جامعة يحي فارس المدية

كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير

عنوان الأطروحة:

معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية – دراسة ميدانية مقارنة لمجموعة من المؤسسات الصحية العمومية–

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علوم التسيير.

تخصص: الاقتصاد التطبيقي في إدارة الأعمال والمالية.

إعداد الطالب:

العابد محمد

إشراف الأستاذ الدكتور:

مكيد علي

أعضاء لجنة المناقشة

غزازي عمر	أستاذ التعليم العالي	جامعة البليدة (02)	رئيســــــــا
مكيد علي	أستاذ التعليم العالي	جامعة المدية	مشرفا ومقررا
مداح لخضر	أستاذ محاضر "أ"	جامعة الجلفة	عضوا مناقشا
عامر بشير	أستاذ محاضر "أ"	جامعة البليدة (02)	عضوا مناقشا
بن عمور سمير	أستاذ محاضر "أ"	جامعة المدية	عضوا مناقشا
قبطان شوقي	أستاذ محاضر "أ"	جامعة المدية	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2016/ 2017.

شكر وتقدير

بعد بسم الله الرحمان الرحيم، والصلاة والسلام على سيدنا محمد خاتم الأنبياء والمرسلين وعلى آله وصحبه ومن تبع هداه إلى يوم الدين، أما بعد الحمد والشكر لله أولا وآخرً على توفيقه لإتمام هذه الأطروحة، فلولا الله ورحمته وتقديره لما تم الوصول لهذا، ومن منطلق قوله تعالى: **"وَمَنْ شَكَرَ فَإِنَمَا يَشْكُرُ لِنَفسِهِ"** (النمل: 40)، وقوله صلى الله عليه وسلم: **"لا يشكر الله من لا يشكر الناس"** رواه أحمد والبخاري وصححه الألباني، أتقدم بالشكر إلى كل من ساهم في إنجاز هذا العمل، وأخص بالذكر:

- ✓ **الأستاذ الدكتور علي مكيد،** الذي لم يبخل علينا بكل ما يملك من وقت، معارف وخبرات حول موضوع الدراسة وإعداد أطروحات التخرج، كما كان نعمَ المشجع على تجاوز الكثير من العقبات في طريق إتمام هذا الجهد، أتمنى له دوام وتمام الصحة والعافية، وأسأل الله بأسمائه الحسنى أن يجازيه عن هذا الصنيع خير الجزاء، وأدامه الله كفخر للجامعة الجزائرية وقدوة للأجيال القادمة من الطلبة والباحثين؛
- ✓ جميع من أعانني من الزملاء والأساتذة الجامعيين من مختلف الجامعات، وما تم تذليله من صعوبات وغموض في الكثير من جوانب هذه الدراسة؛
- ✓ مختلف فئات العاملين في المستشفيات محل الدراسة، على ما لمسناه منهم من تجاوب، تفاعل واهتمام للإجابة عن أسئلة الاستبيان، وما قدموه من تسهيلات أثناء إجراء الدراسة الميدانية؛
- ✓ أعضاء لجنة المناقشة الذين سأنال شرف مناقشتهم وتقييمهم لهذه الدراسة، وهذا حتى يمكن تصحيح وتعديل جوانب القصور والضعف فيها.

أتقدم بأسمى عبارات الشكر والعرفان،

إلى كل هؤلاء وغيرهم كثير ممن ساهم من قريب أو بعيد في إنجاز هذا العمل المتواضع،

وأسأل الله أن يجازي كل من ساهم في هذا الجهد ولو بكلمة تشجيع طيبة.

الإهـداء

- ✓ إلى من بذلوا أرواحهم ودمائهم فداءً لهذا الوطن الغالي، وحتى يكون أبناء هذا البلد العريق ناجحين، ومساهمين في بناءه من بعدهم،.....، شهداء ومجاهدي ثورة تحرير الجزائر الخالدة؛
- ✓ إلى من لهم الفضل بعد الله في وصولي لهذا المستوى التعليمي،.....،أبي رحمه الله وغفر له وأسكنه فسيح جنانه، وتقبل الله منه جهاده من أجل تحرير هذا الوطن، وأمي حفظها الله وشفاها؛
- ✓ إلى أعز ما أملك بعد والدي،.....، زوجتي، أخوتي وأخواتي؛
- ✓ إلى من لهم الفضل في تدريسي وتعليمي،.....، جميع أساتذتي في جميع الأطوار التعليمية؛
- ✓ إلى جميع أقـاربي، أصدقائـي وزملائي في جميـع مراحـل التعليـم، وممن أعرف من قريب أو بعيـد؛
- ✓ إلى كل إنسان كـان أكبر همه رفعة هذا البلد، وكل نفس ساهمت في بنـاءه وتطوره، إلى من تتفطر قلوبهم من أجل ارتقاء وازدهار هذا الوطن.

إلى كل هؤلاء وغيرهم كثير، وإلى كل إنسان في بداية مشوار ومسيرة نجاحه،

أهـــدي هذا الجـهد المتواضـع جـدا، وأقول لهـم

اصبروا وصابروا، فإن حقائق اليوم هي أحلام الماضي،

وأحلام اليوم هي حقائق الغد والمستقبل.

مستخلص الدراسة.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى تواجد معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة (TQM) في المؤسسات الصحية الجزائرية، حيث تم التطرق للمؤسسات العمومية فقط دون المؤسسات الخاصة، وهذا لأن المساهمة والسعي للارتقاء بالمؤسسات العمومية هو أكثر أهمية مقارنة بالمؤسسات الخاصة، وقد تم إجراء دراسة ميدانية بتوزيع استمارات استبيان على عينة من العاملين في مجموعة من المؤسسات الصحية مكونة من خمسة مستشفيات من الشرق الجزائري.

وقد توصلت هذه الدراسة في الجزء النظري إلى أن المؤسسة الصحية تعتبر كنظام كلي يتكون من أنظمة فرعية، يتضمن مدخلات تتمثل في مجموعة من الموارد المالية، المادية والبشرية تمتزج في ما بينها بكيفية معينة بما يؤدي إلى تحقيق مجموعة من المخرجات تعتبر كمحصلة لنشاطات المؤسسة الصحية، وبما يؤدي إلى تحقيق هدف الحفاظ على الصحة لمختلف فئات أفراد المجتمع، وهي أكثر الأنظمة انفتاحا وارتباطا بالمجتمع.

وأن مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي قريب من مفهومها بشكل عام، حيث تعتبر كثقافة تنظيمية ومنهج إداري يقوم على إحداث تغيير شامل في مختلف نشاطات المؤسسة الصحية (المدخلات والعمليات والمخرجات)، وتوجد مجموعة من المبادئ يقوم عليها هذا المنهج، وخاصة منها المشاركة الجماعية للعاملين في المؤسسة الصحية والتركيز على المريض والتحسين المستمر للجودة، حيث يمكن من خلال هذه المبادئ الاستدلال على مدى تواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وهذا لأن منهج إدارة الجودة الشاملة يعتبر كثقافة تنظيمية جديدة، وكلما كانت الثقافة التنظيمية القديمة تحمل مبادئ قريبة ومشابهة لمبادئ إدارة الجودة الشاملة كلما سهل ذلك تطبيق هذا المنهج بصفة رسمية، بما ينعكس على رضا الزبائن وتحقيق أهداف المؤسسة الصحية والتميز في أدائها.

تم التوصل في الجزء التطبيقي إلى أن هناك مستوى **غير منخفض** لتواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة (**عدم التزام الإدارة العليا، غياب التحسين المستمر، عدم التوجه نحو الزبون، غياب المشاركة، غياب التشجيع والتحفيز، غياب التعليم والتدريب، غياب الاتصالات والمعلومات**) مأخوذة بصفة **منفردة ومجتمعة**.

وأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0,05$) لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى للمتغيرات الشخصية والوظيفية (**اسم المؤسسة الصحية، النوع الاجتماعي، المستوى التعليمي، طبيعة الوظيفة، سنوات الخبرة**)، في حين لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ($\alpha \leq 0,05$) لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى للمتغير الشخصي (**العمر**).

تم التوصل إلى العديد من التوصيات والاقتراحات موجهة إلى المؤسسات الصحية الجزائرية بصفة عامة، والتي تهدف إلى تسهيل والتغلب على معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة بصفة رسمية في المستقبل، وخاصة في ما يخص التأكيد على الاهتمام بتغيير الثقافة التنظيمية السائدة بما يجعلها مشجعة لتطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، وللأساليب الإدارية الحديثة عموما، وبما يؤدي بالارتقاء بأداء النظام الصحي في الجزائر.

الكلمات المفتاحية: معوقات إدارة الجودة الشاملة، المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية، الثقافة التنظيمية.

Abstract of the study.

The aim of this study is to know the level of the application of the Total Quality Management **(TQM)** approach in the Algerian health institutions, where only public institutions have been addressed with out private institutions. This is because the contribution and end eavor to improve the public institutions is more important than the private institutions. Afield study was performed by distributing a questionnaire forms on sample of workers in a group of health institutions consisting of five hospitals from the east of Algeria.

This study concluded in the theoretical part that the health institution is considered as a total system consisting of subsystems, which includes inputs consisting of a set of financial, material and human resources that combine in a certain way, leading to the achievement of a set of outputs that are considered as the result of the activities of the health institution,which Leads to the achievement of the goal of maintaining the health of various groups of society.that system is considered the most open and related to society.

The concept of Total Quality Management in the field of healthis close to its concept in general. It is considered bothas an organizational culture and as an administrative method .this latter isbased on a total change of different activities of the health institution (inputs, processes and outputs), and itisbased on set of principles, especially, the Collective participation of employees In the health institution ,the focus on the patient care and the continuous improvement of quality.From these principles,it can be deduced the extent of the presence of constraints in implementing Total Quality Management, because the Total Quality Management method is considered as a new organizational culture and As long as the old organizational culture bears close and similar principles to the principles of TQM,it will facilitate the application of this method in an official manner, which will reflect on the satisfaction of customers and the achievement of the goals of the health institution and excellence in its performance.

In the applied part, it was found that there is a low level of the presence of obstacles to the application of Total Quality Management (lack of commitment of senior management, lack of continuous improvement, lack of customer orientation, lack of participation, lack of encouragement and motivation, absence of education and training, absence of communication and information) Taken individually and collectively.There were statistically signifi cant differences **($\alpha \leq 0,05$)** for the opinions of the respondents Towards the total constraints of the application of Total Quality Management due to personal and functional variables (Name of

health institution, social gender, educational level, job nature, years of experience),how ever There were no statistically signifi cant differences **(α≤0,05)** for the opinions of the respondents Towards the total constraints of the application of Total Quality Management due to the personal variable (age).

A number of recommendations and suggestions were addressed to the Algerian health institutions in general, which aim to facilitate and over come the obstacles to applying the Total Quality Management approach in the future, Especially with regard to emphasizing the interest in Change the prevailing organizational culture making it encouraging to apply the Total Quality Management method and the modern administrative methods in general. Thus improving the performance of the health system in Algeria.

Key words: Constraints of Total Quality Management, Algerian public health institutions, Organizational culture.

فهرس المحتويات

شكر وتقدير	I
الإهداء	II
المستخلص باللغة العربية	III
المستخلص باللغة الانجليزية	IV
فهرس المحتويات	VII
فهرس الجداول	XII
فهرس الأشكال	XVII
فهرس الملاحق	XX
مقدمة عامة	أ – ق
الفصل الأول: دراسة تحليلية للمؤسسات الصحية	
تمهيد	02
المبحث الأول: الإطار العام للمؤسسات الصحية	23-03
المطلب الأول: ماهية المؤسسات الصحية والنظام الصحي	03
المطلب الثاني: خصائص المؤسسات الصحية	11
المطلب الثالث: وظائف وأنواع المؤسسات الصحية	18
المبحث الثاني: الخدمات الصحية من المنظور الاقتصادي	40-24
المطلب الأول: عموميات حول الخدمات الصحية	24
المطلب الثاني: الإطار العام لاقتصاد الصحة.	32
المطلب الثالث: مفاهيم اقتصادية أساسية حول الخدمات الصحية	37
المبحث الثالث: المؤسسات الصحية من المنظور الإداري	66-41
المطلب الأول: ماهية الإدارة في المؤسسات الصحية	41
المطلب الثاني: الوظائف الإدارية في المؤسسات الصحية	48

المطلب الثالث: الصراع على إدارة المؤسسة الصحية	57
خلاصة الفصل الأول	67
الفصل الثاني: تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي	
تمهيد	69
المبحث الأول: الإطار العام لمنهج إدارة الجودة الشاملة	91-70
المطلب الأول: ماهية إدارة الجودة الشاملة.	70
المطلب الثاني: رواد وأهمية إدارة الجودة الشاملة	77
المطلب الثالث: العلاقة بين إدارة الجودة الشاملة و المواصفات الدولية (**ISO 9000**)	83
المبحث الثاني: عموميات حول إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية	106-92
المطلب الأول: ماهية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية	92
المطلب الثاني: نشأة وتطور إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية	97
المطلب الثالث: دوافع ومزايا تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية	101
المبحث الثالث: رضا الزبون وجودة الخدمات الصحية	121-107
المطلب الأول: ماهية رضا الزبون	107
المطلب الثاني: أساسيات حول جودة الخدمات الصحية	109
المطلب الثالث: تحقيق رضا الزبون من خلال جودة الخدمات الصحية	117
خلاصة الفصل الثاني	122
الفصل الثالث: الثقافة التنظيمية وعلاقتها بمنهج إدارة الجودة الشاملة	
تمهيد	124
المبحث الأول: الإطار العام للثقافة التنظيمية	139-125
المطلب الأول: ماهية الثقافة التنظيمية	125
المطلب الثاني: أهمية الثقافة التنظيمية	130
المطلب الثالث: تغيير الثقافة التنظيمية	133

المبحث الثاني: الثقافة التنظيمية ودورها في نجاح تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة	162-140
المطلب الأول: الثقافة التنظيمية الملائمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة	140
المطلب الثاني: متطلبات الثقافة التنظيمية المساهمة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة	145
المطلب الثالث: المعوقات العامة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي	159
المبحث الثالث: المراحل، المتطلبات التقنية والنماذج المساهمة في نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة	182-163
المطلب الأول: مراحل ومستويات نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة	163
المطلب الثاني: المتطلبات التقنية لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة	170
المطلب الثالث: نماذج تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة	176
خلاصة الفصل الثالث	183
الفصل الرابع: الدراسة الميدانية لمجموعة من المؤسسات الصحية العمومية	
تمهيد	185
المبحث الأول: التعريف بميدان الدراسة	209-186
المطلب الأول: التعريف بالمركز الإستشفائي الجامعي بن فليس التهامي بباتنة	186
المطلب الثاني: التعريف بمستشفى الحكيم عقبي بقالمة ومستشفى محمد زيوشي بطولقة	195
المطلب الثالث: التعريف بمستشفى بشير بن ناصر ومستشفى الدكتور سعدان ببسكرة	204
المبحث الثاني: إجراءات الدراسة الميدانية	229-210
المطلب الأول: الإطار المنهجي للدراسة	210
المطلب الثاني: المعالجة الإحصائية لبيانات الدراسة	217
المطلب الثالث: اختبار وتوزيع أداة الدراسة	221
المبحث الثالث: تحليل النتائج واختبار فرضيات الدراسة	269-230
المطلب الأول: تشخيص وتحليل الخصائص الشخصية والوظيفية لعينة الدراسة	230
المطلب الثاني: اختبار الفرضية الرئيسية الأولى والثانية	236

المطلب الثالث: اختبار الفرضية الرئيسية الثالثة	258
خلاصة الفصل الرابع	270
خاتمة عامة	284-272
قائمة المراجع	299-286
الملاحق	355-301

فـهرس الجـداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
الجدول (2–1)	مقارنة بين الإدارة التقليدية وإدارة الجودة الشاملة.	76
الجدول (2–2)	التقابل بين إدارة الجودة الشاملة و مواصفات (ISO 9000) لإصدار سنة (2000م).	89
الجدول (2–3)	أوجه الاختلاف بين الجودة النوعية وإدارة الجودة الشاملة.	97–96
الجدول (3–1)	عناصر الثقافة التنظيمية المطلوب تغييرها.	144
الجدول (3–2)	استمارة التدقيق.	170
الجدول (4–1)	المصالح الاستشفائية ونشاطاتها.	191
الجدول (4–2)	نشاط مصالح أخرى.	192
الجدول (4–3)	التحويلات نحو المركز الاستشفائي الجامعي بباتنة.	192
الجدول (4–4)	التحويلات من المركز الاستشفائي بباتنة نحو مستشفيات أخرى.	193
الجدول (4–5)	توزيع الموارد البشرية للمركز الاستشفائي الجامعي بباتنة لسنة 2016م.	194
الجدول (4–6)	النشاطات الاستشفائية لمستشفى الحكيم عقبي بقالمة من 2016/01/01م إلى 2016/10/31م.	198
الجدول (4–7)	توزيع الموارد البشرية لمستشفى الحكيم عقبي بقالمة.	199
الجدول (4–8)	توزيع الأسرة على المصالح الاستشفائية لمستشفى محمد زيوشي بطولقة.	202
الجدول (4–9)	توزيع الموارد البشرية لمستشفى محمد زيوشي بطولقة.	203
الجدول (4–10)	النشاطات الصحية لمستشفى بشير بن ناصر ببسكرة.	207
الجدول (4–11)	المصالح الاستشفائية لمستشفى الدكتور سعدان.	208
الجدول (4–12)	مصالح التشخيص لمستشفى الدكتور سعدان.	209
الجدول (4–13)	تعداد العاملين لمستشفى الدكتور سعدان.	209

الجدول (4–14)	أبعاد متغير الدراسة (المعوقات) حسب ما جاء في بعض الدراسات العربية.	212–211
الجدول (4–15)	تكرار أبعاد متغير الدراسة (المعوقات) حسب عينة من الدراسات المختارة.	214–213
الجدول (4–16)	توزيع العدد الإجمالي للعينة الأولية على المؤسسات الصحية محل الدراسة.	216
الجدول (4–17)	الأوزان المعطاة لخيارات الإجابة المتاحة في الاستبيان.	219
الجدول (4–18)	المتوسطات المرجحة للفقرات والاتجاهات الموافقة لها.	220
الجدول (4–19)	المتوسطات المرجحة للأبعاد والمتغيرات والمستويات الموافقة لها	221
الجدول (4 –20)	استمارات الاستبيان الموزعة والمسترجعة والصالحة في المؤسسات الصحية محل الدراسة.	224
الجدول (4–21)	معاملات الارتباط لبيرسون بين فقرات الاستبيان مع الدرجة الكلية للأبعاد التي تنتمي إليها.	227
الجدول (4–22)	تقدير ثبات محاور الدراسة باستخدام معامل ألفا كرونباخ.	228
الجدول (4–23)	معامل ثبات أداة الدراسة في حالة حذف فقرة وبقاء الفقرات الأخرى.	229
الجدول (4–24)	توزيع عينة الدراسة حسب متغير النوع الاجتماعي.	230
الجدول (4–25)	توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر.	231
الجدول (4–26)	توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي.	232
الجدول (4–27)	توزيع عينة الدراسة حسب متغير طبيعة الوظيفة.	233
الجدول (4–28)	توزيع عينة الدراسة حسب متغير سنوات الخبرة.	235
الجدول (4–29)	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ومستوى الموافقة لإجمالي المعوقات.	236
الجدول (4–30)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد عدم التزام الإدارة العليا.	238

الجدول (4–31)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد غياب التحسين المستمر.	241
الجدول (4–32)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد عدم التوجه نحو الزبون.	244
الجدول (4–33)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد غياب المشاركة.	247
الجدول (4–34)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد غياب التشجيع والتحفيز.	249
الجدول (4–35)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد غياب التعليم والتدريب.	252
الجدول (4–36)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد غياب الاتصالات والمعلومات.	254
الجدول (4–37)	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومستويات تواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة	256
الجدول (4–38)	نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفروق في آراء المستجوبين تجاه إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة حسب متغير اسم المؤسسة.	259
الجدول (4–39)	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين فئات متغير اسم المؤسسة.	260
الجدول (4–40)	نتائج اختبار فرق المتوسطين لآراء العمال المستجوبين تجاه إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة حسب متغير النوع الاجتماعي.	261
الجدول (4–41)	نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفروق في آراء المستجوبين تجاه إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة حسب متغير العمر.	262
الجدول (4–42)	نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفروق في آراء المستجوبين تجاه إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة حسب متغير المستوى التعليمي.	263

الجدول (4–43)	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين فئات متغير المستوى التعليمي.	264
الجدول (4–44)	نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفروق في آراء المستجوبين تجاه إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة حسب متغير طبيعة الوظيفة.	265
الجدول (4–45)	نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين فئات متغير طبيعة الوظيفة.	266
الجدول (4–46)	نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفروق في آراء المستجوبين تجاه إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة حسب متغير سنوات الخبرة.	267

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
الشكل (1-1)	المؤسسة الصحية كنظام مفتوح.	17
الشكل (2-1)	العلاقة بين نظام (ISO 9000) وإدارة الجودة الشاملة.	91
الشكل (2-2)	حلقة الجودة في المؤسسة الصحية.	113
الشكل (2-3)	أبعاد جودة الخدمة.	115
الشكل (2-4)	الأهمية النسبية للأبعاد الخمسة لجودة الخدمات الصحية.	116
الشكل (3-1)	الانتقال من التنظيم الهرمي إلى تنظيم إدارة الجودة الشاملة.	150
الشكل (3-2)	مثال لخريطة المراقبة.	172
الشكل (3-3)	مخطط نموذج عظم السمكة.	173
الشكل (3-4)	منحنى باريتو.	174
الشكل (3-5)	الرموز المعيارية لخريطة التدفق.	175
الشكل (3-6)	نظام إدارة الجودة الشاملة وفق نموذج الجائزة الأوروبية.	179
الشكل (4-1)	الهيكل التنظيمي للمركز الاستشفائي الجامعي بباتنة.	188
الشكل (4-2)	الهيكل التنظيمي (1) لمستشفى الحكيم عقبي بقالمة	196
الشكل (4-3)	الهيكل التنظيمي (2) لمستشفى الحكيم عقبي بقالمة	197
الشكل (4-4)	الهيكل التنظيمي لمستشفى محمد زيوشي بطولقة	201
الشكل (4-5)	الهيكل التنظيمي لمستشفى بشير بن ناصر ببسكرة.	204
الشكل (4-6)	أنمـوذج الدراســة	215
الشكل (4-7)	توزيع العدد الإجمالي للعينة الأولية على المؤسسات الصحية محل الدراسة.	217
الشكل (4-8)	استمارات الاستبيان المسترجعة والمفقودة.	225
الشكل (4-9)	استمارات الاستبيان الصالحة للتحليل والفاسدة بعد الاسترجاع	225
الشكل (4-10)	توزيع العدد الإجمالي للعينة النهائية على المؤسسات الصحية محل الدراسة.	226

الشكل (4–11)	توزيع عينة الدراسة حسب متغير النوع الاجتماعي.	230
الشكل (4–12)	توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر.	231
الشكل (4–13)	توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي.	232
الشكل (4–14)	توزيع عينة الدراسة حسب متغير طبيعة الوظيفة.	234
الشكل (4–15)	توزيع عينة الدراسة حسب متغير سنوات الخبرة.	235

فـهرس الملاحق

رقم الملحق	عنوان الملحق	الصفحة
(01)	قائمة بأسماء المحكمين الأكاديميين والمهنيين.	301
(02)	الاستبيان في شكله النهائي.	304-302
(03)	معلومات تعريفية بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.	309-305
(04)	تراخيص إجراء التربص بالمؤسسات الصحية محل الدراسة.	315-310
(05)	قوانين حساب نسب ومعدلات النشاط.	317-316
(06)	تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية.	319-318
(07)	إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها.	320
(08)	إنشاء المركز الإستشفائي الجامعي في مدينة باتنة.	322-321
(09)	قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها.	325-323
(10)	إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية ومؤسسات الصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.	327-326
(11)	قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها.	336-328
(12)	الجداول الأصلية المستخرجة من برنامج (spss) بعد تفريغ البيانات.	355-337

مقدمة عامة

تمهيد:

إن المتتبع للتطور الإنساني عبر التاريخ يلاحظ أن الحضارة الإنسانية عرفت منذ القديم فترات وحقب زمنية وصلت فيها إلى مستويات عالية من التطور كحضارة الفراعنة، ورغم أنه لكل حضارة بداية ونهاية، إلا أن الحضارة الإنسانية تعتبر كشمس لا تغيب، حيث بنهاية حضارة معينة تعقبها في الغالب حضارة أخرى قد تكون أكثر تطور أو أقل؛ أي أنه كلما غربت شمس التطور عند حضارة معينة تشرق عند حضارة أخرى وفي زمن آخر.

وإذا أردنا تصنيف المرحلة الحالية من منظور التطور، فإن الحضارة المعاصرة تعتبر قد وصلت في مجالات متعددة ومختلفة إلى أوج وذروة التقدم الذي لم تصل إليه أي حضارة من قبل، وأصبح كل مجال وتخصص علم قائم بذاته، وهناك مجالات من العلوم أحرز فيها الإنسان قفزات من التقدم كانت تبدوا مستحيلة في وقت من الأوقات، خاصة العلوم الطبية، فقد وصل الإنسان إلى درجة من التقدم أوصلته إلى ابتكار العديد من طرق العلاج الحديثة، والاهتمام بإنشاء مؤسسات صحية جد متطورة.

إن الناظر في واقع المؤسسات الصحية في الجزائر يجد أنها مازالت بعيدة جدا عن مستوى التطور الذي وصلت إليه المؤسسات الصحية في الدول الغربية، وهذا سواء في الجانب الإكلينيكي وتطور طرق العلاج، أو من الناحية الإدارية ومدى الاعتماد على الأساليب الإدارية الحديثة في الإدارة، فالمتتبع للمجال الصحي في الجزائر يجد أنه يعاني من الكثير من المشاكل المتعددة والمتنوعة، والتي لا تحتاج فقط إلى حلول ترقيعية لمواجهتها، بل إلى استراتيجية طويلة المدى للنهوض بقطاع الصحة في الجزائر، وخاصة في المؤسسات الصحية العمومية باعتبار أن الوضع فيها متردي أكثر من القطاع الخاص، وكذلك لأنها تستقطب شريحة أكبر من أفراد المجتمع لانخفاض تكاليف العلاج فيها، وهذا ما يقتضي الاهتمام بتسريع النهوض بها قبل المؤسسات الصحية الخاصة.

رغم أن الكثير قد يعتقد أن الحجم الأكبر والأساسي من المشاكل في القطاع الصحي لا يندرج ضمن المجال الإداري بل المجال الإكلينيكي والعلاجي فقط، إلا أن المتأمل جيدا يجد أن الجذور الأساسية لأسباب تدهور المجال الإكلينيكي والعلاجي قد ترجع وترتبط بمدى تطور الجانب الإداري، أو بتعبير آخر بطبيعة الإدارة الصحية وتطورها وحداثتها، وبمدى استخدام الأساليب الإدارية الحديثة في إدارة المؤسسات الصحية، حيث أن الكثير من المؤسسات الصحية في الدول المتقدمة قد قطعت أشواط كبيرة في هذا المجال.

فنجد أن المؤسسات الصحية التي تصنف أنها متطورة تسعى إلى تطبيق الكثير من النظريات والأساليب والمناهج الإدارية الحديثة، ويعتبر منهج إدارة الجودة الشاملة من بين الأساليب التي كثر الحديث عنه في الآونة الأخيرة وليست في المجال الصحي فقط بل في مختلف المجالات، وهذا للنتائج الإيجابية على أرض الواقع للمؤسسات التي اعتمدت وسعت إلى تطبيق هذا المنهج، ولأنه يسعى بالأساس إلى تحقيق هدف الجودة الذي أصبح له مكانة كبيرة في التأثير على اختيارات وحياة الإنسان المعاصر بصفة عامة، واختياراته الاستهلاكية بصفة خاصة.

ومما هو بديهي ولا يخفى على أي إنسان جزائري، هو تدني مستوى الجودة في المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية مقارنة بالدول المتطورة، هذا التدني قد تعبر عنه الكثير من المظاهر كعدم وجود قاعات مريحة لانتظار المرضى لدورهم في العلاج، التعامل غير اللائق من بعض العاملين وقلة الأطباء الأكفاء...الخ، والحالة هذه فإن المؤسسات الصحية الجزائرية في حاجة ماسة إلى الانتهاج والاعتماد المكثف على الأساليب الإدارية الحديثة التي تهدف إلى تحسين الجودة كمنهج إدارة الجودة الشاملة، لكن للأسف فإن القيادة الإدارية العليا للمؤسسات الصحية والمتمثلة في وزارة الصحة الجزائرية لا تنتهج ولا تعتمد على هذا المنهج بصفة رسمية*.

▪ الإشكالية الرئيسية والتساؤلات الفرعية للأطروحة:

في ظل المشاكل العويصة التي يعاني منها القطاع الصحي الجزائري، وخاصة العمومي منه، وعدم اعتماده على الأساليب الإدارية الحديثة وعلى منهج** إدارة الجودة الشاملة بصفة رسمية، وبالتالي إذا ما سعت الهيئات الرسمية الجزائرية مستقبلا لتطبيق هذا المنهج في قطاع الصحة العمومية فقد تكون فرص نجاح ذلك كبيرة، والعكس قد تكون ضئيلة، وفي هذا الإطار ومن خلال ما سبق يمكن طرح إشكالية هذه الدراسة كالآتي:

ما هي معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية محل الدراسة؟ وكيف يمكن تهيئة وإعداد هذه المؤسسات، لتذليل هذه المعوقات، وتسهيل تطبيق هذا المنهج؟

في إطار هذه الإشكالية يمكن صياغة التساؤلات الفرعية لها كالآتي:

1- ما مفهوم المؤسسة الصحية، وما هي أهم وظائفها؟

2- ما مفهوم منهج إدارة الجودة الشاملة، وما هي أهم معوقات تطبيقه في المؤسسات الصحية؟

3- ما مستوى تواجد معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية محل الدراسة حسب وجهة نظر العاملين فيها؟

4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية لآراء العاملين المستجوبين تجاه إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة تعزى للمتغيرات الشخصية والوظيفية؟

5- كيف يمكن مواجهة معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية؟

---

* عند الشروع في هذه الدراسة وعند سؤال المسؤولين في المستشفيات محل الدراسة حول إن كان هناك تطبيق لمنهج إدارة الجودة الشاملة بصفة رسمية، فإنهم صرحوا بأن هذه المستشفيات مثل غالب المستشفيات الجزائرية لا تطبق هذا المنهج بصفة رسمية، وللتأكد من ذلك أنظر استمارات المعلومات التعريفية بهذه المستشفيات ضمن الملحق رقم (3).

** تم اعتبار إدارة الجودة الشاملة كمنهج وليس مجرد أسلوب، طريقة، أداة،...الخ، لأن مفهومها يقترب أكثر من مفهوم المنهج مقارنة بالمفاهيم الأخرى الشبيهة، فمثلا مصطلح المنهج أشمل من الأسلوب، فالمنهج قد يتضمن العديد من الأساليب والطرق الجزئية، وكما سنرى لاحقا؛ فإدارة الجودة الشاملة كذلك تتضمن أساليب (مبادئ) جزئية، مثل: أسلوب المشاركة، التحسين المستمر،...الخ.

▪ فرضيـات الدراســة:

1- الفرضية الرئيسية الأولى: «هناك مستوى **منخفض** لتواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة (**عدم التزام الإدارة العليا، غياب التحسين المستمر، عدم التوجه نحو الزبون، غياب المشاركة، غياب التشجيع والتحفيز، غياب التعليم والتدريب، غياب الاتصالات والمعلومات**) مأخوذة بصفة **مجتمعة** حسب وجهة نظر العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة»؛

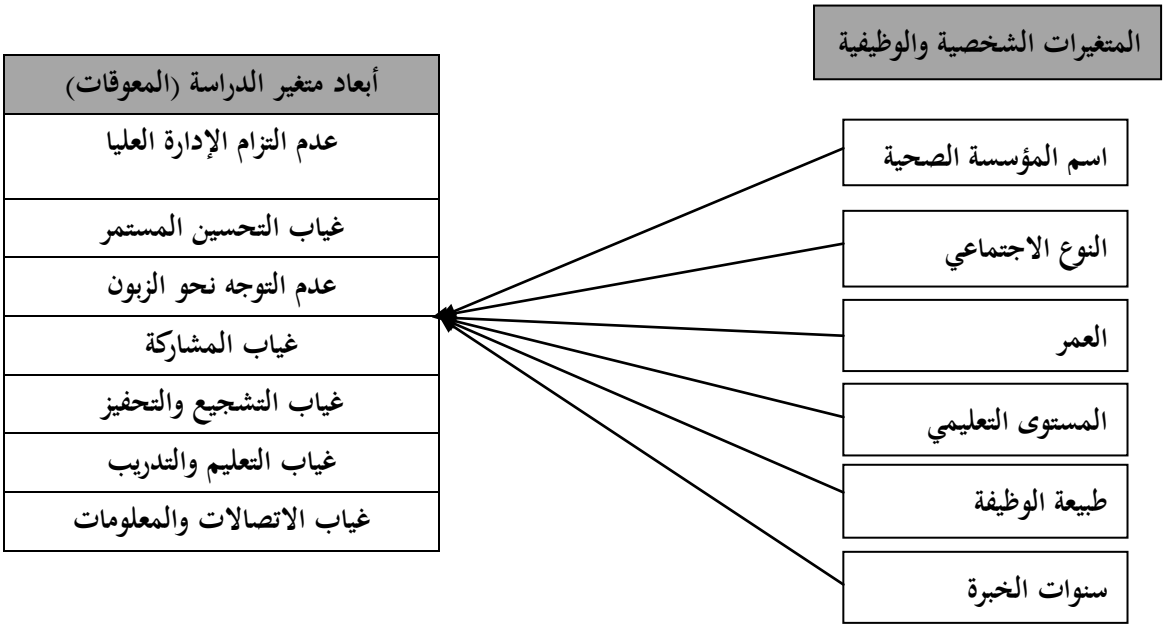
2- الفرضية الرئيسية الثانية: «هناك مستوى **منخفض** لتواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة (**عدم التزام الإدارة العليا، غياب التحسين المستمر، عدم التوجه نحو الزبون، غياب المشاركة، غياب التشجيع والتحفيز، غياب التعليم والتدريب، غياب الاتصالات والمعلومات**) مأخوذة بصفة **منفردة**، حسب وجهة نظر العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة»؛

3- الفرضية الرئيسية الثالثة: «لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية **($\alpha \leq 0,05$)** لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى للمتغيرات الشخصية والوظيفية (**اسم المؤسسة الصحية، النوع الاجتماعي، العمر، المستوى التعليمي، طبيعة الوظيفة، سنوات الخبرة**)».

▪ أنموذج الدراسة:

يتمثل المتغير الرئيسي لهذه الدراسة في معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، وأيضا متغيرات أخرى تتمثل في المتغيرات الشخصية والوظيفية، وسيتم توضيح بالتفصيل كيفية تحديد المعوقات المكونة لأنموذج هذه الدراسة أثناء تبيين إجراءات الدراسة الميدانية في الفصل الرابع، ويمكن توضيح الأنموذج الخاص بهذه الدراسة كما في الشكل الآتي:

أنمــوذج الدراســة



المصدر: إعداد الطالب.

- **أهـــمية الدراســـة:** تكمن أهمية هذه الدراسة من خلال إمكانية أطراف وجهات متعددة من الاستفادة من موضوع البحث، وذلك كالآتي:

✓ بالنسبة للمؤسسات الصحية العمومية الجزائرية بصفة عامة، والمستشفيات العمومية خاصة، والجهات المسؤولة عن اتخاذ القرارات في قطاع الصحة الجزائري المتمثلة في وزارة الصحة، فإنها يمكن أن تستفيد من هذه الدراسة إذا ما أرادت مستقبلا تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة بصفة رسمية؛

✓ كذلك بالنسبة للمكتبة الجزائرية والطلبة والباحثين بصفة عامة، فيمكنهم الاستفادة من هذه الدراسة التي تبحث في معوقات إدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي، واعتبارها كمرجع ومنطلق للتعمق وإثراء هذا الموضوع أكثر، بما يفتح آفاق جديدة للبحث، وإيجاد الحلول لبعض المشاكل والصعوبات التي تعاني منها المؤسسات الصحية الجزائرية، وخاصة المستشفيات العمومية.

- **أهـــداف الدراســـة:** سنحاول من خلال هذا البحث تحقيق الأهداف الآتية:

✓ جمع المعلومات الأساسية وإعطاء نظرة عن المؤسسات الصحية، بما يسمح بأخذ صورة عن الملامح العامة والإطار العام لطبيعة هذه المؤسسات وما تتميز به عن باقي المؤسسات؛

✓ محاولة الإحاطة بالإطار العام لمنهج إدارة الجودة الشاملة باعتباره من الأساليب الإدارية الحديثة التي تم التطرق إليها بدرجة كبيرة من قبل الباحثين، للتعرف خاصة على متطلبات نجاح تطبيق هذا المنهج ومختلف عراقيل تطبيقه؛

✓ التعرف على مختلف الجوانب المتعلقة بالثقافة التنظيمية باعتبار أن الجزء الأكبر من المعوقات لتطبيق الأساليب الإدارية الحديثة بما فيها منهج إدارة الجودة الشاملة يندرج ضمن الثقافة التنظيمية؛

✓ الكشف عن أهم معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية، ومحاولة التوصل إلى الكيفية والاستراتيجية والتغييرات التي ينبغي انتهاجها لتذليل هذه المعوقات، وتهيئة المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية للتطبيق الناجح لهذا المنهج في المستقبل.

- **دوافع اختيـــار موضـــوع الدراسة:**

إن اختيار هذا الموضوع كعنوان لأطروحة الدكتوراه ناتج عن دوافع موضوعية وأخرى ذاتية، فالأولى تعود للمشاكل العويصة التي يعاني منها قطاع الصحة في الجزائر، خاصة الاكتفاء فقط بطرق الإدارة التقليدية، والبعد عن تحديث أساليب الإدارة واستخدام المفاهيم المعاصرة في الإدارة، أما الدوافع الذاتية فتعود خاصة إلى أن هذا الموضوع ليس بعيد كثيرا عن موضوع رسالة الماجستير الخاصة بالطالب، وهو ما يسمح من التعرف على الكثير من جوانب الموضوع التي تحتاج إلى تعمق وإضاءة أكثر، وكذلك النظرة الذاتية لمدى أهمية ومكانة قطاع الصحة والسعي للنهوض به، والرغبة في البحث في المواضيع التي تهدف إلى الارتقاء وتحسين الجانب الإداري في المؤسسات بصفة عامة.

- **المنهـــج المستخدم في الدراســـة:**

بغية الإجابة عن إشكالية وتساؤلات الدراسة والإحاطة بمختلف جوانب الجانب النظري، فسيتم الاعتماد على **المنهج الوصفي التحليلي**، لأنه الأنسب لهذا النوع من الدراسات، حيث سنحاول توصيف مختلف المفاهيم المتعلقة بموضوع الدراسة كإدارة الجودة الشاملة، الثقافة التنظيمية والمؤسسة الصحية...الخ، وتحليل مختلف الجوانب والعلاقات النظرية المتعلقة ببعض هذه المفاهيم؛ خاصة العلاقة بين الثقافة التنظيمية وإدارة الجودة الشاملة.

أما في الجزء التطبيقي فسيتم استخدام **منهج دراسة حالة**، وهذا من خلال إجراء الدراسة الميدانية على عينة من المستشفيات الجزائرية، وذلك بغية إسقاط ما تضمنته الدراسة في الجانب النظري على أرض الواقع، وهذا بتوزيع استمارات استبيان للإجابة عن مختلف التساؤلات، وتم اختيار خمسة مستشفيات من الشرق الجزائري موزعة على ثلاثة ولايات هي قالمة، باتنة وبسكرة، وهذا خاصة لمعرفة مستوى تواجد معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في هذه المستشفيات حسب وجهة نظر العاملين فيها، ومحاولة تحليل وتفسير أسباب ذلك للخروج بمختلف التوصيات والاقتراحات اللازمة.

- **حـــدود الدراســـة:** حتى يتم التركيز أكثر على أهداف الدراسة ومعالجة الإشكالية المطروحة فيها، وعدم الخروج عن الإطار العام لها، فإن هذه الدراسة تميزت بحدود مختلفة يمكن شرحها كالآتي:

1- الحدود الموضوعية: اقتصرت هذه الدراسة على موضوع بحث يندرج ضمن مجال الإدارة الصحية، وذلك بالبحث عن معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية، فالكثير من الباحثين تناولوا مواضيع منهج إدارة الجودة الشاملة، لكن القليل جدا من تطرق لهذا المنهج في المجال الصحي.

2- الحدود المكانية: تم إجراء الدراسة الميدانية على عينة من المستشفيات العمومية الجزائرية، وتم اختيار خمسة مستشفيات كبيرة من الشرق الجزائري، موزعة على ثلاثة ولايات: قالمة، باتنة وبسكرة، حيث مستشفى باتنة يتميز عن بقية المستشفيات الأربعة بأنه مركز استشفائي جامعي، وتم اختيار هذه المؤسسات لكبر حجمها وسهولة الوصول إليها حسب الإمكانيات المتاحة لدى الطالب، وكانت هذه المؤسسات متنوعة من حيث الحجم والمنطقة الجغرافية.

3- الحدود البشرية: تم توزيع استمارات استبيان على عينة من العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة، وذلك بالحرص على أن تشمل الدراسة مختلف الفئات من العاملين: مسؤولين إداريين، موظفين إداريين، أطباء وشبه طبيين،...الخ، وذلك لمعرفة واختبار وجهة نظرهم وآرائهم حول محاور استمارة الاستبيان التي تم تصميمها.

4- الحدود الزمنية: ابتدأت هذه الدراسة عموما منذ التسجيل في السنة الأولى دكتوراه (2012/2011م)، وحتى تقديمها إلى إدارة الكلية كطالب في السنة السادسة دكتوراه (2017/2016م)، حيث تقريبا مدة سنة ونصف كانت مخصصة فقط لجمع مختلف المراجع اللازمة خاصة التي تمس جوهر الدراسة، ليتم بعد ذلك تفحص هذه المراجع وكتابة الجزء النظري من الدراسة، أما الجزء من الدراسة الميدانية والمتمثلة في توزيع قوائم الاستبيانات على عينة الدراسة وإجراء مختلف المقابلات مع المسؤولين وجمع المعلومات والملاحظات اللازمة، فدامت تقريبا كل من شهر ديسمبر لسنة

(2016م)، وشهر جانفي لسنة (2017م)، وبعد هذه الفترة كان الاهتمام الأكبر لمعالجة المعطيات وتحليلها، وتعديل وتحسين بعض الجوانب في الجزء النظري.

▪ الدراســات السابقــة:

هناك الكثير من الدراسات التي تناولت إما موضوع إدارة الجودة الشاملة لكن في مؤسسات أخرى غير الصحية، أو تطرقت للمؤسسات الصحية لكن من جوانب أخرى بدون ربطها بإدارة الجودة الشاملة، لذلك سنحاول التركيز أكثر على الدراسات التي تربط بين إدارة الجودة الشاملة والمؤسسات الصحية، وخاصة من ناحية المعوقات أو الثقافة التنظيمية باعتبار أن أغلب المعوقات تندرج ضمن الثقافة التنظيمية، وسيتم تصنيفها حسب ما إذا كانت تندرج ضمن المواضيع التي تمس المجال والقطاع الصحي أو خارجه، وذلك كالآتي:

أولا– الدراسات السابقة في المجال الصحي: الدراسات في هذا المجال تعتبر قليلة مقارنة بالمجالات خارج القطاع الصحي، ومن بين هذه الدراسات نذكر الآتي:

1– دراسة (**محمد بن عبد العزيز العميرة، 2003**) بعنوان: **"علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي في القطاع الصحي".**

حيث تمثلت مشكلة الدراسة في وجود مجموعة من العاملين في المركز الصحي لا تطبق الجودة الشاملة، رغم إن المركز من المراكز الصحية التي تطبق فيه الجودة الشاملة، حيث تم قياس مستوى الأداء الوظيفي لكل من المجموعتين التي تطبق والتي لا تطبق ومعرفة أسباب ومعوقات تطبيقها، وكذلك معرفة علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي.

وكانت من بين أهداف الدراسة هو معرفة معوقات تطبيق الجودة الشاملة في مركز الأمير سلطان للأمراض وجراحة القلب، وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباط موجبة طردية بين الجودة الشاملة والأداء الوظيفي، أي أنه كلما زاد تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمركز زاد أداء الموظف، أي أن هناك علاقة بين أداء الموظف وإدارة الجودة الشاملة، وكذلك تم التوصل إلى أن هناك معوقات تواجه تطبيق الجودة الشاملة في المركز تتمثل في:

- ✓ عدم وجود دورات تدريبية لبرنامج الجودة الشاملة؛
- ✓ عدم وجود مختصين لبرنامج الجودة الشاملة؛
- ✓ عدم توفر البيانات والإحصائيات اللازمة لتطبيق برنامج الجودة الشاملة؛
- ✓ عدم وجود تشجيع كامل من قبل الإدارة العليا.

2– دراسة (**هيفاء بنت فؤاد مختار، 2003**) بعنوان: **"دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمة الصحية: دراسة تطبيقية على اتجاهات المرضى ورؤساء الأقسام في مستشفى الملك فهد بمحافظة جدة".**

تتركز مشكلة البحث في التعرف على مدى وجود فروق بين اتجاهات المرضى المقيمين ورؤساء الأقسام نحو جودة الخدمة الطبية المقدمة فعلياً بمستشفى الملك فهد العام، ومن جهة أخرى التعرف على مدى وجود فروق بين اتجاهات المرضى المقيمين نحو كل من جودة الخدمة الطبية المقدمة فعلياً وجودة الخدمة المتوقعة، وتم إتباع المنهج الوصفي

التحليلي المقارن، ومن بين توصيات البحث هو دراسة الثقافة التنظيمية السائدة بالمستشفى، والعمل على تطويرها وبناء وترسيخ أبعاد الثقافة والقيم المتوافقة مع الجودة الشاملة، ومن النتائج التي توصلت إليها الباحثة، نذكر الآتي:

- ✓ يتبع الأطباء أساليب علمية حديثة في تقديم الخدمة الطبية، وأن اهتمامهم وحسن استماعهم وتشخيصهم يبعث على الثقة في جودة الخدمة، كما أن الأطباء يتبعون معايير ومتطلبات الأمان مع البعد عن الشك والمخاطرة؛
- ✓ الممرضات والقائمون على الخدمات المساندة يظهرون بالمظهر اللائق النظيف، وكذلك الممرضات تبدين دائماً السماحة وطيب النفس عند تقديم الخدمات الخاصة للمرضى كالنظافة اليومية وقضاياً الحوائج الشخصية، وأنه يوجد التزام من جانب الممرضات بالنسبة لمواعيد تلقي الأدوية وغير ذلك من خدمات مرتبطة بالعلاج؛
- ✓ صدق الاهتمام بالمرضى ومشكلاتهم من جانب جميع العاملين بالمستشفى، وأن هناك كفاءة ونشاط وحيوية للعاملين بالمستشفى في تعاملهم مع المرضى، كما أنهم يتعاطفون، يستمعون ويوجهون النصح والإرشاد للمرضى؛
- ✓ يفخر العاملين بأنهم أعضاء في فريق عمل يكمل بعضه بعضاً، وبالرغم من تنوع واختلاف جنسيات وثقافات العاملين بالمستشفى إلاّ أنهم يعملون كفريق عمل متفاهم ومتكاتف.

3- دراسة (**سعدي محمد الكحلوت، 2004**) بعنوان: **"العوامل المؤثرة على استمرارية أنشطة الجودة الشاملة في مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية في قطاع غزة"**.

هدفت هذه الدراسة إلي التعرف على واقع إدارة الجودة الشاملة في أحد أهم القطاعات الخدمية وهو قطاع الصحة، من خلال التعرف على واقع المستشفيات التي تم تطوير بعض العمليات والأنشطة الخدمية في بعض أقسامها، ضمن مشروع لتطوير الجودة وبتمويل من البنك الدولي في مؤسسات وزارة الصحة، وكذلك التعرف على العوامل التي أثرت على استمرارية عمليات وأنشطة تطوير الجودة في هذه المستشفيات، وذلك من خلال تحليل العلاقة ما بين بعض متغيرات نظام إدارة الجودة الشاملة ونجاح واستمرارية عمليات تطوير الجودة في هذه المستشفيات، وقد توصلت الدراسة إلي مجموعة من النتائج أهمها الآتي:

- ✓ اتضح بشكل عام تدني درجة استخدام الأسلوب العلمي في قياس مؤشرات تحسين الجودة الشاملة في الأقسام التي شملتها الدراسة؛
- ✓ على الرغم من وجود بعض الحوافز المادية في النظام بشكل عام، إلا أن هذه الحوافز بشقيها المادي والمعنوي غير كافية من وجهة نظر المستطلعين؛
- ✓ أظهرت نتائج الدراسة تدني درجة التزام الإدارة العليا بعمليات التحسين والتطوير بشكل خاص وبأنشطة الجودة الشاملة بشكل عام في المستشفيات التي شملتها الدراسة؛
- ✓ أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود ثقافة موحدة حول الجودة لدى المستطلعين، بالإضافة إلى انخفاض مستوى فهم العاملين لمفهوم وفلسفة أنشطة الجودة الشاملة؛
- ✓ بينت النتائج غياب العديد من مقومات عملية تأسيس الجودة ومنها عدم وجود استراتيجية دائمة أو واضحة، ضعف الجهود المبذولة لنشر الجودة شعارا وممارسة، عدم وجود خطط أو أهداف واضحة، بالإضافة إلي نتائج أخرى

تتعلق بأثر التدريب وعامل الخبرة في فهم فلسفة الجودة، وكذلك عامل الحجم والتخصص بالنسبة للمستشفى.

4- دراسة (**فريد نصيرات، 2007**) بعنوان: **"الجودة الشاملة والأداء المؤسسي – دراسة استطلاعية لآراء الإداريين في بعض مستشفيات القطاع الخاص في منطقة العاصمة عمان/الأردن"**

وقد شملت الدراسة (09) مستشفيات، وهذا من أجل تحليل العلاقة بين تطبيق عناصر الجودة الشاملة (مجتمعة ومنفردة) وبين الأداء التنظيمي لهذه المستشفيات، لمعرفة ما إذا نجحت جهود تطبيق الجودة الشاملة في تحقيق النتائج المرغوب فيها، وقد توصلت الدراسة إلى ما يلي:

- ✓ هناك اختلافات ذات دلالة إحصائية بين المستشفيات المدروسة في تطبيق عناصر الجودة الشاملة، كما وجدت اختلافات ذات دلالة في مؤشرات الأداء، وقد وجدت هذه الاختلافات عند تحليل عناصر الجودة مجتمعة ومنفردة لكافة العناصر باستثناء عنصر تمكين العاملين؛
- ✓ هناك علاقات ذات دلالة إحصائية بين جهود تطبيق الجودة الشاملة ومؤشرات الأداء التنظيمي؛
- ✓ هناك خمسة عناصر هامة إحصائيا تؤثر أكثر من غيرها على الأداء في المستشفيات المدروسة؛ وهذه العناصر مرتبة وفق الأهمية كالآتي: التركيز على العميل، تمكين العاملين، القيادة، الرقابة الوقائية وفرق العمل.

5- دراسة (**عدمان مريزق، 2008**) "**واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية: دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة**".

سعت الدراسة لمعرفة واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر العاصمة، وتحديد العقبات والعراقيل التي تواجه الطاقم الطبي والشبه الطبي لتقديم خدمات ذات جودة عالية، ومن بين النتائج التي توصل إليها الباحث في كل من الجزء النظري والتطبيقي، نذكر الآتي:

- ✓ تختلف النظرة إلى جودة الخدمات الصحية باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي، حيث يختلف مفهومها حسب المنظور الطبي والإداري، وأيضا حسب وجهة نظر المستفيد من الخدمة؛
- ✓ تقسم تكاليف الجودة في المؤسسات الصحية إلى ثلاثة أقسام رئيسية تتمثل في تكاليف الوقاية من عيوب جودة العلاج، تكاليف التقويم وتكاليف الفشل أو الأعمال الخاطئة والمعيبة؛
- ✓ يعد تطوير الخدمات الصحية أحد المجالات الرئيسية للتنمية البشرية التي أولتها العديد من الدول اهتماما متزايدا، حيث تبنت معظم الدول المتقدمة والنامية سياسات وبرامج لإصلاح النظام الصحي؛
- ✓ أن المريض ليس راض عن بعض جوانب تقديم الخدمة، والمتمثلة أساسا في نظام التغذية، النظافة، التكفل من أفراد الطاقم شبه الطبي وغيرها، في حين هو راضي عن التكفل الطبي، درجة حرارة الغرفة ودرجة الإضاءة؛
- ✓ تم تأكيد بشكل جزئ أن أهم العقبات التي تواجه الطاقم شبه الطبي تتمثل في ظروف العمل؛ إذ توجد عقبات أخرى ممثلة في عدم وضوح المهام وضعف التأطير؛
- ✓ العوائق التي تواجه الأطباء للقيام بعمل ذو جودة تتمثل في قلة الوسائل، قلة التكوين ونقص التنظيم.

6- دراسة (**كحيلة نبيلة، 2009**) بعنوان: **"تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية"**.

حيث كانت الإشكالية الرئيسية للدراسة تتمثل في ما مدى إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحي بجيجل من وجهة نظر ممارسي مهنة التمريض بها، ومن بين الأسئلة الفرعية التي سعت هذه الدراسة للإجابة عليها، هو البحث عن معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية محل الدراسة، وتم التوصل إلى أن أبرز هذه المعوقات مرتبة تنازليا، كانت كما يلي:

- ✓ ضعف التزام الإدارة العليا بالمستشفى لدعم جهود الجودة؛
- ✓ عدم وضوح مفهوم العمل الجماعي وغياب روح الفريق؛
- ✓ عدم وجود برامج تدريبية في مجال إدارة الجودة الشاملة؛
- ✓ ضعف تحفيز العاملين بالمستشفى لتحسين أدائهم؛
- ✓ عدم وجود معايير وأبعاد جودة الخدمات الصحية؛
- ✓ عدم وجود مقاييس موضوعية لمعرفة مستوى رضا المرضى عن خدمات المستشفى؛
- ✓ عدم الاستعانة بخبراء متخصصين في إدارة الجودة الشاملة بالمستشفى؛
- ✓ عدم تخصيص الموارد الكافية.

7- دراسة (**حوالف رحيمة، 2010**) بعنوان: **"تطبيق إدارة الجودة الشاملة – دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان"**.

تمثلت الإشكالية الرئيسية للدراسة في معرفة ما إذا كان تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات يؤدي إلى تحسين جودة الخدمات الصحية في ظل وجود نقائص تتمثل في الضغوط التنظيمية، كما سعت الدراسة الى تحديد نوع الضغوط التنظيمية التي تعرقل مسار تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وإلى دراسة متطلبات تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، ومن بين ما توصلت إليه الدراسة نذكر الآتي:

- ✓ انعدام إدارة الجودة في المستشفى الجامعي بتلمسان، ووجود سلبيات عديدة تسببت في خلق انحرافات، وزوالها يتطلب تحضير المستشفى لتطبيق إدارة الجودة الشاملة كأسلوب إداري متميز؛
- ✓ يعتبر كل من الموقف الشخصي اتجاه تحسين مستوى الخدمة الصحية، المعيار الاجتماعي الملحوظ والتحكم في مراقبة السلوك محددات للقصد من تطبيق إدارة الجودة الشاملة عند كل من الأطباء والمرضى على حد السواء في المستشفيات العمومية الجزائرية؛
- ✓ المعيار الاجتماعي يلعب دورا هاما في تكوين القصد نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة مستقبلا، وأهمية هذا المعيار في التأثير على المحيط العام، ويعود سبب ذلك لخصوصية المجتمع الجزائري لارتباطه العميق بثوابت الأمة، ويعتبر أن مؤسسات الدولة لابد من الحفاظ عليها وترقيتها، كما أن الأسرة تلعب دورا جبارا في ترسيخ هذه الأخلاقيات؛
- ✓ إن عدم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفى يفسر من خلال الانسياق، بحيث ينساق موظفي المستشفى من كل الفئات نحو ما يطبق عموما ولا يمكن للطبيب تغيير الوضع الحالي، كما أن هذا يفسر ضغوط الإدارة التي تؤثر

على السلوك العام، إن تأثير الانسياق سيكون سلبا على القصد والنية من استخدام وتطبيق إدارة الجودة الشاملة، بسبب حساسية الفرد للمجموعة وبحثه المتواصل لتحسين صورته أمام الإدارة العامة للمستشفى.

8- دراسة (**سيد أحمد حاج عيسى، 2012**) بعنوان: **"أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية"**.

حيث سعت هذه الدراسة إلى تحليل أثر التدريب في تحسين الجودة الشاملة الصحية بالمستشفيات الجزائرية محل الدراسة من وجهة نظر الأفراد العاملين (أطباء، شبه طبيين، إداريين)، ومن بين ما سعت إليه الدراسة هو معرفة العلاقة الارتباطية بين متغيرات الدراسة المستقلة (تحديد الاحتياجات التدريبية، تصميم البرامج والدورات التدريبية، تنفيذ العملية التدريبية، تقييم العملية التدريبية، تقييم بيئة العمل الداخلية) والمتغيرات التابعة لتحسين الجودة الشاملة الصحية (مستوى الرضا الوظيفي، مستوى الكفاءة التشغيلية، مستوى التحسين المستمر للعلاقة مع المرضى).

وتم التوصل إلى أن عملية تدريب الأفراد العاملين بالمستشفيات تعتبر إحدى أهم العناصر في تحسين الجودة الشاملة الصحية، وأن التحسين المستمر لمعارف ومهارات وسلوكيات مقدمي الرعاية الصحية لها الأثر الأكبر في تحقيق الجودة الشاملة وتحسينها، تعزيز الكفاءة التشغيلية، خفض التكاليف وتحقيق رضا المستفيد من الخدمة (المريض)، وأنه لا يمكن تحقيق التحسين المستمر إلا من خلال تدريب العاملين في المؤسسات الصحية من أجل تحقيق الكفاءة التشغيلية والتميز في تقديم الرعاية الصحية.

وتبين من الدراسة الميدانية أن التدريب قد اكتسب أهمية عالية كوسيلة لتحسين الجودة الشاملة في المستشفيات الجزائرية، وفقا لاتجاهات أفراد العينة في المستشفيات محل الدراسة، الذين عبروا أيضا عن إمكانية مقبولة لتطبيق التدريب وفق أسس مفهوم الجودة الشاملة في مؤسساتهم الإستشفائية، ومن بين ما تم استنتاجه هو وجود قناعة عالية بأن الوصول لتحسين الجودة الشاملة في المستشفيات الجزائرية يتطلب تطبيق عناصر التدريب وفق الأهمية النسبية التي بينتها المتوسطات الحسابية.

9- دراسة (**مديوني جميلة، 2016**) بعنوان: **"نحو تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية بالجزائر – حالة مصالح الأمومة والتوليد التابعة للمؤسسات الاستشفائية العمومية والمؤسسات الاستشفائية الخاصة لولاية الشلف"**.

سعت الباحثة للكشف عن مدى تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مصالح الأمومة والتوليد التابعة للمؤسسات الاستشفائية العمومية والخاصة لولاية الشلف، من خلال استقصاء عينة من العاملين "الطاقم الطبي، التمريضي والإداري" قدرت بـ (120) مفردة فيما يخص درجة تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، واستقصاء عينة من الأمهات قدرت بـ (400) مفردة في إطار قياس أبعاد جودة الخدمات الصحية، ومن خلال التحليل الإحصائي للبيانات المجمعة بواسطة البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (spss)، الإصدار (21)، ومن واقع الملاحظة الميدانية توصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها:

- ✓ تدني درجة تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في مصالح الأمومة والتوليد للمؤسسات محل الدراسة؛
- ✓ توافر أبعاد جودة الخدمات بمصالح الأمومة والتوليد التابعة للمؤسسات الاستشفائية الخاصة بدرجات متفاوتة؛
- ✓ توافر بعد الثقة والأمان فقط بمصالح الأمومة والتوليد التابعة للمؤسسات الاستشفائية العمومية؛
- ✓ وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول استجابات كل من العاملين والأمهات (بمصالح الأمومة والتوليد) تعزى للقطاع الذي تنتمي إليه المؤسسة الاستشفائية.

وبناء على نتائج الدراسة تم تقديم مجموعة من التوصيات والاقتراحات، وهذا بضرورة التحول من الثقافة الإدارية والتنظيمية التقليدية إلى ثقافة إدارة الجودة الشاملة للارتقاء بمستوى الخدمات الصحية المقدمة للمرضى.

ثانيا– الدراسات السابقة خارج المجال الصحي: هناك الكثير من الدراسات والبحوث الميدانية في موضوع إدارة الجودة الشاملة خارج المجال الصحي، وأهم هذه الدراسات نذكر الآتي:

1– دراسة (**قاسمي كمال، 2003**) بعنوان: **"المقومات والمعوقات الثقافية لتطبيق نظامي إدارة الجودة الشاملة والإيزو 9000 في المؤسسة الصناعية الجزائرية".**

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى ملائمة الثقافة التنظيمية لتطبيق نظامي الإدارة بالجودة الشاملة والإيزو (9000) في ميدان الدراسة، حيث تم التركيز على أربعة محاور ومبادئ يبنى عليها نظامي إدارة الجودة الشاملة والإيزو (9000)، هذه المحاور تهدف بالأساس إلى زرع ثقافة الجودة أو ما يمكن أن نطلق عليه تسمية ثقافة الإتقان في العنصر البشري، وهذا باعتبار أنه المحرك الأساسي لإنجاح هذين المدخلين.

يعتبر محور التحسين المستمر كقيمة ثقافية مهمة يجب أن يزود بها المديرون والعمال، ولا يمكن لهذا المحور أن يؤدي إلى النتائج المرغوبة إلا من خلال تفعيل محور آخر، يتمثل في التعامل على أساس مورد وزبون سواء بين المصالح المختلفة للمؤسسة وأفرادها فيما بينهم أو مع المتعاملين الخارجيين، لكن عملية ترسيخ هذه المبادئ والقيم الثقافية في بيئة الأعمال الداخلية ثم نشرها في بيئة الأعمال الخارجية تتطلب نظام تدريب فعال، يركز من خلاله على مبادئ هذين النظامين، ونظاما فعالا للمعلومات يسمح بتدفق قيم النظامين وانتشارها داخل التنظيم وخارجه، وتم التوصل في الجزء التطبيقي إلى أن الثقافة التنظيمية للمؤسسات محل الدراسة مازالت تشكل عائقا لغرس وترسيخ القيم الثقافية المميزة للمدخلين الإداريين محل البحث، والقيم الثقافية التي تم اختيارها لاختبارها تتمثل في التركيز على المستهلك، نظم المعلومات والتغذية العكسية، الاهتمام بتنمية وتطوير الموارد البشرية، التركيز على العمليات (القياس والفحص).

2– دراسة (**جاسم بن فيحان الدوسري، 2007**) بعنوان: **"الثقافة التنظيمية في المنظمات الأمنية ودورها في تطبيق الجودة الشاملة – دراسة تحليلية مقارنة بين الإدارة العامة للمرور والإدارة العامة للجنسية والجوازات والإقامة بوزارة الداخلية بمملكة البحرين".**

من أهم النتائج التي تم التوصل إليها نذكر الآتي:

- ✓ أن العلاقة بين الرؤساء والمرؤوسين تتميز بالود والاحترام المتبادل، وأن العمل يتم بموجب الأنظمة واللوائح

التنظيمية، والتزام العاملين بأسلوب نحن في خدمة المستفيد عند التعامل مع الجمهور الخارجي، وهناك اعتقاد عام لدى العاملين بأن التغيير في نظم العمل وآلياته سوف يكون لصالحهم، وأخيرا عدم وجود نظام فعال للحوافز يعتمد عل معايير موضوعية؛

✓ هناك صعوبات بوجه عام تعوق أو تحد من تطبيق إدارة الجودة الشاملة في إدارتي المرور والجوازات بمملكة البحرين، والصعوبات الخمس الأكثر بروزا من حيث درجة حدتها وإعاقتها تتمثل في: عدم فعالية نظام الحوافز، عدم الإلمام بمفهوم إدارة الجودة الشاملة، إحجام بعض المسؤولين عن تفويض السلطة لمن هم أدنى منهم في السلم الوظيفي، عدم اختصاص لجان لحل المشكلات، حرفية تطبيق القوانين والأنظمة، وتعتبر هذه من الصعوبات الرئيسية التي تعتري الثقافة التنظيمية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في هذه المؤسسات.

3- دراسة (**ربيعي ميلود، 2007**) بعنوان: **"تأثير ثقافة المؤسسة على تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة"**.

حيث سعت الدراسة لمعرفة مدى تأثير ثقافة المؤسسة على تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، أما في جزئها التطبيقي فهدفت الدراسة إلى تبيين مدى ملائمة ثقافة المؤسسة محل الدراسة للمتطلبات والأسس النظرية لإدارة الجودة الشاملة، وهذا باعتبار ثقافة المؤسسة من بين المحددات الرئيسية لنجاح المنظمة أو فشلها، ومن بين المحاور التي تم اعتمادها كمؤشرات ثقافية كعائق لتطبيق إدارة الجودة الشاملة هي التركيز على الزبون، التحسين المستمر والتطوير، التكوين (التحفيز والتدريب)، الرقابة والتقييم، اندماج العاملين وتكوين الفرق والإدارة بالحقائق.

وتم التوصل إلى أن ثقافة المؤسسة محل الدراسة تمثل عائقا يحول بينها وبين تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة، حيث تعتبر مؤسسة الأنابيب الناقلة للغاز بغرداية كنموذج للمؤسسات الحاصلة على الإيزو (9000)، رغم أن ذلك لم يكن مؤسسا على منهج تغيير، بل كان الهدف تسويقي، غير أن المنافسة الأجنبية المتزايدة في القطاع تتطلب منها انتهاج نظام الجودة الشاملة والتحسين المستمر، مع العلم أن المؤسسة تتوفر على بعض مقوماته مثل التركيز على النتائج والعمليات، قياس العمليات واللجان المختصة بقياس الجودة، ومع وجود بعض المؤشرات الثقافية السلبية المعيقة لتطبيق هذا النظام كعدم ولاء العمال للرؤساء، عدم وعي الرؤساء بأهمية العامل كزبون داخلي، نقص ثقافة العمل الجماعي وثقافة روح الإبداع لدى العاملين.

4- دراسة (**فتيحة حبشي، 2007**) بعنوان: **"إدارة الجودة الشاملة – مع دراسة تطبيقية في وحدة فرمال لإنتاج الأدوية بقسنطينة"**.

سعت الدراسة لمعرفة عناصر الثقافة التنظيمية الملائمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة بنجاح، وهل هناك توافق بين عناصر الثقافة التنظيمية السائدة في الوحدة محل البحث، وبين عناصر الثقافة التنظيمية الملائمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، ومن النتائج التي توصلت إليها نذكر الآتي:

✓ لمفهوم إدارة الجودة الشاملة بعد ثقافي وفلسفي، إذ ينظر إليها رواد الجودة على أنها: «ثقافة وفلسفة إدارية تعبر عن اتجاه فكري يحكم التوجهات الإدارية في المؤسسة من أجل تحقيق الجودة والتميز في الأداء»؛

- ✓ يتطلب نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة وجود ثقافة جودة ملائمة لتطبيقها؛
- ✓ يتطلب التطبيق الناجح لإدارة الجودة الشاملة إجراء تغيير إيجابي في ثقافة الجودة السائدة في المؤسسة، واستبدالها بثقافة تنظيمية تتلاءم مع التوجهات الفكرية والفلسفية الحديثة لإدارة الجودة الشاملة؛
- ✓ إن تبني فلسفة إدارة الجودة الشاملة ووضعها موضع التطبيق العملي يتطلب ضرورة توفير الإمكانيات والموارد المادية والمالية للقيام بعملية التغيير المطلوبة؛
- ✓ إن القيادة الواعية المدركة لأهمية مدخل إدارة الجودة الشاملة تلعب دورا أساسيا في إنجاح عملية التطبيق؛
- ✓ إن نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة مرهون ببناء ثقافة تنظيمية جديدة تقوم على مجموعة من العناصر التي تتلاءم مع تطبيق هذا المدخل؛
- ✓ تؤكد المؤسسات العالمية التي نجحت في تطبيق إدارة الجودة الشاملة على أن الثقافة التنظيمية في المؤسسة يجب أن تكون متوافقة مع متطلبات تطبيق هذا المدخل؛
- ✓ توصلت الباحثة إلى تحديد عناصر الثقافة التنظيمية الملائمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة وهي: القيادة ودور الإدارة العليا، التوجه بالزبون، التعاون وحل المشكلات، المشاركة والعمل الجماعي، نظم التعليم والتدريب، نظام الحوافز والأجور، القياس وتقييم الأداء، الابتكار والتجديد، الاتصال؛
- ✓ الثقافة التنظيمية السائدة حاليا في وحدة فرمال لإنتاج الأدوية بقسنطينة (بالرغم من بعض الايجابيات) يوجد بها الكثير من الثغرات التي لا تسمح بتطبيق إدارة الجودة الشاملة.

5- دراسة (**نصر الدين حمدي سعيد مدوخ، 2008**) بعنوان: **"معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الجامعات الفلسطينية بمحافظات غزة وسبل التغلب عليها"**.

تمثلت الإشكالية الرئيسية للدراسة في معرفة أهم معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وقد تفرعت عنها أسئلة فرعية تمحورت حول معوقات تتعلق بالهيئة الإدارية، معوقات تتعلق بالهيئة التدريسية، معوقات تتعلق بالمنشأة الجامعية، معوقات تتعلق بالبحث العلمي، معوقات تتعلق بالخدمة المجتمعية، وذلك من خلال عينة الدراسة، ومدى تأثر إجابات عينة الدراسة ببعض المتغيرات، وسبل التغلب على المعوقات التي اتفقت عليها عينة الدراسة.

ومن خلال تحليل إجابات أفراد عينة الدراسة تم التوصل إلى النتائج الآتية:

- ✓ بالنسبة للمعوقات التي تتعلق بالهيئة الإدارية، فقد أظهرت النتائج أن نسبة متوسطة من المستجيبين بلغت (57,41%) أقرت بوجود معوقات في هذا المجال، وعلى رأس هذه المعوقات وجود درجة عالية من المركزية في اتخاذ القرارات الجامعية؛
- ✓ بالنسبة للمعوقات التي تتعلق بالهيئة التدريسية، فقد أظهرت النتائج أن نسبة متوسطة من المستجيبين بلغت (57,41%) أقرت بوجود معوقات في هذا المجال، أهم هذه المعوقات هو افتقار أعضاء الهيئة التدريسية للمعرفة الكافية بمبادئ إدارة الجودة الشاملة؛

- ✓ بالنسبة للمعوقات التي تتعلق بالمنشأة الجامعية، فقد أظهرت النتائج أن نسبة متوسطة من المستجيبين بلغت (60,67%) أقرت بوجود معوقات في هذا المجال، وأبرز هذه المعوقات هو ازدحام القاعات الدراسية بالطلاب؛
- ✓ بالنسبة للمعوقات التي تتعلق بالبحث العلمي، فقد أظهرت النتائج أن نسبة مرتفعة من المستجيبين بلغت (69,56%) أقرت بوجود معوقات في هذا المجال، وأهم هذه المعوقات هو إهمال قانون حماية المؤلف الفلسطيني؛
- ✓ بالنسبة للمعوقات التي تتعلق بالخدمة المجتمعية، فقد أظهرت النتائج أن نسبة مرتفعة من المستجيبين بلغت (68,32%) أقرت بوجود معوقات في هذا المجال، وأهم هذه المعوقات هو ضعف سعي الجامعة لإيجاد فرص عمل لخريجها.

6- دراسة (**سعيد بن علي العضاضي، 2009**) بعنوان: "**معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي**".

وهدفت هذه الدراسة إلى تحديد المعوقات الراهنة التي يمكن أن تقف حجر عثرة دون تطبيق مفاهيم إدارة الجودة الشاملة، وقد تم تصنيف هذه المعوقات إلى خمس مجموعات تتمثل في الجوانب القيادية، الجوانب التنظيمية، الجوانب التعليمية والمعرفية، جوانب البحث العلمي وجوانب خدمة المجتمع، ومن النتائج التي تم التوصل إليها في الدراسة الميدانية هي أن أبرز المعوقات لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي تتمثل في:

- ✓ ضعف إدراك مفهوم التعلم مدى الحياة؛
- ✓ ضعف الدعم المالي للأبحاث العلمية؛
- ✓ ضعف إمكانيات المكتبات؛
- ✓ زيادة العبء التدريسي؛

وقد اقترح الباحث مجموعة من التوصيات أهمها:

- ✓ نشر ثقافة الجودة؛
- ✓ يجب البدء بقطاع الخدمات العامة والخدمات الإدارية؛
- ✓ الاهتمام كثيرا بالحوافز لأعضاء هيئة التدريس؛
- ✓ الاهتمام بدعم البحث العلمي؛
- ✓ اختيار قيادات تمتلك خبرات تشرف على تطبيق برنامج الجودة الشاملة.

7- دراسة (**أحمد إبراهيم موسى إبراهيم، 2010**) بعنوان: "**بناء وتنمية ثقافة الجودة الشاملة لتحسين أداء الجامعات المصرية (مدخل القياس المقارن)**".

تتمثل إشكالية الدراسة في وجود قصور شديد في ثقافة الجودة الشاملة بالجامعات المصرية الحكومية، حيث يتمثل هذا القصور في غياب هذه الثقافة أو الانخفاض الشديد في مستوى انتشارها حال وجودها، وهذا ما يبرر الحاجة إلى التوجه نحو بناء وتنمية هذا النوع من الثقافة في هذه الجامعات من أجل رفع مستوى أدائها، ومن ثم إمكانية بقائها

ونموها ومسايرتها للتطورات المحلية والعالمية المتلاحقة، بالإضافة إلى تفعيل رسالتها وتدعيم دورها في تحقيق التنمية الشاملة في مصر، ومن بين أهم النتائج التي تم التوصل إلى أنه يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين ثقافة الجودة الشاملة بالجامعات المصرية الحكومية الخاضعة للدراسة وكل من أدائها مأخوذا بشكل إجمالي وكل متغير من متغيراته (جودة خريج الجامعة، الدور الذي تلعبه الجامعة في خدمة المجتمع، تنمية البيئة، مساهمات الجامعة في مجال البحث العلمي).

8- دراسة (**أحمد علماوي، 2010**) بعنوان: **"دور الثقافة التنظيمية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الاقتصادية"**.

تعتبر إدارة الجودة الشاملة من الأساليب الإدارية الحديثة التي حظيت باهتمام واسع النطاق من قبل المؤسسات، وأن تطبيق هذا الأسلوب يعتمد أساسا على الثقافة التنظيمية، ولذلك فإن الثقافة التنظيمية بأبعادها تلعب دورا مهما في تعزيز تطبيق إدارة الجودة الشاملة في جميع أقسام المؤسسة، ويبرز هنا دور الإدارة في تعزيز الثقافة المناسبة التي تنسجم مع أهداف وتوجهات إدارة الجودة الشاملة، ولأن تميز المؤسسة يعتمد بالأساس على ثقافة العاملين فيها من خلال أساليب وطرق العمل التي تعلموها في البيئة الداخلية أو الخارجية للمؤسسة.

وقد سعت الدراسة إلى معرفة إلى أي مدى تكمن أهمية الثقافة التنظيمية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الاقتصادية، وتم التعرف على أبعاد الثقافة التنظيمية التي تساهم في تحقيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة، من خلال التعرف على القيادة الإدارية وخصائصها وأساليبها، والمتمثلة في الإدارة المرئية والإدارة بالمشاركة، وكذلك تم التعرف على التحفيز والدافعية في المؤسسة، ثم تم التطرق إلى تنمية وتطوير العاملين في المؤسسة، وذلك من خلال التعرف على الاتصال وأهميته في المؤسسة، كما تم التعرف على العمل الجماعي من خلال فرق العمل وحلقات الجودة في المؤسسة، والتعرف على التدريب وأهميته والتعليم وخصائصه، وإبراز مفهوم التمكين وأبعاده، وبعدها تم التطرق إلى التحسين المستمر، ثم التطرق إلى استخدام أساليب القياس.

9- دراسة (**نوال مرزوقي، 2010**) بعنوان: **"معوقات حصول المؤسسات الصغيرة والمتوسطة الجزائرية على شهادة الإيزو (9000 و14000) –دراسة ميدانية لبعض المؤسسات الصناعية"**.

حيث كانت الإشكالية العامة للدراسة تتمثل في البحث عن أهم المعوقات التي تقف حائلا دون حصول المؤسسات الصغيرة والمتوسطة على شهادة الإيزو (9000) والإيزو (14000)؟، وتم تقسيم هذه المعوقات كالآتي: مشكلات مرتبطة بنمط الإدارة، مشكلات متعلقة بالموارد البشرية، مشكلات مرتبطة بالوسائل والأساليب المادية والتقنية، المشكلات المرتبطة بالجانب المالي والضغوطات التي يفرضها المحيط.

حيث اتضح وجود العديد من المعوقات التي تقف حائلا دون حصول هذه المؤسسات على شهادة الإيزو؛ فمثلا فيما يخص المعوقات المرتبطة بنمط المديرين والإدارة، فقد تبين أنها بالنسبة للمديرين تتمثل في نقص الخبرة الإدارية لديهم، ضعف قدراتهم القيادية ومهاراتهم في مجال التخطيط، ومحدودية أفقهم وتطلعاتهم، وبالنسبة للاختلالات

النابجة عن نمط الإدارة تتمثل في غياب التحديد الواضح والدقيق لكل من الوظائف التنظيمية والمسؤوليات والأدوار والصلاحيات لكل فرد أو مستوى وظيفي، عدم توثيق إجراءات العمل، نقص فعالية عملية الرقابة، صعوبة تدفق المعلومات داخل المؤسسات ونقص فعالية نظم الاتصالات، هذا بالإضافة إلى تواجد معوقات أخرى لا يسع التطرق إليها في هذا الملخص.

10- دراسة (**علي محمد عبد الجبار مهدي الحميري، 2011**) بعنوان: **"دور إدارة الموارد البشرية في بناء وتدعيم ثقافة الجودة الشاملة – بالتطبيق على شركات القطاع الصناعي اليمني الحاصلة على شهادة الجودة"**

حيث تمثلت إشكالية الدراسة في السؤال الرئيسي الآتي: ما هو دور إدارة الموارد البشرية في بناء وتدعيم الثقافة التنظيمية المرتبطة بإدارة الجودة الشاملة؟، وعليه فقد حددت متغيرات الدراسة في ثلاثة أبعاد رئيسية لثقافة الجودة (القيم التنظيمية المرتبطة بالجودة، نمط قيادة الجودة، المشاركة وبناء الفريق) كمتغيرات تابعة، بينما حددت أربعة أبعاد لإدارة الموارد البشرية (نظام الاتصالات، تقييم أداء العاملين، الحوافز، التدريب) كمتغيرات مستقلة، ومن النتائج التي تم التوصل إليها نذكر الآتي:

- ✓ توجد فروق ايجابية دالة معنويا تعكس ملائمة أبعاد الثقافة التنظيمية السائدة في الشركات محل الدراسة مع أبعاد ثقافة الجودة من حيث (القيم التنظيمية، نمط القيادة، سياسة المشاركة وبناء الفريق)، لكنها بدرجة نسبية متوسطة حيث كان الاتجاه العام لإجابات أفراد العينة قريب من المتوسط النظري؛
- ✓ توجد فروق ايجابية دالة معنويا تبين أن أنظمة إدارة الموارد البشرية السائدة في الشركات محل الدراسة من حيث (نظام الاتصال، التدريب، تقييم الأداء) ملائمة لثقافة الجودة، لكنها بدرجة نسبية متوسطة، بينما نظام الحوافز فقد تبين أنه غير ملائم لثقافة الجودة؛
- ✓ أنظمة الموارد البشرية (الاتصال والتدريب) لها تأثير ايجابي على أبعاد ثقافة الجودة بدرجة نسبية متوسطة، بينما نظام تقييم الأداء فقد كان تأثيره ضعيف على أبعاد ثقافة الجودة، أما نظام الحوافز لم يظهر أي أثر على أبعاد ثقافة الجودة.

11- دراسة (**ربحي كريمة، 2013**) بعنوان: **"تكامل الثقافة التنظيمية وإدارة الجودة الشاملة لتحسين الأداء في المؤسسات الجامعية – حالة كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير – جامعة البليدة"**.

سعت هذه الدراسة للتوصل إلى معرفة كيفية توظيف مضامين الثقافة التنظيمية لتطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي من أجل تحسين أدائها، وتوصلت الباحثة إلى أن ثقافة الأفراد والمجتمعات تمثل جزء لا يتجزأ من كيانها، فالعادات والتقاليد والاتجاهات الفكرية والمعتقدات وغيرها من عناصر الثقافة بمفهومها الشامل تشكل جزءا هاما من حياتنا، وتمنح لسلوكياتنا معنى، وتصفها بصفة خاصة، فالثقافة هي التي تميز مجتمع عن آخر أو جماعة اجتماعية من أخرى، وإذا كان هذا ينطبق على المجتمع فهو كذلك ينطبق على الأنساق الفرعية المكونة

للمجتمع كالمؤسسات، وعليه فإن نجاح التنظيم يتوقف على مدى توافق ثقافة الفرد في التنظيم مع ما هو مطلوب منه كفاعل في هذا التنظيم، وهذا هو المشكل الذي تعاني منه المؤسسات في كل دول العالم بما فيه الجزائر.

وأن المؤسسات تحتاج إلى تكامل الجهود كي تساعد على زيادة قدرتها على الإبداع والابتكار، وهذا التكامل يعمل على تدعيم وتنمية المشاركة والارتباط والتضامن بين العاملين في المؤسسة، والشعور بأن أهداف المؤسسة لن تتحقق إلا بتضافر جهود العاملين في المؤسسة مجتمعة، وكذلك تدعيم قدرتها على التعامل مع المتغيرات الداخلية والخارجية مما يزيد من فرصة نموها ويساعدها على المنافسة، وعلى هذا الأساس فإن كل من ثقافة المؤسسة وإدارة الجودة الشاملة تعمل على تحقيق هذه المبادئ.

تم التوصل فيما يتعلق بواقع نظم إدارة الجودة الكلية محل الدراسة وأثر ذلك على العاملين، أن هذه المؤسسة الجامعية تفتقر إلى الشفافية في التسيير بسبب عدم توظيف التكنولوجيا الحديثة في التسيير، واعتمادها على طرق التسيير الإداري التقليدية، والتباطؤ في تعميم تكنولوجيا الإعلام والاتصال، وهذا دليل على بقاء مؤسسات التعليم العالي في الجزائر بمعزل عن المعايير العالمية في التسيير، كما يحرمها من فرص التعاون مع الجامعات الأخرى، والذي يعتبر أداة فعالة لتدعيم التعليم العالي في الدول النامية.

انطلاقا من تحليل أداء العاملين حول النموذج المقترح لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في الكلية محل الدراسة من حيث متطلبات التطبيق، إضافة إلى مقترحات لتسهيل عملية التطبيق، استطعنا أن نتوصل إلى أن الكلية لديها قبول كبير واستجابة عالية لمعايير ومبادئ الجودة الشاملة اللازمة، وهي بذلك على استعداد كأساتذة وعاملين على تبني هذا المدخل (المقترح) بكل جوانبه، أما فيما يتعلق بمتطلبات التطبيق بما فيها المادية أو المتعلقة بتوفير البناءات التحتية والمستلزمات التدريسية، وكذا تجهيز المكتبات والمتطلبات البيداغوجية التي تشمل المقررات والمناهج التعليمية، تخصصات التكوين وتغيير طرق وأنماط التدريس، كما أن العاملين في الكلية على علم ودراية بكل الصعوبات التي يمكن أن تواجه تطبيق هذا المدخل، وأظهروا استعدادهم العالي جدا كذلك للوقوف أمام هذه الصعوبات من أجل التقليص منها أو إزاحتها، وأن من أهم الصعوبات هي الاستقلالية الإدارية والمالية للكلية.

12- دراسة (**مناصرية رشيد، 2013**) بعنوان: "**الكفاءات البشرية وأهميتها في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الاقتصادية**".

هدفت الدراسة إلى معرفة كيف يمكن أن تساهم الكفاءات البشرية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الاقتصادية بصفة عامة، وفي مؤسسة سوناطراك بحاسي مسعود بصفة خاصة، كذلك معرفة كيف تؤثر تنمية الكفاءات البشرية من خلال التدريب والتحفيز والاتصال الداخلي في نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وما هي الأساليب الداعمة لتنمية الكفاءات البشرية من أجل نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

وقد تم التوصل إلى أن هناك أهمية ومكانة لمجمع ومؤسسة سوناطراك في الاقتصاد الوطني والسوق النفطية العالمية، واهتمامها بالموارد والكفاءات البشرية من خلال حرصها على التعرف ومحاكاة ممارسات تسيير الموارد البشرية لأكبر

ثمانية شركات عالمية الأكثر نجاحا، وحرصها على توفير كل الإمكانات واتخاذ مختلف التدابير لتطبيق المعايير العالمية للجودة كخطوة أولى لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.

13- دراسة (**لخضر مداح، 2015**) بعنوان: "**مدى إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الجامعة الجزائرية**".

حيث كانت إشكالية الدراسة تتمثل في معرفة مدى توافر الجامعة الجزائرية على المتطلبات التطبيقية لإدارة الجودة الشاملة الجامعية من وجهة نظر أعضاء هيئتها التدريسية مما يمكنها من تطبيق هذا المدخل، وقد تم التوصل في الجزء التطبيقي إلى النتائج الآتية:

- ✓ بخصوص المتطلب الخاص بجودة الإدارة الجامعية، جودة التشريعات القانونية واللوائح الإدارية الخاصة بالجامعة الجزائرية فقد جاءت النتيجة حيادية؛
- ✓ أما بخصوص المتطلب الخاص بجودة البرامج التعليمية، طرق التدريس وجودة التوثيق الجامعي فقد جاءت النتيجة بعدم الموافقة على توافره في الجامعة الجزائرية؛
- ✓ أما بخصوص المتطلب الخاص بجودة الإنفاق الجامعي، جودة الهياكل الجامعية وتجهيزاتها فقد جاءت النتيجة بالموافقة على توافره في الجامعة الجزائرية؛
- ✓ جاءت نتيجة المتطلب الخاص بجودة عضو هيئة التدريس بالموافقة كذلك على توافره في الجامعة الجزائرية؛
- ✓ أما المتطلب الخاص بجودة الطالب الجامعي فقد جاءت النتيجة بعدم الموافقة على توافره في الجامعة الجزائرية؛
- ✓ والمتطلب الخاص بجودة تقويم الأداء الجامعي فقد جاءت النتيجة كذلك بعدم توافره في الجامعة الجزائرية.

- **مساهمة وتميز هذه الدراسة:** بعد النظر في هذه الدراسات التي تم عرضها والكثير من الدراسات الأخرى التي لها علاقة بموضوع البحث، يمكن القول أن أهم نقاط مساهمة وتميز هذه الدراسة كان من خلال الآتي:

- ✓ تتميز هذه الدراسة عن باقي الدراسات باعتبارها كدراسة تحليلية مقارنة بين مجموعة مختارة من المستشفيات العمومية الجزائرية، خاصة المقارنة بين المستشفيات محل الدراسة حسب مدى تواجد معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، ومحاولة تحليل أسباب ذلك من أجل الخروج بالنتائج والتوصيات اللازمة للمساعدة والمساهمة في إنجاح تطبيق هذا المنهج مستقبلا بصفة رسمية، وقد تم الاعتماد على خمسة مستشفيات موزعة على ثلاثة ولايات من الشرق الجزائري، وتم الاكتفاء بهذه المجموعة من المستشفيات من الشرق الجزائري؛ لأن حجم العينة من العاملين أصبح كبير وكافي، ولأن هذا ما سمحت به الامكانيات، الظروف والوقت المتاح، وعلى حد علم الطالب فإنه لم يسبق أن تم اختيار هذه العينة من المستشفيات مجتمعة مع بعضها.
- ✓ أن هذه الدراسة تندرج ضمن مجال الإدارة الصحية، وذلك من خلال أحد الأساليب الإدارية الحديثة، والمتمثل في منهج إدارة الجودة الشاملة الذي كثرت الدراسات حوله في مختلف أنواع المؤسسات، وهذه الدراسة تندرج ضمن تطبيق هذا المنهج في أحد فروع قطاع الخدمات، وبالضبط في مجال قطاع الخدمات الصحية، وفي الجانب التطبيقي تم

الاقتصار على المستشفيات العمومية فقط من دون المؤسسات الصحية الأخرى؛ لأنها تمثل حجر الأساس للنظام الصحي، وعلى حد علم الطالب فقليل من الدراسات جدا التي تربط إدارة الجودة الشاملة بالمجال الصحي.

✓ على عكس بعض الدراسات التي قد تتطرق إلى منهج إدارة الجودة الشاملة بمختلف جوانبه، أو تتناول معوقات هذا المنهج مع التطرق إلى جوانب أخرى كذلك، فإن هذه الدراسة حاولت التركيز على المعوقات من أجل التخصص أكثر، وحتى يتم التحكم في الموضوع، معالجته وتحليله بكيفية أحسن، وينبغي أن لا يفهم هذا على أنه تشاؤم، وأن مؤسساتنا لا تحتوي على نقاط القوة، بل هو من منطلق أن معرفة نقاط الضعف هو أُولى خطوات التغيير، ومن باب حرصنا على مؤسساتنا العمومية والسعي للارتقاء بها.

✓ هذه الدراسة تميز بين حالتين، حالة تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة **بصفة رسمية** من طرف الإدارة العليا للمؤسسة؛ فهنا تكون هناك قوانين، اجراءات مكتوبة، خطط،...الخ؛ لأن هذا المنهج وإن كان يغلب عليه الجانب الثقافي فهو يتضمن جانب ملموس كذلك، والحالة الأخرى هي أن تكون مبادئ هذا المنهج مطبقة **بصفة عفوية** في المؤسسة ولو جزئيا، ودون أن يعلم العاملين في المؤسسة بأنها مبادئ إدارة الجودة الشاملة، لأن الكثير من الدراسات تُغفِل هذا الفهم، وبمجرد التوصل إلى تواجد مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة محل الدراسة، يتم التوصل إلى أن إدارة الجودة الشاملة مطبقة في المؤسسة، ولكن الصحيح من المفروض القول فقط أن هناك تواجد لمبادئ إدارة الجودة الشاملة، أما تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة بصفة رسمية في المؤسسة فيمكن التوصل إلى ذلك بمجرد سؤال الإدارة العليا ودون الحاجة للقيام بدراسة، ومن خلال هذه الدراسة وعند بداية صياغة الإشكالية تم طرح هذا السؤال للمدراء الفرعيين للموارد البشرية في المستشفيات محل الدراسة، وكانت الإجابة أن هذه المؤسسات لا تطبق منهج إدارة الجودة الشاملة في الوقت الحالي، ولم يسبق لها أن طبقت ذلك.

✓ أن هذه الدراسة ركزت وانتهجت المدخل الثقافي في نظرتها لإدارة الجودة الشاملة؛ وذلك من منطلق مكانة وأهمية الثقافة التنظيمية في المؤسسات بصفة عامة، وكذلك من خلال النظر لإدارة الجودة الشاملة بأن الشق الأكبر منها يتمثل في الجانب الثقافي (تتضمن جانب ملموس كذلك)، وأنها تعتبر كثقافة تنظيمية جديدة، وأن تطبيق هذا المنهج يعتبر تغيير للثقافة التنظيمية القديمة للمؤسسة إلى ثقافة إدارة الجودة الشاملة، وأنه كلما كانت الثقافة التنظيمية القديمة تحمل بذور مبادئ إدارة الجودة الشاملة كلما سهل ذلك تطبيق إدارة الجودة الشاملة بصفة رسمية.

✓ في إطار تحديد طريقة الاستدلال عن معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، وتحديد من هو المتغير المستقل والتابع؛ الثقافة التنظيمية أو إدارة الجودة الشاملة، فهذه الدراسة تميز بين أربعة مراحل (حالات) الآتية:

1- المرحلة الأولى: إذا كانت المؤسسة **لا تطبق** منهج إدارة الجودة الشاملة بصفة رسمية، ففي هذه الحالة لا يمكن القول أن الثقافة التنظيمية أنها متغير مستقل أو تابع؛ لأن إدارة الجودة الشاملة غير مطبقة أصلا، في هذه المرحلة يمكن **الاستدلال** (**بصفة عامة**) عن معوقات تطبيق هذا المنهج كمدى وفرة الموارد المالية، المادية والبشرية، ولكن فقط المعوقات ما قبل تطبيق هذا المنهج، وكذلك يمكن **الاستدلال** (**بصفة خاصة وفي هذه المرحلة فقط**) عن مدى

تواجد معوقات تطبيق هذا المنهج من خلال مبادئه* ومدى تواجدها في الثقافة التنظيمية بصفة عفوية؛ أي بدون أن يكون هذا المنهج مطبق بصفة رسمية، فقد تكون الثقافة التنظيمية مشجعة أو معيقة لتطبيق هذا المنهج مستقبلا بصفة رسمية، فتوافر هذه المبادئ في الثقافة التنظيمية السائدة يعني معوقات أقل لنجاح تطبيق هذا المنهج، أو بتعبير آخر ثقافة تنظيمية أكثر ملائمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.

وهو ما سيتم اعتماده في هذه الدراسة؛ لأن هذا المنهج غير مطبق بصفة رسمية في المستشفيات محل الدراسة، وهذا المنظور للمعوقات مستمد من الفهم العميق لإدارة الجودة الشاملة وكيفية تطبيقها بنجاح؛ لأن بعض الباحثين قد ينظر إلى أن مبادئ إدارة الجودة الشاملة لا يمكن استعمالها كمؤشرات للمعوقات والعراقيل لتطبيق هذا المنهج، وبالنظر إلى الدراسات السابقة وغيرها، نجد أن بعض الدراسات انتهجت هذا المنظور لكن بصورة جزئية، وبدون توضيح وتبرير نظري كافي لذلك.

2- المرحلة الثانية: إذا كان منهج إدارة الجودة الشاملة **مطبق بصفة رسمية**، لكن في **بداية التطبيق** نوعا ما، فهنا تعتبر الثقافة التنظيمية كمتغير مستقل وإدارة الجودة الشاملة كمتغير تابع؛ أي الثقافة التنظيمية كمؤثرة إما بالإيجاب (مدعمة) أو السلب (معيقة) على هذا المنهج، فعندما تكون الثقافة التنظيمية مدعمة فهذا يعني أن مبادئ إدارة الجودة الشاملة متوافرة فيها نسبيا وليس بالضرورة بدرجة كبيرة، وفي هذه المرحلة لا يمكن ومن غير المعقول الاستدلال والنظر لمعوقات تطبيق هذا المنهج من خلال مبادئه، وإنما يمكن **النظر** (**بصفة عامة**) للمعوقات التي تتواجد أثناء تطبيق هذا المنهج، والتي بعضها تعتبر كأخطاء في تطبيق هذا المنهج، كالتطبيق دفعة واحدة وعدم استخدام التدرج، مقاومة التغيير، قلة الموارد المالية،...الخ.

3- المرحلة الثالثة: منهج إدارة الجودة الشاملة **مطبق بصفة رسمية**، والمؤسسة قطعت **أشواطا كبيرة في النجاح** في تطبيق هذا المنهج، فهنا تعتبر الثقافة التنظيمية كمتغير تابع وإدارة الجودة الشاملة كمتغير مستقل؛ حيث يصبح هذا المنهج هو المؤثر (إيجابا) على الثقافة التنظيمية، وتصبح الثقافة التنظيمية للمؤسسة تقترب أكثر من ثقافة إدارة الجودة الشاملة، وهنا تصبح مبادئ إدارة الجودة الشاملة متوافرة بدرجة كبيرة، وهذا على حسب مدى النجاح في تطبيق هذا المنهج، وهنا النظر للمعوقات والعراقيل يشبه نوعا ما المرحلة الثانية.

4- المرحلة الرابعة: منهج إدارة الجودة الشاملة **مطبق بصفة رسمية**، والمؤسسة **نجحت بصفة مثالية** في تطبيق هذا المنهج، فهنا وإلى حد بعيد تصبح الثقافة التنظيمية للمؤسسة هي نفسها ثقافة إدارة الجودة الشاملة، ولا يمكن القول أن الثقافة التنظيمية هي متغير مستقل أو تابع لإدارة الجودة الشاملة، وهنا التكلم عن المعوقات يكون من زاوية ضئيلة جدا؛ وذلك من خلال التحدث عن الأسباب التي قد تعيق وتعرقل المؤسسة مستقبلا عن الاستمرار في هذا المستوى من النجاح الذي وصلت إليه، أو تحسين هذا المستوى إن أمكن.

* أنظر المطلب الثاني للمبحث الثاني للفصل الثالث، حيث تم شرح هذه المبادئ (المتطلبات) المعتمدة للاستدلال عن المعوقات، وكذلك تم التطرق لهذا الشرح للمراحل الأربعة التي تمثل وجهة نظر هذه الدراسة.

- **هيكـــل الدراســـة:** للإجابة عن الإشكالية الرئيسية لهذه الدراسة ومختلف التساؤلات الفرعية لها، فقد تضمن هيكل الدراسة: مقدمة عامة، ثلاثة فصول نظرية، فصل تطبيقي وخاتمة عامة، ويمكن شرح ذلك كالآتي:

تم افتتاح الدراسة **بمقدمة عامة** تم تبيين فيها الإشكالية الرئيسية، ومختلف التساؤلات الفرعية والفرضيات المطروحة، كمـا تم تبيين أنموذج الدراسة المعتمد، أهميتهـا، أهدافها، دوافع اختيار موضـوع الدراسة، المنهج المستخدم، حدود الدراسة، الدراسات السابقة في المجال الصحي، الدراسات السابقة خارج المجال الصحي ومساهمة وتميز هذه الدراسة على مختلف الدراسات المنجزة في مواضيع قريبة من موضوع الدراسة.

الفصل النظري الأول كان عبارة عن دراسة تحليلية للمؤسسات الصحية، وقد تضمن ثلاث مباحث، في المبحث الأول تم تبيين الإطار العام للمؤسسات الصحية، وتم التطرق في المبحث الثاني إلى الخدمات الصحية من المنظور الاقتصادي، أما المبحث الثالث فكان يتكلم عن المؤسسات الصحية من المنظور الإداري.

في **الفصل النظري الثاني** تم التطرق إلى تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي، المبحث الأول منه كان بعنوان الإطار العام لمنهج إدارة الجودة الشاملة، والمبحث الثاني تضمن عموميات حول إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، أما المبحث الثالث فكان متعلق برضا الزبون وجودة الخدمات الصحية.

الفصل النظري الثالث يتمحور مضمونه حول الثقافة التنظيمية وعلاقتها بمنهج إدارة الجودة الشاملة، المبحث الأول منه تضمن الإطار العام للثقافة التنظيمية، والمبحث الثاني فقد تطرق إلى الثقافة التنظيمية ودورها في نجاح تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، أما المبحث الثالث فقد تمحور حول المراحل، المتطلبات التقنية والنماذج المساهمة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

الفصل الرابع كان فصلا تطبيقيا، وكان بعنوان الدراسة الميدانية لمجموعة من المؤسسات الصحية العمومية، في المبحث الأول منه تم التعريف بميدان الدراسة، وفي المبحث الثاني تم التطرق إلى إجراءات الدراسة الميدانية، أما في المبحث الثالث فقد تم تحليل النتائج واختبار فرضيات الدراسة.

تم إنهاء هذه الدراسة **بخاتمة عامة**، تضمنت ملخص عام يوضح النتائج المتعلقة بالجزء النظري والنتائج المتعلقة بالجزء التطبيقي، بالإضافة إلى تقديم مختلف الاقتراحات والتوصيات التي يمكن أن تستفيد منها جهات مختلفة، سواء كأشخاص، مستشفيات، مؤسسات اقتصادية، هيئات، وزارة،...الخ، وفي الأخير تم طرح واقتراح عناوين بحث مختلفة كآفاق لدراسات مستقبلية أخرى.

الفصل الأول:

دراسة تحليلية للمؤسسات الصحية.

تمهيد:

إن تحقيق التنمية الشاملة والنهوض باقتصاد أي بلد يقتضي الاهتمام بمختلف القطاعات الاقتصادية خاصة الأساسية منها، ويعتبر قطاع الصحة أهم القطاعات التي لها مكانة وتأثير كبير في مختلف المجالات، ومنذ العصور القديمة عرفت المؤسسات الصحية تطورا كبيرا حتى وصلت لشكلها الحديث في الوقت المعاصر، حيث أصبح هناك اهتمام بالجانب الإداري والاقتصادي في المجال الصحي، ولم تبقى المؤسسات الصحية فقط مؤسسة للعلاج، بل أصبح لها جهاز إداري وتسعى لتطبيق الأساليب الإدارية الحديثة، كما قد تسعى كذلك لتحقيق هدف زيادة أرباحها.

تعتبر الخدمات الصحية هي المنتَج الأساسي للمؤسسات الصحية، ورغم طبيعتها المميزة عن الخدمات عموما والسلع المادية خاصة، إلا أنه يمكن أن تخضع لمختلف النظريات الاقتصادية وقوانين السوق، ففي المجال الصحي يمكن التكلم مثلا عن الطلب والعرض، التسويق، التمويل، التسعير، المنافسة،...الخ، كذلك عند النظر من الجانب الإداري فنجد أن المؤسسات الصحية في الوقت الحالي يمكن أن تستخدم مختلف الأساليب الإدارية الحديثة، خاصة منهج إدارة الجودة الشاملة الذي يتم اعتماده بشكل واسع في المجال الصحي في الدول المتطورة، وسنتناول هذا الفصل من خلال المباحث الآتية:

- ✓ المبحث الأول: الإطار العام للمؤسسات الصحية؛
- ✓ المبحث الثاني: الخدمات الصحية من المنظور الاقتصادي؛
- ✓ المبحث الثالث: المؤسسات الصحية من المنظور الإداري.

المبحث الأول: الإطار العام للمؤسسات الصحية.

سنحاول من خلال هذا المبحث وضع المؤسسة الصحية في إطارها العام، وذلك بتوضيح الكثير من الأفكار والحقائق التي تسمح بإعطاء نظرة عامة عن حقيقة المؤسسة الصحية والنظام الصحي، خاصة تبيين المراحل التي مرت بها حتى وصلت إلى الشكل والمفهوم الحديث، والتطرق إلى أهم الخصائص، الوظائف والأنواع التي تندرج ضمنها.

المطلب الأول: ماهية المؤسسات الصحية والنظام الصحي.

