

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة البليدة 2

كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير

قسم علوم التسيير

تحديث تسيير المؤسسات الاستشفائية العمومية

وعلاقته بجودة الخدمات الصحية

- دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك -

أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في علوم التسيير

تخصص: إدارة أعمال

إشراف الدكتور:

سائي عبد الحق

إعداد الطالبة:

قبة فاطمة

السنة الجامعية: 2015/2016

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة البليدة 2
كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير
قسم علوم التسيير

تحديث تسيير المؤسسات الاستشفائية العمومية
وعلاقته بجودة الخدمات الصحية

- دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك -

أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في علوم التسيير

تخصص: إدارة أعمال

إعداد الطالبة:

قبة فاطمة

أمام اللجنة المشكلة من:

رئيسا	جامعة البليدة 2	أستاذ	بن حمودة فطيمة
مشرفا ومقررا	المدرسة الوطنية للإدارة	أستاذ	سائحي عبد الحق
عضوا مناقشا	المدرسة العليا للتجارة	أستاذ	كشاد رابح
عضوا مناقشا	جامعة المديّة	أستاذ	يرقي حسين
عضوا مناقشا	جامعة البليدة 2	أستاذ محاضر أ	شويح محمد
عضوا مناقشا	جامعة البليدة 2	أستاذ محاضر أ	يدو محمد

السنة الجامعية: 2016/2015

الإهداء

الحمد لله فائق الحب والنوى وجاعل الليل والنهار

ثم الصلاة والسلام على سيدنا محمد المختار

الحمد لله الذي وفقنا لإتمام هذا العمل ولم نكن لنصل لولا فضل الله علينا، أما بعد

من دواعي الفخر والإعتزاز أهدي هذا العمل المتواضع إلى:

التي أعطت ولم تدخر إلى التي جادت ولم تبخل، التي عانت ولم تيأس إلى سر الوجدان

إلى منبع العطف و الحنان، أُمي الغالية

إلى من علمني معنى الكفاح وكان قوتي في الحياة و الذي يفني عمره من أجل تربيتي

وتعليمي، أبي العزيز

إلى كل إخوتي وأخواتي الأعزاء وإلى جميع أبنائهم كئبرا وصغيرا

إلى من تعجز كلماتي أن تخط له شكري وتقديري وإحترامي، زوجي المصون

إلى بسمة اليوم وأمل الغد، إبنني محمد

الشكر والتقدير

الحمد لله رب العالمين... حمدا كثيرا يليق بجلاله وكماله وسلطانه وعونه وإحسانه،
فاطر السموات والأرض، والصلاة والسلام على سيدنا محمد خاتم النبيين،
ألهمة الله الحكمة وفصل الخطاب، وأنزل الله عليه الكتاب، وهداه إلى الصواب،
صلى الله عليه وسلم وعلى آله وصحبه الغر الميامين وعلى جميع النبيين والمرسلين إلى يوم الدين
يطيب لي أن أتقدم بخالص الشكر وعظيم الامتنان والتقدير لأستاذي الفاضل الدكتور عبد الحق
سائحي على تفضله بالإشراف على هذه الأطروحة وعلى ما قدمه من الدعم والإرشادات المنهجية
والتوجيهات والملاحظات العلمية القيمة

كما أتقدم بخالص الشكر إلى الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة لتكرمهم بقبول مناقشة هذه
الأطروحة كما أشكر كل من له فضل الدعم والمساندة والتشجيع لإكمال هذه الدراسة

إلى كل من صاحب فصدق، إلى كل من نصح فأخلص،

إلى من أدركت معهم معاني الوفاء والإخلاص والتضحية . . . صديقاتي . . .

ايمان، صبرينة، قسمية، نوال، حياة، زينب

إلى كل من يذكرهم قلبي ونسيهم قلبي

ملخص

إن المؤسسات الصحية من أهم المرافق الحيوية التي تعتمد عليها الدولة لتحقيق سياستها الاجتماعية في مجال الخدمات الصحية، ونظرا لتمييز نشاطاتها بالطابع الإنساني والأخلاقي والاجتماعي، أصبح من الضروري البحث عن سبل للإرتقاء بها إلى مستوى التحديات التي تفرضها الحاجة العامة التي تتزايد باستمرار من جهة وضرورة التكيف مع التحولات الاقتصادية والتكنولوجية، وهذا لا يتم إلا من خلال إحداث تغيير أساسي وجوهري في تسيير أنظمتها، حيث يكون التغيير بالإستثمار في تكوين الإطارات المسيرة لخلق ديناميكية جديدة يمكن من خلالها ترسيخ ثقافة تسيير حقيقية لدفع المسير إلى البحث عن فعالية المؤسسة الإستشفائية بإستعمال أمثل للموارد البشرية وترقيتها وتسيير إستراتيجي للقدرات وتجنيدها لتحقيق جودة في خدماتها الصحية.

لقد جاءت هذه الدراسة كمحاولة لتوضيح العلاقة بين عصرنة تسيير المؤسسات الاستشفائية العمومية وجودة الخدمات الصحية، وذلك من خلال توزيع نوعين من الاستثمارات، الأولى موجهة الى مسيري المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك، و الثانية موجهة الى المستفيدين من الخدمات الصحية، وقد تم تحليل بياناتها باستخدام أساليب الإحصاء الوصفي والتحليل نسخة 20.

لقد أبرزت هذه الدراسة من خلال التحليل الإحصائي ومعاملات الارتباط أن نظام التسيير المعتمد في المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك لا يتصف بمميزات الحداثة، وتوصلنا إلى نتيجة مفادها وجود علاقة بين جودة الخدمات الصحية ونظام التسيير المعتمد، حيث كلما تميز نظام التسيير بالعصرنة كلما كان لذلك أثر إيجابي على جودة الخدمة الصحية.

الكلمات المفتاحية

تسيير المؤسسات، تحديث التسيير، المؤسسات الاستشفائية، الخدمات الصحية، جودة الخدمة الصحية.

قائمة المحتويات

الموضوع	رقم الصفحة
الإهداء	
الشكر والتقدير	
الملخص	
قائمة المحتويات	
قائمة الجداول	
قائمة الأشكال	
مقدمة عامة.....	19
الفصل الأول: التطور التنظيمي والتسييري للمؤسسات	
تمهيد.....	33
1.1 النظريات الكلاسيكية.....	34
1.1.1 تايلور والإدارة العلمية.....	34
2.1.1 هنري فيول والعملية الإدارية.....	38
3.1.1 ماكس فيبر والإدارة البيروقراطية.....	44

50	 2.1 نظريات التنظيم المعدلة
51	 1.2.1 المدرسة السلوكية
54	 2.2.1 مدرسة النظام الاجتماعي
60	 3.2.1 مدرسة النظم
68	 3.1 النظريات الحديثة
68	 1.3.1 نظرية الإدارة بالأهداف
78	 2.3.1 الإدارة بالتجـ وال
84	 3.3.1 نظرية إعادة هندسة نظم العمل
104	 خلاصة الفصل

الفصل الثاني: عصرنة تسيير المؤسسات الاستشفائية العمومية وأثره على جودة الخدمات الصحية

106	 تمهيد
107	 1.2 ماهية جودة الخدمات الصحية
107	 1.1.2 تعريف جودة الخدمة
113	 2.1.2 مفهوم الخدمات الصحية
124	 3.1.2 جودة الخدمات الصحية

135	2.2 المؤسسات الاستشفائية.....
135	1.2.2 طبيعة المؤسسات الاستشفائية.....
147	2.2.2 الخصائص.....ص
151	3.2.2 وظائف المؤسسات الاستشفائية وتصنيفاتها.....
162	3.2 دور عصنة تسيير المؤسسات الاستشفائية على جودة الخدمات الصحية..
162	1.3.2 تحديث تسيير المؤسسات الاستشفائية.....
170	2.3.2 تقويم خدمات المؤسسات الاستشفائية الحديثة.....
175	3.3.2 أثر تحديث التسيير على الخدمات الصحية.....
183	خلاصة الفصل.....
	الفصل الثالث: المحددات التنظيمية والتسييرية للمؤسسة الاستشفائية
	العمومية الجزائرية
185	تمهيد.....
186	1.3 التنظيم الإداري للمؤسسات الإستشفائية العمومية الجزائرية.....
186	1.1.3 تطور النظام الصحي.....
194	2.1.3 تنظيم الهياكل الصحية.....
204	3.1.3 الطبيعة القانونية.....

207	 2.3 تقديم مؤشرات الصحة العمومية
207	 1.2.3 تطور الموارد البشرية الصحية
211	 2.2.3 تطور الهياكل المادية والموارد المالية
216	 3.2.3 مصادر تمويل نفقة الصحة العمومية
220	 3.3 عصنة تسيير المؤسسة الصحية بالجزائر
220	 1.3.3 إستراتيجية إصلاح المنظومة الصحية
228	 2.3.3 تنظيم المؤسسات الصحية ومستوى جودة الخدمة
234	 3.3.3 النهج التعاقدي كآلية لتحديث التسيير
259	 خلاصة الفصل

الفصل الرابع: دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك

261	 تمهيد
262	 1.4 المناهج والتقنيات المتبعة
262	 1.1.4 الإطار المنهجي
266	 2.1.4 نموذج ومجتمع الدراسة
269	 3.1.4 أسلوب جمع البيانات وأدوات التحليل الإحصائي
278	 2.4 المعالجة الإحصائية للدراسة
278	 1.2.4 دراسة الخصائص الديمغرافية للمسيرين

282	 2.2.4 دراسة الخصائص الديمغرافية للمستفيدين
288	 3.2.4 التصفية والمصادقة على سلاليم القياس
294	 3.4 اختبار وتحليل فرضيات الدراسة
294	 1.3.4 التحليل الاحصائي لمميزات نظام التسيير
303	 2.3.4 تحليل أبعاد جودة الخدمة الصحية
318	 3.3.4 تحليل ومناقشة نتائج اختبار الفرضيات
331	 خلاصة الفصل
332	 خاتمة عامة
338	 قائمة المراجع
349	 قائمة الملاحق
374	 الملخص باللغة الأجنبية

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
	الفصل الأول	
55	مقارنة بين نظرية (X) ونظرية (Y)	1
	الفصل الرابع	
274	المتوسطات الحسابية والاتجاه الموافق لها	2
277	مستويات قبول ألفا كرونباخ	3
278	توزيع عينة المسيرين حسب الجنس	4
279	توزيع عينة المسيرين حسب السن	5
280	توزيع عينة المسيرين حسب الأقدمية	6
281	توزيع عينة المسيرين حسب الوظيفة	7
283	توزيع عينة المستفيدين حسب الجنس	8
284	توزيع عينة المستفيدين حسب السن	9
285	توزيع عينة المستفيدين حسب طبيعة المرض	10

286	توزيع عينة المستفيدين حسب طبيعة الزيارة	11
287	توزيع عينة المستفيدين حسب المصلحة	12
288	اختبار Bartlett ومؤشر K-M-O لسلم نظام التسيير البيروقراطي	13
289	نتائج قياس سلم نظام التسيير البيروقراطي	14
290	اختبار Bartlett ومؤشر K-M-O لسلم نظام التسيير المعتمد	15
291	نتائج قياس سلم نظام التسيير المعتمد	16
292	اختبار Bartlett ومؤشر K-M-O لسلم نظام التسيير الحديث	17
293	نتائج قياس سلم نظام التسيير الحديث	18
294	تحليل مميزات النظام البيروقراطي	19
297	مميزات النظام المعتمد	20
300	مميزات النظام الحديث	21
303	قياس بعد الاعتمادية	22
306	قياس بعد الاستجابة	23
309	قياس بعد الأمان	24

312	قياس بعد التعاطف	25
316	قياس بعد الملموسية	26
319	نظام التسيير المعتمد في المؤسسة الاستشفائية العمومية يتصف بمميزات نظام التسيير الحديث	27
320	التحليل الوصفي لمميزات نظام التسيير المعتمد	28
321	التحليل الوصفي لأبعاد جودة الخدمات الصحية	29
326	تحليل نظام التسيير الحديث	30
329	تحليل نظام التسيير البيروقراطي	31

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل

الفصل الأول

66	ديناميكية النظام	1
67	نموذج التغذية المرتدة	2
81	مؤسسة الإدارة بالتجوال	3
83	الأهداف الرئيسية للإدارة بالتجوال	4
95	المنهج العلمي للهندرة	5
101	المنهج العلمي للاقتداء بالنماذج	6

الفصل الثاني

109	مربع الجودة	7
138	التنظيم المصفوف	8

الفصل الثالث

208	تطور المستخدمين الطبيين	9

209	تطور المستخدمين شبه الطبيين	10
211	تطور المستخدمين التقنيين والإداريين وعمال الخدمات	11
212	تطور معدل المواليد والوفيات خلال الفترة 2005 - 2013	12
214	نسب الإنفاق الإجمالي	13
219	مصادر تمويل النفقة الوطنية للصحة خلال الفترة 2006-2010	14

الفصل الرابع

267	نموذج تفسيري للدراسة	15
269	توزيع عينة الدراسة	16
271	محاور الاستبيان الموجه للمسيرين	17
272	محاور الاستبيان الموجه للمستفيدين	18
272	عدد الاستثمارات الموزعة	19
278	توزيع عينة المسيرين حسب الجنس بالنسب	20
279	توزيع عينة المسيرين حسب السن بالنسب	21
280	توزيع عينة المسيرين حسب الأقدمية بالنسب	22
281	توزيع عينة المسيرين حسب الوظيفة بالنسب	23

283	توزيع عينة المستفيدين حسب الجنس بالنسب	24
284	توزيع عينة المستفيدين حسب السن بالنسب	25
285	توزيع عينة المستفيدين حسب طبيعة المرض بالنسب	26
286	توزيع عينة المستفيدين حسب طبيعة الزيارة بالنسب	27
287	توزيع عينة المستفيدين حسب المصلحة بالنسب	28

مقدمة عامة

مقدمة عامة:

إن للتطور العلمي في مجال التسيير الذي يعرفه العالم حالياً في ظل نظام دولي جديد من جهة وتكتلات إقتصادية من جهة أخرى، انعكاسات تفرض إعادة بناء الدول من خلال تطوير أساليب عمل ونشاط المؤسسات في بيئة الأعمال والسعي المتواصل لتحسين المستويات المعيشية لمواطنيها، وذلك من أجل تحقيق معدلات نمو متزايدة عن طريق وضع الخطط والبرامج والسياسات، كما وتبذل لأجل ضمان نجاح خطط التنمية الاقتصادية جهود كبيرة في سبيل توفير ما تحتاجه هذه العملية من أموال ومعدات وتكنولوجيا متطورة ضمن مجال التسيير مع تحصين هذا البناء لتكون قادرة على الإرتقاء بأدائها.

تقوم المؤسسة بأعمال وأنشطة لتحقيق أهداف معينة، ويتم ذلك من خلال قيام مجموعة من الأفراد التابعين لها وهم المستخدمون بأدوار مختلفة لإنجاز تلك الأهداف، ويتعاون هؤلاء المستخدمون في استعمال الموارد المتاحة بالمؤسسة للوصول إلى أهدافها، فإن نجاح عمليات هذه المؤسسة تتوقف على الفكر الإداري وعلى القدرات والأساليب والإبداعات الإدارية التي يمارسها المسؤولون، فتطور تسيير المؤسسات هو بالواقع تطور للنظريات التي نادى روادها وانعكاس فعلي لأحداث ومعطيات تاريخية واجهتها المؤسسات منذ بداية ظهورها.

لذا يعتبر نجاح أي مؤسسة واستمراريتها من أجل الوصول إلى أعلى مستوى من الأداء وأفضل نوعية من الخدمات من الأهداف الأساسية التي تسعى أي مؤسسة إلى تحقيقها وحينما يتعلق الأمر بمؤسسة خدماتية وبصفة خاصة صحية منها، فإن تقديم أفضل الخدمات يصبح أكثر حتمية، لذا يعتبر محور جودة الخدمات الصحية أحد الإهتمامات الحديثة.

فمعظم دول العالم تشهد في هذه الألفية مرحلة إنتقالية قادتها إلى حركة إصلاحات على جميع المستويات، وهي حتمية فرضها واقع يتفاعل ويستجيب للمعطيات والمستجدات المحيطة به، ولمواكبة هذه الحتمية وبلوغ الأهداف المسطرة في دفع عجلة التنمية التي لن تتأتى إلا بتحقيق توازن مستوى ديناميكية النظام الداخلي والخارجي للبلاد، فالجزائر كغيرها من الدول سارعت لوضع وتطوير استراتيجياتها لتعزيز مكانتها خارجيا، أما داخليا فقد إنتهجت سياسة جديدة لتجديد وإعادة تفعيل مختلف الأنظمة والمؤسسات وخاصة منها المؤسسات الاستشفائية، وذلك راجع لثقل أنشطة المؤسسات الخدمية ضمن هيكل الأنشطة الاقتصادية على المستوى القومي، حيث أننا نجد أن هذه المسؤولية المتنامية للقطاع الصحي يجعله بحاجة إلى دراسة للإستخدام الأمثل لمداخل وأساليب إدارية ناجحة من أجل تحقق الأهداف المرجوة .

ولعل الخدمات الصحية هي واحدة من أبرز الخدمات التي لا يمكن للإنسان الإستغناء عنها ويرجع ذلك للأهمية البالغة لهاته الخدمات في حياة الانسان والأفراد، إذ تتبع هذه الأهمية من العلاقة الوثيقة بين الصحة والتنمية، فالتنمية معادلة دقيقة أهم مدخلاتها الطاقات البشرية التي إذا أحسن توظيفها ستدفع بوتيرة التنمية لبلوغ أهدافها وتحقيق التغيير المطلوب، هذا الأخير بدوره ينقل المجتمع من العيش في فضاء المرض والأوبئة إلى فضاء الصحة.

إن الصحة من أهم القطاعات التي تستهدفها التنمية، فهي من جهة أخرى من أهم ركائز التنمية وغايتها، فالمستوى الصحي للأفراد يعد أحد الأهداف الأساسية إن لم يكن أهمها للتنمية البشرية، لاسيما بعد أن أقرت المجموعة الدولية الإعلان العالمي لحقوق الإنسان سنة 1948م والذي أصبحت بموجبه الصحة حقا لجميع الأفراد، ولتجسيد هذا الإعلان ميدانيا تسعى الحكومات جاهدة إلى توفير الخدمات الصحية الضرورية وتحسينها، ومن هنا ومن أجل تحقيق نجاح هذا المسعى تقتضي

الضرورة القيام بتحديث تسيير المؤسسات الاستشفائية من خلال إدخال الطرق التسييرية الحديثة وتطبيق المناهج التي تساعد على ترقية الخدمات الصحية إلى مستوى أفضل .

إذا لو نظرنا إلى تسيير المؤسسة الصحية في الجزائر وخاصة المؤسسة الاستشفائية نجد أنه كان ينظر إليها في البداية على أنها المكان المختص بتقديم نوعية واحدة فقط من الخدمات ألا وهي الخدمات العلاجية، ثم إتسع نطاق هذا المفهوم لكي يضم إلى جانب الخدمات العلاجية كل من الخدمات الوقائية، التعليمية والتدريبية وبعد ذلك تم الاهتمام بالخدمات البحثية وذلك لما يترتب عليها من نتائج يمكن الاستفادة منها في تطوير كفاءة نظم العمل ورفع مستوى الخدمات الصحية التي يتلقاها المستفيدين إضافة إلى الخدمات الاجتماعية، الخدمات الترفيهية، الخدمات الهندسية، الاحصائية التأهيل المهني والإرشاد والتثقيف الصحي، إذا هذا التطور في بروز المؤسسة الاستشفائية يجعل منها صورة صادقة ومعبرة عن المجتمع.

إشكالية الدراسة:

استنادا إلى ما سبق، ولما أصبح إدماج التقنيات الحديثة للتسيير العلمي عاملا رئيسيا لفعالية المؤسسات الصحية العمومية، تتبلور إشكالية بحثنا فيمايلي :

هل لتحديث التسيير علاقة مع جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الإستشفائية العمومية

الجزائرية ؟

من خلال الإشكالية الرئيسية تتفرع الأسئلة التالية :

- هل أنظمة التسيير المعتمدة في المؤسسات الاستشفائية العمومية تعكس النظام الحديث ؟
- ما مدى تأثير نظام التسيير المطبق في المؤسسات الاستشفائية العمومية على جودة الخدمات الصحية؟

- ما مدى تأثير تقنيات التسيير الحديثة على جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية العمومية ؟

- ما هي مواصفات نظام التسيير المطبق في المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية ؟

الفرضيات :

من أجل التسلسل المنهجي إرتأينا الإعتماد على الفرضيات التالية :

- نظام التسيير المعتمد في المؤسسة الاستشفائية العمومية يتصف بمميزات نظام التسيير الحديث؛

- نظام التسيير المطبق في المؤسسة الاستشفائية العمومية يؤثر على جودة الخدمة الصحية؛
- جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية العمومية مرتبطة بمدى حداثة نظام التسيير؛

- النمط التنظيمي والتسييري ذو الطابع البيروقراطي للمؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية يؤثر على جودة الخدمات الصحية؛

أهمية الموضوع :

تكمن أهمية هذه الدراسة في إجراء تحليل لموضوع يدخل ضمن سياق محاولة الدولة الجزائرية في القيام بالإصلاح الاستشفائي، وهو عصنة تسيير المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية وعلاقته بجودة الخدمات الصحية، أي كيفية تطبيق الأساليب الحديثة للتسيير بالمؤسسة الاستشفائية العمومية وكيف يؤثر هذا التحديث على الخدمات الصحية، حيث أن موضوع تحديث التسيير أصبح ضرورة ملحة لكي تتكيف المؤسسة الاستشفائية العمومية مع المتغيرات التقنية، العلمية، التشريعية والاقتصادية الحديثة من جهة، وتحسين كفاءة الجهات الإدارية وفعاليتها من جهة أخرى، الأمر الذي يؤدي بصورة حتمية الى الانعكاس على جودة الخدمات الصحية، ويكتسب هذا البحث أهمية نظرا لـ:

1- حساسية الهياكل الصحية عامة والمؤسسة الاستشفائية خاصة في تطوير نظم الخدمة الصحية؛

2- توضيح سبل تمكين الإدارة الجزائرية بشكل عام والمؤسسات الاستشفائية العمومية بشكل خاص من استغلال الاتجاهات الحديثة في التسيير لتحسين الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين، وتحسين الأوضاع التنافسية للمؤسسات، ولتمكينها من إحداث تطور مستمر في الجودة والتركيز على خدمة الزبون وسرعة الوصول إليه؛

أهداف الدراسة:

سنحاول من خلال هذا البحث تحقيق جملة من الأهداف، نلخص أهمها في النقاط التالية:

- إعطاء صورة واضحة عن آليات التسيير المعتمدة في المؤسسات الاستشفائية؛
- تقديم واقع الخدمات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية؛
- الكشف عن العلاقة بين حداثة التسيير في المؤسسات الاستشفائية وجودة الخدمات الصحية .

- عرض أوجه القصور في النظام الصحي بالجزائر كخطوة أولى ، ثم محاولة الوصول للأسباب التي تحول دون تطبيق الإصلاحات في تسيير المؤسسات الاستشفائية الجزائرية كخطوة ثانية؛

- اعطاء صورة عن أهم طرق التسيير الحديثة المعتمدة وبالتالي عرض ما يتناسب وطبيعة المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية للوصول إلى تحقيق الأهداف المرجوة.

حدود الدراسة:

بهدف التحكم في الموضوع ومعالجة الإشكالية محل الدراسة، قمنا بوضع حدود وأبعاد للدراسة تمثلت أساسا فيما يلي:

1. **الحدود المكانية:** من أجل الاسقاط النظري على أرض الواقع حاولنا القيام بدراسة حالة على المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية، وباعتبار أن هذه الأخيرة تنظم وتسير وفق مرسوم موحد وتتميز بهيكل تنظيمي واحد ومميزات موحدة، إرتأينا أخذ وحدة نموذجية وتمثلت في المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك كنموذج للقيام بدراسة الحالة؛

2. **الحدود الزمانية:** تمثلت الفترة التي قمنا في خلالها بالدراسة التطبيقية في الفترة الممتدة من ديسمبر 2014 إلى غاية سبتمبر 2015؛

مبررات إختيار الموضوع

يمكن تقسيم أسباب إختيار هذا الموضوع إلى سببين رئيسيين هما:

1. سبب موضوعي :

- أهمية المؤسسات الصحية بالنسبة للمجتمع ولما لها من تأثير على العنصر البشري، والذي يعتبر أساس التنمية الاقتصادية والمحرك الأساسي لعملية الإنتاج؛
- مشاريع الإصلاحات في القطاع الصحي الجزائري المختلفة التي أثارت اهتمام الكثير من المختصين؛
- المؤشرات الصحية في الجزائر والتي تنذر بوجود مشاكل يجب أخذها بعين الاعتبار؛

2. سبب ذاتي :

- الرغبة في فهم و تحليل العلاقة الموجودة بين عصنة التسير وجودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية بصفة عامة والمؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية بصفة خاصة؛
- الرغبة في إستكشاف الآليات الحديثة للتسير التي يمكن تطبيقها على المؤسسات الصحية؛
- تعتبر أهمية المؤسسة الاستشفائية الجزائرية في التنمية الدافع للقيام بالدراسة التطبيقية على مستوى المؤسسات الاستشفائية العمومية؛

المنهجية المعتمدة

تدرج هذه الدراسة في سياق إدارة الأعمال بصورة عامة، وتسير المستشفيات بصورة خاصة وتم إعتداد إطار نظري مناسب للموضوع بحيث تم معالجته في سياقه العملي كما أن الموضوع يمتد بين فروع عديدة من العلوم الإنسانية خاصة القانون، إدارة الأعمال، لكننا سنحصر الدراسة العلمية على الإطار النظري المتعلق بنظرية التنظيم ومختلف نظريات المرفق العمومي الإداري وخاصة الخدماتي وكذلك نظريات التسير والمناجمنت .

لقد تم الإعتداد على المنهج الوصفي التحليلي، وهو منهج أساسي لأنه يتماشى وطبيعة الموضوع ويهدف إلى التحليل والتفسير بشكل عملي منظم، ويتم بوصف الظاهرة وتحليل نتائجها وتفسير

الأسباب من أجل الوصول إلى حقائق وأغراض علمية محددة بالإضافة إلى أدوات البحث المستعملة على مستوى الدراسة الميدانية كالملاحظة، المقابلة المباشرة والإستمارة، ولغرض تحليل النتائج من الدراسة التطبيقية بواسطة استمارة استبيان لجمع البيانات الأولية والوقوف على أبرز المؤشرات، وقد مر استخدام هذا المنهج بمرحلتين:

1. **المرحلة الأولى:** القيام بالمسح البيبليوغرافي من خلال الاطلاع على ما تحتويه مختلف المكتبات الجزائرية من مراجع لها علاقة بالموضوع، إضافة إلى العديد من مكتبات الدول الأجنبية، كما تم استخدام الانترنت؛

2. **المرحلة الثانية:** تمثلت في استخدام طريقة المسح بالعينة لتشخيص المشكلة ووصفها موضوعيا من خلال القياس الكمي لاتجاهات المستخدمين (أطباء، شبه طبيين، اداريين) وآراء المستفيدين في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة لتحديث التسيير وأثره على جودة الخدمات الصحية، حيث يوفر هذا المنهج دراسة آراء واتجاهات أعداد كبيرة من الأفراد تخدم أهداف البحث والاجابة على تساؤل الدراسة واختبار فرضياتها وتحقيق المصادقية على متغيراتها.

الدراسات السابقة:

سوف نحاول تقديم أهم الدراسات التي إهتمت بدراسة المواضيع المرتبطة بالدراسة التي نحن بصدد القيام بها:

1. دراسة **خثير محمد** "المداخل الحديثة في التطوير الاداري وإمكانية تطبيقها في قطاع الصحة- دراسة حالة إعادة هندسة نظم العمل والجودة الشاملة في المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، المدرسة العليا للتجارة، سنة 2010، تكمن أهمية هذه الدراسة في إجراء تحليل لموضوع هام، وهو من المداخل الحديثة في

التطوير الإداري وإمكانية تطبيقها في القطاع الصحي الجزائري، أي كيفية تطبيق أحد الأساليب الإدارية الحديثة بالمؤسسة الإستشفائية العمومية الجزائرية، والذي أصبح ضرورة ملحة لكي تتكيف المؤسسة الاستشفائية الجزائرية مع المتغيرات التقنية، العلمية، التشريعية والاقتصادية الحديثة من جهة، وتحسين كفاءات الجهات الإدارية وفعاليتها من جهة أخرى، ومن خلال الدراسة التي قام بها الباحث وصل الى التزام واقتناع الإدارة العليا للوزارة الوصية والمؤسسات الاستشفائية بضرورة التغيير للقضاء على المشاكل التشغيلية والتنظيمية التي تعاني منها هذه المؤسسات، وذلك بتطبيق نظام إدارة الجودة الاستشفائية.

2. دراسة سنوسي علي "تسيير الخدمات الصحية في ظل الاصلاحات الاقتصادية في الجزائر

آفاق 2010"، قدمت لغرض الحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر 3، للسنة الجامعية 2009/2010م، إهتم الباحث بمعالجة موضوع يكتسي أهمية بالغة لأنه يعالج مشاكل القطاع الصحي في الجزائر، حيث يعمل هذا القطاع على ضمان السلامة الصحية للمواطنين بما يمكن من المحافظة على القوى العاملة في المجتمع، وذلك أن الفرد هو محور إهتمام الخدمة الصحية، أولا لاعتبارات إنسانية وثانيا لأنه المحور الرئيسي لعملية التنمية وخاصة في الدول المتخلفة ذات الامكانيات المادية المحدودة، والتي يمثل الفرد فيها ثروتها الرئيسية، لذا حاول الباحث تحديد المشاكل والمعوقات التي حالت دون تحقيق الاهداف المسطرة، ذلك في ظل الانتقادات الموجهة الى المنظومة الصحية في الجزائر لعجزها وعدم قدرتها على مواجهة الطلب المتزايد على خدماتها مما أدى إلى عدم رضى المواطنين على مستوى نوعية الخدمات التي يحصلون عليها، وقد خرجت هذه الدراسة ببعض النتائج أهمها، الحاجة إلى المزيد من التنسيق والتكامل بين الجهات الصحية ذات العلاقة بالخدمات الصحية عن طريق وضع سياسة صحية شاملة وتوزيع الخدمات الصحية وفقا للحاجة الفعلية ومبدأ

عدالة التوزيع، كما لابد من توفير بدائل مناسبة لتمويل الخدمات الصحية بواسطة التركيز على تأمين صحي تعاوني شامل، بالإضافة إلى أن عملية الإصلاح لابد أن تكون شاملة لا تقتصر على القطاع الصحي العمومي بل تتعدى إلى القطاع الصحي الخاص والتنسيق والتكامل في هذا الصدد أساس التغيير الناجح.

3. دراسة عدمان مريزق " واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحة العمومية-دراسة حالة

المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة-"، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر للسنة الجامعية 2007/2008، تتبع أهمية الموضوع لما لها من تأثير على العنصر البشري والذي يعتبر اساس التنمية الاقتصادية والمحرك الاساسي لعملية الانتاج بالإضافة إلى المؤشرات الصحية التي كانت تنذر بوجود مشاكل يجب الالتفات إليها، لذا قام الباحث بطرح إشكالية واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر العاصمة، حيث ركز على مفهوم الجودة من منظور المستفيد، كما وقف عند موقفات تقديم خدمات ذات جودة من طرف الطاقم الطبي وشبه الطبي بهدف معرفة أسبابها وسبل علاجها، بالإضافة الى تميز الدراسة بكونها تحاول لفت الانتباه إلى ضرورة قياس التكاليف المترتبة عن غياب الجودة، لأن أي مشروع تحسين بما فيه ادارة الجودة الشاملة، إذ توصل الى اعطاء اهمية جودة الخدمات الصحية التي تكمن في التغيرات السريعة والمتنوعة في البيئة الاقتصادية العالمية، والتغيير في استجابات المستفيدين، والتحولات التكنولوجية المتلاحقة وعدة عوامل اخرى، في نهاية الدراسة توصل الى مجموعة من النتائج، أهمها إختلاف الجودة باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي، كما قدم جملة من المزايا والتي تتمثل اساسا في تبسيط الاجراءات وتحسينها وتحقيق كفاءة التشغيل.

4. دراسة **سائي عبد الحق** "دراسة تحليلية لتسيير المنظمات الصحية بالجزائر في الاطار التنظيمي وأثرها على مستوى القيادة المركزية" كانت في إطار الحصول على شهادة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة دوفين، باريس، سنة 1999م، حيث قام الباحث بتحليل البنية الاساسية للسلطة التنظيمية ونظام صنع القرار للصحة الوطنية بالجزائر، بحيث ناقش حدود ومصادر تأثيرها على وضعية الادارة للمؤسسة الصحية، ثم عرض الجوانب التنظيمية والوظيفية للنظام الصحي بالجزائر وقدم دراسة لأسس ومبادئ الجدارة التي بينت بصورة واضحة عن الخطوط الرئيسية والوسائل المستخدمة لتحقيق الاهداف التي تعينها في المؤسسة الصحية ووصفها بالأداة السياسية للنظام الصحي، واستنتج أنه يجب أن تكون العنصر الاساسي لفهم العلاقة الموجودة بين الحكومة المركزية والمحلية، كما ألقى نظرة فاحصة على النصوص التنظيمية والقانونية التي يسير وفقها النظام الصحي، ثم حلل الجوانب المختلفة المتعلقة بقضايا ادارة الصحة العمومية وانشاء المناطق التجارية بالجزائر وبالتالي توصل الباحث لدراسة اللامركزية في الجزائر.

أما ما يميز دراستنا عن الدراسات السالفة الذكر، كون أن المواضيع السابقة عالجت متغيرات الدراسة من جهة واحدة، بحيث هناك بعض الدراسات قامت بتحليل المداخل الحديثة في تسيير المؤسسات الاستشفائية، أو المواضيع التي عولجت من جهة واقع جودة الخدمة الصحية فقط، بينما دراستنا حاولت الربط بين المتغيرين، لذا قمنا بتحليل العلاقة التأثيرية بين عصرنة تسيير المؤسسات الاستشفائية وجودة الخدمات الصحية.

صعوبات الدراسة:

تركزت الصعوبة التي واجهتنا أثناء إعداد الدراسة في عدم تفرغ المسيرين الإداريين والطبيين كليا للإجابة على الأسئلة، خاصة وأن الطريقة المستعملة هي تقديم إستمارة الاستبيان الى المبحوث وإستجوابه وليس توزيع الاستمارات وارجاعها لاحقا.

هيكل البحث:

من أجل معالجة هذا الموضوع، سوف نحاول تقديم الموضوع من خلال أربعة فصول، تسبقهم مقدمة عامة تتضمن الإشكالية الرئيسية والأسئلة الفرعية والفرضيات التي يبنى عليها الموضوع، ثم ننهي الدراسة بأهم النتائج المتوصل إليها ومجموعة من التوصيات في الخاتمة العامة .

نقدم في الفصل الأول مختلف التطورات التي عرفتھا تسيير المؤسسات، حيث نعلم أن هذا الأخير عرف تطورات مختلفة بدأت بظهور الثورة الصناعية التي أدت إلى توظيف أعداد كبيرة من المستخدمين لمواكبة التطورات التي أحدثتها في نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين وصولا إلى نظرية النظم التي إعتبرت المؤسسة أنها تعمل كنظام متكامل وفي الوقت نفسه كجزء فاعل في محيطها الخارجي، بمعنى أن المؤسسة تتألف بحد ذاتها من نظام متحد ومؤلف أيضا من مجموعة من التنظيمات المتداخلة والمتأثرة ببعضها البعض، ونظرا لكثرة التحديات والضغوطات التي عرفتھا المؤسسات ظهرت الحاجة إلى إكتشاف أساليب إدارية وأنماط وسلوكيات جديدة تواكب مجريات هذه التحديات التي أصبحت بدورها ملحة ومهمة في نفس الوقت، ومن المفاهيم الإدارية الحديثة الداعمة نظرية الادارة بالأهداف، الادارة بالتجوال وإعادة هندسة النظم.

بينما في الفصل الثاني، فإننا نضع خطأ أحمرأ على ما مدى تأثير عصرنة تسيير المؤسسات الاستشفائية العمومية على جودة الخدمات الصحية، كما سوف نحاول توضيح هذه العلاقة من خلال

تحديد كل المفاهيم المرتبطة بالخدمات الصحية، علما أن الخدمة الصحية مطلوبة ليس فقط في انتشارها وإمتدادها الأفقي بما يتيح سهولة الوصول إليها، ولكن مطلوبة أيضا في نموها العمودي، فالجودة في مجال الخدمة الصحية يمكن النظر إليها من خلال ثلاثة جوانب، الأول تقني فني وهو تعريف مطلق لجودة الخدمة الصحية، أما الجانب الثاني، فهو مرتبط بمدى تلبية إحتياجات وتوقعات المستفيدين، في حين يتعلق الجانب الثالث بتعريف المجتمع لجودة الخدمات الصحية، من حيث توفير العدالة والفعالية في تقديم مختلف الخدمات .

بعدها نحاول تسليط الضوء على مختلف التطورات التي شهدتها الهياكل الصحية بمختلف أنواعها في الفصل الثالث، وذلك من خلال تقديم مختلف المحددات التنظيمية والتسييرية التي تنظم المؤسسات الاستشفائية العمومية بالجزائر هذا من جهة، وإلى تحليل تطور المؤشرات الصحية ومصادر تمويل نفقة الصحة العمومية من جهة أخرى.

أما في الفصل الأخير نحاول القيام بدراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك وتحليل العلاقة الموجودة بين عصنة أنظمتها التسييرية ونوعية الخدمات الصحية فيها.

الفصل الأول

التطور التنظيمي والتسييري للمؤسسات

الفصل الأول: التطور التنظيمي والتسييري للمؤسسات

تمهيد

يمر العالم اليوم بمرحلة مليئة بالتطورات والتحديات الهامة نتيجة لتحولات كبرى في مختلف المجالات، ولعل أهم ما يميز هذه التغيرات هو تطور الفكر الإداري العالمي، من حيث نظرته إلى العنصر البشري، الذي كان يعتبر مجرد أيدي عاملة في بداية القرن العشرين إلى الإهتمام بالعقول البشرية باعتبارها مصدر للمعرفة والإبداع والتي تمثل محور إرتكاز أي عمل تطويري في القرن الحالي، لذلك فإن حدة المنافسة والتطورات في عالم الأعمال وما يصاحب ذلك من تغيرات كبيرة في عمليات التحديث والتطوير، جعلت ضرورة البقاء والاستمرار للمؤسسات صعبة وشاقة. حيث أصبح البحث عن مفاهيم إدارية حديثة متطورة تتكيف مع المتغيرات البيئية المعقدة من المتطلبات الأساسية لكل مؤسسة تبحث عن الكفاءة والفعالية والإستمرارية.

من هنا ظهرت اتجاهات حديثة في تسيير المؤسسات تدعو إلى توسيع إطار التغيير ليشمل الإدارة بكامل قطاعاتها، وهذا من خلال القيام بعملية التطوير التنظيمي والتسييري عبر تحديث الأنظمة والهياكل الإدارية، وأساليبها وأدوات وتقنيات عملها، ومن أجل إنجاح هذه العملية لابد من تبني نظام تسيير حديث بالمؤسسة ويكون ذلك من خلال الاطلاع على أهم الاتجاهات الحديثة في التطوير الإداري والاستفادة من التجارب الحديثة في هذا المجال، والتي تركز على إيجاد الآليات والوسائل الفعالة لتحقيق الشفافية، وتطوير الأنظمة بتطبيق الآليات العصرية في التسيير، لأنها تساعد في تطوير قدرة الإدارات على التجدد والملاءمة مع المتغيرات السريعة. لذلك سوف نحاول في هذا الفصل تقديم التطور التنظيمي والتسييري للمؤسسات من خلال التطرق لمختلف النظريات الكلاسيكية وصولاً إلى أهم النظريات الحديثة التي تساعد المؤسسات على أداء مهامها.

1.1 النظريات الكلاسيكية

ترتبط المدرسة الكلاسيكية بمجهودات مجموعة من الباحثين الأوائل الذين حاولوا معالجة المشكلات الإدارية على أسس علمية، والابتعاد عن المفاهيم الخاصة بالتجربة، الخطأ، الحدث والتخمين ولا شك أن نتائج البحوث والدراسات التي تم التوصل إليها في بداية هذا القرن تعتبر المدخل الأساسي للإدارة بالرغم من بعض التباين في وجهات النظر بين مختلف المراحل التي مرت بها الإدارة.

كما أن هذا التباين قد انعكس أيضا على الاتجاهات الفكرية لرواد هذه المدرسة حيث ظهرت إتجاهات فكرية متعددة، ومن أبرز أفكار هذه المدرسة أنها افترضت أن السلوك التنظيمي محكوم بالحوافز المادية، وترى أن العوامل المادية كافية لتفسير السلوك التنظيمي¹، لذا سوف نحاول تصنيفها في هذا العنصر على أساس روادها.

1.1.1 تايلور والإدارة العلمية

تتلخص نظرية تايلور في "أن العنصر المهم الوحيد في الإدارة العلمية هو فكرة المهمة (العمل)، حيث أن عمل كل فرد يجب أن تخططه الإدارة مسبقا ولو ليوم واحد، وأن يستلم كل شخص تعليمات كاملة بصورة مكتوبة تصف بالتفصيل المهمة المطلوب إنجازها والأساليب التي يجب استخدامها، فالمهمة لا تحدد العمل المطلوب فقط بل الطريقة التي يجب استخدامها والزمن المسموح به لإنجازه"².

¹ جمال الدين لعويصات، السلوك التنظيمي والتطوير الإداري، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2003، ص06.

² كامل بربر، الإتجاهات الحديثة في الإدارة وتحديات المديرين، دار المنهل اللبناني، الطبعة 2، بيروت، 2008، ص 19.

لذا نرى أن نظرية الإدارة العلمية ركزت على الجوانب المادية المتعلقة بالعمل والإنتاج واعتبرتها هدفها الأساسي ونسيت العنصر البشري، كما أنصب كل اهتمام هذه النظرية على الحد من الإسراف وتخفيض تكلفة العمل ورفع الكفاءة الإنتاجية. لذلك ركزت على قاعدة الهرم الإداري الذي يتكون من العمال المنفذين والمستوى الإشرافي أو الإداري الأول، وسنتطرق فيما يلي إلى شرح موجز لأهم المرتكزات التي قامت عليها هذه النظرية¹:

1.1.1.1 البحث العلمي

بمعنى أن يخضع العمل للبحث العلمي والمعرفة والتجربة والابتعاد عن عملية التخمين والآراء التقليدية.

2.1.1.1 تقسيم العمل والتخصص

يقصد به أن يتم تقسيم العمل بين الإدارة والعمال، حيث تمنح الإدارة سلطات أكبر للتخطيط والإشراف وتبسيط إجراءات العمل، ووضع هذه الطرق في صورة قواعد وأسس، وفي رأي تايلور كلما زاد التقسيم والتخصص إزدادت المهارة في أداء العمل وقلت الأخطاء وبالتالي قلت التكلفة وارتفعت الكفاءة الإنتاجية.

3.1.1.1 دراسة الحركة والزمن

ذلك من خلال إستبعاد الحركات الزائدة التي لا لزوم لها، ووضع زمن معياري لأداء كل حركة وللعمل ككل، والغاية من ذلك هو اختصار وقت العمل وتوفير الوقت الذي يصرف في سبيل إنجازه من قبل العامل من أجل رفع إنتاجيته وإنتاجية المؤسسة ككل.

¹ عمرو صفي عقيلي، الإدارة أصول وأسس ومفاهيم، دار زهدان للنشر والتوزيع، عمان، 2007، ص94.

4.1.1.1 الإعتدال على الحوافز المادية بشكل أساسي

إنطلاقاً من أن الإنسان نظريته للحياة مادية وبالتالي فحافزه سيكون مادياً من أجل تشجيعه على الأداء والإنتاج، لذلك يتطلب تطبيق نظام الحوافز وضع معايير للأداء وتوحيد إجراءاتها.

5.1.1.1 الكلفة الإنتاجية

يقصد بها النسبة بين النتائج والتكاليف والتي تتحقق عن طريق تخفيض تكلفة العمل والحد من الإسراف لدى العمال واختيارهم بشكل سليم وتدريبهم ووضعهم في مهام مناسبة لقدراتهم، وتوفير مناخ مادي حيث يساعد على أداء عملهم بكفاءة.

6.1.1.1 التعاون

يعتبر التعاون شيء جوهري وأساسي من أجل تحقيق إنجاز جيد، خاصة التعاون بين الرئيس والمرؤوسين، وبالتالي تعتبر هذه الوظيفة أساسية وهامة.

7.1.1.1 المتابعة والرقابة

أعطت الإدارة العلمية أهمية كبيرة للمتابعة والرقابة على أداء المنفذين وقد استحدثت لهذه الغاية خرائط أطلق عليها تسمية "خرائط الإنتاج".

8.1.1.1 الرشد في الأداء

يقصد بالرشد في الأداء أن المديرين يقومون بزيادة الكفاءة الإنتاجية إلى أقصى حد لتعود الفائدة عليهم وعلى المؤسسة ككل، كما أن قراراتهم تصدر على فرض المعرفة التامة لكل العوامل المؤثرة. كما يقصد به أيضاً أن العمال نتيجة خوفهم من فقدان عملهم ومع صعوبة وجود عمل آخر

بسبب ندرة فرص العمل، سيدفعهم ذلك إلى التنافس والأداء الجيد من أجل الاحتفاظ بالوظيفة، كما لابد من التركيز على الاختيار العلمي السليم للأفراد ومستلزمات العمل المادية، بالإضافة إلى تدريب العمال لتوسيع دائرة معرفتهم بالعمل ومنه رفع كفاءتهم الإنتاجية.

وبعد استعراض أهم المبادئ التي تقوم عليها الإدارة العلمية، كان لابد علينا من توضيح الانتقادات التي واجهت هذه النظرية، حيث أن جل الانتقادات تركزت على المواضيع التالية¹:

- عدم اهتمام الإدارة بالعنصر الإنساني؛
- صعوبة تحديد الأداء النموذجي للعامل من واقع دراسة الزمن والحركة؛
- مطالبة الإدارة للعمال بتحقيق معدلات عالية للإنتاج في حين لا يقابل ذلك أجرا على نفس المستوى؛

▪ إن الإدارة ليست علما فقط تستند على مجموعة من المبادئ والقواعد.

لكن بالرغم من الانتقادات التي وجهت لهذه النظرية لكن هذا لا يلغي مساهمة تايلور في تحديد وظائف جديدة للمدير وهي:

- التحديد العلمي لأداء كل عنصر من عناصر العمل؛
- تحديث طريقة اختيار العمال واستخدام كافة وسائل التدريب والتطوير لتحسين الأداء؛
- توثيق العلاقات والتعاون بين الإدارة والعمال لضمان إنجاز الأداء طبقا للطريقة العلمية.

¹ كامل بربر، مرجع سبق ذكره، ص20.

2.1.1 هنري فايول والعملية الإدارية

مؤسس هذه النظرية هو هنري فايول مهندس فرنسي الجنسية، هو أحد الرواد الذين ركزوا على مفهوم الإدارة بنظرة شمولية والذي أصبح فيما بعد رئيسا لمجمع صناعة المعادن والمناجم في فرنسا. قام فايول بتقديم إسهامات كبيرة بتوسيع مبادئ تايلور في الإدارة بحيث أصبحت لا تقتصر فقط على الإنتاج¹، حيث كان مهتما بالإدارة العليا بحكم وظيفته وعمله، وكتب العديد من المقالات عن الإدارة، حيث اعترف فايول أن وظائف الإدارة الخاصة بالتخطيط، التنظيم، القيادة، التنسيق والرقابة، هي بمثابة العناصر العامة التي تكون جوهر العمل الإداري². حيث قسم الإدارة إلى قسمين، الأول يتضمن مبادئ الإدارة والثاني مرتبط بوظائف الإدارة.

حيث أن هنري فايول حدد مجموعة من المبادئ والذي أشار إلى أن تطبيقها في مؤسسات الأعمال يكون ممكنا بغض النظر عن طبيعة الظروف الخاصة بالمؤسسة، كما رأى أن فعالية الإدارة تتوقف على مرونة استخدام هذه المبادئ وتطبيقها، وليس على اعتبارها مطلقة أو إلزامية أو قابلة للتطبيق الحرفي، بل ذهب إلى أبعد من ذلك، فقد رأى أن التطبيق السليم لهذه المبادئ يستدعي الاستناد على الخبرة وتحديد خبرة القائمين على تطبيقها، وفيما يلي سنقوم بشرح هذه المبادئ³:

1.2.1.1 السلطة والمسؤولية

ينبغي أن تتوازن المسؤولية الملقاة على عاتق الموظف مع السلطة الممنوحة له.

¹ محمد بهجت جاد الله كشك، المنظمات وأسس إدارتها، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، ط2، 2003، ص56 .

² علي محمد منصور، مبادئ الإدارة - أسس ومفاهيم، مجموعة النيل العربية، القاهرة، ط2، 2004 ، ص73.

³ كامل بربر، مرجع سبق ذكره، ص23.

2.2.1.1 وحدة الأمر

حيث يتعين أن يتلقى الموظف التعليمات والأوامر من جهة إشرافية واحدة.

3.2.1.1 وحدة التوجيه

مبدأ وحدة التوجيه يشير إلى وضع خطة محددة واحدة ورئيس واحد لمجموعة الأنشطة التي ترمي لتحقيق هدف واحد محدد¹.

4.2.1.1 سلسلة التدرج

حيث يجب أن تتم عملية التواصل من خلال مستويات السلطة، وذلك لضمان تنفيذ الأوامر وانتقال المعلومات من وإلى الجهات المختصة، كما أكد على الخطأ الكبير من تجاهل خط السلطة أو الالتزام به عندما لا تتطلب ضروريات العمل ذلك.

5.2.1.1 تقسيم العمل

لابد من إسناد لكل موظف عمل مستقل متخصص يتولى مهمة إنجازه.

6.2.1.1 الإنضباط

لا بد من استخدام نصوصا واضحة ومكتوبة من قبل المؤسسة لضبط العمل والنظام، كما لابد من احترام هذه النصوص على كافة المستويات الإدارية.

¹ عمر وصفي عقيلي، مرجع سبق ذكره، ص 104.

7.2.1.1 خضوع المصلحة الشخصية للمصلحة العامة

لابد على المسؤولين وأفراد التنظيم من أن يتغاضوا عن مصالحهم وأهدافهم الشخصية لمصلحة الأهداف العامة.

8.2.1.1 تعويض الأفراد

العدالة في نظام الأجور والمكافآت تحقق أقصى درجات الرضى الوظيفي للفرد وللجماعات كما تحقق الرضى للمؤسسة بصفة عامة.

9.2.1.1 المركزية

يقصد بها مدى تخفيض دور المرؤوسين في العمل، حيث كلما قل دوره وضعف كلما ازدادت درجة وحدة المركزية والعكس صحيح¹.

10.2.1.1 الترتيب

ضرورة تطبيق مبدأ الترتيب على الموارد المادية والإنسانية في المؤسسة بمعنى مكان مخصص لكل إنسان و مورد.

11.2.1.1 المساواة

من أجل زيادة الولاء والانتماء نحو المؤسسة، لابد من معاملة الأفراد بعدالة وعطف حيث تعتبر المساواة من أنجح الطرق لتشجيع الأفراد على أداء أعمالهم.

¹ كامل بربر، مرجع سبق ذكره، ص24.

12.2.1.1 إستقرار الأفراد

لابد من ربط أفراد التنظيم بالمؤسسة، والحذر من ارتفاع معدل دوران العمالة لأنه يرتبط هذا الارتفاع بسوء الإدارة.

13.2.1.1 المبادرة

يتحقق الإشباع النفسي في رأي فايول عندما يتولى الفرد تطبيق أفكاره الخاصة به، فهذه قمة المبادرة¹.

14.2.1.1 روح التعاون

روح الجماعة والعمل كفريق متفاعل ومتجانس هي وحدة المجهودات والعمل من خلال إنسجام المصالح والأهداف، والوسيلة المثلى لتحقيق روح الجماعة هو مبدأ وحدة الأمر والاتصالات الشفوية.

فهذه المبادئ لا تطبق فقط في مؤسسات الأعمال بل يمكن أن تطبق على المؤسسات أيا كانت طبيعة نشاطها وحجمها، كذلك لا يمكن الإستغناء عن الوظائف التي تساعد المؤسسة في تحقيق أهدافها حيث تعتبر أدوات ضرورية في يد المسؤولين للوصول إلى غايتهم، كل هذا يعتبر الشق الثاني لمفهوم الإدارة في رأي هنري فايول حيث عرفها على أنها "العملية التي تتضمن مجموعة وظائف تتصف بالعمومية"، وقد حددت على النحو التالي:

¹ نفس المرجع السابق، ص25.

- **التخطيط:** على المدير أن يتنبأ بالمستقبل، وأن تكون الخطة مستندة على وقت ونتائج وخطوات عمل وتتصف بالمرونة والدقة؛
- **التنظيم:** هي الوظيفة التي توضح الهيكل التنظيمي للمؤسسة، بحيث يترجم هذا الأخير الأهداف ويوضح كافة الوظائف، كما لابد على الهيكل التنظيمي أن يضمن إقامة علاقات إنسانية جيدة، إتخاذ القرارات لتحقيق الأهداف ولابد من الإهتمام بعملية إختيار الأفراد اللازمين للتنظيم مع ضمان تدريبهم؛
- **إصدار الأوامر:** هي الوظيفة التي تهتم بتنفيذ التنظيم ولكن هذا يستلزم على الرئيس أن يتصف بـ:
 - بمميزات وصفات، من أهمها:
 - يكون قدوة حسنة لمروؤسيه؛
 - أن يملك معرفة كافية بجميع مروؤسيه؛
 - إستخدام كافة الحوافز لتوحيد الجهود وتوجيهها لتحقيق أهداف وحدته؛
 - أن يملك القدرة على التخلص من الأفراد غير الأكفاء في العمل؛
 - أن يكون قادرا على القيام بالمراجعة الدورية.
- **الرقابة:** التأكد من سلامة التنفيذ وفقا للخطة المحددة، والكشف على الأخطاء وتصحيحها.

بالإضافة إلى ما تقدم فقد تطرق فايول أيضا إلى الأنشطة الأساسية للمؤسسة، وقد قسمت إلى ست مجموعات¹:

- النشاط الفني - الإنتاج، التصنيع.
- النشاط التجاري - شراء، بيع.
- النشاط المالي - البحث عن كافة الأموال اللازمة والإستخدام الأمثل لها.
- النشاط الأمني - ضمان حماية كافة أصول المؤسسة والموارد البشرية.
- النشاط المحاسبي -الأنشطة المتضمنة الميزانية، الحسابات، التكاليف، الإحصائيات الجرد، تحديد سعر البيع.

- النشاط الإداري - التخطيط، التنظيم، إصدار الأوامر، التنسيق والرقابة.

من خلال عرضنا لنظرية العملية الإدارية إتضح لنا أن فايول يؤمن إيمانا راسخا بعمومية مبادئ الإدارة الأمر الذي جعله يتميز بالقدرة الفائقة على حصر الأفكار الإدارية وتحليلها.

كما يختلف فايول عن تايلور في بعض النقاط ويتفقان في البعض الآخر، ومن بين نقاط

الاختلاف:

- ركز فايول على فئة الإداريين وعلى فئة المؤسسة بينما ركز تايلور على فئة العمال وعلى إدارة الورشة؛

¹ Chantal Bussenault et Martine Pretet , **Economie et gestion de l'entreprise** ,4^e édition, Vuibert, p31.

- إتسمت أفكار فايول بالشمولية حيث أنها قابلة للتطبيق في كافة المجالات الإدارية بمختلف أنواعها عكس نظرة تاييلور التي إنحصرت على إدارة المصنع الصغير؛

- إعتبر فايول الإدارة كنظرية يمكن للشخص أن يتعلمها في المدارس والجامعات ويطور مهارته فيها بالممارسة وبالتالي فهو ناقض ومخالف لفكرة التنظيم الوظيفي التي جاء بها تاييلور وفق قاعدة وحدة إصدار الأوامر.

وبالرغم من ذلك فإن أفكار الإثنين متممة لبعضها البعض، حيث أدرك كلاهما أن قضية العاملين وإدارتهم في جميع المستويات هي مفتاح النجاح، كما أن كلاهما إستخدما الطريقة العلمية في دراساتهم.

3.1.1 ماكس فيبر والإدارة البيروقراطية

رائد الفكر البيروقراطي الألماني الجنسية مصمم النموذج المتكامل للمؤسسات ماكس فيبر العالم الإجتماعي له أبحاث ودراسات في الاجتماع وعلم الاقتصاد والعلوم السياسية وغيرها، حيث كان مهتما بكيفية الانتقال بألمانيا من التخلف والتفكك واللاحق بالدول الصناعية. لقد كان ماكس فيبر يرى ضرورة إيجاد نظام إداري سليم تسير بمقتضاه المؤسسات الكبيرة، وقد قدم من أجل ذلك ما سماه بالنموذج البيروقراطي المثالي¹، حيث كان يهدف من وراء هذا النموذج إلى وصف الجهاز الإداري للمؤسسات وكيف يؤثر على الأداء والسلوك، كما وضح أن تطبيق نظريته يضمن للمؤسسة الدقة في العمل وإحكام السيطرة والرقابة على تنفيذه، وتحقيق فاعلية وكفاءة عالية المستوى.

¹ جمال الدين لعويسات، مبادئ الإدارة، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2003، ص 19 .

1.3.1.1 المبادئ الأساسية للنظرية

من خلال هذا العنصر سنتطرق إلى شرح أهم الأسس الإدارية التي تضمنتها هذه النظرية، وذلك على النحو التالي:

1.1.3.1.1 تدرج الوظائف

تقسم المؤسسة إلى مستويات على شكل هرمي يعبر عن تسلسل السلطة من القمة حتى قاعدة الهرم الإداري، إذ تتساقط التعليمات من القمة إلى القاعدة مروراً بمستويات رئاسية يربط بينها خط يدعى خط السلطة¹.

2.1.3.1.1 توزيع الأعمال بناءً على التخصص وبشكل رسمي

تتمثل في ضرورة استخدام التخصص في توزيع الأعمال، ويعني ذلك أن يقوم كل فرد بأداء عمل معين يتوافق مع تخصص ما يكون واضح الحدود، حيث يجب أن يكون التحديد بموجب لوائح رسمية بما يحقق الكفاءة في توزيع الأعمال داخل المؤسسة.

3.1.3.1.1 التدوين الكتابي

يقصد به إصدار جميع القرارات والأوامر والقوانين واللوائح الإدارية بشكل رسمي وكتابي، والإحتفاظ بجميع الأوراق والمستندات والمعاملات الخاصة بالمؤسسة، والغاية من أجل ضمان سير العمل وسهولة الرجوع لها في حالة الحاجة إليها.

¹ Alan Lawton and Aidan Rose, **Organization Management in the Public Sector**, 2nd ed, Pitman Publishing, London, 1994, P31.

4.1.3.1.1 عدم التحيز

على الموظف البيروقراطي عدم إستغلال وظيفته لخدمة أغراضه الشخصية، وبالتالي تسبيق المصلحة العامة عن المصلحة الشخصية، كما لا بد على الموظف الإداري أن يخضع لقوانين وضوابط ورقابة شديدة أثناء تأديته لعمله، وهذه الضوابط تطبق بشكل موحد في جميع الحالات¹.

5.1.3.1.1 الإدارة المهنية

المقصود بها أن الوظائف الإدارية الرئاسية يتم ملئها بصفة من المديرين المحترفين من أصحاب الخبرة والممارسة، وذلك بغية ضمان سلامة اتخاذ القرارات في المؤسسة.

6.1.3.1.1 وجود نظام خدمة خاص بالأفراد

لا بد من وجود نظام وظيفي خاص ينظم الحياة المهنية للعاملين، ويتضمن:

- التعيين، يجب أن يتم على أساس الكفاءة وفي ظل المنافسة؛
- الخدمة الطويلة، حيث يحتفظ البيروقراطي على وظيفته طالما أن سلوكه وأدائه جيدان؛
- الرواتب، إذ يجب وجود هيكل عادل وموضوعي للرواتب والأجور؛
- الترقية، يمنح البيروقراطي كل فترة زمنية على ترقية في حالة كفاءته؛
- التقاعد، لا بد من وجود راتب تقاعدي، أو مكافأة مالية يتحصل عليها البيروقراطي في نهاية خدمته.

¹ Fabien martinez et autres, **concilier efficience, qualité des soins et satisfaction des professionnels**, la revue des gestions hospitalières, n 487, juin-juillet 2009, paris, p355.

7.1.3.1.1 التدريب

الإدارة المكتبية في النموذج البيروقراطي تتطلب وتحتاج لخبرة، لذلك يعتبر التدريب أمراً ضرورياً¹.

8.1.3.1.1 السرية

لابد من مراعاة السرية والالتزام في جميع أعمال المؤسسة.

9.1.3.1.1 إعتبار خدمة عملاء المؤسسة هدفاً

خدمة الجمهور المتعامل معه هدف يجب على البيروقراطي أن يسعى إليه.

2.3.1.1 تقييم النظرية البيروقراطية

يلاحظ من المبادئ الأساسية السالفة الذكر أنها مبادئ فاعلة في تحقيق أهداف معظم مؤسسات الأعمال، لكن الممارسات الخاطئة للأنظمة البيروقراطية هي التي أدت للمطالبة بالقضاء عليها، فالخطأ لا يكمن في النظام البيروقراطي في حد ذاته وإنما الخطأ يعود إلى سلوك منفذي هذا النظام، ومن أهم الأخطاء التي تبرز عند تطبيق هذا النظام ما يلي²:

1.2.3.1.1 الوسائل تصبح غايات

نقصد بها أن تعود الموظف على تنفيذ القواعد والتعليمات والتوجيهات بحد ذاتها وبحرفيتها دون النظر إلى جوهرها أو الهدف الأساسي من وضعها، فإنها مع مرور الزمن تصبح غاية الموظف وليس الوسيلة لتحقيق الهدف.

¹ عمر وصفي عقيلي، مرجع سبق ذكره، ص111.

² بشير علاق، الإدارة الحديثة-نظريات ومفاهيم، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص74.

2.2.3.1.1 الجمود وعدم المرونة

هي التصادم الذي يحصل بين المؤسسة البيروقراطية والمواطن الذي ينبغي أن تركز هذه الأخيرة كافة إمكانياتها لخدمته والسهر على راحته، حيث أن هذا التصادم ينتج عن عدم مرونة القوانين واللوائح الموضوعة.

3.2.3.1.1 الروتين

التمسك الشديد بحرفية التعليمات والمعاملة غير الشخصية ينتج عنه نفور المواطن عن المؤسسة وعدم رضاه عنها وانتقاده لها.

4.2.3.1.1 المظهرية الشكلية

يهتم الموظفون العاملون بالمؤسسات البيروقراطية بالجوانب المادية لمكاتبهم والمسميات والدرجات الوظيفية وبالمظهر الخارجي وذلك بغية ترك إنطباع جيد عنهم في عيون زملائهم والمتعاملين معهم، وبالتالي تصبح الشكلية والمظاهر هي التي تحكم على سلوك العاملين.

5.2.3.1.1 مقاومة التغيير

إن هذا العنصر متأصل ليس فقط في المؤسسة البيروقراطية بل حتى والعاملين فيها، بإعتبار أن مقاومة التغيير تضمن البقاء والاستمرارية وممارسة السيطرة والتحكم.

6.2.3.1.1 المرض البيروقراطي

يتطور الوضع في كثير من الأحيان إلى التطرف في التمسك بقواعد البيروقراطية والإصرار على تطبيقها نتيجة للاستمتاع بممارسة السيطرة والتحكم¹.

¹ نفس المرجع السابق، ص75.

وباستعراضنا لمضمون المدرسة الكلاسيكية من خلال التطرق لمختلف روادها، يمكن إستنباط أبرز السمات العامة التي إتصفت بها، وهي كالتالي¹:

أولاً- الآلية

اعتبر العنصر البشري حسب هذه النظرية إنسان أوتوماتيكي، إذ يجب على الفرد أن يتأقلم مع العمل ويؤدي مهامه بدقة فحركاته محسوبة بالزمن ومحددة له بشكل مسبق، وبالتالي عمله لا توجد فيه مرونة ولا حرية، ومن ناحية أخرى اعتبر إنسان إقتصادي بحيث يتم التركيز على الجوانب والحوافز المادية دون الأخذ بعين الإعتبار الجوانب المعنوية.

ثانياً- المؤسسة نظام مغلق

يطلب من العامل في المؤسسة أن يفصل بين حياته الخاصة وحياته المهنية بداخلها، وعليه تفترض هذه المدرسة عدم وجود مؤثرات خارجية تؤثر في سلوك الأفراد داخل المؤسسة، ومنه التأثير يكون فقط من خلال العوامل الداخلية .

ثالثاً- المثالية

تصف جميع نظريات هذه المدرسة ما يجب أن يكون عليه الوضع الأمثل داخل المؤسسة، دون الأخذ بعين الإعتبار الواقع الفعلي ومدى قدرته على التأثير.

رابعاً- التعاون

المؤسسة في نظرة الكلاسيكيين عبارة عن نمط للتعاون البشري القائم من أجل تحقيق أهدافها أولاً، ثم أهداف العاملين في المرتبة الثانية.

¹ عمر وصفي عقيلي، مرجع سبق ذكره، ص113.

خامسا - السلطة والنفوذ

تتناول المدرسة بضرورة استخدام النفوذ والسلطة والمركزية من أجل إحكام السيطرة وخضوع العمال للأوامر والتعليمات.

سادسا - الجمود

التقيد الحرفي في تطبيق اللوائح والتوجيهات والأوامر يؤدي إلى جمود العمل وإحساس الفرد العامل بعدم قدرته على إبداء الرأي والإجتهد وبالتالي عدم وجود حرية.

سابعا - السلوك الرشيد

باعتبار الإنسان إقتصادي حافزه للعمل هو المال فمن الطبيعي أن يعمل بجد وبأعلى فعالية من أجل تحقيق أقصى المكاسب المادية، والأمر الذي يساعد جعل سلوك الفرد رشيدا هو خوفه من فقدان عمله في مناخ تسوده ندرة الوظائف¹.

وبالتالي يمكن تلخيص وجهة نظر المدرسة الكلاسيكية في اعتمادها نموذج الآلة، الأمر الذي أدى لظهور مدرسة العلاقات الإنسانية.

2.1 نظريات التنظيم المعدلة

إن النظريات الكلاسيكية كانت تركز أساسا على عنصري العمل والهيكل التنظيمي بينما نجد النظريات المعدلة تركز على الفرد باعتباره المتغير الأساسي في المؤسسة، فأبرزت أهمية الروح المعنوية للأفراد كعامل رئيسي يحدد رغبتهم في العمل والإنتاج وبالتالي يؤثر على الكفاءة الإنتاجية،

¹ نفس المرجع السابق، ص115.

كما أن علاقة جماعات العمل غير الرسمية التي تنشأ بين العاملين في المؤسسة الواحدة أهم بكثير من الجوانب المادية، حيث أصبحت هذه النظريات تأخذ بعين الاعتبار الإنسان والتكنولوجيا والبيئة الاجتماعية، ويندرج تحتها دراسات في التوازن التنظيمي والسلوك الإداري ودراسات في النظريات الإنسانية.

أدت دراسات وبحوث هذا التيار إلى توسيع الاتجاهات والفلسفة الإدارية لكي تبرهن أهمية العنصر البشري في المؤسسة من خلال مدارس عديدة، لذا سوف نحاول من خلال هذا العنصر تحديد أهم المدارس.

1.2.1 المدرسة السلوكية

أدى الانتشار السريع للإدارة العلمية إلى نشأة نظريات العلاقات الإنسانية وهو ما أبرز أهمية العوامل البشرية في الإدارة، حيث أبرزت أن العوامل الاجتماعية كالروح المعنوية والإحساس بالانتماء إلى مجموعة عمل ما ومهارات الاتصال بين الأشخاص لفهم السلوك الإنساني خاصة الجماعي أدت إلى زيادة الإنتاجية¹، لذا تركز هذه المدرسة على دراسة السلوك الإنساني كمحور أساسي في إنجاز الأعمال، باعتبار أن المؤسسة تقوم بتنفيذ الأعمال مع الأفراد ومن خلالهم، وبالتالي فإن هذا المدخل يقوم بالتحليل على أساس مبدأ أساسي وهو "الناس يعملون مع بعضهم البعض كجماعات لغرض تحقيق أهداف الجماعة، فمن الضروري أن يفهم الناس بعضهم البعض". لهذا إعتبر رواد هذه المدرسة أن المدخل الحقيقي لتنظيم المؤسسة هو السلوك البشري، هنا نرى من الضروري الإلمام بتطور جديد ومبتكر في مجال السلوكيات في الإدارة، والذي يسمى بمدخل علم النفس الصناعي وهو يتفرع من المدرسة السلوكية.

¹ عبد الرحمن توفيق، الإدارة بالمعرفة-تغيير مالا يمكن تغييره، مركز الخبرات المهنية للإدارة، القاهرة، 2004، ص 99.

حاول هذا المدخل تقديم بعض العناصر للعمل، ولقد كانت وسيلة ذلك هي تصميم مجموعة من الإختبارات التي تساعد على الاختيار السليم لأفراد العمل التي أصبحت فيما بعد تعتمد أساسا على إختبارات الذكاء الفردية وكان جوهر هذه الإختبارات أن مستوى الذكاء هو المحور الأساسي للقدرة على العمل.

هذا وقد قاد المدرسة السلوكية رواد يأتي في مقدمتهم إلتون مايو وآخرون، حيث ساهموا بشكل أساسي في إدخال مفاهيم أساسية على علم الإدارة، إذ شكلت هذه المساهمات إلى حد كبير مدخلا أساسيا في تفعيل الأداء التنظيمي.

1.1.2.1 إلتون مايو وتجارب هاوثرن

يعتبر إلتون مايو المؤسس لهذه المدرسة، والتي أولت قدرا عظيما من الإهتمام بالمشاكل الإنسانية في موقع العمل، وكانت أساسا لعدد من الدراسات المستقبلية في مجال العلاقات الإنسانية في المؤسسة.

حيث كان الغرض الرئيسي من الدراسة التي قام بها في مصانع هاوثرن هو تحديد أثر الإضاءة والإرهاق والتعب على إنتاجية العامل، ولكن بعد فترة إستهدفت دراساته تحديد طرق تكوين فريق العمل والتعاون المستمر داخل الجماعات العمالية بالمؤسسة. كما تبين من دراسات هاوثرن بوضوح كبير¹ أن هناك عوامل أخرى غير ظروف العمل المادية وحالة العامل الفسيولوجية التي تؤثر على الإنتاجية، وقد عرفت هذه العوامل بأنها عوامل إجتماعية وسيكولوجية نفسية بطبيعتها، إذ إعتبر العامل هو المحور في دراسات إلتون مايو، فضلا لإحساس العمال أنهم يشاركون في تجارب ذات

¹ عمر وصفي عقيلي، مرجع سبق ذكره، ص118.

أهمية كبيرة للمؤسسة فاستجابوا لمثل هذه التجارب وبالتالي إدراك العمال وإستجابتهم للتأثيرات الإجتماعية وليس للتغيرات التجريبية للظروف الطبيعية الخارجية.

2.1.2.1 نتائج مساهمات إلتون مايو

أطلق فيما بعد على الدراسات التي قام بها إلتون مايو بمدرسة العلاقات الإنسانية نظرا لتركيزها على أهمية العامل الإنساني في المؤسسة، حيث كانت تهدف إلى معرفة تأثير بعض المتغيرات المادية مثل الإضاءة وفترات الراحة، وظروف العمل وساعات العمل ونظام دفع الأجور على إنتاجية العامل، لكن كانت نتائج تلك الدراسات متناقضة حيث لم تثبت بصورة قاطعة أي علاقة خطية مباشرة بين تلك العوامل وإنتاجية العامل، ولكنها أفرزت النتائج التالية¹:

- أن المؤسسة نظام اجتماعي وفني، وأن هذا النظام يحدد أدوار ومعايير لسلوك الفرد قد تختلف عن معايير وأدوار التنظيم الرسمي للمؤسسة، وهذه المعايير تؤثر على إنتاجية العامل؛
- أن الإنسان هو كائن إجتماعي بالضرورة وليس كائن إقتصادي وبالتالي لا تتم إثارة دوافع الأفراد بفعل حوافز مادية فقط فالحوافز المعنوية لها دور كبير؛
- تلعب الجماعات غير الرسمية في العمل دورا هاما في تحديد اتجاهات الفرد وأدائه ؛
- هنالك علاقة إيجابية بين أسلوب الإشراف الديمقراطي وإنتاجية العامل؛
- التركيز على وجود نظام فعال للتواصل بين مستويات المؤسسة المختلفة لتبادل المعلومات؛
- يحتاج المدير إلى مهارات اجتماعية بقدر حاجته إلى مهارات فنية؛
- الروح المعنوية، هناك علاقة طردية بين الروح المعنوية والإنتاجية لذلك يجب توفير معاملة إنسانية للأفراد العاملين يحترم بموجبها أحاسيسهم وإشعار الفرد بأهمية عمله مهما قل شأنه؛

¹ Fabien martinez et autres, **op.cit**, P355.

- المرونة، حيث استخدام السلطة والنفوذ والعلاقات الرسمية في جميع العمليات لا يناسب الطبيعة البشرية التي تحب الحرية والمرونة وتتفر من المعاملة الآلية التي تؤدي إلى الروتين.

يتضح من خلال استعراض أفكار المدرسة السلوكية، أنها قد أسهمت إسهاما فعالا في إبراز أهمية العنصر البشري في العمل، ومدى أهمية المعاملة الإنسانية ودور الجانب المعنوي في رفع كفاءة العمل، كما ساهمت في تفسير سلوك الإنسان كوحدة عمل مستقلة وكعضو في جماعة عمل يتأثر بها، إضافة إلى دراسة دوافع الإنسان والعوامل المحفزة للسلوك والأداء الجيد.

ولكن بالرغم من هذه الإسهامات إلا أن المدرسة أهملت وأغفلت أهمية ومدى تأثير الجوانب المادية على الأفراد والإنتاجية، حيث تم التركيز فقط على الجانب الإنساني على حساب الجوانب الأساسية الأخرى.

2.2.1 مدرسة النظام الاجتماعي

كثيرا ما يحدث خلط بين هذه المدرسة ومدرسة السلوك الإنساني، نظرا لأن كليهما تتبعان من تطور الفكر الإداري القائم على أساس العلوم السلوكية، حيث أن الاعتقاد الجوهرى في هذا المدخل هو الحاجة إلى التغلب على القيود البيولوجية والمادية والاجتماعية الخاصة بالفرد وبيئته وذلك عن طريق التعاون، لذى سميت لدى البعض بالنظام التعاوني حيث ركزت على تكامل جماعات العمل في نظام اجتماعي تعاوني واحد متكامل، ويطلق على هذه النظرية أيضا من هذه الزاوية بالتنظيم الرسمي وحسب هذا المفهوم يقصد بالمؤسسة ذلك النظام التعاوني به أفراد قادرون على الإتصال ببعضهم البعض وراغبين في المساهمة في العمل نحو تحقيق هدف مشترك.

ومن أجل الوصول إلى تعريف مناسب لطبيعة العملية الإدارية، قام عدة باحثين بمساهمات عديدة من أجل إعطاء دفعة جديدة لنمو هذا الفكر.

1.2.2.1 نظرية x ونظرية y

وضع هاتين النظريتين "ماكجريجور" حيث صور من خلال نظرية "x" انتقاد للنظرية الكلاسيكية وخاصة في مجال معاملتها ونظرتها للعنصر البشري، أما نظريته الثانية "y" فقد عبر من خلالها عن وجهة نظره في مجال التعامل الصحيح مع العنصر البشري من أجل إحداث التكامل بين أهدافه وأهداف المؤسسة، وسنتطرق فيما يلي إلى شرح النظريتين¹.

1.1.2.2.1 فروض نظرية x ونظرية y

ترتكز النظريتين على الفروض الأساسية التالية:

الجدول رقم (01): مقارنة بين نظرية (X) ونظرية (Y)

افتراضات نظرية (X) حول طبيعة الإنسان	افتراضات نظرية (Y) حول طبيعة الإنسان
-إن الإنسان بطبعه سلبي ولا يحب العمل. -الإنسان كسول ولا يرغب في تحمل المسؤولية في العمل. -يفضل الفرد دائماً أن يجد شخصاً يقوده ويوضح له ما يفعل. -يعتبر العقاب أو التهديد به من الوسائل الأساسية لدفع الإنسان للعمل، أي أن الإنسان يعمل خوفاً من العقاب والحرمان وليس حبا	-معظم الناس يرغبون في العمل ويبدلون الجهد العضلي والعقلي تلقائياً كـرغبتهم في اللعب والراحة. -يميل الفرد العادي للبحث عن المسؤولية وليس فقط قبولها. -يمارس الفرد التوجيه الذاتي والرقابة الذاتية من أجل الوصول إلى الأهداف التي يلتزم بإنجازها وأن الرقابة الخارجية والتهديد بالعقاب لا تشكل الوسائل الأساسية الوحيدة لتوجيه الجهود نحو

¹ عمرو وصفي عقيلي، مرجع سبق ذكره، ص124.

للعمل.	الأهداف.
-تعتبر الرقابة الشديدة على الإنسان ضرورية كي يعمل، حيث لا يؤتمن الفرد على شيء هام دون متابعة وإشراف. -يعتبر الأجر والمزايا المادية أهم حوافز العمل.	-يعمل الفرد لإشباع حاجات مادية ومعنوية ومنها حاجات التقدير وتحقيق الذات. -الإنسان العادي وفي ظل الظروف العادية لا يقبل المسؤولية فحسب بل يبحث عنها؛ -يتمتع الكثير من الأفراد بالقدرة على ممارسة درجة عالية نسبيا من التصور والابتكار والإبداع في حل المشاكل التنظيمية. -يرغب الإنسان في استغلال إمكانياته وطاقاته.

المصدر: حسين حريم، مبادئ الإدارة الحديثة، دار الحامد، عمان، ط2، 2006، ص65.

2.1.2.2.1 أثر نظرية x و y على المؤسسة

عندما تقوم المؤسسة بتبني إحدى هاتين النظريتين تصل إلى مجموعة من الخصائص الإدارية

التنظيمية، يمكن تحديدها في النقاط التالية:

أولاً- السلطة

اعتبرت السلطة القوة المحفزة التي توجه العاملين نحو تحقيق الأهداف، إذن لابد من استخدام

مبدأ الجزاء والعقاب واستخدام القوة للإمتثال للأوامر، ومنه سميت المؤسسة حسب نظرية "x"

بالمؤسسة السلطوية حيث بموجب السلطة تتحدد مراكز السلطة وأدوار الرؤساء ضمن الهيكل التنظيمي

للمؤسسة. بينما وفقا لنظرية "y" نجد منبعا آخر للسلطة هي السلطة غير الرسمية التي يمثلها

المروءسون أنفسهم الذين لهم دور في قبول سلطة رئيسهم عن رغبة وقناعة وهذا يسمى بمبدأ قبول السلطة¹.

ثانيا - موقع صنع القرار

تكون عملية صنع القرار حسب نظرية "X" متمركزة في القمة ويكون هذا الموقع منطقياً، حينما يكون حق الإدارة والسلطة نابعة من الأعلى وبشكل عام يتطلب صنع القرار المركزي وجود هيكل تنظيمي معين إذا ما أريد تنفيذ القرارات بفاعلية. بينما لابد من اشتراك جميع أعضاء المؤسسة وفق نظرية "Y" في صنع القرار بما في ذلك إتخاذ القرارات الهامة المتعلقة بالأهداف التنظيمية، بإعتبار أن الأفراد العاملين في المؤسسة يتمتعون بقدرة واسعة على ممارسة درجة عالية نسبياً من التصور والابتكار والإبداع في حل المشاكل.

ثالثاً - هيكل المنظمة

حسب نظرية "X" حينما تكون السلطة التي تصنع القرارات مركزة عند قمة المؤسسة وهدفها الأساسي هو إنجاز العمل ينبغي تصميم الهيكل التنظيمي بحيث يسمح بالتطبيق الفوري للسلطة على مختلف المستويات، بما يضمن الفعالية القصوى في إنجاز العمل. أما بالنسبة للمؤسسة التي تتبنى نظرية "Y" تعمل بجماعات وليس بمجرد أفراد، وأن الفرد الذي يقبل الأهداف التنظيمية إنما يفعل ذلك كعضو في جماعة ومنه تصبح الجماعة هي الوحدة الأساسية للمؤسسة.

¹ عمر وصفي عقيلي، مرجع سبق ذكره، ص 125.

