.5	%	

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

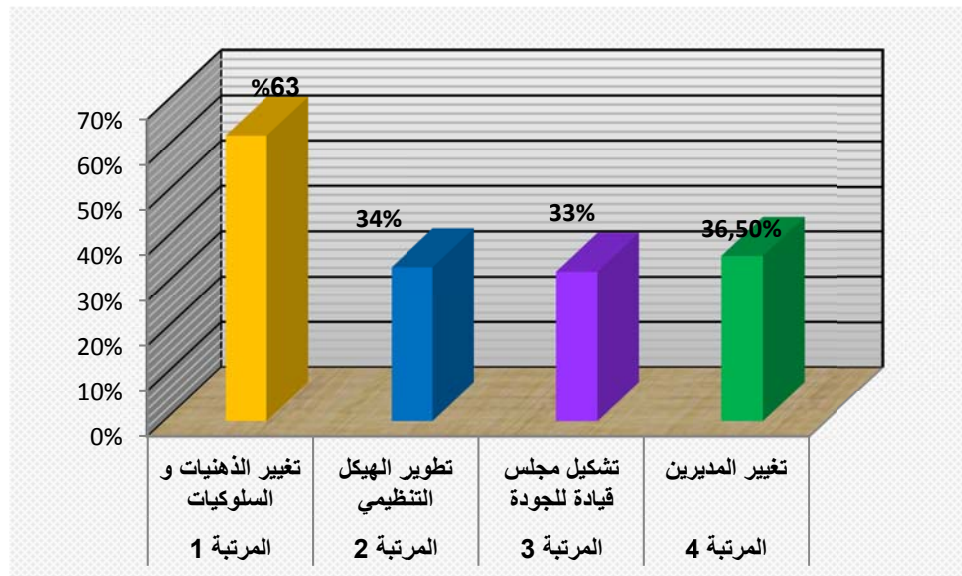
تظهر لنا نتائج الجدول أنه من أجل إنجاح التغيير الثقافي في مستشفى عين طاية يجب أولاً تغيير الذهنيات و السلوكيات التي تسود بين العاملين في مستشفى عين طاية بنسبة 55.5%، و التي تعتبر أهم عائق نحو الجودة كما يرى أفراد العينة فتغيير الذهنيات و السلوكيات لا تتم إلا بإرساء قيم ثقافية تدعم الجودة بالاعتماد على فكرة التطويع الاجتماعي التي تعمل على تعويد أفراد المستشفى على القيام بتصرفات سلوكية تتماشى مع قيم الجودة الشاملة بتحفيز من يتمسك بها و عقاب من يخرج عنها، تشجيع العاملين على تقديم أفكار جديدة تساهم في تحقيق الجودة و تدعيم مفهوم العمل الجماعي، في حين كان عنصر تطوير الهيكل التنظيمي في المرتبة الثانية بنسبة 38.5% لنجاح التغيير بشكل يتماشى مع تحقيق الجودة في الخدمة المقدمة بتشكيل وحدات تكون مسؤولة عن دراسة مشكلات و احتياجات المرضى و العاملين و تقديم التوصيات الملائمة و

اختصار الاجراءات الإدارية للتكفل بالمرضى، و تفويض الصلاحيات في الإطار الذي يتيح للعاملين خدمة المريض بشكل سريع و فعال.

أما في المرتبة الثالثة فكان تغيير المديرين بنسبة 35.5%، فالقائد أو المدير من شأنه أن يوجه كل تنظيم المستشفى نحو الجودة من خلال وضع أهداف للجودة لجميع الوظائف و توزيع المسؤوليات و إدارة أنشطة الجودة، فإذا كان هذا القائد غير قائد على إدارة هذا التوجه نحو الجودة فإن صعوبة تغييره سيشكل عائق أمام تحقيق التغيير الثقافي و إدارته، و في المرتبة الأخيرة من أجل إنجاح التغيير تشكيل مجلس للجودة بنسبة 37% حسب أفراد العينة و هذا من أجل التخطيط للجودة و تطبيقها.

و من أجل معرفة مدى امكانية التغيير الثقافي و صعوبته كانت لنا النتائج المبينة في

الشكل التالي:



شكل رقم (17): صعوبة تغيير عناصر التغيير الثقافي

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

تظهر لنا نتائج الشكل أعلاه أن تغيير الذهنيات و السلوكيات احتل المرتبة الأولى من حيث صعوبة التغيير بنسبة 63% و التي تعتمد حسب أفراد العينة على تغيير أفكار و معتقدات مجتمع بأكمله الذي يتعامل مع المؤسسة العمومية الصحية كما يعتمد أيضا على تغيير نظرة العامل نحو المؤسسة الصحية باعتبارها مرفقا عاما يقدم خدمة عامة ذات جودة متدنية لانعدام المنافسة و أيضا للمراحل التي مر بها هذا المرفق العام الصحي منذ الاستقلال إلى يومنا هذا و التي أهملت العنصر البشري، أما المرتبة الثانية فكانت تطوير الهيكل التنظيمي بنسبة 34% حيث يرى أفراد العينة أن تغيير الهيكل التنظيمي للمستشفى تستوجب إنشاء قوانين و مراسيم من طرف وزارة الصحة مما يعتبر عملية صعبة و إن تمت فقد يكون هذا الهيكل التنظيمي غير مرن مع المتغيرات البيئية و متطلبات تحسين جودة الخدمة، و في المرتبة الثالثة من حيث الصعوبة كان تشكيل مجلس للجودة بنسبة 33% و المرتبة الرابعة تغيير المديرين بنسبة 36.5%، و بالتالي فإن تعتبر الذهنيات و السلوكيات و الهيكل التنظيمي غير المرن أكبر عائقين أمام المستشفى و الذي يصعب تغييره من أجل تبني نظام يعتمد على الجودة.

9.2.3.4. رأي أفراد العينة حول العقبات الثقافية في المستشفى:

إذا كانت الذهنيات و السلوكيات السائدة في المستشفى تعتبر أهم عائق أمام تغيير الثقافة السائدة فماهي العناصر الثقافية الأخرى و التي تعيق تحقيق الجودة في تقديم الخدمة و تحسينها؟ من أجل معرفتها كانت لنا هذه النتائج المبينة في الجدول التالي:

جدول(46): العقبات الثقافية نحو التغيير في المستشفى

المراتب						العناصر	
6	5	4	3	2	1		
23	21	18	24	48	66	التكرار	غياب الثقة المتبادلة بين العاملين و الإدارة
11.5%	10.5%	09%	12%	24%	%33	%	
26	20	42	45	26	41	التكرار	غياب الرؤية و الأهداف المشتركة
13%	10%	21%	22.5%	13%	20.5%	%	
11	35	43	57	39	15	التكرار	غياب المشاركة و العمل الجماعي
5.5%	17.5%	21.5%	28.5%	19.5%	7.5%	%	
25	44	37	30	35	29	التكرار	غياب خطة للجودة موجهة من الإدارة
%12.5	%22	%18.5	%15	%17.5	%14.5	%	
48	56	34	24	18	20	التكرار	غياب نظام تقييم لقدرات العامل ضمن الجماعة
24%	28%	17%	12%	09%	10%	%	
66	27	22	18	33	34	التكرار	غياب الاتصال
33%	13.5	11%	09%	16.5%	17%	%	

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

يبين لنا الجدول أعلاه أن غياب الثقة المتبادلة بين الإدارة و العاملين قد احتل المرتبة الأولى كأهم عقبة ثقافية تحول دون تطبيق نظام إدارة الجودة بنسبة 33% حيث أن غياب الحوار و المشاركة في اتخاذ القرار بين الإدارة و العاملين أدى إلى انعدام التحفيز و الرغبة في التحسين و أداء الوظائف بروتينية مما أفقد العاملين الثقة في إدارة مستشفاهم و هذا ما قد يعرقل من تحسين الخدمة، أما المرتبة الثانية فهو غياب خطة للجودة موجهة من طرف الإدارة بنسبة 17.5%

فحسب أفراد العينة فإن وضع خطة شاملة و مكتوبة ذات أهداف واضحة تشمل جميع الوظائف في المستشفى و تهدف للتغيير نحو الجودة مع إشراك العاملين في وضعها و تنفيذها من شأنه أن يؤدي إلى تحسين الخدمة و غيابها ما يشكل عقبة أمام الجودة في المستشفى، في حين كان في المرتبة الثالثة غياب المشاركة و العمل الجماعي بنسبة 28.5% و المرتبة الرابعة غياب الرؤية و الأهداف المشتركة بنسبة 21% فالعمل الجماعي و الرؤية المشتركة قيم ثقافية أساسية في نظام إدارة الجودة و التي تهدف إلى تفادي الأخطاء من خلال المشاركة في خطوات حلها و تحسين أداء كل من العاملين مما يجعل الجودة في الخدمة المقدمة مسؤولية الجميع في المستشفى، في المرتبة الخامسة كان غياب نظام لتقييم قدرات العامل ضمن الجماعة بنسبة 28% و غياب الاتصال في المرتبة السادسة بنسبة 33%.

من خلال هذه النتائج نستنتج أن أفراد العينة على علم بأهمية القيم الثقافية في تحسين الخدمة كما تبين أن العقبات الثقافية التي تحول دون تطبيق نظام إدارة الجودة تعتمد على إدارة التغيير فغياب إرادة حقيقة للتغيير موجهة من الإدارة أدى إلى فقدان الثقة بين العاملين و الإدارة و المشاركة في تحسين الخدمة و العمل الجماعي، و من أجل إنجاح التغيير نحو الجودة يجب العمل على تغيير المعتقدات و القيم الثقافية السائدة في المستشفى و التي تعرقل تحسين الخدمة الصحية.

3.3.4. تحليل بيانات أثر التدريب على الجودة الشاملة و التمكين في

تحسين جودة الخدمة في المستشفى:

إن تطبيق نظام إدارة الجودة في المستشفى و نجاحه يعتمد على المورد البشري بمختلف المستويات و من مختلف التخصصات ، فتغيير أسلوب العمل من خلال أنظمة و سياسات محددة ضمن برنامج الجودة لا يكون إلا من خلال أفراد مؤهلين قادرين على إدارة التغيير، و عليه في هذا الجزء من بحثنا سوف نحاول إظهار أهمية و أثر التدريب و التحفيز كعنصرين مهمين في تنمية المورد البشري و على الخدمة و تحسينها.

1.3.3.4. رأي أفراد العينة حول واقع التدريب في المستشفى:

يعد التدريب مجموعة من النشاطات تهدف إلى تزويد الأفراد بمختلف المهارات و المعلومات للتعرف على منهجية العمل الجديدة في إطار نظام إدارة الجودة، فباعتبار أن الأفراد هم أهم عنصر لتحقيق الجودة و من الشروط اللازمة لتطبيقها و هذا باعتماده بشكل مستمر و بقناعة من جانب الإدارة بأهميته، فهل تهتم إدارة مستشفى عين طاية بتدريب عمالها بمختلف فئاتهم؟ و هل هناك برنامج للتدريب مستمر على الجودة في المستشفى؟

جدول (47): واقع التدريب في المستشفى

المجموع		هل تهتم إدارة المستشفى بالتدريب لمختلف العاملين				هل هناك برنامج تدريبي مستمر على الجودة				الاجابات
		لا		نعم		لا		نعم		
الفترة المهنية	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	
طبيب مختص	00	0,00%	16	100%	01	6,25%	15	93,75%	16	
طبيب عام	07	35,00%	13	65%	09	45,00%	11	55%	20	
طبيب أسنان	01	25,00%	03	75%	02	50,00%	02	50%	04	
صيدلي	01	21,43%	03	78,57%	01	25%	03	75%	04	
شبه طبي	21	25%	63	75%	25	29.76%	59	70.24%	84	
إداري	09	16,36%	46	83,64%	08	14,55%	47	85,45%	55	
تقني	02	11,76%	15	88,24%	06	35,29%	11	64,71%	17	
المجموع	41	10,50%	159	79,50%	52	26 %	148	74%	200	

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

تبين لنا نتائج الجدول أن إدارة المستشفى لا تعطي أهمية للتدريب و هذا على مستوى

مختلف الفئات العمالية بنسبة 74% في حين كانت نسبة العمال الذين يرون بأن إدارة المستشفى

تهتم بتدريب عمالها 26% كما أعرب ما نسبة 79.5% من أفراد العينة على عدم وجود أي

برنامج تدريبي يحتوي على الجودة في تقديم الخدمة أو أداء الوظائف.

من خلال هذه النتائج يتبين لنا أن إدارة المستشفى لا تهتم بالتدريب و لا بتنمية قدرات

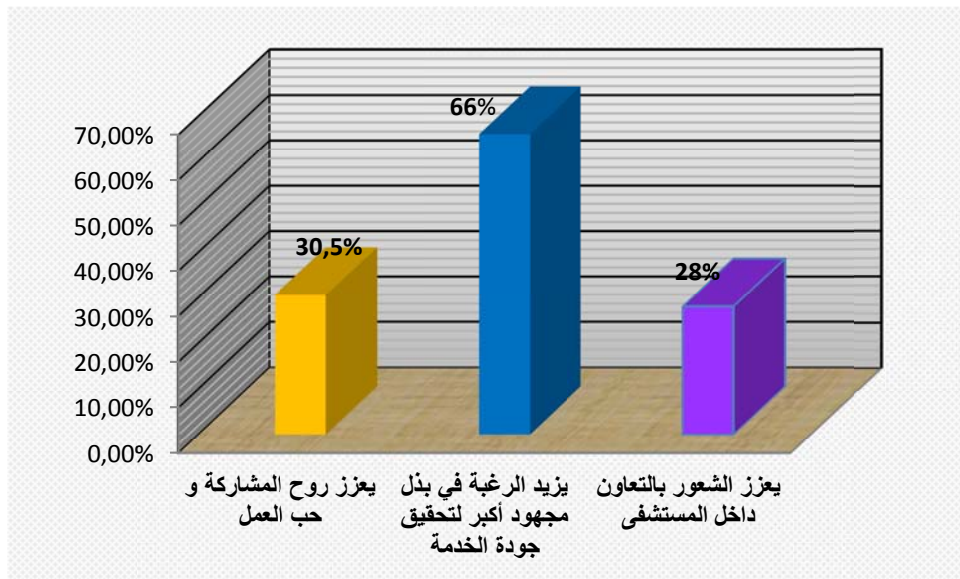
عمالها حسب رأي أفراد العينة فلا يوجد تدريب مستمر، حيث تتمثل نشاطات التدريب حسب

تصريح مسؤولة الموارد البشرية في مستشفى عين طاية أن عمليات التكوين متعلقة بعنوان التوظيف، التكوين الأولي أثناء فترة التريض، دورات التدريب التكميلي في إطار الترقية إلى رتبة أعلى، دورة التكوين الأولي قصد التعيين في المنصب المالي أيضا دورة التكوين الاستثنائي في إطار الاندماج في رتبة جديدة بالإضافة إلى دورات التدريب بالخارج و عمليات تحسين المستوى و تجديد المعلومات، كما أن الإدارة تضع مبدأ الحق في التكوين و تحسين مستوى الموظفين إلا أنها لا تضع أي وسيلة تجعل من هذا الحق فعلي حيث يرى أفراد العينة أنه لا توجد أي شفافية للاستفادة من التدريب و لا يتم حسب الاحتياجات التدريبية و استراتيجية لمستشفى لتحقيق الأهداف أو خطة تدريبية على الجودة و إنما وفق من تتطابق مؤهلاتهم العلمية و تقييمهم المهني مع الشروط التنظيمية و القانونية الأساسية لدورة التكوين و تحسين المستوى و تجديد المعلومات طبقا للمادة 07 للمرسوم التنفيذي 96-92¹

2.3.3.4. رأي أفراد العينة حول أهمية التدريب على الجودة في المستشفى:

و لمعرفة أهمية التدريب في المستشفى و أثره على العاملين و على الخدمة المقدمة و مدى وعي أفراد العينة بأهميته كان لنا الشكل التالي:

¹ الجريدة الرسمية، العدد 16 الصادرة بتاريخ 17 شوال 1416هـ الموافق لـ 06 مارس 1996م، ص 07.