يعتبر التطور في المجال الصحي أحد مجالات التطور الكثيرة التي تميز الحياة المعاصرة، وذلك لأهمية ومكانة الجانب الصحي في حياة الإنسان، والمؤسسة الصحية بصورتها الحالية تتصف بالكثير من الصفات التي تميزها عن أنواع المؤسسات الأخرى وعن المؤسسات الصحية في فترات سابقة.

أولا– التطور التاريخي للمؤسسات الصحية: يمكن تحديد أهم مراحل التطور كالآتي:

1– العصور القديمة: حيث ظهرت العديد من الأفكار، الأنظمة، التشريعات، الضوابط، الخدمات الصحية وأساليب العلاج، ويمكن توضيح ذلك حسب مختلف المناطق والحضارات كالآتي[1]:

- **مصر (الفراعنة)**: يُعَدّ المصريون القدماء من أقدم الشعوب التي مارست الطب ووصلت فيه إلى مستوى رفيع، فالتشخيص، حصر الأمراض، التحنيط، التشريح والجراحة من الأشياء التي برعوا فيها، فالموميات العجيبة تحمل آثار عمليات في مختلف أجزاء الجسم، ويمكن القول بأن الكهنة كانوا هم أول من مارس مهنة الطب في الحضارة المصرية القديمة، ثم بعد ذلك نشأت فئة الأطباء من غير رجال الدين، ثم انقسمت هذه الفئة إلى درجتين إحداهما وسيلتها السحر والشعوذة، والأخرى كانت تعتمد في علاجها على العقاقير والجراحة وظهر فيها الأخصائيون، وباختصار فإن المصريين القدماء وإن كانوا قد مارسوا الطب على أسس علمية ومنهجية أحيانا، وتقدموا في ذلك بعض الشيء، إلا أن ذلك العلم قد تخلله بعض الطلاسم والتعاويذ والسحر، ولعب فيه الكهنة دورا كبيرا.
- **بابل (حمورابي)**: مثل المصريين القدماء فقد كان الطب القديم عند البابليين يشوبه شيء من الكهانة والسحر؛ لأن المرض عندهم كان يعتبر عقابا إلهيا على ذنوب ارتكبها المريض، ولذلك لم يكن أحد ليحاسب الكاهن أو الساحر على أي خطأ قد يرتكبه في علاج مرضاه، بينما يعاقب الطبيب الجراح الذي يخطئ في علاجه وجراحاته؛ لأنه يعمل بيديه لا بقوة كهنوتية أو قوى سحرية كما يفعل الكهنة أو السَحرة، فشريعة حمورابي تنص على أن الجراح إذا ما استعمل مشرطه وأخطأ في استعماله تُقطع يده، وإذا تقاضى أكثر مما يستحق يعاقب بالحبس، وقد نظمت شريعة حمورابي أسعار الخدمات الطبية وأجور الأطباء، وباختصار فإن الطابع الغالب على الطب عند البابليين هو الكهنوت والسحر، حيث كان يعتقد أن الأمراض الشديدة تأتي نتيجة غضب الآلهة أو نتيجة السحر وتأثيره، وكان في وادي الرافدين ثلاثة مذاهب للمعالجة كالآتي:
  - ✓ المعالجة بالنصح (الطب الوقائي).

[1] راغب السرجاني، **قصة العلوم الطبية في الحضارة الإسلامية**، الطبعة الأولى، مصر: مؤسسة اقرأ للنشر والتوزيع، 2009، ص: 11-24.

- ✓ المعالجة بتشخيص المرض ووصف الأدوية النباتية والحيوانية والمعدنية (الطب المزاجي الطبيعي).
- ✓ المعالجة بالسحر والطلاسم (الطب النفسي).

▪ **الإغريق (اليونان):** لا شك أن اليونانيين أخذوا الكثير من معارفهم الطبية عن كل قدماء المصريين والبابليين، حيث اهتم أطباء اليونان بنتائج الأمم السابقة لهم والمجاورة لهم، فدرسوا أعمالهم في مجال الطب عن كثب، وزادوا على طب هذه الحضارات الكثير، ويكفي الحضارة اليونانية فخرا أنها أنجبت **أبوقراط** الذي يعتبر من عمالقة الطب الذين أنجبتهم الإنسانية.

وقد انتهج اليونان طريقين، طريق يعالج المرضى بالكهانة والسحر، وكان أصحاب هذا التطبيب يتوارثون هذه المهنة، وطريق آخر اشتغل بالطب على أنه فرع من الطب الطبيعي واهتموا بالتشخيص الوصفي، وكان ذلك هو اتجاه الفلاسفة، حيث يعتبر **أبوقراط** أول من بوَّب الطب ورتبه على أسس صحيحة، لقد ظل الطب سجين المعابد يديره الكهنة حتى بدأ بتحريره **أبوقراط**، ومن هنا بدأت الانطلاقة للبحوث الطبية المبنية على أسس علمية.

▪ **الرومان:** ورث الرومان ممتلكات الحكومة اليونانية بعد إزاحة حكم البطالسة سنة (300ق.م) واستيلائهم على الإسكندرية، إلا أنهم لم يستطيعوا أن ينزعوا من اليونانيين الزعامة العلمية والطبية، فبقيت روما وتوابعها طيلة الستة القرون الأولى بعد حكم اليونانيين من غير طبيب يعمل بالقواعد العلمية في هذه المهنة، فكانوا يعتمدون على التعاويذ والنصائح التقليدية التي تصل إليهم على لسان الأطباء الوافدين إلى البلاد.

وقد اشتهر الرومانيون باستعمال الحمية والرياضة والحمامات الساخنة بدل العقاقير المختلفة إلا في الحالات التي لابد فيها من إجراء العملية الجراحية، ومن أشهر الأطباء في العصور الرومانية، والتي كانت أعمالهم لها علاقة بالطب الإسلامي الطبيب **جالينوس**، وهو يوناني عاش في العصر الروماني، ويجيء اسمه بعد **أبوقراط** علما وشهرة، ويقول عنه **ابن خلدون:** «إمام هذه الصناعة التي ترجمت كتبه فيها من الأقدمين **جالينوس**، ومؤلفاته هي الأمهات التي اقتدى بها الأطباء بعده».

2- العصور الوسطى: يمكن توضيح تطور المؤسسات الصحية في هذه الفترة من خلال الآتي:

▪ **الديانة المسيحية:** بعد أن كانت بعض الديانات القديمة تعتقد أن المرض ظاهرة غير طبيعية ويعود سببه إلى وجود قوى غير مرئية كالأرواح الشريرة، جاءت المسيحية فغيرت هذا المفهوم بعض الشيء؛ إذ أنها ترى أن المرض هو مشيئة ربانية، وتميزت المؤسسات الصحية في مطلع الديانة المسيحية بالتركيز على الناحية الإنسانية أكثر من الناحية العلاجية، وقد بُنِيَت بيوت للكهنة كمؤسسات صحية صغيرة لإيواء المرضى والمسنين والمعوزين[1].

▪ **العصر الإسلامي:** ازدهرت المؤسسات الصحية وتميزت بالتنظيم والكفاءة وجودة الخدمة الصحية المقدمة، وكانت المؤسسة الصحية من المؤسسات المنظمة والمرتبة على أصول علمية، والمؤسسات الصحية التي شيدها المسلمون في العصر الإسلامي خلال العصور الوسطى تعتبر إسهاما رائعا ومتميزا للحضارة الإسلامية، ولا يمكن لأحد مقارنة

[1] سليم بطرس جلدة، **إدارة المستشفيات والمراكز الصحية**، الطبعة الأولى، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع، 2007، ص: 19.

المؤسسات الصحية الرومانية بالمستوى الرفيع للمؤسسات الصحية العربية من حيث العدد ومن حيث التنظيم والتميز، كما أن المصحات النفسية والعقلية أنشأها المسلمون قبل أن تعرفها أوروبا بعشرة قرون، وقد تطورت وازدهرت المؤسسات الصحية في العصر العباسي، وذلك بسب انتشار حركة الترجمة وانتشار الفتوحات الإسلامية واستمرارية التواصل بين الحضارة الإسلامية والحضارات الأخرى[1].

وفي المدن التي خضعت للحكم الإسلامي في كل من بغداد والقاهرة ودمشق وقرطبة، اهتم المسلمون كثيرا بمجال رعاية المرضى، حيث تم بناء مؤسسات صحية فاخرة، وفي عهد الخليفة **هارون الرشيد** (786-809م) تم الاهتمام كثيرا بصحة الشعوب في الخلافة الإسلامية؛ إذ قام ببناء عدد كبير من المؤسسات الصحية، وكان يدفع رواتب الأطباء من خزينة الدولة، وكانت الرعاية مجانية، وبعد أربعة قرون من وفاة **هارون الرشيد** (1160م) ذكر أحد الرحالة اليهود أنه وجد أكثر من (60) مستوصفا ومركزا لتقديم العلاج في بغداد وحدها.

لقد برع **الرازي وابن سينا** في الطب والجراحة (850-923م)، وكان **الرازي** أول من استعمل أمعاء الخروف لخياطة الجروح، وهو أول من أستعمل الكحول لتنظيف الجروح، وقام **ابن سينا** بتأليف العديد من الكتب في مجال الطب أشهرها كتاب **القانون في الطب**، وقد تُرجم هذا الكتاب إلى اللغة اللاتينية في القرن (12م)، وأصبح مرجعا رئيسيا في الطب الأوربي لغاية القرن (17م)، كما تمت ترجمة هذا الكتاب إلى اللغة الانجليزية، وكان محل اهتمام الدارسين للطب لما احتواه من معرفة طبية منظمة وشاملة لكل الأمراض المعروفة انتقالها بالعدوى.

كذلك تفوق المسلمون في مجال الكيمياء، حيث يعتبر **جابر بن حيان** (720-813م) من أبرز العلماء المسلمين ليس فقط في الكيمياء بل أيضا في الأدوية والسموم، وقد ترجمت كتبه إلى اللاتينية واستعملت كمراجع علمية في الجامعات الأوربية خلال العصور الوسطى.

لقد ازدهر الطب الإسلامي إلى غاية القرن (15م)، وكان الأطباء المسلمون على معرفة بالتخدير، كما أبدعوا في مجال الأدوية ووضعوا الكثير من الأدوية الجديدة، والجدير بالذكر أن العالم الإسلامي عرف وشيد مؤسسات صحية للمجانين والمجذومين قبل أوربا بقرون كثيرة، وكان للطب الإسلامي والعلوم والمعارف الإسلامية أثر كبير على تطور المؤسسات الصحية والعلوم في أوربا في عصر النهضة الأوربية[2].

وكانت المؤسسات الصحية الإسلامية تضم في داخلها مكتبات ضخمة تحوي عددا هائلا من الكتب المتخصصة في الطب، الصيدلة، علم التشريح، وظائف الأعضاء،...الخ، إلى جانب علوم الفقه المتعلقة بالطب، وغير ذلك من علوم تهم الطبيب، ومما يدل على سبيل المثال على ضخامة هذه المكتبات أن مكتبة مستشفى **ابن طولون** بالقاهرة كانت تضم أكثر من مائة ألف كتاب، وكانت تُزرع إلى جوار المستشفيات المزارع الضخمة التي تنمو فيها الأعشاب الطبية والنباتات العلاجية؛ وذلك لإمداد المستشفى بما يحتاجه من الأدوية.

[1] صلاح محمود ذياب، **إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة**، الطبعة الأولى، الأردن: دار الفكر للنشر والتوزيع، 2009، ص: 205.
[2] فريد توفيق نصيرات، **إدارة المستشفيات**، الطبعة الأولى، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2014، ص: 30-31.

وكانت توجد في بعض المدن الإسلامية الكبرى أحياء طبية متكاملة، فقد حَدَّث **ابن جُبَير** في رحلته سنة (580هـ)، أنه رأى في بغداد (عاصمة الخلافة الإسلامية سابقا) حيًا كاملا من أحيائها يشبه المدينة الصغيرة يتوسطه قصر ذو فخامة، تحيط به الحدائق والبيوت المتعددة، وكان كل ذلك وقفا للمرضى، وكان يأتيه الأطباء من مختلف التخصصات، فضلا عن الصيادلة وطلبة الطب، وكانت النفقة عليهم جارية من الدولة ومن الأوقاف التي يجعلها الأغنياء لعلاج الفقراء، وهناك العديد من المستشفيات التي كانت منتشرة في شرق العالم الإسلامي وغربه يوم كانت أوروبا تتيه في ظلام الجهل، ولا تعرف شيئا من هذه المستشفيات ودقتها ونظافتها وسمو العاطفة الإنسانية فيها[1].

وفي هذا المجال فإن الطب النبوي يحتوي على الكثير من أساليب العلاج والوقاية، حيث هناك عدة أحاديث شريفة مروية عن الرسول صلى الله عليه وسلم لها علاقة وطيدة بطب الأجساد، منها على سبيل المثال نذكر الآتي[2]:

- **{إذا سمعتم بالطاعون بأرض فلا تدخلوها، وإذا وقع بأرض وأنتم بها فلا تخرجوا منها}***، ويعتبر هذا الحديث كبداية لاستعمال الوقاية من انتشار الأمراض المعدية والوسيلة التي اتبعت فيما بعد والمتمثلة في الحجر الصحي، والذي بدأ الغرب في استعماله في القرن الرابع عشر ميلادي؛
- **{ما خلق الله داء إلا وجعل له شفاء علمه من علمه وجهله من جهله إلا السام والسام الموت}****، وفي هذا دعوة صريحة إلى التعلم والتداوي تحت أيدي من علم الطب، وكان الرسول صلى الله عليه وسلم يتداوى ويدعوا للعلاج على يدي أطباء حتى ولو كانوا غير مسلمين؛
- **{إنما الحمى من فيح جهنم فأبردوها بالماء}*****، وهو ما يسمى حاليا العلاج بالكمَّدات المبللة بالماء البارد أو بالماء المجمد، فهي تنزل الحمى وتقلل من سرعة الدورة الدموية، وتوقف بذلك النزيف وتزيل حتى الألم الحاد؛
- **{عليكم بالشفائين العسل والقرآن}******، فإذا كان القرآن بمفهوم العلوم الحديثة علاجا نفسيا، فإن التجارب الحديثة مازالت تبين الفوائد الكبيرة للعسل في العلاج ضد الكثير من الأمراض، وعلى هذا نجد أن العلاج النبوي كان على ثلاثة أنواع: أدوية نفسية، أدوية طبيعية، أدوية مركبة من الاثنين.

كما يقول **كمستون** فإنه من المعروف أن للعرب فضلا كبيرا في إنقاذ الطب من الضياع، ويرى أنه لو لم يكن للعرب غير هذا الفضل لكفاهم خدمة وفخرا، ويقول الفيلسوف الفرنسي **رينيه قينو******* الذي أسلم وسمي **عبد الواحد يحيى**: «إن العرب هم مؤسسو الكيمياء التجريبية، وكذلك الطبيعة العلمية والجبر والحساب وحساب المثلثات وعلم طبقات الأرض والاجتماع، وغير ذلك من مختلف العلوم، وغالبا ما سطا عليها اللصوص ونسبوهـا إلى أنفسهم....، هذا جزء من كل من أثر الثقافة الإسلامية العريقة في بلاد الغرب».

---

[1] راغب السرجاني، مرجع سبق ذكره، ص: 78-81.
[2] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، الطبعة الأولى، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2012، ص: 34-37.
* رواه عامر بن سعيد بن أبي وقاص عن أبيه.
** رواه أبو سعيد.
*** رواه البخاري ومسلم، رضي الله عنهما.
**** عن ابن مسعود رضي الله عنه موقوف.
***** ولد في (1886/11/15م) بفرنسا وتوفي في (1951/01/07م) بالإسكندرية، ويعد من الفلاسفة المسلمين الصوفيين المعاصرين.

3- عصر النهضة الأوروبية: في القرن (14م) بدء التراجع في الدور الذي كانت تقوم به الكنيسة في تقديم الرعاية الطبية، فهذه المرحلة الزمنية تتسم بانبعاث للنهضة العلمية في حقل الممارسة الطبية، وقد انتقلت مهمة إنشاء المؤسسات الصحية وإدارتها من الكنيسة إلى السلطات البلدية، ويعتبر هذا التغيير في غاية الأهمية لأن الكنيسة قد أهملت المنهج العلمي في طريقة علاج المرضى والذي كان سائدا عند اليونانيين، ربما بسبب أصلهم الوثني أو بسبب تركيزهم على تقوية الروح والسمو بها، حتى تكون مستعدة استعدادا تاما للآخرة الأبدية، وهذا يعني أن الأطباء الذين كانوا يعملون تحت مضلة الكنيسة كانوا يركزون على مفاهيم الإيمان وهو بالنسبة لهم أهم بكثير من المهارة العلمية، ويمكن القول بأن المؤسسات الصحية في هذا القرن أصبحت مكانا يتلقى فيه المريض المأوى والعلاج على حد سواء.

وفي القرن (16م) كان الاهتمام أكثر بالعلوم الطبية التجريبية عندما بدأ الأطباء بمحاولة إتباع أساليب علاجية تفوق معارفهم وقدراتهم العلمية، كما أنه لم يطرأ أي تحسُّن لسمعة الرعاية الطبية في المؤسسات الصحية نتيجة الجرأة الزائدة للجراحين، وساعد أيضا على انخفاض مستوى الطبابة في المؤسسات الصحية التباين الطبقي بين المواطنين، فقد كان معظم المرضى من الطبقة الفقيرة، أما الأغنياء فكان في وسعهم تلقي العلاج في بيوتهم من قبل الأطباء[1].

كما انتقلت المصادر الطبية العربية إلى الغرب وقاموا بترجمتها والاستفادة منها، وتطورت الجراحة؛ إذ تم إنشاء كليات للجراحين بجانب كليات الطب في **باريس** و**مونبليه** عام (1765م)، وقبل هذه الفترة كان هناك خلط بين مهنة الطب والصيدلة؛ إذ أن الطبيب يقوم بتحضير الكثير من الأدوية التي يستخدمها للعلاج، وقد تم في هذه الفترة التفريق بين الطب والصيدلة عندما تم إنشاء كليات خاصة بالطب وأخرى للصيدلة، وأيضا كليات خاصة بالجراحة[2].

4- ما بعد عصر النهضة وإلى يومنا هذا (العصر الحديث): تميز هذا العصر بوجود تطور كبير في كافة مجالات العلوم الطبية الأساسية كعلوم التشريح، وظائف الجسم، الفيزياء الحيوية وغيرها من العلوم التي أصبح لها أثر بالغ في تطور مهنة الطب وتحسين جودة الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية المعاصرة، كذلك توالت الاكتشافات الطبية واستخدام نتائجها في إيجاد حلول للكثير من المشاكل المرَضية التي لم يكن من المقدور معالجتها سابقا، وانعكس ذلك على نمو المؤسسات الصحية وكبر حجمها وأساليب ممارستها للخدمات الصحية، وتم الاهتمام في هذا العصر بالعيادات الخارجية وتقديم خدمات صحية في منازل المرضى، وأيضا استخدام التقنيات الطبية الحديثة بشكل واسع مثل أشعة الليزر، بالإضافة إلى التركيز على معايير الجودة ومدى تحققها في المجالات الطبية[3].

من خلال ما سبق نلاحظ أن المؤسسات الصحية مرت بالكثير من مراحل التطور حتى وصلت إلى شكلها الحديث، ويعود هذا التقدم والتطور الكبير للمؤسسات الصحية الحديثة للعوامل الآتية[4]:

- **التقدم العلمي في الخدمات الطبية:** ويتمثل ذلك في:
  - ✓ اكتشاف التخدير سنة (1840م) مما أدى إلى التقدم الكبير في الأنشطة الجراحية؛

[1] حسان محمد نذير حرستاني، **إدارة المستشفيات**، الطبعة الأولى، المملكة العربية السعودية: الإدارة العامة، 1990، ص: 28-29.
[2] ردينة عثمان يوسف، **التسويق الصحي والاجتماعي**، الأردن: دار المناهج للنشر والتوزيع، 2008، ص: 29-30.
[3] أحمد محمد غنيم، **إدارة المستشفيات: رؤية معاصرة**، الطبعة الأولى، مصر: المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، 2006، ص: 19-20.
[4] فريد توفيق نصيرات، **إدارة المستشفيات**، مرجع سبق ذكره، ص: 36-37.

- ✓ ظهور نظرية الجراثيم كمسبب للمرض؛
- ✓ اكتشاف الأساليب النظيفة وأساليب التعقيم.

▪ **تطوير التكنولوجيا الطبية:** حيث تم:

- ✓ افتتاح أول مختبر طبي في المستشفى سنة (1889م) في أمريكا؛
- ✓ اكتشاف زمر الدم مما مكن من إجراء عمليات ناجحة لنقل الدم؛
- ✓ اكتشاف واستعمال تخطيط القلب الكهربائي سنة (1903م)، وتخطيط الدماغ الكهربائي سنة (1929م).

▪ **تطور وتقدم خدمات التمريض:** أصبح التعليم والتدريب التمريضي يتم في إطار مؤسسي (مدارس التمريض)، وظهرت أول مدرسة متطورة ومتقدمة للتمريض سنة (1854-1856م) على يد الممرضة الإنجليزية **فلورنس نايتنجيل**؛

▪ **التقدم الكبير في التعليم الطبي:** وتمثل ذلك في الآتي:

- ✓ وضع معايير محددة تحكم التعليم الطبي في كليات الطب والتدريب الطبي في المؤسسات الصحية؛
- ✓ ارتباط كليات ومدارس الطب مع الجامعات حيث أصبح الطلبة ينتظمون في برنامج تعليمي لعدد من السنوات، إضافة إلى التدريب السريري في المؤسسة الصحية؛
- ✓ ظهور أسس علمية يستند إليها الطب، مثل نظرية الجرثومة والمرض، ونظرية العوامل المتعددة للمرض، مما أثر على عمل المؤسسات الصحية ودفعها إلى توسيع أنشطتها وأهدافها لتشمل نشاط التعليم والتدريب والبحث العلمي.

▪ **ظهور ونمو برامج التأمين الصحي أو الطرف الثالث الدافع للكلفة:** وهذا أدى إلى:

- ✓ ضمان التدفق النقدي للمؤسسات الصحية مما يضمن لها الاستقرار المالي اللازم لاستمرار عملها؛
- ✓ ضمان تدفق النقد اللازم لحاجات التوسع في الخدمات وتوظيف التكنولوجيا الجديدة.

ثانيا ـ مفهوم المؤسسات الصحية: يمكن تعريف المؤسسة الصحية بشكلها الحديث كالآتي:

✓ «مؤسسة تقدم الرعاية الصحية بشكل مباشر مثل المستشفيات، المراكز الصحية، العيادات، المراكز التخصصية...الخ، أو بشكل غير مباشر مثل المختبرات، الإدارات الصحية ذات الخدمات المساندة، الصيانة الطبية...الخ»[1]، نلاحظ أن هذا التعريف يعتبر أن المستشفى هو أحد أنواع المؤسسات الصحية، وهو أهمها لأنه يتضمن خدمات ووظائف أكبر، أما معنى هذا المصطلح في اللغة العربية فنجد حسب **القاموس العربي المنجد** في باب شفي يشفى شفاء أن المستشفى هو مكان طلب الشفاء؛ أي البرء من العلة، أما كل من **جونسون** و**شولتز** فقد ذكرا في كتابهما إدارة المستشفيات أن كلمة مستشفى اشتقت من كلمة لاتينية تعني إكرام الضيف[2].

✓ «مؤسسة تحتوي على جهاز طبي، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمرضى»[3].

---

[1] نادية خريف، **تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسة الصحية: دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر-بسكرة**، رسالة ماجستير في اقتصاد وتسيير المؤسسة، الجزائر: جامعة بسكرة، 2008، ص: 59.

[2] سيد محمد جاد الرب، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية**، مصر: مطبعة العشرى، 2008، ص: 39-40.

[3] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم والتطبيقات**، مصر: منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2003، ص: 7.

✓ «جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي تتلخص وظيفتها في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجية كانت أو وقائية، وتمتد خدمات عيادتها الخارجية إلى الأُسرة في بيئتها المنزلية، كما أنها أيضا مركز لتدريب العاملين الصحيين، وللقيام ببحوث اجتماعية حيوية»[1]، ونلاحظ من هذا التعريف أنه لا يحصر وظائف المؤسسة الصحية في التشخيص والعلاج فقط، بل تشمل هذه الوظائف أيضا التعليم والتدريب والقيام بالبحوث.

✓ «أحد أشكال المؤسسات التي تهدف إلى إنتاج المزيد من الخدمات الصحية لأفراد المجتمع، كما كان ينظر إليها على أنها مؤسسة منتجة، حيث أنها تقدم ما يمكن أن يطلق عليه بالصيانة البشرية للموارد الإنسانية المتاحة والمتوقعة في المجتمع»[2].

✓ «نظاما مركبا من مجموعة نظم فرعية لكل منها طبيعة مميزة وخصائص مختلفة، كما تعتبر بمثابة نظام مفتوح لأنه يعمل على حل مشكلات، تعترض صحة أفراد المجتمع الذين يتفاعلون معه ويتأثرون به ويؤثرون فيه»[3].

✓ «نظام كلي يضم مجموعة من النظم الفرعية المتكاملة والمتمثلة في نظام الخدمات الطبية، نظام الخدمات الطبية المعاونة، نظام الخدمات الفندقية ونظام الخدمات الإدارية، وتتفاعل تلك النظم معا بهدف تحقيق أقصى رعاية ممكنة للمريض والمصاب وتدعيم الأنشطة التعليمية والتدريبية والبحثية للدارسين والعاملين في المجال الطبي»[4].

✓ «مجموعة من التخصصات، المهارات والمهن الطبية وشبه الطبية، ومجموعة من الخدمات والأدوية والمواد التي تُنَظِم أسلوب تقديم الخدمات الصحية العلاجية والوقائية للمرضى الحاليين والمرتقبين وإشباع حاجاتهم»[5].

مما سبق نلاحظ أن كل تعريف ينظر للمؤسسة الصحية من جانب معين لكن حسب رأي الطالب فإن التعريف الأقرب إلى تلخيص حقيقة المؤسسة الصحية هو من خلال مدخل النظم، ويمكن القول أنها: "نظام كلي يتكون من أنظمة فرعية، يتضمن مدخلات تتمثل في مجموعة من الموارد المالية والمادية (الأجهزة الطبية والمباني...الخ) والبشرية (الأطباء، الممرضين، الإداريين...الخ) تمتزج في ما بينها بكيفية معينة بما يؤدي إلى تحقيق مجموعة من المخرجات تعتبر كمحصلة لنشاطات المؤسسة الصحية، مثل حالة المريض أو مستوى جودة الخدمة المقدمة، بما يؤدي إلى تحقيق هدف الحفاظ على الصحة لمختلف فئات أفراد المجتمع، وهي أكثر الأنظمة انفتاحا وارتباطا بالمجتمع".

وفي هذا الإطار يمكن القول بأن المؤسسة الصحية تمثل فقط أحد المدخلات المؤثرة على الصحة بمفهومها الشامل، وهذا يعني ضرورة تخطيط وتنظيم خدمات المؤسسة الصحية ودورها كجزء مكمل للنظام الصحي الاجتماعي الكلي في المجتمع، وأن لا يتم التعامل مع المؤسسات الصحية والنظر إليها كمؤسسات مستقلة أو معزولة خارج هذا السياق الكلي والمتكامل لتحقيق الأهداف الآتية[6]:

✓ ضمان التنسيق بين الخدمات الوقائية والعلاجية؛

[1] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، مرجع سبق ذكره، ص: 7.
[2] سليم بطرس جلدة، مرجع سبق ذكره، ص: 26.
[3] حسان محمد نذير حرستاني، مرجع سبق ذكره، ص: 51.
[4] سليم بطرس جلدة، مرجع سبق ذكره، ص: 27.
[5] فريد النجار، **إدارة المستشفيات وشركات الأدوية**، الطبعة الأولى، مصر: الدار الجامعية، 2007، ص: 157.
[6] فريد توفيق نصيرات، **إدارة المستشفيات**، مرجع سبق ذكره، ص: 67.

✓ تعظيم استعمال الموارد المتاحة لصحة المجتمع وترشيد هذا الاستعمال، بحيث لا يتم المبالغة في التركيز على المؤسسات الصحية والاستثمار من حيث تأثيرها على الصحة ومساهمتها في تحقيق الصحة بالمفهوم الشامل لها، كما أن الاستثمار في الخدمات الصحية الأخرى والخدمات الاجتماعية سوف يؤدي إلى القليل من الطلب على خدمات الأطباء والمؤسسات الصحية، والتي تتصف بارتفاع تكلفتها ومحدودية مردودها على الصحة الفردية والمجتمعية؛

✓ المحافظة على الربط، الاتصال والتفاعل بين المؤسسات الصحية وخدمات الأطباء الآخرين الممارسين للمهنة الطبية في المجتمع المخدوم (الربط والتنسيق بين مستويات الرعاية الطبية المختلفة)؛

✓ تدعيم العلاقات بين المؤسسة الصحية والمجتمع المحلي، بما يساهم في مشاركة أكبر في صحة المجتمع، وتوفير الدعم المطلوب للمؤسسة الصحية ودورها وأهدافها وقضاياها ومشاكلها.

ثالثا– مفهوم النظام الصحي: عند إدارة أي مؤسسة صحية لابد للإداريين في تلك المؤسسة بأن يدركوا بأنهم جزء من النظام الصحي لتلك الدولة التي توجد بها المؤسسة الصحية، وتقوم هذه المؤسسة بتحقيق جزء من أهداف النظام الصحي العام من خلال تقديمها للخدمات الصحية بمختلف مستوياتها، لذلك فإن دور المؤسسات الصحية ضمن النظام الصحي يختلف باختلاف الكثير من العوامل والمتغيرات، فلكل مؤسسة صحية دور خاص بها ضمن النظام الصحي حسب حجمها وتخصصها.

والنظام الصحي هو عبارة عن أسلوب عمل وطريقة وإجراءات تسعى لتحقيق الأهداف الصحية في دولة أو مؤسسة أو دائرة معينة، ولذلك عندما تريد الدولة أن تضع أهدافا صحية لمواطنيها، فإنها تأخذ بعين الاعتبار كثيرا من الأمور التي تؤثر في تلك الأهداف، وبالتالي فإن هذه الأهداف لا يمكن أن تتحقق إلا من خلال إيجاد مجموعة من أساليب العمل والطرق والإجراءات التي يتم توزيعها على مختلف المؤسسات الصحية والأقسام والقطاعات المختلفة من أجل تحقيق هذه الأهداف الصحية.

وتختلف الأنظمة الصحية من دولة إلى أخرى وفق متطلبات أو اعتبارات اقتصادية أو اجتماعية أو أي اعتبارات أخرى، وإن طموح أي دولة في وضع نظام صحي خاص بها يتصف بالتطور والرقي يعكس مدى اهتمام تلك الدولة بمواطنيها، وفي المقابل فإن المواطنين يتوقعون من الدولة مستوى معين من الخدمات ضمن النظام الصحي، وضمن ما يعتقد المواطنون بأن لهم حق في تلك المستوى من الخدمة، ولبناء أي نظام صحي فإنه يتطلب جمع المعلومات الضرورية في شتى المجالات، والتي من شأنها تغذية النظام الصحي بالمعلومات اللازمة للاستمرار في تقديم الخدمة الصحية بمختلف مستوياتها، ويهدف أي نظام صحي إلى تحقيق الآتي[1]:

✓ تطوير ودعم الوضع الصحي للسكان والمواطنين؛

✓ إرضاء السكان والاطمئنان على صحتهم وحمايتهم من الأمراض والأخطار؛

✓ تقديم الخدمات الصحية والطبية بأقل كلفة ممكنة.

[1] صلاح محمود ذياب، مرجع سبق ذكره، ص: 52-53.

المطلب الثاني: خصائص المؤسسات الصحية.

للمؤسسات الصحية خصائص ومميزات جد متشعبة، وسنتطرق أولا لخصائصها بصفة عامة، ثم نحاول توضيح ما تتميز به المؤسسة الصحية كنظام اجتماعي ومفتوح له مُدخلات ومخرجات، وإدارة وبيئة لهذا النظام.

أولا– الخصائص العامة للمؤسسات الصحية: هناك عدد من الخصائص تميز المؤسسات الصحية عن غيرها من أنواع المؤسسات الأخرى والتي تنعكس على الأداء والفعالية، ومن أبرز هذه الخصائص نذكر الآتي[1]:

- ✓ تعمل المؤسسات الصحية في أهم وأخطر شيء في الوجود وهو الصحة سواء صحة الأفراد أو صحة المجتمع، ولهذا تتميز المؤسسات الصحية بالحساسية المفرطة من وجهة نظر الزبون والمجتمع والجهاز الطبي؛
- ✓ نظرا للحساسية المفرطة في هذا المجال فإن المؤسسة الصحية قد تتعرض لضغوط وانتقادات حادة وعنيفة وقاسية سواء من المرضى أو من أفراد المجتمع المحلي أو الجمعيات والتنظيمات الرقابية بصفة عامة؛
- ✓ كثرة القوانين والأنظمة والتعليمات التي تطبقها المؤسسة الصحية أثناء تأدية العمل؛
- ✓ وجود عدة أهداف للمؤسسة الصحيـــة، مثل تقديم الخدمـــات الصحية، استخدام التكنولوجيـا الطبية، تدريب العاملين والبحث العلمي؛
- ✓ استمرارية الخدمة وديمومتها خلال الفترات الزمنية؛
- ✓ تتعدد وتتعقد الوظائف التي تقوم بها المؤسسة الصحية، حيث أن من أهم أهدافها تقوية الجسم البشري ودراسته حين يصبح مريضا؛
- ✓ تنوع الفئات العاملة داخل المؤسسة الصحية؛ إذ يوجد الطبيب، الإداري، عضو هيئة التمريض والمساعد، ولكل فئة من العاملين اهتماماتها الخاصة، والمتخصص داخل المؤسسة الصحية أشبه بالعامل على خط الإنتاج الذي لا يهتم إلا بالعملية التي يؤديها عند النقطة التي يقف عليها على خط الإنتاج؛
- ✓ تعدد الفئـــات العاملة والوظائف داخل المؤسسة الصحية أدى إلى ازدواج خطوط السلطة، فمنهـا ما هو خاص بالجهاز الإداري البيروقراطي ومنها ما يعنى بالجهاز الطبي المهني؛
- ✓ صعوبة التنبؤ بحجم العمل في المؤسسة الصحية نظرا لصعوبة توقع حالات المرض، ولذلك على المؤسسة الصحية أن تكون جاهزة باستمرار لاستقبال الحالات المتوقعة وغير المتوقعة؛
- ✓ صعوبة تقييم نشـاط المؤسسة الصحية بالمقـاييس العادية المستخدمة في الوحدات الإنتـاجية، نظرا لأن أطـراف الخدمة الصحية هم الأطباء ومعاونيهم والزبائن المتمثلين في المرضى، بالإضافة إلى صعوبة تقييم الخدمات بصفة عامة؛

[1] سيد محمد جاد الرب، **إدارة المنظمات الصحية والطبية: منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة**، مصر: دار النهضة العربية، 1997، ص: 183.
- صلاح محمود ذياب، مرجع سبق ذكره، ص: 224.
- سيد محمد جاد الرب، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية**، مرجع سبق ذكره، ص: 41-42.
- عرابة الحاج، **ازدواجية السلطة في المستشفيات: المفهوم والإشكالية**، مجلة الباحث، الجزائر: جامعة ورقلة، العدد (7)، 2010، ص: 235.
- سنوسي علي، **تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر: دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية**، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، الجزائر: جامعة الشلف، العدد (7)، 2010، ص: 293.

- ✓ ينبغي أن يتصف العمل داخل المؤسسة الصحية بالدقة المتناهية والحذر الشديد في أداء الخدمة، وذلك لأنها تتعامل مع أثمن ما لدى الإنسان وهو صحته، وأيّ خطأ قد يؤدي إلى وفاة المريض أو إلى عجز دائم؛
- ✓ توصف المؤسسة الصحية بالتعقيد؛ لأنها تقوم على ترتيبات تنظيمية معقدة لاختلاف أهداف ومسؤوليات مختلف فئات العاملين فيها، مما يؤدي لصعوبة التنسيق بين تلك الفئات المتفاوتة ثقافيا ووظيفيا، بالإضافة إلى الحساسية الناجمة عن طبيعة العمل الذي يمس حياة الإنسان، وما يتبعه من توتر نفسي وجسدي طوال فترة العمل؛
- ✓ نقص الحراك الوظيفي؛ لأن العامل يبقى في التخصص الذي يلتحق به، فالممرض يبقى في مجال التمريض مادام يحمل مؤهلا لذلك، وهذا يساهم في حدوث تدرج طبقي يثير الصراع بين الصفوة الفنية والإدارية والعاملين؛
- ✓ المؤسسة الصحية نظام مفتوح يحوي أنظمة جزئية كثيرة تتفاعل مع بعضها البعض؛
- ✓ المؤسسة الصحية نظام إنساني من الدرجة الأولى لأنه يستفيد من خدماتها الإنسان المريض.

ثانيا– المؤسسة الصحية كنظام له مُدخلات ومُخرجات:

تعتبر المؤسسة الصحية الحديثة من أعقد التنظيمات الإنسانية على الإطلاق فهي تحتوي على أنظمة داخلية متعددة ومترابطة غاية في التعقيد، وتستخدم عناصر بشرية ذات تخصصات مهنية وفنية متعددة ومختلفة، وتعتمد في تنفيذ نشاطاتها على تقسيم كبير للعمل من خلال الدوائر والأنشطة المتعددة وعلى درجة عالية من التخصص في هذه الأنشطة، مما يؤدي إلى مشاكل كبيرة في إدارة وتنظيم وتنسيق هذه النشاطات، وتحقيق التكامل بينها لتعمل بانسجام للوصول إلى الأهداف الكلية للتنظيم، ومن ناحية ثانية فإن هذه المؤسسات مرتبطة بعلاقات تنظيمية خارجية فيما بينها ومع المؤسسات والهيئات الرسمية والمجتمعات المحلية.

الكثير من المداخل الإدارية ركزت على العمليات الداخلية أو العلاقات داخل المؤسسة الصحية، وأغفلت علاقة التنظيم مع بيئته الخارجية، والمؤسسة الصحية وكأي تنظيم إنساني لها علاقات خارجية تفوق في تعقيدها أي تنظيم آخر، حيث أن الاهتمام الرئيسي للمؤسسة الصحية ينصب على المريض كمستهلك لهذه الخدمات وعلى العلاقات الخارجية للتنظيم وبيئته الخارجية، ومن هنا تأتي أهمية النظر إلى المؤسسة الصحية والتعامل معها كنظام فرعي وللبيئة المحيطة وتأثيرها على النظام، والربط بين هذه الأنظمة الفرعية والتنسيق بينها بما يحقق أهداف النظام[1].

تعتبر المؤسسة الصحية من أكثر الأنظمة انفتاحا على المجتمع، حيث تأخذ منه مختلف الموارد الضرورية، والتي يتم مزجها وإدارتها بالكيفية والطريقة التي ينتج عنها مخرجات ذات أهمية كبيرة للمجتمع، ويمكن شرح ذلك كالآتي:

أ– مُدخلات النظام: تتمثل مدخلات النظام في الطاقة البشرية المتخصصة من المهارات المختلفة المتمثلة في الهيئة الطبية، هيئة التمريض، المرضى الحاليين والمرتقبين، الجهاز الإداري والأجهزة والمعدات، بالإضافة إلى المواد الأولية والمساعدة التي تستخدم في عملية العلاج.

[1] فريد توفيق نصيرات، **إدارة المستشفيات**، مرجع سبق ذكره، ص: 87-88.

وهذه العناصر تتطلب البحث عن كيفية محددة لتشغيلها، بهدف تقديم خدمات علاجية أو وقائية بمستوى معين، والتي يترتب عنها الوصول إلى مستويات مرتفعة من الشفاء، ولكي تقوم المؤسسة الصحية بدورها على أكمل وجه، وتؤدي خدماتها بطريقة أفضل، ينبغي أن يكون هناك تخطيط ورقابة على أداء الخدمة الصحية المقدمة، ويمكن شرح هذه العناصر كالآتي[1]:

1- المرضى: يعتبر المريض أحد أهم العناصر التي تدخل في تنظيم المؤسسة الصحية، كما أنه يعتبر محور اهتمام عملية العلاج، ولكونه هو أيضا نظام بيولوجي يشمل في طياته على أنظمة أخرى قد تكون نفسية، بيئية، اجتماعية، ثقافية وزمنية، والتي تؤثر على حالته المرضية وكذا عملية العلاج، ويمكن شرح ذلك كالآتي:

- ✓ إن الحالة النفسية للمريض بما تتصف به من توتر وقلق وضغط نفسي أثناء دخول المؤسسة الصحية تؤثر على حالته المرضية، إضافة إلى أن سلوك العاملين وتصرفاتهم لها انعكاس كذلك على عملية العلاج؛
- ✓ يؤثر العامل البيئي على حالة المريض من خلال ظروف الأُسرة وعدد أفرادها، والبيئة التي يعيش فيها تؤثر على المريض في الاستجابة والتكيف مع بيئة المؤسسة الصحية؛
- ✓ الحالة الاجتماعية للمريض تؤثر على ردود فعل المريض داخل المؤسسة الصحية من خلال علاقاته مع العاملين؛
- ✓ العامل الثقافي المتمثل في العادات والقيم والسلوك يؤثر في استجابة المريض للثقافة الموجودة لدى العاملين؛
- ✓ يؤثر العامل الزمني للمريض كالعمر والأوقات الزمنية التي كان يعتاد فيها تناول الطعام على تكيفه للمواعيد المعمول بها في المؤسسة الصحية.

2- الهيئة الطبية: تؤثر الهيئة الطبية أو الفريق الطبي الذي يتكون من الأطباء العاملين بالمؤسسة الصحية وأصحاب العيادات الخاصة إلى حد بعيد على عملية تقديم الخدمات الصحية، وهذا من خلال وصف العلاج ووضع خطة المعالجة، وتعتبر الهيئة الطبية مسؤولة على الوظائف الآتية:

- ✓ العناية بالمرضى، فهي مسؤولية الهيئة الطبية التي ترتكز عليها كافة الجهود في المؤسسة الصحية؛
- ✓ الحفاظ على كفاءة أداء عملية تقديم الخدمات الصحية وتحسين كفاءة الأطباء والمساهمة في تعليم العاملين في المؤسسة الصحية؛
- ✓ تنظيم أفراد الهيئة الطبية وتنسيق الجهود لتقديم الخدمات الصحية؛
- ✓ التعليم والتدريب لأعضاء الهيئة الطبية والشبه الطبية من خلال الرسكلة والتكوين لتجديد المعلومات؛
- ✓ تقييم عملية الأداء للخدمات الصحية المقدمة والنتائج المتوصل إليها.

3- هيئة التمريض: تعتبر جزء من التنظيم الإداري، وتتكون من الممرضين ومساعدي التمريض، ومهمتها التنسيق بين رعاية المريض وهيئة العلاج، ونظرا لارتباطها المباشر بمراحل العلاج ومع تطور التخصصات الطبية ووجودها في أقسام الجراحة والرعاية (العناية) المركزة أصبحت عنصر فعال في التنظيم.

[1] أمير جيلالي، **محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية**، أطروحة دكتوراه في التخطيط، الجزائر: جامعة الجزائر، 2009، ص: 140 – 143.

4- الجهاز الإداري: يتكون من مدير المؤسسة الصحية، المساعدين له، رؤساء الأقسام، الخدمات الإدارية والفنية، وتوسعت أدوار وأهداف المؤسسة الصحية مع تقدم العلوم الطبية والتكنولوجية وزيادة الطلب على الخدمات الصحية والحاجة المتزايدة لها، مما أدى إلى توسع دور المدير وأهميته في التنسيق لمختلف الجهود الرامية إلى تلبية حاجات المواطنين وتحقيق أهداف المؤسسة الصحية من جهة أخرى.

5- التكنولوجيا: تستخدم المؤسسة الصحية في الوقت الحالي معدات طبية متقدمة ومعقدة، والتي لا تقتصر على التكنولوجيا فحسب، بل تعدى ذلك للجانب المادي الذي يتطلب المباني المصممة وفق تلك التكنولوجيا، بالإضافة إلى التخصصات الفنية لإدارة هذه المعدات، ونتيجة هذا التقدم تزايد دور الأطباء في المؤسسة الصحية لأنهم المستخدمين لهذه التكنولوجيا لرعاية المريض ومعالجته، وهذا من خلال تنسيق الجهود في الاستعمال الأمثل لهذه الأجهزة التي تعتبر تكاليفها مرتفعة.

6- المواد المستخدمة في العلاج: والتي تتضمن مواد طبية وأخرى غير طبية، وذلك كالآتي:

- ✓ المواد الطبية: كالأدوية، المحاليل الطبية والأدوات الطبية والجراحية (الحقن والإبر وخيوط الجراحة وقطع الغيار)؛
- ✓ المواد غير الطبية: تتضمن وسائل التزويد الفندقي من أغذية وملابس ومواد كيماوية وغيرها.

ب- مخرجات النظام: عبارة عن نتيجة نشاطات المؤسسة الصحية، ويمكن إيضاح ذلك كالآتي[1]:

1- مخرجات تتعلق بحالة المرضى عند الخروج: عموما ما ينتظر المريض عند دخوله المؤسسة الصحية تحسن حالته الصحية أو الشفاء بعد الفحص والعلاج المقدم له، لكن حالة تحسن المريض هي احتمال من بين مجموعة من الاحتمالات الخاصة بحالته عند خروجه من المؤسسة الصحية، وعادة ما تكون إما تحسن، شفاء، وفاة أو إحالة إلى مؤسسات صحية أكثر تخصصا.

2- مخرجات تتعلق بجودة الخدمة المقدمة: كلما كانت المؤسسة الصحية مسايرة للتطورات التقنية والاكتشافات الجديدة، كلما أدى ذلك إلى فعالية العلاج والتقليل من حالات الوفاة.

3- مخرجات تتعلق بكفاءة إدارة المؤسسة الصحية: إن المؤسسات الصحية ذات الهدف الربحي تسعى وبصفة مستمرة إلى جعل الإمكانيات مسايرة للاحتياجات، ومن جهة أخرى تبحث عن مردودية تلك الإمكانيات، وهذا الهدف يحتاج إلى جهاز إداري ملم بتقنيات الإدارة الفعالة، ويعمل على تنظيم الجهود لتحقيق أعلى مردودية ممكنة.

ت- إدارة النظام: ونعني بذلك تحويل المدخلات إلى المخرجات المرغوبة، حيث يشكل المريض أهم المدخلات إضافة إلى الطاقة البشرية والمادية الأخرى من أطباء، شبه أطباء، فنيين، إداريين، التكنولوجيا، المواد والمباني، وربط هذه العناصر بما يحقق أهداف كافة العناصر المشاركة في النظام، وهذا من خلال الوظائف الإدارية الداخلية التي تتضمن[2]:

[1] كحيلة نبيلة، **تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية**، رسالة ماجستير في التسيير، تخصص تسيير الموارد البشرية، جامعة منتوري-قسنطينة، 2009، ص: 22.

[2] أمير جيلالي، **محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية**، مرجع سبق ذكره، ص: 143.

- ✓ تنظيم العناصر والأنشطة المكونة للنظام الداخلي وتوجيهها لتحقيق الأهداف المرغوبة؛
- ✓ الرقابة المالية على عملية التحويل؛
- ✓ إدارة وتقييم أداء الأنشطة والتأكد من عملية الأداء من خلال الأهداف المسطرة؛

أما فيما يخص الوظائف الخارجية لعملية التحويل والمرتبطة بتفاعل النظام مع بيئته فإنها تتضمن[1]:

- ✓ تخطيط البرامج والأنشطة من خلال السياسات التي تتلاءم مع حاجات المجتمع الصحية؛
- ✓ التنسيق والتنظيم للبيئة الخارجية وعلاقاتها بالمؤسسات الصحية العاملة في المجتمع؛
- ✓ تقييم النتائج النهائية لعملية تحويل المدخلات إلى مخرجات على أساس الأهداف المسطرة.

وعند محاولة إدارة نظام تقديم الخدمات الصحية، فإنه ينبغي لإدارة المؤسسة الصحية أن تأخذ بالحسبان الآتي[2]:

- ✓ إن النظام القائم على توصيل خدمات صحية لمرضى حاليين أو مرتقبين هو عبارة عن نظام مستمر، ومن ثم يجب مراعاة ذلك في اتخاذ القرارات ووضع النظام الإداري للمؤسسة الصحية.
- ✓ النظام الصحي يعتبر نظام إنساني تكنولوجي، ومن هنا نجد أن طبيعة الخدمة الصحية الإنسانية تتطلب قيادات إدارية معينة ونظام تركيب تنظيمي معين وتفاعل مع البيئة بطريقة خاصة.
- ✓ يمثل المرضى سواء في العيادات الخارجية أو العيادات الداخلية للنظام المتكامل القائم على تقديم خدمات صحية عنصر دائم وقائم في التركيب التنظيمي ولو لوقت بسيط، ولكن تواجد هذا العنصر الغير موجود في المؤسسة الصناعية أو التجارية يعطي خصوصية للتركيب التنظيمي للمؤسسة الصحية.
- ✓ غالبا ما تفوق الاعتبارات الإنسانية أهداف الأرباح في المؤسسات الصحية، ومن ثم يجب أن تكون العلاقة بين الإدارة، العاملين، المرضى والبيئة علاقة تعاونية تكاملية إنسانية وليس العكس، وهذا حتى تتحقق أهداف التنظيم.
- ✓ درجة تأثير التخصص الوظيفي على التركيب التنظيمي في نظم توصيل الخدمات الصحية والطبية تفوق درجة تأثير التخصص الوظيفي في التنظيم القائم في أغلب المؤسسات الصناعية والتجارية، ومن هنا تظهر مشكلات في من يجب أن يدير المؤسسة الصحية طبيب أم إداري.
- ✓ لا يمكن أن ندير النظام لتوصيل الخدمات الصحية دون النظر إليه كنظام متكامل، حيث ينظر فيه إلى المريض كنظام جزئي والبيئة كنظام آخر والاعتبارات الأخرى كجزء من كل مع تحديد الروابط بين كل منها والنظام الشامل.

ث- بيئة المؤسسة الصحية: تعمل المؤسسة الصحية في بيئة تأخذ منها مُدخلاتها وتطرح فيها مخرجاتها، فالمؤسسة الصحية تؤثر في البيئة وتتأثر بها، ويمكن تصنيف البيئة إلى صنفين[3]:

1- البيئة الداخلية للمؤسسة الصحية: تتضمن الجوانب التي تساعد المؤسسة الصحية على تحقيق أهدافها الأساسية وتشمل:

---

[1] نفس المكان السابق.

[2] سيد أحمد حاج عيسى، **أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية- دراسة حالة عينة من المستشفيات الجزائرية**، أطروحة دكتوراه في العلوم التجارية، تخصص تسويق، 2012، ص66-67.

[3] كحيلة نبيلة، مرجع سبق ذكره، ص: 22-23.

✓ الجانب الإنساني: يمثل التفاعل في العلاقات الإنسانية بين العاملين بعضهم مع بعض، وبينهم وبين الإدارة والمستفيدين من خدمات المؤسسة الصحية، وبقدر ما تكون هذه العلاقات جيدة بقدر ما تكون المساهمة في تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرضى؛

✓ الجانب التقني: يمثل مجموع التقنيات المعتمدة في التسيير، العلاج والتشخيص، والتي تتضافر فيما بينها لإنتاج خدمة صحية فعالة؛

✓ الجانب التنظيمي: يشمل اللوائح والأنظمة التي تقررها إدارة المؤسسة الصحية لتنظيم عملية تقديم الرعاية الصحية؛

✓ ظروف العمل: تشمل ملائمة الأثاث والمساحة المخصصة لمكاتب العاملين، كالنظافة، الإضاءة، التهوية،...الخ.

2- البيئة الخارجية للمؤسسة الصحية: هي مجموع المؤثرات المحيطة بالمؤسسة الصحية التي تؤثر وتتأثر بها، ومنها:

✓ المؤثرات الخاصة بمصادر مدخلات المؤسسة الصحية، كالقوى العاملة، الموارد المالية، الموردين، المؤسسات العامة، المستفيدين وغيرها؛

✓ المؤثرات المتعلقة بخصائص المجتمع، وتشمل احتياجات المجتمع الصحية وخصائصه السكانية؛

✓ المؤثرات المتعلقة بالرقابة الاجتماعية على المؤسسات الصحية، وتتضمن المؤسسات الحكومية، المؤسسات الخاصة التي تمتلك المؤسسات الصحية وتشرف عليها، هيئات اعتماد المؤسسات الصحية، وُجُهات نظر أفراد المجتمع حول جودة الخدمات التي تقدمها المؤسسة الصحية،...الخ.

ثالثا- المؤسسة الصحية كنظام اجتماعي فني معقد:

تعتبر المؤسسة الصحية من أكبر التنظيمات الإنسانية استخداما للعمالة بالمقارنة مع المؤسسات الأخرى في القطاع الصناعي وقطاع الأعمال، وللدلالة على ضخامة حجم العمالة المستخدمة في المؤسسة الصحية يكفي الإشارة إلى أن المؤسسات الصحية بشكل عام تستخدم بمعدل (2-3) أفراد لكل سرير أو أكثر، ولتنفيذ نشاطات المؤسسة الصحية يتم استخدام عناصر مهنية وفنية على درجة عالية من التخصص والتمهن، بالإضافة إلى استخدام تكنولوجيا طبية متقدمة ومعقدة، ولهذا فإن المؤسسة الصحية نظام اجتماعي وفني معقد يعتمد في تنفيذ نشاطاته بشكل رئيسي على الإنسان، ومادته الخام هو الإنسان وإنتاجه إنساني وهدفه إنساني.

إن العناصر المشاركة في التنظيم من أطباء وممرضات وجهاز إداري وغيرهم من أصحاب التخصصات الطبية المساعدة يؤدون أدوارا واضحة محددة، وهذا الوضوح والتحديد في الأدوار ناتج عن عملية الاحتراف والتمهن، ورغم أن عملية التعليم والتدريب لهؤلاء، وما تتضمنه من مبادئ سلوكية وقواعد أخلاقية تحكم تصرف الفرد في أدائه لدوره، نجد أن هناك الكثير من التضارب والصراعات بين هؤلاء المشاركين في التنظيم كنتيجة للاختلاف في خلفياتهم التعليمية ولتقلدهم أدوارا مختلفة ذات متطلبات متعارضة ومختلفة، مثل الإداريين، الأطباء والممرضين[1].

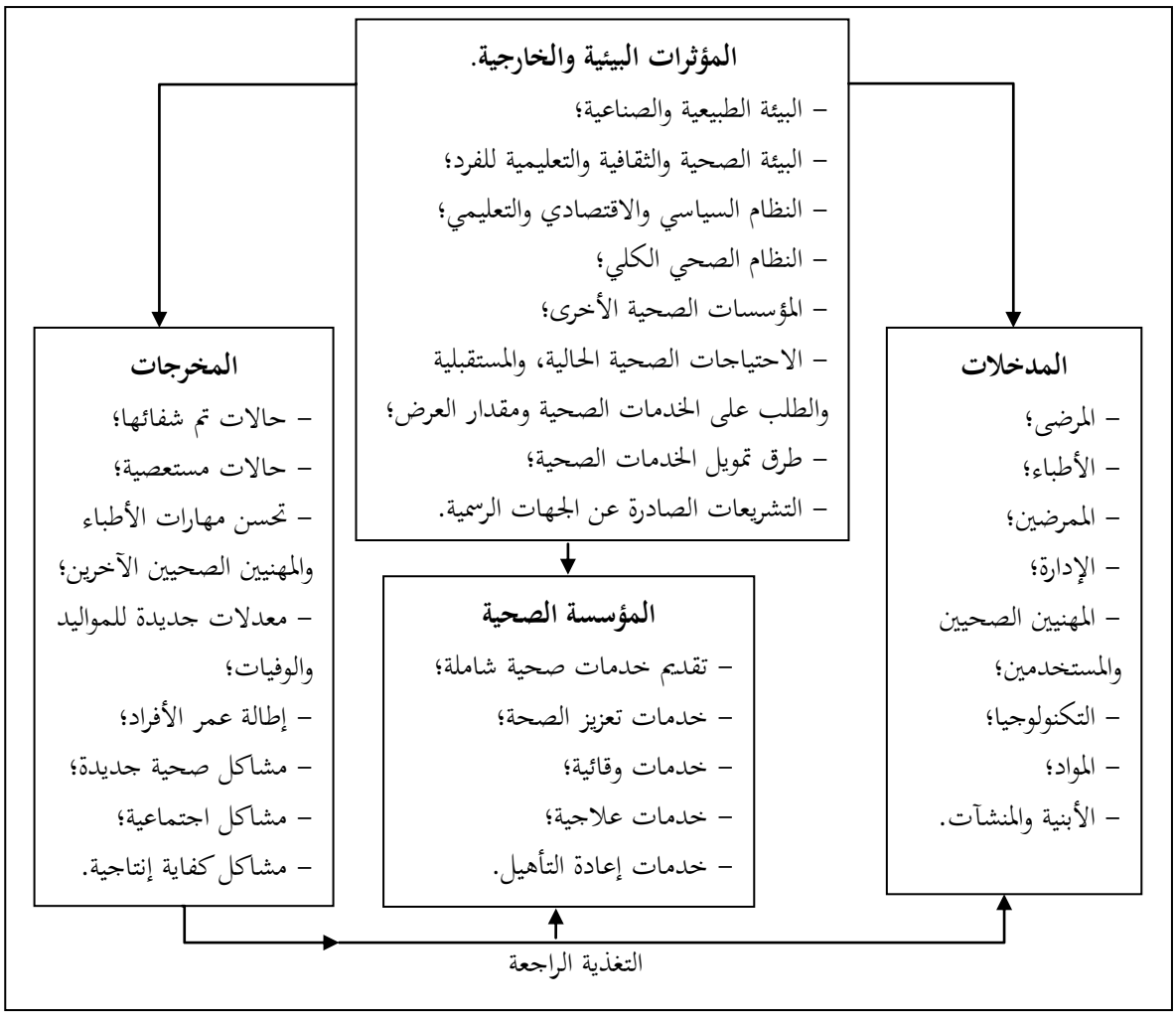
[1] فريد توفيق نصيرات، **إدارة المستشفيات**، مرجع سبق ذكره، ص: 88-89.

رابعا– المؤسسة الصحية كنظام مفتوح:

يعتبر النظام كمجموعة من العناصر المترابطة والتي عندما تعمل مع بعضها ككل متكامل تتسبب في حدوث شيء ما، وبهذا المفهوم فإن المؤسسة الصحية نظام يتألف من العديد من الأنشطة والفعاليات المختلفة والمتكاملة لتحقيق أهداف النظام المختلفة، والتي يأتي المريض ورعايته في مقدمة هذه الأهداف.

والنظام بهذا الوصف يمكن أن يكون نظاما بيولوجيا كنظام الإنسان أو نظاما اجتماعيا كالمؤسسة الصحية، أو نظاما ميكانيكيا كنظام الجرس الكهربائي مثلا، وتنقسم النظم إلى قسمين، نظام مغلق يتصف بالاستقلال الذاتي عن بيئته الخارجية ويعمل بمعزل عنها كنظام الآلة، ونظام مفتوح على بيئته الخارجية يؤثر ويتأثر بها سلبا أو إيجابا ضمن علاقة تفاعلية متبادلة كما هو الحال بالنسبة للتنظيمات الإنسانية، والتي تعتبر المؤسسة الصحية من أكبرها وأعقدها، فالمؤسسة الصحية كنظام مفتوح يتفاعل مع بيئته الخارجية ويصب فيها مخرجاته ويأخذ منها مدخلاته[1]، ويمكن توضيح كيف أن المؤسسة الصحية كنظام مفتوح تتأثر مدخلاته ومخرجاته ببيئته الخارجية كما في الشكل الآتي:

الشكل (1–1): المؤسسة الصحية كنظام مفتوح.



المصدر: فريد توفيق نصيرات، **إدارة المستشفيات**، الطبعة الأولى، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2014، ص: 90.

[1] نفس المكان السابق.

المطلب الثالث: وظائف وأنواع المؤسسات الصحية.

المؤسسات الصحية لها مجموعة من الوظائف البعض منها قد يتواجد في مؤسسات صحية معينة وقد يغيب في أنواع أخرى، ويعتبر المستشفى أهم أنواع المؤسسات الصحية لاحتوائه على أغلب هذه الوظائف.

أولا– وظائف المؤسسات الصحية:

حسب **لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية** فإنه يمكن تقسيم وظائف المؤسسة الصحية كالآتي[1]:

1– الوظيفة العلاجية: هي أساس وجود المؤسسة الصحية، وتتضمن كل ما يتعلق بالرعاية الطبية* للمرضى سواء في الأقسام الداخلية أو العيادات الخارجية، وللعيادات الخارجية دور مهم في مجال تدريب الأطباء وهيئة التمريض، وكذلك تخفف الضغط عن أَسِّرة المؤسسة الصحية، وتشير الإحصائيات إلى أن تكلفة علاج المريض في منزله تعادل ربع التكلفة داخل المؤسسة الصحية، وأن العيادات الخارجية تقوي الروابط بين المؤسسة الصحية والمجتمع.

2– الوظيفة الوقائية: تساهم المؤسسة الصحية في الوقاية من الأمراض ومنع انتشارها والتبليغ عن الحالات المعدية، كذلك التعاون مع الهيئات العاملة في ميدان الطب والصحة العامة في هذا الخصوص، كما تساهم المؤسسة الصحية في تثقيف الجمهور وتوعيته إعلاميا لاكتشاف الأمراض وطرق الوقاية منها.

3– التدريب والتعليم: وذلك بقيام الأطباء القدامى والمتخصصين بالتدريب والإشراف على الأطباء الجدد، وأيضا من خلال قيام الأطباء بالاجتماعات الدورية ودراسة حالات المرضى، مما يؤدي إلى زيادة المعرفة لدى الأطباء ويحسن من كفاءة تأديتهم للخدمات التي يقدمونها للمجتمع.

4– الوظيفة البحثية: يهدف البحث الطبي والبحوث الأخرى في مجال العلوم الطبية المساندة إلى إثراء المعرفة الطبية، الأمر الذي يؤدي إلى تحسين الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، حيث أن هناك البحوث الطبية والبحوث الإدارية، فالبحوث الطبية تتضمن الفحوصات والبحوث المخبرية التي تتطلبها عملية علاج المرضى، وتشمل أيضا البحوث الطبية المخططة والهادفة إلى تحسين رعاية المرضى وعلاجهم، أما البحوث الإدارية تتضمن مدى واسع يشمل كافة الأنشطة والخدمات المدعمة للرعاية الصحية، كبحوث التمريض وبحوث خدمات الطعام والتدبير المنزلي وغيرها، وينبغي مراعاة بعض النقاط الهامة عند إجراء الأبحاث على المرضى، وذلك كالآتي:

- ✓ الحصول على موافقة المريض قبل إخضاعه للبحث؛
- ✓ الحصول على موافقة إدارة المؤسسة الصحية بصفتها المسؤولة عن رعاية وعلاج المرضى؛
- ✓ خضوع الأبحاث إلى الإشراف والرقابة المستمرة من قبل لجنة الأبحاث في المؤسسة الصحية؛
- ✓ كتمان أسرار المرضى الذين تجرى الأبحاث عليهم وعدم الكشف عن أي معلومات تسيء إلى المرضى.

---

[1] سيد محمد جاد الرب، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية**، مرجع سبق ذكره، ص: 43.
- محمد الصيرفي، **إدارة المستشفيات العامة والخاصة: وكيفية تميز العاملين بها**، الطبعة الأولى، مصر: دار الفكر الجامعي، 2009، ص: 8.
- فريد توفيق نصيرات، **إدارة منظمات الرعاية الصحية**، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2008، ص: 120-122.

* يمكن القول أن الرعاية الصحية أشمل من الرعاية الطبية، حيث تقتصر الأخيرة فقط على الخدمات العلاجية؛ أما الرعاية الصحية فتشمل خدمات أوسع.

5- الخدمات الممتدة إلى المنزل: لا ينبغي للمؤسسة الصحية كمؤسسة دائمة التأثر والتأثير بالبيئة المحيطة أن ينحصر دورها في تقديم الخدمات داخل أسوارها فقط، بل ينبغي أن تصل إلى بعض المرضى في منازلهم، وخاصة المرضى الذين لا يتمكنون من الحضور إلى المؤسسة الصحية لمتابعة العلاج، وبالتالي ينبغي إدارة وتنظيم برامج الرعاية الممتدة إلى المحيط الخارجي، وخاصة للمرضى كبار السن الذين يعانون من أمراض مزمنة تتطلب وقت طويل من العلاج، بحيث يمكن رعايتهم والإشراف عليهم من قبل ممرضين متخصصين وخدمات الطبيب العام في منازلهم.

والكثير من المؤسسات الصحية العامة في الدول المتقدمة كبريطانيا وأمريكا تدير مثل هذه البرامج الممتدة إلى المنازل، وهذا للتكلفة الأقل بكثير من تكلفة الرعاية في المؤسسة الصحية، بالإضافة إلى المنافع الاجتماعية لمثل هذه الخدمات؛ إذ يتم الإشراف على المريض في منزله وبين أفراد أسرته ودون تحمل مشقة الانتقال إلى المؤسسة الصحية.

إن تعدد وظائف المؤسسات الصحية قد يرجع إلى اختلاف أهداف إنشائها، فمثلا يرى **كارل إيفانج** أن الأهداف التقليدية للمؤسسات الصحية تتمثل في معالجة المريض، القيام بالأبحاث وتعليم طلاب الكليات الطبية، أما **كرانت كولن** فيضيف هدف آخر يتمثل في الصحة العامة، وهو بذلك يتوافق مع نظرة **اتحاد المستشفيات العالمي** في اجتماعه الثامن في لندن سنة (1953م) الذي حدد أهداف المؤسسات الصحية كما في الوظائف الآتية[1]:

- ✓ تقديم خدمات صحية ملائمة وعناية صحية إلى المرضى؛
- ✓ تعليم طلاب الكلية الطبية والمدارس الصحية؛
- ✓ المشاركة في برامج الأبحاث في المؤسسة الصحية وفي مختلف حقول الصحة؛
- ✓ المحافظة على الصحة العامة والمساهمة في وضع البرنامج الوقائي للبلد.

وأيضا يرى **حسان حرستاني** أن هناك وظائف أساسية تشترك فيها معظم المؤسسات الصحية الحديثة وهي[2]:

- ✓ تحقيق مستوى عالي من جودة الرعاية الصحية للمرضى؛
- ✓ تعليم وتدريب العاملين في المجالات الطبية والتمريضية وفي العلوم الطبية المساعدة؛
- ✓ تعزيز البحوث في مجالات العلوم الطبية وفي العلوم الأخرى المتعلقة بالصحة؛
- ✓ توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية اللازمة لتعزيز صحة المجتمع.

كذلك توجد وظائف أخرى، مثل تحقيق المؤسسات الصحية الخاصة لبعض الأرباح، والمؤسسة الصحية في هذه الحالة تشبه المؤسسة التجارية إذا نظر إليها من زاوية الأهداف التجارية، وبالتالي ينبغي للمشروع أن يكون مجديا ويحقق عائدا مقبولا على الأموال المستثمرة فيه ليضمن استمراره، كذلك قد تزاول المؤسسة الصحية بعض الأنشطة الخدمية، وهي تشبه في هذه الحالة المؤسسة الصناعية، فمثلا قد تضم المؤسسة الصحية قسم الغسيل الكلوي، محطات الوقود، أقسام الصيانة ونظام تغذية العاملين[3].

[1] سليم بطرس جلدة، مرجع سبق ذكره، ص: 31.
[2] نفس المكان السابق.
[3] محمد الصيرفي، مرجع سبق ذكره، ص: 8.

ثانيا– أنواع المؤسسات الصحية: يوجد في المجال الصحي نوعين من المؤسسات الصحية[1]:

- ✓ المؤسسات المنتجة للخدمة الصحية: حيث يكون فيها المنتج الصحي هو السبب الرئيسي في وجودها؛
- ✓ المؤسسات غير المنتجة للخدمة الصحية: تتمثل في وزارة الصحة وكل الهيئات الإدارية المختصة في متابعة البرامج الصحية وتسيير العلاقات مع المؤسسات الصحية المنتجة.

وتتعدد تصنيفات المؤسسات الصحية المنتجة للخدمات، ويعتبر التصنيف حسب الملكية والسعة السريرية من أهم وأكثر التصنيفات تداولا، وهناك العديد من الأشكال لهذا النوع من المؤسسات الصحية، كالمستشفيات، العيادات الطبية، مراكز العلاج، مخابر التحاليل الطبية، مراكز الفحص بالأشعة...الخ، ويمكن تصنيفها من خلال عدة معايير كالآتي:

أ– حسب الملكية والتبعية الإدارية: حيث يمكن تصنيف المؤسسات الصحية وفق هذا المعيار كالآتي:

1– المؤسسات الصحية العمومية: تملكها وتديرها مختلف الأجهزة الحكومية من وزارات وهيئات عامة وفق نظم ولوائح حكومية تحكم سير وإجراءات العمل بها، ومن أبرز أشكال هذا النوع من المؤسسات نذكر الآتي[2]:

- ✓ **المؤسسات الصحية العامة:** جميع فئات المواطنين يستفيد من خدماتها بالمجان أو مقابل رسوم رمزية تحددها اللوائح المنظمة لها، حيث الهدف من إنشائها هو تقديم خدمة اجتماعية موجهة لجميع أفراد المجتمع، وتضم بداخلها مختلف التخصصات والأقسام العلاجية اللازمة لتشخيص ومعالجة الحالات المرضية المختلفة؛
- ✓ **المؤسسات الصحية الخاصة بفئات معينة:** تَتْبَع وزارة محددة أو هيئة عامة أو مصلحة حكومية، والعاملين في هذه الجهات وأُسَرهم هم فقط من توجه لهم هذه الخدمات، وتعتبر المستشفيات العسكرية من بين هذه المؤسسات؛
- ✓ **المؤسسات الصحية التخصصية:** وهي تشخِّص وتعالج حالات مرضية معينة، ومن أمثلتها المؤسسات الصحية المتخصصة في أمراض السرطان، أمراض العيون...الخ؛
- ✓ **الوحدات العلاجية أو المستوصفات:** صغيرة الحجم ومحدودة الإمكانيات، ولا يوجد فيها أَسِرَّة لإيواء المرضى، وتنتشر في القرى والمناطق الريفية أو في الأحياء المختلفة للمدن، وذلك لخدمة المواطنين التابعين لها بالمجان أو مقابل رسوم محدودة نسبيا، وتقتصر خدماتها في الغالب على الكشف الطبي ووصف العلاج للمريض أو إحالته إلى المؤسسات الصحية العامة أو المتخصصة؛
- ✓ **المستشفيات الجامعية والتعليمية:** وهي مؤسسات عمومية من حيث الملكية، أما إداريا فهي تتبع الجامعات أو كليات الطب، وتقدم نفس خدمات المؤسسات الصحية العامة والتخصصية، كما أنها قد تحتوي على بعض الأقسام التعليمية التي يمكن من خلالها ممارسة التدريب العملي لدارسي العلوم الطبية.

---

[1] A.Belghiti ALAOUI, **Principes Généraux de Planification stratégique à L'hôpital**, Rabat, 2005, P: 11.

[2] حبيبة قشي، **آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية: دراسة حالة مصحة الرَّازي للطب والجراحة – بسكرة**، رسالة ماجستير في اقتصاد وتسيير المؤسسة، الجزائر: جامعة بسكرة، 2007، ص: 22.

2- المؤسسات الصحية الخاصة: غير تابعة للأجهزة الحكومية من وزارات وهيئات عامة، بل تابعة لجهات غير حكومية كالأطباء أو الأشخاص المستثمرين أو الجمعيات الخيرية، ويأخذ هذا النوع عدة أشكال منها[1]:

- ✓ **مستشفيات خاصة:** وهي مؤسسات معتمدة تتمثل وظيفتها في عرض العلاج الطبي والخدمات الصحية من دون القيام ببرامج وقائية، وهي تابعة لأنظمة خاصة تهدف إلى تحقيق الربح، وتعرض خدمات تساهم في تخفيف حجم الطلب على خدمات المستشفيات العمومية.
- ✓ **عيادات الأطباء:** هي مؤسسات لمجموعة من الأطباء، حيث يتم في هذه العيادات ممارسة نشاط حر يتمثل في تشخيص المرض والعلاج من قبل الأطباء العامّين أو المختصُّون.
- ✓ **عيادات أطباء الأسنان:** يتم تدريب أطباء للأسنان عامين ومختصِّين، وتقديم الخدمات في مجال طب الأسنان.
- ✓ **الصيادلة:** حيث يقومون بالبيع بالتجزئة للمنتجات الصيدلانية الموجهة للاستهلاك الخاص من طرف الأُسَر، وهذه المنتجات الصيدلانية يمكنها أن تحمل خصائص مختلفة.
- ✓ **بائعي الزجاج الطبي والمنتجات البصرية الأخرى:** النشاط الأساسي الذي تمارسه هذه المؤسسات هو البيع بالتجزئة للزجاج ولمنتجات بصرية أخرى، وذلك بغية الاستهلاك الخاص من طرف الأُسَر.

ب- حسب التخصص ونوع الخدمة: حيث تصنف المؤسسات الصحية وفقا لهذا المعيار إلى[2]:

1- المؤسسات الصحية العامة: وهي التي تقدم خدمات صحية متعددة تجمع بين الطب، التشخيص والجراحة، كالمستشفيات ومصحات الطب والجراحة.

2- المؤسسات الصحية المتخصصة: حيث تقدم خدمات صحية معينة، كمراكز الفحص، مخابر التحاليل الطبية، مستشفيات أمراض القلب...الخ.

والمؤسسة الصحية المتخصصة قد تكون متخصصة في علاج جزء من أجزاء الجسم، بعض الحالات كالسرطان، طب الأطفال، الطب النسائي...الخ، أما المؤسسة الصحية ذو التخصصات المتعددة (المستشفى العام) فيقدم العلاج لمختلف أصناف المرضى وبدون تخصص في مرض معين؛ أي للرجال والنساء والأطفال الذين يعانون من أي إصابة أو أي مرض (باستثناء الحالات المرضية التي تستدعي العلاج في المؤسسات الصحية المتخصصة)[3].

وجدير بالذكر أن المؤسسات الصحية في بداياتها ظهرت كمؤسسات صحية عامة تقدم كافة الخدمات الأساسية في الطب والجراحة، إلا أنه ومع التزايد السريع والنمو الكبير للمعرفة والعلوم الطبية في الفترة ما بين (1930-1950م) وما رافق ذلك من اتجاه نحو التخصص الدقيق في الطب، ظهرت المؤسسات الصحية المتخصصة وأصبحت النمط الأكثر شيوعا في تلك الحقبة الزمنية وحتى الستينات من القرن العشرين.

---

[1] العلواني عديلة، **تأثير طرق تمويل قطاع الصحة العمومي على أداء الخدمات في الجزائر: دراسة حالة القطاع الصحي بسكرة**، رسالة ماجستير نقود وتمويل، الجزائر: جامعة بسكرة، 2004، ص: 16.

[2] حبيبة قشي، **آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية: دراسة حالة مصحة الرَّازي للطب والجراحة – بسكرة**، مرجع سبق ذكره، ص: 23.

[3] محمد الصيرفي، **إدارة المستشفيات العامة والخاصة: وكيفية تميز العاملين بها**، مرجع سبق ذكره، ص: 7.

وقد عاد مرة أخرى الاهتمام والتركيز على المؤسسات الصحية العامة كمراكز رئيسية لصحة المجتمع المحلي، وكنقطة ارتكاز للنظام الصحي الكلي بصفتها النموذج الأكثر قدرة على تقديم خدمات رعاية طبية شاملة ومتكاملة، وبما ينسجم مع المفهوم الحديث والصحيح للرعاية الطبية، حيث اتضح للمسؤولين والمهتمين بموضوع الرعاية الطبية أن المؤسسات الصحية المتخصصة[1]:

- ✓ لا يمكنها تحقيق التنسيق والتكامل المطلوب في الرعاية الطبية، حيث أن الرعاية الحديثة تتطلب فريق متكامل ومتعدد الاختصاصات، مما يؤدي إلى تجزئة الرعاية الطبية وانعزال الفريق الطبي في المؤسسة الصحية المتخصصة؛
- ✓ صعوبة الاستخدام الأمثل والكفء للموارد والتجهيزات المرتفعة التكلفة في المؤسسات الصحية المتخصصة.

ولهذا اقتصر دور المؤسسة الصحية المتخصصة على كونها مركزا طبيا متخصصا للبحوث، التدريب والعلاج، يحال إليها المرضى من المؤسسة الصحية العامة لتلقي خدمات رعاية طبية متخصصة ودقيقة، وهو ما يسمى بالمستور الثالث من الرعاية، كجراحة القلب، الكلى، الأعصاب والأطفال، وغيرها من التخصصات الدقيقة وما يمكن أن تقدمه من خدمات رعاية طبية شاملة، وكنواة لتنسيق وتكامل وترابط خدمات الرعاية الطبية بمستوياتها المختلفة.

ت- حسب جودة الخدمة الصحية المقدمة: حسب هذا المعيار يمكن تصنيف المؤسسات الصحية كالآتي[2]:

- ✓ المؤسسات الصحية المعتمدة: هي المؤسسات الصحية المعترف بجودة خدماتها المقدمة، حيث تشرف على مراقبة الخدمات هيئات رسمية متخصصة **كالهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد التنظيمات.**
- ✓ المؤسسات الصحية غير المعتمدة: هي المؤسسات الصحية التي لم تتحصل بعد على اعتماد من طرف الهيئة المختصة بذلك، والتي مازالت لم تصل بعد إلى حد معين معترف به من جودة الرعاية الصحية المقدمة.

ث- حسب طبيعة المنتج النهائي: يمكن تصنيف المؤسسات الصحية وفق هذا المعيار إلى[3]:

- ✓ **مؤسسات الخدمات الصحية:** حيث المنتج النهائي لهذه المؤسسات يتمثل في الخدمات الصحية الغير ملموسة، كالمستشفيات والعيادات الطبية ومخابر التحاليل الطبية...الخ.
- ✓ **مؤسسات السلع الصحية:** ويتمثل منتجها النهائي في السلع الصحية الملموسة، كالصيدليات، مخابر النظارات، الأجهزة الاصطناعية الطبية...الخ.

ج- حسب معيار التعليم: حيث تصنف إلى مؤسسات صحية تعليمية ومؤسسات صحية غير تعليمية، والمقصود بالتعليمية هي المؤسسات الصحية الجامعية التابعة لكليات الطب أو المرتبطة معها حسب ترتيبات معينة لتعليم وتدريب طلبة الطب والتمريض وطلبة الدراسات الطبية العليا، وعادة ما يتطلب القيام بنشاط التعليم والتدريب الطبي توفير الإمكانات البشرية والمادية اللازمة، كأساتذة الطب، الباحثين، المختبرات، الأجهزة، الغرف الصفية، المكاتب

[1] فريد توفيق نصيرات، **إدارة المستشفيات**، مرجع سبق ذكره، ص 81.
[2] كحيلة نبيلة، مرجع سبق ذكره، ص: 27.
[3] حبيبة قشي، **آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية: دراسة حالة مصحة الرَّازي للطب والجراحة – بسكرة**، مرجع سبق ذكره، ص: 23.

والقاعات، وما إلى غير ذلك من احتياجات ومتطلبات للقيام بنشاط التعليم، أما المؤسسات الصحية غير التعليمية فهي لا تدير برامج للتعليم، تدريب طلبة الطب والباحثين، المختبرات، الأجهزة، الغرف الصفية، المكاتب والقاعات، وما إلى غير ذلك من احتياجات ومتطلبات للقيام بنشاط التعليم، إلا أنه يجب أن لا يفهم من ذلك أن المؤسسات الصحية غير التعليمية لا تمارس أنشطة التعليم والتدريب للأطباء والممرضات والمهنيين الصحيين الآخرين[1].

بالإضافة إلى المعايير السابقة للتصنيف، فإنه يمكن تصنيف المؤسسات الصحية حسب معايير أخرى مختلفة، كمعيار الموقع والسعة السريرية، مدة بقاء المريض، الجنس، العمر،...الخ.

[1] فريد توفيق نصيرات، **إدارة المستشفيات**، مرجع سبق ذكره، ص: 82-83.

المبحث الثاني: الخدمات الصحية من المنظور الاقتصادي.

الخدمات الصحية* هي عبارة عن المنتجات النهائية للمؤسسات الصحية، وتختلف كثافة تواجدها على حسب نوع وطبيعة المؤسسة الصحية، فمثلا المستشفى يتضمن عدد أكبر من الخدمات مقارنة بالمؤسسات الصحية الأخرى، كالمستوصف، الصيدلية، عيادات الأطباء، مخابر التحليل...الخ، وسنحاول إعطاء نظرة عن الخدمات الصحية من الناحية الاقتصادية.

المطلب الأول: عموميات حول الخدمات الصحية.

إن فهم الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية عملية جد مهمة، وذلك نتيجة لأهمية هذه الخدمات، وأيضا لأن تطوير هذه الخدمات وتحسين جودتها يعتبر هدف لكثير من النظريات والأساليب الإدارية الحديثة.

أولا– مفهوم الصحة.

حتى يمكن الفهم الجيد لمعنى الخدمات الصحية (المنتج الصحي)، فسيتم أولا توضيح مفهوم الصحة، ونشير في البداية إلى أن الطب فن وعلم ورسالة سامية تبحث في حفظ الصحة على الأصحاء واستردادها لهم في حالة أمراضهم، فالطب يحتاج إلى ممارسة، وعلم يتطلب دراسة، كما أنه رسالة يجب أن يقدمها حاملها إلى من يحتاج إليها مهما كانت الظروف دون قيود أو شروط تمس بمنزلة الطب ومكانته، يقدمها لعدوه كما يقدمها لصديقه، ويقول الطبيب الفيلسوف **ابن سينا** في كتابه **القانون في الطب**: «الطب علم يتعرف منه أحوال بدن الإنسان من جهة ما يصح ويزول عن الصحة ليحفظ الصحة حاصلة ويستردها زائلة»[1].

ويعتبر مفهوم الصحة اليوم من أصعب المفاهيم تعريفا وتحديدا، فإذا كانت كلمة الصحة تندرج يوميا في كلامنا وخطاباتنا للتعبير عن أحوالنا ووجودنا، فإنها لا تفهم دوما من طرف العامة بنفس الطريقة وبنفس المدلول، من المؤكد أن صحتنا تشغل بالنا واهتماماتنا وعندها يتلاقى الإنسان سواء في شكل تجمعات أو فرادى، إنها مفهوم يعبر عن الوجود، ومفهوم علمي تم توضيحه عن طريق العلوم البيولوجية والنفسية والاجتماعية، ومفهوم الصحة يتغير من حيث الزمان والمكان، وفي هذا الصدد يقول عالم الأحياء **روني ديباس** بأنه لا يوجد تعريف جامع مانع للصحة، فكل واحد منا يريد عمل أي شيء في حياته لهذه الصحة التي قيل أنها تاج فوق رؤوس الأصحاء لا يراها إلا المرضى[2]. إلا أن هذا لا يمنع من عرض بعض التعاريف للصحة كالآتي:

- ✓ يرى قاموس **لاروس** أن كلمة الصحة (**Santé**) مأخوذة من الكلمة اللاتينية (**Sanitas**) وتعني: «حالة البدن الذي يعمل بطريقة عادية ودون مرض»[3]؛ أي الحفاظ على الصحة والحالة العادية (سواء كانت جيدة أم سيئة)

---

* ويمكن تسميتها كذلك بخدمات الرعاية الصحية، وبعض الكُتاب يفرقون بين مصطلح الرعاية الصحية والطبية، حيث يرون أن الرعاية الطبية تكون من خلال العلاج بالوسائل الطبية فقط؛ أي يتم استبعاد الوسائل غير الطبية مثل خدمات إيواء المرضى وتغذيتهم، أما الرعاية الصحية فتتضمن الوسائل الطبية وغير الطبية، ومن هذا المنظور فإنه يمكن التماس الفرق نفسه بين مصطلح الخدمات الصحية والخدمات الطبية.

[1] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام إدارة الجودة الشاملة**، مرجع سبق ذكره، ص: 61.

[2] نفس المرجع السابق، ص: 70-71.

[3] نفس المرجع السابق، ص: 72.

للجسد دائما تجعل الصحة حساسة، وهنا يبرز الاهتمام بالحالة الصحية للأفراد والجماعات من خلال دُور ومكاتب الصحة من جهة، والاعتناء بالصحة العقلية من جهة أخرى، إلى جانب مصالح الطب العسكري...الخ.

✓ عرّف **البنك الدولي** الصحة بأنها: «القدرة على تحقيق الصحة في داخل المجتمع وأنها تلك الحالة المرتبطة بما يحدثه ازدياد الدخل والتعليم في سلوك الأفراد، ومقدار النفقات وكفاءة استخدامها في النظام الصحي للدولة مع النظر لمدى انتشار الأمراض في داخل المجتمع متلازما مع ظروف المناخ والبيئة»[1].

✓ عرَّف العالم **(Newman)** الصحة بأنها: «عبارة عن حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها»[2]، فالصحة حالة نسبية، وكل إنسان تكون صحته في درجة معينة تقع بين طرفين هما الصحة المثالية وانعدام الصحة أو الموت، وحالة الصحة هي التي تكون فيها جميع أعضاء الجسم تعمل بتجانس، ووظائف الجسم تسير سيرا طبيعيا، مما يجعل المرء يشعر بالنشاط جسميا وعقليا ونفسيا، أما في حالة المرض فإن هناك انحرافا أو اختلالا في أحد عوامل الصحة الجسمية أو العقلية أو النفسية يؤدي إلى اضطراب تظهر له بعض الأعراض، والمرض عملية متطورة منذ بدء السبب وحتى ظهور المضاعفات.

يعتبر تعريف **منظمة الصحة العالمية** الأكثر شهرة، حيث ترى بأن الصحة هي: «حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا لا مجرد انعدام المرض أو العجز، وهي حق أساسي من حقوق الإنسان وأن بلوغ أرفع مستوى صحي ممكن هدف من أهم الأهداف الاجتماعية على الصعيد العالمي، وأن تحقيق هذا الهدف يتطلب بذل جهود من جانب العديد من القطاعات الاجتماعية والاقتصادية الأخرى بالإضافة إلى القطاع الصحي»[3].

ولعل الشيء الذي يجب التركيز عليه في تأصيل الصحة وتحديثها أن نقف عند ترسيخ مبدأ الثقافة الصحية لدرء المفاسد والمساوئ قبل جلب المصالح والعناية بالعلاج؛ أي تشجيع مبدأ الوقاية أفضل من العلاج، والاهتمام بالثقافة الإدارية والسياسية لإدارة قطاع الصحة العمومية وتسييره وفق أهدافه الإنسانية، الاجتماعية، المدنية والحضارية، ومما يساهم في ذلك هو رسم سياسة صحية وطنية شاملة ومتوازنة ومستديمة، سواء على الساحة الوطنية أو الدولية، وهذا بدوره يتطلب التركيز على الأبعاد السياسية، التنظيمية والثقافية للنظام الصحي بصفة عامة.

لقد أصبحت الصحة في الوقت الحالي مشكلة التجمعات الإنسانية، وبالتالي مشكلة وطنية ودولية في آن واحد، حيث أصبحت الدول والحكومات تهتم بصحة أفرادها ووقايتهم من الأمراض والأوبئة من جهة، والتنسيق بين الدول من جهة ثانية، وبالتالي فإن كل هذه التطورات سواء تعلق الأمر بالمنشآت، الهياكل الصحية والعناية الصحية وغيرها، من الأمور التي تشترك في هدف واحد وهو رعاية صحة المجتمع والحفاظ عليه.[4]

---

[1] خروبي بزارة عمر، **إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) – دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف**، رسالة ماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص: رسم السياسات العامة، جامعة الجزائر 3، 2011، ص: 14.

[2] سعاد شايب، **الطبيب في القطاع الصحي العام بين أداء المهنة وظروف العمل: دراسة ميدانية للأطباء في مستشفى مصطفى باشا الجامعي بالجزائر العاصمة**، رسالة ماجستير في تنظيم وعمل، الجزائر: جامعة الجزائر، 2007، ص: 29-30.

[3] زيد حمزة، **الطب والصحة في نصف قرن**، ورقة بحثية مقدمة إلى المؤتمر العربي السادس حول: الأساليب الحديثة لإدارة المستشفيات، مصر، 2007، ص: 3.

[4] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، مرجع سبق ذكره، ص: 75.

وكما تمت الإشارة إليه سابقا، فإن المؤسسة الصحية تعتبر كجزء أو نظام فرعي من النظام الصحي الكلي، حيث أن الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية تشكل فقط أحد المدخلات العديدة المؤثرة على الصحة، والتي تشمل العوامل الوراثية، البيئية، السلوكية والخدمات الصحية، ويمكن توضيح ذلك كالآتي[1]:

- **العوامل الوراثية:** تشكل الخلفية الجينية الموروثة للفرد عاملا هاما في تشكيله وقابليته للإصابة بالأمراض ووراثتها، كمرض السكر، السل وبعض أمراض القلب، كما تتفاعل الموروثات الجينية مع العوامل البيئية والسلوكية والثقافية لتنتج العديد من الأمراض.
- **العوامل البيئية:** من بين هذه العوامل نذكر الآتي:

✓ **البيئة الطبيعية:** وتشمل العوامل المادية بخصائصها المختلفة، مثل: المناخ، التربة، الجغرافيا،...الخ، والتي ترتبط مباشرة بصحة الفرد، وهذه الخصائص تتفاعل معا وتؤثر على الاقتصاد، الثقافة، الغذاء والعوامل الاجتماعية والمادية الأخرى المؤثرة على الصحة؛

✓ **البيئة الصناعية:** وتشمل مناحي البيئة المادية، والتي تؤثر على صحة الفرد كالبيوت والمساكن غير الملائمة ووسائط المواصلات والاتصالات غير الملائمة، والتي تحد من تقديم الخدمات الصحية والوصول إليها، كذلك مستوى التصنيع، نوع الصناعة، التجمعات الحديثة والازدحام السكاني، حيث تؤثر مباشرة على الصحة وتزيد من معدلات حدوث وانتشار الأمراض المعدية؛

✓ **صحة البيئة:** وتشمل صحة الهواء والماء، خدمات الصرف الصحي والتلوث الصوتي، وهي كلها عوامل مؤثرة على الصحة؛

✓ **العوامل الاجتماعية الثقافية السائدة في البيئة:** حيث تؤثر الأنماط الثقافية، القيم، المعتقدات، الأعراف والتقاليد على نمط الغذاء وممارسة الرياضة والسلوك الفردي، كما تؤثر على مستوى الدخل والتعليم بشكل مباشر، وتؤثر بشكل غير مباشر على الصحة.

- **العوامل السلوكية:** تؤثر العادات والسلوكيات الشخصية على الصحة، ومن أهم العوامل المؤثرة على الصحة نذكر: التدخين، مدى ممارسة الرياضة البدنية، تناول المشروبات الكحولية، الإدمان على المخدرات، القيادة الخطرة للمركبات، العادات والأنماط الغذائية، الإفراط في تناول الطعام، النظافة الشخصية والتأخر في طلب الخدمة الصحية.
- **الخدمات الصحية:** أدت التطورات الحديثة في العلوم الطبية والصحية والتقدم الهائل في التكنولوجيا إلى تعقيد عملية الرعاية الطبية والخدمة الصحية، وخاصة التطورات التي حصلت في النصف الثاني من القرن (20م)، فلم تعد الرعاية الطبية والصحية عملية بسيطة تتم مباشرة بين الطبيب والمريض، بل أصبحت تقوم على جهود فريق من المهنيين الصحيين متعددي المعارف والاختصاصات، والذين لابد أن يعملوا معا بشكل متناغم ومتعاون ومتكامل.

[1] فريد توفيق نصيرات، **إدارة المستشفيات**، مرجع سبق ذكره، ص: 65-66.

ثانيا– مفهوم الخدمات الصحية: يمكن تعريف الخدمات الصحية كالآتي:

- يعرفها **ثامر ياسر البكري** بأنها: «العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصا أو إرشادًا أو تدخلا طبيا ينتج عنه رضا أو قبول وانتفاع من قبل المرضى، وبما يؤول لأن يكونوا بحالة صحية أفضل»[1]، حسب هذا التعريف توجد ثلاثة أبعاد للخدمة الصحية هي[2]:

✓ **الصفة المميزة للخدمة:** ترتبط أساسا بجوهر الخدمة الصحية، وتتضمن الإجراءات التشخيصية والعلاجية؛

✓ **المنافع المرجوة من الخدمة:** وتشمل المنافع التي يحصل عليها المريض مقابل الاحتياجات الصحية، وتسمى هذه المنافع أحيانا بحزمة الرضا المتحقق للزبون، والمتضمنة الإدراك الحقيقي لكفاءة العمل المؤدى بشكله الملموس وغير الملموس، وبما يؤدي إلى الشعور بالاطمئنان للعمل المؤدى؛

✓ **الخدمات المساندة:** وهي العناصر المضافة إلى جوهر الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، مثل: نظام حجز المواعيد، خدمات الاتصالات التلفونية،...الخ.

- «مجموعة من المنافع الصحية التي يحصل عليها المستفيد مقابل دفع ثمن معين وباستخدام سلع مساعدة، ولكن لا تحول ملكية السلع المساعدة إلى المستفيد من الخدمة»[3]، فمثلا عند إجراء عملية جراحية ومَبِيتْ المريض في المؤسسة الصحية، وبعد الحصول على خدمة الجراحة والإيواء وخروج المريض من المؤسسة الصحية، فإنه لا يأخذ معه ولا يمتلك السرير ولا أدوات الجراحة ولا أي سلعة، ويمكن القول أن الخدمات الصحية هي عبارة عن[4]:

✓ منافع صحية تعرض للبيع مثل: إزالة الألم، تخفيض الحرارة، التخلص من الصداع، تحقيق الراحة النفسية،...الخ؛

✓ خدمات غير ملموسة ولكن يتم تقديمها بمساعدة سلع ملموسة، مثل أخذ حبة دواء للتخلص من الصداع؛

✓ خدمات غير ملموسة ولا يتطلب الاستعانة في تقديمها بسلع ملموسة، مثل: خدمات الرعاية النفسية، مراعاة الحالة النفسية للمريض،...الخ.

مما سبق يمكن القول أن الخدمات الصحية هي: "مختلف الخدمات التي تهدف إلى الحفاظ على صحة الأفراد، وخاصة الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية، مثل: الخدمات العلاجية والوقائية، خدمات الفندقة والإطعام، الخدمات الإدارية...الخ، أو قد تكون مقدمة من طرف الدولة كحملات التطعيم وتوفير الماء الصالح للشرب".

ثالثا– خصائص الخدمات الصحية.

يصنف المنتج كخدمة أو سلعة إذا كان يغلب عليه خصائص الخدمة أو السلعة، وهناك خصائص تشترك فيها الخدمات الصحية والخدمات عموما، ويمكن تلخيص أهم خصائص الخدمات الصحية كالآتي[5]:

---

[1] ثامر ياسر البكري، **تسويق الخدمات الصحية**، الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2005، ص: 168.
[2] نفس المكان السابق.
[3] ردينة عثمان يوسف، مرجع سبق ذكره، ص: 98.
[4] نفس المكان السابق.
[5] فريد كورتل، **تسويق الخدمات**، الطبعة الأولى، الأردن: دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع، 2009.، ص: 316-317.
- علي سكر عبود وآخرون، **تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي**، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، العراق: جامعة القادسية، المجلد (11)، العدد(3)، 2009، ص: 56-57.
- ثامر ياسر البكري، **إدارة المستشفيات**، الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2005، ص: 59-60.

- ✓ مساهمة المريض في عملية تقديم الخدمة؛
- ✓ صعوبة تطبيق المفاهيم الاقتصادية على الخدمة الصحية؛
- ✓ تتصف الخدمات الصحية بكونها شخصية؛
- ✓ غالبا ما تتطلب السرعة في أدائها، وبالتالي ينبغي توفر كفاية في الانتشار الزماني والمكاني للخدمات الصحية؛
- ✓ يتصف الطلب على الخدمات الصحية في بعض الأوقات بالموسمية؛
- ✓ ينبغي أن يكون هناك سهولة ويسر في الحصول على الخدمات الصحية؛
- ✓ ينبغي أن يكون هناك استمرارية في تقديم الخدمات الصحية من طرف المؤسسات الصحية؛
- ✓ الهدف منها هو تحقيق منفعة عامة لمختلف فئات المجتمع؛
- ✓ ينبغي أن تكون الخدمة الصحية ذات جودة عالية لأنها مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه؛
- ✓ وجوب الاتصال المباشر بين من يقدم الخدمة الصحية والزبون، حيث أن الخدمة الصحية لا يمكن تقديمها في الغالب إلا بحضور المريض نفسه؛
- ✓ نظرا لتذبذب الطلب على الخدمة الصحية في ساعات اليوم، فإنه ينبغي حشد كل الطاقات الإدارية والطبية اللازمة حتى تكون هناك استجابة إلى أقصى حد لتقديم الخدمة الصحية لطالبيها.

كذلك فالخدمات الصحية تتميز ببعض الخصائص الاقتصادية يمكن تلخيصها كالآتي[1]:

- ✓ **الطلب على الخدمات الصحية يعد طلب مشتق:** تعتبر الخدمات الصحية كمدخلات لإنتاج الصحة، لذلك فالطلب عليها يعد طلب مشتق من الطلب على الصحة؛
- ✓ **الخدمات الصحية تعد إنفاقا استهلاكيا:** حيث قد يكون ذلك لغرض الإشباع (المنفعة) المباشر وفي نفس اللحظة الزمنية، أوفي صورة تدفق من الخدمات على فترات زمنية، فمثلا شراء الأدوية واستهلاكها يعطي إشباع مباشر عادة، بينما شراء جهاز لقياس نسبة السكر في الدم يعطي خدمات على فترة زمنية ممتدة؛
- ✓ **الخدمات الصحية تمثل شراء ضغط بالنسبة للزبون:** فكما أن شراء الوقود يعتبره الاقتصاديون شراء ضغط لأنه ضروري لتشغيل السيارات، فكذلك بالنسبة للخدمات الصحية، فمثلا عند دخول المريض لغرفة العمليات لإجراء عملية جراحية فإن ذلك يعتبر غير مستحب ولكنه ضروري لتخليص المريض من الألم وتحسين صحته؛
- ✓ **تخضع أسواق الخدمات الصحية إلى جانب كبير من التدخل الحكومي:** فالحكومة تتدخل مثلا بوضع القواعد المهنية بغرض حماية المرضى، مثل: تراخيص مزاولة المهنة، تحديد الأسعار مقابل الخدمات الصحية،...الخ؛
- ✓ **الطلب على الخدمات الصحية هو طلب قليل المرونة:** وذلك مثل جميع السلع الضرورية، وبعض الخدمات الصحية قد يكون الطلب عليها عديم المرونة؛ بمعنى الأثر الضعيف لأسعار الخدمات الصحية مقارنة بالطلب عليها؛
- ✓ **إنتاج خدمات صحية متعددة باستخدام نفس المدخلات:** فمثلا نجد مؤسسة صحية تنتج خدمات:

[1] طلعت الدمرداش إبراهيم، **اقتصاديات الخدمات الصحية**، الطبعة الثانية، مصر: مكتبة القدس، 2006، ص: 32-38.

التطعيم، تنظيم الأُسرة، الجراحات الحرجة، علاج الأمراض المزمنة...الخ، وذلك من خلال نفس المدخلات، كالموارد البشرية مثل: الأطباء، الممرضات ،عمال أقسام التغذية،...الخ، أو مدخلات الأصول الثابتة، مثل: المباني، التأثيث الطبي، وسائل النقل...الخ، أو المدخلات الجارية، مثل: الوجبات الغذائية، المستلزمات المستخدمة في العلاج اليومي، مستلزمات النظافة اليومية،...الخ؛

- ✓ **كثافة عنصر العمل:** حيث أنه مقارنة مع المجالات الاقتصادية الأخرى، فإن إنتاج الخدمات الصحية يتميز بكثافة استخدام عنصر العمل.

رابعا– أهمية الخدمات الصحية.

الغرض من الخدمات الصحية هو تحقيق هدف أساسي على المستوى الشخصي، وهو الوقاية من المرض والشفاء منه، وإن تحقيق ذلك ينعكس إيجابيا على الاقتصاد القومي، حيث أن تحسن الحالة الصحية لأفراد المجتمع سيضمن المحافظة على رأس المال البشري وارتفاع معدلات النمو الاقتصادي في المستقبل، بالإضافة إلى أن تحسن الحالة الصحية لأفراد المجتمع يرفع من إنتاجية الفرد، وبالتالي زيادة الناتج القومي الإجمالي الفعلي في الوقت الحاضر، لذلك فإن الاهتمام بالخدمات الصحية ليس للدافع الإنساني أو الاجتماعي فقط، وإنما مرجعه الدافع الاقتصادي أيضا.

وإضافة إلى أن الخدمات الصحية تهدف أساسا إلى تحقيق هدف الصِحة، إلا أنه يمكن للخدمات الصحية أن تنتج الراحة، بحيث أن شعور المريض بها أثناء العلاج قد يكون بنفس أهمية النتيجة المترتبة على هذا العلاج، كذلك الخدمات الصحية تحقق الأمان؛ حيث أن الإنسان يشعر بالأمان بمعرفته أنه إذا مرِضَ فإن الدولة لديها الخدمات الصحية الكافية، وأيضا بمعرفته أن أقرب وحدات الحوادث والطوارئ ليست بعيدة.

ويمكن تقسيم المنافع التي يمكن أن تحققها الخدمات الصحية كالآتي:

- ✓ **منافع مباشرة ملموسة ويمكن قياسها وحسابها:** وهي عبارة عن التكاليف التي يمكن توفيرها مستقبلا نتيجة لإنتاج خدمات صحية؛
- ✓ **منافع مباشرة غير ملموسة ويصعب قياسها:** وتتمثل في الحد من الآلام التي يعانيها المريض كنتيجة للخدمات الصحية التي حصل عليها؛
- ✓ **منافع غير مباشرة ملموسة ويمكن حسابها:** وتتمثل في زيادة الإنتاج بسبب الخدمات الصحية التي يحصل عليها الأفراد العاملين في المجتمع.

وجميع أفراد المجتمع يهتمون بالخدمات الصحية، فالفرد يبحث عن خدمة شاملة للفحص، التشخيص، الرعاية والعلاج، سواء بغرض الشفاء في حالة المرض، أو بغرض الوقاية من الأمراض التي يمكن أن تصيبه، ويهتم المديرون، المهنيون، العاملين في المؤسسات الصحية ورجال السياسة بالخدمات الصحية، حيث أن اهتمام السياسيين يرجع إلى أنهم يعملون على تقديمها أو يضعونها في برامجهم الانتخابية، وبالتالي فهناك دوافع مختلفة للاهتمام بالخدمات الصحية،

فهناك من يدفع النقود مقابل الاستفادة من هذه الخدمات، ومن يُقدِّم هذه الخدمات، وأيضا من يخطط لها من خلال الإدارة الاستراتيجية[1].

خامسا– أنواع الخدمات الصحية.