رابعاً - دور المشرف المباشر

يعتبر المشرف حسب نظرية "X" حلقة ربط رأسية في سلسلة الأمر ووكيلا للسلطة العليا، ويكون دوره أن يحقق بنجاح أهداف المؤسسة بتوجيه جهود المرؤوسين. ولكن وفق مبادئ نظرية "Y" فهي تعتمد على مبدأ المشاركة في اتخاذ القرارات.

خامساً - دور الفرد

تتحصر مهمة الفرد وفق نظرية "X" في أدائها مهام الوظيفة من أجل كسب المال، لذا ينبغي السيطرة وإتباع سياسة الإكراه على العمل إذا إقتضى الأمر، بينما تصور نظرية "Y" أن الفرد يعمل كعضو متكامل في مجموعة عمل ويساهم في نجاح أهدافها¹، الأمر الذي يؤدي إلى إستبدال الرقابة الخارجية والإكراه بالرقابة الذاتية والدوافع النابعة من إشباع احتياجات تأكيد وتحقيق الشخصية، إذا ومن خلال المشاركة سوف تصبح أهداف المؤسسة وأهداف الأفراد متكاملة ومتوافقة².

من خلال ما سبق يتضح لنا باختصار أن نظرية "X" تقرر أنه لا يوجد رضا حقيقي في العمل، والأفراد يتجنبونه ويتهربون منه كلما أمكنهم ذلك، وعليه فهم يحتاجون لأوامر صارمة لإنجاز الأهداف التنظيمية ولا يتمتع العمال بطموح كبير أو يتميزون بمبادرة ملموسة. بينما تطالب نظرية "Y" بجعل المؤسسة مكانا محببا لنفس الفرد العامل بها وإشعاره بأنها مصدر لإشباع حاجاته المادية والنفسية والاجتماعية وأن مستقبله مرتبط بها بما يحقق الولاء والانتماء لها، ومنه إحداث التكامل والتوافق بين أهداف الأفراد والمؤسسة.

¹ نفس المرجع السابق، ص 29.

² نفس المرجع السابق، ص 129.

1.2.2.2 "الدافعية وجماعة العمل"

ركز رنسيس ليكرت على العنصر البشري، وأهمية الدوافع وتأثيرها في السلوك الإنساني داخل المؤسسة، كما ركز على سلوك الجماعة وتأثيرها في أعضائها، وفيما يلي أبرز المفاهيم الأساسية التي قدمت في هذه النظرية:

- المؤسسة نظام مفتوح، تؤثر وتتأثر بالبيئة المحيطة؛
- المؤسسة نظام متكامل بمعنى أنها متناسقة داخليا؛
- الجماعة هي وحدة العمل الأساسية وهذا بلا شك يؤدي إلى ضرورة التنظيم غير الرسمي داخل المؤسسة؛
- تفاعل موارد المؤسسة فيما بينها، حيث أن درجة التفاعل تتوقف على قوة ونوع الحفز الإنساني الذي توفره المؤسسة، كما لا بد عليها من توفير جو عمل يحفز العاملين على بذل الجهد. لذا صنف ليكرت أنواع الدوافع الإنسانية التي يجب أن تسعى المؤسسة إلى إشباعها، ضمن الفئات التالية:

- دوافع ذاتية، مثل الشعور بالأهمية والقيمة داخل الجماعة والمؤسسة؛
- دوافع اقتصادية مادية؛
- دوافع حب الاستطلاع والفضول؛
- دوافع الأمان والطمأنينة؛
- يلعب الرئيس دورا بارزا في ضمان جماعة عمل فعالة متعاونة فيما بينها، الأمر الذي يجعله قائدا إداريا ناجحا محبوبا من الجماعة التي يقودها؛

- التعاون محور نجاح في أي نوع من الأعمال، فالصراع داخل الجماعات يؤثر سلباً في نجاح المؤسسة وفعاليتها؛
 - لا بد من وجود شبكة إتصالات تسمح بنقل المعلومات في كافة الإتجاهات داخل المؤسسة، الأمر الذي يساعد على التنسيق والتفاعل وسلامة القرارات؛
 - المشاركة في إتخاذ القرارات وسيلة فعالة لإشعار الفرد بأهميته ودوره في المؤسسة مما يحقق التعاون والتفاعل في العمل؛
 - التقييم وظيفة ضرورية لمعرفة مدى تحقيق المؤسسة لأهدافها من خلال الأنشطة التي تمارسها، فنتائج تقييم النشاط الداخلي أساس لتوفير معلومات تستلزمها عملية إتخاذ القرارات المستقبلية السليمة.
- إذا جاءت نظرية الدافعية وجماعة العمل بفكرة ضمان جماعات عمل فعالة ومتعاونة تهدف إلى رفع مستوى الإنتاجية وتخفيض التكاليف ومعدل دوران العمل، ومنه تحقيق أهداف المؤسسة والفرد معاً¹.

3.2.1 مدرسة النظم

تعتبر مدرسة النظم من بين الاتجاهات الفكرية الحديثة الهادفة إلى إيجاد نوع من التكامل بين فكر المدرسة التقليدية وفكر مدرسة العلاقات الإنسانية، وإستندت هذه النظرية إلى فكرة مفهوم النظام² في العلوم التطبيقية، حيث تذهب إلى تأكيد نوعين من النظم، هما النظام المغلق والنظام المفتوح. إذ يتصف النظام المغلق بأنه ذلك النظام الذي يقوم على أساس عدم وجود التفاعل بينه و بين البيئة

¹ عمر وصفي عقيلي، مرجع سبق ذكره، ص 135.

² أبو الحسن عبد الموجود إبراهيم، التطوير الإداري في منظمات الرعاية الاجتماعية، الكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 2007، ص38.

الخارجية أو الاجتماعية ونادرا ما يوجد نظام مغلق بشكل مطلق. أما النظام المفتوح هو ذلك المنهج الذي يقوم على أساس التفاعل بينه وبين البيئة الخارجية.

إذا تؤكد هذه النظرية على أن المؤسسة هي نظاما مفتوحا، حيث تعتبر جزءا لا يتجزأ من البيئة تخضع لتأثيراتها وتحدث بينهما عملية تبادل. لذا نستطيع القول أنه يعد المدخل النظامي هو بداية التحول الفكري.

1.3.2.1 تعريف النظام

يعد المدخل النظامي بداية التحول الفكري في الاتجاهات الحديثة للتطور التنظيمي حيث إنطلق هذا المدخل من حقيقة إعتبار المؤسسة وحدة إجتماعية هادفة تتكون من أجزاء متداخلة وقد عرف النظام بأنه "الكيان المنظم والمركب الذي يجمع ويربط بين الأشياء والأجزاء التي تكون بمجموعها تركيبا كليا موحدا"¹.

كما يعبر النظام عن "مجموعة من الأجزاء أو العناصر أو الوحدات أو المكونات التي تتكامل وتتفاعل معاً، وتعتمد كل منها على الأخرى وتؤثر كل منها في الأخرى وتتأثر بها لتحقيق أهداف المؤسسة"²، إذا نستطيع القول أن النظام هو "كيان إجتماعي نسميه بالمؤسسة التي بدورها تتكون من مجموعة من الأجزاء الفاعلة مع بعضها البعض في سبيل تحقيق هدف كلي معين مشترك، وهذه الأجزاء تشكل فيما بينها كيانا متكاملا. فالأجزاء ليست هامة في حد ذاتها، ولكن المهم هو علاقتها التبادلية والإعتمادية

¹ خليل محمد حسن الشماع، خضير كاظم حمود، نظرية المنظمة ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2005، ص 83.

² سيد محمد جاد الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، مطبعة العشري، إسكندرية، 2008، ص35.

المتفاعلة مع بعضها البعض، حيث هذا التفاعل هو محور مفهوم النظام¹، أيضا يعرف التنظيم على أنه "كيان إجتماعي منسق، له حدود واضحة المعالم، ويعمل على أساس دائم لتحقيق هدف معين أو مجموعة أهداف"².

إذا من خلال التعاريف السابقة يتضح لنا أن هذا المدخل ينظر إلى المؤسسة على أنها نظام مركب يتكون من أجزاء متعددة مترابطة ومتفاعلة يعتمد بعضها على بعض لتحقيق الهدف الكلي، كما تبين أن المؤسسة تعمل ضمن نظام أكبر وأوسع شمولاً تتفاعل معه وهو المجتمع.

1.2.3.2.1 مبادئ نظرية النظم

يتسم منهج النظم في الإدارة بمجموعة من المبادئ يحقق من خلالها الأسس التي تقوم عليها نظرية النظام³:

1.2.3.2.1 فكرة النظام المفتوح

لقد اعتبرت مدرسة النظم المؤسسة نظاماً اجتماعياً مفتوحاً مصمماً لتحقيق أهداف معينة، يؤكد هذا المدخل على أن المؤسسة نظاماً مفتوحاً تؤثر وتتأثر بالبيئة المتواجدة فيها.

2.2.3.2.1 عناصر النظام

يتشكل النظام الكلي من مجموعة من الأجزاء يسمى كل منها نظام جزئي أو فرعي، تتفاعل فيما بينها في سبيل تحقيق الهدف الكلي.

¹ عمر وصفي عقيلي، مرجع سبق ذكره، ص 146.

² Gélimer.O, **Strategie de l'entreprise et motivation des hommes**, Editions D'organisation ,Paris, 3ém édition, 2003, P23.

³ عمر وصفي عقيلي، مرجع سبق ذكره، ص 148.

3.2.3.2.1 مكونات النظام الفرعي

تتمثل في العناصر التي يتكون منها الجزء وهذه المكونات لا تختلف من جزء لآخر، حيث مجموعها يشكل النظام الكلي، وتتلخص هذه المكونات فيما يلي:

أولاً- أهداف النظام

لقد اعتبرت مدرسة النظم المؤسسة نظاماً اجتماعياً مفتوحاً مصمماً لتحقيق أهداف معينة¹، حددت بثلاثة أهداف مترابطة مع بعضها البعض، النمو، الاستقرار والتفاعل، كما لابد من ربط أهداف الأفراد بهذه الأهداف، هذا ما يجعل عملية تحديد الأهداف الكلية للمؤسسة حساسة جداً.

ثانياً- الفرد

هو الوحدة الأساسية في النظام الجزئي.

ثالثاً- التنظيم الرسمي

يبرز الهيكل التنظيمي والخريطة التنظيمية التي توضح الوظائف الإدارية التي يشغلها الأفراد.

رابعاً- التنظيم غير الرسمي

يتكون من جماعات غير رسمية تنبثق من مواقف العمل المختلفة التي تجمعها مصلحة معينة، هذا التنظيم لا توضحه الخريطة التنظيمية لكنه ملازم للتنظيم الرسمي ودور الإدارة أن تسعى للتوفيق بينها.

¹ حسين حريم، مرجع سبق ذكره، ص 69.

خامسا - الدور

يتمثل في السلوك المتوقع من قبل كل فرد داخل التنظيم الرسمي من خلال الموقع الوظيفي الذي يشغله في المؤسسة.

سادسا - الهيكل المادي

يتكون من البيئة ومتغيراتها التي تؤثر في نشاط النظام الذي عليه أن يتكيف معها، وعمل الإدارة أن تسعى جاهدة إلى حسن استخدام الموارد، وتنظيم الاستفادة من قدرات العاملين داخل النظام.

4.2.3.2.1 عمليات الربط

تتم عملية الربط بوسائل متعددة، منها عملية تحديد وتوصيف مهام ومسؤوليات وسلطات أنشطة الأجزاء والأفراد، كما يعتبر الإتصال وسيلة أخرى لعملية الربط من خلال الإهتمام بتيار المعلومات المتدفق بين أجزاء النظام، بالإضافة إلى عملية إتخاذ القرارات حيث تعتبر أداة تستخدم في عملية التوجيه وحل كل المشاكل وتغيير الأهداف، بما ينسجم مع المتغيرات البيئية الداخلية والخارجية وبما يحقق للنظام التوازن والاستقرار. أيضا لابد من الإشارة إلى التنسيق والتكامل يحدثان التوافق بين أجزاء النظام ويجعلها تعمل في مسار واحد، وهو تحقيق الهدف الكلي للنظام.

5.2.3.2.1 إستيراد الطاقة

يقصد بالطاقة هنا المدخلات، والتي تمثل احتياجات النظام كافة من أجل الوصول إلى إنتاج سلعة أو تقديم خدمة ومن هذه المدخلات رأس المال، الموارد المالية، المواد الأولية، العنصر البشري، الطاقة.... وتحصل المؤسسة على مدخلاتها من البيئة الخارجية، وينظر إليها على أنها تكلفة يتحملها النظام ولكن بدون هذه الطاقة تزول المؤسسة ولا تستمر.

6.2.3.2.1 أنشطة التحويل

يقصد بعمليات التحويل جميع الفعاليات الفنية والإدارية التي يقوم بها النظام من أجل تحويل المدخلات إلى مخرجات تتمثل بالسلع أو الخدمات أو المعلومات التي تقدمها للبيئة¹.

7.2.3.2.1 المخرجات

تمثل السلع والخدمات والأرباح، ورضا المستهلكين والعاملين وغيرها²، وهي الحصيلة التي يقدمها النظام للبيئة وهي رسالة النظام وسبب قيامه وعمله.

8.2.3.2.1 مجال النظام

لابد من تحديد حدود للنظام من خلال الخط الذي يقفل دائرة حول مجموعة من العناصر المختارة، بحيث تكون درجة التفاعل بين العناصر داخل الدائرة أكبر من درجة التفاعل بينها وبين العناصر التي تقع خارج الدائرة، فالغرض من تحديد مجال للنظام هو دراسة مقدار التفاعل بين العناصر المكونة له.

9.2.3.2.1 بيئة النظام

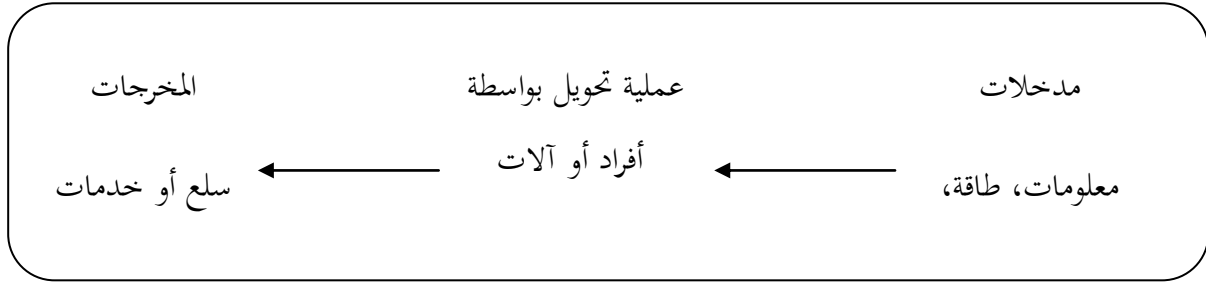
يرتبط موضوع بيئة النظام إرتباطا وثيقا ومباشرا بموضوع حدوده، في حين كل ما لا يدخل ضمن دائرة النظام (أي خارج حدوده) يعبر عن البيئة المحيطة به، بالإضافة إلى أن النظام في حد ذاته هو نظام فرعي يعمل إلى جانب أنظمة أخرى يتفاعل معها ويؤثر ويتأثر بنظام أكبر وأشمل يضمهم جميعا.

¹ عمر وصفي عقيلي، مرجع سبق ذكره، ص151.

² حسين حريم، مرجع سبق ذكره، ص69.

10.2.3.2.1 ديناميكية النظام

تعتبر الديناميكية عن نوعية التفاعل الذي يحدث للنظام سواءا بين أجزائه داخل حدوده أو بين النظام وما يقع في بيئته خارج الحدود، وأوضح نموذج يمكن وضعه لديناميكية النظام هو الشكل الذي يصور ثلاث مراحل من هذه الديناميكية.



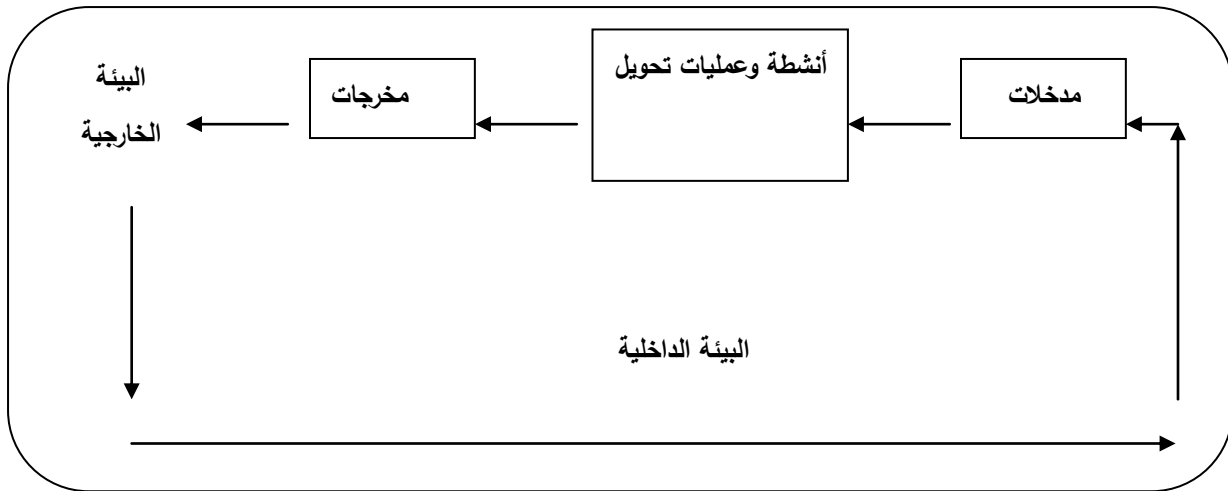
شكل رقم (01) : ديناميكية النظام

المصدر: عمر وصفي عقيلي، مرجع سبق ذكره، ص 154.

وعليه تستمر هذه الديناميكية بنفس التتابع مادامت المؤسسة تعمل، حيث تمثل الديناميكية دورة حياة النظام، وإن أي خلل في أي جزء من هذه الدورة يمكن أن يتسبب في تغيير الدورة التالية تغييرا جذريا.

11.2.3.2.1 التفاعل مع البيئة والتغذية العكسية

ترتبط التغذية المرتدة ترتبط بقدرة النظام على التكيف والتوافق مع بيئته، فالأنظمة المفتوحة تؤثر في البيئة نتيجة المخرجات التي تصدرها، ثم تجمع معلومات عن تأثير هذه المخرجات وتصبها مرة أخرى في النظام على شكل مدخلات لتساعد في عملية التحويل والتكيف للمخرجات الجديدة وعلى ذلك فالأنظمة التي تحرص على البقاء لابد من أن توفر قنوات للتغذية العكسية. وبالتالي يمكن لإضافة هذا المفهوم للشكل السابق.



شكل رقم(02): نموذج التغذية المرتدة

المصدر: عمر وصفي عقيلي، مرجع سبق ذكره، ص 156.

12.2.3.2.1 التخصص

تؤكد نظرية النظام على أهمية التخصص في الأدوار والمهام، وذلك حسب الظروف الراهنة بكل مؤسسة، كما تؤكد على أنه كلما زادت درجة التخصص تطلب الأمر زيادة التنسيق للتحكم في العمل.

13.2.3.2.1 الإدارة

مسؤوليات الإدارة الثلاثة هي المسؤولة عن عملية التفاعل التي تحدث بين الأنظمة الفرعية داخل النظام الكلي، فقد حددت مهام الإدارة العليا في التخطيط طويل الأجل ورسم السياسات والتوجيه العام لنشاط الأنظمة الفرعية، أما مسؤوليات الإدارة الوسطى فهي التنسيق، في حين أن الإدارة المباشرة تكون مسؤولة عن التنفيذ وتحقيق الأهداف.

كما سبقت الإشارة فإن المؤسسة هي عبارة عن نظام اجتماعي هادف يتسم بطابع التأثير مع البيئة التي يعمل فيها، لذلك فالعلاقات في المؤسسة هي عرض للتغيير والتطوير وفق طبيعة المتغيرات البيئية وواقع المناخ السائد في المؤسسة بشكل عام، وهو ما أدى بالمفكرين إلى البحث عن مداخل جديدة تساعد المؤسسة على التأقلم مع مختلف المتغيرات الداخلية والخارجية.

3.1 النظريات الحديثة

لقد أبرزت المداخل السابقة الذكر أن المؤسسة تتميز بالتغيير والتبديل، خاصة وأن الواقع المؤسسي والإنساني منه بوجه خاص، يتطلب إستمرار تحقيق التوازن الديناميكي بين متطلبات المؤسسة وإمكانية نجاحها وتحقيق إستمراريتها. ومن هنا يبدو جليا أن المؤسسة لابد أن تسعى بشكل جدي نحو تكييف المؤثرات البيئية تبعا لأهدافها، إذا لابد من السعي بشكل هادف إلى تبني مدخل جديد يركز على الحقائق التي وصلت إليها الدراسات السابقة ومساندتها بتخطيط عمليات التطوير التنظيمي وسبل التغيير. الأمر الذي أدى إلى ظهور نظريات حديثة تعتبر في مضمونها علمية حقيقية في تطوير الإدارة من خلال تركيزها على مداخل مختلفة، لتأتي نتائجها كحلقة مكملة ولتلعب دورا بارزا في تفعيل الممارسة الإدارية داخل المؤسسات، وهو ما سنحاول تقديمه بصورة مبسطة وشاملة في هذا العنصر.

1.3.1 نظرية الإدارة بالأهداف

تمثل هذه النظرية إتجاها حديثا في الإدارة حيث تركز على التنبؤ بالمستقبل والتأثير فيه أكثر من مجرد الإستجابة للأحداث، فهي طريقة جديدة للتفكير ومنهج يجمع وظائف المؤسسة ويعمل على

التنمية المستمرة للموارد المتاحة والتعاون بين الرؤساء والمؤوسين على تحديد الأهداف وتحقيق النتائج المطلوبة بناء على معايير موضوعية.

كما تسعى أيضا هذه النظرية إلى معرفة العوامل التي تعوق دون تحقيق الأهداف بغية إتخاذ الإجراءات المناسبة للتغلب عليها ومن ثم تقييم النتائج بصورة دورية لوضع أهداف جديدة كلما دعت الضرورة إلى ذلك، لذا فإن نجاح هذا النموذج متوقف على مدى توافر المعلومات الملائمة بالكمية والنوعية والتوقيت المناسبين.

1.1.3.1 مفهوم الإدارة بالأهداف

قبل تحديد المفهوم العام للإدارة بالأهداف، كان لابد علينا من تحديد مراحل التطور حيث أنه مر مفهوم الإدارة بالأهداف بثلاث مراحل أساسية¹:

1.1.1.3.1 تقييم الإدارة

هذه المرحلة إستخدمت من أجل مساعدة المؤسسة على التقويم الموضوعي لأداء الأفراد بإستخدام معايير محددة لقياس الأداء تكون على أساس النتائج المتوقع من الأفراد تحقيقها.

2.1.1.3.1 نظاما للتخطيط والرقابة

في المرحلة الثانية يقوم كل من الرئيس والمؤوس بوضع أهداف محددة ولفترة زمنية وتحديد طرق بلوغها ومعايير قياس النتائج، وبالتالي كانت هذه النظرية تحاول الإجابة على الأسئلة التخطيطية التالية:

¹ محمد عبد الفتاح الصيرفي، مفاهيم إدارية حديثة، الدار العلمية الدولية ودار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2003، ص9.

- ما الذي يجب عمله؟

- كيف تعمله؟

- من يعمله؟

- ما هي تكلفته؟

أما الأسئلة الرقابية فهي تشمل المستوى المرضي للنتائج والتقدم الذي تم تحقيقه ونواحي العلاج المطلوبة لتصحيح الأخطاء التي حدثت.

3.1.1.3.1 المفهوم الشامل للإدارة بالأهداف

في هذه المرحلة اعتبرت المؤسسة على أنها نظام حركي مستمر يتكون من مجموعتين من الأنشطة والمجهودات التي يؤديها الرئيس لتساهم في بلوغ الهدف الرئيسي للمؤسسة، وبالتالي فهي تعتبر بمثابة أسلوب شامل للتطوير وطريقة جديدة للتفكير ومنهج عضوي متحرك ديناميكي، فهي تجمع وظائف الإدارة من تخطيط وتنظيم وتوجيه وقيادة ورقابة¹.

إذا من خلال العرض السابق لمراحل التطور، نستطيع تحديد الفلسفة التي تقوم عليها الإدارة بالأهداف²:

- العنصر الإنساني له أهمية كبيرة كما أنه يتميز بالإيجابية وحب العمل وهو قابل للتقدم والتطوير وذو قدرة عالية على الابتكار والتجديد؛

¹ محمد حسنين العجمي، الإتجاهات الحديثة في القيادة الإدارية والتنمية البشرية، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، ط1، 2008، ص334.

² محمد عبد الفتاح الصيرفي، مرجع سبق ذكره، ص11.

- باعتبار أن النتيجة المحققة هي الرباط الذي يجمع الأفراد ويوحد جهودهم ويوجه أفكارهم نحو بلوغها، إذا فالإدارة تنطلق من النتائج وليس من الأنشطة؛
- فهم كل من الرؤساء والمرؤوسين أن الأهداف الموضوعة التي لا تتعارض مع مصالحهم الشخصية ينتج عنها زيادة مساهمتهم؛
- البحث عن الطرق المناسبة للأداء في إطار الإمكانيات والظروف والمتطلبات؛
- هناك نظاما جيدا للإتصالات بما يساعد على توضيح المفاهيم ويزيل الغموض وسوء الفهم وبالتالي توجيه الطاقات نحو تحقيق الأهداف؛
- لا بد من النظر إلى المؤسسة على أنها نظام متكامل تسعى جميع وحداته نحو تحقيق هدف مشترك رئيسي للمؤسسة؛
- أن الإدارة عملية ديناميكية متحركة تستدعي تحديد الأهداف لكل فترة زمنية بالطريقة التي تتناسب مع الظروف المتغيرة.

2.1.3.1 الإدارة بالأهداف كنظام

يمكن النظر إلى الإدارة بالأهداف كنظام متكامل يتكون من¹:

1.2.1.3.1 المدخلات

هي مجموعة من العناصر تتمثل في:

- الأفكار والمجهودات التي تبذل في تحديد الأهداف؛

¹ نفس المرجع، ص 13.

- مجموعة المعايير التي تستخدم في القياس؛

- المعلومات المتوفرة عن مختلف العوامل المؤثرة مثل الأفراد وقدراتهم وميولهم والأساليب التكنولوجية المتاحة في العمل؛

- المعرفة النظرية المتوفرة لدى كل من الرئيس والمروؤوس والمتعلقة بأسلوب الإدارة بالأهداف.

2.2.1.3.1 العمليات

تتمثل في الخطوات التي تتكون من وضع تصور مبدئي يبين مجالات النتائج والأهداف التي يطلب تحقيقها خلال فترة زمنية محددة وذلك بناء على المناقشات التي تمت بين الرئيس ومروؤسيه.

3.2.1.3.1 المخرجات

ورقة عمل تكون في المنهاج الذي يسير عليه كل من الرئيس والمروؤوسين.

3.1.3.1 مكونات نظام الإدارة بالأهداف

باعتبار أن نظرية الإدارة بالأهداف تسعى إلى تحقيق الأهداف والنتائج الموضوعية من خلال الاستخدام الأمثل للمواد المادية والبشرية والذي لا يتم إلا من خلال الإعتماد على الركائز الرئيسية التي تقوم عليها الإدارة بالأهداف، والتي يمكن تحديدها في العناصر التالية¹:

1.3.1.3.1 الأهداف

لابد من تحديد أهداف واقعية ممكن تحقيقها وأن تكون محددة كمًا ونوعًا هذا من ناحية، كما لابد أن تكون الأهداف قد حددت بالشكل الذي يمنع التعارض فيما بينها من ناحية أخرى، إذا

¹ محمد عبد الفتاح الصيرفي، مرجع سبق ذكره، ص 17.

فالأهداف تعبر في أساسها عن كل من حاجات المؤسسة وحاجات ودوافع العاملين بها، هنا تبدو أهمية التحديد الدقيق للأهداف في ضوء الإمكانيات المتاحة والضغوط التنظيمية والبيئية، وكذا ترجمة هذه الأهداف في شكل سياسات وإجراءات وطرق عمل¹

حيث تتضح أهمية الأهداف فيمايلي²:

- إن الهدف هو الذي يحرك الإنسان للعمل وينمي لديه الشعور بالمسؤولية؛

- يتضمن الهدف تنسيق الجهود وتكاملها وتوجيهها نحو الغاية المرجوة؛

- يعد الهدف مقياسا لنجاح العمل.

2.3.1.3.1 الخطط

يقصد بها الوسيلة التي يجب أن تسلكها المؤسسة لتحقيق أهدافها وعليه لابد على الرؤساء أن يسعوا دائما إلى تطوير تلك الخطط والمفاضلة بينهما حتى يتمكنوا من تحقيق أهدافهم بسهولة، كما يجب أن تختلف تفاصيل الخطة حسب المستوى الإداري، إضافة إلى إنقسام الخطط على أساس المدى الزمني، فهناك خطط إستراتيجية وأخرى متوسطة الأجل وثالثة تشغيلية أو تكميلية.

3.3.1.3.1 النشاط الإداري

نجاح هذا البرنامج مرتبط أساس بالدعم الذي تمنحه الإدارة العليا له سواء في مجال التنظيم أو الإتصال أو التنسيق، وحتى يتحقق هذا الدعم لابد أن يتميز النمط الإداري بالميزات التالية:

- هيكل تنظيمي ومناخ إداري واضح ؛

¹ Schein.E.H, **Organizational culture and leadership**, in RFG.Aout, 2003, P27.

² محمد حسنين العجمي، مرجع سبق ذكره، ص338.

- نظام يسمح بتدفق المعلومات اللازمة لمتابعة تقدم سير العمل ذاتيا؛
- حد أدنى من السياسات والإجراءات التي تتميز بالمرونة؛
- نظام فعال للحوافز والترقيات مرتبط أساسا بتحقيق الأهداف؛
- مشاركة في وضع الأهداف وعمليات التخطيط وتفويض الصلاحيات؛
- نظام تدريب فعال يستدعي إجراء تدريب جماعي سواء على مستوى المدراء أو المرؤوسين.

4.3.1.3.1 الرقابة

وفق هذا النظام هي رقابة سابقة وليست لاحقة، أي أنها تسعى إلى منع حدوث الخطأ وليست رقابة تنتظر وقوع الخطأ ثم تسعى لإصلاحه، حيث يتطلب النظام الرقابي وفقا لبرنامج الإدارة بالأهداف:

- تحديد الهدف بدقة ووضوح؛
 - تحديد أفضل الطرق التي تمكننا من تقرير ما إذا كنا نسير على الطريق المحدد، أم لا؛
 - تحديد عدد مرات القياسات الرقابية؛
 - تحديد الأفراد الذين يجب إطلاعهم على المعلومات الرقابية.
- إذا الرقابة وفق هذا المنظور هي رقابة من النوع الذاتي، وبالتالي فهي تمنع التدخل في أعمال المرؤوسين طالما أن الأمور تسير وفق الخطط المحددة مسبقا.

5.3.1.3.1 التغذية المرتدة للمعلومات

من خلال هذا النظام يستطيع أن يكون هناك تدفق للمعلومات بصفة مستمرة يساعد صاحب القرار على إجراء أي تعديلات يستلزمها قراره، الأمر الذي يزيد من فعالية تلك القرارات، كما يمكنه من تغيير الخطة في الوقت المناسب إذا وجد أن ذلك ضروريا، كما يجب الإشارة إلى أن التغذية المرتدة تبدأ من المخرجات حيث يتضح لنا مدى التطابق أو الاختلاف بين تلك المخرجات وما كنا نسعى للوصول إليه، ومن ثم إتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة إن كانت هناك الحاجة إليها التي من شأنها التأثير على المدخلات بما يضمن في النهاية التطابق التام بين المخرجات وبين الهدف المحدد الوصول إليه¹.

4.1.3.1 صعوبات التطبيق

هناك صعوبات تصادفنا عند إتمادنا منهج الإدارة بالأهداف، يمكن تحديد أهم هذه الصعوبات في النقاط التالية² :

- حجم التنظيم، فكلما زاد عدد العاملين بالمؤسسة يصبح التطبيق أكثر صعوبة؛
- هيكل التنظيم، إذ كلما زادت عدد المستويات الإدارية كلما أصبح تطبيق نظام الإدارة بالأهداف أكثر تعقيدا؛
- صعوبة تطبيق القياس الكمي في كثير من الأنشطة؛

¹ محمد عبد الفتاح الصيرفي، مرجع سبق ذكره، ص 19.

² محمد حسين العجمي، مرجع سبق ذكره، ص 342.

- التنوع في المنتجات والخدمات، حيث يصعب تطبيق الإدارة بالأهداف في مؤسسة تنتج العديد من المنتجات وتتعامل مع أكثر من زبون؛

- الانتشار الجغرافي للمؤسسات، البعد الجغرافي بين فروع المؤسسة يؤدي إلى صعوبة الإتصالات؛

- عدم إنسجام المؤهلات التعليمية والخبرات التنظيمية بين المدراء يعيق تطبيق الإدارة بالأهداف؛

- المركزية التي لازالت راسخة في أذهان الرؤساء، وبالتالي مقاومتهم لتطبيق الإدارة بالأهداف القائمة على اللامركزية؛

- عدم رغبة بعض العاملين في المشاركة عند وضع الأهداف؛

- جمود اللوائح والتشريعات المستخدمة وعدم مرونتها ؛

- نقص قدرة المرؤوسين على التخطيط والتفكير في طرق الوصول إلى الأهداف المطلوبة ؛

- ضعف الضمير المهني لدى بعض العاملين مما يؤدي إلى عدم الإعتماد عليهم في تحمل المسؤولية؛

- نظام حوافز غير فعال.

من خلال العرض السابق لنظام الإدارة بالأهداف وبالرغم من كل صعوبات التطبيق، إلا أنه تبين لنا أنه يتميز بالعديد من المزايا والفوائد التي تحققها المؤسسة عند تبني هذا النوع من الأنظمة، إذ يمكن تحديد هذه المزايا في النقاط الآتية، وهي على سبيل المثال وليس على سبيل الحصر¹:

- تحديد كيفية تحقيق الأهداف المتفق عليها؛

¹ نفس المرجع السابق، ص 341.

- تقوم على مبدأ المشاركة بين الرئيس والمرؤوسين؛
 - تهتم بمبدأ تحديد الوسائل والأساليب اللازمة لتحقيق الأهداف؛
 - تهتم بالأداء المستقبلي للفرد والمؤسسة؛
 - تنمي قدرة الفرد على التقييم الذاتي؛
 - الحرية التي تساعد العاملين على الإبداع والاختراع وإبداء الرأي؛
 - المرونة في القرارات؛
 - تسهل مهمة الرؤساء عن طريق التفويض؛
 - تساعد على تحديد المشكلات الفعلية للعمل ومن ثم التغلب عليها؛
 - تعمل على تحديد السلبيات في الوقت المناسب وإتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة.
- إلا أنه بالرغم من المزايا التي تتصف بها المؤسسة المطبقة لنظام الإدارة بالأهداف، إلا أن هذا النظام لا يخلو من بعض العيوب والسلبيات¹:
- تحتاج عملية التخطيط والتنظيم وتوضيح الأهداف إلى وقت طويل؛
 - يقوم العاملون داخل المؤسسة بتحديد أهداف بسيطة من أجل زيادة الأجر؛
 - تجاهل وإهمال الأهداف التي يصعب قياسها والتي تتعلق بالأمور الاجتماعية والنفسية؛
 - الحاجة الماسة إلى الأعمال المكتبية بشكل واسع لكتابة التقارير عن طرق سير العمل ؛

¹ نفس المرجع السابق، ص 342 .

- تنوع المقاييس والمعايير المستخدمة في وضع الأهداف وتقويم الأداء؛

- تتأثر الإدارة بالأهداف بالتغييرات التي قد تحدث داخل أو خارج المؤسسة.

2.3.1 الإدارة بالتجوال

لما كانت الإدارة هي علم تشغيل الآخرين لتحقيق أهداف المشروع، فإن الإدارة بالتجوال تصبح¹ علم تفعيل هؤلاء وزيادة كفاءتهم وتنمية وتحفيز رغبتهم، ورفع قدرتهم على تنفيذ وتحقيق الأهداف، فهناك فرق ما بين إتمام فعل الأشياء بشكل تقليدي وما بين تطوير حركة الفعل لتعظيم الإنجاز وزيادة العائد، وهذا هو محور الإدارة بالتجول، ويرجع الفضل في نشر هذا الإتجاه إلى كل من بيترز ووترمان عام 1982م²، حيث أن هذه الإدارة تتخطى نطاق الفعل إلى صلب التفعيل، ومنه تقفز بالنتائج إلى قمة الإمتياز وبالتالي فهي لا تترك شيء للصدفة، ولا تفتح مجال للعشوائية، ومنه نستنتج أن كل شيء فيها مخطط وقائم على البرمجة الزمنية الفعالة كما تفتح أبواب المبادرة الفردية والجماعية، وهذا ما سنحاول توضيحه في النقاط الموالية.

1.2.3.1 تعريف الإدارة بالتجوال

هي علم التعرف على حاجات ورغبات العاملين في المشروع بشكل عام والعاملين في المستويات التنفيذية الدنيا بشكل خاص، ومن ثم تلبية حاجاتهم والإستجابة لرغباتهم، وبما ينعكس إيجابيا على رضاهم عن أنفسهم وعلى ما يقومون به، ومن ثم تزداد فاعليتهم في تحقيق الأهداف والوصول إلى النتائج المرجوة، إذا فالإدارة بالتجوال هي علم إختصار المسافات الجغرافية والمسافات الزمنية، وتحقيق

¹ محسن أحمد الخصري، الإدارة بالتجوال، منهج متكامل لتحقيق الفاعلية الإدارية على مستوى المشروع والاقتصاد القومي، ايتراك للنشر والتوزيع، الاسكندرية، 2000، ص 29.

² محمد حسنين العجمي، مرجع سبق ذكره، ص 357.

التواجد الفعال في مواقع الأحداث وتحقيق المعاشية الحقيقية المتزامنة، وتحقيق المشاركة والشورى التعاونية مع قوى العمل¹.

لكن لنجاح هذه الإدارة، لابد من أن يقوم المدير القائد بجولات تفقدية على الطبيعة لمعاينة التنفيذ الفعلي للخطط والبرامج الموضوعية ومعرفة كيفية سير العمل، ويقف المدير على ما يلي:

- إن ما يحدث فعلا هو المستهدف والمخطط له، كما ونوعا وتوقيتا وأنه لا يوجد فرق بين الأهداف المسطرة والمنجزة فعلا. وإن كان هناك فرق لا بد أن يكون إيجابيا وليس سلبيا، الأمر الذي يؤدي إلى تحقق التنافسية؛

- القائمين بالتنفيذ لهم كل المعارف والمعلومات بما هو مطلوب، كما أن التعليمات قد صدرت إليهم وبلغت لهم بالشكل السليم ؛

- الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة بحيث لا يوجد أي هدر لمستلزمات الإنتاج، وإن وجدت لا بد من الوقوف على أسبابها ومحاسبة المسؤولين؛

- تحديد حجم الفاقد في العملية الإنتاجية ومعرفة أسبابه الحقيقية وخاصة إذا ما كانت حوادث أو أزمات طارئة، ومنه التدخل السريع ومعالجة الأسباب حتى لا يتأثر المشروع ؛

- تحديد حجم الراكد في المخزون والبحث عن الأسباب التي أدت إلى هذا الركود وتحليلها، ومنه التعامل مع هذه الأسباب ورفع القدرة الإستغلالية والتشغيلية للوصول إلى معالجة كافة صور الركود في المخزون؛

¹ محمد حسنين العجمي، مرجع سبق ذكره، ص358.

- مناخ وظروف العمل ومعنويات العاملين ومدى رضاهم أو سخطهم ومدى إستقرارهم الوظيفي ومتطلبات رفع كفاءتهم الإنتاجية، وبالتالي وضع الرجل المناسب في المكان المناسب؛

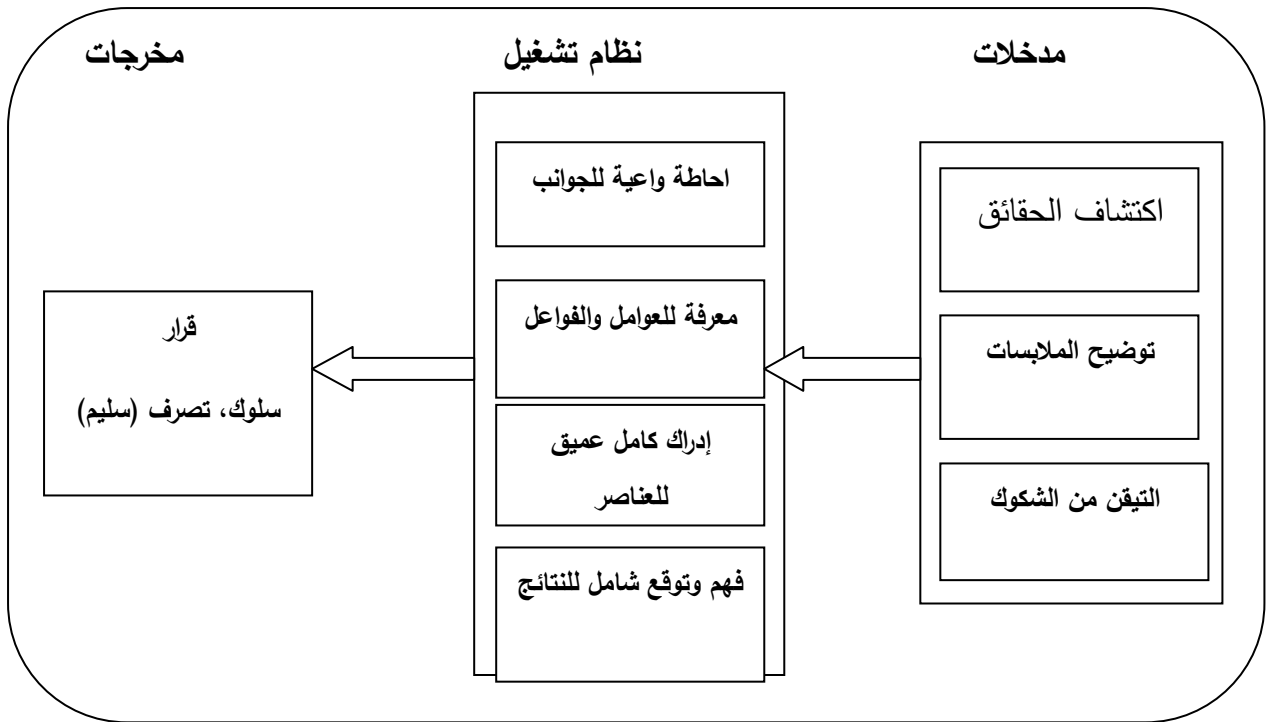
- تحديد مدى مناسبة العمل كمًا وحجمًا ونوعًا وتوزيعًا على العاملين التنفيذيين، ومدى سلامة خطوط السلطة والاتصال والإشراف المباشر وغير المباشر، ومدى عدالة التوزيع وعدالة العائد المتحقق والمدفوع للعاملين؛

- الوقوف على عوامل وأسباب الضعف الداخلي المؤثر على الإنتاج والإنتاجية، وأسباب وعوامل الضعف الخارجي المؤثر على المؤسسة.

إذا من خلال ما سبق نستنتج أن الإدارة بالتجوال تركز تركيزًا هامًا وأساسيًا على داخل المشروع بالمؤسسة، وبالتالي لها دور في إكتشاف ينابيع الإبداع والتطوير والتحسين والارتقاء نحو الأفضل.

2.2.3.1 مراحل الإدارة بالتجوال

باعتبار الإدارة بالتجوال مؤسسة إدارية متكاملة وفاعلة وذات طابع خاص، تستمد الخصوصية من خصوصية المدير القائد ومن خصوصية المؤسسة التي يعمل بها ومن خصوصية الظروف والأحوال المحيطة، ومنه يتم عرض هذه المؤسسة من خلال الشكل التالي:



الشكل رقم (03): مؤسسة الإدارة بالتجوال

المصدر: محسن أحمد الخضري، مرجع سبق ذكره، ص34.

إذا من خلال الشكل السابق نستخلص أن الإدارة بالتجوال تنقسم إلى ثلاثة مراحل متتابعة كل منها يصب في الأخرى، ويشكل قاعدة إرتكاز أساسية لما بعدها، وفي الوقت نفسه هي مراحل متكاملة.

1.2.2.3.1 المدخلات الرئيسية

يتم في هذه المرحلة توفير مجموعة البيانات والمعلومات الفعلية والمعارف اللازمة في الواقع الفعلي العملي التنفيذي التي تحقق لمتخذ القرار الإحاطة الشاملة بالمشروع وبالمواقف التي سيواجهها أثناء تجواله.

2.2.2.3.1 مرحلة تشغيل البيانات

يتم إستخدام في هذه المرحلة كافة الخبرات المكتسبة والمهارات والقدرات الإدارية المتوفرة لدى المدير المتجول بتحقيق ما يلي:

- إحاطة كاملة وواعية لكافة الجوانب والأبعاد الخاصة بعملية التنفيذ؛

- معرفة فورية وشاملة بكافة العوامل التي تقوم بالتنفيذ فعلا؛

- إستيعاب وتوقع شامل للنتائج التي ستحدث وفقا للمعطيات المتحصل عليها.

إذا نستخلص أن عملية التشغيل تقوم على تحديد العلاقات التشابكية ما بين الأسباب وما بين النتائج، وما بين فاعلية الإشراف وكم ونوعية الإنجاز المحقق.

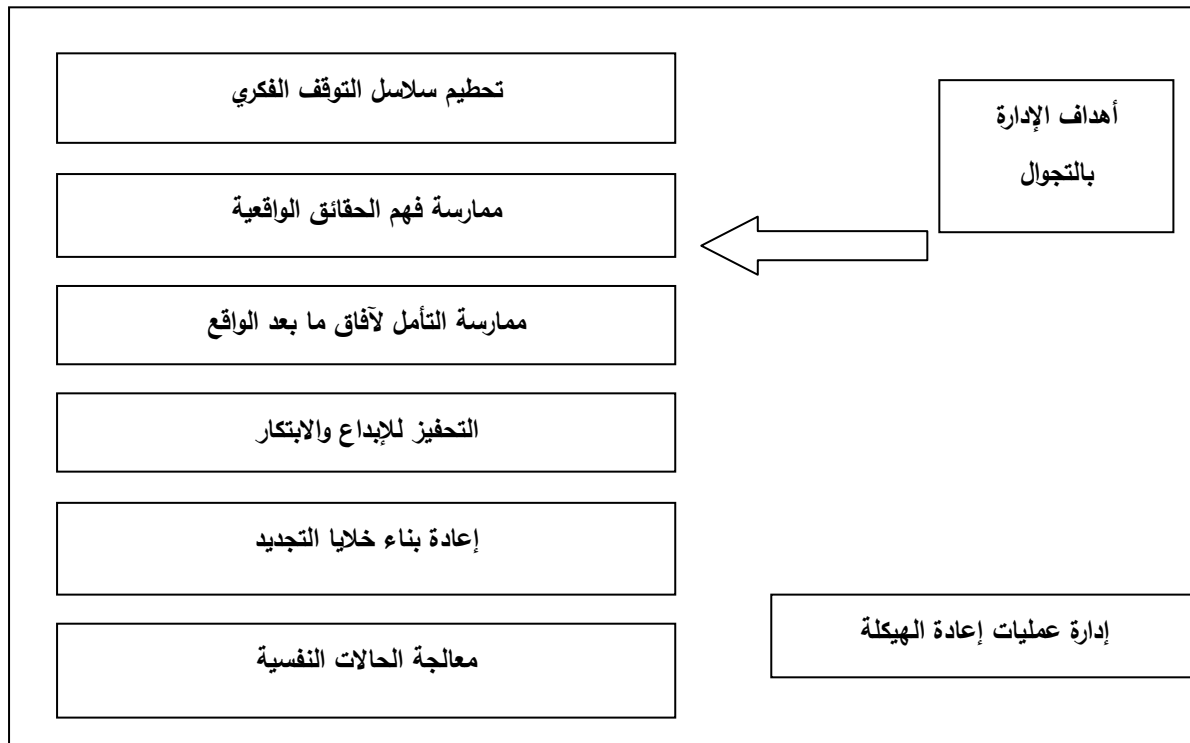
3.2.2.3.1 مرحلة المخرجات

هي تلك المرحلة التي يتم الإستفادة فيها من تطبيقات المعرفة والإحاطة التي تمت لدى المدير القائد، فالمعرفة وحدها لا تؤدي إلى أفضل النتائج بل دائما تحتاج إلى مهارة التطبيق وخبرة الممارسة. وتأخذ المخرجات شكل قرارات إدارية مرشدة وصائية، أو على شكل سلوك إداري منضبط أو تصرف إداري سليم.

3.2.3.1 أهداف الإدارة بالتجوال

تتعدد أهداف هذه الإدارة، حيث لا تقتصر فقط على الحصول على البيانات والمعلومات أو على الوقوف على ما يحدث فعلا داخل المؤسسة، بل إنها تمتد لتشمل تحقيق عدة أهداف رئيسية تظهر في الشكل الموالي¹:

¹ محسن أحمد الخضري ، مرجع سبق ذكره ، ص43.



الشكل رقم (04) : الأهداف الرئيسية للإدارة بالتجوال

المصدر: محسن أحمد الخضري ، مرجع سبق ذكره، ص44.

إذا من خلال الشكل السابق يتضح لنا أن أهم الأهداف هي:

- تحطيم سلاسل التوقف الفكري وحواجز التفكير السلبي الذي ينشأ عن الجمود الإداري الناجم عن الإدارة التقليدية، ومن ثم بدء التفكير في التغيير والإبداع؛
- ممارسة فهم الحقائق الواقعية الكافية وغير المعلنة التي قد تكون لم تذكر للإدارة العليا، ومنه تحقيق الإتصال والتواصل الدائم مع مختلف العاملين؛
- ممارسة التأمل لما بعد الواقع إلى آفاق التطوير وتنمية قدرات المؤسسة وإمكانياتها وتوظيفها بفعالية لتحقيق جملة الأهداف الكمية والنوعية الخاصة بالإنتاج والتسويق، والتمويل والأفراد بما يضمن الإستمرارية وتحسين المدخلات والمخرجات؛
- التحفيز للإبداع والارتقاء بمستويات التنفيذ إلى أعلى مقاييس الجودة؛

- إعادة بناء خلايا التجديد العقلي والفكري لدى الأفراد وكسر الروتين؛
 - معالجة كل الحالات النفسية التي تصيب العاملين والتي قد تكون ناتجة عن ضغوطات العمل والتي بدورها تؤدي إلى تكوين التنظيمات غير الرسمية؛
 - إدارة عمليات إعادة الهيكلة، فهي تعتبر عملية إعادة تشكيل الهيكل للمؤسسة وذلك من أجل مواجهة متغيرات حاضرة وصنع مقومات قوية قادرة على مسايرة الزمن؛
- إذا من خلال الطرح السابق نستنتج أن دفع وتيرة الإدارة بالتجوال كان نتيجة زيادة درجة التعقيد في العملية الإدارية وإتساع خطوط الإتصال بين المستويات الإدارية والتنفيذية وتعدد المراحل الإدارية وما ترتب عليها من بطء القرار الإداري نتيجة عبء البيروقراطية الثقيل، وبما لا يتناسب مع كثافة المتغيرات وتسارع الأحداث، وما يتطلبه إنتهاز الفرص المتاحة من سرعة ودقة وفاعلية، إذا كل ذلك وغيره أدى إلى تبني فكرة الإدارة بالتجوال. ومنه جاءت هذه الإدارة بتفويض أكثر للسلطة، تحسين قياس التنفيذ، تحقيق تقييم أفضل للأفراد كما لا بد من ربط المكافأة بالإنجاز الفعلي والقيام بتدريب أكبر وأفضل، بالإضافة إلى إعادة توزيع العمل على الطبيعة وإعادة تنظيم العمل، وجعل المسؤولية عن الخطط الذاتية.

3.3.1 نظرية إعادة هندسة نظم العمل

بعد أن كان التعامل مع مسارات التغيير والبناء وإعادة البناء يجري من خلال الإصلاح والترميم أو التحديث التقليدي المتدرج، أصبح العالم المتقدم يلج مسار التطوير والنهوض من خلال مدخل ثوري يدعى إعادة هندسة الأعمال أو الإدارة، وهو منهج معاصر في الفكر الإداري الاستراتيجي يقوم على التغيير الجذري للمؤسسات ونبذ الأساليب القديمة مع إعادة تصميم العمليات الأساسية التي

تقوم عليها المؤسسة لتقدم إنتاجها السلعي أو الخدماتي أو المعرفي بشكل يلبي إحتياجات الناس والمجتمع. لذا سوف نحاول من خلال هذا العنصر تسليط الضوء على مدخل الهندرة من خلال توضيح المفاهيم المختلفة التي قدمت لمثل هذا المنهج، وتوضيح الكيفية التي تتم بها اعادة هندسة العمليات في المؤسسات وما هي العوامل التي تساعد على نجاح هذه النظرية.

1.3.3.1 ماهية نظرية اعادة هندسة نظم العمل

تبدو كلمة الهندرة غريبة على أسماع الكثير منا ولا غرابة في ذلك فهي كلمة عربية جديدة مركبة من كلمتي هندسة وإدارة وهي تمثل الترجمة العربية لكلمتي (Business Reengineering)، وقد ظهرت الهندرة في بداية التسعينات وبالتحديد في عام 1992م، عندما أطلق الكاتبان الأمريكيان مايكل هامر وجيمس شامبي الهندرة كعنوان لكتابهما الشهير (هندرة المنظمات) ومنذ ذلك الحين أحدثت الهندرة ثورة حقيقية في عالم الإدارة الحديث بما تحمله من أفكار غير تقليدية ودعوة صريحة إلى إعادة النظر وبشكل جذري في كافة الأنشطة والإجراءات والإستراتيجيات التي قامت عليها الكثير من المؤسسات والشركات العاملة في عالمنا اليوم.

1.1.3.3.1 مفهوم الهندرة

يمثل هذا المنهج الطريق نحو التغير كما ويعتبر من أحدث مفاهيم التغيير التي أحدثت ثورة في عالم الإدارة الحديثة، فهي في مضمونها تمثل مطالبة جريئة لاعادة النظر في كل ما إعتدنا القيام به من أعمال، ويتضمن التعريف الأساسي كما وضعه مؤسس هذه النظرية بأنها "اعادة التفكير

المبدئي والأساسي وإعادة تصميم نظم العمل بصفة جذرية، بهدف تحقيق تحسينات جوهرية فائقة في معايير الإدارة الحاسمة، مثل التكلفة والجودة والخدمة والسرعة¹.

أولاً- التعريف

يقصد بهذا المنهج " إحداث تغيير شامل وجذري في العمليات الاستراتيجية داخل مؤسسات الأعمال، بهدف زيادة إنتاجية العاملين وزيادة معدلات أدائهم في جميع أقسام وإدارات المؤسسة²، كما أن هناك من حدد مفهوم هذا المنهج على أنه "السعي نحو أحداث تغييرات بعيدة المدى - استراتيجية ولاسيما في الفكر الجمعي للمؤسسات الجادة في التطور والنهوض، فضلاً عن النجاح بتلبية احتياجات الناس بصورة تنافسية وتحقيق نمو يتماشى مع متطلبات القرن الحادي والعشرين". كما يقصد به "البدء من جديد أي من نقطة الصفر وليس إصلاح وترميم الوضع القائم أو إجراء تغييرات تجميلية كترك البنى الأساسية كما كانت عليه، وإنما يعني التخلي التام عن إجراءات العمل القديمة الراسخة والتفكير بصورة جديدة ومختلفة في كيفية تصنيع المنتجات أو تقديم الخدمات لتحقيق رغبات العملاء³".

إذا يمكن تعريف الهندرة بأنها إعادة تصميم العمليات والإجراءات الهامة بشكل سريع وجذري، وفي ثلاث كلمات يمكن تعريفها بأنها تغيير جذري سريع، إذا نلاحظ أن إعادة الهندسة الإدارية ترتكز على جوانب أساسية وهي⁴:

¹ ERADAH, www.jps-dir.com/forum, 17/12/2011.

² علي عبد الهادي مسلم وأيمن علي عمر، علم تحليل وتصميم منظمات الأعمال-مدخلي إعادة الهيكلة وإعادة الهندسة، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2007، ص291.

³ الشبكة الوطنية الكويتية، www.nationalkuwait.com، تاريخ التصفح 2012/12/17.

⁴ أحمد ماهر، تطوير المنظمات-الدليل العلمي لإعادة الهيكلة والتميز الإداري وإدارة التغيير، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2007، ص550.

- إعادة التصميم، أي هناك تصميمًا غير كفء ومطلوب تحسينه؛
- العمليات والإجراءات، ينصب الأمر على العمليات وليس على الوظائف؛
- العمليات الإستراتيجية، ينصب الأمر على كل ما هو هام وحيوي؛
- سريع، لابد من أن يتم الأمر بشكل مفاجئ وسريع حتى لا تظهر مقاومة تذكر أمام التحسين؛
- جذري، أن التغيير قد يقضي على السابق في سبيل تحقيق نتائج مرضية.

كما يمكن النظر إلى الهندرة على أنها وسيلة إدارية منهجية تقوم على إعادة البناء التنظيمي من جذوره وتعتمد على إعادة هيكلة وتصميم العمليات الإدارية بهدف تحقيق تطوير جوهري وطموح في أداء المؤسسات يكفل تحقيق (سرعة الأداء، تخفيض التكلفة، جودة المنتج، تبدأ من نقطة الصفر، تركز على العمليات الإدارية، تهتم بالنتائج وتركز على حاجة العميل، تقوم على هيكلة العمل على أساس العملية ككل، تبدأ من التشكيك في مشروعية العملية الإدارية وضرورة بقائها أصلاً، كما تتميز بطموحاتها الفائقة حيث يلاحظ على مفاهيمها التركيز على عبارات مثل: "التغيير الجذري"، "تحسينات جوهرية"، "بناء أساسي"، "إعادة تصميم كلي").

إذا نستنتج أن أهمية الهندرة تتبع من كونها آليات جادة وطموحة للتعامل المعاصر مع المؤسسات عموماً ذات الوضع المتدهور لإنتشالها بإعادة هندسة عملياتها فضلاً عن التعامل مع المؤسسات التي يتوقع لها بلوغ الانحدار المؤسسي خلال دورة حياتها وذلك من خلال مواكبة المستجدات ذات التوجهات الإستراتيجية. كذلك فهذا المنظور يهدف إلى إعادة التفكير الأساسي وإعادة التفكير الجذري للعمليات الإدارية لتحقيق تحسينات جوهرية في معايير قياس الأداء الحاسمة مثل التكلفة والجودة والخدمة والسرعة¹.

¹ بلال خلف السكارنة، التطوير التنظيمي والإداري، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، ط1، 2009، ص149.

لذلك تعتبر إعادة هندسة الأعمال عملية إستراتيجية شاملة للتوائم مع المتغيرات والتحديات البيئية الداخلية والخارجية ومواجهتها والبحث عن الكفاءة والفاعلية من أجل البقاء والميزة التنافسية المستدامة، وهي ميزة حيوية حاسمة من أجل الإستمرارية والنمو والتقدم .

ولما كانت الهندرة عملية ديناميكية جذرية متكاملة فهي تلقي على إدارة الموارد البشرية ولاسيما المبدعة منها مسؤوليات ومهام إستثنائية لأنها تتطلب مهارات ومعرفة واسعة وخبرات عالية لقيادة وتنفيذ عملية التغير الشامل، ذلك لأن هذا النوع من الموارد البشرية المتقدمة أو ما يطلق عليها برأس المال الفكري الذي يتميز بالتفكير الإبداعي الرفيع والقدرات العالية على التخطيط المتقدم وتصور السيناريوهات والبدائل المتاحة والتحليل البيئي عليهم الاستخدام الكفء لتقنيات المعلومات وإدارة المعرفة والاختيار الواعي للاستراتيجيات السديدة في عالم شديد الاضطراب والتعقيد.

ثانيا - مبادئ إعادة هندسة الأعمال الفعالة

تقوم فكرة الهندرة على المبادئ التالية¹:

- دمج المهام الفرعية المتكاملة في مهمة واحدة؛
- إعادة تصميم العملية الواحدة من بدايتها وحتى نهايتها؛
- تصميم العملية الواحدة بشكل يمكنها من أداء أكثر من عمل في آن واحد؛
- تقليل المركزية وتقليل الإجراءات اللازمة للعمل؛
- خفض مستويات الرقابة والمراجعة وإتباع أساليب الرقابة الكلية؛

¹ محمد الصيرفي، التطوير التنظيمي، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، ط1، 2007، ص149.

- إستخدام أسلوب فرق العمل لتنفيذ العمل والجهد الجماعي؛
- الإستعانة بنظام معلومات حديث مع تبني فكرة اللامركزية في إستخدامه؛
- إعطاء الموظفين السلطة الكافية لأداء مهامهم بكفاءة .

2.1.3.3.1 الجهات التي تتولى الهندرة

الأفراد هم الذين يقومون بالهندرة وليس التنظيمات فلا بد من تحديد هؤلاء الأفراد الذين يقومون بالهندرة والمسؤولين عن هذه العملية، فإختيار وتنظيم المختصين بتطبيق الهندرة هو أساس لنجاح الجهود والأهداف المرتبطة بهذه العملية ويمكن تحديد الجهات التي تتولى هذه العملية، كما لا بد أن تكون هذه الجهات مجتمعة أو منفردة وهي كالتالي¹:

أولاً- قائد العملية

هو المؤسس الذي يتولى زمام المبادرة إنطلاقاً من كونه أحد كبار المسؤولين التنفيذيين ذوي الصلاحيات الكافية لإحداث التغيير اللازم بالتنظيم وإقناع الأعضاء بقبول هذه التغيرات الجذرية التي تحدثها عملية الهندرة، وفي العادة لا يتم تكليف مسؤول تنفيذي معين بمهام قيادة عمليات الهندرة وإنما هي مبادرة و دور ذاتي يقوم به أي مسؤول تنفيذي لديه الصلاحيات لتنفيذ تلك المهمة بشرط أن تتوفر لديه الرغبة والحماس لتطوير وتحديد العمل بالمؤسسة وتحسين وضعها الحالي والدور الأساسي له كمحفز للقيام بهذه العملية وكذلك يقوم بإعطاء إشارة البداية.

¹ الشبكة الوطنية الكويتية، مرجع سبق ذكره .

ثانيا - صاحب العملية

يجب أن يتولى مسؤولية توجيه الهندرة احد المديرين في مستوى إداري عالي وذو مسؤوليات إدارية ميدانية كما يجب أن يتمتع بشخصية مرموقة ونافذة داخل المؤسسة. إذا كان دور القائد يتمثل في تنفيذ الهندرة على نطاق واسع فان دور هذا المدير يتمثل في توجيه الهندرة في نطاق أقل وعلى مستوى محدد.

ثالثا - فريق الهندرة

يمثل مجموعة الأفراد المختصين بهندرة عملية محددة والذين يقومون بتشخيص العملية الحالية وإعادة تصميمها وتنفيذها، ولا يستطيع أعضاء أي فريق القيام بالهندرة لأكثر من عملية واحدة في كل مرة مما يعني أنه عند الرغبة في الهندرة لأكثر من مجال يجب وجود أكثر من فريق عمل، ويكون أعضاء الفريق بسيطا ويتكون من خمسة إلى عشرة أفراد من الداخل ومن الخارج.

رابعا - اللجنة الموجهة

هي لجنة من كبار المديرين الذين يختصون بتطوير سياسة وإستراتيجية الهندرة الكلية ومراقبتها وتطبيقها.

خامسا - منسق الهندرة

يسمى أحيانا بالقيصر وهو الشخص الذي ينسق بين عمليات إعادة الهندسة، وهو الذي يبحث عن الموارد المطلوبة لهذه العمليات ومستلزمات كل منها كما يبحث باستمرار في تطوير أساليب إعادة

الهندسة لزيادة كفاءتها وفعاليتها ، ويتمثل دوره في العمل كمساعد رئيسي لقائد العملية فيما يتعلق بمشروعات الهندرة ويجب أن يكون مرتبطاً إدارياً من حيث المبدأ بالقائد.

3.1.3.3.1 فوائد الهندرة

يحقق تطبيق الهندرة الإدارية فوائد عديدة تعود على التنظيم بكفاءة وفعالية عالية وبشكل يحافظ على البقاء واستمرار التنظيمات في مواجهة التحديات الجديدة، ومن أهم هذه الفوائد مايلي²:

- لا بد من تجميع الأعمال ذات التخصصات الواحدة والمختصة بتقديم خدمات أو سلع معينة في مكان واحد بشكل يؤدي إلى توفير الوقت المستغرق في تقديم الأعمال، وتوفير الوقت للجمهور والتكاليف وتجنب الغموض في تقديم الأعمال وتتحول هذه الوحدات إلى فرق العمليات؛
- تتحول الوظائف من مهام بسيطة إلى أعمال مركبة بعد تكوين فرق العمل المتخصصة في أداء الأعمال في أماكن محددة وواضحة وسهلة الوصول وبسيطة الإجراءات، فالمسؤولية تكون مشتركة بين الأعضاء وليست فردية وبالتالي يؤدي إلى تعاون الأفراد وتنمية روح الجماعة؛

¹ محمد خير طيفور، إعادة هندسة الأعمال الإدارية وسيلة لتحقيق التميز التنافسي للمنظمات المعاصرة "تجربة إعادة هندسة نظم العمل والجودة الشاملة والمطبقة لدى المؤسسة العامة للاتصالات في سوريا"، جامعة حلب كلية الاقتصاد ، دبلوم إدارة الأعمال إدارة الإنتاج، 2005-2006، www.hbiby.com/vb/t19338.html ، تاريخ التصفح 2012/11/10.

² الشبكة الوطنية الكويتية، مرجع سبق ذكره .

- تطلب موظفين قادرين على تأسيس القواعد والتعليمات بأنفسهم أي قادرين على الإبداع والمبادرة، حيث أن الإدارة تكلف فرق العمل بمسؤولية تنفيذ عملية كاملة وتفوض الصلاحيات اللازمة لإتخاذ القرارات التي يحتاجون إليها لتنفيذ ذلك العمل؛
- يتحول الإعداد الوظيفي من التدريب إلى التعلم حيث يساعد التعليم على إيجاد موظفين قادرين على إكتشاف متطلبات العمل بأنفسهم وترسيخها في أذهان العاملين وزيادة قدرتهم على ضمان مجالات العمل المناسبة لهم والاستعداد المستمر لتنفيذها وفقا لمتطلبات العمل؛
- تعتمد على نظام المكافآت والتعويض على أساس الناتج النهائي للعمل وبشكل جماعي؛
- تتم الترقية إلى وظيفة أعلى بناءا على قدرات الموظف وليس أدائه حيث أن الترقيات تعتبر تغير في الوضع الوظيفي وليس مكافأة، أي أنه يتم مكافأة العاملين مقابل أداء أعمالهم في حين تكون المكافأة على قدراتهم الوظيفية بالتترقيات؛
- تغيير الثقافة التنظيمية السائدة فالهندرة تعمل على إحداث تغيير في ثقافة المؤسسة وذلك من خلال الترسخ في أذهان الأفراد العاملين بأن أهم ما في التنظيم هو تقديم خدمات ذات جودة عالية للعملاء، حيث أنه في الهندرة يتم إدخال مفاهيم وأفكار وإتجاهات جديدة تؤدي كلها إلى التركيز على نوعية الخدمة ورضا الجمهور بالدرجة الأولى؛
- تقوم الهندرة بإلغاء المستويات الإدارية الهرمية والإستعانة بالتنظيم المنبسط الذي يعمل على بقاء البناء التنظيمي ثابتا وأفقيا لأن فرق العمل تمارس أعمالها بحرية وإستقلالية كاملة؛
- يتحول المسؤولون في ظل هذا المفهوم من مراقبين إلى قياديين حيث أن الأفراد التنفيذيين يقومون بالعمل كقياديين وهدفهم الأول هو التركيز على كيفية تصميم العمل وإنجازه؛
- يتحول دور المدراء المشرفين إلى موجهون يعملون على مساعدة العاملين وترقب المشكلات التنظيمية والعمل على وضع حلول لها.

2.3.3.1 العوامل الحاسمة لنجاح إعادة هندسة العمليات

يحتاج تنفيذ برنامج إعادة الهندسة إلى توفر عدد من المتطلبات الأساسية والتي يمكن تسميتها بالعناصر الحاسمة للنجاح، ومن تلك المتطلبات¹:

1.2.3.3.1 الإستراتيجية

برنامج إعادة الهندسة يجب أن يرتبط بالرؤيا والأهداف الإستراتيجية للمؤسسة .

2.2.3.3.1 التزام وقناعة الإدارة العليا

يتوقف نجاح إعادة هندسة العمليات على مدى التزام وقناعة الإدارة العليا في المؤسسة بضرورة الحاجة لتبنى برنامج إعادة الهندسة، من أجل تحسين الوضع التنافسي لها، وهذه القناعة يمكن أن تتجلى في صورة تخصيص الموارد اللازمة لتنفيذ البرنامج .

3.2.3.3.1 تكنولوجيا المعلومات

يعتبر إستخدام تكنولوجيا المعلومات كأداة لبناء عمليات جديدة بدلاً من الإعتماد على العمليات القائمة على النظام القديم لتكنولوجيا المعلومات، لذا أكد الإقتصاديون على أهمية الحاجة لإستخدام تكنولوجيا المعلومات الحديثة لدعم تنفيذ عملية إعادة الهندسة.

¹ سعد مرزوق العتيبي، راشد محمد الحمالي، إعادة هندسة العمليات الإدارية (لهندرة) في القطاع العام عوامل النجاح الحاسمة، ورقة بحثية ضمن المؤتمر الوطني الأول للجودة، المنعقد 18ماي 2004م، بكلية العلوم الإدارية، جامعة الملك سعود.

4.2.3.3.1 الإتصال

يعتبر من العناصر الأساسية المساعدة لتنفيذ إعادة الهندسة حيث تشكل قناة وتقبل الموظفين في المراحل الأولية للتغيرات المترتبة على عملية التنفيذ، ويعتمد ذلك بصورة جوهرية على قدرة الإدارة على تبني قنوات الاتصال الفعالة والمستمرة مع أصحاب المصالح داخل المؤسسة وخارجها، كما تعتبر عملية الاتصال ضرورية لتحقيق الاستقرار التنظيمي عند الشروع في تطبيق إعادة الهندسة.

5.2.3.3.1 تمكين العاملين

لا يمكن بأي حال من الأحوال تجاهل أهمية التمكين وإدارة الموارد البشرية في نجاح تطبيق إعادة الهندسة، ووفقاً لفلسفة إعادة الهندسة يتم تحويل العاملين في المستويات الإدارية الدنيا لإتخاذ قرارات ذات العلاقة بعملهم، وهذا بطبيعة الأمر يعنى التخلي عن النمط البيروقراطي السائد. الهدف من تمكين العاملين رفع مستوى الرضا الوظيفي وتطوير العاملين ليكتسبوا مهارات متعددة.

6.2.3.3.1 الإستعداد للتغيير

يتطلب تطبيق إعادة الهندسة تغيير الثقافة التنظيمية القديمة التي يتم بموجبها العمل الحالي في المؤسسة، إلى ثقافة جديدة تركز على المقومات الأساسية التي تتطلبها عملية التطبيق، وثقافة المؤسسة تشمل مجموعة المبادئ، القيم، المفاهيم والمعتقدات السائدة لدى الأفراد العاملين¹.

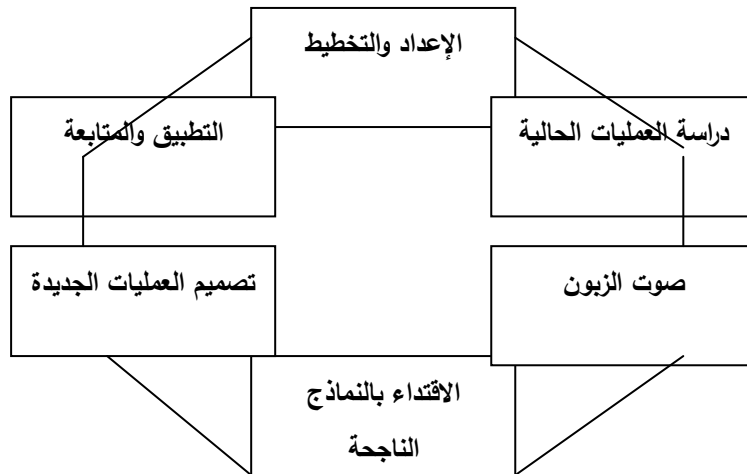
¹ سعد مرزوق العتيبي، راشد محمد الحمالي، مرجع سبق ذكره.

3.3.3.1 المنهج العلمي لتطبيق إعادة الهندسة

هناك الكثير من المناهج المستخدمة في الهندرة، وجميع تلك المناهج لا تختلف في الأساسيات (الإعداد، دراسة الوضع الحالي للعمليات، التصميم الجديد للعمليات، التطبيق) بينما يقع الاختلاف في بعض الأمور الفرعية وأسلوب مناولة المشاريع، والمنهج العلمي الذي يتم عرضه هنا هو المنهج الذي تم إتباعه في مشاريع تم تنفيذها من قبل خبراء الهندرة في بلدان عديدة. إذ أن المنهج العلمي يختلف عن المناهج الأخرى بتركيزه على صوت العميل والافتداء بالنماذج الناجحة كركيزتين أساسيتين في

1

المنهج إضافة إلى الركائز الأساسية المذكورة أعلاه. وقد أثبت هذا المنهج بعد تجربته نجاحاً وفعالية في النتائج التي تم التوصل إليها، كما يتكون هذا المنهج من ستة مراحل رئيسة، وكل مرحلة من هذه المراحل لها إجراءاتها وخطواتها والتي سوف يتم التعرض لها كما يلي:



الشكل رقم (05): المنهج العلمي للهندرة

المصدر: عبد الله ساعتي، مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، القاهرة، ط1، 1998، ص27.

¹ عبد الرحمن تيشوري، دراسات وأبحاث في العلوم السياسية والعلاقات الدولية - العلوم الإدارية www.justgoo.com، تاريخ التصفح 2012/11/10.

1.3.3.3.1 التخطيط والإعداد

إن الإعداد والتخطيط الجيد لعملية ما يؤدي بالضرورة إلى الحصول على نتائج جيدة. ومن هذا المنطلق كان من الضروري قبل البدء بعملية الهندرة الإعداد لها بجمع المعطيات والتفاصيل والاختيار الدقيق للعملية المراد هندستها، كما يجب تشكيل لجنة قيادية وفريق عمل وتجهيز كافة

¹ المتطلبات التي يحتاجها الفريق لإنجاز المشروع .

أولاً- التعريف بمفهوم الهندرة

قبل البدء في مشروع الهندرة لابد أن يتم التعريف بمفهومها والنتائج المتوقعة عند تطبيقها للمسؤولين التنفيذيين والعاملين بالمؤسسة وهناك العديد من الأساليب التي يمكن من خلالها التعريف بمفهوم الهندرة منها على سبيل المثال عقد ندوات ولقاءات، أو توزيع نشرات تعريفية بالمفهوم².

ثانياً- اختيار العملية التي سيتم هندرتها

عند البدء بعملية إعادة التصميم لابد من اختيار العملية التي سيتم هندرتها بدقة، فهناك شروط ومميزات تعرف من خلالها العملية التي تحتاج إلى الهندرة أهمها، تحديد المسارات التي يتم من خلالها أداء الأنشطة والعمليات المختلفة بالمؤسسة، ثم إختيار المسارات الأكثر احتياجاً للهندرة والتي لها تأثير مباشر على تطور العمل من خلال الأخذ بعين الاعتبار المعايير التالية (ارتفاع نسبة الإعادة في المسار، الحاجة إلى تبادل الكثير من المعلومات، ازدواجية الإجراءات، ارتفاع التكلفة، طول الوقت (خاصة الانتظار)، كثرة الفحص والرقابة، إعادة إدخال المعلومات نفسها أكثر من مرة.

¹ أحمد بن صالح عبد الحفيظ، المرجع العملي لتطبيق منهج الهندرة، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2003، ص 30.

² محمد الصيرفي، مرجع سبق ذكره، ص 42.

ثالثاً - تشكيل اللجنة القيادية

تتمثل مهمة هذه اللجنة في وضع الخطة الإستراتيجية للمشروع ومعالجة المشكلات وتحليل الصعوبات التي تواجه فريق العمل أثناء الدراسة ودعم تطبيق توصيات المشروع .

رابعاً - إختيار أعضاء فريق العمل وتدريبهم

إن بناء فرق العمل الفعالة يعتبر من أهم أساليب التنمية الإدارية وهو الاستثمار الأفضل للموارد البشرية، حيث أن العمل الجماعي يؤدي إلى تعظيم العائد من الجانب الاقتصادي والاجتماعي، فهو يسمح للفرد بأن يكون أكثر رضا وانتماء لمؤسسته¹. وتقوم اللجنة القيادية بالتعاون مع الإدارات والأقسام ذات العلاقة المباشرة بالمسار، باختيار رئيس وأعضاء فريق العمل. وعادة ما يتكون الفريق من أربعة إلى ستة أفراد إضافة إلى منسق للأعمال، يتم اختيارهم حسب صفات وشروط محددة. تتمثل في (الخبرة العملية في مجال العملية المراد هندرتها، مهارات التفاعل الإيجابي، مهارات الاتصال، روح العمل الجماعي، النظرة الشمولية، الإبداع، التفاؤل، الحماس، الإصرار واللباقة)، وبعدها يتم تدريبهم على المنهج العلمي للهندرة.

خامساً - العرض على اللجنة القيادية

تلعب مؤازرة ودعم وتأييد اللجنة القيادية لمشروع الهندرة دوراً هاماً في نجاحها، ولقد بينت الدراسات أن أحد أكثر الأساليب نجاحاً في استمرارية وتقوية هذا الدعم هو إبقاء اللجنة القيادية على دراية واطلاع دائم بتفاصيل المشروع، ولذلك يجب عرض ما تم انجازه خلال كل مرحلة وأخذ الموافقة اللازمة لإتمام مراحل وعمليات الهندرة والخاصة بميزانية الفريق والخطة العامة للمشروع، مما يساعد على تسهيل مهمة فريق العمل لكسب تأييد اللجنة القيادية للنتائج والتوصيات.

¹ محمد عبد الفتاح الصيرفي، مرجع سبق ذكره، ص 127.

2.3.3.3.1 دراسة العملية الحالية

يحتاج فريق العمل في هذه المرحلة من المشروع إلى التعرف على الوضع الحالي لأداء العمل ويجب التنويه هنا إلى أن الفريق لا يحتاج إلى التحليل المفصل للعملية للإحاطة بكافة تفاصيلها وجوانبها، وإنما يحتاج فقط إلى إلقاء نظرة فاحصة بما يكفي لفهم كيفية أداء العمل.

أولاً- تحديد مستوى تفاصيل المعلومات المطلوبة

يجب قبل البدء في جمع المعلومات تحديد مستوى تفاصيل المعلومات المطلوب جمعها، والذي يحدد ذلك هو الرؤية المستقبلية التي تم وضعها من قبل اللجنة القيادية في بداية المشروع وهناك العديد من المستويات المختلفة لتفاصيل المعلومات تبدأ من رسالة المؤسسة وتنتهي بتفاصيل أداء الإجراءات التي يؤديها الموظفون بالمؤسسة لأداء أعمالهم اليومية .

ثانياً - جمع المعلومات

يتم التعرف على الوضع الحالي لأداء العملية من خلال ثلاث نواحي¹ :

- أ. الناحية الفنية: هي التعرف على جميع التفاصيل الفنية المتعلقة بالعملية الحالية وتتحصر في الإجراءات، الخطوات، النماذج، الأدوات، الأنظمة والوقت المستغرق لإنجاز العملية.
- ب. الناحية التنظيمية: يقصد بها التعرف على تفاصيل الهيكل التنظيمي الذي تتوزع عليه العملية تحت الدراسة (الإدارات والأقسام)، إضافة إلى مسميات وظائف القائمين على إنجاز العملية ومستواهم التنظيمي ومهاراتهم الفنية والعملية .
- ت. الناحية الاجتماعية: تتمثل في التعرف على بيئة العمل التي يعمل خلالها القائمون على إنجاز العملية، والتعرف على الحوافز والمزايا التي تتوفر لهم .

¹ محمد الصيرفي، مرجع سبق ذكره، ص55.

وللقيام بمهمة جمع المعلومات يقوم فريق العمل بتحديد الإدارات والأقسام التي لها علاقة بالعملية تحت الدراسة، كما لابد من القيام بزيارات ميدانية لكافة الإدارات والأقسام ومواقع العمل التي تم تحديدها مسبقا بهدف الوقوف ميدانياً على أسلوب أداء العمل وجمع كافة المعلومات المطلوبة .

ثالثاً- رسم العمليات الحالية

بعد جمع المعلومات المتعلقة بالناحية الفنية، التنظيمية والاجتماعية، يتم رسم العملية الحالية بالاستعانة بخرائط التدفق¹.