شكل رقم (18): أثر التدريب على الجودة

المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على نتائج الاستبيان

من خلال الشكل نلاحظ أن أثر التدريب في المستشفى هو ايجابي حيث يزيد من الرغبة في بذل مجهود أكبر لتحقيق جودة الخدمة بنسبة 66% و يعزز من روح المشاركة و حي العمل بنسبة 30,5% كما يعزز الشعور بالتعاون داخل المستشفى بنسبة 28%.

و منه نستنتج أن أفراد العينة على وعي بأهمية التدريب و أثره على المستشفى و الخدمة المقدمة حيث عبروا أن تنمية قدراتهم و تدريبها تجعلهم يقدمون مجهودات أكثر لتحسين أدائهم و بالتالي تحسين الخدمة المقدمة فكيف يؤثر التدريب على الجودة على العامل؟

جدول(48):أثر التدريب على الجودة على العامل.

المجموع		من خلال التدريب على الجودة:						الاجابات
		اكتسبت مهارات جديدة		أعتمد على نفسي في العمل و لست بحاجة لمسؤول أعلى		مهامي أكثر تعقيد		
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	الفئة المهنية
100%	22	63,64%	14	22,73%	05	13,64%	03	طبيب مختص
100%	20	70,00%	14	30,00%	06	0,00%	00	طبيب عام
100%	5	75,00%	04	25,00%	01	0,00%	00	طبيب أسنان
100%	06	50,00%	03	50,00%	03	00.00%	00	صيدلي
100%	91	64.84%	59	27.47%	25	7.69%	07	شبه طبي
100%	59	52,54%	31	40,68%	24	6,78%	04	إداري
100%	19	68,42%	13	26,32%	05	5,26%	01	تقني
100%	222	62.16%	138	31.09%	69	6.75%	15	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان (قد تتعدى إجابة المبحوث الإجابة الواحدة)

من خلال نتائج الجدول يتضح لنا أن للتدريب على الجودة له أثر على تنمية قدرات العاملين بشكل واضح حيث كانت إجابات أفراد العينة بنسبة 62.16% أن التدريب على الجودة عمل على اكتساب العاملين مهارات جديدة، هذه النسبة موزعة على الأطباء المختصين بنسبة 63.64% و الأطباء العامون بنسبة 70% أطباء الأسنان بنسبة 75% و الصيدلانيين بنسبة 50% ، الشبه طبي بنسبة 64.84% الإداريين بنسبة 52,54% و التقنيين بنسبة 68,42%، في حين أن التدريب على الجودة يجعل العاملين يعتمدون على أنفسهم في العمل دون الحاجة إلى مسؤول أعلى و هذا بنسبة 31.09% موزعة على الأطباء المختصين بنسبة 22,73% و الأطباء العامون بنسبة 30%، أطباء الأسنان بنسبة 20% و الصيدلانيين بنسبة 50%، الشبه طبي بنسبة

27.47% الإداريين بنسبة 40,68% و التقنيين بنسبة 26.32%، لكن هناك من يرون بأن التدريب على الجودة سيجعل مهامهم أكثر تعقيدا و سيعرقل أداءهم و كانت نسبتهم من أفراد العينة 6.75% و هي نسبة ضئيلة مقارنة بالنسب السابقة فنجدها موزعة على الأطباء المختصين بنسبة 13.64% و الأطباء العامون بنسبة 00.00% أطباء الأسنان بنسبة 00.00% و الصيدلانيين بنسبة 00.0% ، الشبه طبي بنسبة 7.69% الإداريين بنسبة 6.78% و التقنيين بنسبة 5.26%.

و منه فإن تحسين أداء الأفراد و بالتالي جودة الخدمة المقدمة من خلال التدريب الذي يعمل على تشجيع العاملين و رفع مهاراتهم التقنية و زيادة خبراتهم المتخصصة باستمرار مما يرفع قابليتهم على أداء وظائفهم و الاعتماد على أنفسهم في ذلك و هذا ما عبر عنه أفراد العينة في مستشفى عين طاية.

3.3.3.4. رأي أفراد العينة حول ثقة الإدارة بالعاملين في المستشفى:

إذا كان التدريب على الجودة يجعل العاملين يعتمدون على أنفسهم في أداء وظائفهم دون الحاجة لمسؤول أعلى فهل إدارة المستشفى تثق بالعاملين و تمنحهم القدرة على اتخاذ القرار؟

جدول(49): ثقة إدارة المستشفى بالعاملين

المجموع		إدارة المستشفى لا تثق بالعاملين		إدارة المستشفى تثق بالعاملين				الاجابات
				إدارة المستشفى تمنح العاملين القدرة على				
				اتخاذ القرار و حل المشاكل				
				نعم		لا		
الفرقة المهنية	التكرار	%	التكرار	الفرقة المهنية	التكرار	%	التكرار	
طبيب مختص	03	18,75%	01	طبيب مختص	12	75,00%	16	
طبيب عام	12	60,00%	02	طبيب عام	06	30,00%	20	
طبيب أسنان	03	75,00%	01	طبيب أسنان	00	0,00%	04	
صيدلي	01	%25.00	00	صيدلي	03	%75.00	04	
شبه طبي	24	%28.58	08	شبه طبي	52	%61.90	84	
إداري	11	20,00%	06	إداري	38	69,09%	55	
تقني	08	47,06%	01	تقني	08	47,06%	17	
المجموع	62	%31	19	المجموع	119	%59.50	200	

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

من خلال الجدول أعلاه تبين لنا النتائج المتحصل عليها أن أفراد العينة يرون بأن إدارة المستشفى لا تثق في عمالها و امكانياتهم و أداءهم و هذا بنسبة 59.5% حيث نجد هذه النسبة تتوزع و بشكل مرتفع في الأطباء المختصين بنسبة 75% و الإداريين بنسبة 69.09% و هذا ما يؤكد لنا أن طريقة التسيير المعتمدة في المستشفى تعتمد على المركزية في إدارة عمالها خاصة في المجال الإداري و لا تمنح لهم حرية التصرف في القضايا التي تواجههم خلال ممارسة مهامهم، في حين يرى ما نسبته 40.5% من أفراد العينة أن الإدارة تثق في عمالها، نسبة 31% ترى بأن

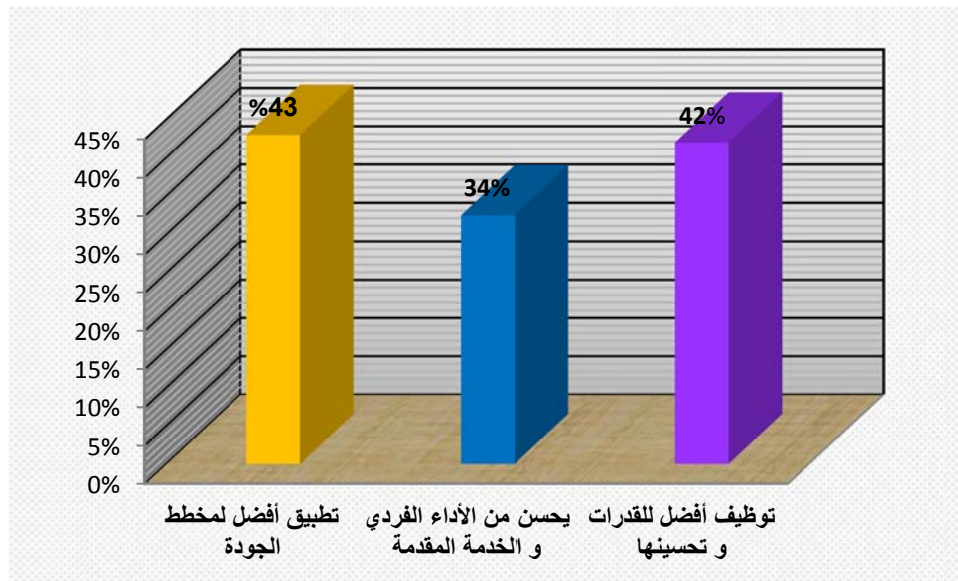
الإدارة تمنح لهم القدرة على اتخاذ القرارات و حل المشكلات و الموزعة بشكل مرتفع على الأطباء العامون بنسبة 60% و أطباء الأسنان بنسبة 75%، أما 10% من أفراد العينة ترى بأن لا تسمح لها باتخاذ القرار .

و منه نستنتج أن الثقة كممارسة يومية من طرف الإدارة نحو العاملين تتيح للعاملين اتخاذ القرارات و التي ينتج عنها اكتشاف و تعلم مستمر لهم و كقيمة ثقافية أيضا للمورد البشري هي غائبة في مستشفى عين طاية فإذا لم تهتم الإدارة بتدريب عمالها و تنمية مهاراتهم وفقا للمتغيرات المحيطة كيف لها أن تثق في أدائهم لوظائفهم و تمنح لهم مسؤولية اتخاذ القرار .

4.3.3.4. رأي أفراد العينة حول مشاركة العاملين في التخطيط نحو الجودة

في المستشفى:

إن التحول من النموذج التقليدي في التسيير نحو نظام إدارة الجودة ينتج عنه إدماج العاملين مع رؤوسهم في حل المشكلات و التأثير في اتخاذ القرارات والتخطيط للجودة و وضع الأهداف بهدف أداء و خدمة أفضل، فكيف يرى أفراد العينة مشاركة رؤوسهم في وضع الأهداف و التخطيط للجودة في مستشفى عين طاية؟



شكل رقم (19): مشاركة العاملين الإدارة في وضع الأهداف و التخطيط للجودة تساعد على

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان (قد تتعدى إجابة المبحوث الإجابة الواحدة)

إن الشكل المبين أعلاه يظهر لنا أهمية مشاركة العاملين في وضع أهداف الجودة لنجاح التغيير نحو الجودة حيث يرى أفراد العينة أنها تساعد على تطبيق أفضل لمخطط الجودة بنسبة 43%، توظيف لأفضل القدرات و تحسينها بنسبة 42% و يحسن من الأداء الفردي و الخدمة المقدمة بنسبة 34%.

إن النتائج المتحصل عليها تظهر لنا وعي أفراد العينة بأهمية مشاركة مروضيهم في التخطيط و وضع الأهداف و أثره على تطبيق إدارة الجودة فبالإضافة إلى أن المشاركة تجعل مخطط الجودة يطبق بشكل أفضل فإنها تجعل العاملين يوظفون و يحسنون من قدراتهم و هذا ما يؤثر بشكل إيجابي على أدائهم و على الخدمة المقدمة حيث تعتبر المشاركة في القرارات كحافز

معنوي يساهم في زيادة الشعور بالرضا و الاستقرار و يزيد من ولائه للمستشفى، إلا أن هناك من أعربوا لنا من أفراد العينة أن المشاركة في التخطيط في مستشفى عين طاية غير ممكنة فلا يوجد مخطط للجودة واضح و لا وجود لنظام تسيير يستفيد من امكانيات العاملين و قدراتهم، و إن تمت المشاركة العمالية في بعض القرارات فهي نادرة و تكون متعلقة ببرامج المناوبة المتعلقة ببرامج العمل اليومية و تحديد و توزيع العطل السنوية.

5.3.3.4. رأي أفراد العينة حول نظام الحوافز و الترقية المتبع في المستشفى:

تعتبر نظام الترقية و الحوافز ذا أهمية في أي مؤسسة خاصة الصحية منها و هذا ماله من أثر ايجابي في تحقيق رضا العاملين الذي ينعكس ايجابيا على أدائهم و سعيهم للترقية كما يحفّوهم على التدريب و التنمية الذاتية، فكيف يرى أفراد العينة في مستشفى عين طاية هذا النظام و هل يحفزهم نحو تحسين الأداء و تحسين الخدمة الصحية نحو الجودة؟

جدول(50): نظام الحوافز و الترقية في المستشفى

المجموع		نظام الحوافز و الترقية المتبع في المستشفى هو :				الاجابات
		نظام غير عادل و غير موضوعي		نظام يدفع نحو تحقيق أهداف الجودة في الخدمة		
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	الفئة المهنية
100%	16	56,25%	9	43,75%	7	طبيب مختص
100%	20	50,00%	10	50,00%	10	طبيب عام
100%	04	50,00%	2	50,00%	2	طبيب أسنان
100%	04	75.00%	03	25.00%	01	صيدلي
100%	84	59,52%	50	40,48%	34	شبه طبي
100%	55	61,82%	34	38,18%	21	إداري
100%	17	82,35%	14	17,65%	3	تقني
100%	200	61,00%	122	39,00%	78	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

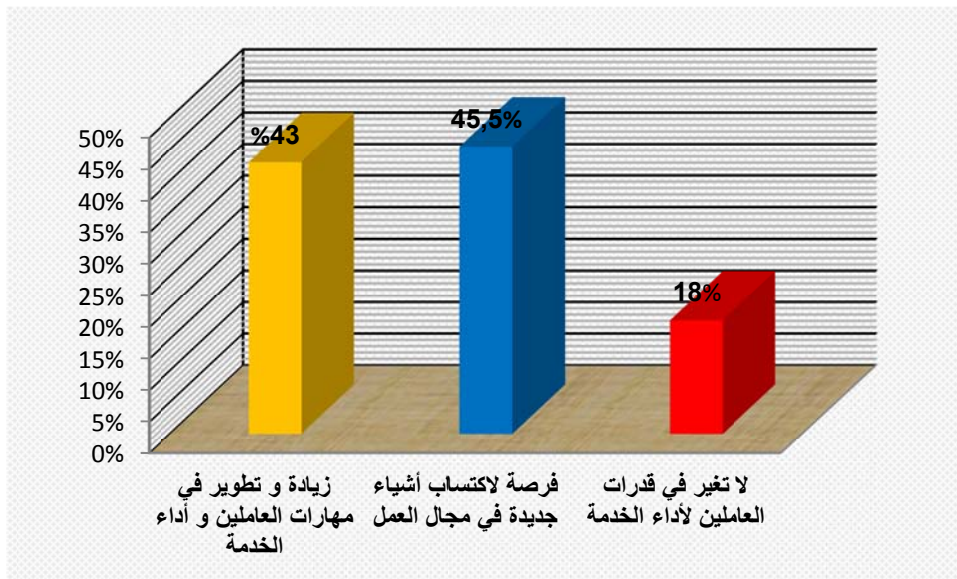
تظهر لنا نتائج الجدول أن 61% من أفراد العينة يرون أن نظام الحوافز و الترقية هو نظام غير عادل و موضوعي حيث نجد هذه النسبة موزعة بشكل مرتفع في التقنيين بنسبة 82.35% و الصيدلانيين بنسبة 75% و الإداريين بنسبة 61,82% الشبه طبي بنسبة 59,52%، الأطباء المختصين بنسبة 56.25% أما الأطباء العامون و أطباء الأسنان بنسبة 50%، في حين هناك من يرى بأن نظام الترقية و الحوافز هو نظام يدفع نحو تحقيق الجودة في الخدمة المقدمة و يزيد الأداء الفردي بنسبة 39% و الموزعة على الأطباء المختصين بنسبة 43,75% ، الأطباء

العامون و أطباء الأسنان بنسبة 50%، شبه طبي بنسبة 40.48% و الصيدلانيين بنسبة 25% ،
الإداريين بنسبة 38.18% و التقنيين بنسبة 17.65%.