تركز وتهدف الخدمات الصحية إلى الحفاظ على صحة الفرد، ومفهوم هذه الخدمات هو أوسع من مفهوم رعاية المرضى، فبينما تركز هذه الأخيرة على المريض فقط، فإن الخدمات الصحية تركز على المريض وغير المريض، وأدت التطورات الحديثة في العلوم الطبية والصحية، والتقدم الهائل في التكنولوجيا إلى تعقيد عملية الرعاية الطبية والخدمة الصحية بشكل غير مسبوق، وخاصة التطورات التي حصلت خلال النصف الثاني من القرن (20م)، فلم تعد الرعاية الطبية والصحية عملية بسيطة تقوم على علاقة مباشرة بين الطبيب والمريض، بل أصبحت عملية تقوم على جهود فريق من المهنيين الصحيين متعددي المعارف والاختصاصات، والذين لابد أن يعملوا معا بشكل متناغم ومتعاون ومتكامل[2]، ومن التصنيفات لأنواع الخدمات الصحية نذكر الآتي:

- **التصنيف الأول**: بحيث تصنف إلى مجموعتين[3]:

1– خدمات الصحة العامة: وتركز هذه الخدمات على صحة المجتمع ككل من خلال حملات التحصين الشاملة، والمسوحات الصحية الشاملة، وبرامج صحة البيئة، مثل: صحة الماء، صحة الهواء والغذاء، خدمات الصرف الصحي، مكافحة القوارض والحشرات، توفير المسكن الصحي، السلامة المهنية وغيرها من الخدمات، ويتم تقديم هذه الخدمات من قبل جهات وهيئات متعددة.

2– خدمات الصحة الشخصية: تركز على صحة الفرد، وتشمل خدمات تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض، خدمات تشخيص وعلاج الأمراض وخدمات التأهيل، وتُقَدم هذه الخدمات من قبل هيئات مختلفة، تشمل القطاع العام (الحكومي)، القطاع الخاص والجهات الخيرية التطوعية، وذلك من خلال مؤسسات صحية متعددة كالمستشفيات، العيادات، المراكز الصحية وغيرها، ويشارك في تقديمها مهنيون وفنيون ذوو تخصصات مختلفة.

- **التصنيف الثاني**: حيث تصنف الخدمات الصحية إلى أربعة أقسام كالآتي[4]:

1– الخدمات الوقائية: حسب بعض الخبراء من العاملين في **منظمة الصحة العالمية**، فإن هذه الخدمات تعتبر الوظيفة الثانية للمستشفى العام بعد الخدمات العلاجية، ويمكن تصنيفها إلى ثلاث مستويات كالآتي:

✓ **الخدمات الوقائية الأولية**: وهي خدمات محددة ومباشرة، ويجري التخطيط لها لوقاية الأفراد من مرض معين لم يقع بعد، كتطعيم الأطفال وحديثي الولادة ضد أمراض معينة؛

✓ **خدمات الوقاية الثانوية**: وتشمل خدمات التشخيص والكشف المبكر للأمراض قبل استفحالها، كالمسح

[1] طلعت الدمرداش إبراهيم، مرجع سبق ذكره، ص: 28-29.
[2] فريد توفيق نصيرات، **إدارة المستشفيات**، مرجع سبق ذكره، ص: 66.
[3] نفس المكان السابق.
[4] ثامر ياسر البكري، **إدارة المستشفيات**، مرجع سبق ذكره، ص: 23-26.

الصحي لفئة معينة من المواطنين يُتوقع أن تكون لها قابلية أكبر للإصابة بمرض معين قد انتشر؛

✓ **خدمات الوقاية من الدرجة الثالثة:** وهي خدمات متخصصة تهدف إلى إعادة تأهيل المرضى والمصابين لتمكينهم من ممارسة حياة طبيعية إلى حد ما.

2- الخدمات العلاجية: ويمكن تقسيمها إلى قسمين كالآتي:

- **خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرضى الخارجيين:** لا تتضمن أي رعاية إيوائية للمرضى، وتقدم من خلال العيادات الخارجية التي يديرها المستشفى ومختلف المراكز الطبية والمستوصفات.
- **خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرضى الداخليين:** ويمكن تصنيفها إلى ثلاث مستويات هي:

✓ **خدمات الرعاية الأولية:** وهي التي يتم تقديمها عن طريق الأطباء العامّين والمراكز الطبية الملحقة بالمستشفى والعيادات الخارجية، وتمثل هذه الخدمات خط التماس الأول مع المرضى؛

✓ **خدمات الدرجة الثانية:** وهي أعلى درجة من السابقة ويقدمها أطباء اختصاصيون، ويتم تقديمها من خلال العيادات الخارجية أو الداخلية؛

✓ **خدمات الدرجة الثالثة:** وهي أكثر تعقيدًا وتتطلب درجة عالية من التخصص في العلاج، ويتم تقديمها في مؤسسات صحية محددة، وتقوم على أساس إقليمي أو وطني بسبب ارتفاع تكلفة هذا النوع من الخدمات العلاجية، وأيضا لأن الطلب عليها يكون من قبل فئات قليلة من المواطنين.

3- خدمات التأهيل والرعاية الطويلة الأجل: وتشمل الرعاية الطبية وإعادة التأهيل للمرضى والمصابين، سواء منذ الولادة أو بسبب حوادث معينة، وتتطلب عملية تأهيلهم فترة زمنية طويلة، وهذا حتى يتمكنوا من ممارسة حياة طبيعية نشطة، وتُقَدم هذه الخدمات من طرف مراكز التأهيل المتخصصة، ووحدات التأهيل والرعاية الطويلة الأجل الملحقة بالمستشفى العام في الغالب.

4- خدمات الارتقاء بالصحة: تهدف هذه الخدمات إلى الارتقاء بصحة الفرد من خلال العوامل غير الطبية، كالتركيز على أهمية الغذاء الصحي المتوازن، أهمية الرياضة البدنية، الراحة، النظافة الشخصية والسلوك الصحي السليم للفرد كالامتناع عن العادات الضارة بالصحة كالتدخين وتناول المشروبات الكحولية، وتتأثر سلوكيات الفرد في هذا المجال بالبيئة المحيطة من خلال العائلة، المدرسة، المجتمع، وسائل الإعلام،...الخ.

- **التصنيف الثالث:** حيث يتم تقسيم الخدمات الصحية إلى صنفين كالآتي[1]:

1- الخدمات الطبية: ومن بين هذه الخدمات نذكر الآتي:

✓ **الإسعافات أو العلاج السريع:** وتختص بمعالجة الحالات البسيطة التي لا تتطلب إقامة المريض بالمستشفى؛

✓ **العمليات الجراحية:** حيث ينبغي إقامة المريض بالمستشفى لفترة معينة لتهيئة المريض لإجراء الجراحة؛

[1] محمد سامي راضي، **المحاسبة عن المستشفيات والوحدات العلاجية**، ، مصر: الدار الجامعية ، 2007، ص: 19-20.

- ✓ **العلاج تحت إشراف طبي:** وتتعلق هذه الخدمة بالمرضى الذين يخضعون لعلاج طبي يتطلب إقامة في المؤسسة الصحية وإشراف مستمر؛
- ✓ **العلاج الطبيعي:** وغالبا ما يقدم هذا النوع من العلاج لمرضى العظام والأعصاب، حيث يتطلب جلسات محددة على فترات زمنية وباستخدام أجهزة ومعدات خاصة.

2- الخدمات الفندقية المساعدة: موجهة لمرضى العيادة الداخلية من بينها نذكر الآتي:

- ✓ **خدمات الغرف (المبيت):** تتعلق بالإشراف على الغرف والأثاث الموجود وترتيب عمليات النظافة بها؛
- ✓ **الوجبات الغذائية والمشروبات:** يقوم بإعدادها مطبخ المؤسسة الصحية لمرضى العيادة الداخلية، وتتصف بعدم النمطية؛ لأن مكوناتها تختلف حسب طبيعة كل مريض، وبالتالي اختلاف التكاليف أيضا؛
- ✓ **الاستقبال:** وذلك من خلال استقبال المرضى والكشف المبدئي عليهم، وتوجيههم إلى القسم المختص طبقا للحالة المرضية وإثبات البيانات الخاصة بهم في سجلات مبدئية.

المطلب الثاني: الإطار العام لاقتصاد الصحة.

مع التطور الحاصل في مختلف مجالات الحياة وتطور الحياة الاقتصادية خصوصا، تفرعت فروع الاقتصاد وأصبح الكلام عن الاقتصاد في مختلف المجالات، فظهر الاقتصاد الزراعي، الصناعي، البترولي،...الخ، كذلك أصبح بالإمكان التحدث عن الاقتصاد الصحي، حيث يمكن إخضاع قطاع الصحة لمختلف المفاهيم والنظريات الاقتصادية الحديثة.

أولا- نشأة وتطور اقتصاد الصحة: اقتصاد الصحة فرع من المعرفة حديث النشأة؛ ظهر في نهاية الخمسينات في الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا، بعدها ظهر في فرنسا بداية السبعينات، أما الانطلاقة الحقيقية لاقتصاد الصحة كانت في الثمانينات تحت ضغوط مالية أدت إلى ضرورة تدخل نظام تسيير فعال في الميدان الصحي، هذه الضغوط تمثلت في تنامي النفقات الصحية المتزايدة سنة بعد سنة، أين دقت الدول الغربية ناقوس الخطر في نهاية السبعينات.

وقبل هذا التاريخ كان لهذه الدول نمو اقتصادي متواصل قرابة ثلاثين سنة، حيث اهتمت بالجانب الاجتماعي من توفير الخدمات الصحية لأكبر عدد ممكن لطالبيها دون الأخذ بعين الاعتبار لحجم النفقات الصحية وتزايدها، مع نهاية السبعينات ظهرت أزمة مالية أنقصت من قدرات تمويل قطاع الصحة، وظهرت ضرورة تدخل مقاربات اقتصادية في ميـدان الصحة، وهذا لتنظيم هذا القطاع وإعطاءه دفعة جديدة من حيث مساعدة المسير في بلورة القرارات وتوجيه السياسة الصحية والتخطيط الصحي.

وحسب **(J.DE Bourbon Busset)** فإن سرعة تطور فرع اقتصاد الصحة كان بسبب أنه علم مفترق، حيث أشار إلى أنه: «من الأهمية خلق وتطوير علاقات مباشرة بين حقول البحث المختلفة، ويجب الملاحظة أنه غالبا وبتلاقي فرعي معرفة مختلفين تحدث نتائج هامة، إذ أنه ليس من العشوائي أن العلوم المركبة من اسمين هي التي تتطور بسرعة»، ويضيف إلى وجوب الحد من الاحتكار العلمي، ويقصد بذلك أن كل فرع يبقى منغلق على أفكاره، ويجب

التفتح على العلوم الأخرى لإيجاد تقارب ومحاولة البحث للوصول إلى نتائج لم يحققها الفرع الأحادي لوحده، وظهور اقتصاد الصحة في النصف الثاني للقرن العشرين كفرع للمعرفة مستقل بذاته، وتطوره في الربع الأخير من هذا القرن لم يأتي صدفة، بل أن العلاقة اقتصاد–صحة ليست جديدة بل قديمة وسبقت القرن العشرين.

كان الفضل لانفصال فرع اقتصاد الصحة كفرع مستقل بذاته لأفكار وأبحاث العديد من المفكرين الاقتصاديين، من بينهم **(F.Quesney)** الذي يعتبر من الأوائل الذين تمكنوا من الفرعين المعرفيين في ذلك الوقت، وبالرغم من أنه اقتصادي في أبحاثه حيث يعتبره البعض كأب للاقتصاد الكلي إلا أنه طبيب في تكوينه، إن اكتشافه للدائرة الاقتصادية كان من تأثير اكتشاف الطبيب الإنجليزي **(W.Harvey)** للدورة الدموية، هذه هي أول نقطة مشتركة تم اكتشافها بين فرعي المعرفة، وهي التركيبة البيولوجية والتركيبة الاجتماعية[1].

لقد تراكمت وتفاقمت عدة عوامل عبر السنوات الأخيرة على مستوى العالم، لتجعل من اقتصاديات الصحة أهمية بالغة في مجال الخدمات الصحية إنتاجا وتنظيما وإدارة وتوزيعا، وتشمل هذه العوامل[2]:

- ✓ ارتفاع الطلب على الخدمات الصحية بسبب الزيادة المضطردة في أعداد السكان، وأيضا بسبب ارتفاع درجة وعيهم وتعليمهم، والاستخدام المفرط لنظام الرعاية الصحية المجانية؛
- ✓ ارتفاع التكلفة الرأسمالية لإنشاء وتشغيل المرافق الصحية خاصة المستشفيات؛
- ✓ الاستخدام المتنامي للتقنيات الطبية الحديثة باهظة التكلفة؛
- ✓ ارتفاع أجور العاملين الصحيين بمختلف تخصصاتهم ومستوياتهم؛
- ✓ انحسار الأمراض المعدية وازدياد الأمراض غير المعدية أو ما تسمى بأمراض العصر كداء السكري والسمنة، أمراض القلب والأوعية الدموية، السرطان، حوادث المرور والأمراض النفسية، وهي أمراض مزمنة كلفة علاجها عالية؛
- ✓ ارتفاع متوسط العمر المأمول مما أدى إلى زيادة المسنين في المجتمع وارتفاع كلفة رعايتهم أيضا؛
- ✓ ازدياد حدة الفقر والبطالة والتشرد، وتأثيرها سلبا على الصحة؛
- ✓ كذلك فالأزمة الاقتصادية العالمية التي ظهرت بوادرها مع مطلع الثمانينات كان لها انعكاس سلبي على كثير من الدول خاصة النامية منها، وبرنامج إعادة الهيكلة الذي صاحب تلك الأزمة أدى إلى إنقاص التمويل الحكومي، وعندما يحدث ذلك فالخدمات المجتمعية ومنها الصحة تتصدر قائمة القطاعات المعرضة لتخفيض ميزانياتها.

كل هذه العوامل جعلت كلفة الخدمات الصحية تتزايد بمعدلات ربما أعلى من كلفة معظم الخدمات الأخرى، مما يدفع إلى الاهتمام بعلم اقتصاديات الصحة بغية ترشيد الإنفاق والتأكيد من فاعلية تكلفة هذه الخدمات، والسعي لحل المعادلة التي تتمثل في تقليص التكلفة من جهة والحفاظ على مستوى مقبول للخدمات الصحية من جهة أخرى.

---

[1] نصر الدين عيساوي، **مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية – دراسة حالة مستشفى حي البير بقسنطينة**، رسالة ماجستير في الاقتصاد المالي، الجزائر: جامعة قسنطينة، 2005، ص: 14-15.

[2] سنوسي علي، **تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر – آفاق 2010**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، الجزائر: جامعة الجزائر 3، 2010، ص: 55-56.

ثانيا– مفهوم اقتصاد الصحة: يمكن تعريفه كالآتي:

- حسب **(P.Bonamour & F.Goyot)** فإن اقتصاد الصحة هو: «فرع من المعرفة يهدف إلى عقلنة النشاط الطبي، والذي يدرس الحالة المثلى لتوزيع الموارد المتاحة لضمان أحسن علاج وأحسن حالة صحية للسكان تحت قيود الموارد المتاحة»[1].
- حسب **(H.Guiton)** فإن تعريف اقتصاد الصحة يتضمن جزأين[2]:

✓ **الجزء الأول:** فرع وصفي يهتم بمعرفة المعطيات الأساسية (طبيعية، مؤسساتية، فردية وجماعية) التي تهدف إلى استرجاع الصحة الضائعة والوقاية حتى لا تضيع، ثم يتطرق إلى تكاليف الصحة، تفسيرها والبحث عن أحسن الطرق للتنبؤ بها.

✓ **الجزء الثاني:** فرع نموذجي يهتم بتنفيذ تدريجي لمنظومة صحية تصبو إلى المثالية الاقتصادية؛ أي التوازن الأمثل بين الإيرادات والتكاليف، وفي هذا المجال يتم الحكم حول فعالية المنظومة الصحية.

مما سبق يمكن القول أن اقتصاد الصحة هو فرع من العلوم الاقتصادية يحاول دراسة ومقاربة وإسقاط النظريات والمفاهيم الاقتصادية على المجال الصحي، بهدف الوصول التحسين الأمثل لصحة أفراد المجتمع بأقل موارد ممكنة، ورغم ذلك توجد اختلافات بين الاقتصاد والصحة تتمثل خاصة في الآتي[3]:

1– اختلاف حقل التحليل: الطب يهتم بالمريض وعلته، بالإضافة إلى ذلك يرفض الجهاز الطبي الاهتمام بمشاكل التسيير، ولا يكتفي بذلك بل يجهل من يقوم بتمويل نشاطه الطبي، فهو يهدف أساسا لتحسين حالة المريض ومحاولة شفاءه، أما الاقتصادي فهو يهتم بالمقابل بتفسير سلوك الأفراد الذين ينتجون، يستهلكون ويتبادلون، أما فئة المرضى فيخرجون عن اختصاصه.

2– اختلاف في الهدف: الهدف الطبي هو الاستجابة لأكبر شريحة من طالبي الصحة، وتوفير نتائج الاكتشافات العلمية في هذا الميدان والتجهيزات المتطورة من أجل إنقاذ حياة المرضى، أما الهدف الاقتصادي فهو عقلنة سير المنظومة الصحية، ومحاولة إيجاد أحسن السبل لاستعمال الموارد المتاحة لمجابهة أكبر طلب للصحة، بالإضافة إلى السهر على فعالية الأداء.

3– اختلاف في منطق التحليل: المنطق الصحي يتمثل في استرجاع الحالة الصحية والراحة الجسدية والعقلية للمريض دون الاهتمام بالتكاليف الناتجة عن ذلك؛ أي باختصار أن ليست للصحة ثمن، بالمقابل فإن المنطق الاقتصادي يكشف على الجانب الذي أهمل من طرف الناشط في الصحة، وإن لم يكن للصحة ثمن فللصحة تكلفة، هذه التكلفة أصبحت تثقل كاهل ممولي الصحة، حيث يهدف الاقتصادي لمعرفتها ومحاولة عقلنتها.

[1] نصر الدين عيساوي، مرجع سبق ذكره، ص: 16.
[2] Guy DELANDE, **Introduction à l'Economie de la santé**, France: John LIBBEY, 1991, p: 12.
[3] نصر الدين عيساوي، مرجع سبق ذكره، ص: 16-17.

ثالثا– المقاربات النظرية لاقتصاد الصحة:

يمكن مقاربة اقتصاد الصحة لاقتصاد السوق أو للتخطيط والحساب الاقتصادي، وذلك كالآتي[1]:

1– مقاربة اقتصاد الصحة إلى اقتصاد السوق: إن التطور الذي شهده الطب في البلدان المتقدمة، جعل من هذا القطاع يقترب إلى قطاعات أخرى، مثل: النقل، الضمان،...الخ، لكن الاقتصاديون لاحظوا بأن هذا التقارب جزئي كما قال **إيميل ليفي**، وأن صعوبات تطابق آليات التحليل الاقتصادي للسوق كان الشعور السائد لدى هؤلاء، وهو ما يؤكده **جوزيف برونو** بأن الطب يخرج من إطار الأدوات والألوان، ومن هنا ليس له أن ينتظر تقديرات سوقية.

ونشير إلى الصعوبات الأخرى التي تتمثل في تحديد السعر أي سعر الخدمات الصحية (علاج، السعر القومي للاستشفاء، الدواء) الذي كان يراقب من طرف الدولة، والذي يتنافى مع اقتصاد السوق؛ أي السعر الذي يكرس المنفعة الحدية للمشترين والتكلفة الحدية للبائعين، والصعوبة الثانية تكمن في النظامية في القطاع أو المقاربة بالأنظمة.

وهو ما يعبر عنه **ج.ف.نيز** أنه عندما نتكلم عن نظام الصحة هناك غموض، لأن مفهوم النظام مرتبط بالهياكل والنماذج التي تسمح بتحليل مجموع العناصر المرتبطة به، وإلا ليست له معنى، أما **إيميل ليفي (Emile Levy)** الذي يعتبر أن مفهوم النظام الصحي المستعمل بصفة جارية دون أن يكون المحتوى لهذه التعابير واضح، وهو بذلك يقوم بمقاربة جديدة تتمثل في دراسة النظام في مجموعة، حيث يلاحظ ثلاثة فروع:

- ✓ الحالة الصحية؛
- ✓ مصالح الإشباع الصحي التي بدورها تمثل جهاز الإنتاج للمصالح الطبية؛
- ✓ آليات التغطية الذي يتكون من مختلف التنظيمات مثل الضمان الاجتماعي.

ومن خلال هذه المقاربة اتضحت صعوبة أخرى، تتمثل في كيفية إدماج ضمن هذا النظام مصالح المياه من حيث استعمالها ومعالجتها، محاربة الأمراض وخاصة المعدية، تعفن البيئة، محاربة التبغ، الكحول، مراقبة نوعية المواد الغذائية المقدمة للاستهلاك والصناعة الصيدلانية التي تنتمي إلى اقتصاد العلاجات الطبية، وهنا تكمن الصعوبة في الربط بين مختلف العناصر التي تكون هذا النظام العلاجي.

أما الصعوبة الثالثة تظهر في معرفة هل أن الصحة استثمار أم استهلاك، وهنا نقول بأن الخبرات والخدمات التي تُقدم تُعتبر استهلاك عندما ندمجها ضمن الاستهلاك المباشر وتلبي رغبات ظاهرة، ونعتبرها استثمارا عندما ندمجها ضمن الإنتاج، حيث تصبح وسائل الإنتاج.

2– مقاربة اقتصاد الصحة إلى التخطيط والحساب الاقتصادي: إن في الاقتصاديات المخططة مصدر المرض هو اجتماعي، أي هو المؤشر على الاختلال الموجود بين الاحتياجات الحيوية للجسم والعقل وواقع الاحتياجات الاجتماعية، وفي الدول الاشتراكية فإن الصحة هي مسؤولية السلطة؛ أي أن الصحة ليست لها منفعة سوقية وهذا بفعل نظام الأسعار المسطرة من طرفها؛ أي أن الخدمة الصحية المقدمة مجانية.

[1] أمير جيلالي، **تخطيط وتمويل الصحة في الجزائر**، رسالة ماجستير في التخطيط، الجزائر: جامعة الجزائر، 2001، ص: 8، 10.

وبالتالي فإن الصحة العمومية تعتبر كنشاط اجتماعي من بين النشاطات الاجتماعية الأخرى، ولابد أن توضع هذه الخدمة ضمن الأهداف الكبرى للمجتمع، فالتخطيط الصحي يدخل إذن ضمن المخطط الوطني الذي يتضمن سهولة وصول العلاج للجميع.

ونجد أن هذا التوجه تحاول إتباعه بعض الدول ولاسيما الدول النامية التي تبحث عن الانسجام داخل منظوماتها الصحية، إن الضمان بأساليب عمومية لنظام مخطط لا يمكن أن يحدد داخل آليات المنافسة وقانون التوازن، وهذا الاتجاه تزكيه مصالح **المنظمة العالمية للصحة** وبالخصوص في بلدان العالم الثالث، إضافة إلى بعض الدول أو الأنظمة الصحية، مثل: السويد، إنجلترا، الدنمارك، النمسا، فرنسا وإيطاليا بدرجة أقل.

رابعا– إجراءات تفعيل مجال اقتصاد الصحة: من بين الإجراءات لتفعيل مجال اقتصاد الصحة نذكر الآتي[1]:

- إنشاء وحدة اقتصاد الصحة بوزارة الصحة، فمن المهم أن تتوفر لكل وزارة صحة القدرة الذاتية لإجراء التحاليل الاقتصادية الخاصة بها لتوجيه القرارات المتعلقة بتقديم الخدمة الصحية، وعليه يعتبر إنشاء وحدة متخصصة ومتفرغة لاقتصاد الصحة بوزارات الصحة خطوة ضرورية في سبيل الإصلاح المستمر للقطاع الصحي، ويتماشى هذا مع تزايد الاعتراف والاهتمام بهذا التخصص على مستوى العالم دولا ومنظمات، فقد أوصت العديد من التقارير الصادرة عن المنظمات العالمية **كمنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي** بضرورة استحداث مثل هذا التخصص بوزارات الصحة.
- إعطاء أهمية للتأهيل والتدريب في مجال اقتصاد الصحة، بحيث يتعين على وزارات الصحة أن تتعاون مع الجامعات لاستحداث درجات عليا لتأهيل كوادر متخصصة في هذا المجال.
- تعريف المسؤولين الصحيين على المبادئ الأساسية للاقتصاد، فمن الأهمية أن يكتسب المسؤولين الصحيين بمن فيهم مديري المرافق والبرامج الصحية معارف حول أساسيات وتطبيقات علم الاقتصاد، حتى يتمكنوا من النظر في فعالية تكلفة أي إجراءات أو تدخلات يريدون اتخاذها، وبالمقابل فمن المفيد أيضا أن يكتسب بعض الاقتصاديين خاصة في وزارتي المالية والتخطيط بعض المعارف حول محاور صحية ذات صلة بعملهم، كصحة المجتمع والأوبئة والمؤشرات الصحية وعبء الأمراض وأداء القطاع الصحي، ويمكن أن يتم ذلك عن طريق دورات تدريبية وتكوينية.
- تضمين مناهج كلية الطب والعلوم الصحية مادة اقتصاد الصحة، وتتمثل أهمية ذلك في الآتي:

✓ استخدام أساليب وتقنيات اقتصاد الصحة لتقييم التدخلات الطبية والصحية خاصة فيما يتعلق بفعالية تكلفتها، إضافة إلى ذلك تعتبر مهمة جدا لعملية اتخاذ القرار الملائم حول هذه التدخلات؛

✓ احتواء تكاليف الخدمات الصحية المتصاعدة؛ ولا يعني احتواء التكاليف تخفيض الخدمات الصحية كمًا أو نوعًا، إذ أن ترشيد استخدام الموارد وتطبيق أساليب الجودة يحول دون ذلك؛

✓ تحقيق التوازن العادل للخدمات الصحية بين شرائح الدخل المختلفة في المجتمع وبين الريف والحضر والولايات؛

✓ تلعب أنشطة اقتصاد الصحة دورا مهما في تقييم أداء المؤسسات الصحية وفي اختيار أفضل البدائل لتشغيلها.

[1] سنوسي علي، **تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر – آفاق 2010**، مرجع سبق ذكره، ص: 56-57.

المطلب الثالث: مفاهيم اقتصادية أساسية حول الخدمات الصحية.

هناك الكثير من المفاهيم الاقتصادية الأكثر شهرة وشيوعا في مجال الاقتصاد، مثل: الندرة والاختيار، تكلفة الفرصة البديلة، العملية الإنتاجية، الاستهلاك...الخ، سنحاول التكلم عن أهم هذه المفاهيم في المجال الصحي.

أولا– المشكلة الاقتصادية والخدمات الصحية: هناك مشكلة يومية تواجه مقدمي الخدمات العامة، تتمثل في عدم وجود موارد كافية لتلبية كل الحاجات المشروعة، وقد لا تكفي الموارد المتاحة لتلبية بعض الحاجات العاجلة أحيانا، فمثلا نجد المرضى الذين يذهبون لمراكز الحوادث والطوارئ للدخول للكشف أو العلاج قد يحتاجون للتحول إلى مؤسسة صحية أخرى، وهذه القضايا ترتبط بشدة بالقرارات الهامة التي يجب أن تتخذ يوميا، والتي تتطلب وضع خطط هامة لمستقبل نمط الخدمات الصحية، ومن أهم المشاكل الاقتصادية للخدمات الصحية هي[1]:

- **الندرة والاختيار:** تتمثل المشكلة الأساسية التي تواجه الزبائن ومقدمي الخدمة الصحية في اعتبار الحاجات الإنسانية غير محدودة، بينما عرض الموارد المتاحة لإشباع هذه الحاجات يكون محدودا، وبالتالي ينبغي أن تكون هناك اختيارات يقوم بها الزبائن أو من يمثلهم، بشأن الخدمات التي سيشترونها من دخولهم المحدودة، وهناك اختيارات يقوم بها المنتجون بشأن السلع والخدمات التي سيعرضونها بمواردهم المحدودة، وتصبح المشكلة صعبة إذا لم يأخذ بعين الاعتبار حاجة الزبائن لتخطيط حاجاتهم المحتملة في المستقبل، وحاجة المنتجين إلى تخطيط كيفية تلبية هذه الحاجات.
- **تكلفة الفرصة البديلة:** تتضمن الاختيارات السليمة استخدام الموارد المحدودة لتحقيق أفضل نتيجة ممكنة، فمثلا لا يعتبر استخدام جراح ماهر في إجراء عملية تقليدية كاستخدام أمثل لذلك المورد، إذا أمكن استخدام هذا الجراح في نشاط أكثر تعقيدا، وكذلك فإن استخدام أحد أَسِرّة المؤسسة الصحية المجهزة المكلفة لمجرد استخدام مريض بحالة عادية لا يمثل أفضل استخدام لهذا السرير، إذا كان هناك سرير أقل تكلفة في إطار الرعاية يمكن استخدامه بدون ضرر للمريض، وعادة ما يعني استخدام أحد الموارد لأحد الأغراض أنه لم يعد متاحا للاستخدام في أغراض أخرى.
- **الاختيارات الاقتصادية:** تظهر مشكلة الخيارات الاقتصادية عندما يحاول المجتمع تقديم إجابات للتساؤلات الأساسية المتعلقة بالمشكلة الاقتصادية، والتي تتمثل في الآتي:
  - ✓ ما هي الخدمات الصحية التي يجب إنتاجها وبأي كميات؟
  - ✓ كيف يتم إنتاج هذه الخدمات الصحية؟
  - ✓ من الذي يجب أن يحصل على تلك الخدمات الصحية وعلى أي أساس؟

وهذه هي الأسئلة التي يجب أن يواجهها الأطباء، المديرون، السياسيون والزبائن، ونظرا لأن الموارد محدودة دائما يجب اتخاذ قرارات بشأن عدد العمليات، وإن كنا سنستخدم الأدوية أو الجراحة لعلاج حالات معينة، ومن هم المرضى الذين يجب علاجهم أولا، وقد يتمثل واقع الحال في عدم تقديم بعض أنواع العلاج على الإطلاق، وبالتالي يجب على كل طرف أن يوازن بين اهتماماته بهدف تقديم أفضل خدمة ممكنة في حدود الموارد المتاحة.

[1] طلعت الدمرداش إبراهيم، مرجع سبق ذكره، ص: 55.

ثانيا– العملية الإنتاجية للخدمة الصحية: يقوم اقتصاد الصحة على أساس فكرة أن المؤسسة الصحية عبارة عن وحدة إنتاجية؛ أي أنها مؤسسة اقتصادية مثل المؤسسات الأخرى، حيث يرى المختصين في هذا المجال أنه لا يوجد فرق بين إنتاج سيارة أو إنتاج خدمة صحية، حيث في كلا الحالتين يتطلب الأمر تجميع وتنظيم عوامل الإنتاج للحصول على منتج، ويمكن التعبير عن عملية إنتاج الخدمة الصحية وفق المعادلة **(S = g (m))**.

المتغير المستقل **(m)** يعبر عن المدخلات وهي غير متجانسة؛ أي أنها متنوعة، وهذا مثل: رأس المال (الأَسِرَّة، أجهزة العلاج...الخ)، اللوازم (الأغطية، الأدوية...الخ)، مختلف فئات العاملين والمرضى باعتبارهم يشاركون في العملية الإنتاجية؛ أي أن الإنتاج مشترك، أما المتغير التابع **(S)** فهو يعبر عن المنتَج (الخدمة الصحية)، وهي كذلك غير متجانسة، وهذا لأن المؤسسات الصحية تنتج تشكيلة من الخدمات الصحية المختلفة، بحيث أن كل واحدة منها موجهة إلى مريض خاص، ولأن كل من المدخلات والمخرجات غير متجانسة، فإنه يمكن التعبير عن المعادلة السابقة كما يلي: $((S_1, S_2, \dots, S_m) = g(m_1, m_2 \dots, m_m))$.

وتكون مؤسسة معينة محققة للكفاءة الإنتاجية عندما تنتج أكبر كمية من الإنتاج بأقل كمية ممكنة من المدخلات، أو يتم إنتاج أقصى كمية من الإنتاج باستعمال كمية محددة من المدخلات، ويتضمن ذلك تقليل الفاقد والهدر في الموارد إلى أدنى حد ممكن، ومثلا يمكن قياس كمية الإنتاج في المؤسسات الصحية من خلال عدد المرضى الذين يعالجون، ويتضمن ذلك زيادة تردد المرضى وشغل الأَسرَّة، مع قصر فترات الإقامة في المؤسسة الصحية[1].

إن درجة تركيب العملية الإنتاجية الصحية تظهر بصفة خاصة على مستويين[2]:

- ✓ النشاط العلاجي الذي يستلزم مهارات متعددة تتبع الكثير من التخصصات؛
- ✓ المريض الذي يدخل المؤسسة يتبع مسارا خاصا يرتبط بعدد من المقاييس مثل نوع المرض، درجة خطورته، سن المريض، سوابقه المرضية، الأنشطة المتوقعة (تحاليل، أشعة،...الخ)، إضافة إلى التعقيدات المحتملة أثناء علاجه، لهذا لا توجد عملية إنتاجية نموذجية للخدمة الصحية تأخذ بالحسبان كل هذه الاعتبارات وتتضمن كل الاحتمالات الممكنة.

ثالثا– الصحة كاستهلاك: تعتبر الصحة كاستهلاك إذا نظرنا إليها من ناحية إشباع حاجة، حيث تصبح الخدمات الصحية منتجات سلعية تعرض وتباع في السوق، ويتم تحديد الأسعار وفقا للعرض والطلب بين مقدمي الخدمة والزبائن الطالبين للخدمة الصحية، إلا أن هذا التحليل يشكو من عدة نقائص نذكر منها[3]:

- ✓ عجز المستهلك على تحديد متطلباته من الخدمة في السوق، وعدم قدرته على الحكم على نوعية المنتَج المعروض؛
- ✓ المنتِج الذي يعرض خدماته في السوق لا يعتبر كوسيط فقط وإنما صاحب نفوذ وقوة؛
- ✓ السعر لا يتحدد بين الطبيب والمريض وإنما تدَّخل الدولة هو الأساس في تحديد أسعار تقديم الخدمات الصحية؛

[1] نفس المرجع السابق، ص 276.

[2] Fabienne ALVAREZ, **Le controle de Gestion en Milieu Hospitalier: Une Réponse à L'Emergence de Risque Organisationnels**, France: Université Paris Dauphine, 2002, p: 4.

[3] سنوسي علي، **تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر – آفاق 2010**، مرجع سبق ذكره، ص: 47- 48.

✓ الطلب على الخدمات الصحية يختلف عن الطلب الاقتصادي، حيث يتحدد الطلب على الصحة بعدة عوامل منها: دخل الطبقات الاجتماعية المهنية، التطور الاقتصادي، الثقافة الصحية، العوامل الطبيعية البيئية...الخ، حيث تؤثر على الطلب الصحي إما بالزيادة أو النقصان، كما أن تقييم الاستثمار الصحي يتم من خلال النفقات المخصصة لصحة الأفراد الذين يشكلون اليد العاملة.

رابعا– الصحة كاستثمار: تعتبر الصحة استثمارا إذا ما نظرنا إليها من زاوية امتلاك وصيانة رأس المال البشري، وعلى هذا الأساس يقترح كل من **(S.Jmushkin & B .A.Weibord)** أن نفقات التكوين والصحة هي الوسائل الأساسية التي بواسطتها تزداد وتتطور موارد العمل، فعلى سبيل المثال فإن زيادة أمل الحياة بفضل الصحة الجيدة ينقص من معدل الاستثمار المحقق تحت شكل التربية، وعليه زيادة في المردودية وبالتالي زيادة الإنتاجية التي ترجع إلى التكوين الجيد الذي يرفع من مردودية الاستثمار الصحي وذلك من خلال المحافظة على صحة الأفراد[1].

خامسا– دور الخدمات الصحية في تحقيق التنمية.

لقد أصبحت الصحة من الأمور الأكثر أهمية في مجال التنمية، وذلك بوصفها من العوامل التي تساهم في التنمية المستدامة وأحد مؤشراتها، فلا يمكن تحقيق تنمية بدون سكان أصحاء، في حين تمثل الصحة قيمة في حد ذاتها فإنها تعتبر كذلك مفتاحا للإنتاجية، الرخاء الاقتصادي، الاجتماعي والثقافي، ذلك أن العديد من حالات التردي الصحية والصحة المعتلة تؤثر تأثيرا كبيرا في النمو والتنمية، ولأول مرة تناولت اجتماعات **مجلس الأمن** ومجموعة الثمانية والمنتدى الاقتصادي العالمي ومنظمة التعاون والنمو الاقتصادي صراحة القضايا الصحية بوصفها قضايا إنمائية[2].

لقد نص المبدأ الأول من إعلان **ري ودي جانيرو** للبيئة والتنمية أن: «البشر يقع في صميم الاهتمامات المتعلقة بالتنمية المستدامة، ويحق لهم أن يحيوا حياة صحية ومنتجة في وئام مع الطبيعة»، فلا يمكن تحقيق التنمية مع تفشي الأمراض، كما يتعذر الحفاظ على صحة السكان دون وجود تنمية مستدامة من الناحية الاقتصادية، الاجتماعية، الثقافية والبيئية، فعلى سبيل المثال فتك **فيروس نقص المناعة** بملايين البشر في أكثر سنوات أعمارهم إنتاجية، كما أنه لا يزال تلوث المياه والهواء يؤدي بحياة الملايين كل عام، أغلبهم من سكان الدول النامية، وفي هذا الإطار أكدت الدكتورة **مارغين تشان** المديرة العامة **لمنظمة الصحة العالمية** أن: «التنمية الصحية للفرد تؤدي إلى تنمية اقتصادية، اجتماعية، ثقافية وسياسية».

فالصحة الجيدة تعزز التنمية الاقتصادية، الاجتماعية والثقافية، وتساهم في الاستقرار الاقتصادي والحماية البيئية، لذلك فإنه من أهم غايات التنمية المستدامة هو حق كل إنسان بالتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، خاصة وأن هناك اتساعا لمفهوم الصحة فلم يعد مفهومها يقتصر على عدم وجود المرض، بل تعداه ليشمل حالة من الأداء العقلي والجسدي، وبذلك يتسع مفهوم الصحة ليشمل ميادين أخرى ذات تأثير مباشر عليها، إذ أن العديد

[1] نفس المكان السابق.
[2] تقرير منظمة الصحة العالمية، **الصحة والتنمية المستدامة**، جنيف 2001، ص 11.

من العوامل الحاسمة في ميدان الصحة والمرض تقع خارج نطاق التحكم المباشر لقطاع الصحة، ويقترن بالقطاعات البيئية، المياه، الصرف الصحي، الزراعة، التعليم، الحياة الحضرية والريفية، التجارة، السياحة، الإسكان والأمن، ويمثل التصدي لسلبيات هذه العوامل مفتاحا لقيام تنمية صحية وتطور مطرد في قطاع الصحة على المدى الطويل[1].

ونظرا للارتباط الوثيق بين الصحة والتنمية فقد أولى المجتمع الدولي أهمية بالغة للصحة في مختلف المؤتمرات المنعقدة، من قمة الأرض في **ريو ديجانيرو** بالبرازيل سنة (1992م) إلى قمة **جوهانسبورغ** بجنوب إفريقيا في سنة (2002م)، وبرز من خلالها العنصر البشري في قلب الانشغالات المتعلقة بالتنمية المستدامة، وتم التأكيد على أن التنمية الاجتماعية الاقتصادية والبيئية على المدى الطويل تكون مستحيلة بدون أفراد يتمتعون بمستوى صحي مقبول، فالصحة لا تعني فقط سلامة الفرد بل تمثل دعامة لتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية، هذا الدور يفسر بوجود علاقات متينة ومتعددة بين الأبعاد البيئية، الاجتماعية والاقتصادية للتنمية المستدامة، هذا الترابط يستوجب تضافر الجهود بين مختلف القطاعات والهيئات، بوضع برامج وقائية أكثر مردودية، بدلا من التركيز على البرامج العلاجية[2].

تشكل المكاسب العالمية التي أمكن تحقيقها في قطاع الصحة أحد أهم الانجازات التي حققتها البشرية مؤخرا، ومن الممكن في هذا العصر أن يتوقع كل فرد أن يحيا حياة طويلة وخالية من المرض بشكل ملموس، وهذا الإنجاز يتجاوز حالة التقييم الاقتصادي، إذ أن الصحة الجيدة هي هدف هام في حد ذاته لأنها أحد الحاجات الإنسانية الأساسية ونظرا لما يترتب عليها من تزايد القدرات البشرية، ومع ذلك فهناك ثلاثة أسباب رئيسية لتقييم الآثار الاقتصادية للصحة[3]:

- ✓ إن فهم الدور الاقتصادي للصحة قد يساعد في فهم مصادر النمو الذي أمكن تحقيقه في القرن العشرين، فاستنادا إلى مدى مساهمة الصحة الجيدة في زيادة معدلات النمو فإن الاستثمار في الصحة أصبح أداة من أدوات السياسة الاقتصادية الكلية؛
- ✓ يشكل القضاء على الفقر المهمة المركزية لسياسة التنمية في مستهل القرن الحادي والعشرين، حيث لا تزال أعداد غفيرة من سكان العالم تعاني من الفقر على الرغم من النمو الاقتصادي السريع، ونظرا لأن الصحة السيئة هي أحد الأسباب الرئيسية للفقر، فإن تواصل الاستثمارات التي تستهدف تحسين الأحوال الصحية للفقراء بوسعها أن تخفف من حدة الفقر؛
- ✓ إن الإنفاق على الصحة يؤدي إلى تحسين نوعية الموارد البشرية شأنه شأن الإنفاق على التعليم، ولكنه بالإضافة إلى ذلك يؤدي إلى زيادة كمية الموارد البشرية في المستقبل من خلال زيادة العمر المتوقع في العمل، وهذا أيضا يكمل الاستثمار في التعليم، نظرا لأنه مع بقاء الأشياء الأخرى على ما هي عليه فإن العائد على التعليم سيتجه للتزايد إذا عمل الناس واكتسبوا لفترات أطول.

[1] سنوسي علي، **تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر – آفاق 2010**، مرجع سبق ذكره، ص: 48-49.
[2] عياشي نور الدين، **المنظومات الصحية المغاربية**، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، الجزائر: جامعة قسنطينة، 2010، ص: 4.
[3] سنوسي علي، **تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر – آفاق 2010**، مرجع سبق ذكره، ص: 51-52.

المبحث الثالث: المؤسسات الصحية من المنظور الإداري.

مثل كل المؤسسات في الوقت المعاصر فإن المؤسسات الصحية سواء كانت عمومية أو خاصة تخضع لقوانين ومبادئ الإدارة، وهناك حاجة كبيرة لممارسة العملية الإدارية فيها، ويمكن القول أن العصر الذي نعيشه هو عصر الإدارة، حيث توجد أربعة وظائف للإدارة تتمثل في التخطيط، التنظيم، التوجيه والرقابة، هذه الوظائف يتم ممارستها في مختلف أنواع المؤسسات بما فيها المؤسسات الصحية، ويتم حاليا في المجال الصحي استخدام الكثير من الأساليب الإدارية الحديثة، مثل الإدارة بالأهداف والهندرة، وتعد إدارة الجودة الشاملة أهم هذه الأساليب الإدارية الحديثة التي تعتمد عليها المؤسسات الصحية الحديثة، وهو ما سنتطرق له في فصل آخر.

المطلب الأول: ماهية الإدارة في المؤسسات الصحية.

يعتبر ظهور الإدارة في المجال الصحي حديث نسبيا مقارنة بظهور علم الإدارة عموما، حيث أصبحت المؤسسات الصحية الحديثة تُقام على بناء إداري جد متطور، وبما أن هناك أهمية ومكانة كبيرة للصحة في حياة الإنسان فلذلك هناك حاجة كبيرة لاعتماد مختلف الأساليب والوسائل لتحسين الخدمات الصحية، خاصة الأساليب الإدارية الحديثة.

أولا– نشأة الإدارة في المجال الصحي.

يعد علم إدارة المؤسسات الصحية علما حديثا نسبيا، حيث نشأ في **الولايات المتحدة الأمريكية**، وكان ظهور هذا العلم نتاجا طبيعيا لتطور المؤسسات الصحية وتنوع وظائفها، حيث أصبحت مؤسسات ضخمة تواجه العديد من المشكلات الاقتصادية والإدارية، وتتفاعل مع المتغيرات السياسية، الاجتماعية والاقتصادية للبيئة التي تتواجد فيها، وقد أدى الكساد العالمي الكبير الذي شهده العالم في أواخر الثلاثينيات من القرن (20م) إلى ميلاد فلسفة العلاج بالمؤسسات الصحية، لاسيما في الولايات المتحدة الأمريكية بظهور الحاجة إلى إدارة المؤسسات الصحية على أساس علمي لتحقيق أهداف الاستخدام الأمثل لمواردها البشرية، وبلوغ التوازن بين مواردها وتكلفة الخدمات المتاحة للمستفيدين والحد من ارتفاع أسعارها[1].

لم تكن **للجزائر** غداة الاستقلال تقاليد راسخة في الإدارة الصحية، بل ورثت البلاد مؤسسات صحية تحتضر بفعل هروب عدد هائل من الكوادر الفرنسية الإدارية الطبية وشبه الطبية، وقد كان لزاما على السلطات خوض الميدان الصحي على الجبهتين، ضمان العلاج للجميع أولا وإعادة بعث التعليم الطبي ثانيا، هذه الجهود أتت بثمارها وهذا ما يتجلى واضحا من خلال التطور الكمي والنوعي للمؤسسات الصحية، ولقد سيرت المؤسسات الصحية العمومية التي تميزت بميزة المؤسسات العمومية الإدارية إلى غاية (1975م) بالقانون الفرنسي للصحة طبقا للنصوص القانونية الصادرة في (31 ديسمبر 1962م)، ثم بقانون الصحة الصادر في (1976م)، وبعد ذلك بقانون الصحة الصادر في (1985م) والمعدل والمكمل بقانون (1990م).

[1] محمد بوبقيرة، **دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمات الصحية- دراسة حالة المركز الإستشفائي الجامعي للبليدة**، رسالة ماجستير في التسويق، الجزائر: جامعة البليدة، 2006، ص: 168.

كما عرف قطاع الصحة مثل العديد من القطاعات الأخرى قبضة قوية من الدولة على الإدارة، وفي هذا السياق وبتجاوز جوانب السياسة الصحية، قدم هذا القطاع خدمة لسياسة العمالة التي وضعتها الحكومة منذ الاستقلال للحد من البطالة، وهذا ما يفسر ارتفاع مستوى تكاليف الموظفين في ميزانيات الكثير من المؤسسات الصحية التي تبلغ (90%)، ومن الواضح أن قطاع الصحة يتميز بغلبة الجانب الاجتماعي على المنطق الاقتصادي، وهذا يتناقض مع منطق الإدارة الرشيدة، وتتزايد الجهود لتطوير مجال إدارة المؤسسات الصحية وذلك عن طريق تحسين نوعية رعاية المرضى، وتعزيز الطابع الإنساني في المؤسسات الصحية، وتوسيع السيطرة على جميع مستويات النظام الصحي، بالرغم من نقص الموارد والافتقار إلى المرونة في الإدارة.

ويتفق جميع الاقتصاديين على أن الإدارة المتطورة والجيدة أصبحت ضرورة حتمية يقتضيها التطور التقني، وهي تزيد من موارد المؤسسة الصحية بما يؤدي إلى تحسين نوعية الرعاية الصحية، وهذا تلبية لطلب العاملين في مجال الصحة، ولكن فكرة إدارة المؤسسة الصحية في **الجزائر** لا تزال مهيمنة ومتأصلة في عقول المديرين على أنها عملية تسيير عادية، مثلها مثل إدارة مصلحة الضرائب، مع انعدام استقلالية حقيقية في التسيير والوسيلة الوحيدة هي الحسابات العامة (الإيرادات والنفقات)، إن الإدارة الصحية مدعوة لأن تكون في مستوى التطور التقني الذي عرفته المؤسسة الصحية، كما أن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ووزارة التعليم العالي تعملان في إطار مشترك على وضع قاعدة تكوين متخصص في تسيير الهياكل الصحية، الذي أصبح جد استراتيجي خاصة بعد ارتفاع نفقات الصحة العمومية[1].

ولقد تطور علم إدارة المؤسسات الصحية بشكل سريع من خلال اهتمام المؤسسات الصحية بإيجاد إدارة متخصصة لها، وقابل ذلك اهتمام المؤسسات الجامعية بعقد الدورات والندوات والمؤتمرات بهذا المجال، وأصبحت تمنح الدرجات العلمية المختلفة في إدارة المؤسسات الصحية، واشتراط الحصول على شهادة متخصصة في الإدارة الصحية للذين يرغبون في العمل في إدارة المؤسسات الصحية أو للأطباء الراغبين في إنشاء مؤسسة صحية أو لزيادة كفاءة وفاعلية إدارة المؤسسة الصحية.

وفي الواقع العملي لا يوجد أسلوب مثالي لإدارة المؤسسة الصحية، إلا أن إدارة المؤسسة الصحية تتطلب المعرفة التامة بالأساليب الإدارية للمدارس الإدارية المختلفة، ومن بين هذه الأساليب التي يمكن تطبيقها في المؤسسات الصحية هو أسلوب الإدارة الظرفية (الموقفية)، أسلوب الإدارة بالأهداف، أسلوب الجودة الشاملة وأسلوب الهندرة[2].

ثانيا– مفهوم الإدارة في المؤسسات الصحية.

مثلما هناك اختلاف بين الباحثين في تعريف مصطلح الإدارة، فكذلك يوجد العديد من التعاريف لمصطلح الإدارة الصحية من بينها نذكر الآتي:

[1] حوالف رحيمة، **تطبيق إدارة الجودة الشاملة – دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان**، أطروحة دكتوراه في التسيير، الجزائر: جامعة تلمسان، 2010، ص: 131-132.

[2] صلاح محمود ذياب، مرجع سبق ذكره، ص: 215-216.

- «مجموعة الأنشطة أو المهام المرتبطة بتخطيط وتنظيم وتوجيه ومراقبة استخدام الموارد البشرية والمادية المتاحة، لتحقيق الأهداف المنشودة من المستشفى بكفاءة وفعالية»[1]، وحسب هذا المفهوم فإنه يوجد أربع وظائف أساسية لإدارة المؤسسات الصحية هي التخطيط، التنظيم، التوجيه والرقابة (المتابعة)، وذلك في إطار الأهداف المحددة للمؤسسة الصحية، وبشرطين هما الكفاءة والفعالية.
- «وسيلة تحقيق الأهداف المتعلقة بالصحة العامة في المجتمع المحيط بالمؤسسة الصحية من خلال الاستخدام الأمثل لمجموعة النظريات، الموارد، التقنيات والثقافات التي تساعد على الوفاء باحتياجات صحة الفرد، ولذلك فإن إدارة المؤسسة الصحية تهدف إلى إنجاز السياسة العامة المتعلقة بالصحة العامة، مع السعي إلى اكتشاف أفضل طرق البحث لزيادة الفاعلية والأداء في الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة الصحية علاجيا، وقائيا، بحثيا وتنمية للقوى البشرية الصحية»[2].

وباختصار يمكن القول أن تعريف **الجمعية الأمريكية للمستشفيات** هو الأشهر، حيث ترى بأنها: «تخطيط، تنظيم، توجيه، رقابة وتنسيق الموارد والإجراءات والطرق، التي بواسطتها تتم تلبية الحاجات والطلبات على خدمات الرعاية الصحية والطبية وتوفير البيئة الصحية، وذلك من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستهلكين، كأفراد وجماعات، وللمجتمع ككل»[3]، ورغم ما يلاحظ في هذا التعريف من أشياء مشتركة للإدارة الصحية مع التخصصات الإدارية الأخرى (وخاصة الإدارة الخدمية) من حيث الوظائف الإدارية المعروفة للمدير، إلا أنه لابد من التنبيه إلى اختلافات أساسية وجوهرية في ميدان الممارسة والتطبيق الخاصة بالقطاع الصحي، والتي تضع المدير الصحي أمام تحديات وتعقيدات لا نظير لها مقارنة بالقطاعات الأخرى، وهي كالآتي[4]:

- ✓ محدودية الموارد المتاحة وكلفتها العالية وبالمقابل الطلب الكبير على هذه الموارد، مما يعني أن المدير الصحي مطلوب منه دائما أن يقدم الكثير بالقليل المتوفر لديه؛
- ✓ التوقعات العالية لمستهلكي الخدمات الصحية فهو يتوقع المعجزات من الطب والنظام الصحي، كما أنه غير راضي عن جودة ما يستهلك وعن كلفة هذه الخدمات؛
- ✓ التصاعد المستمر في كلفة الخدمة وما يصاحبه من عدم الرضا من جانب ممول الخدمات الصحية سواء كانت جهات حكومية أو جهات خاصة أو مؤسسات تأمين؛
- ✓ تذمر وعدم رضا مقدم الخدمات الصحية وبشكل خاص الأطباء والممرضين، فهناك عدم الرضا بسبب ضغط العمل وزيادة الطلب وعدم الرضا عن ظروف العمل وتندي الأجور، مما ينعكس سلبا على المعنويات؛
- ✓ الاعتبارات الإنسانية والأخلاقيات الاجتماعية والمهنية، والتي تضع قيودا ومعوقات أمام التركيز على الكفاءة والاعتبارات الاقتصادية للخدمات الصحية، إن مجمل هذه القيود تضع المدير الصحي في وضع صعب، ومختلف عن

[1] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، مرجع سبق ذكره، ص: 22.
[2] صلاح محمود ذياب، مرجع سبق ذكره، ص: 215.
[3] فريد توفيق نصيرات، **إدارة المستشفيات**، مرجع سبق ذكره، ص: 42.
[4] نفس المرجع السابق، ص:42-43.

نظرائه في مؤسسات الأعمال والصناعة في القطاعات الأخرى.

ثالثا– مميزات إدارة المؤسسات الصحية: من بين أهم ما يميز إدارة المؤسسات الصحية عن الإدارة في القطاعات الأخرى نذكر الآتي[1]:

- ✓ طبيعة العمل في المؤسسات الصحية غالبا ما يكون على مدار الساعة وبدون توقف أثناء العطل والأعياد؛
- ✓ طبيعة العمل في المؤسسات الصحية غالبا ما يكون تحت ظل من الاضطراب النفسي والعاطفي، وهذا لا يعني عدم وجود العقلانية في اتخاذ القرارات، وإنما تسيطر أحيانا النواحي العاطفية والنفسية؛
- ✓ يمكن للإدارة العليا أن تتصل مباشرة بأقل المستويات الإدارية، وكذلك يمكن لأقل المستويات الإدارية أن يتصل مباشرة بأعلى مستوى إداري دون الحاجة للمرور بالتسلسل الإداري حسب الهيكل التنظيمي؛
- ✓ إدارة المؤسسة الصحية تتميز بالتعقيد لوجود مهن مختلفة كثيرة، وكذلك أعداد كبيرة من العاملين ووجود أجهزة ومستلزمات طبية معقدة، بالإضافة إلى أن أغلب المؤسسات الصحية تتميز بوجود خطين للسلطة؛
- ✓ المرونة الكبيرة في إدارة المؤسسات الصحية لتميزها بالعلاقات الإنسانية الكثيرة وفي مختلف الاتجاهات؛
- ✓ مشاركة المجتمع المحلي في اتخاذ القرارات في المؤسسة الصحية أحيانا، وفي بعض الأوقات الأخرى تتسم القرارات بالاستعجال مما يؤدي إلى عدم وجود أي نوع من المشاركة في اتخاذ القرارات؛
- ✓ يغلب على إدارة المؤسسات الصحية أسلوب إدارة الأزمات والقدرة على التكيف مع مختلف التغيرات البيئية؛
- ✓ مدخلات العملية الإدارية ومرحلة المعالجة والمخرجات في المؤسسة الصحية تختلف عن أي مؤسسة أخرى.

وفي ضوء استعراض مميزات إدارة المؤسسات الصحية، فإن الإدارة الصحية أخذت موقعا متقدما في العصر الحديث بين الإدارات الأخرى للأهمية الكبيرة على صحة الإنسان، ولما تتمتع به من ارتفاع في التكاليف واستقلالية المواقف والقرارات الإدارية، وكذلك فإن معرفة الجمهور والإداريين بأن المؤسسة الصحية تقوم بتوفير الخدمة الصحية التي تؤثر على الصحة ولا تقوم بإنتاج الصحة ذاتها أمر ضروري وأساسي في رقي وتقدم إدارة المؤسسات الصحية.

رابعا– المبادئ والنماذج النظرية لإدارة المؤسسات الصحية: تعتبر المبادئ الإدارية الأساسية في إدارة المؤسسات الصحية هي نفس المبادئ المعروفة في أي مجال لإدارة النشاط الإنساني، ويمكن شرح هذه المبادئ كالآتي[2]:

- ✓ التحليل والتقييم الموضوعي للمشاكل والموارد المتاحة في قطاع الاستشفاء بصفة عامة، وفي المؤسسة الصحية المعنية تحديدا؛
- ✓ تحديد وصياغة الأهداف والسياسات والاستراتيجيات لتحقيق الأهداف المحددة؛
- ✓ تنظيم الموارد المتاحة للمؤسسة الصحية بفاعلية وبشكل يحقق التكامل بين العاملين والتكنولوجيا والوظائف أو الأنشطة المختلفة؛

[1] صلاح محمود ذياب، مرجع سبق ذكره، ص: 36-37.
[2] فريد توفيق نصيرات، **إدارة المستشفيات**، مرجع سبق ذكره، ص: 249.

- ✓ ممارسة العملية الإدارية بما يحقق الأهداف المخططة بفاعلية وكفاءة؛
- ✓ التقييم المستمر لنتائج الأعمال والأنشطة والمسائلة عن النتائج.

ويتمثل دور مدير المؤسسة الصحية والإدارة العليا في تطوير وتصميم التنظيم الفعال والقادر على تحقيق هذه الأهداف، وقيامه بالعملية الإدارية بعناصرها المعروفة بوظائف الإدارة، وهي: التخطيط، التنظيم، التوجيه والرقابة، ولابد من التنبيه هنا إلى أنه على ضوء التعقيد البيئي والتغيير السريع الذي تشهده مؤسسات القطاع الصحي، وما فرضه من تحديات ومخاطر وفرص للمؤسسات الصحية، يستدعي من إدارة المؤسسة الصحية التركيز بشكل كبير على رصد وتقييم وتحليل مستمر للبيئة الخارجية وما فرضته من تحديات وما تحمله من مخاطر وفرص للمؤسسات الصحية في بيئة تنافسية غير مسبوقة، وعلى ذلك فإن المديرين الذين يجدون أنفسهم لا يزالون يركزون على أدوات وميكانيكيات الإدارة التقليدية لا يمكنهم الوفاء بمتطلبات النجاح لمؤسساتهم الصحية في البيئة الجديدة.

ونظرا لخصوصية المؤسسات الصحية، ولكون ما هو معروف من نظريات الإدارة قد تم تطويره في قطاع الأعمال، وبالتالي عدم وجود نظرية إدارية يمكن تطبيقها في المؤسسات الصحية، فينبغي للمدير الانتقاء والاختيار من الأفكار والمفاهيم التي أفرزتها النظريات الإدارية المختلفة بما يخدم أغراض إدارة المؤسسات الصحية وخصوصيتها، ومن بين النماذج النظرية المفيدة في مجال الإدارة الصحية نذكر الآتي[1]:

- **الإدارة كنظام تكنولوجي**، حيث يركز هذا المنظور على الحاجة إلى التركيز على كفاءة العمليات والأنشطة، وما يتطلبه ذلك من الاستفادة من تطبيقات الهندسة الإدارية التي جاءت بها حركة الإدارة العلمية، ويمكن للمؤسسات الصحية الاستفادة من هذا المنظور لحاجتها الماسة لتحسين كفاءة عملية إنتاج الخدمة الطبية وضرورة توظيف ما يسمى بعقلية الأعمال إلى حد ما في إدارة عملياتها، حيث يمكن النظر إلى المؤسسة الصحية تحت هذا المنظور كمصنع للصحة والسعادة دون المبالغة في ذلك، ويمثل هذا الطرح مساهمة مهمة لإدارة المؤسسات الصحية.
- **الإدارة كنظام لصياغة الاستراتيجيات والسياسات وصنع القرار**، ويركز هذا المنظور على التخطيط الاستراتيجي للمؤسسة الصحية لضمان الاستمرار والنمو، وخاصة في ظل التعقيد البيئي واشتداد المنافسة في قطاع الصحة، ويعتبر هذا المنظور ذو قيمة كبيرة في إدارة المؤسسات الصحية الآن.
- **الإدارة كعملية اجتماعية**، ويركز هذا المنظور على العلاقات الإنسانية وأهميتها في بيئة العمل، كما يركز على العمل من خلال الفريق والسلوك والمواقف ومحركات السلوك، ويقوم أسلوب القيادة في هذا المنظور على الديمقراطية والمشاركة، وهذا المدخل يعتبر على قدر كبير من الأهمية كون المؤسسات الصحية مؤسسات إنسانية.
- **الإدارة كنظام للمسؤولية**، ويركز هذا المنظور على مسؤولية المدير عن القيام بالوظائف الإدارية المعروفة من تخطيط، تنظيم، توجيه ورقابة، ويركز على المساءلة عن نتائج الأداء أمام الجهات الآتية:
  - ✓ المسائلة أمام مالكي المؤسسة الصحية؛

[1] نفس المرجع السابق، ص: 250-253.

- ✓ المساءلة أمام الزبائن الخارجيين للمؤسسة الصحية (المرضى)؛
- ✓ المساءلة أمام الجهات التي تقدم الدعم والإعانات للمؤسسة الصحية (الجهات الحكومية والخاصة والخيرية).

ويعتبر هذا المنظور على درجة كبيرة من الأهمية لإدارة المؤسسة الصحية، حيث يفرض عليها ضرورة تحقيق التوازن بين مسؤولياتها الداخلية والخارجية، والأخذ بالحسبان مصالح الجهات العديدة المشاركة والمتعادلة مع المؤسسة الصحية والمؤثرة عليها.

رغم أهمية وجهات النظر للإدارة وما تقدمه للمؤسسة الصحية من مساهمة كبيرة في إدارة عملياتها وأنشطتها، إلا أن الحقيقة هي أن لا أحد من هذه النماذج الإدارية الأربعة يمكن أن يفي باحتياجات إدارة المؤسسة الصحية، مما يقتضي الاختيار من هذه النماذج النواحي الهامة التي يمكن تطبيقها، وبما ينسجم مع خصوصية قطاع الصحة.

خامسا– الحاجة إلى إدارة المؤسسات الصحية.

حظي موضوع الإدارة الصحية وإدارة المؤسسات الصحية على وجه الخصوص باهتمام متزايد من قبل المهتمين والمشتغلين بالقطاع الصحي من مخططين صحيين، مزودين لهذه الخدمات، ممولين ومنتفعين، وأصبحت المؤسسات الصحية محل تساؤل وانتقاد وشك حول قدرتها على العمل بكفاءة وفاعلية، وازدادت القناعة بأن المشكلة الحقيقية التي تواجه المؤسسات الصحية مشكلة إدارية أكثر منها مشكلة إمكانيات وموارد، وقد نما هذا الاهتمام بموضوع الإدارة الصحية في كثير من الدول المتقدمة منذ عشرات السنين، وأصبح يُدرَّس من خلال الجامعات كتخصص إداري شأنه شأن التخصصات الإدارية الأخرى، كما أصبحت الإدارة الصحية مهنة معترفا بها وذات أهمية كبيرة شأنها شأن المهن العريقة المعروفة كالطب والهندسة والمحاماة.

أما في الدول العربية ورغم أهمية الدور الذي يمكن للإدارة الصحية القيام به في مجال تخطيط وتقديم خدمات الرعاية الاستشفائية بإطار من الكفاءة والفاعلية، فلم تحظى الإدارة الصحية بعد بما تستحقه من الاهتمام، إذ لا تزال تُسند إلى الأطباء مهمة إدارة الأنظمة الصحية والمؤسسات الصحية، وأحيانا ما يساعد هؤلاء الأطباء إداريون غير متخصصون في الإدارة الصحية، مما يحد من فعالية الأنظمة الصحية ومؤسساتها، ومن قدرتها على توفير خدمات ذات جودة عالية وبشكل يحافظ على مواردها الصحية المحدودة والمرتفعة التكلفة.

وعن أهمية ودور الإدارة الصحية الجيدة في إدارة النظام الصحي ومؤسساته، يقول أحد الكُتَّاب أنَّ الإدارة الصحية الجيدة للمؤسسة هي بمثابة الصحة للجسم، فكلاهما يعني الأداء السلس والكفء لجميع الأجزاء، فالإدارة الجيدة تبرز الأولويات، توائم الخدمة حسب الاحتياجات المتغيرة، تستخدم الموارد المحدودة بأقصى كفاءة ممكنة وترفع مستوى الخدمة ونوعيتها، وينهي الكاتب تعليقه على هذا الموضوع بالقول بأن الإدارة الصحية الجيدة تعني خدمات صحية والعكس صحيح[1].

[1] نفس المرجع السابق، ص:41-42.

ومن بين أسباب ودوافع الاهتمام المتزايد بإدارة المؤسسات الصحية نذكر الآتي[1]:

✓ حرمان نظم توصيل الخدمات الصحية من تطبيقات نظريات الإدارة والتنظيم، ومن بناء نظم إدارية متخصصة فيها، إما تحت مفهوم أن هذه النظم ما هي إلا نظم صحية متخصصة وحل مشكلاتها لا يأتي إلا من طرف طبيب، أو أنه يمكن تطبيق مبادئ الإدارة العامة على المؤسسات الصحية، مما لا يحتاج إلى نظام إداري متخصص لإدارة المؤسسة الصحية، حيث أنها وبإتباع هذا المنطق ينتج عنه عدم استخدام الإدارة المتخصصة التي تحقق الكفاءة والفعالية في إنجاز الأعمال وتحقيق الأهداف؛

✓ ندرة الموارد والإمكانيات وتزايد الطلب عليها يحتاج إلى التعرف على أساليب إدارة تلك الموارد النادرة، وضرورة توفيرها لتحقيق الأهداف، وبالتالي تقديم الخدمات الصحية المتوقعة والمطلوبة حسب خصائصها؛

✓ الاهتمام الحالي قائم على تقديم خدمات ذات جودة جيدة والتخطيط للمرضى الحاليين والمرتقبين، وليس فقط لتحقيق الربح والاهتمام المنحصر على توفير الأجهزة والمعدات؛

✓ تغير المشكلة في المؤسسات الصحية حيث كانت تبدو كأنها مسألة نقص توفير الموارد المادية والبشرية، والإدارة الفاعلة هي أساس نجاح المؤسسات الصحية، وذلك لسعيها للاستخدام الأفضل للموارد سواء كانت مادية أم بشرية؛

✓ تغير المفهوم القديم لتقديم الخدمات الصحية وتطوره، فالمفهوم القديم يعني تقديم خدمات صحية وزيادة معدلات الخدمة لتحقيق الهدف، أما المفهوم المعاصر للخدمة الصحية يعني مرضى حاليين ومرتقبين ونظام متكامل لتقديم الخدمات الصحية، وتحقيق الأهداف عن طريق إرضاء حاجات المرضى؛ أي أن الإدارة مسؤولة عن تحديد حجم ونوع المرضى الحاليين والمرتقبين في كل نوع من أنواع الخدمات الصحية كنقطة انطلاق في إدارة نظم توصيل الخدمات الصحية، وهذا من خلال تخطيط مواردها لتفي بتلك الاحتياجات واكتشاف الأمراض الجديدة والأدوية الحديثة حتى تتمكن من تكييف برامج الوقاية وتقليل التكلفة؛

✓ وجود مؤثرات جديدة على المريض كالأدوية والبيئة، وهذه كانت تؤخذ كل منها بشكل منفرد ومستقل، ولكن النظرة الآن إليها يكون بشكل شمولي؛ أي ننظر إليها مجتمعة لا منفردة، ولهذا يجب على إدارة الخدمات الصحية مراعاة إشباع حاجات المرضى، وتحديد المزيج الصحي المطلوب كالوقاية، العلاج، وخدمات مكملة تأهيلية، وتخطيط، تنظيم، توظيف وتنسيق الأنشطة المختلفة والمتعددة، وضرورة تحديد التفاعلات بين النظام الصحي والبيئة.

سادسا– الخدمات الإدارية في المؤسسة الصحية: لكي تقوم المؤسسة الصحية بدورها على وجه أكمل وتؤدي خدماتها بطريقة أفضل، ينبغي أن يكون هناك تنظيم إداري من أبرز معالمه نشاطات الخدمات الإدارية التي تختص بتنفيذ السياسات، اللوائح والتوجيهات الخاصة بتأمين القوى العاملة اللازمة للمؤسسة الصحية، وكذلك المستلزمات والأجهزة الخاصة بالتشغيل، فضلا عن الاعتمادات المالية، ويمكن شرح ذلك كالآتي[2]:

---

[1] أحمد عباس يوسف بوعباس، **أثر جودة الرعاية الصحية والاتصالات على رضا المرضى - دراسة تحليلية مقارنة في مستشفى الأميري الحكومي ومستشفى السلام الدولي الخاص في دولة الكويت**، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال، جامعة الشرق الأوسط، 2010، ص: 20-21.

[2] محمد بوبقيرة، مرجع سبق ذكره، ص: 169-170.

✓ **إدارة شؤون العاملين:** تختص إدارة شؤون العاملين عادة بتنفيذ السياسات، اللوائح والتوجيهات الخاصة باختيار العاملين من أطباء، فنيين، ممرضين وإداريين، وتعيينهم وتهيئة ظروف العمل المناسبة لهم، وتنفيذ الاتفاقات معهم فيما يخص الرواتب، المكافئات، الحوافز وشروط العمل، فضلا عن الاشتراك في تقدير الاحتياجات من العاملين وتنمية مهاراتهم ليصبحوا مؤهلين للقيام بعملهم، علاوة على حفظ الملفات الشخصية الخاصة بهم.

✓ **الإدارة المالية:** تهدف الإدارة المالية بإدارة النشاط المالي في المؤسسة الصحية، والتأكد من أن نفقاته هي ضمن الحدود المرسومة له، ولتحقيق هذا الهدف تقوم الإدارة بالرقابة على جميع الإجراءات المالية في المؤسسة الصحية، والتأكيد من سلامة أوجه الصرف في الإدارات، وإظهار رصيد كل منها بصورة فعلية، فضلا عن إعداد الموازنة التقديرية لخطة المؤسسة الصحية التشغيلية وتحليلها حسب الشهور، وذلك لضمان الحكم على إنجازات كل إدارة، كما تعمل الإدارة على تلبية طلبات الشراء وتسديد المبالغ المستحقة للموردين والقيام الرقابة والتسوية لكافة حسابات المؤسسات المتعاملة مع المؤسسة الصحية، علاوة على دفع مستحقات العاملين وتحصيل فواتير المرض والإجراءات المحصلة من بعض الخدمات التي تقدمها المؤسسة الصحية كخدمات التغذية والأدوية.

✓ **إدارة الموارد:** تختص عادة بشراء مستلزمات المؤسسات الصحية من المواد والإمدادات اللازمة لعملياتها التشغيلية، والعمل على استلامها وفحصها للتأكد من مطابقتها إلى الجهات المستفيدة، فضلا عن مراقبة المخزون من هذه المواد والإمدادات، علاوة على القيام بمراقبة الممتلكات الموجودة في المؤسسة الصحية.

المطلب الثاني: الوظائف الإدارية في المؤسسات الصحية.

كما هو معروف فإن هناك شبه اتفاق بين الباحثين على أن هناك أربعة وظائف للإدارة هي التخطيط، التنظيم، التوجيه والرقابة، هذه الوظائف هي نفسها بغض النظر عن المجال الذي يتم تطبيق فيه الإدارة.

إن الإدارة بمفهوم النظام هي عملية لتحويل المدخلات في النظام إلى المخرجات المرغوبة، ويشكل المريض في نظام المؤسسة الصحية أحد أهم المدخلات بالإضافة إلى العناصر البشرية والمادية الأخرى التي تشكل مدخلات النظام من أطباء، ممرضين، مهنيين صحيين، جهاز إداري، تكنولوجيا، مواد وأبنية، وتتحمل إدارة المؤسسة الصحية مهمة إنشاء النظام الكلي التنظيمي، وإيجاد الأنظمة الفرعية الداخلية لربط هذه العناصر المكونة للنظام وتحديد أدوارها وعلاقاتها مع بعضها البعض، ومع بيئة النظام الخارجية بشكل يضمن سلامة عملية التحويل ويحقق أهداف كافة العناصر المشاركة في النظام، وبهذا فإن إدارة المؤسسة الصحية تقوم بمجموعتين من الوظائف كالآتي[1]:

1- الوظائف الإدارية الداخلية: والتي تتفاعل من خلالها الإدارة مع عناصر النظام الداخلي ومكوناته، وتتضمن عملية اتخاذ القرارات الرسمية هنا:

✓ تنظيم العناصر والأنشطة والنظم الفرعية المكونة للنظام الداخلي، ووضع السياسات والأهداف الفرعية الخاصة بها، وتوجيهها باتجاه تحقيق أهداف النظام المرغوبة؛

[1] فريد توفيق نصيرات، **إدارة المستشفيات**، مرجع سبق ذكره، ص:101-102.

- ✓ الرقابة المالية على عملية التحويل وضبطها؛
- ✓ إدارة وتقييم أداء الأنشطة والنظم الفرعية والتأكد من سلامة عملية الأداء، وذلك من منطق الأهداف المرسومة.

2- الوظائف الخارجية من عملية التحويل: وترتبط بتفاعل النظام مع بيئته، وعملية اتخاذ القرارات تتضمن الآتي:

- ✓ تخطيط البرامج والأنشطة ورسم السياسات العامة للنظام، بما يتلاءم مع حاجات المجتمع الصحية وبشكل يربط النظام ببيئته؛
- ✓ تنسيق وتنظيم علاقات النظام بالبيئة والمؤثرات والقوى الخارجية وعلاقاته مع المؤسسات الصحية والاجتماعية العاملة في المجتمع؛
- ✓ تقييم النتائج النهائية لعملية التحويل على أساس الأهداف المرسومة مسبقا من منطلق الإدارة بالأهداف وإعادة تصميم أو تعديل الأنظمة الفرعية على ضوء ذلك.

وبذلك فإن مدير المستشفى يساهم في تشكيل النظام الكلي (المؤسسة الصحية) ومختلف الأنظمة الفرعية، مثل: الهيئة الطبية، خدمات التمريض، التغذية، العيادة الخارجية، المختبر، الأشعة، السجلات الطبية، قسم الدخول وغيرها من الأنظمة الفرعية، ويستعين المدراء هنا بالجهاز الإداري الذي يقوم على إدارة هذه الأنشطة الفرعية بهدف إعادة التصميم أو إجراء التعديلات الضرورية على هذه الأنشطة المتعددة والمختلفة في النظام، فلابد للإدارة من إدراك أهمية النواحي غير الرسمية في التنظيم، خاصة وأن المؤسسة الصحية هي نظام إنساني ضخم ونظام فني اجتماعي معقد يعتمد في تنفيذ نشاطاته على تخصصات ومهارات فنية معقدة ويستخدم تكنولوجيا متقدمة، وما ينتج عن ذلك من صراعات ومشاكل تقود للتنسيق والصراع على السلطة بين الهيئة الطبية والمدير.

تعتبر العملية الإدارية أهم الركائز التي يتوقف عليها تطور المجتمع، ذلك أن نجاح مؤسسات المجتمع يتوقف على مدى كفاءة وفعالية تسييرها، والإدارة هي فن إنجاز الأشياء من خلال الآخرين، وهي عملية حيوية (ديناميكية) تتضمن عدة نشاطات متواصلة ومتكاملة كالتخطيط، التنظيم، المراقبة والتوجيه لأعمال الآخرين، ومسؤولية المسير هي العمل على تنسيق، تعديل وتكامل هذه النشاطات بحيث يحقق الهدف في الوقت المحدد وبفعالية[1].

أولا- التخطيط: لم يعد التخطيط لخدمات الرعاية الصحية والاستشفائية عملية روتينية وسهلة تقتصر على وضع الخطة السنوية لتشغيل المؤسسة الصحية، أو تقتصر على النظر إلى المؤسسة الصحية وما يجري فيها من أنشطة وبرامج وما تتبناه من أهداف دون الانتباه لما يجري في البيئة الخارجية، بل أصبحت عملية معقدة نظرا للتغير الجذري والمتلاحق الذي شهدته بيئة الصناعة الاستشفائية والصحية عموما، فأصبح التخطيط رد فعل معقد على بيئة معقدة ومتزايدة في التعقيد في مختلف المجالات الاقتصادية، التكنولوجية، المعرفية، الاجتماعية، الثقافية،...الخ، كل ذلك يستدعي من عملية التخطيط أن تكون منظمة ورسمية وذات منهجية واضحة ومحددة[2].

[1] نور الدين حاروش، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية**، الطبعة الأولى، الجزائر: دار كتامة للكتاب، 2008، ص: 232.
[2] فريد توفيق نصيرات، **إدارة المستشفيات**، مرجع سبق ذكره، ص: 133.

1- مفهوم التخطيط في المؤسسات الصحية:

بدأ ظهور واستخدام التخطيط في المؤسسات الصحية سنة (1970م) في الدول الأوروبية المتقدمة، حيث أن اهتمام المؤسسات الصحية بهذه الوظيفة كان نتيجة لسرعة التغير البيئي المحيط بهذه المؤسسات، فالمؤسسات الصحية تواجه اليوم أحداثا ومواقف تنافسية واقتصادية وبيئية مختلفة[1]، ويمكن تعريف التخطيط في المؤسسات الصحية بأنه:

- ✓ «عملية فكرية مستقبلية تعتمد على المنطق والترتيب وتوافر قاعدة جيدة من البيانات، وتنتهي بوضع خطة تتضمن الأهداف، السياسات، الإجراءات، القواعد، الموازنات والجداول الزمنية الخاصة بالتنفيذ»[2]؛
- ✓ «عملية ذهنية يسعى من خلالها المديرون إلى التنبؤ بأحداث المستقبل أو بيان ما ستكون عليه الأحوال في المستقبل ثم إعداد الخطط اللازمة لمواجهة تلك الأحداث»[3]؛
- ✓ «الإدارة التي تهدف إلى زيادة فاعلية البرامج والخدمات الصحية لتزويد أكبر عدد ممكن من الأفراد بأقصى حد من المنافع الصحية وبأقل التكاليف، وتنمية جميع الخدمات المعنية بالصحة بصورة منتظمة للنهوض بالصحة العامة واستعادتها والوقاية من المرض» [4].

وباختصار يمكن القول أن التخطيط في المؤسسات الصحية هو: «العملية التي تبدأ بتحديد احتياجات أفراد المجتمع الصحية، واتخاذ القرارات المناسبة بشأنها في ضوء الموارد المتاحة، لتحديد البرامج والخدمات الطبية المطلوبة، وتقويم الخدمات الطبية القائمة وتطويرها بجانب توفير القوى العاملة المؤهلة بالأعداد المناسبة لتقديم الخدمة المطلوبة بكفاءة عالية»[5].

2- مبادئ التخطيط في المؤسسات الصحية: من المبادئ الأساسية التي يُسترشد بها عند التخطيط لخدمات وبرامج المؤسسة الصحية نذكر الآتي[6]:

- **تقديم أفضل رعاية ممكنة للمرضى:** ويمكن للمؤسسة الصحية تحقيق ذلك من خلال الآتي:
  - ✓ توفير عناصر بشرية مؤهلة وذات كفاءة، وتوفير الأجهزة والمعدات والخدمات الداعمة لرعاية المرضى؛
  - ✓ وجود هيكل تنظيمي يحدد المسؤوليات والواجبات بوضوح ويركز على المحاسبة عن النتائج؛
  - ✓ التفاعل بين أعضاء الهيئة الطبية وبينهم وبين أعضاء الفريق الصحي (تعليم، تدريب، استشارات، لجان،...الخ).
  - ✓ مراجعة مستمرة لمدى ملائمة وجودة الخدمات المقدمة من الأطباء والممرضين والفنيين.
- **التوجه الفعال للمؤسسة الصحية نحو المجتمع الخدوم:** ويمكن تحقيق ذلك من خلال:
  - ✓ وجود مجلس إدارة من ذوي الاهتمام بقضايا المجتمع وصحته، وممن يتمتعون بقدرات لأفراد قيادية في مجتمعهم؛

---

[1] ثامر ياسر البكري، **إدارة المستشفيات**، مرجع سبق ذكره، ص: 66.
[2] عبد العزيز جميل مخيمر، محمد محمود الطعامنة، مرجع سبق ذكره، ص: 15.
[3] أحمد محمد غنيم، مرجع سبق ذكره، ص: 56.
[4] صلاح محمود ذياب، مرجع سبق ذكره، ص: 81.
[5] نفس المكان السابق.
[6] فريد توفيق نصيرات، **إدارة المستشفيات**، مرجع سبق ذكره، ص: 134-136.

- ✓ وجود سياسات تركز على توفير خدمات إستشفائية على أساس الحاجة الحقيقية لأفراد المجتمع الخدوم؛
- ✓ وجود برامج خدمات ممتدة إلى المجتمع المحلي وإلى حيث أماكن الإقامة، وخاصة لبعض فئات المجتمع ككبار السن وذوي الأمراض المزمنة أو مدمني المخدرات والكحول؛

- **ضمان الاستمرار للمؤسسة الصحية مستقبلا:** ويمكن تحقيق ذلك من خلال:

- ✓ وجود إدارة مالية ذات كفاءة قادرة على توفير الأموال اللازمة عند الضرورة لدعم إيرادات المؤسسة الصحية؛
- ✓ الموازنة والانسجام بين البرامج والخدمات التي تقدمها المؤسسة الصحية مع حاجة المجتمع من جهة وتواجد السيولة من جهة أخرى؛
- ✓ المحافظة على نسبة إشغال مثلى للأَسرَّة، ويعتمد ذلك على القدرة على اجتذاب أطباء ذوي كفاءة.

- **وجود تخطيط منظم في المؤسسة الصحية:** وهذا من خلال:

- ✓ وجود إدارة تقبل بشمولية التخطيط (قصير وطويل الأجل) بدعم من لجنة التخطيط طويل الأجل؛
- ✓ تحليل أفراد الهيئة الطبية بالنسبة للعمر وموقع العيادة، التخفيض وعدد المرضى الذين دخلوا للمؤسسة؛
- ✓ تفحص وتقييم الاستعجال المالي (الطلب الحالي) لغايات تقدير الطلب المستقبلي على الخدمات الصحية؛
- ✓ تحديد أهداف قصيرة وبعيدة للمؤسسة الصحية؛
- ✓ تحضير خطط وبرامج تفصيلية تصف الأهداف قصيرة المدى، والمنشآت والأجهزة والموارد البشرية المطلوبة لذلك.

- **وجود خطة معمارية صحيحة:** ويتحقق ذلك من خلال:

- ✓ التعاقد مع مهندس معماري كفء وذي خبرة في صناعة المؤسسات الصحية؛
- ✓ اختيار موقع ملائم للمؤسسة الصحية؛
- ✓ تقرير حجم المنشأة الكلي وحجم الخدمات والدوائر بما يتناسب مع الحاجة المقدرة لمنطقة الخدمة؛
- ✓ تأسيس أنماط ذات كفاءة ومناسبة للحركة والتنقل داخل المؤسسة الصحية ومن وإلى المؤسسة الصحية.

3- أهمية التخطيط في المؤسسات الصحية: للتخطيط أهمية بالغة في أي مؤسسة صحية، فهو يحدد الاتجاه الذي تسير عليه المؤسسة الصحية مستقبلا، ويساعد في تحقيق الأهداف المرسومة، ويحقق درجة ومستوى متقدم من الرضا لدى العاملين، من خلال المشاركة في وضع الخطة وتحقيق الأهداف، وتبرز أهمية التخطيط أيضا من خلال المساعدة في رسم السياسات العامة للمؤسسة الصحية وتوزيع الموارد المتاحة، بالإضافة أيضا إلى أهميته في المنافسة ورفع مستوى الخدمات المقدمة والمحافظة على استمرارية عمل المؤسسة الصحية، والتخطيط يدخل في جميع الوظائف الإدارية من تنظيم، رقابة، إشراف واتخاذ قرار، وتبرز أهمية التخطيط في تحديد المعايير التي يعتمد عليها في عملية الرقابة، وتقييم مستوى الأداء والانجاز للعاملين في المؤسسة الصحية[1]، ومن بين مزايا التخطيط في المجال الصحي نذكر الآتي[2]:

[1] صلاح محمود ذياب، مرجع سبق ذكره، ص: 82.
[2] ثامر ياسر البكري، **إدارة المستشفيات**، مرجع سبق ذكره، ص: 67.
- أحمد محمد غنيم، مرجع سبق ذكره، ص: 56-59.

- ✓ رفع الروح المعنوية وتحقيق رضا العاملين من خلال إدراكهم بأن المؤسسة الصحية لا تعمل بشكل كيفي وآني؛
- ✓ فوائد التخطيط لا تنعكس على البيئة الداخلية فقط بل تمتد كذلك إلى الجمهور العام والمرضى، حيث أنهم سيشعرون بأن المؤسسة الصحية تهتم بهم وتتابعهم وتسعى إلى تهيئة الظروف المناسبة لتقديم خدماتها لهم، وهذا ما يؤدي إلى تحسين سمعة المؤسسة الصحية في المجتمع.
- ✓ توضيح الأهداف التي تسعى المؤسسة الصحية إلى تحقيقها، مما يسمح لكل فرد من التعرف على معالم تلك الأهداف وتسهيل الوصول إليها وتحقيقها؛
- ✓ الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة (أموال، معدات، أفراد...الخ)، مما يؤدي إلى تخفيض التكاليف كتوحيد الجهود المختلفة للعاملين في المؤسسة الصحية؛
- ✓ معرفة وتحديد المشكلات المتوقع حدوثها، مما يسمح باتخاذ الإجراءات اللازمة لمواجهتها، الأمر الذي يترتب عليه تخفيض المخاطر التي قد تتعرض لها المؤسسة الصحية في المستقبل؛
- ✓ تحديد حجم ونوعية المدخلات من الموارد المختلفة، مثل: التجهيزات الطبية، المباني، الموارد البشرية،...الخ؛
- ✓ تسهيل عمليات الرقابة في المؤسسة الصحية، حيث تسعى وظيفة التخطيط إلى تحديد مسار العمل، أما الرقابة فيتم من خلالها التأكد من أن التنفيذ يتم وفقا لبرنامج التخطيط المرسوم؛
- ✓ يساهم التخطيط في التقليل من الأخطاء، وذلك أن القرارات المتخذة في المؤسسة الصحية تصبح غير عشوائية، وإنما تكون قرارات مدروسة ومخططة بدقة في ضوء الإمكانيات المتاحة؛
- ✓ يؤدي التخطيط إلى عدم تعطل سير العمل بالمؤسسة الصحية، وذلك بالاستعداد المسبق لمواجهة مختلف الاحتمالات المتوقع حدوثها، ووضع تصور للإجراءات التي يمكن أن تتخذ عند وقوع أي ظروف طارئة.

ثانيا– التنظيم في المؤسسات الصحية: عند ترتيب وظائف الإدارة في مراحل زمنية، فإن التنظيم يأتي في المرتبة الثانية بعد التخطيط، ثم يأتي كل من التوجيه والرقابة وهذا لأهمية التنظيم، وكذلك فإنه لا يمكن القيام بالتنظيم بدون تخطيط مسبق، ولا يمكن القيام بالتوجيه والرقابة بدون تخطيط وتنظيم مُسبَقَيْنْ، يبقى هذا الترتيب نظري ونسبي لفهم العملية الإدارية فقط؛ لأن في الواقع توجد الوظائف متداخلة زمنيا.

1– مفهوم التنظيم في المؤسسة الصحية.

من خلال التنظيم يتم تحديد الوظائف الضرورية لتنفيذ الخطة وعدد شاغلي كل وظيفة، وتجميع الوظائف المختلفة في هيكل يتحدد من خلاله الدوائر الإدارية وعدد العاملين في كل دائرة، كما يتم تحديد المستويات الإدارية وعدد وحجم الدوائر الإدارية، لكن يوجد معايير كي يتم التنظيم بطريقة مناسبة، فكثرة عدد الموظفين في الدائرة تفرض القدرة على السيطرة حتى لو تم تقسيم الدائرة إلى أقسام[1].

[1] محمود حسين الوادي وآخرون، **إدارة الجودة الشاملة في الخدمات المصرفية**، الطبعة الأولى، الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع، 2010، ص: 114.

يعتبر التنظيم عملية رئيسية في المؤسسات الصحية وغير الصحية، وهو نشاط ووظيفة إدارية رئيسية يتم الاعتماد عليها لمواجهة المشاكل والمعوقات من خلال العملية الإدارية، والتنظيم مفهوم يرتبط بالجماعة والفريق، ويقصد بالتنظيم الإطار الهيكلي الذي تتشكل فيه الجهود لتحقيق الأهداف من خلال التكامل والكفاءة والفعالية ، والتنظيم يعتبر مجموعة من الأنشطة الإنسانية المتفاعلة، المتميزة والمتناسقة ذات صفة مستمرة، وهذه الأنشطة من خلال النظام تقوم على استخدام مجموعة من الموارد الإنسانية، المادية والفكرية، والتي تعمل بشكل متفاعل من أجل تحقيق أهداف النظام وإشباع الرغبات والحاجات الإنسانية لدى أعضاءه، وهذا النظام لا يعمل في منأى عن تأثير البيئة المحيطة بل يتفاعل معها ويتأثر بها وبالأنظمة الموجودة فيها[1]، ويمكن تعريف التنظيم على أنه:

- ✓ «العملية التي يتم بموجبها توزيع الواجبات على العاملين والتنسيق بين مجهوداتهم بشكل يضمن تحقيق أقصى كفاية ممكنة لبلوغ الأهداف المحددة»[2].
- ✓ «تجميع أوجه النشاط الضرورية لإنجاز الأهداف العامة والخطط في وحدات تنظيمية مناسبة، وضمان تفويض السلطة لهذه الوحدات والتنسيق بينها»[3].
- ✓ «النشاط الإداري الذي يتناول الأعمال التي يتطلبها تحقيق الأهداف بالتجميع والتقسيم إلى وحدات إدارية، ثم تحديد سلطات ومسؤوليات كل منها، وإنشاء خطوط السلطة وقنوات الاتصال التي تربط بينها»[4].

وباختصار يمكن تعريف التنظيم كوظيفة أساسية في المؤسسة الصحية بأنه: «وضع الهياكل وصياغة الأطر التي يتم بها تقسيم الأنشطة الطبية والطبية المساعدة والإدارية في المستشفى وتنظيمها، تنسيقها وتوزيعها على الأفراد من مختلف الفئات، وتحديد العلاقات والأدوار بين هذه الأنشطة وهؤلاء الأفراد، وصياغة أدوات وإجراءات التنسيق الرسمية وأنماط التفاعل الواجب إتباعها لتحقيق الأهداف المخططة للمستشفى»[5]، وضمن هذا المفهوم للتنظيم يمكن تحديد أهم مجالات ومكونات هذه الوظيفة كالآتي[6]:

- ✓ تصميم الهيكل التنظيمي للمؤسسة الصحية في شكل إدارات أو أقسام أو فرق عمل؛
- ✓ تحديد الاختصاصات وتوزيع الأدوار والمهام الوظيفية بين الكيانات التي يشملها الهيكل التنظيمي؛
- ✓ تحديد علاقات السلطة والمسؤولية وتبادل المعلومات بين الكيانات التنظيمية والقيادات وبعضها البعض؛
- ✓ صياغة النظم الداخلية للعمل وما يرافقها من أدلة الإجراءات وطرق العمل؛
- ✓ إعداد أدلة تصف جميع المسميات والألقاب الوظيفية بالمؤسسة الصحية، وذلك من خلال وصف مهام كل وظيفة وشروط شغلها ومعايير تقييم أدائها؛
- ✓ إعداد خريطة التوزيع المكاني لجميع وحدات العمل بالمؤسسة الصحية.

[1] صلاح محمود ذياب، مرجع سبق ذكره، ص: 106.
[2] نفس المكان السابق.
[3] طلال بن عايد الأحمدي، **إدارة الرعاية الصحية**، السعودية: فهرسة الملك فهد الوطنية أثناء النشر، 2004، ص: 77.
[4] نفس المرجع السابق، ص: 78.
[5] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، مرجع سبق ذكره، ص: 29.
[6] نفس المرجع السابق، ص: 29-30.

2- تنظيم إدارة المؤسسة الصحية: تستعمل المؤسسات الصحية وبشكل تقليدي المدخل الوظيفي لتنظيم أنشطتها، حيث يتم إنشاء ثلاث إدارات وظيفية كالآتي[1]:

- ✓ **الإدارة الطبية:** وتعتبر مسؤولة عن كافة الأنشطة الطبية المتعلقة بإنتاج وتقديم الخدمات الطبية والجراحية؛
- ✓ **إدارة التمريض:** وتعتبر مسؤولة عن إدارة كافة الأنشطة المتعلقة بإنتاج وتقديم خدمات التمريض؛
- ✓ **الإدارة العامة:** وتعتبر مسؤولة عن إدارة كافة الأنشطة غير الطبية وغير التمريضية في المؤسسة الصحية، كالشؤون الإدارية، المالية والخدمية الأخرى.

ويشكل مديري هذه الإدارات الثلاثة فريقا إداريا متعاونا على نفس المستوى الإداري، ويرأس هذا الفريق مدير المؤسسة الصحية كقائد لهذا الفريق، والذي يعمل بدوره وكيلا لمجلس الإدارة.

3- المؤسسة الصحية ونظريات التنظيم: إن الخصائص المميزة للمؤسسات الصحية عن غيرها من التنظيمات ستزداد على الأرجح تعمقا وحِدة مع التقدم المستمر والسريع للعلوم الطبية وما تقوم عليه من تكنولوجيا طبية معقدة، الأمر الذي سينتج تقسيم أوسع للعمل وتمايز وتداخل أكبر بين الأنشطة ودرجة أعلى من الاحتراف والتخصص بين العناصر البشرية العاملة فيها، مما سيزيد وبشكل مستمر من صعوبة إدارة وتنظيم المؤسسات الصحية، ويستوجب تطوير ترتيبات إدارية وتنظيمية خاصة تتماشى مع خصوصيتها وطبيعتها المتميزة، وتفي باحتياجات إدارتها وتنظيمها.

ولحقيقة عدم وجود النظرية الإدارية الواحدة، والتي يمكن تطبيقها على جميع أنواع التنظيمات، ونظرا لأن النظريات المعروفة في الإدارة والتنظيم وما تقوم عليه من مبادئ وأسس إدارية وتنظيمية، قد نشأت في قطاع الصناعة والأعمال، والاعتقاد الخاطئ بإمكانية تطبيقها وملائمتها للمؤسسات الصحية بنفس درجة تطبيقها وملائمتها للمؤسسات الصناعية والأعمال، كل هذا أدى إلى غياب النظرية الإدارية والتنظيمية التي تتماشى وتتفق مع الطبيعة المتميزة للمؤسسة الصحية وخصوصيتها، وقد استفادت المؤسسات الصحية من النماذج التنظيمية التي أفرزتها النظريات الإدارية المختلفة، واختارت من كل منها ما يتناسب مع خصوصيتها، حيث توجد نظريات إدارية قديمة وأخرى حديثة، فالنظريات القديمة تتمثل في النموذج الكلاسيكي، السلوكي والكمي، أما النظريات الحديثة تتمثل في نظرية النظام، النظرية الموقفية ومنظور إدارة الجودة، ومن بين أهم المساهمات التي قدمتها النماذج الكلاسيكية (المندرجة ضمن النظريات القديمة) لإدارة المؤسسات الصحية نذكر الآتي[2]:

- ✓ مبدأ التخصص وتقسيم العمل وتنظيم الأنشطة على أساس التخصص، وتستعمل المؤسسات الصحية هذا المبدأ في تنظيم أنشطتها على نطاق واسع؛
- ✓ مبدأ اختيار العاملين على أساس الكفاءة والمقدرة، وهو مبدأ هام جدا في المؤسسات الصحية، حيث يعتبر العنصر البشري وكفاءته وقدراته الأساس في إنتاج وتقديم خدمات طبية ذات جودة، كما أن قضية تدريب وتنمية قدرات العاملين هي على قدر كبير من الأهمية في الرعاية الطبية؛

[1] فريد توفيق نصيرات، **إدارة المستشفيات**، مرجع سبق ذكره، ص: 226.
[2] نفس المرجع السابق، ص: 227-230.

✓ اعتماد المؤسسات الصحية في تنظيم أنشطتها على الكثير من المبادئ الإدارية المعروفة، كمبدأ وحدة الأجر، تسلسل السلطة، التخصص والتنسيق، وهذه المبادئ وغيرها هي أساسية في تنظيم أنشطة المؤسسة الصحية، وتحديد الأدوار للمشاركين المختلفين، وضمان التنسيق بين الأنشطة المتداخلة وذات الاعتماد المتبادل، كما استفادت المؤسسات الصحية من أفكار الإدارة العلمية في تحليل العمل ووضع المعايير مما حَسَّن من كفاءتها وإنتاجيتها، وأهم ما يؤخذ على هذه النماذج نظرتها إلى الإدارة نظرة ميكانيكية محكومة بمبادئ وأفكار محددة للتصرف والسلوك والأداء، وإهمالها للجانب الإنساني في التنظيم، حيث تنظر للإنسان نظرة مادية وتتعامل معه كما تتعامل مع الآلة من حيث برمجتها وضبطها مسبقا، ولم تعطي أهمية للحاجات الإنسانية، وهذا لا ينسجم وحقيقة كون المؤسسات الصحية تنظيمات إنسانية تعتمد في إنتاج وتقديم خدماتها على الإنسان وليس الآلة والتكنولوجيا، فالمدخلات إنسانية والعمليات تتم بواسطة الإنسان والمخرجات إنسانية.

ثالثا– التوجيه: نعني به ما يقوم به المدير من توجيه، إرشاد، إشراف وتحفيز لمرؤوسيه وأتباعه، حتى ينفذوا أعمالهم بكفاءة ويستمروا في العمل بثقة وحرص، كذلك نعني بالتوجيه اكتشاف المدير لقدرات العاملين معه وكسب ثقتهم وولائهم للمؤسسة واستخدام مواهبهم، وأيضا التوجيه هو العمل على تنمية قدرات العاملين سواء بالتدريب أو بالتعلم والتقدم المستمر في أداء العمل عن طريق التجويد والتحسين في الأداء[1].

وفي المجال الصحي فإن عملية الإدارة قد تفشل نتيجة الفشل في أداء وظيفة التوجيه، وهذا رغم جودة الخطط والهياكل التنظيمية وإعدادها وفقا لمناهج علمية سليمة، والتوجيه كوظيفة إدارية في المؤسسات الصحية يقصد به: «كافة الأنشطة والجهود التي تستهدف التأثير في سلوكيات مختلف فئات الأفراد العاملين بالمؤسسة الصحية، وحثهم على المساهمة بمستوى أداء جيد لتحقيق الأهداف المخططة لوحداتهم من ناحية وللمؤسسة الصحية بوجه عام»[2]، وبالتالي فإنه ينبغي على مدير المؤسسة الصحية الانتباه لمشاعر مختلف فئات العاملين، وأن يَتَفهَّم أن العاملين ينبذون بيئة العمل المتسلطة التي لا تمنحهم الفرصة للمشاركة في القرارات المتعلقة بهم.

رابعا– الرقابة: تُعدُّ الرقابة وظيفة رئيسية من وظائف العملية الإدارية، وهناك ضرورة وحاجة كبيرة لهذه الوظيفة في المؤسسات الصحية، كما أن هناك العديد من المجالات التي ينبغي مراقبتها.

1– مفهوم الرقابة: ويقصد بها: «التحقق والتأكد المتواصلين من أن أعمال المؤسسة تسير وفقا لما هو مرسوم لها من نظم، تعليمات، ضوابط ومعايير لتحقيق أهدافها المحددة بكفاءة وفعالية عاليتين، كما يقصد بها التعرف على مدى تطابق تنفيذ الأعمال مع الخطط والتدابير الموضوعة لها، وتصحيح ما قد يطرأ عليها من مشكلات أو انحرافات»[3].

وفي المجال الصحي نعني بها: «وضع الخطط والمعايير المناسبة لطبيعة العمل الطبي والتمريضي في المؤسسة، وإلزام العاملين بهذه الخطط والمعايير لزيادة جودة الخدمات الصحية وإرضاء المرضى وتحقيق أهداف المؤسسة الصحية،

[1] أحمد محمد المصري، **إدارة المستشفيات**، مصر: مؤسسة شباب الجامعة، 1998، ص: 15.
[2] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، مرجع سبق ذكره، ص: 32-33.
[3] طلال بن عايد الأحمدي، مرجع سبق ذكره، ص: 111.

وكذلك اتخاذ القرارات التصحيحية المناسبة لضمان استمرارية تحقيق وتطوير أهداف المؤسسة وزيادة رضا المرضى»[1].

ومن خلال هذه الوظيفة يتم مراقبة النشاطات أثناء تنفيذها، وقياس المدخلات مقابل المخرجات، فالمدخلات هي عبارة عن الموارد، مثل: القوى العاملة، التجهيزات، الأموال، المواد الأولية...الخ، أما المخرجات فقد تكون عدد المرضى الخارجيين، المرضى المقيمين، الأدوية المصروفة، التعليم الصحي المقدم...الخ، والرقابة تساعد العاملين على إنجاز الأفضل لوجود من هو مهتم بعملهم، الثناء على إنجازاتهم، سماع مشاكلهم ومحاولة حلها، وتتمثل أهم خطوات الرقابة في الآتي: تحديد أهداف المراقبة، تحديد مجال المراقبة، اختيار المؤشرات أو المقاييس، اختيار مصدر المعلومات وتطوير طرق جمع المعلومات[2].

2- مجالات الرقابة في المؤسسات الصحية: وظائف المؤسسة الصحية سواء كانت وقائية، علاجية أو تأهيلية، هي بحاجة إلى رقابة سواء من قبل المدير أو من قبل أجهزة رسمية أو تطوعية، أو من قبل الهيئات التنفيذية والتشريعية، ومن أمثلة ذلك: وزارة الصحة، المجالس الطبية، البرلمان...الخ، وذلك بهدف تقديم خدمات صحية ذات جودة مقبولة وحماية المرضى والمجتمع بشكل عام، ومن بين المجالات التي ينبغي مراقبتها نذكر الآتي[3]:

- ✓ مراقبة عمليات تدفق الخدمات الصحية؛
- ✓ مراقبة عمليات التنظيم والتخطيط والتنسيق؛
- ✓ مراقبة الحد الأدنى للأداء في المؤسسة الصحية؛
- ✓ مراقبة التكاليف ونظام التسعيرة والتحصيل؛
- ✓ مراقبة العاملين كما ونوعا؛ أي من حيث مؤهلاتهم وعددهم؛
- ✓ مراقبة مدى تقيد المؤسسة الصحية بالتشريعات والأنظمة والتعليمات؛
- ✓ مراقبة التنظيم الإداري ومدى ملائمته ومرونته.