رابعاً - تدقيق المعلومات ومطابقتها

ذلك للتأكد من صحة المعلومات التي تم جمعها من الإدارات والأقسام، ومن ثم عرضها على مدراء الإدارات والأقسام المعنيين بالعملية، وأخذ موافقتهم على صحة المعلومات والبيانات التي تم جمعها.

خامساً- دراسة وتحليل معلومات العملية الحالية

يقوم فريق العمل بدراسة وتحليل جميع المعلومات للتعرف على الأسلوب الذي تم به العمل وكل ما يؤثر على إنجازه من الناحية الفنية، التنظيمية والاجتماعية، كما يتم تحديد نقاط القوة مثل سرعة الإنجاز ومدى خدمة العميل، ومواطن الضعف في الإجراءات والأدوات المستخدمة في العملية قيد الدراسة، والتعرف على تكلفتها والزمن المستغرق لإتمامها وإمكانية التحسين.

¹ علي عبد الهادي مسلم وأيمن علي عمر، مرجع سبق ذكره، ص 306.

سادسا- العرض على اللجنة القيادية

بعد دراسة وتحليل العملية الحالية يقوم فريق العمل بتقديم عرض على اللجنة القيادية يتم فيه شرح تفاصيل العملية، ويفضل أن يتضمن العرض النقاط التالية¹:

أ- عرض العملية عن طريق شرح مخطط العملية؛

ب- توضيح الصعوبات والمشاكل التي تواجه سير العملية الحالية، ونقاط القوة والضعف، ويفضل استخدام الإحصاءات والرسومات البيانية؛

ج- عرض فرص وإمكانيات تحسين الوضع الحالي بصورة أولية؛

د- تقديم ملخص عن مهام فريق العمل في المراحل المتبقية من المشروع.

3.3.3.3.1 الاستماع لصوت العميل

تتميز الهندرة بتركيزها الشديد على الزبون لأنه مصدر رئيسي للتغيير والتحسين، وتبرز هنا أهمية مرحلة الاستماع لصوت الزبون، وذلك بغرض التعرف على رغباته وأولوياته، وتلبية حاجاته، والأخذ بعين الاعتبار اقتراحاته في مجال تحسين الخدمات أو المنتجات المقدمة²، ولإنجاز هذه المرحلة لابد من (تعريف وتحديد العميل، أساليب الاستماع لصوت العميل، جمع المعلومات، تحليل وحفظ البيانات).

إذا نلاحظ أنه لابد على فريق العمل من تحديد الركيزة الأساسية لعملية التحسين والتطوير للعملية والمتمثلة في تحديد زبون المؤسسة، سواء كان زبون خارجي وهو المستفيد من الخدمة المقدمة أو

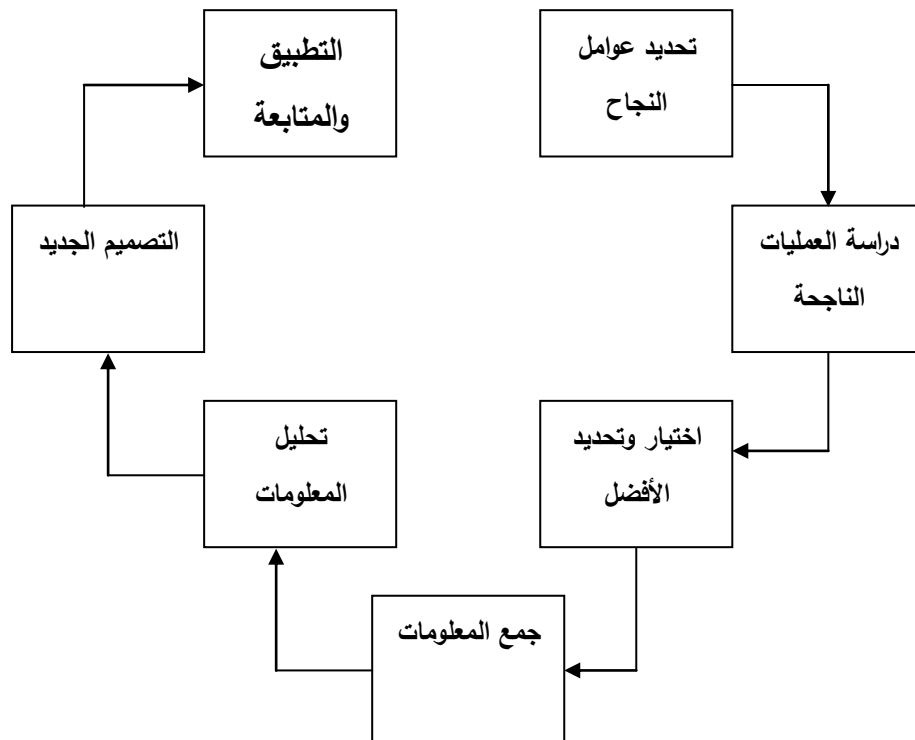
¹ محمد الصيرفي، مرجع سبق ذكره، ص 63.

² أحمد بن صالح عبد الحفيظ، مرجع سبق ذكره، ص 67.

الزبون الداخلي وهو العامل بالمؤسسة، كما هناك العديد من الأساليب للسماع لصوت الزبون، إما قوائم الإستبيان أو السماع للشكاوى من خلال طرق الإتصال المختلفة .

4.3.3.3.1 الإقتداء بالنماذج الناجحة

تعتبر عملية مستمرة لقياس أداء المنتجات والخدمات المقدمة مقابل أداء المؤسسات الأخرى المنافسة أو الرائدة عالميا في نفس المجال، إذا يتمثل الهدف من الإقتداء بالنماذج الناجحة هو التعرف على أفضل التطبيقات في المؤسسات التي لديها عمليات مماثلة للعملية محل الدراسة، كما وتتطلب هذه العملية إتباع الخطوات الموضحة في الشكل الموالي:



الشكل رقم (06): المنهج العلمي للاقتداء بالنماذج الناجحة

المصدر: أحمد بن صالح عبد الحفيظ، مرجع سبق ذكره، ص 89.

5.3.3.3.1 تصميم العملية الجديدة

يتم في هذه المرحلة إستنباط أساليب وأفكار جديدة لتطوير وتحسين العمل، ويتم في هذه المرحلة تصميم العملية الجديدة وتوثيقها لوضعها بديلا عن العملية الحالية، عند القيام بوضع تصميم للعملية الجديدة فمن الأفضل طرح أكثر من بديل والتي تحقق الشروط التالية:

- أن تحقق هذه البدائل الرؤية المستقبلية للمشروع ؛
- أن يمكن تحقيقها ضمن إمكانيات المؤسسة ؛
- أن تؤدي إلى قفزة وتغيير هائلة ؛
- أن تكون أقل تكلفة عند تطبيقها ؛
- أن تحقق رغبة الزبائن.

بعد ذلك تتم المفاضلة بين هذه البدائل واختيار أفضلها وأسرعها وأجودها وللوصول إلى تصميم أفضل لابد أن تحرص الإدارة على استخدام التكنولوجيا الحديثة وتكنولوجيا المعلومات والتفكير الإبداعي.

6.3.3.3.1 التطبيق والمتابعة

أي وضع الخطة الجديدة موضع التنفيذ ولا بد هنا من تدريب العاملين على العمليات الجديدة حتى يتم تنفيذها بالحد الأدنى من الأخطاء أو الصعوبات كما يتطلب الأمر متابعة مستمرة لقياس النتائج الأولية وتحديد درجة فاعليتها في تحقيق الأهداف المطلوبة، إذا تعتبر هذه المرحلة هي أصعب وأطول مراحل مشروع الهندرة وتتطلب مساندة ومشاركة فعالة من رئيس وأعضاء اللجنة القيادية

للمشروع، وتتم من خلال إتباع الخطوات التالية (تشكيل فريق التطبيق، وضع خطة التطبيق، التطبيق، المتابعة والتطوير)¹.

إذا بعد عرض عملية إعادة هندسة النظم نستنتج أن أهميتها تتبع من كونها آليات جادة وطموحة للتعامل المعاصر مع المؤسسات عموماً ذات الوضع المتهور لإنتشالها بإعادة هندسة عملياتها، فضلاً عن التعامل مع المؤسسات التي يتوقع لها بلوغ الانحدار المنظمي خلال دورة حياته وذلك من خلال مواكبة المستجدات ذات التوجهات الاستراتيجية، كذلك فهذا المنظور يهدف الى تحقيق تحسينات أساسية بنيوية وأدائية للمؤسسة ليشمل تكلفة عمليات الانتاج ومراحلها وتعظيم عوائدها وقيمتها الإقتصادية المضافة، ولذلك فإعادة هندسة الأعمال هي عملية إستراتيجية شاملة للتواءم مع المتغيرات والتحديات البيئية الداخلية والخارجية ومواجهتها والبحث عن الكفاءة والفاعلية من أجل الإستمرارية والنمو والتقدم.

¹ أحمد بن صالح عبد الحفيظ، مرجع سبق ذكره، ص 113.

خلاصة الفصل

بعد تقديم مختلف التطورات التي عرفت نظريات التسيير بالمؤسسات، نلاحظ أنه لا بد على المؤسسات من إستحداث ثقافة الإلتزام بالتحديث وذلك من أجل الوصول إلى إدارة فعالة، فما لاحظناه من خلال الدراسة التي قمنا بها أن نماذج التطور الإداري تركز على مبدأ تحقيق الإجماع والمشاركة بين الأفراد في المؤسسة .

إذا يمكن تبني أساليب وسياسات التطوير الإداري بالمؤسسة من خلال التركيز على جودة التسيير، جودة الخدمات وجودة العمليات وجودة التنظيم، وهو ما يعبر عنه بأنظمة التسيير الحديثة التي تركز على الجودة والتي تعتبر حالياً أفضل علاج للقضاء على مختلف المشاكل التسييرية، التنظيمية التي تعاني منها مختلف المؤسسات، هذا ما سنحاول إبرازه من خلال الفصول القادمة .

الفصل الثاني

عصرنة تسيير المؤسسات الاستشفائية العمومية

وأثره على جودة الخدمات الصحية

الفصل الثاني: عصرنة تسيير المؤسسات الاستشفائية العمومية وأثره على جودة الخدمات الصحية

تمهيد

إن التسيير الفعال للمؤسسات يتطلب وجود تسيير ديناميكي هادف، والبحث الدائم عن تحسين الأداء الذي سيظهر من خلال تحقيق الأهداف والتحكم في التكاليف، لذا أصبح الاعتماد على تقنيات حديثة في التسيير عاملاً رئيسياً لفعالية المؤسسات، هذه الوضعية تتطلب إعادة النظر في مبادئ التسيير لمواكبة التغيرات الراهنة التي تعيشها المؤسسات بصفة عامة، والصحية منها خاصة.

حيث أننا نلاحظ أنه من بين أبرز التحديات التي تواجهها المؤسسات الصحية في هذا الوقت هي عملية الموازنة بين أهدافها وتحقيق مشاركة فاعلة لخدمة المجتمع، بمعنى آخر الموازنة بين الحصول على إيرادات مالية تمكن إدارة المؤسسات الصحية من تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية، وتقديم تلك الخدمات لكل شرائح المجتمع بغض النظر عن قابليتهم للدفع، على أن يتم ذلك ضمن رؤية من شأنها أن تقود التحول من الاكتفاء بعلاج المستفيدين على أساس الحاجة السريرية فحسب، إلى تبني رؤية وقيم شاملة نحو تحسين صحة أفراد المجتمع ككل.

إذاً مما لا شك فيه أن تحقيق مثل هذه الموازنة هو أمر صعب يتطلب توفر جملة من العوامل، فعلى المؤسسات الصحية المعاصرة التي تريد أن تبقى وتستمر وتتجح أن تتعرف على أسواقها، وتقوم بجذب الموارد اللازمة لإتمام عملياتها الإنتاجية بكفاءة وفاعلية، ومن ثم تحويل تلك الموارد إلى خدمات مناسبة، وإيصال تلك الخدمات إلى أسواق مستهلكيها ومجتمعات المستفيدين منها بشكل متاح، هذا فضلاً عن عوامل أخرى كثيرة منها تفعيل التواصل مع الجمهور، ووجوب الالتزام برسالة الرعاية الصحية والترويج للخدمات الصحية بغرض الإعلام والإخبار عنها، فضلاً عن إشباع حاجات ورغبات أسواق تلك المؤسسات الصحية بشكل فاعل .

1.2 ماهية جودة الخدمات الصحية

إن المتغيرات المستمرة والسريعة التي يعرفها المحيط العالمي للمؤسسات المتمثلة خاصة في بروز التكتلات الاقتصادية الدولية وما تمنحه من مزايا تفضيلية لمنتجاتها إضافة إلى الاتجاه نحو الانفتاح الدولي على الصعيد التجاري، والاستثماري والمعلوماتي وما يخلفه ذلك من منافسة شديدة لا حدود لها، تزايد وعي المؤسسات بضرورة الاهتمام بجودة منتجاتها كأحد الأساليب التنافسية، لضمان البقاء والاستمرارية في وسط المحيط التنافسي الذي تنشط فيه.

حيث كان ينظر الاقتصاديون إلى الخدمات على أنها مجرد مخرجات غير ملموسة لا قيمة لها، ولكن مع بداية الثورة الصناعية وتزايد الطلب على الخدمات المصاحبة للإنتاج وخدمات ما بعد البيع (من نقل، تمويل، تأمين، تخزين وترويج). بدأ الاقتصاديون يدركون أهمية الخدمات، بل تعدى الأمر إلى توسيع نطاقها إلى مختلف أنواع الخدمات من مصرفية، قانونية، تعليمية، سياحية وصحية.

لذلك كان علينا قبل التطرق إلى جودة الخدمات الصحية من تقديم صورة واضحة عن جودة الخدمة ثم تحديد مفهوم الخدمات الصحية.

1.1.2 تعريف جودة الخدمة

يعتبر مفهوم إدارة الجودة من المفاهيم الإدارية الحديثة والذي بدأت بتطبيقه العديد من المؤسسات العالمية لتحسين وتطوير نوعية خدماتها وإنتاجها، والمساعدة في مواجهة التحديات الشديدة وكسب رضا الجمهور ونتيجة لأهمية هذا المفهوم وانتشار تطبيقه في دول العالم ازداد اهتمام الباحثين والدارسين ومراكز العلم به وقد طرحت تعريفات عديدة لهذا المفهوم، لذلك كان علينا قبل البدء بعرض مفهوم جودة الخدمة لابد من تقديم تعريف للجودة والخدمة.

1.1.1.2 تعريف الجودة

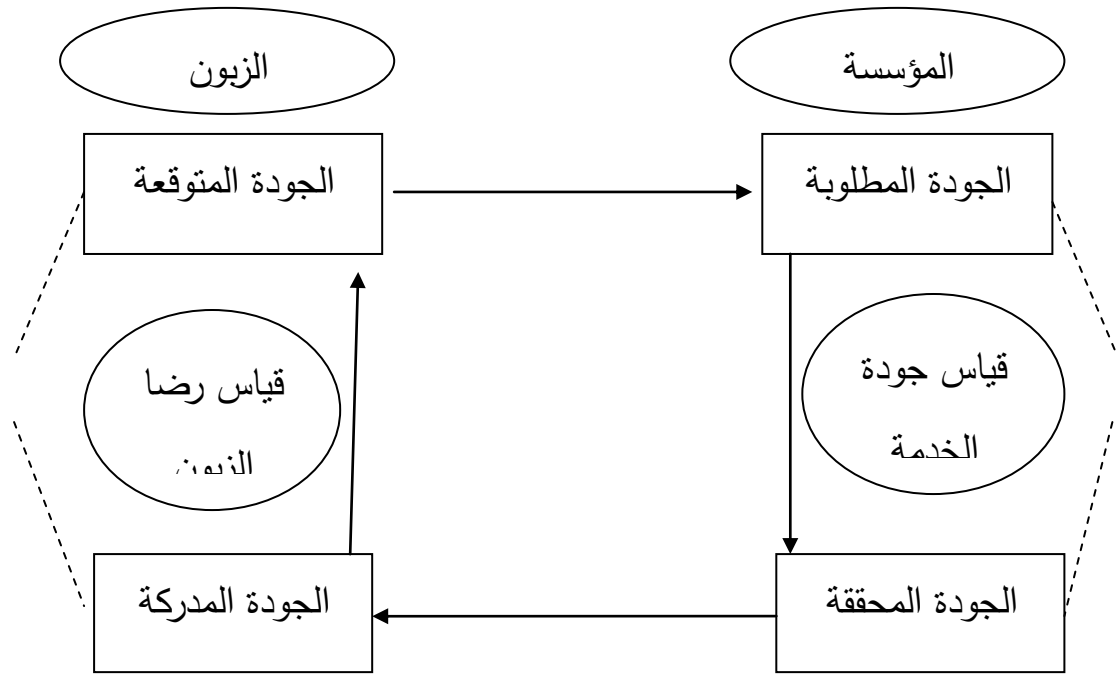
تعرف الجودة بأنها كل ما يلبي متطلبات الزبون الحالية والمستقبلية، وعرفت على أنها المطابقة لمتطلبات أو المواصفات، كما تمثل الجودة بالمعادلة التالية "كيفية تسيير المؤسسات = مقارنة علمية+إشراك الموارد البشرية+عملية التحسين المستمر" كل ذلك يهدف إلى تلبية وإرضاء إحتياجات وتوقعات الزبائن¹. وتعرفها الجمعية الأمريكية للجودة بأنها الصفات والخصائص الكلية للمنتج أو الخدمة التي تعكس قدرتها على تلبية الحاجات الظاهرية والضمنية، وقد عرض العديد من الباحثين متطلبات إدارة الجودة، حيث تتمثل في²:

- تعريف الجودة على أنها المطابقة للمواصفات؛
- العمل على منع حدوث الأخطاء؛
- الإصرار من قبل الإدارة العليا على برامج الجودة؛
- تعليم جميع الأفراد العاملين والسعي إلى تدريبهم؛
- التطبيق الفعلي لهذه الأساسيات؛
- التحسين المستمر من خلال تطبيق أدوات تحسين جودة الخدمة؛
- نظام إدارة الجودة بمساعدة الحاسوب.

¹ Bernard CLEMENT, **Ingénierie de la qualité**, www.cours.polymtl.ca, le 31/07/2015.

² عبد الرحمن تيشوري، إدارة الجودة الشاملة، www.hrdiscussion.com، تاريخ التصفح 2015/07/31.

من خلال الطرح السابق نستطيع القول بأن الجودة هي المقدرة على إنتاج سلعة أو خدمة تلبي حاجات المستهلك، كما تمثل مجموعة السمات والخواص للمنتج التي تحدد مدى ملاءمته لتحقيق الغرض الذي أنتج من أجله ليلبي رغبات المستهلك المتوقعة. وهذا ما يوضحه الشكل الموالي:



الشكل (07): مربع الجودة

Source: Laurent HERMEL, *Qualité et Engagements de Service*, édition Afnor, Paris, 2003, P12.

2.1.1.2 تعريف الخدمة

تلعب الخدمات في الوقت الراهن دورا هاما ومؤثرا في اقتصاديات الدول المختلفة، فهي لا تقل أهمية عن السلعة وتجدر الإشارة إلى أن هناك مجالات عديدة تحتل فيها الخدمة أهمية أكبر من السلعة من خلال المنفعة التي تحققها للمستهلك، كما أن الخدمة هي نشاط إنساني وفكري متعدد الاتجاهات والأبعاد، وبالتالي فهي تعبر عن شيء معنوي (غير ملموس) لذا نجد من الصعب إيجاد تعريف شامل وكامل فنجد العديد من التعاريف التي جاء بها الأكاديميون نذكر منها ما يلي:

كما تعرف الخدمة على أنها العمل المنجز من قبل شخص مقابل أجر¹، كما تعرف على أنها فعل أو أداء يمكن أن يقدمه طرف ما إلى طرف آخر يكون جوهره غير ملموس ولا ينتج عنه أي تملك، وأن إنتاجه قد يكون مرتبطاً بإنتاج مادي أو قد لا يكون. كما تتفق معظم البحوث على تعريف الخدمات إستناداً على أربع معايير أساسية، عدم قابلية إختزال الخدمة، مشاركة الزبون، الإتصال المباشر مع الزبون، الخدمة الفورية².

كما عرفت الجمعية الأمريكية للتسويق على أنها: "النشاطات أو المنافع التي تقدم للبيع أو التي تعرض لارتباطها بسلعة معينة"³، إلا أن هذا التعريف لا يميز بصورة كافية بين السلعة والخدمة، أما التعريف على أنها "نشاط أو إنجاز أو منفعة يقدمها طرف ما لطرف آخر، وتكون أساساً ملموسة ولا يترتب عليها نقل للملكية، كما يمكن أن ترتبط بمنتج مادي"⁴، نجد هذا التعريف يشير إلى الجانب غير الملموس الذي يميز الخدمة، بالإضافة إلى إعتبارها نشاطات غير محسوسة والتي تحقق منفعة للزبون أو المستفيد والتي ليست بالضرورة مرتبطة ببيع سلعة أو خدمة أخرى أي أن انتاج خدمة معينة أو تقديمها لا يتطلب استخدام سلعة مادية⁵.

من خلال التعاريف السابقة نستطيع أن نحدد بأن الخدمات لا يمكن رؤيتها، أو تذوقها، أو سماعها، أو الشعور بها قبل شرائها (إستعمالها)، كما أن الخدمات لا يمكن أن تفصل عن مقدميها سواء كان مقدموها أناساً أو آلات. ويؤثر كل من مقدم الخدمة والزبون على ناتج الخدمة لذلك يجب أن يتدخل

¹Hamilton NANA, **Améliorer la Qualité des services**, éditions d'Organisation Groupe Eyrolles, Paris, 2009, P22.

² Frédéric CANARD, Préface d'Elise TOSI, **Management de la Qualité**, l'extenso éditions, Paris, 2009, P34.

³ هاني حامد الضمور، **تسويق الخدمات**، دار وائل للنشر، عمان، 4، 2008، ص20.

⁴ Philip Kotler, Kevin lane Keller, Bernard Dubois, Delphine Manceau, **Marketing management**, 12ed, Pearson education ,France, 2006, p469.

⁵ بشير العلاق وحמיד الطائي، **مبادئ التسويق الحديث -مدخل شامل**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الطبعة العربية، عمان، 2009، ص3.

مقدمو الخدمة بفعالية مع الزبائن لإنتاج قيمة ممتازة أثناء مواجهات الخدمة. كما نتوصل إلى أن الخدمات تتميز بالخصائص التالية، وهي:

- أنها منافع تعرض للبيع (مجموعة من المنافع الصحية مثل إزاله الآلام، إزالة التعب تحقيق الراحة النفسية، تشخيص الطبيب للمرض والعلاج ... إلخ)؛
- أنها خدمات غير ملموسة ولكنها تقدم بمساعدة سلع ملموسة (تناول الدواء للتخلص من الصداع، الاستعانة بجهاز الأشعة لأخذ صورة شعاعية ... إلخ)؛
- أنها خدمات غير ملموسة ولا يتطلب تقديمها الإستعانة بسلع ملموسة مثل (خدمات الرعاية النفسية، مراعاة الحالة النفسية للمستفيد).

أما مفهوم جودة الخدمة فإنها تمتاز بصعوبة تعريفها وإنجازها ولكن من السهل تحديدها عند فقدانها، حيث أن الزبائن يبحثون عن دلائل جودة الخدمة ويستخلصون إستنتاجات عن الجودة من المكان، المعدات والأدوات، السعر، والإتصالات التي يمكنهم رؤيتها. لذلك تكون مهمة مقدم الخدمة جعل الخدمة ملموسة بطريقة واحدة، أو أكثر، وإرسال الدلائل الصحيحة عن الجودة. من هنا يمكن تعريف جودة الخدمة على أنها درجة الرضا التي تحققها الخدمة للزبائن من خلال تلبية حاجاتهم ورغباتهم وتوقعاتهم أو أنها درجة التوافق بين توقعات وإدراك الزبائن للخدمة. أيضا هي ملائمة الخدمة لمقابلة الإحتياجات المطلوبة أو تفوقها عند الاستخدام من قبل الزبون، كما وتوجد أربعة أنواع لتقييم جودة العملية في مؤسسة الخدمة، وهي ¹:

- تطوير الخدمة، يقصد به تطوير أسلوب الإدارة لغرض تطوير عملية الخدمة؛

¹ زهرة عبد محمد الشمري، مستويات إدارة الجودة في المنظمات الخدمية دراسة حالة في مستشفى دار التمريض الخاص - دائرة مدينة الطب -، الجامعة المستنصرية - كلية الإدارة والاقتصاد، مجلة جامعة بابل للعلوم الإنسانية، المجلد 18، العدد 3.

- تسليم الخدمة، أي كيف تنفذ مؤسسة الخدمة عملية تسليم الخدمة بطريقة فاعلة وكفوء؛
- تعاون الإدارة، كيف تؤسس، تستخدم وتحافظ المؤسسة على الأعضاء ضمن سلسلة القيمة؛
- علاقات الزبون والإتصالات، كيف تدير مؤسسة الخدمة الإتصالات مع الزبائن والأعضاء الخارجيين.

نادراً ما يكون ممكناً تفادي ارتكاب الأخطاء في مجال الخدمات، ومهما حاولت المؤسسات حتى وان كانت الأفضل فهي لا تستطيع أن تؤمن نفسها من الخطأ المفاجئ الذي يحدث أثناء تأدية الخدمة والذي يؤدي حتماً إلى تأخير تقديمها، وإذا لم تستطيع المؤسسات تفادي الوقوع في الخطأ فهي تستطيع بشكل من الأشكال أن تتعامل معه عند حدوثه. لذا فإن القدرة على التعامل السريع مع الخطأ يساعد في ضمان صورة مناسبة عن المؤسسة، لذا يجب على المؤسسات أن تتخذ خطوات ليس لتقديم خدمة جيدة في كل مرة فقط، وإنما للاستفادة أيضاً من الخدمة الخاطئة عند حدوثها.

ومن أجل الحديث عن تحسين جودة الخدمة لابد من تحديد الإحتياجات الأولية التي من شأنها تحقيق الجودة المتوقعة، كما لابد من تحديد نظام لقياس ورصد هذه الجودة من خلال¹:

- تحديد متطلبات جودة الخدمة يكمن في توحيد عقود الخدمة؛
- تحديد الإجراءات التي تساعد على بناء مؤشرات مستوى الخدمة؛
- مستويات الخدمة تتبع إستعراض مؤشرات الخدمة من خلال تحليل أسباب عدم الإمتثال لهذه المؤشرات وتحديد خطة عمل من أجل تطوير مستويات الخدمة غير المحققة.

¹ Hamilton NANA ,Op.cit, P22.

2.1.2 مفهوم الخدمات الصحية

تعتبر الخدمات الصحية من أكثر الخدمات التي تسعى الكثير من الدول توفيرها نظرا لأن وجودها وتوافرها بدرجة مناسبة يؤدي إلى حماية أغلب السكان من الأمراض وذلك عن طريق الوقاية والعلاج وبالتالي يشعر الفرد بالاطمئنان والسعادة وينعكس ذلك على علاقة الفرد بالآخرين، ولهذا فالفرد السليم صحيا أقدر على خدمة مجتمعه وهو أكثر كفاءة من الناحية الاقتصادية وأكثر تحملا لمشاق العمل من الشخص المريض، لذا يمكن اعتبار الخدمات الصحية مجموعة من الخدمات الوقائية التي إذا تم تطبيقها تجنب الأفراد الإصابة بالعديد من الأمراض وتشمل التغذية السليمة والكشف الطبي الدوري الشامل والوقاية من الأمراض المعدية والأمان والإسعافات الأولية والعناية بالجسم والمحافظة على الأفراد وتوفير الأجهزة والأدوات التعويضية للأفراد المعاقين والخدمات العلاجية، ولأهمية هذه الخدمات في حياتنا اليومية إرتأينا تحديد جميع المفاهيم المرتبطة بالخدمة الصحية من خلال هذا العنصر.

1.2.1.2 نشأة الخدمات الصحية

إن العاملين في مجال الخدمات الصحية في العصور القديمة إعتمدوا بشكل أساسي على قدراتهم الذاتية وتجاربهم في معالجة بعض الأمراض والاعتماد على النتائج التي حصلوا عليها، ومن خلال مراجعة نشأة العلوم الطبية نجد بأنه من الصعب تحديد الجهة أو الدولة التي كان لها الدور الأساسي في إيجاد الخدمات الصحية وإيجاد الأدوية وغيرها من أساليب العناية الصحية.

حيث أن المتفحص في هذا المجال يجد بأن هناك إختلافا في وجهات نظر المختصين في هذا الشأن فهناك من يعتقد بأن للفراعنة الدور الأساسي في نشأة العلوم الطبية وتقديم الخدمات الصحية وعلى

الأخص في مجال الجراحة ويعزز ذلك بالشواهد التاريخية التي لا يزال العلم الحديث واقفا أمامها عاجزا عن تفسير ما قاموا به وعلى الأخص حفظ الجثث في المجال الطب العدلي¹.

وهناك من يرى أن قدماء اليونان كانوا السابقين في مجال تقديم الخدمات الصحية وقد كان للكهنة الدور الأكبر في تلك الفترة وللطقوس والسحرة الدور الأعظم في ذلك، إضافة إلى قيامهم بإستخدام ما هو متاح لهم من أعشاب وتمكنوا من تصنيفها وفقا لنوع المرض، وقد إعتبر إستخدام وتصنيف الأعشاب الأساس في بداية نشأة الأدوية والعلاج الخاص بشكل المرض وأن هذا التصنيف للأعشاب يتم من خلال متابعة المستفيدين من الأدوية وتوثيق ما يقدم لهم من علاج².

في حين أن هناك قسما آخر يرى أن تاريخ الخدمات الصحية يرجع إلى سحرة اليمن الذين لعبوا دورا مهما في معالجة الأمراض من خلال الطقوس والتحاليل، وكذلك من خلال إستخدام النار والأعشاب المتاحة لهم.

بينما هناك من ينسب نشأة العلوم الصحية إلى البابليين، ولكن صرامة القوانين والتشريعات التي فرضت على الطبيب وحدة القصاص الذي يتعرض له في حالة الخطأ(فعلى سبيل المثال إذا عالج مرضا في العين وفقد المريض بصره فإن العقوبة هي فقأ عين الطبيب)، وكل هذه العوامل لعبت دورا كبيرا في عدم التقدم والإبداع خشية الخطأ بالتجربة ونيل العقاب³. كما ذهب فريق آخر إلى إعتبار أن السحرة الهنود والطقوس والمعتقدات الدينية الهندية لها دور فعال ومهم في نشأة العلوم الطبية وتطوير الخدمات الصحية.

¹ تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار البازوري للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص 17.

² زكي خليل المساعدة، تسويق الخدمات وتطبيقاته، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص 240.

³ عبد العزيز أبو نعمة، تسويق الخدمات المتخصصة، الوراق للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص 111.

إن هذا الاختلاف في تحديد مصدر نشأة العلوم الطبية وتقديم الخدمات والسعي إلى الحصول عليها وتطويرها وتنمية القدرات الذاتية في هذا المجال أدى إلى تطور الخدمات الصحية بالتزام مع التطورات التاريخية. فالأفراد في العصور الحجرية والعصور القديمة لم يكونوا يحلمون بما وصلت إليه العلوم الطبية والخدمات الصحية في الوقت الحاضر من تطور كبير يساهم بشكل مباشر فيه التطور التكنولوجي والذي أثر على جودة الأدوية والمستلزمات والأدوات والأجهزة الطبية وطبيعية ومستوى الخدمات الصحية المقدمة في الوقت الحاضر.

لذا لعل من أهم المصطلحات التي أدت إلى تطور نوعي في الخدمات الصحية هو مصطلح "الجودة" ففي العصر الملكي للملك "حموراني" في بابل حوالي سنة 2000 قبل الميلاد كانت الجودة يعني إستبعاد الأخطاء وتطبيقاً لمبدأ العين بالعين والسن بالسن¹. أما في أوائل القرن السابع ميلادي إزدهرت الحضارة الإسلامية لما أدخله النبي صلى الله عليه وسلم من أفكار جديدة والتي أظهرت بأن الجودة تعني الإتقان لقوله صلى الله عليه وسلم "إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه".

وفي أواسط القرن التاسع عشر مع ظهور أعمال الممرضة التي أدخلت فكرة قياس الأداء وتحسين العمليات والتي ساهمت بشكل كبير في خفض معدل الوفيات بين الجنود يعتبر ذلك منطلقاً مهماً في ضمان جودة الخدمات الصحية والإعتراف بها. كما تم إدخال نموذج لقياس الجودة القائم على نظرية النظام البسيطة ونجد بأن الرعاية الصحية تمثل نظاماً للتطور له أهدافه ومقوماته، ولقد وصف النظام على أنه يتكون من ثلاث مكونات (البنية والعملية والنتيجة)، ونتيجة لزيادة الإهتمام بجودة الخدمات الصحية فإن تطور مفهوم الجودة تحول من الإهتمام بالنتيجة إلى الإهتمام بالبنية.

¹ فهد الرشيد، الجودة كمفهوم، www.kenanaonmine.com، تاريخ التصفح 2014/10/16.

ففي عام 1910م تم الدعوة إلى تحسين الخدمات التعليمية الطبية مما أدى بالحكومة الأمريكية إلى اعتماد هذا التقرير بوصف معيار التعليم الطبي الجيد، وإن هذا التقرير ساهم مساهمة مهمة في تحسين تعليم الرعاية الصحية وتحسين تدريس العاملين بها، كما تم إنشاء اللجنة الأمريكية لاعتماد المستشفيات عام 1952 والتي تسمى في الوقت الحاضر بإسم اللجنة المشتركة لاعتماد مؤسسات الرعاية الصحية¹. وفي السبعينات من القرن العشرين تحول الإهتمام من المعايير المتعلقة بالبنية إلى المعايير المتعلقة بالعملية واعتمدت بعض الدلائل الإرشادية لهذا العرض، أما في الثمانينات أخذ قطاع الرعاية الصحية يبحث عن طرق لقياس الجودة وتطويرها وأعطى أهمية للمعايير المتعلقة بالنتيجة وقد إستمر السعي نحو التحسين المستمر للجودة الكلية وتحسين الأداء.

2.2.1.2 تصنيف الخدمات الصحية وخصائصها

تعتبر الخدمات الصحية نتاج عملية شاملة متعددة الأطراف داخل المؤسسة الإستشفائية بدءا من عملية تحديد الأهداف وتوفير وتوجيه الموارد إلى غاية تحقيق هذه الأهداف وتقويمها من أجل تصحيح أو تطوير الوضعية، ولأهمية الخدمات الصحية في المجتمع كان لابد علينا تقديم أهم التعاريف ثم التطرق إلى التصنيفات التي عرفتها الخدمة الصحية.

1.2.2.1.2 التعريف

تتمثل الخدمات الصحية في مجموعة من الخدمات الوقائية التي إذا تم تطبيقها تجنب الأفراد الإصابة بالعديد من الأمراض وتشمل التغذية السليمة والكشف الطبي الدوري الشامل والوقاية من

¹ تامر ياسر البكري، ، مرجع سبق ذكره ، ص 65.

الأمراض المعدية والأمان والإسعافات الأولية والعناية بالجسم والمحافظة عليه، أما بالنسبة للأفراد المعاقين توفير الأجهزة والأدوات التعويضية والخدمات العلاجية¹.

هناك من يعرف الخدمات الصحية على أنها أكثر الخدمات التي تقع على عاتق كل الدول توفيرها نظرا لضرورتها ولأن توفرها بدرجة مناسبة يؤدي إلى حماية أغلب السكان من الأمراض وذلك عن طريق الوقاية والعلاج وبالتالي يشعر الفرد بالآخرين، ولهذا فالفرد السليم صحيا أقدر على خدمة مجتمعه وهو أكثر كفاءة من الناحية الإقتصادية وأكثر تحملا لمشاق العمل من الشخص المريض، ولذلك فالدول المتقدمة تولي برامج الرعاية أو الخدمات الصحية إهتماما كبيرا وقد ظهر مؤخرا إهتماما دولي بالنواحي الصحية، تتمثل في إقامة العديد من المؤتمرات الطبية والصحية العمالية وعقدت إتفاقيات دولية صحية عديدة والتي كللت بإنشاء منظمة الصحة العالمية التابعة لهيئة الأمم المتحدة².

أيضا تعرف أنها مجموعة من الإجراءات والخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية التي تقدم للمواطنين لرفع مستواهم الصحي، كما يعتبرها آخرون على أنها من الإهتمامات الأولية التي تمنحها الدول وذلك برعايتها، لما لها من الأثر العظيم في الإهتمام بصحة التلاميذ وبقية المواطنين والمحافظة عليهم والعمل على تهيئة خبراتهم والتأثير الإيجابي على عاداتهم وسلوكهم ومعلوماتهم حتى تتمكن من رفع مستوى صحتهم وأدائهم، بالإضافة إلى أن الخدمة الصحية تتمثل في الأنشطة أو المنافع أو الإشباعات التي تعرض للبيع أو التي تشكل جزءا من السلع المباعة³.

¹ محمد عبده حافظ، تسويق الخدمات، المكتب العربي للمعارف، القاهرة، ط1، 2009، ص 21.

² يسري وجدي الكراني، دور التسويق في قطاع الخدمات الصحية، www.univ-msila.dz ، تاريخ التصفح 2010/02/18.

³ نظام مويسي سويدان، التسويق مفاهيم معاصرة، دار الحامد، عمان ، دون ذكر سنة النشر، ص 226.

وطبقاً لهذه التعاريف فإن مفهوم الخدمة الصحية يشمل الجوانب التالية:

- المنفعة غير الملموسة والتي تعرض بصورة مستقلة عن أي سلع أو خدمات أخرى (مثل التأمين أو الحمامة)؛

- الأنشطة غير الملموسة والتي تتطلب استخدام سلع ملموسة مثل تأجير الأسرة للمستفيدين؛

- الأنشطة غير الملموسة والمرتبطة بمنتجات أو أنشطة غير ملموسة أخرى.

إذا يمكن تعريف الخدمة الصحية على أنها مجموعة المنافع الصحية التي يحصل عليها المستفيد مقابل دفع ثمن معين باستخدام سلع مساعدة ولكن دون أن تحول ملكية السلع المساعدة إلى المستفيد من الخدمة.

2.2.2.1.2 تصنيف الخدمات الصحية

تصنف الخدمات الصحية استناداً إلى مجموعة من المؤشرات وهذا التصنيف يطبق على الخدمات الصحية على النحو التالي:

أولاً- التصنيف طبقاً للجهات التي تقدم الخدمة

وفقاً لهذا المعيار نجد:

أ- **خدمات القطاع العام:** هي الخدمات التي تقدمها الدولة وتقدم مجاناً لكل المواطنين حيث تديرها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وتضم جميع المراكز الإستشفائية الجامعية والمؤسسات الإستشفائية العمومية، قاعات العلاج، العيادات متعددة الخدمات والمستشفيات المتخصصة، إضافة إلى الصحة المدرسية وطب العمل.

ب-خدمات القطاع الحكومي: تديرها الوزارات وهي تقدم الخدمات لموظفيها وعائلاتهم مثل المستشفيات التابعة لوزارة الدفاع الوطني.

ج-خدمات العلاج الخاص: يقدمها الأفراد (الأطباء) أو الهيئات الخاصة التي تمتلك عيادات خاصة إلا أن أهدافها تختلف عن أهداف القطاع العام .

ثانيا - التصنيف حسب ما تقدمه المستشفيات من خدمات¹

أ- الخدمات العلاجية: هي عملية متكاملة تشمل التشخيص والعلاج والتأهيل، ونرى أنه الأكثر تعاملًا في وظائف المستشفيات في البلدان النامية.

ب- الخدمات الوقائية: تتمثل في الخدمات التي تقدم من أجل الوقاية من بعض الأمراض المعدية، ومنع انتشارها بين أفراد المجتمع، وهذا عن طريق الفحص الدوري، التحصين ضد العدوى وكذا التلقيح.

ج- خدمات التعليم والتدريب الصحي: يمكن تحديدها في الخدمات التي تقدم التعليم والتدريب لمختلف فئات المساعدة كمدارس التمريض الملحقة بالمستشفيات العامة، وكذا تدريب خريجي المعاهد الصحية والفنية والأطباء الجدد.

د- خدمات البحوث الصحية: تقوم بتقديم بحوث علمية أكاديمية، بحوث تطبيقية وبحوث ميدانية، حيث يتم تقديمها بمختلف الهياكل الصحية.

¹ زكي خليل المساعد، مرجع سبق ذكره، ص 301.

ثالثاً - التصنيف طبقاً للمستفيدين من الخدمات

يمكن تصنيف الخدمات الصحية طبقاً للمستفيدين منها، إلى مايلي:

أ- **خدمات الصحة العامة:** تتضمن خدمات تحسين الصحة، خدمات الوقاية من الأمراض المعدية، خدمات التوعية والترشيد الصحي، خدمات صحة البيئة والخدمات التعليمية والثقافية للصحة العامة وهي تقدم لكافة السكان.

ب- **خدمات الصحة الفردية:** الخدمات الصحية المقدمة للأفراد هدفها رفع مستواهم الصحي ومقاومة الأمراض ولا تقتصر الخدمات الصحية على تقديم الخدمة العلاجية للفرد فقط بل تشمل الخدمة الوقائية والعلاجية والإنمائية¹.

3.2.2.1.2 خصائص الخدمات الصحية

أما فيما يخص خصائص الخدمات الصحية فقد اتفق مجموعة من المختصين في هذا المجال على مجموعة من السمات التي تميز الخدمات الصحية عن غيرها من الخدمات، لذا سنحاول تحديد أهمها في النقاط التالية:

أولاً- عدم ملموسية الخدمات الصحية²

إن المستفيد عامة لا يتعرف على الخدمة إلا بعد أن يقوم بعملية الشراء، لذلك يسعى المستفيد من الخدمات الصحية إلى جمع المعلومات عنها بهدف تحديد مؤشرات عامة عن نوعية وجودة

¹ جامعة أم القرى، تعريف الخدمات الصحية والعوامل المؤثرة فيها، www.uqu.edu.sa/page/ar ، تاريخ التصفح 2015/02/25.

² تامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره ، ص 100.

الخدمات، وقد تكون هاته المؤشرات استنادا إلى خبرات الأهل والأصدقاء، لأن عدم امتلاك معلومات لدى المستفيد عن الخدمات الصحية سوف يولد لديه الشك والتردد في اتخاذ قرار شرائها لأنها تتعلق مباشرة بحياة الفرد وصحته، ولكن دعم هذه الخدمات بالسلع الملموسة يساعد المستفيد منها على إدراك الخدمة بشكل أحسن والحكم على جودتها، وأن الملموسية الحاضرة في عرض الخدمة تأتي من:

- سلع ملموسة متضمنة عرض الخدمة وتستهلك من قبل المستفيد؛

- البيئة المادية التي تحصل فيها عملية الإنتاج؛

- البرهان الملموس لأداء الخدمة.

ثانيا - غير قابلة للانفصال (التماسك)

إن إنتاج وتقديم الخدمات الصحية يتطلب وجود مقدم الخدمة والمستفيد عند الإنتاج، حيث أن الجراح لا يستطيع أن يقوم بالعملية الجراحية إلا عندما يتواجد المستفيد الذي يكون بحاجة إليه، لذلك فإنها تتصف بكونها تقدم وتستهلك في نفس الوقت. وهذا لا ينطبق على السلع المادية حيث يستطيع أحد أفراد الأسرة شراء الدواء من الصيدلية للمستفيد ولكن لا يستطيع هذا الفرد الخضوع للفحص الطبي بدلا من المستفيد لأن النتائج ستكون مختلفة والعلاج مختلف، إذا الخدمات الصحية لا يمكن تقديمها إلا من خلال مشاركة كل من مقدمها والمستفيد منها.

ثالثا - عدم تماثل الخدمات (التباين)¹

تتصف الخدمات الصحية بشكل خاص بالتباين وعدم التماثل لأنها تعتمد على أداء وسلوك مقدم الخدمة، الزمان والمكان وعلى المعلومات التي يقدمها المستفيد لمقدم الخدمة الصحية. كما أن

¹ محمد عبده حافظ، مرجع سبق ذكره، ص 61.

هذه الخاصية تجعل من الصعوبة تحديد وقياس إنتاج الخدمة الصحية وتحديد مستوى جودتها، لذا يجب على المؤسسات الخدمية تدريب وتأهيل العاملين في مجال تقديم الخدمات، تفسير عمليات أداء الخدمة على مستوى مؤسسات الصحة ومتابعة ردود أفعال المستفيدين من هذه الخدمات ومستوى الرضا المحقق، كما يلعب المستفيد من الخدمة دورا مهما في تباينها، لأن هذا المستفيد يختلف من حيث المزاج والسلوك ومستوى الاستجابة والتفاعل، فقد يعالج الطبيب المستفيدين من الخدمات الصحية بطرق مختلفة ولا يقدم نفس المستوى من الخدمات وهذا يعود إلى مدى استجابة المستفيد للطبيب وتعاونيه معه وقت تقديم الخدمة، كما أن لحالة الطبيب (متعب، مرتاح، سعيد، حزين) أثرا فعلا على اختلاف وتباين الخدمة، كما أن العاملين على تقديم الخدمات الصحية يتعاملون مع المستفيد وفقا للظروف النفسية والاجتماعية.

كما يضيف بعض الباحثين بعض الخصائص الأخرى التي تميز الخدمات الصحية منها¹:

رابعا - تلاشي الخدمة الصحية

بما أن الخدمات تقدم نشاطا فإنها تتلاشى وتنتهي سواء أن تمت الاستفادة أو لم تتم الاستفادة منها، ولا يمكن خزنها حتى وقوع الطلب عليها، حيث أن المؤسسات الخدمية لا تعاني مشكلة في حالة وجود طلب مستمر عليها ولكن المشكلة تثار عندما لا يكون هنالك طلب على الخدمات.

خامسا - عدم انتقال الملكية

إن عدم انتقال الملكية يعتبر ميزة خاصة بالخدمات مقارنة بالسلع الأخرى، ما يحصل عليه المستفيد من الخدمة هو مجموعة من المنافع، ولكن يستطيع هذا الأخير تحقيق انتقال الملكية للسلع

¹ تامر ياسر، البكري، مرجع سبق ذكره، ص 103.

المساعدة للعلاج مثل العلاج بالحبوب أو الشراب، أدوات التضמיד، الحقن وغيرها من السلع التي تعزز كفاءة الخدمات الصحية وتحقق الشفاء للمستفيد.

سادسا- تذبذب الطلب

يتميز الطلب على الخدمات الصحية بالتذبذب وعدم الاستقرار وذلك استنادا إلى الظروف البيئية وحاجة المستفيد للعلاج والكوارث والظروف والحروب وغيرها من العوامل، فعلى سبيل المثال في موسم الشتاء نجد بأن هناك طلبا كبيرا على الخدمات الصحية فيما يتعلق بالزكام¹.

إذا ومن خلال ماسبق نلاحظ أنه تقديم الخدمات الصحية للمستفيد يخضع لعناصر أربعة أساسية²:

- المستهلك للخدمات الصحية وهو الذى يتلقى الرعاية الصحية؛
- القائم على الخدمات الصحية وهى الدولة أو الأفراد أيا كان المكان المعد لذلك ومئات الأطباء والمرضات؛
- إشباع الحاجات العامة الصحية حيث تقوم الدولة أو الأفراد بتقديم الخدمات الصحية بهدف إشباع الحاجات الصحية للمستهلكين أو المنتفعين؛
- التمويل والذى تختلف أنماطه بالنسبة للخدمات الصحية من بلد لآخر باختلاف مصادر التمويل .

¹ سيد محمد جاد الرب، مرجع سبق ذكره، ص35.

² جامعة أم القرى، خصائص الخدمات الصحية-أهدافها-وتقسيماتها، www.uqu.edu.sa/page/ar، تاريخ التصفح 2015/02/25.

3.1.2 جودة الخدمات الصحية

لقد أصبح تحديد مفهوم جودة الخدمة الصحية يخضع لآراء مختلفة منها رأي الطبيب والمستفيد وإدارة المستشفى فكل من هؤلاء رأيه الخاص حول مفهوم جودة الخدمة الصحية، وهي آراء لاتعكس بالضرورة اتجاهات متماثلاً. فجودة الخدمة الصحية من المنظور المهني والطبي هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية ويتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة، أما من المنظور الإداري فيعني كيفية استخدام الموارد المتاحة والمتوفرة والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، أما من وجهة نظر المستفيد من الخدمة الصحية وهو الأهم فتعني جودة الخدمة الصحية طريقة الحصول عليها بنتيجتها النهائية¹.

كما تعرف على أنها درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو أي مشكلة طبية². بالإضافة إلى تعريف منظمة الصحة العالمية " يقصد بجودة الخدمة الصحية التوافق مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع وبتكلفة مقبولة، بحيث تؤدي إلى إحداث تأثير على نسبة الحالة المرضية

¹ بن عبد العزيز فطيمة ومعزوز نشيدة، التغيير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية، مداخلة مقدمة ضمن فعاليات المؤتمر الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة -دراسة وتحليل تجارب وطنية دولية -يومي 11 و 19 ماي 2011 المنعقد بكلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سعد دحلب -البليدة- ص16.

² خالد بن السعيد، مدى فعالية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة الصحة السعودية، المجلة العربية للعلوم الإدارية، المجلد 2، العدد الأول، نوفمبر 1994، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، ص12.

ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية¹. ومن أجل ضمان جودة في الخدمات الصحية يستلزم توفر الأمان، العلاج، السلامة، حيث أن نوعية الخدمة الصحية هي التي تؤثر على حياة المستفيد².

إذا الجودة كمفهوم واسع ومعقد تعني أشياء مختلفة للأطراف المتعددة والمشاركة في عملية إنتاج الخدمة الصحية وتقديمها وتمويلها وإستهلاكها، فقد تعني لمديري المؤسسات الإستشفائية توظيف أفضل العناصر البشرية والتسهيلات (أبنية، أجهزة ومعدات) لتقديم الخدمة الصحية، كما قد تعني الجودة للمستفيد من الخدمة الصحية تلقي رعاية آنية تتصف بالمودة والاحترام والشعور بأنهم محور الاهتمام والتركيز من قبل منتجي هذه الخدمات ومقدميها، أما الجودة من وجهة نظر الأطباء تعني توفير أعلى مستوى ممكن من المعارف والمهارات والموارد المطلوبة وصولاً لأفضل النتائج للمستفيدين، كما قد تتنظر الجهات الممولة إلى الجودة على أنها المقابل لكلفة هذه الخدمات، أما المختصون ينظرون من حيث الإستجابة لتوقعات المستفيدين ورغباتهم³.

بالإضافة إلى التعاريف السابقة نجد أن تحقيق الجودة في الخدمات الصحية لا بد من أن تتوفر على العناصر التالية⁴:

- فعالية الخدمة، وهي درجة تحقيق الإجراءات الصحية المستخدمة للنتائج المرجوة منها، أي تؤدي الرعاية إلى تحسن متوسط العمر مع توافر القدرة على الأداء الوظيفي والشعور بالرفاهية والسعادة بشكل مستمر؛

¹ وفيق حلمي الآغا، الجودة الشاملة وطرق إبداعها بالقطاع الصحي الفلسطيني، المؤتمر 27 العلمي الثاني لكلية الإقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الأردن، 2006، ص 27.

² Marie-Paule SERRE, Déborah WALLET-WODKA, **Marketing des produits de santé**, DUNOD, Paris, 2008, P04.

³ فريد توفيق نصيرات، تسويق خدمات الرعاية الإستشفائية والطبية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2014، ص 146.

⁴ فهد الرشيد، مرجع سبق ذكره.

- الملائمة، إختيار الإجراءات الصحية الملائمة لحالة المستفيد؛
- القبول، وهو تقبل المستفيد والمجتمع لإستخدام إجراء صحي معين؛
- إمكانية الحصول على الخدمة الصحية؛
- العدالة، تتمثل في مدى توفر الرعاية الصحية لمن يحتاجونها فعلا وعدم وجود تفاوت في إمكانية الحصول عليها بين فئات المجتمع لأسباب غير صحية؛
- الكفاءة، يقصد بها الإستخدام الأمثل للموارد والتكاليف والأخذ بالاعتبار الاحتياجات الأخرى والمستفيدين الآخرين.

وعليه فإن جودة الخدمة الصحية تمثل مجموعة من السياسات والإجراءات المصممة التي تهدف إلى تقديم خدمات صحية للمستفيدين ذات جودة عالية، تساهم في تقديم الفرص لتحسين الرعاية وحل المشكلات العارضة بطرق علمية وذلك عن طريق المستخدمين في المؤسسات الصحية والذين يستخدمون مهاراتهم وخبراتهم وتقنيات الخدمات الصحية المتاحة لهم وبما يضمن تحقيق أفضل النتائج في الوقت المناسب والمكان المناسب وبأقل التكاليف.

1.3.1.2 أهداف وأهمية جودة الخدمة الصحية

نظرا لما لجودة الخدمات الصحية من أثر على حياة المستفيد منها، كان لابد علينا تحديد أهداف وأهمية جودة الخدمات الصحية.

1.1.3.1.2 الأهداف

إن أهداف جودة الخدمة الصحية على سبيل المثال وليس على سبيل الحصر تتمثل في النقاط التالية¹:

- ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين؛
- تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضى المستفيد وزيادة ولاؤه للمؤسسة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المؤسسة الصحية؛
- تعد معرفة آراء وانطباعات المستفيدين وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها؛
- تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها؛
- تمكين المؤسسات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية؛
- تحقيق مستويات إنتاجية أفضل، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين الهدف الأساسي من تطبيق الجودة؛
- كسب رضى المستفيد إذ أن هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لابد من توفرها في أي مؤسسة صحية تعمل على تحسين الجودة؛
- تحسين معنويات العاملين، إذ أن المؤسسة الصحية هي التي يمكن لها تعزيز الثقة لدى العاملين لديها وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم وبالتالي الحصول على أفضل النتائج .

¹ طلال بت عايد الأحمدى، إدارة الرعاية الصحية، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، 2004، ص128.

2.1.3.1.2 الأهمية

من أبرز المؤشرات التي يمكن من خلالها الإستدلال على أهمية الجودة في الخدمات الصحية ما يلي¹:

- إرتبطت الخدمة إلى حد كبير مع الجودة حتى أصبح من الضروري إعتداد عدد من المقاييس التي تشير إلى مستوى الرضا المتحقق لدى المستفيد من خلال الربط بين الخدمة المقدمة والجودة، وذلك من أجل معرفة الفجوة بين ما يدركه المستفيد من الخدمة وما يتوقعه وبالتالي فإنه لا يمكن تحليل الخدمة الصحية دون إختبار الجودة فيها؛

- أصبح للجودة أبعاد رئيسية يتم إعتدادها كأساس في قياس مستوى الجودة؛

- تعد الجودة في الخدمة الصحية مؤشر مهم في قياس مستوى الرضى المتحقق لدى المستفيد عن الخدمة المقدمة من قبل أية مؤسسة صحية، كما تؤثر مستوى الاستجابة لما كان يتوقعه المستفيد من تلك الخدمة؛

- الجودة في الخدمة الصحية تخضع للتحسين المستمر عبر إدارة متخصصة ضمن الهيكل التنظيمي للمؤسسة الصحية، وتهدف بذلك إلى تحقيق الشمولية والتكاملية في الأداء، حيث نقصد بالشمولية، التوسع في مستوى جودة الخدمات التي يتوقعها المستفيدين من الخدمة الطبية والسريرية المقدمة لهم وبكافة الطرق، أما التكاملية تتمثل في كون المؤسسة الصحية نظام مكون من أنظمة فرعية يعتمد بعضها على البعض الآخر، ولكل نظام برامجه الخاصة إلا أنه يتكامل مع البرامج الأخرى.

¹ تامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص 201.

2.3.1.2 العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية

هناك عدة عوامل تؤثر في جودة الخدمات الصحية، وتتمثل هذه العناصر في ¹:

1.2.3.1.2 تحليل توقعات المستفيد

تحتاج المؤسسات الصحية إلى فهم اتجاهات المستفيدين عند تصميمهم للخدمة الصحية، بحيث يكون هذا التصميم متفوقاً على توقعات المستفيد لأنها الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية للخدمة المقدمة، كما يمكن للمستفيدين أن يحققوا إدراكاتهم للخدمة المقدمة من خلال التمييز بين المستويات المختلفة للجودة، وهي:

أولاً- الجودة المتوقعة

تمثل تلك الدرجة من الجودة التي يرى المستفيد وجوب وجودها، وهذا المستوى من الجودة يصعب تحديده في الغالب إذ يختلف باختلاف خصائص المستفيدين وحالاتهم العلاجية، فضلاً عن اختلاف الخدمات التي يتوقعون وجودها في المؤسسات الصحية.

ثانياً- الجودة المدركة

تعبر عن ادراك المستفيد لجودة الخدمة الصحية المقدمة له من قبل المؤسسة الصحية.

¹ صلاح محمود ذياب، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد 20، العدد الأول، 2012، ص 73.

ثالثاً - الجودة القياسية

يقصد بها ذلك المستوى من الخدمة المقدمة والتي تتطابق مع المواصفات المحددة أساساً للخدمة والتي تمثل بذات الوقت إدراكات إدارة المؤسسة الصحية.

رابعاً - الجودة الفعلية

هي تلك الدرجة من الجودة والتي اعتادت المؤسسة الصحية تقديمها للمستفيدين¹.

2.2.3.1.2 تحديد جودة الخدمات

عندما تفهم المؤسسة الصحية حاجات المستفيدين فإنه يجب عليها أن تضع 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 المؤسسة الصحية ومستوى وكفاءة الأجهزة والمعدات المستخدمة في إنجاز الخدمة الصحية.

3.2.3.1.2 أداء العاملين

عندما تضع إدارة المؤسسة الصحية معايير الجودة للخدمة الصحية المقدمة ويتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الكادر الطبي فإنها في المقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب ويكون من المهم أن تتوقع إدارة المؤسسة الصحية تقييم المستفيدين لجودة الخدمة الصحية المقدمة لهم، وأن تكون هذه التوقعات عقلانية ويمكن تحقيقها، وهنا يكون من الضروري أن لا تقدم الإدارة وعوداً لا تستطيع الوفاء بها لأي سبب.

¹ تامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص 205.

4.2.3.1.2 إدارة توقعات الخدمة

تتم من خلال اعتماد أنظمة الاتصالات الداخلية في المؤسسة الصحية والترويج والإعلان في خارجها، ويكون من الضروري على إدارة المؤسسة الصحية أن لا تقدم وعوداً لا تستطيع تحقيقها نظراً لضخامتها أو عدم تجانسها مع قدراتها في التنفيذ أو الضعف في التدريب أو الكفاءة اللازمة في إتصالاتها الداخلية لتحقيق ذلك، وهذا سينعكس بالتالي على عدم رضا المستفيد عن الخدمة الصحية المتوقع حصولها.

3.3.1.2 أبعاد جودة الخدمة الصحية

نظراً للخصائص المميزة للخدمات الصحية نجد هناك صعوبة في تقييم جودة الخدمة الصحية لأن المستفيد لا يمكنه تقييم الخدمة إلا بعد شرائها أو استخدامها أو استهلاكها، لذا سنتطرق في هذا العنصر إلى الأبعاد الخمسة للجودة التي يمكن الاعتماد عليها في تقييم جودة الخدمة الصحية:

1.3.3.1.2 الاعتمادية

إن الاعتمادية تعني قدرة مقدم الخدمة الصحية على أداء الخدمة الصحية التي وعد بها بشكل يمكن الاعتماد عليه، فضلاً عن تقديمها بدرجة عالية من الدقة والصحة. ويرى بعضهم بأن الاعتمادية في مجال الخدمات الصحية تعني الالتزام بالمواعيد المحددة للمستفيدين فضلاً عن تسليم نتائج

الفحوصات المخبرية والأشعة وغيرها في المواعيد المحددة، كما يمكن التعبير عنها بأنها حل أو إيجاد الحلول للمشاكل المتوقعة فضلاً عن إعطاء الحلول للمشاكل المطلوبة¹.

هي أيضاً القدرة على الأداء في إنجاز ما تم تحديده مسبقاً وبشكل دقيق ويمثل هذا البعد 32% كأهمية نسبية في النوعية قياساً بالأبعاد الأخرى²، كما أن الاعتمادية في مجال الخدمة الصحية تعني ملاحظة أو مشاهدة المستفيد للخدمة وفقاً لتوقعاته وتلقي المعالجة المطلوبة .

2.3.3.1.2 الاستجابة

في مجال الخدمات الصحية تعني مدى قدرة ورغبة واستعداد مقدم الخدمة بشكل دائم في تقديم الخدمة للمستفيدين عند احتياجهم لها، وتشير إلى أن جميع المستفيدين بغض النظر عن أصلهم، وحالتهم، وخلفيتهم، يتلقون الرعاية السريعة من قبل مقدم الخدمة مع حسن المعاملة والتعاون، ووقت انتظار ملائم ومناسب وغير مزعج، وعرفت كذلك أنها القدرة على تلبية الاحتياجات الجديدة أو الطارئة للمستفيد من خلال المرونة في إجراءات ووسائل تقديم الخدمة، وعرفت بأنها الرضا وقابلية تقديم الخدمة السريعة³. ويمثل هذا البعد 22% كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى⁴.

3.3.3.1.2 الضمان

إن الضمان في مجال الخدمة الصحية ناتج عن اعتماد أو ثقة المستفيدين بالأطباء وبمؤهلاتهم وكفاءتهم، كما يقصد بالضمان المعرفة وحسن معاملة المستخدمين وقابليتهم لنشر روح

¹ أكرم أحمد الطويل، آلاء حسيب الجليلي، رياض جميل وهاب، www.eco.asu.edu، تاريخ التصفح 2012/03/07.

² تامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص 212.

³ أكرم أحمد الطويل، آلاء حسيب الجليلي، رياض جميل وهاب، مرجع سبق ذكره.

⁴ تامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص 212.

الثقة والصدق، وأيضاً تشمل الاتصالات الشفوية والتحريرية بين مقدمي الخدمات والمستفيدين، كما يمكن القول بأن الضمان كأحد أبعاد جودة الخدمة الصحية يقصد به تأكيد إدارة المؤسسة الصحية على الجودة الصحية وتدعيم ذلك بمستخدمين المؤسسة الاستشفائية المؤهلين (أطباء، ممرضين وغيرهم) فضلاً عن توفير المستلزمات المادية الحديثة في المجال الصحي مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية بجودة مطابقة، وقد أطلق عليه تسمية التأكيد ويقصد بها السمات التي يتسم بها العاملون من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة الصحية، ويمثل هذا البعد 19% كأهمية نسبية في الجودة قياساً على الأبعاد الأخرى¹.

4.3.3.1.2 التعاطف

يتمثل هذا البعد في الجوانب النفسية التي يمكن أن تظهر على شكل العناية الخاصة المقدمة إلى المستفيد من خلال إبداء روح الصداقة وإشعاره بأهميته والرغبة في تقديم الخدمة الصحية حسب حاجاته، كما يمثل هذا البعد الحرص والعناية الخاصة التي تقدمها المؤسسة الصحية إلى المستفيدين من خدماتها، كما يتكون التعاطف من عناصر وهي، المستخدمين في المؤسسة الاستشفائية يتمتعون باللفظ والكراسة، وإعطاء الانتباه الشخصي للمستفيد والشعور بالتعاطف مع طالب الخدمة عند تعرضه لمشكلة ما، واحترام عادات وتقاليد المستفيدين²، وهو يعني كذلك درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمستفيد، ويمثل هذا البعد 16% كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى³.

¹ نفس المرجع، ص 212 .

² أكرم أحمد الطويل، آلاء حسيب الجليلي، رياض جميل وهاب، مرجع سبق ذكره.

³ تامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص 212 .

5.3.3.1.2 الملموسية

يشير هذا البعد إلى التسهيلات المادية والتي تزيد من إقبال المستفيدين وعودتهم لنفس مقدم الخدمة الصحية وتشمل الشكل الخارجي للمبنى ووسائل الراحة والترفيه مثل البرامج الطبية التنشيطية باستخدام أجهزة العرض والوسائل التعليمية والكتب، وكذلك المظهر الفيزيائي للمرافق الصحية ونظافتها، ونمط التقانة المستخدم وحدثة المعدات والأجهزة والأدوات الصحية (الطبية والمخبرية والأشعة والتمريضية وغيرها)، ونظافة المستخدمين وجاذبية المبنى والتصميم والترتيبات الداخلية للمؤسسة الصحية، نظافة وسعة قاعات الانتظار للمستفيد من الخدمة، أيضا الأخذ بالاعتبار النظافة في التسهيلات الصحية، وغير ذلك. كما يتم تقييم الخدمة الصحية من قبل المستفيد غالباً بناءً على هذه التسهيلات المادية واستعمال الأدوات النظيفة والإجراءات القياسية في التسهيلات¹، ويمثل هذا البعد 16% كأهمية نسبية قياساً بالأبعاد الأخرى².

بعد التقديم لأبعاد جودة الخدمات الصحية، يمكن القول بأن برامج جودة الخدمة الصحية يجب أن تتميز بتوفير آلية للتأكد من أن مستوى جودة الخدمة الصحية التي تقدم للمستفيد يطابق ما سبق تحديده من معايير، وأن تلك البرامج قد صممت لحماية المستفيد وتحسين مستوى الرعاية التي توفرها المؤسسة الصحية.

¹ أكرم أحمد الطويل، آلاء حسيب الجليلي، رياض جميل وهاب، مرجع سبق ذكره .

² تامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص 212.

2.2 المؤسسات الاستشفائية

إن المؤسسات الخدمية أكثر المؤسسات تعقيدا وتميزا بصفة عامة، وعلى الأخص المؤسسات الصحية منها وذلك راجع إلى طبيعة الخدمات التي تقدمها، بالإضافة إلى ذلك فهي تعمل شأنها شأن المؤسسات الأخرى من ناحية تحديد الأهداف وتنسيق نشاطات القوى العاملة الإدارية والمهنية والطبية وغيرها من أجل تحقيق الأهداف المرجوة والمتوقعة في المؤسسة الصحية، لذلك يتطلب من الإداري الصحي أن يكون مخططا واستراتيجيا في بعض النواحي، ومنسقا وقبل كل شيء قائدا وموجها للعنصر البشري ومحفزا ومراقبا للأعمال والأنشطة باعتباره صانع القرارات وهو الذي يستعمل الموارد بكفاءة وفعالية في المؤسسة الصحية، إذا فالمؤسسات الصحية تمارس مهامها في ظل مناخ تنظيمي معين له خصائصه ومواصفاته، وداخل هذا الإطار تتم العمليات الطبية والعلاجية والوقائية ومختلف النواحي الإدارية التي تخدم النواحي الصحية.

1.2.2 طبيعة المؤسسات الاستشفائية

تعتبر المؤسسات الاستشفائية العمود الفقري لأي نظام صحي، و ذلك لقدرته على توفير كافة أنواع الرعاية الصحية وهو ما تعجز عن تقديمه أي مؤسسة صحية أخرى، كالوحدات الصحية، الأقسام الاستعجالية وغيرها. فالمستشفى هو المكان المفضل بالنسبة للمستفيد لتلقي العلاج وهو مكان عمل للطبيب وباقي المستخدمين، كما تعتبر الواجهة الحضارية التي تبرز تقدم البلد الصحي والعلمي والاجتماعي.

1.1.2.2 تنظيم المؤسسات الصحية

تعتمد المؤسسات الصحية في تنظيمها على مستوى عال من تقسيم العمل وذلك تبعاً للدرجة العالية التي تتميز بها هذه المؤسسات من التخصص، والتخصص الفرعي في الخدمات والأنشطة التي توفرها، كما تعمل على تبني مبدأ محدودية نطاق الإشراف ومايصاحبه من قدر كبير من تفويض السلطة هذا ينتج عنه أن المؤسسات الصحية تتميز بهيكل هرمي بيروقراطي¹، وهنا لايقصد بالبيروقراطية المفهوم السلبي لها العائد إلى ازدواجية الجهود وتأخير تنفيذ العمل والإحباط العام الذي يسود الكثير من المؤسسات الكبيرة الحجم، بل يستعمل هنا ليصف هيكل تنظيمي مثالي يركز على المفهوم الاجتماعي من أجل ترشيد الأنظمة الجماعية للمجموعات المتعاونة، حيث يقوم النموذج البيروقراطي في هذه الحالة على المرتكزات الأساسية التالية²:

- تقسيم العمل بالاستناد على التخصص الوظيفي للوصول لإنجاز الأهداف؛
- التركيز الهرمي للمراكز الوظيفية أو هرمية السلطة وتسلسلها من أعلى إلى أسفل؛
- نظام متناسق من اللوائح المحددة التي تعطي حقوق وواجبات شاغلي المراكز الوظيفية؛
- نظام محدد للإجراءات الواجب إتباعها عند تنفيذ الأعمال؛
- العلاقات غير الشخصية بين المستخدمين وعدم السماح للعلاقات الشخصية بالتأثير على القرارات المنطقية؛

- اعتماد الكفاءة المهنية كأساس لتعيين وترقية المستخدمين في المؤسسة.

على ضوء الانتقادات الموجهة للمبادئ الكلاسيكية أدخلت بعض المؤسسات الصحية تغييرات على تنظيم هياكلها، لكن بالرغم من ذلك تبقى مشكلة تصميم وتطوير الهيكل التنظيمي القادر على ربط

¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 183.

² نفس المرجع، ص 178.

المستخدمين الطبيين والمهنيين الصحيين الآخرين مباشرة بالتنظيم وكسب تعاونهم والتزامهم بتحقيق الأهداف، بما يزيد إشراكهم في التسيير واتخاذ القرارات الهامة. لذا يعتبر التنظيم المصفوف المدخل الأكثر منطقية وملائمة بالنسبة للمؤسسات الصحية.

1.1.1.2.2 تنظيم المشروع

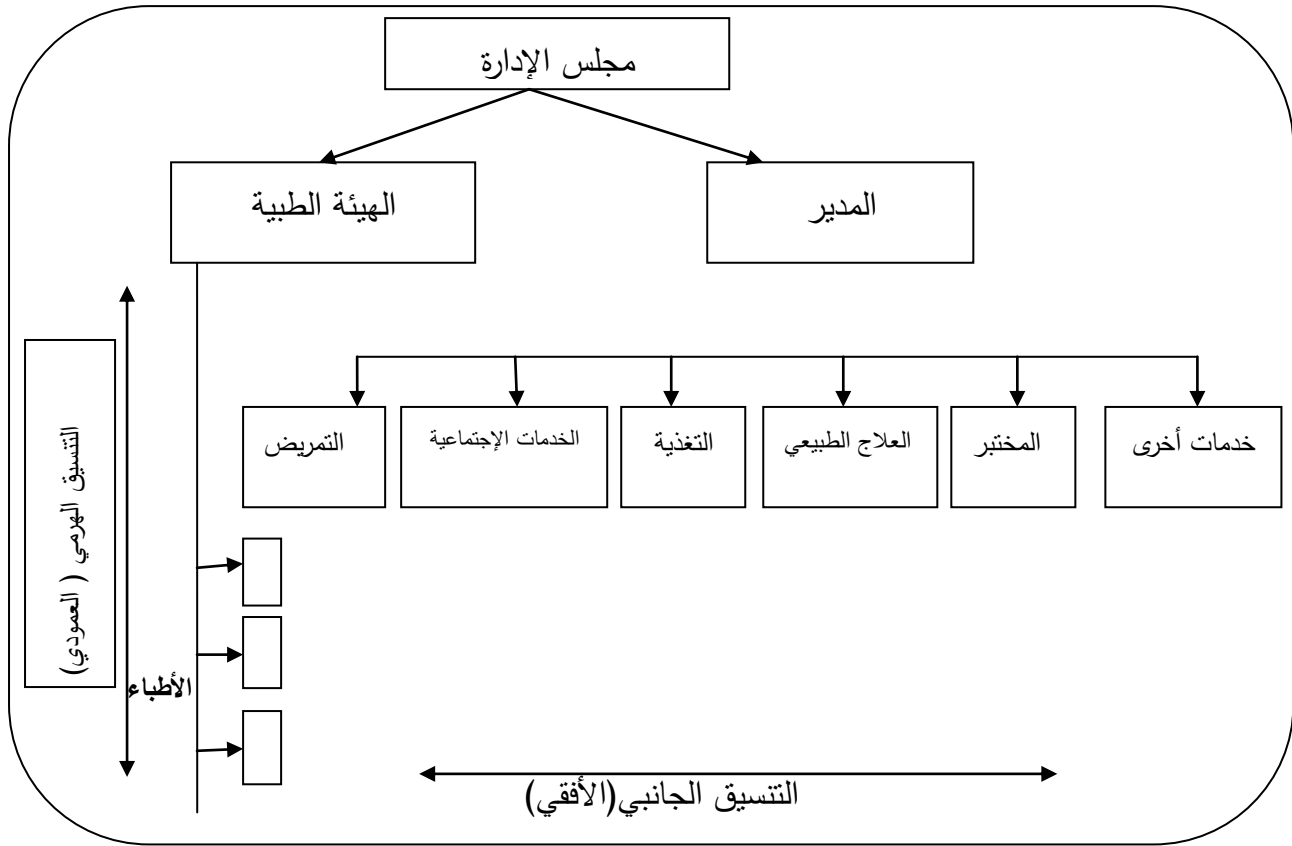
لابد من التركيز على الاتصالات الأفقية المباشرة بين الاختصاصيين والمستخدمين في المشروع، إذ تصعد الاتصالات إلى أعلى وفقا للسلطة الهرمية وبهذا يوفر تنظيم المشروع قدرا أكبر من المرونة والاستجابة، ورغم هذه الميزة إلا أنه هناك بعض النقائص كغموض الدور للمستخدمين، لذا لابد على مدير المشروع من أن يتبنى أسلوبا جديدا لممارسة عمله بحيث يتم التركيز على إدارة الموارد البشرية وغير البشرية، كما لابد له من أن يدرك أن إدارة المشروع هي نشاط دائم الحركة، وأن الاحتكاك والنزاع الهادف بين المستخدمين ممكن أن يكون ضروري كإسلوب ونمط حياة عند إدارته للمشروع عبر العديد من خطوط الاتصال الرأسي والأفقي. ومنه عند تطبيق مفهوم تنظيم المشروع على هيكل المؤسسات الصحية ينتج ما يسمى بالتنظيم المصفوف¹.

2.1.1.2.2 المؤسسة الإستشفائية كتتنظيم مصفوف

يوفر هذا التنظيم بهيكله الهرمي للمؤسسات الاستشفائية بعدا أفقيا وجانبيا للاتصالات بين المستخدمين فيه كما يحقق قدر أكبر من المرونة والقدرة على التعامل مع المهنيين الصحيين، لذا إذا ما نظرنا إلى هذه المؤسسات نجد هنالك التنسيق الهرمي (العمودي) كما هو واضح من السلسلة الهرمية للأمر وتكوين الدوائر والأقسام، وهنالك التنسيق الجانبي (الأفقي) بين الدوائر الذي يتضح من

¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص184.

خلال فريق خدمة المستشفى الذي يرأسه طبيب واحد، إن وجود كلا هذين النوعين من التنسيق العمودي والأفقي في آن واحد هو ما يسمى بالتنظيم المصفوف¹، كما هو موضح في الشكل الموالي:



الشكل رقم (08): التنظيم المصفوف

المصدر: فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره ، ص186.

يستفيد التنظيم المصفوف من الخصائص الإيجابية لتنظيم المشروع والتنظيم الهرمي الكلاسيكي، ويجمع معا هذه الخصائص في النقاط الموالية:

- التركيز على مفهوم المشروع من خلال تعيين قائد واحد كمحور مركزي لكافة الأنشطة المتعلقة بالمشروع؛

¹ نفس المرجع، ص185.

- المرونة في استغلال العنصر البشري؛
- تواجد المعرفة والمهارات المختصة لكافة المستفيدين على أساس المساواة؛
- هناك تنظيم وظيفي أو دوائر وظيفية يمكن للمستخدمين أن يعودوا لها عند إنتهائهم من عملهم؛
- الاستجابة إلى احتياجات المستفيدين بأسرع وقت بسبب وضوح خطوط الاتصالات؛
- المحافظة على التناسق الإداري بين المستخدمين الطبيين وشبه الطبيين من خلال الاحتكاك بين الأدوار المختلفة للعناصر البشرية التي تعمل في المؤسسة الواحدة.

2.1.2.2 مكونات عملية التنظيم

ترتبط وظيفة التنظيم بشكل مباشر بوظيفة التخطيط وتركز على الأهداف التي تحددها المؤسسة، لذا يمكن تحديد العناصر التي تتكون منها عملية التنظيم¹:

1.2.1.2.2 تصميم الهيكل التنظيمي

الهدف من وظيفة التنظيم هو تصميم الإطار الذي يربط كل العناصر البشرية والمادية المتاحة مع بعضها ومع أهداف المؤسسة، يمثل هذا الإطار الهيكل التنظيمي الرسمي للمؤسسة، كما لا بد من تحديد المبادئ الأساسية التي تركز عليها نظرية التنظيم وذلك لما لها من أهمية لمدير المؤسسة الصحية:

- مبدأ تقسيم العمل لضمان تحقيق كفاءة التشغيل؛
- إن الهيكل التنظيمي هو الشبكة الرئيسية لتنظيم وإدارة الأنشطة؛
- محدودية نطاق الإشراف؛

¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 187.

- سيادة مبدأ وحدة الأمر أي لكل مستخدم رئيس واحد؛

- تفويض السلطة.

2.2.1.2.2 تكوين الدوائر

يقصد بها تجميع الأنشطة المتشابهة ضمن وحدات أو دوائر تنظيمية وتحديد المراكز الوظيفية انطلاقاً من مبدأ تقسيم العمل والتخصص والحاجة إلى التنسيق، كما أن تجميع الأنشطة المتشابهة يمكن أن يتم على أساس من المداخل المتعددة الآتية:

أولاً- حسب الوظيفة

لقد جرت العادة على تبني هذا المدخل من طرف المؤسسات الصحية عند تكوين الدوائر وتصميم الهيكل التنظيمي الرسمي، فعلى سبيل المثال دائرة خدمات التمريض، حيث يتبع هذه الدائرة كافة أنشطة التمريض في المؤسسة الصحية ويتحمل مدير هذه الدائرة المسؤولية الكاملة، كذلك الأمر بالنسبة للخدمات الأخرى .

ثانياً - حسب الخدمة المنتجة

استعمال هذا المدخل في المؤسسات الصحية يتضمن تقسيم المؤسسة إلى دوائر على أساس الخدمة المنتجة مثلاً قسم الجراحة، قسم الولادة، قسم الجراحة العامة...إلخ، حيث أن كل قسم يرأسه مسؤول عن كافة الأنشطة بما في ذلك الأنشطة غير الطبية كأنشطة الغذاء والصيانة...إلخ.

إلا أن هذا المدخل غير مناسب لما له من ازدواجية السلطة بالنسبة للمسؤول الواحد، بالإضافة إلى عدم قدرة المسؤول عن هذه الدائرة على التنسيق بين خدمات التمريض وخدمات الأنشطة الأخرى.

ثالثاً - المدخل الجغرافي

يمكن تطبيق هذا المدخل في المؤسسات الصحية في حالات محدودة حيث تكون الأبنية منتشرة على مساحات جغرافية واسعة أو ذات وحدات منفصلة ومتباعدة، كما يمكن تبني هذا المدخل في حالة كون بناء المؤسسة الصحية من النمط الرأسي، إذا نلاحظ أن هناك نمطين لتصميم المؤسسات الصحية، فالأول نمط التصميم الأفقي وهو يشغل مساحات واسعة وينتشر على نحو أفقي ويكون عدد طوابقه قليلاً، ولكن يعاب عليه صعوبة إدارته لتباعد أقسامه على النحو الذي يصعب الاتصال والتنسيق فيما بينهما بالإضافة إلى ارتفاع كلفته.

بينما التصميم الثاني فهو النمط العمودي حيث يشغل مساحات صغيرة ويتكون من عدة طوابق، يتصف هذا النمط بتدني الكلفة وسهولة الإدارة وإنسيابية الاتصالات والانتفاع من الخدمات الصحية على نحو أسرع وأسهل بالنسبة للمستفيد وبالنسبة لمقدم الخدمة إلى جانب سهولة التكيف (التبريد أو التسخين)، لذا أصبح الأكثر استخداماً في الوقت الحالي لأنه يستجيب لمتطلبات العصر الحديث من الناحيتين الطبية والإدارية¹.

رابعاً - حسب المستفيدين

يستعمل هذا المدخل خصائص المستفيد من الخدمة الصحية كأساس لتكوين الدوائر، فعلى سبيل المثال دائرة الأقسام الخارجية تختص بتقديم الخدمات للمستفيدين من العيادات الخارجية والطوارئ، و الأقسام الداخلية تختص بخدمة المستفيدين الداخليين.

¹ حسين ذنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات-وجهة نظر معاصرة- دار وائل للنشر، عمان، 2005، ص21.