أن النتائج التي توصلنا إليها تبين لنا عدم رضا العاملين على نظام الترقية المتبع في المستشفى و لذي يعتمد أساس على الأقدمية لا على أساس الكفاءة و التأهيل بالإضافة إلى حرمان الكفاءات من تقلد المناصب العليا مما ينعكس سلبا على أدائهم و هذا لأسباب فسروها بظروف العمل و جماعات العمل، في حين أن هناك من صرح بأنه حصل على الترقية على أساس الكفاءة و هي نسبة قليلة مقارنة مع الذين اعترضوا على عدالة الترقية و الحوافز، بالإضافة إلى أن نظام الترقية المعتمد في المستشفى بصفة خاصة و الإدارة العمومية الجزائرية بصفة عامة لا يعتبر الترقية هدفا استراتيجيا و لا تطويريا فليس من المفروض مثلا أن يكون الهدف من تقييم الأداء منح امتيازات و إنما الهدف هو تحسين الأداء و الخدمة المقدمة، فالمعايير التي يقيم بها العمال بهدف الترقية تطبق على كافة الأعمال و النشاطات الإدارية دون التمييز بين الوظائف و هذا ما جعل الترقية في مستشفى عين طاية و المرفق العام بصفة عامة لا تتميز بالعدل و الموضوعية حسب رأي أفراد العينة.

6.3.3.4. رأي أفراد العينة حول أهمية تمكين العاملين في المستشفى:

إن نجاح تطبيق نظام يعتمد على الجودة في المؤسسة الصحية يعتمد على مدى كفاءة مواردها البشرية بتمكينهم و إشراكهم في العمل و تفويضهم الصلاحيات التي تمكنهم من الإنجاز بكفاءة و فعالية، فكيف يرى عمال مستشفى عين طاية أثر التمكين على مهاراتهم و أداءهم؟



شكل رقم (20): أثر التمكين على مهارات العاملين في المستشفى:

المصدر: من إعداد الباحثة اعتماداً على نتائج الاستبيان (قد تتعدى إجابة المبحوث الإجابة الواحدة)

يبين الشكل أعلاه أن تمكين العاملين من شأنه أن يجعلهم يكتسبون أشياء جديدة في مجال عملهم بنسبة 45.5% و بالتالي يعتبر فرصة للتعلم، كما يزيد من مهارات العاملين و أداءهم للخدمة المقدمة بنسبة 43%، كما أن هناك من يرون بأن التمكين ليس له أي أثر ايجابي حيث لا تتغير قدرات العاملين و لا يتغير أداءهم و هذا بنسبة 18%.

إن النتائج المتوصل إليها تجعلنا نقف عند أهمية التمكين التي يراها العاملون في مستشفى عين طاية فمن خلال المشاركة في اتخاذ القرار و إفساح المجال أمام العاملين من كافة المستويات في إبداء آراءهم و مقترحاتهم، و من خلال الشعور الايجابي لدى العاملين الناتج عن تحريك دافعيتهم و كذلك تفويض الصلاحيات بالإضافة إلى تدريبهم لأداء مهامهم بكفاءة، يجعل العاملين أكثر انتماء و رضا عن العمل من جهة و من جهة أخرى يزيد من مهاراتهم و كفاءاتهم التي تحسن من أداء الخدمة و تساعد في نجاح التغيير نحو الجودة في العمل حسب رأي أفراد العينة.

4.3.4. تحليل بيانات شروط و معوقات تحسين جودة الخدمة في

المستشفى:

إن كل ما قدمناه في هذا البحث محاولة منا لإثبات ضرورة التغيير في مستشفى عين طاية من خلال نظام تسيير يعتمد على الجودة كنظام إدارة الجودة الشاملة مظهرين بذلك أهمية العنصر البشري بتدريبه و تمكينه و تحفيزه و كذلك أهمية ثقافة الجودة و ضرورة ترسيخها كشروط أساسية في تطبيق هذا النظام ، فكيف يرى أفراد العينة الشروط اللازمة لإنجاح التغيير و ماهي المعوقات التي تحون دون ذلك في مستشفى عين طاية؟

1.4.3.4. شروط تحسين الخدمة الصحية في المستشفى:

جدول (51): الشروط الواجب توافرها في المستشفى للوصول إلى جودة الخدمة حسب الأهمية

المراتب						العناصر	
6	5	4	3	2	1		
30	33	28	29	47	33	التكرار	الرغبة في تغيير الأساليب
15,00%	16,50%	14,00%	14,50%	23,50%	16,50%	%	التقليدية في التسيير
45	28	34	43	17	33	التكرار	التغيير الثقافي نحو
22,50%	14,00%	17,00%	21,50%	8,50%	16,50%	%	الجودة في المستشفى
19	43	48	31	36	23	التكرار	تدريب و تمكين و تحفيز
9,50%	21,50%	24,00%	15,50%	18,00%	11,50%	%	العاملين
12	19	37	28	42	62	التكرار	توفير الامكانيات المالية
6,00%	9,50%	18,50%	14,00%	21,00%	31,00%	%	و البشرية المناسبة
30	47	27	36	37	23	التكرار	دعم الادارة للتغيير
15,00%	23,50%	13,50%	18,00%	18,50%	11,50%	%	
63	30	25	34	22	26	التكرار	وجود نظام اتصال فعال
31,50%	15,00%	12,50%	17,00%	11,00%	13,00%	%	

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

تبين لنا نتائج الجدول أعلاه الشروط الذي يجب أن يعمل المستشفى على توفيرها من أجل

تحسين الخدمة الصحية و ترتيبها من طرف أفراد العينة على حسب أهمية كل واحد منها، حيث

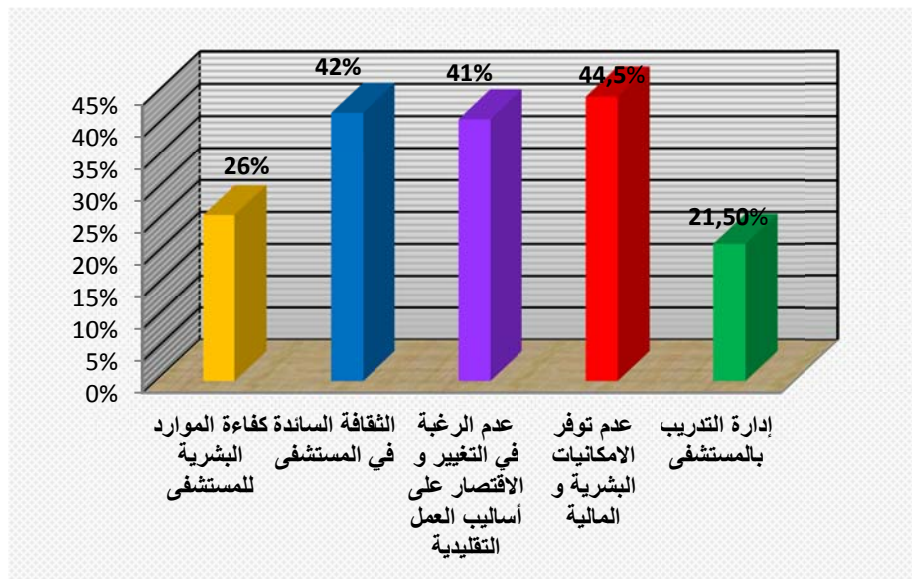
احتل المرتبة الأولى توفير الامكانيات المالية و البشرية المناسبة و هذا بنسبة 31%، حيث لمسنا النقص الكبير في الامكانيات و العتاد الطبي أثناء تريضنا بالمستشفى في عدة مصالح، أما المرتبة الثانية فكانت الرغبة في تغيير الأساليب التقليدية بنسبة 23.5% فبدون رغبة حقيقية من طرف الإدارة العليا و دعمها لا يمكن تطبيق أي نظام تسيير من شأنه أن يساهم في الإصلاح و تحسين الخدمة الصحية في المستشفى و هذا ما أثبتناه نظريا في السابق، في المرتبة الثالثة التغيير الثقافي نحو الجودة بنسبة 21.5% فتغيير الثقافة السائدة في المستشفى التي تسود المرافق العمومية على العموم و ترسيخ قيم ثقافة الجودة كالعامل الجماعي و المشاركة الجماعية في التحسين المستمر و الثقة المتبادلة و الرؤية و الأهداف المشتركة تعتبر شروطا ضرورية من أجل الوصول للجودة في الخدمة، في حين كانت المرتبة الرابعة تدريب و تمكين و تحفيز العاملين بنسبة 24% و هذا بالاهتمام بتنمية مهارات العاملين في كافة المستويات و كافة الفئات المهنية و اتباع طرق و أساليب للتحفيز زيادة على الطرق المتبعة، أما المرتبة الخامسة و السادسة كانت لدعم الإدارة لتغيير بنسبة 23.5% و وجود نظام اتصال فعال بنسبة 31.5%.

إن هذه النتائج تؤكد لنا أهمية الشروط التي وضعناها نظريا و هي اسلوب حديث للتسيير يعتمد على الجودة و تغيير الثقافة السائدة التي تعتبر أهم عائق أمام التغيير في مستشفى عين طاية و كذلك ضرورة تدريب و تعليم و تحفيز و تمكين العاملين من أجل أداء أحسن و خدمة صحية ذات جودة بالإضافة إلى تحسين ظروف العمل خاصة في المجال المادي و الامكانيات التي تعاني نقصا فادحا في المستشفى.

2.4.3.4. معوقات تحسين الخدمة الصحية في المستشفى:

أما بالنسبة للمعوقات التي تحول دون تحسين الخدمة الصحية فهي ممثلة في الشكل

التالي:



شكل رقم (21): العقبات التي تحول دون الجودة في الخدمة الصحية:

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على نتائج الاستبيان

من خلال الشكل أعلاه يظهر لنا أن عدم توفير الامكانيات المادية و البشرية بنسبة 44.5% يمثل أهم عائق أمام المستشفى إذا أرادت تغيير أسلوب التسيير و الاعتماد على نظام إدارة الجودة الشاملة كما أن الثقافة السائدة في المستشفى من معتقدات و ذهنيات قد تشكل عائقا آخر بنسبة 42% و تقاوم التغيير نحو الجودة، عدم الرغبة في التغيير و الاقتصار على أساليب العمل التقليدية بنسبة 41% حيث أن تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في أي مؤسسة صحية يمثل نقلة كبيرة على مستوى التسيير من تغيير للوظائف و طريقة أدائها و إدخال طرق جديدة مما

قد يشكل عقبة أمام العاملين و عدم رغبتهم بتغيير طريقة عملهم، أما العائق الرابع و الأخير فكان ضعف كفاءة الموارد البشرية بنسبة 26% و إدارة التدريب بنسبة 21.5%، فحسب رأي أفراد العينة أن ضعف كفاءة المورد البشري و تدريبهم لا تعد عقبة كبيرة مقارنة بالعقبات السابقة.

بالإضافة إلى العقبات السابقة الحائلة دون نجاح التغيير نحو الجودة في المؤسسة الصحية هناك من عبر من أفراد العينة عن وجود عراقيل أخرى أو مشاكل في مستشفى عين طاية نلخصها فيما يلي:

- غياب التخطيط على مستوى إدارة مستشفى عين طاية لتحسين الخدمة الصحية.
- عراقيل إدارية متعلقة باقتناء الأجهزة و الامكانيات المادية و هذا من جراء أحكام الصفقات العمومية.
- غياب ظروف العمل الصحية التي تحول دون تقديم خدمة صحية أحسن كالأمن و الأجهزة والمعدات الطبية.
- صراعات إدارية تحول دون استفادة الكثيرين من التكوين.
- عدم وضوح سياسة التدريب في المستشفى و أسس تحديد الاحتياجات التدريبية.
- عدم وضوح معايير ترقية العاملين للمناصب العليا في المستشفى.

5.3.4. مناقشة نتائج اختبار الفرضيات:

على ضوء فرضيات الدراسة و بعد ما قمنا بتحليل البيانات المتحصل عليها و الممثلة في جداول وأشكال بيانية، قمنا باستخلاص النتائج و دراسة العلاقة بين متغيرات الدراسة حسب الفرضيات الموضوعة للإجابة على الإشكالية الرئيسية و الأسئلة الفرعية.

النتائج الخاصة بالفرضية الأولى:

الفرضية الأولى: إن تغيير طريقة تسيير المنظمات العمومية بتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة يحسن الخدمة العمومية.

بالنظر إلى البيانات المتعلقة بهذه الفرضية و تحليلها فيما يتعلق بنظام التسيير الحالي للمؤسسة الصحية لعين طاية و أهمية التغيير نحو نظام يعتمد على الجودة توصلنا إلى النتائج التالية:

- عدم كفاءة النظام الحالي للتسيير و المتبع في المؤسسة الصحية لعين طاية و عدم مواكبته للتغيرات المحيطة به و الذي لا يحقق الأهداف التي تسعى إليها المنظومة الصحية و الاصلاحات المتبعة،
- ضعف جودة الخدمة المقدمة للمريض راجعة لمشاكل التسيير التي يعاني منها المستشفى حسب أفراد العينة و هذا بنسبة 76% لاعتمادهم على الأساليب التقليدية في التسيير و عدم توفير شروط العمل و ضرورياته.
- إن تغيير نظام التسيير الحالي للمستشفى بنظام يعتمد على الجودة يؤدي إلى تغيير طريقة تأدية المهام الموكلة للعمال بسهولة بنسبة 49.09% و هذا من خلال العلاقة

التبادلية بين العاملين و الإدارة والتي من شأنها أن تحسن من أداء العمل و تحسين الخدمة.

- إن اعتماد نظام إدارة الجودة في المؤسسة الصحية لعين طاية يجب أن يكون من خلال استراتيجية تضعها الإدارة ذات رؤيا و أهداف توضحها و وضع مؤشرات و مقاييس لقياس مستويات الأداء في جميع الوظائف و في كافة المستويات و تعريف العاملين بمهامهم و النتائج المترتبة على عدم الالتزام بها و التي تؤدي بالعاملين إلى تحسين أداءهم بنسبة 45.5% و بالتالي التحسين المستمر للخدمة الصحية بنسبة 49.2%.

- إن التركيز على العمل ضمن فرق في إطار نظام إدارة الجودة الشاملة في مستشفى عين طاية يؤدي إلى التفاعل الوظيفي و اكتساب مهارات وظيفية تؤدي إلى التطوير الذاتي للعاملين مما يزيد من قدرة العاملين على حل مشكلات عملهم بنسبة 48.26% و يدفع العاملين إلى تحسين مستوى أدائهم من خلال استمرارية التعلم و التدريب ضمن فرق العمل هذا ما يساعد على تنفيذ أهداف المستشفى بنسبة 40.87%.

- إن التركيز على رضا المريض في تقديم الخدمة الصحية ضمن نظام إدارة الجودة الذي يعتبره أولى أولوياته يساعد على تحسين الخدمة الصحية بنسبة 52% حسب رأي أفراد العينة من خلال الوعي بمتطلباته و توقعاته و الذي يتطلب فهم إدارة مستشفى عين طاية لحاجياته من خلال متابعة شكاوي المرضى و تقديم الحلول لها بنسبة 37.93% و توفير نظام يسهل وصول آراءهم بنسبة 34.05% مما يساعد على تحسين خطة تحقيق الجودة وفق متطلبات المريض.