3- أسباب الحاجة للرقابة في المؤسسات الصحية: إذا كانت الرقابة ضرورة لا غنى عنها في أي تنظيم بسبب التواجد الدائم للاختلافات بين التخطيط والتنفيذ، فإنها ولاشك تستوجب اهتماما أكبر وأهمية أعظم في القطاع الصحي، وهذا لجملة من العوامل والأسباب المميزة لهذا القطاع، والتي تجعل الرقابة في المؤسسات الصحية أكثر أهمية بالقياس مع التنظيمات الأخرى، ومن أهم هذه العوامل[4]:

- ✓ الطبيعة غير المرنة للطلب على معظم الخدمات الصحية، وعدم خضوعها لقانون العرض والطلب كما هو الحال في السلع الأخرى؛ فالطلب على هذه الخدمات في تصاعد مستمر ويفوق ما هو معروض منها دائما، وباعتبار محدودية الموارد المتاحة للقطاع الصحي في أي مجتمع والتكلفة المرتفعة جدا لهذه الموارد، فإنه يستلزم توجيه الانتباه

[1] صلاح محمود ذياب، مرجع سبق ذكره، ص: 183.
[2] مضر زهران، **إدارة المستشفيات والرعاية الصحية**، الأردن: دار زهران للنشر والتوزيع، 2007، ص: 72-74.
[3] عبد المهدي بواعنة، **إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية: مفاهيم ونظريات وأساسيات في الإدارة الصحية**، الطبعة الأولى، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع، 2004، ص: 143-144.
[4] فريد توفيق نصيرات، **إدارة منظمات الرعاية الصحية**، مرجع سبق ذكره، ص: 211-212.

والاهتمام إلى ترشيد استعمال هذه الموارد وتحقيق الاستخدام الأمثل لها، وهذا لا يتأتى إلا بتبني أنظمة فعالة للرقابة يمكنها ضبط فعاليات وأنشطة القطاع الصحي ومؤسساته.

✓ تعتمد المؤسسات الصحية الحديثة في تقديم خدماتها على إمكانيات بشرية هائلة من حيث الحجم والتخصص وارتفاع التكلفة، فمن المعروف أن هذه المؤسسات هي تنظيمات إنسانية كثيفة العمالة، مما يستلزم رقابة العنصر البشري واستخدامه الاستخدام الأمثل، والتركيز على زيادة إنتاجيته كأفضل مدخل لاحتواء وضبط التكلفة المرتفعة والمتصاعدة للخدمات الصحية.

✓ إن إدخال التكنولوجيا الطبية المتقدمة بصفة مستمرة في المؤسسات الصحية قد وفر بدائل عديدة ومختلفة وإمكانات فنية سهلة وسريعة أمام الأطباء في مجال تشخيص ومعالجة الأمراض، مما زاد بشكل كبير في حجم الخدمات التي يمكن تقديمها لكل مريض، مما يزيد من تكلفة إنتاج الخدمة، إضافة لما تشكله هذه التكنولوجيا المتقدمة من إغراء ودعوة للأطباء إلى عدم التردد في طلب العديد من الفحوصات لمرضاهم، والتي قد لا تكون ضرورية ومطلوبة، مما يستلزم نطاق رقابة فعال لضبط استعمال هذه التكنولوجيا المتقدمة والمرتفعة التكلفة، وخاصة تلك المستخدمة في المختبرات الطبية والمعامل ودوائر الأشعة ومختبر القلب.

✓ إن الخلل والخطأ في تقديم خدمات الرعاية الطبية لا يمكن إصلاحه، كما أن الطلب على هذه الخدمات في كثير من الأحيان لا يحتمل التأخير أو الانتظار كما هو الحال في إنتاج السلع المادية في القطاعات الأخرى، فالخطأ في المجال الطبي ينعكس مباشرة على صحة الفرد، وقد تترتب عليه عواقب ومضاعفات خطيرة وكبيرة على حياة الفرد وصحته، وما تمثله من خسائر كبيرة تتمثل بقيمة الحياة البشرية نفسها، مما يستوجب رقابة فعالة ومستمرة لضمان جودة هذه الخدمات وكشف الأخطاء في الوقت المحدد والمناسب.

إن جملة هذه العوامل تجعل من موضوع رقابة جودة الخدمات الصحية، ورقابة تكلفة هذه الخدمات أهم عنصرين في بيئة المؤسسة، وهذا لضمان تحقيق الهدف الرئيسي والأساسي لها والمتمثل بضمان، توفير وتقديم أفضل مستوى ممكن من الرعاية للمرضى والمصابين وبأقل تكلفة ممكنة.

المطلب الثالث: الصراع على إدارة المؤسسة الصحية.

كغيرها من المؤسسات التي يسود فيها تنافس وصراع على تقلد المناصب الإدارية، فالمؤسسات الصحية أيضا يسود فيها الصراع الإداري بدرجة كبيرة، وطبيعة هذا الصراع متشابهة مع بعض المؤسسات الأخرى، فمثلما نجد في المؤسسات الجامعية أن الأساتذة الجامعيين قد يرفضون من أن تأتيهم الأوامر من إداريين أقل منهم مستوى علمي، كذلك نجد الأطباء ينظرون لأنفسهم أكثر مستوى علمي من الإداريين ويتضايقون من أن تأتيهم الأوامر من طرفهم.

أولا– تحليل لطبيعة الصراع الإداري في المؤسسة الصحية: المؤسسة الصحية من المؤسسات المعقدة ذات الأنشطة المختلفة والمتباينة، وذلك يكمن خاصة في الاختلاف والفرق بين التنظيم الإداري والهيئة الطبية، فالمؤسسة الصحية كتنظيم لا تستطيع ممارسة الطب لأن الأطباء فقط هم المرخصون قانونا لممارسة الأعمال الطبية، والهيئة

الطبية إلى حد بعيد تحكم نفسها بنفسها ولها تركيزها الأساسي على النواحي العلاجية، وهي في غالبية المؤسسات الصحية العامة لها هيكلها الذاتي الذي يرأسه المدير الطبيب.

زيادة على هذا فإن الدرجة العالية في التميز والتخصص في النشاطات يُؤديان إلى قضايا تنسيقية بالغة الحساسية في المؤسسة الصحية، والمشكلتان الأساسيتان المطروحتان هما نظام السلطة المزدوج والدرجة العالية من التخصص، ومع أن التنسيق بواسطة الهرم الإداري صعب ومعقد للغاية، فإن المؤسسات الصحية تستخدم بشكل واسع وشامل القواعد والإجراءات التنظيمية الإدارية لغايات التنسيق، وهذه الوسائل التنسيقية هي أكثر ما تكون فعالة في الأعمال الروتينية والمبرمجة، ومع ذلك وبسبب تباين المشكلات المصاحبة لعملية العناية بالمرضى ومعالجتهم، فإنه من المستحيل الاعتماد اعتمادا كليا على الإجراءات الإدارية لغايات التنسيق، لذلك فإن إحدى الوسائل الأساسية لتحقيق التكامل بين الأنشطة المتعددة والمختلفة هو التنسيق التطوعي والرغبة من جانب مختلف المشاركين للعمل معا بشكل فعال للتعامل مع الأعمال غير العادية وغير الروتينية.

إن القوة الأساسية التي تكفل التنسيق التطوعي هي نظام القيم الكلي الذي يؤكد على رفاهية ورعاية المريض كهدف مشترك وأساسي لكل عناصر التنظيم، علما بأن مجموعة القيم تدخل في خانة التنظيمات غير الرسمية، وهو موضوع في غاية الأهمية لتجنب البيروقراطية المنغلقة والسلبية.

إن الصفة الأساسية للنموذج البيروقراطي هي هرم السلطة المنفرد، وفي المؤسسة الصحية ليس هناك خط واحد للسلطة، وعلى هذا الأساس فإن السلطة في المؤسسة الصحية سلطة مشتركة (ليس بالتساوي) بين مجلس الأمناء أو المجلس الإداري، الأطباء والمدير، وتعتبر بمثابة مراكز القوى الثلاثة في التنظيم ولحد ما مدير التمريض، فالسلطة في المؤسسة الصحية لا تنبثق من مصدر واحد ولا تتسلسل عبر خط منفرد كما هو الحال في غالبية التنظيمات الرسمية.

وهكذا فإن تنوع هيكل السلطة يؤدي إلى تشتت كبير في وظيفتي التخطيط والرقابة، فمجلس الأمناء يقرر في القضايا المالية الكبيرة والقضايا التنظيمية الأخرى، والهيئة الطبية لديها المعرفة الفنية وتقرر في القضايا الخاصة بالعناية بالمرضى ومعالجتهم، والجهاز الإداري مسؤول عن تشغيل المؤسسة الصحية ويضطلع بالتخطيط الإداري والرقابة التنظيمية، وعلى هذا الأساس يمكن القول أن هناك علاقة وطيدة وفريدة بين السلطة المستمدة من المركز ممثلة في الهرم الإداري وسلطة المعرفة (السلطة الفنية) ممثلة بالأطباء والمهنيين الآخرين، مما يُنتِج هيكلا مشتتا ومتميزا.

وبهذه الخاصية تكون السلطة في المؤسسة الصحية سلطة مشتركة ليس بالتساوي بين عدة مجموعات (ثلاث على الأقل) ولكل مجموعة الأساس لممارسة السلطة، ولكن خطوط هذه السلطة ليست مرسومة بخط واضح، فهناك تداخلات عديدة مما يولد بينها أسباب الصراع، ولهذا فإن التفاهم بين الرؤساء ومعاونيهم في السلطة والتجاوب بين المتخصصين والمسيرين هو الأساس المتين لأي تنظيم ناجح، وإذا كانت السلطة هي المقدرة على اتخاذ القرارات الإلزامية التي يطبقها الآخرون وإقناع الأفراد بالامتثال والتماشي مع السياسة المرسومة، فالسلطة بهذا المعنى تنفرد بظاهرة مهمة تتمثل في المرونة والفعالية، وهذا ما ينبغي أن تكون عليه السلطة في المؤسسات الصحية ذات النظام

النفسي والاجتماعي المعقد، ونستطيع القول بأن إشكالية السلطة لا يتم حلها فقط بالتنظيم الرسمي البيروقراطي الصارم، بل لابد من التنظيم غير الرسمي الذي يولي أهمية خاصة للقيم الإنسانية ودور المجموعات المختلفة في المؤسسة الصحية، والذي من شأنه المساهمة في إدارة الأزمات والتي من بينها أزمة الصحة[1].

في حقيقة الأمر السلطة مشتركة بين الهيئة الطبية والمدير وأحيانا مدير التمريض، وهي لا تنبثق من مصدر واحد أو منفرد ولا تتسلسل عبر خط منفرد كما هو الحال في غالبية التنظيمات الرسمية، فهناك تداخل كبير بين مصادر السلطة في المؤسسة الصحية مما يولد بينها أسباب الصراع، ولتنظيم العلاقة بين هذه المصادر المتعددة للسلطة لابد من النظر إليها من خلال نظامين فرعيين، الأول إداري يتولى المدير فيه دورا تخطيطيا وتنسيقيا في التفاوض مع العناصر المختلفة المكونة للنظام لتحقيق التكامل والتنسيق بين الأنشطة المتعددة في التنظيم، وتتولى الهيئة الطبية الدور الفني فيما يتعلق بمعالجة المريض، ولعل أفضل المداخل التنظيمية للتخفيف من هذه الصراعات هو التنظيم المصفوف، والذي أخذ بالظهور في الأنظمة الداخلية للمؤسسة الصحية، كغرف العناية بالمريض، وحدات العناية المركزة، وحدات الطوارئ والعيادات الخارجية[2].

لا يزال الصراع قائما بين الإداريين المتمرسين والأطباء المتخصصين حول من له الأحقية في تسيير شؤون الإدارة، ورغم أن الجهاز الإداري يتكون غالبا من الأطباء بحجة أنهم على دراية كاملة بالأمور الطبية والعلمية ورافضين تماما أن يكون مديرهم متخصص في مجال الإدارة والتسيير، إلا أن الطبيب مهما كانت قدراته العلمية فيبقى شخصا متميزا في مجال التشخيص والعلاج والجراحة، ويجهل أمور الإدارة وتقنياتها ولا يستطيع أن يلم بكل ما هو حديث وجديد فيها، شأنه شأن الإداري المسير الذي لا يمكنه أن يلم بمستجدات الطب وتقنياته، لذا أكدت العديد من الأبحاث أن النقص الحاصل في المؤسسة الصحية يتطلب بالضرورة توافر إدارة علمية إبداعية تتفق والمتغيرات الحاصلة، ويتم تقديم الخدمات العلاجية بواسطة إطارات وكوادر بشرية متخصصة من أطباء، فنيين، ممرضين وإداريين، وتسعى المؤسسات الصحة الحديثة إلى تقليص فترات إقامة المريض بالمؤسسة الصحية لأن التنويم يكلف المؤسسة الصحية الكثير ماديا وبشريا، وإلى استخدام أساليب رفع الكفاءة وجودة الأداء لترشيد الإنفاق واحتواء التكاليف[3].

إن غياب خط السلطة المنفرد في المؤسسة الصحية هي خصوصية مميزة للمؤسسة الصحية والتي ترتبط مباشرة بخصوصية التمهن والاحتراف، فالسلطة في المؤسسة الصحية لا تنبثق من مصدر واحد كما هو الحال في التنظيمات الأخرى، وتؤدي هذه الخاصية وبشكل دائم إلى مشاكل إدارية وتشغيلية لإدارة المؤسسة الصحية كالآتي[4]:

- ✓ تزيد من صعوبة مهمة التنسيق الرسمي بين الدوائر والأقسام المختلفة في المؤسسة الصحية لحقيقة تعدد مصادر السلطة في المؤسسة الصحية ووجود أكثر من رئيس للمرؤوس الواحد؛
- ✓ حدوث الارتباك والغموض في التنظيم لعدم وضوح وتداخل خطوط السلطة والمسؤولية والالتزام؛

[1] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، مرجع سبق ذكره، ص: 87-92.
[2] فريد توفيق نصيرات، **إدارة المستشفيات**، مرجع سبق ذكره، ص: 101-103.
[3] حوالف رحيمة، مرجع سبق ذكره، ص: 54-55.
[4] فريد توفيق نصيرات، **إدارة المستشفيات**، مرجع سبق ذكره، ص: 58-59.

- ✓ تسمح بظهور أوضاع يكون فيها عدد كبير من العناصر البشرية العاملة في التنظيم (خاصة الممرضين) مسؤولين ليس فقط أمام المسؤول الرسمي لهم بل كذلك أمام الأطباء، ويتلقون أوامر وتعليمات من هاتين الجهتين، ومما يجدر ذكره أن السلطة الرسمية الممثلة بإدارة التمريض والسلطة المهنية التي يمتلكها الأطباء (والتي تخولهم إصدار الأوامر والتعليمات للممرضين) ليست متفقة ومنسجمة دائما؛
- ✓ زيادة المشاكل والصعوبات المتعلقة بالاتصالات وقضايا الانضباط والتأديب؛
- ✓ تزيد من صعوبة حل المشاكل التي تحتاج إلى التعاون والجهود المشتركة بين الهيئة الطبية والهيئة الإدارية؛
- ✓ يتمتع مدير المؤسسة الصحية بسلطة أقل من نظرائه في مؤسسات الأعمال والصناعة؛ لأن المؤسسة الصحية لا يمكن تنظيمها على أساس خط السلطة المنفرد لوجود المهنيين في التنظيم، وخاصة الأطباء الذي يمارسون قدرا كبيرا من السلطة غير الرسمية في المؤسسة الصحية.

ثانيا– أنواع الصراع الإداري: تتعدد المعايير المستخدمة في تقسيم أو تصنيف الصراع الإداري، ومن أكثر هذه المعايير شيوعا هي أسباب النزاع، المستويات الإدارية للنزاع وأطراف النزاع، ويمكن أن يكون الصراع الإداري على مستوى الأفراد أو على مستوى الوحدات التنظيمية التي تتكون منها المؤسسة الصحية، ويمكن شرح ذلك كالآتي[1]:

1– الصراع على مستوى الأفراد: يمكن أن يكون داخل الفرد ذاته أو صراع بين الفرد وغيره من الأشخاص، وسواء في نفس الوحدة التنظيمية التي يعمل بها أو خارجها في نفس المؤسسة الصحية، وينشأ الصراع داخل الفرد ذاته عندما تتعارض بعض متطلبات العمل المطلوب مع متطلبات أخرى، وكذلك عندما تتعدد الأدوار المطلوب منه القيام بها مع عدم قدرته على التوفيق فيما بينها.

ومن أمثلة هذا الصراع سعي بعض الأطباء إلى اكتساب خبرات أو مهارات طبية معينة بغض النظر عن الحالة الصحية للمريض، وأيضا شعور بعض الأطباء بالسمو والانفرادية والثقة فيما يتخذونه من قرارات بشأن الرعاية الصحية اللازمة للمريض، ورفضهم داخليا لأي قيود أو مشاركات أو توصيات خارجية بشأن هذه القرارات، مع عدم قدرتهم على إعلان مثل هذا الرفض أو النقاش فيه لأنه يأتي من سلطة أعلى أو من حاملي بعض الدرجات العلمية أو التخصصية الأعلى.

وينشأ الصراع بين الأفراد وبعضهم البعض سواء داخل نفس الوحدة التنظيمية أو خارجها، وهذا نتيجة لغموض أو تداخل الأدوار أو الاختلافات والفروق في الشخصية أو الثقافة والاتجاهات ومستوى الإدراك وما شابه ذلك، ويأخذ الصراع بين الأفراد وبعضهم البعض في المستوى الواحد عدة صور منها الصراع بين الأطباء والإداريين، فالأطباء بحكم تعودهم على الاستقلالية في اتخاذ قراراتهم الطبية المتعلقة بالمرضى ينظرون إلى الإجراءات والتعليمات واللوائح المنظمة للعمل في المؤسسة الصحية على أنها قيود روتينية لا طائل من ورائها، وأنها لا تمثل سوى محاولات لفرض النفوذ وتعقيد الأمور بما يعوق أدائهم المهني.

[1] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، مرجع سبق ذكره، ص: 66-68.

وفيما بين الأطباء وبعضهم البعض، فغالبا ما يشعر الأطباء الذين يحملون درجات علمية أعلى أو تتوافر لهم خبرة أو سمعة طبية أكبر بنوع من السمو تجاه الأطباء الأقل في الدرجة العلمية أو السمعة الطيبة، كما قد يظهر الصراع نتيجة اختلاف التخصصات الطبية كما هو الحال بين الطبيب العام والطبيب المختص، وأطباء التخدير، الأشعة، التحاليل وغيرها من التخصصات، ونظرا لأن المؤسسات الصحية وخاصة العمومية الكبيرة منها تتميز بالتنظيم التخصصي الواسع، وهذا نتيجة وجود العديد من العاملين بالتخصصات الطبية وشبه الطبية والإدارية، ومع اختلاف القيم، الاتجاهات والثقافات الاجتماعية فإنها تكون مجالا خصبا للتنظيمات غير الرسمية التي قد تسير في اتجاه عكسي لأهداف إدارة المؤسسة الصحية.

2- الصراع بين الوحدات التنظيمية: غالبا ما يحدث الصراع بين الإدارات والأقسام المختلفة في المؤسسة الصحية نتيجة العلاقة الاعتمادية لأنشطة العمل، ويتزايد احتمال وقوع هذا الصراع حينما تكون إحدى الجهات مثل أقسام الجراحة غير قادرة على بدء الأعمال قبل انتهاء عمل جهة أو جهات أخرى مثل أقسام الأشعة والتحليل، وقد يحدث الصراع بين الوحدات التنظيمية نتيجة تخصيص الموارد المتاحة بين الأقسام المختلفة، فقد تحصل بعض الأقسام على موارد أقل مما تحتاج أو أقل مما تحصل عليه أقسام أخرى في نفس المؤسسة الصحية، مما يثير النزاع حول كيفية تخصيص هذه الموارد.

كما أن الصراع الإداري في المؤسسات الصحية قد يحدث نتيجة تعدد خطوط السلطة في المؤسسة الصحية، فهناك السلطة الفنية والتي يتمتع بها ويخضع لها أعضاء الهيئة الطبية، هيئة التمريض والفنيين، والسلطة الإدارية التي تُعنى بتطبيق مجموعة من اللوائح، التعليمات والقرارات التنظيمية، وكثيرا ما يحدث تضارب أو عدم توافق بين السلطتين ما لم تكن هناك خطوط واضحة للفصل بينهما.

ثالثا- دور الطبيب والممرضين في المؤسسة الصحية والصراع الإداري.

تتضمن المؤسسة الصحية فئات كثيرة من العاملين، ويعتبر كل من الطبيب والممرضين أهم هذه الفئات، وذلك لأهمية الدور المنوط بهم، ولتعاملهم وتماسهم المباشر مع المرضى، كذلك لأن نظرة وتقييم الزبائن لأداء المؤسسة الصحية ومدى جودة خدماتها، يكون خاصة عن طريق الأطباء والممرضين وهذا لتعاملهم وتماسهم المباشر مع المرضى، ورغم أن البعض يُغفل أهمية الممرضين، إلا أنه على العكس فالممرضين أكثر تماسا مع المرضى ويقضون وقت أكبر معهم مقارنة بالأطباء، وخاصة في نظرة المرضى للجودة في المؤسسة الصحية فإن من بين أهم العوامل المؤثرة في ذلك هو الممرضين ومدى المعاملة الجيدة من طرفهم، والتي تساهم حتى في تسريع عملية الشفاء، لأنه كما دلت الكثير من الدراسات فإن معنويات ونفسية المريض لها علاقة طردية كبيرة مع سرعة الشفاء.

من المعروف أن المؤسسة الصحية تضم مجموعة متنوعة من العاملين، لهم ارتباط بالمسؤوليات والوظائف التي تؤديها المؤسسات الصحية، ويمكن تصنيفهم كالآتي[1]:

[1] أحمد محمد المصري، مرجع سبق ذكره، ص: 57- 58.

- ✓ الأطباء المتخصصون؛
- ✓ الأطباء الممارسون والصيادلة؛
- ✓ الموظفون من خرجي الجامعات؛
- ✓ الممرضون بمؤهل عال؛
- ✓ الممرضين المساعدين؛
- ✓ الفنيون والصناع؛
- ✓ الموظفون الكتابيون؛
- ✓ العمال الفنيون طبقا للأجهزة و المعدات؛
- ✓ العمال العاديون.

هذه النوعيات من المهن والعمالة بالمؤسسة الصحية سواء كانت عالية أو متوسطة أو قليلة التأهيل، فهي تتحدد طبقا لما هو موجود في المؤسسة الصحية من أقسام داخلية وتخصصات، وواضح أن الأمر يختلف من مؤسسة صحية إلى أخرى حسب نوعيتها، تبعيتها، حجمها، درجة التنظيم ودقته والمستوى الذي يحققه للمترددين عليها.

1- دور الطبيب: بما أن دور الطبيب يعتمد أساسا على زبائنه المتمثلين في المرضى، **و**في هذا الإطار نشير إلى أن هناك العديد من وجهات النظر لتحديد العلاقة التي تربط بين الطبيب والمريض، فمثلا وفي العصر الحديث قدم **بارسون** نموذجا لهذه العلاقة أوضح أنها تأخذ شكل علاقة السيد بالتابع، وأشار إلى بعض العوامل التي تحكم هذه العلاقة الفوقية، حيث بَيَّنَ أن الطبيب لديه من العلم والمعرفة ما يفوق ما لدى المريض، وهذه الفجوة المعرفية قد تدعم علاقة السيد بالتابع، وبالإضافة إلى ذلك فإن الوضع الاجتماعي والاقتصادي والثقافي للأطباء يجعلهم في معظم المجتمعات في وضع متميز عن غالبية المرضى، مما يجعل المريض يشعر بأن الطبيب يعرف أين تقع مصلحة المريض أكثر من المريض نفسه.

كذلك وضع **هولاند** ثلاثة نماذج لعلاقة الطبيب بالمريض، يأخذ النموذج الأول شكل العلاقة الأبوية، وفيها يكون المريض غير قادر على المشاركة مع الطبيب في اتخاذ القرار نتيجة عدم قدرته على ذلك، مثل حالات الغيبوبة، الإغماء، الصرع وغيرها من حالات فقدان الوعي، وهنا ينفرد الطبيب باتخاذ القرار الذي هو في صالح المريض، ويأخذ النموذج الثاني شكل علاقة التبعية أو المساعدة حيث يكون المريض قادرا على تزويد الطبيب ببعض المعلومات عن آلامه ومعاناته، ويترك للطبيب أن يقرر ما يراه مناسبا، أما النموذج الثالث فيأخذ شكل علاقة المشاركة أو العلاقة التبادلية حيث يشترك الطبيب والمريض معا في اتخاذ القرار الخاص بخطة العلاج، ومما لا شك فيه أن العلاقة بين الطبيب والمريض تتميز بالخصوصية الشديدة، وهي في جوهرها علاقة تعاقدية سواء كان هذا التعاقد معلنا أو خفيا، شفويا أو مكتوبا، قائما على أساس آداب المهنة أو على حقوق المريض[1].

[1] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، مرجع سبق ذكره، ص: 162-163.

بداية إذا ما ركزنا على دور الطبيب والصراعات التي يواجهها، نجد أن جزءا كبيرا من أدائه للمهام التي يتطلبها دوره يعتمد على تقدير الآخرين له، وحكمهم عليه وثقتهم فيه، ولكي يؤدي الفرد دور الطبيب فلا بد من وجود أشخاص يقومون بأدوار المرضى، فالأطباء (كأي شخص آخر له دور) يعتمدون في أدائهم لأدوارهم جزئيا على جمهورهم (مرضاهم)، وطبيعة دورهم تعتمد على الممارسة الفعلية التي تتعلق أساسا بوجود مرضى يقبلونهم ويعترفون بهم كأطباء، وعندما يكون الإنسان طبيبا فإن دوره الاجتماعي يترتب عليه مجموعة من الصراعات والتوترات، وهي[1]:

- ✓ هناك في البداية الصراع الذي يجب على الطبيب أن يحسمه بين مصالح أي مريض فرد ومصالح المرضى كمجموعة، فمثلا ينبغي على الطبيب أن يوازن بين احتياجات المريض الذي يشرف على الموت والحاجة إلى المحافظة على الموقف العام في المصلحة (الوحدة) الصحية ليعمل بكفاءة من أجل الآخرين، إذا قد يختار الطبيب في مثل هذا الموقف الاهتمام الشديد بمريض واحد ورعايته وإهمال الآخرين؛
- ✓ إلى جانب ما سبق تظهر الحاجة إلى توزيع الموارد التي يندر توافرها دائما، مثل: الوقت، المهارة، المواد،...الخ، فإذا كان لدى الأطباء من هذه الموارد كمية أقل مما يحتاجه كل المرضى، فإنهم سيضطرون إلى أن يختاروا بدقة المريض الذي هو في أشد الحاجة للانتفاع بهذه الموارد المحدودة من أجل إنقاذ حياته، حيث أنه عادة ما تكون الموارد غير كافية بحيث يستفيد منها جميع المرضى، وهكذا لا بد من ترشيد الاستفادة من الطبيب والوقت والموارد الفنية النادرة مثل: أجهزة الكلى، العلاج النفسي، العقاقير الجديدة،...الخ؛
- ✓ مجال آخر للصراع يتصل بحاجة الطبيب إلى موازنة مصالح المريض في فترة معينة مع مصلحة المريض في المستقبل؛
- ✓ نوع آخر من الصراع الذي يواجه الطبيب، وهو اهتمامه بمصالح المريض في مقابل اهتمامه بأُسرة المريض أو أقاربه، فمثلا يمكن للطبيب أن يقف في صف الأقارب ويسمح بإدخال مريض عقلي إجباريا إلى المستشفى، ويمكن أن يتدخل الطبيب ليقف في صف المريض ويمنع أقارب المريض من إجبار هذا المريض على الدخول إلى المؤسسة الصحية للعلاج، يعتبر الموقف صعب و معقد ولن نجد له إجابات محددة؛
- ✓ هناك أيضا المواقف التي يعجز فيها الطبيب عن مساعدة المريض، فيرتفع إلى مستوى رأيه الخاص في ممارسته لدوره كشخص معالج يهدف إلى الوقاية والتقليل من آلام المرضى، وهذا الموقف قد يحدث إما لأن الطبيب يكون في حيرة فيما يختص بقدراته الفنية، أو لأن المريض يطلب نوعا من الرعاية لا يستطيع الطبيب أن يقدمها؛
- ✓ نوعية أخرى من الصراعات وهي تلك الداخلة في تكوين أدوار الكثير من الأطباء، وهي الصراعات بين التزام الطبيب بمساعدة مريض بعينه، وبين واجباته كموظف في الدولة أو في وكالة من الوكالات أو هيئة من الهيئات؛
- ✓ الصراع بين مسؤولية الطبيب في أي وظيفة معينة قد يشغلها وبين احتياجات مهنته الأصلية (ممارسة الطب)،

ويمكن تفسير هذا الوضع بملاحظة علاقة الأطباء بمرضاهم في المؤسسات الصحية، فوجود الطبيب في مصلحة (وحدة) صحية معينة أو مهمته مع أي مريض ينبغي أن ينظر إليها من منظور حياته العملية ككل.

[1] سناء الخولي وآخرون، **دراسات في علم الاجتماع الطبي**، مصر: دار المعرفة الجامعية، 2004، ص: 266 -267.

2- دور الممرضين: يشغل الممرضين مكانة مساوية تقريبا للمكانة التي يشغلها الأخصائيون الاجتماعيون أو أخصائيو التغذية أو العاملون في الصيدلة، لكن في الواقع فإن الممرضين هم من يديرون العمل اليومي لرعاية المرضى، ويتخذون الكثير من القرارات اليومية في هذا الشأن، ويشكلون الصورة العامة للمؤسسة الصحية التي يعملون بها، ويقوم الممرض في النسق الطبي بمجموعة من الأدوار الحيوية التي يغلب عليها التساند الوظيفي مع الأدوار الأخرى والاعتماد المتبادل بينها، وتتمثل هذه الأدوار في الآتي:[1]

- ✓ **الممرض كمترجم:** حيث يشرح الممرض للمريض لغة الخدمة الصحية، فهي لغة خاصة تقتصر معرفتها على أصحاب المهنة فقط كالأطباء والممرضين؛
- ✓ **الممرض كمعلم ومثقف:** يقوم الممرض بمهمة المعلم في تعاملاه مع المرضى وعائلاتهم، وتتصل هذه المهمة بدوره كمفسر ومثقف؛
- ✓ **دور الممرض كمكمل للأُسرة بالمؤسسة الصحية:** فالممرض هو الوحيد الذي يستطيع أن يقوم بالحفاظ على استمرارية العلاقات والسلوكيات التي تعَوَّدَ عليها المريض قبل مرضه، ومساعدته على التخلص من مخاوفه وغربته عن أُسرته وجماعاته الاجتماعية الأخرى، والواقع أن أهمية هذا الدور تزداد حينما يكون المريض طفلا، فالطفل يعتمد مباشرة على علاقاته الأسرية التي توفر له وحدها الإحساس بالأمان والاستقرار العاطفي؛
- ✓ **الممرض كمصدر يزود المريض بالثقة:** فالممرض يقوم بمساعدة المريض على استرداد معنوياته التي فقدها بالمرض، ويعمل على استعادة راحته وتخليصه من شعوره بالضيق؛
- ✓ **الممرض كقائد:** فهو قادر على فهم المرضى بأنهم جماعة اجتماعية يحتاجون إلى العلاقات الاجتماعية ومعنويات الجماعة ويستفيدون من قدرتهم على العيش كجماعة.

ولمهنة التمريض طبيعة خاصة تتمثل بمجموعة من الظروف التي يمكن أن تحيط بهذه المهنة، وهذه الظروف هي:[2]

أ- طبيعة الحراك الوظيفي: من خصائص العمل في مهنة التمريض نقص أو انعدام الحراك الوظيفي إذا ما قورنت بغيرها من المهن، فالممرض يظل ممرض والمساعد يظل دائما مساعد، وذلك لأن لكل منهم درجة معينة تؤهله لشغلها، وهي درجة تعليمه أو نوعية تدريبه منذ البداية، ونتيجة لذلك يوجد تدرج مهني يثير الكثير من الصراعات، كما توجد هوة كبيرة لا يمكن تخطيها بين ذوي الدرجات العليا في التنظيم الرسمي للمؤسسة الصحية وبين ذلك الكم الهائل من العاملين الذين يشكلون القوة العاملة بالمؤسسة الصحية.

ب- ازدواجية تبعية الممرضين في المؤسسة الصحية: يتبع الممرضون رئيسين أحدهما إداري والآخر طبي، فمثلا لو أخذنا دور الممرض المشرف على قسم في مؤسسة صحية معينة، نجد أنه لا يخضع لإشراف رئيس واحد يتلقى أوامره وتعليماته وهو رئيسه الرسمي وفقا للتنظيم الرسمي للمؤسسة الصحية، ولكنه في الوقت نفسه ينبغي أن يخضع

[1] عرابة الحاج، **أثر إزدواجية السلطة على أداء العاملين في المستشفيات دراسة مقارنة (القطاع العام – القطاع الخاص)**، أطروحة دكتوراه في التسيير العمومي، الجزائر: جامعة بسكرة، 2011، ص: 147-148.

[2] نفس المرجع السابق، ص: 148-149.

لأوامر الطبيب المشرف على علاج المرضى المقيمين في القسم الذي يعمل ويشرف على العمل به، باعتباره أكثر منه خبرة وعلما وهو المسؤول الأول عن علاج المرضى.

ويعتبر موقف الممرض مثالا واضحا للخطوط الصراعية للسلطة في المؤسسة الصحية بين العمال والإداريين والأطباء، فالممرض يعتبر شخص في الوسط، فهو ممثل لإدارة المؤسسة الصحية في تنفيذ السياسات والقواعد والإجراءات من ناحية، كما أنه ممثل للطبيب ومسؤول عن تنفيذ تعليماته لعلاج المرضى من ناحية أخرى، وإذا كان هذان الخطان لا ينفصلان إلا أنهما يضعان الممرض أمام معضلة أشبه باللغز، وهي كيفية إرضاء أربع جماعات، جماعة التمريض، جماعة الإداريين، وجماعة الأطباء وأخيرا جماعة المرضى، وهو ما يصعب تحقيقه.

رابعا– التعامل مع الصراع الإداري في المؤسسات الصحية: لا يمكن لإدارة المؤسسة الصحية إغفال أثر الصراع الإداري على نجاحها، وفاعليتها في تحقيق أهدافها وأداء رسالتها، ورغم تعدد الأفكار والآراء والمقترحات حول كيفية التعامل مع الصراع الإداري سواء كان ذلك على المستوى الوقائي أو العلاجي، فإن أهم استراتيجيات تقليص هذا الصراع ما يلي[1]:

1– السيطرة أو القمع: وتتضمن هذه الاستراتيجية استخدام مدير المؤسسة الصحية لقوته أو سلطته الرسمية في حل النزاع، وتهديد أي فرد يقاوم الحل الذي يقدمه بكافة النتائج السلبية التي يمكن اتخاذها بحقه في حالة عدم الموافقة على هذا الحل، وقد تأخذ هذه الاستراتيجية شكلا آخر وهو التأجيل المتكرر للنظر في الصراع حتى تتوافر للمدير المعلومات الكافية عن الموقف، ويعاب على هذه الاستراتيجية أنها تقلل من حدة النزاع، ولكنها لا تقضي على أسبابه، خاصة إذا لم يتفهم المدير الموقف جيدا أو إذا كان منحازا لطرف على حساب الطرف الآخر، كما قد تكون النتيجة تصاعد الصراع وتحوله إلى صراع هدام.

2– المشاركة: وتعتمد هذه الاستراتيجية على الإقناع لكل طرف من أطراف النزاع، والسماح لهم بتقديم أفكارهم ومقترحاتهم لحل النزاع أو تشكيل لجنة وفريق عمل لدراسة موضوع الصراع وتقديم التوصيات بشأنه، وهنا يجب أن يدرس المدير التوصيات والمقترحات المقدمة بشكل تفصيلي، وأن يتأكد من أن الحل الذي يتم التوصل إليه ليس على حساب التضحية ببعض أهداف المؤسسة الصحية، وأنه يتماشى مع القوانين أو اللوائح المنظمة للعمل.

3– المواجهة: وتعتمد هذه الاستراتيجية على إجراء مواجهة مباشرة بين أطراف الصراع، وهذا لمناقشة أسبابه وطرق علاجه حتى يمكن الوصول إلى حل منطقي بشأنه، وتحتاج هذه الاستراتيجية إلى مهارات عالية من جانب المدير في إدارة الموقف وإمكانية السيطرة على طرفي النزاع حتى لا يترتب على المواجهة نتائج عكسية.

4– إعادة هيكلة المؤسسة الصحية: تستخدم هذه الاستراتيجية عند توافر الظروف المواتية لتغيير طرق وأساليب العمل بالمؤسسة الصحية وهياكلها التنظيمية والوظيفية، وما يرتبط بها من آليات للتنسيق وتفويض السلطات وتغيير ثقافة المؤسسة الصحية ككل، ومن أهم الاعتبارات الواجب مراعاتها في إعادة هيكلة المؤسسات الصحية نذكر الآتي:

[1] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، مرجع سبق ذكره، ص: 71-74.

- ✓ احتواء ازدواج السلطات الفنية أو الطبية والإدارية، والتوصل إلى هيكل تنظيمي يسمح بالتعايش والتعاون التام بين مختلف القيم، الثقافات، المفاهيم المهنية والإدارية؛
- ✓ وضع حدود فاصلة بين مختلف المجموعات والتخصصات للوظائف العاملة في المؤسسة الصحية، وتحديد علاقات الاتصال والتداخل فيما بينها، وآلياتها وأدوات تنسيقها بما يحقق التعاون والتكامل فيما بينها؛
- ✓ تحقيق قدر من المرونة والتغلب على التعقيدات الإدارية في حدود ضوابط محددة ومقبولة من جميع الفئات، ودون أن يؤثر ذلك على مستوى الأداء المطلوب، وبما يضمن عدم إساءة للحريات الممنوحة؛
- ✓ التوجه نحو استخدام فرق العمل من مختلف التخصصات، كمدخل لإدارة الجوانب الطبية والطبية المساعدة والإدارية، وأن يراعى في تكوين هذه الفرق الأسس العلمية لتشكيلها واختيار أعضائها وإداراتها؛
- ✓ المشاركة في إعداد مشروع موازنة المؤسسة الصحية وتصميم مجموعة من المعايير لتوزيع الموارد المادية والبشرية المتاحة بين أقسامها المختلفة؛
- ✓ سرعة التكيف مع المتغيرات البيئية المحيطة بالمؤسسة الصحية والتعامل مع الضغوط التي تُفرض عليها لاعتبارات سياسية أو اقتصادية أو اجتماعية.

خلاصة الفصل:

لقد عرفت المؤسسات الصحية تغيرات وتطورات كبيرة عبر مختلف العصور الزمنية، حتى وصلت إلى شكلها الحديث في وقتها الحالي، والمؤسسة الصحية عبارة عن نظام كلي يتكون من أنظمة فرعية، يتضمن مدخلات تتمثل في مجموعة من الموارد المالية والمادية والبشرية تمتزج في ما بينها بكيفية معينة بما يؤدي إلى تحقيق مجموعة من المخرجات تعتبر كمحصلة لنشاطات المؤسسة الصحية، مثل حالة المريض أو مستوى جودة الخدمة المقدمة، بما يؤدي إلى تحقيق هدف الحفاظ على الصحة لمختلف فئات أفراد المجتمع، وهي أكثر الأنظمة انفتاحا وارتباطا بالمجتمع.

والمؤسسات الصحية لها خصائص جد معقدة ومتنوعة، ولعل أبرزها استمرارية الخدمة الصحية وديمومتها خلال الفترات الزمنية، وكثرة القوانين والتعليمات المستخدمة أثناء تأدية العمل، بالإضافة إلى وجوب اتصاف العمل داخل المؤسسة الصحية بالدقة المتناهية والحذر الشديد في أداء الخدمة، وذلك لأنها تتعامل مع ما هو أثمن لدى الإنسان وهو صحته، وأيّ خطأ قد يؤدي إلى وفاة المريض أو إلى عجز دائم، ويمكن تصنيف المؤسسات الصحية حسب عدة معايير كالملكية، التخصص وجودة الخدمة المقدمة، وتقوم المؤسسات الصحية بوظائف معينة تتمثل خاصة في الوظيفة العلاجية، الوظيفة الوقائية، التدريب والتعليم، الوظيفة البحثية ولخدمات الممتدة إلى المنزل.

كما تم التطرق إلى المؤسسات الصحية من المنظور الاقتصادي، حيث تم توضيح كيفية ظهور ونشأة اقتصاد الصحة، والذي هو عبارة عن فرع من فروع المعرفة يهدف إلى عقلنة النشاط الطبي، كما تم تبيين مختلف المقاربات النظرية لاقتصاد الصحة ومختلف الإجراءات لتفعيله، وأبرز المصطلحات والمفاهيم الاقتصادية الأكثر شهرة.

أما من المنظور الإداري، فالإدارة في المجال الصحي هي عبارة عن تخطيط، تنظيم، توجيه، رقابة وتنسيق الموارد والإجراءات والطرق التي بواسطتها تتم تلبية الحاجات والطلبات على خدمات الرعاية الصحية والطبية وتوفير البيئة الصحية، وذلك من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستهلكين كأفراد وجماعات وللمجتمع ككل، وهناك العديد من الأسباب والدوافع للاهتمام بالإدارة في المجال الصحي، وكما يقول أحد الكُتَّاب أن الإدارة الصحية الجيدة للمؤسسة هي بمثابة الصحة للجسم فكلاهما يعني الأداء السلس والكفء لجميع الأجزاء، فالإدارة الجيدة تبرز الأولويات، وتوائم الخدمة حسب الاحتياجات المتغيرة، وتستخدم الموارد المحدودة بأقصى كفاءة ممكنة، وترفع مستوى الخدمة ونوعيتها.

وكغيرها من المؤسسات الأخرى فإن المؤسسات الصحية يسود فيها التنافس والصراع الإداري بدرجة كبيرة، ويمكن أن يتواجد الصراع الإداري على مستوى الأفراد أو على مستوى الوحدات التنظيمية في المؤسسة الصحية، حيث هناك الكثير من المسببات للصراع الإداري، فالسلطة في المؤسسة الصحية تكون مشتركة بين الهيئة الطبية والمدير وأحيانا مدير التمريض، وهي لا تنبثق من مصدر واحد ولا تتسلسل عبر خط منفرد كما هو الحال في غالبية التنظيمات الرسمية، فهناك تداخل كبير بين مصادر السلطة في المؤسسة الصحية مما يولد بينها أسباب الصراع.

الفصل الثاني:

تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي.

تمهيد:

على عكس ما ينظر الكثير من الناس فإن المؤسسات الصحية بحاجة كبيرة إلى استخدام وتطبيق الأساليب الإدارية الحديثة، وهذا لرفع أدائها وكفاءتها وتحسين جودة الخدمات المقدمة، ويعتبر منهج إدارة الجودة الشاملة من الأساليب الحديثة المطبقة بصورة واسعة، وفي مختلف أنواع المؤسسات، وقد حظي المجال الصحي بدرجة كبيرة من هذا التطبيق، فكثير من المؤسسات الصحية الرائدة في العالم تعتمد هذا المنهج بصفة رسمية.

وسنحاول التعرف على مختلف جوانب منهج إدارة الجودة الشاملة بصفة عامة، للتعرف على مفهومه وتمييزه عن بعض المفاهيم والأساليب القريبة منه، كذلك سنحاول التعرف على كيفية نشأة إدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي، وتوضيح مفهومه وأهميته في هذا المجال، بالإضافة إلى التعرف على معنى كل من مصطلح رضا الزبون وجودة الخدمات الصحية وتحليل العلاقة التي تربط بين هاذين المفهومين، وسنتناول هذا الفصل من خلال المباحث الآتية:

- ✓ المبحث الأول: الإطار العام لمنهج إدارة الجودة الشاملة؛
- ✓ المبحث الثاني: عموميات حول إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية؛
- ✓ المبحث الثالث: رضا الزبون وجودة الخدمات الصحية.

المبحث الأول: الإطار العام لمنهج إدارة الجودة الشاملة.

تعتبر إدارة الجودة الشاملة كمنهج وليس مجرد أسلوب، وهذا لأنها تتضمن وتجمع العديد من الأساليب (المبادئ) الجزئية المندرجة ضمنها، حيث تعتبر كمنهج دائم يمكن أن تعتمد عليه المؤسسة في مسيرتها نحو النجاح والتطور، وليس فقط مجرد أسلوب وقتي يتم استخدامه في ظروف معينة ويستغنى عنه في ظروف أخرى، وسنحاول من خلال هذا المبحث الإحاطة وإعطاء تصور عام عن منهج إدارة الجودة الشاملة، وهذا من خلال تبيين وتوضيح الكثير من الحقائق المرتبطة بهذا المنهج الحديث.

المطلب الأول: ماهية إدارة الجودة الشاملة.

إن الجودة تعتبر كهدف أساسي لمنهج إدارة الجودة الشاملة، وفي نفس الوقت تعتبر هذه الأخيرة كنتاج لتطور الجودة، وحتى نساهم في تبديد اللبس الذي عادة ما يرافق كل من مفهوم الجودة وإدارة الجودة الشاملة، فإنه بعد التطرق إلى نشأة إدارة الجودة الشاملة، سنحاول تبيين مفهوم كل من مصطلح الجودة وإدارة الجودة الشاملة، وأيضا في هذا الإطار سنحاول تبيين بعض جوانب إدارة الجودة الشاملة في ظل الإدارة الإسلامية.

أولا– نشأة إدارة الجودة الشاملة.

تمثل إدارة الجودة الشاملة التطور الأحدث في سلسلة التطورات التي مرت بها الجودة (كمفهوم ونشاط) عبر التاريخ، ويمكن ملاحظة أن البعض من الأدبيات في الفكر الإداري والعربي بوجه خاص تذهب إلى استخدام مصطلح "إدارة الجودة الشاملة" على هذا المنهج أو ذاك من المناهج التي مرت بها الجودة عبر رحلتها في التطور، وهو الأمر الذي قد يسبب خلطا وقدرا من عدم الدقة في عرض المضامين العلمية السليمة لإدارة الجودة الشاملة[1].

فعند دراسة عمق الحضارة الإنسانية نجد أن الجودة لها جذور تاريخية قديمة، ففي الحضارة الفرعونية نجد أن بناء الأهرامات وتحنيط الموتى هي أشياء اتسمت بالجودة الأبدية، وكذلك في الحضارة الإسلامية نجد أن الدين الإسلامي نهى عن المنتجات الرديئة، وقد أخذ مفهوم الجودة معاني حتى استقر مع بداية الثورة الصناعية حيث بداية النشاط الفكري الاقتصادي، وكان في هذه الفترة يُنظر للجودة بمنظار ضيق بسبب أن كل ما ينتج يباع[2].

نشأت إدارة الجودة الشاملة مع **الابتكار الياباني** الذي كان يسمى بـ **"دوائر الجودة"**، ويشار إليه أحيانا بـ **"دوائر رقابة الجودة"**، وكان الهدف من دوائر الجودة هو أن يجتمع كل العاملين في لقاءات أسبوعية منتظمة لمناقشة سبل تحسين موقع وجودة العمل، ويتم تحفيز العاملين على تحديد المشكلات المحتملة للجودة، ثم مناقشة وعرض حلولهم الخاصة، وقد بدأت دوائر الجودة لأول مرة في اليابان سنة (1962م)، وبحلول سنة (1980م) زاد عدد دوائر الجودة إلى أكثر من (100000) دائرة تمارس عملها في الشركات اليابانية.

---

[1] رعد عبد الله الطائي، عيسى قدادة، **إدارة الجودة الشاملة**، الأردن: دار اليازوري للنشر والتوزيع، 2008، ص: 56.

[2] مؤيد عبد الحسين الفضل، يوسف حجيم الطائي، **إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلى المستهلك: منهج كمي**، الطبعة الأولى، الأردن: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، 2004، ص: 20-23.

انتقلت فكرة دوائر الجودة إلى **أمريكا** في السبعينيات وحققت رواجا كبيرا في الثمانينيات، وبينما نجحت دوائر الجودة بشكل ملحوظ في **اليابان**، وكان لها تأثير إيجابي على تحسين الجودة في الصناعات اليابانية، فإنها لم تلقى إلا نجاحا هامشيا في أمريكا، وأحيانا كان لها تأثير سلبي على الجودة، ويرجع سبب ذلك إلى حد كبير إلى الطريقة التي استخدمت بها لا لأي سبب جوهري في التقنية نفسها[1].

ويمكن القول أن هناك ثلاث مراحل لإدارة الجودة الشاملة، الأولى عندما أدخل إ.**ديمنج** مفهوم الجودة في **اليابان** في الخمسينيات، والمرحلة الثانية عندما بدأت الأعمال والصناعات **الأمريكية** بتطبيق أفكار إدارة الجودة الشاملة في الثمانينيات، أما المرحلة الثالثة فهي في الوقت الحالي وهي إدارة الجودة الشاملة في صناعة الخدمة، ولقد بدأ تنفيذ إدارة الجودة الشاملة في الخدمة في الثمانينات لكن بشكل محدود للغاية، لذلك أصبح في الوقت الحاضر تطبيق إدارة الجودة الشاملة ضرورة ملحة لتغيير النمط الإداري القائم في مؤسسات الخدمة، والتي تتطلب قيادة إدارية رشيدة تقوم على الثقة بينها وبين جميع العاملين، وطرد الخوف من داخل المؤسسة، ونشر ثقافة تنظيمية جديدة تساعد على تطبيق هذه الفلسفة الجديدة وهي فلسفة إدارة الجودة الشاملة[2].

بالإضافة إلى التصنيف السابق الذي ينظر إلى مراحل تطور إدارة الجودة الشاملة من زاوية تاريخية، فإنه يوجد تصنيف آخر من زاوية تاريخية وظيفية، وهو كما يلي[3]:

- **مرحلة الفحص**: وشملت هذه الفترة القرن الثامن عشر والتاسع عشر وتركزت على فحص المنتَج، أي متى يتم الفحص؟، وما هي الوحدات التي تخضع للفحص؟، وتميزت هذه المرحلة بالتسامح والتساهل مع الأخطاء، وكان هدف الإنتاج يسبق هدف الجودة، والفحص ينصب على المخرجات دون المدخلات والعمليات.

ظهرت هذه المرحلة في الفترة التي ظهر فيها الإنتاج الكبير وتلاشي نظام الإنتاج الحرفي القائم على عدد محدود من المنتجات، حيث كان فحص الجودة حينها يتم أثناء عملية الإنتاج نفسها، ومع ظهور الثورة الصناعية اقتضى الأمر وجود وظيفة مستقلة دورها الأساسي أخذ العينات وفحص المنتجات نظرا لكبر حجم الإنتاج في تلك الفترة.

- **مرحلة مراقبة الجودة**: ظهرت طرق المراقبة ابتداءً من عشرينات القرن الماضي من خلال الطرق الإحصائية والمراقبة عن طريق العينة، وكان لذلك أثره على تخفيض التكاليف، ومن مشكلات هذه المرحلة اعتبارها الجودة كمشكلة، وبالتالي طرح حلولا للمشاكل المطروحة عوضا من الحلول الوقائية، وهو ما تفادته المرحلة الموالية.
- **مرحلة توكيد الجودة**: امتدت من الخمسينات إلى الستينات وتطرح هدفين أساسيين، هدف داخلي ويتمثل في إعطاء الثقة للإدارة، وهدف خارجي يعطي الثقة للزبائن، كما ركزت هذه المرحلة على فكرة المنع والوقاية من الأخطاء بإدخال الطرق الإحصـائية، مفـاهيم تكلفة الجودة، الرقابة الكلية للجودة والعيوب الصفريـة، ولم تعد الجودة مسؤولية

---

[1] ريتشارد ل ويليامز، **أساسيات إدارة الجودة الشاملة**، الطبعة الأولى، بدون بلد نشر: مكتبة جرير، 1999، ص: 6.

[2] قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات**، الطبعة الأولى، الأردن: دار الشروق، 2006، ص: 142-143.

[3] عياش قويدر، **إدارة الجودة الشاملة كأسلوب لتحقيق تنافسية المؤسسات الصغيرة والمتوسطة**، ورقة بحثية مقدمة إلى: الملتقى الدولي حول متطلبات تأهيل المؤسسات الصغيرة والمتوسطة في الدول العربية، الجزائر: جامعة الشلف، 2006، ص: 714-715.

- مأمون سليمان الدرادكة، **إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء**، الطبعة الأولى، الأردن: دار الصفاء للنشر والتوزيع، 2006، ص: 32-34.

قسم معين ولكنها أصبحت مسؤولية المؤسسة ككل، وقد تميزت هذه المرحلة بظهور فكرة الرقابة الشاملة على الجودة، والتي قدمها **(Feigenbaum)** سنة (1956م)، وقد تميزت هذه المرحلة بـ:

- ✓ دراسة تكلفة الجودة والقرار الاقتصادي الخاص بتحديد مستوى الجودة؛
- ✓ ظهور فكرة الرقابة الشاملة على الجودة **(TQC)** كنواة أساسية لحركة إدارة الجودة الشاملة **(TQM)**؛
- ✓ ظهور الاهتمام بقياس درجة الاعتمادية، ويقصد بها أن تؤدي السلعة عملها ووظيفتها بشكل جيد ولفترة زمنية محددة، وبأقل عدد من المشاكل والأعطال، وحسب المواصفات المحددة؛
- ✓ ظهور فكرة **(Zéro Defects)**؛ أي اختفاء نسبة العيوب.

- **مرحلة إدارة الجودة الشاملة:** تمتد إلى وقتنا الحالي وتستهدف جودة المعاملات التي تربط المؤسسة بالسوق، ولم يعد ينظر للجودة هنا من وجهة نظر المؤسسة ولكن من وجهة نظر الزبون، حيث أخذت هذه المرحلة بمفهوم الزبون الداخلي والخارجي، إذ أن كل فرد في المؤسسة يعتبر في مرحلة ما مورد لسلعة أو خدمة أو معلومة موجهة إلى فرد أو طرف آخر داخل المؤسسة يعتبر زبونا للفرد الأول (المورد)، وهذا الأخير (المورد) يضع في حسابه مفهوم الجودة القائم على تقديم السلعة في إحدى المراحل بالمواصفات التي ترضي الزبون والذي هو فرد أو طرف آخر في المؤسسة، وهنا أصبحت الجودة تمثل مجمل نشاطات المؤسسة الموجهة لتحسين مواردها التجارية، المالية، التقنية والإنسانية.

وقد أعطى **لورنس (lawerence) وسيولفان (Sulivan)** مجموعة من الخطوات الأساسية للوصول إلى إدارة الجودة الشاملة وترسيخها في المؤسسات، وذلك كالآتي:

- ✓ تحديد التكاليف المترتبة على الجودة المنخفضة، وتوضيح العلاقة بين هذه التكاليف واختلاف الجودة الفعلية التي يريدها الزبون (توجه التكاليف)؛
- ✓ التناغم والترابط بين تصميم جودة المنتج وتصنيعه أثناء العمليات التشغيلية؛
- ✓ العمل على استخدام التدريب لتغيير مفاهيم العاملين وطريقة تفكيرهم؛
- ✓ الاهتمام بتطبيق الجودة في كل الأقسام داخل الشركة؛
- ✓ الاهتمام بتطبيق الجودة أثناء الإنتاج؛
- ✓ ضرورة القيام بالفحص بعد الإنتاج، وهذا لتحليل مستوى السلعة المنتجة ومدى مطابقتها للمواصفات الموضوعة في مرحلة تصميم جودة المنتج للعمل على حل المشاكل إن وجدت.

ثانيا– مفهوم الجودة.

لكي نفهم إدارة الجودة الشاملة ينبغي أولا الإلمام بمفهوم الجودة والأبعاد التي تنطوي عليها، إذ يُعَرِّف الزبائن الجودة بشكل واضح من خلال المواصفات، المعايير والمقاييس، مما يعني أن الجودة قابلة للتعريف أو القياس، وعلى الرغم من أن هناك عدد قليل من الزبائن يستطيع تحديد مفهوم الجودة، إلا أن معظمهم يستطيعون التعرف عليها

حال رؤيتها تماما، مما يقودنا إلى نقطة مهمة وهي أن مفهوم الجودة يتحدد من خلال عين الرائي، وفي إطار الجودة الشاملة الزبائن هم من يحددون مفهوم الجودة بشكل مطلق.

يتعامل الناس مع الجودة بشكل مستمر في حياتهم اليومية، ابتداءً من الأمور البسيطة كتناول وجبة في أحد المطاعم، وانتهاءً بالمشتريات الكبيرة كشراء منزل أو سيارة، فالجودة كما يراها الناس تعتبر عاملا مهما في تحديد الفروق بين الخدمات والبضائع المعروضة في السوق، فهم يطبقون عددا من المعايير قبل اتخاذ أي قرار للشراء، فالجودة تحتل مكانا مهما في حياة الناس، فهي كدافع لأغلب التوجهات السلوكية التي يقوم بها الفرد أو المؤسسة[1].

إن موضوع الجودة يحظى باهتمام متزايد في الوقت الحاضر في كل المؤسسات وفي كافة أنحاء العالم سواء المتقدم أو النامي، وذلك بعد أن انتبهت هذه المؤسسات إلى أهمية تطوير وتحسين الجودة كمدخل أساسي لمواجهة التحديات الداخلية والخارجية، وخاصة بعد ظهور التكتلات الاقتصادية والتطورات التكنولوجية المتلاحقة، والتغيير الحاصل في سلوك الزبون بنظرته للجودة كمعيار أساسي لاختيار ما يشبع حاجاته ورغباته من السلع والخدمات بغض النظر عن مصدرها، هذا الاهتمام بالجودة أدى إلى اختلاف الباحثين حول مفهومها[2].

من الجانب اللغوي الجودة أصلها من الإجادة والجَيِّد وهي نقيض الرديء[3]. وأصل المصطلح يرجع إلى الكلمة اليونانية (**Qualitas**) وهي تعني منقبة، مرتبة أو خُلُق بالنسبة للشخص أو نوعية أو ميزة الشيء ودرجة إتقانه، ومصطلح الجودة كان يشير قديما إلى الدقة والإتقان في البناء[4]، ومن بين التعاريف لمصطلح الجودة نذكر الآتي:

- ✓ يُعرفها **إ.ديمنج** بأنها: «المطابقة للاحتياجات»[5]؛
- ✓ يُعرفها **(Crosby)** بأنها: «المطابقة للمتطلبات أو المواصفات»[6]؛
- ✓ يُعرفها **فيشر** بأنها: «درجة التألق والتميز وكون الأداء ممتازا أو كون خصائص أو بعض خصائص المنتَج (خدمة أو سلعة) ممتازة عند مقارنتها مع المعايير الموضوعة من منظور المؤسسة أو من منظور الزبون»[7]؛
- ✓ يُعرفها **(Fred Smith)** بأنها: «أداء العمل حتى يتطابق مع المعايير التي يتوقعها الزبائن»[8]؛
- ✓ يُعرفها **(Feignbaum)** بأنها: «المزيج الكلي لخصائص السلعة أو الخدمة المتأتي من التسويق، الهندسة، التصنيع والصيانة، والذي من خلاله ستلبي السلعة أو الخدمة في الاستعمال توقعات الزبون»[9]؛
- ✓ تعرفها **شركة بوينغ** بأنها: «تزويد الزبائن ببضائع وخدمات تتعدى توقعاتهم واحتياجاتهم»[10]؛

---

[1] خضير كـاضم حمـود، روان منير الشيخ، **إدارة الجودة في المنظمـات المتميزة**، الطبعة الأولـى، الأردن: دار صفـاء للنشر والتوزيع، 2010، ص: 19-20.

[2] قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات**، مرجع سبق ذكره، ص: 24.

[3] مهدي السامرائي، **إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي**، الطبعة الأولى، الأردن: دار جرير للنشر والتوزيع، 2007، ص: 27.

[4] مدحت أبو النصر، **أساسيات إدارة الجودة الشاملة TQM**، الطبعة الأولى، مصر: دار الفجر للنشر والتوزيع، 2008، ص: 62-63.

[5] علي السلمي، **إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهل للإيزو 9000**، مصر: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، 1995، ص: 18.

[6] رعد عبد الله الطائي، عيسى قدادة، مرجع سبق ذكره، ص: 29.

[7] قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات**، مرجع سبق ذكره، ص: 24.

[8] خضير كاضم حمود، روان منير الشيخ، مرجع سبق ذكره، ص: 20.

[9] رعد عبد الله الطائي، عيسى قدادة، مرجع سبق ذكره، ص: 29.

[10] خضير كاضم حمود، روان منير الشيخ، مرجع سبق ذكره، ص: 20.

✓ يُعرفها **معهد المقاييس القومي الأمريكي** بأنها: «مجموعة الصفات لوحدة ما تؤثر على قدرتها على إشباع حاجات صريحة وضمنية»[1]؛

✓ يُعرفها **معهد الجودة الفيدرالي الأمريكي** بأنها: «أداء العمل الصحيح وبشكل صحيح من المرة الأولى، مع الاعتماد على تقييم الزبون في معرفة مدى تحسن الأداء»[2].

وفي الأخير نشير إلى أنه رغم كثرة التعاريف حول مصطلح الجودة إلا أنه يمكن القول عموما أن أغلبها يتفق على أن الجودة هي: "مجموعة الصفات والمزايا والتي ينبغي توفرها في السلعة أو الخدمة بما يتوافق مع توقعات واحتياجات الزبون ويلبي الغرض من استعمال هذا المنتَج".

ثالثا– مفهوم إدارة الجودة الشاملة.

لقد اختلفت مختلف آراء المختصين في الفكر الإداري حول مصطلح إدارة الجودة الشاملة كغيره من الكثير من المصطلحات الاقتصادية، ومن التعاريف التي أعطيت لهذا المصطلح نذكر الآتي:

✓ يعرفها **معهد الجودة الفيدرالي** أنها: «منهج تطبيقي شامل يهدف إلى تحقيق حاجات وتوقعات الزبون، إذ يتم استخدام الأساليب الكمية من أجل التحسين المستمر في العمليات والخدمات»[3]، ويشير هذا التعريف إلى فكرة الشمولية في إدارة الجودة، من خلال التركيز على الجودة منذ أن يتم معرفة رغبات وحاجات الزبائن والتعبير عنها بمعايير ومؤشرات كمية إلى أن يتم تقديم السلعة والخدمة إلى الزبون وتحقيق الرضا والسعادة له؛

✓ وحسب تعريف **إدارة الدفاع الأمريكية** فإدارة الجودة الشاملة هي: «فلسفة ومجموعة مبادئ إرشادية تعتبر دعائم للتحسين المستمر للمؤسسة للوفاء باحتياجات الزبون حاليا ومستقبلا»[4]؛

✓ يعرّفها **(Kreintner & Kinichi)** بأنها: «ثقافة تنظيمية تُعنى بالتدريب والتعليم والتحسين المستمر وتحقيق رضا الزبون»[5]؛

✓ وحسب وجهة نظر **(Baharat wakhlu)** فإنه يعرفها على أنها: «التفوق في الأداء لإسعاد الزبائن عن طريق عمل المديرين والموظفين مع بعضهم البعض، من أجل تزويد الزبائن بجودة ذات قيمة من خلال تأدية العمل الصحيح وبالشكل الصحيح ومن المرة الأولى وفي كل وقت»[6]؛

✓ يعرفها **جابلونسكي (Joseph RJablonski)** بأنها: «شكل تعاوني لأداء الأعمال يعتمد على القدرات المشتركة لكل من العاملين والإدارة بهدف تحسين الجودة وزيادة الإنتاجية بشكل مستمر من خلال فرق العمل»[7]؛

---

[1] Willy A. sussland, **le manager.la qualité et les normes ISO: de l'ISO 9000 vers la Qualité total**, 1ére Ed, France: presses polytechniques et universitaires romandes, 1996, p: 16.

[2] مهدي السامرائي، مرجع سبق ذكره، ص: 28.

[3] مأمون سليمان الدرادكة، مرجع سبق ذكره، ص: 17-18.

[4] محسن بن نايف العتيبي، **استراتيجية نظام الجودة في التعليم**، الطبعة الأولى، السعودية: فهرسة الملك فهد أثناء النشر، 2007، ص: 9.

[5] أكرم يوسف النجداوي، شادي ارشد الصرايرة، **أثر رأس المال الفكري على إدارة الجودة الشاملة**، الجزائر: بسكرة: جامعة محمد خيضر: كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، العدد (12)، 2012، ص: 133.

[6] مأمون سليمان الدرادكة، مرجع سبق ذكره، ص: 18.

[7] بوفاس الشريف، **إدارة الجودة الشاملة وتنافسية المؤسسة الإقتصادية**، الجزائر: بسكرة: جامعة محمد خيضر: كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، العدد (15)، 2014، ص: 238.

✓ يعرفها **ريلي** بأنها: «تحول في الطريقة التي تدار بها المؤسسة، والتي تتضمن تركيز طاقات المؤسسة على التحسينات المستمرة لكل العمليات والوظائف، وقبل كل شيء المراحل المختلفة للعمل، حيث إن الجودة ليست أكثر من تحقيق حاجات الزبون»[1]؛

✓ وأما **دينهارد** فيعرفها بأنها: «خلق ثقافة متميزة في مستوى الأداء، بحيث يكافح المديرون والعاملون بشكل مستمر ودؤوب من أجل تحقيق توقعات ورغبات الزبون، والتأكيد على أداء العمل بالشكل الصحيح ومن المرة الأولى بأقصى درجة من الفعالية وفي أقصر وقت ممكن»[2]؛

✓ يعرفها **إدوارد ديمنج (W.Edwards Deming)** بأنها: «طريقة الإدارة المنظمة تهدف إلى تحقيق التعاون والمشاركة المستمرة من العاملين بالمنظمة، من أجل تحسين السلعة أو الخدمة والأنشطة التي تحقق رضا الزبائن وسعادة العاملين ومتطلبات المجتمع»[3]؛

✓ وهناك من يرى بأن إدارة الجودة الشاملة هي: «فلسفة إدارية حديثة تأخذ شكلا أو نظاما إداريا شاملا قائما على أساس إحداث تغييرات إيجابية جذرية لكل شيء داخل المؤسسة، بحيث تشمل هذه التغييرات: الفكر، السلوك، القيم، المعتقدات التنظيمية، المفاهيم الإدارية، نمط القيادة الإدارية، نظم وإجراءات العمل والأداء،...الخ، وذلك من أجل تحسين وتطوير مكونات المؤسسة كلها للوصول إلى أعلى جودة في مخرجاتها (سلع أو خدمات)»[4]؛

✓ كما أن البعض الآخر يعرفها على أنها: «فلسفة صممت لتغيير الثقافة التنظيمية بما يجعل المؤسسة سريعة في استجاباتها، مرنة في تعاملها، مركزة على الزبون ويشيع فيها مناخ صحي وبيئة تتيح أوسع مشاركة للعاملين في التخطيط والتنفيذ للتحسين المستمر ولمواجهة احتياجات الزبائن»[5]؛

✓ حسب **ستيفن كوهن** و**دونالد براند**، فإنه يمكن تعريفها حسب الكلمات المكونة لها كالآتي[6]:

– **الإدارة**: تعني التطوير والمحافظة على إمكانية المؤسسة من أجل تحسين الجودة بشكل مستمر؛

– **الجودة**: معناها الوفاء بمتطلبات الزبون وتجاوُزُها؛ أي تجاوزها إلى إرضاء الزبون من خلال تلافي العيوب والنقائص من المراحل الأولى للعملية؛

– **الشاملة**: تعني إشراك جميع العاملين في المؤسسة والبحث عن الجودة في أي مظهر من مظاهر العمل، بدءًا من التعرف على احتياجات الزبون وانتهاءً بتقويم رضاه عن السلع أو الخدمات المقدمة إليه.

---

[1] محمد عوض الترتوري، أغادير عرفات جويحات، **إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي والمكتبات ومراكز المعلومات**، الطبعة الأولى، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2006، ص: 30-31.

[2] هدى بنت صالح أبو حميد، **الجودة الشاملة في إدارة المعلومات**، السعودية: مكتبة الملك فهد الوطنية، 2006، ص: 15.

[3] مدحت أبو النصر، مرجع سبق ذكره، ص: 64.

[4] أحمد الخطيب، رداح الخطيب، **إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات تربوية**، الطبعة الثانية، الأردن: عالم الكتاب الحديث للنشر والتوزيع- جدار للكتاب العالمي للنشر والتوزيع، 2006، ص: 35.

[5] محمد عوض الترتوري، أغادير عرفات جويحات، مرجع سبق ذكره، ص: 31.

[6] مداح لخضر، **تطبيق إدارة الجودة الشاملة لتحسين أداء مؤسسات التعليم العالي: دراسة حالة المركز الجامعي بالمدية**، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال والتسويق، الجزائر: جامعة المدية، 2008، ص: 11.

وفي الأخير نقول باختصار أن إدارة الجودة الشاملة تعتبر: "كثقافة تنظيمية جديدة، وكمنهج إداري يقوم على مجموعة من المبادئ كالمشاركة الجماعية، التحسين المستمر، التوجه نحو الزبون،...الخ، ويهدف لتحقيق الجودة من خلال إحداث تغيير في مختلف نواحي المؤسسة: العادات، نمط القيادة، الهيكل التنظيمي، الأداء، المدخلات والمخرجات، وذلك بغية تقديم منتَج ذو جودة عالية بما يرضي الزبائن ويحقق أهداف المؤسسة"، ونشير إلى أنه لا نَقصِد في هذا التعريف أن إدارة الجودة الشاملة هي كلها ثقافة تنظيمية؛ وإنما القصد أن الشق الأكبر فقط لهذا المنهج هو الشق الثقافي والغير ملموس؛ لأن هذا المنهج عندما يكون مطبق بصفة رسمية فهو يتضمن كذلك جانب ملموس مثل: القوانين، اجراءات العمل، السياسات المكتوبة،...الخ.

وفي هذا الإطار نشير إلى أن هناك اختلافات عديدة بين الإدارة التقليدية وإدارة الجودة الشاملة، ويمكن ذكر أهمها كما في الجدول الآتي:

الجدول (2-1): مقارنة بين الإدارة التقليدية وإدارة الجودة الشاملة.

الإدارة التقليدية	إدارة الجودة الشاملة
الرقابة اللصيقة وتصيد الأخطاء.	الرقابة الذاتية.
العمل الفردي.	العمل الجماعي وروح الفريق.
التركيز على المنتج.	التركيز على المنتج والعمليات.
مشاركة الموظفين.	اندماج الموظفين.
التحسين وقت الحاجة.	التحسين المستمر.
جمود السياسات والإجراءات.	مرونة السياسات والإجراءات.
حفظ البيانات.	تحليل البيانات وإجراء المقارنات البينية.
التركيز على جني الأرباح	التركيز على رضا الزبائن.
النظرة إلى الموردين على أنهم مستغلين.	مشاركة الموردين.
الزبون الخارجي.	الزبون الخارجي والداخلي.
الخبرة ضيقة تعتمد على الفرد.	الخبرة واسعة عن طريق فرق العمل.

المصدر: محفوظ أحمد جودة، **إدارة الجودة الشاملة: مفاهيم وتطبيقات**، الطبعة الثانية، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع، 2006، ص: 27.

رابعا- إدارة الجودة الشاملة من المنظور الإسلامي.

في إطار تحديد مفهوم إدارة الجودة الشاملة، نشير إلى أنه دلت الكثير من الآيات الكريمة، والأحاديث النبوية الشريفة، والتطبيق العملي للإدارة الإسلامية، أنها طبقت العديد من المبادئ الأساسية لحركة إدارة الجودة الشاملة، وقد كان اهتمام الإسلام بالجودة من خلال ترسيخ المبادئ الآتية[1]:

[1] مأمون سليمان الدرادكة، مرجع سبق ذكره، ص: 34-35.

1- مبدأ الشورى: فقد دعا الإسلام إلى الالتزام بمبدأ الشورى من خلال التشاور مع الأفراد في اتخاذ القرارات وحل المشكلات، ويظهر هذا من خلال **قوله تعالى: {وَشَاوِرْهُمْ فِي اَلْأَمْرِ}** (آل عمران، الآية 159)، فالمشورة هنا تؤدي إلى عمل متقن وذو جودة.

2- مبدأ التعاون: أكد الإسلام على ضرورة التعاون في سبيل الخير ويظهر هذا من خلال **قوله تعالى: {وَتَعَاوَنُواْ عَلَى اَلْبِرِّ وَاَلتَّقْوَى وَلَا تَعَاوَنُواْ عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ}** (المائدة، الآية 2)، فالعمل الجماعي بروح الفريق هو من المتطلبات الأساسية لإدارة الجودة الشاملة.

3- مبدأ إتقان وإخلاص العمل: حث الإسلام على إتقان العمل وضرورة تحقيق الجودة فيه، وخلوه من العيوب والسعي للتحسين الدائم، وضرورة أن يحب العامل عمله ويخلص فيه كامل الإخلاص، ويظهر هذا من خلال **قوله تعالى: {إِنَّا لَا نُضِيعُ أَجْرَ مَنْ أَحْسَنَ عَمَلاً }** (الكهف، الآية 30)، **وقوله عليه الصلاة والسلام: {إن الله يحب من العامل إذا عمل أن يحسن}** (رواه البيهقي).

4- الرقابة الإسلامية: سواء كانت خارجية أو ذاتية تؤدي إلى التأكد من تنفيذ الأهداف والمعايير الموضوعة وفقا للمعايير والمقاييس والضوابط الشرعية الإسلامية، كما أن الرقابة الذاتية لدى المسلم المنبثقة من قوة الإيمان والالتزام بالشريعة سيكون لها الأثر الأكبر بشعور المسلم بكامل المسؤولية تجاه أعماله في الدنيا والآخرة، ويظهر هذا من خلال **قوله تعالى: {كُلُّ نَفْسٍ بِمَا كَسَبَتْ رَهِينَةٌ}** (المدثر، الآية 38).

المطلب الثاني: رواد وأهمية إدارة الجودة الشاملة.

كانت بداية ونشأة منهج إدارة الجودة الشاملة من خلال مساهمة مجموعة من العلماء والمفكرين والرواد الأوائل، حيث ساهموا في صياغة وبلورة مبادئها والمداخل الأساسية لهذا المنهج، ويعود الفضل لهم في إرساء هذا الفكر على أسس متينة قابلة للتطبيق في مختلف المؤسسات ذات الطبيعة الإنتاجية أو الخدمية، وقد فتح الرواد أبوابا واسعة للباحثين للإدلاء بدلوهم في هذا الميدان، مما أثرى هذه النظرية بفيض من المعلومات والنتائج النظرية والتطبيقية رغم حداثتها قياسا بالنظريات الإدارية الأخرى، وهذا للأهمية الكبيرة لتطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة سواء للمؤسسة أو الزبائن أو لجهات أخرى.

أولا- رواد إدارة الجودة الشاملة.

من أبرز الرواد البارزين لفلسفة إدارة الجودة الشاملة نذكر الآتي:

1- والتر شيوارات (Walter Shewhart): يعد الرائد الأول للرقابة المعاصرة للجودة، وله كتاب عن الجودة تم نشره سنة (1931م)، بعنوان **"الرقابة الإحصائية على جودة السلع المصنعة"**، وقد قدم في كتابه هذا مفهوم خرائط مراقبة الجودة، والتي أصبحت من الوسائل الأساسية المستخدمة في الرقابة على الجودة في معظم المؤسسات الصناعية، ويرى أن التطوير المستمر يعد أحد مظاهر إدارة الجودة الشاملة، وقد وضع تصميما يتماثل إلى حد كبير مع الطريقة

العلمية في التطوير المستمر، حيث أطلق عليه تسمية دائرة (الخطة-العمل-المراجعة-التنفيذ)، ويمكن إيضاح هذه المفردات كالآتي[1]:

- ✓ **الخطة:** وفيها يتم اختيار وتحديد العملية التي سيتم تطويرها بعد أن يتم استعراض الوضع القائم، وتحديد أين ومتى تحدث المشكلة، وكيف يمكن قياس رضا الزبون عن المخرجات، ثم بعد ذلك تحليل العمليات بهدف تحديد الأسباب المحتملة، ثم يلي ذلك اقتراح التطوير الذي يتطلب وضع استراتيجية لجمع البيانات المطلوبة لهذا التطوير؛
- ✓ **العمل:** ويراد به تجريب التطوير المقترح على نطاق محدود في بيئة يمكن التحكم فيها والرقابة عليها؛
- ✓ **التدقيق:** وفيها يتم جمع وتحليل البيانات لتحديد ما إذا كان التطوير المقترح يحظى بقبول ورضا الزبون أم لا؛
- ✓ **التنفيذ:** وفيه يتم تنفيذ التغييرات الفعالة المرتبطة بالعملية، وذلك من خلال ربطها بعملية النظام الجاري.

2- فيليب كروسبي (Philip Crosby):

أشتهر **فيليب كروسبي** بكتاب الجودة حرة **(Quality Is Free)**، وقد ذكر فيه أن المبالغ التي تنفق على الجودة والاهتمام الموجه لها يعود على المؤسسة بمنافع أكثر من التكاليف التي أنفقت عليها، وهو المسؤول عن فكرة خلو المنتج من العيوب **(Zéro Defects)**؛ بمعنى إنتاج المنتج صحيحا من المرة الأولى، أي منتج مقبول **(100٪)**[2]. ويرى **كروسبي** أن ما تتطلبه الجودة لأن تكون في تطور مستمر يتأتى من خلال عوامل متعددة منها[3]:

- ✓ أن الزبائن لهم وعي كامل بأهمية الجودة لمختلف المنتجات السلعية والخدمية التي تقوم تقدمها مختلف المؤسسات؛
- ✓ أن تطوير الأدوات التي تساعد على تطوير الجودة ستؤدي بالنتيجة إلى زيادة الحصة السوقية للمؤسسة، وتوفير الميزة التنافسية الملائمة لمنتجاتها وخدماتها؛
- ✓ يجب أن يتم تطوير الثقافة المتعلقة بالجودة بما يلائمها من متغيرات بيئية وظرفية أخرى؛ إذ أن بناء الثقافة الملائمة للجودة تعتبر ذات أهمية في توفير قاعدة أساسية لتطبيق برنامج الجودة الشاملة.

وهو من الرواد البارزين في إدارة الجودة الشاملة، وقد أُشتُهِرَ بطرحه لفكرة الإدارة بدون عيوب والوقاية منها، وكان ذلك سنة (1971م)، ولعل أبرز إسهام له هو الأربع عشر خطوة للتحسين المستمر، والمتمثلة في الآتي[4]:

- ✓ التزام الإدارة بالجودة التزام طويل الأجل؛
- ✓ تشكيل فِرَق للجودة ذات أهداف وأغراض محددة وواضحة؛
- ✓ تحديد المشاكل الحالية ومكان وجودها وكذلك المشاكل المحتملة؛
- ✓ تقدير كلف الجودة وتوضيح كيفية استخدامها كأداة إدارية؛
- ✓ زيادة الوعي بالجودة والتزام العاملين بها؛
- ✓ حل المشاكل فور حدوثها لتصحيح الخلل وتفادي ما قد يحدث؛

---

[1] مهدي السامرائي، مرجع سبق ذكره، ص: 81-82.

[2] Ellen A.Benowitz, M Ed, **Principle of Management**, USA: Hungry Minds, 2001, p: 183-184.

[3] خضير كاظم حمود، **إدارة الجودة وخدمة العملاء**، الطبعة الثانية، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2007.ص: 28.

[4] رضا صاحب أبو حمد آل علي، سنان كاظم الموسوي، **الإدارة لمحات معاصرة**، الأردن: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، 2006، ص: 112-113.

- ✓ تأسيس برنامج خال من العيوب؛
- ✓ تدريب المشرفين على النهوض بمسؤوليات برنامج الجودة؛
- ✓ التوضيح باستمرار بأهمية التخلص من العيوب منذ البداية كونه نهجا جديدا؛
- ✓ تحديد أهداف التحسين وتشجيع الأفراد وفِرَق العمل على تحقيقها؛
- ✓ تشجيع العاملين على إبلاغ الإدارة عن العقبات التي تقف عائقا أمام تحقيق أهداف الجودة؛
- ✓ تحفيز الأفراد على مشاركتهم في تحقيق الجودة ومنحهم التقدير اللازم؛
- ✓ إطلاع مجالس الجودة بدورها لتنمية الاتصالات المستمرة؛
- ✓ التثقيف المستمر بأن تحسين الجودة عملية مستمرة لا يمكن أن تقف عند حد معين.

3- إدوارد ديمنج (Edwards Deming): وُلِد في الولايات المتحدة الأمريكية سنة (1900م)، وحصل على شهادة الدكتوراه في الرياضيات والفيزياء من **جامعة بيل**، وقد ألقى محاضرات عن الجودة والأساليب الإحصائية كأستاذ في **جامعة نيويورك** سنة (1931م)، وقد قامت اليابان بدعوته لمساعدتها لوضع الأطر العامة لتحسين الإنتاجية والجودة فسافر إليها بعد الحرب العالمية الثانية، وقد كان النجاح حليفه مما حدا بالحكومة اليابانية أن تنشأ جائزة سمّيت باسمه تُمنح سنويا للمؤسسة التي تتميز بالابتكار في إدارة الجودة الشاملة، ويعود له الفضل أيضا في تقدم إدارة الجودة الشاملة في الكثير من جوانبها.

إن **ديمنج** طور عدة أساليب يمكن للأفراد أن يعملوا من خلالها بشكل جماعي، كما أكد أن السلع والخدمات الأفضل تأتي من خلال التطوير المستمر لجودة الاتصالات والعلاقات بين العمال، المديرين، الموردين والزبائن، كما أشار إلى أن كل فرد له علاقة بالعملية يجب أن يساهم في تحقيق النتائج المرجوة.

وقام باستحداث نظام تنظيمي على الصعيد الاقتصادي يعزز التعاون، ويسهل تطبيق الممارسات لجميع عمليات الإدارة بدلا عن النظام التقليدي الذي كان سائدا يوم ذاك، حيث أن هذا النظام الجديد أدى إلى التطوير المستمر في الإنتاج، الخدمات، العمليات وأداء الموظفين، كما يؤثر إيجابا على رضا متلقي الخدمة، وبالتالي بقاء المؤسسة وازدهارها لفترة طويلة، وقد شدد **ديمنج** على المسؤوليات الملقاة على عاتق الإدارة العليا التي تقود إلى التغيير سواء كان ذلك في الأعمال أو النظام[1].

إن تطبيق نظرية ومبادئ **ديمنج** في بلاده أمريكا كان في الثمانينات بعد نجاحها في اليابان لمدة (40 سنة)، وذلك عندما بدأت السيارات والإلكترونيات اليابانية تغزو الأسواق الأمريكية، وقد فازت بعض المؤسسات الأمريكية بجائزة **ديمنج** مثل مؤسسة كهرباء فلوريدا سنة (1985م)، كما اتبعت نظريته الكثير من المؤسسات الأمريكية[2]. ومن

[1] مهدي السامرائي، مرجع سبق ذكره، ص: 82-84.
[2] إبراهيم عبد الله المنيف، **استراتيجية الإدارة اليابانية**، الطبعة الأولى، السعودية: مكتبة العبيكان، 1998، ص: 209.

بين أهم إسهاماته في مجال الجودة مبادئه الأربعة عشر، والتي لا تعتبر كخطوات زمنية؛ حيث يتم تبنيها من طرف المؤسسة بدون شرط ترتيب زمني لها، ويمكن توضيح هذه المبادئ كالآتي[1]:

- ✓ خلق تناسق لهدف تحسين جودة السلعة أو الخدمة، فلابد من وضع أهداف لتحسين الجودة في المؤسسة ونشرها لتكون معروفة من قبل الجميع بما يمكنهم من العمل باتجاه تحقيقها؛
- ✓ تبني الفلسفة الجديدة، فالمؤسسة لا يمكن أن تتعايش طويلا مع المستويات المقبولة حاليا من التأخير والأخطاء والعيوب في الإنتاج، وعلى الإدارة تحفيز عملية التغيير والعمل بالمبادئ الواردة في هذا المنهج؛
- ✓ عدم الاعتماد على الفحص الشامل لأغراض الجودة، واستبداله بالشواهد الإحصائية (العينات)؛
- ✓ التوقف عن اختيار الموردين وعمليات الشراء استنادا للسعر (أقل الأسعار)، واستبداله بإقامة علاقة طويلة الأمد مع المورد واختياره اعتمادا على الأداء؛
- ✓ تشخيص المشاكل واعتماد التحسين المستمر للمنتَج والعمليات؛
- ✓ اعتماد الطرق الحديثة في التدريب؛
- ✓ اعتماد الطرق الحديثة في الإشراف على العاملين في الإنتاج، كما أنه ينبغي أن تتغير مسؤولية رؤساء العمال من الكم إلى النوع؛ أي الاهتمام بالجودة وليس التركيز على الكمية فقط؛
- ✓ طرد الخوف لدى العاملين ليعملوا بكفاءة وفاعلية؛
- ✓ إزالة الحواجز بين الأقسام وتشجيع التعاون وإنشاء فِرَق العمل المشتركة؛
- ✓ عدم اعتماد الأهداف الكمية والشعارات غير الواقعية للعُمَّال بالطلب منهم تحقيق مستويات جديدة من الإنتاجية دون توفير الوسائل لهم؛
- ✓ عدم اعتماد المعايير الكمية للعاملين في الإنتاج؛
- ✓ إزالة العوائق التي تمنع العاملين من الفخر بوظائفهم؛
- ✓ تشجيع التعليم والتطوير الذاتي لكل فرد؛
- ✓ إجراء التغييرات في الهيكل التنظيمي وفي الإدارة العليا كي يساهم الجميع في دفع عملية التغيير والتحويل.

4- جوزيف م.جوران (Joseph M.Juran): هو عالم أمريكي يعتبر المعلم الأول للجودة في العالم، حيث ساهم في تعليم اليابانيين كيفية تحسين الجودة، وقد تقلد وسام إمبراطور اليابان اعترافا بفضله في الرقابة الإحصائية للجودة الذي أمكنه التوصل إليها، وفي سنة (1951م) تمكن من صياغة مجموعة أفكار متماسكة وغير متحيزة حول إدارة الجودة في كتابه **السيطرة على الجودة**[2]. وهو يرى بأن التخطيط للجودة يمر بعدة مراحل كالآتي[3]:

- ✓ تحديد من هُم المستهلكين الحاليين والمرتقبين؛
- ✓ تحديد حاجاتهم وتطلعاتهم ورغباتهم؛

[1] رعد عبد الله الطائي، عيسى قدادة، مرجع سبق ذكره، ص: 67-68.
[2] قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات**، مرجع سبق ذكره، ص: 22-24.
[3] خضير كاظم حمود، **إدارة الجودة وخدمة العملاء**، مرجع سبق ذكره، ص: 26.

- ✓ تطوير مواصفات المنتج لكي تستجيب لحاجات هؤلاء الزبائن؛
- ✓ تطوير العمليات التي من شأنها تحقيق انجاز تلك المواصفات أو المعايير المطلوبة؛
- ✓ نقل نتائج الخطط الموضوعة إلى القوى التشغيلية.

وإذا كان إ.**ديمنج** أُشتهِر بمبادئه الأربعة عشر، فإن **م.جوران** معروف بثلاثية الجودة، والتي تتمثل في الآتي[1]:

- ✓ تخطيط الجودة: وهي عملية إعداد لتحقيق أهداف الجودة، حيث يتم تعريف الزبائن وتطوير المنتجات التي تحقق احتياجاتهم؛
- ✓ مراقبة الجودة: وهي عملية تحقيق أهداف الجودة أثناء العمليات، حيث يتم ذلك من خلال خمس خطوات هي: تحديد ما يجب مراقبته، تحديد وحدات القياس، تطوير نمطيات للأداء، قياس الأداء واتخاذ الإجراءات المناسبة اعتمادًا على تحليل الفجوة بين الأداء الفعلي والنمطي؛
- ✓ تحسين الجودة: وتتمثل في الأنشطة الموجهة تجاه تحقيق مستويات أداء أعلى.

ثانيا– أهمية إدارة الجودة الشاملة.

تهدف إدارة الجودة الشاملة أساسا إلى تحسين مستويات الجودة في المؤسسة، وقد أصبحت الجودة هي المحدد نجاح أو فشل المؤسسات الإنتاجية والخدمية في العالم، ويمكن إجمال أهمية إدارة الجودة الشاملة في الآتي[2]:

- ✓ تخفيض التكلفة وزيادة الإنتاجية؛
- ✓ الجودة تؤدي إلى تحقيق رضا الزبون وتقديم الأفضل من السلع والخدمات؛
- ✓ تحقيق ميزة تنافسية وعائد مرتفع؛
- ✓ تنمية الشعور بوحدة المجموعة وعمل الفريق والثقة المتبادلة بين الأفراد والشعور بالانتماء في بيئة العمل؛
- ✓ تحسين السمعة الطيبة للمؤسسة في نظر الزبائن العاملين (الزبائن الداخليين)؛
- ✓ منهج شامل للتغيير بعيد عن النظام التقليدي المطبق على شكل إجراءات وقرارات؛
- ✓ تغيير سلوكيات أفراد المؤسسة تجاه مفهوم الجودة؛
- ✓ تُمَكِّن من القيام بعملية مراجعة وتقييم الأداء بشكل مستمر.

إن من بين ما يدل على أهمية إدارة الجودة الشاملة هو النجاح الذي حققته المؤسسات اليابانية على حساب المؤسسات الأمريكية والأوروبية، وذلك في الثمانينات من القرن العشرين، حيث أدى تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في اليابان إلى تحقيق سمعة جيدة في مجال الجودة[3]. ويمكن تصنيف مختلف المنافع التي يمكن أن تتحقق من خلال الاستخدام الهادف لإدارة الجودة الشاملة كالآتي[4]:

---

[1] سكوت شافير، جاك ميردث، **إدارة العمليات: منهج عملية الأعمال بصفحات الانتشار**، ترجمة: سرور علي إبراهيم سرور، السعودية: دار المريخ للنشر، 2005، ص: 138.

[2] محمد عوض الترتوري، أغادير عرفات جويحات، مرجع سبق ذكره، ص: 38.

[3] محفوظ أحمد جودة، **إدارة الجودة الشاملة - مفاهيم وتطبيقات**، الطبعة الثانية، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع، 2006، ص: 24.

[4] مهدي السامرائي، مرجع سبق ذكره، ص: 54-55.

1- بالنسبة للمؤسسة: يمكن تحقيق المنافع الآتية:

- ✓ تقوية الوضع التنافسي للمؤسسة من خلال الاستمرار في تحسين جودة السلع والخدمات؛
- ✓ قدرة المؤسسة في التعامل مع المتغيرات حولها؛
- ✓ تحقيق إنتاجية عالية والتخلص من الإهدار، وذلك بتحسين نظام الإنتاج والعمليات، الاعتماد على الحل الفوري للمشكلات، استعمال سبل تقويم الأداء، تحسين إدارة الوقت والتقليل من الأساليب الروتينية في إدارة المؤسسة؛
- ✓ تعزيز ثقة الزبائن بالمؤسسة والانتظام في التعامل معها؛
- ✓ زيادة عوائد وأرباح المساهمين في نمو وتطوير المؤسسة؛
- ✓ التوسع في فتح فروع أو أقسام إنتاجية جديدة بسبب الأرباح والعوائد المتحققة.

2- بالنسبة للزبائن: حسب منظور إدارة الجودة الشاملة فإنه يتم التمييز بين الزبائن الخارجيين، الزبائن الداخليين والزبائن الموردين، ويمكن توضيح ذلك كالآتي:

أ- بالنسبة للزبائن الداخليين (العاملين):

- ✓ تُوفر لهم إدارة الجودة الشاملة الأمن والضمان الوظيفي وتقليل حالات المخاطر في جو العمل؛
- ✓ تطوير مهارات وقدرات العاملين؛
- ✓ تقديم الحوافز والمكافآت المجزية للعمال المجِدِّين والمتميزين؛
- ✓ توفير أدوات تقييم عادلة وموضوعية لتقييم أداء العاملين؛
- ✓ فسح المجال للعاملين للمساهمة في تحسين أداء المؤسسة، وهذا يرفع من الروح المعنوية للعاملين وكسب ولائهم.

ب- بالنسبة للزبائن الخارجيين:

- ✓ التزام المؤسسة بالشروط التعاقدية المتفق عليها؛
- ✓ استلام المنتجات طبقا للمواصفات المتفق عليها؛
- ✓ توفير الوقت والجهد لعدم حاجة الزبون إلى التعامل والبحث عن مؤسسات أخرى توفر ميزات أفضل؛
- ✓ إيفاء المؤسسة بتعهداتها لزبائنها الخاصين الذين يعتمدون عليها في الحصول على السلع والخدمات.

ت- الزبائن الموردين (المجهزين):

- ✓ حصول الموردون على شهادة ثقة تكسبهم مكانة متميزة بين أقرانهم وتفتح لهم فرص أوسع للتعامل؛
- ✓ ضمان الاستمرار بالعمل مع المؤسسات المستوردة بدون الخوف من انصرافها إلى موردين آخرين.

يمكن القول بصفة عامة أن إدارة الجودة الشاملة هي قاطرة عظيمة للتغيير نحو الأفضل، وأن النجاح في هذا التغيير يبدأ من الإدارة العليا عندما يدرك المديرون أن البقاء في السوق واستمرارية المنافسة فيه تحتاج إلى التغيير، وقد وُجد أن هناك أربعة دوافع ومصادر للحاجة إلى التغيير هي الاعتقاد أن الجودة الشاملة هي طريقة جديدة وجيدة للإدارة، تأثير الزبون، المنافسة المحلية والمنافسة العالمية[1].

[1] عبد الفتاح محمود سليمان، **إدارة الجودة الشاملة في شركات ومشروعات التشييد**، الطبعة الأولى، مصر: إيتراك للنشر والتوزيع، 2001، ص: 47.

المطلب الثالث: العلاقة بين إدارة الجودة الشاملة والمواصفات الدولية (ISO 9000).

لقد أصبحت الجودة سلاحا استراتيجيا تستخدمه المؤسسات للمنافسة والتميز على الصعيد العالمي وانسجاما مع توجيهات العولمة، وقد اتخذت العديد من التدابير المعبرة عن ذلك من خلال منظمات دولية، ولعل من أبرزها منظمة المقاييس العالمية **(ISO)**، والتي أصدرت سنة (1987م) سلسلة مواصفات توكيد الجودة التي تعد اللبنة الأساسية للوصول إلى الجودة الشاملة، حيث أصبحت شهادة **(ISO)** مطلبا تجاريا وشرطا أساسيا؛ فهي جواز السفر للسلع المحلية المعدة للتصدير، فالهدف ليس فقط الحصول على الشهادة، وإنما الوصول إلى مؤسسة متطورة تستطيع مواجهة المنافسة العالمية الشديدة بعد انهيار الحواجز التقليدية أمام السلع والخدمات، وسهولة انتقال البضائع ورؤوس الأموال وانتشار الشركات متعددة الجنسيات[1].

أولا– مفهوم المواصفات الدولية (ISO 9000).

لم يختلف الباحثين كثيرا حول إعطاء مفهوم للمواصفات الدولية (ISO 9000)، وهذا ما يفسر عالميتها، ويمكن تعريفها كالآتي:

- ✓ «سلسلة من المواصفات المبنية على مفهوم العملية؛ أي أن كل عمل يتم تأديته من خلال عملية معينة، وتهتم تلك المواصفات بتطبيق نظم إدارة جودة فاعلة لتحقيق التحسين المستمر في جودة السلع والخدمات المقدمة وتحقيق رضا الزبون عنها»[2]؛
- ✓ «سلسلة المواصفات التي تختص بإدارة الجودة الشاملة في قطاع الصناعة والخدمات، والتي تنقسم إلى مجموعة مواصفات تختلف حسب درجة شمولية كل منها»[3]؛
- ✓ «شهادة تمنحها المنظمة العالمية للمواصفات **(ISO)** للمؤسسات التي تتوفر على مجموعة من المقاييس والمعايير في نظام جودتها والتي تفرضها هذه المنظمة»[4].

أما التعريف الشائع والأكثر تداولا فهو أنها: «سلسلة من المواصفات المكتوبة أصدرتها المنظمة العالمية للمواصفات **(ISO)** سنة (1987م)، تحدد هذه السلسلة وتصف العناصر الرئيسية المطلوب توافرها في نظام إدارة الجودة الذي يتعين أن تصممه وتتبناه إدارة المؤسسة، للتأكد من أن منتجاتها (سلع أو خدمات) تتوافق مع – أو تفوق – حاجات أو رغبات وتوقعات الزبائن»[5].

---

[1] رضا صاحب أبو حمد آل علي، سنان كاظم الموسوي، مرجع سبق ذكره، ص: 164-165.

[2] مرزوقي نوال، **معوقات حصول المؤسسات الصغيرة والمتوسطة الجزائرية على شهادة الإيزو 9000 و14000- دراسة ميدانية لبعض المؤسسات الصناعية**، رسالة ماجستير في اقتصاد وتسيير المؤسسات الصغيرة والمتوسطة، الجزائر: جامعة فرحات عباس – سطيف، 2010، ص: 55.

[3] غربي ناصر صلاح الدين وآخرون، **فعالية نظام إدارة الجودة الشاملة ومعايير ال ISO 9000 في تعزيز القدرة التنافسية للمؤسسات**، ورقة بحثية مقدمة إلى الملتقى العلمي الوطني حول: استراتيجيات التدريب في ظل إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحقيق الميزة التنافسية، الجزائر: جامعة سعيدة، 2009، ص: 16.

[4] نفس المكان السابق.

[5] سمير محمد عبد العزيز، **جودة المنتج بين إدارة الجودة الشاملة والأيزو 9000 و10011**، الطبعة الأولى، مصر: مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية، 1999، ص: 147.

بعد التطرق إلى مفهوم المواصفات الدولية (ISO 9000)، وحتى يتم فهم معناها جيدا، لابد من التطرق إلى بعض المفاهيم والتعاريف ذات العلاقة بها:

- **المواصفات الدولية لنظام إدارة البيئة (ISO 14000)**: صَدَرَت عن المنظمة الدولية للتقييس **(ISO)** سلسلة من المواصفات القياسية الموحدة لتسترشد بها المؤسسات المختلفة في قياس درجة جودة أدائها البيئي، وذلك بهدف تحقيق مزيد من التطوير والتحسين في المؤسسة لحماية البيئة[1]. ويمكن تعريف نظام إدارة البيئة بأنه: «نظام للتسيير يتضمن مجموعة من معايير محددة يجب توفيرها في السلع والخدمات وعملية تصنيعها بهدف حماية البيئة»[2].
- **التقييس:** تعرفه المنظمة العالمية للمواصفات بأنه: «نشاط يعطي حلولا ذات التطبيق المتكرر للمشكلات التي تقع في الغالب في حقول العلم والتكنولوجيا والاقتصاد، والذي يهدف إلى تحقيق أكبر درجة من النظام في محيط معين، حيث يتعلق النشاط عادة بعملية إعداد المواصفات وإصدارها وتطبيقها»[3].
- **المنظمة العالمية للمواصفات**[*]: يرمز مصطلح **(ISO)** لاسم المنظمة العالمية للتقييس **(Organization For Standardization International)**، أما كلمة **(ISO)** فأصلها إغريقي **(Isos)** وتعني التساوي، ومنظمة **(ISO)** هي اتحاد عالمي يضم هيئات التقييس الوطنية في دول العالم، تأسست سنة (1947م) ومقرها **جنيف بسويسرا** وعدد أعضائها أكثر من (150)، حيث كل عضو يمثل دولة واحدة.

رسالة هذه المنظمة هو تشجيع وتطوير وتوحيد المواصفات العالمية وجميع الأنشطة ذات العلاقة، والمتضمنة تقويم المطابقة بهدف تسهيل التبادل التجاري الدولي للسلع والخدمات، فضلا عن تطوير التعاون في مجالات الأنشطة العلمية والتكنولوجية والاقتصادية، ويقع على عاتق منظمة **(ISO)** مهمة تطوير المواصفات في المجالات كافة باستثناء المواصفات الفنية للمنتجات الخاصة بالصناعات الكهربائية والهندسية الإلكترونية، والتي هي من مسؤولية منظمة أخرى تأسست سنة (1906م) تسمى **باللجنة العالمية للإلكترونيات التقنية (EIC)** [4].

ويمكن تعريف كل من نظام الجودة، نظام الإدارة ونظام إدارة الجودة كالآتي[5]:

- ✓ **نظام الجودة:** هو الهيكل التنظيمي، الإجراءات، العمليات والموارد اللازمة لتطبيق إدارة الجودة؛
- ✓ **نظام الإدارة:** هو الهيكل التنظيمي، اللوائح والتشريعات التنظيمية، الأفكار، القيم وطرق العمل في الإدارة؛
- ✓ **نظام إدارة الجودة:** هو المصطلح الذي يستخدم في التعبير عن نظام الإدارة في المؤسسة عندما يكون التركيز على الأداء الكلي للمؤسسة مرتبطا بأهدافها تجاه الجودة.

---

[1] قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة في الخدمات**، مرجع سبق ذكره، ص: 281.

[2] علالي مليكة، **أهمية الجودة الشاملة ومواصفات الإيزو في تنافسية المؤسسة**، رسالة ماجستير في تسيير المؤسسات الصناعية، الجزائر: جامعة بسكرة، 2004، ص: 64.

[3] عبد الستار العلي، **تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة**، الطبعة الأولى، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2008، ص: 311.

[*] من مسميات المنظمة العالمية (الدولية) للمواصفات نذكر: المنظمة العالمية للتقييس، المنظمة العالمية للمعايير، المنظمة العالمية للمقاييس.

[4] محمد عبد الوهاب العزاوي، **أنظمة إدارة الجودة والبيئة: ISO 9000, ISO 14000**، الطبعة الأولى، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع، 2002، ص: 29-30.

[5] نفس المرجع السابق، ص: 40.

ثانيا– مزايا الحصول على شهادة (ISO 9000).

تتنوع المزايا المتأتية من تطبيق مواصفات أنظمة إدارة الجودة **(ISO 9000)** تبعا لتعدد الجهات المستفيدة منها، والمتمثلة في المؤسسة، العاملين والزبائن، ويمكن حصر المنافع التي تعود على كل طرف من هذه الأطراف كالآتي[1]:

1– بالنسبة للمؤسسة: ينعكس تطبيق مواصفات **(ISO 9000)** على المؤسسة بصورة ايجابية سواء من الناحية الداخلية أو من الناحية الخارجية، ويمكن توضيح ذلك كالآتي:

أ– المنافع الداخلية: وتتمثل في مختلف الإيجابيات المتحققة داخل المؤسسة، وأهمها:

- **تحسين جوانب الأداء:** وذلك من خلال:

✓ رفع الكفاءة الإنتاجية والتشغيلية والاستخدام الأمثل لوسائل الإنتاج؛

✓ التخطيط الجيد للمنتجات وتنويعها والتطوير والتحسين المستمر لجودتها؛

✓ ضبط وتطوير عمليات الاتصال الداخلي والتعاون والتنسيق بين مختلف وظائف المؤسسة؛

✓ المساعدة في إيجاد الحلول للمشاكل ومنع حدوث تكرارها.