خامسا - حسب العملية أو الجهاز المستعمل

كل عمل في المؤسسة الصحية يتطلب استعمال جهاز محدد سوف يتم تحويله إلى الدائرة المختصة، مثلا دائرة الأشعة، دائرة المخبر.

سادسا - حسب الوقت المحدد

طبيعة عمل المؤسسة الصحية يتطلب استمرارية التشغيل وتقديم الخدمة على مدار 24 ساعة لذلك لابد من تجميع الأنشطة على أساس الوقت المحدد، إلا أن هذا التجميع ينطوي عليه مشاكل تنظيمية وتنسيقية صعبة¹.

من خلال الطرح السابق نستنتج أن تكوين الدوائر في المؤسسة الصحية يكون من أجل إنجاز الأهداف بالفعالية والكفاءة وبما يسهل التنسيق والتكامل بين الوظائف المختلفة، ولضمان ذلك لابد على إدارة المؤسسة الصحية من اللجوء إلى استعمال أكثر من مدخل من المداخل السابقة عند تجميع الأنشطة وتكوين الدوائر، لذا نجد غالبية المؤسسات الصحية لديها هيكل مركب يقوم على أكثر من مدخل في تكوين الدوائر، حيث يتضمن مداخل مختلفة كالمدخل الوظيفي والجغرافي ومدخل الوقت والبرمجة، إن أنشطة التمريض مثلا تعتمد على أساس مداخل مختلفة، فعلى سبيل المثال المستخدم شبه الطبي (مدخل وظيفي) في وحدة تمريض الجراحة (مدخل وظيفية فرعي) في الطابق الثالث (مدخل جغرافي) في المناوبة الليلية (مدخل الوقت).

¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 191.

3.2.1.2.2 توضيح علاقات السلطة

إن كثيرا من مشاكل التنسيق والاتصال في المؤسسة الصحية تعود إلى عدم وضوح وتحديد علاقات السلطة بين المستخدمين، لذلك لابد لمدير المؤسسة عند تصميم الهيكل التنظيمي من توضيح علاقات السلطة، حيث أن عدم وضوح ذلك يؤدي إلى عدم التعاون والازدواجية في الجهود وضياح الوقت والجهد.

4.2.1.2.2 تفويض السلطة

لا يقصد بها تنازل المدير عن مسؤولياته للمستخدمين بل يتم توزيع السلطة على جميع المستخدمين من خلال عملية التفويض وهي تسري من أعلى الهرم الإداري إلى أسفل الهرم وصولا إلى أدنى مستوى إشرافي.

3.1.2.2 تعريف المؤسسات الاستشفائية

لابد من التفريق بين جانبين أساسيين من أجل تحديد مفهوم المؤسسات الاستشفائية فهناك الجانب الوظيفي والتنظيمي للمؤسسات. حيث هناك من يركز على الوظيفة التقليدية للمستشفى كمكان لإقامة وعلاج المستفيدين ومنها من يركز على المفهوم الحديث باعتباره جزءا أساسيا من النظام الاجتماعي يقوم بأداء مختلف الوظائف الصحية.

1.3.1.2.2 التعريف الوظيفي

يركز هذا التعريف على الغرض من المستشفى وليس الغرض من أجزائه ويمثل الغرض العام للمستشفى في رعاية صحة الأفراد في المجتمع، وبذلك تلبية الحاجات الصحية للمجتمع، حيث يمكن

تعريف المؤسسة الاستشفائية حسب منظمة الصحة العالمية بأنها "ملجأ للمريض والعلاج ومزاولة الصحة الوقائية وبحث الثقافة الصحية بين الجمهور ومعالجة الشؤون الاجتماعية الخاصة بالمستفيد¹".

كما أن الجمعية الأمريكية للمستشفيات تعرفها بأنها "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل أسرة للتتويج وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمستفيدين²".

أما بالنسبة للجنة خبراء إدارة المستشفيات بمنظمة الصحة العالمية رأت من الضروري تعريف المستشفى بصورة علمية كي ينطبق على شتى المستشفيات "المؤسسة تكفل للمريض الداخلي مأوى يتلقى فيه الرعاية الطبية والتمريض، ثم استدراك هذا التعريف فيما بعد ليشمل أعمال أخرى مثل التعليم والتدريب والبحوث الطبية والوقاية والاجتماعية والتنظيمية³".

كما تعبر المؤسسات الاستشفائية عن مجموعة من العناصر التي تعمل مع بعضها البعض وترتبط بشبكة من الاتصالات ويهدف تحقيق أهداف معينة، وتشمل مستويات وعلاقات هيكل تنظيمي وأهداف تفاعل مع البيئة وتحديد مدخلات وكيفية تشغيلها ومخرجات ومؤثرات بيئية تؤثر في التغيير والتطوير والنمو⁴.

¹ سيد محمد حاد الرب، مرجع سبق ذكره، ص40

² أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات رؤية معاصرة، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2006، ص23.

³ نفس المرجع، ص21.

⁴ فريد النجار، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية- تكامل العلاج و الدواء- دار نشر الثقافة، الإسكندرية، 2007، ص51.

2.3.1.2.2 التعريف التنظيمي

يقصد به التعريف القانوني الذي ينظر إلى المستشفى على أنها مؤسسة تقدم الرعاية الصحية للمستفيدين، وبهذا التعريف يسهل التمييز بين المؤسسات الاستشفائية والمؤسسات الصحية الأخرى.

من هذه الناحية تعرف منظمة الصحة العالمية المؤسسة الاستشفائية على أنها "جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجاً ووقاية، وتمتد عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما أنها أيضاً مركز لتدريب العاملين الصحيين والقيام ببحوث اجتماعية حيوية. وهناك تعريف أكثر تطوراً يرى أن المؤسسة الاستشفائية هي جزء متكامل من تنظيم اجتماعي وصحي يعمل على توفير الرعاية الصحية الكاملة بشقيها العلاجي والوقائي للمواطنين، ويصل بخدماته إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، بجانب أنه مركز لتدريب المستخدمين في الخدمة الصحية وإجراء الاختبارات الطبية¹."

أيضاً تعتبر المؤسسة الصحية هي تنظيم في نمط معين بهدف خدمة المستفيدين الحاليين والمرتبين وإشباع حاجاتهم وإستمرار المنظمة الصحية²."

¹ أحمد محمد غنيم، مرجع سبق ذكره، ص21.

² محمد ربحان، خدمة الرعاية الصحية، مداخلة ضمن المؤتمر العربي الثالث بعنوان الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، الشارقة، من 5 الى 7 كانون الأول، 2004، ص34 .

كما تعتبر تركيب اجتماعي، إنساني، يستهدف تحقيق وتلبية أهداف محددة وتتكون من أفراد مهنيين ومختصين بميادين صحية وطبية متنوعة يقدمون خدمات الرعاية الصحية¹، كما يمكن تعريفها على أنها مجموعة أفراد تساهم وتساعد جماعيا داخل تنظيم مهيكّل في إنتاج خدمات².

إذا تعتبر المستشفى نظاما مركبا من مجموعة نظم فرعية لكل منها طبيعة مميزة وخصائص مختلفة، أيضا من وجهة نظر أخرى تعتبر المستشفى نظاما كليا يضم مجموعة من النظم الفرعية المتكاملة والمتمثلة في نظام الخدمات الصحية، نظام الخدمات الفندقية ونظام الخدمات الإدارية، وتتفاعل تلك النظم مع بعضها البعض بهدف تحقيق أجود خدمة صحية، كما تعتبر نظام مفتوح لأنها تعمل على حل المشكلات التي تعترض صحة المستفيدين الذين يتفاعلون معهم ويتأثرون بها ويؤثرون عليها³.

يتضح لنا مما سبق أن المؤسسات الاستشفائية الحديثة تعد تنظيما طبيا متكاملًا تستهدف تقديم الخدمة الصحية بمفهومها الشامل وقاية وعلاجًا وتعليمًا طبيًا، إضافة إلى إجراء البحوث الصحية في مختلف فروعها. فهي تعتبر أهم المؤسسات الخدمية التي تقدم الخدمة الصحية المتكاملة، كما أنها تمثل تنظيم اجتماعي صحي هدفه تقديم رعاية طبية للمجتمع علاجًا ووقاية تحت تفاعل أنظمة فرعية مثل النظام الطبي والنظام التمريضي والنظام الإداري والاجتماعي والنظام الاقتصادي.

ومنه نستطيع القول أنها تنظيم رسمي يشبه إلى حد كبير التنظيمات البيروقراطية وكغيره من التنظيمات الموجهة نحو تنفيذ المهام، كما تعتمد إلى حد كبير على سياسات وقواعد ولوائح رسمية

¹ محمد سامي راضي، المحاسبة في المستشفيات والوحدات العلاجية، الدار الجامعية الإبراهيمية، الإسكندرية، 2007، ص 14.

² حسان إبراهيم حسن، إدارة الموارد البشرية في القطاع العام، دار البداية، الاسكندرية، ط1، 2010، ص 49.

³ حسان محمد نذير حرساني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، السعودية، 1990، ص 51.

للسلطة لضبط سلوكيات المستخدمين وتنظيم علاقات العمل، إلا أنه في السنوات الأخيرة نلاحظ اتجاها متزايدا نحو أسلوب المشاركة من أجل تحقيق الأهداف.

إذا من خلال الطرح السابق يتضح لنا أن المؤسسات الصحية تتفرد عن غيرها من المؤسسات الخدمية بخصائص مميزة، لذا سوف نحاول إبرازها في العنصر الموالي.

2.2.2 الخصائص

مما لا شك فيه أن التعقيد والتميز الذي تتصف به المؤسسات الصحية ينبع من خصوصية هذه المؤسسات، وبما أن هذه المؤسسات تعمل ضمن ما يعرف بإطار المعايير الأخلاقية المقبولة¹، كان لابد علينا من التعرف على هذه الخصائص وتحليلها وتبيان أثرها:

1.2.2.2 صعوبة قياس وتقويم مخرجات أنشطتها

شأنها في ذلك شأن سائر الأنشطة الخدمية التي تتميز بصعوبة إيجاد مقاييس قيمية لقياس جودة الخدمة المقدمة وهو الأمر ذاته الذي يؤدي إلى صعوبة احتساب تكلفة الخدمة نفسها.

2.2.2.2 التقسيم الواسع للعمل وتنوع التركيبة الاجتماعية للعناصر البشرية

يتصف العمل في المؤسسات الصحية بدرجة عالية من التخصص والتمايز وهو مقسم بين عدد كبير من العناصر البشرية المختلفة في خلفياتها العلمية وخبراتها ومهارتها وموقفها وتطلعاتها واحتياجاتها، سواء مستخدمين طبيين أو شبه طبيين أو إداريين، والذي يؤثر مباشرة على الحياة.

¹ ضر زهران، إدارة المستشفيات و الرعاية الصحة، دار زهران للنشر والتوزيع، الأردن، 2006 ، ص116 .

3.2.2.2 ضخامة حجم الاستثمارات في الأصول الثابتة

بالرغم من أن ظاهرة ضخامة الاستثمارات تكاد تكون سائدة في معظم المؤسسات الخدمية، إلا أنها أكثر وضوحاً في المؤسسات الصحية، حيث الأجهزة والمعدات الطبية ذات القيمة المرتفعة من ناحية، فضلاً عن التكنولوجيا المتطورة والمستمرة التي تؤدي إلى تقادم الأجهزة والحاجة إلى الأجهزة الأحدث والأكثر تطوراً والأعلى تكلفة، الأمر الذي أدى إلى ضخامة الاستثمارات في الأصول الثابتة.

4.2.2.2 تأثير نشاط المؤسسات بالمتغيرات البيئية المحيطة

يتأثر نشاط المؤسسات الصحية بالمتغيرات البيئية الموجودة فيها، سواء أكانت متغيرات اجتماعية، إذ ينعكس المستوى الثقافي وعادات وسلوكيات الأفراد في المجتمع المحيط بالمؤسسة على الحالة الصحية لهم والمستوى الصحي السائد بهم، أو اقتصادية، إذ تتأثر المؤسسة بالبيئة المحيطة من حيث الأجور، تكلفة المستلزمات الصحية ونوعيتها، أو سياسية بما قد يصدر من قوانين وقرارات سياسية تلزمها بتأدية خدمات صحية معينة مثل التأمين الصحي، أو تنفيذ برامج صحية معينة مثل حملات التطعيم.

5.2.2.2 تعدد الأهداف

بالرغم من الهدف الأساسي وهو تقديم أفضل مستوى من الخدمة الصحية وبأقل التكاليف، إلا أنه هناك أهدافاً أخرى والتي لا بد من القيام بها خاصة في مجال تدريب وتعليم المستخدمين الطبيين وشبه الطبيين والإداريين والقيام بالأبحاث العلمية والطبية التي من شأنها تحسين جودة الخدمات الصحية، بالإضافة إلى الوقاية من الأمراض والكشف المبكر عنها¹.

¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 167.

6.2.2.2 تداخل الخدمات والأنشطة واعتمادها الكبير على بعضها البعض

إن الخدمات الصحية المقدمة تقوم على أساس مجموعة من أنشطة وتخصصات مختلفة ومتعددة، فبسبب التخصص والتقسيم الواسع للعمل في المؤسسة الصحية نجد أن كل مستخدم يعمل فيها يعتمد إلى حد كبير في إنجاز عمله والقيام بدوره على مايقوم به غيره من المستخدمين.

7.2.2.2 الطبيعة الطارئة لعمل المؤسسات الاستشفائية

إن الطلب على الجزء الأكبر من الخدمات الصحية هو ذا طبيعة طارئة وغير قابلة للتأجيل أو التأخير أو الانتظار، وهذا يجعل من الصعب على إدارة المؤسسة الصحية والمستخدمين فيها توقع حجم العمل ومزيج الحالات المرضية.

8.2.2.2 المؤسسة الاستشفائية تنظيم شبه بيروقراطي

يرتكز التنظيم البيروقراطي على عدد من المبادئ الأساسية (والتي عرضناها بالتفصيل في الفصل الأول من هذه الدراسة)، وهي¹:

- تقسيم العمل على أساس التخصص الوظيفي؛
- سلسلة هرمية محددة للسلطة؛
- نظام محدد من اللوائح والتشريعات التي تحدد واجبات ومسؤوليات وحقوق المستخدمين في المؤسسة الصحية؛
- نظام محدد من الإجراءات للتعامل مع ظروف العمل؛

¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص171.

- العلاقات غير الشخصية بين المستخدمين في المؤسسة الصحية.

9.2.2.2 المؤسسة الاستشفائية تنظيم إنساني أكثر منه تنظيم آلة

أهم مدخلات المؤسسات الصحية هو الإنسان (المستفيد والمستخدمين) ومخرجاته الرئيسية هي الخدمات الصحية المقدمة للفرد التي يجب تخطيطها وتقديمها وفقا للاحتياجات الفعلية لكل حالة.

10.2.2.2 مشكلة المهنة والاحتراف

يمتلك المستخدمون الطبيين المعارف المتخصصة والكفاءات الفنية المطلوبة والضرورية للقيام بدورهم في المؤسسات الصحية وبشكل مستقل نسبيا، ولكن الكثير من القرارات التنظيمية التي تؤثر على الأطباء وعلى أداء عملهم يتخذها المستخدمون الإداريين الذين يمتلكون السلطة الشرعية لإتخاذ القرارات، والمشكلة الحقيقية هي أن المستخدمين الطبيين هم الذين لديهم المعرفة الطبية المختصة والمهارات الفنية التي تؤهلهم دون غيرهم لممارسة الطب ولكنهم يمتلكون القليل من الخبرة الإدارية، وفي الجانب الآخر نجد أن المستخدمين الإداريين لديهم المعرفة والخبرة الكافية في الإدارة وتقنياتها ولكنهم يمتلكون القليل من المعرفة الطبية، إن هذا الوضع يؤدي إلى انتهاكات خطيرة بين الجانبين.

11.2.2.2 غياب خط السلطة المنفرد

السلطة في تسيير المؤسسات الصحية لا تنبثق من مصدر واحد ولا تتسلسل عبر خط واحد للأمر كما هو الحال في تسيير المؤسسات الأخرى، لذا تظهر دائما في هذه الخاصية مشاكل إدارية وتشغيلية لإدارة المؤسسة الصحية.

12.2.2.2 ظروف العمل غير العادية

تتعامل هذه المؤسسات مع قضايا الحياة والموت والصحة والمرض مما يضع عبئا ثقيلا وإرهاقا ماديا ونفسيا على المستخدمين فيها بمختلف مستوياتهم وفئاتهم.

3.2.2 وظائف المؤسسات الاستشفائية وتصنيفاتها

تعددت تقسيمات المؤسسات الاستشفائية على أساس عدة معايير إلا أنه تكاد تتفق جميعها في المحتوى، لذا سوف نحاول من خلال هذا العنصر تقديم أهم التصنيفات ولكن كان لابد علينا أولا من تحديد الوظائف الأساسية للمؤسسات الاستشفائية لما لها من أهمية في تحسين عملية خدمة المستفيدين والرفع من مستوى الخدمات الصحية المقدمة والرقي بصحة المجتمع.

1.3.2.2 الوظائف الأساسية للمستشفيات

يقع على عاتق المؤسسة الاستشفائية في العصر الحديث القيام بمجموعة من الوظائف الحيوية والتي تتماشى مع كونها مؤسسة اجتماعية هادفة، حيث أن أداء هذه الوظائف بكفاءة يعني الوصول إلى تحقيق الأهداف، لذا وكما قسمنا تعريف المؤسسات الاستشفائية من الناحية التنظيمية والناحية الوظيفية كان لابد علينا من تحديد الوظائف بالنسبة للجانبين.

1.1.3.2.2 الوظائف الإدارية

من أجل إدارة وتسيير وتنظيم المؤسسات الصحية فإن الوظيفية الإدارية لها أهمية كبيرة للوصول إلى تحقيق الأهداف المرسومة بإستخدام الموارد البشرية والمادية والتكنولوجية المتاحة، ولضمان تحقيق تلك الأهداف لابد على المدير الصحي القيام بمجموعة من الوظائف الإدارية:

أولاً- التخطيط

هي الوظيفة التي تحدد بشكل مسبق ما يجب عمله والتي تضع الأساس لعملية التنظيم وتصميم الهيكل التنظيمي، كما تعتبر وظيفة التخطيط من أكثر الوظائف أهمية في المؤسسات الصحية للأسباب التالية¹:

- تركيز الانتباه على الأهداف، فالتخطيط الجيد يضع أهدافا معقولة للمؤسسة ويطور مداخل وسبل وبدائل لتحقيق هذه الأهداف، وبذلك تمكن المؤسسات من تقرير الاتجاه الذي ستسير فيه ومن ثم توفير الامكانيات والوسائل لتوجيهها إلى الغايات المرسومة لها؛
- تقليل عنصر المخاطرة وعدم التأكد، باعتبار أن الخدمات الصحية في تغيير مستمر كان لابد على المؤسسات الصحية أن تكون على وعي وتفهم لهذه التغيرات والاتجاهات الجديدة وأن تتمتع بقدر من المرونة والقدرة على التطور والتأقلم مع ما يستجد من مفاهيم ووسائل جديدة، وهذا يتطلب من المدير الصحي النظر إلى المستقبل ومحاولة رؤية هذه المتغيرات للتخطيط لها لتقليل المخاطر؛
- احتواء التكلفة وتحقيق اقتصاديات التشغيل، إن وظيفة التخطيط تساعد المؤسسة الصحية على إحتواء تكلفة خدماتها ويمكنها من استثمار مايتاح لها من موارد في إطار الكفاءة والفعالية، وبالتالي فإن التخطيط هو أداة فعالة بيد المدير الصحي لخفض تكلفة إنجاز الأنشطة وتحقيق اقتصاديات التشغيل لكافة أنشطة المؤسسة؛
- تسهيل عملية الرقابة، وذلك أن تتضمن هذه العملية مقارنة النتائج الفعلية مع النتائج المرغوبة والمحددة سلفا من خلال وظيفة التخطيط، مع العلم أن هذه الوظيفة هي التي تزودنا

¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص34.

بالمعلومات والبيانات اللازمة لوضع وتحديد المقاييس والمعايير التي تستخدم لمقارنة النتائج الفعلية معها.

ثانيا - التنظيم

تقوم وظيفة التنظيم بتجميع العناصر البشرية والمادية المتاحة ضمن وحدات ودوائر تنظيمية يمكن توجيهها باتجاه تحقيق أهداف المؤسسة، فعندما يقوم المدير الصحي بوظيفة التنظيم فهو يحدد الأنشطة المختلفة التي يجب القيام بها، كما يجمع هذه الأنشطة في دوائر ثم يقسم عمل هذه المجموعات إلى مهام وواجبات فردية.

ثالثا - التوظيف

لا تقتصر هذه الوظيفة على الاختيار والانتقاء بل تشمل كذلك تدريب هؤلاء وتنمية قدراتهم وكفاءتهم كما تشمل الترقية وتقييم الأداء وتوفير الفرص لتنميتهم وتطويرهم بالإضافة إلى وضع نظام الأجور والمرتبات.

رابعا - التوجيه

يجب على المدير الصحي أن يقوم بعملية التحفيز من أجل تحقيق الأهداف وإعطاء التوجيهات والأوامر والتعليمات والإشراف على المستخدمين وإرشادهم عند تنفيذ واجباتهم، إذا تعتبر هذه الوظيفة جوهر عملية التشغيل وتتضمن الاتصالات بين المستخدمين، ومن خلال وظيفة التوجيه يسعى مدير المؤسسة الصحية لضمان مناخ مناسب لتحقيق رغبات واحتياجات المستخدمين وتحقيق أهداف المؤسسة الاستشفائية.

خامسا - الرقابة

لا تتضمن الرقابة فقط تحديد فيما إذا كانت الخطط الموضوعة قد نفذت فعلا وإذا ماتم تحقيق الأهداف المرسومة واتخاذ الإجراءات التصحيحية في حالة عدم إنجاز الأهداف، بل تصل إلى مراجعة وتنقيح الخطط والأهداف نفسها إذا تطلب الأمر، وتتم هذه العملية من خلال وضع المقاييس والمعايير، ومن خلال قياس الإنجازات ومقارنة النتائج الفعلية وتصحيح الانحرافات عن المعايير¹.

2.1.3.2.2 الوظائف الوظيفية

طبيعة المؤسسة الاستشفائية تحتم عليها القيام بالعديد من الوظائف، لذا سوف نحاول تحديد أهمها:

أولا- وظيفة الرعاية الصحية العلاجية

يقصد بها الخدمات التشخيصية والعلاجية، سواء من خلال العلاج الدوائي المباشر أو من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المستشفى أو من خلال التدخل الجراحي، بالإضافة إلى ما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات المخبرية العادية والمتخصصة، وخدمات الإسعاف والطوارئ وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية والغذائية، ومما لا شك فيه أن الخدمة الصحية العلاجية تمثل الوظيفة التي تحظى بالاهتمام الأكبر في جميع المستشفيات الخاصة منها والحكومية على السواء².

¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 37.

² طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس، الإسكندرية، 2006، ص 25.

ثانيا - وظيفة الرعاية الصحية الوقائية

هي الرعاية المرتبطة بتوجيه النظام الصحي في المجتمع أو ما يسمى الخدمات الصحية البيئية، حيث يرتبط بتشجيع مشاركة الأفراد والمجتمع في الأنشطة الصحية على أساس الفهم الواضح لأهم المشكلات الصحية التي يعانيها المجتمع (الأمراض المعدية والأوبئة..)، مما يتطلب الوقاية منها (ويكون هذا بالبرامج التثقيفية، حملات التطعيم، خدمات رعاية الأمومة والطفولة)، ويتم هذا وفقا لأولويات البرامج التي تلائم الظروف المحلية لكل دولة أو مؤسسة¹.

ثالثا - وظيفة التعليم والتدريب

تفرض التطورات التقنية الحديثة في العلوم الطبية ضرورة تطوير مهارات وخبرات كافة المستخدمين المتخصصين في مختلف مجالات المهن الطبية والصحية من خلال التعليم والتدريب المستمر، وتمثل المستشفيات بطبيعتها المكان الطبيعي والملائم سواء للتعليم والتدريب بما تملكه من إمكانيات وتجهيزات²، كما أنها تساهم في تزويد أعضاء الهيئات الطبية والهيئات المساعدة بالمهارات اللازمة للتفاعل النفسي والاجتماعي، ومن ثم تسهيل مهامهم في تشخيص المشاكل الصحية الفردية وعلاجها، إضافة إلى ما سبق فإن وجود المتخصصين في المجالات المختلفة يساهم في نقل نتائج الممارسات والتجارب السابقة إلى الخريجين الجدد من الأطباء والممرضين وتبادل المعلومات معهم وهو الأمر الذي قد يتعذر تحقيقه خارج المستشفيات.

¹ نفس المرجع، ص26.

² سيد محمد جاد الرب، مرجع سبق ذكره، ص43.

رابعاً - وظيفة البحوث الطبية

تساهم المؤسسات الاستشفائية بشكل كبير من خلال ما تحتويه من مخابر وتجهيزات وسجلات طبية وحالات مرضى متنوعة وإطارات بشرية متخصصة مهنيًا في توفير بيئة مناسبة لإجراء البحوث والدراسات الطبية والاجتماعية المتخصصة في مختلف مجالات التشخيص والعلاج والتطور الذاتي لخدمات المستشفى ومهارات الأفراد وأساليب العمل، كما يجب إعطاء إهتمام أكبر للأبحاث التطبيقية أو الحقلية لما لها من أثر فعال على حياة المستفيدين.

خامساً - الوظيفة التأهيلية

تخصص المستشفيات الكبيرة قسماً خاصاً لعلاج التشويه والعلاج الطبيعي، وذلك لتدريب أصحاب هذه الحالات على مزاولة مهامهم الأصلية، أو تدريبهم على أعمال جديدة تتناسب وحالتهم الجديدة، ويمكن أن يمس التأهيل حتى العوامل النفسية والمعنوية التي يعاني منها المستفيد سواء قبل المرض أو بعده، وأيضاً العوامل البيئية والأسرية التي تحيط بالمستفيد، وذلك لمساعدة المستفيد على الشفاء الكامل بأقصى سرعة ممكنة¹.

سادساً - الوظيفة الاجتماعية

تعرف الخدمة الاجتماعية الطبية بأنها العمليات المهنية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي لدراسة إستجابة المستفيد بالنسبة لمشكلته المرضية.

¹ سيد محمد جاد الرب، مرجع سبق ذكره، ص44.

2.3.2.2 تصنيف المؤسسات الاستشفائية

تتعدد أنواع المستشفيات، كما توجد العديد من المعايير والأسس التي يمكن إستخدامها لتصنيفها في مجموعات متشابهة:

1.2.3.2.2 نمط الملكية

يمكن تصنيف المستشفيات طبقا لمليتها إلى نوعين أساسيين وهما المستشفيات الحكومية والمستشفيات الخاصة ، ويمكن توضيح ذلك كمايلي¹:

أولاً- المستشفيات الحكومية

يقصد بها تلك المستشفيات التي تملكها هيئات رسمية تقدم خدمات صحية لمختلف المواطنين مقابل أجور زهيدة، وتديرها الأجهزة الحكومية في الدولة من مؤسسات ووزارات وذلك وفقا للنظم الحكومية التي تحكم سير وإجراءات العمل بهذه المستشفيات. وتأخذ المستشفيات عدة أنواع²:

أ- المستشفيات الحكومية العامة

تتميز هذه المستشفيات بأنها تضم بداخلها مختلف التخصصات والأقسام العلاجية اللازمة لتشخيص ومعالجة الحالات المرضية المختلفة، وغالبا تتبع وزارات الصحة حيث تكون مملوكة للدولة أو إحدى الهيئات أو المؤسسات الرسمية التي تقوم على توفير متطلباتها ورعاية شؤونها وتنظيم العمل بها وفق نظم ولوائح حكومية محددة، كما يفترض في هذا النوع من المستشفيات

¹ أحمد محمد غنيم، مرجع سبق ذكره، ص31.

² عبد العزيز المخيمر ومحمد الطعامة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات -المفاهيم والتطبيقات، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2003، ص6.

تقديم خدماتها لجميع فئات المستفيدين بالمجان أو مقابل رسوم رمزية التي تحددها اللوائح، حيث أن الهدف من إنشائها هو تقديم خدمة اجتماعية عامة لجميع أفراد المجتمع.

ب- المستشفيات الحكومية الخاصة بفئات معينة

يتسم هذا النوع من المستشفيات بجميع خصائص المستشفيات الحكومية العامة من حيث الملكية وتنوع الخدمات التشخيصية والعلاجية التي تقدمها، ولكنه يختلف من حيث التبعية أي قد يتبع وزارة محددة أو هيئة عامة أو مصلحة حكومية بذاتها، تقتصر في تقديم خدماتها على المستخدمين في هذه الجهات وأسرهم، ومن أمثلة هذا النوع من المستشفيات هي المستشفيات العسكرية والمستشفيات التابعة لشركات ومؤسسات القطاع العام.

ج- المستشفيات الحكومية التخصصية

تتشابه هذه المستشفيات مع باقي أنواع المستشفيات الحكومية من حيث ملكيتها للدولة أو بعض الهيئات والمؤسسات الرسمية، ولكنها تختلف من حيث التخصص في التشخيص والمعالجة لحالات مرضية معينة، ومن أمثلتها مستشفيات الأطفال والصدر والعيون والسرطان وغيرها من الحالات المرضية.

د- الوحدات العلاجية أو المستوصفات

تتمثل في مستشفيات صغيرة الحجم محدودة الإمكانيات إذا ما قارناها بالمستشفيات العامة، كما أنها لا يتم فيها الإيواء للمستفيدين لذا نجدها تنتشر في القرى والمناطق الريفية المختلفة، وغالبا ما تقتصر الخدمة فيها على الكشف الطبي ووصف العلاج للمستفيد أو إحالته إلى المستشفيات الحكومية العامة أو التخصصية.

هـ - المستشفيات الجامعية

تتبع هذه المستشفيات الجامعات أو كليات الطب في المناطق التي تتواجد بها، وتعتبر وحدات مستقلة ماليا وإداريا، وتتميز هذه المستشفيات بمايلي¹:

- وجود تخصصات عالية ودقيقة في مختلف فروع الطب؛
- القيام بالتعليم الطبي والتدريب سواء الطلاب، الأطباء أو هيئة التمريض؛
- تعتبر مجالا خصباً لإجراء الأبحاث العلمية المتخصصة طبياً؛
- المحافظة على صحة البيئة والمجتمع المحلي.

ثانياً - المستشفيات الخاصة

تكون مملوكة لأفراد أو هيئات أو جمعيات خيرية أو شركات خاصة، ويتم إدارة هاته المستشفيات وفقاً لأسلوب إدارة الأعمال في القطاع الخاص.

أ - مستشفيات بأسماء أصحابها

هي مستشفيات خاصة يملكها ويديرها أصحابها من الأطباء، وتقدم خدماتها في مجال تخصص أصحابها مقابل أتعاب أو أجور يتم تحديدها والاتفاق عليها حسب الخدمة المطلوبة للمستفيد، ويعتمد هذا النوع من المستشفيات على خبرة ومهارة وسمعة أصحابها وجودة الرعاية والخدمة المقدمة، كما لابد من الإشارة إلى أن العلاقة بين المستفيد والطبيب تخضع لقانون العرض والطلب².

¹ سيد محمد جاد الرب، مرجع سبق ذكره، ص 46.

² نفس المرجع، ص 47.

ب- مستشفيات الجمعيات غير حكومية

عادة ما يتم إنشاء هذه المستشفيات بواسطة جمعيات مدنية غير حكومية مثل الجمعيات الدينية والجمعيات الخيرية من خلال التبرعات الهبات والهدايا، كما قد تأخذ شكل المستشفى العام أو المستشفى التخصصي من حيث الخدمات التشخيصية أو العلاجية التي تقدمها، حيث تقدم هذه المستشفيات خدماتها لمختلف فئات المستفيدين مقابل رسوم محدودة نسبياً لتستخدم في تغطية النفقات المتعلقة بتطوير خدماتها، وعليه فهذه المستشفيات لا تسعى إلى الربح، ولكن العلاج فيها ليس بالمجان.

ج- مستشفيات استثمارية

غالباً ما تأخذ شكل شركات مساهمة أو ذات مسؤولية محددة، وقد يشارك فيها بعض الأطباء بحصص تأسيسية جنباً إلى جنب مع غيرهم من المساهمين الذين لا صلة لهم بمهنة الطب كمستثمرين عاديين، تهدف إلى تحقيق أرباح من الخدمات الطبية التي تقدمها للجمهور، وقد تقدم هذه المستشفيات خدمات متخصصة في مجالات طبية محددة، وقد يتسع نشاطها ليشمل مختلف المجالات الطبية والحالات المرضية المتنوعة أو معظمها تبعاً لحجم المستشفى ونوعية التجهيزات والتخصصات التي تحتويها.

2.2.3.2.2 على أساس الربحية

يمكن تصنيف المستشفيات طبقاً لمدى تحقيق الربح إلى نوعين أساسيين هما¹:

¹ أحمد محمد غنيم، مرجع سبق ذكره، ص 37.

أولاً- مستشفيات تسعى إلى تحقيق الربح

تسعى هذه المستشفيات إلى تحقيق مكاسب ربحية من خلال ما تقدمه من خدمات صحية للمستفيدين.

ثانياً- مستشفيات لا تسعى إلى تحقيق الربح

الهدف الأساسي لهاته المستشفيات هو تقديم خدمات اجتماعية عامة لجميع الأفراد وفئات المجتمع.

3.2.3.2.2 حسب نوع الخدمة

يمكن تقسيمها على هذا الأساس إلى مستشفيات عامة ومستشفيات تخصصية¹.

أ- مستشفيات عامة

تحتوي على جميع الأقسام السريرية أي أنه يعالج فيها جميع أنواع الأمراض، وتتمثل في المستشفيات سواء العامة الحكومية منها أو الخاصة، وهي متعددة التخصصات، أي تقدم خدمات صحية متنوعة، كما تتميز في الغالب بكبر الحجم وتوافر إمكانيات وتجهيزات وإطارات بشرية متخصصة لتشخيص ومعالجة مختلف الحالات المرضية.

ب- مستشفيات تخصصية

استجابة للتوجيهات العملية والتقنية نحو التخصص في معالجة بعض الحالات المرضية أو إجراء بعض العمليات الجراحية المعقدة أو توجيه عناية خاصة لبعض الحالات أو الأمراض ظهرت الحاجة إلى المراكز الطبية المتخصصة الحكومية أو الخاصة، ونتيجة الميل إلى التخصص في المجالات الطبية ظهرت العديد من المستشفيات المتخصصة، ونذكر منها على سبيل المثال مستشفيات أمراض القلب، والأمراض الباطنة، والعلاج الطبيعي.

¹ نفس المرجع، ص36.

3.2 دور عصرنة تسيير المؤسسات الاستشفائية على جودة الخدمات الصحية

يبدو أن مؤسسات القطاع الصحي أصبحت بحاجة إلى الإبداع أكثر من أي وقت مضى، لكي تواكب التغيرات الحاصلة في حاجات المواطنين ورغباتهم ومتطلباتهم، بهدف الحصول على خدمات صحية متنوعة، وذات جودة عالية. وهذا لا يتأتى إلا من خلال وجود آليات وعمليات تساعد على تطوير أفكار جديدة، فالقدرة على تطوير معارف وأفكار جديدة تشكل المرتكز الأساسي لتحسين الخدمات المقدمة حالياً، وتطوير خدمات صحية جديدة¹.

1.3.2 تحديث تسيير المؤسسات الاستشفائية

إن تطبيق وتفعيل مفهوم عصرنة تسيير المؤسسات الاستشفائية والوصول إلى أرقى خدمات لا يتأتى إلا من خلال نظرة شمولية تأخذ بعين الاعتبار جميع المعطيات وتكون شاملة لجميع الاحتياجات الحالية والمستقبلية وتراعي جميع الظروف والعوامل المحلية مع التركيز على العامل البشري وتأهيل الكوادر الحالية لتنمashi مع مفهوم تحديث تسيير المؤسسات الاستشفائية، والعمل من خلال معايير وتشريعات واضحة مع التأكيد على أخلاقيات المهنة، وذلك من خلال التعاون الكامل بين الهياكل الصحية المختلفة والعمل على نشر الوعي المعلوماتي في جميع فئات المجتمع وخاصة فيما يخص المعلوماتية الطبية، إضافة إلى بناء البنية التحتية لتقنية المعلومات والاتصالات وما يلزم من أجهزة وبرامج الحاسب الآلي.

¹ اسعود محمد المحاميد و إبراهيم بني عطا، أثر ممارسة عمليات إدارة المعرفة على الإبداع الفني والإداري: دراسة ميدانية في مؤسسات القطاع الصحي في محافظة معان، المجلة العربية للعلوم الإدارية، جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي، مجلد 20، عدد 3، سبتمبر 2013، ص 452.

1.1.3.2 نظام المعلومات الصحي

يتطلع المستفيدين والأطباء والمستخدمين إلى الحصول على خدمات مميزة من المستشفيات التي يتعاملون معها، مما يتطلب تطوير وتحسين مستمر من هذه المستشفيات لإجراءات العمل فيها، حيث أصبح من الضروري إضافة المزيد من الخدمات الالكترونية التي من شأنها توفير خدمات للمستفيدين وإدارة المستشفى والارتقاء بالخدمات المقدمة فيها.

1.1.1.3.2 مفهوم نظام المعلومات الصحي

نظام المعلومات هو مجموعة من الأنظمة الحاسوبية التي تستخدم لتوفير المعلومات الطبية الخاصة بالمستفيدين وبالمستشفيات بفضل مجموعة من الوظائف تمكن من إدخال المعلومات وصيانتها واستعراضها، وإصدار إحصاءات وتقارير تساعد على اتخاذ القرارات الطبية العلاجية والإدارية.

وعرّفت منظمة الصحة العالمية نظام المعلومات الصحية بأنه هو العلم الذي يقوم على اكتساب وحفظ واسترجاع وتطبيق المعارف والمعلومات الطبية بغية تحسين رعاية المستفيد والتنقيف والبحث والإدارة.

وقد تم تعريفه بأنه عبارة عن نظم معلومات تتكون من أجهزة وحواسيب وبرمجيات إجراءات وعمليات صممت على وجه التحديد لتجميع ومعالجة وتخزين وإدارة المعلومات المرتبطة بمجال تقديم الخدمات الصحية وذلك بهدف دعم القرارات الطبية الإدارية.

من خلال ما سبق يمكن إعطاء تعريف شامل لنظام المعلومات الصحي على أنه عبارة عن مجموعة من العناصر والإجراءات والوسائل التي تقوم بتسجيل، معالجة، حفظ، استرجاع وتوزيع المعلومات من أجل دعم المؤسسات الصحية.

2.1.1.3.2 السجل الصحي الإلكتروني

يسمى أيضاً سجل المستفيد الإلكتروني أو سجل المستفيد المحوسب هو مفهوم متطور يعرف بأنه تجميع طولي من المعلومات الصحية الإلكترونية عن المستفيدين، كما أنه سجل بصيغة رقمية يمكن مشاركته عبر بيئات رعاية صحية مختلفة، كما يمكن لهذه السجلات أن تتضمن مجموعة كاملة من البيانات في شكل شامل أو موجز، بما في ذلك البيانات الديموغرافية والتاريخ الطبي والأدوية والحساسية وحالة التحصين ونتائج التحاليل المخبرية وصور الأشعة ومعلومات الفوترة¹. نلاحظ إذا أنه لا تختلف السجلات الطبية الإلكترونية كثيرا عن السجلات الورقية التقليدية في وظيفتها والهدف منها، لكنها تختلف كلياً في طبيعتها وخواصها وإمكانيات استخدامها وفوائده وتعد السجلات بمثابة الوعاء الأساسي للبيانات الطبية والتي يمكن استخدامها في تحقيق العديد من الأغراض التي تسعى المستشفى إلى تحقيقها، لذا كان لابد للسجل الطبي أن يتضمن المحتويات التالية²:

- بيانات أساسية للتعرف على المستفيد؛
- بيانات تتعلق بالأمراض التي يعاني منها المستفيد وتاريخها معه؛
- بيانات عن حياة المستفيد قبل وبعد المرض والعمليات التي قام بإجرائها والظروف البيئية والاجتماعية المحيطة بها؛
- تاريخ العائلة المرضي؛
- تدوين نتائج الفحوصات للمستفيد؛
- وصف وتحديد العلاج الطبي والجراحي.

¹ نحو الصحة الإلكترونية، www.2elealth.com، تاريخ الإطلاع 2010/01/23.

² سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق، عمان، ط1، 2007، ص113.

لقد حاول الكثير من الباحثين وضع تعريفات للسجل الطبي الإلكتروني، فمنه من عرفه مجموعة من المعلومات المجمعة من أجل إفادة المستفيد، وتطوير المعرفة الطبية وحماية المستشفى ومنهم من عرفه بأنه السجل الذي يتم فيه استيفاء كافة البيانات بدقة واستحداثها وإتاحتها بأقصى سرعة ممكنة لاتخاذ القرارات¹.

إذا من خلال التعريفات السابقة يتبين لنا بأن السجل الطبي الإلكتروني عبارة عن حامل به كل المعلومات المتعلقة بالمستفيد والتي لها علاقة بصحته من بعيد أو قريب.

3.1.1.3.2 نظام إدخال الأوامر الطبية إلكترونياً

يمكن تعريف نظام إدخال الأوامر الطبية إلكترونياً بأنه عبارة عن نظام آلي متكامل يتيح للأطباء إرسال وصفاتهم الدوائية والتحليلية والأشعة إلى الأقسام ذات الصلة كالصيدلية والمخبر الأشعة، وهذا النظام يشمل كل الأوامر التي يقوم الطبيب بتسجيلها في السجل الصحي الإلكتروني للمستفيد، مثل طبيعة الغذاء إما غذاء قليل الدهون أو غني بالبروتين، والأدوية والمحاليل والجرعات، والمواعيد، والتحليل والفحوصات الطبية وأي إجراءات طبية مطلوبة والعمليات المطلوبة وموعدها، ثم ترسل الأوامر تلقائياً إلى الجهة المختصة مثل المختبر أو قسم الأشعة أو الأقسام الداخلية.

هذه التقنية تتميز بعدة مميزات تسمح للأطباء بعرض التفاعلات الدوائية والتنبيهات العلاجية عند إدخالهم الأدوية لمرضاهم في المستشفيات مما يؤدي إلى انخفاض في الممارسات الطبية الخاطئة والوفيات الناتجة من التفاعلات الدوائية الضارة، وذلك عن طريق وظيفة التنبيهات الموجهة للطبيب أثناء قيامه بالتشخيص.

¹ نفس المرجع، ص 118.

4.1.1.3.2 فوائد نظم المعلومات الصحية

تتمثل أهم المزايا التي يمكن للمؤسسات الصحية تحقيقها نتيجة استخدامها لنظم المعلومات

الصحية في ¹ :

- يساهم في مجال التخطيط لوضع سياسة الخدمات الصحية؛
- يساهم في عملية تقييم الأداء؛
- يساهم في وضع الميزانيات بدقة أكثر؛
- يساهم في اتخاذ القرارات الطبية التي تخدم المستفيدين والقرارات الإدارية التي تخدم الفئة المستخدمة؛
- يساهم في تحقيق الحد الأقصى من الرعاية الطبية المطلوبة للمستفيدين.

بالإضافة إلى فوائد أخرى، تتمثل في ²:

- يسهل تقديم خدمات ذات جودة عالية؛
- يساهم في تدريب المستخدمين الطبيين والمستخدمين شبه الطبيين وطلبة كليات الطب والتمريض؛
- يساعد في إجراء البحوث والدراسات الطبية وتوفير فرص تبادل المعلومات بين الباحثين؛
- توفير التقارير الإحصائية على المستفيدين والأمراض ؛
- تذليل الصعوبات الخاصة بتخزين واسترجاع البيانات مما يزيد من مدى الدقة والموثوقية؛
- ضمان امن المعلومات لوجود التشفير والخصوصية والسرية.

¹ سيد محمد جاد الرب، مرجع سبق ذكره، ص363.

² حسين ذنون علي البياتي، مرجع سبق ذكره، ص72.

2.1.3.2 تسيير الأفكار الجديدة

عندما تفكر المؤسسات الاستشفائية في تقديم خدمة جديدة أو تطوير خدمة قائمة، لابد من الأخذ بعين الاعتبار حاجة المجتمع لها، وحجم الطلب عليها وامكانية استدامتها وكلفة الموارد اللازمة لتقديمها والأهداف التي ستحققها من حيث مساهمتها في دعم قدرة المستشفى على البقاء والنمو وتعزيز قدرتها التنافسية.

1.2.1.3.2 الخدمات الصحية الجديدة

إن تصميم وتقديم الخدمات الصحية أمر حيوي وهام ليس فقط لنمو المستشفى بل يصل لبقائها واستمرارها في بيئة مليئة بالتغيرات من حيث الاحتياجات والتوقعات وبيئة تنافسية بشكل متزايد، وهناك مدى واسع من الخدمات الجديدة التي يمكن للمستشفى تقديمها¹:

- خدمات تمثل نشاطا جديدا، مثلا برامج التوعية والتثقيف الهادفة إلى تعديل السلوكيات السلبية لدى الأفراد، كالقيادة الخطرة والكحول والتدخين وكيفية التعامل معها ؛
- تحسين وترقية أداء ونشاط موجود في المستشفى، مثل التثقيف والتوعية الصحية للمستفيدين المقيمين الذين يعانون من الأمراض المزمنة كأمراض القلب والسكر؛
- تطبيقات جديدة موجودة وقائمة في المستشفى، كتحويل قسم الولادة إلى مركز توليد بنمط وسياق عائلي؛
- خدمة تمثل نشاطا إضافيا إلى الأنشطة التي تقدم من قبل دائرة أو قسم قائم، مثل تقديم خدمات أولية في قسم الاستعجالات؛

¹ فريد توفيق نصيرات، تسويق خدمات الرعاية الاستشفائية والطبية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2013، ص138.

- تقديم الخدمة إلى سوق جديد، مثل تقديم خدمات أطباء متخصصين في المراكز الصحية المتواجدة في مناطق جغرافية حول المستشفى؛
 - تقديم خدمات تشخيص بتكلفة متدنية، مثل الكشف المبكر لسرطان الثدي حيث يمكن للكلفة الرمزية ضمان طلب كبير على الخدمة وتوليد طلب جديد على خدمات المستشفى؛
 - دمج خدمات متكاملة في دائرة واحدة، مثل تجميع خدمات العلاج النفسي، اختبارات الإجهاد النفسي والعلاج المهني في دائرة للصحة والتأهيل لتحسين كفاءة تشغيل هذه الخدمات واحتواء التكاليف وتيسير الحصول على هذه الخدمات دون الحاجة إلى التنقل من مكان إلى آخر؛
 - القيام بترتيبات إدارية مع مختبرات وعيادات خاصة مثل القيام بفحوصات خارج المستشفى وبتكاليف رمزية؛
 - تحديث خدمة قائمة، تحسين نظام المواعيد، ترقية أماكن الانتظار وتحسين إجراءات استقبال المستفيدين والتعامل معهم بما يحقق درجة أعلى من الرضا وكسب ولائهم.
- لكن ما يجب التنويه إليه أن التفكير في تقديم خدمات جديدة أمر يتطلب موارد كبيرة وقد يتطلب إعادة هيكلة للبناء التنظيمي للمستشفى، لذلك لا بد من تحديد واضح لنوع الخدمة الجديدة ومدى مساهمتها في خدمة أهداف المؤسسة الاستشفائية والمخاطر المترتبة على فشلها، كما لا بد من التأكد من وجود الحاجة الفعلية لهذه الخدمة، وجدير بالذكر أن هناك مصادر متعددة لهذه الأفكار.

2.2.1.3.2 مصادر الأفكار الجديدة

قد تأتي الأفكار الجديدة بشكل غير رسمي من أي فرد في أي زمان وفي أي مكان، أو نتيجة ملاحظة الواقع، أو من خلال لقاء أو حديث عابر، كما أنها قد تأتي بشكل رسمي باستعمال طريقة معروفة لتوليد الأفكار الجديدة وتشجيعها، ومن أهم هذه الطرق¹:

أولاً- طريقة لعب الأدوار

يقصد بها تقمص الأدوار من قبل مستخدمي المستشفى، فمثلاً من أجل تسهيل إجراءات الدخول للمستشفى يطلب لأحدهم لعب دور موظف الاستقبال والآخر دور المستفيد، ومن ثم تتم عملية ملاحظة ورصد التفاعل بينهما، ويتم تسليط الضوء على أخطاء التعامل بهدف تحسين عملية التفاعل.

ثانياً- العصف الذهني

من خلال هذه الطريقة يطلب من مجموعة صغيرة من المستخدمين ذوي المعرفة لتقديم أفكار جديدة حول موضوع معين دون الاهتمام حول أهمية وجدوى هذه الأفكار، حيث تقبل كل الأفكار مبدئياً من غير انتقاد أو تقييم، ثم في مرحلة لاحقة يتم تنقيح هذه الأفكار واختصارها في قائمة قصيرة ثم توزع على المشاركين من أجل التعليق عليها وتقييمها بهدف إختيار ما يتم تنفيذه.

ثالثاً- العصف الذهني المعاكس

هذه الطريقة مثلها مثل سابقتها لكن تختلف في أنها تركز على عيوب خدمة موجودة فعلاً، حيث يتم رصد هذه العيوب والمشاكل وتسجيلها ثم بعد ذلك يطلب من المجموعة وضع حلول وتوصيات لمعالجة كل خلل موجود في الخدمة من أجل تحسينها.

¹ فريد توفيق نصيرات، تسويق خدمات الرعاية الإستشفائية والطبية، مرجع سبق ذكره، ص140.

رابعاً - توثيق قائمة المنافع

تستعمل هذه الطريقة من أجل تحسين وترقية خدمات يرغب بها المستفيدون ولكن يشكون منها، لذلك يطلب من مجموعة من المستخدمين ذوي المعرفة لتوليد قائمة بحاجات ورغبات المستفيدين بخصوص خدمات المستشفى التي يتلقونها، من حيث الاهتمام، سرعة الاستجابة، وملاءمة الخدمة ووقت الانتظار.

خامساً - طريقة العلاقات الحرة

يتم من خلال هذه الطريقة تقديم قائمة بالمشاكل الرئيسية أو الحاجات من طرف مجموعة تتميز بالخبرة والكفاءة، ومن ثم يتم تقديم قائمة أخرى تحدد فيها الخدمات التي يمكن أن تحل المشاكل التي حددت في القائمة الأولى.

إذا ما نلاحظه من خلال تقديمنا لطرق توليد الأفكار الجديدة أنها دائما تكون من قبل مجموعة مستخدمين متميزين، لذلك على إدارة المؤسسة الإستشفائية من تقديم حوافز تشجيعية من أجل تعزيز توليد الأفكار الجديدة.

2.3.2 تقويم خدمات المؤسسات الاستشفائية الحديثة

من خلال التقديم السابق لآليات تحديث تسيير المؤسسات الاستشفائية، نصل إلى أنه لابد على مثل هذه المؤسسات أن تتميز بمجموعة من الصفات حتى تستطيع أن تتصف بالعصرية ومنه تحقيق نوعية في الخدمات الصحية المقدمة، ومن أجل الحفاظ على هذا التميز لابد من وجود رقابة صارمة على كل المستخدمين سواء كانوا طبيين أو شبه طبيين أو إداريين.

1.2.3.2 مميزات المستشفيات الحديثة

إن أبرز صفات ومميزات المستشفيات الحديثة ما يلي¹:

1.1.2.3.2 التركيز على العيادات الخارجية

تتميز المستشفيات الحديثة بالتحول من التركيز على التنويم إلى التركيز على العيادات الخارجية، وهذا بعد أن أكدت الدراسات أن هذا التوجه يؤدي إلى تخفيض كبير في التكاليف المتعلقة بتقديم الخدمة للمستفيد المقيم مما تشكل عبئاً كبيراً على الموارد المادية والبشرية للمستشفى.

2.1.2.3.2 عمليات اليوم الواحد

لا تتطلب بقاء المستفيد أكثر من يوم واحد في المستشفى.

3.1.2.3.2 عمليات المناظير

تعتبر من التقنيات الحديثة التي تستعمل في المستشفيات العصرية، حيث تقلل من تعرض المستفيد للمخدر، وتقلل من فترة معاناته للألم وتعيده إلى حياته الطبيعية وعمله في زمن أسرع، كما يؤدي استخدام هذا النوع من العمليات الجراحية إجراء عدد كبير من العمليات وتقلل فترة انتظار المستفيد لمواعيد إجراء العملية وكذلك ترفع من معدل خلو السرير.

4.1.2.3.2 استخدام الليزر

بدأ استخدام الليزر في جراحة العيون، ثم اتسع نطاقه إلى جراحة المسالك البولية وبعض الجراحات العامة.

¹ عبد الإله ساعاتي، مرجع سبق ذكره، ص 18.

5.1.2.3.2 استخدام الطب الاتصالي

حيث يتم تبادل الاستشارات الطبية بين الأطباء المتواجدين عبر مختلف أنحاء العالم مما يؤدي إلى تدريب وتعلم الأطباء على أحدث التقنيات عن طريق النقل المباشر للمحاضرات والعمليات الجراحية بواسطة الأقمار الصناعية، ويمكن تقديم الاستشارات الطبية للمستفيد من قبل الطبيب حتى وإن بعدت المسافة مما يوفر الوقت والمال على المستفيدين والاستفادة من استشارة المتخصصين على المستوى العالمي.

6.1.2.3.2 الميكنة البشرية

حيث يتم تدريب وتأهيل إطارات وعمال المستشفى على أحدث الوسائل وأعتها تكنولوجيا في مجال الطب وكذلك في تسيير شؤون المستشفى.

7.1.2.3.2 معايير الجودة

تتميز المستشفيات العصرية بتطبيق مناهج إدارة الجودة للوصول إلى أعلى مستوى للجودة في الخدمات الصحية المقدمة، لا سيما في ظل المناخ التنافسي بين المستشفيات.

8.1.2.3.2 مواكبة التطورات الطبية

أصبحت المعلومات الطبية تتضاعف كل خمس سنوات، وأصبحت هناك حلول للعديد من المشاكل المرضية التي لم يكن بمقدور الإنسان معالجتها، والمستشفى الحديث يواكب هذه التغيرات ويتفاعل معها.

2.2.3.2 أساليب تقييم جودة الخدمة الصحية

أصبحت وظيفة الرقابة من العمليات الإدارية الضرورية التي لا غنى عنها، وإذا كانت على هذا القدر من الأهمية، فإنها تستوجب اهتماماً أكبر وأهمية أعظم في المؤسسات الصحية نظراً لمساسها المباشر بصحة وحياة الأفراد، فالخطأ في هذا المجال لا يمكن إصلاحه في كثير من الأحيان مما يحتاج إلى رقابة على جودة هذه الخدمات، حيث تتضمن هذه الأخيرة الرقابة على مكونات النظام الصحي والوسائل المختلفة المستخدمة فيه، لذا تتم الرقابة على مؤهلات وخبرات وسلوكيات كافة المستخدمين في القطاع¹، ومعظم المؤسسات الصحية تشكل لجان مختلفة بهدف تحقيق الرقابة على جودة الخدمة بل ويذهب البعض إلى إيجاد وحدة إدارية رسمية ضمن الهيكل التنظيمي مهمتها تحسين جودة الخدمات الصحية، وتعتمد على نوعين من أساليب التقويم والرقابة هما²:

1.2.2.3.2 أساليب التقويم غير الرسمية

يعتبر هذا الأسلوب الأكثر شيوعاً واستعمالاً حيث تعتمد الإدارة على ملاحظات وتقويم المستخدمين الطبيين أنفسهم للخدمات التمريضية بصفتهم الجهة الأكثر احتكاكاً بالمستخدمين شبه الطبيين والأقدر على الحكم عن مستوى جودة الخدمات من الناحية الفنية المتعلقة بمعالجة المستفيد كإعطاء الأدوية حسب إرشادات الطبيب المعالج، كما تعتمد إدارة المؤسسة على استقصاء ودراسة آراء المستفيدين حول جودة الخدمة المقدمة لهم فالمستفيدين وبحكم اتصالهم واحتكاكهم المباشر بالمستخدمين شبه الطبيين يمكنهم تقييم مستوى هذه الخدمات من خلال الملاحظات الشخصية.

¹ صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، دار الفكر، عمان، 2009، ص195.

² فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص238.

2.2.2.3.2 أساليب التقييم الرسمية

تشمل هذه الأساليب مراجعات وتدقيق ملفات المستفيدين فيما يتعلق بالجانب التمريضي، ويمكن القيام بهذا التدقيق من قبل لجنة تدقيق خدمات التمريض في المؤسسة أو من قبل المستخدمين شبه الطبيين المتخصصين داخل المؤسسة، حيث يتم كشف الانحرافات غير المقبولة في أداء خدمات التمريض من واقع الملف الطبي للمستفيد ومن ثمة يجري تصحيح هذه الانحرافات إن وجدت.

3.2.3.2 مؤشرات التقييم

إن الرقابة على جودة الخدمة الصحية تتم من خلال العديد من المؤشرات والعوامل، أهمها¹:

1.3.2.3.2 مؤشرات الهيكلية

تقوم هذه المؤشرات بتقييم كل ماله علاقة بالموارد المستثمرة في تسليم الخدمة الصحية بما في ذلك الموارد البشرية، الطبية وشبه الطبية والتجهيزات.

2.3.2.3.2 مؤشرات العملية

تقوم هذه المؤشرات بتقدير أداء العمليات الصحية مثل التشخيص، العلاج وإحترام المواعيد.

3.3.2.3.2 مؤشرات النتيجة

تستعمل هذه المؤشرات لقياس معدلات الشفاء والوفاة وكذلك درجة رضا المستفيد، ويعتبر هذا النوع مقياساً أساسياً من أجل تحليل درجة الأداء في نظر المستفيد.

¹ H, Math et autres , le Service global -Innovation et Stratégies International et Développement dans les Services, maxima, paris, 1997, P 224.

3.3.2 أثر تحديث التسيير على الخدمات الصحية

من خلال تطبيق آليات عصرنة المؤسسات الاستشفائية نصل إلى أنه هناك مؤسسات تتميز بصفات عن غيرها، هذه الصفات تكسبها نوعية في خدماتها الصحية، ومن خلال تطوير نظم المعلومات الصحية واستعمال السجل الصحي الإلكتروني في المؤسسات الاستشفائية تؤثر بشكل مباشر على نوعية الخدمة الصحية المقدمة ونصل بذلك إلى صحة إلكترونية.

1.3.3.2 الصحة عن بعد

بداية وقبل أن نقدم كيف يتم تطبيق آليات الصحة الإلكترونية وأهم الأساسيات التي تبني عليها والمشاكل التي قد تعيق تطبيق وتفعيل مفهوم الصحة الإلكترونية بالصورة الصحيحة، كان من المناسب توضيح ماذا يقصد بالصحة الإلكترونية.

1.1.3.3.2 تعريف الصحة الإلكترونية

للصحة الإلكترونية عدة تعاريف مختلفة منها ما صدر عن منظمة الصحة العالمية وغيرها من الجمعيات والمؤسسات العلمية المهمة بالصحة الإلكترونية، حيث عرفت على أنها " تطبيق نظم المعلومات والاتصالات في المجالات الطبية والصحية في نفس الموقع وعن بعد¹ أو " الاستخدام المتلازم لتقنية المعلومات والاتصالات (النقل الإلكتروني ، التخزين، الاسترجاع، المشاركة، .. إلخ) في مجالات الرعاية الصحية بما فيها من تطبيقات طبية وصحية وتعليمية وبحثية وإدارية وذلك في نفس الموقع أو عن بعد"، والمقصود بمفهوم الصحة الإلكترونية اليوم هو استخدام تكنولوجيا المعلومات

¹ جريدة الرياض، الصحة الإلكترونية... فوائد كمية ونوعية، www.alriyadh.com، تاريخ التصفح 2010/02/05.

والاتصالات من أجل الصحة في المواقع المحلية وعن بعد - وهو ما يتيح فرصة لتطوير الصحة العمومية. وعليه فإن الفوائد المرجوة من تطبيق مفهوم وخدمات الصحة الإلكترونية كثيرة بصورة مباشرة أو غير مباشرة ويمكن تحديد ثلاث فوائد ممكنة لتطبيق خدمات الصحة الإلكترونية :

- الفوائد الكمية، وهي الفوائد المحسوبة لتطبيق الصحة الإلكترونية كالفوائد الاقتصادية المالية؛
- الفوائد الكيفية، والتي لا يمكن حسابها بشكل مباشر مثل رفع كفاءة وجودة الخدمات الصحية والتقليل من الأخطاء الطبية وسرعة الاستجابة والحصول على المعلومات والمشاركة في الوصول والاستفادة من المعلومات؛
- الفوائد الإستراتيجية، بما فيها جمع المعلومات والمعطيات والاستفادة منها في البحوث وعمليات التخطيط الاستراتيجي وتحديد الاحتياجات للمدى البعيد .

2.1.3.3.2 مبادئ الصحة الإلكترونية

يعتقد الكثيرون أن الصحة الإلكترونية تقف عند حد التعامل مع البرامج التقنية المختلفة والمتطورة في إدارة شؤون المستشفيات وأن مجرد حجز موعد مع الطبيب إلكترونياً أو الاطلاع على بعض المعلومات الخاصة بالمستشفى عبر الإنترنت أو امتلاك المستشفى لأنظمة متكاملة لإدارة المعلومات هو الصحة الإلكترونية بحد ذاتها. هذا بالطبع اعتقاد يشوبه النقص لأن الصحة الإلكترونية يجب أن تعود بالنفع في المقام الأول على المستفيد باعتباره محور العملية الطبية، فحصول هذا الأخير على الخدمات الصحية بسرعة وكفاءة بدلاً من ذلك الشكل التقليدي الذي يتطلب منه الانتظار لكثير من الوقت والتعامل مع الكثير من الورق هو جوهر الصحة الإلكترونية، وليس مجرد تطبيق لأنظمة تقنية متطورة وحتى يتم تحقيق تلك السرعة والكفاءة لابد من بنية تحتية قوية تساعد على ذلك

وبدونها فإن ما يستثمر في التقنية مهما بلغ لن يؤدي إلى صحة إلكترونية سليمة ما دام المستفيد يعاني في الحصول على الخدمة¹، إذا لتوضيح كيفية اعتماد إستراتيجية الصحة الإلكترونية، كان لابد من تحديد المفاهيم التالية:

- المعلومات الصحية، يقصد بها المعلومات الخاصة بالحفاظ على المعافاة، والوقاية من الأمراض ومعالجتها، واتخاذ القرارات الأخرى المتصلة بالصحة والرعاية الصحية². وتكون في شكل معطيات أو نصوص مكتوبة أو مسموعة، أو لقطات فيديو، وقد تتضمن عناصر تعزيزية تتأتى من خلال البرمجة والتفاعل المتبادل؛
- أما المنتجات الصحية فهي تقسم إلى نوعين، السلع الصحية وتتضمن الأدوية المعدات والخدمات الطبية وغير ذلك من السلع المستخدمة في تشخيص الإصابات ومعالجتها، أو في الحفاظ على الصحة وتحقيق أهداف المؤسسة الصحية³، والنوع الثاني يتمثل في الخدمات الصحية، حيث تشمل الرعاية أو المشورة الطبية أو تدخل طبي ينتج عنه رضا أو قبول وانتفاع من قبل المستفيد وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل، وحفظ السجلات الطبية، والتواصل بين مقدّمي الخدمة الصحية وبين المستفيدين⁴؛
- بالإضافة إلى السجل الصحي الإلكتروني وهو موضح في العنصر السابق.

¹ عماد سرحان، مدونة متخصصة بنظم إدارة المحتوى، الصحة الإلكترونية ونظم إدارة المحتوى، www.ecmarabia.wordpress.com، تاريخ التصفح 2010/01/28.

² رضوان غزال ، تعاريف في الصحة الإلكترونية - الطب على الإنترنت - www.childclinic.net ، تاريخ التصفح 2010/01/23.

³ ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والإجتماعي، الطبعة الأولى، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص91.

⁴ ثامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص168.

2.3.3.2 رسالة مشروع الصحة الإلكترونية

تتلخص رسالة المشروع في توفير خدمات صحية ذات جودة عالية ونوعية متميزة برفع كفاءة ومستوى أداء الجهات المقدمة للخدمات الصحية، وكذلك زيادة إنتاجيتها من خلال تيسير وتسهيل الوصول للسجلات الطبية واستكمال أنظمة المعلومات الصحية في تلك الجهات والاستفادة منها، كما تهدف برامج الصحة الإلكترونية إلى توفير خدمات تشخيصية وصحية أفضل لتستفيد منها شريحة أوسع، لذا تحرص الدول على تيسير دمج تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في الخدمات الصحية.

1.2.3.3.2 خطوات التطبيق

يتضح أن أهم وأول الخطوات للعمل على تطبيق مفهوم الصحة الإلكترونية هو :

- وضع رؤية واضحة لوزارة الصحة من خلال خطة استراتيجية مبنية على المعطيات وشاملة لجميع الاحتياجات الحالية والمستقبلية وتراعي جميع الظروف والعوامل المحلية؛
- التركيز على بناء الكوادر المؤهلة وتأهيل الكوادر الحالية للتماشي مع مفهوم الصحة الإلكترونية وتقديم خدماتها؛
- وضع المعايير والقوانين والتشريعات الخاصة بالصحة الإلكترونية وأخلاقيات المهنة مع التأكيد على سرية وحفظ معلومات المستفيدين؛
- التعاون الكامل بين جميع القطاعات الصحية ومقدمي الخدمات الصحية؛
- التأكيد على مفهوم الملف الصحي الإلكتروني؛
- نشر الوعي المعلوماتي في جميع فئات المجتمع وخاصة فيما يخص المعلوماتية الطبية.

كما تشدد منظمة الصحة العالمية على أن الصحة الإلكترونية تعني الاستخدام عالي المردود والمأمون لتكنولوجيات المعلومات والاتصالات من أجل دعم الصحة والميادين المرتبطة بها، بما في ذلك خدمات الرعاية الصحية والكتابات الصحية والتثقيف والمعارف والبحوث في المجال الصحي، لذا من المتوقع أن تقوم الدول بوضع خطة استراتيجية لتفعيل وتطبيق مفهوم الصحة الإلكترونية مع الأخذ بعين الاعتبار الأركان الأساسية لبناء قاعدة قوية لتطبيق خدمات الصحة الإلكترونية، هذا وقد أشار قرار منظمة الصحة العالمية إلى مجموعة من النقاط الهامة حيث عبرت المنظمة العالمية عن أهمية التطور في نظم المعلومات الصحية والاتصالات وتأثيرها الفعال والايجابي على نوعية الخدمات الصحية المقدمة، وقد حث القرار الدول الأعضاء في المنظمة أن تقوم بتطبيق التالي¹:

- النظر في وضع خطة إستراتيجية طويلة الأجل من أجل تطوير وتنفيذ خدمات الصحة الإلكترونية في مختلف مجالات قطاع الصحة؛
- تطوير البنية الأساسية لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات من أجل الصحة؛
- الاستفادة من توثيق التعاون مع القطاع الخاص والقطاع الذي لا يستهدف الربح في مجال تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، لتعزيز الخدمات العامة من أجل الصحة؛
- السعي للوصول إلى المجتمعات المحلية بما فيها الفئات المستضعفة، وتوفير خدمات الصحة الإلكترونية التي تتناسب مع احتياجاتها؛
- حشد التعاون المتعدد القطاعات من أجل تحديد معايير وقواعد الصحة الإلكترونية المرتكزة على البيانات، وتقييم خدمات الصحة الإلكترونية وتقاسم المعارف الخاصة بالنماذج عالية

¹ منظمة الصحة العالمية، الدور الخامسة عشر بعد المئة، البند 4-13 من جدول الأعمال، الجلسة العامة التاسعة، 25ماي 2005.

المردود مما يضمن الوفاء بمعايير الجودة والسلامة والمعايير الأخلاقية، واحترام مبادئ سرية المعلومات والحياة الخاصة والعدالة والمساواة؛

- إنشاء مراكز وشبكات امتياز وطنية لأفضل الممارسات في مجال الصحة الإلكترونية، وتنسيق السياسات، وتوفير الدعم التقني لتحسين الخدمات الصحية؛
- النظر في وضع وتنفيذ نظم وطنية إلكترونية لمعلومات الصحة العمومية، والقيام عن طريق المعلومات بتحسين القدرة على رصد الأمراض والطوارئ الصحية العمومية وعلى الاستجابة بسرعة لمقتضياتها.

كما وتطلب منظمة الصحة العالمية إلى المدير العام ما يلي:

- تعزيز التعاون الدولي المتعدد القطاعات بهدف تحسين التوافق بين الحلول الإدارية والتقنية والدلائل الأخلاقية في مجال الصحة الإلكترونية؛
- توسيع نطاق استخدام المعلومات الالكترونية من خلال تنظيم وتقديم التقارير بانتظام وتوثيق وتحليل التطورات والاتجاهات وتوجيه السياسات والممارسات المتبعة في البلدان؛
- تيسير وضع حلول نموذجية في مجال الصحة الالكترونية يمكن بعد إجراء التعديلات المناسبة الأخذ بها في المراكز الوطنية والشبكات الوطنية المتفوقة في مجال الصحة الإلكترونية؛

- تقديم الدعم التقني فيما يخص نواتج وخدمات الصحة الالكترونية بتعميم التجارب وأفضل الممارسات على نطاق واسع، وخصوصاً بشأن تكنولوجيا التطبيق عن بعد واستحداث منهجيات للتقييم؛ وتشجيع البحث والتطوير؛

- تيسير إدماج الصحة الإلكترونية في النظم والخدمات الصحية بما في ذلك نشر البنية التحتية للطب البعادي في البلدان التي لا تكون فيها التغطية الطبية كافية، وذلك في مجال تدريب المستخدمين وبناء القدرات بغية تحسين سبل الحصول على الرعاية وجودتها؛
- دعم المبادرات الإقليمية في مجال الصحة الإلكترونية أو المبادرات المتخذة بين مجموعات البلدان التي تتحدث لغة مشتركة.

2.2.3.3.2 صعوبات التطبيق

- جدير بالذكر أنه يوجد العديد من العقبات التي تعيق تطبيق خدمات الصحة الإلكترونية والمعلوماتية الطبية وبدورها تضيق عملية تطبيق الصحة الإلكترونية¹:
- عدم أو نقص الإدراك الكافي بقيمة ودور المعلوماتية الطبية والصحة الإلكترونية في تطوير والرقي بمستوى الخدمات الصحية؛
 - غياب الرؤية الواضحة لدى المؤسسات الصحية المعنية بتقديم خدمات الرعاية الصحية؛
 - غياب أو عدم الاهتمام بوضع الخطط الاستراتيجية التي تناسب وضع المؤسسة الصحية أو المنطقة أو وضع الخطط غير القابلة للتطبيق لعدم مناسبتها ومراعاتها لاحتياجات ومؤهلات الموارد المتاحة؛
 - عدم القدرة على تحمل التكاليف المترتبة لوضع البنية التحتية وتطبيق خدمات الصحة الإلكترونية؛
 - نقص الخبرة وقلة الخيارات والقدرات البشرية المؤهلة في مجال المعلومات الطبية؛

¹ جريدة الرياض، مرجع سبق ذكره.

- ضعف البنية التحتية والأساسية لتطبيق خدمات الصحة الالكترونية بما فيها تأهيل الكوادر البشرية الطبية وغير الطبية للتعامل مع مفهوم الصحة الالكترونية وتقديم خدماتها؛
- غياب أو ضعف القوانين والتشريعات والاختلافات الخاصة بتقديم خدمات الصحة الالكترونية؛
- ضعف مستوى التعاون والربط بين القطاعات الصحية المختلفة .

خلاصة الفصل

لقد أصبحت قضية جودة الخدمات الصحية من أهم القضايا التي تواجه المؤسسات المعاصرة سواء كان ذلك على المستوى العالمي أو المحلي ومهما كانت نوعية المؤسسة الصحية، حيث أصبحت توجد الكثير من العوامل التي فرضت نفسها على مثل تلك المؤسسات بما يجعلها تهتم بجودة خدماتها الصحية، فالتوسع في إنتاج هذه الأخيرة وإرتباط خصائصها بمجالات ورغبات المستفيدين، فضلا عن زيادة حدة المنافسة والتغير المستمر في البيئة الخارجية كل ذلك يحتم على هذه المؤسسات تقديم خدماتها الصحية بمستوى الجودة التي يرغب المستفيد الحصول عليها.

لذلك فإن تحسين نوعية الخدمات الصحية يتطلب ضرورة إستخدام سبل وآليات جديدة في التسيير وذلك من أجل ضمان عصريّة المؤسسات، ومما لاشك فيه أن التسيير الجيد يعتبر هو العمود الفقري لتحقيق أهداف المؤسسة، باعتباره الإطار الذي تزاوّل الإدارة من خلاله وظائفها من تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة، وبالتالي فهو يعمل على التنسيق بين مختلف أوجه النشاط في المؤسسات الصحية بحيث لا يحدث أي تضارب أو تعارض في الأهداف.

الفصل الثالث

المحددات التنظيمية والتسييرية لمؤسسات

الصحة العمومية الجزائرية

الفصل الثالث: المحددات التنظيمية والتسييرية لمؤسسات الصحة العمومية الجزائرية

تمهيد

إن المؤسسات الصحية في الجزائر لم تقلت من سياق التغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي عاشتها ولا من التحولات التي تفرضها الأوضاع الحالية والمنظومة العالمية، ولعل المجال الصحي واحد من أهم المجالات التي تعرف ثورة على نظمها التقليدية بغية الارتقاء بها وتحسين أدائها باعتبارها مؤشرا من مؤشرات التنمية، ولهذا فهي الآن مطالبة بانتهاج سياسات أرقى تجعلها صامدة أمام التحديات الكبيرة التي تلزمها بدورها العمل على عصرنه أنظمتها وتحديث أساليب تسييرها. وذلك في ظل اعتبار أن المؤسسات الصحية هي المسؤول الأول عن تقديم الخدمات الصحية للمواطنين.

لكن بالرغم من الإمكانيات التي تتوفر عليها الجزائر من الهياكل القاعدية الصحية وإضافة إلى التجهيزات الطبية الحديثة ذات التكنولوجيا العالية، إضافة إلى القدرات البشرية المؤهلة وذات الكفاءة والخبرة في المجال الصحي والموارد المخصصة من طرف الدولة والهيئات المساهمة، إلا أنه لم يتمكن القطاع الصحي من تلبية التزايد في الطلب على العلاج ولم يحقق تحسين في نوعية الخدمة المقدمة، وبطبيعة الحال يرجع هذا إلى الإستغلال السيئ للإمكانيات المتوفرة في القطاع الصحي، الأمر الذي يستوجب علينا البحث عن الخلل الموجود في كيفية استخدام هذه الموارد المخصصة، خاصة بعدما كثر الحديث عن الإصلاحات في القطاع الصحي، لذلك أضحي من الضروري الاهتمام بهذا القطاع وإعطائه المكانة اللائقة، كما ولابد من التكفل بتحديث طرق تسييره وتكييفها مع متطلبات العصر ومنه الرفع من مستوى الخدمات الصحية. لذا سوف نحاول من خلال هذا الفصل توضيح المراحل المختلفة التي مرت بها المؤسسات الصحية الجزائرية منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، ثم التعرف على المصادر التي تقوم بتمويل المؤسسات الصحية في ظل التحديات التي تواجه الهياكل الصحية بالجزائر.

1.3 التنظيم الإداري للمؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية

تعتبر المؤسسات الاستشفائية هياكل حيوية لكونها تتوفر على برنامج صحي طموح كما تمثل قطاع هام للتشغيل، وذلك لما لها من أثر في دفع وتيرة التنمية الاقتصادية والاجتماعية، الأمر الذي يستوجب علينا دراسة واقع تسيير هذه المؤسسات في ظل المؤشرات الجديدة، في حين أنه الأساليب التي استخدمت قبل الإصلاح لتقديم وتوزيع الخدمات وإنفاق الموارد المادية المتاحة لقطاع الصحة لم تحقق العائد المرجوة منها، لذلك لابد من إعادة النظر في السياسة الصحية وذلك من خلال تبني مشروع الإصلاح والتطبيق الفعلي للتحديث الناتج من خلال المعطيات الجديدة .

1.1.3 تطور النظام الصحي

ورثت الجزائر بعد الاستقلال هياكل صحية ضعيفة غير قادرة على تلبية احتياجات المواطنين المتزايدة، فكان من الضروري على الدولة الجزائرية انتهاج سياسة جديدة من أجل النهوض بالمستوى الصحي، حيث يمكن تحديد مختلف التطورات التي عرفتتها الصحة العمومية في الجزائر من خلال المراحل التالية :

1.1.1.3 مرحلة المخططات التنموية 1965م - 1979م

تميزت هذه المرحلة بمغادرة الأطباء الفرنسيين بحيث تقلص عددهم من 25000 طبيب إلى 630 طبيب، مع نقص فادح في الهياكل الصحية، فغداة الاستقلال كانت الجزائر تملك أقل من 500 طبيب (50% منهم جزائريون) من أجل تغطية 10.5 مليون جزائري، ومن المؤشرات الصحية في تلك الفترة نجد أن معدل الوفيات قدر بـ 180% وهو معدل جد مرتفع، أما متوسط عمر الفرد الجزائري فهو

أقل من 50 سنة، مع وجود عدة أمراض منتقلة نظرا للوضعية المعيشية الصعبة آنذاك¹. كل ذلك حتم على الدولة الجزائرية بانطلاق خطط تنموية وتكثيف الاستثمار في الموارد المالية والبشرية والعمل على إقامة سياسة حكومية لصالح الصحة، وتبعا لهذه السياسة شرعت السلطات بتنفيذ أولى المخططات التنموية، وكانت ترمي أهداف التنمية الصحية في هذه المرحلة إلى مضاعفة العمل في الميدان الصحي وفتح مناصب شغل للأطباء، كما بدأت في تطبيق سياسة الاستثمار المكثف وهذا بهدف التحرر من تبعية الدول المتقدمة في الميدان الصحي، وذلك من خلال تكوين الإطارات الفنية الجزائرية.

أما في سنة 1966م تم النقاش حول قانون ممارسة المهن الطبية، حيث تم صدور أمر يكرس ثلاثة أنظمة للممارسة الطبية²:

- خدمة عمومية إجبارية لكامل الوقت للأطباء الجدد؛
 - خدمة نصف الوقت للذين تم تنصيبهم في الخدمة الخاصة؛
 - كامل الوقت مهياً للاستشفائيين الجامعيين.
- ولما كانت الموارد محدودة، قامت وزارة الصحة بوضع هدفين رئيسيين، هما مكافحة الأمراض المنتقلة وتحسين خدمات الرعاية الصحية، لذلك تم ترجمة هذه الأهداف من خلال وضع برامج صحية موجهة لحماية المواطنين ووقايتهم من مختلف الأمراض خاصة منها المنتقلة، ومن أجل ذلك أصبح التطعيم إجباريا لكل الأطفال.

لذا يعتبر الأمر رقم 65/73 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973م والمتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية خطوة أولى في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل

¹ Saihi A., **Le système de santé publique en Algérie : Analyse et perspectives**, Gestions hospitalières, Imprimerie de Champagne, Paris, Avril 2006, p 241.

² Keddar.M, **financement et gestion des secteur sanitaire en Algérie**, Alger, 1998, p92.

وتعميم صيغة مجانية النظام الصحي الوطني وذلك ما جاء في عدة قوانين مثل قانون حماية الصحة 1975م وتم تأكيده في نص الميثاق الوطني لسنة 1976م "... ويمثل الطب المجاني قاعدة نشاط الصحة العمومية في الجزائر وأن تطبيقه الفعلي على مستوى مجموع السكان يلزم توسيع الهياكل الصحية وتوزيعها توزيعاً عادلاً عبر كل أنحاء البلاد¹.... " كما دعم دستور 1976م هذا الحق وذلك في المادة 67 منه، والتي تنص بأنه " لكل المواطنين الحق في الرعاية الصحية، وهذا الحق مضمون عن طريق توفير خدمات صحية عامة ومجانية².... " ولتجسيد هذه الأهداف أوصى المؤتمر الرابع لحزب جبهة التحرير الوطني لسنة 1979م باتخاذ كل الإجراءات التي من شأنها تحسين الحالة الصحية في الوطن .

2.1.1.3 مرحلة التقييم والإصلاحات 1980م-1990م

في مرحلة الثمانينات وبالضبط في سنة 1985م تم إصدار قانون حماية الصحة وترقيتها، والذي كان من شأنه تحديد الأحكام الأساسية في مجال الصحة وتجسيد الحقوق والواجبات المتعلقة بحماية صحة السكان وترقيتها في إطار الخريطة الصحية وقد جاء في المادة 04 من هذا القانون تعريف المؤسسة الوطنية للصحة بأنها " مجموع الأعمال والوسائل التي تضمن حماية صحة السكان وترقيتها " وتتميز هذه الأخيرة بمايلي³:

- سيطرة القطاع العمومي وتطويره؛

¹ الجريدة الرسمية العدد رقم 61، أمر رقم 76-57 مؤرخ في 7 رجب 1396هـ الموافق 5 جويلية 1976م المتضمن نشر الميثاق الوطني، المتضمن دستور الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.