- إن تحسين عملية الاتصال بين مختلف مستويات المستشفى من خلال تطبيق نظام إدارة الجودة يضمن المشاركة الفعالة لجميع عمالها في تحسين الخدمة الصحية، و هذا لا يتم إلا بتطوير إجراءات الاتصال باعتماد نظام معلومات صحي يساعد على إنجاز العمل بصورة جيدة و تحسين الأداء بنسبة 38.87% ويوفر المعلومات لدى العاملين في الوقت المناسب بنسبة 33.96% بالإضافة أنه يعمل على الاتصال الفعال بينهم بنسبة 27.17%، هذه النتائج تؤكد ضرورة توفير نظام معلومات صحي يختصر الجهد في معالجة المعلومات و يحسن من أداء العاملين و بالتالي الخدمة الصحية.

إن هذه النتائج التي توصلنا إليها تبين الرغبة الحقيقية لأفراد العينة في تغيير نظام التسيير المعتمد الذي لم يعد صالحا في البيئة المتغيرة التي تحيط بالمستشفى بالإضافة إلى وعيهم بأهمية تطبيق نظام يعتمد على الجودة ومبادئه و التي تؤدي إلى تحسين الخدمة الصحية هذا ما يثبت فرضيتنا الأولى.

النتائج الخاصة بالفرضية الثانية:

الفرضية الثانية: إرساء ثقافة تنظيمية تركز على الجودة تساهم في رفع مستوى خدمات

المنظمات العمومية.

بالنظر إلى البيانات المتعلقة بهذه الفرضية و تحليلها فيما يتعلق بالقيم الثقافية السائدة في المستشفى وأثرها على الخدمة الصحية و العقبات الثقافية التي تحول دون تحسينها و أهمية التغيير الثقافي و دوره في دعم نظام إدارة الجودة الشاملة، كانت لنا هذه النتائج:

- غياب برنامج للتغيير نحو الجودة في مستشفى عين طاية بنسبة 23%، فرغم مشاريع الإصلاحات التي عرفتتها المؤسسات العمومية الصحية إلا أنه لم تصل إلى الغايات و الأهداف التي حددتها.
- غياب ثقافة مشاركة التخطيط و التشاور في برامج الإصلاح أو التحسين التي اعتمدها أو يعتمدها المستشفى من أجل حل المعوقات التي تواجهه، مما يبين ضعف الاستفادة من الأفراد المؤهلين و خبراتهم المكتسبة في عملهم و الذي يعتبر ضروري لإحداث التغيير في أداء العمل و تنظيمه و أداء أنشطة الخدمة الصحية.
- ضعف الاتصال و انتقال المعلومات بين العاملين و رؤوسهم و التي تضم كل ما يخص إنتاج الخدمة الصحية و كافة عمليات التحسين المستمر للأنشطة مما يؤثر بالسلب على أداء الوظائف و الاعتماد الرسمي على الاجراءات الإدارية الرسمية لغايات التنسيق فقط، و بالتالي التعاون بين العاملين من أجل تحقيق الهدف المشترك، هذا ما أعربت عليه أفراد العينة الذين لا يتلقون أي معلومات حول وظائفهم و التحسين المستمر في أدائها بنسبة 71%.
- ضعف الثقة السائدة بين العاملين في مستشفى عين طاية بنسبة 52.5%، و إن وجدت فإنها تتمركز بين الفئات الطبية و الشبه طبي و هم المسؤولون عن إنتاج الخدمة الصحية بشكل مباشر.
- غياب ثقافة العمل الجماعي في المستشفى و التي عبر عليها أفراد العينة أنها تكون أحيانا بنسبة 43.5% و منعدمة بنسبة 11%، و تواجدتها كقيمة ثقافية في مقدمي الخدمة الصحية من أطباء وشبه طبي مما يبين وعيهم بأهمية روح الفريق في تقديم خدمة صحية متكاملة، أما الفئات الأخرى من إداريين و تقنيين فتكون أحيانا و الناتجة عن ضعف أو

انعدام الثقة بين أفراد هذه الفئات و المنفصلين عن تقديم الخدمة الصحية بشكل مباشر، هذه النتائج تبين أن إدارة مستشفى عين طاية لا تهتم بالعمل الجماعي كقيمة ثقافية تساهم بشكل كبير في تحسين الخدمة الصحية و حل المشاكل التي تحول دون تقديمها على أكمل وجه.

- جو العمل في المستشفى يتميز بالصراعات و عدم الارتياح في أداء الوظائف بنسبة 51% و الذي يتوزع في الفئات الإدارية و الصيدلانيين، في حين باقي الفئات الأخرى من أطباء سواء كانوا مختصين ،عامون أو شبه طبيين فإنهم يتعاونون لتحسين الخدمة الصحية، و الناتج عن وعيهم بقيمة العمل الجماعي و فرق العمل في تحسين الخدمة التي يقدمونها و التي لها أثر ايجابي في حل المشاكل.

- غياب الوعي المهني و دعم الإدارة لقيمة العمل الجماعي أدى إلى تغييب الثقة و التعاون و ظهور المشاكل الاتصالية و الصراعات خاصة في فئات الإداريين مما زاد من مشاكل التسيير.

- تأثر سلوك العاملين في مستشفى عين طاية بشكل سلبي بمناخ العمل و مستوى الظروف المادية المحيطة بهم و المتوفرة لهم من أجر متدني و امكانيات مادية غير متوفرة و التي كانت حجتهم في تدني الخدمة الصحية المقدمة، وهذا من خلال:

- عدم رضا العاملين على وضعية الأجور في القطاع الصحي بنسبة 72%، فنظامها الذي يعتمد على أساس المنصب و ليس على أساس الكفاءة و عدم توصيفه مع مؤهلات كل فرد والراجع لمركزية الأجور في الوظيف العمومي، فعدم وجود نظام مرن للأجور و المكافآت يراعي الأعباء الوظيفية و متطلبات الحياة اليومية أثر بشكل كبير على مستوى أداء العاملين.

• غياب التنظيم المحكم للوسائل المادية أدى إلى صعوبة اقتناء الأجهزة الطبية و

المواد الصيدلانية بالإضافة إلى أحكام قانون الصفقات العمومية و العراقيل

الإدارية و بالتالي نقص و ضعف التجهيزات المادية لأداء الوظائف و تقديم

الخدمة الصحية بنسبة 74%.

- إن العاملين بمستشفى عين طاية على وعي بالمشاكل الثقافية التي يعاني منها، فالمميزات

أو الخصائص الثقافية التي تميز مستشفى عين طاية لا تساعد على تحسين الخدمة

الصحية و تعيق تطويرها بنسبة 73%.

- إدراك العاملين لأهمية التغيير الثقافي و دوره في تحسين الجودة و تحفيزهم بنسبة 40%،

إلا أنهم يرونها عملية صعبة التحقيق بنسبة 43.33% في ظل المعطيات الحالية لقطاع

الصحة و ظروف العمل والتي تستوجب إرادة حقيقية لترسيخ ثقافة الجودة.

- إن نجاح التغيير الثقافي في المستشفى من وجهة نظر العاملين يعتمد في المرتبة الأولى

على تغيير الذهنيات و السلوكيات و بلورتها مع ثقافة تنظيمية سليمة تعزز قيم الجودة من

خلال تدعيم مفهوم العمل الجماعي و تحسين الاتصالات و تحسين مناخ العمل بتوفير

الظروف المناسبة التي تشجع العاملين على تقديم الأفكار الجديدة التي تعزز الجودة في

الخدمة الصحية، إلا أن هذه العملية قد تكون صعبة حسب رأي العاملين لأنها قد تعتمد

على تطويع أفكار و معتقدات أفراد تأثروا بمعتقدات المجتمع حول المرفق العام ونظرتهم

له بالإضافة إلى الثقافة الإدارية أي أسلوب تنظيم العمل و نظام الاتصال و التقييم و

الثقافة السياسية و أسلوب التربية و التعليم.

- إن تطوير الهيكل التنظيمي بتشكيل وحدات مسؤولة عن دراسة مشكلات و احتياجات

المرضى والعاملين و تفويض الصلاحيات، بالإضافة إلى تشكيل مجلس مسؤول عن

الجودة و تحسينها و التخطيط لها و تغيير المديرين الذين يوزعون المسؤوليات و يديرون أنشطة الجودة كلها عوامل تساهم في التغيير الثقافي و ترسخ القيم التي تدعم الجودة.

- إن فقدان الثقة بين الإدارة و العاملين و انعدام الحوار و المشاركة في المستشفى أدى إلى انعدام التحفيز والرغبة في تحسين الأداء بالإضافة إلى غياب خطة للجودة موجهة من الإدارة ذات أهداف واضحة تشمل جميع الوظائف مع إشراك العاملين في وضعها و تحقيقها ضمن فرق عمل تعتبر من أهم العقبات الثقافية التي تحول دون تطبيق نظام الجودة و تحسين الخدمة الصحية في مستشفى عين طاية حسب رأي العاملين و التي يجب أن تعطى الأولوية عند القيام بالتغيير، هذا بالإضافة إلى غياب الرؤية و الأهداف المشتركة و نظام التقييم ضمن الجماعة و الاتصال الفعال.

إن النتائج التي توصلنا إليها في هذا الجزء من البحث تبين لنا أن مستشفى عين طاية لا يعطي أهمية لثقافته التنظيمية المؤثرة على جودة الخدمة الصحية المقدمة و التي تظهر من خلال القيم الثقافية السائدة في المستشفى و التي ذكرناها سابقا و من أجل إنجاح التغيير نحو الجودة يجب العمل على التغيير الثقافي من خلال حصر كل العوامل الثقافية المؤثرة داخل المستشفى و تغيير المعتقدات و القيم الثقافية التي تعرقل من تحسين الخدمة الصحية بإيجاد ثقافة تسعى للجودة تقوم على رؤية تدعمها الإدارة و يتشارك في وضعها و تنفيذها العاملين من خلال تقديم الأفكار الجديدة ضمن فرق عمل يقدمون خدمة ذات جودة، و بالتالي هذا ما يثبت صحة الفرضية الثانية.

النتائج الخاصة بالفرضية الثالثة:

الفرضية الثالثة: إن تطوير و تنمية الكفاءات البشرية من خلال التدريب و التمكين

يساعد على إحداث التغيير في الخدمة العمومية

من خلال البيانات المتعلقة بهذه الفرضية و تحليلها فيما يتعلق بواقع تنمية الموارد البشرية اعتمادا على التدريب و التمكين في المستشفى و أثرها على الخدمة الصحية، كانت لنا هذه النتائج:

1. إدارة المستشفى لا تهتم بتنمية قدرات عمالها و مهاراتهم من خلال التدريب بنسبة 74%، و هذا لعدم وجود استراتيجية ذات أهداف واضحة للتدريب و حتى في تحديد الاحتياجات التدريبية فرغم الميزانية الضخمة المرصودة لتحسين ظروف المؤسسة الصحية لعين طاية إلا أن أغلب النفقات موجهة للتجهيزات على حساب تنمية المورد البشري (أنظر الملحق رقم 01)، و هذا ما أدى إلى غياب برنامج تدريبي مستمر على الجودة في أداء الوظائف بنسبة 79.5%، أما النسبة التي عبرت أن هناك برنامج تدريبي على الجودة فبعضهم ممن استفاد من تكوين مهني من أجل تحسين الجودة في العمل بالمستشفى بالمدرسة الوطنية للمناجمنت و إدارة الصحة حيث تلقوا تدريب حول إدارة الجودة.

2. إن العاملين بمستشفى عين طاية على وعي بأهمية التدريب على الجودة و أثره على الخدمة الصحية حيث يرون أنه يزيد من الرغبة في بذل مجهود أكبر لتحسين الخدمة و تحقيق الجودة بنسبة 66% و يعزز روح المشاركة و حب العمل بنسبة 30.5%، فتنمية قدرات العاملين من خلال التدريب على الجودة تزيد وتوجه مجهوداتهم نحو تحسين الأداء و بالتالي الخدمة الصحية.

3. إن تحسين أداء العاملين و بالتالي الخدمة المقدمة في المستشفى من خلال التدريب على الجودة يعمل على تشجيع العاملين و رفع مهاراتهم و زيادة خبراتهم باستمرار بنسبة 62.16% مما يرفع من قابليتهم على أداء الوظائف و الاعتماد على أنفسهم بنسبة 31.09%.

4. غياب الثقة بين الإدارة و العاملين في مستشفى عين طاية بنسبة 59.5% و التي تظهر في مركزية اتخاذ القرار هذا ما قد يحد من طموح العاملين للوصول إلى مستويات أعلى في الأداء، حيث تعتبر المشاركة في القرارات كحافز معنوي يساهم في الشعور بالرضا و الاستقرار المهني.

5. وعي العاملين في المستشفى بأهمية مشاركة رؤوسهم في وضع الأهداف و التخطيط نحو الجودة في الخدمة الصحية، و أثره على تطبيقه بشكل أفضل بنسبة 43% من خلال توظيف العاملين لقدراتهم وتحسينها بنسبة 42% مما يساهم في تحسين الأداء الفردي و الخدمة المقدمة.

6. إن عدم رضا العاملين عن نظام الحوافز و الترقية المتبع في المستشفى بنسبة 61% و الذي يعتبرونه نظام غير عادل و موضوعي لأنه يعتمد على أساس الأقدمية لا الكفاءة و التأهيل أدى إلى حرمان الكفاءات من تقلد مناصب أعلى مما قد ينعكس سلبا على أداءهم، فمعايير تقييم العمال بهدف الترقية تطبق على كافة الأعمال و النشاطات الإدارية دون التمييز بين الوظائف مما جعل الهدف من الترقية في المستشفى هو منح امتيازات و ليس تحسين الأداء و الخدمة المقدمة.

7. إن اهتمام الإدارة بتمكين العاملين و إشراكهم في العمل بالإضافة إلى تفويض الصلاحيات التي تمكنهم من الإنجاز بكفاءة و فعالية تعتبر فرصة لاكتساب مهارات جديدة في مجال

عملهم بنسبة 45.5% وتطورها و بالتالي تحسين أداء الخدمة الصحية بنسبة 43%، و هذا ناتج عن الشعور الايجابي لتحريك دافعيتهم من خلال عناصر التمكين التي تجعلهم أكثر انتماء و رضا عن العمل و الذي يساعد في عملية التغيير نحو الجودة في المستشفى.

من خلال هذه النتائج يتبين لنا أهمية التدريب على الجودة و أثره الايجابي على قدرات و مهارات العاملين و وعيهم بدوره في تحسين أداءهم و بالتالي تحسين الخدمة الصحية إلا أن عدم اهتمام الإدارة بالتدريب بعدم وضع خطة تدريبية مستمرة على الجودة يحول دون نجاح التغيير نحو إدارة الجودة.

كما تبين لنا دور التمكين في تحسين الأداء من خلال تطوير مهارات العاملين غير أن عدم اهتمام إدارة المستشفى بتمكينهم فضعف الثقة فيهم و عدم إشراكهم في اتخاذ القرار و التخطيط للجودة و تفويض الصلاحيات بالإضافة إلى عدم موضوعية نظام الحوافز و الترقية انعكس سلبا على أداءهم، و بالتالي هذا ما يثبت الفرضية الثالثة.

خلاصة الفصل:

لقد حاولنا في هذا الفصل من خلال الدراسة الميدانية التعرف على امكانية تحسين الخدمة الصحية بتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية كبديل لنظام التسيير الحالي و هذا بتوفير شروط تطبيقه من خلال ترسيخ قيم ثقافة الجودة في ذهنيات العاملين و أثرها على تحسين الخدمة الصحية إضافة إلى تدريبهم و تمكينهم.