- **تخفيض التكاليف:** سواء التكاليف التشغيلية أو تكاليف أخرى، خصوصا الناتجة عن اللاجودة، وتتضمن تكاليف الوقاية، وتكاليف الكشف والاختبار، وتكاليف المعيب أو تكاليف الإختلالات الداخلية والخارجية.
- **زيادة ربحية المؤسسة:** من خلال زيادة حجم المبيعات نتيجة تحسين العمليات الإنتاجية وتدني التكاليف.

ب– المنافع الخارجية: وهي تتعلق بالمحيط الخارجي للمؤسسة، وأهمها:

✓ تكوين صورة طيبة عن المؤسسة في بيئة الأعمال وزيادة الثقة بمنتجاتها؛

✓ حصول المؤسسة على تسهيلات كبيرة في مجال إزالة الحواجز أمامها عند تصدير منتجاتها؛

✓ تمكين المؤسسة من تلبية طلب السوق؛

✓ بناء ميزة تنافسية قوية؛

✓ زيادة الحصة السوقية بسبب زيادة ثقة الزبائن في جودة منتجات المؤسسة؛

✓ تمكين المؤسسة من الدخول في أسواق جديدة.

2– بالنسبة للعاملين: يمكن حصر أهم المنافع التي تعود على العاملين من وراء تطبيق المؤسسة لمواصفات **(ISO 9000)** كالآتي:

✓ رفع الروح المعنوية للعاملين؛

✓ زيادة مستوى الرضا عن العمل من خلال التحسين في ظروف العمل؛

✓ تعزيز شعور الانتماء للمؤسسة؛

✓ رفع مستوى أداء العاملين من خلال رفع كفاءتهم عن طريق التوجيه والتدريب المستمر والمكثف.

[1] مرزوقي نوال، مرجع سبق ذكره، ص: 57-58.

3- بالنسبة لزبائن المؤسسة: تتمثل المنافع المتحققة لزبائن المؤسسة في زيادة رضاهم، وهذا من خلال فهم المؤسسة لاحتياجاتهم ورغباتهم وتوفيرها بالمكان والوقت المطلوبين، وكذلك تسهيل حصولهم على المعلومات التي يحتاجونها سواء المتعلقة بالمؤسسة ككل أو بمنتجاتها.

ثالثا- خطوات ومراحل الحصول على شهادة (ISO 9000).

حدد **توفيق محمد عبد المحسن** في كتابه **"اتجاهات حديثة في الجودة والقياس"** المنشور سنة (2008م)، خطوات الحصول على شهادة **(ISO 9000)** كالآتي[1]:

1- ضرورة اقتناع إدارة المؤسسة بأهمية الجودة في تحقيق أهداف المؤسسة؛

2- وجود اتجاه إيجابي لدى طبقة الإدارة العليا بأهمية شهادة **(ISO)**؛

3- إلمام المسؤولين بالمؤسسة بمكونات شهادة **(ISO 9000)** ومكونات نظام الجودة؛

4- مناقشة مواصفات **(ISO)** مع طبقة الإدارة العليا واختيار النظام المناسب؛

5- الاستفادة من الخبرات والاستشارات الخارجية في فهم النظام؛

6- تشكيل فرق عمل نظام الجودة في فترة محددة؛

7- تدريب أعضاء الفريق على الجوانب المختلفة لنظام **(ISO 9000)**؛

8- توصيف نظام الجودة الحالي بالمؤسسة لتحديد نقاط القوة والضعف به؛

9- وضع خطة لتحديد مراحل العمل مع وضع جدول زمني لتنفيذ كل مرحلة؛

10- كتابة التعليمات والإجراءات الخاصة بالجودة وظروف المؤسسة؛

11- وضع دليل عمل مراجعة الجودة يتضمن الإجراءات التي تحقق نظام الجودة طبقا لشهادة **(ISO 9000)**؛

12- تدريب العاملين على الطرق والإجراءات اللازمة لتنفيذ النظام؛

13- إحداث التغيير اللازم في الهيكل والمناخ التنظيمي بشكل ينطبق مع متطلبات النظام؛

14- تحديد موعد لتنفيذ النظام؛

15- مراجعة النظام بواسطة استشاري خارجي بعد عدة شهور، للتأكد من المؤسسة بوصفها الحالي أصبحت في موقف يمكنها من الحصول على شهادة **(ISO 9000)**؛

16- اتخاذ إجراء تصحيحي لعلاج أي قصور في النظام الحالي؛

17- مراجعة نظام الجودة بعد فترة زمنية أخرى للتأكد من عدم وجود أي نوع من القصور؛

18- ترتيب مراجعة مبدئية من قبل إحدى الوكالات الخارجية والمتخصصة في تطبيق النظام؛

19- اتخاذ إجراء تصحيحي بناء على ملاحظات فريق المراجعة الخارجي؛

20- إجراء تقييم رسمي من قبل إحدى الجهات المتعارف عليها والتي تقوم بمنح الشهادة؛

21- بعد التسجيل والحصول على شهادة **(ISO 9000)** يجب على المؤسسة الاستمرار في عملية تحسين الجودة

[1] مدحت أبو النصر، مرجع سبق ذكره، ص: 100-102.

حتى لا يتم سحب الشهادة مرة أخرى.

وتمنح شهادة **(ISO 9000)** لمدة ثلاث سنوات مع متابعة تنفيذ النظام من الجهة المانحة بزيارات كل ستة أشهر، إن المؤسسة الراغبة في الحصول على شهادة **(ISO 9000)** ينبغي أن تمر بمراحل تأهيل للحصول على هذه الشهادة، وذلك حتى تصبح أنظمة الجودة في هذه المؤسسة ذات خصائص متوافقة مع المتطلبات التي نصت عليها المواصفة **(ISO 9001)** لإصدار سنة (2000م)، وذلك لأنه الإصدار الأحدث الذي ينبغي على المؤسسة أن تتوافق مع متطلباته، ويمكن تلخيص الخطوات السابقة في مجموعة من المراحل كالآتي[1]:

- **مرحلة الإعداد والتحضير**: تعتبر الأساس التي تبنى عليه باقي المراحل، حيث يتم فيها وضع الخطة المستهدفة لتطبيق المواصفة العالمية **(ISO 9001)**، وعليه فلابد أن تبدأ بدعم قوي من الإدارة العليا وتنتهي بالقناعة التامة لدى العاملين بأهمية إنشاء وتطبيق نظام الجودة **(ISO 9001)**.
- **مرحلة التقييم**: حيث يتم تقييم أداء المؤسسة من قبل لجنة الإدارة، ويكون التقييم بتوفير المعلومات عن مدى توافق نظام الجودة القائم في المؤسسة مع متطلبات المواصفة الدولية **(ISO 9001)**، وذلك بالمقارنة وتحديد المجالات التي تحتاج إلى التحسين للتوافق مع المتطلبات الواردة في المواصفة، والتي سيتم إنشاء نظام الجودة وفقا لها.
- **مرحلة التوثيق**: هي من المراحل الأساسية قبل تطبيق نظام إدارة الجودة، والتوثيق هو بمثابة الدليل المادي، ويُعد إلزاميا للتحقق من تطبيق نظام إدارة الجودة المعمول به في المؤسسة، وذلك بكتابة وتوثيق إجراءات المؤسسة وتعليمات العمل والإجراءات التصحيحية والوقائية.
- **مرحلة التطبيق**: حيث يتم تطبيق ما تم توثيقه من إجراءات في المرحلة السابقة، ويشمل ذلك بدء حملة واسعة لتوعية وتدريب العاملين حتى يفهموا ويستوعبوا نظام الجودة والتحكم بالأدوات والآلات والتقنيات المطلوبة، وكذلك ليساهموا بفاعلية في تطبيق النظام الموثق، ويكون تدريب وتأهيل العاملين بشرح كيفية تطبيق الإجراءات وتعليمات العمل والوثائق الإرشادية التي تم تطويرها في كل قسم من أقسام المؤسسة.
- **مرحلة التدقيق (المراجعة) الداخلي لنظام إدارة الجودة**: بغية تعديل وتطوير الإجراءات المطبقة تقوم المؤسسة بتدريب وتأهيل عدد من العاملين لِيُكَوِّنُوا فريق التدقيق الداخلي وصيانة وتطوير النظام، ويقوم هذا الفريق وتحت إشراف ممثل الإدارة بعمل تدقيق داخلي شامل على نظام الجودة في المؤسسة، وتحديد جوانب القصور وعدم المطابقة في النظام ووضع خطة لمعالجتها، فالتدقيق الداخلي هو بهدف التأكد من أن نظام الجودة مطبق وفعَّال ويحقق سياسات وأهداف الجودة، وعلى الإدارة العليا مراجعة النظام دوريا للتأكد من أن سياساتها محققة ولتقيم فعالية النظام وسبل تطويره. وتتضمن عملية المراجعة الآتي:

---

[1] عبد الهادي مختار، بن الحاج جلول ياسين، **تطبيق المواصفات الدولية إيزو 9000 أداة في تحقيق الميزة التنافسية للمؤسسات الاقتصادية**، ورقة بحثية مقدمة إلى الملتقى العلمي الوطني حول: استراتيجيات التدريب في ظل إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحقيق الميزة التنافسية، الجزائر: جامعة سعيدة، 2009، ص: 10-12.

- صالح ناصر عليمات، **إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات التربوية: التطبيق ومقترحات التطوير**، الطبعة الأولى، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع، 2004، ص: 64-65.

- محفوظ أحمد جودة، مرجع سبق ذكره، ص: 317.

- ✓ **مراجعة الكفاية:** ويقصد بها مدى كفاية إجراءات ووثائق نظام الجودة المتبع بالمؤسسة لتحقيق متطلبات المواصفات الدولية **(ISO 9000)**.
- ✓ **مراجعة الإذعان:** وهي مقياس لمدى التزام العاملين بالمؤسسة لتطبيق نظام الجودة.

▪ **مرحلة التسجيل للحصول على شهادة المطابقة:** بعد التدقيق الداخلي تقوم إدارة المؤسسة باختيار الجهة المانحة للشهادة، حيث عند هذا الاختيار ينبغي مراعاة الآتي: أن تكون الجهة معتمدة من أحد جهات الاعتماد العالمية، مجال عمل هذه الجهة يغطي مجال نشاط المؤسسة،...الخ، ثم تقوم هذه الجهة بمراجعة وثائق الجودة للمؤسسة، وبعدها يتم تحديد موعد للزيارة الميدانية للمؤسسة من طرف فريق التدقيق ليتم فيما بعد منح الشهادة، وباستثناء عند تسجيل هذا الفريق لحالات عدم مطابقة جسيمة فإن منح الشهادة يؤجَل حتى بعد زيارة أخرى، وخلال فترة وجيزة للتأكد من معالجة حالات عدم المطابقة الجسيمة.

▪ **مرحلة الصيانة (ما بعد التسجيل):** بعد حصول المؤسسة على الشهادة المطلوبة فإن عليها الحفاظ على نفس المستوى الذي حققته عند حصولها على هذه الشهادة، وذلك أن المؤسسة (الجهة) المانحة للشهادة تقوم بفحص نظام إدارة الجودة من خلال زيارات دورية مُجَدْوَلة تتم عادة كل ستة أشهر، إضافة إلى زيارات مفاجئة في حالة استلام شكاوى عن عيوب في منتجات المؤسسة، وبالتالي على المؤسسة حتى لا يتم سحب هذه الشهادة منها أن تلتزم بالمراقبة المستمرة لنظام الجودة فيها للحفاظ على مستواه وتطويره.

ونشير إلى أن هيكل المنظمات المختصة بشهادة **(ISO)** يتضمن المنظمة الدولية للتقييس **(ISO)** المختصة في تصميم وتطوير مواصفات **(ISO 9000)** والمواصفات الدولية الأخرى، ولا تتدخل في إصدار (منح) شهادة المطابقة مع المواصفة، ذلك أن هيكل المنظمات المختصة بشهادة **(ISO)** يتكون كذلك من جهات أخرى من بينها جهات مختصة بإصدار(منح) شهادة المطابقة[1]. هذه الشهادة هي تأكيد من قبل جهة الإصدار على أن نظام إدارة الجودة الذي يغطي ناحية محددة من النشاطات قد تم تقييمه ووجد أنه يتوافق مع مقاييس (متطلبات) **(ISO 9000)** [2].

رابعا– العلاقة بين إدارة الجودة الشاملة والمواصفات الدولية (ISO 9000).

يوجد التباس عند البعض في التفريق بين مفهوم إدارة الجودة الشاملة والمواصفات الدولية **(ISO 9000)**، فالبعض يرى أنهما شيء واحد، ويمكن تحديد بعض أوجه الشبه بين **(ISO)** وإدارة الجودة الشاملة في النقاط الآتية[3]:

- ✓ أن مواصفات **(ISO)** تمثل إدارة الجودة الشاملة من وجهة نظر الزبون؛
- ✓ أن إدارة الجودة الشاملة تركز على فاعلية وكفاءة عمليات المؤسسة بشكل شامل والحصول على الشهادة؛
- ✓ أن مواصفات **(ISO)** تركز على التوثيق والمراجعات، وهذا ما يهيئ الفرص لتحسين إدارة الجودة ونظم توكيدها.

[1] حميد عبد النبي الطائي وآخرون، **إدارة الجودة الشاملة TQM والأيزو ISO**، الطبعة الأولى، الأردن: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، 2003، ص: 136-137.

[2] سوسن شاكر مجيد، محمد عواد الزيات، **إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات في الصناعة والتعليم**، الطبعة الأولى، الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع، 2007، ص: 149.

[3] مهدي السامرائي، مرجع سبق ذكره، ص: 379-380.

رغم أوجه الشبه بين إدارة الجودة الشاملة والمواصفات الدولية **(ISO 9000)**، فإنه توجد الكثير من الاختلافات، ولعل أبسطها تعدد المفاهيم حول إدارة الجودة الشاملة عكس مواصفات **(ISO 9000)** التي لم يختلف الكتاب كثيرا حول تعريفها، وهذا ما يعكس عالميتها، ويمكن تبيين أبرز نقاط الاختلاف كما في الجدول الآتي:

الجدول (2-2): التقابل بين إدارة الجودة الشاملة ومواصفات (ISO 9000) لإصدار سنة (2000م).

إدارة الجودة الشاملة	مواصفات (ISO 9000)
1- موجهة بالزبائن؛	1- ليس ضروري أن تكون موجهة بالزبائن؛
2- تمثل المحور الأساسي لاستراتيجية المؤسسة؛	2- قد لا تمثل جزءا متكاملا من الاستراتيجية؛
3- تشمل جميع الإدارات والأقسام والوحدات والمستويات التنظيمية؛	3- يمكن تطبيقها على أقسام أو إدارات محددة وليس بالضرورة على المؤسسة ككل؛
4- تسعى إلى مشاركة العاملين بشكل واسع وكبير؛	4- تحديد العاملين الذين يقومون بأعمال تؤثر على جودة المنتَج من ذوي الكفاءة والخبرة والمهارة؛
5- الاهتمام بالتصميم الفعال للسلع والخدمات لتحقيق رضا الزبون؛	5- التأكيد على مراقبة وقياس خصائص المنتج حتى تتم تلبية متطلباته والمحافظة على المطابقة لمعايير القبول؛
6- مدى التطبيق لأي بعد من أبعادها يختلف من مؤسسة إلى أخرى؛	6- تطبيق نفس القواعد التي على أساسها تم الحصول على شهادة الإيزو، لذلك فهذه القواعد متماثلة في كل المؤسسات؛
7- لا يوجد مراجعة وتفتيش دوري، حيث المؤسسة لها نموذج خاص بها ولها حرية التصرف؛	7- المؤسسة خاضعة إلى المراجعة والتفتيش الدوري من قبل المنظمة الدولية للمواصفات والمقاييس؛
8- المؤسسات الكبيرة والدولية تعمل على تطبيق إدارة الجودة الشاملة لغرض تعزيز قدراتها التنافسية وذلك بالتعامل المباشر والمستمر مع الزبائن.	8- تسعى المؤسسات الصغيرة للحصول على شهادة الإيزو لغرض فتح أسواق جديدة لها سواء كانت إقليمية أو عالمية.

المصدر: إعداد الطالب بالاعتماد على:

- مهدي السامرائي، **إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي**، الطبعة الأولى، الأردن: دار جرير للنشر والتوزيع، 2007، ص: 380.
- سمير محمد عبد العزيز، **جودة المنتج بين إدارة الجودة الشاملة والأيزو 9000 و10011**، الطبعة الأولى، مصر: مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية، 1999، ص146.
- محمد عبد الوهاب العزاوي، **إدارة الجودة الشاملة**، الأردن: دار اليازوري للنشر والتوزيع، 2005، ص 81.
- أياد فاضل محمد التميمي، **إدارة الجودة الشاملة وأثرها في الأداء الوظيفي للعاملين**، المؤتمر العلمي الثاني حول الجودة الشاملة في ظل إدارة المعرفة وتكنولوجيا المعلومات، الأردن، عمان: جامعة العلوم التطبيقية، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، يومي 26-27 أفريل 2006، ص: 11-12.

ما يمكن أن نلاحظه ونستخلصه من الجدول (2-2) هو أن إدارة الجودة الشاملة تعتبر أشمل من المواصفات **(ISO 9000)**، فمثلا نجد أنه على عكس إدارة الجودة الشاملة فإن تحقيق المواصفات **(ISO 9000)** والحصول على شهادة المطابقة لا يقتضي بالضرورة المشاركة الواسعة للعاملين، كما أنه ليس ضروريا تطبيق المواصفات على

المؤسسة ككل، كذلك هذه المواصفات ليس بالضرورة أن تكون موجهة بالزبائن؛ أي أن المؤسسة لا تستشير زبائنها في تحديد المواصفات الدولية، بل أن هذه المواصفات يتم تحديدها من المنظمة الدولية للمواصفات.

رغم الاختلافات المذكورة إلا أنه يوجد تكامل بين إدارة الجودة الشاملة و**(ISO 9000)**، ذلك أنَّ المواصفات الدولية **(ISO 9000)** تعد الخطوة الأولى لتحقيق إدارة الجودة الشاملة؛ إذ أن تطبيق المؤسسة لهذه المواصفات سيحقق أهداف الجودة الشاملة باعتبارها حالة مثالية تسعى المؤسسات إلى تحقيقها، حيث ينبغي على المؤسسة الاعتماد منذ البداية على متطلبات نظام **(ISO)**، ومحاولة تطويع متطلبات هذا النظام ليخدم متطلبات إدارة الجودة الشاملة بالتوجه نحو التحسين المستمر لجودة المنتَج وتطوير عمليات الإنتاج والتصنيع.

فمواصفات **(ISO9000)** تعتبر هيكلا أساسيا للمؤسسة التي تهدف للوصول إلى إدارة الجودة الشاملة، ولا تحتوي مواصفات **(ISO)** على الطرق التي يمكن بواسطتها حل المشاكل التي تواجهها المؤسسات، وبالتالي فإن **(ISO9000)** تزود المؤسسة بمجموعة من التعليمات التي تؤكد على الأشياء بطريقة صحيحة، وإدارة الجودة الشاملة من الناحية الأخرى تركز على عمل الأشياء بشكل صحيح وعمل الأشياء الصحيحة، كما أن **(ISO9000)** قد لا تعطي الإجابات الكاملة عن كل شيء يخص المؤسسة، ولكن يعتبر الخطوة الأولى الصحيحة نحو طريق إدارة الامتياز، كما أنه يشكل البنية الهيكلية الأساسية الجيدة التي تبنى عليها إدارة الجودة الشاملة[1].

إن نظام إدارة الجودة وفقا لمعايير **(ISO 9000)** لا يعكس فلسفة ومبادئ إدارة الجودة الشاملة، وعليه فإن المؤسسات التي تتجه إلى تطبيق إدارة الجودة الشاملة يجب أن تذهب في نظام إدارة الجودة إلى ما هو أبعد من معايير **(ISO 9000)**، وأن يجسد النظام الفلسفة والمبادئ الخاصة بإدارة الجودة الشاملة[2].

ومن الخطأ أن تَعتبر المؤسسة أن الحصول على شهادة **(ISO)** هو نهاية المطاف وتتوقف عند هذا الحد، حيث هذا يعتبر من الأسباب التي جعلت القائمين والمهتمين بمواصفات **(ISO 9000)** إلى اللجوء لإصدار المواصفات الجديدة المعدَّلة **(ISO 9000)** لسنة (2000م)*، والتي تقترب من مفاهيم إدارة الجودة الشاملة[3]. وهكذا فإن الجودة الشاملة ترتبط بالتحسين المستمر الذي لا ينتهي، والذي يمكن تشبيهه بعجلة تصعد مرتفعا، بينما تكمن فعالية **(ISO)** في كفاءته لمنع هذه العجلة من الانحدار والتراجع[4]، ويمكن توضيح ذلك كما في الشكل الآتي:

---

[1] محمد عوض الترتوري، أغادير عرفات جويحات، مرجع سبق ذكره، ص: 51-52.

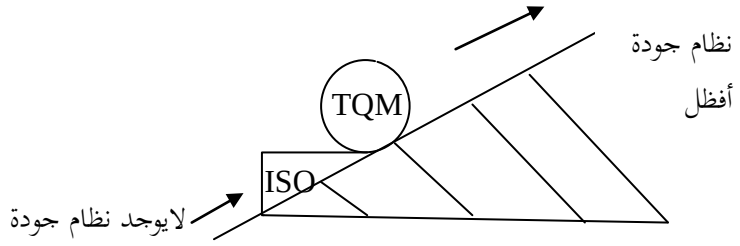
[2] رعد عبد الله الطائي، عيسى قدادة، مرجع سبق ذكره، ص: 359.

* نشير إلى أن هنـــاك إصدارات أحدث من سنة 2000م، مثل إصدار 2008م، وإصدار 2016م، حيث أن المــلاحظ لمختلف إصدارات مواصفــات **(ISO 9000)** يجد أن الإصدارات الأحدث تقترب أكثر من مفهوم إدارة الجودة الشاملة.

[3] فريد عبد الفتاح زين الدين، **تطبيق إدارة الجودة الشاملة بين فرص النجاح ومخاطر الفشل**، الطبعة الأولى، مصر: المكتبة القومية المصرية، 2002، ص: 66.

[4] حميد عبد النبي الطائي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 141.

الشكل (2-1): العلاقة بين نظام (ISO 9000) وإدارة الجودة الشاملة.



المصدر: حميد عبد النبي الطائي وآخرون، **إدارة الجودة الشاملة TQM والأيزو ISO**، الطبعة الأولى، الأردن: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، 2003، ص 143.

ويمكن أن تضم إدارة الجودة الشاملة في جوانبها نظام **(ISO)**، فالمؤسسات يمكنها أن تحصل على شهادة **(ISO)** دون أن تكون قد استكملت تطبيق إدارة الجودة الشاملة، فهو بالنسبة إليها بداية لمواصلة الطريق نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة، والتي هي رحلة طويلة ليس لها محطة وصول، غاياتها الاستمرارية في التحسين والتطوير، ولذلك فإن **(ISO)** لا يعد بديلا لنظام إدارة الجودة الشاملة الذي يمثل فلسفة عمل واستراتيجية[1].

ما يمكن أن نستنتجه مما سبق هو أن رغم الشبه بين إدارة الجودة الشاملة والمواصفات الدولية **(ISO 9000)**، إلا أنهما مفهومان مختلفان، ولكن متكاملان (ليس بديلان)، مختلفان لأن إدارة الجودة الشاملة تعتبر أشمل من المواصفات الدولية **(ISO 9000)**، ومتكاملان لأن المؤسسة يمكن أن تنتهج **(ISO)** كخطوة أولية في طريق الوصول إلى تطبيق الجودة الشاملة، أما المؤسسة التي نجحت في تطبيق إدارة الجودة الشاملة بدون أن تنطلق من **(ISO)** كخطوة أولية، ولم تحقق المواصفات الدولية **(ISO 9000)** في أنظمة جودتها، فإنه يلزمها تغييرات بسيطة فقط حتى تحقق هذه المواصفات وتحصل عل شهادة المطابقة.

[1] مهدي السامرائي، مرجع سبق ذكره، ص: 379.

المبحث الثاني: عموميات حول إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

إن المؤسسات الصحية بمختلف أنواعها وسواء كانت هادفة للربح أو لا هي بحاجة إلى الأخذ بمنهج إدارة الجودة الشاملة، وهذا لأن هذا المنهج له منافع كبيرة يمكن أن تجنيها هذا المؤسسات، وبما ينعكس إيجابيا على جميع أفراد المجتمع، وسنحاول تبيين بعض ملامح هذا المنهج في مجال الخدمات الصحية.

المطلب الأول: ماهية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

رغم أن مفهوم إدارة الجودة الشاملة لا يختلف كثيرا في مختلف أنواع المؤسسات، إلا أن الكثير من الباحثين حاولوا إعطاء تعريف لها في مجال الخدمات الصحية، كما أن لها تاريخ نشأة وظهور في هذا المجال، وفي إطار هذه النشأة ظهرت أساليب إدارية أخرى، وخاصة أسلوب إدارة الجودة النوعية، والذي يعتبر أكثر الأساليب التباسا بمنهج إدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي.

أولا– مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

يعتبر مفهوم منهج إدارة الجودة الشاملة حديثا نسبيا في المجال الصحي، حيث بدأ تطبيق هذا المنهج في المجال الصناعي ثم امتدت تدريجيا إلى القطاعات الأخرى بما فيها الخدمات الصحية، ويمكن تعريف إدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي كالآتي:

- ✓ «المدخل الإداري الذي يقوي ويعزز الرضا لدى جميع الأطراف في أنظمة الرعاية الصحية، وهم المرضى، الأطباء، جهاز التمريض، الموردون وغيرهم من المساهمون في هذا النظام، من خلال الجهود المبذولة من كافة عناصر قوة العمل لغرض تحقيق التحسينات المستمرة والمساهمة القوية للإدارة العليا، وكذلك تمكين كافة العاملين وتحسين وسائل الاتصالات بينهم في تقديم خدمات الرعاية الصحية بصورة أفضل»[1]؛
- ✓ «تعمل على تمكين المؤسسة الصحية ودوائرها فيها لتحسن قدراتها لموائمة أو استباق متطلبات وحاجات المرضى، من خلال مدخل منظم للمراقبة والمراجعة وتعزيز جودة الرعاية والخدمة المقدمة التي يتبناها صانعوا الخدمة الصحية»[2]؛
- ✓ «الاستراتيجية الشاملة التي تهدف من ورائها المؤسسة الصحية إلى تحقيق التغيرات في الخصائص والصفات التي تجعل الأفراد جميعهم (الأطباء، كوادر التمريض، الفنيون،...الخ) يستخدمون طرق وأساليب الجودة بالشكل الذي يحقق الوفرة بالكلف، بالإضافة إلى تلبية متطلبات المرضى والزبائن الآخرين الذين يطلبون الرعاية الصحية »[3]؛
- ✓ «خلق وتطوير قاعدة من القيم والمعتقدات التي تجعل كل موظف يعلم أن الجودة في خدمة المستفيد هي الهدف الأساسي للوحدة الصحية، وأن طريق العمل الجماعي وفِرَق العمل هي الأسلوب الأمثل لإحداث التغيير المطلوب في المستشفى »[4]؛

---

[1] عبد الستار العلي، مرجع سبق ذكره، ص: 302.
[2] سيد أحمد حاج عيسى، مرجع سبق ذكره، ص: 82.
[3] عبد الستار العلي، مرجع سبق ذكره، ص: 300-301.
[4] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، مرجع سبق ذكره، ص: 193.

- ✓ «إطار تلتزم من خلاله المؤسسات الصحية والعاملون فيها بمراقبة وتقويم جميع جوانب نشاط هذه المؤسسات (المدخلات والعمليات إلى جانب المخرجات) لتحسينها بشكل مستمر»[1]؛
- ✓ «عملية ذاتية شاملة متسلسلة لضمان التحسن المستمر في جودة الخدمات، وبما يتناسب مع حاجة كل مواطن وسهولة الحصول عليها، وإن مجال العمل في المؤسسة الصحية يركز على الاهتمام بالمرضى وتحسين الخدمات المقدمة لهم »[2].

في الأخير يمكن القول أن مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية يتشابه إلى حد كبير مع مفهومها بصفة عامة، ويمكن القول بأنها عبارة عن: "ثقافة تنظيمية ومنهج إداري يقوم على إحداث تغيير شامل في مختلف نشاطات المؤسسة الصحية (المدخلات، العمليات والمخرجات)، وتوجد مجموعة من المبادئ يقوم عليها هذا المنهج، وخاصة منها المشاركة الجماعية للعاملين في المؤسسة الصحية، والتركيز على المريض، والتحسين المستمر للجودة، وتَبَنِّي هذه المبادئ يؤدي إلى تحسين جودة الخدمات الصحية بشكل مستمر، بما ينعكس على رضا الزبائن وتحقيق أهداف المؤسسة الصحية والتميز في أدائها".

لأجل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية وضع الدكتور **دونالد بيروك** المفاهيم والمبادئ الآتية[3]:

- ✓ ضرورة استعمال وسائل تحسين الجودة في المجالات الصحية، لأن استخدام هذه الوسائل يؤدي إلى التركيز على مشكلة معينة في النظام الصحي وليس على النظام بأكمله؛
- ✓ أهمية تشكيل الفرق المشتركة في جميع المستويات والوظائف المتداخلة لتحسين جودة الخدمة مما يساعد على فهم العلاقات المتداخلة والمترابطة بين العمليات؛
- ✓ ضرورة استخدام البيانات المتوفرة في المؤسسات الصحية لتحسين جودة الرقابة الصحية، وهذه البيانات يمكن تحليلها بطرق جديدة والاستفادة منها في عملية التحسين؛
- ✓ استعمال الطرق الجديدة للتحسين التي تتبع مفاهيم جديدة هي العمل الجماعي، التجارب العلمية، التحليلات العلمية والاحتمالات، بدلا من المفاهيم القديمة كالتفتيش، المراقبة، اللوم والحوافز؛
- ✓ إن تدني مستوى الجودة عملية مكلفة في مجال الصحة (تكلفة الهدر، الإعادة، الخدمات الكثيرة، التعقيد في الإجراءات وكثرة الأوامر) كما في مجال الصناعة؛
- ✓ دور الأطباء في مجال التحسين مهم جدا بالرغم من انشغالاتهم، لأن بإمكانهم تعطيل جهود تحسين الجودة؛
- ✓ التدريب على الأمور الهامة التي يجب الانتباه إليها أثناء عملية التحسين، وهذا يشمل جميع العاملين في القطاع الصحي بما في ذلك المديرين؛

---

[1] عدمان مريزق، **واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية: دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، الجزائر: جامعة الجزائر، 2008، ص: 41.

[2] عبد الرزاق بشير دنقير، **دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الرعاية الصحية**، متاح على: {www.enginspection.com/DIN%20EN%20ISO%209001_files/PDF/20.pdf }، أطلع عليه في (2011/05/27)، ص: 3.

[3] كحيلة نبيلة، مرجع سبق ذكره، ص: 104.

- ✓ الاهتمام المبكر بتحسين الإجراءات الإدارية والخدمات المساعدة على تدعيم الخدمات السريرية، والتي تعطي نتائج سريعة وواضحة وتشجع على الاستمرار وحل المشاكل السريرية المعقدة؛
- ✓ المؤسسات الصحية بحاجة إلى تعريف أوسع وأشمل للجودة؛
- ✓ مصير برامج تحسين الجودة في المؤسسات الصحية يقع على كاهل الإدارة العليا كما هو الحال في المؤسسات الأخرى غير الصحية.

ومن بين المظاهر المميزة لهذا المنهج في المؤسسات الصحية نذكر الآتي[1]:

- ✓ الالتزام والتعهد من قبل الجميع لتحسين الجودة؛
- ✓ موائمة متطلبات الزبون بأكثر مما هو متوقع من خلال التعرف على رغباته وتحسين قدرات وممارسات الخدمة الصحية لتلبيتها، وأن الخدمات يجب أن تكون متاحة، موثوقة، دائمة، مستمرة وفعالة التكلفة؛
- ✓ استيعاب متطلبات وحاجات الزبون الداخلي باستحداث الرضا لدى صانعي الخدمة والزبائن، والتعرف على حلقات سلسلة الجودة الداخلية والمتصلة، والوقاية من توقف العمليات في هذه السلاسل أو الحلقات؛
- ✓ الحفاظ على جودة وتصميم الخدمة، وتصميم الجودة والمطابقة مع التصميم، وإرساء قواعد ومعايير لكل الخدمات المقدمة، والتأكد من أنها واضحة وقابلة للقياس؛
- ✓ التأكيد على تبني جميع الخدمات لوظيفة الجودة، وتشجيع جميع العاملين في كل المستويات للتعرف عليها، وتمكين عملية تحسين الجودة، واستحداث الشراكة ما بين الزبون الداخلي والخارجي والمجهزين، والتركيز على تبني عملية التخطيط والإدارة والتدقيق الطبي أو السريري والمهني، ومراجعة نظم الجودة ومعاييرها، وتحفيز العاملين على تحسين الجودة.

ثانيا– المقارنة بين إدارة الجودة الشاملة والجودة النوعية في المؤسسات الصحية.

من بين التعاريف للجودة النوعية التي تم وضعها من قبل مختلف الهيئات والباحثين نذكر الآتي[2]:

- ✓ «برنامج مصمم على مستوى المؤسسة لمراقبة وتقويم الجودة ومدى ملائمة رعاية المريض بطريقة نظامية وفعالة، كما أن هذا البرنامج يسعى لكسب الفرص المتاحة لتحسين مستوى رعاية المرضى والأداء الإكلينيكي وإيجاد حلول للمشكلات المحددة»؛
- ✓ «قياس المستوى الحقيقي للخدمة المقدمة مع بذل الجهود اللازمة لتعديل مستوى الخدمة المقدمة، وذلك بناء على نتائج عملية قياس مستوى تلك الخدمات»؛
- ✓ «مجموعة الإجراءات الموضوعة للتأكد والقدرة على ضمان تحقيق مستويات عالية من جودة الخدمة الصحية المقدمة»؛

[1] سيد أحمد حاج عيسى، مرجع سبق ذكره، ص: 82-83.

[2] خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، **إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي**، الطبعة الأولى، السعودية: فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر، 1997، ص: 64-67.

- ✓ «تحقيق أفضل نتيجة لكل مريض وتجنب المضاعفات التي قد يسببها الطبيب المعالج، ثم الاهتمام بالمريض وذويه بصورة تحقق التوازن بين ما أنفقه المريض وما حصل عليه من فوائد، إضافة إلى ضرورة التوثيق المعقول للعملية التشخيصية والعلاجية»؛
- ✓ «عملية تحديد ووضع للمعايير القياسية، ومتابعة الممارسات العملية، وتقويم ما ينشأ عن هذه الممارسات من مشكلات ثم إيجاد حلول لها»؛
- ✓ «جميع النشاطات التي تساعدنا في التأكيد من أن المرضى يحصلون على أفضل عناية تمريضية ممكنة، فالجودة النوعية تركز على حل المشكلات وقياس تحقيق المعايير».

إن الجودة النوعية مصطلح له تعريفان، فهو بالنسبة لدوائر الرعاية الصحية التقليدية عملية تعد وتصمم لتلبية الاحتياجات والمتطلبات التنظيمية الخارجية، وللتأكد من أن الرعاية الصحية المقدمة للمرضى مطابقة للمعايير والمواصفات المحددة لهذا الغرض، أما الجودة النوعية بمعناها الحديث فهي تعني خارج نطاق الرعاية الصحية تصميم منتج أو خدمة ما، ثم مراقبة إنتاج هذا المنتج أو تلك الخدمة بصورة تجعل من السهل ضمان جودة المنتج أو الخدمة.

من خلال ما سبق يمكن القول أن برامج الجودة النوعية تتميز بأنها توفر آلية للتأكد من أن مستوى الرعاية والخدمات التي تقدم للمرضى يطابق ما سبق تحديده من معايير، وأن تلك البرامج قد صممت لحماية المرضى وتحسين مستوى الرعاية التي توفرها المؤسسة الصحية.

وفي الأخير يمكن تعريف الجودة النوعية بأنها عبارة عن: «مجموعة من السياسات والإجراءات المصممة لمراقبة وتقويم جودة وملائمة رعاية المرضى على نحو موضوعي ونظامي يتيح الفرص لتحسين رعاية المرضى وحل المشكلات العارضة بطرق علمية، وهذه الإجراءات تشمل مواصفات المعايير، ملاحظة الممارسة، المقارنة بين الممارسة الفعلية والمعايير وتشجيع العمل للتحسين حسب الضرورة، ومن الشروط الضرورية لنجاح الجودة النوعية في أي مؤسسة صحية هو إيجاد نموذج يجمع خصائص المواصفات والتقييم للجودة، ثم يتم اتخاذ الإجراءات التصحيحية المناسبة».

ومن المنظور التقليدي كان نظام الجودة النوعية يعني التعرف على المشكلات ومحاولة إيجاد الحلول اللازمة لها، أما في يومنا هذا فإن هذه النظرة لنظام الجودة أصبحت أوسع، مما أدى إلى تحول الاهتمام من مجرد التعرف على المشكلات إلى محاولة منعها أو مراقبتها أو الوقاية منها، ومن الجودة النوعية إلى ترشيد الجودة بشكل مستمر، وذلك من خلال تطبيق مفهوم أوسع للجودة الشاملة.

وقد نشأت هذه النظرة الجديدة لموضوع ترشيد الجودة في مجال الرعاية الصحية بعد أن أصبح معروفا لدى المؤسسات المتنافسة أن الجودة ليست فقط التعرف على المشكلات، كما أنها ليست فقط التركيز على الجانب الإكلينيكي، وإنما السعي الدؤوب من أجل التحسين المستمر وتطبيق مبدأ الشمولية، لأن الجودة بحد ذاتها هي المحك للتنافس الناجح، والحصول على أكبر قدر ممكن من الزبائن، وزيادة نصيب المؤسسة من الحصص الاستثمارية المتاحة في المجتمع نفسه.

وعلى العموم نقول أنه على عكس إدارة الجودة الشاملة فإن الجودة النوعية تتضمن السعي إلى تحقيق معايير للجودة محددة مسبقا، وهي بذلك تشبه المواصفات الدولية **(ISO)**، كذلك فإن الجودة النوعية تسعى فقط إلى التحسين عندما توجد مشكلات، أما إدارة الجودة الشاملة فتسعى إلى التحسين الدائم حتى إذا لم يتم اكتشاف مشكلات معينة، بالإضافة إلى أن الجودة النوعية خاصة فقط بالمجال الإكلينيكي مثل أن يتم القيام بعملية جراحية ناجحة وبكفاءة جيدة، أما إدارة الجودة الشاملة تتعلق بالمجال الإكلينيكي والإداري ومجالات أخرى مختلفة، ويمكن تبيين بعض الاختلافات كما في الجدول الآتي:

الجدول (2–3): أوجه الاختلاف بين الجودة النوعية وإدارة الجودة الشاملة.

إدارة الجودة النوعية	إدارة الجودة الشاملة
✓ الغرض الأساسي لها هو تحسين مستوى وجودة الخدمات الإكلينيكية للمرضى، كما أن الإجراءات موجهة فقط للأفراد الخاضعين للدراسة.	✓ تسعى لتحسين مستوى وجودة كافة الخدمات للمرضى وغيرهم من الزبائن من الناحية الإكلينيكية والإدارية، والإجراءات موجهة لتحسين العمليات.
✓ تسعى لحل المشكلات العارضة وتركز على التخصصات الإكلينيكية وتقويم مستوياتها والتعرف على الأسباب الخاصة للانحرافات، كما أنه يتم إتباع أسلوب العقاب والتخويف، وعند وقوع أخطاء فإنه يتم نسبها إلى الأفراد.	✓ تسعى إلى تحسين الجودة باستمرار بالرغم من عدم وجود مشكلات، وتركز على جميع التخصصات الإكلينيكية والإدارية، والتعرف على الأسباب الخاصة والعامة، وتعتمد على أسلوب الترغيب والتشجيع، كما أن الأخطاء يتم نسبها إلى النظام المعتمد وليس إلى الأفراد
✓ الفصل بين الأقسام في المؤسسة الواحدة، والتعامل مع كل وحدة أو قسم كحالة مستقلة، حيث تقوم كل إدارة بنظامها الخاص لإدارة الجودة.	✓ تتضمن إزالة الحواجز بين الأقسام في المؤسسة الواحدة، وتعتمد على التركيز الأفقي من أجل تحسين كافة العمليات والأشخاص الذين يؤثرون في الناتج النهائي.
✓ عملية التقييم تتم من خلال معايير مصممة مسبقا من طرف العاملين في الخدمات الصحية أو من قبل لجنة أو هيئة متخصصة، وبالتالي السعي إلى الوصول إلى المعايير المتفق عليها.	✓ تعتمد على التقييم الموضوعي المبني على حقائق ومعايير قابلة للتحديد، وكذلك على انطباعات الزبائن وتوقعاتهم، وكل فرد في المؤسسة هو مسؤول عن الجودة وتحسينها المستمر بدون تحديد لمعايير مسبقة.
✓ تعتمد على أساليب مختلفة منها أساليب المراجعة والتدقيق باستخدام الرسوم البيانية، وطريقة الجماعة الصورية، واختبار الفرضيات ومراقبة المؤشرات.	✓ تعتمد على أساليب إحصائية أكثر شمولا وأكثر تطويرا، حيث إنه إضافة إلى الأساليب الإحصائية المستخدمة في نظام الجودة النوعية هناك أساليب أخرى مستخدمة في نظام إدارة الجودة الشاملة.
✓ تعتمد على تكوين لجان معينة لمناقشة المواضيع المطروحة، ويتم اتخاذ القرارات والإجراءات بواسطة تلك اللجان، كما أن الاشتراك في هذه اللجان محدود بفئات معينة، ويقوم كبير الأطباء برئاسة لجنة الجودة النوعية، حيث تشتمل هذه اللجنة على	✓ تشجع على مشاركة كل فرد في عملية اتخاذ القرار، بحيث تكون المشاركة على مستوى المؤسسة، كما أن اللجان قد تشمل أعضاء من الجانبين الطبي والإداري، وليس من الضروري أن يكون رئيس اللجنة من الهيئة الطبية، لذا يتم اتخاذ القرارات

أعضاء من الأطباء وخاصة رؤساء الأقسام الإكلينيكية.	والإجراءات بواسطة مجموعة من الأفراد الذين لهم دراية بالعملية.
✓ تقتصر نشاطاتها على مجموعة صغيرة ومحددة من المهنيين الذين يقومون بزيارات مفاجئة للوحدات والأقسام للتعرف على المشكلات ومدى المطابقة مع المعايير، كما أنه من الملاحظ في بعض المؤسسات الصحية أن مفهوم الجودة النوعية عبارة عن الاستعداد للزيارة المتوقعة من هيئة متخصصة لتقويم أدائهم الإكلينيكي.	✓ تشجع كل فرد في المؤسسة بغض النظر عن مستوى وظيفته بأن يشارك بفاعلية في عملية التحسين المستمر، ويؤكد هذا النظام أن عملية تقويم الأداء لا تنتهي، وأن التحسين مستمر لكل قسم من أقسام المؤسسة.
✓ تعتمد على أن الهيئة المتخصصة لوضع المعايير تدرك بشكل كبير مفهوم الجودة وأبعادها.	✓ تتضمن أن مفهوم الجودة مبني على احتياجات ومتطلبات وتوقعات الزبائن.

المصدر: خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، **إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي**، الطبعة الأولى، السعودية: فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر، 1997، ص: 108-112.

المطلب الثاني: نشأة وتطور إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

لا شك أن أول ما شغل بال الإنسان منذ القديم هو صحته وعافيته، وقد سعى من أجل ذلك للعلاج والوقاية حسب ظروفه وإمكانياته وعلمه، وعلى هذا يخطئ من يقول إن الحرص على الرعاية الصحية وجودة خدماتها هي من إنتاج القرن الحالي، لذا نحاول معرفة التطور التاريخي لمفهوم الجودة في الخدمات وإدارة الرعاية الصحية.

يرجع تاريخ الجودة في المجال الصحي إلى القرن الثامن عشر قبل الميلاد، وبالضبط إلى قانون **حامورابي** ملك **بابل**، حيث يحتوي قانونه على أقدم تشريع عرفه الإنسان يتعلق بتكاليف ورسوم الخدمات المقدمة، والذي جمع بين الجودة وتكلفة الرعاية الصحية، كما تضمن قانون **حمورابي** بنودا خاصة بالعقوبات المرتبطة بالأخطاء الجراحية والتقصير والإهمال، وفي القرن الخامس قبل الميلاد احتوت كتب **توت** في الحضارة المصرية القديمة على بعض معايير الممارسات الطبية، حيث يُعد أي انحراف عن هذه المعايير جريمة تستوجب العقاب.

وفي القرن الرابع قبل الميلاد وضع **أرسطو** قانونا يؤكد أنه لا يسمح للأطباء بتغيير طريقتهم الاعتيادية في المعالجة إلا في ظروف قصوى، وفي عصر الإغريق طلب **أبوقراط** من تلاميذه أن يقسموا على أن يقدموا لمرضاهم أفضل ما يمكن تقديمه من رعاية، وقد أدت هذه الخلفية التاريخية إلى تأسيس وترسيخ قيم وتقاليد مهنية معينة تحكم ممارسة مهنة الطب منذ عصور ما قبل الميلاد وحتى عصرنا الحاضر[1].

في الحضارة الغربية وفي المملكة المتحدة، قام المسؤولون عن الكلية الملكية بلندن عام (1518م) بتوثيق فكرة أن إحدى مهام الكلية تكمن في دعم مستوى الطب لشرف المهنة بحد ذاتها ولفائدة الجمهور؛ أي الاهتمام بجودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى.

[1] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، مرجع سبق ذكره، ص: 166-167.

وفي القرن الثامن عشر قدم الطبيب البريطاني **فرانس كليفتون** مبادئ أساسية للجودة النوعية، وفي سنة (1908م) قام الطبيب البريطاني **إموري جروفس** باستخدام طريقة النتائج النهائية لدراسة معدل الوفيات في خمسين مستشفى، ودلت نتائج دراسته على أن هناك ضرورة لتطوير نظام للمعايير وتصنيفاتها، بحيث تشمل تصنيفا للأمراض والعمليات الجراحية والمقدرة على مقارنة البيانات، وكذلك استحداث نظام متابعة فعالة لبعض من الأمراض، وأدى أسلوب **نايتنجيل** البسيط والسهل إلى تخفيض معدل الوفيات في المؤسسة الصحية تخفيضا كبيرا، حيث قامت بتقويم الرعاية الصحية المقدمة للمرضى من خلال الاحتفاظ بملاحظاتها الشخصية عن الحالات تحت الدراسة.

وفي مطلع هذا القرن، تطرقت أيضا **إزبيل ستيوارت** لطرق قياس جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى والاستخدام الفعال للموارد، وقد طورت لائحة من ثماني نقاط عرفت باسمها **معايير ستيوارت**، وذلك باستخدام الرأي المهني بدلا من المعيار القياسي، وشملت النقاط الثماني ما يلي:

- ✓ الأمان؛
- ✓ نتائج المعالجة الطبية؛
- ✓ راحة المرضى ورضاهم؛
- ✓ التوفير في الوقت؛
- ✓ التوفير في الطاقة والجهد؛
- ✓ التوفير في المواد والتكاليف؛
- ✓ البراعة في إتمام العمل؛
- ✓ البساطة والتكيف مع ظروف العمل.

وسنة (1910م) قامت الجمعية الطبية الأمريكية بالتعاون مع مؤسسة **كارنجي** بتبني عملية تقويم للمدارس الطبية، ونتيجة لذلك التعاون فقد تم إصدار تقرير شامل أطلق عليه اسم **تقرير فلكسينر** نسبة إلى **أبراهام فلكسينر** (1866-1959م)، الذي تم تعيينه أول مدير لمعهد الدراسات المتقدمة في مدينة **نيورجسي** سنة (1930م)، وقد اشتمل ذلك التقرير على معايير رسمية للدراسات النظرية والتطبيقية، وهذا التقرير يؤكد على أهمية تحسين الأداء ورفع مستوى الجودة النوعية للخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين، ولذلك فإن أفكار ومفاهيم الجودة في القطاع الصحي قامت على أساس الدعائم التي أرساها الخبراء المتخصصون في مجال التصنيع، حيث تم استنباط الأفكار وتطوير الطرق والأساليب العلمية لتلاءم مكونات الخدمات الصحية وكيفية قياس الأداء العلاجي والاستشفائي على حد سواء.

وهكذا تطورت فكرة اعتماد المستشفيات، حيث انضمت الكلية الأمريكية للجراحين مع عدد من الجمعيات المهنية لتشكل هيئة مشتركة لاعتماد المستشفيات في سنة (1951م)، ويطلق على هذه الهيئة في الوقت الحضر اسم **الهيئة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية** والمعروفة باسمها المختصر **جاكو (JCAHO)** [*] بإصدار كتيب

[*] **J**oint **C**ommission for **A**ccréditation of **H**ealth Care **O**rganizations.

عن المعايير لاعتماد المستشفيات، وفي فترة الستينات تم تطوير معايير لمنظمات صحية متخصصة، حيث تم تأسيس برنامج لاعتماد منشئات كبار السن في سنة (1965م)، وفي سنة (1966م) اشترطت هيئة العناية بكبار المسنين في الولايات المتحدة الأمريكية إجراء اختبارات مزدوجة للجوانب المتعلقة بضرورة جودة الخدمات التي تغطيها الرعاية الطبية، وقد هدفت هذه الفكرة إلى تحسين الجودة ومراقبة وتقويم الخدمات المقدمة.

كذلك تم وضع برنامج لاعتماد المؤسسات المتخصصة في الصحة النفسية سنة (1970م)، وقامت الحكومة الفدرالية الأمريكية سنة (1972م) بتأسيس **منظمات مراجعة المعايير المهنية (PSRO)**، لتقويم الخدمات المقدمة من قبل المؤسسات الصحية وتحديد علاقة الفعالية بالتكاليف ومدى كفاءة تلك المؤسسات الصحية.

أما في منتصف السبعينات لوحظ أن القانون الفيدرالي الأمريكي يطالب المؤسسات الصحية التي ترغب في الحصول على شهادات اعتماد أن تقوم باستحداث برامج للجودة النوعية في كل من أقسام العيادات الخارجية في المستشفيات ومنظمات الصيانة الصحية وكذلك العيادات الطبية الخاصة.

في سنة (1979م) قامت **(JACHO)** بتدشين فكرة الجودة النوعية، حيث تم إصدار كتيب بعنوان **معايير الجودة النوعية**، وفي نفس الوقت قامت هيئة كندية لاعتماد المؤسسات الصحية بوضع معايير على المستوى القومي مشابهة للمعايير الأمريكية، وقام أيضا **المجلس الاسترالي الصحي** بوضع المعايير نفسها أو معايير مشابهة لها تتناسب مع ظروف المؤسسات الصحية الاسترالية، وكذلك قامت **الهيئة المشتركة النيوزلندية** سنة (1980م) بنشر وثائق علمية عن المعايير الأساسية لاعتماد المؤسسات الصحية، كما أن الممارسات الرائدة لاعتماد مستوى جودة الخدمات الصحية موجودة في **بريطانيا**، وللأهمية المتزايدة لتطبيق برامج الجودة قامت الدول الأوروبية الأعضاء في **منظمة الصحة العالمية** باستحداث لجان متخصصة على مستوى تلك الدول، وذلك من أجل إنشاء وتطوير برامج الجودة كإحدى الاستراتيجيات المتوقع تطبيقها فعليا مع بداية التسعينات.

وفي سنة (1984م)، تبنت الهيئة الأمريكية المشتركة فكرة متطلبات الإجازة (الاعتمادية) لتطوير الجودة وملائمة أساليب التقديم ومراقبة الرعاية الصحية، وفي سنة (1988م) قامت **(JACHO)** بتحديد وصف المؤشرات التي سوف تخضع للمتابعة والتقويم، وسنة (1989م) نشرت الهيئة المشتركة **"السمات المطلوبة في نشاطات إدارة المخاطر"** في العدد الذي أصدر سنة (1989م) من **"دليل اعتماد المؤسسات الصحية"**، وفي سنة (1990م) أصدرت الهيئة **"برنامج التغيير"** الذي بدأ إعداده سنة (1987م).

وفي أوائل التسعينات في سنة (1992م) قامت **(JACHO)** بتعديل مسمى الجودة النوعية إلى مسمى **"تحسين الجودة المستمر"**، وكذلك مسمى **"تحسين الجودة وتقويمها"**، ومن خلال هذه المحاولات فقد تمت إضافة معايير لتشمل الجانب الإداري والقيادي بدلا من التركيز على الخدمات الصحية فقط[1].

[1] محمد بوبقيرة، مرجع سبق ذكره، ص: 198-200.

وفي سنة (1987م) اجتمع ممثلو (21) من المؤسسات الصحية مع عدد مماثل من خبراء الصناعة في مجال الجودة في مدينة **بوسطن** الأمريكية، حيث تم الإعلان عن بداية **البرنامج القومي لتحسين الجودة** في الولايات المتحدة الأمريكية (NDP)، وبعد تبادل الخبرات والمعارف لمدة أسبوع بين رجال الصناعة والعاملين في مجال الخدمة الصحية حول تحسين جودة الخدمة الصحية، تم تشكيل فريق من الباحثين لتقديم تقرير خلال عام حول إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية، وقد تم تقديم هذا التقرير في موعده، وأعتبر لسنوات طويلة المرجع الرئيسي للاستراتيجيات الجديدة لتحسين جودة الخدمات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية، وقد أدى نجاح برنامج **(NDP)** إلى إنشاء معهد متخصص لتحسين الخدمات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية[1].

وعندما دخل **إ.ديمنج** إحدى المستشفيات القريبة من منزله في واشنطن لمعالجة التهاب الأوردة في ساقه اليمنى، ارتكبت إحدى الممرضات خطأ فادح تسبب في خلل أصاب الجانب الأيمن الخلفي لرجله، وحسب ما جاء في مذكرته التي كتبها أثناء إقامته بالمستشفى في سبتمبر سنة (1987م)، ونشرها في ربيع سنة (1990م) في مجلة جمعية النظم الصحية، فإن الطبيب المعالج باكتشافه للخطأ أكد **لديمنج** متابعة إصلاحه بكل التفاصيل الدقيقة ولن يحدث مرة أخرى، هذا يعني أن هناك سعي لإصلاح العيب فقط وليس العمل من أجل إصلاح السبب الذي أحدثه، وهنا توصل **إ.ديمنج** إلى نتيجة مؤداها أن مشرف المستشفى لم يكن يستخدم نظام إدارة الجودة، وأنه ليس في مقدور الأطباء ولا الممرضين أن يغيروا النظام المستخدم، وبالتالي فإن كل الأخطاء التي حدثت ستستمر وتقع مع آخرين.

وهذا التوجه نحو تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي يعود إلى **(Berwich)** حيث ظهر مفهوم تحسين الجودة المستمر، وقد تزايد الاهتمام بتطبيق هذا المنهج في **الو.م.أ** بعد أن اشترطت **الهيئة المشتركة لاعتماد المستشفيات** ضرورة تبني إدارة الجودة الشاملة بدلا من ضمان الجودة ضمن المعايير الأساسية لاعتماد المستشفيات، وبحيث تكون هناك آلية للتحسين المستمر، وإمكانية قياس وتوثيق النتائج بما يتفق مع مبادئ الجودة الشاملة[2].

ويمكن القول أن مفهوم الجودة في المجال الصحي اتخذ الشكل الآتي[3]:

- ✓ اتسع من جودة الرعاية الصحية ليشمل تحسين الخدمة لجميع أفراد المجتمع والزبائن وليس فقط المرضى؛
- ✓ امتد مجال الجودة ليغطي جميع الخدمات الوقائية وليس فقط الخدمات السريرية؛
- ✓ تطور مفهوم القيادة ليشمل أيضا دور القيادات الإدارية والمجتمعية بالمؤسسات الصحية؛
- ✓ انتقل التركيز من الفرز أو التفتيش لاكتشاف النتائج غير المرغوبة وما يتبعها إلى التحسين المستمر للإجراءات التي تتم أثناء الخدمة بما يضمن أو يمنع حدوث الأخطاء؛

[1] محمد توفيق ماضي، **تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية في مجال الصحة والتعليم: نموذج مفاهيمي مقترح**، مصر: المنظمة العربية للتنمية الإدارية، ص: 81-82.

[2] حوالف رحيمة، **ضرورة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات العامة الجزائرية**، مجلة علوم إنسانية، الجزائر: جامعة قسنطينة، العدد (42)، 2009، ص: 4-5.

[3] أحمد عباس يوسف بوعباس، مرجع سبق ذكره، ص: 22-23.

- ✓ بدأ استخدام أدوات الجودة لتحسين الخدمة وتطور ليشمل استخدام العصف الذهني ومصفوفة الأولويات والرسومات التوضيحية والبيانية وغيرها من الأدوات؛
- ✓ أصبح هناك معايير للخدمة يشارك في وضعها المهنيون والزبائن، وذلك بهدف التحسين المستمر للخدمة؛
- ✓ انتشر مفهوم روح الفريق، وأصبح أداء كل فرد وعامل في المؤسسة الصحية مهما ويؤثر على جودة الخدمة.

لهذا تُعد جودة الخدمة الصحية من المفاهيم المعاصرة، وازداد الاهتمام بها في نهاية الثمانينات وبداية التسعينات بسبب كثرة الأزمات الصحية لتحقيق رضا الزبائن، حيث يلعب رضا الزبون دورا مهما في الحكم على جودة الخدمة المقدمة من طرف المؤسسة الصحية.

المطلب الثالث: دوافع ومزايا تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

إن تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي يرجع للكثير من الدوافع التي تعود بالأساس إلى المشاكل والصعوبات التي تعاني منها المؤسسات الصحية، بالإضافة إلى ذلك فهناك الكثير من المزايا التي تحفز وتجذب المؤسسات الصحية لتطبيق هذا المنهج.

أولا– دوافع تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

الصحة ليس لها ثمن ولكن لها تكلفة، وهذه التكلفة ما فتئت تتزايد وتتضاعف، وتمويل الخدمات الصحية هو ما يؤرق الدول والحكومات مهما كانت درجة تطورها والنفقات المخصصة لقطاع الصحة، وحصة الأسد من هذه الأموال تستهلكها عامة المؤسسات الصحية نتيجة طبيعة نشاطها المتعدد بين العلاج، الفحص، الوقاية، التكوين والبحث وغيرها، لهذا تواجه المؤسسات الصحية تحديات كبيرة ومتعددة لعل في مقدمتها التكاليف المتزايدة في إنتاج الخدمات الصحية، وتحديات جودة هذه الخدمات وكيفية التوفيق بينهما، لاسيما وأن هذه المؤسسات الصحية تتعامل مع صحة الإنسان وعامل الحياة والموت.

وقد أقرت **منظمة الصحة العالمية** في تقريرها السنوي لسنة (2008م) بالعيوب الشائعة في تقديم الخدمات الصحية، وقد صنفتها ضمن العناصر الآتية[1]:

- ✓ **الرعاية العكسية:** استفادة الأغنياء من الإمكانات الموجودة رغم قلة حاجتهم للرعاية والعكس بالنسبة للفقراء؛
- ✓ **الرعاية المجزأة:** التخصص في تقديم الخدمات والتركيز الضيق في كثير من البرامج، بالإضافة إلى تجزئتها بين الفقراء والأغنياء؛
- ✓ **الرعاية غير المأمونة:** عدم ضمان معايير السلامة والمعايير الصحية، وانتشار العدوى الاستشفائية والأخطاء في الأدوية والأخطاء الجانبية.

[1] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، مرجع سبق ذكره، ص: 177-178.

وبالمقابل فإن المؤسسات الصحية تواجه تحديات مختلفة خلال السنوات الأخيرة، ومن أهمها نذكر الآتي[1]:

- ✓ ارتفاع تكاليف المعدات والأجهزة الطبية؛
- ✓ طرح فكرة التخصص الدقيق في الممارسات الطبية، رغم قلة المتخصصين وزيادة تكلفة الأجهزة والمعدات المناسبة لتلك التخصصات؛
- ✓ زيادة الطلب على مختلف الخدمات الصحية الحديثة، لأن المريض حاليا أصبح يبحث عن صحة أفضل، وبالتالي نفقات وإمكانيات أكبر، وقد رافق ذلك زيادة الاهتمام بتلبية احتياجات وتوقعات الزبائن؛
- ✓ زيادة قوة التنافس بين المؤسسات الصحية المتشابهة؛
- ✓ ارتفاع نسبة الأخطاء الطبية؛
- ✓ زيادة نسبة الشكاوى القانونية المقدمة ضد المؤسسة الصحية بسبب سوء ممارسة المهن الطبية؛
- ✓ زيادة درجة الوعي لدى المستفيدين والمنتفعين بالخدمة، وارتفاع نسبة اهتمامهم بالجودة؛
- ✓ غياب الإدارة الفعالة وانعدام التنسيق بين الأقسام المختلفة.

جميع هذه الأمور دفعت المؤسسات الصحية لتطوير النظم الموجودة فيها بطريقة تخدم المنتفعين، وتقدم نظاما صحيا متكاملا ومناسبا للمرضى وعلى مستوى عالٍ ومقبول من الجودة، وعليه جاء منهج إدارة الجودة الشاملة ليحقق الاستخدام الأمثل للموارد وتقنين الإنفاق والجودة المتكاملة في العمليات والخدمة المقدمة للمرضى.

ثانيا– مزايا تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

إن المتتبع لمحاولات تطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية يلمس شيئا من المد والجزر حول النتائج التي يفرزها هذا التطبيق، ففي تقرير منشور حول نتائج ورشة عمل تم فيها تقديم ومناقشة مجموعة من البحوث في المؤتمر الدولي الثالث والعشرون للعلوم الإدارية تم التوصل إلى الآتي[2]:

- ✓ أن المتحمسين لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات بما فيها المؤسسات الصحية يرون أنها تستطيع تحسين الإنتاجية في كمها ونوعيتها وإجراءاتها، وتؤدي إلى رفع معنويات الموظفين، وتقود إلى تحسين نوعية القرارات في المؤسسة، وتكرس النظرة الإيجابية في المؤسسة اتجاه زبائنها؛
- ✓ أن غير المتحمسين لتطبيق إدارة الجودة الشاملة يرون أنها تحوي إجراءات طويلة ومملة، والمؤسسات لديها الكثير من هذه العيوب بما لا يحتاج إلى المزيد، كما تتطلب التزاما وظيفيا جادا ومتواصلا بما لا يلاءم طبيعة العامل وما تعود عليه، كما أن تركيبة المؤسسات لا تمكنها من التكيف مع منهج إدارة الجودة الشاملة المبني على المشاركة في السلطة من خلال المشاركة في صنع القرارات، وأن التبني الناجح لإدارة الجودة الشاملة يقتضي التعامل مع أهداف وأغراض واضحة ومحددة مدعومة بمعايير ذات مصداقية واعتمادية لقياس الإنتاجية، وهو ما لا يتوافر في المؤسسات الصحية،

[1] نفس المرجع السابق، ص: 178-179.

[2] واله عائشة، **أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون مع دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية**، رسالة ماجستير في التسويق، الجزائر: جامعة الجزائر3، 2011، ص: 79-80.

لكن ومن جانب آخر يوضح **جيمس هارنجتون** في دراسة أجريت على مجموعة من المؤسسات تطبق إدارة الجودة الشاملة أن (40%) حققت تحسنا كبيرا، (45%) حققت بعض التحسن، (15%) حققت تحسنا هامشيا، كما أظهرت دراسة أجرتها **جاكلين كويل** أن مدى إسهام الموظفين في إدارة الجودة الشاملة يتأثر برؤيتهم لمدى تطبيق رؤسائهم لأسلوب إشراكهم في صنع القرارات، ومثل هذه النتائج وغيرها تؤكد ضرورة توفير البيئة الملائمة لتبني منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة قبل الإقدام عليه.

ورغم أن بعض الحكومات العربية بدأت منذ فترة بالاهتمام بالإنتاجية وجودة الخدمات سعيا نحو تحقيق الرضا العام، إلا أن الاهتمام لم يجد ترجمة حقيقية له في الواقع إلا في بعض البرامج المحددة، من هنا شعرت المؤسسات الصحية بالحاجة إلى تبني الأساليب الفعالة في تحسين الإنتاجية كمنهج إدارة الجودة الشاملة، ومن المفيد زيادة استخدام هذا المنهج بشرط توفير وضمان البيئة والثقافة المطلوبة لنجاحه.

ويعود إتباع معظم المؤسسات الصحية لمنهج إدارة الجودة الشاملة بسبب أنه مدخل واسع التنظيم يهدف إلى تحقيق التحسين المستمر للجودة في كل العمليات الخاصة بالخدمة الصحية، فهذا المنهج هو أفضل ضمان للإدارة في الحفاظ على المرضى، وهو أقوى دفاع لها ضد المنافسين، والسبيل المناسب لاستمرار النمو والتطور، فضلا عن الاستمرار في الحصول على إيرادات مجزية[1]. وفي هذا الإطار يرى البعض أن الغرض الرئيسي لإدارة الجودة الشاملة هو أن تؤدي عملك جيدا، مما ينتج عنه خدمات صحية ذات جودة عالية، والتي سوف تتحسن باستمرار[2].

أوضحت بعض الدراسات الميدانية أنه خلال (25 سنة) قبل سنة (1997م) كان هناك عدم رضا للمستفيدين من الخدمات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية، وهذا بسبب عدم تناسب مستوى تلك الخدمات مع تكاليفها المرتفعة، وكذلك الأمر في المملكة المتحدة حيث يتم تقديم الخدمات الصحية مجانا، وقد أدى الارتفاع الحاد في تكلفة الأدوية والمعدات التكنولوجية المستخدمة إلى زيادة الموازنات المخصصة لقطاع الخدمات الصحية، مما قلل من إمكانية استمرار الدولة في تقديم هذه الخدمات للمواطنين، وقد أدى ذلك إلى توجه المؤسسات الصحية نحو استخدام منهج إدارة الجودة الشاملة، والذي يسمى أيضا في المجال الصحي بالتحسين المستمر للجودة، وذلك كوسيلة لتحسين الخدمة الصحية، وللسيطرة على تلك الزيادة المضطردة في تكلفتها بشكل يضمن حصول الزبون على قيمة تتناسب مع المبالغ التي يدفعها ثمنا لهذه الخدمة[3].

وعموما تعتبر إدارة الجودة الشاملة من أفضل الأساليب لتشغيل المؤسسة الصحية، وذلك للسببين الآتيين[4]:

- **السبب الأول:** هو أن هذا المنهج يقوم على فرضية أساسية مؤداها أن التحسين المستمر لجودة الخدمات من خلال المشاركة والتعاون بين العاملين في المؤسسة يؤدي إلى تحسين إنتاجيتها وزيادة درجة رضا الزبائن، فيرتفع الطلب

[1] ثامر ياسر البكري، **تسويق الخدمات الصحية**، مرجع سبق ذكره، ص: 226.
[2] هيوكوش، **إدارة الجودة الشاملة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها**، ترجمة: طلال بن عايد الأحمدي، السعودية: معهد الإدارة العامة، 2002، ص: 50.
[3] محمد توفيق ماضي، مرجع سبق ذكره، ص: 81.
[4] طلال بن عايد الأحمدي، مرجع سبق ذكره، ص: 150-151.

عليها وتزداد العائدات المالية للمؤسسة، ومن ثم تنخفض تكلفة تقديم هذه الخدمات.

- **السبب الثاني:** هو أن تبنى إدارة المؤسسة الصحية لهذا المنهج من خلال الفهم الصحيح له والتطبيق السليم من قبل جميع العاملين، لا يساهم في تحقيق الأهداف الموضوعة فحسب، بل يؤدي إلى الارتقاء بمستوى هذه الأهداف، مثل التخفيض في المعدل العام للعدوى الناشئة عن فترة التواجد في المؤسسة الصحية في سنة معينة مقارنة بالسنة التي تسبقها، حيث أن منهج إدارة الجودة الشاملة يتضمن التحسين المستمر للنتائج النهائية المرجوة، ولا يقتصر على الوقوف عند حد معين لجودة الإنجاز المطلوب؛ أي أن تقديم الخدمات وفق هذا المنهج هي عملية ذات ديناميكية وتطور.

ومن مزايا تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية نذكر النقاط الآتية[1]:

- ✓ جودة نوعية الخدمات الصحية المقدمة والاستخدام الأمثل للموارد المتاحة للمؤسسة الصحية والحد من النفقات؛
- ✓ تحقيق رضا المرضى والمجتمع عن جودة وكمية الخدمات الصحية المقدمة؛
- ✓ المسؤولية الجماعية في فشل أو نجاح المؤسسة الصحية، وهذا يؤدي إلى التطابق والتعاون والتنسيق بين العاملين في المؤسسة الصحية وبين الوحدات الإدارية والمستويات الإدارية؛
- ✓ رفع معنويات العاملين، وهذا لشعورهم بالأهمية وتحملهم للمسؤولية ومشاركتهم في اتخاذ القرار؛
- ✓ رفع القدرة التنافسية للمؤسسة الصحية إذا كانت تنتمي للقطاع الخاص (الربحية)؛
- ✓ تخفيض شكاوى الزبائن من الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية التي تتبنى منهج إدارة الجودة الشاملة؛
- ✓ زيادة عدد الزبائن المستفيدين من خدمات المؤسسة مع خفض التكلفة؛
- ✓ تحسين الاتصال والتعاون بين وحدات المؤسسة؛
- ✓ زيادة القدرة على الابتكار والتحسين المستمر للخدمات؛
- ✓ تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة تؤدي إلى تحقيق رضا الزبون وزيادة ولاؤه للمؤسسة الصحية، حيث يصبح هذا الزبون فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المؤسسة الصحية؛
- ✓ تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين الزبائن ومقدمي الخدمات الصحية؛
- ✓ تمكين المؤسسات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية؛
- ✓ تحسين جودة الخدمة الصحية مع تحسين الأداء؛
- ✓ الوقاية من مختلف الأخطاء التي يمكن أن تحدث في هذه المؤسسات؛
- ✓ تقليل تكاليف التشغيل.

[1] صلاح محمود ذياب، مرجع سبق ذكره، ص: 220.
- محمد عبد الفتاح محمد، **إدارة الجودة الشاملة بمنظمات الرعاية الاجتماعية**، مصر: المكتب الجامعي الحديث، 2008، ص: 195.
- أكرم أحمد الطويل وآخرون، **إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية: دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى**، ورقة بحثية مقدمة إلى المؤتمر العلمي الثالث حول: إدارة منظمات الأعمال "التحديات العالمية المعاصرة"، الأردن: جامعة العلوم التطبيقية، 2009، ص: 7.
- عبد الستار العلي، مرجع سبق ذكره، ص: 299.
- هيوكوش، مرجع سبق ذكره، ص: 46.

بالإضافة إلى ما سبق فإنه يمكن القول باختصار أن تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية يؤدي إلى تحقيق المزايا الآتية[1]:

- ✓ **جودة الرعاية المقدمة:** الهدف من تطبيق إدارة الجودة الشاملة هو تحقيق مستويات عالية من الجودة في الرعاية الطبية التي توفرها المؤسسات الصحية، والاستخدام الأمثل لمواردها المادية والبشرية، وذلك بترشيد النفقات؛
- ✓ **رضا الزبائن (المرضى):** تستهدف إدارة الجودة الشاملة تقديم خدمة صحية عالية الجودة، وبما يتفق مع تطلعات المستفيدين منها، وذلك من خلال التحسين المستمر للجودة بما يتفق ويتفوق على توقعات الزبائن؛
- ✓ **رفع معنويات العاملين:** تعد مشاركة العاملين في صنع القرار من أساسيات إدارة الجودة الشاملة، فهم يعتبرون زبائن داخليين ينبغي إرضائهم.

كذلك فإنه يوجد نوع آخر من المزايا تتعلق بالمجال الإكلينيكي* تتمثل في الآتي[2]:

- **تبسيط الإجراءات:** يساعد تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة على تبسيط إجراءات العمل من خلال اختصارها، وقد تمكن **مستشفى جامعة ميتشجن** من التقليل في مدة وتكلفة الإقامة وأجور العاملين بما قيمته (500.000) دولار أمريكي سنويا، وهذا نتيجة لتبسيط إجراءات دخول المريض إلى المستشفى، وتخفيض فترة انتظاره قبل أن يتم تحويله إلى الغرفة التي تخصه.
- **تحسين الإجراءات:** يهدف منهج إدارة الجودة الشاملة إلى السعي المستمر للبحث عن فرص التحسين واغتنامها، وقد تمكن **مستشفى وست باسن فيري** من تخفيض معدل العمليات القيصرية بنسبة (22٪) من المعدل السنوي للمواليد بالمستشفى إلى أقل من (10٪) باستخدام أسلوب المعايرة، وكمرجع ومعيار لعملية التحسين فقد تم اختيار مستشفيات الدانمرك التي تبلغ فيها نسبة الولادات القيصرية (5٪)، وبعد ذلك تم تحديد أوجه القصور والانحراف في طرق العمل وتحسينها لتحقيق المستوى المطلوب من الأداء، وأيضا تمكن **مستشفى جامعة ميتشجن** من رفع معدل تشغيل غرف العمليات بنسبة (30٪) نتيجة لتحسين جدولة استعمالها.
- **كفاءة التشغيل:** تعتبر من أهم المنافع التي يحققها تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، وذلك نتيجة للتقليل من الهدر في أداء العمليات، والرفع من مستوى مهارة العاملين، وقد تمكن **مستشفى سنترال دوبيج** في **ولاية إلينوى الأمريكية** من توفير (73000) دولار أمريكي سنويا، وذلك بتخفيض استهلاك الإبر الوريدية نتيجة لتدريب العاملين على استخدامها بشكل أفضل، كما أنه في برنامج زراعة نخاع العظام **بمستشفى لوثرن جنزال** في **ولاية إلينوى** تم تخفيض الهدر في استخدام أحد الأدوية الباهظة الثمن، حيث أن هذا الهدر ناتج عن التأخر في إعطاء هذا الدواء للمريض مما يفقده صلاحيته، وهذا الدواء قد كَلَّف المستشفى حوالي (120.000) دولار أمريكي سنويا.

---

[1] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، مرجع سبق ذكره، ص: 179-180.

* ونقصد به فقط ما يحدث عندما يتم علاج المريض بالوسائل الطبية، كأن يتواجد المريض في الغرفة الخاصة بإجراء العمليات الجراحية، أما الخدمات الصحية مثل: الطعام، غرفة الإيواء المكيفة...الخ، فإنها لا تدخل ضمن مفهوم المجال الإكلينيكي.

[2] عدمان مريزق، مرجع سبق ذكره، ص: 41-43.

- **القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية (العيادية)**: يعتبر اختلاف الطرق التي يؤدي بها الأطباء عملهم من أهم المشكلات التي تواجه المؤسسات الصحية، وهذا ما ينعكس على مستوى الجودة والكفاءة، ويساهم تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية، واختيار أفضل الطرق لأداء العمل وفقا للأدلة والحقائق العلمية، وفي أربعة مستشفيات تابعة **لمركز إنترماونتن** وُجدت بعض الاختلافات بين مجموعة متماثلة من المرضى، وذلك عندما أجريت لهم عملية جراحية معينة من طرف ستة عشر جراحا تابعين للمركز، وهذه الاختلافات تتمثل في تراوح مدة العملية بين (20) إلى (90) دقيقة، وتراوح وزن الأنسجة المستأصلة في العملية بين (13) إلى (45) غراما، وتراوحت مدة بقاء المريض في المستشفى بين (2,7) إلى (4,9) يوميا، مما يعكس تفاوتا غير مبرر في الأسلوب الإكلينيكي المتبع، وقد قام الفريق المعني بالتحسين والمكون من مجموعة من الجراحين بدراسة هذه الاختلافات وتحديد أفضل طريقة لإجراء هذه العملية الجراحية، وبالتالي التقليل من هذه الاختلافات.
- **الحد من تكرار العمليات**: بتحديد أفضل الطرق لأداء الأعمال، وبالتالي الحد من التكرار وما له من تأثير سلبي على مستوى الجودة، الكفاءة، الإنتاجية ورضاء الزبائن، وفي دراسة أُجريت في **مستشفى هنري فورد** وُجِد أن (25٪) من مَسَحَات عُنق الرحم تتم إعادتها لأن حجم العينة غير مناسب لإجراء التحليل، حيث أن ذلك يزعج المريضات ويؤدي إلى زيادة غير مبررة في تكاليف العلاج، وقد قلل المستشفى من مشكلة التكرار بعد أن تبين لفريق التحسين أن الأطباء يتبعون طرقا متباينة لإجراء مسحة عنق الرحم، وبعض هذه الطرق يحقق نتائج أفضل من غيرها.

في الأخير يمكن القول باختصار أن تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية يحقق الكثير من المزايا، ففي **المجال خارج الإكلينيكي** يؤدي إلى التحسين المستمر لجودة الخدمات الصحية، رضا وولاء الزبائن، تحسين الأداء، تخفيض التكاليف، التعاون والاتصال بين مختلف وحدات المؤسسة...الخ، أما المزايا الناتجة في **المجال الإكلينيكي** فتتمثل خاصة في: تبسيط وتحسين الإجراءات، تحقيق كفاءة التشغيل، التقليل من اختلافات الممارسات الإكلينيكية، الحد من تكرار العمليات،...الخ.

المبحث الثالث: رضا الزبون وجودة الخدمات الصحية.

المؤسسات الصحية أكثر حاجة من باقي المؤسسات في أن تكون خدماتها تتصف بالجودة، وذلك لأهمية خدماتها لمختلف أفراد المجتمع، كما أن القوانين التشريعية تفرض تقديم أحسن الخدمات الصحية وأجودها للمرضى، ومما يدل على الاهتمام الكبير بالجودة في المجال الصحي هو المحاولات الكثيرة من طرف مختلف المؤسسات الصحية لإدخال الأساليب الإدارية التي تهدف إلى تحسين جودة الخدمات الصحية، وخاصة منهج إدارة الجودة الشاملة، وسنحاول في هذا المبحث توضيح بعض الجوانب الأساسية التي لها علاقة بجودة الخدمات الصحية.

المطلب الأول: ماهية رضا الزبون.

يعتبر تحقيق هدف الرضا للزبائن من أهم الأهداف التي ينبغي للمؤسسة أن تسعى لتحقيقها، حيث أن مدى تحقيق هذا الهدف يعتبر كمعيار ومقياس لمدى نجاح المؤسسة وتميزها، وكل ما كان زبائن المؤسسة أكثر رضا كلما دل على أن المؤسسة أكثر تحقيقا لأهدافها.

أولا– تعريف رضا الزبون: من بين التعاريف التي أعطيت لمصطلح رضا الزبون نذكر الآتي:

- ✓ يعرف **(kotler)** رضا الزبون بأنه: «إحساس إيجابي أو سلبي يشعر به الزبون اتجاه تجربة شراء أو استهلاك معينة، والناتجة عن مقارنة بين توقعاته وأداء المنتج»[1]؛
- ✓ يعرفه **(R .Ladwin)** بأنه: «الحالة النفسية الناتجة عن عمليات تقييم مختلفة»[2]؛
- ✓ «عبارة عن دالة للأداء المدرك والتوقعات والرضا السابق عن المؤسسة»[3]؛
- ✓ «شعور الزبون بالسعادة أو خيبة الأمل الناتجة عن مقارنة المنتج الذي أدرك أداءه بالعلاقة مع توقعاته»[4].

وعليه يمكن تعريف رضا الزبون تجاه منتَج معين بأنه: "المقارنة والفرق بين الشعور والإحساس الفعلي للزبون نتيجة إدراك واستخدام منتَج معين بشعوره الذي كان متوقع تجاه هذا المنتج قبل الاستخدام، وكلما كان الشعور الفعلي أحسن من الشعور الذي كان متوقع كلما كان هناك رضا أكبر"، ونشير إلى أن الشعور المتوقع قد يرجع للكثير من العوامل لعل أهمها الشعور السابق نتيجة استخدام المنتَج في الماضي.

ثانيا– خصائص وأنواع الرضا: يتميز رضا الزبون بالعديد من الخصائص ويتضمن ويُصنف للعديد من الأنواع.

أ– خصائص الرضا: تتمثل خصائص الرضا في الآتي[5]:

- **الرضا ذاتي:** يتعلق رضا الزبون هنا بعنصرين أساسيين هما طبيعة ومستوى التوقعات الشخصية للزبون من جهة

---

[1] عتيق عائشة، **جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية – دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لولاية سعيدة**، رسالة ماجستير في التسويق الدولي، الجزائر: جامعة تلمسان، 2012، ص: 105.

[2] نفس المكان السابق.

[3] عبد الرزاق حميدي، **جودة الخدمات البنكية كمدخل لتحقيق رضا العملاء وزيادة القدرة التنافسية للبنوك- دراسة حالة بنك التنمية المحلية BDL**، رسالة ماجستير في الإدارة التسويقية، الجزائر: جامعة بومرداس، 2008، ص: 139.

[4] نفس المكان السابق.

[5] بوعنان نور الدين، **جودة الخدمات وأثرها على رضا العملاء- دراسة ميدانية في المؤسسة المينائية لسكيكدة**، رسالة ماجستير في التسويق، الجزائر: جامعة المسيلة، 2007، ص: 115-116.

والإدراك الذاتي للخدمات المقدمة من جهة أخرى، فنظرة الزبون هي النظرة الوحيدة التي يمكن أخذها بعين الاعتبار فيما يخص موضوع الرضا، فالزبون لا يحكم على جودة الخدمة بواقعية وموضوعية، فهو يحكم على جودة الخدمة من خلال ما يتوقعه من الخدمة، فالزبون الذي يرى بأن الخدمة المقدمة بأنها أحسن من الخدمات المنافسة، يراها زبون آخر بأنها أقل جودة من الخدمات الموجودة في السوق، ومن هنا تظهر أهمية الانتقال من النظرة الداخلية التي تركز على (الجودة–المطابقة)، إلى النظرة الخارجية التي تعتمد على (الجودة–الرضا)، فالمؤسسة يجب أن لا تقدم خدمات وفق مواصفات ومعايير محددة، وإنما تنتج وفق ما يتوقعه ويحتاجه الزبون.

إن الخاصية الذاتية للرضا ينتج عنها ضرورة وجود عناصر مادية خاصة بالأنشطة الخدمية؛ أي جعل العناصر المعنوية للخدمة ملموسة لتكون جودة الخدمة مرئية وإظهار الرضا الخفي لدى الزبون.

- **الرضا نسبي:** لا يتعلق الرضا هنا بحالة مطلقة وإنما بتقدير نسبي، فكل زبون يقوم بالمقارنة من خلال نظرته لمعايير السوق، فرغم أن الرضا ذاتي إلا أنه يتغير حسب مستويات التوقع، ففي حالة اثنين من الزبائن يستعملان نفس الخدمة في نفس الشروط يمكن أن يكون رأيهما حولها مختلف تماما، لأن توقعاتهما الأساسية نحو الخدمة مختلف، وهذا ما يفسر بأنه ليست الخدمات الأحسن هي التي تباع أكثر، ولكن يجب أن تكون الأكثر توافقا مع توقعات الزبائن.

من هنا يمكن أن نفهم بشكل أفضل الدور المهم لتقسيم السوق في مجال التسويق، فليس بهدف تحديد القطاعات السوقية، وإنما لتحديد التوقعات المتجانسة للزبائن من أجل تقديم خدمات تتوافق مع هذه التوقعات.

- **الرضا تطوري:** يتغير رضا الزبون من خلال تطوير معيار مستوى التوقع من جهة ومعيار مستوى الأداء المدرك من جهة أخرى، فمع مرور الزمن يمكن لتوقعات الزبون أن تعرف تطورا نتيجة لظهور خدمات جديدة أو تطور المعايير الخاصة بالخدمات المقدمة، وذلك بسبب زيادة المنافسة، ونفس الشيء بالنسبة لإدراك الزبون لجودة الخدمة الذي يمكن أن يعرف هو أيضا تطورا خلال عملية تقديم الخدمة، إن قياس رضا الزبون أصبح يتبع نظام يتوافق مع هذه التطورات عن طريق الأخذ في الحسبان جميع التغيرات الحاصلة.

ب– أنواع الرضا: يمكن تصنيف الرضا إلى الأنواع الآتية[1]:

- ✓ **الرضا عن النظام:** هو التقييم الموضوعي الذي يقوم به الزبون للمنافع الكلية التي يحصل عليها كالأسعار، الجودة والصورة الذهنية عن الخدمة؛
- ✓ **الرضا عن المؤسسة:** يشير إلى ما يحصل عليه الزبون في التعامل مع المؤسسة مثل التسهيلات المقدمة؛
- ✓ **الرضا عن الخدمة:** يشير إلى التقييم الموضوعي الذي يقوم به الزبون لجميع المخرجات والخبرات عند استخدام الخدمة؛ بمعنى يقارن بين توقعاته السابقة مع أداء الخدمة.

[1] واله عائشة، مرجع سبق ذكره، ص: 110.

ثالثا– أهمية رضا الزبون: يستحوذ رضا الزبون على أهمية كبيرة في سياسة أي مؤسسة، ويعد أكثر المعايير فعالية للحكم على أدائها، لاسيما عندما تكون هذه المؤسسة متوجهة نحو تحقيق الجودة، وتبرز أهمية رضا الزبون في كونه[1]:

- ✓ إذا كان الزبون راضيا عن الخدمة المقدمة إليه من قبل المؤسسة، فإن قراره بالعودة إليها سيكون سريعا، واحتمال توجهه إلى المؤسسة الأخرى يبقى منخفضا؛
- ✓ يمثل رضا الزبون تغذية عكسية للمؤسسة فيما يخص الخدمة المقدمة إليه مما يقود المؤسسة إلى تطوير خدماتها؛
- ✓ إذا كان الزبون راضي عن أداء المؤسسة فإنه سيتحدث للآخرين خاصة عن طريق الكلمة المنطوقة الموجبة، وهذا ما يُولد زبائن جدد؛
- ✓ تقديم السياسات المعمول بها وإلغاء تلك التي تؤثر في رضا الزبون؛
- ✓ يعد دليلا لتخطيط الموارد التنظيمية وتسخيرها لخدمة رغبات الزبون وطموحاته التي تعد تغذية عكسية؛
- ✓ الكشف عن مستوى أداء العاملين في المؤسسة ومدى حاجاتهم إلى البرامج التدريبية مستقبلا.

المطلب الثاني: أساسيات حول جودة الخدمات الصحية.

إن مختلف مفاهيم الجودة ظهرت في مجال السلع أولا ثم انتقلت إلى مجال الخدمات بصفة عامة، وسنحاول من خلال هذا المطلب تبيين وتوضيح مفهوم جودة الخدمات الصحية، ومختلف دوافع الاهتمام بالجودة في المجال الصحي، بالإضافة إلى تبيين مستوياتها وأبعادها، ومختلف المقاييس والمعدلات لتقييم وقياس جودة الخدمات الصحية.

أولا– مفهوم جودة الخدمات الصحية.

إن لجودة الخدمات مواصفات وعناصر تختلف بها عن جودة السلع، ويرى **(Margen & Murgatroyd)** بأن هناك تباين في عناصر جودة السلع عن الخدمات، لأن جودة السلع يهتم بها المصممين والمهندسين في عملية الإنتاج، ويحرصون على توفير جميع المواصفات في السلعة التي تلبي حاجات الزبون (المستفيد)، في حين تعتمد جودة الخدمة على نوعية الاتفاق المبرم بين الزبون الخارجي والمؤسسة، حيث يحدد الزبون نوعية الخدمات التي يرغب الحصول عليها وإمكانية تلبيتها في الوقت المحدد[2]، ومن التعاريف لجودة الخدمات الصحية نذكر الآتي:

- ✓ «زيادة حظوظ المرضى في بلوغ النتائج المرغوبة عبر العلاج المقدم والتقليل من احتمالات النتائج غير المرغوبة»[3]؛
- ✓ «تقديم الأنشطة التشخيصية والعلاجية لكل مريض بشكل متجانس ويضمن له أفضل النتائج في مجال الصحة، وفقا للوضع الحالي للعلوم الطبية بأفضل التكاليف وبأقل المخاطر ولأكبر رضا»[4]؛

[1] نفس المكان السابق.
[2] مهدي السامرائي، مرجع سبق ذكره، ص: 301.
[3] Martin Mckee et autres, **Quality of Health Care Across Borders,** EHMA Annual Conference Barcelona 29th June-1st July, London: School of Hygienne and Tropical Medicine, 2005, p: 3.
[4] نادية خريف، مرجع سبق ذكره، ص: 74.

- ✓ «درجة الالتزام بالمعايير المتعارف عليها لتحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو معالجة مشكلة طبية معينة»[1]؛
- ✓ «شكل من أشكال الطرائق التي تستخدمها المؤسسة الصحية لتُمَيِز نفسها عن المؤسسات الصحية الأخرى المشابهة لها في النشاط، عن طريق تكوين صورة عن المؤسسة الصحية تتحدد من خلالها شخصية المؤسسة على جميع المستويات»[2]؛
- ✓ «تقديم خدمات صحية أكثر أماناً، أسهل منالاً، أكثر إقناعاً لمقدميها وأكثر إرضاءً للمستفيدين منها، بحيث تتولد في المجتمع نظرة إيجابية إلى الرعاية الصحية المقدمة»[3].

من خلال ما سبق يمكن القول أن مفهوم جودة الخدمة الصحية بما يتوافق مع وجهة نظر الزبون هو الأكثر أهمية، لأن ذلك يتوافق مع مفاهيم وفلسفة إدارة الجودة الشاملة، ويمكن القول بأن: "الخدمة الصحية تكون ذات مستوى عالي من الجودة إذا كانت متلائمة أو تفوق توقعات المرضى وحققت احتياجاتهم"، لذلك ينبغي على المؤسسات الصحية أن تسعى إلى تلبية رغبات واحتياجات الزبائن تجاه خدماتها، وذلك بهدف تقديم خدمات تفوق توقعات المرضى، وليس فقط تلبية احتياجاتهم.

في إطار تحديد مفهوم جودة الخدمات الصحية، فإن البعض يرى أنه يمكن تحديد ماهية جودة الخدمات الصحية على الأقل من خلال ثلاث زوايا رئيسية، والتي تمثل الجوانب التي يمكن من خلالها للزبون أو مقدم الخدمة الصحية أن يقيم وينظر لجودة الخدمات الصحية، وتتمثل هذه الزوايا في الآتي[4]:

- **جودة الخدمة الفنية المقدمة للمريض:** حيث أن بعض المرضى أو مقدمي الخدمة يُقَيِّمون جودة الخدمة من منظور الخدمة الفنية، والتي تعني مدى معرفة ومهارة الطبيب في تقديم التشخيص والعلاج الملائمين لحالة المريض.
- **جودة فن الخدمة المقدمة للمريض:** ونعني بذلك أن بعض المرضى أو مقدمي الخدمة يقيمون الجودة من منظور نفسي، ويندرج ضمن ذلك ما يتلقاه المرضى وعائلاتهم من معاملة حسنة من مختلف الفئات العاملة، وكذلك الاستجابة السريعة لنداء المريض، ومدى اهتمام ولطف الممرضين وموظفي الاستقبال وعمال التنظيف، وأيضا مدى اهتمام ولباقة وإخلاص الطبيب، وذلك بغض النظر عن مدى كفاءة ومهارة مقدمي الخدمة الصحية.
- **جودة المظهر الخارجي للمؤسسة الصحية:** حيث أن بعض المرضى يقيمون الجودة من خلال المظهر الخارجي للمؤسسة الصحية، مثل: مدى كفاءة غرفة الطوارئ، مدى توافر النظافة داخل المؤسسة، توفر الأجهزة الطبية المتطورة، توفر نظام آلي متطور للمواعيد،...الخ، كل هذه الأمثلة تعتبر أجزاء مهمة في عملية تحديد وتقييم جودة المظهر الخارجي للمؤسسة الصحية.

---

[1] Hervé Leteurtre et autres, **La qualité hospitalière**, 2ème Ed, France: Berger-Levraulte, 1999, p: 272.

[2] أكرم أحمد الطويل وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 6.

[3] نفس المكان السابق.

[4] سمير عثمان الحارثي، **ماهية الجودة في الرعاية الصحية**، متاح على: {http://www.alsidad.com/play-6084.html}، أطلع عليه في (2011/03/26).

ثانيا– دوافع الاهتمام بالجودة في المؤسسات الصحية.

يعتبر موضوع جودة الخدمات الصحية من القضايا الأساسية في تسويق هذه الخدمات، كما أن الموضوع هو محل الاهتمام من قبل إدارات المستشفيات، الزبائن، الأطباء والجهات الممولة لهذه الخدمات، حيث تركز الأطراف المتعددة على موضوع الجودة لتحقيق أهدافها ومصالحها، وقد أصبح موضوع تقييم وضبط الجودة من المواضيع الأكثر طرحا واهتماما من قبل الباحثين، وذلك للأسباب الآتية[1]:

- تعاظم الدور الذي يقوم به القطاع الصحي الخاص، وتحوله من الشريك الفاعل للقطاع العام في الوقت الحاضر إلى دور الريادة والقيادة مستقبلا لقطاع الصحة؛
- التوجه الرسمي نحو الخصخصة وتشجيع الاستثمار مما سيعطي القطاع الصحي الخاص دفعا قويا نحو المزيد من النمو والاستثمار في هذا القطاع، ويسرع من تحويل هذا القطاع من دور الشريك الفاعل للقطاع العام إلى دور القيادة في مجال إنتاج وتقديم وتمويل الخدمات الصحية، ومن المرجح أن تشهد المرحلة القادمة الكثير من الحوافز والتشريعات المشجعة للاستثمار في هذا القطاع؛
- التصاعد المستمر لكلفة إنتاج الخدمات الصحية، وبالنتيجة تصاعد السعر المدفوع لقاء هذه الخدمات، مما سيجعل موضوع ضبط الجودة والتأكد منها محل اهتمام متزايد من قبل الأطراف الدافعة لهذه الكلفة، وبشكل خاص أرباب العمل، صناديق وشركات التأمين والجهات الحكومية، والتي قد تصبح مستقبلا أحد أكبر المشترين لهذه الخدمات من القطاع الخاص للتأكد من أنهم يحصلون على منافع تساوي على الأقل السعر المدفوع لقاء هذه الخدمات، ولا يمكن للمنتجين والإداريين والممولين لهذه الخدمات إنكار حق هؤلاء في المطالبة بخدمات صحية جيدة؛
- تنامي درجة وعي زبون الخدمات الصحية وإدراكه لحقوقه وتزايد مستوى توقعه لما يمكن لهذه الخدمات أن تقدمه، إضافة إلى قدرته المتزايدة على المفاضلة والاختيار بين المنتجِين المتعددين لضمان المنفعة المرجوة من استهلاكه للخدمات الصحية؛
- إن الخلل والأخطاء في جودة الرعاية الطبية غير مقبول وتتعدى آثاره الضرر المادي إلى الضرر الجسدي والنفسي، ولابد من التطلع إلى ممارسة طبية خالية من العيوب.

إن مجمل هذه الأسباب ستدفع بموضوع تقويم وضبط الجودة والاهتمام بها إلى دائرة الضوء والتركيز من قبل كافة الأطراف المشاركة في عملية إنتاج وتقديم وتمويل واستهلاك وتسويق الخدمات الصحية، الأمر الذي وجه إدارات المؤسسات الصحية نفسها وبشكل متزايد في مواجهة بيئة أكثر تعقيدا وأشد تنافسا وأكثر ضغطا باتجاه التأكيد على الجودة والاستجابة لمصالح هذه الأطراف وتوقعاتها، وما لم تدرك هذه الإدارات أن قضية جودة الخدمات الصحية هي من القضايا الأساسية في تسويق هذه الخدمات، فإن مهمتها ستكون صعبة في تحقيق أهدافها وأهداف الأطراف الأخرى المشاركة، والتي لها مصالحها وأهدافها أيضا.

[1] فريد توفيق نصيرات، **إدارة المستشفيات**، مرجع سبق ذكره، ص: 391-392.

ثالثا: مستويات جودة الخدمات الصحية.

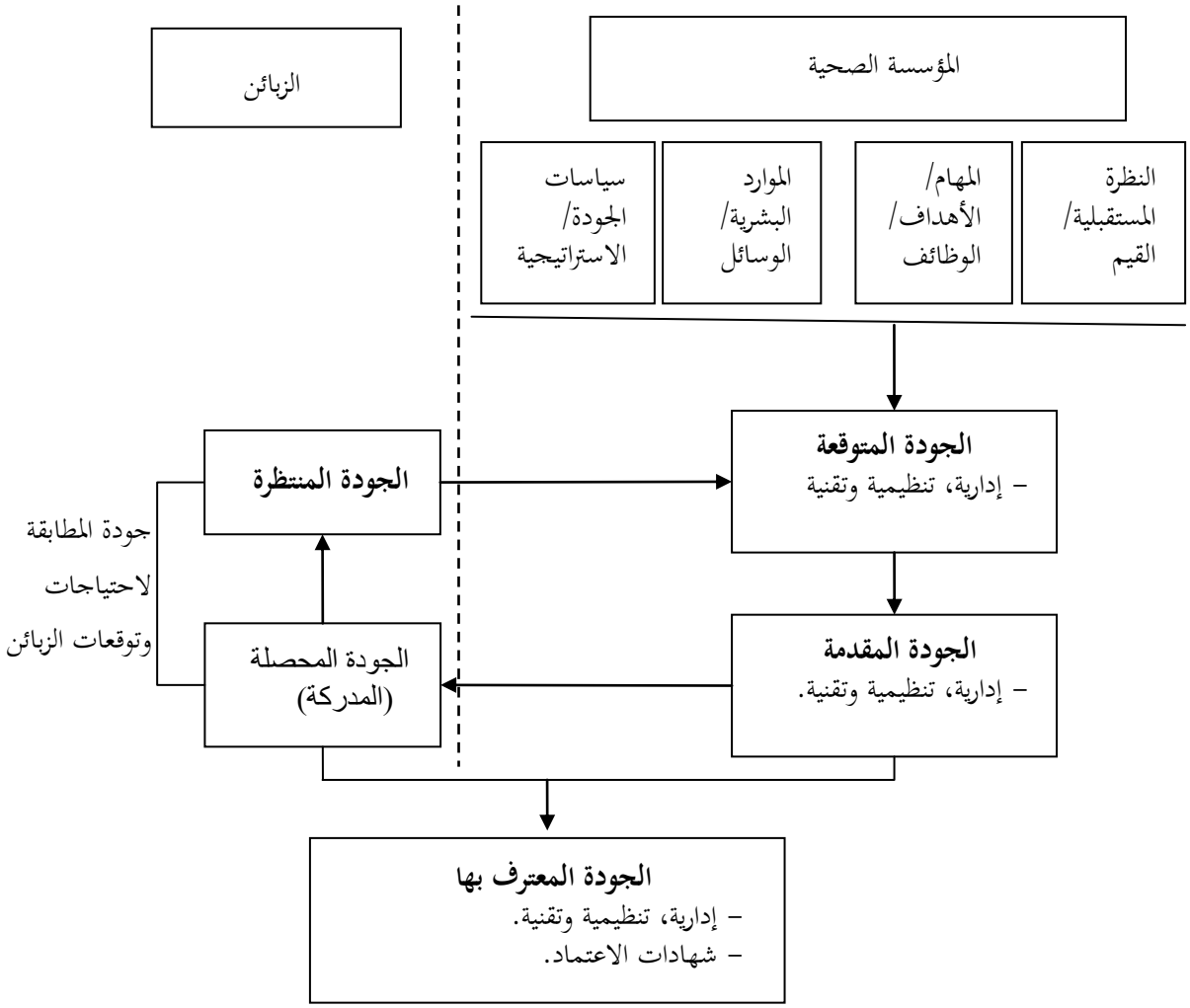
في إطار سعي المؤسسة الصحية لتحقيق مستوى مرتفع من جودة الخدمات الصحية، فإنه يمكن التمييز بين مستويات مختلفة للجودة تتمثل في الآتي[1]:

- ✓ **الجودة المتوقعة:** وهو مستوى الجودة الذي ترغب المؤسسة الصحية بلوغه عبر وسائلها المتاحة، مع الأخذ بعين الاعتبار الصعوبات الداخلية والخارجية التي تواجهها واحتياجات زبائنها وتطلعاتهم.
- ✓ **الجودة المقدمة:** وهو مستوى الجودة المحقق فعلا من طرف المؤسسة، وهذا في ظل الشروط الطبيعية للعمل.
- ✓ **الجودة المحصلة:** وهو مستوى الجودة المدركة من طرف الزبون انطلاقا من رغباته الخاصة، وينبغي على المؤسسة أن تقيم باستمرار درجة رضاه، وذلك لأن رأيه حول جودة الخدمة التي تلقاها يعتبر محدد مهم لحالته الصحية وطريقة التكفل بمرضه، ومن ناحية رضا الزبون فإن الجودة المدركة تأخذ مكانة أكثر أهمية من الجودة المقدمة.
- ✓ **الجودة المنتظرة:** وهو مستوى الجودة الذي يرغب الزبون الحصول عليه، مثل: النظافة، حسن الاستقبال،...الخ، وحتى تحقق المؤسسة هذا المستوى من الجودة فإنه ينبغي تحديد الشروط اللازمة لذلك، وبالاعتماد على معايير المريض واهتماماته.

وفي الحالة المثلى لسير وعمل المؤسسة الصحية تصبح الجودة المحصلة هي نفسها الجودة المنتظرة، والجودة المقدمة هي نفسها المتوقعة، والعلاقة بين مختلف مستويات الجودة تعتبر كحلقة، ويمكن توضيح ذلك كما في الشكل الآتي:

[1] Claude Vilcot, Hervet Leclet, **Indicateurs Qualité en Santé: Certification et Evaluation des Pratiques Professionnelles,** France, 2006, p: 19.

الشكل (2-2): حلقة* الجودة في المؤسسة الصحية.



Source: Claude Vilcot, Hervet Leclet, **Indicateurs Qualité en Santé: Certification et Evaluation des Pratiques Professionnelles,** France, 2006, p: 14.

من الشكل (2-2) نلاحظ أن المستويات الأربع للجودة تشكل حلقة مغلقة فيما بينها، ويمكن شرح هذه الحلقة كالآتي:

- ✓ حيث أن المؤسسة الصحية لها توقع لمستوى جودة معين تريد أن تصل إليه، يساهم في تشكيل هذا التوقع الكثير من خصائص المؤسسة، مثل: قيمها، أهدافها، مواردها، استراتيجيتها،...الخ، بالإضافة إلى مدى إدراكها لاحتياجات الزبائن؛ أي مدى إدراكها للجودة المنتظرة من الزبائن؛
- ✓ هذه الجودة المتوقعة من طرف المؤسسة تؤثر على مستوى الجودة التي سيتم تقديمه فعلا؛
- ✓ ثم على أساس هذه الجودة المقدمة يكون إدراك الزبائن، حيث أنهم قد يدركون مستوى للجودة يختلف أو يطابق المستوى الفعلي الجودة المقدمة لهم؛

* مصطلح حلقة الجودة لا نقصد به المصطلح المشهور بحلقات الجودة، لأن هذا الأخير يعني فِرَق العمل المشكلة بين مختلف فئات العاملين للتشاور في موضوعات حول الجودة، أما المصطلح الأول فنقصد به تلك الدائرة المغلقة الموضحة في الشكل بين مستويات الجودة الأربع.