² الجريدة الرسمية العدد رقم 94، أمر رقم 76-97 مؤرخ في 30 ذي القعدة 1396هـ الموافق 22 نوفمبر 1976م المتضمن دستور الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.

³ الجريدة الرسمية العدد رقم 08، قانون رقم 85-05 مؤرخ في 26 جمادى الأول 1405هـ الموافق 16 فيفري 1985م يتعلق بحماية الصحة وترقيتها.

- تخطيط صحي يندرج في السياق العام للتنمية الاقتصادية والاجتماعية؛
- اشتراك القطاعات في إعداد البرامج الوطنية المحددة في مجال الصحة وتنفيذها؛
- تطوير الموارد البشرية والمادية والمالية المتطابقة مع الأهداف الوطنية المحددة في مجال الصحة؛
- تكامل أعمال الوقاية والعلاج وإعادة التكييف؛
- مصالح صحية لامركزية قطاعية، قصد التكفل بكل حاجيات السكان الصحية؛
- تنظيم مشاركة السكان النشيطة والفعالة في تحديد برامج التربية الصحية وتطبيقها؛
- اندماج أعمال الصحة كيفما كان نظام ممارستها.

قد أكد هذا القانون على مبدأ مجانية العلاج، ودعمه الميثاق الوطني لسنة 1986م إذ نص صراحة على أن "...على هذا الأساس يعتبر الطب المجاني مكسبا ثوريا وقاعدة لنشاط الصحة العمومية وتعبيرا عمليا عن التضامن الوطني ووسيلة تجسيد حق المواطن في العلاج"¹ إذا تبعا لما تقدم تقوم الصحة العمومية في الجزائر على مبدأ مجانية العلاج، الأمر الذي لم تؤكده صراحة دساتير الجمهورية التي صدرت بعد هذه الفترة .

استمرت الجزائر في سياسة الطب المجاني إلى غاية 1995م حيث تم إصدار منشور وزاري يتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الاستشفائي. بالإضافة إلى صدور قانون الصحة عرفت هذه المرحلة إنشاء الهياكل الصحية القاعدية والمتمثلة في إنشاء وتنظيم

¹ الجريدة الرسمية العدد رقم 07، مرسوم رقم 86-22 مؤرخ في 30 جمادى الأول 1406هـ الموافق 09 فيفري 1986م يتعلق بنشر الميثاق الوطني.

القطاعات الصحية والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة وذلك سنة 1981م، أما في سنة 1986م عرفت الجزائر إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية .

3.1.1.3 المرحلة الإنتقالية 1990-2004

اتسمت هذه المرحلة ببقاء مجانية العلاج وفتح العيادات الطبية الخاصة مع تحسين مجال الوقاية الطبية بالإضافة إلى اعتماد نظام اتصال للتقرب من المواطن بقصد إشراكه في التكفل بمشاكله الصحية، وبالرغم من الجلسات الوطنية الصحية سنة 1998م¹ التي أكدت على ضرورة إعطاء الأولوية للصحة في برنامج الحكومة، كما يجب التأكيد من جديد على وحدوية المنظومة الصحية وهذا من خلال دمج كافة المتدخلين بصفة منسجمة عمومي وشبه عمومي والخاص، كما لا بد من نجاعة المصالح الصحية ومراجعة الإطار التنظيمي وإعداد وتنفيذ استراتيجيات ملائمة وإعادة الاعتبار للموارد البشرية والمادية .

بالمقابل تميزت هذه الفترة بإعادة الهيكلة التدريجية للنظام الصحي، وذلك رغم إدخال مسار التكيف مع التطور الاجتماعي والاقتصادي الذي عرفته الجزائر، حيث توصل هذا الأخير إلى مايلي²:

- مشروع الجهوية الصحية الممتد من فترة الثمانينات كإطار للوساطة والتحكيم لتجسيد القطاعية اللامركزية وتحقيق تنمية اجتماعية وصحية متوازنة، حيث تركزت الجهوية على المستوى المؤسساتي في المجلس الجهوي للصحة وفي المرصد الجهوي، لكن بالرغم من ذلك إلا أنه لم تكن هناك استجابة فعالة وذلك راجع إلى الإطار القانوني والتنظيمي الذي حد من صلاحيتها؛

¹ وثائق داخلية لوزارة الصحة والسكان، ميثاق الصحة، الجزائر، الجلسات الوطنية للصحة، قصر الأمم 28/27/26 ماي 1998، ص5.

²Saihi.A , **Le Système De Santé Publique En Algérie**, Revue Gestions Hospitalières, La Revue Des Décideurs Hospitaliers , N°455, Avril 2006, PP241-242.

- إنشاء ووضع حيز التطبيق هياكل الدعم لنشاط وزارة الصحة، والتي تمثلت في النقاط التالية:

- المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية، وهو مكلف بالمراقبة القبلية لكل دواء

قبل إدخاله إلى السوق؛

- الصيدلية المركزية للمستشفيات، وهي المكلفة بضمان تمويل الهياكل الصحية

العمومية بالمنتجات الصيدلانية 1994م؛

- الوكالة الوطنية للدم، المكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم 1995م؛

- الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي، مهمتها تطوير كل من التوثيق والمعلومة والاتصال؛

- المركز الوطني لليقظة الصيدلانية ويقتطع العتاد، مهمته مراقبة الآثار المترتبة عن

استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية.

- أما في نهاية التسعينات وبالضبط في سنة 1997م إصدار مراسيم تنفيذية ثلاث من شأن كل

واحد منها تحديد قواعد إنشاء تنظيم وسير كل من المؤسسات الاستشفائية المتخصصة،

القطاعات الصحية والمراكز الاستشفائية الجامعية.

كما تميزت هذه المرحلة بعدة تغيرات وكانت وضعية الهياكل الصحية تتطلب ذلك، حتى تستطيع أن

تواكب التغيرات المستجدة في البيئة الخارجية، سواء من حيث التسيير، الخدمات المقدمة، الإمكانيات

المادية واللوجستيكية المسخرة لها... إلخ.

4.1.1.3 مرحلة اعادة التفكير 2005-2014

من أجل الوصول إلى تسهيل العلاج وتقريب مختلف أنواع الهياكل الصحية من المواطن بدأ

الاعتماد على مبدأ اللامركزية، وظهر ذلك جليا في سنة 2007 حيث قامت وزارة الصحة بإعادة تنظيم

القطاعات الصحية لتصبح لدينا المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، ومنه فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص¹.

وقد ساهمت التجهيزات الطبية العصرية التي استفادت منها مستشفيات الوطن وغيرها من المؤسسات الصحية، في الكشف المبكر والتشخيص الدقيق للأمراض المزمنة، التي سجلت منحنيات تصاعدية خلال السنوات الأخيرة، مما يدل على مواكبة المجتمع الجزائري للتحويلات التي شهدتها المجتمعات المتقدمة من جهة، وتغيّر الخارطة الصحية للمجتمع من جهة أخرى؛ لأن هذه الأمراض مرتبطة بالمحيط والسلوك الفردي.

ما نلاحظه بأن المنظومة الصحية الجزائرية في هذه الفترة أصبحت تحتوي على مجموعة معتبرة من مختلف المؤسسات الصحية التابعة للقطاع الاستشفائي العمومي وكذا الخاص، كما شهدت من جهتها مخططا آخر لدعم وتنظيم العلاج في مجال الصحة العمومية، التي تعززت أيضا بسياسة جديدة، هدفها تأمين الخدمات وعصرنة النشاطات تماشيا مع المتطلبات الجديدة، ما يضمن توفير خدمة ذات نوعية، مع المحافظة على مبدأي العدالة والتضامن المكرّسين من طرف الدولة.

كما نلاحظ تزايد عدد العيادات الاستشفائية الخاصة بشكل سريع، ومن بين التأثيرات السلبية للقطاع الصحي الخاص على العمومي هو انتقال الكفاءات الطبية خاصة المتخصصين نحو القطاع الصحي الخاص بحثا عن ظروف أحسن للعمل، مما أثر على جودة الرعاية الصحية في القطاع العمومي وصعوبة التحكم في مختلف الإصلاحات المتعلقة بهذا القطاع بشكل عام.

¹ الجريدة الرسمية العدد رقم 33، المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 3 جمادى الأولى 1428 هـ الموافق لـ 20 ماي 2007م، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها، ص 10.

لذا تحتمت على السلطات الصحية إعادة التفكير في تجديد المنظومة الصحية في هذه الفترة، وجعل الصحة جوارية بصفة أشمل؛ أي تقريب الصحة من المواطن، دون إغفال هدف الارتقاء بمستوى العلاج الذي يشتكي منه المواطنون، ومن أجل بلوغ هذه الأهداف فإن وزارة الصحة أعدت برنامجا شاملا، يقضي بتكليف البرامج الصحية مع احتياجات السكان، وإعداد قوانين تسيير جديدة للمؤسسات الاستشفائية الكبرى، وتعزيز مراكز العلاج الجوّاري التي تتكفل بالعلاج القاعدي؛ حيث وصل عددها إلى 7033 مركزا، وأكثر من 1500 عيادة متعددة الخدمات، بالإضافة إلى المؤسسات الاستشفائية الجامعية (14 مستشفى)، والمتخصصة (68 مؤسسة)، وأكثر من 300 مؤسسة استشفائية تابعة للقطاع الخاص¹.

هذا ويتوفر هذا العدد الهائل من الهياكل الصحية المنتشرة عبر القطر، تكون الجزائر، حسب تحليل خبراء الصحة العمومية، قد رفعت قدرة استيعاب المستفيدين خلال السنوات الأخيرة، بأزيد من 71 ألف سرير؛ أي ما يعادل سريرا واحدا لكل 500 مواطن، مع التأكيد على أن العنصر البشري يشكل محور هذه السياسات بتكوين أكثر من 46 ألف طبيب في جميع التخصصات؛ مما كان له الأثر البارز على التوزيع الإيجابي في العلاج عبر القطر. كما أدى الدعم المادي للقطاع إلى مضاعفة ميزانيته بـ 14 مرة منذ الاستقلال (أكثر من 233 مليار دج)، وهو العامل الذي أدى بدوره إلى تحسين نوعية العلاج. كما كُلت الجهودات الكثيرة التي بذلتها الدولة في مجال تحسين الخدمات الصحية في العشريتين الأخيرتين، بعصرنة المنظومة الاجتماعية بتعزيزها بالبطاقات المغناطيسية "الشفاء"، والعمل على تعميم استعمالها من خلال تعاقد الصندوق الوطني مع الوكالات الصيدلانية التابعة للقطاع الخاص وطبيب

¹ حنان.س، تعزيز المنشآت والشروع في تحسين الخدمات، <http://www.djazairiess.com/elmassa> ، تاريخ التصفح 2015/10/02.

العائلة والمخابر البيولوجية؛ ما نجم عنه التكفل الجيد للصندوق بصحة المؤمّنين اجتماعيا وذوي الحقوق¹.

2.1.3 تنظيم الهياكل الصحية

مر تنظيم الهياكل الصحية في الجزائر بفترات حساسة، وذلك بدءا بخروج الاستعمار الفرنسي وصولا إلى اضطراب الحالة الأمنية في فترة التسعينات، ثم عرفت فترة الإصلاحات التي من بطئها كادت أن تنعدم لإنشغال الدولة، إلا أنه بعد ذلك أصبح السعي حثيثا لتطوير المؤسسات الصحية بالجزائر، ولكن يبقى الأمر شكلي غير فعال، إذ تفقدنا هذه الوضعية التي أصبحت تتميز بها الهياكل الصحية من فترة إلى أخرى لوضع حد للأزمات التي تتعرض لها مؤسساتنا وذلك من خلال البحث عن الحلول الجذرية واتخاذ الإجراءات الصارمة التي من شأنها تحقيق الفعالية .

1.2.1.3 أنواع الهياكل الصحية الوطنية والجهوية

نعلم أن النظام الصحي الجزائري قائم من طرف المؤسسات والمرافق الصحية التي تتميز بتنظيم هرمي على ثلاث مستويات، مستوى وطني (مركزي)، مستوى جهوي ومستوى محلي، إلا أننا سوف نتطرق في هذا العنصر إلى مختلف الهياكل الصحية على المستوى الوطني والجهوي.

1.1.2.1.3 على المستوى الوطني (المركزي)

تشمل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات التي تخضع للمراسيم التالية:

¹ نفس المرجع السابق.

❖ المرسوم الرئاسي رقم 10-149 المؤرخ في 28 ماي 2010 المتضمن تعيين أعضاء

الحكومة¹، لتكليفهم بشغل مهام بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات؛

❖ المرسوم التنفيذي رقم 05-428 المؤرخ في 07 نوفمبر 2005 المعدل للمرسوم التنفيذي رقم

150-2000 المؤرخ في 28 جوان 2000 والذي يتضمن تنظيم الإدارة المركزية في وزارة

الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات²؛

❖ المرسوم التنفيذي رقم 96-66 المؤرخ في 27 جانفي 1999 الذي يحدد صلاحيات وزير

الصحة والسكان³.

وكما تشتمل الإدارة المركزية في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تحت سلطة الوزير، على ما يأتي⁴:

❖ **الأمين العام:** ويساعده مديرا (02) دراسات، ويلحق به مكتب البريد والمكتب الوزاري للأمن

الداخلي في المؤسسة.

❖ **رئيس الديوان:** ويساعده ثمانية (08) مكلفين بالدراسات والتخليص وخمسة (05) ملحقين

بالديوان.

❖ **المفتشية العامة:** يحدد تنظيمها وسيرها بمرسوم تنفيذي.

¹ الجريدة الرسمية العدد 36، الصادرة بتاريخ 16 جمادى الثانية 1431هـ، الموافق لـ 30 ماي 2010م.

² الجريدة الرسمية العدد 73، الصادرة بتاريخ 07 شوال 1427هـ، الموافق لـ 09 نوفمبر 2005م.

³ الجريدة الرسمية العدد 08، الصادرة بتاريخ 11 رمضان 1416هـ، الموافق لـ 31 جانفي 1996م.

⁴ حاج عيسى سيد أحمد، أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم التجارية، تخصص تسويق، جامعة الجزائر 03، 2012/2011، ص143.

❖ ثمانية (08) مديريات: وكل مديرية تضم ثلاث (03) إلى أربع (04) مديريات

فرعية.(مديرية المصالح الصحية، مديرية الوقاية، مديرية الصيدلة، مديرية السكان، مديرية التخطيط والتنمية، مديرية التنظيم والوثائق، مديرية الموارد البشرية ومديرية المالية والوسائل).

كما توجد كذلك إحدى عشر (11) مؤسسة وهيئة تحت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وهي مسيرة من طرف مجالس الإدارة.

2.1.2.1.3 على المستوى الجهوي

وعلى هذا المستوى نجد:

أولاً- المناطق الصحية

عددها خمس (05) مناطق صحية، تضم مجالس جهوية صحية والتي هي عبارة عن هيئات مكلفة بالتنسيق والإسناد، تتميز بكونها هيئة استشارية غير ملزمة في قراراتها. المنطقة الصحية للشرق (14 ولاية)، المنطقة الصحية للوسط (11 ولاية)، المنطقة الصحية للغرب (11 ولاية)، المنطقة الصحية للجنوب الشرقي (07 ولايات)، المنطقة الصحية للجنوب الغربي (05 ولايات).

ثانياً - مديرية الصحة والسكان للولاية

عددها 48 مديرية موزعة على كامل الوطن، تخضع للمرسوم التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997¹، الذي يحدد القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة والسكان الولائية وسيرها.

أ. مؤسسات عمومية أخرى

نجد من بين هذه المنشآت مخابر النظافة حيث يتواجد مخبر في كل ولاية وعليه فإن عددها

متمثل في 48 مخبر عبر التراب الوطني.

¹ الجريدة الرسمية العدد 47، الصادرة بتاريخ 11 ربيع الأول 1418هـ، الموافق لـ 16 جويلية 1997م.

ب. مدارس تكوين شبه الطبي

يوجد 09 مدارس للتكوين شبه الطبي، 24 معهد للتكوين العالي المتخصص في مجال شبه الطبي و 03 معاهد عليا لتكوين القابلات، كلها مكلفة بتقديم التكوين الأولي والمستمر لفئة شبه الطبي (ممرضين لكل التخصصات، القابلات، الطب النفسي، التخدير، العلاج الطبيعي... الخ). كما تم تحويل 23 مدرس للتكوين شبه الطبي إلى معاهد وطنية للتكوين العالي، كما تم تحويل المعهد التكنولوجي للصحة العمومية بالمرسى إلى معهد وطني للتكوين العالي شبه الطبي

ج. الوكالات الصيدلانية العمومية

حيث يتواجد عبر القطر الوطني حوالي 1000 وكالة صيدلانية عمومية.

2.2.1.3 تصنيفات الهياكل الصحية المحلية

يختلف تنظيم الهياكل الصحية العمومية على المستوى المحلي بالجزائر وذلك حسب نوع وطبيعة كل واحدة منها وذلك تبعا للقوانين والتشريعات المحددة والموضحة لتنظيم وإدارة كل مؤسسة، لذا نستعرض التنظيم الإداري لكل من القطاعات الصحية المراكز الاستشفائية الجامعية المؤسسات الاستشفائية العمومية والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة وذلك وفقا للتشريعات المعمول بها.

1.2.2.1.3 المؤسسات الإستشفائية الجامعية Etablissement Hospitalo Universitaire

توجد مؤسسة إستشفائية جامعية واحدة (01) بوهـران أنشأت بمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 270-03 المؤرخ في 13 أوت 2003¹، المتضمن إنشاء المؤسسة الإستشفائية الجامعية بوهـران وتنظيمها وتسييرها.

¹ الجريدة الرسمية العدد رقم 48، الصادرة بتاريخ 14 جمادى الثانية 1424هـ، الموافق لـ 13 أوت 2003م.

2.2.2.1.3 Les Centre Hospitalo Universitaire المراكز الإستشفائية الجامعية

المركز الاستشفائي الجامعي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي نشأت بموجب المرسوم التنفيذي 97-466 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997 الذي حدد قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها¹، بين الوزير المكلف بالصحة الذي يمارس الوصاية الإدارية على المركز وبين وزير التعليم العالي والبحث العلمي الذي يمارس الوصاية البيداغوجية على المركز، وهو بذلك تزاوج بين المستشفى و الجامعة² وحسب المادة 04 من المرسوم التنفيذي 97-467 تتكفل المراكز الاستشفائية الجامعية "C.H.U" بمهام عديدة تتمثل في التشخيص الكشف، العلاج، الوقاية، التكوين، الدراسة والبحث وذلك بالتعاون مع مؤسسات التعليم و/ أو التكوين في العلوم الطبية.

حيث هناك أربعة عشر (14) مركز استشفائي جامعي، لدينا ثلاثة عشر (13) منها تخضع للمرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997³، المتعلق بتحديد قواعد إنشاء وتنظيم وتشغيل المراكز الإستشفائية الجامعية. فيما يخضع المركز الاستشفائي الجامعي ببجاية إلى المرسوم التنفيذي رقم 09-319 المؤرخ في 06 أكتوبر 2009⁴ وبذلك يكون مكمل للقائمة السالفة الذكر في المرسوم التنفيذي 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997.

¹ الجريدة الرسمية العدد رقم 81، المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 2 شعبان 1418 هـ الموافق 2 ديسمبر 1997م، يحدد قواعد إنشاء المراكز الإستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها، المادة 3، 4 .

² Liffey.J, le management des hospitaliers et universitaires, France, Mars 1998, P 5.

³ الجريدة الرسمية العدد 81، الصادرة بتاريخ 10 شعبان 1418 هـ، الموافق لـ 10 ديسمبر 1997م.

⁴ الجريدة الرسمية العدد 58، الصادرة بتاريخ 22 شوال 1430 هـ، الموافق لـ 11 أكتوبر 2009م.

3.2.2.1.3 المؤسسات الإستشفائية المتخصصة Les Etablissement Hospitaliers Spécialisés

يحدد المرسوم التنفيذي 97-465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، إذ تعتبر المؤسسة الاستشفائية المتخصصة مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي توضع تحت وصاية والي الولاية الموجود فيها مقر المؤسسة، حيث تتكون هذه المؤسسات من هيكل واحد أو هياكل متعددة متخصصة للتكفل بمرض معين، مرض أصاب جهازا أو جهاز عضويا معينا ويجب أن يذكر في تسميتها الاختصاص الموافق للنشاطات المتكفل بها، تقوم في مجال نشاطها بالمهام الآتية¹:

- تنفيذ نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكييف الطبي والاستشفاء؛

- تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة؛

- المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتحسين مستواهم.

تتكون من 32 مؤسسة استشفائية متخصصة سنة 2005، ارتفع العدد الى 36 سنة 2006، ثم الى 54 سنة 2007، ليصل الى 68 مؤسسة استشفائية متخصصة سنة 2008. وكل هذه المؤسسات الاستشفائية المتخصصة جاءت متممة لقائمة المستشفيات الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، المتعلق بتحديد قواعد انشاء وتنظيم وتشغيل المؤسسات الاستشفائية المتخصصة.

♦ خلال سنة 2006، تم إنشاء أربع (04) مؤسسات استشفائية متخصصة جديدة وهي:

¹ الجريدة الرسمية العدد رقم 81، المرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 2 شعبان 1418 هـ الموافق 2 ديسمبر 1997م، يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، المادة 3، 4، 5.

- ثلاث (03) مؤسسات استشفائية متخصصة في الأمراض العقلية بالبلدية (Frantz Fanon)،
مستغانم وسيدي بلعباس¹؛

- مستشفى واحد (01) بسيدي بلعباس متخصص في طب النساء والتوليد، طب وجراحة الأطفال²؛

♦ خلال سنة 2007، تم انشاء ثمانية عشر (18) مؤسسة استشفائية متخصصة في طب الأنف،
الأذن والحنجرة وأمراض العيون، طب الأطفال، طب النساء والتوليد³؛

♦ خلال سنة 2008، تم استحداث أربعة عشر (14) مؤسسة استشفائية متخصصة في طب وجراحة
الأطفال، الأمراض العقلية، اعادة تربية الأعضاء والتكيف الوظيفي⁴.

4.2.2.1.3 المؤسسات العمومية الاستشفائية Etablissements Publics Hospitaliers

والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية Etablissements Publics de Santé de

Proximité

لقد تم اعادة هيكلة وتنظيم القطاع الصحي في اطار الخريطة الصحية، حيث وبمقتضى
المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007⁵، الذي يتضمن إنشاء المؤسسات
العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها، إضافة إلى المرسوم

¹ الجريدة الرسمية العدد رقم 39، المرسوم التنفيذي رقم 07-206 المؤرخ في 13 جوان 2006، الصادرة بتاريخ
18 جمادى الأول 1427هـ، الموافق لـ 14 جوان 2006م.

² الجريدة الرسمية العدد رقم 58، المرسوم التنفيذي رقم 06-324 المؤرخ في 18 سبتمبر 2006، الصادرة بتاريخ 27
شعبان 1427هـ، الموافق لـ 20 سبتمبر 2006م.

³ الجريدة الرسمية العدد رقم 43، المرسوم التنفيذي رقم 07-204 المؤرخ في 30 جوان 2007، الصادرة بتاريخ
16 جمادى الثانية 1428هـ، الموافق لـ 01 جويلية 2007م.

⁴ الجريدة الرسمية العدد رقم 10، المرسوم التنفيذي رقم 08-62 المؤرخ في 24 فيفري 2008، الصادرة بتاريخ 20
صفر 1429هـ، الموافق لـ 27 فيفري 2008م.

⁵ الجريدة الرسمية، العدد 33، مرجع سبق ذكره.

التنفيذي رقم 13-296 المؤرخ في 17 أوت 2013 والمتمم لقائمة المؤسسات العمومية الاستشفائية¹، أصبح كيانان إداريان مستقلان في تسييرهما، الأولى للاستشفاء (l'hospitalisation) والثانية للأنشطة العلاجية، الاستشارات والوقاية.

وحسب المادة 02 من ذات المرسوم فإن المؤسسة العمومية الاستشفائية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، وتتكون من هيكل للاستشفاء والتشخيص والعلاج وإعادة التأهيل الطبي، وتغطي سكان بلدية أو مجموعة بلديات، تتمثل مهامها فيما يلي:

- ضمان تنظيم وبرمجة و توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء؛
 - تطبيق البرامج الوطنية للصحة ؛
 - ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية؛
 - ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتحديد معارفهم؛
 - يمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي وشبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين؛
- أما المؤسسة العمومية للصحة الجوارية تتكون من عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج، حيث عرفت هاتان الأخيرتان عدة تغيرات بهدف إعادة تكييفهما ومتطلبات الخريطة الصحية الجديدة.

¹ الجريدة الرسمية، العدد 43، مرسوم تنفيذي رقم 13 - 296 مؤرخ في 10 شوال عام 1434 الموافق 17 أوت سنة 2013 يتم قائمة المؤسسات العمومية الاستشفائية الملحق بالمرسوم التنفيذي رقم 07 - 140 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1428 الموافق 19 مايو سنة 2007 والمتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

أولاً- قاعة العلاج

تتمثل قاعة العلاج الوحدة الطبية الأقرب من المواطن، باعتبارها المعلم الأساسي للصحة العمومية، أين يتم فيها تلقي العلاجات القاعدية أو الأولية. ولتمكين المواطن من الحصول على هذه الخدمات الصحية، يجب تكثيف شبكة قاعات العلاج، بحيث يتم تجهيز على الأقل قاعة علاج واحدة في كل حي في الوسط الحضري وكذلك في الأحياء القروية والريفية، كما حصر المهام التي تقوم بها قاعة العلاج في تأمين فحوصات الطب العام وذلك بالتواجد الدائم لطبيب عام وممرض، وضمان تواجد قاعة للعلاجات العامة كتغيير الضمادات والحقن، إضافة إلى ضمان وظائف الوقاية الآتية:

- متابعة البرامج الوطنية للصحة؛

- متابعة الوظيفة الوقائية الخاصة بالأم والطفل مثل متابعة الأمهات الحوامل، التطعيم؛

- مكافحة الأمراض المتنقلة وغير المتنقلة؛

- مراقبة نظافة الوسط.

ثانياً-عيادة متعددة الخدمات

تمثل العيادة متعددة الخدمات الوحدة الأساسية للعلاجات الجوارية، وهي مرتبطة إدارياً بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية، ويمكن أن تكون في نفس الوقت المقر التقني الإداري لها.وباعتبار العيادة متعددة الخدمات وحدة خارج الاستشفائية يجب عليها تنظيم وضمان الوظائف المالية:

- وظائف الطب العام؛
- وظائف طب الأسنان؛
- الفحوص الطبية المتخصصة القاعدية؛
- والجدير بالذكر أن العيادة متعددة الخدمات تهدف إلى تحقيق جملة من الأهداف الموائية:
- تحديد الأولويات في تقديم العلاجات الأساسية؛
- إعادة ترتيب الأنشطة الصحية من أجل تلبية احتياجات السكان؛
- العمل على تحسين الاستقبال ونوعية العلاجات المقدمة؛
- تقوية وتكثيف الأنشطة الوقائية؛
- تقوية علاقة الطبيب بالمستفيد من أجل تحقيق مفهوم " طبيب الأسرة "؛
- تصحيح التفاوت في توزيع الهياكل خارج الاستشفائية من أجل الضمان الأحسن للطب الجوّاري.

5.2.2.1.3 المؤسسات الاستشفائية Etablissements Hospitaliers

هي مؤسسة عمومية ذات طابع خاص تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي. وتوضع تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة، وعددها (05) مؤسسات استشفائية، المؤسسة الاستشفائية لعين تيموشنت (240 سرير)¹، المؤسسة الاستشفائية لسكيدة (240 سرير)²، المؤسسة الاستشفائية لعين

¹ الجريدة الرسمية العدد رقم 78، المرسوم التنفيذي رقم 05-459 المؤرخ في 30 نوفمبر 2006، الصادرة بتاريخ 02 ذو القعدة 1426هـ، الموافق لـ 04 ديسمبر 2005م.

² الجريدة الرسمية العدد رقم 27، المرسوم التنفيذي رقم 06-143 المؤرخ في 26 أبريل 2006، الصادرة بتاريخ 27 ربيع الأول 1427هـ، الموافق لـ 26 أبريل 2006م.

الترك، ولاية وهران (240 سرير)¹، المؤسسة الاستشفائية لعين آزال، ولاية سطيف (140 سرير)²، المؤسسة الاستشفائية لديدوش مراد، ولاية قسنطينة (240 سرير)³.

3.1.3 الطبيعة القانونية

بالرجوع إلى المادة 02 من المراسيم التنفيذية رقم 465/97 و 466/97 و 467/97 المتعلقة بقواعد إنشاء وتنظيم وسير المؤسسات الاستشفائية المتخصصة، المراكز الاستشفائية الجامعية و...، التي تنص على أنها "..... مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي"، إذا أوضحت هذه المادة الطابع القانوني للمؤسسات الصحية واعتبرتها مؤسسات ذات طابع إداري، أي أنها تدخل ضمن المرافق العامة الإدارية القائمة على التسيير العمومي والتي تشكل نواة القانون الإداري، كما يمكننا أن نستنتج من خلال نص هذه المادة أن المؤسسات الصحية تتمتع بالشخصية القانونية التي تمكنها من إدارة شؤونها وذلك بوجود أجهزة إدارية خاصة .

1.3.1.3 جهاز تداولي

يتمثل في مجلس الإدارة الذي يتكون من ⁴:

- ممثل إدارة المالية؛

- ممثل التأمينات الاجتماعية؛

¹ الجريدة الرسمية العدد رقم 70، المرسوم التنفيذي رقم 06-384 المؤرخ في 28 أكتوبر 2006، الصادرة بتاريخ 13 شوال 1427هـ، الموافق لـ 05 نوفمبر 2006م.

² الجريدة الرسمية العدد رقم 75، المرسوم التنفيذي رقم 06-422 المؤرخ في 22 نوفمبر 2006، الصادرة بتاريخ 05 ذو القعدة 1427هـ، الموافق لـ 26 نوفمبر 2006م.

³ الجريدة الرسمية العدد رقم 44، المرسوم التنفيذي رقم 07-209 المؤرخ في 01 جويلية 2007، الصادرة بتاريخ 23 جمادى الثانية 1428هـ، الموافق لـ 08 جويلية 2007م.

⁴ المراسيم التنفيذية 97-465 و 97-466 و 97-467، مرجع سبق ذكره، المواد 10-10-13 على الترتيب.

- ممثل هيئات الضمان الاجتماعي؛
- ممثل المجلس الشعبي البلدي للبلدية مقر المؤسسة؛
- ممثل المجلس الشعبي الولائي؛
- ممثل المستخدمين الطبيين ينتخبه زملاؤه؛
- ممثل المستخدمين شبه الطبيين ينتخبه زملاؤه؛
- ممثل جمعيات المنتفعين؛
- ممثل العمال ينتخب في جمعيات عامة؛
- رئيس المجلس الطبي أو المجلس العلمي؛
- ممثل الوالي رئيسا بالنسبة E.H.S و S.S، أما بالنسبة C.H.E فبالإضافة إلى الممثلين المذكورين أعلاه هناك ممثل الوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي عضوا وممثل الوزير المكلف بالصحة رئيسا، كما يشارك مدير المؤسسة الاستشفائية أي كان نوعها بصوت استشاري ويتولى أمانة المجلس.

2.3.1.3 جهاز تنفيذي

يتمثل في الأمر بالصرف¹ أو المدير الذي تعد مهمته الرسمية تسيير المؤسسة الصحية التي يشرف عليها وفق الأنظمة القانونية المعمول بها في إطار المخطط الوطني للصحة العمومية، ويساعده في ذلك أمين عام ومديرون وبصفته المسؤول عن التسيير فهو:

- يمثل المؤسسة الصحية التي يشرف على تسييرها أمام العدالة في جميع أعمال الحياة المدنية؛

¹ نفس المرجع، المواد 18- 19 - 22 .

- الأمر بالصرف فيما يخص نفقات المؤسسة؛
- يعد مشاريع الميزانية التقديرية ويضع حسابات المؤسسة؛
- يضع مشروع الهيكل التنظيمي والنظام الداخلي للمؤسسة؛
- يقوم بتنفيذ مداورات مجلس الإدارة؛
- يضع التقرير السنوي للنشاطات ويرسله إلى السلطة الوصية بعد مصادقة مجلس الإدارة عليه؛
- يقوم بإبرام جميع العقود والصفقات والاتفاقيات في إطار النظام المعمول به؛
- يمارس السلطة السليمة على المستخدمين الخاضعين لسلطته؛
- يمارس سلطة التعيين على مجموع مستخدمي المؤسسة باستثناء أولئك الخاضعين لكيفية تعيين أخرى .

3.2.2.1.3 جهاز استشاري

يسمى "بالمجلس الطبي" في كل من المؤسسات الاستشفائية المتخصصة والقطاعات الصحية بينما يسمى " بالمجلس العلمي " في المراكز الاستشفائية الجامعية وأغلبية أعضائه من السلك الطبي بالإضافة إلى شبه الطبي، وتتمثل مهمة هذا الجهاز في إصدار آراء تقنية فيما يخص :

- إقامة علاقات علمية بين المصالح الطبية؛
- مشاريع البرامج الخاصة بالتجهيزات الطبية وبناء المصالح الطبية وإعادة تهيئتها؛
- برامج الصحة والسكان؛

- برامج التظاهرات العلمية والتقنية؛

- إنشاء المؤسسات الطبية أو حلها .

من خلال ما سبق نستنتج أن الاستقلالية المالية التي تتمتع بها المؤسسات الصحية هي إستقلالية نسبية وجزئية تفتح الباب أمام الرقابة الإدارية المختلفة سواء فيما يتعلق بإنشاء أو تنظيم أو تسيير هذه المؤسسات .

2.3 تقديم مؤشرات الصحة العمومية

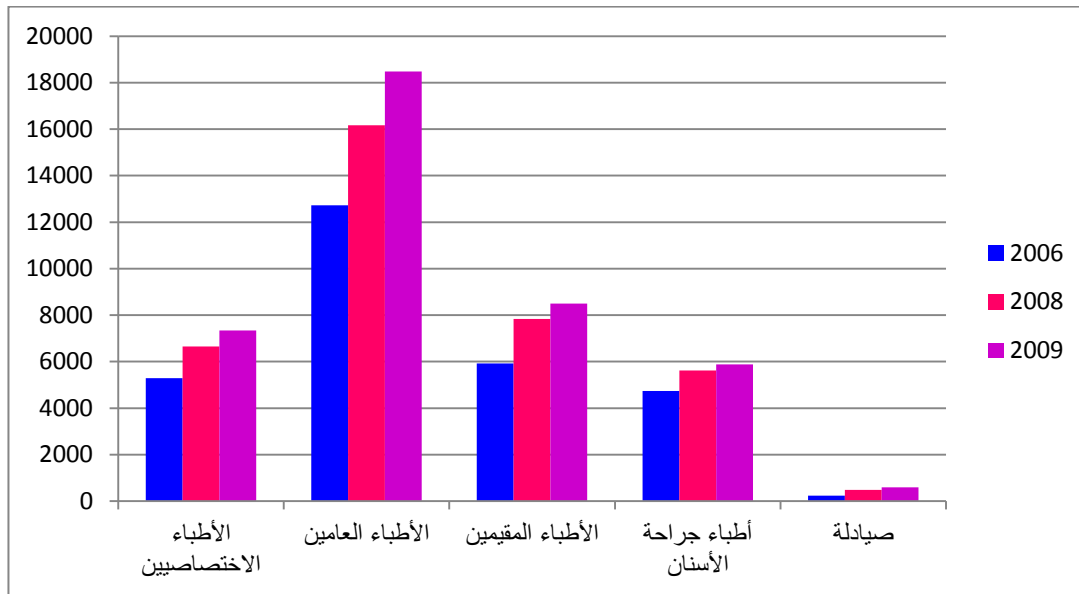
سوف نحاول من خلال هذا العنصر تقديم مختلف التطورات التي عرفتتها موارد المؤسسات الاستشفائية العمومية بمختلف أنواعها، من موارد مادية ومالية، بالإضافة الى تحديد مصادر تمويل النفقة الصحة العمومية.

1.2.3 تطور الموارد البشرية الصحية

تضم المؤسسة الاستشفائية تركيبة متنوعة من حيث المستخدمين بها وفقا للخدمات التي تقدمها، وعلى هذا الأساس ونظرا لتعدد التركيبة فإن عملية إدارة الموارد البشرية بالمؤسسة الاستشفائية تتم وفقا للمخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية والذي يوضح الأنشطة والعمليات المراد إنجازها خلال السنة المقبلة والمتعلقة بالتوظيف، الترقية، التكوين وتحسين المستوى وتجديد المعلومات الإحالة على

التقاعد وهذا حسب ما نصت عليه المادة 06 مكرر 01 من المرسوم التنفيذي 95-126¹ المؤرخ في 29-04-1995، ومن بين أهداف المخطط²:

- ضبط الأنشطة والعمليات خلال السنة المالية؛
 - التحكم في عملية استقطاب اليد العاملة ؛
 - تحقيق استراتيجية الإدارة العامة أي الوصية؛
 - تمكين مصالح الوظيفة العمومية من مراقبة تسيير مختلف مصالح الدولة.
- لذا سنحاول تقديم التطور الذي عرفه عدد المستخدمين الطبيين من خلال الشكل الموالي:



الشكل رقم (09): تطور المستخدمين الطبيين

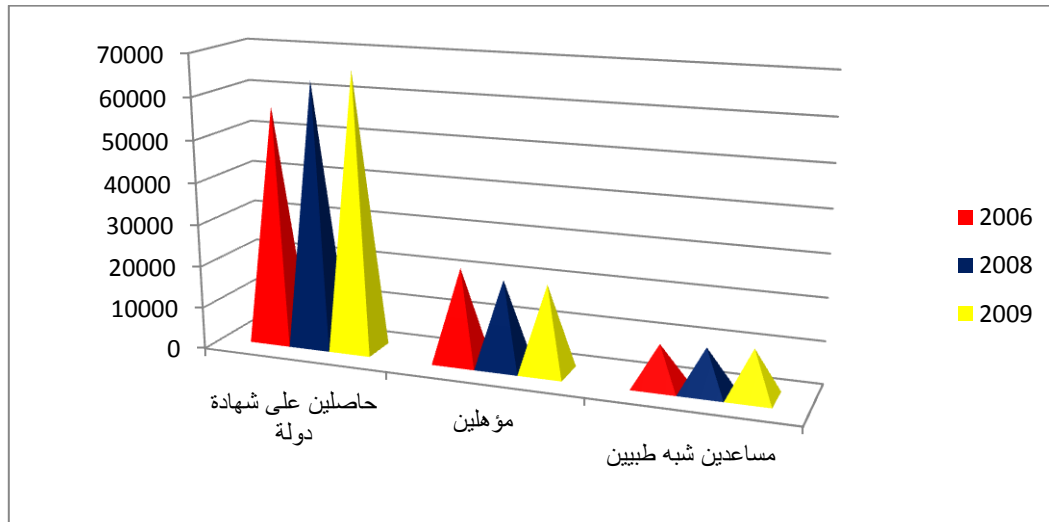
المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على معطيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

¹ الجريدة الرسمية، العدد 26، المرسوم التنفيذي 95-126 المؤرخ في 29 أبريل 1995، الصادرة بتاريخ 09 ماي 1995،

² خثير محمد، المداخل الحديثة في التطوير الإداري وإمكانية تطبيقها في قطاع الصحة-دراسة حالة إعادة هندسة نظم العمل والجودة الشاملة في المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية، رسالة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، فرع إدارة أعمال، المدرسة العليا للتجارة، الجزائر، 2010، ص 216.

قدر الارتفاع الحاصل في عدد الأطباء الأخصائيين بـ 7339 طبيب مختص سنة 2009 مقارنة بـ 5290 طبيب مختص سنة 2006 أي بزيادة قدرها 38.73% خلال 03 سنوات، كما نلاحظ ارتفاع عدد الأطباء العاميين بـ 45.27%، ويعود السبب في الارتفاع الكبير لعدد الأطباء العاميين في القطاع الحكومي إلى عدد المتخرجين سنويا من معاهد الطب بالجامعات، لذلك نجد أيضا ارتفاع نسبة الأطباء المقيمين من 5917 طبيب إلى 8491 طبيب سنة 2009.

إلا أنه بالرغم من ارتفاع عدد المستخدمين الطبيين لكن لوحظ عدم حافزية مستخدمي الصحة للعمل بحكم الظروف السيئة للعمل وكذا قواعد التعويض المالي، بالإضافة إلى الخلل المرتبط بالإعلام الذي لايساعد على العمل، فإن النظام الحالي للمعلومة لا يبلغنا إلا جزئيا حول اتساع حقيقة الطلب على العلاج وجودة الخدمات المقدمة للسكان، لذا أصبح من الضروري تحديد ووضع نظام معلومات موثوق وتدقيق الأهداف باتجاه إيجاد الآليات الضرورية لاتخاذ القرار في العوائق والاختلالات في مجال المعلومة¹. أما بالنسبة لتطور المستخدمين شبه الطبيين فهي موضحة في الشكل الموالي:



الشكل رقم(10): تطور المستخدمين شبه الطبيين

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على معطيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

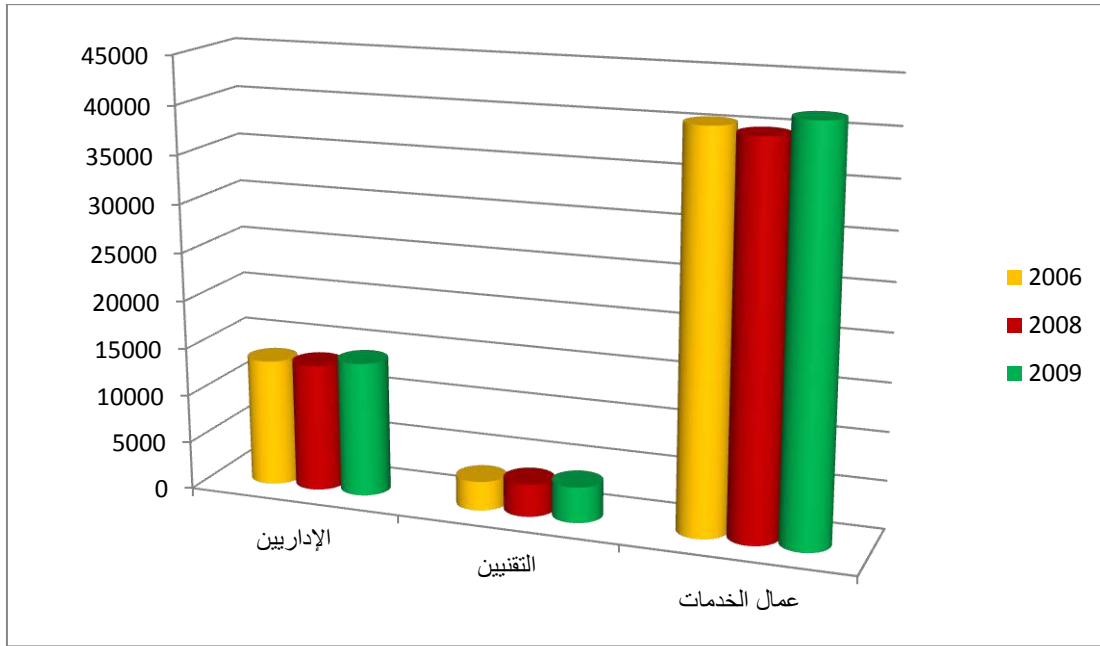
¹ حنان.س، مرجع سبق ذكره.

هناك ارتفاع في المورد البشري شبه الطبي حيث بلغ عددهم الإجمالي سنة 2009 بمختلف المؤهلات 97773 بعد أن كان عددهم لا يتجاوز 88345 سنة 2006 أي بزيادة قدرها 10.67% خلال ثلاث 03 سنوات.

لكن بالرغم من هذه الزيادة المعتبرة إلا أنه يبقى الخلل في نوعية العمل الذي يقومون به، فنجد مثلاً على مستوى مكتب الدخول أنه ليس عملياً كما يجب، وكذا قلة تكوين المستخدمين في مجال الترقيم والتصنيف الدولي للأمراض بالإضافة إلى التنظيم السيئ للملف الطبي والتقارير الطبية وكذا عدم ملائمة بعض السجلات الإدارية، بالإضافة إلى العوائق والاختلالات المرتبطة بالتكوين فإن النظام التعليمي والتكويني لا يأخذ بعين الاعتبار الاحتياجات الفعلية لقطاع الصحة، بالنسبة للتكوين الأكاديمي فإنه لا يقدم المؤهلات المطلوبة على المستوى التطبيقي للمستخدمين أو متطلبات التنوع الميداني، بالإضافة إلى عدم توافقه في بعض الحالات مع الكفاءة المهنية، كما لوحظ أن مدارس التكوين شبه الطبي لا تلبي بالكامل الطلب على التكوين المتواصل وتكوين المسيرين على مستوى مؤسسات التعليم العالي لا يلبي بالكامل متطلبات التسيير الإستشفائي¹.

كما عرف أيضاً السلك الإداري تطورات نوضحها من خلال الشكل التالي:

¹ حنان.س، مرجع سبق ذكره.



الشكل رقم(11): تطور المستخدمين التقنيين والإداريين وعمال الخدمات

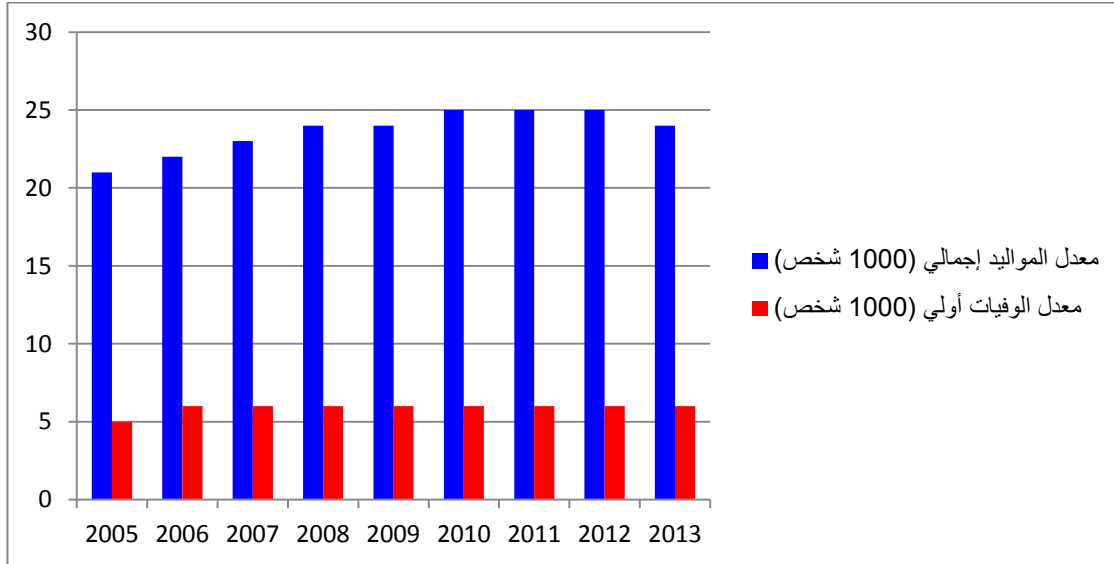
المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على معطيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

نلاحظ ارتفاع نسبة المستخدمين من الإداريين والتقنيين وعمال الخدمات في المنظومة الصحية العمومية من سنة 2006 الى 2009 على النحو التالي، الإداريين بنسبة 6.02 %، التقنيين بنسبة 22.22 % وعمال الخدمات بنسبة 2.72 %.

2.2.3 تطور الهياكل المادية والموارد المالية

استفاد القطاع خلال السنوات 2005-2009 من غلاف مالي بقيمة 244 مليار، تم استثماره في دعم هذا المسار بإنجاز 800 مؤسسة استشفائية وجوارية، كما حقق القطاع عدة مكاسب، تمثلت في تعميم التغطية باللقاحات بنسبة 90 %؛ مما ساهم في القضاء على عدة أمراض خطيرة، أدت إلى الوفيات والإعاقات خلال السنوات الأولى للاستقلال، إلى جانب القضاء على الأمراض

المتنقلة، وتراجع الوفيات لدى الأطفال إلى معدلات دنيا، بالإضافة إلى انخفاض وفيات الحوامل بنسبة 5 % كل سنة¹. هذا ما نوضحه من خلال الشكل الموالي:



الشكل رقم (12) : تطور معدل المواليد والوفيات خلال الفترة 2005-2013

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على معطيات البنك الدولي، www.data.albankaldawli.org، تاريخ التصفح 2015/09/15.

نستنتج من خلال الشكل ارتفاع عدد المواليد من 21 إلى 24 مولود في الفترة الممتدة من 2005-2009، بعدها نلاحظ ثبات المعدل عند 25 مولود لكل 1000 شخص في الفترة 2010-2013، أما بالنسبة لمعدل الوفيات فنلاحظ ثبات المعدل خلال فترة الدراسة.

مع العلم أن معدل الولادات أو معدل المواليد الخام يعطي المتوسط السنوي لعدد المواليد خلال سنة لكل 1000 شخص في منتصف العام، كما أنه هو عادة العامل المهيمن في تحديد معدل النمو السكاني. أما مؤشر معدل الوفيات فهو يعطي المتوسط السنوي لعدد الوفيات خلال السنة لكل 1000 شخص في منتصف العام، والمعروف أيضا معدل الوفيات الخام. مع العلم أن هذا المعدل هو سوى

¹ نفس المرجع.

مؤشر تقريبي لحالة الوفيات في البلاد، وتشير بدقة تأثير وفيات الحالي على النمو السكاني. يتأثر هذا المؤشر بشكل ملحوظ عن طريق التوزيع العمري¹.

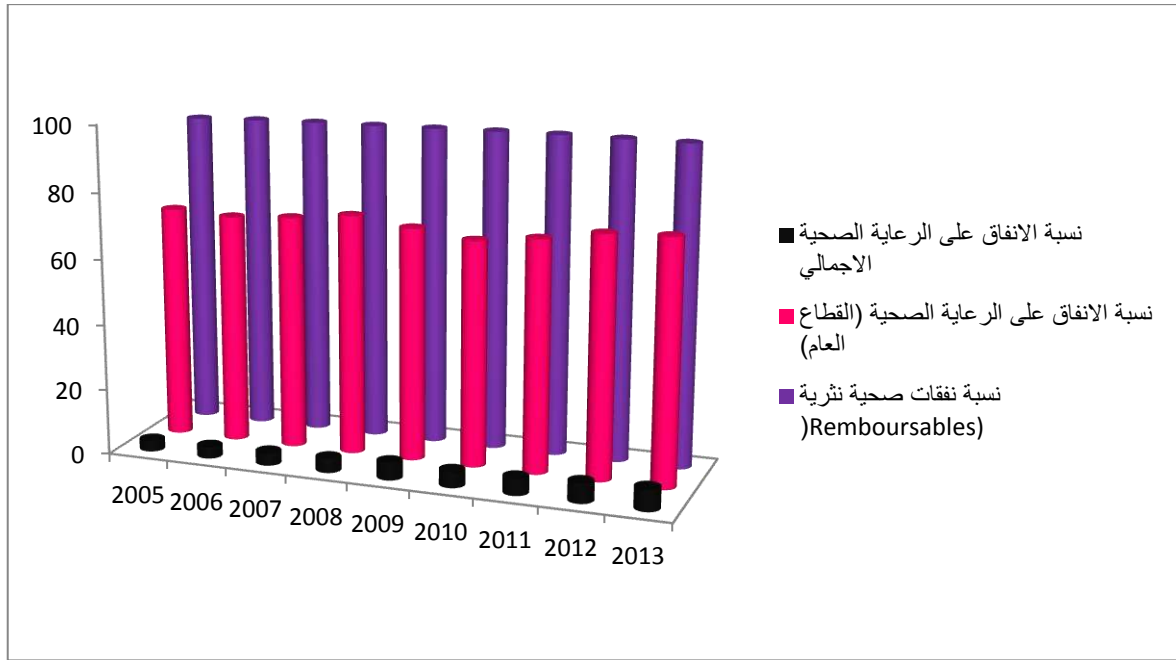
أما في إطار برنامج الاستثمارات العمومية للفترة الممتدة بين 2010-2014 المصادق عليه من طرف مجلس الوزراء المنعقد يوم 24 ماي 2010. استفاد قطاع الصحة من غلاف مالي يقدر بـ 619 مليار دج وخصص هذا المبلغ لإنجاز 172 مستشفى و 45 مركبا متخصصا في الصحة و 377 عيادة متعددة الاختصاصات و 1000 قاعة علاج و 24 مدرسة للتكوين شبه الطبي وأكثر من 70 مؤسسة متخصصة لفائدة المعاقين².

وتصنف العمليات الخاصة بقطاع الصحة المدرجة ضمن البرنامج الخماسي 2010-2014 حسب الأولويات التي تستهدف التقليل من الفوارق الصحية بين الولايات من خلال ضمان العلاج المتخصص عن طريق إنجاز معاهد ومستشفيات أو مؤسسات استشفائية متخصصة وهياكل جوارية متخصصة حسبما جاء في برنامج العمل لوزارة الصحة والإسكان وإصلاح المستشفيات للفترة الممتدة بين 2009-2010.

إذا من خلال ارتفاع الغلاف المالي من 244 مليار دج في الفترة الممتدة 2005-2009 إلى 619 مليار دج في خلال 2010-2014، أدى ذلك إلى زيادة نسب الانفاق الصحي المختلفة، هذا ما نبينه في الشكل التالي:

¹Banque Mondiale, Taux de naissance, brut (pour 1 000 personnes), Taux de mortalité, brut (pour 1 000 personnes), Op.cit.

² حاج عيسى سيد أحمد، مرجع سبق ذكره، ص 151.



الشكل رقم (13) : نسب الإنفاق الصحي

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على معطيات البنك الدولي، www.data.albankaldawli.org، تاريخ التصفح 2015/09/15.

يلاحظ من الشكل:

- ارتفاع نسبة الإنفاق على الرعاية الصحية الإجمالي (وهو عبارة عن مجموع النفقات الصحية العامة والخاصة. وهو يغطي تقديم الخدمات الصحية (الوقائية والعلاجية)، وأنشطة تنظيم الأسرة، وأنشطة التغذية، والمعونات الطارئة المخصصة للرعاية الصحية ولكنها لا تشمل تقديم المياه والصرف الصحي¹). خلال السنوات الخمس الأولى حيث تراوحت ما بين 3.2% و 5.2%، لتتخفف النسبة سنة 2010 إلى 4.8%، ثم لتعود نسبة الإنفاق إلى الارتفاع لتتراوح ما بين 5.1% و 6.6% ما بين السنوات 2011 و 2013.

¹Banque Mondiale, Dépenses en santé, total (% du PIB), Op.cit.

- بالإضافة إلى عدم ثبات نسبة الإنفاق على الرعاية الصحية للقطاع العام (ويتكون من الإنفاق المتكرر والإنفاق الرأسمالي من الميزانيات الحكومية (المركزية والمحلية)، والقروض والمنح الخارجية بما في ذلك التبرعات المقدمة من الوكالات الدولية والمنظمات غير الحكومية، وصناديق التأمينات الصحية والاجتماعية أو الإجبارية¹)، حيث تراوحت النسب خلال السنوات 2005 و 2011 ما بين 68.4% و 70.5%، لترتفع النسبة ما بين 73.5% و 74.5% خلال السنوات 2012-2013.

- أما بالنسبة للنفقات الصحية النثرية (هي أية مصروفات مباشرة للأسر المعيشية، بما في ذلك مصاريف أو مدفوعات عينية تُقدم للممارسين الطبيين وموردي المستحضرات الصيدلانية، والأجهزة العلاجية، والسلع والخدمات الأخرى التي يكون القصد الرئيسي منها هو المساهمة في استعادة أو تعزيز الحالة الصحية للأفراد أو الفئات السكانية. وهذه النفقات هي جزء من النفقات الصحية الخاصة²). حيث تراوحت النسب ما بين 95.2% و 97.5% خلال السنوات 2005 و 2013.

الأمر الذي أدى إلى وضع البرنامج الخماسي من أجل تحسين الاستفادة من العلاجات الأولية والثانوية مع العلم أنه من الضروري توفير 254 عيادة متعددة التخصصات و 34800 سرير في أفق 2015 وتجدر الإشارة إلى أن هياكل استشفائية متعددة موزعة عبر الوطن سيما 14 مركز استشفائي جامعي ومؤسسة استشفائية جامعية واحدة و 5 مؤسسات استشفائية و 68 مؤسسة استشفائية متخصصة و 195 مؤسسة عمومية استشفائية.

¹ Banque Mondiale , Dépenses en santé, publiques (% du total des dépenses en santé), Op.cit.

² Dépenses en santé remboursables (% des dépenses privées en santé), Ibid.

ويعزز هذا النسيج الاستشفائي هياكل على مستوى المؤسسات العمومية للصحة الجوارية البالغ عددها 271 والتي تشرف على تسيير 988 عيادات متعددة التخصصات تتوفر على 3566 سرير مخصص للأمهات و 387 عيادة متعددة التخصصات دون سرير و 5376 قاعة علاج. ويقدر العدد الإجمالي للأسرة العمومية 63680.

3.2.3 مصادر تمويل نفقة الصحة العمومية

إن نظام تمويل المؤسسات الصحية العمومية منذ تطبيق لمجانبة العلاج كان يعتمد على مصدرين رئيسيين هما، الميزانية العامة والضمان الاجتماعي بالإضافة إلى مساهمة بعض الفئات من المستفيدين وهي تكون أقل أهمية حيث تمثل ما يقل عن 10%.

1.3.2.3 الدولة " الميزانية العامة "

تتمثل في مساهمة الدولة والجماعات المحلية إذ تقدر بـ 60% من النفقات الصحية والتي تحسب على أساس سعر يومي يحدد سنويا وتخصص لتمويل الفقراء والمعوزين الذين ليس لهم مداخيل، حيث كان يتعين عليهم إحضار بطاقات صادرة من طرف المصالح البلدية لكي يستفيدوا من العلاج، إذ كانت النفقات المحققة من جراء معالجة هذه الفئة تمول على النحو التالي، 85% من طرف الخزينة العمومية لحساب ميزانية الدولة، 15% من طرف صندوق التضامن للدوائر والبلديات لحساب الجماعات المحلية (8% لحساب الدوائر، 7% لحساب البلديات)¹.

أما بعد تطبيق مجانية العلاج احتلت مساهمة الدولة أكبر نسبة في تمويل المؤسسات الصحية العمومية بما يفوق 70% من الميزانية المعدة من طرف وزارة الصحة، حيث تتم على مستوى الهياكل

¹ Lamri.M, **Dossier de la contractualisation**, le gestionnaire, revue semestrielle, école Nationale de santé publique, N° 28 Juillet, 1998, P 24.

الصحية هيكلية توزيع هذه الاعتمادات من طرف كل هيكل صحي يبين مختلف النفقات، وتولي الدولة الأولوية إلى تمويل البرامج الوقائية التي تهدف إلى السيطرة على الأوبئة ومكافحة الأمراض المعدية وبرامج التلقيحات الواسعة، ومن جهة أخرى تمويل الاستثمارات¹ عن طريق إنشاء وتجهيز هياكل متعددة العلاج ووضعها تحت تصرف المواطنين، زيادة على الإنتاج الصيدلاني الضروري للعلاج، ولارتفاع نفقات الصحة وتبني الدولة لتمويل كافة النفقات الطبية اضطرت إلى الاعتماد بوتيرة متزايدة على مساهمة الضمان الاجتماعي .

2.3.2.3 تمويل الضمان الاجتماعي

لقد كان الضمان الاجتماعي مسؤولاً على تمويل التحولات الاجتماعية، في حين أن حصة الدولة والجماعات المحلية إتسمت بتناقص مستمر منذ نهاية الثمانينات حيث كان الاتجاه آنذاك نحو جعل الضمان الاجتماعي المسؤول الأساسي عن تمويل النفقات الصحية، وزادت تلك الأهمية مع تطبيق مجانية العلاج سنة 1974، حيث ارتفع عدد المؤمنين من 1.208.854 سنة 1973 إلى 3 ملايين سنة 1984²، ولقد حددت صلاحيات ومهام الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية فيما يلي³:

- تسيير التأمينات الاجتماعية وحوادث العمل والأمراض المهنية؛
- تسيير الأداءات العائلية لحساب الدولة، وترقيم المستخدمين والمؤمن لهم اجتماعياً؛
- تسيير الأداءات المستحقة للمستفيدين من اتفاقيات الدولة للضمان الاجتماعي؛

¹ Rapport Général sur L'organisation du Système de Santé , Ministère de la Santé, janvier 1990 , P16.

² سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر 3، 2010/2009، ص 150.

³ وزارة العمل والحماية الاجتماعية، فعالية الندوة الوطنية الأولى حول الحماية الاجتماعية، الجزائر، 31/30 ماي، ص 25.

- تغطية النفقات، مراقبة النزاع في تغطية اشتراكات الضامن الاجتماعي لحساب التقاعد والبطالة؛
 - تنظيم وممارسة المراقبة الطبية، وممارسة العمل الطبي الاجتماعي؛
 - إعلام المستفيدين والمستخدمين؛
 - التكفل بمصاريف العلاج الصحي وتعويض أيام العطل المرضية أثناء التوقف عن العمل، وتتمثل هذه المصاريف في (العلاج، الجراحة، الأدوية الصيدلانية، الإقامة بالمستشفى)؛
 - الفحوص البيولوجية، والكهروديوغرافية والنظرية؛
 - علاج الأسنان وتركيب الطقم؛
 - العلاجات المعدنية والمتخصصة التي لها علاقة بالعلل التي تصيب المستفيد؛
 - الجبارة والأجهزة والأعضاء الاصطناعية؛
 - إعادة التدريب الوظيفي للأعضاء والتأهيل المهني؛
 - النقل بسيارة الإسعاف؛
 - الأداءات الخاصة بالتخطيط، العائلي وتنظيم النسل.
- مع العلم أن الصندوق لا يتكفل بالتعويضات بنسبة 100% بالنسبة لكل الأدوية بل تختلف نسبة التعويض حسب درجة ونوعية المرض، حيث يتكفل الصندوق بالتعويض بنسبة 80% للفحوص والمواد الصيدلانية، النظارات والتداوي بالمياه المعدنية، وبنسبة 100% لبعض العمليات الجراحية المهنية وبعض الأمراض المزمنة. كما تجدر الإشارة إلى أن مساهمة الضمان الاجتماعي في تمويل النفقات الصحية وصلت إلى 16% خلال سنة 2013¹.

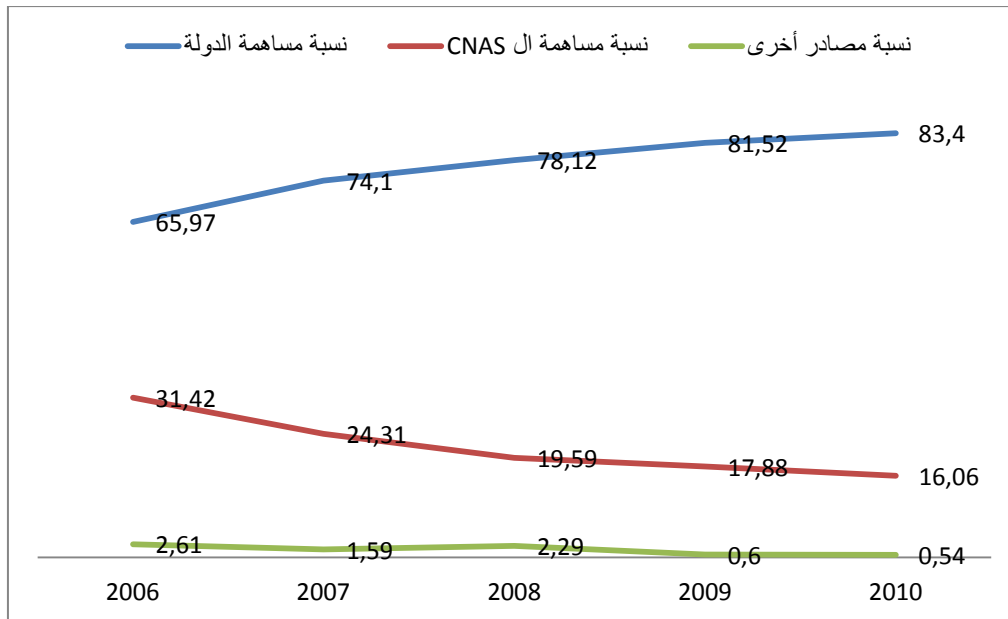
¹ Chaouche.A, **Le financement du système de santé**, colloque international sur les politiques de santé, Alger, 18-19 Janvier 2014, P03.

3.3.2.3 مصادر أخرى

تضم مجموعة من المصادر المختلفة والمتمثلة في :

- الدفع المباشر الكامل لغير المؤمنين اجتماعيا القادرين على الدفع؛
- دخل النشاطات الطبية المختلفة؛
- مساهمة المؤمنين الاجتماعيين في مصاريف الإيواء و الاستشارة؛
- دفع العيادات الخاصة لمصاريف الاستشفاء والعلاج والفحص الناتج عن تحويل مرضاها إلى المؤسسات العامة للصحة .

إذا من خلال الطرح السابق يمكن حصر تطور مساهمة كل عنصر في الشكل الموالي:



الشكل رقم(14): مصادر تمويل النفقة الوطنية للصحة خلال الفترة [2006 - 2010]

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على معطيات البنك الدولي، www.data.albankaldawli.org، تاريخ

التصفح 2015/09/15.

من خلال الشكل نستنتج أن الدولة بمساهمتها المقدرة بنسبة 83.10% سنة 2010 تعد أكبر مصدر ممول للنفقات الوطنية للصحة، حيث وفي الفترة الممتدة من 2006 إلى 2010 ارتفعت نسبة مساهمة الدولة في التمويل إلى 17.43%، وهذا ما يبين أن الجزائر سجلت تقدما ملحوظا في مجال التكفل بالجانب الصحي مقارنة بما كان مسجلا من قبل في هذا الجانب، كما يعكس نية الدولة في النهوض بالقطاع والمساهمة في تحقيق التنمية الصحية المستدامة.

لكن بالمقابل نجد انخفاض مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي من 31.42% سنة 2006 إلى 16.06% سنة 2010، باعتبارها تخصص في ميزانية القطاعات الصحية والمؤسسات الاستشفائية المختصة بما فيها المراكز الاستشفائية الجامعية لتغطية الأعباء الصحية ماليا لصالح المؤمنين الاجتماعيين وذوي الحقوق.

3.3 عصرنة تسيير المؤسسة الصحية بالجزائر

إن التحولات الاقتصادية والاجتماعية دفعت بمنظومة الصحة الجزائرية إلى أزمة حقيقية ليس بمفهوم أن المنظومة الصحية أصبحت صعبة التلاؤم مع الوضعية الحالية، بل كذلك طريقة التسيير المعتمدة وارتفاع مستوى الطلب على الخدمات الصحية مما أدى إلى ضرورة البحث عن سبل للخروج من الوضعية الراهنة.

1.3.3 استراتيجية إصلاح المنظومة الصحية

لقد قامت الوزارة الوصية بعدة إصلاحات ولكن من أجل الوصول إلى معالجة حقيقية كان لابد أولا من تحديد المشاكل التي تعاني منها المؤسسات الصحية، وماهي أهم الدوافع الأساسية لهذا الإصلاح.

1.1.3.3 مشاكل تسيير المؤسسات الاستشفائية العمومية

لقد تميز تسيير الخدمات الصحية بمركزية صارمة ومقننة، كما أن غياب الاستقلالية في التسيير وفي تنظيم الخدمات الصحية أدى إلى زيادة نفقات الموازنة الموجهة لهذا القطاع، إضافة إلى عدم وجود محاسبة وعدم التحكم في نفقات تسيير المستشفيات أدى إلى سوء تقدير مختلف الأعباء. بالإضافة إلى غياب تقييم المؤسسات الاستشفائية من جانب جودة خدمات الرعاية الصحية، أدى إلى عدم معرفة مستويات الخدمة المقدمة من قبل هذه المستشفيات، ومنه النظر في إمكانية تحسينها أم لا، أو اتخاذ إجراءات من قبل الجهات الوصية بشأن ذلك.

من خلال ذلك، نلاحظ أن النظام الصحي الجزائري يعاني من مشاكل كبيرة، سواء تعلق الأمر بطريقة التسيير أو تنظيم المستشفيات أو التمويل أو التكوين أو نظام المعلومات أو جودة الخدمات الصحية. هناك العديد من مواطن الضعف التي تعاني منها مؤسساتنا العمومية الصحية والتي أثرت سلبا على فعالية تسييرها ونتيجة لذلك يعاني نظامنا الصحي من عدة ثغرات، لذلك سوف نحاول من خلال هذا العنصر وضع خطا أحمر على مشاكل التسيير التي تعاني منها مؤسساتنا الصحية.

1.1.1.3.3 المشاكل الهيكلية

تعددت المشاكل التي تعاني منها مؤسساتنا الاستشفائية العمومية، حيث يعتبر العجز في الميزانية ومشاكل الصيانة من أهم المشاكل الهيكلية:

أولا- العجز المستمر في الميزانية

إيرادات ميزانية المؤسسات الصحية مرتبطة بالضمان الاجتماعي والدولة، والموارد الخاصة المتأتية من الخدمات الصحية التي تقدمها للمواطنين تبقى ضعيفة جدا حيث لا تتعدى في أحسن

المؤسسات 2% من إجمالي إيراداتها. يرجع ذلك إلى الأسعار الرمزية التي حددتها السلطات لهذه الخدمات مقارنة مع أسعار القطاع الخاص، إلى جانب عدم اهتمام عمال هذه المؤسسات بتحصيلها من جانب آخر، لأنهم لا يستفيدون منها إذا ارتفعت. لذلك ندرج أسباب الوضع المالي لوجود:

- التزايد المستمر للأعباء الاستشفائية؛

- والأزمة المالية الناجمة عن ندرة الموارد المالية الخاص بسبب انعدام المداخل.

وقد تجسدت هذه الملاحظة واقعا من خلال التطور المعتبر للنفقات دون أن يسايره زيادة مناسبة في الموارد، ويرجع هذا العجز الدائم إلى استمرار انعدام التوافق بين الإيرادات والنفقات. بالإضافة إلى تميز إجراءات المحاسبة العمومية بالثقل وعدم المواكبة للتطورات وبالتالي لا تسمح بالمرونة وسرعة التدخل. كما أن غياب المخطط المحاسبي الوطني الاستشفائي، وعدم استخدام أدوات المحاسبة التحليلية جعل هذه المؤسسات لا تعرف مستوى تكاليف تشغيلها وخدماتها.

ثانيا- مشاكل الصيانة

إن الكثير من مؤسساتنا الصحية تشتغل بأقل بكثير من قدراتها، فالمعدات والتجهيزات الطبية الحديثة المتأتية من انتشار التكنولوجيات الجديدة للتشخيص والعلاج غير مستعملة كما ينبغي، بسبب عدم الاهتمام بصيانتها، إذ عانت وتعاني من تعطلات متواترة، والذي زاد في إطالة مدتها نقص قطع الغيار مما جعلها دون استعمال لعدة أيام، وما زاد في مشكل الصيانة في مؤسساتنا هو اعتمادها فقط على الصيانة العلاجية، وعدم وجود مختصين في ذلك.

2.1.1.3.3 المشاكل التنظيمية

إن الوضعية الصعبة التي تمر بها المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية مرتبطة بمشاكل التنظيم والتسيير وابتخاذ القرارات، حيث يقتصر دور المسيرين على تنفيذ الميزانيات لا غير، إلى

جانب عدم عمل الأجهزة التسييرية كما ينبغي، عدم القيام بالمراقبة من قبل مديريات الصحة للولايات إلى هذه المؤسسات، وإن قامت بها فهي شكلية. الشيء الذي أدى إلى الإهمال الكبير في هذه المؤسسات، وإلى ارتفاع تكاليف العمل، ونوعية العلاج التي لم تتوقف عن التدهور، وما فاقم المشكلة هو غياب مسيرين أكفاء.

أولاً- عدم تحريك وتحفيز الموارد البشرية

يعتبر العنصر البشري أهم الموارد والعناصر الفعالة التي تتمتع بها المؤسسات الصحية، حيث تحتل أجور المستخدمين الجزء الأكبر من نفقات هذا القطاع، فهي تمثل ما بين 80-90% من ميزانية هذه المؤسسات، لكن هذا المورد الهام والثروة الدائمة غير مستخدم بفعالية، وبدون تحفيز وآفاق، نتيجة لضعف الأجور، كما شهدت هذه المؤسسات نزيفا هاما للمختصين الاستشفائيين الجامعيين نحو القطاع الخاص، نتيجة لتدهور ظروف العمل في القطاع العمومي، وآفاق إغنائهم السريع في القطاع الخاص.

ثانياً- منافسة القطاع الخاص

إن ظهور قطاع خاص ينمو يوما بعد يوم يجلب أحسن الموارد البشرية التي تتوفر عليها المؤسسات الإستشفائية العمومية، بفعل إغراءاته المالية، وظروف العمل الجيدة في هذا القطاع. إلى جانب رقابته رقابة تقنية وعلمية خاصة من جانب استيراد الأدوية وتجهيزاته الصحية، ومن جانب أسعار خدماته المرتفعة جدا، مقارنة بمستوى خدماته ومقارنة بأسعار المؤسسات العمومية. إلى جانب هذه المظاهر فهناك التبعية إلى الخارج فيما يخص المواد الصيدلانية (الأدوية والمواد المستهلكة)

وتقلص الموارد من العملة الصعبة أدى إلى عدم توفرها بهذه المؤسسات، وبالتالي شلل بعض النشاطات العلاجية¹.

3.1.1.3.3 المشاكل الوظيفية

بالرغم من المجهودات الجبارة التي تقوم بها الدولة الجزائرية من أجل تدعيم مؤسساتنا الاستشفائية العمومية، إلا أنه لم تستطع الدولة التحكم في التكاليف وكثرة نفقات المؤسسات الاستشفائية العمومية، بالإضافة إلى عدم فعالية تسيير الميزانية، وذلك راجع لعدة أسباب منها مشاكل مرتبطة بالنفقات، الأمر الذي أدى إلى عدم تحقيق الفعالية في الإنفاق وذلك بدوره راجع لعدة أسباب:

- ارتفاع تكاليف التسيير والتجهيز؛
- الزيادة في كتلة الأجور ورواتب المستخدمين؛
- أسباب مرتبطة بنوعية التسيير المالي، وتتمثل هذه الأسباب في عدم احترام ضوابط اعداد وتنفيذ الميزانية ومنه الوصول إلى عدم واقعية التقديرات الخاصة بالموارد وكذا النفقات.
- بالإضافة إلى مشاكل مرتبطة بالإيرادات تتمثل في عوامل هيكلية متسببة في خفض مؤسسات الصحة العمومية، كما هناك مشاكل أخرى تتمثل في:

- عدم نجاعة توزيع الموارد المالية؛
- إهلاك المعدات والتجهيزات الطبية؛
- محدودية سياسة الأدوية وعدم فعاليتها؛

¹ بن لوصيف زين الدين، رئيس اللجنة العلمية لقسم علوم التسيير بجامعة سكيكدة-مدير سابق بمستشفى قسنطينة، «تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة»، www.startimes.com، تاريخ التصفح

- غياب التنسيق بين هياكل الصحة ومصالح الضمان الاجتماعي.

إذا من خلال ماسبق نلاحظ أن هذه المؤسسات سجلت ديون معتبرة إذ أثرت هذه الأخيرة بشكل سلبي على الوضعية المالية للمؤسسة مما أدى إلى وقوع أزمة تمويل بالمؤسسة (كالأدوية-الصيانة المتخصصة-التمويل....)، كل تلك المشاكل دفعت بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى القيام بإصلاح المنظومة الصحية.

2.1.3.3 مشروع الإصلاح

لقد كانت بداية الإصلاح من تغيير إسم وزارة الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، لذا أورد التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف¹:

- إحصاء عروض العلاج والاستشفاء وتكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال؛
- ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية ؛
- التأكيد على حقوق وواجبات المستعملين وحماية المستفيدين على وجه الخصوص؛
- إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن؛
- توفير الإمكانيات الضرورية لمحترفي الصحة، مهما كانت مسؤولياتهم، وذلك قصد الاستجابة بفعالية أكثر للحاجات الصحية والاجتماعية؛
- تحسين فعالية النفقات التي تخصصها الجماعة في أي شكل كان للمؤسسات الصحية.

¹ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات-الأولويات والأنشطة المستعجلة-الجزائر في 17 جانفي 2003.

أما بالنسبة للملفات التي عالجها مشروع الإصلاح فهي تتمحور حول دراسة كفاءات التنسيق بين النظام الوطني للصحة ومنظومته الاستشفائية الفرعية، لذا ركز المجلس في تصوره على ستة ملفات، نعرضها فيما يلي¹ :

1.2.1.3.3 ملف إصلاح الهياكل الاستشفائية

تتمحور هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية، وذلك بإدراج جملة من الأهداف نعرضها فيما يلي:

- تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية والخاصة؛
- المساهمة الفعالة للمستفيد ولجمعيات المستفيدين من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج وجودة أدائها؛
- استعجال وضع دعامة إعلامية التي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

2.2.1.3.3 ملف الموارد البشرية

اهتم هذا الملف بعنصر أساسي في النظام الصحي وهو المستخدمين، وذلك من خلال السهر على مراجعة أحوالهم الشخصية، شروط وظروف عملهم، علاواتهم وأجورهم، ترقية في المسار المهني وتكوينهم، حيث أن التكوين يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين، شبه الطبيين المسيرين والتقنيين، وهذا بالاشتراك مع قطاعات أخرى كالتعليم العالي والتكوين المهني على وجه الخصوص.

¹ Les 6 dossiers de la reforme hospitalière.

3.2.1.3.3 ملف الموارد المادية

ارتكز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج، الذي يستدعي توازنا بين الوسائل ومستوى النشاط وبين تسلسل العلاج وتقيس الوسائل، والهدف من ذلك هو إعطاء كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة بعقلانية، وتشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية والخاصة بالأمن والنوعية وتكوين عناصر مكملة لهذا الملف.

4.2.1.3.3 ملف التمويل

من بين اهتمامات هذا الملف دراسة طرق توسيع موارد تمويل المؤسسات الاستشفائية، وضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي، بالإضافة إلى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تدير المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات، وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المستفيدين¹.

5.2.1.3.3 ملف اشتراك القطاعات

نظرا لارتباط نشاطات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى حد بعيد بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى كقطاع المالية، العمل والحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، التضامن، التعليم العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئية، الصناعة والفلاحة، لذلك يجب ضمان الانسجام بين الصحة والسياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الإستراتيجية العامة للوزارة.

¹ Les 6 dossiers de la reforme hospitalière, Op.Cit.

2.3.3 تنظيم المؤسسات الصحية ومستوى جودة الخدمة

جاء ميثاق 1998م كأول خطوة للبحث عن حقيقة تسيير وتنظيم المؤسسات الصحية، حيث كان هدفه تحديد المبادئ الرئيسية والأولويات التي ينبغي أن تميز السياسة الوطنية للصحة¹:

1.2.3.3 الأولويات الصحية في أفق سنة 2025

وفقا للسياسة الصحية في الجزائر تم اعتماد مخطط تكوين يتماشى والاحتياجات التي رافقت التطور الكبير لشبكة الهياكل الصحية، ومختلف مواعيد المخطط الرئيسي لقطاع الصحة، سيما من خلال توسيع أراضيات التكوين الطبي وشبه الطبي، وفي هذا الصدد تم اتخاذ جميع التدابير لوضع حد للعزلة التي يعاني منها سكان المناطق المعزولة ويتعلق الأمر بتوفير العلاج، بما في ذلك الخاص بالأمومة، بهدف تقريب المصالح الصحية من المواطن، وبالتالي جعل شبكة الصحة العمومية أكثر مردودية بما في ذلك على مستوى المدن، بغية تخفيف الضغط على المستشفيات، سيما خلال الليل وأيام العطل. كما ينبغي على العيادات المتعددة التخصصات، وبعض قاعات العلاج، وضع نظام المناوبة الطبية وحتى استحداث مصالح الاستعجالات، إذا سمحت الظروف التقنية بذلك.

إلا أن تحقيق هذه السياسة لا يتم إلا عبر تحسين تسيير المستشفيات بهدف ضمان أحسن استعمال للموارد المالية الهامة، والسهر على احترام المعايير المهنية والقواعد الأخلاقية في نشاطات القطاع العمومي والخاص على حد سواء. كما نلمس من هذه السياسة تشجيع تطور القطاع الخاص في مجال الصحة، إلى جانب القطاع العمومي الذي يبقى في المقدمة. كما أنه من الضروري أن تكون العلاقة بين القطاعين العام والخاص تخضع للشفافية طبقا للقوانين المعمول بها وبأخلاقيات الطب.