و باستعمال الاستبيان الموجه لأفراد العينة و المتمثلة في مختلف العاملين للمستشفى و عرض و تحليل نتائجه توصلنا إلى أهمية تغيير نظام التسيير الحالي، فرغم توفير الامكانيات المالية إلا أنه يبقى شرطا غير كافي مع سوء التسيير و ضرورة التغيير نحو نظام حديث يتماشى مع المتغيرات البيئية المحيطة حيث يجب أن ترتكز عملية إصلاح المنظومة الصحية على تغيير أنظمة التسيير المتبعة لمعالجة الجوانب التنظيمية و التسييرية و التوجه نحو تطبيق الأساليب الحديثة التي تضمن المشاركة الفعالة لجميع العاملين لتحسين الخدمة الصحية بتوجيه من إدارة لها رغبة حقيقية للتغيير و التطوير تعتمد على رضا المريض، من خلال بلورة ثقافة تنظيمية تقوم على الجودة و توجه جهود الاصلاح نحو تحقيق الأهداف، إلى جانب الاهتمام بالتدريب و التمكين الذي ينعكس بالإيجاب على أداء العاملين و بالتالي على تحسين الخدمة الصحية.

خاتمة عامة

الخاتمة العامة

لقد تبين لنا من خلال دراستنا للجانب النظري أن المنظمة الخدمية العمومية في الجزائر تعرف مشاكل إدارية و تسييرية باعتبارها مرفقا عاما يتميز بالمركزية و غياب التنسيق بين المستويات الوظيفية و إهمال الوظائف الإدارية كالتخطيط و الجمود في إدخال الأساليب الحديثة للتسيير بالإضافة إلى عدم مواكبة القوانين و التشريعات للتغيرات المحيطة به و التي أدت إلى تدني مستوى الخدمات التي يقدمها، و للخروج من أزمة تسييره و سوء أدائه أوجب عليه التوجه نحو مداخل التسيير الحديثة من أجل ايجاد إدارة قوية تحركها دوافع المصلحة العامة.

تعتبر إدارة الجودة الشاملة منظومة من الأدوات التي تتكامل في تقديم وصف جديد للسلوك الذي يجب أن يسلكه كل العاملين من أجل تحقيق النجاح، من خلال التركيز على تحقيق الجودة في جميع العمليات لتحسين الإنتاجية و خفض التكاليف و تقديم خدمات ذات جودة عالية تلبي احتياجات و رغبات المستفيدين و كسب رضاهم و التي من شأنها أن تعود بالفائدة على المرفق العام و المواطن بتحسين مستوى الخدمة المقدمة و رفع الأداء بتنمية مهارات العاملين و تحفيزهم و الخروج من دائرة البيروقراطية السلبية.

إن المنهج العلمي و السليم لتطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة في المرفق العام يتطلب توفير شروط كمكونات لإدارة الخدمة من خلال تطوير العناصر البيئية للمرفق العام بشكل يسمح بالتكيف مع المتغيرات بتنمية مفاهيم جديدة في معتقدات و قيم العاملين بهدف نشر ثقافة نحو

تحسين جودة الخدمة و التبادل الداخلي بين إدارة المرفق و العاملين به في إطار البيئة التي تدعم رضا المستفيد.

من أجل اختبار فرضيات الدراسة قمنا بدراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية باعتبارها مرفقا عاما يعاني كغيره من المؤسسات العمومية الجزائرية من المشاكل التسييرية و التنظيمية رغم الميزانية المخصصة له، فمن خلال عرضنا لتطور المرفق العام الصحي تنظيمه و أدائه في الفصل الثالث من البحث تبين لنا ضعف عملية التسيير الناتجة عن اعتماد أساليب تسييرية تقليدية، فحاولنا دراسة امكانية تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة بأبعاده في حل مشاكل التسيير و أثره على تحسين الخدمة الصحية من خلال توفير شروط تبني هذا النظام من تغيير للسلوكيات و المعتقدات بإيجاد ثقافة تعزز الجودة و العمل على تأهيل المورد البشري و تنمية قدراته.

نتائج الدراسة:

من خلال دراسة شروط تحسين أداء الخدمة العمومية الصحية في المؤسسة الاستشفائية لعين طاية باعتماد نظام الجودة الشاملة توصلنا إلى:

1. تحسين الخدمة الصحية العمومية في المرفق الصحي لعين طاية مرتبطة بالنمط

التسييري المعتمد.

2. الاعتماد على مبادئ الجودة الشاملة في تسيير المستشفى من التخطيط للجودة، العمل

الجماعي، التركيز على رضا المريض و تحسين عملية الاتصال يؤدي إلى تحسين

الخدمة الصحية.

3. غياب نظام معلومات صحي في مستشفى عين طاية، هذا النظام الذي يساعد على

الاتصال الفعال و معالجة المعلومات و بالتالي يحسن الأداء الفردي الخدمة الصحية.

4. ارتباط تحسين الخدمة الصحية العمومية بالقيم الثقافية السائدة و المحددة لطريقة العمل و الأداء في المستشفى.

5. اهمال مستشفى عين طاية لأهمية تأثير الثقافة التنظيمية على مستوى أداء العاملين و الخدمة المقدمة مما أثر بالسلب على جودة الخدمة الصحية.

6. تعزيز ثقافة المستشفى بقيم ثقافية توجه سلوك العاملين نحو الجودة كالثقة المتبادلة بين الإدارة والعاملين، المشاركة في التخطيط و ثقافة العمل الجماعي من شأنها أن تحسن الخدمة الصحية.

7. تدريب العاملين يعمل على التحسين المستمر لمعارفهم و خبراتهم و بالتالي أداءهم و الخدمة الصحية المقدمة.

8. غياب استراتيجية واضحة الاهداف للتدريب و تحديد الاحتياجات التدريبية في المرفق الصحي أثر سلبا على تنمية المورد البشري و تحسين الجودة في الخدمة الصحية.

9. عدم اهتمام الإدارة بتمكين العاملين و تفويض الصلاحيات و توظيف قدراتهم في التخطيط للجودة في المستشفى يعرقل من عملية التغيير نحو الجودة في الخدمة الصحية.

التوصيات:

انطلاقا من نتائج الدراسة فيما يخص شروط تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات

العمومية وبإسقاطها على المؤسسة الصحية و سعيها إلى تحسين الخدمة العمومية خاصة الصحية

منها يمكن العمل بالتوصيات التالية:

1. ضرورة وضع استراتيجية ذات رؤية بعيدة المدى للمرفق العام تأخذ بعين الاعتبار مقتضيات التحولات الجديدة في طرق التسيير و المتغيرات البيئية.
2. تطوير الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية بتشكيل مجلس للجودة من أجل التخطيط لها و مراقبة تنفيذها.
3. تعزيز التركيز على احتياجات المستفيد من الخدمة العمومية و مدى رضاه بتشكيل نظام يوصل آراءه والمشاكل التي يواجهها و دراستها و الاستجابة لمطالبه و متابعتها.
4. نشر و تعزيز ثقافة الجودة في المرفق العام لتدعم التغيير نحو الجودة و هذا من خلال وضع خطة شاملة ومكتوبة لتوضيح الثقافة الحالية و الثقافة الجديدة، وضع دليل للجودة يبين مشروع التحسين للجودة والذي سوف يطبق، منح حوافز مادية و معنوية للأفراد الذين يسعون لتطبيق مشروع الجودة.
5. بناء قنوات اتصال فعالة داخل المرفق العام تساعد على التنسيق بين الوظائف، و ضرورة الاعتماد على نظم المعلومات الحديثة خاصة في المرفق الصحي الذي يغيب عنه بشكل تام.
6. الاهتمام بالعنصر البشري و العمل على تبني مفهوم التدريب كاستراتيجية داعمة لتطبيق الجودة الشاملة، و هذا بتعزيز دور التدريب على الجودة في تحسين الأداء لجميع المستويات الوظيفية و العمل على إعداد الخطط التدريبية وفق احتياجات العاملين و نقاط ضعفهم، و العمل على ربط التدريب بأنظمة الحوافز.
7. وضع إطار قانوني ملائم قادر على تأهيل الكفاءات و تقييمها و تحفيزها.

8. تطوير العمل الجماعي في المرفق العام خاصة المرفق الصحي و إشراك العاملين في

حل المشاكل ومناقشتها بشكل جماعي بالإضافة إلى تفويضهم و مشاركتهم في اتخاذ

القرارات.

المراجع

قائمة المراجع

الكتب:

1. أحمد الخطيب، إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات تربوية، عالم الكتاب الحديث، عمان، بدون سنة نشر.
2. أحمد سيد مصطفى، إدارة الجودة الشاملة و الأيزو 9000، دليل عملي، القاهرة، 2001.
3. أحمد ماهر، السلوك التنظيمي مدخل بناء المهارات، الدار الجامعية، الاسكندرية، 2000.
4. بستر فيلد، الرقابة على الجودة، ترجمة و مراجعة سرور علي إبراهيم سرور، المكتبة الأكاديمية، القاهرة، 1995.
5. بلال خلف السكارنة، التطوير التنظيمي و الإداري، الطبعة الأولى، دار المسيرة، عمان، 2009.
6. بهيرة الموجي، دوائر الجودة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 1995.
7. ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، عمان، 2005.
8. ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر و التوزيع، عمان، 2005.
9. جمال الدين محمد المرسى و ثابت عبد الرحمن ادريس، السلوك التنظيمي، دار الجامعة الجديدة، القاهرة 1996.
10. جمال طاهر أبو الفتوح حجازي، إدارة الإنتاج و العمليات مدخل إدارة الجودة الشاملة، مكتب القاهرة للطباعة و التصوير، القاهرة، 2002.

11. جورج ستيفن، يمرزكيرس أرنولد ترجمة حسين حسين، إدارة الجودة الشاملة: الاستراتيجيات والآليات المجربة في أكثر الشركات الناجحة اليوم، ، دار البشير، عمان، 1998. .
12. حمدي القبيلات، القانون الإداري، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، عمان، بدون سنة نشر.
13. خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، 1997.
14. خضير كاظم محمود، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الثانية، دار المسيرة، عمان، 2005.
15. خضير كاظم حمودة، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، دار الميسرة للنشر، عمان، 2000.
16. دافيد ويلسون (ترجمة تحية عمارة)، استراتيجية التغيير ، الطبعة الثانية، دار الفجر، القاهرة 1999.
17. رحيم يونس كرو العزاوي، منهج البحث العلمي، الطبعة الأولى، دار دجلة ، عمان، 2008.
18. رعد عبد الله الطائي و عيسى قداة، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري للنشر و التوزيع، عمان 2008.
19. زكي خليل مساعد، تسويق الخدمات الصحية، دار حامد للنشر ، الاردن، 1998.
20. زين الدين فريد عبد الفتاح، المنهج العلمي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العربية بدون دار نشر، القاهرة، 1999.

21. زين الدين فريد عبد الفتاح، المنهج العلمي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العربية بدون دار نشر، القاهرة، 1999.
22. عادل الشبراوي، الدليل العلمي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، الشركة العربية للإعلام العلمي شعاع، القاهرة، 1995.
23. عبد الغني بسيوني عبد الله، النظرية في القانون الإداري، منشأة المعارف، الاسكندرية، 2003.
24. عدنان مريزق، مداخل في الإدارة الصحية، الطبعة الأولى، دار الحرية، الجزائر، 2012.
25. علي السلمي، إدارة الموارد البشرية، دار غريب للنشر للطباعة و النشر، القاهرة، 1997.
26. علي السلمي، نظريات التنظيم، مركز البحوث الإدارية، القاهرة، 1976.
27. علي عباس، أساسيات علم الإدارة، الطبعة الثالثة، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان 2008.
28. علي فضل الله، إدارة الجودة الشاملة: مشروع رؤية جديدة للفكر الإداري، العبيكان للنشر الرياض، 1999.
29. عمر وصفي عقيلي، المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة (وجهة نظر)، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2001.
30. فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية الطبعة الرابعة، دار المسيرة للنشر و التوزيع عمان 2012.

31. فؤاد زكريا، ضبط الجودة وحماية المستهلك، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان، 2005.
32. قاسم نايف علوان المحيوي، إدارة الجودة الشاملة في الخدمات ، دار الشروق للنشر و التوزيع الأردن، 2006.
33. كمال حمدي أبو الخير، التنظيم وإدارة الجودة الشاملة المتواصلة، مكتبة عين شمس، القاهرة 1997.
34. مازن عبد المجيد محمد، إدارة الجودة الشاملة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 1994.
35. مأمون الدراكعة و طارق شلبي ، الجودة في المنظمات الحديثة ، دار صفاء للنشر، عمان 2002.
36. مأمون الدراكعة، إدارة الجودة الشاملة و خدمة العملاء، الطبعة الأولى، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2006.
37. محفوظ أحمد جودة، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم و تطبيقات، الطبعة الثالثة، دار وائل للنشر عمان، 2008.
38. محمد بوبقيرة، دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمات الصحية: حالة المركز الاستشفائي الجامعي بالبلدية، مذكرة ماجستير في التسويق، جامعة البلدية 2006.
39. محمد توفيق ماضي، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية في مجال الصحة و التعليم العالي، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2002،
40. محمد رسلان الجبوسي و جميلة جاد الله، الإدارة علم و تطبيق ، الطبعة الثالثة، دار الميسرة للنشر و التوزيع ، عمان، 2008.

41. محمد سليمان، تقنيات و مناهج البحث العلمي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2002.
42. محمد عبد الوهاب العزاوي، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري العلمية ، عمان 2005.
43. محمد متولي، الاتجاهات الحديثة بين خصخصة المرافق العامة بين النظرية والتطبيق، دار النهضة العربي، القاهرة، 2004.
44. محمد محمد ابراهيم، إدارة الجودة من المنظور الإداري، الدار الجامعية، الإسكندرية، بدون سنة.
45. محمد محمد إبراهيم، طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات الصحية، المجلة العلمية لكلية التجارة، جامعة أسيوط، مصر، العدد الرابع، السنة الثالثة، ديسمبر، 1983.
46. محمود سلمان العميان، السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال، الطبعة الثانية، دار وائل للنشر عمان، 2004.
47. منى مؤتمن عماد الدين، آفاق تطوير الإدارة والقيادة التربوية في البلاد العربية، مركز الكتاب الأكاديمي، الطبعة الأولى، عمان، 2006.
48. موسى اللوزي، التطوير التنظيمي: أساسيات و مفاهيم حديثة، دار وائل للنشر، عمان 1999.
49. مؤيد حسن الهاشمي، مبادئ إدارة الجودة الشاملة و أثرها في تحديد الأسبقيات التنافسية، مذكرة ماجستير، كلية الدارة و الاقتصاد، جامعة الكوفة العراق ، 2006.
50. مؤيد عبد الحسين الفضل، يوسف حجيم الطائي، إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلى المستهلك، الوراق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى عمان، 2004.

51. نجم العزاوي، جودة التدريب الإداري، دار اليازوري، الأردن، 2009.
52. نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، الطبعة الأولى، دار كتامة للكتاب، الجزائر 2008.
53. ويليامز ريتشارد، ترجمة محمد الحديدي أساسيات إدارة الجودة الشاملة، مكتبة جرير، الرياض، 2003.
54. يوسف القبلان، التدريب الإداري، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1991.

الرسائل و الأطروحات:

55. أيمن عبد الفتاح محمود الدقي، واقع إدارة الجودة الشاملة في وزارات السلطة الوطنية الفلسطينية في قطاع غزة، مذكرة ماجستير في إدارة الأعمال، الجامعة الإسلامية، غزة، 2006.
56. بغداد كمال ، النظام القانوني للمؤسسة العامة المهنية في الجزائر، مذكرة ماجستير في قانون المؤسسات ، كلية الحقوق، جامعة الجزائر 01، 2012.
57. بودراف مصطفى، التسيير المفوض و التجربة الجزائرية في مجال المياه، مذكرة ماجستير في الحقوق تخصص قانون المؤسسات، كلية الحقوق، جامعة الجزائر 1، 2011/2012.