✓ هذه الجودة المدركة من طرف الزبائن هي بدورها تؤثر على مستوى الجودة الذي ينتظرونه ويتوقعونه مستقبلا، فمثلا إذا كان مستوى الجودة المدركة ضعيف فهذا يساهم في أن ينتظر ويتوقع الزبائن مستوى جودة مستقبلي أقل، إلا إذا تغيرت بعض الظروف كأن يتم إعطاء وعود في أن يكون مستوى الجودة المستقبلي أحسن؛

✓ ثم نعود إلى بداية الحلقة، حيث أن مستوى الجودة المنتظر من الزبائن يساهم في التأثير على مستوى الجودة المتوقعة من طرف المؤسسة، فمثلا إذا كانت المؤسسة الصحية ترى بأن زبائنها جد راضين عن مستوى جودة خدماتها، فإنها قد ترغب (الجودة المتوقعة) فقط بتقديم نفس المستوى من الجودة.

رابعا– أبعاد جودة الخدمات الصحية.

تهدف الخدمات الصحية إلى ضمان الصحة الجسدية والنفسية للمريض، وتوجد أبعاد ينبغي أن تتصف بها الخدمات الصحية حتى يمكن الحكم عليها أنها ذات جودة، ويرى الكثير من الباحثين أنه توجد عشرة أبعاد للجودة مشتركة بين مختلف أنواع الخدمات، وهي كالآتي[1]:

1– الاعتمادية: وهي القدرة على تقديم خدمة تكون حسب ما وعدت به المؤسسة؛ أي أن تكون بشكل يمكن الاعتماد عليها، وتكون بدرجة عالية من الصحة والدقة، فالزبون يتوقع أن تقدم له خدمة دقيقة من حيث الالتزام بالوقت والأداء كما تم وعده، بالإضافة إلى اعتماده على مقدم الخدمة في أداءها؛

2– مدى إمكانية الحصول على الخدمة: هي قدرة المؤسسة على تقديم الخدمة في الوقت والمكان الذي يريده الزبون، بالإضافة إلى الحصول على الخدمة خلال وقت انتظار مناسب وسهولة الوصول لمكان تقديم الخدمة؛

3– الأمان: وهي درجة الشعور بالأمان في الخدمة المقدمة ومن يقدمها؛ أي مدى المخاطر المدرَكة لنتائج تلقي الخدمة من المؤسسة أو مقدمها أو كلاهما؛

4– المصداقية: هي درجة الثقة التي يضعها الزبون بمقدم الخدمة؛ أي أنه ينبغي أن تكون هناك مصداقية لدى مقدم الخدمة والتزامه بالوعود التي يقدمها، مثل ثقة المريض في الجرَّاح بأنه لن يلحق به أضرار عند إجراء العملية؛

5– درجة تفهم مقدم الخدمة لحاجات الزبون: معناه مدى قدرة مقدم الخدمة على فهم حاجات الزبون وتحديدها؛ بمعنى آخر كم من الوقت والجهد الذي يحتاجه مقدم الخدمة للتعرف على حاجات الزبون؛

6– اللباقة: وتعني أن يكون مقدم الخدمة على قدر من الاحترام والأدب، وأن يتصف بالمعاملة الودية مع الزبائن، وبالتالي فإن هذا البعد يشير إلى الصداقة والاحترام والود بين مقدم الخدمة والزبون؛

7– الاستجابة: وهي مدى قدرة ورغبة واستعداد مقدمي الخدمات في أن يكونوا دائما في خدمة الزبائن، وأيضا قدرتهم على أداء الخدمة عند احتياج الزبون لها، وينبغي أن يشعر مقدم الخدمة بالسعادة والحماس في خدمة

[1] بوعنان نور الدين، مرجع سبق ذكره، ص: 71- 72.
- قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات**، مرجع سبق ذكره، ص: 95.
- أحسن ناصر الدين، **مكانة الجودة في المؤسسة الخدمية: دراسة حالة مؤسسة خدمية جزائرية**، رسالة ماجستير في التسويق، الجزائر: جامعة باتنة، 2009، ص: 79-80.

الزبون، وأن يكون مقدم الخدمة جاهز لتقديم الخدمة عند طلبها؛

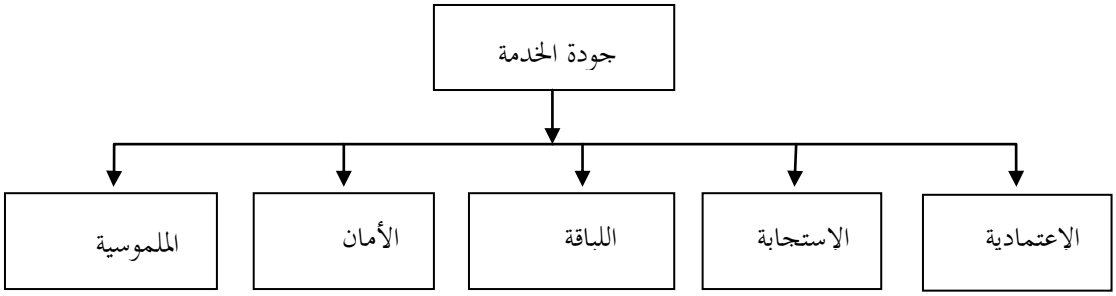
8- الكفاءة والجدارة: تتعلق بكفاءة وجدارة مقدمي الخدمة من حيث المهارات والقدرات التحليلية والمعرفة التي تمكنهم من أداء الأدوار بشكل أفضل؛

9- الجوانب الملموسة: وتعني مظهر التسهيلات المادية (المعدات) المتاحة لدى المؤسسة الخدمية، ومظهر مقدمي الخدمات وأدوات ووسائل الاتصال بهم، وينبغي أن تكون التكنولوجيا المستخدمة في تقديم الخدمة حديثة، وأن يعطي التصميم الداخلي جوا مريحا للزبون؛

10- الاتصالات: وهي مدى قدرة مقدم الخدمة على شرح خصائص الخدمة للزبون، والدور الذي يجب أن يلعبه الزبون للحصول على الخدمة المطلوبة، فينبغي إعلام الزبون بالدور الذي يجب أن يقوم به ، وشرح الأضرار التي يمكن أن تلحق به إذا لم يلتزم بما طلب منه، وأيضا شرح كيفية تجنب المشاكل التي يمكن أن تحدث أثناء تقديم الخدمة، لذلك فلابد أن تكون عملية الاتصال بالزبون واضحة، وتعتمد على طرق ملائمة حسب مستوى وثقافة الزبون، كأن يطلب من المريض إتباع مجموعة من الإجراءات والتعليمات قبل إجراء العملية الجراحية.

إن هذه الأبعاد التي يعتمد عليها الزبون في تقييم جودة الخدمة ليست بالضرورة أن تكون منفصلة عن بعضها البعض، بل أن بعض الأبعاد متداخلة مع بعضها، وقد تكون أحيانا متكاملة، وبعض الدراسات قامت بتلخيص هذه الأبعاد العشرة في خمسة أبعاد فقط (**الشكل 2-3**) أطلق عليها نموذج جودة الخدمة، وهذه الأبعاد هي: المادية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان واللباقة، ومن جهة أخرى فقد أثبتت بعض الدراسات أنه على الرغم من أن الأبعاد الخمسة ضرورية إلا أن الوزن النسبي لها يختلف من زبون لآخر ومن مؤسسة خدمية لأخرى، وعموما يعتبر البعد الخاص بالاعتمادية أهم بعد يعكس جودة الخدمة، وهذا بغض النظر عن طبيعة الخدمة، وفي هذا الإطار فإن الأهمية النسبية للأبعاد التي يحكم بها الزبون على جودة الخدمة تتمثل في الآتي: الاعتمادية (32٪)، الاستجابة (22٪)، الأمان (19٪)، اللباقة (16٪)، المادية (16٪)[1]، و**الشكل (2-4)** يوضح ذلك.

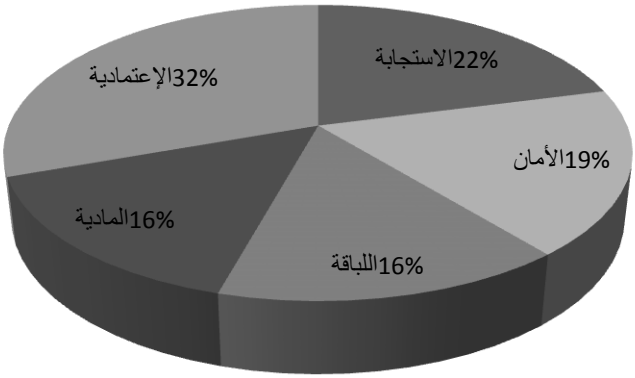
الشكل (2-3): أبعاد جودة الخدمة.



المصدر: قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات، الطبعة الأولى**، الأردن: دار الشروق، 2006، ص: 95.

[1] قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات**، مرجع سبق ذكره، ص: 95.

الشكل (2-4): الأهمية النسبية للأبعاد الخمسة لجودة الخدمات الصحية.



المصدر: إعداد الطالب.

خامسا- معايير الجودة في المؤسسات الصحية.

إن التحدي الذي يواجه المسؤولين عن إدارة الموارد البشرية في مختلف المؤسسات يتمثل في حقيقة حدوث تغييرات في الهيكل التنظيمي والأساليب في جميع المستويات، والتي يجب على العاملين استيعابها ضمن وقت قصير، فعملية التغيير هي زيادة فاعلية أداء وجودة إدارة المؤسسة الصحية نحو تحقيق أهدافها، أو تطوير نفسها قياسا بنفسها، أو تنافسيا مع غيرها، لذا تستعمل المعايير بغرض قياس ومقارنة جودة الخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية، مثل: حجم النشاط، المدة المتوسطة للإقامة، معدل الوفيات، جاذبية المؤسسة الصحية، معدل العمليات القيصرية،...الخ.

وتخضع فعالية تحسين مستوى الخدمات الصحية إلى مجموعة من الاعتبارات كهياكل المؤسسة الصحية، والتي تتمثل في فعالية التجهيزات المادية وكفاءة الوسائل البشرية وطرق ومناهج العلاج المستخدمة، وكذا النتائج المتعلقة بتحقيق درجات الشفاء ومتابعة ومراقبة المرضى، وقد اختلفت الدراسات والأبحاث في تحديد نوع وعدد معايير الجودة المستعملة في المؤسسات الصحية، ومن الضروري البحث عن تحديد مجموعة من المعايير العلمية التي يمكن استعمالها كأساس للمقارنة، لذا يجب الإشارة إلى المعايير المستعملة في معظم المؤسسات الصحية العالمية، وهي مماثلة للمعايير التي تركز على مفهوم الجودة حسب منظمة الصحة العالمية، والتي تتمثل في الآتي: معدل النشاط، معدل الوفيات، الجاذبية، معدل العمليات القيصرية، المدة المتوسطة للإقامة، معدل المضاعفات الصحية، معدل السقوط، معدل التدخلات الجراحية يوميا، ويمكن شرح أهم المعايير كالآتي[1]:

✓ **المدة المتوسطة للإقامة:** يعتبر هذا المعيار صعب ومعقد لأنه متعدد الجوانب ويرتبط بقرارات طبية، ويقصد به تقصير مدة العلاج في المؤسسات الصحية، حيث أن الطبيب هو الوحيد الذي يقرر مدة الإقامة بناءً على حالة المريض، وبالتالي ضرورة بقائه داخل المؤسسة الصحية لمدة معينة، وهذه المسألة هي أكثر العوامل تأثيرا في عملية التمويل بالمؤسسة الصحية، ويرتبط قرار البقاء بالأوضاع الاجتماعية والاقتصادية للمريض، وقد توصلت مجموعة من

[1] حوالف رحيمة، **تطبيق إدارة الجودة الشاملة – دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان**، مرجع سبق ذكره، ص: 99-104.

الدراسات أن المدة المتوسطة للإقامة تطول عندما يتأكد الطبيب أن حالة المريض تَسُوء بعد خروجه من المؤسسة الصحية بسبب عدم التكفل بالمريض بصورة صحيحة وانعدام الهياكل الصحية المساعدة بسبب البعد الجغرافي.

✓ **معدل الوفيات في المؤسسات الصحية:** لم تكن معدلات الوفيات تلقى صعوبات في التقييم والتقدير من قبل، ولكن حاليا مع التطور البشري الهائل وانتشار **وباء السيدا** ومخاطر التلوث البيئي ومختلف الأوبئة الجديدة، أصبح من الصعب التنبؤ مستقبلا بهذا المعدل، وهذا ما جعل عملية تقدير هذه المعدلات مجهولة وغير ممكنة، لذا من الضروري إعادة تنظيم الأنظمة الصحية حسب الوضعية الجديدة، ومعدل الوفيات هي أكثر المؤشرات شيوعا، ففي واقع الأمر يجب أن تستخدم كأداة لتحديد منطقة عدم الجودة لجلب الانتباه والاهتمام، كما تعبر فعلا على نوعية وجودة الخدمات الصحية، حيث أن (92%) من الدراسات على الأقل استخدمت هذا المؤشر.

✓ **معدل انتشار العدوى في المؤسسات الصحية:** تحتوي بيئة العمل في المؤسسات الصحية على العديد من المخاطر الصحية، والتي تؤثر على مختلف فئات العاملين من الأطباء وهيئات التمريض المساعدة في تقديم الخدمات الصحية، مما يدفع بإدارة المؤسسة الصحية لتحقيق بيئات عمل تتحكم في المخاطر الناجمة عن انتقال العدوى من المرضى، وتعد العدوى في المؤسسات الصحية هي مشكلة من مشاكل الصحة العامة، وخاصة في البلدان النامية بسبب تدهور مستوى النظافة الصحية التي لم تتحسن تماشيا مع التقنيات الجديدة، ويعد مؤشر حالات العدوى داخل المؤسسة الصحية من أهم الدلائل على تحقيق نجاح الرعاية الصحية في المؤسسات الصحية وجودتها، ويعتبر هذا المعيار من المعايير الطبية المحضة ومؤشر للجودة، لأن الدراسات أثبتت أنه مسؤول على نسبة كبيرة من الوفيات، ويعتبر مشكلا حقيقيا وخطيرا بالنسبة للصحة العامة.

المطلب الثالث: تحقيق رضا الزبون من خلال جودة الخدمات الصحية.

بسبب خصوصية الخدمات بصفة عامة وتميزها عن السلع والمنتجات الصناعية، فإن تحقيق رضا الزبائن عن الخدمات يتضمن إتباع أساليب وطرق تؤدي لهذا الغرض، وكذلك انتهاج خطوات تُسهل الوصول لهذا الهدف.

أولا– العلاقة بين رضا الزبون وجودة الخدمة.

يستند الرضا إلى مستوى جودة الخدمة المدركة من قبل الزبون التي تُشْبِعْ احتياجاته ورغباته، وعلى ذلك يتضح وجود علاقة واضحة وأكيدة بين مفهومي الرضا وجودة الخدمة المدركة رغم اختلاف الدراسات بشأن ذلك، وهو ما استدعى تقديم المقارنات الآتية[1]:

- **جودة الخدمة كموقف أو اتجاه شامل:** وضح الاقتصادي **(Bateson)** في دراسته سنة (1999م) العلاقة بين الجودة والرضا، بوصف الجودة كموقف يكونه الزبون عند تقييم عرض الخدمة بناءً على التجارب السابقة، أما الرضا فهو الناتج النهائي للتقييم الذي يجريه، وبالتالي توصل إلى أن الجودة أقل ديناميكية مقارنة بالرضا، بمعنى أنه يمكن للزبون أن يحكم على جودة الخدمة بشكل شامل، وذلك بإجراء مقارنات مع مؤسسات أخرى ليقف على

[1] معارفي فريدة، **جودة الخدمات المصرفية وعلاقتها بتنافسية البنوك في ظل إدارة الجودة الشاملة – دراسة حالة القرض الشعبي الجزائري (وكالة باتنة)**، رسالة ماجستير في النقود والتمويل، 2008، ص: 43-44.

مستوى الجودة التي يجب على المؤسسة تقديمها للزبون.

- **التوقع والإدراك**: من جانب آخر يتحدد الاختلاف بين جودة الخدمة ورضا الزبون في كيفية تعريف أو تحديد معنى التوقعات، فعند قياس جودة الخدمة المدركة فالمقارنة تكون على أساس ما الذي ينبغي على الزبون توقعه، بينما في قياس الرضا تكون المقارنة على أساس ما قد يتوقعه المستفيد من الخدمة، وهناك اختلافا بينهما كما أشار **(Berry, Zeithaml & Parasuraman)**، فالرضا ينتج عن المقارنة بين الخدمة المتوقعة والخدمة المدركة، أما جودة الخدمة فهي تشير إلى المقارنة بين الخدمة المرغوب فيها والخدمة المدركة.
- **الرضا التراكمي**: قدم **(Anderson)** في دراسته سنة (1994م) مفهومين لتحديد رضا الزبون هما:

1- رضا الزبون المستند على تبادل تجاري: وهو التقييم النهائي الذي يجريه الزبون لعملية تبادل معينة، وذلك بعد المقارنة بين توقعاته بخصوص جودة الخدمة، وأداء جودة الخدمة الفعلية.

2- رضا الزبون المستند على تبادلات تراكمية: ويستند هذا المفهوم على إجمالي خبرة الشراء والحصول على الخدمة عبر فترة زمنية معينة، وبالتالي يعد مؤشرا هاما لتقييم أداء مقدم الخدمة في الماضي والحاضر، وعليه فإن تقييم الجودة يستند على حكم شامل، وهو ما يوضح الاختلاف بين الرضا والجودة المدركة للأسباب الآتية:

- ✓ يتحدد الرضا من التجارب السابقة بينما الجودة يمكن إدراكها من دون تجربة أو خبرة؛
- ✓ يعتمد رضا الزبون على مركب القيمة (السعر والجودة) وعموما على السعر؛
- ✓ يستند الرضا على التجارب السابقة والمتوقعة بينما الجودة ترتبط بالإدراك الحالي.

- **رضا الزبون وجودة الخدمة**: من جهة أخرى يوجد اختلاف قائم حول إشكالية من يسبق الآخر، رضا الزبون أو جودة الخدمة، فكان تصور **(Cronin & Taylor)** بأن الرضا يسبق الجودة طالما أن نوايا ورغبة الزبون في شراء الخدمة ترتبط مباشرة بالرضا قياسا إلى الجودة المدركة.

وعليه فإن رضا الزبون يستند إلى جودة الخدمة المدركة ومدى تحقيقها لاحتياجاته، وبتوافق توقعات الزبون والعوامل المؤثرة على توقعاته مع القيمة المسلمة يتحقق الرضا المطلق، وبالتالي الرضا هو دالة للأداء المدرك والتوقعات، فإذا كانت التوقعات تفوق الأداء فالزبون غير راضي عن جودة الخدمة.

ثانيا- كيفية تحقيق رضا الزبون (المريض) عن الخدمات الصحية.

قد يتحقق الرضا لدى المريض عند خروجه من المؤسسة الصحية وبعد تلقيه العلاج المناسب، ولكن قد لا يتحقق الرضا للمريض المصاب بمرض مستعص مهما كان الاهتمام المبذول من أجله، إلا أنه ينبغي في كل الأحوال أن يلتزم مقدم الخدمة بمعايير وأبعاد الجودة التي من شأنها أن تحقق الرضا لدى المرضى، حيث أن ذلك يتضمن الاهتمام بحاجات ورغبات المريض منذ اللحظة الأولى لدخوله المؤسسة الصحية، بدءا من استقباله من قبل جهة الاستعلامات، ومرورا بالإجراءات الخاصة بتدوين المعلومات واستيفاء الأجور ورعاية المَرضِين له، فضلا عن جودة الخدمات الفندقية

المقدمة، وانتهاء بإجراءات تصفية حسابات المريض وإعطاء التعليمات والإرشادات الصحية عند الخروج من المؤسسة الصحية.

وبالتالي فإن جوهر الجودة يتمثل في مقابلة احتياجات ومتطلبات المرضى مع الخدمة الصحية المقدمة لهم، والتي ينبغي توافقها مع الاستخدام المسبق الذي يريده المريض، وهذا التوافق يرتبط إلى حد كبير مع القيمة التي يدركها ويتحسسها المريض من الخدمة الصحية وما يعقبها من رضا، ويمكن التعبير عن الرضا حسب العلاقة الآتية:

الرضا = الإدراك – التوقع

فدرجة الرضا المتحققة عن الخدمة المقدمة تمثل الفرق بين ما يمكن أن يدركه أو يحصل عليه المريض من الخدمة، وما كان يتوقع الحصول عليه قبل الحصول على الخدمة، لذلك على المؤسسة الصحية الراغبة في النجاح والاستمرار، أن لا تكون نظرتها لجودة الخدمات الصحية بأنها تنحصر في تقديم خدمة تطابق مواصفات محددة مسبقا، أو تقديم خدمة بأقل تكاليف ممكنة، بل ينبغي أن تكون الخدمات متوافقة مع ما يحتاجه المريض، وما يتوقع أن يحصل عليه، وأن تتميز المؤسسة في هذا الأمر عن المؤسسات الصحية الأخرى، لأن جودة الخدمات الصحية تعتبر بمثابة ميزة تنافسية ينبغي أن تُوظَّف لتعزيز المكانة في السوق الصحي[1].

وفي الدراسات التي تناولت موضوع جودة الخدمات الصحية وعلاقتها برضا المرضى باعتبارهم أهم الزبائن للمؤسسة الصحية، فإنه تم التوصل في الكثير منها إلى أنه كلما كان هناك مستوى منخفض لجودة الخدمات الصحية المقدمة، فإن المرضى يكونوا غير راضين عن مستوى الخدمات الصحية المقدمة لهم، وحسب دراسة (الهام يحياوي، ليلى بوحديد، 2014)، والتي كانت بعنوان **"تقييم جودة الخدمات الصحية ومستوى رضا الزبائن عنها – دراسة ميدانية في المؤسسات الإستشفائية الخاصة بباتنة"**، فمن بين النتائج التي تم التوصل إليها نذكر الآتي[2]:

- ✓ يتطلب تصميم الخدمات الصحية الأخذ بعين الاعتبار لتوقعات المرضى؛ لأن هذا يعتبر حجر الزاوية في تطوير الخدمات وفق رغباتهم؛
- ✓ يوافق أفراد عينة الدراسة بدرجة عالية على جودة الخدمة الصحية المقدمة لهم من طرف المصحات من ناحية معايير التقييم الخمسة ورضا كبير عن الجودة؛
- ✓ أكثر المعايير تأثيرا على الجودة الصحية هما معياري الملموسية والتعاطف؛
- ✓ كفاءة الطبيب المهنية في المؤسسة الاستشفائية تؤدي دورا أساسيا في تحسين جودة الخدمات المقدمة.

[1] ثامر ياسر البكري، **تسويق الخدمات الصحية**، مرجع سبق ذكره، ص: 214-216.
[2] الهام يحياوي، ليلى بوحديد، **تقييم جودة الخدمات الصحية ومستوى رضا الزبائن عنها – دراسة ميدانية في المؤسسات الإستشفائية الخاصة بباتنة**، مجلة الباحث، الجزائر: جامعة ورقلة، العدد (14)، 2014، ص: 340.

وحتى يتحقق رضا الزبون على جودة الخدمات الصحية فإنه ينبغي على المؤسسة الصحية أن تقوم بـ[1]:

- ✓ تلبية رغبات الزبائن بما يتطابق مع توقعاتهم ويحقق رضاهم التام عن الخدمات المقدمة لهم؛
- ✓ ملائمة العلاج لمختلف الحالات المرَضِية؛
- ✓ اعتماد الإجراءات السريرية* المتميزة للحد والوقاية من المضاعفات والأحداث المرَضِيَة؛
- ✓ تبني العاملين لسلوكيات إيجابية عند تعاملهم مع المرضى، وذلك لضمان كرامتهم والعمل على إشراكهم في خطط الرعاية المرسومة لهم من قبل أطبائهم المعالجين؛
- ✓ تأمين أساليب رعاية تتناسب مع ظروف المستفيدين من الخدمات الصحية؛
- ✓ ضمان الاستخدام المناسب للموارد المستهدفة.

ثالثا– خطوات تحقيق الجودة في خدمة الزبائن.

حتى يمكن ضمان الجودة في الخدمة المقدمة للزبون، لتحقيق رضاه وتعزيز مكانة المؤسسة لديه، هناك مجموعة من الخطوات التي تُسَهِّل ذلك، وهي على النحو الآتي[2]:

- **الخطوة الأولى:** تتمثل في جذب الانتباه وإثارة الاهتمام بالزبائن لتحقيق النجاح، وهذا من خلال المواقف الايجابية التي يتم إظهارها عادة في مجالات خدمة الزبون، فالاستعداد المعنوي والمادي لملاقاة الزبون (الابتسامة، المظهر الجيد، الثقة) يسمح بترسيخ صورة ذهنية جيدة لدى الزبون عند حصوله على الخدمة بمواصفات دقيقة، وخاصة بالمعاملة الحسنة التي ترضي أو تفوق تطلعاته.
- **الخطوة الثانية:** تتمثل في تكوين الرغبة لدى الزبون وتحديد حاجاته، وهذا من خلال المهارات التسويقية والبيعية التي يتميز بها مقدم الخدمة، ومن خلال العرض السليم والمنطقي لمزايا الخدمة، وإقناع الزبون والتركيز على نواحي القصور وكيفية معالجتها، وهنا على مقدم الخدمة الاستماع لكل استفسارات الزبون بكل اهتمام، والاجتهاد في الإجابة عليها.
- **الخطوة الثالثة:** تتمثل في إقناع الزبون ومعالجة الاعتراضات لديه، حيث أن طرق الإقناع وتكوين الرغبة ليس بالأمر الهين، فهي تتطلب العديد من الجهود السلوكية لإنشاء مرتكزات القناعة لدى الزبائن، من خلال تقديم خدمات قادرة على استقطاب قناعتهم، ومعالجة الاعتراضات التي يبديها البعض عند اقتناء الخدمة، وتختلف طريقة الرد على الاعتراضات من موقف لآخر، وهناك مجموعة من القواعد التي يمكن الاعتماد عليها في الرد على اعتراضات الزبائن، كالتزام مقدم الخدمة بالقاعدة الذهنية "**الزبون دائما على حق**".
- **الخطوة الرابعة:** تتمثل في التأكيد على استمرارية تعامل الزبائن مع المؤسسة، وهذا بالاهتمام بشكاوى الزبائن وملاحظاتهم والاعتذار لهم وإشعارهم بأهمية الشكوى المقدمة من طرفهم.

---

[1] نادية خريف، مرجع سبق ذكره، ص: 74-75.

* هي كافة الخدمات التي تخص المرضى الذين يتطلب علاجهم الإقامة السريرية في المؤسسة الصحية.

[2] واله عائشة، مرجع سبق ذكره، ص: 120-121.

إن الخطوات الأربعة السابقة إذا اعتمدت ستسمح حقا بتقديم جودة في خدمة الزبائن بكفاءة وفعالية، وبمهارة عالية تمكن المؤسسة من التعامل والاستمرار في علاقتها مع زبائنها الحاليين، واجتذاب زبائن جدد من خلال تميزها بالجودة في التعامل مع زبائنها.

وتعتبر جودة خدمة الزبون توجها جديدا تسعى المؤسسات لتبني مضامينه، ومن المعروف أن الزبون يفضل الشراء من المؤسسة التي سبق وتعامل معها عن التعامل مع مؤسسة جديدة، فشعوره بأن الخدمة متميزة يعتبر كدليل وناتج على أنه[1]:

- ✓ قد تعرف على الخدمات التي تقدمها المؤسسة؛
- ✓ تكونت لديه الثقة في كفاءة المؤسسة ودقة مواعيدها في تسليم الخدمات؛
- ✓ تعرف على شروط الشراء في المؤسسة؛
- ✓ تأكد من أنه سيحصل على ما يلبي احتياجاته ويشبع رغباته.

[1] نفس المكان السابق.

خلاصة الفصل:

يعتبر مفهوم منهج إدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي قريب من مفهومها بشكل عام، حيث تعتبر كثقافة تنظيمية ومنهج إداري يقوم على إحداث تغيير شامل في مختلف نشاطات المؤسسة الصحية (المدخلات، العمليات والمخرجات)، وتوجد مجموعة من المبادئ يقوم عليها هذا المنهج، وخاصة منها المشاركة الجماعية للعاملين في المؤسسة الصحية والتركيز على المريض والتحسين المستمر للجودة، وتبني هذه المبادئ يؤدي إلى تحسين جودة الخدمات الصحية بشكل مستمر، بما ينعكس على رضا الزبائن وتحقيق أهداف المؤسسة الصحية والتميز في أدائها، وأهمية هذا المنهج لا تقتصر فقط على المؤسسة، بل تتعدى إلى مختلف الأطراف التي لها علاقة بالمؤسسة، كالزبائن الداخليين (العاملين)، الزبائن الخارجيين (المرضى) والزبائن الموردين (المجهزين).

كذلك حاولنا تبيين العلاقة بين كل من مفهوم إدارة الجودة الشاملة والمواصفات الدولية **(ISO 9000)**، حيث تم التوصل إلى أنهما مفهومان مختلفان، ولكن متكاملان (ليس بديلان)، مختلفان لأن إدارة الجودة الشاملة تعتبر أشمل من المواصفات الدولية **(ISO 9000)**، ومتكاملان لأن المؤسسة يمكن أن تنتهج الإيزو كخطوة أولية في طريق الوصول إلى تطبيق الجودة الشاملة، أما المؤسسة التي نجحت في تطبيق إدارة الجودة الشاملة بدون أن تنطلق من الإيزو كخطوة أولية، ولم تحقق المواصفات الدولية **(ISO 9000)** في أنظمة جودتها، فإنه يلزمها تغييرات بسيطة فقط حتى تحقق هذه المواصفات وتحصل عل شهادة المطابقة.

كذلك تم التوصل إلى أنه على عكس إدارة الجودة الشاملة فإن الجودة النوعية تتضمن السعي إلى تحقيق معايير للجودة محددة مسبقا، وهي بذلك تشبه المواصفات الدولية **(ISO)**، كذلك فإن الجودة النوعية تسعى فقط إلى التحسين عندما توجد مشكلات، أما إدارة الجودة الشاملة فتسعى إلى التحسين الدائم حتى إذا لم يتم اكتشاف مشكلات معينة، بالإضافة إلى أن الجودة النوعية خاصة فقط بالمجال الإكلينيكي مثل أن يتم القيام بعملية جراحية ناجحة وبكفاءة جيدة.

ويعود إتباع معظم المؤسسات الصحية لمنهج إدارة الجودة الشاملة بسبب أنه يهدف إلى تحقيق التحسين المستمر للجودة في كل العمليات الخاصة بالخدمة الصحية، فهذا المنهج هو أفضل ضمان للإدارة في الحفاظ على المرضى، وهو أقوى دفاع لها ضد المنافسين، والسبيل المناسب لاستمرار النمو والتطور، فضلا عن الاستمرار في الحصول على إيرادات مجزية، ويعتبر مفهوم جودة الخدمة الصحية بما يتوافق مع وجهة نظر الزبون هو الأكثر أهمية، لأن ذلك يتوافق مع مفاهيم وفلسفة إدارة الجودة الشاملة، حيث أن الخدمة الصحية تكون ذات مستوى عالي من الجودة إذا كانت متلائمة أو تفوق توقعات المرضى وحققت احتياجاتهم، لذلك ينبغي على المؤسسات الصحية أن تسعى إلى تلبية رغبات واحتياجات الزبائن بشأن خدماتها، وذلك بهدف تقديم خدمات تفوق توقعات المرضى، وليس فقط تلبية احتياجاتهم.

الفصل الثالث:

الثقافـــة التنظيميـــة

وعلاقتها بمنهج إدارة الجودة الشاملة.

تمهيد:

من خلال ما تم التطرق إليه سابقا عن مفهوم منهج إدارة الجودة الشاملة، فإن الجانب الثقافي هو الجزء الأكبر والبارز في هذا المنهج، حيث يعتبر كثقافة تنظيمية جديدة، وبالتالي محاولة تطبيقه هو محاولة لتغيير الثقافة التنظيمية السائدة إلى ثقافة إدارة الجودة الشاملة وما تحمله من خصائص ومميزات، ومن المعروف أن أهم تحديات ومعوقات تطبيق الأساليب الإدارية المتضمنة التغيير الثقافي هو الثقافة التنظيمية القديمة السائدة في حد ذاتها.

وفي إطار دراسة معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي، سنحاول أولا الإحاطة بمفهوم الثقافة التنظيمية، خصائصها وأهميتها، ومفهوم التغيير الثقافي ومختلف الإجراءات والخطوات لتغيير الثقافة التنظيمية، كذلك سيتم التعرف على مختلف المراحل والمتطلبات لنجاح تطبيق هذا المنهج، وهذا من منطلق أن أي خلل في المراحل المعتمدة لتطبيق هذا المنهج، أو عدم توفير المتطلبات اللازمة لذلك، يؤثر على مدى نجاح تطبيقه، ويعتبر كعائق وسبب لفشل الالتزام بهذا المنهج.

وقبل تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة فإنه يمكن استشراف مدى نجاح تطبيق هذا المنهج، وهذا من خلال دراسة الثقافة التنظيمية السائدة في المؤسسة ومدى اعتبارها كعائق أم مشجع على التطبيق، فهي تعتبر كعائق إذا كانت بعيدة عن الثقافة التنظيمية التي تتضمنها إدارة الجودة الشاملة والعكس صحيح، وهذا لأن أسباب فشل الكثير من المؤسسات الصحية في تطبيق هذا المنهج أو الصعوبة في تطبيقه هو الثقافة التنظيمية السائدة الغير ملائمة، والتي لا تحمل بذور مبادئ إدارة الجودة الشاملة، لذلك سنحاول شرح ما المقصود أن تكون الثقافة التنظيمية ملائمة لتطبيق هذا المنهج، وتوضيح مختلف مبادئ (متطلبات) ثقافة إدارة الجودة الشاملة، والتي إذا كانت غير متوفرة نسبيا في الثقافة التنظيمية السائدة في المؤسسة تكون كعائق لتطبيق هذا المنهج، وأخيرا سنبين بصفة عامة مختلف المعوقات لتطبيق هذا المنهج في المؤسسات الصحية، وسنتناول هذا الفصل من خلال المباحث الآتية:

- ✓ المبحث الأول: الإطار العام للثقافة التنظيمية؛
- ✓ المبحث الثاني: الثقافة التنظيمية ودورها في نجاح تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة؛
- ✓ المبحث الثالث: المراحل، المتطلبات التقنية والنماذج المساهمة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

المبحث الأول: الإطار العام للثقافة التنظيمية

تعتبر الثقافة التنظيمية أهم المفاهيم الإدارية التي كثُر الكلام عليها كثيرا في الآونة الأخيرة، وذلك للأهمية الكبيرة لها بالنسبة للمؤسسة؛ لأن الثقافة التنظيمية القوية والجيدة يصاحبها الكثير من المزايا بما يساهم في نجاح واستمرار المؤسسة وتحقيق الأداء المتميز.

المطلب الأول: ماهية الثقافة التنظيمية.

سنحاول في هذا الجزء التعرف على مفهوم الثقافة التنظيمية وبيان أهم مميزاتها وخصائصها، وأيضا تبيين العلاقة بين الثقافة التنظيمية وثقافة المجتمع، وتوضيح بعض مميزات الثقافة التنظيمية والقيم السائدة داخل المؤسسة الصحية.

أولا– مفهوم الثقافة: على عكس الثقافة التنظيمية فإن مصطلح الثقافة معروف عند عامة الناس، لذلك سنحاول أولا الإحاطة بمفهوم الثقافة.

1– مفهوم الثقافة في اللغة: لم ترد كلمة الثقافة في **القرآن الكريم والسنة النبوية** المطهرة، بل هي كلمة محدثة في اللغة العربية، مما يدل أنه لم يكن لها عند العرب والمسلمين اهتمام مثل الوقت الحالي، ومن هنا فإن العرب والمسلمين حتى ما قبل قرن من الزمان لم يكونوا يولونها أي نصيب من الاهتمام، بينما هي اليوم كل شيء في حياة البشرية.

إن جذر كلمة ثقافة هو ثقف، ولهذا الجذر معنيان رئيسيان متباينان في اللغة العربية هما[1]:

- ✓ **المعنى الأول:** في القاموس المحيط يعني صادفه أو أخذه أو ظفر به أو أدركه، وبهذا المعنى جاء **قوله تعالى: {فَإِمَّا تَثْقَفَنَّهُمْ فِي الْحَرْبِ فَشَرِّدْ بِهِم مَّنْ خَلْفَهُمْ لَعَلَّهُمْ يَذَّكَّرُونَ}** (الأنفال، الآية 57)، **وقال عز وجل: {وَاقْتُلُوهُمْ حَيْثُ ثَقِفْتُمُوهُمْ وَأَخْرِجُوهُم مِّنْ حَيْثُ أَخْرَجُوكُمْ}** (البقرة، الآية 191)، **وقال سبحانه وتعالى: {مَّلْعُونِينَ أَيْنَمَا ثُقِفُواْ أُخِذُواْ وَقُتِّلُواْ تَقْتِيلًا}** (الأحزاب، الآية 61)؛
- ✓ **المعنى الثاني:** ثقِف، يثقف، ثقفاً وثقافاً؛ أي صار حاذقاً، خفيفاً وفطناً، ومن ذلك قولنا ثقِف الكلام؛ أي حذقه وفهمه بسرعة، وثَقَّف الولد؛ أي هذبه وعلمه، وثقّفهُ تثقيفاً؛ أي سوّاه، وثاقفه فثقفه؛ أي غالبه فغلبه في الحذق.

وورد جذر ثقافة في لسان العرب (ثقف) بمعنى جدّد وسوى، ورجل ثقف؛ أي رجل حاذق، وثقف الرمح؛ أي قوّمه وسوّاه، وفي هذا تقول **عائشة** تصف أباها رضي الله عنهما:**{وأقام أودَهُ بِثقافةٍ}**، والثقاف هو ما تُقوّم به الرماح، وكانت تعني أنه سوَّى عِوج المسلمين في حروب الرِّدَّة.

أما في اللغة الانجليزية، فكلمة **(Culture)** تترجم إلى العربية على أنها الثقافة والتهذيب، وقد تعطي أحياناً معنى الحضارة، وجذر هذه الكلمة هو **(Cult)** وتعني عبادة ودين، ومن مشتقاتها **(Culturation)** وتعني التعهد والتهذيب والرعاية، و**(Cultural)** ومعناها ثقافي أو حضاري، وكانت الثقافة تعني الدين والحكمة أو الفلسفة،

[1] جاسم بن فيحان الدوسري، **الثقافة التنظيمية في المنظمات الأمنية ودورها في تطبيق الجودة الشاملة**، أطروحة دكتوراه الفلسفة في العلوم الأمنية، السعودية: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 2007، ص: 13-14.

وكان المثقف هو الحكيم أو الفيلسوف أو الأديب، وكان السلاطين والملوك يختارون لأبنائهم مؤدبين يعلمونهم جميع ما يحتاجونه ليصبحوا مثقفين ومؤهلين لإدارة دفة الحكم.

2- مفهوم الثقافة اصطلاحا: يمكن تعريف الثقافة اصطلاحا كالآتي:

- ✓ يعرفها **هوفستيد (Hofstede)** بأنها: «الخصائص والقيم المشتركة التي تميز مجموعة من الأفراد عن المجموعات الأخرى»[1]؛
- ✓ كما يرى **تايلور (E.B.Taylor)** بأن الثقافة هي: «ذلك الكل المركب الذي يشتمل على المعرفة، المعتقدات، الفن، الأخلاق، القانون والعادات، أو أي قدرات أخرى أو قدرات يكتسبها الإنسان بصفته عضوا في المجتمع»[2]؛
- ✓ يعرفها **(F.Kovairon)** بأنها: «تشمل القيم المادية واللامادية التي يخلقها الإنسان في سياق تطوره الاجتماعي وتجربته التاريخية، وهي تعبر عن مستوى التقدم التكنولوجي، الإنتاج الفكري والمادي، التعليم، العلم، الأدب والفن الذي وصل إليه المجتمع في مرحلة معينة من مراحل نموه الاجتماعي والاقتصادي»[3]؛
- ✓ يعرفها **(Ramdom)** بأنها: «طرق وأنماط الحياة يتم بناؤها وتطويرها من قبل جماعة من الناس، ويتم توارثها من جيل إلى جيل»[4]؛
- ✓ «جملة الأفكار، المعارف، المعاني، القيم، الرموز، الانفعالات والوجدانيات التي تحكم حياة المجتمع في علاقاته مع الطبيعة والمادة، وفي علاقات أفراده ببعض وبغيرهم من المجتمعات، باعتباره صانعا وناقلا لعناصر الثقافة جيلا بعد جيل»[5].

وفي الأخير يمكن القول أن الثقافة هي: "مجموعة من الصفات التي تميز مجتمع ما عن غيره من المجتمعات، وتجعل أفراده متشابهين في الكثير من سلوكياتهم وأنماط حياتهم، مثل: القيم، المعرفة، العادات، الأخلاق،...الخ، هذه الصفات يتم توارثها عبر الأجيال، وتؤثر في جميع الأفراد المنتمين لهذا المجتمع، بحيث تصبح الكثير من سلوكياتهم متأثرة بالثقافة المنتمين لها وليس لطبيعة شخصياتهم وقناعاتهم".

ثانيا: مفهوم الثقافة التنظيمية: يمكن تسميتها كذلك بثقافة المؤسسة، ومن بين التعاريف لهذا المفهوم نذكر الآتي:

- ✓ عرفها **(Edgar Scheim, 1886)** بأنها: «نمط من الافتراضات الأساسية التي اخترعتها الجماعة أو اكتشفتها أو طورتها أثناء حل مشكلاتها في التكيف الخارجي والاندماج الداخلي، والتي أثبتت فعاليتها ومن ثم تعليمها للأعضاء الجدد كأحسن طريقة للشعور بالمشكلات وإدراكها وفهمها»[6]؛

---

[1] عبد الحفيظ مقدم، **الموثرات الثقافية على التسيير والتنمية**، ورقة بحثية مقدمة إلى الملتقى الدولي حول: الثقافة والتسيير، الجزائر: جامعة الجزائر، 1992، ص: 17.

[2] غيات بوفلجة، **القيم الثقافية والتسيير**، بدون بلد للنشر: دار الغرب للطباعة والنشر، 1998، ص: 7.

[3] ناصر دادي عدون، **إدارة الموارد البشرية والسلوك التنظيمي - دراسة نظرية وتطبيقية**، الجزائر: دار المحمدية العامة، 2004، ص: 107.

[4] عبد المعطي محمد عساف، **السلوك الاداري (التنظيمي) في المنظمات المعاصرة**، الأردن: دار زهران، 1994، ص: 126.

[5] عثمان فراج، **الثقافة وعملية التنشئة الاجتماعية في الوطن العربي**، ورقة بحثية مقدمة إلى الملتقى الدولي حول: الثقافة والتسيير، الجزائر: جامعة الجزائر، 1992، ص: 33.

[6] Detrie Jean-Pierre, **Strategor: Politique générale de l'entreprise- stratégie- structure-decision identité**, 4ème Ed, France: dunod, 2005, p: 676-677.

- ✓ «مزيج من القيم، الاعتقادات، الافتراضات، المعاني والتوقعات التي يشترك فيها أفراد منظمة أو جماعة أو وحدة معينة، ويستخدمونها في توجيه سلوكهم وحل المشكلات»[1]؛
- ✓ حسب **(M.thvenet)**: «تراث مشترك من القيم والمعتقدات تسمح لأفراد المنظمة بالتماثل والترابط، مما يؤدي إلى استقرار النظام بتوجيه وتعديل السلوكيات وقرارات التسيير الهامة»[2]؛
- ✓ أما **(Ouchi)** فيعرفها بأنها: «تتألف من الرموز، الطقوس والأساطير التي تنتقل من خلالها القيم والمعتقدات التنظيمية إلى العاملين في المنظمة، أو يكون إيمان موظفيها بهذه المعتقدات إيمانا كاملا كما أنها تمثل نظاما»[3]؛
- ✓ ويرى **بوسمان** بأن الثقافة التنظيمية هي: «نظام يتكون من مجموعة من العناصر أو القوى التي لها تأثير شديد على سلوك الأفراد داخل المؤسسة، وهي المحصلة الكلية للكيفية التي يفكر ويعمل بها الأفراد كأعضاء عاملين بالمؤسسة»[4].

مما سبق يمكن القول أن الثقافة التنظيمية هي: "مجموعة من القيم التنظيمية التي تميز مؤسسة ما، مثل: احترام الوقت، التعاون، الابتكار،...الخ، والتي توجه وتضبط سلوك الأفراد داخل المؤسسة بحيث تؤثر في العاملين الجدد، وتصبح المؤسسة تتبع طريقة معينة في مواجهة المشاكل، ووضع سياساتها، استراتيجياتها وأهدافها".

وفي هذا الإطار نشير إلى أن المناخ التنظيمي يستخدم عادة كمرادف لمصطلح الثقافة التنظيمية، ولكن هناك بعض الاختلافات بين المفهومين، فالثقافة التنظيمية تتعلق بطبيعة الاعتقادات والتوقعات حول حياة العمل في المؤسسة، في حين أن المناخ التنظيمي يعد مؤشرا حول ما إذا كانت الاعتقادات والتوقعات قد تحققت فعلا أو لا.

وعلى هذا الأساس يعتبر المناخ التنظيمي هو ما يعكس إدراك الفرد في المؤسسة نحو انتمائه لها، وعليه فالمناخ التنظيمي يتحدد بنوعية الأبنية الداخلية للمؤسسة، وهي القيم، الخصائص والاتجاهات التي لها صفة الاستقرار النسبي التي تؤثر في سلوك الأفراد، وتتشكل من خلال فلسفة الإدارة وممارساتها[5].

ثالثا: خصائص الثقافة التنظيمية: تتميز الثقافة التنظيمية بمجموعة من الخصائص يمكن إجمالها في الآتي[6]:

- ▪ تحمل الثقافة التنظيمية خاصية تكوين البديهيات أو المسلمات، وهي كل ما يعتقده الأفراد ويعد غير قابل للنقاش، وتنشأ عن القيم والمعتقدات المتداولة داخل المؤسسة، وتتكون من خلال:
  - ✓ يواجه الأفراد العاملون مشكلة ما ويجدون الحل على اعتبار أنه الأمثل؛

---

[1] خضير كاظم حمود وآخرون، **السلوك التنظيمي**، الطبعة الأولى، الأردن: إثراء للنشر والتوزيع، 2009، ص: 264-265.

[2] Maurice thvenet**, la culture d'entréprise**, France: puf, 2003, p: 5.

[3] شتاتحة عائشة، **إحداث التغيير التنظيمي من خلال مدخل ثقافة المنظمة**، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال، الجزائر: جامعة الجزائر، 2007، ص: 119.

[4] عبد الحفيظ مقدم، مرجع سبق ذكره، ص: 131.

[5] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، مرجع سبق ذكره، ص: 103.

[6] بن قرقورة ليندة، **الثقافة التنظيمية مدخل استراتيجي لإحداث التطوير التنظيمي- دراسة حالة المطحنة الصناعية لمتيجة**، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال، الجزائر: جامعة الجزائر، 2008، ص: 4-5.

✓ يثبت هذا الحل فعاليته، مما يؤدي إلى تبنيه في كل مرة يواجه فيها الأفراد أوضاع مشابهة، ويصبح نوع من المسلمات، فالقيم والمعايير والمسلمات تمثل مرجعية وخلفية قوية في أوضاع تحتاج إلى التدقيق.

- الثقافة نظام مركب؛ إذ تعتبر نتاج لتفاعل مجموعة من العناصر هي:

✓ الجانب المعنوي؛ ويعبر عنه النسق القيمي، المعتقدات، الأخلاق،...الخ؛

✓ الجانب السلوكي؛ إذ تعتبر الثقافة التنظيمية مرجعية لضبط السلوك التنظيمي؛

✓ الجانب المادي؛ وهو كل ما يعمل على نقل الثقافة التنظيمية في شكل مادي (مجموع الوسائل،...الخ).

- تكتسب الثقافة التنظيمية خاصية التراكم بصفة مستمرة ومتصلة؛ إذ تنشأ عبر مراحل تاريخ المؤسسة وتنتقل من جيل إلى آخر عن طريق التعلم والمحاكاة، مما يمنح المؤسسة هوية مستقلة ومتميزة عن غيرها.
- تنشأ الثقافة التنظيمية قصد تحديد وضبط السلوكيات في المؤسسة، بالإضافة إلى وضع إطار مرجعي لحل المشاكل التنظيمية.
- تتميز الثقافة التنظيمية بالتغير والتطور وهو ما يضمن استمرارية المؤسسة، فأثناء انتقال الثقافة التنظيمية عبر الأجيال قد تفقد أو تكتسب ملامح جديدة، مما يجعلها تستجيب باستمرار لمتطلبات المؤسسة في حل مشاكلها.
- تكتسب الثقافة التنظيمية خاصية المرونة وقابلية التكيف والقدرة على الاستجابة لمتطلبات البيئة الداخلية والخارجية للمؤسسة.

رابعا: العلاقة بين ثقافة المجتمع والثقافة التنظيمية: تعتبر الثقافة التنظيمية بطريقة أو بأخرى كانعكاس لثقافة المجتمع الذي تنشط فيه، فهي تستعير خصائصها الثقافية من المحيط التنظيمي الذي تعيش فيه، وتكشف عن بعض الجوانب الخاصة بالثقافة الوطنية أو الإقليمية أو الصناعية أو المهنية التي تتطور وتنشط في وسطها.

وقبل أن يلتحق أي فرد بالمؤسسة يكون قد خضع لتأثيرات متعددة من قبل ثقافة المجتمع الذي ينتمي إليه، سواء كانت العائلة، الجماعة، البلد، نظام التعليم أو مختلف التنظيمات الاجتماعية التي قد يعيش في وسطها، والتي تساعد في تشكيل سلوكياته واتجاهاته وهويته بصفة عامة، وهذا ما يجعل الممارسات الفعلية في المؤسسات والسلوكيات التي تصدر عن العاملين فيها –سواء كانوا من أهل البلد أو من الوافدين إليها– كإفراز للخصائص الاجتماعية والثقافية والسلوكية للبيئة التي يعيشون فيها ويشكلون جزءا من كيانها الاجتماعي.

ولتحديد طبيعة العلاقة بين ثقافة المؤسسة وثقافة المجتمع، والتعرف على مستوى الانسجام والتوافق بينهما، يكفي التعرف على القيم والمعتقدات والأعراف التي ترشد سلوك عينة من أفراد المجتمع، ومقارنتها بتلك التي توجه سلوكياتهم في أماكن العمل لتتجلى درجة الانسجام أو عدم الانسجام بين قيم وأعراف المجتمع وقيم وأعراف المؤسسة، وتُظهر الأبحاث التي قام بها السيسيولوجي **(Geert Hofstede)** في الستينات من القرن العشرين من أهم الأعمال التي تساعد على إبراز هذه العلاقة، حيث توصل الباحث إلى أن أهم عناصر ثقافة المجتمع ذات التأثير على ثقافة المؤسسة هي:

- ✓ الفوارق في توزيع السلطة؛
- ✓ مدى رفض أو قبول تحمل المخاطر وحالة عدم التأكد؛
- ✓ الفردية أو الجماعية في انجاز العمل في المجتمع؛
- ✓ درجة الذكورة أو الأنوثة في المجتمع.

انطلاقا من كل هذه العناصر يتحدد نمط التسيير الذي تتبناه المؤسسة، والذي يأخذ بالاعتبار درجات التفاوت في تفضيل المجتمع وتقبله لأحد هذه العناصر عن الأخرى، وفي قيم أفراد المجتمع وعاداتهم وتقاليدهم، ولذلك فإنه لن يكون مستغربا أن يحس الأشخاص الوافدون إلى بلد معين بالاضطراب والقلق في مواقع عملهم، باعتبارهم ينتمون إلى ثقافات ومجتمعات مغايرة تجعلهم مختلفين عن الآخرين بشكل كبير، وهذا ما أطلق عليه الاصطدام الثقافي.

وبهذا فإن الثقافة التنظيمية لمؤسسة معينة لا يمكن أن تتشكل بصفة مستقلة عن ثقافة البلد الذي تنشط فيه، ولا عن ثقافة البلد الأصلي الذي تنتمي إليه، خاصة وأن المؤسسات تستمد من المجتمع ما تحتاج إليه من الأيدي العاملة، ونتيجة لتفاعل الأفراد العاملين في المؤسسة تنمو العادات والتقاليد المتعلقة بنشاطات العمل المختلفة، وتعمل هذه التقاليد الاجتماعية مع مرور الوقت على تعديل الهيكل التنظيمي، الأهداف والاستراتيجيات بصفة مستمرة، وتؤثر على الطريقة التي يتم بها إدارة الأفراد، وأساليب تحفيزهم وقيادتهم، ونوع الهياكل والتنظيمات التي تتناسب مع خصائصهم ومميزاتهم الثقافية، وهذا ما يجعل من ثقافة المؤسسات التي تعمل في البيئات الاجتماعية نفسها غير مختلفة وغير متطابقة تماما، فكل مؤسسة تصبح لها ثقافتها الخاصة التي يدركها العاملون فيها والجمهور الخارجي، وتعمل المؤسسات بالمقابل على الحفاظ عليها وترسيخها عن طريق جذب القوى البشرية التي تتوافق مع قيمها وفلسفتها[1].

خامسا– الثقافة التنظيمية والقيم داخل المؤسسة الصحية.

تعتبر المؤسسة الصحية كفسيفساء من الثقافة التنظيمية، ولا يظهر بأنها تتغذى من تاريخ واحد، حيث في هذه الفسيفساء هناك بعض الثقافات المهيمنة، وهي قبل كل شيء ثقافة الأطباء بلغتهم التي لا تسهل من عملية الاتصال مع باقي أعضاء التنظيم، كما أن هناك ثقافات أخرى كثقافة الممرضين الذين يبحثون عن غرس جذورهم بواسطة قيمهم الخاصة ومفاهيمهم وكذا خطابهم، وهناك إطارات الإدارة الوسطى التي تتولى عمليات الاتصال بين المدير والعمال من جهة، وبينها وبين الجمهور من جهة ثانية.

إن للمؤسسة الصحية أهدافا كثيرة ومتعددة، ويعتبر الهدف الرئيسي هو تلبية حاجات المريض بالنسبة للمعالجة والعناية الطبية، وبالمقابل نجد أن كل مجموعة من المجموعات المشكلة للتركيبة البشرية تفسر وسائل تحقيق هذه الأهداف من منطلق نظمها القيمية ومتطلباتها، كما أن الأهداف الإضافية الأخرى للمؤسسة الصحية كالتكوين الطبي والشبه الطبي والبحث في العلوم الطبية يجب أن تكون متكاملة، هذه المهام والنشاطات تجعل من المؤسسة

[1] شيكاوي سهام، **الثقافة التنظيمية وتأثيرها على أداء المنظمة**، رسالة ماجستير في تسيير المنظمات، الجزائر: جامعة أمحمد بوقرة بومرداس، 2007ص: 7-9.

الصحية بمثابة فندق، مركز للمعالجة، مختبر وجامعة، كذلك هذه النشاطات تمتاز بدرجة عالية من التخصص، الشيء الذي يجعل عدة أفراد ذوي تخصصات مهنية وفنية متعددة ومختلفة تشارك فيها، مما يطرح مشاكل كبيرة فيما يخص التنسيق والسلطة.

إن التركيز على العناية بالمرضى وحسن التكفل بهم يسري في نظام قيم وأهداف المؤسسة الصحية، رغم القيود والضغوط الاقتصادية، العوائق المالية، التطور التكنولوجي والقدرات التنظيمية، ويعتبر حسن التكفل بالمريض هو أحد قيم المجموعات المهنية المختلفة العاملة في المؤسسة الصحية، وهذه القيم البارزة والمشتركة تؤدي عملا حيويا في توحيد نشاطات جميع المشاركين في نظام المؤسسة الصحية، وتساعد على تشغيل المؤسسة الصحية بشكل فعال، وتدفع كل مشارك إلى القيام بمهامه المهنية والمتخصصة باتجاه عام، وهكذا يقومون بتنسيق تطوعي لهذه النشاطات[1].

المطلب الثاني: أهمية الثقافة التنظيمية

أصبحت الثقافة التنظيمية ذات مكانة وأولوية في كثير من المؤسسات المعاصرة، فالكثير من المديرين يعطون الاهتمام الكافي للثقافة التنظيمية في مؤسساتهم، لأنهم يعتبرونها من أهم المكونات الأساسية للمؤسسة، فهي تحدد نجاح المؤسسة إلى حد كبير، كما أنها تُولد ضغوطا على الأفراد العاملين بها للمضي قدما للتفكير والتصرف بطريقة تنسجم وتتناسب معها، وتكمن أهمية الثقافة التنظيمية في المؤسسات في الأوجه الآتية[2]:

- ✓ هي بمثابة دليل للإدارة والعاملين كنماذج للسلوك والعلاقات التي يجب إتباعها والاسترشاد بها؛
- ✓ هي إطار فكري يوجه أعضاء المؤسسة الواحدة وينظم أعمالهم، علاقاتهم وإنجازاتهم؛
- ✓ العاملون بالمؤسسات لا يؤدون أدوارهم فرادى، وإنما في إطار تنظيمي واحد، لذلك فإن الثقافة بما تحويه من قيم وقواعد سلوكية تحدد لهؤلاء العاملين السلوك الوظيفي المتوقع منهم، وتحدد لهم أنماط العلاقات فيما بينهم، وبينهم وبين المراجعين والجهات الأخرى التي يتعاملون معها، كما أن ملبسهم، مظهرهم، اللغة التي يتكلمون بها، مستويات الأداء ومنهجية حل المشكلات، تحددها ثقافة المؤسسة وتُدَرِّبُهُم عليها وتكافئهم على إتباعها؛
- ✓ تعتبر الثقافة التنظيمية من الملامح المميزة للمؤسسة عن غيرها من المؤسسات، وهي كذلك مصدر فخر واعتزاز للعاملين بها، وخاصة إذا كانت تؤكد قيما معينة كالابتكار، التميز والريادة؛
- ✓ الثقافة القوية تعتبر عنصرا فاعلا ومؤيدا للإدارة ومساعدا لها في تحقيق أهدافها وطموحاتها، وتكون الثقافة قوية عندما يقبلها غالبية العاملين بالمؤسسة، ويرتضون قيمها وأحكامها وقواعدها، ويتبعون كل ذلك في سلوكياتهم وعلاقاتهم؛

---

[1] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، مرجع سبق ذكره، ص: 99، 104، 105.

[2] سالم العياشي، **الثقافة التنظيمية ومساهمتها في تحقيق الأداء المتميز لدى إطارات وزارة الشباب والرياضة- دراسة ميدانية على مستوى وزارة الشباب والرياضة (الإدارة المركزية) بالجزائر العاصمة**، رسالة ماجستير في الإدارة والتسيير الرياضي، الجزائر: جامعة المسيلة، 2014، ص: 17-18.

- بن قرقورة ليندة، مرجع سبق ذكره، ص: 6-7.

- ✓ الثقافة القوية تسهل مهمة الإدارة والمديرين حتى لا يلجئوا إلى الإجراءات الرسمية أو الصارمة لتأكيد السلوك المطلوب؛
- ✓ تعتبر الثقافة القوية ميزة تنافسية للمؤسسة إذا كانت تؤكد على سلوكيات ايجابية، كالرغبة في العمل والاتقان فيه، ولكنها قد تصبح ضارة إذا كانت تؤكد سلوكيات روتينية، كالطاعة العمياء والالتزام الحرفي بالرسميات؛
- ✓ ثقافة المؤسسة تعتبر عاملا مهما في استجلاب العاملين الملائمين، فالمؤسسات الرائدة تجذب العاملين الطموحين، والمؤسسات التي تتبنى قيم الابتكار والتفوق تستقطب العاملين المبدعين، والمؤسسات التي تكافئ التميز والتطوير ينظم إليها العاملون المجتهدون الذين يرتفع لديهم دافع إثبات الذات؛
- ✓ تعتبر الثقافة عنصرا جذريا يؤثر على قابلية المؤسسة للتغيير وقدرتها على مواكبة التطورات من حولها، فكلما كانت قيم المؤسسة مرنة ومتطلعة للأفضل كانت المؤسسة أقدر على التغيير وأحرص على الإفادة منه، ومن جهة أخرى كلما كانت القيم تميل إلى الثبات والحرص والتحفظ قلت قدرة المؤسسة واستعدادها للتطوير؛
- ✓ تحتاج ثقافة المؤسسة إلى مجهودات واعية تغذيها وتقويها، وتحافظ على استقرارها النسبي ورسوخها في أذهان العاملين وضمائرهم وإتباعهم لتعليماتها في سلوكهم وعلاقاتهم؛
- ✓ تمنح الثقافة التنظيمية أعضائها شعورا بالهوية، إذ لها دور في تعريف الحدود وتكوين الاختلافات بين المؤسسة والآخرين؛
- ✓ تساعد الثقافة التنظيمية في إيجاد الالتزام في تحقيق الأهداف التنظيمية، وتعتبر حلقة وصل بين أعضاء المؤسسة؛
- ✓ تدعم الثقافة التنظيمية استقرار المؤسسة كنظام اجتماعي وتعزز من ثباته؛
- ✓ تعمل الثقافة التنظيمية كإطار مرجعي للعاملين، وهذا بإعطائها معنى لنشاطات المؤسسة وباعتبارها مرشدا لانتهاج السلوك الملائم؛
- ✓ تعمل الثقافة التنظيمية على تنمية القدرات والكفاءات العامة للمؤسسة، وهذا عن طريق تطوير نظام المعلومات والاتصال؛
- ✓ تسهيل فعاليات إدارة الموارد البشرية، وهذا عن طريق فهم الطبيعة البشرية والتعامل على أساس تعدد الثقافات؛ إذ تشكل إدارة التنوع للخلفيات الثقافية تحديا هاما لإدارة المؤسسة؛
- ✓ تسعى إدارة المؤسسة من خلال التركيز على المدخل الثقافي إلى تحقيق الفعالية التنظيمية.

لقد أصبحت الثقافة التنظيمية ذات أولوية في كثير من المؤسسات، ويؤكد على ذلك كل من **بيترز ووترمان (Peters And Waterman)** في كتابهما "**البحث عن التميز**" **(In Search Of Excellence)**، حيث يتناولان الشركات الأكثر نجاحا في الولايات المتحدة الأمريكية، فيشيران إلى أنه بلا استثناء فإن سيطرة، سيادة، تماسك وترابط الثقافة في تلك الشركات، أثبت أنه عنصر الجودة الأساسي الذي يؤدي إلى النجاح.

فالكثير من المديرين في هذه الأيام يعطون الأولوية والاهتمام الكافي للثقافة التنظيمية في مؤسساتهم، لأنهم يعتبرون الثقافة كأصل هام، ففي بعض الدراسات تمت الإشارة إلى أن المؤسسات التي لديها ثقافة متكيفة **(Adaptive)**، تركز على إرضاء وإشباع الاحتياجات المتغيرة للزبائن، العاملين وأصحاب الأسهم، ويمكنها أن تتجاوز بأدائها المؤسسات التي لا توجد لديها مثل تلك الثقافة، فالشركات التي لديها ثقافة قوية وصحيحة يمكنها زيادة المبيعات عن الشركات التي لا يوجد لديها ثقافة سليمة، فلذلك فالشركة الناجحة تحتاج أكثر من مجرد وجود استراتيجيات فعالة، بل تحتاج إلى ثقافة جيدة تدعم تلك الاستراتيجيات.

ويعتقد كثير من الباحثين في السلوك التنظيمي أن الثقافة التنظيمية تؤثر في مستوى أداء وإنجاز الجماعات والأفراد، وهذا بالتالي يحدد نجاح المؤسسة بشكل كبير، فلكل مؤسسة ثقافتها الخاصة بها، فإذا كانت تمتلك ثقافة ضعيفة أو رديئة سيصيبها الفشل في الأمد البعيد لا محالة، بغض النظر عن نوعية وجاذبية النشاط التي تعمل به.

ونظرا لأهمية الثقافة التنظيمية وأثرها في كافة أنشطة المؤسسة، يرى **أوت** أن الثقافة التنظيمية هي المؤسسة بحد ذاتها وليست جزءا منها، ولذلك على القياديين في المؤسسات استشعار التوجهات الثقافية المحيطة بمؤسساتهم وأخذها بعين الاعتبار.

ونظرا لما لها من أثر في تشكيل سلوك العاملين بالمؤسسة وعاداتهم وتوقعاتهم، مما ينعكس سلبا أو إيجابا في كافة عمليات وأنشطة المؤسسة بشكل عام، وفي عمليات التدريب بشكل خاص، وفقا لمدى قوة الثقافة التنظيمية بالمؤسسة، وتظهر أهمية الثقافة التنظيمية كما يجمع عليه معظم الكُتَّاب في أننا نجد أن الثقافة تؤدي إلى ضغوط على الأفراد العاملين بالمؤسسة، وهذا للمضي قدما للتفكير والتصرف بطريقة تنسجم وتتناسب مع الثقافة السائدة بالمؤسسة[1].

وباختصار فإن دراسة الإطار الثقافي والاجتماعي للمؤسسة يساعد على فهم وتفسير سلوك الأفراد وسيكولوجيتهم والقيم التي يؤمنون بها، فأهمية الوقت، السلوك المنظم، المثابرة والرغبة في الإنجاز، الإرادة وإتقان العمل، الصدق،...الخ، تعتبر كشروط ضرورية للنجاح في أي ميدان، وأن كيفية استخدامها يختلف باختلاف الثقافات، كل هذه المعلومات تساعد رجال التسيير على تحليل تصرفات العمال، والتنبؤ بهذا السلوك والتحكم فيه، ومعرفة كيفية تأثير الأفراد في سلوك بعضهم البعض، وكيفية تفسير الظواهر الإنسانية المتمثلة في مشكلات واعتراضات يثيرها العمال ضد ما تحدثه المؤسسة من تعديلات في أنظمة العمل، وبناء على هذه المعطيات يمكن لإدارة المؤسسة رسم السياسة الناجحة والكفيلة بتوجيه سلوك الأفراد الوجهة المرغوبة[2].

---

[1] الباتول علوط، **الثقافة التنظيمية وأثرها على الآداء الوظيفي للمرأة العاملة في المؤسسة العمومية الإستشفائية، دراسة ميدانية ببعض المؤسسات العمومية الإستشفائية بولاية الجلفة**، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع تنظيم وعمل، الجزائر: جامعة الجزائر 2، 2013، ص: 85-87.

[2] نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، مرجع سبق ذكره، ص: 103-104.

كذلك يمكن القول أن الأهمية من دراسة الجانب الثقافي للأفراد تكمن في[1]:

- ✓ تحديد قيمهم الثقافية المساعدة على التعامل معهم، والتنبؤ بالسلوك الذي ينتج عنهم، وردود أفعالهم عند اتخاذ بعض القرارات؛
- ✓ التعرف على القيم الثقافية للأفراد يسمح باختيار الأشخاص والأفراد الذين يقومون أو يتوافرون على استعدادات فكرية وسلوكية لتحمل المسؤوليات في المستقبل؛
- ✓ الاطلاع على دوافع الأشخاص من خلال معرفة أنماطهم الثقافية واتجاهاتهم يسمح لنا باختيار الحوافز المناسبة لهم، وتتأثر دوافع الأفراد بالإطار الثقافي والاجتماعي المحيط بالمؤسسة، ومن هنا تظهر أهمية دراسة هذا المجال الذي يسمح لرجال التسيير بتنظيم العمل بطريقة تكون أكثر استجابة للحاجيات الذاتية للعامل، ومن ثم يكون لها قيمة وأهمية كبيرة في تحفيزهم لرفع كفاءتهم الإنتاجية أو الخدماتية؛
- ✓ معرفة قيم الأشخاص داخل المؤسسة يمكننا من تكييفها مع قيم المؤسسة، وهذه أهم الأعمال التي يقوم بها المدير؛ أي كيف يجعل من اختلاف قيم الأفراد عاملا لتجميع واتحاد هذه القيم مع قيم وثقافة المؤسسة؛
- ✓ على مستوى محيط المؤسسة فإن معرفة قيمها يجنبنا التعارض في معاملاتنا مع هذا المحيط.

المطلب الثالث: تغيير الثقافة التنظيمية.

بما أن الثقافة التنظيمية تعبر عن مختلف القيم، العادات، السلوكيات والمبادئ التنظيمية المتعارف عليها في المؤسسة، فإن عملية تغييرها لا تكون عفوية وليس بالأمر السهل، بل ينبغي أن تكون عملية التغيير واعية ومخطط لها.

أولا– مفهوم التغيير الثقافي: هو عملية داخلية، تهدف من خلالها المؤسسة التكيف مع عمليات التغيير الداخلية من أجل الاندماج والخارجية من أجل التكيف، فنقطة البداية في التغيير هو تحديد جوانب السلوك ودفعها وتعزيزها داخل أرجاء المؤسسة، بناءً على تشخيص دقيق للوضع الحالي للإطار الثقافي، فهو تغيير موجه ومقصود، وهادف وواع، يسعى لتحقيق التكيف البيئي بما يضمن الانتقال إلى حالة تنظيمية أكثر قدرة على حل المشكلات.

إن تحليل سلوكيات الأعضاء والطرق البشرية يساعد على تغيير وتحديد الثقافة التنظيمية السائدة، وإحلال نسق ثقافي يتلاءم مع التحولات المستمرة، يركز على التميز، الانجاز والنتائج، التجانس والجماعية، التفتح على الخارج والداخل، التركيز على الأهداف القصيرة والطويلة، المشاركة والابتكار، الاهتمام بالعاملين كبشر، تنمية معارفهم ومهاراتهم وترسيخ صفات شخصية مدعمة للتغيير، هذه السمات الأساسية التي تتشكل منها الثقافة تعبر عن التغيير الثقافي المرغوب، الذي يصفي روح التجديد والمبادرة على الثقافة التنظيمية، ويكسبها نضجا بأمس الحاجة إليه لكي تكون قادرة على البقاء، النمو والتميز.

[1] نفس المرجع السابق، ص106.

فإحداث التغيير الثقافي في السلوكيات لا يمكن إحداثه إلا بتمهيد أذهان العاملين، وتهيئتهم نفسيا قصد إقناعهم برفض السلوك الحالي، واعتباره سلوك غير مرغوب أو يؤثر على توازن البناء الاجتماعي، وأنه في التغيير تتعاظم مصالحهم الذاتية، وسيكونون في وضع أفضل نتيجة هذا التغيير.

إن التغيير الثقافي هو إحداث تعديل للسلوكيات، وتعديل الذهنيات لأعضاء التنظيم في كافة المستويات التنظيمية، في بيئة شفافة مدعمة لآليات التنافس، مع تكوين ذهنيات جديدة لإدارة المؤسسة، تؤمن بضرورة التغيير، وبالمبادئ التي يريدون ترسيخها داخل المؤسسة، ذهنيات وعقليات بشرية تملك التَخيُل، التفكير الاستراتيجي، الابتكار، المبادرة والمخاطرة، متحررة الفكر والحاجة العالية للإنجاز، إذ لابد أن تنعكس هذه الصفات على توازن واستقرار البناء الاجتماعي، ويكون ذلك نتيجة تطوير ثقافي لنسق الثقافة التنظيمية[1].

من عوامل نجاح القادة هو قدرتهم على تعلم المهارات السلوكية التي تعني بفهم خصائص البشر وخصائص الثقافة التنظيمية السائدة في التنظيم، لذلك لابد من توفر المهارات الفنية، الإدارية والسلوكية لدى القادة، خاصة الذين تتطلب مهامهم التعامل مع أصناف مختلفة من البشر لهم حاجات وتوقعات متباينة، لذلك من الضروري توفر الظروف الملائمة للقيام بعملية تغيير الثقافة، ومن العوامل التي لها تأثير على عملية التغيير نذكر الآتي[2]:

- ✓ **قادة المؤسسة البارزين:** بحيث ينبغي تغييرهم بقادة جدد لهم رؤية بديلة واضحة لما يجب أن تكون عليه المؤسسة؛
- ✓ **مرحلة دورة حياة المؤسسة:** مرحلة انتقال المؤسسة إلى النمو والتوسع ودخولها مرحلة الانحدار، تعتبران مرحلتان تشجعان على تغيير الثقافة؛
- ✓ **عمر المؤسسة:** ثقافة المؤسسة أكثر قابلية للتغيير في المؤسسات الحديثة النشأة بغض النظر عن مرحلة دورة حياتها؛
- ✓ **حجم المؤسسة:** من الأسهل تغيير ثقافة المؤسسة في المؤسسات صغيرة الحجم؛
- ✓ **قوة الثقافة الحالية:** كلما زاد إجماع العاملين وشدة تمسكهم بالثقافة زادت صعوبة تغيير الثقافة؛
- ✓ **وجود ثقافات فرعية:** إن وجود ثقافات فرعية عديدة في المؤسسة يزيد من صعوبة تغيير الثقافة الأساسية، وهذا الأمر مرتبط بالحجم، فالمؤسسات كبيرة الحجم تقاوم التغيير لأنها تضم عادة عدة ثقافات فرعية.

ثانيا– إجراءات تغيير الثقافة التنظيمية: عند توفر الظروف الملائمة لتغيير ثقافة المؤسسة فإنه يجب وضع استراتيجية شاملة ومنسقة لإنجاز هذا التغيير بنجاح، ومن العمليات المقترحة للشروع في عملية التغيير الثقافي نجد الآتي[3]:

---

[1] يوسف جغلولي، **القيادة الإدارية الوسطى وعلاقتها بتطوير الثقافة التنظيمية بالمنظمة الإدارية- دراسة ميدانية بالمديريات التنفيذية لولاية المسيلة**، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع تنظيم وعمل، الجزائر: جامعة الجزائر 2، 2011، ص: 133.

[2] ربحي كريمة، **تكامل الثقافة التنظيمية وإدارة الجودة الشاملة لتحسين الأداء في المؤسسات الجامعية- حالة كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير- جامعة البليدة**، أطروحة دكتوراه في إدارة الأعمال، الجزائر: جامعة الجزائر 3، 2013، ص: 19.

[3] نفس المرجع السابق، ص: 19-21.

- إذابة الجليد عن الثقافة الحالية، ويتم ذلك عن طريق توعية العاملين بضرورة التغيير، فلابد أن يدرك جميع العاملين أن هناك أزمة تهدد وجود المؤسسة، ومن الممكن تحقيق ذلك عن طريق تعيين رئيس جديد للمؤسسة، ذلك أن تغيير الرئيس يعني أن هناك تغيرات جوهرية سترافق هذا التغيير، حيث ستكون له رؤية جديدة تتضمن قيم ومعايير سلوكية جديدة، ولكن شرط أن يكون هذا الشخص واعي بأهمية، ضرورة وفائدة التغيير، وتقبل فكرة التغيير نفسها.
- إن من مسؤوليات الإدارة العليا نقل وتوصيل القيم الجديدة للعاملين، وهذا يتضمن ثلاث عناصر أساسية هي:
  - ✓ تحديد الوضع الحالي للمؤسسة والنظرة المستقبلية وأي معلومات ذات صلة؛
  - ✓ الرؤية المستقبلية لما يجب أن تكون عليه المؤسسة وكيفية الوصول إلى ذلك؛
  - ✓ تحديد مجالات تَقَدُّم المؤسسة التي تعتبر مفتاحا لتحقيق هذه الرؤية.
- بإمكان الإدارة العليا تغيير وتعديل القيم والمعايير الثقافية المتواجدة، من خلال تعديل وتغيير العناصر الظاهرة لثقافة المؤسسة التي يستخدمها أفراد المؤسسة للتعبير عن المعاني والمفاهيم ونقلها، كالرموز، اللغة، الحكايات، المراسيم، الاحتفالات، الطقوس والتصريحات العلنية عن الرؤية المستقبلية للمؤسسة.
- من الوسائل الأخرى لنقل وتوصيل القيم والمعايير الجديدة هو التطوير التنظيمي، حيث يمكن تغيير وإدارة ثقافة المؤسسة من خلال الخطوات الآتية:
  - ✓ التعرف على القيم والمعايير الحالية؛
  - ✓ رسم التوجهات الجديدة؛
  - ✓ تحديد القيم والمعايير الجديدة؛
  - ✓ تحديد الفجوات الثقافية؛
  - ✓ العمل على سد الفجوات الثقافية.
- إعادة تنظيم المؤسسة بدمج وحدات معينة، إنشاء وحدات جديدة أو إلغاء وحدات معينة، فهذا يعني أن الإدارة مصممة على التغيير.
- إعادة النظر في نظم وإجراءات إدارة الموارد البشرية من تعيين وتقييم نظم العوائد، من أجل دعم العاملين الذين يلتزمون بالقيم الجديدة.

توجد الثقافة التنظيمية مع بداية تكوين المؤسسة أو مجموعة العمل، وتتكون الثقافة التنظيمية من مجموعة من الافتراضات الأساسية التي يأتي بها المؤسسين من واقع خبراتهم، حيث تحدد لأعضاء المؤسسة الكيفية التي يتم بها التعامل مع المشاكل المختلفة، وعملية البناء الثقافي هي عملية ممتدة مع مدار الزمن، ومع تتابع الأجيال المتعاقبة من القيادات ورجال الإدارة، وهذا ما يسمى بتدعيم البناء الثقافي، والذي يمر بجوانب ثلاثة تتحدد من خلال متطلبات المؤسسة من عاملين لتحقيق التدعيم الثقافي، ثم التنفيذ الفعلي لعملية التدعيم الثقافي من خلال التوظيف لأعضاء

جدد، ثم التأكد من توافق ثقافة هؤلاء الأعضاء مع ثقافة المؤسسة، كما يمكن تغيير ثقافة المؤسسة بتغيير العوامل التي تعيشها، وأهمها التغيير في القادة البارزين في المؤسسة.

كما أن هناك أهمية كبيرة للثقافة التنظيمية، والتي تأتي نتيجة لانتشار القيم والمعتقدات المشتركة عبر الكثير من أوجه الحياة التنظيمية في مراحل تكوينها أو تغييرها المختلفة، ومن ثم يمكن استخدامها في التأثير على الكثير من جوانب هذه الحياة، حيث يمكن للثقافة أن تزيد من مستوى التضامن التنظيمي، كما تؤثر على العديد من العمليات التنظيمية، كالإدراك، الاتصال، اتخاذ القرارات، التعاون، الالتزام، الدافعية والرقابة الاجتماعية، كما تؤثر على إعداد وتنفيذ الاستراتيجيات والتغيير الاستراتيجي، وثبت من خلال العديد من الدراسات والأبحاث أنها تؤثر على الأداء والفعالية التنظيمية بشكل واضح.

بالإضافة إلى ما سبق فيمكن تلخيص بعض الاجراءات لتغيير الثقافة التنظيمية في نقاط مختصرة كالآتي[1]:

- ✓ توضيح دواعي التغيير للجميع والأزمات الممكن التعرض لها في حال عدم التغيير؛
- ✓ الحصول على دعم الإدارة العليا للتغيير، وتشكيل فريق يتولى مسؤولية إحداث التغيير، بحيث يحدد هذا الفريق مبررات التغيير والرؤية الجديدة والفرص المتاحة لتحقيق الأهداف المنشودة؛
- ✓ من المفيد أن يصاحب عملية التغيير في الموظفين الرئيسيين أو في قيادات بعض الوحدات إعادة تنظيم يتم من خلالها دمج بعض الوحدات وإلغاء غير المناسب منها، وإيجاد وحدات أخرى، لأن من شأن ذلك أن يؤكد للعاملين وجود توجهات إدارية جديدة، وكلما كان حجم المؤسسة كبيرا سمح ذلك بمثل تلك التغييرات، فهذه الإجراءات يمكن أن تساعد على زيادة نفوذ أصحاب الفكر الجديد والمقصودين بالتغيير؛
- ✓ تحرك القيادة الجديدة بسرعة لنسج القصص والرموز المناسبة، وتبدأ بصياغة طقوس جديدة لتحل محل القديم منها، ليصبح ذلك جزءا مما يرتبط في ذهن العاملين؛
- ✓ إعادة النظر في الإجراءات المتبعة في عمليات الاختيار والتقييم، وأنظمة الحوافز والتنشئة والتطبيع، من خلال التدريب حتى يتم تسهيل عملية تبني القيم الجديدة.

ومن الضروري التنبيه إلى أن عملية التغيير القيمي عملية أصعب من التغيير في المواد والتكنولوجيا؛ إذ تأخذ وقتا طويلا نسبيا يصل أحيانا إلى خمس سنوات، وتعتبر عملية تغيير الثقافة التنظيمية عملية أساسية أحيانا حسب الظروف المحيطة في المؤسسة، فعولمة السوق وانفتاحها، وظهور التكتلات والشركات المتعددة الجنسيات، يحتّم على بعض المؤسسات التغيير في ثقافتها سواء في المحيط الداخلي أو مع الزبائن الخارجيين، وإن استدعى ذلك التغيير في القيادة الحالية أو حتى الاستغناء عن بعض العاملين الذين لم يتأقلموا مع ثقافة المؤسسة ولم يراعوا أهدافها.

[1] نور الدين بوراس، **دور القيادة الإدارية في تنمية الثقافة التنظيمية لدى العاملين- دراسة ميدانية بالمركب المنجمي للفوسفات جبل العنق بئر العاتر تبسة**، رسالة ماجستير علم الاجتماع تنظيم وعمل، الجزائر: جامعة بسكرة، 2014، ص: 112-114.

وكذلك من خلال نسج القيادة الإدارية لقصص عن شركات أخرى، من خلال تغيير مكانتها في السوق بسبب أنها لم تتبنى ثقافة تنظيمية معينة، أو لعدم تغيير ثقافتها، فهي تنتهج أسلوبا ديناميكيا فقط فيما يتعلق بتحركاتها الخارجية، ولكن يبقى الأسلوب ثابتا وساكنا فيما يتعلق بما يحدث داخلها، وأفضل مثال لهذا شركة "**جنرال الكتريك**" وشركة "**فيليبس**"؛ حيث نجد أن كلا منهما دخل في اندماجات؛ حيث تشتري وتبيع شركات أخرى صغيرة، ولكنها أبدا لا تغامر بالدخول إلى أسواق جديدة، حيث تضطر إلى تغيير أطقم المهندسين أو العاملين أو الفن الإنتاجي المستخدم، ويمكننا أن نشبه تلك الشركات بالسفينة؛ فيتم الالتزام بالأوامر داخليا، ولكنها في الوقت نفسه تسير وفقا لاتجاهات الأمواج والرياح الخارجية، وهذا يعني أن العبء ينتقل شيئا فشيئا ليخف عن كاهل العامل ويَثقُل على كاهل المدير (القائد).

ثالثا– معوقات تغيير الثقافة التنظيمية: يواجه تغيير الثقافة التنظيمية العديد من المشاكل والمعوقات* في مجالات مختلفة، أهمها:

- ✓ جمود القواعد والإجراءات والهيكل التنظيمي؛
- ✓ سوء وسائل الاتصال؛
- ✓ الدرجة العالية من الرسمية؛
- ✓ نقص الموارد لإحداث التغيير؛
- ✓ التكنولوجيا المتاحة ومدى إمكانية المؤسسة الحصول عليها.

قد يرفض ويقاوم العاملين في المؤسسة أي تغيير جديد خوفا على مصالحهم؛ لأن الإنسان بطبعه يخاف من المجهول، وتعتبر مقاومة التغيير أهم معوقات تغيير الثقافة التنظيمية، وهي كردّ فعل للأفراد اتجاه التغيير، كما أنها ليست في جميع الأحوال ردّ فعل سلبي، فقد تكون دافعا للمسؤولين للتفكير مليا في التغيير، أو تكون تحذيرا أو إشارة إلى وجود بعض جوانب القصور فيما يقومون به، وفي هذه الحالة ستستفيد الإدارة من ذلك.

وتأخذ مقاومة التغيير أشكال مختلفة، بعضها يكون ظاهرا مثل تكوين تجمعات المصارحة برفض التغيير أو ترك العمل، والبعض الآخر ضمني أو غير ظاهر، كاستغراق فترات أطول في تنفيذ الأعمال، زيادة عدد الأخطاء المرتكبة، تمارض العاملين وزيادة عدد الغيابات، ويمكن أن تنشأ مقاومة التغيير عن الأسباب الآتية[1]:

- **قلة الفهم والثقة:** قد يكون السبب في المقاومة هو نقص المعلومات اللازمة، فعدم معرفة الأفراد لطبيعة التغيير، أهدافه، نطاقه، طرق تطبيقه، نتائج التطبيق وتأثيره عليهم، سيؤدي غالبا إلى رفض هذا التغيير وظهور ردود فعل تدل على هذا الرفض، كما أن نقص ثقة الأفراد في دوافع من ينادي بالتغيير تعد سببا للمقاومة.
- **الخوف:** كما قد يعود سبب المقاومة لتخوف الأفراد مما سينتج عن التغيير، كفقدان الاعتبار والسلطة، أو تأثر

* نشير إلى أنه يمكن اعتبار معوقات تغيير الثقافة التنظيمية كمعوقات لتطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة؛ وهذا لأن هذا المنهج يعتبر كتغيير للثقافة التنظيمية السائدة إلى ثقافة تنظيمية جديدة.

[1] سعيد يس عامر، **استراتيجيات التغيير**، مصر: مركز وايد سيرفس للاستشارات والتطوير الإداري، 1994، ص: 217-218.

الأجر الحالي (انخفاضه)، وأيضا الخوف من الفشل في التكيف مع الأوضاع الجديدة، وقد ترجع إلى الخوف من عدم التعلم، أو من ضياع ما حَصَّلَهُ الفرد من معرفة ومهارات في مجال معين، وما أنفقه في تحصيل ذلك من وقت وجهود وتكاليف، فإذا كان التغيير يستلزم معرفة ومهارات جديدة غير التي يحوزها الفرد حاليا، فإنه يحس كأن ما تكبده من نفقات لم يعطه العائد المطلوب.

- **نقص الحوافز**: من الأسباب الأخرى المؤدية لمقاومة التغيير هي نقص الحوافز التي تقدمها الإدارة للأفراد الذين سيتأثرون بالتغيير، فقد يطمع هؤلاء في بعض الإغراءات المادية أو المعنوية ليتقبلوه.

وباختصار فإن مقاومة التغيير تعني أن موقفا معينا أو نظاما محددا إذا كان مقبولا كما هو، فإن أي تغيير يحتوي على درجة من عدم التأكد يفهم على أنه تهديد لأمن واستقرار بعض الأفراد، ومن ثم تظهر المقاومة لهذا التغيير، وهنا يجب أن ننبه إلى حقيقة مهمة، وهي أن التغيير من أجل التغيير أمر مرفوض؛ فأي تغيير يجب أن تكون له مسبباته[1].

رابعا– إجراءات مواجهة مقاومة التغيير: من بين الطرق التي يمكن للإدارة أن تتبعها للتقليل من مقاومة التغيير نذكر الآتي[2]:

- **التعليم والاتصال**: تعتبر الاتصالات ضمن مفهوم التغيير التنظيمي المصدر الرئيسي لنقل المعلومات التي تستطيع بذلك تغيير السلوك عند الأفراد، لذلك فإن أهم صفة ينبغي أن يتمتع بها القائد في التنظيم هي المقدرة على الاتصال مع الأفراد بشكل فعَّال، ويتوقف ذلك على قدرة القائد على نقل المعلومات إلى المرؤوس أو العكس، وحسب طريقة النقل المستخدمة نفسها، وضمن هذا المفهوم فإن الاتصال الفعال سيحدث، ومنه يتم تقبل التغيير من قبل الأفراد، وينتج عن هذا تغيير سلوكهم واتجاهاتهم، كما ينبغي أن يتميز القادة التحويليين بالكفاءة ومهارة الاتصال، وخاصة فيما يتعلق بنقل وجهة النظر الجديدة بطريقة تؤدي إلى تشجيع الآخرين، وتحويل هذه الرؤية الجديدة إلى حقيقة.
- **المشاركة والاندماج**: أكدت الأبحاث أن المشاركة في برامج التغيير من قبل الأفراد تؤدي إلى الطاعة والالتزام بالتنفيذ، وتستخدم هذه الطريقة عندما يكون الأفراد العاملين أو المتأثرين بالتغيير يمتلكون القدرة العالية على مقاومته، ومن أبرز إيجابيات هذه الطريقة أن المشاركين سيلتزمون بتطبيق التغيير، أما سلبياتها فهي أنها تستغرق وقتا طويلا.
- **التسهيل والدعم**: تقوم هذه الطريقة على تدريب العاملين على مهارات جديدة، وتقديم الدعم اللازم لهم، وإعطائهم فترة راحة بعد التغيير، وإيجابيات هذه الطريقة أنها لا توجد طريقة أخرى أفضل منها، أما سلبياتها فهي تتطلب وقتا طويلا بالإضافة إلى تكلفتها العالية.
- **التفاوض والاتفاق**: تستخدم هذه الطريقة عند وجود جهة تتضرر بشكل كبير وواضح من عملية التغيير، وبنفس الوقت تمتلك تلك الجهة القدرة على مقاومة التغيير، وعلى سبيل المثال إعطاء النقابة معدل أجر أعلى للمنتسبين إليها من الأفراد العاملين في المؤسسة، مقابل الموافقة على تغيير تعليمات العمل، وإيجابياتها تتمثل في أنها

[1] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، مرجع سبق ذكره، ص: 127.
[2] بوطرفة صورية، **دور إدارة التغيير التنظيمي في التحول نحو إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصناعية الجزائرية ـ دراسة حالة شركة اسمنت تبسة (sct)**، رسالة ماجستير في إدارة المنظمات، الجزائر: جامعة المسيلة،2011، ص: 30-31.

طريقة سهلة نسبيا لتجنب المقاومة، أما سلبياتها فهي احتمال تكلفتها العالية.

- **الاستغلال واختيار الأعضاء:** بموجب هذه الطريقة يوضع العضو المختار من قبل الأفراد العاملين في موقع هام في عملية تصميم التغيير، بهدف ضمان مصادقته على عملية التغيير، وأهم إيجابياتها أنها سريعة نوعا ما وغير مكلفة، أما سلبياتها فإنها تؤدي إلى حدوث مشاكل في المستقبل إذا شعر العاملون أنهم قد استغلوا.
- **الإكراه الظاهر والضمني:** بموجب هذه الطريقة يُجبر العاملون على قبول هذا التغيير، فيهددون سرا أو علنا بفقدان وظائفهم أو بحرمانهم من الترقية، ويتم اللجوء إلى هذه الطريقة في حالة كون السرعة ذات أهمية بالغة، وأيضا عندما يمتلك منشئي التغيير قوة كبيرة، وأهم إيجابيات هذه الطريقة أنها سريعة ولها المقدرة على التغلب على أي نوع من المقاومة، وفي نفس الوقت لا تخلو من السلبيات، وأهمها خطورة استمرار استياء العاملين تجاه منشئي التغيير.

وإذا ما قامت المؤسسة بالتغيير دون القيام مسبقا ببعض الإجراءات قبل ظهور مقاومة لهذا التغيير، واصطدمت برد فعل الأفراد، فعليها القيام بالآتي[1]:

- ✓ التقرب من الأفراد والاستماع إليهم لمحاولة معرفة أسباب الرفض، وبالتالي معالجتها بتوضيح الأمر، وتقديم معلومات حول التغيير وأهميته وضرورته؛
- ✓ تقديم الحوافز لتقبل الأفراد للوضع الجديد والمشاركة في تنفيذه وإنجاحه؛
- ✓ وضع وتنفيذ برامج التدريب اللازمة.

[1] نفس المكان السابق.

المبحث الثاني: الثقافة التنظيمية ودورها في نجاح تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة.

إن نجاح المؤسسات في انتهاجها للكثير من الأساليب الإدارية الحديثة يعتمد بدرجة كبيرة على مدى النجاح في تغيير الثقافة التنظيمية، وتعتبر إدارة الجودة الشاملة من بين الأساليب الإدارية الأكثر ارتباطا بالثقافة التنظيمية، فإدارة الجودة الشاملة تعتبر كثقافة تنظيمية جديدة.

المطلب الأول: الثقافة التنظيمية الملائمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.

إن النجاح في تطبيق إدارة الجودة الشاملة يقتضي النجاح في تغيير الثقافة الحالية للمؤسسة حتى تصبح ملائمة لتطبيق هذا المنهج الجديد، ففي هذه المرحلة وأثناء بداية المؤسسة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة فإن الثقافة التنظيمية للمؤسسة تعتبر كعائق أو مشجع، وكمتغير مستقل مؤثِر وإدارة الجودة الشاملة كمتغير تابع ومؤثر فيه، أما بعد أن تنجح المؤسسة نسبيا في تطبيق هذا المنهج فإنه يصبح كمتغير مستقل يؤثر على الثقافة التنظيمية للمؤسسة.

وتعتبر الثقافة التنظيمية الجديدة الملائمة للبدء في تطبيق إدارة الجودة الشاملة كبنية اجتماعية، تشمل على مجموعة من المبادئ، القيم، المفاهيم والمعتقدات التي يجب أن تسود داخل المؤسسة لدى جميع أعضائها، بحيث تمكنهم من إدراك الأحداث الجديدة التي سيتم إدخالها إلى المؤسسة (منهج إدارة الجودة الشاملة)، هذا المنهج يلعب بمكوناته دور الموجه للسلوك الإنساني، والمؤثر في عملية اتخاذ القرارات وحل المشاكل التي تصادف المديرين والعاملين أثناء تطبيقهم لهذا المنهج الجديد.

فالثقافة التنظيمية الجديدة الواعية التي تحتاجها إدارة الجودة الشاملة هي التي تكون قادرة على إحداث التكامل الداخلي للأنماط السلوكية بين الجماعات والأفراد؛ أي لدى جميع العاملين في المؤسسة، هذا التكامل يوحد الأنماط ويوجهها نحو تحقيق رسالتها، فغياب الثقافة التنظيمية يجعل كل واحد يتخذ القرار بنفسه وبشكل فردي؛ بحيث كل فرد يتصرف حسب قيمه وقناعاته الخاصة أو القديمة، أما بوجود الثقافة التنظيمية فالوضع يختلف؛ ذلك أنها توجه السلوك الإنساني داخل المؤسسة نحو وجهة واحدة مشتركة لدى الجميع [1].

إن تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة يتطلب توفر المناخ الملائم للتطبيق، حيث أن غياب هذا المناخ الملائم يستوجب على إدارة المؤسسة العمل على تغيير ثقافتها وقيمها، وتعديل هيكلها التنظيمي، وتوجيه أنماط الإشراف بما يتناسب مع تطبيق المفهوم الجديد[2].

فالثقافة التنظيمية هي عبارة عن الطريقة التي تؤدى بها الأعمال في المؤسسة، فإذا أردنا الترويج لإدارة الجودة الشاملة، فعلينا أن نوجد بعض الطرق للترويج للثقافة التي يشعر فيها العاملين بحرية المشاركة بأفكارهم، والمشاركة في حل المشاكل واتخاذ القرار[3].

---

[1] ربحي كريمة، مرجع سبق ذكره، ص: 112.
[2] محفوظ أحمد جودة، مرجع سبق ذكره، ص: 205.
[3] فيليب أتكنسون، **التغيير الثقافي الأساس الصحيح لإدارة الجودة الشاملة الناجحة**، ترجمة: عبد الفتاح السيد النعماني، مصر: مركز الخبرات المهنية للإدارة، 1996، ص: 104.

إن نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة يتطلب تهيئة الثقافة التنظيمية للمؤسسة، وجعلها متناسبة مع الثقافة التي تتطلبها إدارة الجودة الشاملة، والتي تسمى بثقافة إدارة الجودة الشاملة، حيث تشتمل على المعتقدات والقيم المتعلقة بأسلوب العمل، وأسلوب ممارسة السلطة والمسؤولية، وتقييم الأداء وغيرها.

وبالتالي حتى تنجح المؤسسات الصحية في توجهها نحو توفير ثقافة تنظيمية ملائمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة وتحسين جودة الخدمات الصحية، فإنه ينبغي توافر ما يلي[1]:

- ✓ اقتناع القيادات العليا في المؤسسة الصحية بأهمية الجودة في العمل الصحي، والالتزام الكامل بتطبيقها كأداة للارتقاء بالمؤسسة الصحية في مختلف المجالات؛
- ✓ تبني قيادة المؤسسة الصحية على مختلف المستويات الإدارية لبرامج الجودة، وتوفير الأجواء الملائمة للتطبيق؛
- ✓ توفير الدعم المادي والمعنوي، وما يلزم من جهود وطاقات لتطبيق برامج الجودة؛
- ✓ وجود خطة سنوية تتضمن الرسالة والرؤية العامة للمؤسسة الصحية، وكذلك الخطوات العملية للتطبيق؛
- ✓ وجود نظام للتوثيق لكافة أنشطة المؤسسة الصحية؛
- ✓ ينبغي أن تتوقع إدارة المؤسسة الصحية مواجهة بعض القيود والمعوقات، ومقاومة بعض الأفراد لتطبيق هذا المنهج، وَتَفَهُّمْ الجميع لأهمية هذا المنهج له دور كبير في انخفاض حدة وحجم هذه المقاومة؛
- ✓ يتطلب هذا المنهج في كثير من جوانبه تغييرا في السياسات والمفاهيم والاستراتيجيات والهيكل التنظيمي؛
- ✓ لنجاح تطبيق هذا المنهج تحتاج المؤسسة إلى نظم فعالة ومساندة أهمها:

1- الترويج لهذا المنهج وتسويقه لدى العاملين داخل المؤسسة الصحية أو مع المتعاملين معها، مثل: المرضى، الجمهور الخارجي، الموردين...الخ)؛

2- نظام فعال للعلاقات الإنسانية يحقق الولاء التنظيمي، ويدعم مفهوم أن الجودة العالية هي مسؤولية كل فرد؛

3 فهم واضح لأساليب وطرق الرقابة الإحصائية، ونظام فعَّال لتشغيل البيانات، ونظام كفء للمعلومات يُدعم هذا المنهج وعملية اتخاذ القرارات؛

4- نظم فعالة للاتصالات، التنسيق والتكامل بين مختلف الإدارات والوحدات الفرعية؛

5- نظام واضح ومحدد ومعلن للثواب والعقاب فيما يتعلق بتطبيق هذا النظام.

يعد التغيير في الثقافة المعمول بها في المؤسسات أمر ضروري عند تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وهذا حتى يتم زرع القناعة بهذا المنهج، لأنه لا يكفي مجرد قبول العاملين به، وهذا يتطلب دمج ثقافة الجودة في ثقافة المؤسسة، إذ تمثل الثقافة أحد العوامل المؤثرة في سلوك العاملين في المؤسسة، وتشمل المعرفة، الأخلاقيات، التشريعات، العادات والأعراف، وتظهر أهميتها في فهم وتقدير تصرفات الموظفين، إضافة لتصحيح أي انحراف في الأداء الوظيفي، حيث

[1] سوسن شاكر مجيد، محمد عواد الزيادات، مرجع سبق ذكره، ص: 91.
- هيفاء بنت فؤاد مختار، **دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمة الصحية: دراسة تطبيقية على اتجاهات المرضى ورؤساء الأقسام في مستشفى الملك فهد بمحافظة جدة**، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال، السعودية: جامعة الملك عبد العزيز، 2003، ص: 99.

تؤثر الثقافة على سلوكيات وتصرفات العاملين، وبالتالي تعكس طريقة تعامل المؤسسة مع الأطراف الخارجية، وتمثل نقاط القوة للمؤسسة تعتمد عليها في بناء الاستراتيجيات.

كما تساعد الثقافة المجتمعات على تحويل ما تؤمن به من قيم روحية ومادية إلى واقع ملموس، يشكل أنماطها السلوكية تجاه المواقف التي تواجهها بقصد تحقيق إشباع الحاجات الإنسانية، كما أنها قابلة للتعلم، ويستوجب تطبيق إدارة الجودة الشاملة إحداث التكامل بين جميع العاملين في المؤسسة، وهنا يأتي دور الثقافة في تحقيق الارتباط وسهولة الاتصال حيث توجه العاملين الوجهة المشتركة، وتشتمل الثقافة التي تخدم أهداف إدارة الجودة الشاملة على عدد من الجوانب الأساسية، هي[1]:

- ✓ الكمال في الإنجاز مسؤولية الجميع؛
- ✓ إرضاء الزبون بتقديم كل ما ينفعه وباحترام؛
- ✓ الولاء والانتماء والإخلاص والأمانة السبيل الوحيد لتحقيق رسالة المؤسسة؛
- ✓ الصدق في التعامل مع الآخرين؛
- ✓ تنمية الرقابة الذاتية والإحساس بالمسؤولية؛
- ✓ القرارات تتخذ بشكل جماعي؛
- ✓ التميز هدف استراتيجي؛
- ✓ الفشل لا يعني النهاية.

وحسب **عمر وصفي عقيلي** فإن هناك مزايا للثقافة التنظيمية التي تخدم إدارة الجودة الشاملة، تتمثل في[2]:

- ✓ جعل لغة الحديث والعمل والسلوك داخل المؤسسة واحد؛
- ✓ ربط الجماعات والأفراد داخل المؤسسة مع بعضها في نسق ورباط واحد لتحقيق غاية مشتركة لدى الجميع وهي رسالة المؤسسة؛
- ✓ تنمية روابط المودة بين العاملين، وذلك من خلال اعتناق الجميع لقيم ومعتقدات تنظيمية واحدة تشتمل عليها الثقافة التنظيمية؛
- ✓ تحقيق رسالة المؤسسة الجديدة بفاعلية كبيرة؛
- ✓ التسهيل من عملية الاتصال داخل المؤسسة؛
- ✓ تجعل عملية اتخاذ القرارات أكثر كفاءة بوجود ضوابط موحدة ومشتركة لدى جميع متخذي القرارات، لأن الغاية مشتركة بينهم وهي رسالة المؤسسة.

[1] محمود حسين الوادي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 152-154.
[2] ربحي كريمة، مرجع سبق ذكره، ص: 112-113.

طبعا فإنه لا يكفي امتلاك مجموعة مهمة وجيدة من المبادئ والقيم الثقافية الموجهة، ذلك لأن من الضروري توفر المهارة لتنفيذ هذه المبادئ، وتشمل هذه المهارة في امتلاك نظام إدارة متماسك منطقيا وفعَّال، إذا يتمثل دور القيادة في شرح الثقافة التنظيمية الجديدة لجميع العاملين في المؤسسة ليكونوا ملمين بها بعمق وفهم، ومساعدتهم على تطبيقها والالتزام بها عند أدائهم لأعمالهم، وتشمل الثقافة التنظيمية الجديدة التي تخدم أهداف إدارة الجودة الشاملة على ضرورة الإيمان بجوانب أساسية، هي[1]:

- ✓ تحقيق رسالة المؤسسة وأهدافها؛
- ✓ المكاشفة والصدق في كافة أنواع الاتصالات التي تجري داخل المؤسسة؛
- ✓ توحيد القيم والمعتقدات بين جميع العاملين بالمؤسسة؛
- ✓ أهمية العمل الجماعي ونبذ العمل الفردي؛
- ✓ تحقيق المؤسسة لأهدافها يحقق بالضرورة أهداف العاملين؛
- ✓ ضرورة العمل الجيد بدون أخطاء أفضل بكثير من تصحيح الأخطاء؛
- ✓ ضرورة التعرف على أسباب الأخطاء لتلافيها بدلا من معاقبة المخطِئ؛
- ✓ التعرف على احتياجات ورغبات الزبائن، وأن يكون رضا الزبون هو الهدف الحقيقي لجميع العاملين؛
- ✓ عمل كافة إدارات المؤسسة في تناغم وتناسق من أجل إرضاء الزبون، فلا مجال للمنافسة بين تلك الإدارات فالنجاح هو نجاح للجميع وليس للأفراد؛
- ✓ اعتبار أن الفشل ليس هو نهاية المطاف، بل تجربة ينبغي تجاوزها للبدء من جديد مع الاستفادة من الأخطاء؛
- ✓ تنمية الرقابة الذاتية والإحساس بالمسؤولية؛
- ✓ أن يكون جميع العاملين مبتكرين ومبدعين.