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان، الجلسات الوطنية للصحة، ميثاق الصحة، الجزائر، قصر الأمم المتحدة، 26/27/28 ماي 1998.

أما فيما يتعلق بالنقطة الخاصة بالعلاج المتخصص، فهناك توجيهات تتعلق بتدعيم العلاجات ذات المستوى العالي فيما يتعلق بترقية استعمال وإنتاج الأدوية الجنيسة، مع احترام المعايير العالمية، كما ينبغي عليها ضمان استفادة جميع المواطنين من الدواء، والحفاظ على الصحة المالية لصندوق الضمان الاجتماعي.

إن الهدف من وضع هذه البرامج والآليات هو إصلاح المنظومة الصحية حتى تتماشى مع التحولات الجذرية التي تعرفها الجزائر من جهة، وأخذ بعين الاعتبار العوائق المالية، التشغيلية والتنظيمية والقانونية من جهة أخرى، ولا يتم ذلك إلا من خلال:

- تكثيف الخارطة الصحية من حيث المستشفيات واستبدال الهياكل القديمة أو المتشكلة من بنايات جاهزة؛
- محو الفوارق وإخراج السكان من العزلة وتحسين سبل الوصول إلى العلاج؛
- استكمال إقامة نظام إعلامي للمتابعة الصحية (نظام للمعلومات الصحية) يسمح باكتشاف الحدث الصحي واتخاذ التدابير اللازمة في الوقت المناسب؛
- تطوير تسيير المستشفيات ومقاييس التسيير وتنظيم التمويل وتحسين جودة الخدمات الصحية والتكفل براحة المستفيد وبأمنه.

حيث أنه لن تتحقق هذه الأهداف من خلال الاعتماد على الآليات التالية:

- مضاعفة الهياكل الصحية وترميمها وتأهيل الإمكانيات التقنية وفتح الاستثمار الإستشفائي في وجه القطاع الخاص الوطني والأجنبي؛
- تعيين الأطباء الأخصائيين في مناطق الجنوب والهضاب العليا وتطوير التكوين وتدعيم التأطير؛

- التكفل بالانتقال الوبائي من خلال 26 برنامج وقاية و 8 برامج علاج و 4 برامج دعم، بتكلفة إجمالية قدرها 92 مليار دينار جزائري؛
- إعداد خارطة صحية جديدة تساعد على ترشيد التغطية الصحية من حيث الوقاية والعلاج إلى جانب ظهور مواقع جديدة ذات العلاقة مع مستويات العلاج؛
- ترشيد طرق تسيير الأدوية من خلال إنشاء الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية وترقية الأدوية الجنيسة ومحاربة الأدوية المزيفة.
- إذن عندما تتضح المحاور الكبرى للسياسة الصحية يمكن للمؤسسات العمومية الاستشفائية أن تلعب الدور المطلوب منها في تحقيق أهداف السياسة الصحية عبر التسيير الأمثل لمواردها، وتحسين أداء الموارد البشرية بها من خلال التدريب والتطوير المستمرين، أما على صعيد الآفاق تتمثل أهداف مواصلة الإصلاحات وتعزيزها في:
- بلوغ في حدود سنة 2025 المؤشرات الصحية المسجلة حاليا في بلدان منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية؛
- إزالة الفوارق الصحية داخل الولايات ذاتها وما بين الولايات؛
- استكمال إقامة نظام للمتابعة الصحية؛
- تطوير تسيير المستشفيات؛
- تحديد مقاييس الجودة ومؤشرات النجاعة الخاصة بالهيكل الصحية.

2.2.3.3 المبادئ الرئيسية لتنظيم المنظمة الصحية

تمثلت المبادئ الأساسية فيما يلي :

- تكييف الإطار التنظيمي مع التحولات الاجتماعية والاقتصادية؛

- المحافظة على القطاع العمومي وتحسين مردوديته؛
- إدماج القطاع الخاص في منظمة الصحة الوطنية؛
- إقامة جسور بين القطاع العمومي وشبه العمومي والخاص؛
- تكييف القوانين الأساسية للمؤسسات العمومية للصحة مع خصوصيات مهامها؛
- تطوير وتدعيم السند القانوني للمنظمة الصحية؛
- استحداث وظائف التقييم ومراقبة النشاطات الصحية حسب الأهداف المنشودة؛
- تطوير النظام الوطني للإعلام الصحي؛
- ترتيب وتوزيع العلاجات والاستعجالات الطبية الجراحية في إطار خريطة صحية؛
- تطوير صيغ بدائل لتمويل نفقات الصحة باشتراك المجتمع؛
- تشجيع تطوير الصناعة الوطنية للتجهيزات والمواد الصيدلانية وضمان توفير المواد الضرورية؛
- تدعيم جهاز مراقبة المواد الصيدلانية وأمن حقن الدم؛
- إعادة تقويم التجهيزات التقنية بإقامة نظام تأمين النوعية وشبكة الصيانة؛
- تحسين الظروف والوضعية الاجتماعية والمهنية لكافة مستخدمي الصحة مع وضع تدابير تحفيزية على وجه الخصوص بالتنسيق مع الهيئات المعنية؛
- إنشاء مجلس وطني للصحة.

إن هذه المبادئ لن تجد سبيلا لتجسيدها إلا إذا كانت الموارد المخصصة لها كافية ومتوفرة، وفي هذا الإطار فإن تمويل الصحة لا يزال يشكل انشغالا للدولة، وعلى هذا الأساس لا بد أن يركز على التضامن الوطني قصد ضمان العلاج للكل، وبهذا الصدد فقد تم التأكيد على مبدأ مجانية العلاج في إطار قانوني مجدد.

كما أشار الميثاق من جهة أخرى إلى تحسين التسيير وذلك وفق مايلي :

- منح المؤسسات الصحية الاستقلالية وقوانين أساسية تتلاءم وخصوصيتها وهذا بوضع

لامركزية الميزانية وهذا على المستوى الجهوي والمحلي؛

- تأسيس نظام لتقييم النشاطات حسب الأهداف المسطرة.

بالإضافة إلى جوانب أخرى تطرق إليها الميثاق، وعلى أساسها ملف التمويل وكذلك نجده أعطى

أولوية للتكوين حيث اعتبر حق وواجب على كل المستخدمين وذلك من أجل تحسين نوعية

الخدمات الصحية ونجاعة المؤسسة الصحية، كما وأكد على ضرورة تطوير نظام وطني إعلامي

للمؤشرات الصحية قصد المساهمة في اتخاذ القرار وإعداد البرمجة الصحية .

إذا لا يمكن إنكار ما جاء في هذا الميثاق من الناحية النظرية ولكن بقي مجرد حبر على ورق

ولم يتم التجسيد على أرض الواقع للمبادئ السالفة الذكر.

3.2.3.3 مستويات جودة الخدمة الصحية بالجزائر

بخصوص جودة الخدمات الصحية، وتسيير المصالح الاستشفائية فبالرغم من الإقرار بالتفاوت

الذي لا مفر منه الموجود بين الاستثمار وانعكاساته على الجودة، فإننا نلاحظ عدم ارتياح المرتفقين

والناجم أساسا عن سوء استقبال المستفيدين وعن اختلال تسيير المصالح، فيما يخص الاستقبال، شرع

القطاع في أعمال مختلفة بهدف تحسين نوعية التكفل بهم، غير أن ذلك يتطلب مزيدا من الجهود

المدعمة قصد وضع حد لأسباب عدم الرضا المسجل خاصة على مستوى أقسام الاستعجالات

ومصالح الأمومة.

من جهة أخرى، أظهرت حصيلة قطاع الصحة لسنة 2008 تطورا واعدة في العلاج ذو النوعية الراقية

الذي يقدم، لاسيما على مستوى زرع الأنسجة والأعضاء، و أهم الأمراض التي تستدعي التنقل قصد

العلاج بالخارج. في هذا الإطار، فإن العلاج ذو النوعية الراقية عرف تقدماً معتبراً، إذ أنه مدعو للاستمرار والتعميم بشكل محكم وتدرجي، بالاستفادة من تأهيل المجالات التقنية مما سمح لأغلبية هياكل الصحة العمومية باقتناء تجهيزات بيولوجية-طبية حديثة.

أما في مجال الأدوية، تم إنشاء وكالة وطنية للمنتجات الصيدلانية، إذ تكمن مهمتها في التسجيل والتصديق ومراقبة الجودة. ومن جهة أخرى، تزود المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية بمصلحة للكيمياء المتخصصة مهمتها تدعيم مراقبة المواد الفعالة ومكافحة التقليد. كما سيخول لهذا المخبر صلاحيات السلطة العمومية.

ورغم التقدم المعتبر فقد لوحظ ضعف الحصص من الأدوية الجنيسة في السوق الوطنية وضعف تغطية الإنتاج الوطني لهذه السوق. ولذلك فإن ترقية الأدوية الجنيسة شكلت محور تحديد نسبة مئوية أدنى لتلك الأدوية عند الاستيراد، في الوقت الذي شرع في دراسات حول المطابقة البيولوجية للأدوية الجنيسة من أجل توسيع استعمالها. كما اتخذت عدة إجراءات قصد تشجيع الإنتاج المحلي للأدوية الجنيسة، موازاة مع إجراءات تحفيزية جديدة اتجاه الصيدليات قصد ترقية هذه الأدوية.

ويتوخى من هذه الأهداف المرسومة تحسين التغطية من حيث أسرة المستشفيات، ومن حيث الموارد البشرية والسهر على أمن عمليات حقن الدم وإيصال الأدوية الجنيسة إلى مستوى 80 % من الاستهلاك الإجمالي، والنهوض بعمليات زرع الأعضاء وجراحة القلب الخاصة بالأطفال وتدعيم صحة الأم والطفل¹.

¹ خثير محمد، مرجع سبق ذكره، ص 203.

3.3.3 النهج التعاقدى كآلية لتحديث التسيير

إن الوضع الحالي يفرض على المؤسسات الصحية العمومية اعتماد أسلوب جديد للتمويل وكذا التسيير ويهدف هذا الأسلوب الجديد إلى إيجاد طرق صحيحة وواضحة لتمويل الخدمات الصحية، وأيضاً إدخال تحسينات ضرورية وملحة على علاقة المؤسسات الصحية بالمواطن، وكذلك إرساء قواعد النوعية في تقديم الخدمات الصحية، ولهذا تجد المؤسسات الصحية نفسها مجبرة على ضرورة المحافظة على البقاء في ظل النظام الاقتصادي الجديد، وذلك من خلال ضمان الاستقلالية الذاتية لتمويل الخدمات الصحية، لأجل ذلك بادرت الوزارة المعنية بإعداد برامج إصلاحات بإدخال أساليب أكثر فعالية في التسيير من خلال ترسيخ النهج التعاقدى بشقيه، التعاقد الداخلي و الخارجي.

1.3.3.3 التعاقد الداخلي

التعاقد سمة التسيير الحديث المبني على العقلانية والشفافية، حيث يخص التعاقد الداخلي التنظيم الداخلي للمؤسسة الصحية، وهو عبارة عن عقد أو برنامج يكون بتصريف قانوني، مالي وتقني الذي يسمح بتوضيح العناصر الفاعلة داخل المؤسسة، يعد ويطبق من طرف ممثلي المؤسسة لمختلف مراكز المسؤولية للمؤسسة مع الإدارة التي تفرض تنظيم فعال لهذه المراكز، أين تحدد الأهداف والمهام في مشروع مؤسسة لفترة متوسطة المدى، ومخططات نشاط قصيرة المدى، هذا يفرض توفر وسائل تحقيق المشاريع .

1.1.3.3.3 مشروع المؤسسة

لابد من تبني إستراتيجية جديدة في التسيير تعمل على إشراك كل المستخدمين في تخطيط الأهداف وذلك من أجل دمج مؤسسات الصحة مع المتغيرات الخارجية، وهذا لن يتأتى إلا من خلال صياغة مشروع والذي يعتبر تسييره تخصص مثن¹، فيقوم على ديناميكية حقيقية للفاعلين داخل وخارج المؤسسة، إذا فإنه لدافع أساسي أمام مؤسساتنا الصحية لتصوير أهمية التسيير في سياق مشروع المؤسسة والاستفادة من فكرة المشروع المستتبطة من المؤسسات الناجحة، إذا من هنا تظهر فكرة مشروع المؤسسة كآلية تستجيب لضرورة العصرية، وذلك لكونها آلية تمكن المؤسسة الصحية للانتقال من تسيير إداري إلى منطق تسيير يقوم على تحديد الأهداف وكذلك يستجيب لضرورة تعبئة الموارد البشرية حول تلك الأهداف.

إذا من خلال القانون الأساسي المتضمن إنشاء المؤسسات الصحية التي تم عرضه سابقا توصلنا إلى أنها صنف كـمؤسسة عمومية ذات طابع إداري، ومن ثم أصبحت تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلالية المالية، الأمر الذي يتيح المجال للمؤسسات الصحية تبني فكرة مشروع المؤسسة.

إذا من بين أهم التعاريف المقدمة لمشروع المؤسسة "أنه إنجاز ديناميكي لأهداف طبية اجتماعية للمؤسسة اعتمادا على نظرتها الفلسفية واختياراتها الاستراتيجية مؤسسة مبنية على مبدأ تعاقدية، تلتزم به الأطراف الفاعلة في المؤسسة ويعتبر بمثابة وثيقة مرجعية مكتوبة ذات وجهة داخلية وخارجية للمؤسسة"².

¹ Erik.W.Larson,Chifford.F.Gray, **Management de Projet**, Dunod, Paris, 2eme edition, 2014, P09.

² P.Lefèvre, **guide of formation directeur d'établissement ,social et medico-social**, Paris, dawned, 1999, P151

أيضا عرف مشروع المؤسسة على أنه "عبارة عن فعل إرادي مشترك يؤكد على خصوصيات المؤسسة، وهويتها التي يتم تجسيدها في الميثاق الذي يمثل المرجع الأساسي الدائم للعمليات المتخذة، وهو يجمع بين ثقافات الفاعلين في المؤسسة"¹.

إن هذه الآلية تسمح بتقوية تموقع الهياكل الاستشفائية في سوق العلاج، وهي آلية لاتخاذ القرار من قبل المجلس الإداري والمدير والمشروع الطبي هو قلب مشروع المؤسسة².

إذا من خلال التعاريف السالفة الذكر، يتضح لنا أن مشروع المؤسسة الصحية يتكون من مجموعة مشاريع أساسية متكاملة فيما بينها، وهي كالآتي :

أولا- المشروع الطبي

يتمثل في تشخيص الإمكانيات والقدرات الطبية، وأشكال التنظيم التي تعرضها المؤسسة الصحية للتسيير في إطار متكامل ومعروف، للاستجابة للمهام الصحية المسندة إليها في إطار استعجالي على المدة القصيرة بالنسبة للعلاقات المتواصلة، وعلى المدى الطويل بالنسبة للعلاجات التي لها علاقة بالاستشفاء، ومنه يتبين لنا من خلال هذا التعريف أن المشروع الطبي يعتبر بمثابة العمود الفقري لمشروع المؤسسة وأساسي لإعداد المشروعات الأخرى.

ثانيا- المشروع شبه الطبي

كما يعرف باسم مشروع المصلحة لأنه عبارة عن برنامج يتم إعداده من طرف رئيس المصلحة بالمشاركة مع مساعديه للتعريف بنظرتهم المستقبلية للمصلحة.

¹ Belaid, **System de gestion**, Dossier Pédagogique, ENMAS, Mars, 2006, P20.

² Saihi.A, **Management des organisation**, Dossier Pédagogique, ENMAS, 2006, P67.

ثالثاً - المشروع الاجتماعي

هو مشروع يتم إعداده من طرف مديرية تسيير الموارد البشرية، إذ يعبر عن التفكير الإستراتيجي الذي يستهدف استكمال ومتابعة التغيرات التي يقوم بها مشروع المؤسسة لتسهيل عملية تكيف المستخدمين واختيار الكفاءات تبعا للأهداف المسطرة.

إذا من خلال المشاريع السابقة نتوصل إلى أن مشروع المؤسسة هو مشروع تلتقي حوله كل الأطراف المتدخلة في العملية الصحية داخل المؤسسة الصحية وخارجها كما ويجب أن يلتزم به الجميع، وفي ضوءه يتم تقييم مدى تحقيق هذه الأخيرة لأهدافها، ومنه نستطيع القول أم مشروع المؤسسة يهدف لكسب الرهانات المطروحة التي توضع من أجل تحقيق الأهداف الموالية :

- تعبئة الهياكل الصحية حتى تتخرط في مشروع مؤسسة صحة الغد؛
- التميز في نوعية الخدمات الصحية المقدمة كما ونوعا، ومنه الوصول بها لمميزات الجودة؛
- ترقية المناخ الصحي؛
- تدعيم اللامركزية؛
- تميز البرامج الصحية بالمرونة في التنفيذ.

إذا من خلال هذه الأهداف نتوصل إلى وضع مشروع صحي شامل يعمل على التنسيق بين التسيير الداخلي والخارجي للمؤسسة الصحية، كما يعبر عن آلية جديدة تجعل المؤسسة الصحية تتقاسم مستقبلها ومصيرها مع مستخدميها وتنمي روح إنتمائهم لمجموعة تحمل نفس القيم.

2.1.3.3.3 الخصائص

باعتبار مشروع المؤسسة خطة عمل تساهم جميع الأطراف المعنية في بلورته، وبما أنه يمثل المسار الشامل للمؤسسة الاستشفائية، نستطيع القول أنه بالمقابل لابد من أن يتميز بالخصائص التالية¹:

أولاً- وثيقة مكتوبة مرجعية

من أهم العمليات التي يجب القيام بها خلال فترة إنجاز مشروع المؤسسة في صياغة هذه العمليات في وثيقة مكتوبة، تعبر عن :

- مرجع لإستراتيجية المؤسسة؛
- الاتجاهات والمهام العامة للمنظمة الصحية؛
- التعبير عن القيم المشتركة بين أعضاء المجموعة القائدة والمنفذة للمشروع؛
- يسطر إطار مخططات النشاط التي توضع حيز التنفيذ لبلوغ الأهداف.

ثانياً- وسيلة بعث حيوية داخل المؤسسة

حيث يتولى التنسيق بين المستويات الطبية المختلفة وتعريفها بالوسائل التي يجب إستخدامها لتحقيق الأهداف المسطرة والمتمثلة في :

- يعلن إرادة الفريق المسير؛
- تعبئة الطاقات الفردية والجماعية؛
- توطيد العلاقات مع المنتفعين داخل وخارج المؤسسة الصحية؛

¹ سنوسي علي، مرجع سبق ذكره، ص312.

- تحديد نطاق أنشطة المؤسسات الصحية من حيث الخدمات التي تقدمها والتكنولوجيا المستخدمة والفضاءات المستهدفة؛

- تحديد المهام لتقوية إمكانية التكامل بين مختلف مكونات النظام الصحي.

ثالثاً - فضاء للمشاركة

يعمل مشروع المؤسسة على ضمان :

- روح التضامن والمبادرة بين فريق العمل في المؤسسة الصحية؛

- يحرص على تطور حركة انخراط ضمن أهداف محددة جماعيا؛

- تطوير الشعور بالمسؤولية للعمل من أجل المصلحة العامة.

رابعاً - رسالة للمحيط الخارجي

تمثل هذه الرسالة في الركيزة الأساسية لتحقيق الأهداف المرجوة من مشروع المؤسسة، حيث

تعمل هذه الرسالة على:

- المحاور الكبرى لأهم الإستراتيجيات التي سبق التفكير فيها؛

- الأهداف التي يجب أن تكون مبنية على الاستمرارية؛

- رسالة تقوي إمكانية التناسق الداخلي، لكونها تعد بشكل جماعي يقوم بتكريس التقارب بين

الطموحات الفردية وتتوافق مع إمكانيات المؤسسة الصحية.

خامسا - مشروع تعبئة وتجنيد

يسعى مشروع المؤسسة إلى تحقيق النقاط الموالية :

- يقيم العناصر الديناميكية في ثقافة المؤسسة من أجل تحضير المستقبل؛
- دعم ترجمة مخططات نشاط وإستراتيجية المؤسسة الصحية؛
- دعم تطلعات و طموحات الأعضاء المكونة للمجموعات تبعا للمهام والقيم المشتركة؛
- التركيز على فكرة المشاركة والنقاش بين الأعضاء المشاركين في مختلف المجموعات؛
- ربط علاقات اتصالية بين المسؤولين وأعضاء المجموعات على المستوى الطبي وشبه الطبي والاجتماعي.

3.1.3.3.3 مسار إعداد مشروع المؤسسة

باعتبار تبني فكرة مشروع المؤسسة من طرف الهياكل الصحية فضاء متميز يسمح لهم بالدخول في حوار مع نفسها من جهة ومع محيطها الخارجي من جهة أخرى، ولضمان أداء فكرة المشروع لبعدها الأساسي لابد من إتباع المراحل الموالية:

أولا- مرحلة التشخيص

تتميز هذه الخطوة بضمان الجو الملائم لمسار المشروع والركيزة الرئيسية لإعدادها، حيث يتم من خلال هذه الخطوة تحديد نقاط القوة ونقاط الضعف، لذلك فهي تمس عملية تشخيص المحيط الداخلي والخارجي للمؤسسة :

أ- تشخيص المحيط الداخلي

لا يمكن أن تتم هذه الخطوة إلا في حالة إعتبار المؤسسة الصحية كنظام إنتاجي من حيث التسيير وكذا نوعية العلاقة فيما بين المصالح، كما يمكن أن تشمل عملية التشخيص الداخلي المجالات التالية¹:

- دراسة شاملة لوظيفة وأهداف المؤسسة (شروط العمل، التسيير، التنظيم، الموارد البشرية، الموارد التقنية) ؛
 - دراسة الوظائف المختلفة بالمؤسسة الصحية (الوظيفة الطبية، التقنية، العلاجية، الإدارية، الإمداد، الفندقية...) ؛
 - دراسة المصالح (خصائصها، نقاط القوة فيها ونقاط الضعف، مهامها، تنظيمها والكفاءات المهنية المتوفرة فيها بالإضافة إلى نوعية الخدمات التي تقدمها...).
- ومنه نستطيع القول أن عملية التشخيص بهذا المنطق تسمح بفهم الرهانات التي يفرضها المحيط، حتى تتمكن المؤسسة الصحية من تعريف كيفية تحقيقها للملائمة بين مكانيزماتها وعناصر محيطها كالموائمة بين تكلفة الخدمات الصحية المقدمة ومستوى جودتها مقارنة بالموارد المسخرة لتحقيقها.

ب- تشخيص المحيط الخارجي

يتمثل في دراسة المخاطر والفرص الحالية والمستقبلية التي يوفرها المحيط الخارجي للمؤسسة، كما أنه إلى جانب ذلك يركز على رصد العوامل التي تقدم إمكانية للنجاح، إضافة إلى ذلك فإن التشخيص يهيئ الفرصة لتقييم موقع المؤسسة وبالتالي يعتبر من النقاط الرئيسية التي تحدد جودة

¹ Nazef Chabane, Talhi Mohamed, **Le Projet Etablissement** ,Dossier Universities d'été, ENMAS ,el Marsa ,Juillet 2003,P18.

الخدمات الصحية وذلك نظرا لما تواجهه المؤسسات الصحية من تغيرات وتعقيدات نتيجة للتعديلات في السياسات والقوانين وأساليب التسيير، لذلك يهتم هذا النوع من التشخيص بمايلي:

• على الصعيد الوطني

- منظومة القوانين؛
- الميزانية ونفقات الصحة؛
- تطور التقنيات والتكنولوجيا في مجال الصحة؛
- التوسع إلى خدمات صحية في مجال التشخيص والعلاج.

• على الصعيد المحلي

- تشخيص وضعية العرض من خلال دراسة الوضع الوبائي؛
- تشخيص وضعية الطلب على العلاج، وذلك من خلال دراسة المعطيات الديمغرافية، الجغرافية والوبائية للمجتمع؛
- معرفة تركيبة السكان المطلوب علاجهم، وطريقة استفادتهم من الخدمات الصحية وذلك برسم خريطة معلم عليها المؤسسات الصحية العمومية والخاصة الواقعة في الإقليم الجغرافي للقطاع أو تلك التي يحتاج إليها للمساعدة في التكفل الصحي.

ثالثا- التشخيص الإستراتيجي

يعمل هذا التشخيص على استحداث جو ملائم لانطلاق مشروع المؤسسة، بحيث هو عبارة عن عملية تعتمد على استنطاق الواقع بالدخول في تواصل جاد من جهة مع مكونات المحيط الخارجي ومن جهة أخرى مع عناصر المحيط الداخلي، وهو ما يضمن السير قدما نحو انخراط الفاعلين

الأساسيين في حياة المؤسسة في سياق المشروع، بداية من الاقتناع بالفكرة ثم الانخراط فيها والالتزام بمضمونها و العمل من أجل إنجاحها.

إذا يعمل هذا التشخيص على المقارنة بين معطيات التشخيص للمحيط الداخلي والخارجي، وتكمن أهمية هذا التقييم في التعرف على دلالتها وأبعادها الاستراتيجية، وذلك لتقدير الامكانيات المادية والبشرية المتاحة للمؤسسة اتجاه وضعها التنافسي بالمؤسسات المحلية التي تقدم نفس الخدمات الصحية، وهذا لا يتم إلا من خلال :

- تحديد نقاط الضعف وإظهارها للاستفادة منها عن طريق دعمها مستقبلاً؛
- زيادة فعالية التشخيص الإستراتيجي من خلال تحقيق الترابط بين نقاط القوة ونقاط الضعف؛
- توضيح علاقة التأثير بالمؤسسات الصحية المختلفة سواءً تلك التي تعمل على الإمداد لها والتي تستقبل خدماتها أو التي تنشط في عملياتها.

2.3.2.3 مرحلة صياغة المشروع

بعد تشخيص واقع المؤسسة يقوم القائم على إعداد مشروع المؤسسة على الصياغة النهائية له و ذلك وفق الخطوات التالية :

1.2.3.2.3 صياغة التوجهات العامة

يتم ذلك من خلال التعبير عن الفرص والأخطار المتواجدة في البيئة الخارجية للمؤسسة الصحية، حيث تقوم لجنة قيادة مشروع المؤسسة بطرح الأفكار الأساسية لمضمون المشروع، ثم تطلب من مختلف المصالح اعداد مشاريع فرعية تستجيب لنفس الإطار العام الذي حددته اللجنة مسبقاً، ثم تجمع كل المشاريع الفرعية المقترحة في مشروع شامل، كأن تقوم المؤسسة الصحية بالمحافظة على اختصاص معين أو الغاء نشاط أو التوسع لمهام أو التركيز على خدمة معينة.

2.2.3.2.3 الإختيار

من بين عدد من الإمكانيات المطروحة يتم اختيار مشروع واحد وذلك حسب تجسيدها في الميدان وحسب الأولوية.

3.2.3.2.3 صياغة الأهداف

على المؤسسة الصحية تحديد الأهداف والنتائج المرغوب الوصول إليها وقياس التقدم إتجاهه كنتيجة يمكن تحقيقها في إطار زمني محدد، ومنه ترجمة رسالة المؤسسة الصحية إلى واقع عملي.

3.3.2.3 مرحلة التنفيذ

بعد أن يتم إعداد الخطوط العريضة لمشروع المؤسسة تأتي مرحلة وضع المشروع حيز التجسيد على أرض الواقع، بحيث يتم التطبيق من خلال المراحل الموالية:

1.3.3.2.3 مرحلة إعداد مخطط النشاط

لابد من إعطاء أهمية لمجموع النشاطات التي تتكرر يوميا بها والتي يتم إنهاؤها من قبل مستويات التحكم في التنفيذ وتلك النشاطات ذات البعد الاستراتيجي الذي يربط المؤسسة الصحية بمحيطها، والهدف من إعداد مخططات النشاط هو تكريس أهمية التسيير اليومي كأداة لإنجاح مسار مشروع المؤسسة، حيث يعتمد القائم على المشروع بدراسة أولية لكل نشاطات المؤسسة، ولا يتم ذلك إلا من خلال تحديد:

- الأهداف الخاصة بكل نشاط؛

- الأجل المحددة لتحقيق كل نشاط؛

- مؤشرات تطور كل نشاط؛

- الوسائل البشرية والمادية المناسبة لتحقيق النشاط.

وعند الإنتهاء من عملية اعداد مخططات النشاط يتم إستخلاص أهم التنبؤات الممكنة للموارد والميزانيات التقديرية للمشروع، وذلك بإشتراك جميع الفاعلين من أجل تسهيل عملية إنجاز وتنفيذ المشروع.

2.3.3.2.3 اعداد لوحة القيادة

تعتبر عن وسيلة قيادة ومتابعة للعمل، كما تضم مجموعة من المؤشرات التي يتم إختيارها من طرف المسؤولين كمعيار يدل على مدى تحقيقهم لأهدافهم، ولا يتم الإعداد النهائي للوحة القيادة إلا بالالتزام بالقواعد الآتية¹:

أولاً- الدورية

يتم إعداد المعطيات القاعدية المتعلقة بنشاط الهياكل الصحية في كل ثلاثي أو عند طلبها من قبل الجهات الوصية كوزارة الصحة أو مديرية الصحة على مستوى الولاية، في فترات غير متجانسة زمنياً، ومنه لابد من الإشتراك إلا أن فترة ثلاثة أشهر تعتبر فترة طويلة نسبياً وهذا يتناقض مع طبيعة نشاط المؤسسات الصحية التي تستلزم التقييم السريع لإتخاذ التدابير اللازمة، لذلك لابد من تعديل المدة إلى شهر على الأكثر لإعداد المعطيات ومعالجتها ومنه تصبح هناك امكانية اتخاذ القرارات التصحيحية في الوقت المناسب وبالكيفية المطلوبة ومن ثم تقييم فعاليتها.

¹ سنوسي علي، مرجع سبق ذكره، ص333.

ثانيا - المقارنة

لا يتم إستعمال أسس موضوعية وعملية لتقييم مردودية المصالح الاستشفائية، ذلك لأن أصل المقارنة يقوم على أساس الاعتماد على مصالح متجانسة سواء من حيث الحجم أو من حيث تعداد المستخدمين أو من حيث التجهيزات أو من حيث تعداد المنتفعين.

ثالثا - المسؤولية

ترتبط مسؤولية اعداد لوحة القيادة بمدير المؤسسة الصحية أو المدراء المساعدون، حيث يمكن تلخيص مهام كل واحد منهم في العناصر الآتية:

أ - مسؤولية المدير

هناك العديد من الأعمال التي يجب على مدير المؤسسة الصحية ضبط معطياتها والتحكم في تسييرها، وخاصة منها المتعلقة بالتوازنات المالية وحجم الخدمات المقدمة، لذلك يستوجب على هذا المدير إعداد لوحة القيادة الخاصة بكل نشاط، وعملها يمكن حصرها في الأقسام الموالية¹:

- القسم الخاص بالتسيير: يقوم هنا مدير المؤسسة الصحية بمتابعة كل مساهمات الدولة ومختلف الهيئات الأخرى المتدخلة في إيرادات الميزانية وكذلك المتابعة الدورية لمجموع الإيرادات المتحصل عليها مقابل الخدمات الصحية المقدمة هذا من جهة، ومن جهة أخرى لا بد على نفس المدير من متابعة وتحديد النفقات الخاصة بالمستخدمين وتغذية المستفيدين، نفقات الأدوية، الوقاية والتجهيز وبالإضافة إلى نفقات أخرى مرتبطة بالتسيير.

¹ سنوسي علي، مرجع سبق ذكره، ص336.

- قسم الإستثمارات: من خلال الاعتماد على معدل التجهيز ومعدل الانجاز ومعدل الاهتلاك يقوم مدير المؤسسة الصحية بمتابعة نفقات الاستثمار بصفة دورية على المدى القصير والمتوسط والطويل.

- قسم النشاطات الصحية: لا يمكن لمدير المؤسسة الصحية أن يحدد الزيادة أو النقصان في الإيرادات والنفقات إلا من خلال معرفة تطور مختلف النشاطات والخدمات، وهذا بدوره لا يتم إلا من خلال الاعتماد على مؤشرات أساسية، مثل عدد المستفيدين، عدد أيام العلاج، متوسط مدة الإقامة.

ب- مسؤولية المدراء المساعدين

حسب القانون التنظيمي للمؤسسات الصحية فإنه يساعد المدير على تسيير الهياكل الصحية مدراء مساعدين ووفق التوجهات المحددة من قبل مجلس الإدارة ومثلما تعرضه لوحة القيادة للمدير سنقوم بتحديد مختلف لوحات القيادة للمدراء المساعدين حسب الإختصاص الوظيفي:

- لوحة قيادة المدير المكلف بالشؤون الاقتصادية: له دور أساسي ومهم يتطلب المتابعة اليومية وحرص كبير، إذ يتمثل دوره في متابعة كل المشاريع المنجزة داخل المؤسسة الاستشفائية، إضافة إلى تمويل المؤسسة الاستشفائية بمختلف الإحتياجات والاشراف على صيانة التجهيزات، الجرد العام والتكفل بتسيير المخزون.

- لوحة قيادة التسيير الخاصة بالمدير المساعد المكلف بالمصالح الصحية: باعتبار دور هذا الأخير يبدأ بمجرد دخول المستفيد إلى المستشفى إلى غاية خروجه، وبما أن كل المعطيات الخاصة بتسيير كل نشاطات وخدمات المؤسسة الاستشفائية تتميز بالتغيير الفوري والتعدد والتداخل، ولذلك تزايدت أهمية إنشاء لوحة قيادة خاصة بالمدير المساعد المكلف بالمصالح الصحية.

4.3.2.3 ميكانيزمات إنجاح النهج التعاقدية

إن المؤسسات الصحية تتخبط في مشكل حقيقي من ناحية التمويل وذلك لعدم قدرتها على التكفل بجميع النفقات الصحية اللازمة، هذا العجز يدعو إلى البحث عن امكانيات لاحداث التغيير في طريقة تمويل المؤسسات الصحية، ولن تتأتى هذه الأخيرة إلا من خلال الاعتماد على آليات من أجل إنجاح النظام التعاقدية الذي يعتبر كحل يقود النظام الصحي إلى التحسين من حيث نوعية الخدمات الصحية.

1.4.3.2.3 لامركزية القرار

إن تبني النهج التعاقدية للمؤسسات الصحية يضع موقع صناعة القرارات من ضمن أولويات الإصلاح، وعليه فقد تم التركيز على أن مصدر القرار يكون دوما لامركزيا، كما يجب أن يكون نابعا من الاتفاق الجماعي لجميع المستخدمين الطبيين، شبه الطبيين والإداريين، حيث أن الكل يتكامل على حسب وظيفته ليقوم بما يراه مناسبا من تحقيق أهداف المؤسسة، ذلك كله من أجل تقادي القرارات التعسفية التي قد تضر بمصالح المؤسسة¹.

2.4.3.2.3 تحديد الأهداف

تنطلق هذه العملية من خلال إبرام التعاقد الداخلي، حيث يتم تنظيم وتنسيق هذا التعاقد بالمؤسسة فيما بين مختلف أجهزتها بعضها ببعض أفقيا وعموديا مع مراكز القرار بداية بالمدير، المجلس الطبي، المجلس الإداري ورؤساء الأقسام والمصالح، يجتمع الكل ليناقدش الأهداف المرجوة، ويتقدم بناء على ذلك مشروع الأقسام الذي يمثل مجموعه مشروع المؤسسة، إذ وبعد تحديد مشروع

¹ Jean Paul Ségade, *La Contractualisation a L'hôpital*, B.Levrault, 2001, P25.

المؤسسة المتكامل يتم بعدها وبطريقة محاسبية تعتمد على التحليل المحاسبي تحديد التكلفة الكلية للوسائل المادية التي ينبغي توفرها لتحقيق الأهداف الكلية للمؤسسة الصحية.

3.4.3.2.3 توحيد الرؤية والتواصل

لإنجاح مشروع المؤسسة يجب العمل في جو يسوده توحيد الأهداف وتقارب الأفكار، هنا يأتي دور التواصل وتشجيع الاتصال الأفقي والعمودي بين جميع المستخدمين، كما لابد من القضاء على الجدران العازل بين مختلف المستخدمين بالمؤسسة.

2.3.3.3 التعاقد الخارجي

يعتبر مثل هذا التعاقد أسلوب تسيير قائم على نظام تقديم الخدمة والمخالصة، وهذا الأسلوب من شأنه أن يكون كبديل لأسلوب المساهمة السنوية أي إمكانية زيادة التمويل تكون مرتبطة بحجم النشاط، هذا من شأنه إحداث جو تنافسي يصب في صالح النوعية والتكلفة وسهولة الحصول عليها.

كما يتم التعاقد بمساهمة هيئات الضمان الاجتماعي في ميزانيات المؤسسات العمومية للصحة، هذا التعاقد هو المحور الأساسي في إصلاح المستشفيات الذي يجب أن يطبق على أساس علاقة تعاقدية بالإضافة إلى تكفل الدولة بالعلاج المقدم إلى المعوزين عن طريق هيئات النشاط الاجتماعي، كما تتكفل أيضا بنفقات الوقاية، التكوين والبحث العلمي.

1.2.3.3.3 المتدخلين في التعاقد الخارجي

إن قيام التعاقد الخارجي يقوم على أساس تدخل القطاعات الثلاثة، المؤسسات الصحية، الضمان الاجتماعي والنشاط الاجتماعي.

أولاً- بالنسبة للمؤسسات الصحية

يرتكز تطبيق سياسة التعاقد على مستوى المؤسسة الصحية على مهام مكتب الدخول الذي يتكفل إداريا بالمستفيد منذ دخوله إلى المستشفى إلى حين خروجه، وذلك من خلال القيام بالإجراءات التالية:

- القيام بالعمليات التي يتطلبها الاستشفاء وطلب التكفل للمؤمنين اجتماعيا وذوي الحقوق وكذلك المحرومين؛
- التسجيل طبقا للقانون ملفات المستفيدين حسب الصنف؛
- السهر على تسجيل مجموع المعلومات والدعائم التي تعمل على متابعة المستفيد، كذلك تكوين الملف الطبي لكل مستفيد(طلب الاستشفاء، بطاقة الإقامة، البطاقة الحوالة، وثائق الحالة المدنية)، التكفل سواءا من قبل وكالة الضمان الاجتماعي أو من قبل مديرية الضمان الاجتماعي؛
- قراءة الشفرة المهنية المسجلة على البطاقة الحوالة طبقا للتعريف العامة للتصرفات الطبية؛
- تحضير فاتورة العلاج اعتمادا على متوسط الكلفة لليوم الاستشفائي مرفقة بكشف مستحقات العلاج المقدم من فحوص طبية، أدوية مدة الاستشفاء.

ثانيا- بالنسبة للضمان الاجتماعي

مصلحة المستشفيات على مستوى هيئات الضمان الاجتماعي هي المتعامل الرئيسي مع المؤسسات الصحية وذلك من خلال منح شهادة التكفل حتى في الحالات الاستعجالية، كما تقوم بمايلي:

- تمنح شهادة التكفل مباشرة بالتكفل للمؤمنين إجتماعيا وذويهم بقرار الاستشفاء الاستعجالي حتى لو كانوا تابعين لوكالة أخرى خارج الولاية؛

- مراقبة فواتير العلاج للاستشفاء المقدم لمجموع المتكفل بهم يكون على قاعدة مستحقات العلاج من قبل المراقبة الطبية لمصالح هيئات الضمان الاجتماعي.

من أجل تيسير عمل هذه المصالح يجب أن تسهر هيآت الضمان الاجتماعي على تخصيص المستخدمين سواء المستخدمين الطبيين، الإداريين والوثائق والمطبوعات الضرورية.

ثالثا- بالنسبة للنشاط الاجتماعي

تمثل المتحدث الرسمي من المؤسسات الصحية بشأن تحديد المعوزين غير المؤمن لهم اجتماعيا وذويهم بمنحهم بطاقات تسمح لهم بالعلاج في هياكل الصحة العمومية، مع مساعدة مصالح الجماعات المحلية بواسطة البلديات للتعريف بالفئات المحرومة، في حالة الاستعجال فإن التكفل يجب أن يقدم من أقرب هيئة نشاط اجتماعي التابعة للولاية مهما كان مكان إقامة المستفيد المعوز.

2.2.3.3.3 الأسس القانونية للنهج التعاقدي

إن النهج التعاقدي بمفهومه الموضوعي يعني إبرام المؤسسة الصحية مع ممولائها لعقد بأداء الخدمة الصحية وبذل عناية مقابل تعويض مالي يساوي في مجموعه مجموع التكاليف المستعملة لتقديم الخدمة في إطار الأصول المتعارف عليها، لذا يشترط لإقامة النهج التعاقدي مجموعة من الأسس، والمتمثلة في:

أولاً- أطراف العقد

يشترط لإبرام العقد وجود إرادة من قبل الأطراف المتعاقدة بوجود إيجاب وقبول لتقديم خدمة ما لأحد الطرفين مقابل مبلغ مالي يقدمه للطرف الآخر، وهو لا يكون بالضرورة الطرف المتعاقد الذي يسعى للحصول على الخدمة، مثلما هو الأمر في النمط التعاقدى الذي يتكون من ثلاثة أطراف:

أ- صاحب الخدمة(الطرف المنتج)

تمثلة في الهياكل الصحية بمختلف أنواعها، سواء كانت مراكز استشفائية جامعية، مؤسسات استشفائية جامعية، مؤسسات استشفائية متخصصة أو مؤسسات استشفائية عمومية.

ب- الممول

يقصد به الطرف الثاني في العقد، وهو من يتكفل بتمويل المنتج مقابل تقديم خدمة صحية ويتمثل في كل من الدولة، صناديق الضمان الاجتماعي.

ج- الطرف المستهلك

يتمثل المستهلك الذي يزور المؤسسات الصحية في المستفيد من الخدمات الصحية.

ثانياً- محل العقد

يعتبر العنصر المادي للعقد ويتمثل محل العقد في النظام التعاقدى للمؤسسات الصحية هو الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين، ويشترط في العقد أن يكون ممكناً حيث يتعلق الأمر ببذل مجهود من طرف المستخدمين الطبيين أو المؤسسة الصحية من أجل الوصول إلى نتيجة مرضية، وعلى العموم فإن لكل طرف التزامات في هذا العقد:

أ- الممولين

إن الدولة ملزمة بتمويل وتغطية تكاليف العلاج لفئة المحرومين، كما تلتزم صناديق الضمان الاجتماعي بتمويل الخدمات الصحية الاستشفائية لصالح فئة المؤمنين اجتماعيا وذوي الحقوق، بتغطية جزء من تكاليف علاجهم والجزء المتبقي الذي يتراوح من 20 إلى 30% يدفعه المستفيد من الخدمة ويتم التمويل بناء على كشوف الحساب التي تثبت حصول الخدمة المنجزة.

ب- الهياكل الصحية

إن المؤسسات الصحية بمختلف أنواعها تبذل كل ما بوسعها لعلاج المستفيد.

ج- المستفيدين

هناك ثلاث فئات، تتكفل الدولة بالفئة المحرومة حيث أنهم غير مطالبين بدفع تكاليف العلاج، أما فئة المؤمنين اجتماعيا وذوي الحقوق فهم مطالبون بدفع جزء من نفقات العلاج حسب النسب المحددة والجزء المتبقي تتكفل بتغطيته صناديق الضمان الاجتماعي، إضافة إلى ذلك توجد فئة الأشخاص القادرين على تغطية تكاليف علاجهم.

ثالثا - مبدأ الرضائية

إن عقد تأدية الخدمة رضائي وملزم للجانبين، فالرضائية بهذا المفهوم تعتبر كأساس لقيام العلاقة التعاقدية بين أطراف العقد.

أ- رضى المستفيد

يتمتع المستفيد بحماية قانونية من الغش والتدليس إضافة إلى حقه في تلقي العلاج اللازم لشفائه إن أمكن مقابل ما يمكن دفعه، وبالتالي رضى المستفيد بالخدمات الصحية المقدمة له .

ب-رضى الهيكل الاستشفائي

يقاس رضى الهيكل الاستشفائي بمدى نجاعة العلاج المقدم للمستفيدين ومدى قدرة المستخدمين الطبيين وشبه الطبيين في تقديم الخدمات الصحية في إطار الاعتمادات المقدمة لها.

ج- رضى الممولين

يمثل رضى الممولين في مدى تحكم الهيكل الصحي في تكاليف العلاج والوقاية من الأمراض فالهدف هو تقديم أحسن الخدمات وبأقل التكاليف.

رابعاً - السبب

بموجب السبب يتم إبرام العقد وذلك لتوضيح العلاقة بين المؤسسة الصحية وممول قطاع الصحة ويشترط المشرع أن يكون السبب مشروعاً وموجوداً في إطار النظام العام، ويقصد بالسبب في النظام التعاقدى أن تكون الأموال المقدمة من طرف الدولة أو الضمان الاجتماعي مبنية على أساس ماتحتاجه المؤسسات الصحية فعلاً.

3.2.3.3.3 مبادئ النهج التعاقدى

إن اللجوء إلى التعاقد نمط جديد في تحديث الهياكل الصحية يهدف إلى تحقيق مجموعة من الأهداف التي من شأنها الرفع من مستوى المؤسسات الصحية، التي تعرف بدورها عدة اضطرابات في التسيير منذ تأسيس مجانية العلاج التي قلصت من حجم المسؤولية التي تقع على عاتق المؤسسات الصحية من حيث كونها مؤسسة تعمل من أجل تحقيق الأهداف المسطرة بأقل التكاليف، ولوضع حد لهذا التناقض تم التفكير في تطبيق النهج التعاقدى كآلية حديثة من أجل تحسين الخدمات الصحية المقدمة، ولا يتم الوصول إلى هذا النوع من الخدمات الصحية إلا بتطبيق المبادئ التالية:

أولاً- كفاءات التمويل والتحكم في النفقات

يقتضي الوصول إلى الأهداف المسطرة وبأقل التكاليف الممكنة العمل بالتعاقد من جهة، وذلك عن طريق الدقة في التمويل من خلال وضع بيانات دقيقة ومفصلة توضح كل الخدمات المقدمة وتكاليفها، بالإضافة إلى إستراتيجية وضع نسب مرجعية لتغطية النفقات بتحديد قائمة الأسعار والأداءات، وبالتوجه إلى حرية المنافسة من جهة أخرى، حيث تساعد هذه الأخيرة الهياكل الصحية على تحسين نوعية الخدمات الصحية المقدمة. على هذا الأساس يتم التحكم في النفقات عن طريق:

أ- تشخيص التكاليف الحقيقية

لا يكفي معرفة التكاليف الحقيقية بل لابد من معرفة تكلفة أدنى وظيفة في المؤسسة، لذلك كان لابد من تطبيق مبدأ اللامركزية الذي يسمح لكل مركز مسؤولية داخل الهيئة الصحية من إعداد الميزانية الخاصة به بهدف وضع تقدير دقيق للتوقعات.

ب- التسيير العقلاني للموارد البشرية

إن ربط عدد المستخدمين بحجم النشاطات التي يمكن القيام بها، كما لابد من تحديد مهام كل وظيفة بالتفصيل كأساس للتقييم وإعداد سياسة تكوين وإعادة الرسكلة.

ج- عقلانية الإنفاق

تتحقق عقلانية الإنفاق من خلال الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة، كالتعاقد مع جهات خارجية في بعض المجالات التي تتكفل بها المؤسسة الاستشفائية من أجل النجاعة والفعالية في الخدمات المقدمة (مثل التعاقد للحراسة، الترميم أو التعاقد مع مؤسسة خارجية من أجل تنظيف الأغذية) كل ذلك من شأنه إرضاء المستفيد.

د - التحكم في بعض المؤشرات الصحية

تعتبر نسبة الاستشفاء من أهم المؤشرات الصحية وبالتالي فإن عدم التحكم في هذا المؤشر يؤدي إلى الزيادة في حجم النفقات، لذلك كان لابد من عقلنة الاستشفاء وذلك بالقيام بمراجعة الاستعمال الفعلي للأسرة داخل المصالح الطبية، كذلك بالنسبة للتشخيص والتحكم في نسبة دوران الأسرة يسمح بتخفيض التكلفة السنوية للسريـر .

ثانيا - إحترام مبدأ تدرج العلاج

يقصد به هرمية مجموع الهياكل الصحية على كل مستويات الصحة الوطنية حسب درجة التعقيد وتخفيض العلاج، انطلاقا من الهياكل الصحية القاعدية إلى غاية الوصول إلى الهياكل الاستشفائية الثقيلة، وحتى تكون أي هيئة ذات مردودية يتعين عليها أن تستغل مواردها، ولكن باعتبار المستفيد في بلادنا لا يضع ثقته إلا في الهياكل الثقيلة، فإن ذلك يؤدي إلى عدم الاستغلال الأمثل للوحدات الصحية القاعدية وبالتالي تبذير الموارد المالية، لذلك كان تكريس مبدأ سلمية العلاج هو الحل ولكن بشرط لابد من رد الاعتبار إلى مكتب الدخول كطرف اساسي في توجيه المستفيد حسب ما تقتضيه حالته الصحية.

ثالثا - تحسين نوعية الخدمات الصحية

إن التعاقد ليس مرتبط فقط بطرق التمويل ولكن له علاقة أيضا بنوعية العلاج والإيواء والاطعام، لذلك لابد من الاهتمام بالعناصر الموالية:

- أهمية الاستقبال وتوجيه المستفيد؛

- ضرورة الاتصال مع المستفيد وتقديم التوضيحات اللازمة عن وضعيتهم الصحية لكسب ثقتهم؛

- الوصول إلى مستوى معين من الفعالية في العلاج بأقل التكاليف والتركيز على النوعية وليس على الخدمات الصحية المقدمة؛

- الاتصال بالمحيط الخارجي لتبيان أهمية الدور الذي تلعبه الهياكل الصحية؛

- إرساء قواعد المرونة في التسيير وفسح المجال أمام الكفاءات لتجسيد قواعد التسيير الحديثة.

3.3.3.3 عقبات النهج التعاقدية

رغم محاولات تجسيد النهج التعاقدية على أرض الواقع، إلا أنه لا يزال يعاني من عقبات إلى يومنا هذا، حيث يمكننا عرض بعضها فيما يلي¹:

- نقص الاعتمادات ذات الطابع الوقائي، فبالرغم من اختلاف القطاعات الصحية وتركز نشاطاتها على الوقاية إلا أن ميزانية هذه الأخيرة لا تلبي الحاجات المفروض تغطيتها؛

- غياب الوثائق المحاسبية، فعدم وجود حساب التسيير المادي والصيدلاني يقلل من العقلانية ويتعارض مع إجبارية تعميم طريقة الكلفة على مستوى مراكز المسؤولية؛

- غياب برامج النشاط، والذي يتم التداول عليه في اجتماع المجلس الإداري، حيث يعتبر وثيقة أساسية وهامة في تسيير الموارد المادية والمالية معا؛

- غياب مشروع المؤسسة الذي يشخص حالة هذه الأخيرة مع آفاقها المستقبلية خاصة في جانب التمويل؛

¹ عدنان مريزق، واقع جودة الخدمات في مؤسسات الصحة العمومية - دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007/2008، ص190.

- نوعية الاستقبال وظروف الإقامة التي يعاني منها المستفيد أثناء وجوده في المصالح الصحية العمومية، زيادة على النقص الفادح في أساليب الاتصال مع مستخدمي الصحة؛
- قدم الهياكل الصحية والعتاد سواءاً الطبي أو غيره المستعمل في القطاع الصحي العام، مما يدفع جميع محترفي الصحة على رفع مخاوفهم بسبب المخاطر التي تحيط بهم؛
- ثقل الإجراءات التنظيمية في تسيير المرافق الصحية؛
- ضعف صيانة التجهيزات المكتسبة، إضافة إلى العوائق المالية لاستيراد المواد الاستهلاكية الطبية؛
- قلة نسبة التصريح لصندوق الضمان الاجتماعي للعمال غير الأجراء والتي تصل إلى 60% فقط وهذا ما يؤثر على العجز المالي للصندوق وبالتالي مشاكل التكفل الصحي؛
- غياب الهياكل الاستشفائية مما يحتم على مصالح الضمان الاجتماعي توجيه المستفيدين إلى عيادات خاصة متواجدة بنفس الإقليم لتغطية النقص الموجود؛
- تأخر وكالات الضمان الاجتماعي في إقامة مصالح "المستشفيات-عيادات" خاصة تلك المستقبلة لأعداد كبيرة من المستفيدين؛
- قيود تمويل نظام الضمان الاجتماعي، فالارتفاع المعتبر لنفقات الضمان الاجتماعي أمر مثير للانشغال خصوصاً في ظل تدهور الأوضاع الاقتصادية وسوق العمل والذي يؤثر سلباً على تطور نظام الضمان الاجتماعي الممول أساساً من خلال الاشتراكات الاجتماعية.

خلاصة الفصل

من خلال دراستنا لمختلف التطورات التي عرفها القطاع الصحي الجزائري نصل إلى أن مختلف السياسات الصحية المنتهجة منذ السنوات الأولى للاستقلال، فقد ساهمت في تحسين أنواع العلاج وتوسيع التغطية الصحية؛ ما مكن من تحقيق العديد من المكاسب على صعيد المنظومة الصحية، وبالتالي تحقيق جزء من أهداف الألفية، وحسب تحليلات الخبراء، فإن المنظومة شهدت تطورات كبيرة لا يمكن التغاضي عنها، خاصة في العشريتين الأخيرتين؛ مما أدى للرفع من نوع الخدمات العلاجية والصحية المقدّمة للمستفيدين، ولعل أهمها لا مركزية العلاج، وتقريب الصحة من المواطن .

لذا لاحظنا أنه تشخصت النقطة الأساسية في استراتيجية عصرنة النظام الصحي، في تحديد المشاكل وصياغتها وتوجيه كل الاهتمام إلى إعداد وجمع المعلومات على خطة الإصلاح، ثم تحليل وترجمة هذه المعلومات للاستفادة منها، أي دراسة البدائل وما يتناسب مع البيئة العامة للنظام الصحي للبلاد، وكانت استراتيجية التعاقد علاج للخلل في النظام الصحي من أجل عصرنة التسيير في المؤسسات الاستشفائية العمومية، لذا كان على مسيري الهياكل الصحية السيطرة على آليات النهج التعاقدية وتسخيرها لتحسين الخدمة الصحية بتهيئة الظروف تبعا للامكانيات المتوفرة، لتنفيذ تقنيات التعاقد خارجيا مع الشركاء وداخليا مع العناصر الفاعلة في المؤسسات الصحية، بإبرام عقود تتميز بدقة المعلومات في تقديم الخدمات للمستفيدين للوصول إلى نتيجة تتميز بالجودة ولكن بالرغم من ذلك مع عدم التجرد من العوامل الإنسانية.

الفصل الرابع

دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية

بيوفاريك

الفصل الرابع: دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك

تمهيد

بعد ما تعرضنا بالدراسة والتحليل من خلال الفصول السابقة للمفاهيم النظرية بصفة عامة والمتعلقة بالتطور التنظيمي والتسييري للمؤسسات من جهة وجودة الخدمات الصحية من جهة أخرى، سنحاول خلال الفصل التطبيقي تسليط الضوء على مدى تأثير عصرنة تسيير المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية على جودة الخدمات الصحية، وحتى نتمكن من الإحاطة بهذه الدراسة ينبغي تحديد مجالات الدراسة، وأهم الوسائل المستخدمة في جمع المعلومات. ومن الوسائل والتقنيات التي استخدمناها في عملية جمع المعلومات نذكر الوثائق، المقابلة، الاستبيان والانترنت. وبهدف الحصول على معلومات ذات مصداقية وموثوق بها استعنا ببعض المقابلات مع إدارات المستشفى. كما تم إعداد قائمة أسئلة موجهة لمسيرتي المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك قصد الوقوف على اهتمامات ورأي الموارد البشرية في تبني الأساليب الحديثة في التسيير، ومن أجل الحصول على بعض المعطيات قمنا بتصفح الواجهات المنشورة على الويب لموقع وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات وموقع المنظمة العالمية للصحة وموقع البنك الدولي ومواقع أخرى ذات العلاقة للاستفادة منها في هذه الدراسة.

لذا قسمنا هذا الفصل إلى ثلاثة محاور من خلالها تم التطرق إلى الإجراءات المنهجية لدراسة الحالة، أما الجزء الثاني خصصناه للتحليل المسبق لاختبار الفرضيات عن طريق المصادقة على سلالمة قياس متغيرات النموذج التفسيرية للدراسة بتحليل المكونات الرئيسية ACP ومعامل المصادقية ألفا لكرونباخ، ثم تقديم نتائج التحليل الإحصائي، والقيام بالتحليل الإحصائي الوصفي من أجل الوصول إلى مجموعة من النتائج.

1.4 المناهج والتقنيات المتبعة

تقوم فكرة تصميم الدراسة على أساس إدراك الإشكالية، المنهج، النموذج والفرضيات، وعليه فدراستنا تقع ضمن الدراسات الوصفية التحليلية مع دراسة الحالة التي تهدف إلى تحديد أساليب العصرية المرتبطة بالمؤسسة الإستشفائية العمومية الجزائرية وتأثيرها على جودة الخدمة الصحية. لذا سوف نحاول من خلال هذا العنصر تقديم الإطار المنهجي للدراسة، بالإضافة إلى تحديد المجال البشري الذي اختيرت منه العينة، ثم كمرحلة ثانية تصنيف التقنيات المتبعة في الحصول على المعلومات التي تفيدنا من أجل التحليل .

1.1.4 الإطار المنهجي

إن دراسة الحالة هي عبارة عن إسقاط للدراسة النظرية التي قمنا بها على أرض الواقع، من خلال دراسة أثر تحديث تسيير المستشفيات العمومية الجزائرية على جودة الخدمات الصحية، حيث أن دراسة هذه العلاقة تتطلب كخطوة أولى توفير إطار منهجي واضح يحدد الملامح والقواعد الأساسية التي تجرى من خلالها الدراسة، لذا فإن طبيعة الموضوع تتطلب تبني منهجاً علمياً متنوعاً، فقد اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي الذي يمتاز بنظرة شمولية واقتران وصف الحالة بتحليلها ومن ثم استخلاص النتائج والمؤشرات الأساسية، كما تم الاعتماد على أدوات منهجية متنوعة تساعد على تحليل دراسة الحالة مثل المقابلة واستمارة الاستبيان.

1.1.1.4 المنهج التحليلي

يهدف هذا المنهج إلى تحديد سمات وصفات وخصائص ومقومات ظاهرة معينة تحديدا كميًا ونوعيًا¹، كما يقوم هذا المنهج أساسًا على دراسة الظاهرة كما هي في الواقع، بهدف التعبير عنها كميًا وكيفيًا، فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة ويوضح خصائصها، أما التعبير الكمي فيعطينا وصفًا رقميًا يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها، ودرجة ارتباطها مع الظواهر الأخرى²، لذا تم الاعتماد على هذا المنهج من أجل تحليل وتفسير العلاقة الموجودة بين عصرنة التسيير وجودة الخدمات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية محل الدراسة من خلال مرحلتين :

1.1.1.1.4 مرحلة استطلاعية

تعتبر الدراسة الاستطلاعية أول خطوة يقوم بها الباحث من أجل جمع أكبر قدر ممكن من البيانات والمعلومات والدراسات التي لها علاقة بموضوع البحث، وطرح تساؤلات أولية، وهي تعتبر بمثابة مرحلة استكشافية .

2.1.1.1.4 مرحلة التشخيص والوصف المعمق

قد تم في هذه المرحلة إجراء مقابلات متكررة مع المدير العام لمستشفى ببوفاريك، كما تم توزيع الاستمارة على المستفيدين من الخدمات الصحية، بالإضافة إلى توزيع الاستمارة على المسيرين الطبيين وشبه طبيين والمسيرين الإداريين في هذه المرحلة.

¹ ماثيو جيدير ترجمة من الفرنسية ملكة أبيض، دليل الباحث المبتدئ في موضوعات البحث ورسائل الماجستير والدكتوراه-منهجية البحث، كتاب إلكتروني، <http://fr.scribd.com/doc>، ص27.

² ذوقان عبيدات وآخرون، البحث العلمي: مفهومة، أدواته وأساليبه، دار الفكر، عمان، 2001، ص186.

2.1.1.4 أدوات الدراسة

هي مجموعة الوسائل والطرق والأساليب المختلفة، التي يعتمد عليها في الحصول على المعلومات والبيانات اللازمة لإنجاز دراسة الحالة، وتتمثل في:

1.2.1.1.4 الملاحظة

يمتاز هذا الأسلوب بالجانب الملموس في معايشة الموضوع ومشاهدته عن قرب والاستفادة بالصورة لفهم العلاقات الموجودة، إذ تمكن الملاحظة من التفحص المباشر للظاهرة مع إمكانية جمع البيانات على الطبيعة، إضافة إلى ذلك فإنها تساعد في التعرف على معلومات جديدة قد لا يكون تم التفكير فيها من قبل، ويمكن تقسيم الملاحظة إلى قسمين¹:

أولاً- الملاحظة البسيطة

تتمثل في الملاحظة غير الموجهة للظواهر الطبيعية، حيث تحدث تلقائياً، وبدون أن تخضع لأي نوع من الضبط العلمي، ودون استخدام الباحث لأي نوع من أدوات القياس للتأكد من صحة الملاحظة ودقتها.

ثانياً- الملاحظة المنظمة

يقصد بها الملاحظة الموجهة، والتي تخضع إلى أساليب الضبط العلمي، فهي تقوم على أسس منظمة ومركزة بعناية. وقد أثبتت الملاحظة المنظمة فعاليتها في تسهيل عملية تحليل العديد من النشاطات الإنسانية، وذلك باستخدام الصور الفوتوغرافية، والخرائط.

¹ ماثيو جيدير، مرجع سبق ذكره، ص 29.

2.2.1.1.4 المقابلة المباشرة

يقصد بها "حوار أو محادثة أو مناقشة موجهة، تكون بين الباحث عادة وبين جهة أخرى تمثل شخص أو مجموعة أشخاص ، وذلك بغرض التوصل إلى معلومات تعكس حقائق أو مواقف محددة يحتاج الباحث للتوصل إليها في ضوء أهداف معينة"¹ ، بالإضافة إلى أنها وسيلة قائمة على محادثة موجهة بين السائل والمستخدم بهدف الحصول على معلومات تستخدم في البحث العلمي، وتساعد على التوجيه وأهم ميزة للمقابلة أنها تفسح المجال أمامنا بطرح مجموعة من الأسئلة التي تكون في معظمها مفتوحة لمختلف عناصر العينة .

3.2.1.1.4 الاستبيان

يسمى أيضا بالاستقصاء، وهو إحدى الوسائل الشائعة الاستعمال للحصول على المعلومات، وحقائق تتعلق بآراء واتجاهات الجمهور حول موضوع معين أو موقف معين .ويتكون الاستبيان من جدول من الأسئلة توزع على فئة من العينة، بواسطة البريد أو باليد أو قد تنشر في الصحف أو التلفزيون أو الإنترنت، والهدف منه هو الحصول على بيانات واقعية وليس مجرد انطباعات وآراء هامشية².

بالإضافة إلا أنه عبارة عن استمارة تحتوي على مجموعة من الفقرات المصاغة بطريقة استقصائية يجيب كل مشارك في العينة عنها بنفسه³، إذا يعتبر طريقة مستمدة مباشرة من المصدر، تستخدم كأداة منهجية للحصول على معلومات، وهي أنجح الوسائل للحصول على أكبر قدر ممكن من

¹ عامر قنديلجي، البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات التقليدية والإلكترونية، دار الميسرة للنشر، عمان، 2001، ص154 .

² ماثيو جيدير، مرجع سبق ذكره، ص30.

³ مهدي حسن زويلف، منهجية البحث العلمي، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، 1998، ص55.

البيانات الخاصة بالدراسة، وقد اعتمدنا عليه في البحث للتقصي العلمي والكشف عن جوانب الموضوع.

كما يسهل الاستبيان من عملية تجميع المعطيات وتصنيفها وبالتالي تفسيرها والوصول إلى الاستنتاجات المطلوبة والمناسبة، بالإضافة لكونه يتصف بالسرية وهذا لعدم معرفة كل فرد لإجابات الآخرين، وهو ما يبعد الخوف من المبحوث للإجابة بمصادقية تامة.

ومن المعروف على ان الباحث باستخدامه المنهج الوصفي التحليلي، يمكن له أن يستعمل أحد الأدوات السالفة الذكر للوصول إلى تحقيق أهدافه¹. ونظرا لطبيعة الدراسة وخصائص مجتمعها تم الاعتماد على استمارة الاستبيان والمقابلة كأداتين لجمع البيانات.

2.1.4 نموذج ومجتمع الدراسة

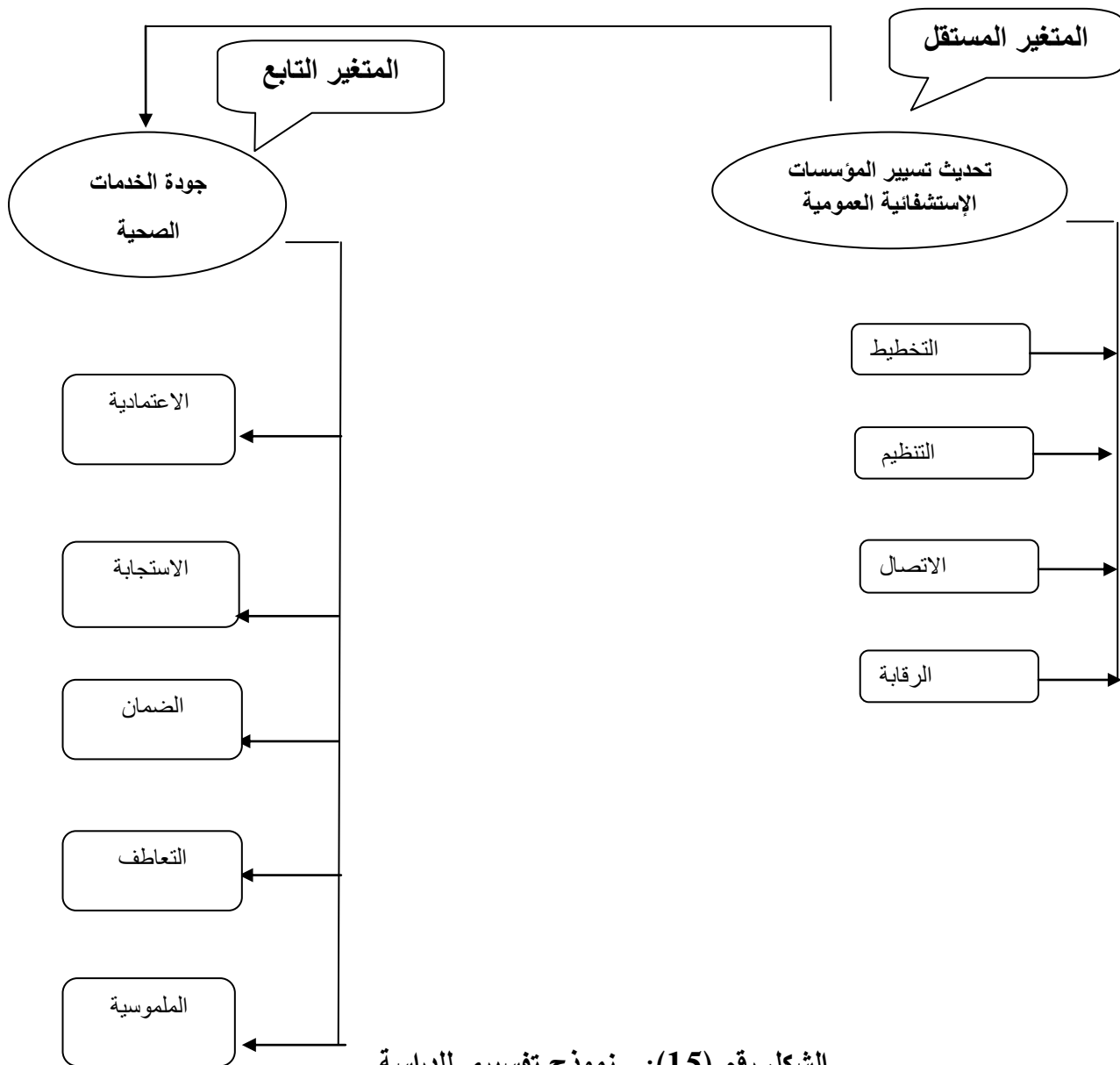
من العوامل الأساسية التي يجب على أي باحث تحديدها قبل البدء في دراسته هو حصر عينة البحث، الذي هو عبارة عن مجموعة منتهية أو غير منتهية من العناصر المحددة مسبقا، تجمعها خاصية أو عدة خصائص مشتركة تميزها عن غيرها من العناصر الأخرى، والتي يجري عليها البحث والتقصي². وعليه يمكن القول أن مجتمع الدراسة يتكون من جميع المفردات التي تشكل مشكلة الدراسة، وقد يختلف عددهم أو حجمهم حسب هدفها ودرجة دقتها.

¹ محمد عبيدات وآخرون، منهجية المنهج العلمي: القواعد والمراحل والتطبيقات، دار وائل للطباعة والنشر، عمان، ط2، 1999، ص47.

² مورييس أنجرس، منهجية البحث العلمي في البحوث الإنسانية: تدريبات علمية، ترجمة بوزيد صحراوي وكمال بوشرف، وسعيد سبعون، دار القصبه للنشر، الجزائر العاصمة، 2006، ص 298.

1.2.1.4 المخطط التمثيلي

تحاول هذه الدراسة تسليط الضوء على تأثير المتغير المستقل والمتمثل في تحديث تسيير المؤسسات الاستشفائية العمومية على المتغير التابع والمتمثل في جودة الخدمات الصحية، من خلال خصوصيات مميزات التنظيم الحديث بالإضافة إلى معايير جودة الخدمة الصحية، كما هو موضح في الشكل الموالي :

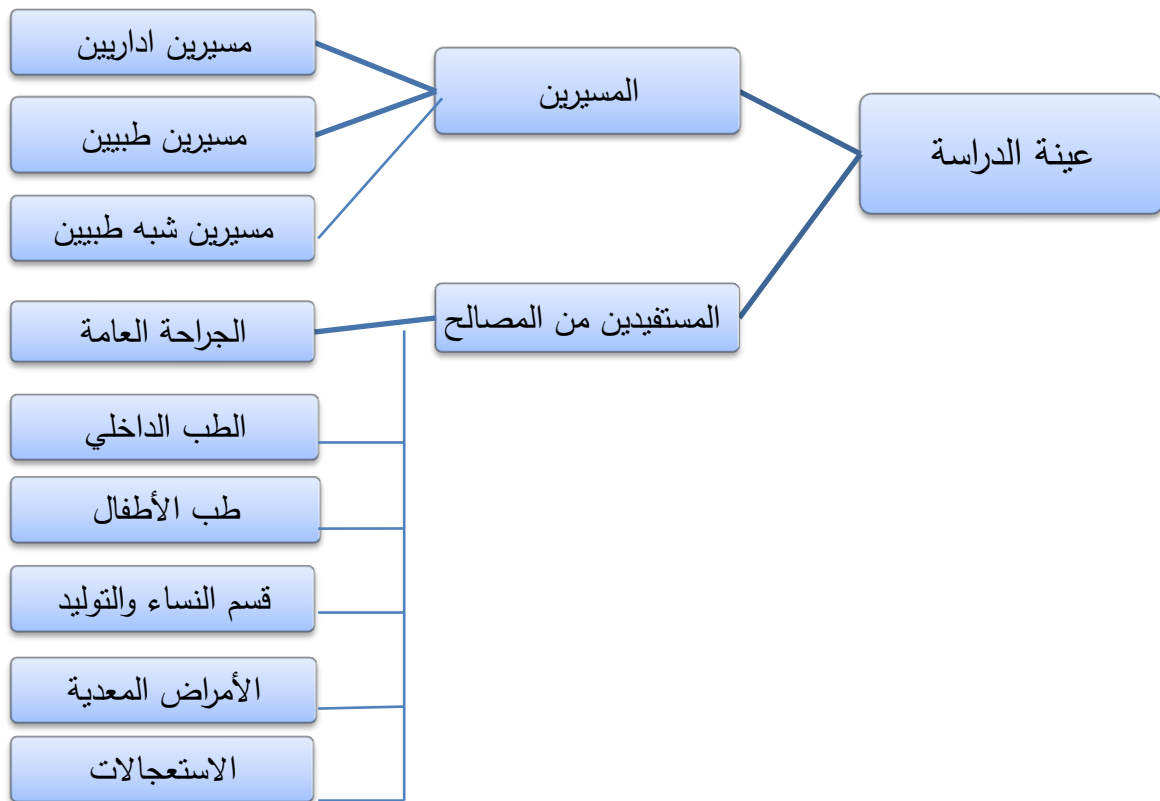


الشكل رقم (15): نموذج تفسيري للدراسة

2.2.1.4 عينة الدراسة

لقد انحصرت الدراسة التطبيقية على مستوى المؤسسات الاستشفائية العمومية فقط، وباعتبار أن هذا النوع من الهياكل الصحية يخضع لنفس التنظيم والتسيير ونفس الهيكل التنظيمي المحدد في المرسوم التنفيذي المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسات الاستشفائية العمومية بالجزائر، كما أن كلها تعمل من أجل تحقيق الأهداف المسطرة والمنوطة لها من طرف الوزارة الوصية، والتي أهمها هو تقديم خدمة صحية عمومية متميزة والرفع من مستوى صحة المواطن بالمنطقة المتواجدة فيها، لذا قمنا باختيار المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك كوحدة نموذجية من أجل القيام بدراسة الحالة.

فتمثلت عينة الدراسة في مسيري المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك باختلاف أسلاكهم من مسيرين إداريين، مسيرين طبيين ومسيرين شبه طبيين، بالإضافة إلى المستفيدين من الخدمات الصحية.



الشكل رقم (16): توزيع عينة الدراسة

المصدر: من إعداد الباحثة.

3.1.4 أسلوب جمع البيانات وأدوات التحليل الإحصائي

لغرض الحصول على المعلومات والبيانات للقيام بدراسة الحالة على مستوى المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك تم الاعتماد على المعلومات المتعلقة بالجانب النظري من الدراسات، المقالات، الرسائل الجامعية والكتب العلمية العربية والأجنبية المتخصصة بموضوع الدراسة، بالإضافة إلى الاستبيان وهو أداة قياس إدراكية تم الاعتماد في تصميمها على آراء مجموعة من الباحثين للحصول على المعلومات الأولية والثانوية اللازمة لاستكمال دراسة الحالة.

1.3.1.4 أسلوب جمع البيانات

لقد تم الاعتماد على العينة القصدية غير الاحتمالية، أي أن توزيع الاستبانات لم يتم بطريقة عشوائية احتمالية، فلا يمكن بذلك تحديد حجم العينة، كما تجدر الإشارة إلى أن ملئ الاستمارات لم يتم عن طريق توزيعها ثم تحصيلها مملوءة، بل كانت الطريقة المتبعة هي المقابلة الشخصية لكل مستخدم ومستفيد من العينة ثم طرح الأسئلة وتوضيحها، وذلك خوفاً من عدم الفهم سواءً من طرف المستفيدين أو المستخدمين للأسئلة المطروحة ومنه عدم الجدية في الإجابة، وبالتالي عدم مصداقية النسب المتحصل عليها.

لذا تم الحرص على أن يكون الاستبيان شكلاً ومضموناً يتبع المنهج العلمي ويخدم إلى حد كبير الإشكالية الرئيسية وتفرعاتها، ومن أجل معالجة الإشكالية الرئيسية واختبار صحة الفرضيات الموضوعية تطلب الأمر القيام باستبيانين، تضمن الاستبيان الأول الموجه للمسيرين الإداريين، الطبيين وشبه الطبيين جزئيين:

الجزء الأول: يضم المتغيرات الديمغرافية، كما يتكون من 4 فقرات، الجنس، السن، الأقدمية، الوظيفة.

الجزء الثاني: يحتوي على كل من مميزات نظام التسيير المعتمد، البيروقراطي وخصائص نظام التسيير الحديث.



الشكل رقم (17): محاور الإستبيان الموجه للمسيرين

المصدر: من إعداد الباحثة.

أما الاستبيان الموجه إلى المستفيدين من الخدمات الصحية، فقد تضمن قسمين:

القسم الأول: يبين متغيرات تتعلق بالخصائص الديمغرافية لعينة الدراسة من خلال 5 فقرات والمتضمنة: الجنس، السن، طبيعة المرض، طبيعة الزيارة إلى المؤسسة الإستشفائية العمومية ببوفاريك والمصلحة التي تم الالتحاق بها.

القسم الثاني: خصص إلى قياس جودة الخدمات الصحية من خلال المعايير الخمسة والمتمثلة في الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف والملموسية.

والشكل التالي يلخص المحاور التي جاءت في الاستبيان وعدد أسئلة كل محور وأهم النقاط التي تضمنتها:

القسم الأول
5 أسئلة

• الخصائص الديمغرافية

- الجنس، السن، طبيعة المرض، طبيعة الزيارة إلى المؤسسة الإستشفائية العمومية ببوفاريك والمصلحة التي تم الإلتحاق بها.

القسم الثاني
22 سؤال

• معايير جودة الخدمة الصحية

- الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، التعاطف والملموسية

الشكل رقم (18): محاور الإستبيان الموجه للمستفيدين

المصدر: من إعداد الباحثة.

كما لابد من توضيح عدد الاستثمارات الموزعة بالنسبة لكل استبيان:



الشكل رقم (19): عدد الاستثمارات الموزعة

المصدر: من إعداد الباحثة.

2.3.1.4 مقاييس التحليل الإحصائي

تختلف أساليب التحليل الإحصائي من حيث شموليتها وعمقها وتعقيدها باختلاف الهدف من إجراءاتها، وبغية الوصول إلى مؤشرات معتمدة تدعم أهداف الدراسة وفرضياتها، ومن أجل تحقيق أهداف البحث وتحليل البيانات التي تم تجميعها اعتمدنا على مجموعة من الأساليب الإحصائية، منها التحليل الوصفي، ثم فحص البيانات وجدولتها ليسهل التعامل معها، وذلك باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية والمعروفة باسم¹ SPSS لتحليل بيانات الاستبيان والحصول على مخرجات لجميع الأسئلة المطروحة لمعرفة موافقة أفراد العينة على أسئلة الاستبيان المختلفة.

1.2.3.1.4 التحليل الوصفي

للإجابة عن أسئلة الدراسة واختبار صحة الفرضيات تم استخدام أساليب الإحصاء الوصفي والتحليلي والمتمثلة في:

أولاً- التكرارات والنسب المئوية

للتعرف التفصيلي على الصفات الشخصية والوظيفية لأفراد عينة الدراسة من أجل تحليلها.

ثانياً- الانحراف المعياري

الهدف من حساب الانحراف المعياري هو التعرف على مدى انحراف استجابات أفراد الدراسة نحو كل فقرة ، ويلاحظ أيضا أن الانحراف المعياري يوضح أيضا التشتت في استجابات

¹ 20Win Version (Statistical Package for Social Science).

أفراد الدراسة، فكلما اقتربت قيمته من الصفر، فهذا يعني تركيز الإجابات وعدم تشتتها، أما إذا كانت قيمته تساوي الواحد أو أكبر، فذلك يعني عدم تركيز الإجابات وتشتتها¹.

ثالثاً - المتوسط الحسابي المرجح

يتم حساب المتوسط الحسابي المرجح لمعرفة اتجاهات أفراد الدراسة نحو كل فقرة أو معيار، مع العلم أنه يساعد في ترتيب الفقرات حسب أعلى متوسط مرجح².

وقد تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي المكون من خمسة درجات لتحديد أهمية كل فقرة من فقرات الاستمارتين، كما يلي: غير موافق تماماً (1)، غير موافق (2)، محايد (3)، موافق (4)، موافق تماماً (5) كما أنه تم وضع مقياس ترتيبى لهذه الأوزان يساعد في تحليل نتائج الاستبيان وفقاً للجدول التالي:

الجدول رقم (02): المتوسطات الحسابية والاتجاه الموافق لها

الاتجاه	غير موافق تماماً	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماماً
المتوسط الحسابي	1.79 - 1.00	-1.80	-2.60	-3.40	4.20 - 5
		2.59	3.39	4.19	

المصدر: عز عبد الفتاح، مقدمة في الإحصاء الوصفي والاستدلالي باستخدام SPSS، خوارزم العلمية للنشر والتوزيع، جدة، 2008، ص 540.

2.2.3.1.4 التحليل الإحصائي

يتم التحليل الإحصائي باستعمال عدة أساليب:

¹ امتثال حسن عبد الرزاق وآخرون، مبادئ الإحصاء الوصفي، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2002، ص 115.
² محمد شامل فهمي، الإحصاء بلا معاناة: المفاهيم والتطبيقات باستخدام (SPSS)، معهد الإدارة العامة، الرياض، 2005، ص 186.