58. بومدين يوسف، دراسة اثر إدارة الجودة الشاملة على الأداء الحالي للمؤسسات الاقتصادية -مع دراسة حالة المعمل الجزائري الجديد للمصبرات -الحاصل على شهادة الجودة العالمية ISO، رسالة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2006.
59. جاسم بن فيجان الدوسري، الثقافة التنظيمية في المنظمات الأمنية و دورها في تطبيق الجودة الشاملة، أطروحة دكتوراه في العلوم الإدارية جامعة نايف للعلوم الأمنية، الرياض، 2007.
60. حمد بن سليمان البدراني، إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في إمارة المنطقة الشرقية، مذكرة ماجستير في العلوم الإدارية، جامعة نايف للعلوم الأمنية، الرياض، 2000.
61. رفيق بن مرسل، الأساليب الحديثة للتنمية الإدارية بين حتمية التغيير و معوقات التطبيق-دراسة حالة الجزائر 2001 -2011-، مذكرة ماجستير في تنظيمات السياسية و العلاقات الدولية، جامعة مولود معمري بتيزي وزو، ديسمبر 2011.
62. رفيقة شمامي، تفعيل المورد البشري ضمن إدارة الجودة الشاملة، مذكرة ماجستير، جامعة سعد دحلب البليدة، 2006.
63. زعيم ايمان، الطرق المستحدثة لإدارة و تسيير المرافق العامة-عقد البوت نموذجاً-مذكرة ماستر في الحقوق تخصص إداري، كلية الحقوق و العلوم السياسية، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2013/2014.
64. سمر خليل ابراهيم جواة، مدى توافر مقومات تطبيق ستة سيدما في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة و دورها في تحسين جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الإدارة العليا، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال، كلية التجارة، الجامعة الإسلامية، غزة، 2011.

65. سهام شيهاني، دور ثقافة المؤسسة في الإبداع التنظيمي-دراسة حالة موبيليس-
مذكرة ماجستير في إدارة الأعمال، جامعة سعد دحلب البليدة 2008.
66. سيد حمد حاج عيسى، أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في
المستشفيات الجزائرية، رسالة دكتوراه في التسويق، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية و
علوم التسيير، جامعة الجزائر 03، 2012.
67. عبد الله محمد بريك الكثيري، مدى امكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في إدارة
الإمداد والتموين بالمديرية العامة للجوازات، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا جامعة
نايف للعلوم الأمنية.
68. عبد الواسع عبد الغني سيف قاسم المخلافي، إدارة الجودة الشاملة و دورها في
تحقيق الإصلاح الإداري، أطروحة دكتوراه في إدارة الأعمال، كلية الاقتصاد، جامعة
دمشق، 2006
69. فليسي ليندة، واقع جودة الخدمات في المنظمات و دورها في تحقيق الأداء
المتميز-دراسة كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير جامعة امحمد بوقرة
بومرداس-، مذكرة ماجستير، جامعة امحمد بوقرة بومرداس، 2012.
70. يوسف بومدين ، تأهيل المنتجات التصديرية في إطار تسيير الجودة الشاملة-
دراسة حالة NCA بالروبية، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير،
جامعة الجزائر -3-، 2001.

المجلات:

71. ابي سعيد و عبد الله الديوجي، النوعية و الجودة في الخدمات: دراسة تحليلية لآراء المرضى في عينة من المستشفيات العامة، مجلة تنمية الراقدين، جامعة الموصل، العدد 73، 2003، ص14.
72. بن عنتر عبد الرحمن، إدارة الجودة الشاملة كتوجه تنافسي في المنظمات، مجلة الباحث، عدد 06، جامعة قاصدي مرباح- ورقلة، 2008.
73. بوفلجة غياث، الإيجابية و السلبية في مواجهة المواقف المهنية (مقارنة ثقافات العمل بين جزائريين و فرنسيين)، مجلة الإداري، عدد رقم 102، مسقط، سبتمبر 2005.
74. بومدين يوسف، إدارة الجودة الشاملة و الأداء المتميز، مجلة الباحث، عدد 05، جامعة قاصدي مرباح- ورقلة 2007.
75. بومعراف إلياس و عماري عمار، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، عدد 07، جامعة قاصدي مرباح- ورقلة 2010/2009.
76. جمال أبو دولة و حمد عبي النيايدي، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في منظمات الخدمة في دولة الإمارات العربية المتحدة، أبحاث اليرموك، سلسلة العلوم الانسانية و الاجتماعية، مجلد 30، عدد 2 2003.
77. جوزيف جوران، دليل جوران إلى تصميم الجودة: تخطيط جودة المنتجات و الخدمات، مجلة خلاصات، العدد 6، 1993.
78. حمد الغدير و شفيق حداد و محفوظ جودة، جودة خدمات مكتبة أمانة عمان الكبرى بين التوقع و الإدراك (دراسة ميدانية من وجهة نظر المستفيدين)، مجلة دراسات إدارية، المجلد 38 العدد 2، عمان، جوان 2011.

79. سالم بن سعيد القحطاني، إدارة الجودة الكلية و إمكانية تطبيقها في القطاع الحكومي، مجلة الإدارة العامة، المجلد 32، عدد 78، السعودية، 1993.
80. سايحي عبد الحق و خثير محمد، محاولة لدراسة إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الاستشفائية الجزائرية، مجلة المدرسة الوطنية للإدارة، العدد: 33، الجزائر، جانفي 2007.
81. صالح سليمان رشيد، تحسين جودة الخدمة في المنشآت الحكومية بتطبيق المفاهيم التسويقية الحديثة، مجلة الإداري، العدد 114، معهد الإدارة العامة، مسقط، 2008.
82. صلاح محمود ذياب، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى و الموظفين، مجلة الجامعة الاسلامية للدراسات الاقتصادية و الادارية، المجلد العشرين العدد الأول، جانفي 2012.
83. عبد الله البريدي، هوية المنظمة: كيف ينظر الأفراد إلى منظماتهم، مجلة التدريب و التقنية عدد 97، الرياض، 2007.
84. علي الضالعين، أثر التمكين الإداري في التميز التنظيمي-دراسة ميدانية في شركة الاتصالات الأردنية-، مجلة دراسات العلوم الإدارية، المجلد 37 العدد 1، 2010
85. علي عبد القادر علي، اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعني بقضايا التنمية في الأقطار العربية، العدد الثاني والعشرون، السنة الثانية، المعهد العربي للتخطيط، الكويت أكتوبر 2003.
86. غازي علي البدائية، نظام إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية العربية: دراسة مرجعية، المجلة العلمية للاقتصاد و التجارة، جامعة عين شمس، العدد الثاني، أفريل 2011.

87. فاتح عبد القادر الحوري، تشخيص واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية، مجلة البصائر العدد الأول مجلد 12، عمان، 2008
88. قاسم نايف علوان و فتحية أبو بكر محمد، قياس و تقويم جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المتشفيات الليبية، مجلة الإداري، العدد 112، مارس 2008.
89. محمد صدام، الإدارة المعتمدة على القيم، مجلة الإداري، عدد 97، مسقط، جوان 2004.
90. منشور مركز الخبرات المهنية للإدارة، ندوة إدارة الجودة الشاملة و المواصفات الدولية، المعهد الوطني للعلوم الإدارية، صنعاء، 1997.
91. منصور علي أحمد البطاني و عبد الله عبد الله السنفي، مدى إدراك القيادات الإدارية في البنوك التجارية لمفهوم و أهمية إدارة الجودة الشاملة- دراسة ميدانية على عينة من قيادات البنوك التجارية في الجمهورية اليمنية، مجلة الإداري، العدد 101، معهد الإدارة العامة، مسقط، 2005
92. موسى توفيق المدهون، نموذج مقترح لتمكين العاملين في المنشآت الخاصة كأداة لإدارة الجودة الشاملة، مجلة جامعة الملك عبد العزيز: الاقتصاد و الإدارة، مجلد 13 عدد 4، 1999.
93. ناجي معلا، قياس جودة الخدمات المصرفية، مجلة العلوم الإدارية، المجلد 25، عدد 02، جوان 1998.

المؤتمرات:

94. بلعجور حسن، ثقافة المؤسسة و أثرها على الأداء العام للمؤسسة، مداخلة ضمن الملتقى الدولي الأول حول التسيير في المؤسسة الاقتصادية، جامعة محمد بوضياف بالمسيلة، 2005.
95. ثلجة نوال جغلوف، نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المرافق العامة، حالة الإدارة الضريبية، الملتقى الدولي حول إدارة الجودة في قطاع الخدمات، مخبر المغرب الكبير / جامعة منتوري قسنطينة 2011.
96. حوري زهية، قياس جودة الخدمات و القياس المقارن، ورقة بحثية في إطار الملتقى الدولي حول إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات، جامعة منتوري -قسنطينة، 2011.
97. خبازي فاطمة الزهراء، التدريب لجودة التعليم العالي في الدول العربية -الواقع و الطموح- الملتقى الدولي حول إدارة الجودة في قطاع الخدمات، مخبر المغرب الكبير/ جامعة منتوري قسنطينة، 2011.
98. سملالي يحضيه، إدارة الجودة الشاملة مدخل لتطوير الميزة التنافسية للمؤسسة الاقتصادية، ورقة عمل مقدمة إلى الملتقى الوطني حول المؤسسة الاقتصادية الجزائرية و تحديات المناخ الاقتصادي الجديد ورقلة، 2003.
99. علي عبد الله، التحولات و ثقافة المؤسسة، مداخلة ضمن الملتقى الوطني الأول حول الاقتصاد الجزائري في الألفية الثانية، البليدة، 2002.
100. عياش قويدر، مدخل إدارة الجودة الشاملة، كمحدد للأداء المتميز في المنظمات، المؤتمر العلمي الدولي حول الأداء المتميز للمنظمات والحكومات، جامعة ورقلة، 2005.

- 101.** فريزة أحمد السبيعي و آخرون، القيادة التربوية للمدرسة في ظل مفاهيم الجودة الشاملة، ورقة عمل مقدمة إلى اللقاء التربوي الثاني عشر، الإدارة العامة لتعليم البنات، المملكة العربية السعودية، 2008.
- 102.** قاسم نايف علوان المحياوي و فتحية ابو بكر ادريس، استخدام الفجوات لقياس جودة الخدمات الصحية، مؤتمر الجودة الشاملة- التطبيقية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الاردن.
- 103.** محمد الصالح قريشي، إدارة الجودة الشاملة و تحدي المورد البشري في قطاع التعليم العالي، مداخلة ضمن المؤتمر الدولي حول إدارة الجودة الشاملة في قطاع الخدمات، جامعة منتوري-قسنطينة، 2011.
- 104.** محمد عبد الوهاب العزاوي، الجودة (المفهوم، الأهمية، المواصفات، الأنظمة، الأدلة)، المؤتمر العربي الأول حول إدارة الجودة، الشارقة، أبريل 2008.
- 105.** مصطفى العشوي، الخليفة الثقافية للقيادة في المؤسسة الاقتصادية، مداخلة ضمن الملتقى الدولي المنعقد بالجزائر حول الثقافة و التسيير الجزائر، نوفمبر 1992.
- 106.** معين أمين السيد و دندن صالح، مكانة ثقافة الجودة في عصر العولمة، المؤتمر العلمي الدولي حول علمة الإدارة في عصر المعرفة، جامعة الجنان، طرابلس-لبنان، 15-17 ديسمبر 2012.
- 107.** موسى اللوزي، إدارة الجودة الشاملة، المؤتمر العربي السنوي الخامس في الإدارة (الإبداع و التجديد: دور المدير العربي في الإبداع و التميز)، شرم الشيخ، 27-29 نوفمبر 2004.

المراسيم :

- 108.** المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى من عام 1428 الموافق لـ 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، الجريدة الرسمية، عدد 33، بتاريخ 20/05/2007
- 109.** المرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، الجريدة الرسمية، العدد 81، الصادرة بـ 10 شعبان 1418 هـ الموافق لـ 10 ديسمبر 1997.
- 110.** المرسوم التنفيذي رقم 97-466، المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، الجريدة الرسمية، العدد 81، الصادرة بـ 10 شعبان 1418 هـ الموافق لـ 10 ديسمبر 1997.
- 111.** المرسوم التنفيذي رقم 97-467، المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، الجريدة الرسمية، العدد 81، الصادرة بـ 10 شعبان 1418 هـ الموافق لـ 10 ديسمبر 1997.
- 112.** الجريدة الرسمية، العدد 16 الصادرة بتاريخ 17 شوال 1416 هـ الموافق لـ 06 مارس 1996م،

المراجع الالكترونية:

- 113.** احصائيات البنك الدولي حول الجزائر من خلال الموقع <http://perspective.usherbrooke.ca>، تاريخ التصفح 24/02/2016
- 114.** خولة عبد الحميد محمد و آخرون، أثر استراتيجيات إدارة الموارد البشرية في تنفيذ إدارة الجودة الشاملة -دراسة تطبيقية في معمل الاسمنت السدة- متاح على الموقع www.iasj.net/iasj?func=fulltext&ald=64350 تاريخ التصفح 10/11/2013

115. صفاء محمد هادي الجزائري و آخرون، قياس و تقييم جودة الخدمات الصحية -

دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام البصرة، متاح على الموقع

www.iasj.net/iasj?func=fulltext&ald=48931 تاريخ التصفح 2013/10/20،

116. الطائي و آخرون، إدارة الجودة الشاملة في التعليم الجامعي، مجلة الغري للعلوم

الاقتصادية و الادارية، المجلد رقم 1 العدد 3، 2005، متاح على الموقع [www.al-](http://www.al-ghari.com)

ghari.com تاريخ التصفح 2010/10/12

117. عمار بوضياف، النشاط الإداري، متاح على الموقع [www.ao-](http://www.ao-academy.org/docs/alnashatt_aledari_1610009.doc)

academy.org/docs/alnashatt_aledari_1610009.doc ، تاريخ التصفح

2015/03/15،

118. عماري عمار، بعض الملاحظات عن واقع الإدارة العمومية في الجزائر و سبل

إصلاحها للاندماج ايجابيا في الحركة العالمية، متاح على الموقع

www.sarambite.com. تاريخ التصفح 2014/04/05

119. مازن ليلو راضي، القانزن الإداري، منشورات الأكاديمية العربية للدانمارك ،

2008، متاح على الموقع [http://www.bibliotdroit.com/2015/12/blog-](http://www.bibliotdroit.com/2015/12/blog-post_66.html)

[post_66.html](http://www.bibliotdroit.com/2015/12/blog-post_66.html) تاريخ التصفح 2015/03/15،

120. ماهو النظام الصحي، متاح على الموقع

<http://www.who.int/features/qa/28/ar/index.html> ، تاريخ التصفح

2012/12/25

121. محمد الطراونة، الجودة الشاملة في الشركات الصناعية الأردنية -دراسة ميدانية-

الدليل الالكتروني للقانون العربي، 1996، متاح على الموقع www.arablawninfo.com

تاريخ التصفح 2010/10/11.

122. محمد بن عمر بن سالم، منهج البحث العلمي و كتابته، متاح على الموقع

www.pdfactory.com . تاريخ التصفح 2015/02/24.

المراجع باللغة الأجنبية:

الكتب:

123. B.Monteil,M.Perigord,G.Raveleau :les outils des cercles et de l'amélioration de la qualité, les éditions d'organisations, Paris,1985.

124. Bernard Froman et Christophe Gourdon, Dictionnaire de la qualité ,Afnor , Paris , 2003 .

125. C. Philip. La qualité c'est gratuit, Economica, paris,1996.

126. D.Beaupre et M.Nadeau :la qualité dans les entreprises de service, les presses interuniversitaires, québec, et les 2 continents, Casablanca,1995.