وحتى يتم إدارة ثقافة المؤسسة بالشكل الذي يتماشى مع عناصر إدارة الجودة الشاملة، فإنه يتوجب على المدير تحديد الأهداف الاستراتيجية للتنظيم، ومن ثم تحديد الأهداف قصيرة الأجل والأنشطة اللازمة لبلوغها، وتحديد القيم والمعايير والرموز الخاصة بالمؤسسة والأفراد، وهذا من خلال الإصغاء للقصص والروايات التي يتناقلها أعضاء المؤسسة، ولابد من مراعاة اتفاق أهداف المؤسسة مع القيم الشخصية للأفراد، وإذ لم يتحقق هذا الاتفاق على المؤسسة أن تقوم بتعديل ثقافتها التنظيمية حتى يتم وضعها موضع التنفيذ، وهذا عند اكتشاف بعض نواحي الضعف أو الثغرات التي تحتاج إلى إعادة النظر فيها وتعديلها، وهذا حتى يمكن إرساء وترسيخ الثقافة اللازمة والمستهدفة.

إن قيادة التغيير تتطلب تشجيع العاملين في جميع المستويات على تغيير الثقافة التنظيمية القديمة، واعتماد ثقافة تنظيمية جديدة ملائمة، ويوضح **(V.Daniel)** عناصر هذا التغيير في الجدول الآتي:

[1] ربحي كريمة، مرجع سبق ذكره، ص: 113-114.

الجدول (3-1): عناصر الثقافة التنظيمية المطلوب تغييرها.

العنصر	التغيير من	التغيير إلى
1- الرسالة.	تعظيم العائد على الاستثمار.	تحقيق رضا الزبون، وتكوين مناخ التحسين المستمر، واستخدام العائد على الاستثمار كمقياس.
2- العلاقة مع الزبون.	فهم غير كامل لاحتياجاته.	إتباع منهج متكامل لفهم ودراسة إشباع حاجات الزبون الداخلي والخارجي.
3- العلاقة مع المورد.	علاقة مصلحة قائمة على التفاوض على الإمدادات بأقل سعر.	علاقة مشاركة في العمليات والموارد بين الأهداف قصيرة الأجل وحل المشاكل المشتركة.
4- التعاون وحل المشاكل.	عمليات فردية غير منتظمة لحل المشاكل واتخاذ القرارات.	وجود أساليب علمية لحل المشاكل واتخاذ القرارات، بناءا على الحقائق وتوفير البيانات الدقيقة.
5- المشاركة والعمل الجماعي.	علاقات وظيفية، فالإدارة توجه وتحفز وتراقب سلوك العاملين.	علاقة مشاركة بين الإدارة والعاملين، وسيادة روح الفريق وتكوين فرق العمل الجماعي، وشيوع الثقة بين المدير والعاملين.
6- الابتكار والتجديد.	الخوف من التغيير والفشل.	تشجيع العاملين على الابتكار والتجديد وتجربة الأفكار الجديدة.
7- القياس وتقييم الأداء.	موجه لجمع البيانات لتحديد المشكلات وتقييم الأداء المالي.	جمع وتحليل البيانات من أسفل إلى أعلى، من خلال مجموعات العمل واستخدام القياس لتقييم الأداء، من أجل الوصول إلى التحسين المستمر للعمليات.
8- الأجور والمكافئات والتقدير.	أجور ثابتة تتحدد على أساس الوظيفة ولا يوجد حافز.	أجور، حوافز ومكافئات للأعمال المنجزة بناءً على جودة وصافي العمل الجماعي.
9- التحسين المستمر.	قبول الانحرافات، وإتباع الإجراءات التصحيحية، وسياسة اللوم والتأنيب	تفهم أسباب الانحرافات والعمل على منع حدوثه من خلال عمليات التحسين المستمر.

المصدر: فتيحة حبشي، **إدارة الجودة الشاملة – دراسة تطبيقية في وحدة فرمال لإنتاج الأدوية بقسنطينة**، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، تخصص اقتصاد كمي، قسنطينة، جامعة منتوري قسنطينة، 2007، ص: 278.

بدراسة عناصر الثقافة التنظيمية التي هي كمتطلبات لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة، أو بتعبير آخر هي عناصر الثقافة التنظيمية الملائمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، والتي تؤكد على ضرورة تغيير مجموعة المبادئ، القيم، الممارسات والمعتقدات التنظيمية القديمة السائدة، وتوحيدها في ثقافة تنظيمية جديدة تُوَجِه أنماط السلوك داخل المؤسسة، بما يخدم رسالة المؤسسة وأهداف إدارة الجودة الشاملة، والتي ترتكز على درجة عالية من الرضا لدى الزبون، والتميز عن المنافسين من خلال عمليات التحسين المستمر، والتكيف مع التغيرات العالمية.

ويتطلب نجاح هذا المدخل في البداية تهيئة ثقافة المؤسسة، لتتقبل التغيير والتحول الشامل الذي تتطلبه عملية التنفيذ، ويتطلب التغيير تحولا شاملا في نمط الإدارة، والذي يحتاج إلى خطوات ومراحل وجهد، وينفذ على فترات طويلة، ويكون للإدارة العليا في المؤسسة الدور الرئيسي في هذا، والتحول يجب أن ينطلق أساسا من قناعة الإدارة بأن فلسفة إدارة الجودة الشاملة تتطلب هذا التحول، وأن تعتمد على قيادة مشاركة تحث العاملين على المشاركة في التغيير، لأنهم هم المنفذون له، لذا يجب على الإدارة البدء بإعداد العاملين وتهيئتهم على مختلف المستويات[1].

المطلب الثاني: متطلبات الثقافة التنظيمية المساهمة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

وتتضمن الثقافة التنظيمية الملائمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة مجموعة من العناصر الأساسية، تعتبر كمتطلبات لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وكبذور لمبادئ إدارة الجودة الشاملة منتشرة بصفة عفوية، ومتواجدة غالبا بصورة ضعيفة في الثقافة التنظيمية، وهذا عندما تكون المؤسسة غير مطبقة ولا تتبنى أصلا إدارة الجودة الشاملة، أو في بداية تطبيق هذا المنهج، وهي نفسها مبادئ إدارة الجودة الشاملة بعدما تنجح المؤسسة في تطبيق هذا المنهج، لكن في هذه الحالة تكون المبادئ متواجدة بقوة.

بالإضافة إلى الاختلاف في تحديد ماهية العناصر التي تعتبر كمتطلبات، فإن بعض الكتاب والباحثين يسميها مبادئ والبعض يسميها متطلبات، والبعض قد يرى أن المتطلبات تختلف عن المبادئ، وحسب وجهة نظر الطالب وبما يتوافق مع موضوع الدراسة، فتم اعتبار أن المبادئ هي جزء من المتطلبات (لذلك سيتم التطرق إليهما مع بعض في هذا المطلب)، أي أن بعض المتطلبات فقط هي التي تعتبر مبادئ أساسية لإدارة الجودة الشاملة، أما المتطلبات الأخرى قد تكون متفرعة ومشتقة من المبادئ الأساسية، ومن أشهر العناصر التي يمكن اعتبارها كمبادئ لإدارة الجودة الشاملة وفي نفس الوقت كمتطلبات نذكر: دعم الإدارة العليا، التركيز على الزبون، العمل الجماعي، التحسين المستمر، تدريب العاملين، احترام وتشجيع العاملين، بناء نظام للمعلومات والاتصالات، أما من بين العناصر التي يمكن اعتبارها كمتطلبات فقط نذكر مثلا توفر الهيكل التنظيمي الملائم، فهذا العنصر يعتبر من المتطلبات وليس مبدأ، وهو في نفس الوقت يدعم ويتوافق مثلا مع مبدأ العمل والمشاركة الجماعية؛ فالهيكل التنظيمي الملائم ينبغي أن يسهل ويشجع العمل من خلال الفريق، ويمكن شرح وتحديد هذه المتطلبات (العناصر، المبادئ،...الخ) كالآتي:

1- دعم وتأييد الإدارة العليا:

تعد القرارات المتعلقة بتطبيق الجودة من القرارات الاستراتيجية الطويلة الأجل، والتي تتخذ في مستوى الإدارة العليا، حيث يفترض في القرار الاستراتيجي المتخذ تحديده كيفية الوصول إلى إدارة الجودة الشاملة، وتحديده الوقت الذي يمكّن من تحقيق ذلك، ولذلك جاءت الحاجة لدعم الإدارة العليا كي يتحقق النجاح، فهي الأقدر على الإقناع بضرورة تطبيقه، كما تملك تقديم الدعم المادي والمعنوي بسبب سلطتها على المستويات الإدارية الأخرى، إضافة

[1] فتيحة حبشي، **إدارة الجودة الشاملة – دراسة تطبيقية في وحدة فرمال لإنتاج الأدوية بقسنطينة**، أطروحة دكتوراه في الاقتصاد الكمي، الجزائر: جامعة قسنطينة، 2007، ص: 279.

لتخصيص الإمكانيات المادية والمعنوية اللازمة لتطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، وقيام الإدارة العليا بتهيئة وإعداد العاملين على مختلف مستوياتهم لتطبيق إدارة الجودة الشاملة يساهم في تنشيط أدائهم ويقلل من مقاومتهم للتغيير، إضافة لقدرتها على زرع الثقافة الهادفة لدعم الجودة الشاملة في كل المستويات الإدارية، ويتمثل التزام الإدارة العليا من خلال الآتي[1]:

- ✓ تعزيز ثقافة الجودة؛
- ✓ تعزيز وتطوير إمكانيات العاملين في الأداء؛
- ✓ توفير رؤية استراتيجية واضحة المعالم للمؤسسة وأهدافها؛
- ✓ اشتراك الإدارة العليا في الأنشطة الخاصة بالجودة؛
- ✓ بذل الإدارة العليا الجهد المستمر في نشر الأفكار عن الجودة في المؤسسة والمرتبطة بعمليات الإنتاج؛
- ✓ تشجيع بناء ثقافة تعكس مدى اهتمام العاملين بالجودة؛
- ✓ تشجيع المدراء والعاملين على تطبيق جودة المنتج؛
- ✓ دعم الإدارة لعمليات الدعاية والإعلان التي تستهدف نشر أسس الجودة المطلوبة.

إن أهم متطلبات نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة هو التزام واقتناع الإدارة العليا في المؤسسة بضرورة التطوير والتحسين المستمر، وبعدها يتم اتخاذ قرار استراتيجي لاستخدام أدوات الجودة الشاملة كسلاح تنافسي يؤدي إلى النجاح والتفوق على المنافسين في السوق، وبما أن تطبيق إدارة الجودة الشاملة يقتضي توفر موارد مالية وبشرية مختلفة، بالإضافة إلى تحديد السلطات والمسؤوليات والتنسيق بينهما، فإنه يصعب الوفاء بذلك بدون اقتناع والتزام الإدارة العليا، والتي هي عامل التغيير في المؤسسة، إذ تقوم بتشكيل قيم المؤسسة، وإنشاء ما يمكن أن نطلق عليه البنية التحتية الإدارية لإحداث التغيير الناجح، وبالتالي فإن تطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة يتطلب إدارة عليا ذات رؤيا حديثة في إدارة المؤسسة[2].

تعبر القيادة عن السلوك أو الأسلوب الذي يقوم به قادة المؤسسة في تنمية وإدارة الأداء بها، لتحقيق رسالتها ورؤيتها المستقبلية وأهدافها على المدى الطويل، فالقيادة هي عملية سلوكية أو تفاعل اجتماعي، فيه نشاط موجه ومؤثر، علاوة عن كونه مرّكز وذو قوة.

وتؤكد القيادة على أهمية سلوك القادة باعتبارهم القدوة التي يحتذي بها العاملون، وهي أحد العناصر الهامة في بناء ثقافة المؤسسة، وأحد أهم متطلبات نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة، من خلال دعم القيادات الإدارية على مستوى الإدارة العليا بالمؤسسة، فهي تمتلك سلطة اتخاذ قرار التطبيق، وتمتلك القدرة على تطوير رؤية المؤسسة، استراتيجيتها، رسالتها وأهدافها، ويقول **لاسيلز (Lascelles)** أن أفراد الإدارة العليا هم عامل التغيير الداخلي الأساسي؛ إذ

[1] محمود حسين الوادي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 176-178.
[2] قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الآيزو 9001- 2000**، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2009، ص: 104.

باستطاعتهم تشكيل قيم المؤسسة، وإنشاء ما يسمى بالبنية التحتية الإدارية اللازمة لإحداث التغيير المطلوب.

إن النمط القيادي المناسب لإدارة الجودة الشاملة، هو النمط الذي يعمل بروح الفريق ويهتم بالعنصر البشري، ويوفر مناخ العمل الجماعي المنظم، ويهتم بالعمليات والتنظيم، ويحتاج تطبيق إدارة الجودة الشاملة إلى قيادة إدارية واعية وقادرة على تحقيق التفاعل بينها وبين المرؤوسين، فالقيادة المطلوبة يجب أن تكون قادرة على تكوين فريق عمل متعاون لديه انتماء للمؤسسة، ويعمل على تفضيل مصلحتها العامة، ويشجع على تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

وتمثل القيادة عنصرا أساسيا في تشكيل الثقافة التنظيمية، فالقيادات الإدارية ممثلة في أفراد الإدارة العليا، هي محور بناء ثقافة المؤسسة المتعلقة بالجودة الشاملة، وهي التي تقدم الدعم والتأييد المستمر لتبني هذا المدخل، وتلتزم أمام جميع العاملين بالسياسات، البرامج والخطط الموضوعة، وتخصيص الموارد والإمكانيات اللازمة لنجاح التطبيق.

إن القيادة هي الدور الرئيسي للإدارة العليا، حيث يقوم القائد بوضع رؤية لما تكون عليه المؤسسة، وتخصيص الموارد المالية والبشرية اللازمة لتنفيذ أهدافها، كما تحَدّد السلطات، المسؤوليات، التنسيق، الاتصال والمعلومات اللازمة لتطبيق مدخل إدارة الجودة الشاملة، ويقوم المديرين في المستويات العليا بدور المنسق، المدرب والمشارك في حل المشاكل، خلافا لما كان سائدا تقليديا، حيث كان دورهم يقتصر فقط على التخطيط، التنظيم والرقابة.

ويصف **ديمنج** الدور الجديد للإدارة العليا في كتابه **(Out Of Crisis)**، بقوله أن وظيفة الإدارة العليا ليست الإشراف بل القيادة، فيجب أن تبحث الإدارة عن مصادر التحسين المستمر، والإصرار على تحسين جودة السلع والخدمات، وترجمة هذا الإصرار في التصميم الفعلي للمنتج، فالتحول المطلوب في نمط الإدارة هو أن يصبح المديرون قادة، ويجب التخلص من التركيز على النتائج، وأن تحل محل ذلك القيادة، فالأساليب الإدارية القديمة لتوجيه ورقابة سلوك العاملين، لم تؤدي إلى النتائج المرغوبة وفقا لإدارة الجودة الشاملة، ولذا طلب **ديمنج** من المديرين أن يُحْدِثوا تغييرا جذريا في الأسلوب الذي يديرون به مؤسساتهم.

إن دور الإدارة العليا الذي يتوافق مع إدارة الجودة الشاملة، يجعلها تسعى إلى تغيير الفلسفة القديمة التي تسير عليها المؤسسة، والعمل باستمرار على إحداث التطوير والتغيير اللازمين، وتوفير الدعم والمساندة للنظام الجديد المبني على ثقافة جديدة، ومحوره التحول الشامل والتدريجي للممارسات القديمة، واستبدالها بأخرى تنظيمية جديدة تتوافق مع الأفكار الجديدة التي تقوم عليها إدارة الجودة الشاملة.

وقبل وضع إدارة الجودة الشاملة موضع التطبيق تقوم الإدارة العليا بتغيير الثقافة التنظيمية السائدة، وإعداد وتهيئة العاملين لقبول هذا التغيير والاقتناع به، لأن القبول دون الاقتناع لا يساعد على النجاح، وينشئ جوّا مناسبا لظهور المقاومة له، ويمكن إيجاد القناعة بشرح النظام الجديد والثقافة الجديدة في ندوات ومحاضرات، وتوفير برامج تعليم وتدريب، لتوضيح أن هذا المنهج الجديد ضروري لتساير المؤسسة التطورات الحديثة، إن القناعة هي مطلب أساسي، لأنها تساعد على زرع الثقة بالنظام الجديد، والحصول على التعاون والالتزام في التطبيق من طرف جميع العاملين.

وتؤكد دراسات أجريت على (22) مؤسسة أمريكية حاصلة على **جائزة بالدريج** لنجاحها في تطبيق إدارة الجودة الشاملة، أن الإدارة العليا في هذه المؤسسات لعبت دورا أساسيا في الالتزام بسياسة الجودة، حيث أنفق المديرون أكثر من (10%) من وقتهم في الاهتمام بالجودة، عقد الاجتماعات مع العاملين والزبائن، تقديم المكافئات، تلقي التدريب، تدريب العاملين، غرس ونشر قيم الجودة كالعمل الجماعي، تقدير المساهمات الفردية للعاملين، ضرورة التحسين المستمر في السلع والخدمات والاهتمام باحتياجات الزبون الداخلي والخارجي، وهذا ما يتلاءم مع الثقافة الجديدة التي تتطلبها إدارة الجودة الشاملة، ويؤكد بعض الكُتَاب أن أكثر من نصف المؤسسات التي حاولت تطبيق إدارة الجودة الشاملة، فشلت وتخلت عن ذلك في السنة الأولى أو الثانية من بداية التطبيق، وذلك بسبب عدم ملائمة الثقافة التنظيمية السائدة فيها مع هذا المدخل[1].

والإدارة العليا التي تلتزم ببرامج الجودة الشاملة لابد أن تتصف بالآتي[2]:

- ✓ القدرة على التأثير بفعالية داخل وخارج المؤسسة، وخصوصا في توضيح أهمية الجودة ونشرها؛
- ✓ أن لا يكون الاهتمام بالتحسين الجزئي، وإنما بالتحسين الشامل المستمر؛
- ✓ تهيئة البيئة الملائمة والمشجعة لتنفيذ مبادئ إدارة الجودة الشاملة؛
- ✓ القدرة على التنظيم وتوزيع السلطات بين العاملين؛
- ✓ تلبية حاجات الزبائن أينما وجدوا وكيفما رغبوا؛
- ✓ فعالية الاتصال مع العاملين ومختلف الجهات المتعاملة مع المؤسسة.

وبالتالي على القيادات الإدارية أن تكون قادرة على توفير البيئة الملائمة لتنمية وترسيخ ثقافة الجودة الشاملة، حتى تكون اتجاهات العاملين موجهة بالجودة، ومن ثم تغلغل ثقافة الجودة في المؤسسة بكاملها.

وتقوم الإدارة العليا بأنشطة القيادة التي تشكل نمط القيادة المطلوب لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، وذلك من خلال العناصر الآتية[3]:

- **إدراك التحدي الاستراتيجي**: يتطلب تطبيق إدارة الجودة الشاملة أن يتحدى كل فرد داخل المؤسسة الوضع القائم، وهذا من خلال مجموعة من الأنشطة التي تعبر عن الاتجاهات السائدة في المؤسسة، ويعبر هذا العنصر عن تفكير الإدارة وفلسفتها، وتوجهات العاملين في المؤسسة والاهتمام بالتخطيط الاستراتيجي، كما يعبر عن مدى وجود رؤية واضحة للمستقبل، وسياسات محددة تربط أجزاء النشاط في المؤسسة، وتوضح خط سيرها في الأجل الطويل، فتصاغ هذه الأهداف في رسالة المؤسسة، والتي تعبر عن هدف مستقر، ووجود خطة استراتيجية تقود المؤسسة في الاتجاه المستقبلي الصحيح على المستوى الطويل.

[1] فتيحة حبشي، مرجع سبق ذكره، ص: 262-265.
[2] مأمون سليمان الدرادكة، مرجع سبق ذكره، ص: 47.
[3] فتيحة حبشي، مرجع سبق ذكره، ص: 265-267.

- **الرؤية:** يتطلب تطبيق إدارة الجودة الشاملة وضع رؤية طموحة، وتوصيلها لكل العـاملين، والالتزام بها، إن وجود رسالة للمؤسسة ورؤية واضحة للمستقبل، يساعد في إحداث التغيير المطلوب في الثقافة التنظيمية تمهيدا لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، وتقدم الرؤية وصفا للطريقة التي تتطور بها المؤسسة في المستقبل في ظل القيم التي تؤمن بها.
- **سياسة الجودة:** يتطلب تطبيق إدارة الجودة الشاملة وجود سياسة جودة مكتوبة يلتزم الجميع بها، ويجب أن تحرص الإدارة العليا على فهمها وتوصيلها للجميع، وتنفيذها في جميع المستويات الإدارية، وتتضمن السياسة مجموع الإرشادات والتوجيهات المطلوبة لتنفيذ السياسة، وتحديد السلطة والمسؤولية، ويؤكد **(Feigenbaum)** أن تكون سياسة الجودة مكتوبة ومُوَثَّقة.
- **الالتزام:** لتأمين التطبيق الناجح لإدارة الجودة الشاملة، يجب أن تؤمن الإدارة العليا في المؤسسة بهذا المنهج، وأن تلتزم بتنفيذ سياسة الجودة، ونقل ذلك إلى العاملين.
- **القيم والمعتقدات:** تتطلب إدارة الجودة الشاملة ترسيخ مجموعة من القيم والمعتقدات التي تشكل فكرا جديدا لإدارة الأعمال، ويتطلب ذلك تغيير جذري في الثقافة الداخلية للمؤسسة، واستبدالها بثقافة تنظيمية جديدة مبنية على قيم جديدة تتلاءم مع المدخل الجديد، ويحدد بعض الكُتَّاب القيم الأساسية التي يجب أن تسود في المؤسسات التي تطبق إدارة الجودة الشاملة، بما يأتي:
  - ✓ الإيمان بأن تكون الأفضل؛
  - ✓ الإيمان بأعلى جودة وأفضل خدمة؛
  - ✓ الإيمان بحب الابتكار وتحمل الفشل؛
  - ✓ الإيمان بضرورة العنصر البشري.

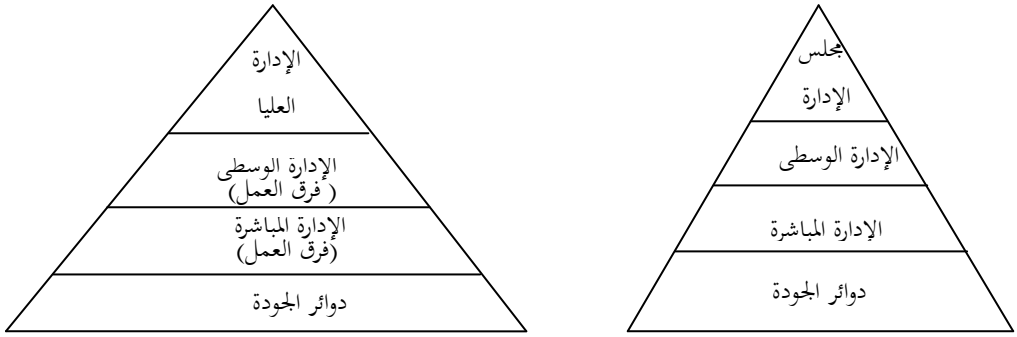
2- توفر الهياكل التنظيمية الملائمة: يستوجب تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة التعديل في الهيكل التنظيمي دفعا للروتين والتعقيدات الإدارية، وذلك بتحقيق التكامل بين المستويات والوحدات الإدارية كي يعملوا كفريق واحد، وإجراء التعديلات في الهيكل بحيث يسهل تنفيذ إدارة الجودة الشاملة، ورغم اختلاف الهياكل التنظيمية غالبا، فهي تشترك في وجود الوحدات الإدارية المختلفة للمؤسسة، ووضوح التخصص والمهام، إضافة لتحديد نطاق الإشراف وخط السلطة والمسؤولية[1].

والهياكل التنظيمية الملائمة هي التي يمكن من خلالها تكليف أفراد مؤهلين للوفاء بالمسؤولية عن الجودة، ووضع الأهداف وتحويلها إلى خطط عمل من خلال فِرَق العمل، ويتطلب ذلك التعديل في الهياكل التنظيمية الحالية بما يتلاءم مع عملية تحسين الجودة، وتدبير الموارد البشرية الملائمة واللازمة لتطبيقها، وفي إطار إدارة الجودة الشاملة يصبح من الضروري الانتقال من التنظيم الهرمي التقليدي الذي يُدار من خلال العمل الفردي، إلى تنظيم مفلطح يدار من خلال العمل الجماعي وتتقلص فيه المستويات الإدارية المركزية، وتُتَّخذ فيه القرارات بالقرب من مواقع الأحداث، بنقل

[1] محمود حسين الوادي وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 158.

سلطات حقيقية نحو المستويات الإدارية الأدنى في الهيكل التنظيمي؛ أي معناه التمكين الحقيقي للعاملين[1]. ويمكن توضيح كل من التنظيم الهرمي والمفلطح كما في الشكل الآتي:

الشكل (3-1): الانتقال من التنظيم الهرمي إلى تنظيم إدارة الجودة الشاملة.



أ) الشكل الهرمي التقليدي ب) الشكل المفلطح الملائم لإدارة الجودة الشاملة

المصدر: محمد محمد إبراهيم، **إدارة الجودة من المنظور الإداري**، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2009، ص: 131.

3- التركيز على الزبون: إن العمل على تحقيق رضا الزبائن يعتبر أهم مطلب من متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وبالتالي ينبغي العمل على تعميق فكرة الزبون شريك ويساهم في إدارة المؤسسة على كافة المستويات التنظيمية، والنظر إليه أنه محور لكل المجهودات، بدءا من تصميم المنتجات وانتهاء بخدمات ما بعد البيع، واعتبار رغباته هي التي تقود العمليات الإنتاجية على اختلاف أنواعها في المؤسسة[2].

يعتبر التركيز والتوجه نحو الزبون أهم المبادئ التي تستند إليها إدارة الجودة الشاملة، إذ أجمع الباحثون على أن الزبون يعتبر المحور الأساسي للأنشطة التي تتعلق بإدارة الجودة الشاملة، حيث أن جائزة **مالكوم بالدريج** العالمية أعطت (25) من علاماتها لاهتمام المؤسسة بزبائنها وتحقيق رغباتهم، ومصطلح الزبون في إدارة الجودة الشاملة يقصد به كل من الزبون الداخلي والخارجي[*].

فالزبون الخارجي يقصد به المستهلك سواء كان فردا أو مؤسسة، والذي تتمحور حوله كافة الأنشطة والجهود لتحقيق رغباته وتحفيزه في اقتناء المنتَج، أما الزبون الداخلي فهو العاملين في مختلف الوحدات التنظيمية في المؤسسة (محطات عمل، وحدات، أقسام، دوائر،...الخ)، وهؤلاء العاملين يُنظر إليهم أنهم زبائن لمن سبقوهم وموردين لمن يلونهم، كما تَنظُر **منظمة الجودة البريطانية** للزبائن بشمولية أكبر، إذ تُعَرِّفهم بأنهم المستثمرون، العاملون، أصحاب المصالح، الموردون وأي طرف له علاقة بالمؤسسة، ولهذا ينبغي للمؤسسة أن تضع في حساباتها الأنشطة التي تحقق للزبون – سواء الخارجي أو الداخلي – الجودة العالية، وتعزز ثقته بالمؤسسة وتزيد ولائه ورضاه[3].

---

[1] محمد محمد إبراهيم، **إدارة الجودة من المنظور الإداري**، مصر: الدار الجامعية، 2009، ص: 130.

[2] قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الآيزو 9001- 2000**، مرجع سبق ذكره، ص: 105.

[*] في هذه الدراسة عند استعمال مصطلح الزبون، فإننا ففي الغالب نقصد به الزبون الخارجي فقط وليس الزبون الداخلي، أما عند الحديث عن المؤسسة الصحية ففي الغالب نقصد به المريض.

[3] خضير كاظم حمود، **إدارة الجودة الشاملة**، الطبعة الأولى، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2000، ص: 98-99.

وهكذا فمن الضروري أن تكون هناك معرفة بالزبائن واحتياجاتهم، وأن تعمل المؤسسة على تعديل وتطوير السلوك والأساليب اللازمة لتحسين مخرجاتها، بما يتماشى مع احتياجات الزبائن والتغيرات البيئية المحيطة، ومن الأساليب التي تساعد على تفهم احتياجات الزبائن ودراسة التغيرات البيئية المحيطة، نذكر الآتي[1]:

- ✓ اللقاءات المباشرة مع الزبائن، من أجل معرفة معايير الجودة كما يراها الزبائن؛
- ✓ استخدام الدراسات التقييمية والاستطلاعية لمعرفة مدى رضا الزبائن عن السلع والخدمات المقدمة؛
- ✓ قيام المديرين بعمليات الاتصال المباشر مع الزبائن.

ينبغي أن تكون رغبات واحتياجات الزبائن المتجددة والمتغيرة هي التي تدفع وتحرك كافة الأنشطة داخل المؤسسة الصحية، وأن يكون هناك اهتمام كبير بإرضاء المستفيدين من الخدمة الصحية، وذلك بإيجاد قنوات اتصال بين المؤسسة الصحية (أو الطبيب) وبين الزبائن في كافة مراحل تقديم الخدمة ، وبما أن رأي الزبون يعتبر هو الحُكم المبدئي على مستوى الجودة، وأن رضاه هو مقياس نجاح المؤسسة الصحية، فإنه يستوجب توجيه مختلف القرارات الاستراتيجية المتعلقة بالجودة نحو خدمة الزبون، حيث أنه يريد في العادة ضمان حياته، وأن يعامل بلطف وعدل، ويشعر بالأمان والتقبل والاعتراف[2].

إن كلمة زبون لا تعني فقط الشخص الذي يتلقى خدمة صحية معينة، ولكن في الحقيقة نجد أن منظور إدارة الجودة الشاملة يتضمن مفهوما أوسع، فهي تشمل المرضى وذويهم، والجهات التي تقدم الخدمات الصحية، كالأطباء، الممرضين والجهات التي تتولى الدفع مقابل الخدمة المقدمة، ويمكن القول أن زبائن المؤسسة الصحية هم المجتمع ككل[3].

فالعاملين في ظل مفهوم الجودة الشاملة ينظر إليهم على أنهم موردون وزبائن في نفس الوقت، فأقسام التحاليل والأشعة تعتبر مستوردة للأفلام والمواد والمعدات التي يوفرها قسم الشراء، وفي نفس الوقت تعتبر موردة لما يلزم من تقارير ومعلومات للأطباء، وأيضا الأطباء يعتبرون موردين لخدمات التشخيص والعلاج للمرضى، وبالتالي فكل عامل في المؤسسة الصحية ينبغي أن يؤدي عمله على ضوء احتياجات وتوقعات المستفيد من هذا العمل، فجودة ما ينتج عن كل عمل تتأثر كثيرا بجودة العمل الذي يسبقه (المدخلات) والذي يليه[4].

ويمكن للمؤسسات الصحية أن تحقق رضا الزبائن من خلال الأخذ بمفاهيم ومبادئ إدارة الجودة الشاملة، خاصة من خلال الآتي[5]:

- ✓ تحديد احتياجات الزبون ومتطلباته الحقيقية، والتي غالبا ما لا يجيد التعبير عنها أو حتى إدراكها؛
- ✓ التواصل الجيد مع ما يقوله الزبائن والتعرف على حقيقة ميولهم واتجاهاتهم؛

---

[1] موسى اللوزي، **التطوير التنظيمي: أساسيات ومفاهيم حديثة**، الطبعة الأولى، الأردن: دار وائل للنشر، 1999، ص: 240-241.
[2] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، مرجع سبق ذكره، ص: 194، 196.
[3] خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، مرجع سبق ذكره، ص: 90-91.
[4] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، مرجع سبق ذكره، ص: 198-199.
[5] طلال عربي الدغمي، **مستوى جودة الخدمات في مستشفى قوى الأمن بمدينة الرياض**، رسالة ماجستير في العلوم الإدارية، السعودية: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 2009، ص: 35.

- ✓ تقييم رد فعل الزبائن عن الخدمات الصحية المقدمة لهم، وهذا حتى يتم التعرف على مدى رضاهم؛
- ✓ تشجيع الزبائن على المصارحة بما يواجهون من مشاكل عند حصولهم على الخدمات الصحية؛
- ✓ الاهتمام الحالي والمستقبلي بالزبون، وذلك من خلال تحديد احتياجاته المستقبلية قبل أن يدركها.

4- العلاقة مع الموردين: إن الثقافة التنظيمية الملائمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة ترفع شعار المورد شريك طويل الأجل، وهذا ما يجب أن تتبناه المؤسسة في علاقتها مع الموردين، إذ يجب أن تكون هناك علاقة مبنية على المشاركة والمنافع المتبادلة، وليس على أساس التفاوض وتحقيق المصالح الشخصية، وينبغي عدم تقييم المورِّد على أساس السعر.

إن جودة المدخلات متمثلة في المواد الخام والإمدادات التي يقدمها الموردون من أهم العناصر التي تؤثر في الإنتاج، لأن جودة المدخلات تعني بكل بساطة جودة المخرجات، وتتطلب إدارة الجودة الشاملة التركيز على بناء علاقات ودية متبادلة وطويلة الأجل مع الموردين، وتقييم المورد على أساس تكاليف العملية، من حيث الجودة وإشباع الزبون والالتزام، وليس على أساس السعر فقط.

إن التركيز على توجيه مصادر التوريد تنتج عنه مزايا عديدة، كرفع جودة المدخلات، وتخفيض التكلفة الإدارية المرتبطة بعمليات الشراء، وفحص المدخلات، كما يؤدي إلى تكوين علاقات ودية متبادلة وطويلة الأجل بين المؤسسة والمورد، وإمكانية إشراك المورد في حل المشاكل المشتركة.

وتؤكد الدراسات على أن المؤسسات الناجحة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة، قامت بتقليص عدد مورديها إلى أقل عدد ممكن، فقد تخلصت هذه المؤسسات من (90%) من مورديها، وقد أدى ذلك إلى انخفاض نسبة الوحدات المعيبة إلى (0,03%) سنة (1988م) في شركة **(Xerox)**، بعد أن كانت تمثل (8%) سنة (1982م)[1].

5- العمل الجماعي (مشاركة العاملين): من بين ما يتوقف عليه نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة هو مشاركة جميع العاملين في جهود تحسين الجودة وزيادة الإنتاجية، وذلك ببناء فِرَق العمل وتهيئة مساحة مناسبة من حرية التصرف والمبادرة لكل عامل، وهذا لتقديم أفكاره بشكل مستمر ومتجدد ضمن مجموعات عمل أو حلقات جودة وغيرها، وكذلك أخذ رأي العاملين في جميع المجالات، مثل: إعادة توزيع الأدوار، أنظمة تقييم الأداء، الأجور، الحوافز والترقية،...الخ[2].

إن إدارة الجودة الشاملة تعتمد على التعاون في أداء الأعمال سواء في نفس المستوى الإداري أو بين المستويات الإدارية المختلفة، وهو ما يوفر المعلومات في ما بين المستويات الإدارية والوحدات التنظيميـة، ولعل أسلوب حلقـات الجودة اليابانية دليل على هذا النظام التعاوني، وتتضمن مجالات التعاون ما يلي[3]:

- ✓ تقليل الآثار السلبية في نظام المكافآت وتقويم الأداء؛

[1] فتيحة حبشي، مرجع سبق ذكره، ص: 271-272.
[2] قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الآيزو 9001- 2000**، مرجع سبق ذكره، ص: 106.
[3] قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة في الخدمات**، مرجع سبق ذكره، ص: 147.

- ✓ تشجيع العمل الجماعي، وتثمين روح الجماعة، وتقبل مساهمة الآخرين؛
- ✓ احترام الآخرين مع إعطائهم الثقة بعملهم والاعتزاز به.

ونعني بالعمل الجماعي الولاء التنظيمي للعاملين تجاه المؤسسة الصحية، وشعورهم بأنهم مسؤولون عن الجودة فيها، وأيضا ضرورة التزام المؤسسة بروح الفريق الواحد، وتحقيق مشاركة كافة الأقسام والمستويات الإدارية، والتأكيد على المنافسة الجماعية الشريفة لأعضاء الفريق، وعلى مدير المؤسسة الصحية أن يدرك أن غير المديرين يمكنهم أن يقدموا إسهامات قَيِّمة للمؤسسة، وذلك يتطلب التدريب على أساليب فِرَق العمل، واتخاذ القرارات بشكل جماعي[1].

وعموما يوجد انتشار لظاهرة التنافس بين الأقسام في المؤسسات الصحية بدلا من التعاون الجماعي، فمثلا كأن يوجد قسم لإدارة الجودة النوعية، وفي نفس الوقت يقوم بعض الأقسام –كقسم التمريض– باستحداث برنامج للجودة النوعية مستقلا عن قسم إدارة الجودة، وهذا يدل على وجود تنافس سلبي بين هذين القسمين، مما يؤدي إلى إهدار الوقت، الجهد، المال وزيادة درجة الازدواجية في الأعمال، وهذا يعتبر عائقا أمام عملية التحسين المستمر[2].

6– التحسين المستمر (الدائم): هو عبارة عن عملية إدارية لتحسين الأداء، مرَكَّزة على المخرجات الكلية للنظام من خلال عملية مستمرة للضبط والتحسين، بدلا من البحث عن الأخطاء أثناء العمل لتقليل الفجوة بين ما يجب أن يكون وما نحن عليه الآن، وهذا يعني ضرورة وجود خطة للتحسينات المستمرة في المؤسسة الصحية، والسعي لتقليل الأخطاء والعيوب، وتحسين مؤشرات الإنتاجية والفاعلية في استخدام الموارد المتاحة، وينبغي أن تكون للمؤسسة الصحية الرغبة الدائمة في تحقيق تَحسُّن تدريجي وأساسي في كل من العمليات والخدمات المقدمة للمرضى، ويعتبر أسلوب المقارنات المرجعية أهم وأكثر الأساليب المستخدمة لتحقيق التحسين المستمر[3].

تؤكد إدارة الجودة الشاملة على أهمية التحسين المستمر لمختلف الأنشطة الوظيفية والعمليات الإدارية، ويؤكد هذا المبدأ فرضية أن الجودة النهائية هي نتيجة لسلسة من الخطوات والنشاطات التحسينية المترابطة، وتعتمد فكرة التحسين المستمر على تدعيم البحث والتطوير، وتشجيع الإبداع، وتنمية المعرفة والمهارات لدى الكفاءات البشرية المتاحة بالمؤسسة، كما يعد مبدأ أساسي في تخفيض الانحرافات على جميع مستويات النشاط، والتركيز على التحسين المستمر لأنظمة العمليات الإنتاجية، المالية والتسويقية، وللموارد البشرية، يحقق بالضرورة أعلى مستوى من الرضا للزبون كنتيجة لتقديم أقصى قيمة مضافة في المنتج النهائي، لذا يتطلب الأمر إجراء الدراسات المستمرة، وتحليل النتائج للوصول إلى كفاءة عالية لأنظمة العمليات المختلفة، وتطوير جودة المخرجات من السلع والخدمات[4].

7– تدريب العاملين: يعتبر التعليم والتدريب من الوسائل الهامة التي تعتمدها المؤسسة الصحية لغايات التنمية والتطوير، وأن استمرارية النمو والتطوير وتحقيق أهداف المؤسسة الصحية بكفاءة وفعالية، تتطلب زيادة القدرة العلمية

---

[1] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، مرجع سبق ذكره، ص: 195، 197.
[2] خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، مرجع سبق ذكره، ص: 96.
[3] عبد العزيز بن حبيب الله نياز، مرجع سبق ذكره، ص: 372.
[4] سملالي يحضيه، **إدارة الجودة الشاملة مدخل لتطوير الميزة التنافسية للمؤسسة الاقتصادية**، ورقة بحثية مقدمة إلى الملتقى الوطني الأول حول: المؤسسة الاقتصادية الجزائرية وتحديات المناخ الاقتصادي الجديد، الجزائر: جامعة ورقلة، 2003، ص: 178.

والعملية لكافة العاملين في المؤسسة الصحية من مختلف المهن الطبية، التمريضية والطبية المساندة، وفي ضوء التغيرات البيئية المختلفة، فإن أهمية التدريب تبرز بشكل أساسي ورئيسي داخل المؤسسة الصحية.

ومفاهيم التدريب متعددة، ومن هذه المفاهيم أن التدريب عبارة عن عملية محاولة لتحسين أداء العمل الحالي والمستقبلي، والتدريب يعتبر جهود إدارية وتنظيمية تهدف إلى تحسين قدرة الفرد على أداء عمل معين، ويمكن أيضا تحديد مفهوم التدريب على أنه عملية مخططة، منظمة ومستمرة، تهدف إلى إكساب العاملين المعارف، القدرات والمهارات الجديدة المتخصصة والمرتبطة بالعمل، أو تغيير بعض اتجاهات العاملين وسلوكياتهم، بشكل يضمن تحسين الأداء وتحقيق أهداف المؤسسات الصحية[1].

يعتمد الإبداع والتميز في العمل بشكل أساسي على تدريب العاملين على إدارة الجودة الشاملة، وهذا لإكسابهم المهارات والمعارف اللازمة للارتقاء بالأداء، وتحقيق التميز المرغوب للمؤسسة الصحية[2]. وتعتمد فاعلية إدارة الجودة الشاملة على كفاءة العاملين، وذلك من خلال تدريبهم وتشجيعهم لتحقيق التطوير، واكتساب الخبرات والمعارف، ومواجهة التغيير، كما أوضحت الدراسات بأن العاملين يحبون الثناء والامتنان والرعاية مقابل جهودهم، ويعتبر هذا الجانب أحد أهم الدعائم الأساسية لإدارة الجودة الشاملة، وتعتبر حلقات الجودة أحد الأساليب التي تسعى إلى تحفيز العاملين لتحسين الجودة وزيادة الانتماء للمؤسسة[3]. فحُسن استخدام العمال وتشجيعهم، يؤدي إلى تطوير العمل، وزيادة الأرباح، وتخفيض التكاليف[4].

8- احترام وتقدير العاملين: وهو ضرورة وجود اتصال واحترام متبادل بين القيادات في المؤسسة الصحية والعاملين، بغض النظر عن المستوى الوظيفي، وأيضا التقييم الموضوعي لأداء العاملين لترسيخ مبدأ مكافأة التميز والإبداع[5].

وتعتمد الثقافة التنظيمية الملائمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة على نظم فعالة لمكافأة وتقدير جهود العاملين في المؤسسة، ويتم التركيز على المسؤولية الجماعية وليس على الأداء الفردي كما شاع في نظم المكافئات التقليدية، وهذه النظرة الجديدة تربط نظم المكافئات والتقدير بالجودة والتحسين المستمر وإشباع حاجات الزبون، فنظام المكافئات يجب أن يتصف بالمرونة، وأن يكون مشجعا للعمل الجماعي، وتشكيل البيئة التي تشجع على المشاركة والتعلم.

وبالرغم من أن مصطلحي المكافأة والتقدير يعبران عن معنى واحد، إلا أن التقدير يعني تشجيع الأفراد وتحفيزهم على بذل مجهودات أكثر، من خلال استحسان ما تم إنجازه، وقد يتم التقدير بطريقة رسمية أو غير رسمية، والمكافأة تتضمن تقديم مكافئات مادية في شكل حوافز، علاوات مادية، مزايا عينية،...الخ[6].

9- وجود رؤية مشتركة بين الإدارة والعاملين: يعتبر وجود رؤية استراتيجية للإدارة العليا غير كافي في مجال إدارة

[1] صلاح محمود ذياب، مرجع سبق ذكره، ص: 162.
[2] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، مرجع سبق ذكره، ص: 197.
[3] قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الآيزو 9001- 2000**، مرجع سبق ذكره ، ص: 96.
[4] وسيلة حمداوي، **الجودة ميزة تنافسية في البنوك التجارية**، الجزائر: مديرية النشر لجامعة قالمة، 2009، ص: 33.
[5] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، مرجع سبق ذكره، ص: 197.
[6] فتيحة حبشي، مرجع سبق ذكره، ص: 272-273.

الجودة، بل يجب أن يتم تداول هذه الرؤية بين كافة الأطراف والمستويات داخل المؤسسة الصحية، حيث تمثل هذه الرؤية المشتركة توجه موحد يعمل على تلاشي تكرار الجهود أو تعارضها مع بعضها البعض[1].

10- استخدام الحقائق والبيانات أو المعلومات الكافية كأساس لاتخاذ القرار: من بين ما يميز المؤسسات التي تطبق إدارة الجودة الشاملة هو أن قراراتها تستند على حقائق وبيانات صحيحة، وليس مجرد تكهنات وتوقعات شخصية، وبغية الحصول على نتائج دقيقة، والتعرف على مستوى الانحراف، فإن إدارة الجودة الشاملة تستخدم أدوات إحصائية متعددة لهذا الغرض، كخريطة باريتو، خرائط التدفق، خريطة إيشيكاوا ودوائر شوهارت، وغيرها من الأدوات العملية التي تساعد في وضع استراتيجيات متعددة للمؤسسة، وليس فقط في اتخاذ قرارات روتينية[2].

وسواء في المجالات الطبية أو الإدارية، فإن أي قرار لا يستند إلى معطيات ذات مصداقية يعتبر نوعا من التخمين والتقدير الشخصي، وتتصف معظم القرارات الطبية بأنها لا تحتمل التجربة والخطأ، وكذلك ينبغي أن تكون القرارات الإدارية مستندة إلى فهم واضح لظروف العمل ومشكلاته[3].

11- المقارنة المرجعية وقياس الأداء: وذلك بمقارنة المؤسسة الصحية مع أفضل الممارسات في المؤسسات الصحية المماثلة، وهذا في ما يتعلق بأساليب تقديم الخدمات الصحية، نظم التدريب والتعليم، حوافز العاملين وقياس الأداء، وأيضا في المجالات الخاصة بتقييم جودة الخدمات الصحية[4].

إن وجود نظام للقياس يعتبر من المتطلبات الأساسية لمنهج الجودة الشاملة، حيث تُستخدَم الأساليب الإحصائية لضبط الجودة، مما يسمح باكتشاف الانحرافات التي تحدث في الإنتاج في الوقت المناسب، واتخاذ الإجراءات التصحيحية المناسبة[5].

بعض الكُتَّاب يعتبر الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها كمبدأ منفصل من بمبادئ إدارة الجودة الشاملة، وهذا لتحقيق جودة أداء العمليات والنتائج على حد السواء، من أجل منع حالات عدم المطابقة مع المواصفات وتحقيق الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها، وذلك باستخدام أدوات ومقاييس مقبولة للقياس والتحليل، كخرائط الضبط، تحليل باريتو ومخططات السبب والنتيجة، وغيرها من المقاييس التي تستخدم في ضبط جودة العمليات والنتائج[6].

12- بناء نظام معلومات: من أبرز ما يعتمد عليه نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة هو توفير وتهيئة نظام معلومات يعتمد على قاعدة بيانات فعالة، لذلك ينبغي أن يكون من اهتمامات الإدارة العليا تصميم وإدارة نظام معلومات متطور، ومن الأساليب الحديثة التي يمكن استخدامها في معالجة البيانات واتخاذ القرارات، نذكر الآتي: العصف الذهني، أسلوب استقصاء الاتجاهات، خرائط تدفق المعلومات، بحوث العمليات ومختلف الأساليب الإحصائية[7].

---

[1] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، مرجع سبق ذكره، ص: 195-199.
[2] قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة في الخدمات**، مرجع سبق ذكره، ص: 148.
[3] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، مرجع سبق ذكره، ص: 195-199.
[4] نفس المكان السابق.
[5] محفوظ أحمد جودة، مرجع سبق ذكره، ص: 206.
[6] قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الآيزو 9001-2001**، مرجع سبق ذكره، ص96.
[7] نفس المرجع السابق، ص 107.

من الضروري توفر نظام فعال للاتصالات، سواء بين الرئيس والمرؤوس، أو بين المحيط الداخلي والخارجي للمؤسسة، بحيث يكون نظام الاتصالات قادرا على إيصال المعلومات الدقيقة عن إنجازات العاملين، وإبلاغ المرؤوسين عن ذلك في أقرب وقت، ومن بين ما يميز الإدارة اليابانية في تطبيقها الجودة الشاملة هو تبنيها لنظم اتصالات فعالة[1].

والاتصال عبارة عن تبادل للمعلومات بصورة مفهومة وواضحة بين المرسل (فرد أو جماعة) والمستقبِل (فرد أو جماعة)، وتهدف عملية الاتصال إلى إحداث تغيير، أو تعديل، أو تأثير في نشاط معين، بحيث يتم توجيهه نحو تحقيق هدف معين، وفي المؤسسة تهدف عملية الاتصال إلى تحقيق الآتي[2]:

- ✓ إبقاء العاملين في المؤسسة الصحية على معرفة بالوضع والظروف الحالية والمستقبلية للمؤسسة الصحية؛
- ✓ تعريف العاملين بالسياسات والاستراتيجيات والأساليب المرتبطة بالعمل في المؤسسة الصحية، وكذلك تعريفهم بأهداف المؤسسة الصحية وما يطرأ عليها من تعديل أو تغيير؛
- ✓ التواصل بين الإدارة والعاملين في مختلف الجوانب الفنية والإدارية، وتطوير فهم ومعرفة العاملين في المؤسسة الصحية بالواجبات، المهام والتعليمات الصادرة عن إدارة المؤسسة الصحية؛
- ✓ تقديم المعرفة الجديدة في كافة المجالات الطبية، التمريضية والطبية المساندة؛
- ✓ نقل وجهات النظر بين مختلف الأقسام في المؤسسة الصحية وبين العاملين، وكذلك منح العاملين فرصة المشاركة في نقل آرائهم واقتراحاتهم للإدارة؛
- ✓ أهداف أخرى كالمعرفة، المشاركة الاجتماعية، نقل الشكاوي وتقييم الأداء؛
- ✓ تجنب مختلف جوانب القصور، وخاصة فيما يتعلق بنقل وتبادل المعلومات والتعليمات.

13- التجديد والابتكار: تتطلب الثقافة التنظيمية الجديدة ضرورة وجود قيادة تقوم بالمشاركة، وتشجيع المخاطرة وتنمية الطاقات الإبداعية للعاملين، ودفعهم إلى الابتكار والتجديد، وتجربة أفكارهم لتحسين منتجات المؤسسة وتجديدها، وهذا من أجل الوصول إلى الامتياز، فالمقدرة على الابتكار والتجديد تعني القدرة على منتجات جديدة، والقدرة على الاستجابة السريعة للتغيرات في الأسواق.

إن دعم الابتكار والتجديد يعتبر من أهم الدعائم الأساسية لفلسفة الإدارة اليابانية، حيث تعطي المؤسسات اليابانية أهمية كبيرة لخطط الابتكار والتجديد والأفكار المتميزة التي يتقدم بها العاملون.

وتؤكد كل الدراسات التي أجريت على المؤسسات التي نجحت في تطبيق إدارة الجودة الشاملة، أنها تميزت بوجود نظام فعال لتطبيق المقترحات والأفكار الجديدة، فمثلا[3]:

- ✓ شركة (**تويوتا**) تمكنت من تطبيق (900) ألف اقتراح سنة (1982م)، وحققت وفرا قدره (230) مليون دولار؛
- ✓ شركة (**سانيو**) تمكنت من حل (2399) مشكلة تقدر أعباؤها بحوالي (16,5) بليون ين ياباني سنة (1983م).

[1] محفوظ أحمد جودة، مرجع سبق ذكره، ص: 206-207.
[2] صلاح محمود ذياب، مرجع سبق ذكره، ص: 156.
[3] فتيحة حبشي، مرجع سبق ذكره، ص: 275.

إن التفكير الإبتكاري يزدهر في بيئة مناسبة تؤهل المؤسسة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، وتتميز بالآتي[1]:

- ✓ وجود قيادة متفتحة تقوم على المشاركة؛
- ✓ وجود اتصالات مفتوحة في كافة الاتجاهات؛
- ✓ تشجيع المخاطرة والابتكار؛
- ✓ تشجيع وتنمية الطاقات الفكرية والقدرات الإبداعية؛
- ✓ توفير الفرص لتجربة الأفكار الجديدة.

مما سبق، وفي إطار تحديد العلاقة بين الثقافة التنظيمية وإدارة الجودة الشاملة، ومعرفة من هو المتغير المستقل والتابع، ومدى إمكانية الاستدلال عن معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة من خلال مبادئها، فحسب **وجهة نظر الطالب**، ومن خلال بعض الدراسات التي تطرقت إلى ذلك بصفة جزئية، فإنه يمكن التمييز بين أربعة مراحل (حالات) الآتية:

1- المرحلة الأولى: إذا كانت المؤسسة **لا تطبق** منهج إدارة الجودة الشاملة بصفة رسمية، ففي هذه الحالة لا يمكن القول أن الثقافة التنظيمية أنها متغير مستقل أو تابع؛ لأن إدارة الجودة الشاملة غير مطبقة أصلا، في هذه المرحلة يمكن **الاستدلال** (**بصفة عامة**) عن معوقات تطبيق هذا المنهج كمدى وفرة الموارد المالية، المادية والبشرية، ولكن فقط المعوقات ما قبل تطبيق هذا المنهج، وكذلك يمكن **الاستدلال** (**بصفة خاصة وفي هذه المرحلة فقط**) عن مدى تواجد معوقات تطبيق هذا المنهج من خلال مبادئه ومدى تواجدها في الثقافة التنظيمية بصفة عفوية (وهو ما تم التطرق إليه في هذا المطلب)؛ أي بدون أن يكون هذا المنهج مطبق بصفة رسمية، فقد تكون الثقافة التنظيمية مشجعة أو معيقة لتطبيق هذا المنهج مستقبلا بصفة رسمية، فتوافر هذه المبادئ في الثقافة التنظيمية السائدة يعني معوقات أقل لنجاح تطبيق هذا المنهج، أو بتعبير آخر ثقافة تنظيمية أكثر ملائمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.

2- المرحلة الثانية: إذا كان منهج إدارة الجودة الشاملة **مطبق بصفة رسمية**، لكن في **بداية التطبيق** نوعا ما، فهنا تعتبر الثقافة التنظيمية كمتغير مستقل وإدارة الجودة الشاملة كمتغير تابع؛ أي الثقافة التنظيمية كمؤثرة إما بالإيجاب (مدعمة) أو السلب (معيقة) على هذا المنهج، فعندما تكون الثقافة التنظيمية مدعمة فهذا يعني أن مبادئ إدارة الجودة الشاملة متوافرة فيها نسبيا وليس بالضرورة بدرجة كبيرة، وفي هذه المرحلة لا يمكن ومن غير المعقول الاستدلال والنظر لمعوقات تطبيق هذا المنهج من خلال مبادئه، وإنما يمكن **النظر** (**بصفة عامة**) للمعوقات التي تتواجد أثناء تطبيق هذا المنهج، والتي بعضها تعتبر كأخطاء في تطبيق هذا المنهج، كالتطبيق دفعة واحدة وعدم استخدام التدرج، مقاومة التغيير، قلة الموارد المالية، الطاقة الاستيعابية للمستشفى (الحجم)،...الخ.

3- المرحلة الثالثة: منهج إدارة الجودة الشاملة **مطبق بصفة رسمية**، والمؤسسة قطعت **أشواطا كبيرة في النجاح** في تطبيق هذا المنهج، فهنا تعتبر الثقافة التنظيمية كمتغير تابع وإدارة الجودة الشاملة كمتغير مستقل؛ حيث يصبح هذا

[1] نفس المكان السابق.

المنهج هو المؤثر (إيجابا) على الثقافة التنظيمية، وتصبح الثقافة التنظيمية للمؤسسة تقترب أكثر من ثقافة إدارة الجودة الشاملة، وهنا تصبح مبادئ إدارة الجودة الشاملة متوافرة بدرجة كبيرة، وهذا على حسب مدى النجاح في تطبيق هذا المنهج، وهنا النظر للمعوقات والعراقيل يشبه نوعا ما المرحلة الثانية.

4- المرحلة الرابعة: منهج إدارة الجودة الشاملة **مطبق بصفة رسمية**، والمؤسسة **نجحت بصفة مثالية** في تطبيق هذا المنهج، فهنا وإلى حد بعيد تصبح الثقافة التنظيمية للمؤسسة هي نفسها ثقافة إدارة الجودة الشاملة، ولا يمكن القول أن الثقافة التنظيمية هي متغير مستقل أو تابع لإدارة الجودة الشاملة، وهنا التكلم عن المعوقات يكون من زاوية ضئيلة جدا؛ وذلك من خلال التحدث عن الأسباب التي قد تعيق وتعرقل المؤسسة مستقبلا عن الاستمرار في هذا المستوى من النجاح الذي وصلت إليه، أو تحسين هذا المستوى إن أمكن.

وحسب ما يتوافق مع وجهة النظر في المرحلة الأولى عندما يكون منهج إدارة الجودة الشاملة غير مطبق بصفة رسمية، فيمكن تلخيص معوقات (مبادئ، متطلبات) تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في الآتي:

- ✓ عدم دعم وتأييد الإدارة العليا؛
- ✓ غياب الهياكل التنظيمية الملائمة؛
- ✓ عدم التركيز على الزبون؛
- ✓ تذبذب العلاقة مع الموردين؛
- ✓ غياب العمل الجماعي (مشاركة العاملين)؛
- ✓ غياب التحسين المستمر (الدائم)؛
- ✓ عدم تدريب العاملين؛
- ✓ عدم احترام وتقدير العاملين؛
- ✓ غياب وجود رؤية مشتركة بين الإدارة والعاملين؛
- ✓ عدم استخدام الحقائق والبيانات أو المعلومات الكافية كأساس لاتخاذ القرار؛
- ✓ عدم استخدام المقارنة المرجعية وقياس الأداء؛
- ✓ غياب نظام فعّال للمعلومات؛
- ✓ غياب التجديد والابتكار.

وسيتم استخدام أهم وأبرز هذه المعوقات في الفصل التطبيقي، للاستدلال ومعرفة طبيعة المعوقات الموجودة في المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية محل الدراسة، ونشير إلى أن عدم وجود هذه المعوقات قبل تطبيق إدارة الجودة الشاملة لا يعني أن المؤسسة ستنجح في تطبيق هذا المنهج، لأن هناك معوقات (أخطاء) أخرى تظهر بعد تطبيق هذا المنهج كما تم الإشارة إلى ذلك سابقا.

المطلب الثالث: المعوقات العامة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي.

في المطلب السابق تم التكلم فقط عن المعوقات من وجهة نظر مبادئ منهج إدارة الجودة الشاملة، والتي تتوافق مع مرحلة عدم تطبيق المنهج بصفة رسمية، أما في هذا المطلب فسيتم التطرق إلى المعوقات بصفة عامة حسب ما تطرق إليه مختلف الباحثين؛ والتي قد تتوافر سواء قبل تطبيق هذا المنهج بصفة رسمية أو أثناء التطبيق، ونقصد بالمعوقات بأنها: «جميع العوائق المالية، الإدارية، الفنية، الاجتماعية والشخصية، التي تعوق المسؤول عن تحقيق أهداف برامجه الإدارية، التي تساعد في تحسين عملية التعليم والتعلم وتطويرها»[1]، حيث توجد الكثير من المعوقات والعقبات التي تحول دون التطبيق الناجح لإدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية ومختلف أنواع المؤسسات الأخرى عموما، ورغم كثرة وتعدد هذه المعوقات إلا أنه يمكن تلخيص أهم ما تطرق إليه مختلف الباحثين، وذلك كالآتي[2]:

- ✓ تقديم الخدمات الصحية والرعاية الطبية للمرضى أمر في غاية الصعوبة والتعقيد، ويتطلب تداخل العديد من الأنظمة، القوانين والتعليمات الخاصة بإدارة المؤسسة الصحية من ناحية، ومن الحكومة والنقابات من جهة أخرى، مما يجعل تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في غاية الصعوبة؛
- ✓ قيام المؤسسات بتقليد النماذج المطبقة في المؤسسات الأخرى دون تعديل لها، وهذا دون مراعاة ظروف البيئة الداخلية والخارجية التي تعيشها المؤسسة الناقلة للتجربة؛
- ✓ التركيز على الجانب التقني على حساب العنصر البشري، فالمستوى التكنولوجي للتجهيزات والمعدات يساعد على توفير مستوى جيد من الجودة للسلع والخدمات، لكن ألا يكون الاهتمام بها أكثر من العنصر البشري؛
- ✓ التطبيق دفعة واحدة وبشكل واسع، حيث أن ذلك يحدث مشاكل للمؤسسة هي في غنى عنها، فالتصرف السليم هو أن يتم التطبيق بشكل تدريجي، بُغيَة اكتشاف الثغرات التي ظهرت في المجـالات الأولى التي أُحدث فيهـا التغيير وتفاديها لاحقا، ومن الأفضل أن تكون بداية التطبيق في الإدارات (المجالات) التي تتصف بالبساطة؛
- ✓ عدم وفرة الكفاءات البشرية القادرة على استلهام سبل التطبيق الفعال لمنهج إدارة الجودة الشاملة؛
- ✓ عدم وفرة التخصيص المالي اللازم لتطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة؛
- ✓ نقص المهارات التدريبية في تطبيق الأنظمة الإحصائية في ضبط الجودة في المؤسسة؛

---

[1] نصر الدين حمدي سعيد مدوخ، **معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الجامعات الفلسطينية بمحافظات غزة وسبل التغلب عليها**، رسالة ماجستير في الإدارة التربوية، فلسطين: الجامعة الإسلامية – غزة، 2008، ص 8.

[2] صلاح محمود ذياب، مرجع سبق ذكره، ص: 220.

- عمر وصفي عقيلي، **المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة: وجهة نظر**، الطبعة الأولى، الأردن: دار وائل للنشر، 2001، ص: 228- 232.
- خضير كاظم حمود، **إدارة الجودة وخدمة العملاء** ، مرجع سبق ذكره، ص: 241.
- فاطمة الزهراء عبادي، **دور القيادة في تنفيذ برامج تدريب الموارد البشرية في إطار الجودة الشاملة**، ورقة بحثية مقدمة إلى الملتقى العلمي الوطني حول استراتيجيات التدريب في ظل إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحقيق الميزة التنافسية، الجزائر: جامعة سعيدة، 2009، ص: 9.
- محمد عوض الترتوري، أغادير عرفات جويحات، مرجع سبق ذكره، ص: 49- 50.
- فيليب أتكنسون، مرجع سبق ذكره، ص: 173.
- جمال الدين لعويسات، **إدارة الجودة الشاملة**، الجزائر: دار هومه للطباعة والنشر والتوزيع، 2005، ص: 173.
- ثائرة عدنان الماضي، فريد نصيرات، **أثر التمكين الإداري على تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفى الجامعة الأردنية – دراسة حالة**، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، الأردن، المجلد (7)، العدد (4)، 2011، ص: 533.
- فريد توفيق نصيرات، **إدارة المستشفيات**، مرجع سبق ذكره، ص: 414-415.

✓ الرغبة والاستعجال لمعرفة نتائج تطبيق إدارة الجودة الشاملة، علما أن النتائج التي يُنتَظَر حصولها تتطلب زمنا ليس بالقصير، خاصة وأن طبيعة إدارة الجودة الشاملة مرتبطة بتغييرات جذرية في الثقافة التنظيمية ومناهج العمل؛

✓ عدم إزالـــة الحواجز بين الإدارات، إذ ينبغي القضاء على الحواجز التنظيمية، وتفعيل الاتصال بين الأقســام على المستويين الأفقي والعمودي، وأن تكون الجودة هي الهدف وليس سببا للمنافسة بين العاملين والإدارات؛

✓ عدم إنشاء مراكز للتدريب والتطوير الفعال وتدريب العامل تدريبا محددا متعلقا بعمله؛

✓ عدم التزام الإدارة العليا بتطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، حيث لابد للإدارة أن تتعلم أولا خطوات هذا المنهج ثم توجد هيكلا تنظيميا ونظام مكافآت يدعم هذا المنهج؛

✓ التركيز على أساليب معينة في إدارة الجودة الشاملة وليس على النظام ككل، إذ لا يوجد أسلوب واحد يضمن تطبيقه تحقيق الجودة العالية، وبالتالي ينبغي النظر إلى إدارة الجودة الشاملة على أنها نظام متكامل من الأجزاء المختلفة المترابطة معا، وأن تحسين الجودة هو نظاما متكاملا وليس مجرد عملية معزولة في المكان والزمان؛

✓ عدم تمكن أو عدم اقتناع العاملين في المشاركة في منهج إدارة الجودة الشاملة، فمن الضروري لإنجاح هذا المنهج مشاركة كافة أفراد المؤسسة والتزامهم المستمر ومسؤوليتهم تجاهه؛

✓ مقاومة التغيير سواء كان ذلك من الإدارة أو من العاملين؛ لأن برامج تحسين الجودة تستدعي تغييرا تاما في ثقافة وطرق العمل في المؤسسة، وبعض العاملين في المؤسسة يتخوفون من تحمل المسؤولية والالتزام بمعايير حديثة بالنسبة إليهم، إنَّ ما تحتاج المؤسسات لعمله هو أن تحدد العوامل التي تؤدي إلى مقاومة التغيير، حتى يتم التغلب عليها وتسهيل تبني ثقافة الجودة الشاملة، ومن بين وسائل التقليل من مقاومة العاملين للتغيير، هو العمل على إدراك العاملين لمضامين التغيير ومحاربة الإشاعة، وإشعار العاملين بفوائد إحداث التغيير، والاستعانة بقادة التنظيمات غير الرسمية في شرح التغيير، وإشراك العاملين بكافة مراحل التغيير؛

✓ الهيكل التنظيمي التقليدي السائد في معظم المؤسسات الصحية الذي يقوم على التخصص الدقيق، إذ درجت المؤسسات الصحية على تنظيم أنشطتها وخدماتها وإدارتها على أساس وظيفي، وما ينتج عن ذلك من هياكل هرمية تتصف بعلاقات هرمية حادة بين الرئيس والمرؤوس، الأمر الذي يجعل عملية الاتصال والتعاون بروح الفريق بين الأنشطة المختلفة أمرا صعبا؛

✓ الحكم الذاتي للعاملين، مما يعطيهم درجة كبيرة من الاستقلال وحرية التصرف المهني، إضافة إلى درجة عالية من تقسيم الأنشطة وفق التخصص والحدود التنظيمية الفاصلة بين الأنشطة المختلفة، مما يصعب عملية التنسيق المتبادل بين الأنشطة ويحد من تحقيق روح الفريق؛

✓ الفهم غير الصحيح لدى الكثير من العاملين، بأن إدارة الجودة الشاملة تساعد على تحقيق الكفاءة الإدارية وجودة الخدمات، ولكنها غير قابلة للتطبيق في العلاج الطبي، وتحد من حرية الممارسة الطبية، كقيمة مهنية متجذرة لا تقبل منطق الاعتبارات الاقتصادية والتركيز الكبير على الكفاءة في إنتاج الخدمات الصحية وتقديمها؛

- ✓ عجز الإدارة العليا عن الالتزام طويل الأمد بتطبيق إدارة الجودة الشاملة، ذلك أن تطبيقها يحتاج لوقت طويل كونها مرتبطة بتغيرات جذرية في الثقافة التنظيمية، وأن جني ثمار هذا النظام لا يظهر إلا بعد فترة من تطبيقه؛
- ✓ أنماط القيادة السائدة، حيث نجد معظم القيادات في المؤسسات الصحية هم مهنيون صِحِيّون، ويتمثلون بسلطة المعرفة إلى جانب السلطة الإدارية الممنوحة للبعض منهم، وهذا ما يعرقل من عملية المشاركة وتقبلهم لآراء مرؤوسيهم؛
- ✓ الثقافة التنظيمية السلطوية السائدة في المؤسسات الصحية، والتي تعتبر كإفرازات للهرمية السائدة، وللنمط القيادي السائد، وهذا يتضارب مع متطلبات تمكين العاملين ومشاركتهم؛
- ✓ التوجه الداخلي للمؤسسات الصحية، فمن المعروف أن المؤسسات الصحية تعمل على تلبية متطلبات الممارسة الطبية للأطباء والمهنيين العاملين فيها، نتيجة للنفوذ الكبير الذي يتمتع به المهنيون الصحيُّون عموما، والأطباء خصوصا، حيث يمارس الأطباء نفوذهم لتلبية المتطلبات التي تمكنهم من الممارسة الطبية على أساس معايير المهنة، وليس على أساس معايير المؤسسة واحتياجاتها ومصالحها، وهذا يحدث غالبا على حساب متطلبات وحاجات المرضى والزبائن الخارجيين الآخرين، فالأطباء يتوقعون من المؤسسة الصحية توفير كل ما يحتاجون له لتمكينهم من ممارسة المهنة الطبية، ويضغطون في هذا الاتجاه، فالولاء للمهنة ومعاييرها، وليس للمؤسسة ومعاييرها؛
- ✓ طرق التعويض والدفع المالي والحوافز المادية للأطباء، فمن المعروف أن الكثير من المؤسسات الصحية تتبنى أنظمة حوافز مالية تقوم على تعويض الأطباء على أساس الخدمة أو النشاط الذي يقومون به، وهذا يعني أن الدخل المادي للطبيب يتوقف على حجم الأنشطة والخدمات التي يقدمها، مما ينتج ممارسات طبية وسلوكيات تركز على الأداء الكمي لزيادة الدخل، وما قد ينتج عن ذلك من أخطاء في الممارسة، ومبالغة في استعمال موارد المؤسسة الصحية، ومن المعروف في الخدمات الصحية، وعلى عكس معظم السلع والخدمات الأخرى، أن الكم الأكبر من الاستهلاك لا يعني الأفضل للمرضى، بل يعني أذى أكبر.

أما حسب الدراسة التي صدرت سنة (1992م) عن **مؤسسة ارثرد ليتل**، فقد أُرجِعَت حالات فشل إدارة الجودة الشاملة في الكثير من المؤسسات إلى ثلاث عوامل هي[1]:

- ✓ سرعة التنفيذ؛ إذ وُجِد أن الأسلوب التدريجي هو أكثر نجاحا من الأساليب التي تهدف إلى النتائج السريعة؛
- ✓ التدريب غير المناسب أو غير المكتمل للعاملين؛
- ✓ قلة اكتراث الإدارة العليا بعوامل نجاح هذا المدخل، مما يؤثر على اكتمال تنفيذه على الوجه الكامل.

بالإضافة إلى ما سبق، فإنه يمكن تصنيف معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية كالآتي[2]:

- ✓ **المعوقات التنظيمية:** تتميز المؤسسات الصحية بوجود خطين واضحين للسلطة، أحدهما إداري والآخر طبي، وينتج عن ذلك وجود حاجز بين الجانب الطبي والإداري، الشيء الذي يؤدي إلى التقليل من نجاح عملية التحسين،

[1] مهدي السامرائي، مرجع سبق ذكره، ص: 350.

[2] محمد بن عبد العزيز العميرة، **علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي في القطاع الصحي: من وجهة نظر العاملين في مركز الأمير سلطان لمعالجة أمراض وجراحة القلب للقوات المسلحة بمدينة الرياض**، رسالة ماجستير في العلوم الإدارية، السعودية: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، 2003، ص: 44-46.

وانحصارها في بعض جوانب النشاط دون غيرها.

✓ **المعوقات الشخصية والاجتماعية:** إن من طبيعة الإنسان عدم قبول أي تغيير بسهولة؛ فبعض القيادات الإدارية تعارض أي تغيير جديد، وتتمسك بالقوانين والتعليمات الإدارية المطبقة، لذلك فعندما يحدث انتقال كبير في النظام الإداري القديم إلى نظام وثقافة الجودة، فإنه لا يتم قبول ذلك بسهولة، حيث أن إدارة الجودة الشاملة تتطلب التغيير في جوانب كثيرة، منها: تعديل في الهيكل التنظيمي للمؤسسة، تغيير طريقة الاتصال، شخصية العاملين...الخ، ورد الفعل السلبي للمدراء والمشرفين والعاملين نحو تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة يمكن أن يرجع لسببين هما:

1- الخوف من التغيير، حيث أن البعض يضن أنه ليس هناك ضرورة للتغيير طالما أن هناك رضا على الوضع الحالي؛

2- يرى البعض أن إدارة الجودة الشاملة يمكن أن تؤدي إلى الحد من صلاحياتهم والتأثير على مسؤولياتهم.

وينبغي قبل تطبيق إدارة الجودة الشاملة أن تراعى الثقافة السائدة في المؤسسات الصحية، إذ تعتبر الثقافة أهم ما يعرقل جهود التحسين المستمر في المؤسسات الصحية، ومن بين أبرز الأسباب لذلك هو أن هذه المؤسسات تتميز بنمط سلطة لا يسمح للعاملين بالمشاركة بإبداء الرأي، أو اقتراح تغيير الكيفية التي يتم بها أداء العمل، وخاصة مع وجود القناعة القوية لدى الأطباء بعدم جدوى جهود التحسين، واعتبارها مجرد طريقة لخفض التكاليف، وأن عملهم ذو جودة عالية، وأنها تمثل تهديدا للاستقلالية التي تتميز بها مهنة الطب، وهكذا فإن أهم معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي تكمن في معارضة التغيير، سواء من الجانب الإداري أو الجانب الطبي، وهذا يحتاج إلى بذل المزيد من الجهود لإقناع المعارضين بفوائد تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

وكذلك ما يؤكد صعوبة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية، هو أن المريض لا يمكنه تحديد حاجته من الخدمات الصحية، بل أن الطبيب هو من يحدد طبيعة ومقدار حاجة المريض من العلاج أو الدواء أو إجراء عمليات جراحية من عدمه، وهذا لا يتضارب مع تعريف الجودة بأنها تعني المطابقة لاحتياجات الزبائن، حيث أن احتياجات الزبون هنا تعني الناتج النهائي بعد العلاج أو الفحص أو التشخيص، ومدى راحة ورضا الزبون عن هذا الناتج[1].

من خلال ما سبق وما تم التطرق إليه من معوقات لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، يمكن ملاحظة أن هذه المعوقات تندرج في مجملها (في الغالب) ضمن المعوقات الثقافية المتواجدة ضمن الثقافة التنظيمية السائدة في المؤسسات الصحية، ومدى ملائمة هذه الثقافة لتطبيق هذا المنهج، ومدى احتوائها على مبادئ تكون قريبة ومتوافقة مع مبادئ إدارة الجودة الشاملة، وباختصار فإن هذه المعوقات تتوافق وتندرج ضمن ما تم ذكره سابقا من متطلبات الثقافة التنظيمية المساهمة في نجاح تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، وهذا ما يؤكد ويبرر اعتماد المتطلبات (المبادئ) التنظيمية في الفصل التطبيقي، للاستدلال على مدى تواجد المعوقات قبل تطبيق هذا المنهج بصفة رسمية.

[1] سيد محمد جاد الرب، **إدارة المنظمات الصحية والطبية: منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة**، مرجع سبق ذكره، ص: 187.

المبحث الثالث: المراحل، المتطلبات التقنية والنماذج المساهمة في نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

حتى يتم التطبيق الناجح لمنهج إدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي، فإنه ينبغي معرفة الجوانب النظرية والتطبيقية لهذا المنهج، حيث أن تطبيق هذا المنهج له مراحل زمنية ينبغي مراعاتها، فعدم مراعاة هذه المراحل، واستعجال نتائج تطبيق إدارة الجودة الشاملة، يعتبر من أكبر الأسباب (**المعوقات**) لفشل تطبيق هذا المنهج، كذلك فإن من أسباب فشل التطبيق هو عدم الاعتماد على المتطلبات التقنية لنجاح التطبيق، والمتمثلة في أدوات إدارة الجودة الشاملة، وأيضا عدم وجود نموذج شخصي معين تسعى المؤسسة إلى تطبيق إدارة الجودة الشاملة وفقه، وقد يكون هذا النموذج من النماذج المعروفة أو مزيج منها، وهكذا فإنه يمكن النظر للمراحل، المتطلبات التقنية والنماذج **كمعوقات** لتطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة؛ وهذا إذا لم تراعيها المؤسسة كما ينبغي.

المطلب الأول: مراحل ومستويات نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

ليس هناك مراحل ثابتة ينبغي لكل مؤسسة الالتزام بها، بل هناك حرية للمؤسسة في وضع سلسلة المراحل التي تناسبها، والالتزام نسبيا بمراحل معينة للتطبيق يساهم في الوصول لمستويات عالية من النجاح في تطبيق هذا المنهج.

أولا– مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

تعتبر فاعلية تطبيق إدارة الجودة الشاملة من أكثر وأدق المراحل التنظيمية والإدارية التي ينبغي على المؤسسات المعنية دراستها باهتمام بالغ، وتحليل متطلبات تطبيقها بالشكل الذي يحقق إمكانية النجاح عند الشروع باعتماد منهج إدارة الجودة الشاملة، خاصة وأن إدارة الجودة الشاملة كنظام وبناء فكري وفلسفي يمتد ليشمل جميع أجزاء المؤسسة من أفراد، منتجات، عمليات بيئية، تنظيمية، ثقافية،...الخ، ويمكن القول أن مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة تتمثل في الآتي[1]:

1– مرحلة الإعداد: تعد مرحلة الإعداد التهيئة من أكثر المراحل دقة وأهمية، إذ تبرز خلالها العديد من المشاكل التي ينبغي أن يتم دراستها وتحليلها، واتخاذ القرارات السديدة بشأن معالجتها، ولذا تنطوي هذه المرحلة على القيام بالأنشطة الآتية:

- ✓ التزام الإدارة العليا للمؤسسة بتطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، واعتبار ذلك الالتزام قاعدة أساسية في إجراء التحسين والتطوير المستمر للجودة؛
- ✓ استعانة المؤسسة بخبراء واستشاريين من خارج المؤسسة، بالإضافة إلى اعتماد العاملين جميعهم كمصادر أساسية لتطبيق إدارة الجودة؛
- ✓ تشكيل مجلس الجودة، والذي ينبغي أن يضم في عضويته أعضاء من مجلس إدارة المؤسسة، وهذا لزيادة قدرته

[1] خضير كاظم حمود، **إدارة الجودة وخدمة العملاء**، مرجع سبق ذكره، ص: 238-240.
- أحمد بن عيشاوي، **إدارة الجودة الشاملة (TQM) في المؤسسات الخدمية**، مجلة الباحث، الجزائر: جامعة ورقلة، العدد (4)، 2006، ص: 12.
- عياش قويدر، مرجع سبق ذكره، ص: 718.
- محفوظ أحمد جودة، مرجع سبق ذكره، ص: 217-218.

وفاعليته على تحقيق الأهداف المرغوبة؛

✓ تشكيل وبناء فرق عمل (حلقات الجودة) في الدوائر والأقسام المختلفة في المؤسسة، وتمكين هذه الفرق أو الحلقات من الصلاحيات الواسعة في مجال تحقيق الأهداف؛

✓ إرساء القواعد الفكرية والثقافية لدى جميع العاملين في المؤسسة، وبناء قيم جوهرية يُعتمد عليها في فاعلية التطبيق، وذلك من خلال تنفيذ البرامج التدريبية والتطويرية لجميع العاملين حول مفاهيم وقيم الجودة وأدواتها المستخدمة في التطبيق؛

✓ اعتماد سبل قياس الأداء ومعايير الجودة الموضوعية، وذلك لمعرفة الآثار التي يمكن أن تتحقق فعليا عند التطبيق.

2- مرحلة التخطيط: ويتم في هذه المرحلة ما يلي:

✓ **اختيار أعضاء لجنة الجودة:** وتَضُّم رئيس المؤسسة، وممثلين على مستوى عال، وذلك لتوجيه برنامج إدارة الجودة الشاملة داخل المؤسسة، وإزالة العقبات الموجودة بين الكيانات الوظيفية، والتغلب على مقاومة التغيير؛

✓ **اختيار مستشار للجودة:** غالبا ما يتم اختياره من المستويات الإدارية العليا، بحيث ينبغي أن يكون ذو تأييد قوي لمنهج إدارة الجودة الشاملة؛

✓ **تدريب لجنة توجيه الجودة والمستشار:** يجب تدريب أعضاء هذه الهيئة على الجوانب التطبيقية لقضايا إدارة الجودة الشاملة، وذلك من خلال الاستفادة من خبرات مؤسسات مماثلة في قطاعات مماثلة؛

✓ **الموافقة على خطة التطبيق وتخصيص الموارد اللازمة:** حيث تتم الموافقة على خطة تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، وتخصيص الموارد المالية اللازمة لتطبيق هذا المنهج.

3- مرحلة التنفيذ: وهي مرحلة تُتَمِمْ المراحل السابقة، من حيث اختيار المدربين وتدريب العاملين، وهذا ليكونوا أكثر وعيا وإدراكا لإدارة الجودة الشاملة، وخاصة تدريب فِرَق العمل، وكذلك عرض النتائج الحاصلة، وكيفية حل المشكلات التي تواجه العاملين، وهذا من خلال أدوات الجودة (العصف الذهني، قوائم المراقبة والفحص، ... الخ)، وتدريب العاملين على استخدام هذه الأدوات، وكيفية تفسير النتائج لتحسين جودة العملية.

4- **مرحلة الرقابة والتقويم:** يستمد منهج إدارة الجودة الشاملة قدرته في متابعة الأداء المراد انجازه، والتطوير المستمر للعمليات الإنتاجية والتشغيلية، وفق سبل المراقبة القبلية، المتزامنة والبعدية لجميع الأنشطة التي تمارسها المؤسسات، ولذا فإن أساليب الرقابة القبلية يتم اتخاذها قبل البدء بالعمليات التشغيلية، لكي يتم من خلالها التأكد من جودة المدخلات المستخدمة في العمليات التشغيلية، أما الرقابة المتزامنة (المرافقة) للعمليات التشغيلية فيتم اعتمادها بالتزامن مع العمليات والأنشطة الجارية في المؤسسة، بحيث يتم اتخاذ الإجراءات الوقائية أثناء التشغيل بدلا من تفاقم الانحرافات أثناء العمليات الجارية، أما الرقابة البعدية فيتم اعتمادها بعد الإنجاز النهائي للتأكد من مطابقة المنتجات النهائية للمواصفات والمعايير المعتمدة من قبل المؤسسة.

ولكي يكون النظام الرقابي المعتمد بمختلف صوره فعالا، لابد وأن يتم تزويد العاملين بجميع المعلومات المرتبطة بالعمليات التشغيلية، بحيث يتسم ذلك بالبساطة، الوضوح، الدقة والشفافية الملائمة، كما ينبغي أن يتم تدريب العاملين في مختلف الخطوط الإنتاجية والتشغيلية، وهذا عن طريق الأساليب الإحصائية والوسائل المعتمدة في الوقاية، أو المعالجة اللازمة لتجاوز الانحرافات أو الإخفاقات في الأداء، واتخاذ الإجراءات اللازمة بالسبل الموضوعية لتجاوز الخلل قبل تفاقمه وتعاظم أثره.

5- المرحلة المتقدمة: وهنا تكون المؤسسة مثالا وقدوة أمام المؤسسات الأخرى، إذ قد تقوم بدعوة المؤسسات الأخرى المهتمة بإدارة الجودة الشاملة لمشاهدة الإنجازات المحققة وطرق التحسين المستخدمة، ويمكن القول بأن المؤسسة في هذه المرحلة تسعى إلى نشر تجاربها ونجاحاتها في إدارة الجودة الشاملة، حتى يتم تبادل خبراتها مع المؤسسات الأخرى، وللمنافع المتبادلة التي يمكن جنيها من ذلك.

ومن ناحية أخرى، وفي **المجال الصحي**، فإنه يمكن تحديد المراحل الزمنية التي يمكن أن تعتمد عليها المؤسسات الصحية عند تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وذلك من خلال المراحل الثلاثة الآتية[1]:

1- الإعداد والتهيئة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة: هذه المرحلة تسبق بناء النظام، حيث يشترك كل من الإدارة العليا للمؤسسة الصحية ورؤساء الأقسام الطبية والإدارية، وهذا بالتعاون مع مستشارين أو محترفين في مجال تصميم نظام لإدارة الجودة الشاملة، وكذلك بالاشتراك مع كبار العاملين في مختلف التخصصات، وهذا لمناقشة مختلف جوانب العمل بالمؤسسة الصحية، وحصر مشكلاتها، وإيجاد أفضل الحلول لها، ورغم عدم وجود آلية محددة لكيفية إنجاز هذه المرحلة، إلاّ أن الهدف منها هو تجميع مختلف الأفكار، مناقشتها وتحليلها، والتركيز على الأساليب والإجراءات التي يمكن أن تساهم في الارتقاء بجودة الخدمات الصحية وتخفيض تكاليفها.

2- نشر ثقافة الجودة الشاملة: تهدف هذه المرحلة إلى زيادة الوعي لدى مختلف فئات العاملين بالمؤسسة الصحية، حتى يدركوا أهمية فرص التحسين والتطوير في أساليب العمل وجودة الخدمات الصحية، وذلك لأن إدارة الجودة الشاملة هي في الأساس ثقافة تقوم على الإقناع، وتغيير النظم، الإجراءات والسلوكيات، ومن أجل تغيير وتطوير ثقافة العاملين بالمؤسسة الصحية، فإنه يمكن الاستعانة بالآتي:

- ✓ نشر الإعلانات والملصقات الخاصة بمفاهيم الجودة؛
- ✓ تنظيم حلقات للنِقاش، وندوات يتم فيها توضيح مفاهيم، مبادئ، أساليب وأدوات الجودة الشاملة؛
- ✓ عرض الأفلام المصورة عن تجارب المؤسسات الصحية التي وصلت إلى درجة الأداء المتميز؛
- ✓ إعداد نشرات إخبارية تتضمن معلومات عن إدارة الجودة الشاملة، وتجاربها المتميزة في المجال الصحي؛
- ✓ توفير بعض المراجع والمقالات ذات لغة سهلة الفهم، وتتضمن كيفية ممارسة الجودة الشاملة في المجال الصحي؛
- ✓ اعتماد نظام للحوافز والمكافآت يهدف إلى ترقية وتدعيم جهود الجودة الشاملة.

[1] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، مرجع سبق ذكره، ص: 200-210.

3- تكوين فريق عمل للجودة: يعتبر تشكيل هذا الفريق هو أول علامات اقتناع ودعم إدارة المؤسسة الصحية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، وهناك الكثير من التسميات لهذا الفريق، مثل: فريق الجودة، مجلس الجودة، وحدة الجودة، إدارة الجودة،...الخ، وبغض النظر عن التسمية فإن هذا الفريق ينبغي أن يضم مدير المؤسسة، ورؤساء الأقسام الطبية، الطبية المساعدة والإدارية، ويمكن لهذا الفريق في بداية عمله أن يقوم بالمهام الآتية:

- وضع سياسة مكتوبة وواضحة للجودة تشمل مختلف مجالات العمل بالمؤسسة الصحية، واتخاذ ما يلزم من إجراءات لتعريف جميع فئات العاملين بهذه السياسة؛
- تكوين حلقات أو جماعات الجودة، حيث تعتبر من أكثر أساليب نشر ثقافة الجودة والمساعدة في تطبيقها، وجماعات الجودة عبارة عن مجموعات صغيرة ما بين (5-10) أفراد من العاملين في مختلف المجالات، يجتمعون بصفة دورية لمناقشة المشكلات التي تعيقهم في تأدية أعمالهم، ويتقدمون إلى إدارة المؤسسة الصحية أو فريق الجودة بمقترحاتهم وأفكارهم، لمعالجة هذه المشكلات وتطوير أساليب الأداء بوحداتهم؛
- التخطيط لأنشطة الجودة، وهو ما يبذل من جهد بغية تحقيق أهداف الجودة، وذلك من خلال تحديد الموارد، الأفراد والإجراءات اللازمة لإنجاز هذه الأهداف، والتخطيط بهذا المفهوم هو عبارة عن التفكير الذي يسبق التطبيق والممارسة الفعلية لأنشطة الجودة؛
- البدء في تطبيق خطة الجودة ومتابعتها، وهذه المرحلة تمثل بداية المبادرات الجادة في تطوير نظم وأساليب العمل، وإحداث ما يلزم من تغيير لتحقيق الجودة الشاملة، مثل:

✓ تحليل هيكل العَمَالة الموجودة بالمؤسسة الصحية كما ونوعا، وإعادة توزيعها وفقا لمتطلبات وظروف العمل، وإعداد برامج التدريب التحويلي لامتصاص الفائض من هذه العَمَالة؛

✓ تعديل الهياكل التنظيمية بما يدعم أنشطة الجودة، وتوفير المناخ التنظيمي المناسب للعمل الجماعي؛

✓ استكمال بطاقات الوصف الوظيفي لمختلف الوظائف الطبية، الفنية والإدارية.

وفي إطار المراحل الزمنية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، فإن البرنامج المسمى بـ **(Ten-Step Program)**، والذي تم وضعه من طرف هيئة الاعتراف بالمؤسسات الصحية **(JCAHO)**، هو عبارة عن عشر خطوات لتطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية وتحسين جودة خدماتها، وهذه الخطوات هي[1]:

✓ توزيع مسؤوليات التحسين داخل المؤسسة الصحية على مختلف الأطراف؛

✓ تحديد الجوانب المختلفة للخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة الصحية؛

✓ تحديد العناصر الرئيسية التي على أساسها يتم تقييم جودة الخدمات الصحية؛

✓ تحديد المقاييس التي سوف تستخدم للحكم على مستوى جودة كل عنصر؛

✓ وضع مداخل محددة لعملية تقييم الجودة؛

[1] محمد توفيق ماضي، مرجع سبق ذكره، ص: 82-84.

- ✓ وجود نظام لجمع البيانات التفصيلية المرتبطة بجودة الخدمات الصحية المقدمة من طرف المؤسسة؛
- ✓ تقييم ما تم جمعه من بيانات مرتبطة بالجودة، وعمل التحليلات والمقارنات الخاصة بها؛
- ✓ اتخاذ ما يلزم من إجراءات لتحسين مستوى الخدمة الصحية؛
- ✓ تقييم درجة فعالية تلك الإجراءات في تحسين الخدمة؛
- ✓ تداول نتائج عمليات التحسين بين جميع الأقسام والإدارات في إطار برنامج تحسين الجودة في المؤسسة.

وعند دراسة نموذج **(JCAHO)** للجودة نجد تطابقه مع أفكار كل من **جوران** و**شوهارت**، ويمكن اختصار الخطوات العشر لهذا النموذج في ثلاث مراحل أساسية، وهي مرحلة تحديد المشكلة، مرحلة تقويم المشكلة ومرحلة اتخاذ الإجراءات التصحيحية[1].

ثانيا– مستويات نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

إن تبني إدارة الجودة الشاملة في مختلف المؤسسات تتباين بشكل واضح المعالم، وهذا من خلال العديد من المبررات التي تدخل ضمن إطارها السبل المختلفة لتبني إدارة الجودة الشاملة، إذ أن التزام الإدارة العليا ودرجة حماسها ورغبتها في تحقيق النوعية العالية لجودة منتجاتها وخدماتها يعتبر الأساس في تحقيق ذلك، وبالإضافة إلى أن إدارة الجودة الشاملة من الناحية التاريخية لم تعد إطارا فكريا في متناول العديد من المؤسسات، خصوصا وأن ثقافة الجودة ومناخها التنظيمي يتطلب العديد من المستلزمات المادية والبشرية، والتي لم تعد متوفرة بالشكل الفعال لدى العديد من المؤسسات، ويمكن إيجاز مستويات تبني إدارة الجودة الشاملة وفق أكثر الباحثين حداثة في المستويات الآتية[2]:

- **مستوى غير الملتزمون:** يشمل كافة المؤسسات التي بدأت بتطبيق بعض مفاهيم الجودة لكنها لم تبدأ بعمليات تحسين الجودة، ويشمل هذا المستوى المؤسسات التي حصلت على نظام إدارة الجودة **(ISO 9000)**، وقامت بتطبيق بعض أدوات إدارة الجودة استجابة لضغوطات من الزبائن، وتعتبر المؤسسات من هذا الصنف غير ملتزمة لعدم تبنيها لخطط طويلة الأمد لتحسينات الجودة، بالرغم من قيامها باتخاذ الإجراءات المتعلقة ببعض التحسينات للجودة، ومن أبرز السمات والخصائص التي تتصف بها هذه المؤسسات نذكر الآتي:
  - ✓ تركيزها على العائد على الاستثمار دون الاهتمام بالمردودات والعوائد الأخرى؛
  - ✓ أن القوى العاملة في هذه المؤسسات لا تعطي الجودة الأهمية التي تستحقها؛
  - ✓ عدم اهتمام تلك المؤسسات بالاستثمار في العنصر البشري، من خلال التطوير، التدريب،...الخ؛
  - ✓ تتسم بعدم فاعلية الاتصالات بالزبائن والعاملين بالصورة الإيجابية الفعالة؛
  - ✓ اعتماد أساليب إثارة الدوافع لدى العاملين من خلال العقاب والثواب؛

---

[1] عبد العزيز بن حبيب الله نياز، مرجع سبق ذكره، ص: 33.

[2] خضير كاظم حمود، **إدارة الجودة وخدمة العملاء**، مرجع سبق ذكره، ص: 234-238.

- محفوظ أحمد جودة، مرجع سبق ذكره، ص 309.

- إلهام يحياوي، مريم يحياوي، **دور استراتيجية التدريب المستمر في تحقيق الجودة الشاملة**، ورقة بحثية مقدمة إلى الملتقى العلمي الوطني حول: استراتيجيات التدريب في ظل إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحقيق الميزة التنافسية، الجزائر: جامعة سعيدة، 2009، ص: 5.

- ✓ انتهاج أساليب الفحص الشامل، سواء ما يتعلق بالمواد الأولية أو الأجزاء نصف المصنعة أو المنتج النهائي.

إن دافعية هذه المؤسسات بعدم تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة بسبب تحقيقها للأرباح المجدية دون اللجوء لتطبيق مفاهيم الجودة الشاملة، ويعتبر هذا المفهوم من السبل الخاطئة في المدى البعيد، خاصة وأن المنافسة المحتدمة بين المؤسسات المتماثلة في إنتاجيتها وتقديم خدماتها تحتم عليها التطبيق لهذه المفاهيم لكي تحقق استمرارية البقاء في السوق، وبدون تطبيق ذلك فإن أنشطتها تؤول للفشل مستقبلا.

- **مستوى المترددون:** إن حداثة العهد لتلك المؤسسات باستخدام الجودة الشاملة تجعلهم يترددون في استمرارية أو مواصلة التحويل نحو نظام إدارة الجودة الشاملة، ولذا فإن هذه المؤسسات غالبا ما تتسم بالتردد في ممارسة التحويل، ومن أبرز سمات هذه المؤسسات نذكر الآتي:

- ✓ حداثة العهد بإدخال التحسينات النوعية وممارسة بعض مفاهيم الجودة؛
- ✓ لا تمتلك تلك المؤسسات خططا لنشر الفكر النوعي وأهميته بين العاملين؛
- ✓ لا تمتلك تصورا واضحا للتمييز بين إدارة الجودة الشاملة ونظام إدارة الجودة **(ISO 9000)**؛
- ✓ إن دوائر الجودة لديها ليست فعالة، ولا تمتلك التأثير في ممارسة استخدام هذا النظام؛
- ✓ الإدارات في هذه المؤسسات لا تمتلك الرغبة في الالتزام بمنهج إدارة الجودة الشاملة.

ولذا فإن التردد يغلب على رغبة هذه المؤسسات في اعتماد منهج إدارة الجودة الشاملة، إذ أن تكريس ثقافة الجودة وسبل معرفة مميزاتها، من شأنه أن يساهم في تقليص التردد مستقبلا لدى هذه المؤسسات.

- **مستوى مستخدمي الأدوات:** يسمى أيضا بمستوى المندفعين، وتكون المؤسسات ذات خبرة أكبر لتحسين الجودة تمتد من (3-5) سنوات، وتستخدم أساليب وأدوات إدارة الجودة الشاملة استجابة لمتطلبات الزبائن، وتتسم بنزعة معرفية واضحة بهذه الأدوات، مثل: حلقات الجودة، مخططات باريتو،...الخ، وغيرها من الأساليب والطرق الشائعة الاستخدام في تحسين جودة المنتجات والعمليات، وتتسم هذه المؤسسات بالخصائص الآتية:

- ✓ أن الإدارة العليا ليست جميعها راغبة بالالتزام في تحسين جودة منتجاتها وعملياتها في السوق؛
- ✓ تتركز سبل التحسين في الجودة على الدوائر التشغيلية، كالتصنيع والعمليات، أما الدوائر الأخرى فليست معنية بإجراء التحسينات؛
- ✓ إن منتجات وسلع هذه المؤسسات معروفة ومحققة لمستوى بيعي عالي، ولذا فإن التحسين لم يعد لديها ذو ضرورة، بالرغم من ضرورات التحسين مستقبلا؛
- ✓ إن الإدارة في هذه المؤسسات تركز جل اهتمامها لحل المشاكل الآنية، وليست المستقبلية، مما يعرضها بوضوح لعدم التخطيط وفق الفكر النوعي الشامل.

ولذا فإن هذه المؤسسات تتطلب أن تطور قدراتها، وقابليتها نحو التحول بوضوح نحو اعتماد أسلوب إدارة الجودة الشاملة، وإلا ستؤول مستقبلا نحو الفشل في مواصلة النجاح في السوق.

- **مستوى منفذو التحسينات:** تكون المؤسسات سائرة في الاتجاه الصحيح لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، لكن ليس في كل النواحي، فهي مازالت عرضة للصعوبات غير المتوقعة لعمليات التحسين المستمر، وفي هذه الفترة تدرك الإدارة أهمية الثقافة وتغيير الثقافة، وتتسم هذه المؤسسات بكونها مارست منذ فترة زمنية معتبرة الرغبة العملية في إجراء التحسينات والتطويرات، وقد امتلكت تصورا واضحا نحو ثقافة الجودة، ولذا فإنها تتميز بالخصائص الآتية:

✓ انتهاج أسلوب الوقاية من الأخطاء بدلا من المعالجة؛

✓ وجود البرامج التطويرية والتدريبية لكافة المستويات الإدارية والتشغيلية العاملة في المؤسسة؛

✓ ممارسة نشاط التحسين والتطوير المستمر في مختلف العمليات الإنتاجية والخدمية في المؤسسة؛

✓ انصهار العاملين في حلقات الجودة وفرق العمل، وشيوع الروح الجماعية في العمل؛

✓ اعتماد المرجعية في التحسين والتطوير المستهدف.

إن هذه المؤسسات تتميز بوجود قيادات إدارية راغبة في اعتماد أنظمة الجودة الشاملة، وأن مواصلة أدائها سيحقق نجاحا ملحوظا، وبعكسه سيؤول نشاطها نحو التلكؤ والنكوص في التطور الهادف.

- **مستوى رابحوا الجوائز:** إذ تصل المؤسسات إلى مرحلة النضج في تطبيق إدارة الجودة الشاملة، فالثقافة السائدة بما تحتويه من قيم، ثقة، علاقات جيدة ومشاركة، قد تطورت بشكل ممتاز لدرجة أن التحسين المستمر أصبح جزءًا من المؤسسة، وتتسم المؤسسات في هذا المستوى بأنها تتسابق مع المؤسسات الأخرى في إمكانية الحصول على الجوائز العالمية أو الإقليمية، والمؤسسة بهذا المستوى لا تعني أنها تفوز وتحصل على الجائزة المعنية، بل أن لديها القدرة على الحصول أو التسابق، ومن هذا المنطلق تعد المؤسسة ذات قدرة عالية في إرساء قيم الجودة وثقافتها، وإمكانية التطلع نحو آفاق التحسين المستمر، ومن أبرز الخصائص التي تتسم بها المؤسسات في هذه المرحلة نذكر الآتي:

✓ أن جميع العاملين لديهم إحساس وشعور بأهمية الجودة، وإرساء قيمها الجوهرية، وبناء الثقافة التنظيمية السليمة؛

✓ حصول تغييرات جوهرية كبيرة في المؤسسة؛

✓ تعتمد المؤسسة على إجراء العديد من المقارنات المرجعية فيما يتعلق بالاستراتيجيات المراد اعتمادها وتطبيقها على مختلف المستويات التنظيمية والتشغيلية؛

✓ إيمان العاملين بأن إدارة الجودة الشاملة تعد المصدر الرئيسي في تحقيق وإشباع حاجات الزبائن الحاليين والمرتقبين.

- **مستوى التميز العالمي:** يصبح هناك تكامل بين عملية التحسين واستراتيجية المؤسسة بغية تحقيق أكبر درجة ممكنة من الرضا لدى الزبائن، كما تسعى المؤسسة باستمرار للتعرف على مزايا المنتَج الذي يساهم في زيادة رضا الزبائن، ويصبَح يُنظَر إلى إشباع رغبات الزبائن على أنه هدف شخصي لكل عامل في المؤسسة، والمؤسسات في هذا المستوى تكاد تكون محدودة جدا، حيث أن المؤسسة هنا تمتلك صورة واضحة وشفافة عن ثقافة الجودة وأهميتها في المؤسسة، وأن جودة المنتج ، العمليات، المناخ التنظيمي، الأفراد،...الخ، تصبح الهاجس الحقيقي الذي تسعى إليه المؤسسة بهذا المستوى، خاصة وأنها استطاعت أن تضع قيم جوهرية منبثقة من طبيعة وأفكار الجودة الشاملة، كتحقيق رضا الزبون الداخلي والخارجي، تمكين العاملين، التحسين والتطوير المستمر، اعتماد الحقائق والتزام الإدارة العليا

بالجودة، وغيرها من المعارف والثقافات التي تلعب الدور الكبير في تحقيق سبل نضوج المؤسسة وأخذها المكانة السوقية الملائمة لها بين المنافسين، واستمرارية دورها في البقاء في ظل الصراعات التنافسية الكبيرة.

المطلب الثاني: المتطلبات التقنية لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

تتمثل المتطلبات التقنية لنجاح تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في مجموعة من الأدوات، والتي يتم الاستعانة بها لتجسيد وتحقيق أهداف هذا المنهج، فهي على العموم صالحة للتطبيق في مختلف أنواع المؤسسات*، ومن أبرز هذه الأدوات نذكر الآتي:

1- استمارة التدقيق: وتسمى أيضا استمارة التأكد، وهي أداة لتسجيل وجمع البيانات الخاصة بوقوع أحداث معينة، سواء كانت جيدة أو غير جيدة، سلبية أو ايجابية، مرغوب بها أو غير مرغوب، وهذا لأي عملية تتكرر خلال فترة زمنية، والغرض الرئيسي منها هو التأكد من أن البيانات جُمعت بعناية ودقة، ولا يوجد شكل ثابت لهذه الاستمارة، بل يمكن أن تأخذ أشكال عديدة، وبما يتناسب مع الحالة الجاري ملاحظتها وجمع البيانات حولها[1].