أولاً- التحليل من خلال المكونات الرئيسية

يهدف التحليل من خلال المكونات الرئيسية المعروف بـ ACP إلى تصفية نموذج القياس من العبارات أو المركبات ACP (Items) ، حيث أنه تمر عملية التصفية والمصادقة على سلال قياس نموذج الدراسة بثلاث مراحل رئيسية كالتالي¹ :

أ- مرحلة التصفية

تتمثل في تحليل هيكله العوامل للمعطيات الناتجة عن الحصيلة الأولى بهدف تخفيض مجموعة من عناصر الاختبار أو المتغيرات الأولية إلى عدد مصغر من المتغيرات المسماة عوامل، بعد ذلك نقوم بترجمة العوامل وعدد عناصر الاختبار المحتفظ بها لكل عامل .

ب- مرحلة التأكيد

يتم في هذه المرحلة تأكيد هيكله العوامل الناتجة عن الحصيلة الأولى للمعطيات من خلال:

✓ التحليل الاستكشافي للعوامل والذي يهدف إلى تحديد هيكله العلاقة الارتباطية بين عدد كبير من المتغيرات (كمعطيات استمارة الاستبيان) بتحديد مجموعة من الأبعاد المشتركة.

✓ التحليل التأكيدي للعوامل يسمح بمواجهة النظرية بالمعطيات الميدانية، يصادق التحليل التأكيدي للعوامل على نموذج القياس مع مساهمته في تصفية سلال القياس.

¹ لشهب صفاء، مراقبة التسيير في القطاع العمومي ودورها في تحسين فعالية التسيير وجودة الخدمات بالقطاع الصحي في الجزائر، أطروحة دكتوراه غير منشورة ، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة الجزائر 3، الجزائر ،2014/2015، ص ص 187-192.

ج- مرحلة المصادقة على سلم القياس

يقصد بهذه الخطوة تقدير مصداقية وصحة البنية أي أداة القياس المتمثلة في الاستبيان.

ان التحليل من خلال المكونات الرئيسية، يسمح بتصفية سلالم القياس من خلال إقصاء العبارات التي لها شراكية أقل من 0.4 وذلك بطريقة تكرارية، مع الاعتماد على :

✓ اختبار الشراكية Communalité ، يهدف إلى التأكد من أن للمؤشرات (التي تم

التعبير عنها من خلال الأسئلة) قاسم مشترك في قياس متغير مستقل واحد فقط

بحيث تكون نتائجها مشابهة بالنسبة إلى كافة العينة.

✓ اختبار Bartlett و K-M-O ، بالإضافة إلى الاختبار السابق نستخدم مؤشر

K-M-O (Kaiser-Meyer-Olkin) والذي يجب أن تكون قيمته محصورة

بين [0.5-1] لاستكمال القيام بالتحليل العاملي. أما فيما يخص اختبار Bartlett

مستوى معنويته sig تؤول إلى 0.000.

✓ قياس اعتمادية أو مصداقية المعايير، يعتبر ألفا لكرونباخ معامل الاعتمادية أو

المصداقية الذي يقيس الاتساق الداخلي لسلم القياس المبني على مجموعة من

العبارات والمركبات¹ (Items) . كما أن معدل قبول ألفا لكرونباخ يختلف حسب

هدف الدراسة وعلى العموم تتلخص قيمه كالتالي:

¹ Carricano.M, Poujol.F, Op.Cit, P53.

الجدول رقم (03): مستويات قبول ألفا لكرونباخ

قيمة معامل ألفا لكرونباخ	أقل من 0.6	0.65-0.6	0.7-0.65	0.8-0.7	0.9-0.8	أكبر من 0.9
معدل القبول	غير كاف	ضئيل	مقبول	جيد	جيد جدا	إعادة النظر في التقليل

Source : Carricano.M, Poujol.F, *Analyse de données avec SPSS*, collection Synthex, Pearson Education, France ,2008 , P53.

ثانيا - الانحدار الخطي البسيط

يعبر عن علاقة دالية من الدرجة الأولى تربط متغيرين مأخوذين من الواقع الاقتصادي أو اجتماعي معين خلال فترة زمنية محددة، أحدهما تابع (جودة الخدمات الصحية) والثاني مستقل (تحديث تسيير المؤسسات الاستشفائية).

تقرأ نتائج الانحدار الخطي استنادا إلى المؤشرات التالية:

R: يبين قوة أو درجة العلاقة بين مكونات المتغير المستقل والمتغير التابع ، يكون محصورا بين -1 و +1 ، وكلما اقترب من الواحد دل ذلك على قوة الارتباط بين المتغيرين التابع والمستقل.

R²: يحدد نسبة تغير المتغير المفسر بالمتغير التابع.

BETA: يسمح بمقارنة مساهمة كل متغير.

T: يقيس معنوية المتغيرات المتواجدة بمعادلة الانحدار، لابد أن تكون قيمته أكبر من

1.96 ليكون ذو دلالة معنوية.

2.4 المعالجة الإحصائية للدراسة

إن السعي نحو الإلمام بجوانب موضوع الدراسة يتطلب منا عرضاً تفصيلياً لأهم الخصائص الديموغرافية التي تتميز بها عينة الدراسة:

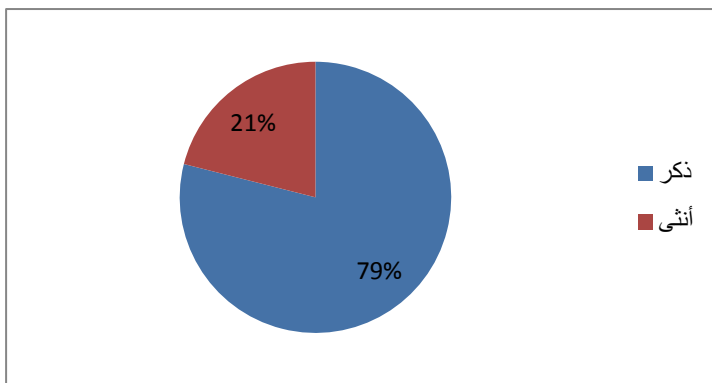
1.2.4 دراسة الخصائص الديموغرافية للمسيرين

سيتم في هذه الفقرة عرض وتحليل النتائج المتعلقة بالجزء الأول من استمارة الاستبيان الموزعة على المسيرين (والتي بلغت 19 استمارة) المتعلقة بالخصائص الاجتماعية لعينة الدراسة من حيث: الجنس، السن، الأقدمية، الوظيفة.

1.1.2.4 الجنس

من أجل معرفة مامدى مساهمة كل من الرجل والمرأة في شغل الوظائف الرئيسية في المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك، قمنا بتحليل العينة على أساس الجنس.

الجدول رقم(04):توزيع عينة المسيرين حسب الجنس



الجنس	التكرار	النسبة %
ذكر	15	78.9
أنثى	4	21.1
المجموع	19	100

الشكل رقم(20):توزيع عينة المسيرين حسب الجنس بالنسب

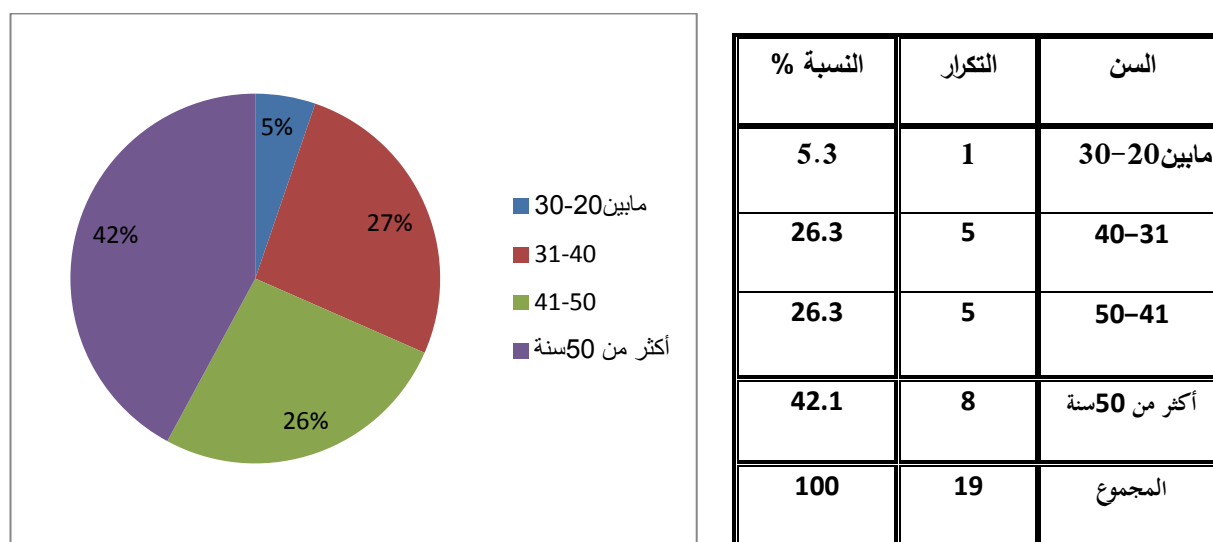
المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

نلاحظ أن النسبة العالية للمستجوبين هي نسبة الذكور، حيث بلغ عددهم 15 مسير أي بنسبة % 78.9 من أفراد العينة، في حين بلغ عدد الإناث 4 مبحوثين أي بنسبة % 21.1 من أفراد العينة.

2.1.2.4 السن

سوف نحاول معرفة الفئات العمرية لرؤساء المصالح في المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك.

الجدول رقم(05): توزيع عينة المسيرين حسب السن



الشكل رقم(21): توزيع عينة المسيرين حسب السن بالنسب

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

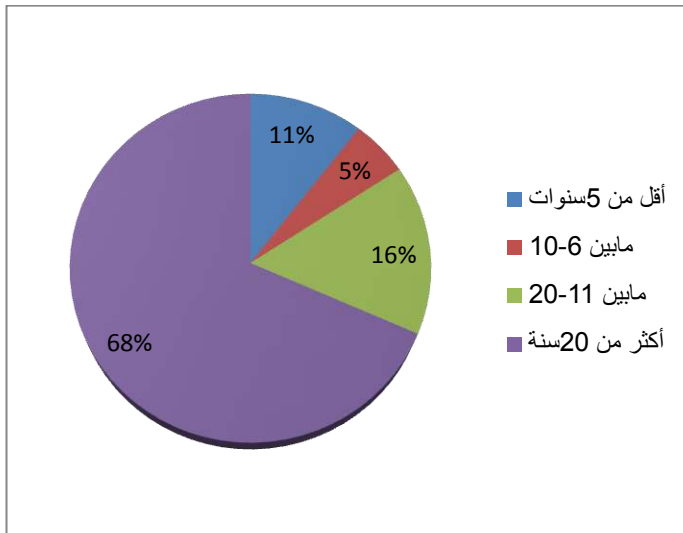
يتضح لنا أن أغلب مسيرين المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك أعمارهم أكبر من 50 سنة حيث بلغ عددهم 8 مستجوبين أي بنسبة % 42.1 ، في حين تساوت النسب للفئة العمرية المحصورة ما بين 40-50 سنة و 51-60 سنة حيث قدرت 26.3 % من أفراد العينة، وفي المقابل كانت أقل نسبة للمبحوثين الذين أعمارهم تتراوح ما بين 30-40 سنة حيث قدرت النسبة بـ

5.3% ، إذا ما نلاحظه أنه ينقص عنصر الشباب في المسيرين سواءً إداري أو طبي أو شبه طبي، ويعود ذلك إلى كون المسير مهما كان السلك الذي ينتمي إليه لابد أن تتوفر فيه خصائص وشروط معينة حتى يتسنى له تولي منصب مسؤولية.

3.1.2.4 الأقدمية

لابد من معرفة أقدمية كل مسير لأن ذلك يؤثر على مدى درايته بنظام التسيير المعتمد.

الجدول رقم(06): توزيع عينة المسيرين حسب الأقدمية



الأقدمية	التكرار	النسبة %
أقل من 5 سنوات	2	10.5
ما بين 6-10	1	5.3
20-11	3	15.8
أكثر من 20 سنة	13	68.4
المجموع	19	100

الشكل رقم(22): توزيع عينة المسيرين حسب الأقدمية بالنسب

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

غالبية المستقصى منهم من مفردات العينة 68.4% لهم خبرة تزيد عن 20 سنة، هذا يعني أن القوى العاملة الصحية تتكون من مستخدمين يتمتعون بالخبرة والكفاءة في التسيير كما أنهم يتميزون بمعارف ومهارات يجب استثمارها من خلال تدريب الشباب للوصول إلى أعلى كفاءة عملية ممكنة.

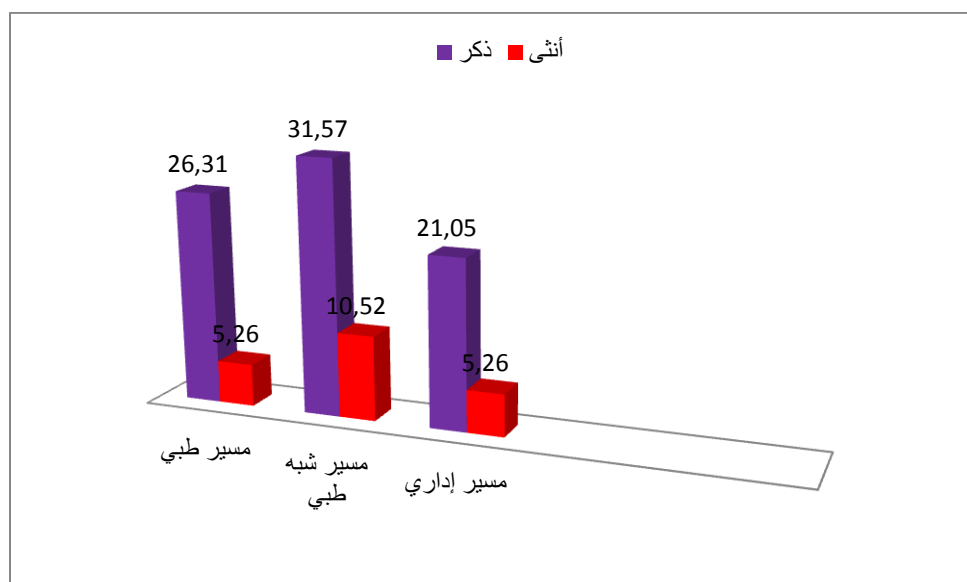
4.1.2.4 الوظيفة

لقد حددت عينة الدراسة على المسيرين الذين يشغلون رؤساء المصالح فقط، وباعتبار المؤسسات الاستشفائية تحتوي على ثلاثة أسلاك فهناك ثلاثة أنواع من المسيرين، المسير الطبي، المسير شبه الطبي والمسير الإداري .

الجدول رقم(07): توزيع عينة المسيرين حسب الوظيفة

العبارة	مسير طبي		مسير شبه طبي		مسير إداري		المجموع	
	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%
ذكر	5	26.31	6	31.57	4	21.05	15	78.9
أنثى	1	5.26	2	10.52	1	5.26	4	21.1
المجموع	6	31.57	8	42.09	5	26.31	19	100

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS



الشكل رقم(23): توزيع عينة المسيرين حسب الوظيفة بالنسب

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

نلاحظ أن أغلب المسيرين في المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك هم من صنف الرجال، وذلك يتضح جليا من خلال عددهم حيث قدر بـ 15 مسير أي ما يعادل 78.9% من إجمالي العينة، كما هناك مسيرة طبية واحدة من صنف الإناث فقط وهو الأمر الطبيعي لأن ذلك خاص بمصلحة النساء والتوليد، كذلك الأمر بالنسبة للمسيرين شبه الطبيين هناك نسبة 10.52% أي ما يعادل 2 من أفراد العينة فقط وهما موجودتان في مصلحة النساء والتوليد أيضا، أما فيما يخص المسيرين الإداريين فنجد نسبة 5.26% أي ما يعادل مسيرة إدارية واحدة.

ذلك يرجع إلى طبيعة العمل حيث يتطلب الحضور اليومي والحرص والصرامة في إتخاذ القرارات، خاصة وأن لرئيس المصلحة الطبي مسؤولية الرقابة على الطاقم الطبي الذي يعمل معه وبالتالي هو المسؤول عن عملية التتقيط الخاصة بمنحة المردودية، كذلك الأمر بالنسبة للمنسق الطبي هو المسؤول عن تتقيط الطاقم شبه الطبي الذي يعمل معه.

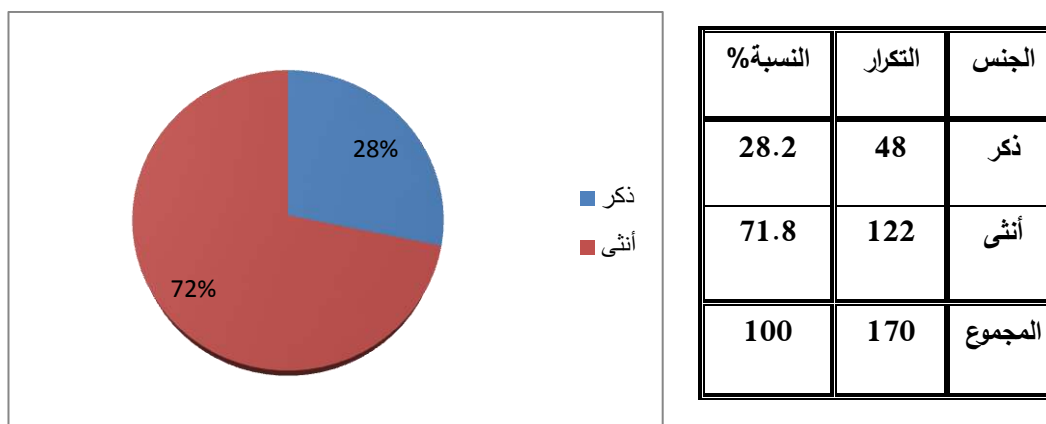
2.2.4 الخصائص الديمغرافية للمستفيدين

نقوم في هذا العنصر بتحليل القسم الأول من استمارة الاستبيان الموزعة على المستفيدين (والتي بلغت 170 استمارة) والتي تتكون من الجنس، السن، طبيعة المرض، طبيعة الزيارة إلى المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك والمصلحة المتوجه إليها.

1.2.2.4 الجنس

سوف نحاول تحديد التكرارات للإجابات المتحصل عليها على أساس الجنس.

الجدول رقم(08): توزيع عينة المستفيدين حسب الجنس



الشكل رقم(24):توزيع عينة المستفيدين حسب الجنس بالنسب

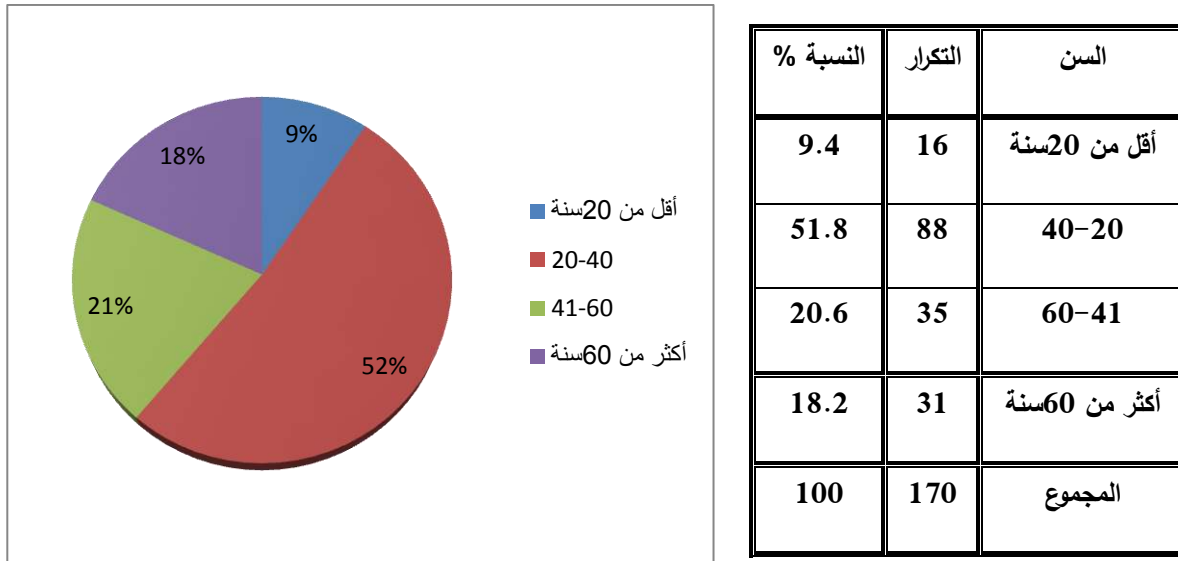
المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

نلاحظ أن النسبة العالية للمستفيدين هي نسبة الإناث، حيث بلغ عددهم 122 مستفيد أي بنسبة % 71.8 من أفراد العينة، في حين بلغ عدد الذكور 48 مستفيد أي بنسبة % 28.2 من أفراد العينة، وترجع ارتفاع نسبة الإناث إلى كون وجود مصلحتين يغلب عليهم الصنف النسوي، حيث أن المبحوثين في مصلحة التوليد كلهم نساء بالإضافة إلى المرافقين في مصلحة طب الأطفال كلهم أمهات.

2.2.2.4 السن

لا بد من تحليل العينة المبحوثة على أساس الفئة العمرية التي تنتمي إليها.

الجدول رقم(09): توزيع عينة المستفيدين حسب السن



الشكل رقم(25):توزيع عينة المستفيدين حسب السن بالنسب

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

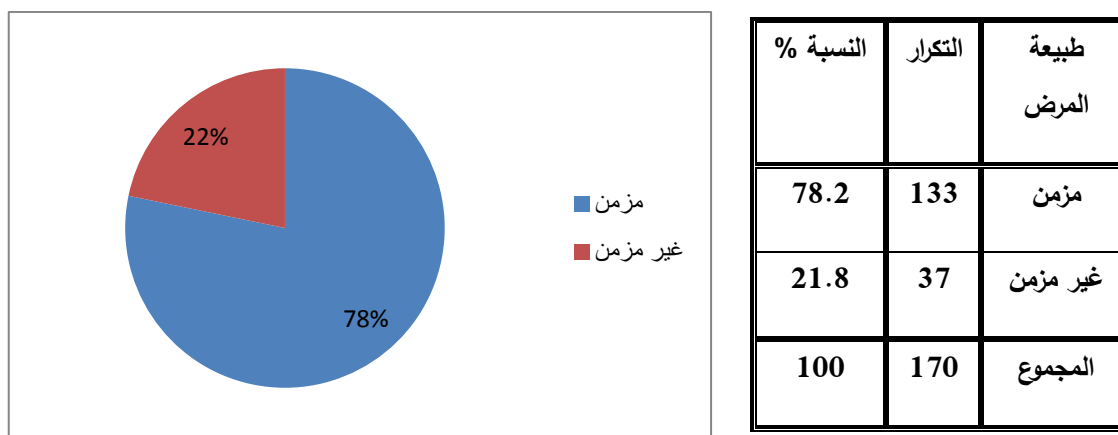
يتضح لنا أن أفراد العينة الذين تتراوح أعمارهم من 20 إلى 40 سنة هم الأكثر حيث بلغ عددهم 88 مستفيد أي بنسبة 51.8% ، يرجع ارتفاع هذه النسبة إلى كون أن كل النساء التي تلتحق بمصلحة التوليد يتراوح أعمارهم ما بين 20-40 سنة، بالإضافة إلى المرافقين ينتمون إلى نفس النسبة، في حين تقاربت النسب للفئة العمرية المحصورة ما بين 41-60 سنة والأكثر من 60 سنة حيث قدرت 20.6 % و 18.2 % على التوالي من أفراد العينة، وفي المقابل كانت اقل نسبة للمستفيدين الذين أعمارهم أقل من 20 سنة.

3.2.2.4 طبيعة المرض

سوف نحاول دراسة العينة المبحوثة من خلال نوع المرض في حالة ما إذا كان مزمن او

غير مزمن.

الجدول رقم(10): توزيع عينة المستفيدين طبيعة المرض



الشكل رقم(26):توزيع عينة المستفيدين حسب طبيعة المرض بالنسب

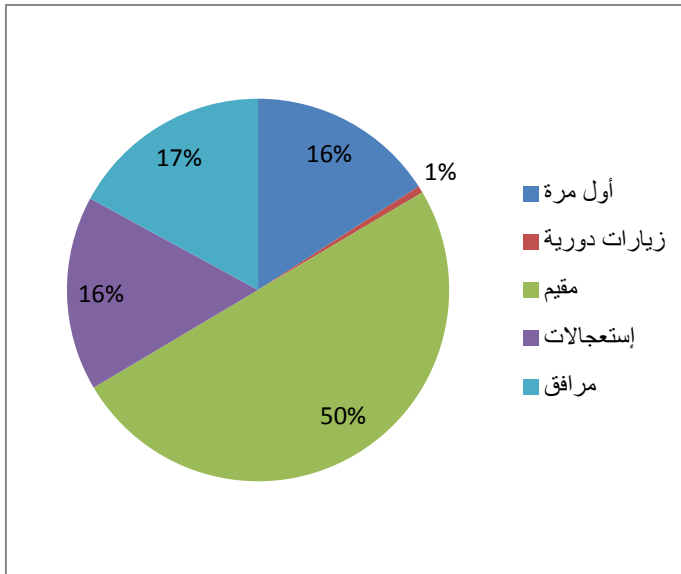
المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

نجد أن أغلب المبحوثين والمقدر عددهم 133 مستفيد أي مايعادل 78.2% لديهم أمراض مزمنة، في حين نسبة 21.8% من العينة لديهم أمراض غير مزمنة.

4.2.24 طبيعة الزيارة الى المؤسسة الاستشفائية

يختلف سبب الزيارة الى المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك وذلك يرجع إلى طبيعة المرض في حد ذاته من جهة وإلى نوعية الخدمة المقدمة للمستفيد من جهة أخرى.

الجدول رقم(11): توزيع عينة المستفيدين طبيعة الزيارة



طبيعة الزيارة	التكرار	النسبة %
أول مرة	27	15.9
زيارات دورية	1	0.6
مقيم	85	50
إستعجالات	28	16.5
مرافق	29	17.1
المجموع	170	100

الشكل رقم(27):توزيع عينة المستفيدين حسب طبيعة الزيارة بالنسب

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

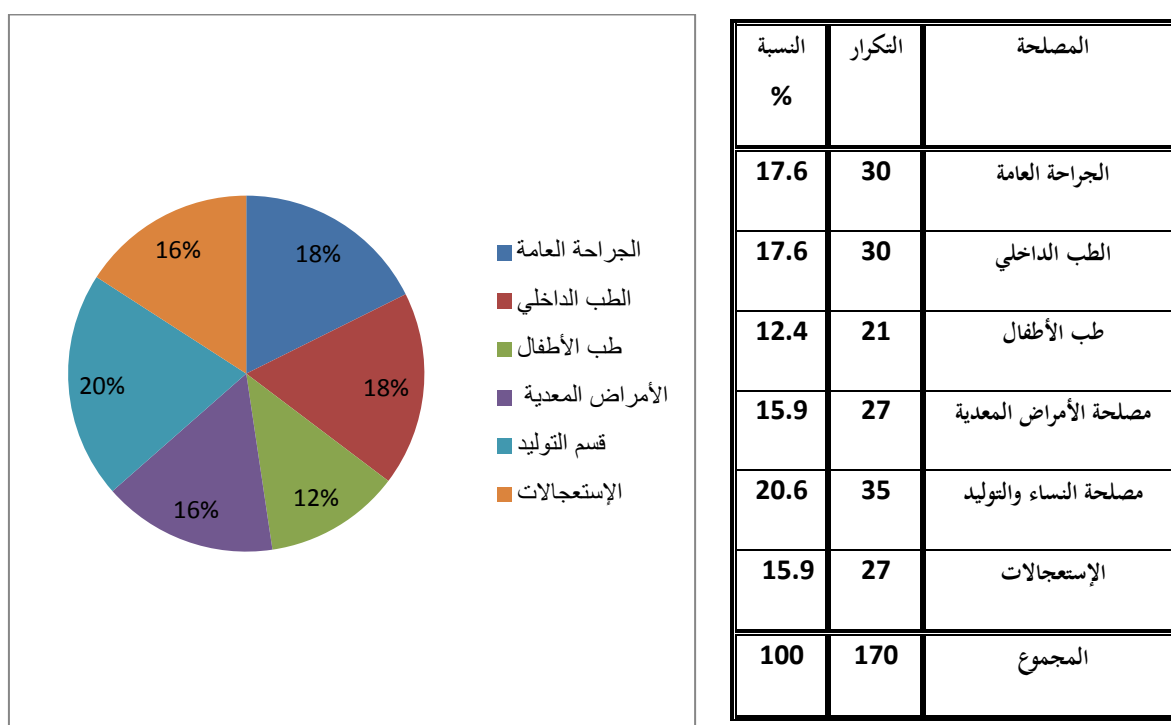
من خلال الإجابات المتحصل عليها بالنسبة للسؤال الخاص بطبيعة الزيارة إلى المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك، نجد أكبر نسبة والتي قدرت بـ 50% من الاستثمارات الموجهة لمجموع العينة مقيمين، تليها نسبة 17.1% كمرفق للعلم فإن ارتفاع هذه النسبة يرجع إلى مرافقين الأطفال الصغار أو بالنسبة للشيوخ الكبار في السن، كما نجد نسبة 16.5% تزور المؤسسة الاستشفائية للدخول الاستعجالي، بالإضافة إلى أن أغلبية المبحوثين كانوا يزورون المؤسسة الاستشفائية لأول مرة وهناك مستفيد واحد من بين إجمالي العينة الذي كان له زيارات دورية، وهذا يرجع إلى طبيعة العينة المختارة فإن المستفيدين من الخدمات الصحية لا يمكن أن نلتقي بهم عدة مرات إلا في حالات استثنائية، فإن المؤسسات الاستشفائية تتميز بعدم الاستقرار في عدد المستفيدين.

6.2.2.4 المصلحة

تحتوي المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك على 6 مصالح، لذلك كان لابد علينا من

تحديد نوع المصلحة الذي يتوجه إليها المستفيد.

الجدول رقم(12): توزيع عينة المستفيدين حسب المصلحة



الشكل رقم(28):توزيع عينة المستفيدين حسب المصلحة بالنسب

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

يتضح لنا من خلال النتائج المتوصل إليها أن العينة المبحوثة كانت متقاربة بالنسبة

للمصلحة التي يتوجه إليها المستفيد.

3.2.4 التصفية والمصادقة على سلالم القياس

سنحاول من خلال هذا العنصر توضيح مامدى مصداقية سلالم قياس عناصر المتغير المستقل، والمتمثلة في مميزات نظام التسيير .

1.3.2.4 سلم نظام التسيير البيروقراطي

يتكون هذا السلم من الفقرات التالية :

- تشكيل لجنة من أجل القيام بعملية الرقابة(رقابة رسمية)؛
- مناسبة تقسيم العمل كماً ونوعاً وحجماً وتوزيعاً على المستخدمين؛
- إصدار جميع القرارات واللوائح الإدارية بشكل رسمي وكتابي؛
- يتم توزيع الأعمال بناءاً على التخصص وبشكل رسمي؛
- تقسم المؤسسة الإستشفائية إلى مستويات على شكل هرمي يعبر عن تسلسل السلطة من القمة وحتى قاعدة الهرم الإداري.

الجدول رقم(13) : اختبار Bartlett ومؤشر K-M-O لسلم نظام التسيير البيروقراطي

مؤشر K-M-O	اختبار Bartlett	سلم نظام التسيير البيروقراطي
0,500	0,003	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

حسب اختبار Bartlett نلاحظ أن قيمته بلغت 0.003 وهي أقل من عتبة الدلالة التي لا يجب أن تتعدى 5%. كما أن قيمة قياس مؤشر K-M-O تساوي 0.50 (لا بد أن تكون أكبر من 0.5) وعليه يمكننا الانتقال إلى تحليل المركبات الأساسية .

الجدول رقم(14) : نتائج قياس سلم نظام التسيير البيروقراطي

الفقرات	العامل	الشراكية
س10: تشكيل لجنة من أجل القيام بعملية الرقابة(رقابة رسمية)	0,909	0,825
س17: مناسبة تقسيم العمل كمأ ونوعاً وحجماً وتوزيعاً على المستخدمين	0,909	0,825
نسبة التباين	82,53	
القيمة الذاتية	1,651	
نسبة التباين المتراكم	82,53	
مصدقية ألفا لكرونباخ	0,78	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال تحليل المركبات الأساسية لمتغيرات سلم مميزات النظام البيروقراطي نلاحظ أن هناك عامل واحد أساسي يملك قيمة ذاتية تقدر ب 1.651 (وهي أكبر من 1) ويفسر ب 82.53% من التباين، كما أن نتائج الجدول تؤكد على مصداقية السلم والانسجام الداخلي للمركبات أو العناصر الاختبارية وذلك بعد الاحتفاظ بالفقرتين والمتمثلة في السؤال 10-17، إذ بلغت قيمة اختبار شراكيته 0.825، 0.825 على التوالي وهي أكبر من القيمة الجدولية أي 0.4. كما نلاحظ أن قيمة ألفا لكرونباخ لسلم التسيير البيروقراطي تساوي 0.78 ، وهي تتطابق مع المستوى الجيد، وذلك ان دل على شيء فإنما يدل على شيء واحد وهو الإتساق الداخلي لأداة الدراسة.

2.3.2.4 سلم النظام المعتمد

اعتمدنا في سلم نظام التسيير المطبق في المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك على

العناصر المالية :

- يتم وضع مسبق للخطط لأنها الأساس لعملية التسيير؛
- هناك تحديد مسبق للأهداف المراد بلوغها؛
- نظام التسيير المعتمد يقوم على مبدأ التحفيز؛
- يتم وضع آليات التعاون الأفقي بين مختلف المستخدمين؛
- يقوم رئيس المصلحة بمتابعة التنفيذ الفعلي للخطط مع البرامج الموضوعية.

الجدول رقم (15): اختبار Bartlett ومؤشر K-M-O لسلم نظام التسيير المعتمد

مؤشر K-M-O	اختبار Bartlett	سلم نظام التسيير المعتمد
0,500	0,012	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

حسب اختبار Bartlett نلاحظ أن قيمته بلغت 0.012 وهي أقل من عتبة الدلالة التي لا

يجب أن تتعدى 5%. كما أن قيمة قياس مؤشر K-M-O تساوي 0.50 (لا بد أن تكون أكبر من

0.5) وعليه يمكننا الانتقال إلى تحليل المركبات الأساسية .

الجدول رقم(16) : نتائج قياس سلم نظام التسيير المعتمد

الفقرات	العامل	الشراكة
5- يتم وضع مسبق للخطط لأنها الأساس لعملية التسيير	0,884	0,782
6- هناك تحديد مسبق للأهداف المراد بلوغها	0,884	0,782
نسبة التباين	78,18	
القيمة الذاتية	1,564	
نسبة التباين المتراكم	78,18	
مصدقية ألفا لكرونباخ	0.6	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال تحليل المركبات الأساسية لمتغيرات سلم نظام التسيير المطبق بالمؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك نلاحظ أن هناك عامل واحد أساسي، يملك قيمة ذاتية تقدر ب 1.564 (وهي أكبر من 1) ويفسرهما 78.18% من التباين، بالإضافة إلى أن النتائج المتحصل عليها تؤكد مصداقية السلم والانسجام الداخلي للمركبات أو العناصر الاختبارية وذلك بعد الاحتفاظ بالفقرات الموضحة في الجدول والمتمثلة في السؤال 5-6، والتي بلغت قيمة اختبار شراكيته 0.782، 0.782 على التوالي وهي أكبر من 0.4. كما نلاحظ أن قيمة ألفا كرونباخ تساوي 0.6، وهي تتطابق مع الحد الأدنى المقبول مما يؤكد مصداقية سلم قياس نظام التسيير المطبق في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة.

3.3.2.4 سلم نظام التسيير الحديث

من أجل تحديد سلم النظام الحديث إختارنا المميزات الموائية:

- يعتمد على طريقة تدريب المستخدمين وتنمية كفاءتهم وقدراتهم على أحدث الوسائل التكنولوجية؛
- يقوم المسؤول المباشر بمتابعة تنفيذ العمل بشكل دائم (رقابة غير رسمية)؛
- تشجيع المبادرة ودعم تقديم الأفكار الجديدة من المستخدمين؛
- تشجيع إبداء الرأي وإشراك المستخدمين بوضع أهداف محددة ولفترة زمنية وتحديد أساليب بلوغها؛

- هناك نظام للاتصالات الذي يعمل من أجل توجيه الطاقات نحو تحديد الأهداف؛

- العمل بنظام معلومات متطور يعتمد على تكنولوجيا المعلومات والاتصال؛

- الاعتماد على منطق الكفاءات في إسناد المهام والمسؤوليات.

الجدول رقم (17): اختبار Bartlett ومؤشر K-M-O لسلم نظام التسيير الحديث

مؤشر K-M-O	اختبار Bartlett	سلم نظام التسيير الحديث
0,598	0,000	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

حسب اختبار Bartlett نلاحظ أن قيمته بلغت 0.000 وهي أقل من عتبة الدلالة التي لا يجب أن تتعدى 5%. كما أن قيمة قياس مؤشر K-M-O تساوي 0.598 (لا بد أن تكون أكبر من 0.5) وعليه يمكننا الانتقال إلى التحليل إلى المركبات الأساسية.

الجدول رقم(18) : نتائج قياس سلم نظام التسيير الحديث

الفقرات	العامل	الشراكة
11- تشجيع المبادرة ودعم تقديم الأفكار الجديدة من المستخدمين	0,956	0,913
12- تشجيع إبداء الرأي وإشراك المستخدمين بوضع أهداف محددة ولفترة زمنية وتحديد أساليب بلوغها	0,905	0,819
18- الاعتماد على منطق الكفاءات في إسناد المهام والمسؤوليات	0,783	0,614
نسبة التباين	78,20	
القيمة الذاتية	2,346	
نسبة التباين المتراكم	78,20	
مصدقية ألفا لكرونباخ	0,853	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال تحليل المركبات الأساسية لمتغيرات سلم تحديث التسيير بالمؤسسة الاستشفائية نلاحظ أن هناك عامل واحد أساسي يملك قيمة ذاتية تقدر بـ 2.346 (و هي أكبر من 1) ويفسر 78.20% من التباين، حيث ان نتائج الجدول أعلاه تؤكد مصداقية السلم والانسجام الداخلي للمركبات أو العناصر الاختبارية وذلك بعد الاحتفاظ بالفقرات المبينة في الجدول والمتمثلة في السؤال 11-12-18، والتي بلغت قيمة اختبار شراكيته 0.913، 0.819، 0.614 على التوالي وهي أكبر من 0.4، كما نلاحظ أن قيمة ألفا كرونباخ لسلم مميزات النظام الحديث تساوي 0.853، وهذه النتيجة تؤكد مصداقية سلم قياس كما أنها قيمة جيدة جدا تعكس الاتساق الداخلي لأداة الدراسة.

3.4 اختبار وتحليل فرضيات الدراسة

من خلال هذا العنصر سيتم عرض نتائج التحليل الإحصائي لكل من نظام التشغيل البيروقراطي، ونظام التشغيل المطبق في المؤسسة محل الدراسة ومميزات النظام الحديث، بالإضافة إلى التحليل الوصفي لأبعاد جودة الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك، ثم كمرحلة أخيرة نحاول اختبار وتحليل صحة الفرضيات.

1.3.4 التحليل الإحصائي لمميزات نظام التشغيل

سوف نحاول من خلال هذا المطلب تحليل النتائج المتحصل عليها وربطها مع السلك الذي ينتمي إليه المسير.

1.1.3.4 تحليل مميزات النظام البيروقراطي

سوف نحاول من خلال هذا العنصر تقديم الأسئلة التي طرحت على المبحوثين حول ما إذا كان مستشفى بوفاريك يتصف بمميزات النظام البيروقراطي.

الجدول رقم (19) : تحليل مميزات النظام البيروقراطي

س10: تشكيل لجنة من أجل القيام بعملية الرقابة (رقابة رسمية)									
العبرة		غير موافق تماما		غير موافق		محايد		موافق	
السلك	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار
رئيس مصلحة طبي	4	66.67	0	0	0	0	2	33.33	0
رئيس مصلحة شبه طبي	1	12.5	0	0	0	0	6	75	1

رئيس مصلحة إداري	3	60	0	0	0	0	2	40	0	0
س17: مناسبة تقسيم العمل كماً ونوعاً وحجماً وتوزيعاً على المستخدمين										
رئيس مصلحة طبي	2	33.33	1	16.67	0	0	3	50	0	0
رئيس مصلحة شبه طبي	0	0	2	25	0	0	6	75	0	0
رئيس مصلحة إداري	2	40	0	0	0	0	2	40	1	20
س19: إصدار جميع القرارات واللوائح الإدارية بشكل رسمي وكتابي										
رئيس مصلحة طبي	0	0	0	0	0	0	5	83.33	1	16.67
رئيس مصلحة شبه طبي	0	0	0	0	0	0	1	12.5	7	87.5
رئيس مصلحة إداري	0	0	0	0	0	0	2	40	3	60
س20: يتم توزيع الأعمال بناءً على التخصص وبشكل رسمي										
رئيس مصلحة طبي	0	0	0	0	0	0	4	66.67	2	33.33
رئيس مصلحة شبه طبي	0	0	0	0	0	0	6	75	2	25
رئيس مصلحة إداري	0	0	0	0	0	0	2	40	3	60
س21: تقسم المؤسسة الاستشفائية إلى مستويات على شكل هرمي يعبر عن تسلسل السلطة من القمة وحتى قاعدة الهرم الإداري										
رئيس مصلحة	0	0	0	0	0	0	3	50	3	50

طبي									
رئيس مصلحة شبه طبي	0	0	0	0	0	0	0	3	37.5
رئيس مصلحة إداري	0	0	0	0	0	0	0	2	40

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول الذي يربط بين مميزات النظام البيروقراطي مع السلك الذي ينتمي إليه المسير، توصلنا إلى أن المسيرين الطبيين غير موافقون تماماً على ان هناك رقابة رسمية حيث قدرت النسبة بـ 66.67%، فعلى سبيل المثال الهدف من عملية الرقابة تقويم المستخدمين وباعتبار المسير الطبي هو رئيس مصلحة يقوم بعملية التتقيط بالنسبة للطاقم الطبي الذي يعمل معه لذا فبحكم التعامل اليومي يؤدي إلى معرفته بكفاءة كل طبيب لذا يقوم بعملية التقييم لوحده، إلا انه هناك في بعض المصالح من ذكر انه يقوم بعملية الرقابة من خلال اجتماعه مع لجنة من الأطباء، أما بالنسبة للمسيرين شبه الطبيين فنسبة 75% كانت إجابتهم أنه حقيقة هناك لجنة مكونة من المنسق الطبي والطبيب رئيس المصلحة من أجل تقويم الطاقم شبه طبي، وفيما يخص السلك الإداري فالأغلبية التي قدرت بـ 60% حددت أنه ليس هناك رقابة رسمية ويرجع ذلك الى العدد الصغير بالنسبة للمستخدمين الإداريين حيث ان رئيس كل مصلحة يتابع بصفة يومية الفريق الذي يعمل معه.

أما بالنسبة لمناسبة تقسيم العمل فأغلبية المستخدمين مهما اختلفت أسلاكهم يرون أن التقسيم مناسب، وحددت النسب بـ 50%، 75%، 60% بالنسبة للمسير الطبي، شبه الطبي (40%+20%) والمسير الإداري على الترتيب، كما ويرجع عدم موافقة باقي المسيرين على تقسيم

كما نلاحظ أن المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك تتميز بإصدار جميع اللوائح والقرارات الإدارية بشكل كتابي ورسمي، وأن توزيع الأعمال يتم على أساس التخصص وبشكل رسمي كما أن الهيكل التنظيمي للمستشفى يقسم على مستويات بشكل هرمي يعبر عن تسلسل السلطة من القمة وحتى قاعدة الهرم الإداري، وهذا ما أكدته نتائج الاستبيان حيث أن كل الإجابات كانت بين موافق وموافق تماما، وهذا في الأصل يرجع إلى طبيعة المستشفى في حد ذاته.

2.1.3.4 مميزات النظام المعتمد

الهدف من هذا العنصر هو تحليل مميزات نظام التسيير المطبق في المؤسسة محل الدراسة.

الجدول رقم (20): مميزات النظام المعتمد

س5: يتم وضع مسبق للخطط لأنها الأساس لعملية التسيير										
موافق تماماً		موافق		محايد		غير موافق		غير موافق تماماً		العبارة
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	السلك
16.67	1	66.67	4	0	0	0	0	16.67	1	رئيس مصلحة طبي
12.5	1	62.5	5	0	0	12.5	1	12.5	1	رئيس مصلحة شبه طبي
60	3	40	2	0	0	0	0	0	0	رئيس مصلحة إداري

س6: هناك تحديد مسبق للأهداف المراد بلوغه										

رئيس مصلحة طبي	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16.67
رئيس مصلحة شبه طبي	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25
رئيس مصلحة إداري	0	0	0	0	0	0	0	0	0	80
س8: نظام التسيير المعتمد يقوم على مبدأ التحفيز										
رئيس مصلحة طبي	4	66.66	0	0	0	0	0	0	0	16.67
رئيس مصلحة شبه طبي	2	25	1	12.5	0	0	0	0	0	0
رئيس مصلحة إداري	2	40	0	0	0	0	0	0	0	20
س14: يتم وضع آليات التعاون الأفقي بين مختلف المستخدمين										
رئيس مصلحة طبي	0	0	16.67	0	0	0	0	0	0	16.67
رئيس مصلحة شبه طبي	1	12.5	1	12.5	0	0	0	0	0	25
رئيس مصلحة إداري	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60
س15: يقوم رئيس المصلحة بمتابعة التنفيذ الفعلي للخطط مع البرامج الموضوعية										
رئيس مصلحة طبي	0	0	0	0	0	0	0	0	0	66.67
رئيس مصلحة شبه طبي	0	0	0	0	0	0	0	0	0	62.5
رئيس مصلحة إداري	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

بالنسبة لتحليل الفقرات الخاصة بالنظام المطبق من قبل المؤسسة الاستشفائية بوفاريك، فقد توصلنا إلى أن المستشفى يتميز بالتخطيط المسبق هذا ما أكدته النسب المتحصل عليها حيث قدرت النسب بين موافق وموافق تماما بـ 83.34%، 75%، 100% للمسير الطبي، شبه طبي والمسير الإداري على الترتيب، أيضا نجد أن المسيرين بمختلف أسلاكهم يوافقون بنسبة 100% على أن المستشفى يقوم بتحديد ووضع الأهداف الواجب بلوغها بشكل مسبق. بالإضافة الى ذلك فإن المستخدمين في المستشفى يتميزون بوجود آليات التعاون الأفقي فيما بينهم ووصول المعلومة على أكمل صيغة، هذا ما يؤكد أن كل المبحوثين وافقوا بنسبة 100% على أن كل رئيس مصلحة باختلاف السلك الذي ينتمي إليه أنه يقوم بمتابعة التنفيذ الفعلي للخطط مع البرامج الموضوعية حيث ماعشناه في مستشفى بوفاريك ان كل رئيس مصلحة يتابع العمل اليومي مع الفريق المشرف عليه.

إلا أنه بالرغم من الميزات التي يتميز بها إلا أن المستشفى لا يعتمد على نظام التحفيز خاصة ان تعلق الأمر بالطاقم الطبي إذ قدرت النسبة بـ 66.67% غير موافقون تماما على أنهم يحصلون على حوافز من المستشفى التي يعملون بها، أما بالنسبة للمسيرين شبه طبيين فالأغلبية الساحقة والتي قدرت بـ 62.5% كانت موافقة على أن المستشفى يقدم لها البعض من الحوافز والقصد كان في إجابات المبحوثين خاصة الحوافز المعنوية، بالمقابل نجد نسبة 60% من المسيرين الإداريين موافقون على حصولهم على حوافز خاصة في الفترة الأخيرة.

3.1.3.4 مميزات النظام الحديث

الغرض من دراسة وتحليل هذا العنصر هو مامدى اتصاف مستشفى بوفاريك بمميزات النظام الحديث.

الجدول رقم (21) : مميزات النظام الحديث

س7: يعتمد على طريقة تدريب المستخدمين وتنمية كفاءتهم وقدراتهم على أحدث الوسائل التكنولوجية											
العبارة		غير موافق تماما		غير موافق		محايد		موافق		موافق تماما	
السلك	التكرار	%		التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%
رئيس مصلحة طبي	1	16.67		2	33.33	0	0	3	50	0	0
رئيس مصلحة شبه طبي	2	25		1	12.5	0	0	5	62.5	0	0
رئيس مصلحة إداري	2	40		0	0	0	0	2	40	1	20
س9: يقوم المسؤول المباشر بمتابعة تنفيذ العمل بشكل دائم (رقابة غير رسمية)											
رئيس مصلحة طبي	1	16.67		1	16.67	0	0	2	33.33	2	33.33
رئيس مصلحة شبه طبي	0	0		0	0	0	0	5	62.5	3	37.5
رئيس مصلحة إداري	1	20		0	0	0	0	2	40	2	40
س11: تشجيع المبادرة ودعم تقديم الأفكار الجديدة من المستخدمين											
رئيس مصلحة طبي	1	16.66		0	0	0	0	5	83.33	0	0
رئيس مصلحة شبه طبي	2	25		1	12.5	0	0	3	37.5	2	25
رئيس مصلحة إداري	0	0		0	0	0	0	3	60	2	40

س12: تشجيع إبداء الرأي وإشراك المستخدمين بوضع أهداف محددة ولفترة زمنية وتحديد أساليب بلوغها									
رئيس مصلحة طبي	1	16.67	0	0	1	16.67	4	66.67	0
رئيس مصلحة شبه طبي	2	25	0	0	0	0	6	75	0
رئيس مصلحة إداري	0	0	0	0	0	0	2	40	60
س13: هناك نظام للاتصالات الذي يعمل من أجل توجيه الطاقات نحو تحديد الأهداف									
رئيس مصلحة طبي	0	0	0	0	0	0	3	50	50
رئيس مصلحة شبه طبي	2	25	5	62.5	0	0	1	12.5	0
رئيس مصلحة إداري	0	0	0	0	0	0	4	80	20
س16: العمل بنظام معلومات متطور يعتمد على تكنولوجيا المعلومات والاتصال									
رئيس مصلحة طبي	4	66.66	1	16.67	1	16.67	0	0	0
رئيس مصلحة شبه طبي	7	87.5	1	12.5	0	0	0	0	0
رئيس مصلحة إداري	3	60	2	40	0	0	0	0	0
س18: الاعتماد على منطق الكفاءات في إسناد المهام والمسؤوليات									
رئيس مصلحة طبي	0	0	2	33.33	0	0	3	50	16.67
رئيس مصلحة شبه طبي	3	37.5	3	37.5	0	0	2	25	0

رئيس مصلحة إداري	1	20	1	20	0	0	2	40	1	20

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

بالنسبة لتحليل الفقرات الخاصة بما مدى تميز نظام التسيير المطبق من قبل المؤسسة الاستشفائية ببوفاريك بالحدثة، ومن خلال قراءتنا للجدول أعلاه نجد أن مستشفى ببوفاريك يتميز بوجود رقابة غير رسمية حيث أن أغلب الإجابات كانت بين الموافقة والموافقة التامة وقدرت النسب بـ 66.66%، 100%، 80% للمسير الطبي، شبه طبي والمسير الإداري على الترتيب، كما أصبحت تأخذ بعين الاعتبار طريقة العصف الذهني في التسيير والتي تعتمد على تشجيع المبادرة ودعم الأفكار الجديدة من قبل المستخدمين مهما كانت مستوياتهم، ويعتمد على طريقة تدريب المستخدمين وتنمية كفاءتهم وقدراتهم على أحدث الوسائل التكنولوجية بنسبة 80% بالنسبة للمسيرين الإداريين ونسبة 62.5% بالنسبة للمسيرين شبه طبيين، كما تستعمل طريقة الإدارة بالأهداف من خلال تشجيع إبداء الرأي وإشراك المستخدمين بوضع أهداف محددة ولفترة زمنية وتحديد أساليب بلوغها والاعتماد على منطق الكفاءات في إسناد المهام والمسؤوليات، بالإضافة إلى وجود قنوات الاتصال بين المستخدمين الناتجة عن آليات التعاون الأفقي.

إلا أنه بالرغم من المميزات التي تتصف بها المؤسسة الاستشفائية ببوفاريك إلا أنه يكمن الخلل في ضعف الاتصال بين الطاقم شبه طبي بنسبة 87.5%، أما بالنسبة للمسيرين الطبيين فنسبة 50% كان رأيهم أنهم لا يحصلون على تدريب وتنمية كفاءاتهم على أحدث الوسائل التكنولوجية، بالإضافة إلى عدم العمل بنظام معلومات متطور يعتمد على تكنولوجيا المعلومات والاتصال حيث عبرت الإجابات بشدة على هذا المعيار بنسب بين غير الموافق وغير الموافق تماماً قدرت بـ 100%.

2.3.4 تحليل أبعاد جودة الخدمة الصحية

سوف نحاول دراسة كل بعد من الأبعاد الخمسة لجودة الخدمة الصحية ولكن من خلال الربط مع المصالح الإستشفائية الموجودة في المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك، والهدف من هذا الربط هو محاولة معرفة مدى تطبيق كل مصلحة لأبعاد جودة الخدمة الصحية على حدى.

1.2.3.4 دراسة بعد الاعتمادية

لم ينصب اهتمامنا على دراسة بعد الاعتمادية بالنسبة للخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة محل الدراسة، بل كان الهدف الأساسي هو معرفة مامدى تحقق هذا البعد بالنسبة لكل مصلحة على حدى.

الجدول رقم (22): قياس بعد الاعتمادية

س6: تلتزم المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة										
غير موافق تماما		موافق		محايد		غير موافق		موافق تماما		العبارة
التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	المصالح
1	3.33	24	80	1	3.33	3	10	1	3.33	الجراحة العامة
6	20	17	56.67	0	0	4	13.33	3	10	الطب الداخلي
5	23.81	11	52.33	0	0	5	23.81	0	0	طب الأطفال
3	11.11	14	51.85	0	0	4	14.81	6	22.22	الأمراض المعدية
4	11.43	17	48.57	4	11.43	10	28.57	0	0	مصلحة التوليد والنساء
2	7.41	16	59.26	1	3.70	6	22.22	2	7.41	الاستعجالات

س7: عدم حدوث أخطاء في التشخيص أو العلاج

0	0	70	21	13.33	4	10	3	6.67	2	الجراحة العامة
16.67	5	70	21	3.33	1	10	3	0	0	الطب الداخلي
23.81	5	47.62	10	14.29	3	14.29	3	0	0	طب الأطفال
25.93	7	62.96	17	7.41	2	0	0	3.70	1	الأمراض المعدية
8.57	3	68.57	24	0	0	20	7	2.86	1	أمراض النساء والتوليد
7.41	2	66.67	18	7.41	2	18.20	5	0	0	الاستعمالات

س8: يلتزم المستخدمون بالمؤسسة الاستشفائية بإعطاء كل الوقت للمستفيد من أجل التشخيص الطبي والمعالجة

3.33	1	80	24	0	0	16.67	5	0	0	الجراحة العامة
20	6	50	15	3.33	1	16.67	5	10	3	الطب الداخلي
14.29	3	66.67	14	4.76	1	14.29	3	0	0	طب الأطفال
0	0	74.09	20	3.70	1	14.81	4	7.41	2	الأمراض المعدية
14.26	5	51.43	18	0	0	25.71	9	8.57	3	أمراض النساء والتوليد
11.11	3	62.96	17	0	0	25.93	7	0	0	الاستعمالات

س9: تعمل المؤسسة الاستشفائية بتقديم خدمات صحية بشكل جيد

6.67	2	80	24	0	0	10	3	3.33	1	الجراحة العامة
16.67	5	60	18	3.33	1	6.67	2	13.33	4	الطب الداخلي
19.05	4	71.43	15	0	0	9.52	2	0	0	طب الأطفال
3.70	1	66.67	18	7.41	2	14.81	4	7.41	2	الأمراض المعدية

2.86	1	60	21	0	0	2.86	10	8.57	3	أمراض النساء والوليد
7.41	2	55.57	15	3.70	1	33.33	9	0	0	الاستجالات

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

نلاحظ من خلال النسب المتحصل عليها أن عدد كبير متفق على إلزام المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك بتقديم خدمات صحية في المواعيد المحددة للمستفيدين فنرى أن كل المصالح تتميز بهذه الميزة، فقد قدرت النسب بـ 80%، 56.67%، 52.33%، 51.85%، 48.57%، 59.26% على الترتيب للمصالح الجراحة العامة، الطب الداخلي، طب الأطفال، الأمراض المعدية، مصلحة النساء والتوليد والاستجالات، كذلك اتفاق أغلبية المستفيدين على عدم حدوث أخطاء في التشخيص والعلاج، حيث نجد النسب على الترتيب بالنسبة للمصالح المحددة سالفا بـ 70%، 70%، 47.62%، 62.96%، 68.57%، 66.67%، أما بالنسبة لالتزام المستخدمين بالمؤسسة الإستشفائية العمومية ببوفاريك بإعطاء كل الوقت للمستفيد من أجل التشخيص الطبي والمعالجة فقد تميزت مصلحة الجراحة العامة باتفاق المستفيدين بنسبة 80%، ثم تليها مصلحة الأمراض المعدية بنسبة 74.09%، كما تتقارب كل من مصلحة طب الأطفال، مصلحة النساء والتوليد ومصلحة الاستجالات بنسب 66.67%، 51.43%، 62.96% على الترتيب، أما فيما يخص تقديم خدمات صحية بشكل جيد أيضا تميزت مصلحة الجراحة العامة بهذه الخاصية، فنسبة 80% من المستفيدين المستجوبين كانوا على اتفاق بأن هذه المصلحة تعمل بتقديم خدمات صحية بشكل جيد، كما تقاربت آراء المستفيدين بالنسبة للمصالح الأخرى فنجد النسب تتراوح بين 60%، 71.43%، 66.67%، 60% و 55.57% بالنسبة للمصالح الأخرى على الترتيب.

إذا من خلال التحليل السابق نستنتج أن المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك يمكن الاعتماد عليها، فكما ذكرنا سابقا فإن الاعتمادية في مجال الخدمات الصحية تعني الالتزام بتقديم الخدمات الصحية للمستفيدين بشكل جيد وفي المواعيد المحددة وبدون حدوث أي أخطاء في التشخيص والعلاج.

2.2.3.4 دراسة بعد الاستجابة

سوف نحاول في هذا العنصر دراسة مامدى توفر الخدمات الصحية المقدمة من المصالح الموجودة بالمؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك على بعد الاستجابة.

الجدول رقم (23): قياس بعد الاستجابة

س10: تقوم المؤسسة الاستشفائية بإبلاغ المستفيدين بموعد تقديم الخدمة											
العبارة		غير موافق تماما		غير موافق		محايد		موافق		موافق تماما	
المصالح	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار
الجراحة العامة	1	3.33	13	43.33	0	0	43.33	13	3.33	3	10
الطب الداخلي	2	6.67	16	53.33	2	6.67	23.33	7	6.67	3	10
طب الأطفال	4	19.05	15	71.42	0	0	0	0	19.05	2	9.52
الأمراض المعدية	3	11.11	8	29.63	5	18.52	14.81	4	11.11	7	25.93
مصلحة النساء والتوليد	3	8.57	23	65.71	2	5.71	20	7	8.57	0	0
الاستعجلات	0	0	13	48.15	8	29.63	22.22	6	0	0	0
س11: استجابة المستخدمين في المؤسسة الاستشفائية لاحتياجات المستفيدين											
الجراحة العامة	0	0	25	83.33	0	0	10	3	0	2	6.67

16.67	5	60	18	0	0	16.67	5	6.67	2	الطب الداخلي
19.05	4	57.14	12	4.76	1	14.29	3	4.76	1	طب الأطفال
14.81	4	59.26	16	0	0	11.11	3	14.81	4	الأمراض المعدية
0	0	34.26	12	0	0	54.29	19	11.43	4	مصلحة النساء والتوليد
11.11	3	59.26	16	0	0	25.93	7	3.70	1	الاستعجالات
س12: حسن الاستقبال عند دخولك المؤسسة الإستشفائية										
16.67	5	76.67	23	3.33	1	3.33	1	0	0	الجراحة العامة
26.67	8	60	18	6.67	2	0	0	6.67	2	الطب الداخلي
28.57	6	52.38	11	0	0	9.52	2	9.52	2	طب الأطفال
14.81	4	66.67	18	3.70	1	14.81	4	0	0	الأمراض المعدية
2.86	1	11.43	7	11.43	7	34.29	12	22.85	8	مصلحة النساء والتوليد
3.70	1	29.63	8	7.41	2	40.74	11	18.52	5	الاستعجالات
س13: تبسط المؤسسة الاستشفائية إجراءات دخول المستفيد										
13.33	4	83.33	25	0	0	3.33	1	0	0	الجراحة العامة
26.67	8	60	18	3.33	1	3.33	1	6.67	2	الطب الداخلي
19.08	4	57.14	12	0	0	9.52	2	14.29	3	طب الأطفال
14.81	4	74.07	20	0	0	11.11	3	0	0	الأمراض المعدية
5.71	2	28.57	10	37.14	13	22.86	8	5.71	2	مصلحة النساء والتوليد
3.70	1	37.04	10	7.41	2	37.04	10	14.81	4	الاستعجالات

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

أظهرت النتائج أن أغلبية المبحوثين (المستفيدين) يتفقون على أن المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك تقوم بالإبلاغ عن موعد تقديم الخدمة، حسب المصالح التالية: الجراحة العامة، الطب الداخلي، طب الأطفال، الأمراض المعدية، مصلحة النساء والتوليد والاستعدادات وهذا ما تؤكد النسب والتي هي على الترتيب: 43.33%، 53.33%، 71.42%، 29.63%، 65.71%، 48.15%؛ كما أن استجابات المستفيدين بمصلحة الجراحة العامة كانت بالإجماع حول استجابة المستخدمين في المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك لاحتياجاتهم حيث تراوحت النسبة بـ 83.33%، تليها نسبة 60% بمصلحة الطب الداخلي، ثم نسبة 59.26% لكل من مصلحة الأمراض المعدية ومصلحة الاستعدادات، أما مصلحة طب الأطفال فقد كانت النسبة تقدر بـ 57.14%، لتليها مصلحة قسم النساء والتوليد بنسبة 34.26%.

أما فيما يتعلق بحسن الاستقبال عند الدخول إلى المؤسسة الاستشفائية فكانت النتائج متقاربة بين كل من مصلحة الجراحة العامة، الأمراض المعدية، الطب الداخلي ومصلحة طب الأطفال، حيث قدرت النسب بالترتيب كما يلي: 76.67%، 66.67%، 60% و 52.38%، أما بالنسبة لكل من مصلحة قسم النساء والتوليد والاستعدادات فقد قدرت النسب كما يلي: 11.43%، 29.63%؛ كما أن هناك عدد كبير بمصلحة الجراحة العامة ومصلحة الأمراض المعدية يتفق على أن المؤسسة الاستشفائية تبسط من إجراءات دخول المستفيد إليها، حيث كانت نسب الإجابات على الترتيب 83.33%، 74.41%، بينما فيما يخص المستجوبين في المصالح: الطب الداخلي، طب الأطفال والاستعدادات فقد كانت نسب الإجابة متفاوتة وقد قدرت على الترتيب كما يلي: 60%، 57.14%، 28.57% و 37.04%.

3.2.3.4 دراسة بعد الأمان

الهدف من دراسة هذا البعد هو معرفة العلاقة بين المستفيدين والمستخدمين في المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك، سواءاً كانوا طبيين أو شبه طبيين.

الجدول رقم (24): قياس بعد الأمان

س14: الشعور بالأمان و الثقة في كفاءة المستخدمين بالمؤسسة الاستشفائية											
العبارة		غير موافق تماما		غير موافق		محايد		موافق		موافق تماما	
المصالح	التكرار	%		التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%
الجراحة العامة	0	0		2	6.67	2	6.67	21	70	5	16.67
الطب الداخلي	1	3.33		1	3.33	1	3.33	19	63.33	8	26.67
طب الأطفال	1	4.76		0	0	3	14.29	15	71.43	2	9.52
الأمراض المعدية	0	0		1	3.70	4	14.81	15	55.56	7	29.92
مصلحة النساء والتوليد	0	0		11	31.43	5	14.28	19	54.29	0	0
الاستعمالات	1	3.70		5	18.52	5	18.52	16	59.26	0	0
س15: ضمان استمرارية متابعة حالة المستفيد الصحية											
الجراحة العامة	1	3.33		3	10	6	20	18	60	2	6.67
الطب الداخلي	0	0		9	30	1	3.33	14	46.67	6	20
طب الأطفال	1	4.76		0	0	7	33.33	11	52.38	2	9.52
الأمراض المعدية	2	7.41		5	18.52	1	3.70	17	62.96	2	7.41
مصلحة النساء والتوليد	0	0		16	45.71	0	0	19	54.29	0	0

3.70	1	59.26	16	18.52	5	18.52	5	0	0	الاستعدادات
س16: سهولة فهم المعلومات المقدمة لك حول حالتك الصحية										
23.33	7	70	21	3.33	1	3.33	1	0	0	الجراحة العامة
13.33	4	70	21	10	3	6.67	2	0	0	الطب الداخلي
19.05	4	66.67	14	9.52	2	0	0	4.76	1	طب الأطفال
7.41	2	62.96	17	3.70	1	11.11	3	7.41	2	الأمراض المعدية
5.71	2	54.29	19	2.86	1	31.43	11	5.71	2	مصلحة النساء والتوليد
3.70	1	74.07	20	3.70	1	18.52	5	0	0	الاستعدادات
س17: معاملة المستخدمين بالمؤسسة الاستشفائية تتميز بحسن الخلق										
33.33	10	56.67	17	0	0	6.67	2	3.33	1	الجراحة العامة
26.67	8	66.67	20	0	0	3.33	1	3.33	1	الطب الداخلي
9.52	2	76.19	16	9.52	2	4.76	1	0	0	طب الأطفال
22.22	6	59.26	16	0	0	14.81	4	3.70	1	الأمراض المعدية
0	0	31.43	11	0	0	37.14	13	31.43	11	مصلحة النساء والتوليد
0	0	70.37	19	7.40	2	22.22	6	0	0	الاستعدادات
س18: ضمان سرية المعلومات الخاصة بالمستفيد										
3.33	1	63.33	19	33.33	10	0	0	0	0	الجراحة العامة
20	6	70	21	10	3	0	0	0	0	الطب الداخلي
0	0	52.38	11	47.62	10	0	0	0	0	طب الأطفال
14.81	4	70.37	19	11.11	3	3.70	1	0	0	الأمراض المعدية
0	0	62.86	22	22.86	8	14.28	5	0	0	مصلحة النساء

										والوليد
0	0	7.40	2	92.59	25	0	0	0	0	الاستعجالات

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

بينت استجابات المبحوثين أن مصالح المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك والتي تمثلت في: الجراحة العامة، الطب الداخلي، طب الأطفال، الأمراض المعدية، مصلحة النساء والتوليد والاستعجالات ، قد أجمعت على الشعور بالأمان والثقة الكاملة في كفاءة المستخدمين بالمؤسسة، وهذا ما أكدته النسب المتقاربة فيما بينها والتي قدرت على الترتيب ب: 70%، 63.33%، 71.43%، 55.56%، 54.29% و 59.26%؛ أما فيما يخص ضمان استمرارية متابعة حالة المستفيد الصحية فكانت الاستجابات متقاربة جداً، إذ قدرت بـ 60%، 46.67%، 52.38%، 62.96%، 54.29%، 59.26%، على الترتيب بالنسبة للمصالح المحددة سابقاً.

أما بالنسبة لاستجابات المستفيدين حول مدى سهولة فهم المعلومات المقدمة لهم حول حالتهم الصحية فقد كانت متقاربة بشكل كبير، حيث اتفقت نسبة 74.07% من المبحوثين بمصلحة الاستعجالات، لتتساوى نسبة الإجابة لكل من مصلحتي الجراحة العامة والطب الداخلي بنسبة قدرت بـ 70%، ثم تليها كل من مصلحة طب الأطفال، الأمراض المعدية وقسم التوليد بالنسب التالية وعلى الترتيب: 66.67%، 62.96% و 54.26%؛ وفيما يخص طريقة معاملة المستخدمين للمستفيدين فقد اتفق المبحوثين على تميزها بحسن الخلق بكل المصالح سائلة الذكر وقد قدرت نسب إجاباتهم على الترتيب ب: 56.67%، 66.67%، 76.19%، 59.26%، 31.43% و 70.37%؛ أما فيما يخص المعلومات الخاصة بالمريض فقد كانت معظم الإجابات إيجابية حيث يتفق المستفيدون على أن المؤسسة الاستشفائية تضمن سرية هذه المعلومات وما

يؤكد صحة ذلك النسب المتحصل عليها حسب المصالح السابقة الذكر والتي قدرت بالترتيب بـ:

63.33%، 70%، 52.38%، 70.37%، 62.87% و 7.40%.

4.2.3.4 دراسة بعد التعاطف

الهدف من دراسة هذا البعد هو تحليل العلاقة التي تربط بين المستفيدين والمستخدمين الطبيين وشبه الطبيين.

الجدول رقم (25): قياس بعد التعاطف

س19: ملائمة ساعات العمل أو الوقت المخصص للخدمة المقدمة											
العبرة		غير موافق تماما		غير موافق		محايد		موافق		موافق تماما	
المصالح	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار
الجراحة العامة	1	3.33	2	6.67	2	6.67	2	76.67	23	76.67	2
الطب الداخلي	0	0	3	10	1	3.33	23	76.67	3	3.33	0
طب الأطفال	0	0	2	9.52	3	14.28	16	76.19	0	0	0
الأمراض المعدية	1	3.70	5	18.52	0	0	19	70.37	2	7.41	0
مصلحة النساء والتوليد	0	0	1	2.86	11	31.43	23	65.71	0	0	0
الاستعجالات	0	0	1	3.70	1	3.70	24	88.89	1	3.70	0

س20: الروح المرححة في التعامل مع المستفيد										
الجراحة العامة	0	0	0	0	1	3.33	26	86.67	3	10
الطب الداخلي	0	0	1	3.33	2	6.67	22	73.33	5	16.67
طب الأطفال	0	0	0	0	0	0	20	95.24	1	4.76

14.81	4	66.67	18	0	0	14.81	4	3.70	1	الأمراض المعدية
0	0	20	7	0	0	48.57	17	31.43	11	مصلحة النساء والتوليد
3.70	1	70.37	19	3.70	1	22.22	6	0	0	الاستعمالات
س21: الحرص على توفير جو الهدوء والراحة										
6.67	2	83.33	25	3.33	1	6.67	2	0	0	الجراحة العامة
0	0	73.33	22	0	0	10	3	16.67	5	الطب الداخلي
4.76	1	8.96	17	4.76	1	9.52	2	0	0	طب الأطفال
0	0	51.85	14	0	0	37	10	11.11	3	الأمراض المعدية
0	0	14.29	5	5.71	2	51.43	18	28.57	10	مصلحة النساء والتوليد
0	0	0	0	100	27	0	0	0	0	الاستعمالات
س22: يتصرف المستخدمون الطبيين معك بشكل جيد										
20	6	76.67	23	0	0	3.33	1	0	0	الجراحة العامة
26.67	8	63.33	19	3.33	1	6.67	2	0	0	الطب الداخلي
14.29	3	76.19	16	9.52	2	0	0	0	0	طب الأطفال
25.93	7	70.37	19	0	0	3.70	1	0	0	الأمراض المعدية
0	0	68.57	24	8.57	3	14.14	6	5.71	2	مصلحة النساء والتوليد
0	0	0	0	100	27	0	0	0	0	الاستعمالات
س23: يتصرف المستخدمون شبه الطبيين معك بشكل جيد										
26.67	8	63.33	19	10	3	0	0	0	0	الجراحة العامة
23.33	7	63.33	19	0	0	10	3	3.33	1	الطب الداخلي

4.74	1	80.95	17	9.52	2	4.76	1	0	0	طب الأطفال
25.93	7	66.67	18	3.70	1	0	0	3.70	1	الأمراض المعدية
5.71	2	74.29	26	5.71	2	14.29	5	0	0	مصلحة النساء والتوليد
0	0	0	0	100	27	0	0	0	0	الاستجالات

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

نلاحظ من خلال النسب المتحصل عليها في الجدول أعلاه على أن معظم المستجوبين يتفقون على ملائمة ساعات العمل والوقت المخصص للخدمة الصحية المقدمة من طرف المؤسسة الاستشفائية ببوفاريك، حيث تقاربت النسب بشكل كبير بين المصالح والتي كانت كالتالي: مصلحة الاستجالات بنسبة 88.89%، كما تقاربت النسب في مصلحة الجراحة العامة والطب الداخلي وطب الأطفال تتراوح بين 76%، تليهم مصلحة الأمراض المعدية بنسبة 70.37%، مصلحة النساء والتوليد 65.71%؛ أما فيما يخص طبيعة التعامل فقد اتفق المستفيدون على الروح المرحية في التعامل معهم وهذا ما تبينه نسب الإجابات، وقد كانت النسب حسب ترتيب المصالح في الجدول أعلاه كالتالي: 86.67%، 73.33%، 95.24%، 66.67%، 20% و 70.37%؛ أما بالنسبة إلى الحرص على توفير جو الهدوء والراحة فقد كانت نسبة الإجابات متفاوتة بين مختلف المصالح وقد قدرت على الترتيب حسب الجدول كما يلي: 83.33%، 73.33%، 8.96%، 51.85%، 14.29%، أما بالنسبة لمصلحة الاستجالات فالنسبة معدومة وذلك لطبيعة المصلحة.

أما فيما يخص طبيعة تصرف المستخدمين الطبيين مع المستفيدين فقد انعدمت نسبة الإجابة بمصلحة الاستجالات، إلا أن المبحوثين بباقي المصالح يتفقون على التصرف الجيد وهذا ما تؤكد النسب بالترتيب كمايلي: 76.67%، 63.33%، 76.19%، 70.37% و 68.57%؛ أما

بالنسبة لطبيعة تصرف المستخدمين شبه الطبيين فالإجابة بمصلحة الاستعجالات كانت أيضا منعدمة إلا أنها تتقارب بالنسبة لباقي المصالح إذ يجمع المستفيدون على التصرف الجيد بمصلحة طب الأطفال بنسبة قدرت 80.95%، يليها مصلحة النساء والتوليد بنسبة 74.29%، ثم مصلحة الأمراض المعدية بنسبة 66.67%، تليها كل من مصلحة الجراحة العامة والطب الداخلي بنسبة 63.33%.

إذا في ضوء ما تقدم يمكن القول أن بعد التعاطف يشير إلى العلاقة والتفاعل بين مراجعي المؤسسة الصحية وأعضاء الفريق الصحي والفني والإداري والمحاسبي فيها. ويقصد به وجود الثقة والاحترام واللباقة واللفظ والكراسة والسرية والتفهم والإصغاء والتواصل بين مقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها، إذ تسهم العلاقة الجيدة بين الطرفين في إنجاح الخدمة الصحية واستجابة المرضى للتعليمات الصحية، فضلاً على أن التعاطف يضع مصلحة المستفيدين في مقدمة اهتمامات الإدارة والمستخدمين في المؤسسة الصحية والإصغاء لشكوى المستفيد وتلبية احتياجاته بروح من الود واللفظ.

5.2.3.4 دراسة بعد الملموسية

سوف نحاول من خلال هذا البعد تحليل كل من موقع المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك وسهولة الوصول إلى المصالح، مع استجواب المبحوثين حول مامدى توفر النظافة في كل من الغرف الحمامات وقاعات الانتظار.

الجدول رقم(26): قياس بعد الملموسية

س24: تمتاز المؤسسة الاستشفائية بموقع ملائم ويسهل الوصول إليه										
موافق تماماً		موافق		محايد		غير موافق		غير موافق تماماً		العبارة
%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	المصالح
3.33	1	90	27	3.33	1	0	0	3.33	1	الجراحة العامة
10	3	86.67	26	0	0	0	0	3.33	1	الطب الداخلي
28.57	6	66.67	14	0	0	4.76	1	0	0	طب الأطفال
25.93	7	66.67	18	3.70	1	3.70	1	0	0	الأمراض المعدية
25.71	9	74.26	26	0	0	0	0	0	0	مصلحة النساء والتوليد
48.15	13	44.45	12	3.70	1	3.70	1	0	0	الاستعجالات
س25: توفر المؤسسة الاستشفائية كل الأدوية والأجهزة الطبية الحديثة التي يحتاجها المستفيد										
10	3	76.67	23	6.67	2	3.33	1	3.33	1	الجراحة العامة
16.67	5	56.67	17	10	3	10	3	6.67	2	الطب الداخلي
0	0	52.38	11	23.81	5	23.81	5	0	0	طب الأطفال
11.11	3	33.33	9	7.41	2	18.52	5	29.63	8	الأمراض المعدية
2.86	1	20	7	0	0	37.14	13	40	14	مصلحة النساء والتوليد
14.81	4	55.56	15	18.52	5	7.41	2	3.70	1	الاستعجالات
س26: لدى المؤسسة الاستشفائية لوحات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام										
3.33	1	93.33	28	0	0	0	0	3.33	1	الجراحة العامة
30	9	70	21	0	0	0	0	0	0	الطب الداخلي

33.33	7	57.14	12	4.76	1	4.76	1	0	0	طب الأطفال
18.52	5	74.04	20	7.41	2	0	0	0	0	الأمراض المعدية
2.86	1	82.86	29	14.29	5	0	0	0	0	مصلحة النساء والتوليد
62.96	17	33.34	9	3.70	1	0	0	0	0	الاستجالات
س27: تمتلك المؤسسة الإستشفائية العمومية ببوفاريك قاعات انتظار، غرف ومراحض نظيفة										
3.33	1	43.33	13	3.33	1	16.67	5	33.33	10	الجراحة العامة
3.33	1	30	9	10	3	23.33	7	33.33	10	الطب الداخلي
9.52	2	42.86	9	4.76	1	4.76	1	38.09	8	طب الأطفال
0	0	11.11	3	3.70	1	29.63	8	55.56	15	الأمراض المعدية
0	0	0	0	0	0	37.14	13	62.86	22	مصلحة النساء والتوليد
0	0	0	0	3.70	1	18.52	5	77.78	21	الاستجالات

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

نلاحظ من خلال النسب المتحصل عليها أن المستفيدين يتفقون على أن المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك تمتاز بموقع ملائم يسهل الوصول إليه، وهذا ما تؤكد نسب الإجابات حسب مصالح المؤسسة سابقة الذكر والتي هي من الأعلى نسبة إلى الأقل نسبة كما يلي: الجراحة العامة بـ 90%، الطب الداخلي بـ 86.67%، طب الأطفال ومصلحة الأمراض المعدية بـ 66.67%، مصلحة النساء والتوليد بـ 74.26% وأخيرا مصلحة الاستجالات بـ 44.45%؛ أما فيما يخص توفر المؤسسة الاستشفائية على كل الأدوية والأجهزة الطبية الحديثة فكانت نسب الإجابات شبه متقاربة بين المصالح وقد قدرت على أساس الترتيب المدرج بالجدول أعلاه كما يلي: 76.67%، 56.67%، 52.38%، و 55.56%؛ إذا نلاحظ أن مصلحة

الأمراض المعدية ومصلحة النساء والتوليد تميزت بنسب أقل وهي على الترتيب 33.33%، 20% حيث اتفق المستجوبين على أن الغرف لا تتوفر على الأجهزة الطبية الحديثة بالرغم من أهميتها في هذه المصالح.

أما فيما يتعلق بتوفر المؤسسة على لوحات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام فقد اتفق المبحوثين بشدة على هذه النقطة، أما بالنسبة إلى امتلاك المؤسسة الاستشفائية لقاعات انتظار، غرف ومراحيض نظيفة فقد كانت الإجابات تقريبا كلها غير موافقين تماما خاصة مصلحة الاستعجالات، مصلحة النساء والتوليد ومصلحة الأمراض المعدية، ذلك يتضح جليا من خلال النسب المتحصل عليها 77.78%، 62.86%، 55.56% على الترتيب.

3.3.4 تحليل ومناقشة نتائج اختبار الفرضيات

سنتناول من خلال هذا الجزء من الدراسة اختبار الفرضيات الموضوعة مستعينين بالانحدار الخطي مع تحليل وتفسير نتائج الاختبار إحصائيا واقتصاديا.

1.3.3.4 اختبار الفرضية الأولى

الفرضية الأولى والتي مفادها "نظام التسيير المعتمد في المؤسسة الإستشفائية العمومية يتصف بمميزات نظام التسيير الحديث"، للإجابة المنهجية على هذه الفرضية يتطلب اختبارها دراسة مميزات نظام التسيير المعتمد من قبل المؤسسات الاستشفائية العمومية ببوفاريك وهل يتصف بمميزات النظام الحديث.