127. E.DELAVALLEE, la culture d'entreprise pour manager autrement, Edition d'Organisation, Paris, 2002.

128. Fronard Bernard, Du manuel qualité au manuel management, AFNOR, Paris, 2001.

129. Hanan BENTALEB, La qualité de service des systèmes, doctorat spécialité informatique, l'université paul SABATIER, 1998.
130. John P.KOTTER et James L.HESKETT, culture et performance, édition d'Organisation, Paris, 1993.
131. KOTLER .P et DUBOIS.B, le marketing management, Edition publio UNION, PARIS, 1997.
132. MAURICE THEVENET, Audit de la culture d'entreprise, édition d'Organisation, Paris, 1986.
133. Probst. G et autre, organisation et management, édition d'organisation, Paris, 1995.
134. Yvon pesqueux, qualité et management, Economica ,paris,2008.

المقالات و المواقع الالكترونية:

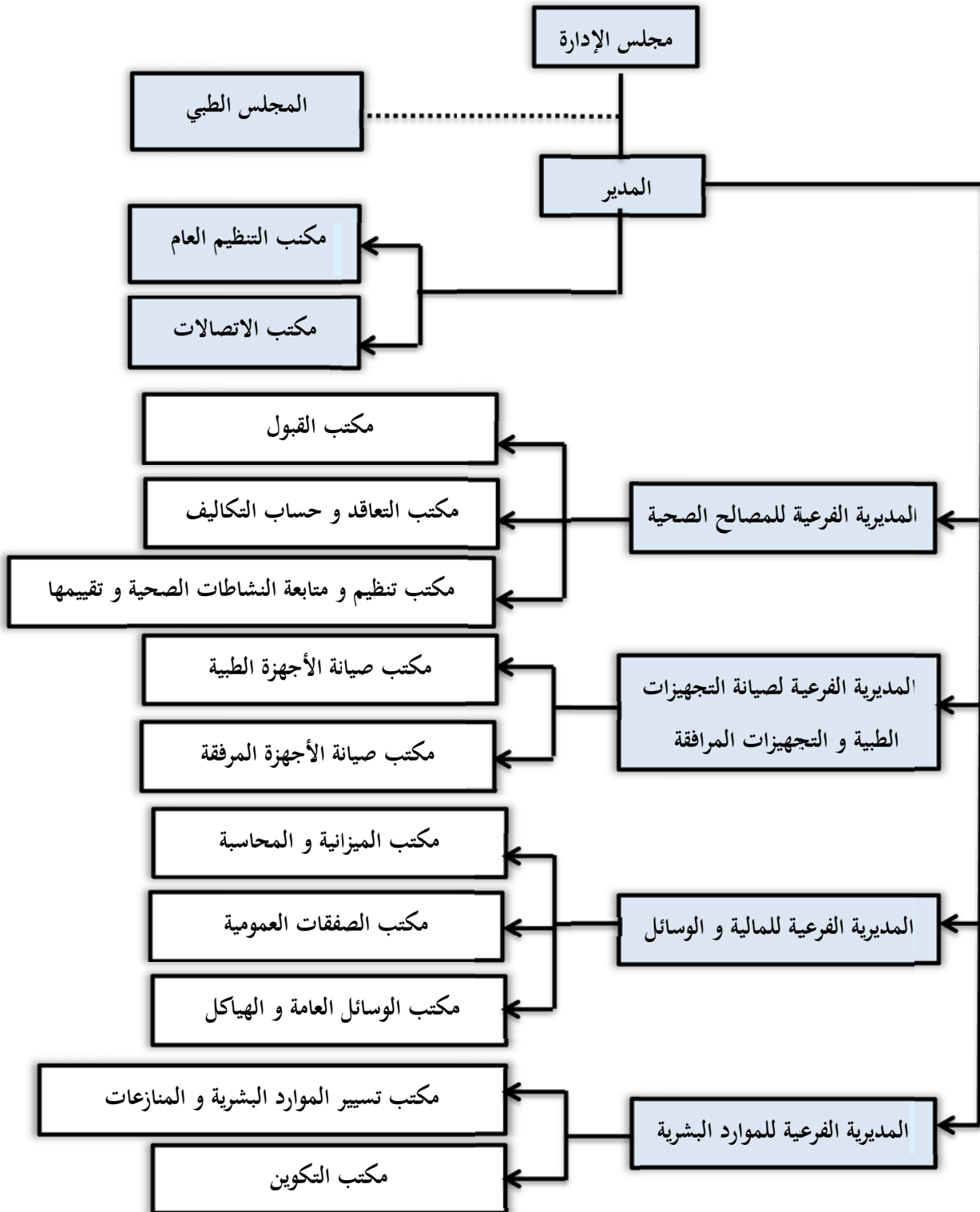
135. Dépenses Nationales en Santé Algérie
136. MOHEMMED Abdelmoumene et autres, les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Les notes IPIMED,N°13, 2012.
137. Ministère de la Santé et de la Population. Séminaire sur le développement d'un système national de santé. L'expérience algérienne. Impression Journal l'Unité. Alger, 7-8 avril 1983

[Http/www.who.int/entity/nha/country/dza-f.pdf](http://www.who.int/entity/nha/country/dza-f.pdf), 24/11/2014.

- 138.** [Durand](#). C, culture d'entreprise, [Culture d'entreprise.htm](#), 12/12/2010

الملاحق

الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية



المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى من عام 1428 الموافق لـ 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، الجريدة الرسمية، عدد 33، بتاريخ 20/05/2007، ص 10

ميزانية المؤسسة العمومية لعين طاية في السنتين 2009 و 2010.

السنوات							
2010				2009			
الميزانية				الميزانية			
النفقات		الإيرادات		النفقات		الإيرادات	
306 000 000,00	1-الموظفين	527 890 000 ,00	1-مساهمة الدولة	285 000 000,00	1-الموظفين	466 540 000 ,00	1-مساهمة الدولة
46 680 000,00	2-التكوين	100 000 000,00	2-مساهمة صندوق	41 000 000,00	2-التكوين	100 000 000,00	2-مساهمة صندوق
26 770 000,00	3-التغذية		الضمان الاجتماعي	26 000 000,00	3-التغذية		الضمان الاجتماعي
110 000 000,00	4-الأدوية	3 000 000 ,00	3-إيرادات أخرى متعلقة	90 000 000,00	4-الأدوية	3 000 000 ,00	3-إيرادات أخرى متعلقة
20 640 000,00	5-الوقاية		بنشاط المؤسسة	8 000 000,00	5-الوقاية		بنشاط المؤسسة
30 000 000,00	6-العتاد الطبي			30 000 000,00	6-العتاد الطبي		
30 000 000,00	7-صيانة المياكل الصحية.			35 000 000,00	7-صيانة المياكل الصحية.		
55 000 000,00	8-نفقات للتسيير			51 000 000,00	8-نفقات للتسيير		
5 800 000,00	9-الخدمات الاجتماعية			3 540 000,00	9-الخدمات الاجتماعية		
-	10- البحث الطبي			-	10- البحث الطبي		
630 890 000 ,00	المجموع	630 890 000 ,00	المجموع	569 540 000 ,00	المجموع	569 540 000 ,00	المجموع

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على وثائق من المستشفى

ميزانية المؤسسة العمومية لعين طاية في السنتين 2011 و 2012.

السنوات							
2012				2011			
الميزانية				الميزانية			
النفقات		الإيرادات		النفقات		الإيرادات	
700 000 000,00	1-الموظفين	923 300 000 ,00	1-مساهمة الدولة	806 000 000,00	1-الموظفين	1 142 458 000 ,00	1-مساهمة الدولة
170 000 000,00	2-التكوين	100 000 000,00	2-مساهمة صندوق	172 000 000,00	2-التكوين	100 000 000,00	2-مساهمة صندوق
25 000 000,00	3-التغذية		الضمان الاجتماعي	25 000 000,00	3-التغذية		الضمان الاجتماعي
69 000 000,00	4-الأدوية	3 000 000 ,00	3-ايرادات أخرى متعلقة	118 000 000,00	4-الأدوية	3 000 000 ,00	3-ايرادات أخرى متعلقة
6 500 000,00	5-الوقاية		بنشاط المؤسسة	13 000 000,00	5-الوقاية		بنشاط المؤسسة
30 000 000,00	6-العتاد الطبي	30 000 000,00	4-ايرادات أخرى	30 000 000,00	6-العتاد الطبي		
20 000 000,00	7-صيانة الهياكل الصحية.			25 000 000,00	7-صيانة الهياكل الصحية.		
54 000 000,00	8-نفقات للتسيير			50 000 000,00	8-نفقات للتسيير		
6 800 000,00	9-الخدمات الاجتماعية			6 400 000,00	9-الخدمات الاجتماعية		
-	10- البحث الطبي			-	10- البحث الطبي		
1 081 300 000 ,00	المجموع	1 081 300 000 ,00	المجموع	1 245 458 000 ,00	المجموع	1 245 458 000 ,00	المجموع

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على وثائق من المستشفى

ميزانية المؤسسة العمومية لعين طاية للسنة 2013.

2013			
الميزانية			
النفقات		الإيرادات	
742 000 000,00	1-الموظفين	1 033 366 000 ,00	1-مساهمة الدولة
157 366 000,00	2-التكوين	100 000 000,00	2-مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي
27 000 000,00	3-التغذية		3-إيرادات أخرى متعلقة بنشاط المؤسسة
90 000 000,00	4-الأدوية	4 000 000 ,00	
5 000 000,00	5-الوقاية		
34 000 000,00	6-العتاد الطبي		
20 000 000,00	7-صيانة الهياكل الصحية.		
60 000 000,00	8-نفقات للتسيير		
12 000 000,00	9-الخدمات الاجتماعية		
-	10- البحث الطبي		
1 137 366 000 ,00	المجموع	1 137 366 000 ,00	المجموع

المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على وثائق من المستشفى

استبيان: دراسة شروط جودة الخدمات بالمنظمات العمومية

الأستاذة: شيهاني سهام

أستاذة مساعدة بجامعة الجزائر 3

sihemchihani@live.fr

الأخ الكريم، الأخت الكريمة

تحية طيبة و بعد

في إطار التحضير لرسالة الدكتوراه فرع: إدارة الأعمال، بعنوان محاولة دراسة شروط جودة الخدمات بالمنظمات العمومية-دراسة حالة المؤسسة الصحية لعين طاية-، أتقدم إلى سيادتكم باستمارتي (الاستبيان) هذه المرتبطة بالموضوع أعلاه. يرجى التكرم بالإجابة على الأسئلة التالية بتمعن بوضع إشارة (X) في الخانة التي تتفق مع رأيك كمساعدة منكم على إنجاح الدراسة. علما بأن إجاباتكم ستعامل بشكل سري و لغايات و أغراض البحث العلمي فقط و ستوضع نتائج الدراسة تحت تصرفاتكم في أي وقت، شاكرة سلفا جهودكم و حسن تعاونكم.

I- بيانات عامة حول المبحوثين

الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى				
السن: ☐ أقل من 25 سنة ☐ 25-35 سنة ☐ 35-45 سنة ☐ 45-55 سنة ☐ أكثر من 55 سنة				
الوظيفة: ☐ طبيب مختص ☐ طبيب عام ☐ طبيب أسود ☐ صيدلي ☐ عامل شبه طبي ☐ إداري				
تقني				
الأقدمية: ☐ أقل من 5 سنوات ☐ من 5-10 سنوات ☐ أكثر من 10 سنوات				

II-نظام التسيير بالمستشفى و أهمية تطبيق الجودة

الشاملة

1. هل ترى بأن الإجراءات الحالية في تسيير

المستشفى مناسبة لتحقيق الأنشطة المسطرة؟

نعم ☐ لا ☐

2. إذا كانت الإجابة بنعم هل ترى بأن التنظيم الحالي

يتميز بالمرونة لمواكبة التغيرات؟

نعم ☐ لا ☐

3. ماذا تعني بالنسبة إليك جودة الخدمة الصحية في

المستشفى؟

.....
.....
.....
.....

4. هل أنت راض عن أداء المستشفى وعن جودة

الخدمة التي تقدم في المستشفى؟

نعم ☐ لا ☐

5. هل ترى بأن تطبيق نظام تسيير يعتمد على الجودة

من شأنه أن يحسن الخدمة المقدمة؟

نعم ☐ لا ☐

6. ماذا تتوقع من تطبيق نظام تسيير يعتمد على

الجودة في المستشفى؟

- ☐ تأدية المهام أصبحت أكثر سهولة
- ☐ تأدية المهام بشكل معقد
- ☐ لا يتغير أداء المستشفى
- ☐ زيادة في المسؤوليات.

.....
..

7. برأيكم وجود رؤيا وأهداف من قبل إدارة

المستشفى لتحسين الجودة من شأنه أن؟

- ☐ يعمل على التحسين المستمر في تقديم الخدمة للمريض
- ☐ يشجع العاملين على تحسين أدائهم.
- ☐ لا يغير من أداء الخدمة
-

8. كيف ترون العمل ضمن فرق عمل؟

- ☐ يساعد على حل مشكلات العمل
- ☐ يساعد على تنفيذ أهداف المستشفى
- ☐ يعيق الأداء الفردي
-

9. حسب رأيكم، هل التركيز على رضا المريض

يساعد على تحسين الخدمة الصحية؟

نعم ☐ بعض الشيء ☐ لا ☐

10. إذا كانت الإجابة بنعم أو بعض الشيء كيف ترون

العمل على تحقيق رضا المريض؟

- ☐ من خلال دراسة حاجات ومستوى رضا المريض
- ☐ متابعة شكاوى المرضى وتقديم الحلول لها
- ☐ توفير نظام يسهل وصول آراء المرضى.
-

.....

11. برأيكم توفير نظام معلومات صحي في المستشفى

من شأنه أن؟

- ☐ يساعدكم على تحسين أدائكم
- ☐ يعمل على الإتصال الفعال مع زملائكم.
- ☐ يوفر لكم المعلومات في الوقت المناسب.
-

III- الخصائص الثقافية و أثر التغيير الثقافي في تحقيق

الجودة الشاملة

12. هل برأيكم هناك برنامج للتغيير نحو الجودة

يوضح جوانب التغيير في المستشفى؟

نعم ☐ ربما ☐ لا أدري ☐ لا ☐

13. إذا كانت الإجابة بنعم هل تم إشراكك في وضع

هذه الخطة لتحسين الخدمة الصحية؟

نعم ☐ لا ☐

14. هل يوجد دليل للجودة يبين خطوات مشروع

تحسين الخدمة؟

نعم ☐ لا ☐

15. هل يقدم لكم المعلومات اللازمة حول عمليات

التحسين المستمر وأداء الوظائف؟

دائماً ☐ بشكل دوري ☐ نادراً ☐

16. هل تعمل أنت وزملائك كفريق من أجل تحسين

الخدمة؟

دائماً ☐ أحياناً ☐ أبداً ☐

17. هل تسود الثقة المتبادلة بينك وبين زملائك في

العمل؟

نعم ☐ بعض الشيء ☐ لا ☐

18. كيف ترون جو العمل في المستشفى؟

• يسوده التعاون والمساعدة بين زملاء العمل لتحسين الخدمة

الصحية ☐

• تسوده الصراعات وعدم الارتياح في أداء العمل ☐

• ☐

.....

19. هل الأجر المقدم لكم يعكس مجمل الأنشطة

والمجهودات المقدمة؟

نعم ☐ لا ☐

20. برأيكم هل تعمل إدارة المستشفى على توفير

جميع التجهيزات والمعدات الطبية والظروف

لأداء الأعمال بالجودة المطلوبة؟

نعم ☐ لا ☐

21. إذا كانت الإجابة بنعم فهل هذا ؟

• يحفزكم على تحسين الأداء ☐

• يجعلكم على استعداد لتقديم مجهود أكبر لتحسين

الخدمة ☐

•

22. هل ترون أن ثقافة المؤسسة السائدة في

المستشفى تساعد على تحقيق الجودة في

الخدمة؟

نعم ☐ لا ☐

23. إذا كانت الإجابة بـ لا فكيف ترون عملية التغيير

الثقافي ؟

• قد يحفز على تحسين الجودة ☐

• عملية صعبة التحقيق في المستشفى ☐

• لا تؤثر على جودة الخدمة المقدمة ☐

•

.....

24. من أجل انجاح التغيير الثقافي نحو الجودة هل

يمكن ترتيب هذه العناصر حسب الأهمية ؟

• تغيير الذهنيات و السلوكيات ☐

• تغيير المديرين ☐

• تشكيل مجلس قيادة للجودة ☐

• تطوير الهيكل التنظيمي ☐

IV- أثر التدريب و التمكين في تحسين جودة الخدمة

في المستشفى

27. هل هناك برنامج تدريبي مستمر على الجودة في

المستشفى ؟

نعم 0 لا 0

28. هل يتم إعداد برنامج تدريب العاملين في

المستشفى على مهارات تقديم الخدمة؟

نعم 0 لا 0

29. برأيكم كيف يؤثر التدريب على الجودة ؟

- 0 • يعزز روح المشاركة و حب العمل
- 0 • يزيد من الرغبة في بذل مجهود أكبر لتحقيق جودة الخدمة؟
- 0 • يعزز الشعور بالتعاون داخل المستشفى
- 0 •

30. برأيكم، من خلال التدريب على الجودة يصبح:

- 0 • مهامي أكثر تعقيدا؟
- 0 • أعتمد على نفسي في العمل و لست بحاجة إلى المسؤول الأعلى؟
- 0 • اكتسبت مهارات جديدة؟
- 0 •

31. برأيكم ، هل تثق إدارة المستشفى في العاملين؟

نعم 0 لا 0

32. إذا كانت الإجابة بنعم، هل تبرر إدارة المستشفى

هذه الثقة بمنح العاملين القدرة على اتخاذ القرار

و حل المشاكل ضمن نظام إدارة الجودة ؟

نعم 0 لا 0

25. هل يمكن ترتيب هذه العناصر حسب صعوبة

التغيير:

- 0 • تغيير الذهنات و السلوكيات
- 0 • تغيير المديرين
- 0 • تشكيل مجلس قيادة للجودة
- 0 • تطوير الهيكل التنظيمي

26. برأيكم ماهي أهم العقبات الثقافية التي تحول دون

تطبيق نظام تسيير يعتمد على الجودة ؟ قم بترتيب

هذه العناصر حسب الأهمية:

- 0 • غياب الثقة المتبادلة بين العاملين و الإدارة
- 0 • غياب الرؤية و الأهداف المشتركة
- 0 • غياب المشاركة و العمل الجماعي
- 0 • غياب خطة للجودة موجهة من الإدارة
- 0 • غياب نظام تقييم لقدرات العامل ضمن الجماعة
- 0 • غياب الاتصال

33. برأيكم، هل مشاركة العاملين الإدارة في وضع

الأهداف و التخطيط للجودة يساعد على :

- تطبيق أفضل لمخطط الجودة؟
 - يحسن من الأداء الفردي و الخدمة و المقدمة؟
 - توظيف أفضل للمقدرات و تحسينها؟
-
-

34. هل نظام الحوافز و الترقية المتبع في المستشفى

يعمل على:

- دفعك نحو تحقيق أهداف الجودة؟ 0
- نظام غير عادل و غير موضوعي؟ 0
-
-

35. برأیکم، کیف ترون أثر تمکین العاملين علی

مهاراتهم في المستشفى؟

- زيادة و تطوير في مهارات العاملين في أداء الخدمة
- فرصة لاكتساب أشياء جديدة في مجال العمل
- لا تغير في قدرات العاملين في أداء الخدمة

36. برأيكم ماهي الشروط الواجب توفيرها في

المستشفى للوصول إلى جودة الخدمة؟ قم

بترتيب هذه العناصر حسب الأهمية :

- الرغبة في تغيير الأساليب التقليدية في التسيير
- التغيير الثقافي نحو الجودة في المستشفى.
- تدريب و تمكين و تحفيز العاملين.
- توفير الامكانيات المالية و البشرية المناسبة
- دعم الإدارة للتغيير
- وجود نظام اتصال فعال

37. برأيكم ماهي العقبات التي تحول دون الجودة في

الخدمة الطبية بالمستشفى؟

- كفاءة الموارد البشرية للمستشفى
- الثقافة السائدة في المستشفى.
- عدم الرغبة بالتغيير و الاقتصر على أساليب العمل التقليدية.
- عدم توفر الامكانيات البشرية و المالية.
- إدارة التدريب بالمستشفى
-
-

38. هل هناك اقتراحات أخرى تودون إضافتها حول

تحسين الخدمة الصحية؟

Questionnaire :**Etude sur la qualité de service dans les organismes publics de santé**

Etudiante : Sihem CHIHANI

sihemchihani@live.fr**Madame, Monsieur**

Dans le but de finaliser une thèse de Doctorat sur le thème de « La qualité de service dans les organismes publics de santé », ce questionnaire vous est destiné. Pour chaque réponse pour laquelle vous êtes d'accord, veuillez mettre le signe « X » dans la case appropriée. Vos réponses resteront confidentielles et ne feront l'objet de que d'un traitement statistique pour les besoins de cette thèse. A votre convenance, vous serez destinataires d'une copie des résultats de cette étude dans le cas où ceci vous intéresserait.

I- Informations sur le répondant**Genre :** Masculin ☐ Féminin ☐**Age :** moins de 25 ans ☐ 25-35 ans ☐ 35-45 ans ☐ 45-55 ans ☐ plus de 55 ans ☐**Profession :**

- Médecin Spécialiste ☐ médecin généraliste ☐ Dentiste ☐ Pharmacien ☐
- Paramédical ☐
- administratif ☐ technicien ☐

Ancienneté :

- Moins de 5 ans ☐ De 5 à 10 ans ☐ Plus de 10 ans ☐

II. système de gestion dans l'hôpital et importance de l'application du principe de la « qualité totale »

1. Est-ce que vous pensez que les dispositions prises actuellement dans la gestion de l'hôpital sont suffisantes pour réaliser les activités planifiées ?

• Oui ☐ Non ☐

2. Si la réponse est « Oui », est ce que vous pensez que l'organisation actuelle dispose d'une flexibilité pour faire face aux changements ?

• Oui ☐ Non ☐

3. Qu'est-ce que signifie pour votre personne la notion de « qualité de service dans un hôpital » ?

.....

4. Est-ce que vous êtes satisfait sur les prestations données à l'hôpital et leur qualité ?

• Oui ☐ Non ☐

5. Est-ce que vous pensez que l'application d'un système de gestion qui s'appuie sur la qualité pourrait améliorer la qualité de service rendu à l'hôpital ?

• Oui ☐ Non ☐

6. Qu'est-ce que vous attendez de l'application d'un système de gestion qui s'appuie sur la qualité dans un hôpital ?

- Les tâches seront plus faciles à exécuter ☐
- Les tâches seront plus difficiles à accomplir ☐
- Aucun changement ☐
- Augmentation des responsabilités ☐

•

7. Du fait que l'administration de l'hôpital a une volonté d'améliorer la qualité de service, ceci va :

- Pousser à améliorer la qualité de service rendu au malade ? ☐
- Pousse les travailleurs à améliorer leur rendement ☐
- ☐

8. Comment vous voyez le travail en équipe ?

- Aide à résoudre les problèmes ☐
- Aide à atteindre les objectifs ☐
- Entrave le travail individuel ☐
- ☐

9. A votre avis, le souci de satisfaire le malade aide-t-il à améliorer la qualité de service rendu ?

- Oui ☐
- Un peu ☐
- Non ☐

10. Si la réponse est « Oui » ou « Un peu », alors comment vous voyez la manière d'atteindre la satisfaction du malade ?

- A travers l'étude des besoins du malade ☐
- Suivre les requêtes des malades et les solutionner ☐
- Mettre en place un système pour faire parvenir les requêtes des malades aux gestionnaires ☐
- ☐

11. A votre avis, mettre en place un système d'information dans l'hôpital, ceci va :

- Vous aider à améliorer votre rendement ☐
- Facilite la communication entre collègues ☐
- Vous permet d'avoir l'information à temps ☐
- ☐

III. Impact du changement culturel pour atteindre la qualité totale

12. Est-ce qu'il existe, au sein de l'hôpital, un système de changement vers la qualité ?

- Oui ☐
- Peut être ☐
- Je ne sais pas ☐
- Non ☐

13. Si la réponse est « Oui », est-ce que vous avez été associé à la mise en place de ce système ?

- Oui ☐ Non ☐

14. Est-ce qu'il existe un guide de procédure pour améliorer la qualité ?

- Oui ☐ Non ☐

15. Est-ce que vous recevez les informations nécessaires sur le déroulement du processus d'amélioration de la qualité à l'hôpital ?

- Toujours ☐
- Périodique ☐
- Rarement ☐

16. Est-ce que vous travaillez avec vos collègues dans le cadre d'une équipe pour améliorer la qualité ?

- Toujours ☐
- Souvent ☐
- Jamais ☐

17. Est-ce qu'il règne un climat de confiance entre votre personne et vos collègues ?

- Oui ☐
- Un peu ☐
- Non ☐

18. Comment vous voyez le climat de travail au sein de l'hôpital ?

- Une atmosphère d'entraide ☐

- Une atmosphère de conflits et de non satisfaction ☐

•

19. Est-ce que le salaire que vous recevez reflète les efforts que vous fournissez ?

- Oui ☐ Non ☐

20. Est-ce que à votre avis, l'administration de l'hôpital vous fournit tous les équipements et les moyens nécessaires pour accomplir votre tâche ?

- Oui ☐ Non ☐

21. Si la réponse est « oui », est-ce que cela :

- Vous pousse à améliorer votre travail ☐
- Vous pousse à fournir plus d'efforts ☐
- ☐

22. Est-ce que l'état d'esprit qui règne actuellement à l'hôpital permettrait d'atteindre une qualité de service totale ?

- Oui ☐ Non ☐

23. Si la réponse est « Non », alors comment vous voyez l'opération de changement culturel au niveau de l'hôpital :

- Peut inciter à améliorer la qualité ☐
- Difficile à réaliser dans l'hôpital ☐
- Aucun impact sur la qualité de service rendu ☐
- ☐

24. Pour faire réussir le changement culturel vers la qualité, est-il possible d'ordonner les propositions suivantes :

- Changement dans les mentalités et les comportements ☐
- Changement dans les directeurs ☐
- Constitution d'un conseil de direction de la qualité ☐
- Améliorer l'organigramme ☐
- ☐

25. Est-il possible d'ordonner les éléments suivants selon la difficulté de les changer :

- Changement dans les mentalités et les comportements ☐
- Changement dans les directeurs ☐
- Constitution d'un conseil de direction de la qualité ☐
- Améliorer l'organigramme ☐

26. A votre avis, quels sont les principaux obstacles culturels qui empêchent d'appliquer un système de qualité totale ?
(classer par ordre d'importance)

- Absence de la confiance réciproque entre les travailleurs et l'administration ☐
- Absence d'une vision et de buts communs ☐
- Absence d'une participation et d'un travail collectif ☐
- Absence d'un plan de mise en place de la qualité ☐
- Absence d'un système d'évaluation des compétences ☐
- Absence de la communication ☐

IV. effet de la formation dans l'amélioration de la qualité

27. Est-ce qu'il existe un programme de formation au niveau de l'hôpital pour améliorer la qualité ?

- Oui ☐ Non ☐

28. Est-ce qu'il est envisagé de mettre en place un système d'amélioration des compétences au sein de l'hôpital ?

- Oui ☐ Non ☐

29. A votre avis, le programme de formation influe sur la qualité à travers :

- Améliore l'estime du travail et la participation ☐
- Donne envie de fournir plus d'efforts ☐
- Renforce le sentiment de coopération et d'entraide ☐
- ☐

30. A votre avis, à travers le programme de formation sur la qualité :

- Mes missions seront plus compliquées ☐
- Je compte plus sur ma personne et non sur mon responsable ☐
- Acquérir plus de compétences ☐
- ☐

31. A votre avis, l'administration fait elle confiance aux travailleurs

- Oui ☐ Non ☐

32. Si la réponse est « oui » , est-ce que l'administration fournit les justificatifs ?

- Oui ☐ Non ☐

33. A votre avis , la participation des travailleurs au côté de l'administration pour définir les buts et les moyens d'un plan qualité :

- Permettra une meilleure application du plan ☐

- Améliore le rendement individuel ☐
- Une meilleure utilisation des compétences ☐
-

34. Est-ce que le système des récompenses et de promotion au sein de l'hôpital :

- Vous pousse à atteindre vos objectifs ☐
- C'est un système injuste ☐
-

35. A votre avis, comment vous voyez l'amélioration des compétences des travailleurs ?

- Améliorer la compétence pour atteindre la qualité ☐
- Une occasion pour découvrir des choses nouvelles dans le travail ☐
- Aucun changement dans les compétences ☐
-

36. A votre avis , quelles sont les conditions pour atteindre la qualité ? (classer par ordre d'importance)

- Le souhait de changer les méthodes traditionnelles dans la gestion ☐
- Le changement culturel vers la qualité ☐
- Former et susciter l'engouement des travailleurs ☐
- Fournir les moyens humains et financiers ☐
- Le soutien de l'administration pour le changement ☐
- Existence d'un système de communication efficace ☐

37. A votre avis , quels sont les obstacles qui empêchent d'atteindre la qualité dans un hôpital ?

- La compétence de la ressource humaine ☐
- La culture dominante à l'hôpital ☐
- La non volonté dans le changement ☐
- Non disponibilité des moyens financiers et humains ☐
- L'inefficacité du système de formation dans l'hôpital ☐
-

38. Est-ce que vous avez des suggestions supplémentaires sur le sujet ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

الملخص باللغة الأجنبية

Résumé :

Le développement du service public et le dépassement des obstacles qui empêchent les réalisations de ce service public est devenu une nécessité vitale, la spécificité des organismes publics qui ont en charge la réalisation de ces services publics les enjoint à assurer la disponibilité, la continuité et le suivi de ce service public. Ces organismes malgré que pour certains d'entre eux ont un caractère commercial néanmoins le service public qu'ils fournissent présente une dimension sociale, la fourniture de ce service avec les conditions et la qualité requises ne peut se faire que si cet organisme se dote d'une structure de management de la qualité totale, cette structure facilitera la fourniture de ce service avec des procédures simples et efficaces.

Le but recherché par cette thèse est de discuter et de proposer un cadre de management permettant la fourniture d'un service publique avec les prérequis du management de la qualité totale dans le secteur de la santé publique algérienne.

Cet organisme est l'établissement de santé publique de **ain taya**, l'étude a été réalisée sur la base d'un questionnaire qui a été distribué à un ensemble du personnel de cet établissement. l'échantillon a été choisi pour assurer la représentativité de ce personnel ainsi que de pouvoir répondre à la problématique de cette étude.

L'étude a montré la supériorité de ce management de la qualité totale par rapport au système de gestion ancien, l'étude a aussi montré qu'il faut

mettre d'abord en place un climat de travail compatible avec la culture du management de la qualité totale.

mots clés :

qualité de service - management de la qualité totale - formation et recyclage - les organisations publics – les établissements de santé.