الجدول رقم(27): نظام التسيير المعتمد في المؤسسة الاستشفائية العمومية

يتصف بمميزات نظام التسيير الحديث

BETA	اختبار T	SIG	نظام التسيير المعتمد في المؤسسة الاستشفائية العمومية يتصف بمميزات نظام التسيير الحديث
.401	1.805	.089	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

حسب النتائج المتحصل عليها باستخدام الانحدار الخطي، ونتائج الدراسة الوصفية، يتبين أن نظام التسيير المطبق في المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك لا يتصف بمميزات النظام الحديث، حيث أن مستوى الدلالة المتحصل عليه قدر بـ $SIG = 0.089$ وذلك إن دل على شيء فإنما يدل على عدم وجود دلالة علما أنه في حالة وجودها لابد من أن مستوى الدلالة يكون أقل من $SIG > 0.05$ ، بالإضافة إلى أن اختبار T بلغت قيمته المحسوبة 1.805 وهي أقل من 1.96 القيمة الجدولية عند مستوى دلالة $SIG = 0.05$ ، هذا ما يؤكد أن نظام التسيير المطبق بالمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة لا يتصف بمميزات النظام الحديث، مما يؤكد عدم صحة هذه الفرضية الأولى.

2.3.3.4 اختبار صحة الفرضية الثانية

الهدف من وضع هذه الفرضية كان محاولة معرفة فيما إذا كان نظام التسيير المطبق في المؤسسة الاستشفائية العمومية يؤثر على جودة الخدمة الصحية، لذا من أجل اختبار إثبات أو نفي هذه الفرضية كان لابد علينا من التحليل الوصفي للمتغير (نظام التسيير المطبق) والمتغير التابع (جودة الخدمة الصحية).

1.2.3.3.4 التحليل الوصفي لنظام التسيير المطبق

الجدول رقم (28): التحليل الوصفي لمميزات نظام التسيير المعتمد

الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	درجة الموافقة
- يتم وضع مسبق للخطط لأنها الأساس لعملية التسيير	3.84	1.21	4	موافق
- هناك تحديد مسبق للأهداف المراد بلوغها	4.36	0.49	5	موافق جدا
- نظام التسيير المعتمد يقوم على مبدأ التحفيز	2.73	1.62	3	متوسط
- يتم وضع آليات التعاون الأفقي بين مختلف المستخدمين	3.94	1.12	4	موافق
- يقوم رئيس المصلحة بمتابعة التنفيذ الفعلي للخطط مع البرامج الموضوعية	4.63	0.49	5	موافق جدا
المجموع	3.90	0.986	4	موافق

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

قد أفرزت نتائج التحليل على أن رئيس المصلحة مهما كان السلك الذي ينتمي إليه يقوم بمتابعة التنفيذ الفعلي للخطط مع البرامج الموضوعية ويثبت ذلك من خلال قيمة المتوسط الحسابي التي قدرت بـ 4.63 وانحراف معياري 0.49، كما توصلنا إلى اهتمام إدارة المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة بتحديد مسبق للأهداف المراد تحقيقها بمتوسط حسابي 4.36 وانحراف معياري 0.49، ذلك ان دل على شيء فإنما يدل على أن المسيرين أغلبهم وافقوا بدرجة عالية جدا على أن المؤسسة الاستشفائية ببوفاريك تقوم بتحديد الأهداف المراد بلوغها من قبل، كما أن كل رؤساء المصالح يقومون بمتابعة التنفيذ الفعلي مع البرامج الموضوعية، بالإضافة إلى أن المبحوثين أكدوا على أن إدارة المؤسسة تقوم على أساس التخطيط المسبق بمتوسط حسابي 3.84 وانحراف معياري 1.21، هذا ما يجعل المهمة سهلة على رؤساء المصالح لذا هما بالمقابل يقومون بآليات

التعاون الأفقي مع مختلف المستخدمين الذين يعملون معهم وذلك بمختلف أسلاكهم، سواءً كانوا رؤساء مصالح طبيين، شبه طبيين أو إداريين بمتوسط حسابي 3.94 وانحراف معياري 1.12، ولكن بالرغم من حرص المؤسسة الاستشفائية على تطبيق أهم مبادئ التسيير إلا أنها أغفلت عن الاعتماد على نظام الحوافز الذي يعتبر بدوره طريقة جد فعالة من أجل الرفع من إنتاجية كل عامل وهذا ما أكدته درجة الموافقة المتوسطة بمتوسط حسابي 2.73 وانحراف معياري 1.62.

2.2.3.3.4 التحليل الوصفي لأبعاد جودة الخدمات الصحية

الجدول رقم(29): التحليل الوصفي لأبعاد جودة الخدمات الصحية

الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	درجة الموافقة
الاعتمادية				
- تلتزم المؤسسة الاستشفائية بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة	3.50	1.14	4	موافق
- عدم حدوث أخطاء في التشخيص أو العلاج	3.74	0.91	4	موافق
- يلتزم المستخدمون بالمؤسسة الاستشفائية بإعطاء كل الوقت للمستفيد من أجل التشخيص الطبي والمعالجة	3.55	1.06	4	موافق
- تعمل المؤسسة الاستشفائية بتقديم خدمات صحية بشكل جيد	3.53	1.06	4	موافق
المجموع	3.58	1.04	4	عالية
الاستجابة				
- تقوم المؤسسة الاستشفائية بإبلاغ المستفيد بموعد تقديم الخدمة	3.32	1.13	3	محايد
- استجابة المستخدمين في المؤسسة الاستشفائية لاحتياجات المستفيد	3.41	1.16	4	موافق
- حسن الاستقبال عند دخولك المؤسسة الاستشفائية	3.41	1.22	4	موافق

موافق	4	1.09	3.55	- تبسط المؤسسة الاستشفائية إجراءات دخول المستفيدين
عالية	4	1.15	3.42	المجموع
الأمان				
موافق	4	0.89	3.72	- الشعور بالأمان والثقة في كفاءة المستخدمين بالمؤسسة الاستشفائية
موافق	4	0.99	3.44	- ضمان استمرارية متابعة حالة المستفيد الصحية
موافق	4	3.23	3.96	- سهولة فهم المعلومات المقدمة لك حول حالتك الصحية
موافق	4	1.17	3.56	- معاملة المستخدمين بالمؤسسة الاستشفائية تتميز بحسن الخلق
موافق	4	0.65	3.64	- ضمان سرية المعلومات الخاصة بالمستفيد
عالية	4	1.38	3.66	المجموع
التعاطف				
موافق	4	0.72	3.74	- ملائمة ساعات العمل أو الوقت المخصص للخدمة المقدمة
موافق	4	1.08	3.51	- الروح المرحة في التعامل مع المستفيد
محايد	3	1.08	3.10	- الحرص على توفير جو الهدوء والراحة
موافق	4	0.79	3.79	- يتصرف المستخدمون الطبيين معك بشكل جيد
موافق	4	0.79	3.80	- يتصرف المستخدمون شبه الطبيين معك بشكل جيد
عالية	4	0.89	3.58	المجموع
الملموسية				
موافق	4	0.63	4.14	- تمتاز المؤسسة الاستشفائية بموقع ملائم ويسهل الوصول إليه
محايد	3	1.27	3.19	- توفر المؤسسة الاستشفائية كل الأدوية والأجهزة الطبية الحديثة التي يحتاجها المستفيد
موافق	4	0.58	4.15	- لدى المؤسسة الاستشفائية لوحات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام

غیر موافق	2	1.25	2.00	- تمتلك المؤسسة الإستشفائية العمومية ببوفاريك قاعات إنتظار، غرف ومراحيض نظيفة
متوسط	3	0.93	3.37	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول أعلاه كان لا بد علينا من تحليل كل بعد على

حدي:

بعد الاعتمادية، اتضح لنا أن العبارات الأربعة وقعت ضمن المجال الايجابي، وهذا ما تؤكد قيمة المتوسط الحسابي الإجمالي حيث قدرت بـ 3.58، وبانحراف معياري 1.04، وذلك إن دل على شيء فإنما يدل على أن جودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية ببوفاريك تتميز بتقديم خدمات صحية بشكل جيد وفي مواعيد محددة وبدون حدوث أي أخطاء ومع إعطاء كل الوقت للمستفيد من أجل عملية التشخيص، إذا تتميز المستشفى محل الدراسة ببعد الاعتمادية في حين تعني الاعتمادية في مجال الخدمة الصحية ملاحظة أو مشاهدة المستفيد للخدمة وفقا لتوقعاته وتلقي المعالجة المطلوبة، كون المستشفى يلتزم بتقديم الخدمات الصحية في مواعيدها المحددة وبطريقة صحيحة من أول مرة.

بعد الاستجابة، من خلال النتائج المتحصل عليها نجد أن هناك استجابة من طرف المستشفى لاستفسارات واحتياجات المستفيدين، كما أنها تسهل إجراءات الدخول مع حسن الاستقبال، وذلك يتضح من خلال قيمة المتوسط الحسابي حيث كانت في المجال الايجابي وقدرت بـ 3.42 وبانحراف معياري يقدر بـ 1.15، إذا ما نلاحظه أن المؤسسة الاستشفائية ببوفاريك تتميز ببعد الاستجابة مع المستفيدين من الخدمات الصحية.

بعد الأمان، الهدف من هذا البعد الشعور بالأمان في التعامل، وتمتع المستخدمين الطبيين وشبه طبيين بالمهارات اللازمة والأدب وحسن الخلق، الحرص على ضمان سرية المعلومات الخاصة بالمستفيد وعلى متابعة حالته، كل هذه القيم متوفرة مما يدل على تميز المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة ببعد الضمان الذي يقع في المجال الايجابي، حيث بلغ متوسطه الحسابي 3.66 وانحراف معياري يقدر 0.89.

بعد التعاطف، من خلال النتائج المتحصل عليها من إجابات المستفيدين توصلنا إلى أن المستخدمين الطبيين وشبه الطبيين يتصرفون بشكل جيد معهم كما أنهم يعاملونهم بلطف، كما أن ساعات العمل مناسبة، يعني هناك تواصل في المعلومات حول حالة المستفيد بين المستخدمين خاصة وأن شبه طبيين يعملون بالمناوبة وهذا ما أكدته نتائج المتوسطات الحسابية حيث كلها كانت في المجال الايجابي، لكن بالرغم من ذلك إلا أنه عدم توفر الهدوء حسب إجابات المبحوثين وهذا ما دل عليه المتوسط الحسابي في المجال المتوسط والذي قدر بـ 3.10 وانحراف معياري 1.08، لكن رأي المبحوثين حول عدم توفر الهدوء لا يرجع إلى أسباب خاصة بالمستشفى بل إلى الزوار الذين يزورون المستفيدين هم الذين لا يحترمون آداب الزيارة في المستشفى، خاصة وأن وقت الزيارة هو من الساعة 13:00 زوالا إلى 15:00 إذ كانت رغبة الكثير من المبحوثين المقيمين بالمستشفى تغيير ساعات الزيارة إلى بعد العصر، لكن بالرغم من ذلك وفي الإجمالي يتحقق بعد التعاطف بمتوسط حسابي ايجابي قدر بـ 3.58 وانحراف معياري 0.89 .

بعد الملموسية، من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول أعلاه، اتضح أن المستشفى يتمتع بموقع ملائم يسهل الوصول إليه إضافة إلى اتساع الممرات فيه ووجود اللوحات والعلامات الإرشادية التي تسهل الوصول إلى مختلف الأقسام والمصالح، في حين وقعت الإجابات في المجال

المتوسط بالنسبة لتوفر المؤسسة الاستشفائية على الأدوية والأجهزة الطبية التي يحتاجها المستفيد بمتوسط حسابي 3.19 وانحراف معياري 1.27، أما فيما يخص العبارة الخاصة بإملاك المؤسسة الاستشفائية على قاعات انتظار، غرف ومراحيض نظيفة فكانت النتائج في المجال السلبي حيث حدد المتوسط الحسابي بـ 2 وانحراف معياري 0.93 وهذا ان دل على شيء فإنما يدل على عدم توفر النظافة في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة، وفي الإجمالي نجد أن بعد الملموسية تميز بمتوسط حسابي متوسط قدر بـ 3.37 وانحراف معياري 0.93 .

3.2.3.3.4 التحليل التركيبي

من خلال نتائج التحليل الوصفي بالنسبة للمتغير المستقل، توصلنا إلى أن نظام التسيير المطبق يعتمد على التخطيط بدرجة كبيرة كما يطبق مبدأ تحديد الأهداف وبالمشاركة مع رؤساء المصالح بالإضافة إلى أن كل رئيس مصلحة يقوم بمتابعة التنفيذ الفعلي مع البرامج الموضوعية مهما كان السلك الذي ينتمي إليه، إلا أنه ينقصها تطبيق نظام الحوافز، كما تبين لنا من خلال تحليل المتغير التابع (جودة الخدمة الصحية)، أن الخدمات التي تقدمها المؤسسة الاستشفائية ببوفاريك تتميز ببعض أنواع الجودة، كما يبقى بعد الملموسية غير محقق وخاصة الفقرات المتعلقة بالنظافة، إذا نستطيع القول أن نظام التسيير المطبق في المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك ينقصه البعض من الصفات حتى يستطيع تحقيق أبعاد الجودة بنسبة 100%، ومن هنا نثبت صحة الفرضية الثانية.

3.3.3.4 اختبار الفرضية الثالثة

لقد كان الهدف من وضع هذه الفرضية هو دراسة مامدى اتصاف نظام التسيير المعتمد في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة بمميزات النظام الحديث، لذا صيغت بالشكل التالي "جودة

الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك مرتبطة بمدى حداثة نظام التشغيل، ومن أجل التحقق من هذه الفرضية قدمنا نموذج لنظام التشغيل الممكن الاعتماد عليه في المؤسسة الاستشفائية وهو يتميز بالعصرية في مقوماته. وذلك من خلال تقديم أسئلة تتضمن مميزات نظام التشغيل الحديث وما مدى توفرها في نظام التشغيل المعتمد.

1.3.3.3.4 التحليل الوصفي لنظام التشغيل الحديث

الجدول رقم (30): تحليل نظام التشغيل الحديث

الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الاتجاه
- يعتمد على طريقة تدريب المستخدمين وتنمية كفاءتهم وقدراتهم على أحدث الوسائل التكنولوجية	2.94	1.43	3	غير موافق
- يقوم المسؤول المباشر بمتابعة تنفيذ العمل بشكل دائم (رقابة غير رسمية)	3.94	1.26	4	موافق
- تشجيع المبادرة ودعم تقديم الأفكار الجديدة من المستخدمين	3.63	1.34	4	موافق
- تشجيع إبداء الرأي وإشراك المستخدمين بوضع أهداف محددة وفترة زمنية وتحديد أساليب بلوغها	3.63	1.25	4	موافق
- هناك نظام للاتصالات الذي يعمل من أجل توجيه الطاقات نحو تحديد الأهداف	3.36	1.38	3	محايد
- العمل بنظام معلومات متطور يعتمد على تكنولوجيا المعلومات والاتصال	1.31	0.58	1	غير موافق تماما
- الاعتماد على منطق الكفاءات في إسناد المهام والمسؤوليات	2.84	1.42	3	محايد
المجموع	3.09	1.23	3	متوسط

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

قد أفرزت نتائج التحليل على أنه يعتمد في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة على طريقة الرقابة غير الرسمية حيث يقوم المسؤول المباشر بعملية الرقابة من خلال المتابعة اليومية للفريق الذي يعمل معه وهذا ما أكدته النتائج المتحصل عليها حيث قدر المتوسط الحسابي 3.94 والانحراف المعياري 1.12، بالإضافة إلى أن المستشفى تعمل جاهدة على تشجيع المبادرة ودعم تقديم الأفكار الجديدة من المستخدمين، وإبداء الرأي وإشراك المستخدمين بوضع أهداف محددة ولفترة زمنية وتحديد أساليب بلوغها، هذا ما نلاحظه من خلال قيمة المتوسطات الحسابية التي قدرت بـ 3.63، 3.63 وانحراف معياري 1.34 و 1.25 على الترتيب، ولكن بالرغم من ذلك إلا أن المستشفى لا تستثمر بشكل جيد في تدريب المستخدمين وتنمية كفاءتهم وقدراتهم على أحدث الوسائل التكنولوجية، كما هناك ضعف في نظام الاتصالات الذي يعمل من أجل توجيه الطاقات نحو تحديد الأهداف، بالإضافة إلى نقص الاعتماد على منطق الكفاءات في إسناد المهام والمسؤوليات، هذا ما جاءت به قيمة المتوسطات الحسابية التي قدرت بـ 2.94، 3.36، 2.84 وانحراف معياري 1.43، 1.38 و 1.42 على الترتيب.

كما أن المؤسسة محل الدراسة لا تعتمد على نظام معلومات متطور يعتمد على تكنولوجيا المعلومات والاتصال، حيث أن كل المبحوثين كانوا غير موافقون تماما بمتوسط حسابي 1.31 وانحراف معياري 0.58.

2.3.3.3.4 التحليل التركيبي

بعد نتائج التحليل الوصفي لأبعاد جودة الخدمة الصحية والنتائج المتحصل عليها لدراسة مامدى اتصاف النظام بمميزات الحداثة، توصلنا إلى أن المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك تتميز بنوعية في خدماتها الصحية وذلك يرجع إلى الصفات الجديدة التي أدخلت على نظام

التسيير، فبعد المقابلات التي قمنا بها ودراسة وضعية المستشفى توصلنا إلى أنها مؤخرا تعرف حملة من الإصلاحات، حيث قامت بتطبيق مبادئ الإدارة الحديثة، فنجدها أصبحت تعتمد على مبادئ الإدارة بالأهداف حيث يتم إشراك المستخدمين في وضع الأهداف، كما أنها تتميز بنظام فعال للاتصال فيما بين المستخدمين بالإضافة إلى اعتمادها على بعض مبادئ العصف الذهني، إذ أصبحت هناك حرية الإبداع وإبداء الرأي وتشجيع المبادرة ودعم تقديم الأفكار الجديدة بالنسبة للمستخدمين بمختلف أسلاكهم، إتضح ذلك من خلال مشروع المؤسسة، حيث أن المدير الجديد للمستشفى اعتمد على طريقة ترك المجال أمام الأفكار الجديدة فقدم لكل رئيس مصلحة طبي فرصة تقديم مشروع لمدة عامين بالنسبة للمصلحة التي هو مسؤول عنها، وينصب الاهتمام في هذه المشاريع على الوضعية الوبائية بالنسبة للموقع الموجودة فيه المؤسسة الاستشفائية، بعد ذلك تعرض كل المشاريع في المجلس الطبي تناقش في عدة حصص ويتم ترتيبها حسب أولويتها، ثم يتم اختيار مشروع واحد حسب الإمكانيات المادية المتاحة، بعد ذلك يعرض على مستوى المجلس الإداري، ولمزيد من التفاصيل راجع الملحق الخاص بمشروع المؤسسة 2015-2016.

بالإضافة أنه تم على مستوى المؤسسة الاستشفائية ببوفاريك بتدريب المستخدمين الطبيين وشبه طبيين والإداريين على الأساليب الجديدة لمواكبة التطور الحاصل في الميدان الطبي خاصة أنهم قاموا بإقتناء كل التجهيزات اللازمة للبدء بأول خطوة في الصحة الالكترونية حيث سيتم الشروع في تنفيذ استراتيجية الطب عند بعد وهذا ما أكد عليه كل المسيرين الطبيين الذين قمنا بمقابلتهم، كما سيتم فتح مصلحة خاصة بمكافحة السرطان، والقيام بالأيام التحسيسية لمكافحة السيدا¹.

¹ مقابلة مع مدير المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك.

إذا من خلال الطرح السابق نستنتج أنه ارتفاع مستوى الخدمات الصحية في المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك كان نتيجة اعتماد أساليب حديثة في التسيير، ومنه نثبت صحة الفرضية الثالثة.

4.3.3.4 إختبار الفرضية الرابعة

تم وضع هذه الفرضية قصد التعرف فيما إذا كان نظام التسيير المطبق في المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك يطبق مبادئ البيروقراطية وإلى أي مدى تؤثر هذه المبادئ على جودة الخدمات الصحية، لذا تمحورت بالشكل التالي "النمط التنظيمي والتسييري ذو الطابع البيروقراطي للمؤسسة الإستشفائية العمومية الجزائرية يؤثر على جودة الخدمات الصحية".

1.4.3.3.4 تحليل صفات نظام التسيير البيروقراطي

الجدول رقم (31): تحليل نظام التسيير البيروقراطي

الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الاتجاه
- تشكيل لجنة من أجل القيام بعملية الرقابة (رقابة رسمية)	2.78	1.58	3	محايد
- مناسبة تقسيم العمل كمّاً ونوعاً وحجماً وتوزيعاً على المستخدمين	3.10	1.37	3	محايد
- إصدار جميع القرارات واللوائح الإدارية بشكل رسمي وكتابي	4.57	0.50	5	موافق تماماً
- يتم توزيع الأعمال بناءً على التخصص وبشكل رسمي	4.36	0.49	5	موافق تماماً
- تقسم المؤسسة الإستشفائية إلى مستويات على شكل هرمي يعبر عن تسلسل السلطة من القمة وحتى قاعدة الهرم الإداري	4.42	0.50	5	موافق تماماً
المجموع	3.84	0.88	4	عالية

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات SPSS

من خلال نتائج تحليل الفقرات الخاصة بالنظام البيروقراطي، توصلنا إلى ان المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك تتميز بإصدار جميع القرارات واللوائح الإدارية بشكل رسمي وكتابي ويعلن عليها على مستوى كل المصالح، كما يتم توزيع الأعمال بناءا على التخصص وبشكل رسمي وتقسم المؤسسة إلى مستويات على شكل هرمي يعبر عن تسلسل السلطة من القمة وحتى قاعدة الهرم الإداري، هذا أثبت من خلال النتائج المتوصل إليها حيث قدر المتوسط الحسابي بـ 4.57-4.36-4.42 وانحراف معياري 0.49-0.50 و 0.50 على الترتيب، أما بالنسبة لإستعمال طريقة الرقابة الرسمية على المستخدمين فكانت درجة الموافقة متوسطة بين المسيرين، وذلك كون أن رئيس المصلحة الطبي يقوم بالتنسيق مع المنسق شبه الطبي من أجل تقييم عمل المستخدمين شبه الطبيين، أما فيما يخص مناسبة تقسيم العمل كماً ونوعاً وحجماً وتوزيعاً على المستخدمين فقد تراوح المتوسط الحسابي بـ 3.10 وانحراف معياري 1.37 بدرجة موافقة متوسطة.

2.4.3.3.4 التحليل التركيبي

بعد فرز نتائج التحليل الوصفي الخاصة بمميزات النظام البيروقراطي والنتائج المقدمة سالفا الخاصة بأبعاد جودة الخدمات الصحية، نستنتج أن النظام المطبق في المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك يتصف بكونه نظام بيروقراطي ولكن ليس بمفهوم البيروقراطية السلبي (حسب ما ذكر في الفصل الأول)، في حين أن طبيعة المستشفى تستلزم الاعتماد على إصدار جميع القرارات واللوائح الإدارية بشكل رسمي وكتابي، كما أنه لابد على تنظيم المستشفى أن يكون مقسم إلى مستويات على شكل هرمي يعبر عن تسلسل السلطة من القمة وحتى قاعدة الهرم الإداري، وحسب طبيعة عمل المستشفى لابد من توزيع الأعمال بناءا على التخصص، إذا نستنتج صحة الفرضية الرابعة.

خلاصة الفصل

من خلال دراسة الحالة التي قمنا بها على مستوى المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك حاولنا إبراز أثر عصنة نظام التسيير المطبق على جودة الخدمات الصحية، بالاعتماد على نوعين من الاستثمارات، الأولى موجهة إلى المسيرين بمختلف أسلاكهم مرتبطة بتحليل المتغير المستقل والمتمثل في نظام التسيير، والاستبيان الثاني يقيس أبعاد جودة الخدمة الصحية المقدمة إلى المستفيدين، وبعد التطرق إلى إجراءات الدراسة تم القيام بالتحليل المسبق لاختبار الفرضيات عن طريق التحليل الوصفي وتحليل المكونات الرئيسية ACP ومعامل المصادقية ألفا لكرونباخ، إذ يهدف هذا التحليل إلى تصفية نموذج القياس (الاستبيان) من العبارات أو المركبات (Items) التي تعيق التحليل العاملي، من أجل المصادقة على سلالمة قياس متغيرات الدراسة.

إذا ما لاحظناه أنه يبقى تسيير المؤسسة الإستشفائية العمومية ببوفاريك يشكل أولوية من خلال إعادة النظر في نمط التسيير المتبع، وتبني نظام حديث للتسيير يتماشى مع التطورات والتغيرات في المحيط وذلك بغية الرفع من مستوى الخدمات الصحية المقدمة.

لذا فإن تطبيق وتبني المداخل الحديثة في التسيير لا يتطلب إجراء قانونيا للعمل بطريقة مميزة، لأن أي مدير يمكن أن يطبقها بالمستشفى الذي يديرها. خاصة إذا كان القصد من ذلك الرغبة في تحسين الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين والقضاء على المشاكل المتعلقة بالتسيير والتنظيم.

خاتمة عامة:

من خلال الدراسة التي قمنا بها وتحليل جميع المعطيات والمؤشرات المؤثرة في المنظومة الاستشفائية الجزائرية توصلنا إلى أن أزمة المؤسسات الإستشفائية العمومية الجزائرية مرتبطة بمشاكل التنظيم والتسيير وليس نقص في الإمكانيات والموارد البشرية والمادية، فهذه الموارد والقدرات مستخدمة استخداما سيئا. الشيء الذي انعكس على عدم قدرة حل مشاكل المواطنين الصحية، لذا فإنه لا يمكن أن تستمر مثل هذه الوضعية، فمن أجل التكيف مع المستجدات المعاصرة والتغيرات في الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية لبلادنا يتحتم على مؤسساتنا الصحية أن تعمل على تحويل عميق إيجابي لطرق تسييرها، وتحديث جذري لأنظمة التسيير المعتمدة ومحاولة إشراك المستخدمين في الإدارة، الاهتمام بمعايير المردودية، الكفاءة والفعالية الأمر الذي يمكنها من تقديم خدمات صحية أكثر نوعية وأقل تكلفة.

لذلك فرغم الأشواط التي قطعت في مجال الصحة العمومية والتي لا يمكن أن ينكرها أحد، إلا أنه لا بد من الإقرار بالحاجة إلى المزيد من الجهود للوصول إلى المستوى المطلوب من الخدمات الصحية. ولذلك فمن مسؤولية المستخدمين بمختلف أسلاكهم السهر على تقليص النقائص المسجلة ورفع تحدي الجودة المطروح على صعيد الوقاية والعلاج، بما يرتقي بهذه الجودة إلى مستوى المقاييس الدولية. فتجسيد هذا الهدف مرهون بإرادة العاملين في القطاع وأدائهم مثلما هو مرتبط كذلك مرهون بقدرتهم على تحسين تسيير الموارد المادية والمالية المتاحة. ومن أجل ذلك يجب ضمان أفضل تسيير للهياكل والمصالح وتحسين استقبال المستفيدين ومعاملتهم معاملة إنسانية وإعطائهم العلاج الذي يحق لهم قانونا الحصول عليه.

نتائج الدراسة

من خلال دراسة مامدى أثر عصرنه التسيير على جودة الخدمات الصحية توصلنا إلى مجموعة من النتائج وعلى أساسها يمكننا تقديم جملة من التوصيات التي نعتقد أنها لو طبقت ستكون قادرة على عصرنه التسيير في مؤسساتنا الإستشفائية:

1. التطور التاريخي الذي عرفه النظام الصحي الجزائري حدد أساليب تسيير وتنظيم مختلف

أشكال المؤسسات الإستشفائية، إلا أنه في الواقع لازال الاعتماد على أساليب تسيير تقليدية

والتي تحول دون عصرنه المؤسسات الإستشفائية العمومية الجزائرية ؛

2. بالرغم من الأهمية الإستراتيجية للهياكل الصحية في تحقيق التنمية الاجتماعية

والاقتصادية إلا أن هناك الكثير من المشكلات التي تعترض السير الحسن للمؤسسات

الاستشفائية وأهمها مركزية القرار؛

3. باشرت السلطات المعنية إصلاحات هامة في المجال الصحي وبالأخص من أجل تحديث

تسيير المؤسسات الاستشفائية، لكنها تبقى غير كافية لأن تطبيق بعض الاستراتيجيات

يسير بوتيرة بطيئة، والبعض منها يبقى مجرد حبر على ورق؛

4. نستنتج أن مشاركة المستخدمين بمختلف أسلاكهم ضروري لاجداث التغييرات التنظيمية

المنشودة في أداء العمل والخدمات الصحية وفق ما تريده إدارة المؤسسة الاستشفائية في

نظام إدارة الجودة التي ستطبقه؛

5. نظام التسيير المعتمد في المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك لا يتميز بالموصفات

العالمية للعصرنه، لكن بالرغم من ذلك هناك جهود معتبرة من أجل إدخال التغييرات حتى

يستطيع مواكبة التطورات في الميدان الصحي؛

6. العلاقة الموجودة بين تحديث انظمة التسيير وجودة الخدمات الصحية المقدمة يؤدي إلى نتيجة مفادها أن تبني أساليب العصرية بالمستشفى سيؤدي إلى ترقية الخدمات الصحية من جهة، وإلى رفع مستوى المستخدمين من جهة أخرى؛
7. الإستخدام السيئ لنموذج البيروقراطية الموجود في النمط التنظيمي والتسييري في إدارة المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك كان لها تأثير على الخدمات الصحية المقدمة؛
8. إدخال مميزات العصرية في نظام التسيير المعتمد في المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك سيؤدي لنتيجة حتمية وهي جودة في الخدمات الصحية؛
9. هناك رغبة حقيقية من قبل المستخدمين في المؤسسة الاستشفائية ببوفاريك للمساهمة في تحسين الخدمات الصحية، ولذلك على الإدارة الأخذ بعين الاعتبار هذه الملاحظة، وربطها بنظام تحفيز فعال إذا ما أرادت تحقيق أهدافها أو تبني نظام تسيير حديث على مستوى المستشفى.

التوصيات

- بناء على نتائج التحليل، نقدم مجموعة من التوصيات هدفها الوصول لعصرية تسيير المؤسسات الاستشفائية العمومية، وبالتالي الرفع من مستوى الخدمات الصحية:
1. ضرورة ضمان وتنمية ثقافة جديدة، هي ثقافة الالتزام بالتطوير والتحديث لتأسيس إدارة فاعلة تخدم المستفيدين منها، ومن أجل أن تنشأ علاقات ثقة متبادلة بين هذه الإدارة وبين المستفيدين لابد من عصرية نظم التسيير في المؤسسات؛
2. الاستعانة بالتقنيات التنظيمية المعتمدة بالمؤسسات الحديثة وتبنيها في المؤسسات الاستشفائية من خلال هيكل تنظيمي مرن يبين أهمية كل وحدة تنظيمية بالمستشفى؛

3. الإستعانة بالتنظيم المصنوف في البناءات الجديدة بالمؤسسات الاستشفائية، حيث أن ذلك ييسر العمل للمستخدمين الطبيين وشبه الطبيين ويسهل تنقل المستفيدين بين المصالح الضرورية، كالمخبر، مصلحة الأشعة...؛
4. التطبيق الفعلي لمنهج التعاقد الخارجي، حيث لابد من تبني هذه الفكرة للرفع من مستوى الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية؛
5. لابد من معالجة مشكل رئيسي وهو مشكل النظافة في المؤسسات الصحية، حيث لا يتم القضاء عليه إلا من خلال القيام بشراكة مع مؤسسات التنظيف؛
6. يجب الاهتمام بالاتصالات الداخلية في هذه المؤسسات، وتشجيع المبادرات وأن تعمل إدارتها على إشراك جميع المستخدمين في القرارات التي تهم تسيير ومستقبل مؤسساتهم؛
7. لابد من وضع مخطط محاسبي وطني استشفائي يتماشى مع المتطلبات الحديثة يسمح باستخدام أدوات المحاسبة التحليلية من أجل تحديد مستوى تكاليف تشغيلها وخدماتها؛
8. إنشاء نظام المعلومات الصحي على مستوى كل مؤسسة إستشفائية لمعرفة مدى نجاح السياسات الصحية المتبعة، واتخاذ مختلف الإجراءات الوقائية لتصحيح الاختلالات وحل المشاكل المرتبطة بالخدمات الصحية؛
9. العمل على تحسين ظروف العمل، وتوفير المواد المستهلكة، الأدوية الأساسية بصفة؛
10. الاهتمام بالصيانة الدورية للمعدات والتجهيزات الطبية التي تتوفر عليها هذه المؤسسات، والعمل على توفير قطع الغيار لها الشيء الذي يسمح بالتكفل الصحيح بالمستفيد وتقديم خدمات صحية في المستوى؛

11. الإستغلال الأمثل للموارد البشرية المتاحة، بزيادة التكوين والتدريب على أحدث

التقنيات في الميدان الصحي؛

12. انشاء قنوات اتصال بين مختلف الفاعلين في القطاع الصحي الجزائري والقطاعات

الصحية الأجنبية للاستفادة من الخبرات والمستجدات في هذا المجال؛

13. لا بد من تحفيز وتحريك الموارد البشرية، وذلك بتحسين ورفع أجورهم ومختلف

العلاوات إلى مستويات تسمح لهم بالعيش الكريم، والتفرغ كليا إلى المستفيدين خاصة وأن

عدم رضاهم وغضبهم سببه الرئيسي ضعف مستويات أجورهم.

أفاق الدراسة

في الأخير يمكن القول أن موضوع تحديث تسيير المؤسسات الاستشفائية وعلاقته بجودة الخدمات الصحية وبحكم شجاعته وتشعبه وتطوره بشكل مستمر، لا يمكن استيفائه بالتحليل المطلوب في هذا العمل، لهذا الغرض يبقى الأمل أن يمهد هذا العمل السبيل لدراسات مستقبلية أوفى وأشمل تهتم خاصة بدراسة كيفية تقييم أنظمة التسيير الحديثة المطبقة بالمؤسسة، وكيفية معالجة الاختلالات في أنظمة التسيير من خلال الإجراءات الوقائية أو الإجراءات التصحيحية، لذا فإننا نعتبر دراستنا هذه كقاعدة يمكن الانطلاق منها لبناء مواضيع أخرى ذات علاقة بها يمكن أن تساهم أكثر في إثراء البحث العلمي في ميدان عصرة التسيير وجودة الخدمات الصحية، وفيما يلي سنقدم بعض المواضيع المقترحة للبحث على أمل أن نلفت أنظار الباحثين لمعالجتها:

- المنهج التعاقدي كآلية لتحديث التسيير في المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية؛

- تقييم جودة الخدمات الصحية- دراسة مقارنة بين القطاع العام والخاص.-.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

❖ الكتب:

1. أبو الحسن عبد الموجود إبراهيم، التطوير الإداري في منظمات الرعاية الاجتماعية، الكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 2007.
2. أحمد بن صالح عبد الحفيظ، المرجع العملي لتطبيق منهج الهندرة، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2003.
3. أحمد ماهر، تطوير المنظمات-الدليل العلمي لإعادة الهيكلة والتميز الإداري وإدارة التغيير-، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2007.
4. أحمد محمد غنيم، إدارة المستشفيات رؤية معاصرة، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، الاسكندرية، 2006.
5. امتثال حسن عبد الرزاق وآخرون، مبادئ الاحصاء الوصفي، الدار الجامعية، الاسكندرية، 2002.
6. بشير العلاق وحמיד الطائي، مبادئ التسويق الحديث -مدخل شامل-، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الطبعة العربية، عمان، 2009.
7. بشير علاق، الإدارة الحديثة-نظريات ومفاهيم-، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2008.
8. بلال خلف السكارنة، التطوير التنظيمي والإداري، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، ط1، 2009.
9. تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، 2005.
10. جمال الدين لعويسات، السلوك التنظيمي والتطوير الإداري، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2003.
11. جمال الدين لعويسات، مبادئ الإدارة، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2003.
12. حسان إبراهيم حسن، إدارة الموارد البشرية في القطاع العام، دار البداية، الاسكندرية ط2010، 1.
13. حسين ذنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات-وجهة نظر معاصرة-، دار وائل للنشر، عمان، 2005.

14. خليل محمد حسن الشماع، خضير كاظم حمود ، نظرية المنظمة ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2005.
15. ذوقان عبيدات وآخرون، البحث العلمي: مفهومة، أدواته وأساليبه، دار الفكر، عمان، 2001.
16. ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والإجتماعي، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2008.
17. زكي خليل المساعدة، تسويق الخدمات و تطبيقاته، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان، 2006.
18. سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق، عمان، ط1، 2007.
19. سيد محمد جاد الرب، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، مطبعة العشري، الاسكندرية، 2008.
20. صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة ، دار الفكر ، عمان، 2009.
21. ضر زهران، إدارة المستشفيات الرعاية الصحة، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 2006.
22. طلال بت عايد الأحمد، إدارة الرعاية الصحية، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، 2004.
23. طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس، مصر، 2006 .
24. عامر قنديلجي، البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات التقليدية والالكترونية، دار الميسرة للنشر، عمان، 2001 .
25. عبد الإله ساعاتي، مبادئ إدارة المستشفيات، دار الفكر العربي، مصر، 1998.
26. عبد الرحمن توفيق، الإدارة بالمعرفة :تغيير مالا يمكن تغييره، مركز الخبرات المهنية للإدارة، القاهرة، 2004.
27. عبد العزيز أبو نعمة، تسويق الخدمات المتخصصة، الوراق للنشر والتوزيع، عمان، 2005.
28. عبد العزيز المخيمر ومحمد الطعامنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات - المفاهيم والتطبيقات-، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2003.
29. عز عبد الفتاح، مقدمة في الإحصاء الوصفي والاستدلالي باستخدام SPSS، خوارزم العلمية للنشر والتوزيع، جدة، 2008.

30. علي عبد الهادي مسلم وأيمن علي عمر، علم تحليل وتصميم منظمات الأعمال: مدخلي إعادة الهيكلة وإعادة الهندسة، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2007.
31. علي محمد منصور، مبادئ الإدارة: أسس ومفاهيم، مجموعة النيل العربية، القاهرة، ط2، 2004.
32. عمرو صفي عقيقي، الإدارة أصول وأسس و مفاهيم، دار زهدان للنشر والتوزيع، عمان، 2007.
33. فريد النجار، إدارة المستشفيات وشركات الأدوية - تكامل العلاج و الدواء- دار نشر الثقافة، الاسكندرية، 2007.
34. فريد توفيق نصيرات، تسويق خدمات الرعاية الإستشفائية والطبية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2014.
35. فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2007.
36. كامل بربر، الإتجاهات الحديثة في الإدارة وتحديات المديرين، دار المنهل اللبناني، بيروت، ط2، 2008.
37. محسن أحمد الخضري، الإدارة بالتجوال، منهج متكامل لتحقيق الفاعلية الإدارية على مستوى المشروع والاقتصاد القومي، ايتراك للنشر والتوزيع، الاسكندرية، 2000.
38. محمد الصيرفي، التطوير التنظيمي، دار الفكر الجامعي، الاسكندرية، ط2007، 1.
39. محمد بهجت جاد الله كشك، المنظمات وأسس إدارتها، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، ط2، 2003.
40. محمد حسنين العجمي، الإتجاهات الحديثة في القيادة الإدارية والتنمية البشرية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، ط1، 2008.
41. محمد رسلان الجبوسي وجميلة جاد الله، الإدارة علم وتطبيق، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2008.
42. محمد سامي راضي، المحاسبة في المستشفيات والوحدات العلاجية، الدار الجامعية الإبراهيمية، الاسكندرية، 2007 .
43. محمد شامل فهمي، الاحصاء بلا معاناة: المفاهيم والتطبيقات باستخدام (Spss)، معهد الادارة العامة، الرياض، 2005.
44. محمد عبد الفتاح الصيرفي ، مفاهيم إدارية حديثة، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2003.

45. محمد عبده حافظ، تسويق الخدمات، المكتب العربي للمعارف، الطبعة الأولى، القاهرة، 2009.
46. محمد عبيدات وآخرون، منهجية المنهج العلمي: القواعد والمراحل والتطبيقات، دار وائل للطباعة والنشر، عمان، ط2، 1999.
47. مهدي حسن زويلف، منهجية البحث العلمي، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان، 1998.
48. مورييس أنجريس، منهجية البحث العلمي في البحوث الانسانية: تدريبات علمية، ترجمة بوزيد صحراوي وكمال بوشرف، وسعيد سبعون، دار القصة للنشر، الجزائر العاصمة، 2006.
49. نظام موبيسي سويدان، التسويق مفاهيم معاصرة، دار الحامد، عمان ، دون ذكر سنة النشر.
50. نوري منير، تسيير الموارد البشرية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2010 .
51. هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، دار وائل للنشر، الأردن، ط4، 2008.

❖ الرسائل والأطروحات الجامعية:

52. لشهب صفاء، مراقبة التسيير في القطاع العمومي ودورها في تحسين فعالية التسيير وجودة الخدمات بالقطاع الصحي في الجزائر، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، فرع ادارة اعمال كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة الجزائر 3، 2014/2015.
53. حاج عيسى سيد أحمد، أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية، أطروحة دكتوراه في العلوم التجارية، فرع تسويق، كلية العلوم الاقتصادية التسيير وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة الجزائر 03، 2011/2012.
54. خثير محمد، المداخل الحديثة في التطوير الاداري وإمكانية تطبيقها في قطاع الصحة- دراسة حالة اعادة هندسة نظم العمل والجودة الشاملة في المؤسسة الاستشفائية العمومية الجزائرية، رسالة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، فرع إدارة أعمال، المدرسة العليا للتجارة، 2010.

55. سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية التسيير وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة الجزائر 3، 2010/2009.
56. عدنان مريزق، واقع جودة الخدمات في مؤسسات الصحة العمومية - دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية التسيير وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة الجزائر، 2008/2007.

❖ المقالات والمؤتمرات العلمية:

57. اسعود محمد المحاميد و إبراهيم بني عطا، أثر ممارسة عمليات إدارة المعرفة على الإبداع الفني والإداري: دراسة ميدانية في مؤسسات القطاع الصحي في محافظة معان، المجلة العربية للعلوم الإدارية، جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي، مجلد 20، عدد 3، سبتمبر 2013.
58. صلاح محمود ذياب، قياس أبعاد جودة الخدمات الطبية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية من منظور المرضى والموظفين، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات الاقتصادية والإدارية، المجلد 20، العدد الأول، 2012.
59. بن عبد العزيز فطيمة ومعزوز نشيدة، "التغيير التنظيمي وعلاقته بإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية"، مداخلة مقدمة ضمن فعاليات المؤتمر الدولي حول الإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة - دراسة وتحليل تجارب وطنية دولية - يومي 11 و 19 ماي 2011 المنعقد بكلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سعد دحلب - البليدة - .
60. وفيق حلمي الآغا، الجودة الشاملة وطرق إبداعها بالقطاع الصحي الفلسطيني، المؤتمر 27 العلمي الثاني لكلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الأردن، 2006.
61. وزارة العمل والحماية الاجتماعية، فعالية الندوة الوطنية الأولى حول الحماية الاجتماعية، الجزائر، 31/30 ماي.
62. محمد ربحان، خدمة الرعاية الصحية، مداخلة ضمن المؤتمر العربي الثالث بعنوان الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، الشارقة، من 5 إلى 7 كانون الأول، 2004 .
63. سعد مرزوق العتيبي، راشد محمد الحمالي، إعادة هندسة العمليات الإدارية (لهندرة) في

القطاع العام عوامل النجاح الحاسمة، ورقة بحثية ضمن المؤتمر الوطني الأول للجودة، المنعقد 18 ماي 2004م، بكلية العلوم الإدارية، جامعة الملك سعود.

64. خالد بن السعيد، "مدى فعالية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة الصحة السعودية"، المجلة العربية للعلوم الادارية ، المجلد 2 ، العدد الأول ، نوفمبر 1994 ، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، دولة الكويت.

65. زهرة عبد محمد الشمري، مستويات إدارة الجودة في المنظمات الخدمية دراسة حالة في مستشفى دار التمريض الخاص-دائرة مدينة الطب-، الجامعة المستنصرية - كلية الإدارة والاقتصاد، مجلة جامعة بابل للعلوم الإنسانية، المجلد 18، العدد 3.

❖ القوانين والمراسيم:

66. الجريدة الرسمية، العدد 43، مرسوم تنفيذي رقم 13 - 296 مؤرخ في 10 شوال عام 1434 الموافق 17 اوت سنة 2013 يتم قائمة المؤسسات العمومية الاستشفائية الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم 07 - 140 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1428 الموافق 19 مايو سنة 2007 والمتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيورها.

67. الجريدة الرسمية العدد رقم 10، المرسوم التنفيذي رقم 08-62 المؤرخ في 24 فيفري 2008، الصادرة بتاريخ 20 صفر 1429هـ، الموافق لـ 27 فيفري 2008.

68. الجريدة الرسمية العدد رقم 33، المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها، الصادرة بتاريخ 3 جمادى الأول 1428هـ، الموافق لـ 20 ماي 2007.

69. الجريدة الرسمية العدد رقم 43، المرسوم التنفيذي رقم 07-204 المؤرخ في 30 جوان 2007، الصادرة بتاريخ 16 جمادى الثانية 1428هـ، الموافق لـ 01 جويلية 2007.

70. الجريدة الرسمية العدد رقم 44، المرسوم التنفيذي رقم 07-209 المؤرخ في 01 جويلية 2007، الصادرة بتاريخ 23 جمادى الثانية 1428هـ، الموافق لـ 08 جويلية 2007.

71. الجريدة الرسمية العدد رقم 27، المرسوم التنفيذي رقم 06-143 المؤرخ في 26 أفريل 2006، الصادرة بتاريخ 27 ربيع الأول 1427هـ، الموافق لـ 26 أفريل 2006.

72. الجريدة الرسمية العدد رقم 39، المرسوم التنفيذي رقم 07-206 المؤرخ في 13 جوان 2006، الصادرة بتاريخ 18 جمادى الأول 1427هـ، الموافق لـ 14 جوان 2006م.

73. الجريدة الرسمية العدد رقم 58، المرسوم التنفيذي رقم 06-324 المؤرخ في 18 سبتمبر 2006، الصادرة بتاريخ 27 شعبان 1427هـ، الموافق لـ 20 سبتمبر 2006م.

74. الجريدة الرسمية العدد رقم 70، المرسوم التنفيذي رقم 06-384 المؤرخ في 28 أكتوبر 2006، الصادرة بتاريخ 13 شوال 1427هـ، الموافق لـ 05 نوفمبر 2006.
75. الجريدة الرسمية العدد رقم 75، المرسوم التنفيذي رقم 06-422 المؤرخ في 22 نوفمبر 2006، الصادرة بتاريخ 05 ذو القعدة 1427هـ، الموافق لـ 26 نوفمبر 2006.
76. منظمة الصحة العالمية، الدور الخامسة عشر بعد المئة، البند 4-13 من جدول الأعمال، الجلسة العامة التاسعة، 25 ماي 2005.
77. الجريدة الرسمية العدد 73، الصادرة بتاريخ 07 شوال 1427هـ، الموافق لـ 09 نوفمبر 2005.
78. الجريدة الرسمية العدد رقم 78، المرسوم التنفيذي رقم 05-459 المؤرخ في 30 نوفمبر 2006، الصادرة بتاريخ 02 ذو القعدة 1426هـ، الموافق لـ 04 ديسمبر 2005.
79. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات-الأولويات والأنشطة المستعجلة-الجزائر في 17 جانفي 2003.
80. الجريدة الرسمية العدد 48، الصادرة بتاريخ 14 جمادى الثانية 1424هـ، الموافق لـ 13 أوت 2003.
81. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان، الجلسات الوطنية للصحة، ميثاق الصحة، الجزائر، قصر الأمم المتحدة، 26/27/28 ماي 1998.
82. الجريدة الرسمية العدد 47، الصادرة بتاريخ 11 ربيع الأول 1418هـ، الموافق لـ 16 جويلية 1997.
83. الجريدة الرسمية العدد رقم 81، المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 2 شعبان 1418هـ الموافق 2 ديسمبر 1997م، يحدد قواعد إنشاء المراكز الإستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها.
84. الجريدة الرسمية العدد 81، الصادرة بتاريخ 10 شعبان 1418هـ، الموافق لـ 10 ديسمبر 1997.
85. الجريدة الرسمية العدد 08، الصادرة بتاريخ 11 رمضان 1416هـ، الموافق لـ 31 جانفي 1996م.
86. الجريدة الرسمية، العدد 26، المرسوم التنفيذي 95-126 المؤرخ في 29 أبريل 1995، الصادرة بتاريخ 09 ماي 1995.
87. الجريدة الرسمية العدد رقم 07، مرسوم رقم 86-22 مؤرخ في 30 جمادى الأول 1406هـ

- الموافق 09 فيفري 1986م يتعلق بنشر الميثاق الوطني.
88. الجريدة الرسمية العدد رقم 08، قانون رقم 85-05 مؤرخ في 26 جمادى الأول 1405هـ الموافق 16 فيفري 1985م يتعلق بحماية الصحة وترقيتها.
89. الجريدة الرسمية العدد رقم 61، أمر رقم 76-57 مؤرخ في 7 رجب 1396هـ الموافق 5 جويلية 1976م المتضمن نشر الميثاق الوطني، المتضمن دستور الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.
90. الجريدة الرسمية العدد رقم 94، أمر رقم 76-97 مؤرخ في 30 ذي القعدة 1396هـ الموافق 22 نوفمبر 1976م المتضمن دستور الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.

❖ المراجع الإلكترونية:

91. Bernard CLEMENT, IND2501 Ingénierie de la qualité, www.cours.polymtl.ca, le 31/07/2015.
92. ERADAH, www.jps-dir.com/forum, 17/12/2011.
93. أكرم أحمد الطويل، آلاء حسيب الجليلي و رياض جميل وهاب ، www.eco.asu.edu ، تاريخ التصفح 2012/03/07.
94. الشبكة الوطنية الكويتية ، www.nationalkuwait.com ، تاريخ التصفح 2012/12/17.
95. بن لوصيف زين الدين، رئيس اللجنة العلمية لقسم علوم التسيير بجامعة سكيكدة-مدير سابق بمستشفى قسنطينة، «تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة»، <http://www.startimes.com> ، تاريخ التصفح 2014/06/14.
96. جامعة أم القرى، تعريف الخدمات الصحية والعوامل المؤثرة فيها، www.uqu.edu.sa/page/ar ، تاريخ التصفح 2015/02/25.
97. جامعة أم القرى، خصائص الخدمات الصحية-أهدافها-وتقسيماتها، www.uqu.edu.sa/page/ar ، تاريخ التصفح 2015/02/25.
98. جريدة الرياض، الصحة الإلكترونية... فوائد كمية ونوعية، www.alriyadh.com تاريخ التصفح 2010/02/05.
99. حنان س، تعزيز المنشآت والشروع في تحسين الخدمات، www.djazairess.com/elmassa ، تاريخ التصفح 2015/10/02.
100. رضوان غزال، تعاريف في الصحة الإلكترونية - الطب على الإنترنت- www.childclinic.net ، تاريخ التصفح 2010/01/23.

101. عبد الرحمن تيشوري، إدارة الجودة الشاملة، www.hrdiscussion.com، بتاريخ 2015/07/31.
102. عبد الرحمن تيشوري، دراسات وأبحاث في العلوم السياسية والعلاقات الدولية - العلوم الإدارية www.justgoo.com، تاريخ التصفح 2012/11/10.
103. عماد سرحان، مدونة متخصصة بنظم إدارة المحتوى، الصحة الإلكترونية ونظم إدارة المحتوى، www.ecmarabia.wordpress.com، تاريخ التصفح 2010/01/28.
104. فهد الرشدي، الجودة كمفهوم، www.kenanaonmine.com، تاريخ التصفح 2014/10/16.
105. ماثيو جيدير ترجمة من الفرنسية ملكة أبيض، دليل الباحث المبتدئ في موضوعات البحث ورسائل الماجستير والدكتوراه-منهجية البحث، كتاب إلكتروني، <http://fr.scribd.com/doc>.
106. محمد خير طيفور، إعادة هندسة الأعمال الإدارية وسيلة لتحقيق التميز التنافسي للمنظمات المعاصرة "تجربة إعادة هندسة نظم العمل والجودة الشاملة والمطبقة لدى المؤسسة العامة للاتصالات في سوريا"، جامعة حلب كلية الاقتصاد، دبلوم إدارة الأعمال إدارة الإنتاج، 2005-2006، www.hbiby.com/vb/t19338.html، تاريخ التصفح 2012/11/10.
107. نحو الصحة الإلكترونية، www.2ealth.com، تاريخ التصفح 2010/01/23.
108. يسري وجدي الكراني، دور التسويق في قطاع الخدمات الصحية، WWW.UNIV-MSILA.DZ تاريخ التصفح 2010/02/18.

❖ المراجع الأجنبية:

109. Alan Lawton and Aidan Rose, **Organization Management in the Public Sector**, 2nd ed, Pitman Publishing, London, 1994.
110. Belaid, **System de gestion**, Dossier Pédagogique, ENMAS, Mars, 2006.
111. Carricano.M, Poujol.F, **Analyse de données avec SPSS**, collection Synthex, Pearson Education, France, 2008 .
112. Chantal Bussenault et Martine Pretet, **Economie et gestion de**

l'entreprise, 4^e édition, Vuibert.

113. Chaouche.A, Le financement du système de santé, colloque international sur les politiques de santé, Alger, 18-19 Janvier 2014.
114. Erik.W.Larson,Chifford.F.Gray, **Management de Projet**, Dunod, Paris, 2eme édition, 2014
115. Fabien martinez et autres, **concilier efficience, qualité des soins et satisfaction des professionnels**, la revue des gestions hospitalières, n 487, paris, juin-juillet 2009.
116. Frédéric CANARD, Préface d'Elise TOSI, **Management de la Qualité**, lextenso éditions, Paris, 2009.
117. Gélimer.O, Strategie de l'entreprise et motivation des hommes, les Editions D'organisation, 3ém édition, Paris, 2003.
118. Hamilton NANA, **Améliorer la Qualité des services**, éditions d'Organisation Groupe Eyrolles, Paris, 2009.
119. Jean Paul Ségade; La Contractualisation a L'hôpital; B.Levrault; 2001.
120. Lamri.M, **Dossier de la contractualisation**, le gestionnaire, revue semestrielle, école Nationale de santé publique, N° 28 Juillet, 1998.
121. Laurent HERMEL, Qualité et Engagements de Service, édition Afnor, Paris, 2003.
122. Les 6dossiers de la réforme hospitalière.
123. M.keddar, financement et gestion des secteurs sanitaires en Algérie, Alger, 1998.
124. Marie-Paule SERRE; Déborah WALLET-WODKA; **Marketing des produits de santé**; DUNOD; Paris ; 2008.
125. Nazef Chabane, Talhi Mohamed, **Le Projet Etablissement**

,Dossier Universities d'été, ENMAS ,el Marsa ,Juillet 2003.

126. P.Lefèvre, **guide of formation directeur d'établissement,social et medico-social**, Paris, dawned, 1999.
127. Philip kotler, kevin lane Keller, Bernard Dubois, Delphine Manceau, **Marketing management**,12ed, pearson education ,France,2006.
128. Rapport Général sur L'organisation du Système de Santé, Ministère de la Santé, janvier, 1990.
129. Saihi A., **Le système de santé publique en Algérie : Analyse et perspectives** , Revue Gestions hospitalières, Imprimerie.de Champagne, Paris, Avril 2006.
130. Saihi.A, **Management des organisation**, Dossier Pédagogique, ENMAS, 2006.

قائمة الملحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
350	استمارة الاستبيان الموجهة إلى المسيرين	01
353	استمارة الاستبيان الموجهة إلى المستفيدين	02
357	مشروع المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك 2015-2016	03
361	نتائج التحليل الاحصائي لاستمارة المسيرين	04
372	نتائج التحليل الوصفي لأبعاد جودة الخدمة الصحية	05

الملحق رقم (01):استمارة الاستبيان الموجهة إلى المسيرين

جامعة البليدة-2-

قسم علوم التسيير

تخصص:إدارة أعمال

استمارة استبيان

موجهة الى رؤساء المصالح

السيدة الفاضلة

السيد الفاضل

تحية طيبة وبعد:

إن التقدم العلمي لا يمكن تحقيقه إلا من خلال ربط الجوانب النظرية بالجوانب الواقعية، لذا تمثلت دراستنا في دراسة العلاقة الموجودة بين مدى تأثير عصرنة تسيير المؤسسة الإستشفائية العمومية ببوفاريك على جودة الخدمات الصحية، ومن أجل تحليل هذه العلاقة كان لابد علينا من وضع هذه الإستبانة التي هي بين أيديكم كأداة للبحث العلمي والتي نسعى من خلالها إلى التعرف على آرائكم ومقترحاتكم بحكم المنصب الذي تشغلونه، حيث تعاونكم الفعال معنا يوصلنا إلى أفضل النتائج.

مع التأكيد على أن هذه المعلومات تستخدم لغرض البحث العلمي فقط.

شكرا على حسن تعاونكم

القسم الأول: البيانات العامة

☐	أنثى	☐	ذكر	1- الجنس
☐	من 31 إلى 40 سنة	☐	من 20 إلى 30 سنة	2- السن
☐	أكثر من 50 سنة	☐	من 41 إلى 50 سنة	
☐	من 6 إلى 10 سنوات	☐	5 سنوات	3- الأقدمية
☐	أكثر من 20 سنة	☐	من 11 إلى 20 سنة	
☐	رئيس مصلحة شبه	☐	رئيس مصلحة طبي	4- الوظيفة
		☐	طبي	
		☐	رئيس مصلحة اداري	

القسم الثاني: فيمالي مجموعة من العبارات المرتبطة بمميزات لمختلف أنواع أنظمة التسيير، لذا من فضلك ضع علامة (X) أمام العبارة التي تراها تميز نظام التسيير المعتمد في المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك.

العبرة	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماما
5- يتم وضع مسبق للخطط لأنها الأساس لعملية التسيير					
6- هناك تحديد مسبق للأهداف المراد بلوغها					
7- يعتمد على طريقة تدريب المستخدمين وتنمية كفاءتهم وقدراتهم على أحدث الوسائل التكنولوجية					
8- نظام التسيير المعتمد يقوم على مبدأ التحفيز					
9- يقوم المسؤول المباشر بمتابعة تنفيذ العمل بشكل دائم (رقابة غير رسمية)					
10- تشكيل لجنة من أجل القيام بعملية الرقابة (رقابة رسمية)					
11- تشجيع المبادرة ودعم تقديم الأفكار الجديدة من المستخدمين					

					12- تشجيع إبداء الرأي وإشراك المستخدمين بوضع أهداف محددة ولفترة زمنية وتحديد أساليب بلوغها
					13- هناك نظام للاتصالات الذي يعمل من أجل توجيه الطاقات نحو تحديد الأهداف
					14- يتم وضع آليات التعاون الأفقي بين مختلف المستخدمين
					15- يقوم رئيس المصلحة بمتابعة التنفيذ الفعلي للخطط مع البرامج الموضوعية
					16- العمل بنظام معلومات متطور يعتمد على تكنولوجيا المعلومات والاتصال
					17- مناسبة تقسيم العمل كماً ونوعاً وحجماً وتوزيعاً على المستخدمين
					18- الاعتماد على منطق الكفاءات في إسناد المهام والمسؤوليات
					19- إصدار جميع القرارات واللوائح الإدارية بشكل رسمي وكتابي
					20- يتم توزيع الأعمال بناءً على التخصص وبشكل رسمي
					21- تقسم المؤسسة الاستشفائية إلى مستويات على شكل هرمي يعبر عن تسلسل السلطة من القمة وحتى قاعدة الهرم الإداري

الملحق رقم (02): استمارة الاستبيان الموجهة إلى المستفيدين

جامعة البليدة-2-

قسم علوم التسيير

تخصص: إدارة أعمال

استمارة استبيان

موجهة إلى المستفيدين

أختي الفاضلة

أخي الفاضل

تحية طيبة وبعد:

إن التقدم العلمي لا يمكن تحقيقه إلا من خلال ربط الجوانب النظرية بالجوانب الواقعية، لذا تمثلت دراستنا في دراسة العلاقة الموجودة بين مدى تأثير عصرية تسيير مؤسستنا الإستشفائية العمومية الجزائرية على جودة الخدمات الصحية المقدمة، ومن أجل تحليل هذه العلاقة كان لابد علينا من وضع هذه الإستبانة التي هي بين أيديكم كأداة للبحث العلمي والتي نسعى من خلالها إلى التعرف على آرائكم حول نوعية الخدمات الصحية التي تتلقونها، كما ننتظر منكم تقديم مقترحاتكم التي تفيدنا في دراستنا، حيث تعاونكم الفعال معنا يوصلنا إلى أفضل النتائج.

مع التأكيد على أن هذه المعلومات تستخدم لغرض البحث العلمي فقط.

شكرا على حسن تعاونكم

القسم الأول: البيانات العامة

- 1- الجنس ☐ ذكر ☐ أنثى
- 2- السن ☐ أقل من 20 سنة ☐ من 20 إلى 40 سنة ☐ أكثر من 40 سنة
- 3- طبيعة المرض ☐ غير مزمن ☐ مزمن
- 4- طبيعة زيارتك الى المؤسسة الإستشفائية ببوفاريك

- أول مرة ☐ زيارات دورية ☐ مقيم ☐ استعجالات ☐ مرافق ☐
- 5- المصلحة الجراحة العامة ☐ الطب الداخلي ☐ طب الاطفال ☐
- الامراض المعدية ☐ مصلحة التوليد والنساء ☐ الاستعجالات ☐

القسم الثاني: فيمالي مجموعة من العبارات المرتبطة بالمؤسسة الإستشفائية التي تعالج بها، لذا الرجاء وضع علامة (X) أمام العبارة التي تراها مناسبة.

الإعتمادية	غير موافق تماماً	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماماً
6- تلتزم المؤسسة الإستشفائية ببوفاريك بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة					
7- عدم حدوث أخطاء في التشخيص أو العلاج					
8- يلتزم المستخدمون بالمؤسسة الإستشفائية بإعطاء كل الوقت للمستفيد من أجل التشخيص الطبي والمعالجة					
9- تعمل المؤسسة الاستشفائية بتقديم خدمات صحية بشكل جيد					
II. الإستجابة					
10- تقوم المؤسسة الامستشفائية بإبلاغ المستفيد بموعد تقديم الخدمة					

					11- إستجابة المستخدمين في المؤسسة الاستشفائية لإحتياجات المستفيدين
					12- حسن الإستقبال عند دخولك المؤسسة الإستشفائية
					13- تبسط المؤسسة الاستشفائية إجراءات دخول المستفيدين
					III. الأمان
					14- الشعور بالأمان و الثقة في كفاءة المستخدمين بالمؤسسة الاستشفائية
					15- ضمان إستمرارية متابعة حالة المستفيد الصحية
					16- سهولة فهم المعلومات المقدمة لك حول حالتك الصحية
					17- معاملة المستخدمين بالمؤسسة الاستشفائية تتميز بحسن الخلق
					18- ضمان سرية المعلومات الخاصة بالمريض
					IV. التعاطف
					19- ملائمة ساعات العمل أو الوقت المخصص للخدمة المقدمة
					20- الروح المرحية في التعامل مع المستفيد
					21- الحرص على توفير جو الهدوء والراحة
					22- يتصرف المستخدمون الطبيين معك بشكل جيد
					23- يتصرف المستخدمون شبه الطبيين معك بشكل جيد

					٧. الملموسية
					24- تمتاز المؤسسة الاستشفائية بموقع ملائم ويسهل الوصول إليه
					25- توفر المؤسسة الاستشفائية كل الأدوية والأجهزة الطبية الحديثة التي يحتاجها المستفيد
					26- لدى المؤسسة الاستشفائية لوحات إرشادية تسهل الوصول إلى الأقسام
					27- تمتلك المؤسسة الإستشفائية العمومية ببوفاريك قاعات إنتظار ، غرف ومراحيض نظيفة

الملحق رقم(03): مشروع المؤسسة الاستشفائية العمومية ببوفاريك 2015-2016

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

المؤسسة العمومية الاستشفائية لبوفاريك

محضر اجتماع المجلس الإداري

الجلسة 29 ديسمبر 2014

في عام ألفين و أربعة عشر و في اليوم التاسع والعشرون من شهر ديسمبر ، وبدعوة من رئيسة المجلس الإداري للمؤسسة العمومية الاستشفائية لبوفاريك ، انعقد الاجتماع بمكتب أمين الجلسة مدير المؤسسة .

حضر الاجتماع

الرئيسة	السيدة : سليمة خالم	مدير التجارة وممثلة السيد الوالي لولاية البلدة
عضوا	الدكتور: مختار فراح	رئيس المجلس الطبي
عضوا	السيد : بشير بن عمار	ممثل الصندوق الضمان الإجتماعي
عضوا	الدكتور : عمر قايد	ممثل المستخدمين الطبيين
عضوا	السيد : عبد القدر بركان	ممثل المستخدمين شبه الطبيين
عضوا	السيد : محفوظ معزيز	ممثل المجلس الشعبي البلدي
عضوا	السيد : مصطفى بوكابوس	أمين خزانة البلدية
عضوا	السيد : كمال خفيف	المدير الفرعي للوسائل والمالية
أمين الجلسة	السيد : جمال بن رزقي	مدير المؤسسة الاستشفائية

الغائبون :

غائب	السيد : لحبيب قوادي	ممثل المجلس البلدي
غائب	السيد : فتح النور توبال	ممثل التأمينات الإقتصادية
غائب	السيد : مصطفى مساوس	ممثل جمعية المنتفعين

جدول الأعمال : المصادقة على مشروع المؤسسة 2015-2016

افتتحت الجلسة ، من طرف السيد سليمة خالم مديرة التجارة وممثلة عن السيد والي ولاية البلدة على الساعة العاشرة صباحا، حيث رحبت بالحاضرين وشكرتهم على تلبيةهم للدعوة، مذكرا إياهم بجدول الاعمال، وعلى الفور احالت الكلمة للسيد بن رزقي جمال مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية لبوفاريك الذي شرع في عرض المحاور الكبرى لمشروع المؤسسة للفترة 2015-2016 والتي تتلخص فيما يلي:

1-الاهداف الاستراتيجية :

ا-الهيكل الصحية:

- في اطار هذا الهدف اوضح مدير المؤسسة ان مجهودات اضافية يجب ان تتركس لأجل تحسين صورة المؤسسة في جميع المجالات ، ولذلك وضع الخطة التالية:
- تحسين نوعية الاعلام داخل وخارج المؤسسة، وذلك بوضع حيز التنفيذ استراتيجية لاجل توصيل كل المعلومات عن نشاطات المؤسسة وتوجيههم.
 - العمل على تأكيد مصداقية المؤسسة من حيث تقديم خدمات صحية رفيعة النوعية .
 - تحسين ظروف التكفل بالمرضى
 - تجميل الهياكل الصحية بما يسمح لاطهار نظرة حسنة .
 - تحسين ظروف استقبال المرضى بما يتلائم مع احتياجاتهم

ب- تطوير وترقية النشاطات العلاجية:

- دعم النشاطات الصحية بتوفير الاجهزة الضرورية لتحسين ظروف العمل .
- دعم نشاطات الإستشراف وتشجيع المبادرات التي من شأنها تحقيق التحكم في بعض التقنيات .
- تحسين نوعية العلاجات بإدخال التقنيات المعمول بها بما يقتضي التطور العلمي للطب .

ج- عصرنة آليات تسيير المصالح الإستشفائية والإدارية بإدخال برامج الاعلام الآلى:

- العمل على وضع مخططات تعتني بالتحكم في ترشيد المال العام والتقليص من الإنفاق بالصورة التي تحقق النفع بأقل تكلفة.
- العمل على جعل التكوين المتواصل الأوفر حظ من الدعم حيث يتم تحقيق برامج من شأنها تطوير قدرات الأعوان وتأهيلهم لأجل النهوض بتطوير آليات العلاج.

2-الأهداف التطبيقية في إطار التكفل الطبى بالمصالح الإستشفائية

ا- طب الأطفال :

- العمل على إنشاء وحدة تعتني بالعلاجات المكثفة و الإنعاش لدى صغار السن.
- العمل على إنشاء وحدة الاستعجالات لطب الأطفال.
- تقليص نسبة الوفيات بمصلحة طب الأطفال .

ب- الطب الداخلى:

- إنشاء وحدة التكفل بعلاج أرجل مرضى الداء السكري.
- تدعيم وتحسين النشاطات الطبية الخاصة بالاستكشافات الباطنية .
- العمل على تدعيم النشاطات الطبية الخاصة بمرض السرطان .
- تقليص مدة الاستشفاء بمصلحة الطب الداخلى

ج- طب النساء والتوليد :

- العمل على تحسين نوعية التكفل الطبي للولادات البالغة الخطورة .
- تمكين العمل بالآلات الجراحية **Celio-chirurgie**
- تفعيل النشاطات الخاص باكتشاف السرطان لدى النساء .
- تحسين وتطوير التكفل الطبي بترقية بروتوكولات الاستشراف .
- العمل على حماية المرضى عن طريق توفير كل سبل نجاح الخدمات العلاجية .

د- طب العمل:

- إنشاء مصلحة لطب العمل.
- تفعيل طب العمل وحماية المستخدمين .

هـ- طب علاجات الدم :

- العمل على إنشاء وحدة لطب علاجات الدم .
- تدعيم النشاطات الطبية لأجل التكفل بمرض **myélome multiple** .
- العمل على إنشاء وحدة التشريح الباطني.

و- طب أمراض القلب :

- دعم النشاطات الطبية المتعلقة بالاستشراف في مجال القلب وإدخال خدمات جديدة.
- العمل على إنشاء وحدة العلاجات المكثفة لأمراض القلب .

ن- طب الإستعجالات الطبية الجراحية:

- تحسين الخدمات الطبية المكثفة لاسيما تلك المتعلقة بالجلطة القلبية وانسداد الأوعية.

ك- الجراحة العامة :

- العمل على إنشاء وحدة جراحية خاصة بالتكفل بمرض السرطان .
- تقليص مدة الانتظار .
- تطوير وترقية الخدمات الجراحية.

ل- مصلحة الإنعاش :

- تمكين المستخدمين من اكتساب مهارات وقدرات كفيلة لتحسين النشاط الطبي المكثف

س- المخبر :

- العمل على إنشاء الوحدات التالية :
- وحدة الاستعجالات .
- وحدة السيروولوجيا.
- الفطريات

ش- الأمراض المعدية

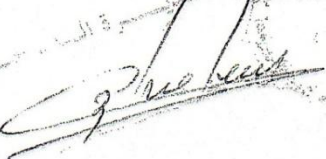
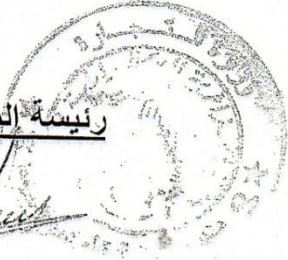
- دعم ومساندة النشاطات الطبية وتحسينها وتحقيق الأسباب الكفيلة لأجل ترقيتها
- دعم انطلاق النشاطات المركز المرجعي لأداء نقص المناعة .

م- الأشعة :

- ترشيد النفقات الخاصة بهذا الاختصاص .
- تمكين المستخدمين من خدمات أكثر نجاعة.

في الأخير رفعت الجلسة من نفس اليوم ، الشهر والسنة المذكورين أعلاه.

رئيسة المجلس الإداري

أمين الجلسة


 السيدة العمومية الإستئنائية لوزناريك
 الحسني
 السيد بن زقني جمال

الملحق رقم (04): نتائج التحليل الإحصائي لاستمارة المسيرين

Statistiques

	QG4	QG5	QG6	QG7	QG8	QG9	QG10
N Valide	19	19	19	19	19	19	19
N Manquante	0	0	0	0	0	0	0
Moyenne	1,9474	3,8421	4,3684	2,9474	2,7368	3,9474	2,7895
Ecart-type	,77986	1,21395	,49559	1,43270	1,62761	1,26814	1,58391
Minimum	1,00	1,00	4,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum	3,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00

Statistiques

	QG11	QG12	QG13	QG14	QG15	QG16	QG17
N Valide	19	19	19	19	19	19	19
N Manquante	0	0	0	0	0	0	0
Moyenne	3,6316	3,6316	3,3684	3,9474	4,6316	1,3158	3,1053
Ecart-type	1,34208	1,25656	1,38285	1,12909	,49559	,58239	1,37011
Minimum	1,00	1,00	1,00	1,00	4,00	1,00	1,00
Maximum	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	3,00	5,00

Statistiques

	QG18	QG19	QG20	QG21
N Valide	19	19	19	19
N Manquante	0	0	0	0
Moyenne	2,8421	4,5789	4,3684	4,4211
Ecart-type	1,42451	,50726	,49559	,50726
Minimum	1,00	4,00	4,00	4,00
Maximum	5,00	5,00	5,00	5,00

Régression

Variables introduites/supprimées^b

Modèle	Variables introduites	Variables supprimées	Méthode
1	gest ^a	.	Entrée

a. Toutes variables requises saisies. b. Variable dépendante : gestmod

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,401^a	,161	,111	1,11289

a. Valeurs prédites : (constantes), gest

ANOVA^b

Modèle	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1 Régression	4,033	1	4,033	3,256	,089^a
Résidu	21,055	17	1,239		
Total	25,088	18			

a. Valeurs prédites : (constantes), gest - b. Variable dépendante : gestmod

Coefficients^a

Modèle		Coefficients non standardisés	
		A	Erreur standard
1	(Constante)	,859	1,414
	Gest	,611	,339

Coefficients^a

Modèle		Coefficients standardisés	T	Sig.	Corrélations		
		Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partie
1	(Constante)		,607	,552			
	Gest	,401	1,805	,089	,401	,401	,401

a. Variable dépendante : gestmod

Analyse factorielle**Matrice de corrélation**

	QG5	QG6	QG8	QG14	QG15
Corrélation QG5	1,000	,564	-,247	,034	-,287
QG6	,564	1,000	-,149	,136	,131
QG8	-,247	-,149	1,000	-,220	,149
QG14	,034	,136	-,220	1,000	,063
QG15	-,287	,131	,149	,063	1,000

Indice KMO et test de Bartlett

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.		,428
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approximé	11,781
	Ddl	10
	Signification de Bartlett	,300

Qualité de représentation

	Initial	Extraction
QG5	1,000	,850
QG6	1,000	,881
QG8	1,000	,639
QG14	1,000	,766
QG15	1,000	,860

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus
	Total	% de la variance	% cumulés	Total
1	1,763	35,268	35,268	1,763
2	1,169	23,374	58,642	1,169
3	1,063	21,266	79,907	1,063
4	,700	13,992	93,899	
5	,305	6,101	100,000	

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Variance totale expliquée

Composante	Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus	
	% de la variance	% cumulés
1	35,268	35,268
2	23,374	58,642
3	21,266	79,907
4		

5		

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Matrice des composantes^a

	Composante		
	1	2	3
QG5	,849	-,195	,301
QG6	,744	,371	,434
QG8	-,562	,056	,565
QG14	,310	,506	-,644
QG15	-,275	,857	,224

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales. a. 3 composantes extraites.

Matrice de corrélation

		QG5	QG6
Corrélation	QG5	1,000	,564
	QG6	,564	1,000

Indice KMO et test de Bartlett

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.		,500
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approximé	6,311
	Ddl	1
	Signification de Bartlett	,012

Qualité de représentation

	Initial	Extraction
QG5	1,000	,782
QG6	1,000	,782

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus
	Total	% de la variance	% cumulés	Total
1	1,564	78,189	78,189	1,564

2	,436	21,811	100,000	

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Variance totale expliquée

Composante	Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus	
	% de la variance	% cumulés
1	78,189	78,189
2		

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Matrice des composantes^a

	Composante
	1
QG5	,884
QG6	,884

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. 1 composantes extraites.

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	19	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	19	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,566	2

Analyse factorielle

Qualité de représentation

	Initial	Extraction
QG7	1,000	,811
QG9	1,000	,683

QG11	1,000	,869
QG12	1,000	,839
QG13	1,000	,787
QG16	1,000	,669
QG18	1,000	,657

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus
	Total	% de la variance	% cumulés	Total
1	2,763	39,468	39,468	2,763
2	1,464	20,908	60,376	1,464
3	1,089	15,560	75,937	1,089
4	,657	9,388	85,324	
5	,487	6,956	92,281	
6	,450	6,433	98,714	
7	,090	1,286	100,000	

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Variance totale expliquée

Composante	Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus	
	% de la variance	% cumulés
1	39,468	39,468
2	20,908	60,376
3	15,560	75,937
4		
5		
6		
7		

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Matrice des composantes^a

	Composante		
	1	2	3
QG7	,397	,572	-,571
QG9	-,105	,703	,421
QG11	,926	,067	-,087
QG12	,888	,215	-,063
QG13	,551	-,339	,607
QG16	,197	-,682	-,407
QG18	,779	-,109	,197

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. 3 composantes extraites.

Qualité de représentation

	Initial	Extraction
QG11	1,000	,913
QG12	1,000	,819
QG18	1,000	,614

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus
	Total	% de la variance	% cumulés	Total
1	2,346	78,200	78,200	2,346
2	,544	18,126	96,325	
3	,110	3,675	100,000	

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Variance totale expliquée

Composante	Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus	
	% de la variance	% cumulés
1	78,200	78,200

2		
3		

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Matrice des composantes^a

	Composante
	1
QG11	,956
QG12	,905
QG18	,783

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. 1 composantes extraites.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,853	3

Qualité de représentation

	Initial	Extraction
QG10	1,000	,825
QG17	1,000	,825

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus
	Total	% de la variance	% cumulés	Total
1	1,651	82,539	82,539	1,651
2	,349	17,461	100,000	

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Variance totale expliquée

Composante	Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus	
	% de la variance	% cumulés

1	82,539	82,539
2		

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Matrice des composantes^a

	Composante
	1
QG10	,909
QG17	,909

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. 1 composantes extraites.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,783	2

Matrice de corrélation

		QG10	QG17
Corrélation	QG10	1,000	,651
	QG17	,651	1,000

Indice KMO et test de Bartlett

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.		,500
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approximé	9,088
	Ddl	1
	Signification de Bartlett	,003

Qualité de représentation

	Initial	Extraction
QG10	1,000	,825
QG17	1,000	,825

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales	Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus

	Total	% de la variance	% cumulés	Total
1	1,651	82,539	82,539	1,651
2	,349	17,461	100,000	

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Variance totale expliquée

Composante	Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus	
	% de la variance	% cumulés
1	82,539	82,539
2		

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Matrice des composantes^a

	Composante
	1
QG10	,909
QG17	,909

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,783	2

Matrice de corrélation

		QG11	QG12	QG18
Corrélation	QG11	1,000	,870	,636
	QG12	,870	1,000	,493
	QG18	,636	,493	1,000

Indice KMO et test de Bartlett

Mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin.		,598
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approximé	31,713
	Ddl	3
	Signification de Bartlett	,000

Qualité de représentation

	Initial	Extraction
QG11	1,000	,913
QG12	1,000	,819
QG18	1,000	,614

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus
	Total	% de la variance	% cumulés	Total
1	2,346	78,200	78,200	2,346
2	,544	18,126	96,325	
3	,110	3,675	100,000	

Variance totale expliquée

Composante	Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus	
	% de la variance	% cumulés
1	78,200	78,200
2		
3		

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

**Matrice des
composantes^a**

	Composante
	1
QG11	,956
QG12	,905
QG18	,783

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,853	3

الملحق رقم(05): نتائج التحليل الوصفي لأبعاد جودة الخدمة الصحية

Statistiques

[illegible]

المُلخص باللغة الأجنبية

Abstract

Hospital institutions are considered to be of the most vital facilities that the state rely on to achieve its social policy in the field of health services, and due to the excellence humanitarian activities, which have moral and social nature. It has become necessary to search for ways to bring health institutions up to the level of the challenges posed by the general need which are constantly increasing on the one hand and the need to adapt the economic and technological, on the other hand, and this can only be achieved through a fundamental and substantial change in the conduct of their systems. So the changes is investing in the formation of the rally in order to create a new dynamic in which to establish a real running culture and push the managers to look for the effectiveness of the hospital institution by using the best for human resources and upgraded and conduct strategic capabilities and recruited to achieve quality in health services.

This study was an attempt to clarify the impact of the modernization of the management of public hospital institutions on the quality of health services, through the distribution of two types of forms, the first was addressed to the managers of the public hospital institution of Boufarik, and the second is addressed to the beneficiaries of health services. The data of this research has been analyzed using the methods of Descriptive analysis statistics and analysis copy 20.

This study has highlighted through statistical analysis and transaction link that adopted in the public hospital institution Boufarik is not of modern management system, and we came to the conclusion that the existence of a relationship between the quality of health services and the system of governance adopted, whenever excellence management system is adopted whenever a positive impact on the quality of health service.

Key words

The conduct of institutions, modernization management, hospital institutions, health services, the quality of health service.