وتتضمن الأسلوب الذي يتم من خلاله تنظيم وتسجيل البيانات والمعلومات في استمارة خاصة لهذا الغرض، إذ يتم من خلالها معرفة الساعات المتعلقة بالأداء المنجز[2]. ويمكن إعطاء مثال عن ذلك كما في الجدول الآتي:

الجدول (3-2): استمارة التدقيق.

الساعات								
المبيعات	1	2	3	4	5	6	7	8
السلعة (أ)	///	/		/	/	/	///	/
السلعة (ب)	//	/	/	/			//	///
السلعة (ج)	/	//					//	///

المصدر: خضير كاظم حمود، **إدارة الجودة وخدمة العملاء**، الطبعة الثانية، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2007، ص: 50.

2- المقارنة المرجعية: هي عبارة عن مقارنة أداء المؤسسة مع أحسن المؤسسات الأخرى التي تنشط في نفس مجال نشاطها (نفس القطاع) أو في قطاعات أخرى، وهذا لمحاولة الأخذ بأحسن ما هو موجود في الوقت الحالي ومحاولة تطويره مستقبلا[3]. وهناك أنواع عدة من المقارنة المرجعية هي[4]:

* للتعرف على بعض الأمثلة التطبيقية لتطبيق هذه الأدوات في المؤسسات الصحية، أنظر كتاب **إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي** لمؤلفه خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد.

[1] رعد عبد الله الطائي، عيسى قدادة، مرجع سبق ذكره، ص: 274.

[2] خضير كاظم حمود، **إدارة الجودة وخدمة العملاء**، مرجع سبق ذكره، ص: 50.

[3] قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة في الخدمات**، مرجع سبق ذكره، ص: 242.

[4] رعد عبد الله الطائي، عيسى قدادة، مرجع سبق ذكره، ص: 218-219.

أ- المقارنة المرجعية الداخلية: وبموجبها تجري المقارنة داخل المؤسسة بين العمليات المتشابهة في الأقسام أو الفروع المختلفة.

ب- المقارنة المرجعية الخارجية: وتجري مع مؤسسات أخرى، وهناك أنواع منها:

- ✓ **التنافسية:** وتجري المقارنة مع المتنافسين المباشرين أو غير المباشرين في الصناعة، ويعتبر المنافس غير مباشر إذا كان يعمل في نفس الصناعة لكن في سوق مختلف؛
- ✓ **غير التنافسية:** تكون تعاونية بين المتنافسين، وتنتفع الأطراف المشاركة من المعلومات الجاري التشارك فيها.

ت- المقارنة المرجعية بالممارسات الأفضل: وتجري المقارنة مع عمليات متشابهة مميزة، ومن الصنف الدولي بغض النظر عن الصناعة.

إن المقارنة المرجعية تهدف إلى تحسين الأداء وبلوغه أحسن من الأفضل، وتُحَقِقْ منافع تتمثل في الآتي[1]:

- ✓ تحديد متطلبات الزبائن؛
- ✓ وضع أهداف أكثر فعالية؛
- ✓ وضع مقياس حقيقي للإنتاجية؛
- ✓ جعل المؤسسة أكثر تنافسية؛
- ✓ تحديد الممارسات الأفضل في الصناعة؛
- ✓ تسريع التغيير الاستباقي؛ أي التغيير الإبداعي وليس رد الفعل اتجاه ما يحدث؛
- ✓ تشجيع المشاركة والتعاون على أساس المصالح المشتركة؛ أي التشارك بالمعلومات، وبناء العلاقة مع المؤسسات المحلية، الدولية والعالمية.

3- خرائط المراقبة: تستعمل للرقابة على أداء العمليات، وتصف حد أعلى للجودة وآخر أدنى لا ينبغي الانحراف عن أي منهما، ومن خلال ذلك يتم معرفة مدى السيطرة على العمليات[2]. كذلك من الضروري تفسير نتائج مراقبة العمليات، وينبغي لكل عامل أن يراقب خريطة الرقابة، لذا لابد من تدريب العمال لتفسير النتائج التي يحصلوا عليها من خرائط الرقابة[3].

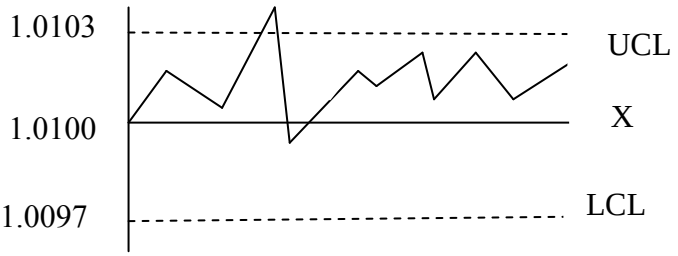
وتعتبر خرائط المراقبة الإحصائية من أكثر وأهم الوسائل المستخدمة في مراقبة الجودة، إذ يتم في ضوئها، وبنظرة فاحصة وسريعة، بيان ما إذا كان هناك انحراف أو تباين بين المعايير أو المواصفات القياسية والمنتج الفعلي (المتحقق)، وخريطة ضبط الجودة عبارة عن رسم بياني يعطي صورة مستمرة لموقف التغير في جودة العملية الإنتاجية مع الزمن، وقد استخدم **شيورات** سنة (1924م) لأول مرة لوحة ضبط الجودة للمنتجات في مصانع للتليفونات في الولايات

[1] نفس المكان السابق.
[2] أحمد سيد مصطفى، **التنافسية في القرن الحادي والعشرين: مدخل إنتاجي**، الطبعة الأولى، بدون دار نشر، 2003، ص 307.
[3] سونيا محمد البكري، **تخطيط ومراقبة الإنتاج**، مصر: الدار الجامعية للنشر والتوزيع، 1998، ص: 404.

المتحدة الأمريكية، وقد ألف مرجعا بهذا الخصوص عنوانه "**الضبط الاقتصادي لجودة المنتجات الصناعية**"[1]، ونشير إلى أنه يمكن استخدام خرائط المراقبة في مجال الخدمات بما فيها الخدمات الصحية.

وتُرسم خريطة المراقبة بطريقة بحيث الخط الوسط يمثل المتوسط $(\bar{x})$، أما الخطان الجانبيان (الأعلى والأدنى) فيحسبان بإضافة أو طرح ثلاث مرات قيمة الانحراف المعياري إلى قيمة المتوسط $(\bar{x})$، فمثلا إذا كانت قطعة صناعية لها بعد متوسط يساوي (1,0100) سم، وانحراف معياري (0,0001) سم، فإن القيمة (1,0097 سم) تمثل الحد الجانبي الأدنى، والقيمة (1,0103 سم) تمثل الحد الجانبي الأعلى[2]، ويمكن توضيح ذلك في الشكل الآتي:

الشكل (3-2): مثال لخريطة المراقبة.



Source : Michael W.newell**, Preparing for the project management- Professional (PMP) – Certification exam,** 3rd Ed, USA: Amacam, 2005, p: 115.

4- تحليل السبب والتأثير: وهذا لتحديد الأسباب المحتملة للمشكلة، وبواسطته يمكن توليد الأفكار والافتراضات التي تمثل أسبابا محتملة للمشكلة، وتصنيفها في مجموعات أو فئات ذات صلة بموضوع معين، كما يساعد في تنظيم كمية كبيرة من المعلومات، وإظهار الروابط بين الأحداث والأسباب المحتملة أو الفعلية لها.

إن تحليل السبب والتأثير طريقة منظمة للتعبير عن أسباب المشكلة، لكنه لا يمكن أن يكون بديلا عن الفحص والاختبار العلمي لتلك الافتراضات، كما أنه لا يقود إلى تحديد السبب الرئيسي أو الجذري للمشكلة من بين الأسباب المحتملة، وهناك أسلوبين للتمثيل والتنظيم البياني للأفكار في تحليل السبب والتأثير، الأسلوب الأول يعتمد التنظيم على أساس الفئات أو المجاميع، ويطلق عليه **مخطط عظمة السمكة** أو **مخطط ايشاكاوا**، أما الأسلوب الثاني فيجري التنظيم فيه على أساس السلسلة للأسباب، ويطلق عليه **مخطط الشجرة**[3].

وتستعمل طريقة عظمة السمكة في البحث عن مشاكل الجودة، وهي أكثر الوسائل استعمالا نظرا لكونها تُمَكّن من توضيح العلاقات ما بين الأسباب والنتائج، والمقصود بالأسباب هو العوامل المؤدية إلى وجود المشكلة؛ أي العناصر المولدة لنتائج سلبية، ومن مزايا استخدام هذه الطريقة نذكر الآتي[4]:

[1] خضير كاظم حمود، **إدارة الجودة وخدمة العملاء**، مرجع سبق ذكره، ص: 55.

[2] Michael W.newell, **Preparing for the project management- Professional (PMP) - Certification exam**, 3rd Ed, USA: Amacam, 2005, p: 115-116**.**

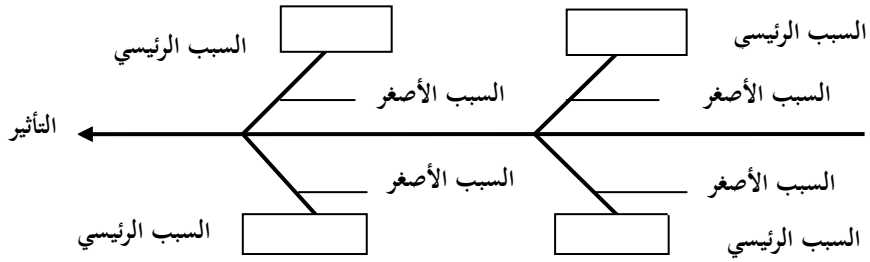
[3] رعد عبد الله الطائي، عيسى قدادة، مرجع سبق ذكره، ص: 287-288.

[4] داني الكبير أمعاشو، فرحات عبد النور، **العلاقة (ممون/ عميل) استراتيجية جديدة لتطبيق الجودة في المؤسسة**، ورقة بحثية مقدمة إلى الملتقى العلمي الوطني حول: استراتيجيات التدريب في ظل إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحقيق الميزة التنافسية، الجزائر: جامعة سعيدة، 2009، ص: 7-8.

- ✓ تساعد على تبسيط المشاكل المعقدة؛
- ✓ تسهل العمل الجماعي وتجنب نسيان بعض العوامل المهمة؛
- ✓ تشجيع الحوار بغية تحليل المشكل؛
- ✓ تساهم في البحث السريع عن الحلول للمشكلة المطروحة.

و تعتبر خرائط عظمة السمكة أبرز الأشكال، إذ تُوضَع المشكلة الأساسية في مكان الرأس، أما الأسباب فتُوضع على العمود الفقري، حيث الأسباب الرئيسية توضع على العظام الرئيسية، والأسباب الفرعية تُبَيَّن على العظام الفرعية، وهنا يتم دراسة مسببات المشكلة حسب مستوياتها ودرجة أهميتها في المشكلة الأساسية، وبالتالي البحث عن حلول لهذه المسببات حسب الأولوية[1]، ويمكن توضيح ذلك كما في الشكل الآتي:

الشكل (3-3): مخطط نموذج عظم السمكة.



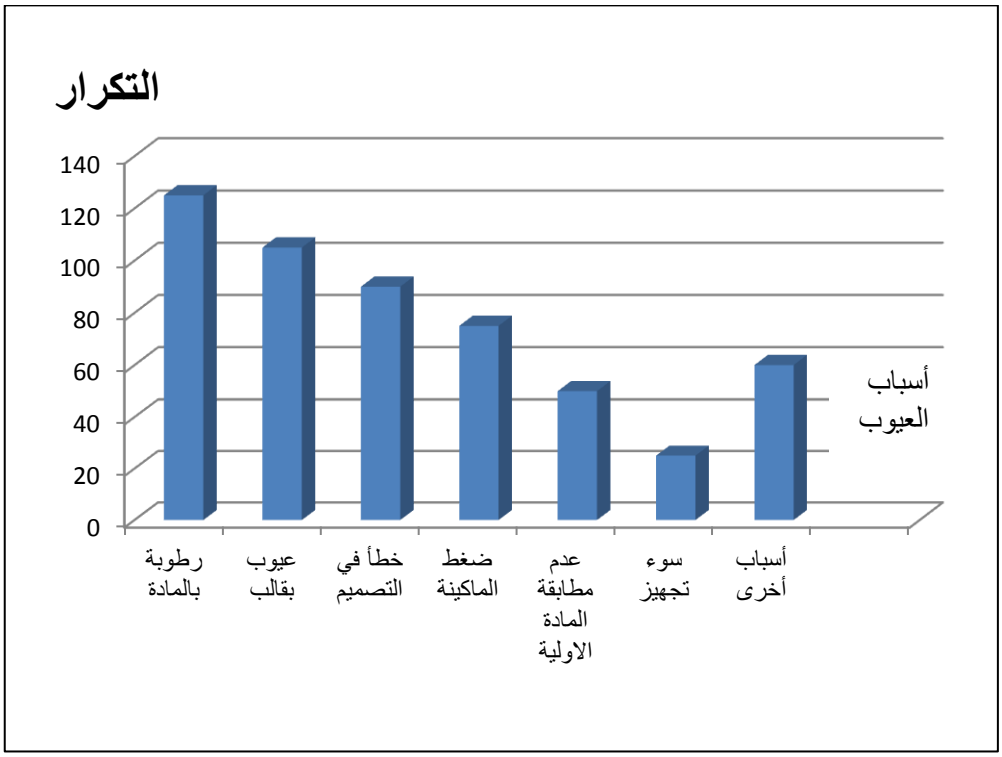
المصدر: كيميائى محمد إسماعيل عمر، **أساسيات الجودة في الإنتاج**، دار الكتب العلمية للنشر والتوزيع، القاهرة، 2000، ص: 84.

5- منحنى (خريطة) باريتو: سُمي بهذا الاسم نسبة إلى العالم الاقتصادي الإيطالي **(Vilfredo Pareto)**، والذي عاش في الفترة (1848- 1923م)، وقد اشتهر خاصة بأعماله حول توزيع الثروة[2]. وهذا المنحنى هو عبارة عن تجميع لبيانات إحصائية عن عدد مرات تكرار حدوث مشكلة معينة والنتائج المترتبة عنها، وذلك لتحديد أهم المشاكل وأسبابها، فقد تكون (80 %) من المشاكل الناتجة بسبب عدد محدود من العوامل التي تؤثر بنسبة (5 %)[3].

ويستخدم هذا المنحنى في التعرُف على مشكلات الجودة ومصادرها وتحديد أولوياتها، فمثال على ذلك تصنيف المنتجات المعيبة وفقا لمكونات العيوب، وترتيبها حسب تكرارها بالنسبة للعدد الكلي للمنتجات المعيبة والأولوية النسبية في شكل منحنى تراكمي، ويساعد هذا التصنيف في تحديد أي الأسباب يجب البدء بها، وهي بالطبع الأسباب ذات التكرار الكبير، أما الأسباب التي تتسبب في حدوث عدد أقل من العيوب فإن علاجها لا يؤثر كثيرا في خفض العدد الكلي للعيوب[4]، ويمكن إعطاء مثال لمنحنى **باريتو** كما في الشكل الآتي:

[1] غربي ناصر صلاح الدين وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص: 8.
[2] Jean Marie gogue, **Management de la qualité**, 2ème Ed, France: Economica, 1997, P: 82.
[3] فريد النجار، **إدارة الجودة الشاملة والإنتاجية والتخطيط التكنولوجي للتميز والريادة والتفوق**، مصر: الدار الجامعية، 2007، ص: 294.
[4] كيميائى محمد إسماعيل عمر، **أساسيات الجودة في الإنتاج**، مصر: دار الكتب العلمية للنشر والتوزيع، 2000، ص: 81.

الشكل (3-4): منحنى باريتو.



المصدر: كيميائى محمد إسماعيل عمر، **أساسيات الجودة في الإنتاج**، دار الكتب العلمية للنشر والتوزيع، القاهرة، 2000، ص:81.

نلاحظ من هذا المنحى أن السبب الذي ينبغي البدء في معالجته أولا يتمثل في الرطوبة، وهذا لأنه الأكثر تكرارًا، وبعد ذلك الانتقال إلى الأسباب الأقل تكرارًا، ولاستخدام تحليل **باريتو** يمكن اعتماد الخطوات الآتية[1]:

- ✓ وضع قائمة بالأسباب المحتملة لحدوث المشكلة موضوع البحث؛
- ✓ تحديد مقياس نمطي، كالتكرار، الزمن، الكلف،...الخ، وتحديد الفترة التي تجمع خلالها البيانات، ثم القيام بالقياس وجمع البيانات خلال الفترة المحددة؛
- ✓ ترتيب الأسباب تنازليا وفقا لنتيجة القياس خلال الفترة؛
- ✓ يخصص المحور الأفقي للأسباب أو الصفات، والمحور العمودي الأيسر لقيم المقياس (تكرار، وقت، كلف)، والمحور العمودي الأيمن للنسب المئوية المتجمعة؛
- ✓ يُرسم مستطيل لكل سبب يتناسب ارتفاعه مع القيم المناظرة له؛
- ✓ يتم إيجاد النسب المئوية للقيمة المناظرة لكل سبب، ثم إيجاد المجموع التراكمي للنسب واحدة تلو الأخرى، وفقًا لترتيب الأسباب في الشكل البياني، ثم يتم رسم المنحنى البياني؛

[1] رعد عبد الله الطائي، عيسى قدادة، مرجع سبق ذكره، ص: 283-284.

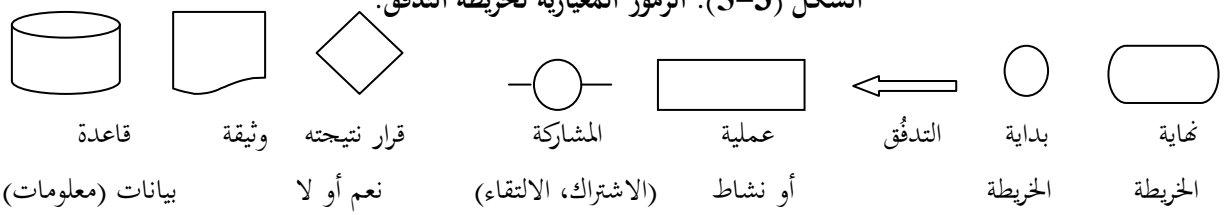
✓ يتم تحليل الرسم وتحديد الأسباب التي تلعب دور أكبر في المشكلة.

6- خريطة التدفق: وتسمى أيضا بمخطط المسار **(Flowchart)**، وهي طريقة تصورية لعرض عمليات النظام وتعاقبها، وهي طريقة بسيطة لنمذجة العملية التحويلية، وتستعمل لإظهار التتابع في الخطوات، والمواقع الرئيسية للقرار، والمسارات البديلة، والتغذية العكسية خلال العملية التحويلية، وهي كتمثيل بياني لكيفية حصول العملية التحويلية يُظهر كحد أدنى التتابع في الخطوات.

إن الهدف من إعداد خرائط التدفق هو تحسين الفهم للعمليات، بما يؤدي إلى إيجاد فرص للتحسين، لذلك يجب إعدادها لتعكس حقيقة العملية الجارية، وما يحصل فيها فعليا، وهناك العديد من الرموز التي يمكن استخدامها، ومن الناحية العملية فإن (80%) من خرائط التدفق لا يستخدم فيها أكثر من (20%) من الرموز المتاحة[1].

وهي تصف خطوات الأداء التشغيلي للعمليات باستخدام المخططات البيانية بأشكالها المختلفة، كالخطوط، الأعمدة، الدوائر،...الخ، وهذا بهدف التوصل والتعَرُّف بسرعة ووضوح على طبيعة العمليات التشغيلية الجارية في المؤسسة[2]. ويمكن القول أن هذه الخريطة تهدف إلى إلقاء الضوء على نتائج العمليات المتعلقة بنقاط اتخاذ القرارات الرئيسية، وبالتالي فهذه الخرائط تستخدم في تحسين الجودة من خلال التحقق من صحة القرار المتخذ، وينبغي القيام بإجراءات تصحيحية عند اكتشاف أنه تم اتخاذ قرارات غير دقيقة[3]، ورغم اختلاف بعض الكُتَّاب في تسمية بعض الرموز المستعملة في رسم خرائط التدفق، إلا أنه يمكن توضيح أبرزها كما في الشكل الآتي:

الشكل (3-5): الرموز المعيارية لخريطة التدفق.



المصدر: إعداد الطالب بالاعتماد على:

- جون مارش، **أدوات الجودة الشاملة من الألف إلى الياء**، ترجمة عبد الفتاح السيد النعماني، مركز الخبرات المهنية للإدارة، الجزء الثالث، القاهرة، 1996، ص 72.
- Jean Marie gogue, **Management de la qualité**, 2ème Ed, France : Economica, 1997, P: 22.
- John S.Oakland, **Statistical process control**, 5th Ed, Jordan: Elsevier Science, 2003, p: 32.

[1] نفس المرجع السابق، ص: 293-294.
[2] خضير كاظم حمود، **إدارة الجودة وخدمة العملاء**، مرجع سبق ذكره، ص: 53.
[3] وحيد موسى سعد، **إدارة الجودة الشاملة في المكتبات: دراسة تطبيقية في بعض المكتبات المصرية**، السعودية: مكتبة الملك فهد الوطنية، 2009، ص: 80.

المطلب الثالث: نماذج تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة.

يقصد بالنموذج الإدارة المنهجية التي تهدف إلى تجسيد الظواهر المجردة، وتصوير القضايا والموضوعات الفكرية الغامضة، وهذا من خلال تمثيلها أو تشبيهها، بظواهر أو نظم، وأشكال مرئية أو ملموسة، أو مخططات قابلة للفهم والاستيعاب، لتساهم في تبسيط الظواهر موضوع البحث.

لقد حظي مدخل إدارة الجودة الشاملة بالاهتمام الزائد من طرف الباحثين والمختصين ورجالات الفكر، ولم تقتصر إسهاماتهم على تبيان أهمية هذا المدخل الحديث، ولا على تحديد ماهية وسبل الالتزام به، وكيفية تعبئة الجهود لتطبيقه فحسب، وإنما وضعوا نماذج* متعددة تساهم في تبسيط هذه الظاهرة، حيث تعد إسهامات الرواد الأوائل نماذج نظرية طبقت في بلدانهم، وغيرها من الدول[1].

وتعتبر هذه النماذج كدليل ومرشد للمؤسسات في تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، وذلك بأن تختار المؤسسة واحد من النماذج المعروفة، وتعتبره كحالة مثلى تسعى للوصول إليها، أو أن تضع المؤسسة نموذج خاص بها يختلف عن النماذج المعروفة – أو مزيج منها – وتلتزم به، وبالإضافة إلى النماذج التي أتى بها الرواد الأوائل للجودة الشاملة، فإن هناك نماذج أخرى حديثة، وتوجد العديد من القواسم المشتركة بين الكثير من نماذج تطبيق إدارة الجودة الشاملة، من بينها نذكر الآتي[2]:

- ✓ رضا الزبون هو الغاية الرئيسية لكل نموذج، ويتحقق بالجودة التي تفوق توقعاته؛
- ✓ النماذج كافة تؤكد على العمل الجماعي التعاوني من خلال تشكيل فِرق العمل وروح الفريق، لتحقيق مبدأ الجودة مسؤولية الجميع؛
- ✓ جميع النماذج تؤكد على ضرورة اعتماد التحسين المستمر لكل شيء في المؤسسة، للتوصل إلى الجودة التي ترضي الزبائن، والمحافظة على التفوق والتميز على المنافسين؛
- ✓ اعتماد التعليم والتدريب من أجل تحقيق الجودة، لأنه استثمار له عوائد ملموسة؛
- ✓ السعي إلى تكوين علاقة جيدة مع الموردين والزبائن من خلال ربطهم بمنفعة متبادلة مع المؤسسة؛
- ✓ اعتماد التغذية العكسية من خلال آراء ومقترحات الزبائن حول مستوى الجودة؛
- ✓ تبني مبدأ تأكيد الجودة في مدخلات العمليات الإنتاجية، وتقييم ناتج المنتجات الجاهزة، والسيطرة على النوع أكثر من الرقابة على الكم؛
- ✓ اعتبار العنصر البشري في المؤسسة أهم عناصر الإنتاج، وركيزة مهمة لتحقيق إدارة الجودة الشاملة، وبالتالي ضرورة تنمية مهاراته ومعارفه باستمرار؛

---

* للتعرف على بعض الحالات التطبيقية لبعض المستشفيات الناجحة في تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، أنظر كتاب **الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم والتطبيقات**، لمؤلفيه عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة.

[1] رضا صاحب أبو حمد آل علي، سنان كاظم الموسوي، مرجع سبق ذكره، ص: 120.

[2] إسماعيل إبراهيم القزاز وآخرون، **SIX SIGMA وأساليب حديثة أخرى في إدارة الجودة الشاملة**، الطبعة الأولى، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2009، ص: 247-248.
- محفوظ أحمد جودة، مرجع سبق ذكره، ص: 291-292.

- ✓ استخدام التقنيات الإحصائية والأساليب الكمية في الرقابة على الجودة؛
- ✓ وضع استراتيجيات تحقق الرضا، الولاء والانتماء لدى العاملين بمختلف مستوياتهم وطموحاتهم تجاه المؤسسة؛
- ✓ دعم العاملين وتشجيعهم بمختلف أنواع الحوافز المادية والمعنوية في آن واحد؛
- ✓ زيادة وعي الناس بأهمية إدارة الجودة، وذلك لزيادة الميزة التنافسية للمؤسسات المشاركة في مسابقات الجوائز؛
- ✓ تشجيع التقييم الذاتي للمؤسسات، وذلك بمقارنة أداء المؤسسة مع المعايير الموضوعة؛
- ✓ التشجيع على تطوير إدارة الجودة في المؤسسات؛
- ✓ تعتمد كافة جوائز الجودة في العالم على إجراء تقييم لأداء المؤسسات بالمقارنة مع معايير محددة سلفا.

أولا– نموذج جائزة ديمنج.

تقوم جوائز الجودة على أساس تقييم أداء المؤسسات بالمقارنة مع معايير محددة، وبالتالي فإنه يتم تقييم أداء هذه المؤسسات وفقا لدرجات أو علامات مخصصة لكل عنصر من العناصر التي يجري تقييمها، وقد تُنظم هذه الجوائز على مستوى عالمي أو على مستوى إقليمي أو محلي، إذ أن هناك بعض الجوائز المرتكزة على تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة.

وضعت أسس جائزة **ديمنج** من خلال اتحاد العلماء والمهندسين اليابانيين سنة (1951م)، وذلك اعترافا بجهود **ديمنج** ومساهماته في الصناعة اليابانية، وبالذات في الأساليب الإحصائية لضبط الجودة، حيث قدر له اليابانيون هذه المساهمات، واعتبروها من أسباب تفوق اليابان في الجودة.

وكما أن جائزة **ديمنج** تمنح للمؤسسات والوحدات العاملة فيها، فإنها أيضا تمنح للأفراد، حيث أن جائزة **ديمنج** للأفراد تمنح سنويا إلى الأفراد الذين ساهموا في دراسات إدارة الجودة الشاملة أو الأساليب الإحصائية المستخدمة في إدارة الجودة الشاملة، وأيضا للأفراد الذين ساهموا في نشر مبادئ إدارة الجودة الشاملة.

أما بالنسبة للهدف من منح جائزة **ديمنج** للمؤسسات والوحدات التابعة لها، فهو يتضمن تقييم مدى نجاح جهود تطبيق إدارة الجودة الشاملة للمؤسسات اليابانية، واختيار المؤسسة الأكثر نجاحا في هذا المجال، ويمكن تلخيص عناصر التقييم التي تشملها جائزة **ديمنج** كالآتي[1]:

1– السياسات: سياسات الجودة، مراقبة الجودة، طريقة وضع السياسات، مدى ثباتها، مراجعتها وعلاقتها مع التخطيط؛

2– التنظيم وإدارة التنظيم: وضوح السلطة والمسؤولية، التفويض، التنسيق، اللجان، استخدام العاملين وحلقات الجودة؛

3– التعليم والنشر: برامج التعليم ونتائجه، فهم مراقبة الجودة، تعلم الأساليب الإحصائية ونظام اقتراح أساليب التحسينات؛

[1] نفس المرجع السابق، ص: 292-294.

4- جمع واستخدام معلومات الجودة: جمع المعلومات الخارجية، إيصال المعلومات إلى الدوائر، سرعة إيصال المعلومات (الحاسوب) ومعالجة البيانات؛

5- التحليل: اختيار المشاكل الرئيسية، استخدام الأساليب الإحصائية، ربط التحليل مع التكنولوجيا، تحليل الجودة، تحليل العمليات واستخدام نتائج التحليل؛

6- المعايير: توحيد المعايير، طرق وضع المعايير ومراجعتها، محتويات المعايير واستخدامها؛

7- المراقبة: أنظمة مراقبة الجودة، بنود ونقاط المراقبة، استخدام الأدوات الإحصائية في الرقابة، أنشطة الرقابة؛

8- تأكيد الجودة: إجراءات تطوير المنتج، رضا الزبون، تصميم العمليات وتحليلها، قدرة العمليات، الأجهزة والقياس والاختبار والتفتيش، صيانة الأجهزة، نظام توكيد الجودة والتدقيق الداخلي؛

9- النتائج: قياس النتائج غير الملموسة والنتائج الأساسية بالنسبة للجودة، الخدمات، وقت التسليم، التكلفة، الأرباح، السلامة والبيئة؛

10- التخطيط للمستقبل: دقة الخطط الموضوعة، معالجة المشاكل والخطط المتعلقة بالمستقبل.

وقد حققت الكثير من المؤسسات التي فازت بجائزة **ديمنج** منافع عديدة من جرَّاء قيامها بتطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، فبعضها استطاع أن يخفض من تكاليف الإنتاج بنسب ملموسة، والبعض الآخر استطاع أن يخفض من نسبة الأخطاء المرتكبة أو أن يقلل من معدل شكاوى الزبائن.

ثانيا– نموذج الجائزة الأوروبية.

في أكتوبر من سنة (1990م)، أنشأت المجموعة الأوروبية بالتعاون مع **المنظمة الأوروبية لإدارة الجودة (EFQM)*** ما يسمى بالجائزة الأوروبية للجودة **(EQA)****، وذلك استنادا إلى الأبعاد والعناصر التي جاءت بها كل من جائزة **ديمنج** سنة (1951م)، وجائزة **بالدريج** في الولايات المتحدة الأمريكية، وقد تم منح أول جائزة بإسبانيا سنة (1992م)[1].

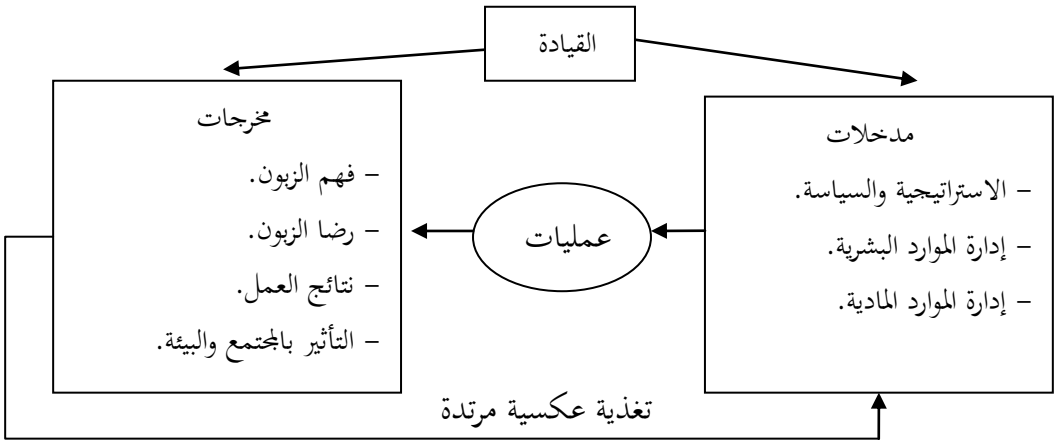
لقد خُصِّصَت هذه الجائزة للمؤسسات الأوروبية فقط، واشتملت على مجموعة من العناصر أو المعايير، خُصِّصَ لكل معيار عدد من النقاط حسب مدى أهميته، ووفق نموذج الجائزة الأوروبية فإن إدارة الجودة الشاملة تعتبر كنظام متكامل، يتكون من مدخلات يوجهها ويسيرها قيادة إدارية فعالة للوصول إلى مخرجات محددة، ويمكن توضيح هذا النظام والمعايير المكونة له كما في الشكل الآتي:

* **E**uropean **F**oundation For **Q**uality **M**anagement.

** **E**uropean **Q**uality **A**ward .

[1] الحاج نعاس خديجة، **دور الجودة الشاملة في تأهيل قطاع الاتصالات: حالة مؤسسة اتصالات الجزائر**، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال، الجزائر: جامعة الشلف، 2008، ص: 41.

الشكل (3-6): نظام إدارة الجودة الشاملة وفق نموذج الجائزة الأوروبية.



المصدر: عمر وصفي عقيلي، **المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة: وجهة نظر**، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى، عمان، 2001، ص 206.

وفي ما يلي شرح مختصر للمعايير المكونة لهذا النظام وعدد النقاط (مجموعها الكلي 1000 نقطة) التي حددت لكل معيار[1]:

- **القيادة (100 نقطة)**: حيث تمثل الرأس المفَكِّر والموَجِّه والمنَسِّق لنظام إدارة الجودة الشاملة، فهي التي تدير عناصر المدخلات، وتحرك العمليات والأنشطة لتحقيق المخرجات والتأكد من مستوى جودتها، وبالتالي يتوقف نجاح النظام على مدى كفاءة وفاعلية جميع المديرين في المؤسسة، وفي كافة المستويات الإدارية.
- **المدخلات**: حيث تتكون من المعايير (العناصر) الآتية:

✓ الاستراتيجية والسياسة (80 نقطة): الاستراتيجية تعبر عن النهج العام، والرؤية البعيدة الأجل، والتصور المستقبلي المطلوب تحقيقه من خلال تطبيق إدارة الجودة الشاملة، أما السياسة فتعبر عن الإطار العام الذي يحكم سير وتنفيذ العمليات داخل المؤسسة، وبالتالي فهي عبارة عن ضوابط تسعى جميعها لتحقيق جودة عالية وتحسينها باستمرار؛

✓ إدارة الموارد البشرية (90 نقطة): هو معيار لمدى كفاءة استخدام العنصر البشري داخل المؤسسة؛

✓ إدارة الموارد المادية (90 نقطة): هو معيار لمدى كفاءة المؤسسة في استخدام واستثمار مواردها المادية، كالآلات والمواد وغيرها.

- **العمليات (140 نقطة)**: هي كافة الأنشطة التي يؤديها العنصر البشري في المؤسسة من أجل تحقيق الجودة.
- **المخرجات**: تعبر عن نتائج العمليات، وتتمثل في:

✓ فهم الزبون (200 نقطة): يعبر عن مدى إدراك المؤسسة وفهمها لحاجات ومطالب الزبون الخارجي؛

✓ الرضا لدى الزبائن (90 نقطة): يعبر عن شعور الزبائن واتجاهاتهم نحو المؤسسة؛

[1] عمر وصفي عقيلي، مرجع سبق ذكره، ص: 206-208.

- ✓ نتائج العمل (150 نقطة): تعبر عن مدى كفاءة الأداء من خلال مستوى جودة السلعة أو الخدمة؛
- ✓ التأثير بالمجتمع والبيئة (60 نقطة): وهو معيار لمدى تفهم المؤسسة لظروف واحتياجات المجتمع المحيط.

ثالثا– نموذج جائزة الملك عبد الله الثاني للتميز.

تهدف جائزة **الملك عبد الله الثاني*** للتميز إلى تعزيز التنافسية لدى المؤسسات الأردنية، من خلال نشر ثقافة الجودة والتميز في الأداء، وتمنح الجائزة مرة كل عامين إلى خمسة فئات محددة، هي[1]:

1- المؤسسات الصناعية الكبيرة أو وحداتها الفرعية؛

2- المؤسسات الخدمية الكبيرة أو وحداتها الفرعية؛

3- المؤسسات الصناعية الصغيرة والمتوسطة، والتي يقل عدد العاملين فيها عن (50) عامل؛

4- المؤسسات الخدمية الصغيرة والمتوسطة، والتي يقل عدد العاملين فيها عن (100) عامل؛

5- المؤسسات الزراعية والتسويق الزراعي.

وبالرجوع إلى برنامج الجائزة فإنه يحق لأي مؤسسة أردنية الاشتراك في برنامج الجائزة، باستثناء مؤسسات التبغ والكحول، والمؤسسات المتعاملة بالمنتجات لأغراض الاستخدام العسكري، والمؤسسات الدينية والخيرية، والجمعيات غير الربحية، والدوائر الحكومية، وترتكز هذه الجائزة على المعايير الآتية[2]:

1– القيادة (150 نقطة): ويركز هذا المعيار على دور الإدارة العليا في المؤسسة، والمتعلق بوضع رؤيا قيادية للمؤسسة تعكس قيمها وفلسفتها، ويركز هذا المعيار على كيفية اختيار القادة المؤهلين، وتدريبهم وتقييم أدائهم، وعلى دعم القيادة وتشجيعها لنشاطات الإبداع.

2– التخطيط الاستراتيجي (150 نقطة): يتضمن هذا المعيار رسالة المؤسسة وأهدافها، والاستراتيجيات التي تتبناها لتحقيق هذه الأهداف، اعتمادا على تحليلات البيئة الخارجية والبيئة الداخلية، بالإضافة إلى تحويل الأهداف والاستراتيجيات إلى خطط عمل.

3– إدارة الموارد: يتضمن هذا المعيار مدى قدرة المؤسسة على إدارة مواردها، من موارد بشرية، معلوماتية، مادية وتقنية، بكفاءة عالية وفعالية كبيرة.

4– إدارة العمليات: ويركز هذا المعيار على درجة التزام المؤسسة بتقديم منتجات ذات جودة عالية، تلبي احتياجات الزبائن، وتحافظ على البيئة، وذلك من خلال وجود هيكل تنظيمي مناسب، ووصف وظيفي واضح لكل عامل فيها، كما يركز المعيار على تخطيط، تطوير، توثيق وتطبيق أنظمة جودة فعالة تغطي كافة نشاطات المؤسسة، بالإضافة إلى جمع وتحليل البيانات المتعلقة بالزبائن، واستخدام النتائج في إجراء التحسينات المستمرة.

* الرئيس الحالي للمملكة الأردنية الهاشمية.

[1] مأمون سليمان الدرادكة، **إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء**، مرجع سبق ذكره، ص: 283.

[2] نفس المرجع السابق، ص: 284-285.

5- النتائج (250 نقطة): ويركز هذا المعيار على نتائج أعمال المؤسسة، من حيث درجة رضا الزبائن، رضا العاملين، جودة المنتَج، أداء الموردين، الأثر على الاقتصاد والأثر على المجتمع.

رابعا- نموذج الجائزة الأمريكية (بالدريج).

أُسست جائزة **مالكوم بالدريج** الوطنية للجودة في الولايات المتحدة الأمريكية سنة (1987م)، بهدف تعزيز التنافسية في المؤسسات الأمريكية، وقد سميت الجائزة باسم **مالكوم بالدريج** تقديرا لجهوده في المساهمة في تحسين كفاءة وفعالية وزارة التجارة، ويقوم بإدارة برنامج الجائزة المعهد الوطني للمقاييس والتكنولوجيا التابع لوزارة التجارة الأمريكية بالتعاون مع القطاع الخاص، والهدف الرئيسي من الجائزة هو تشجيع الاهتمام بموضوع الجودة، واستيعاب المؤسسات لمفهوم التميز في العمل، بالإضافة إلى تبادل المعلومات والخبرات عن تجارب المؤسسات الفائزة في مجال الجودة، وتمر الجائزة بدورة تتضمن ثمانية مراحل أساسية كالآتي[1]:

1- استلام الطلبات؛ أي طلبات الترشيح للجائزة من المؤسسات الراغبة في ذلك؛

2- المراجعة المستقلة، حيث يتم مراجعة تقارير المؤسسات بصفة مستقلة؛ أي على أساس فردي؛

3 – ترشيح المؤسسات المؤهلة للمرحلة التالية والمتعلقة بالمراجعة الجماعية؛

4- إجراء المراجعة الجماعية من قبل حُكَّام الجائزة؛

5- ترشيح المؤسسات المؤهلة للمرحلة التالية والمتعلقة بالزيارات الميدانية؛

6- إجراء المراجعات الخاصة بالزيارات الميدانية؛

7- الاختيار النهائي والتوصية بأسماء المؤسسات الفائزة بالجائزة؛

8- إرسال تقارير كتغذية عكسية إلى المؤسسات المشاركة بالجائزة، حيث يتم توضيح نقاط القوة ونقاط التحسين بالنسبة لكل عنصر من عناصر التقييم.

تمنح جائزة **مالكوم بالدريج** للمؤسسات الأمريكية فقط المتميزة في مجال الجودة، ويعد رضا الزبون أهم ما يساعد المؤسسة على نيل الجائزة، وتتلقى المؤسسات المتقدمة لنيل الجائزة مُلخَّصا مكتوبا من هيئة المحَكِّمين، يُوضح فيه ملاحظاتهم فيما يخص نقاط القوة والضعف في برامج الجودة، واقتراحاتهم للتحسين، ونيل الجائزة ليس المكسب الوحيد للمؤسسة التي تحاول نيلها، وإنما تهدف الجائزة عموما إلى حث المؤسسات الأمريكية على تحسين برامجها في إدارة الجودة، وأيضا تطوير معايير وأدلة إرشادية يؤدي الالتزام بها لتحسين الجودة.

وينبغي للمؤسسة حتى تكون مؤهلة للتَرشُح لنيل الجائزة أن يكون موقعها بالولايات المتحدة الأمريكية، حيث تقدم طلبا من (75) صفحة يضم بيانات عنها، ثم يقوم فريق من المقَيِّمِين بمراجعة وتقييم هذه الطلبات، والمؤسسات التي تحتاز هذه الخطوة بحصولها على درجات عالية تخضع لاختبار من خلال سبعة معايير كالآتي[2]:

[1] محفوظ أحمد جودة، **إدارة الجودة الشاملة - مفاهيم وتطبيقات**، مرجع سبق ذكره، ص: 294-295.

[2] بن عنتر عبد الرحمان، **إدارة الجودة الشاملة كتوجه تنافسي في المنظمات المعاصرة**، مجلة الباحث، الجزائر: جامعة ورقلة، العدد (6)، 2008، ص: 176-177.

1- القيادة: أي مدى نجاح قيادة المؤسسة في غرس ثقافة واضحة ومستمرة للجودة في المؤسسة؛
2- المعلومات والتحليل: من حيث قدرة المؤسسة على جمع وتحليل معلومات مرتبطة بالتخطيط للجودة وتحسينها؛
3- التخطيط الاستراتيجي للجودة: من حيث تكامل متطلبات الجودة مع خطط وأنشطة المؤسسة؛
4- الإفادة من الموارد البشرية: باستغلال كل قدرات قوى العمل في تحسين الجودة؛
5- تأكيد الجودة: بتصميم وإدارة نظم لتأكيد السيطرة على الجودة في كافة عمليات المؤسسة؛
6- نتائج تأكيد الجودة: بعرض المنجزات والتحسينات في الجودة من خلال مقاييس كمية؛
7- رضا الزبائن: بتحديد توقعات ومتطلبات الزبائن ومدى الاستجابة لها.

يمكن أن تمنح جائزتان سنويا لكل مجموعة من الثلاثة أصناف من المؤسسات، وتتمثل في مؤسسات التصنيع (أو الفروع)، مؤسسات الخدمات (أو الفروع) والمشروعات الصغيرة، ويمكن أن تمنح أقل من جائزتين في كل مجموعة إذا لم يكن هناك تلبية جيدة لمعايير نموذج الجائزة[1]. ونشير أنه في سنة (1999م) اعتمدت معايير الجائزة ميدانين هما التعليم والرعاية الصحية، بعد أن كانت مقتصرة قبل هذا التاريخ على ثلاثة مجالات فقط، تتمثل في التصنيع، الخدمة، المؤسسات الصغيرة، كما أن اسم هذه الجائزة يرجع إلى سكرتير غرفة تجارة الولايات المتحدة الأمريكية (**مالكوم بالدريج**)، الذي عمل في هذا المنصب حتى وفاته سنة (1987م)[2].

إن نموذج **بالدريج** حظي بقبول عالمي واسع الانتشار مقارنة بالنماذج الأخرى، وذلك للحقائق الآتية[3]:

- ✓ منذ أن ظهر برنامج بالدريج في سنة (1988م)، قام **المعهد الوطني للمقاييس والتكنولوجيا** بتوزيع أكثر من مليون نسخة من المعايير؛
- ✓ أكثر من نصف المؤسسات الإقتصادية في الولايات الأمريكية تملك برامج للجودة ترتكز على معايير بالدريج؛
- ✓ كثير من البلدان كالأرجنتين، استراليا، البرازيل، كندا والهند، طبقت برامج للجودة ترتكز على معايير بالدريج؛
- ✓ إن معايير الجائزة الأوروبية للجودة التي ظهرت لأول مرة سنة (1992م) هي على نمط معايير بالدريج؛
- ✓ العديد من المؤسسات الكبيرة تطلب من الموردين أن يُقَيِّموا مؤسساتهم حسب معايير بالدريج.

[1] جوزيف جابلونسكي، **تطبيق إدارة الجودة الشاملة نظرة عامة**، ترجمة: عبد الفتاح السيد النعماني، مصر: مركز الخبرات المهنية للإدارة (بميك)، 1996، ص: 39.
[2] صالح عبد الرضا رشيد، إحسان دهش جلاب، **الأداء الجامعي المتميز على وفق معايير: Malcolm Baldrige- دراسة حالة في كلية الإدارة والاقتصاد بجامعة القادسية**، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، العراق: جامعة القادسية، المجلد (9)، العدد (3)، 2007، ص: 9.
[3] ستيفن جورج، أرنولد ويمرزكيرتش، **إدارة الجودة الشاملة: الاستراتيجيات والآليات المجربة في أكثر الشركات الناجحة اليوم**، ترجمة: حسين حسنين، الطبعة الأولى، الأردن: دار البشير، 1998، ص: 20-21.

خلاصة الفصل:

مما سبق يمكن القول أن الثقافة التنظيمية هي مجموعة من القيم التنظيمية التي تميز مؤسسة ما، مثل: احترام الوقت، التعاون، الابتكار،...الخ، والتي توجه وتضبط سلوك الأفراد داخل المؤسسة، بحيث تؤثر في العاملين الجدد، وتصبح المؤسسة تتبع طريقة معينة في مواجهة المشاكل، ووضع سياساتها، استراتيجياتها وأهدافها.

إن التغيير الثقافي هو إحداث تعديل للسلوكيات والذهنيات لأعضاء التنظيم في كافة المستويات التنظيمية، مع تكوين ذهنيات جديدة لإدارة المؤسسة، تؤمن بضرورة التغيير، وبالمبادئ المراد ترسيخها داخل المؤسسة، وقد يرفض ويقاوم العاملين في المؤسسة أي تغيير جديد، وهذا خوفا على مصالحهم؛ لأن الإنسان بطبعه يخاف من المجهول، وتعتبر مقاومة التغيير أهم معوقات تغيير الثقافة التنظيمية.

إن النجاح في تطبيق إدارة الجودة الشاملة يقتضي النجاح في تغيير الثقافة الحالية للمؤسسة، حتى تصبح ملائمة لتطبيق هذا المنهج الجديد، ففي هذه المرحلة وأثناء بداية المؤسسة في تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، فإن الثقافة التنظيمية للمؤسسة تعتبر كعائق أو مشجع، وكمتغير مستقل مؤثِر، وإدارة الجودة الشاملة كمتغير تابع ومؤثر فيه، أما في المرحلة بعد أن تنجح المؤسسة نسبيا في تطبيق إدارة الجودة الشاملة، فإن هذا المنهج يصبح كمتغير مستقل يؤثر على الثقافة التنظيمية للمؤسسة.

ويتطلب نجاح هذا المدخل في البداية تهيئة ثقافة المؤسسة، لتتقبل التغيير والتحول الشامل الذي تتطلبه عملية التنفيذ، ويتطلب التغيير تحولا شاملا في نمط الإدارة، والذي يحتاج إلى خطوات ومراحل وجهد، وينفذ على فترات طويلة، ويكون للإدارة العليا في المؤسسة الدور الرئيسي في هذا المجال.

وفي إطار تحليل العلاقة بين الثقافة التنظيمية وإدارة الجودة الشاملة، فإن الثقافة التنظيمية حتى تكون مساهمة وملائمة لتطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، فإنه ينبغي أن تتوفر على مجموعة من المبادئ، تعتبر كبذور لنجاح تطبيق هذا المنهج، بحيث مقدار عدم توافر هذه المبادئ يعتبر كمؤشر على تواجد معوقات قبل تطبيق هذا المنهج، ومن هذه المعوقات (المتطلبات أو المبادئ) نذكر ما يلي: غياب دعم الإدارة العليا، عدم توفر الهياكل التنظيمية الملائمة، عدم التركيز على الزبون، تذبذب العلاقة مع الموردين، غياب العمل الجماعي (مشاركة العاملين)،...الخ، كذلك هناك معوقات كثيرة مختلفة تتواجد أثناء وبعد تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، كتطبيق هذا المنهج دفعة واحدة وليس على مراحل، أو الفشل في توفير الموارد المالية والبشرية المناسبة.

وحتى يتم تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي، فإنه ينبغي مراعاة المراحل الزمنية للتطبيق، حيث أن عدم مراعاتها واستعجال النتائج يعتبر من أكبر الأسباب لفشل تطبيق هذا المنهج، كذلك فإن من أسباب فشل تطبيق هذا المنهج هو عدم الاعتماد على المتطلبات التقنية لنجاح التطبيق، والمتمثلة في أدوات إدارة الجودة الشاملة، وأيضا عدم وجود نموذج شخصي معين تسعى المؤسسة إلى تطبيق إدارة الجودة الشاملة وفقه، وقد يكون هذا النموذج من النماذج المعروفة أو مزيج منها.

الفصل الرابع:

الدراسة الميدانية لمجموعة

من المؤسسات الصحية العمومية.

تمهيد:

إن الناظر في مختلف دول العالم يجد أنها تختلف كثيرا حسب معيار التطور والتنمية، فبعض الدول تصنف أنها أكثر تطورا وتنمية من دول أخرى، وهناك الكثير من المؤشرات التي تعطي صورة تعكس مدى تواجد التنمية في بلد ما، ولعل أهم هذه الصور هو طبيعة النظام الصحي المتواجد، ومدى الاهتمام بصحة المواطن، فهذا الهدف هو محط الاهتمام لمختلف الأطراف والجهات؛ فعليه تقوم الحملات الانتخابية، ومنظمات الدفاع عن حقوق الإنسان يعتبر من الأهداف الأساسية لها، وتعتبر المؤسسات الصحية وخاصة المستشفيات هي الركيزة الأساسية للنظام الصحي، لذلك فمدى توافر الدولة على مستشفيات كبيرة بمعايير حديثة، وتغطي مختلف احتياجات المواطنين، يعتبر كمؤشر لمدى قوة وتطور البلد.

وبما أن الجزء النظري كان يدور حول منهج إدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي، وحتى يتم إسقاط ما تم التطرق إليه في الجزء النظري على المؤسسات الصحية في الجزائر، وهذا لمعرفة مدى توافر معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، وهذا ليس من منطلق النظرة السلبية للمؤسسات الصحية الجزائرية، وأن هناك معوقات لتطبيق هذا المنهج، لكن هذا من منطلق الاعتقاد بأن أولى خطوات التغيير والتحسين إلى الأفضل هو اكتشاف الثغرات ونقاط الضعف، وخاصة في المستشفيات العمومية في الجزائر، وكذلك حرصا على الارتقاء بمؤسساتنا الصحية، وقد حاولنا أن نكون واقعيين وموضوعيين في تقييم مؤسساتنا الصحية في ما يخص مجال موضوع الدراسة المتمثل في معرفة مستوى تواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

وقد تم إجراء الدراسة الميدانية من خلال اختيار عينة من المستشفيات الجزائرية، تتمثل في خمسة من المستشفيات في الشرق الجزائري، وسيتم تناول هذا الفصل من خلال المباحث الآتية:

- ✓ المبحث الأول: التعريف بميدان الدراسة؛
- ✓ المبحث الثاني: إجراءات الدراسة الميدانية؛
- ✓ المبحث الثالث: تحليل النتائج واختبار فرضيات الدراسة.

المبحث الأول: التعريف بميدان الدراسة.

يتمثل ميدان الدراسة في النظام الصحي الجزائري، أو بتعبير آخر قطاع الصحة الجزائري، وكما تم الإشارة إليه سابقا فإن المستشفيات العمومية تعتبر الوجه البارز والحجر الأساس لأي نظام صحي، وبما أنه يتعذر على الطالب اختيار كل المستشفيات العمومية في الجزائر، فإنه سيتم اختيار خمسة مستشفيات كبيرة الحجم نسبيا، وذات مكانة وأهمية معتبرة في البيئة المتواجدة فيها، وسيتم في هذا المبحث التعريف بالمؤسسات الصحية المعتمدة في الدراسة.

المطلب الأول: التعريف بالمركز الإستشفائي الجامعي بن فليس التهامي بباتنة.

سنحاول إعطاء لمحة تعريفية عن المركز الإستشفائي الجامعي لولاية باتنة، باعتباره الأكبر حجما مقارنة ببقية المستشفيات المعتمدة في الدراسة، وتوضيح مختلف المهام الموكلة إليه والهيكل التنظيمي له، وتحديد حجم النشاطات المتواجدة والمحققة، ومختلف الموارد البشرية، المالية والمادية المتاحة له.

أولا– نشأة المركز الإستشفائي الجامعي بن فليس التهامي بولاية باتنة.

لم يقتصر دور مستشفى مدينة باتنة خلال الاحتلال الفرنسي على تقديم الخدمة العمومية، بل كان يعمل أيضا في الاتجاه الذي يجسد سياسة الإدارة الفرنسية، ويخدم مصالحها الفكرية، ودعمت الثكنات العسكرية ذلك بإرسال قواعد بناياتها أمام المستشفى لتكتمل البنية الاستراتيجية الكاملة، ومع بداية سنة (1956م) اتخذ المستشفى الطابع الجهوي للتنمية المدنية بتشغيل أربع مصالح طبية، تتمثل في طب الأطفال، الطب العام، قسم أمراض النساء والتوليد، هذا فضلا عن هيكل تقني للإشراف على الأقسام التقنية، كالمخابر وقسم الأشعة والتنظير[1].

يعتبر هذا المركز من أهم المرافق الحيوية في الولاية، يحده شمالا طريق تازولت، ومن الجنوب كلية الطب، ومن الشرق مديرية الغابات، ومن الغرب مدرسة الشبه الطبي ومعهد الصيدلة، ولقد مرت نشأته بعدة مراحل أهمها كانت سنة (1979م) تاريخ انطلاق خدماته، ثم أصبح من بين المؤسسات الصحية العمومية المشَكِّلَة للقطاع الصحي بباتنة، وهذا بعد صدور المرسوم التنفيذي لسنة (1981م)، والذي يقتضي أن تُحَوَّل إلى مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تسمى بالقطاع الصحي كل مؤسسة صحية تابعة لوزارة الصحة[2]. وبقي يسير وفق قواعد القطاعات الصحية إلى غاية سنة (1986م)، أين أسندت إليه مهمة التكوين ليصبح بذلك مركز استشفائي جامعي[3].

يتربع المركز الإستشفائي الجامعي بباتنة على مساحة تقدر بـ (8,67 هكتار)، حيث أن المساحة المبنية تمثل حوالي (33٪) من إجمالي المساحة، وحسب المرسوم التنفيذي رقم (97-467) لسنة (1997م) الذي يحدد قائمة المراكز الاستشفائية الجامعية، وقواعد إنشائها وتنظيمها وسيرها، فإن المادة (02) من هذا المرسوم، تنص على أن المركز الإستشفائي الجامعي هو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ويتم

[1] وثائق مقدمة من طرف المركز الإستشفائي الجامعي بن فليس التهامي بولاية باتنة.
[2] المرسوم التنفيذي رقم 81-242 المؤرخ في 06 ذي القعدة عام 1401 الموافق لـ 05 سبتمبر سنة 1981، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 36، 08 سبتمبر 1981، ص 1229. (أنظر الملحق: 07).
[3] المرسوم التنفيذي رقم 86-303 المؤرخ في 14 ربيع الثاني عام 1407 الموافق لـ 16 ديسمبر 1986، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 51، 17 ديسمبر 1986، ص: 2111-2112. (أنظر الملحق: 08).

إنشاؤها بموجب مرسوم تنفيذي، بناءً على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي، ويمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية على المركز الإستشفائي الجامعي، ويمارس الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية[1].

ثانيا– مهام المركز الإستشفائي الجامعي بولاية باتنة.

تنص المادة (03) من المرسوم التنفيذي رقم (97-467) لسنة (1997م)، على أن المركز الإستشفائي الجامعي يكلف بمهام التشخيص، الكشف، العلاج، الوقاية، التكوين، الدراسة والبحث، وذلك بالتعاون مع مؤسسة التعليم والتكوين العالي في علوم الطب المعنية، أما المادة (04) من نفس المرسوم، فهي تنص على تكليف المركز الإستشفائي الجامعي في إطار المهام المنصوص عليها في المادة (03) بالمهام الآتية[2]:

1– في ميدان الصحة:

- ✓ ضمان نشاطات التشخيص، العلاج، الاستشفاء والاستعجالات الطبية الجراحية والوقاية، بالإضافة إلى كل نشاط يساهم في حماية وترقية صحة السكان؛
- ✓ تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة؛
- ✓ المساهمة في إعداد معايير التجهيزات الصحية العلمية والتربوية للمؤسسات الصحية؛
- ✓ المساهمة في حماية المحيط وترقيته في مجالات الوقاية، النظافة، الصحة، مكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية؛
- ✓ إلى جانب المهام المنصوص عليها في الفقرات المذكورة أعلاه، يضمن المركز الإستشفائي الجامعي لصالح السكان القاطنين بالقرب منه – الذين لا تغطيهم القطاعات الصحية المجاورة – المهام المسندة إلى القطاع الصحي، والتي تحددها المادة (05) من المرسوم التنفيذي رقم (97-466) لسنة (1997م)*، والمتعلق بقواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها.

2– في ميدان التكوين:

- ✓ ضمان تكوين التدرج وما بعد التدرج في علوم الطب، بالتعاون مع مؤسسة التعليم العالي في علوم الطب والمشاركة في إعداد وتطبيق البرامج المتعلقة بذلك؛
- ✓ المساهمة في تكوين مستخدمي الصحة، وإعادة تأهيلهم وتحسين مستواهم.

3– في ميدان البحث:

- ✓ القيام في إطار التنظيم المعمول به بكل أعمال الدراسة والبحث في ميدان علوم الصحة؛
- ✓ تنظيم مؤتمرات، ندوات، أيام دراسية وتظاهرات تقنية وعلمية، بهدف ترقية نشاط العلاج، التكوين والبحث في علوم الصحة.

[1] المرسوم التنفيذي رقم 97-467، المؤرخ في 02 شعبان عام 1418 الموافق لـ 02 ديسمبر سنة 1997، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 81، 10 ديسمبر 1997، ص 29. (أنظر الملحق: 11).

[2] نفس المرجع السابق، ص: 29-30.

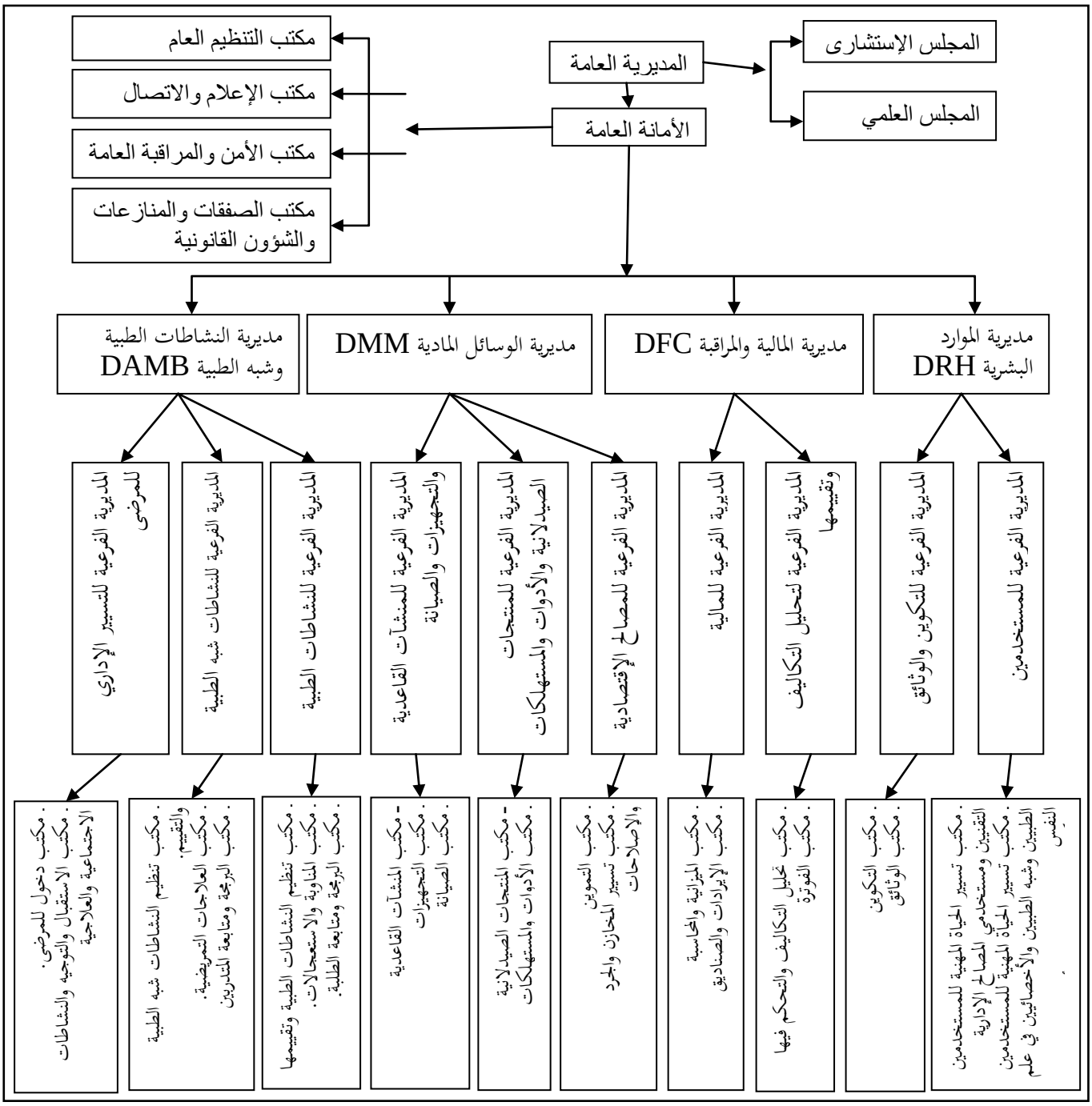
* أنظر الملحق (09).

4- المهام البيداغوجية: المادة (05) من نفس المرسوم تنص على الوصاية البيداغوجية المنصوص عليها في الفقرة الثانية من المادة (02) من هذا المرسوم، وذلك من خلال الأشغال المتعلقة بـ:

- ✓ تنظيم نشاطات المركز الإستشفائي الجامعي البيداغوجية والعلمية؛
- ✓ تحديد شروط التحاق الطلبة به وشروط توجيههم؛
- ✓ المصادقة على مداولات مجلس الإدارة بالنسبة للمسائل المتعلقة بالتكوين والبحث في علوم الطب.

ثالثا- الهيكل التنظيمي: يمكن تمثيل الهيكل التنظيمي للمركز الإستشفائي الجامعي لولاية باتنة كالآتي:

الشكل (4-1): الهيكل التنظيمي للمركز الإستشفائي الجامعي بباتنة.



المصدر: إعداد الطالب بناءً على الوثائق المقدمة من المستشفى.

يضم المركز الإستشفائي الجامعي أربعة مديريات أساسية، تتمثل في مديرية النشاطات الطبية وشبه الطبية، مديرية الوسائل المادية، مديرية المالية والمراقبة ومديرية الموارد البشرية، وتتضح مختلف المديريات الفرعية والمصالح والنشاطات التابعة لها من خلال الهيكل التنظيمي السابق.

ويدير المركز الإستشفائي الجامعي مجلس إدارة، ويسيره مدير عام، ويزود بجهاز استشاري يسمى بالمجلس العلمي، ويساعد المدير العام للمركز الإستشفائي الجامعي لجنة استشارية في فترة بين دورات المجلس العلمي، ويشارك المدير العام في مداولات مجلس الإدارة بصوت استشاري، ويتولى أمانة المجلس، ويضم مجلس الإدارة مجموعة من الأعضاء والممثلين، كالآتي[1]:

- ✓ ممثل الوزير المكلف بالصحة رئيسا؛
- ✓ ممثل الوزير المكلف بالتعليم العالي؛
- ✓ ممثل إدارة المالية؛
- ✓ ممثل التأمينات الاقتصادية؛
- ✓ ممثل هيئات الضمان الاجتماعي؛
- ✓ ممثل المجلس الشعبي للبلدية مقر المركز الإستشفائي الجامعي؛
- ✓ ممثل المجلس الشعبي للولاية مقر المركز الإستشفائي الجامعي؛
- ✓ ممثل الأخصائيين الإستشفائيين الجامعيين، ينتخبه زملاؤه؛
- ✓ ممثل المستخدمين الطبيين، ينتخبه زملاؤه؛
- ✓ ممثل المستخدمين شبه الطبيين، ينتخبه زملاؤه؛
- ✓ ممثل جمعيات المنتفعين؛
- ✓ ممثل العمال ينتخب في جمعية عامة؛
- ✓ رئيس المجلس العلمي للمركز الإستشفائي الجامعي.

ويعين أعضاء مجلس الإدارة لعهدة مدتها (03) سنوات، قابلة للتجديد بقرار من الوزير المكلف بالصحة، وباقتراح من السلطات التابعة له، وفي حالة انقطاع عهدة عضو يتم تعيين عضو جديد ليعوضه إلى غاية نهاية العهدة، وتنتهي عهدة الأعضاء المعينين بحكم وظيفتهم مع انتهاء هذه الوظائف، ويجتمع مجلس الإدارة وجوبا في دورة عادية مرة كل (06) أشهر، ويمكنه أن يجتمع في دورة طارئة باستدعاء من رئيسه، أو بطلب من ثلثي ($\frac{2}{3}$) أعضائه، وتحرر مداولات مجلس الإدارة في محاضر رسمية، تسجل في سجل خاص مرقم وموقع يمضيها رئيس وأمين الجلسة، ولا تصح مداولات مجلس الإدارة إلا بحضور أغلبية أعضائه، وإذا لم يكتمل النصاب ينعقد مجلس الإدارة من جديد في الأيام العشرة الموالية، ويمكن حينئذ لأعضائه ليتداولو مهما كان عدد الأعضاء الحاضرين، وتتخذ القرارات بأغلبية الأعضاء الحاضرين، وفي حالة تساوي الأصوات يرجح صوت الرئيس.

[1] المرسوم التنفيذي رقم 97-467، مرجع سبق ذكره، ص:31-32. (أنظر الملحق: 11).

يعين المدير العام للمركز الإستشفائي الجامعي بمرسوم تنفيذي، وباقتراح من الوزير المكلف بالصحة، وتنهى مهامه بالطريقة نفسها، ويساعد المدير العام في تأدية مهامه أمين عام ومديرون، وعند الضرورة مديرو الوحدات، ويعتبر المدير العام مسؤول عن تسيير المركز الإستشفائي الجامعي، وبهذه الصفة فهو[1]:

- ✓ يمثل المركز الإستشفائي الجامعي أمام العدالة، وفي جميع أعمال الحياة المدنية؛
- ✓ يمارس سلطة التعيين على العاملين في المركز الإستشفائي الجامعي، باستثناء الخاضعين لطريقة تعيين أخرى؛
- ✓ الآمر بالصرف فيما يخص نفقات المركز الإستشفائي الجامعي؛
- ✓ يشرف على إعداد مشاريع الميزانية التقديرية، وضبط حسابات المؤسسة؛
- ✓ يشرف على وضع مشروع الهيكل التنظيمي والنظام الداخلي للمركز الإستشفائي الجامعي؛
- ✓ يقوم بتنفيذ مداولات مجلس الإدارة؛
- ✓ يضع التقرير السنوي للنشاطات، ويرسله إلى الوزير المكلف بالصحة بعد مصادقة مجلس الإدارة عليه؛
- ✓ يقوم بإبرام جميع العقود، الصفقات والاتفاقيات في إطار التنظيم المعمول به؛
- ✓ يمارس السلطة السلمية على المستخدمين الخاضعين لسلطته؛
- ✓ يفوض إمضاءه على مسؤولياته لصالح مساعديه.

أما المجلس العلمي فيكلف بإصدار مختلف الآراء، لاسيما فيما يخص[2]:

- ✓ إقامة علاقات عملية بين المصالح الطبية؛
- ✓ مشاريع البرامج الخاصة بالتجهيزات الطبية، وبناء المصالح الطبية وإعادة تهيئتها؛
- ✓ برامج الصحة والسكان؛
- ✓ برامج التظاهرات العلمية والتقنية؛
- ✓ إنشاء المؤسسات الطبية أو إلغاؤها؛
- ✓ الاتفاقيات الخاصة بالتكوين والبحث في علوم الطب.

ويقترح المجلس العلمي كل الإجراءات التي لها علاقة بنشاطات المصالح، والتي من شأنها أن تحسن تنظيم وسير مصالح العلاج والوقاية، وتوزيع المستخدمين، ويشارك في إعداد برامج التكوين والبحث في علوم الطب، ويقدر نشاط المصالح في ميدان العلاج، التكوين والبحث.

رابعا– نشاطات المركز الإستشفائي الجامعي بباتنة: يمكن تلخيص مختلف النشاطات للمصالح الاستشفائية المتواجدة في المركز الإستشفائي الجامعي بباتنة، كما في الجدول الآتي:

[1] نفس المرجع السابق، ص: 32-33.
[2] نفس المكان السابق

الجدول (4-1): المصالح الاستشفائية ونشاطاتها.

التعيين		عدد الأَسرَّة	عدد المرضى المقبولين	عدد الأيام الاستشفائية	عدد الوفيات	عدد العمليات الجراحية
1-المصالح الطبية	الطب الداخلي	56	1184	17099	52	-
	علاج السجناء	08	117	765	00	-
	طب الأطفال	58	5107	21961	40	-
	أمراض القلب	42	1710	12396	116	-
	الإنعاش الطبي	13	301	3395	163	-
	أمراض الكلى	23	848	3904	18	-
	أمراض الغدد	26	442	4423	01	-
	الحروق	14	285	2302	16	-
	أمراض الدم	24	903	7509	70	-
	المجموع	264	10897	73754	476	-
2- المصالح الجراحية	الجراحة العامة	59	2735	12142	62	1404
	جراحة الأطفال	29	1068	3966	24	413
	جراحة المسالك البولية	30	739	4692	12	443
	جراحة العظام	60	2288	13052	11	1323
	جراحة الأعصاب	30	764	6111	16	613
	جراحة العيون	23	921	4245	2	957
	المجموع	231	8515	44208	127	5153
3- مصلحة الاستعجالات الطبية		45	15527	17191	784	3326
العدد الإجمالي		540	34939	135153	1387	8479

المصدر: إعداد الطالب بناءً على الوثائق المقدمة من المستشفى (إحصائيات 2015م).

نلاحظ أن المركز الإستشفائي الجامعي بباتنة يتضمن العديد من المصالح، وفي مختلف التخصصات والمجالات، وحسب معيار الحجم المعتمد على عدد الأَسِرَّة، نلاحظ أن الطاقة الاستيعابية والمقدرة بـ (540) سرير موزعة على مختلف المصالح تعتبر طاقة كبيرة، كذلك المتأمل لعدد الوفيات والبالغ بـ (1387) حالة، فهو عدد صغير جدا مقارنة بالعدد الإجمالي للمرضى المقدر بـ (34939)، وهذا ما يعطي نظرة عن المستوى الجيد لأداء المستشفى، مما يُمَكِّن هذا المستشفى الجهوي من القيام بالدور المنوط به، وتغطية احتياجات شريحة كبيرة من المواطنين لولاية باتنة والولايات

المجاورة لها، ويمكن التعبير عن مستوى نشاط المستشفى عن طريق الكثير من النسب والمعدلات، مثل: معامل الدوران **(Coefficient De Rotation-CR)**، نسبة الوفيات **(Taux De Mortalité- TM)**،...الخ*، وأيضا هناك نشاطات لمصالح أخرى (حسب إحصائيات سنة 2010م)، كما يوضحه الجدول الآتي:

الجدول (4-2): نشاط مصالح أخرى.

النشاط	حجم النشاط
تصفية الدم	**13402 حصة**
الإغاثة الطبية (SAMU)	**8248 (ما بين تدخل، نقل طبي، مهمات خاصة ونداءات خاطئة)**
استشفاء منزلي (HAD)	**2994 (ما بين استقبال، تدخل منزلي، علاجات وفحوصات)**

المصدر: إعداد الطالب بناءً على الوثائق المقدمة من المستشفى (إحصائيات 2010م).

خامسا- التحويلات الداخلة والخارجة من المركز الإستشفائي الجامعي بباتنة: يمكن توضيح مختلف التحويلات الخاصة بهذا المستشفى، والمتعلقة بسنة (2010م)، كما في الجدولين الآتيَين:

الجدول (4-3): التحويلات نحو المركز الإستشفائي الجامعي بباتنة.

القطاعات الصحية	العدد الإجمالي	السبب
بسكرة	**110**	**غياب الاختصاص**
تيبازة	**45**	**//**
ورقلة	**76**	//
الوادي	**43**	//
خنشلة	**316**	//
أم البواقي	**01**	//
سوق أهراس	**01**	//
جيجل	**01**	//
قسنطينة	**01**	//
من القطاعات الصحية داخل ولاية باتنة	**838**	//
إجمالي التحويلات	**1432**	//

المصدر: إعداد الطالب بناءً على الوثائق المقدمة من المستشفى (إحصائيات 2010م).

* أنظر الملحق (05).

الجدول (4–4): التحويلات من المركز الإستشفائي بباتنة نحو مستشفيات أخرى.

التحويلات	العدد الإجمالي
الجزائر العاصمة	**36**
قسنطينة	**15**
عنابة	**12**
سكيكدة	**01**
سطيف	**01**
دائرة عين التوتة	**01**
المستشفى المختص في الأمومة بباتنة	**01**
العدد الإجمالي	**67**

المصدر: إعداد الطالب بناءً على الوثائق المقدمة من المستشفى (إحصائيات 2010م).

من خلال الجدول (4-3)، والجدول (4-4)، نلاحظ أن إجمالي عدد التحويلات نحو المركز الإستشفائي الجامعي بباتنة يقدر بـ (1432) تحويل لسنة (2010م)، حيث أن أغلب هذه التحويلات كان من ولاية باتنة، خنشلة وبسكرة، وفي ما يخص التحويلات من المركز الإستشفائي الجامعي بباتنة نحو مستشفيات عمومية أخرى في الجزائر، فقد بلغ (67) تحويل سنة (2010م)، وأغلبها كان نحو ولاية الجزائر، قسنطينة وعنابة، ونلاحظ أن التحويلات الصادرة من هذا المركز الإستشفائي كانت أقل بكثير من التحويلات التي تم استلامها، وهو ما يكشف عن الضغط الكبير الذي يعاني منه هذا المركز، وبالتالي حاجته إلى أن يكون أكثر اتساعا وتطورا.

سادسا– توزيع الموارد* البشرية للمركز الإستشفائي الجامعي بباتنة: يمكن توضيح حجم مختلف الفئات العاملة في المركز الإستشفائي الجامعي بباتنة، حسب إحصائيات سنة (2016م)، وذلك كما في الجدول الآتي:

* الموارد المتواجدة بصفة عامة تقسم إلى موارد بشرية ومادية ومالية، وتم الاكتفاء فقط بعرض الموارد البشرية.

الجدول (4-5): توزيع الموارد البشرية للمركز الإستشفائي الجامعي بباتنة لسنة 2016م.

التعييـــن		العدد	النسبة المئوية (%)
1- السلك الطبي	أستاذ دكتور	6	0,287
	أستاذ محاضر	17	0,813
	أستاذ مساعد	116	5,550
	طبيب مختص	77	3,684
	طبيب عام	107	5,120
	طبيب مقيم	230	11,005
	صيدلي	13	0,622
	جَرَّاحْ أسنان	03	0,143
	العدد والنسبة الإجمالية	569	27,224
2- السلك شبه طبي		862	41,244
3- السلك الإداري والتقني والخدمي		659	31,153
العدد والنسبة الإجمالية		2090	%100

المصدر: إعداد الطالب بناءً على الوثائق المقدمة من المستشفى.

من خلال الجدول (4-5)، نلاحظ الحجم الكبير لهذا المستشفى؛ وهذا للعدد المرتفع للعاملين في هذا المستشفى، والذي يقدر بـ (2090) لسنة (2016م)، ونلاحظ أن الفئة الأكبر تتمثل في الشبه الطبيين، وذلك بعدد يقدر بـ (862)، ونسبة (41,244%)، وهذا لأهمية الدور الذي تقوم به هذه الفئة من العاملين، والحاجة الكبيرة لها في شفاء المرضى.

المطلب الثاني: التعريف بمستشفى الحكيم عقبي بقالمة ومستشفى محمد زيوشي بطولقة.

من خلال هذا المطلب سنحاول إعطاء لمحة تعريفية حول كل من مستشفى عقبي بقالمة ومستشفى محمد زيوشي بطولقة، وهذا حتى يتم التعرف على المميزات والخصائص الأساسية لكل مستشفى.

أولا- التعريف بمستشفى الحكيم عقبي بقالمة: وذلك من خلال التعرف على مختلف مراحل نشأة هذا المستشفى، الهيكل التنظيمي، المصالح، النشاطات والموارد البشرية.

1- نشأة مستشفى الحكيم عقبي بقالمة: تقدر مساحة المستشفى بـ (6876 م^2)، وكانت بداية إنشائه سنة (1975م)، وبدأ في ممارسة مهامه سنة (1985م)، بمرسوم وزاري رقم (289) مؤرخ بتاريخ (1984/08/18م)، وأصبح كمؤسسة عمومية استشفائية بتاريخ (2008/01/01م) وهذا بمرسوم وزاري مؤرخ بتاريخ (2007/12/24م)*، ويبلغ حجمه حسب عدد الأسرة بـ (306) سرير تقني و(303) سرير تنظيمي**، وبمعدل (0,6) سرير لكل (1000) مواطن[1].

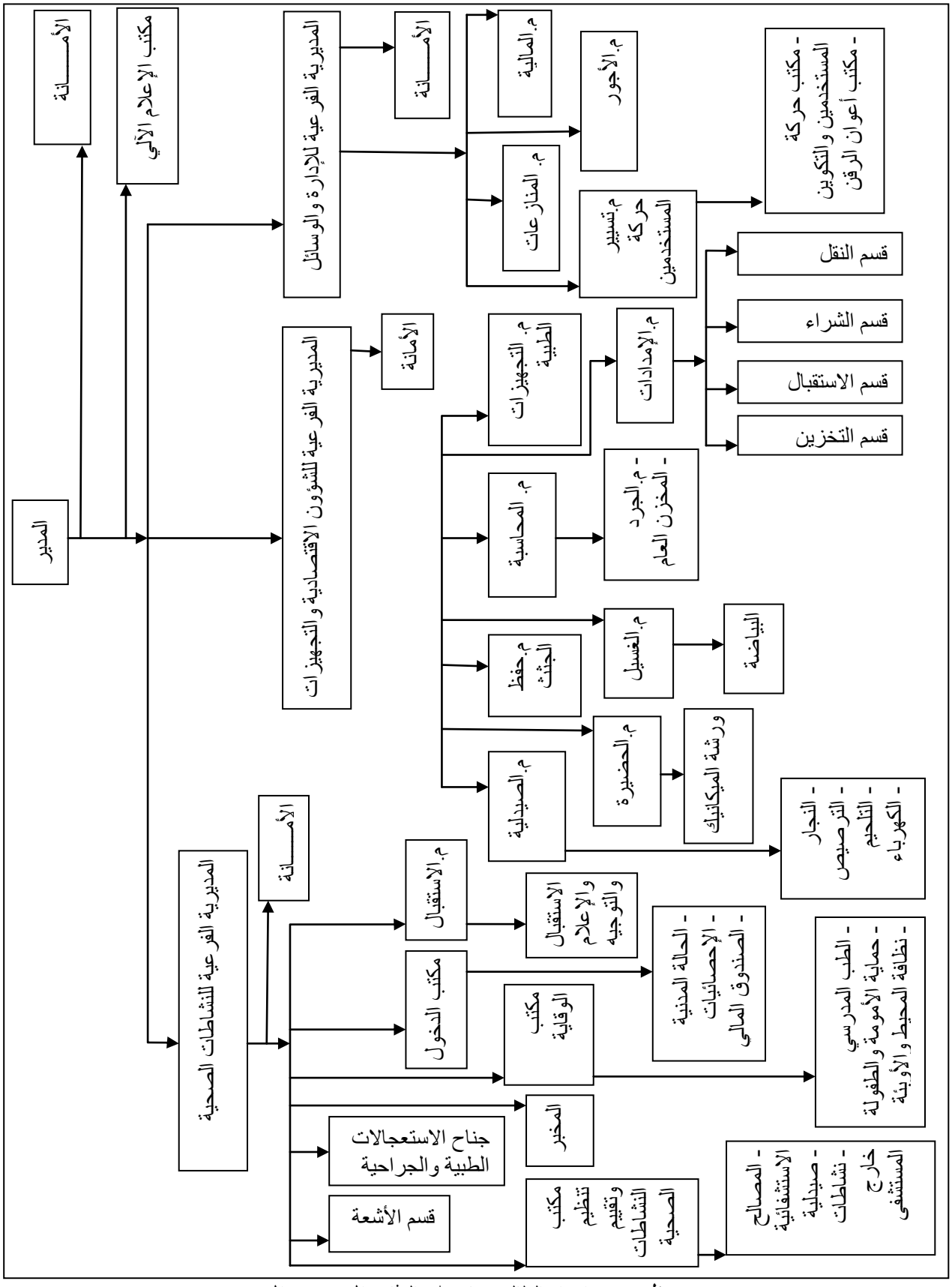
2- الهيكل التنظيمي لمستشفى الحكيم عقبي بقالمة: حتى يتم توضيح مختلف المديريات الفرعية التي يتكون منها هذا المستشفى، ومختلف المكاتب التابعة لها، وللتعداد الكبير لها، وتَعَذُر عرضها في شكل واحد، فسيتم التطرق لذلك من خلال شكلين اثنين حسب الوثائق التي تم الحصول عليها من هذا المستشفى، حيث كل شكل يتضمن جزء من المديريات الفرعية والمكاتب المندرجة ضمنها، ويمكن توضيح ذلك كما في الشكلين الآتيين:

* للاطلاع على المرسوم التنفيذي الخاص بإنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، أنظر الملحق (10).

** بعض الوثائق المقدمة من طرف مستشفى قالمة تتضمن احصائيات قديمة نوعا ما حول عدد الأسرة التنظيمية، ولم يتم تجديدها من طرف المستشفى، لذلك تم تحري قدر المستطاع المعطيات الأحدث، لأن عدد الأسرة التنظيمية يتغير بشكل كبير، أنظر (الملحق: 03) الخاص بالمعلومات التعريفية للمستشفيات محل الدراسة.

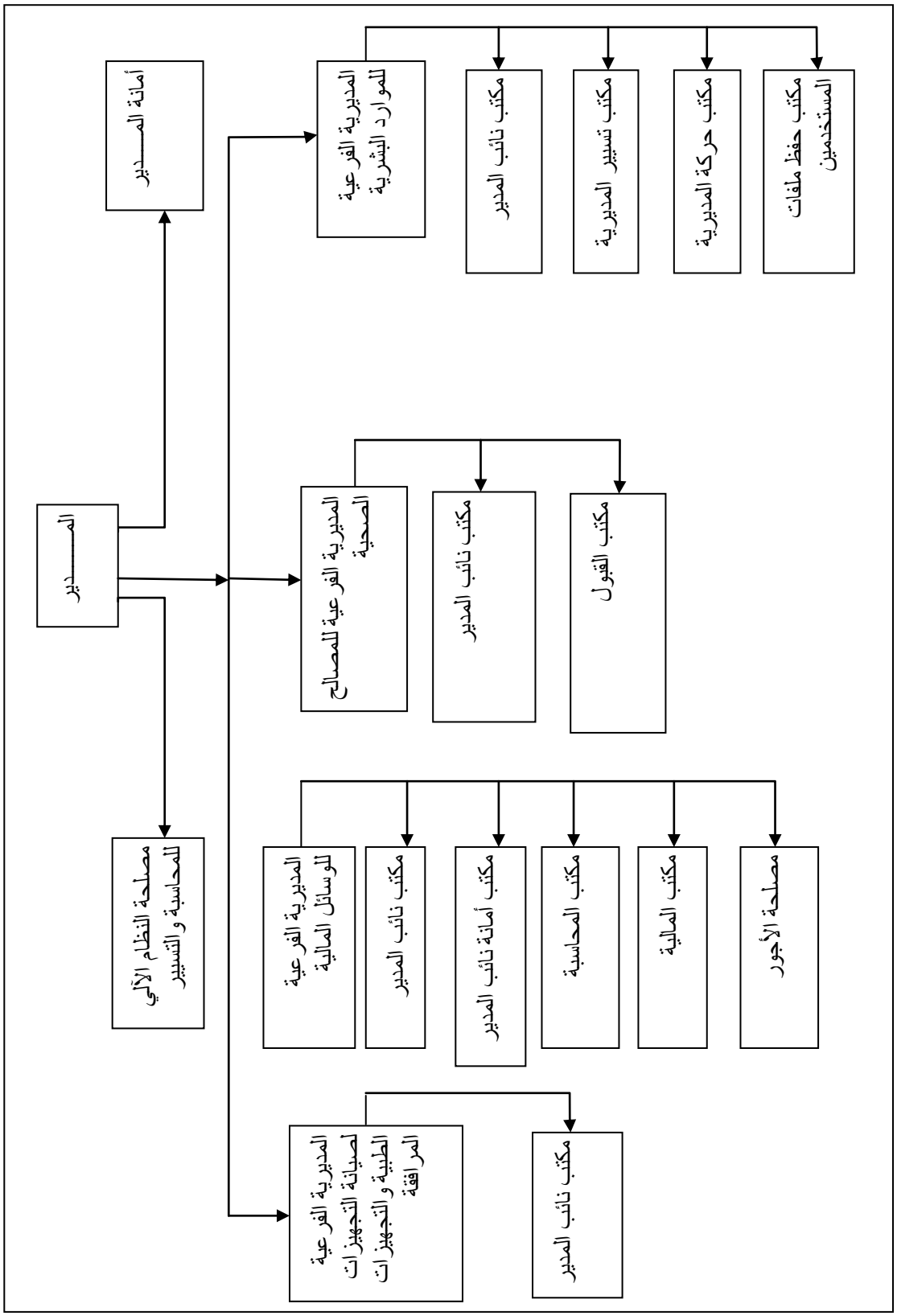
[1] وثائق مقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي بولاية قالمة.

الشكل (4-2): الهيكل التنظيمي (1) لمستشفى الحكيم عقبي بقالمة



المصدر: إعداد الطالب بناءً على الوثائق المقدمة من المستشفى.

الشكل (4–3): الهيكل التنظيمي (2) لمستشفى الحكيم عقبي بقالمة.



المصدر: إعداد الطالب بناءً على الوثائق المقدمة من المستشفى.

3- المصالح الاستشفائية ونشاطاتها لمستشفى الحكيم عقبي بقالمة: يمكن توضيح مختلف المصالح التي يتكون منها مستشفى عقبي بقالمة، وحجم النشاطات لسنة (2016م)، كما في الجدول الآتي:

الجدول (4-6): النشاطات الاستشفائية لمستشفى الحكيم عقبي بقالمة من 2016/01/01م إلى 2016/10/31م.

المصالح	أسرة تقنية	أسرة تنظيمية	عدد المرضى	عدد الأيام الاستشفائية	عدد الوفيات
طب الأطفال	30	36	6260	12215	14
حديثي الولادة	8	8	1475	3191	98
الطب النسائي التوليدي	20	18	1963	6054	0
الأمومة	40	40	5270	13157	1
جراحة الرجال	30	16	542	341	3
جراحة النساء	30	30	506	3129	3
طب الرجال	30	30	886	6880	34
طب النساء	30	30	847	8104	46
جراحة العظام	30	30	727	2831	0
جراحة الأذن والأنف والحنجرة	16	16	449	1065	0
جراحة العيون	16	16	486	1062	0
الإنعاش	10	7	192	920	50
أمراض الكلى	0	8	131	837	3
الاستعجالات الطبية الجراحية	16	18	13211	//	268
العدد الإجمالي	306	303	32945	59786	520
غسيل الكلى	عدد الحصص=4208				
الاستعجالات الطبية الجراحية	عدد الفحوصات العامة = 59596				
	عدد الفحوصات المتخصصة = 4986				
	عدد المرضى تحت المراقبة = 4585				
	عدد العمليات الجراحية = 576				

المصدر: إعداد الطالب بناءً على الوثائق المقدمة من المستشفى.

من خلال الجدول (4-6)، فأهم ما يمكن ملاحظته هو التنوع الكبير في المصالح الموجودة في هذا المستشفى، والحجم الكبير للنشاطات المحققة في سنة (2016م)، حيث نلاحظ أن العدد الإجمالي للأسرة التنظيمية* هو (303)، وهذا يكشف عن الحجم الكبير لهذا المستشفى حسب معيار عدد الأسرة، مما يمكنه من تغطية فئة وشريحة كبيرة من سكان ولاية قالمة، ويسمح له بتقديم خدمات صحية بشكل أفضل، وذات جودة أكبر.

كذلك نلاحظ أن العدد الإجمالي للمرضى الذين دخلوا لهذا المستشفى يقدر بـ (32945)، في حين أن عدد الوفيات لسنة (2016م) بلغ (520) وفاة؛ أي نسبة الوفيات تقدر بـ (1,58%)، وهي نسبة ضئيلة جدا تكشف مدى نجاح هذا المستشفى، وأن مستوى أداءه يتميز بفعالية مرتفعة، وأيضا نلاحظ أن العدد الإجمالي لأيام مكوث وبقاء المرضى في المستشفى يقدر بـ (59786)، وإذا ما تم حساب متوسط معدل البقاء (المكوث) للمريض، فنجده يساوي (1,81) يوم، وهذا يعبر على أن متوسط مدة بقاء المريض في مستشفى عقبي بقالمة هي مدة صغيرة نسبيا بالمقارنة مع المركز الإستشفائي بباتنة، وهذه تعتبر نقطة إيجابية لصالح هذا المستشفى، وتعبر عن السرعة التي تتم بها معالجة المرضى، وتكشف عن الكفاءة المرتفعة للأداء المحقق.

4- توزيع الموارد البشرية لمستشفى الحكيم عقبي بقالمة: حسب إحصائيات (2016م)، يبلغ العدد الإجمالي للعاملين (724) عامل، ويمكن توضيح توزيع هذا العدد على مختلف الفئات الوظيفية كما في الجدول الآتي:

الجدول (4-7): توزيع الموارد البشرية لمستشفى الحكيم عقبي بقالمة.

الفئة	عدد العاملين	النسبة
طبيب عام	**74**	**%10,22**
طبيب مختص	**56**	**%7,73**
شبه طبي	**401**	**%55,39**
الإداريين	**57**	**%7,87**
العمال التقنيين	**15**	**%2,07**
العمال المهنيين	**149**	**%20,58**
العدد الإجمالي	**724**	**%100**

المصدر: إعداد الطالب بناءً على الوثائق المقدمة من المستشفى.

من خلال الجدول (4-7)، نلاحظ أن العدد الإجمالي للعاملين في مستشفى الحكيم عقبي بقالمة بلغ (724)، حيث العدد الأكبر كان لصالح الشبه طبيين، ويقدر بـ (401) بنسبة بلغت (55,39%)، في حين العدد الأصغر كان لفئة العمال التقنيين، ويقدر بـ (15) بنسبة بلغت (2,07%)، وهذه الحالة تعتبر هي الغالبة في الكثير من أنواع المستشفيات سواء العمومية منها أو الخاصة، وهذا يرجع للحاجة الكبيرة لفئة الشبه الطبيين في المجال الصحي، ولأهمية

* يمكن الإشارة إلى أن المقصود بمصطلح الأسرة التقنية هو عدد الأسِرَّة الذي يتضمنه المرسوم الوزاري؛ أي أنه عدد نظري فقط، أما العدد الموجود فعليا في المستشفى فيطلق عليه تسمية الأسِرَّة التنظيمية أو الأسرة المُنَظمة، وهذا على حسب ترجمة المصطلح من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية.

الأدوار التي يقومون بها، والعكس صحيح بالنسبة لفئة العمال التقنيين، ومدى الحاجة لتواجدهم في المجال الصحي.

ثانيا– التعريف بمستشفى طولقة: وذلك من خلال محاولة توضيح مختلف مراحل نشأة هذا المستشفى، الهيكل التنظيمي، المصالح، النشاطات والموارد البشرية.

1– نشأة مستشفى طولقة.

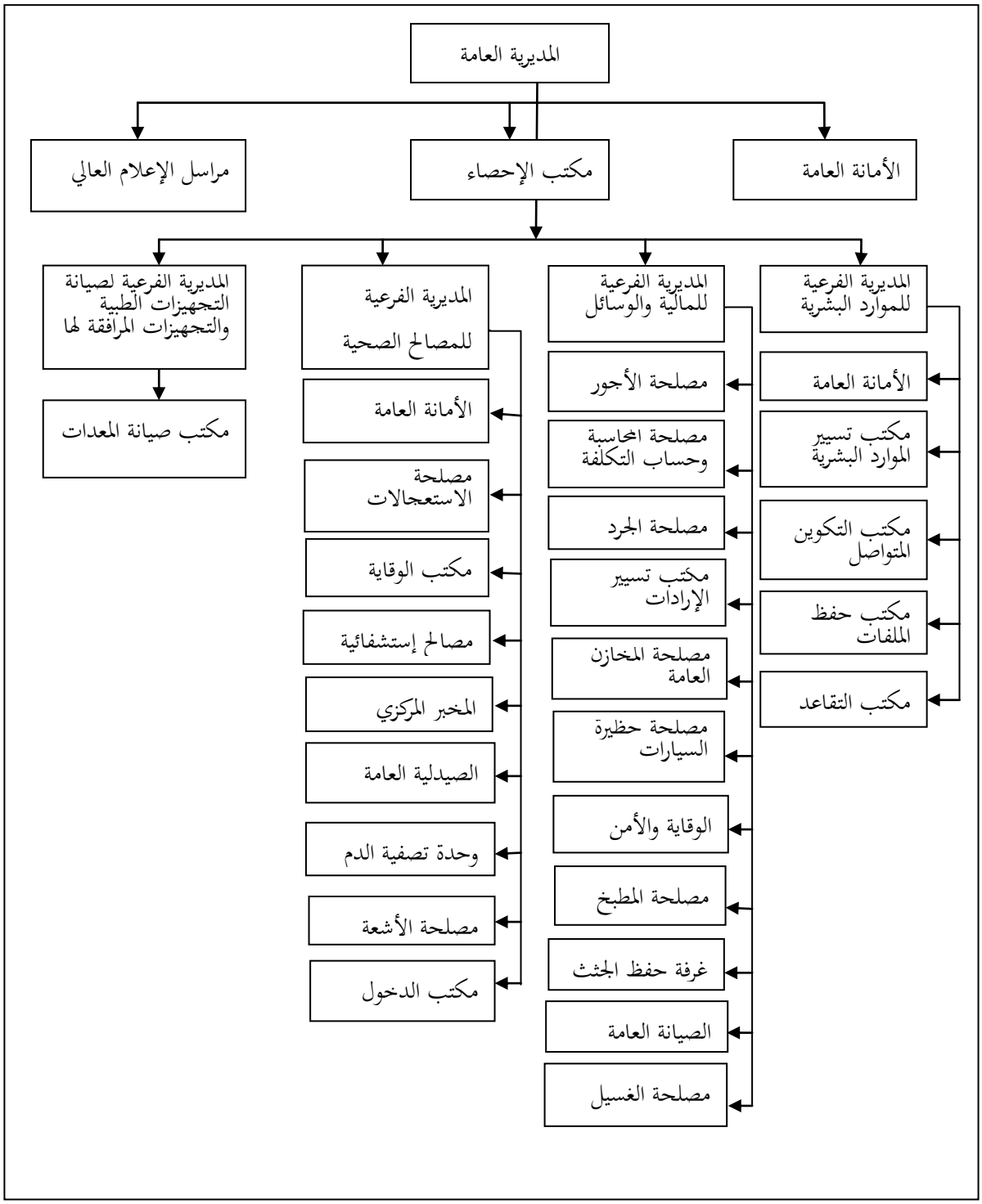
سمي بمستشفى **محمد زيوشي** نِسبَة إلى المجاهد **زيوشي محمد فاروق** الذي ولد سنة (1935م)، وكان ممرض في مستوصف طولقة، وتوفي سنة (1978م)، وبدأت أشغال بناء المستشفى سنة (1983م)، وأصبح كمؤسسة عمومية استشفائية بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم (140/07) المؤرخ في (2007/05/19م)، والمتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، وتنظيمها وسيرها.

تبلغ مساحته بـ (13239م^2)، ويعتبر المؤسسة العمومية الاستشفائية الوحيدة على مستوى دائرة طولقة، ويقع وسط دائرة طولقة بالقرب من الطريق الوطني رقم (46) الرابط بين دائرة بوسعادة (ولاية المسيلة) وولاية بسكرة[1].

2– الهيكل التنظيمي لمستشفى طولقة: يمكن توضيح الهيكل التنظيمي الذي يبين تكوين هذا المستشفى من المديريات الفرعية ومختلف المكاتب كما في الشكل الآتي:

[1] وثائق مقدمة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد زيوشي بدائرة طولقة – ولاية بسكرة.

الشكل (4-4): الهيكل التنظيمي لمستشفى محمد زيوشي بطولقة.



المصدر: إعداد الطالب بناءً على الوثائق المقدمة من المستشفى.

3- توزيع الأَسِرَّة على المصالح الاستشفائية لمستشفى محمد زيوشي بطولقة: وحسب إحصائيات (2014م)، يمكن توضيح مختلف المصالح المكونة لهذا المستشفى، وتعداد الأَسِرَّة المنظمة لهذه المصالح كما في الجدول الآتي:

الجدول (4-8): توزيع الأسرة على المصالح الاستشفائية لمستشفى محمد زيوشي بطولقة.

المصلحة	عدد الأسرة المُنَظَّمة
مصلحة طب النساء والتوليد	**36**
مصلحة طب الرجال	**10**
مصلحة طب النساء	**10**
مصلحة طب الأطفال وطب حديثي الولادة	**25**
جراحة الرجال	**12**
جراحة النساء	**12**
مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية	**10**
مصلحة تصفية الدم	**12**
العدد الإجمالي	***127**

المصدر: إعداد الطالب بناءً على الوثائق المقدمة من المستشفى.

من خلال الجدول (4-8)، نلاحظ أن مستشفى محمد زيوشي بطولقة يتألف من ثمانية مصالح موزعة على اختصاصات مختلفة، أما العدد الإجمالي للأسرة المُنَظَّمة فيقدر بـ (127) سرير موزعة على مختلف المصالح، حيث كان العدد الأكبر من الأسرة في كل من مصلحة طب النساء والتوليد بعدد يقدر بـ (36) سرير، ومصلحة طب الأطفال وحديثي الولادة بعدد يقدر بـ (25) سرير، وهذا يرجع من المفروض إلى أن طبيعة العمل في كل من المصلحتين تتطلب ذلك، وإلى حجم النشاط الكبير والأعمال المنجزة في كل من المصلحتين، ومدى الحاجة إلى تكثيف جهود العمل في كل منهما، والذي أدى بإدارة المستشفى إلى تخصيص عدد أكبر للأَسِرة لهما.

4- توزيع الموارد البشرية لمستشفى محمد زيوشي بطولقة: وحسب إحصائيات (2014م)، يقدر العدد الإجمالي للعاملين في هذا المستشفى بـ (506) عامل**، ويمكن توضيح توزيع هذا العدد من العاملين على مختلف الفئات الوظيفية كما في الجدول الآتي:

* العدد الإجمالي للأسرة التنظيمية حسب المعطيات الأحدث هو **120** (أنظر الملحق: 03)، وحسب تصريح أحد المسؤولين الذي قدم هذه الإحصائيات، فإن مختلف هذه الإحصائيات لم تتغير كثيرا منذ سنة 2014م، وهو ما دفع الطالب إلى الاكتفاء بإحصائيات تلك السنة لهذا المستشفى، لكن عند حساب عدد العاملين في مجتمع الدراسة، فإنه تم الاعتماد على الاحصائيات الأحدث لمختلف المستشفيات محل الدراسة.

** حسب المعطيات الأحدث، فعدد العاملين في هذا المستشفى هو 560، وهو العدد المعتمد في تحديد حجم مجتمع الدراسة من أجل تحديد حجم العينة، (أنظر الملحق:03).

الجدول (4-9): توزيع الموارد البشرية لمستشفى محمد زيوشي بطولقة.

التعيين		العدد	نسبة الرتبة من السلك	نسبة السلك من العدد الإجمالي
1- السلك الطبي	طبيب عام	36	69,23	
	طبيب أخصائي	14	26,92	
	جراح أسنان	02	3,85	
	صيدلي عام	00	00	
المجموع		52	%100	%10,28
2- السلك شبه طبي	ممرض حاصل على شهادة دولة	149	58,20	
	ممرض مؤهل	15	5,86	
	مساعد تمريض	47	18,36	
	عون تخدير	16	6,25	
	قابلات	28	10,94	
	أخصائي في علم النفس	01	0,39	
المجموع		256	%100	%50,59
3- السلك الإداري والتقني والخدمي	إداري	37	18,69	
	التقنيون والعاملون في الخدمات	161	81,31	
المجموع		198	%100	%39,13
العدد الإجمالي		506		%100

المصدر: إعداد الطالب بناءً على الوثائق المقدمة من المستشفى.

من خلال الجدول (4-9)، نلاحظ أن العدد الإجمالي للعاملين في مستشفى محمد زيوشي بطولقة بلغ (506)، حيث العدد الأكبر لتوزيع هذا العدد على مختلف الفئات العاملة كان لصالح الشبه طبيين، ويقدر بـ (256) بنسبة بلغت (50,59%)، وهذا أمر طبيعي كما تم الإشارة إلى ذلك سابقا، في حين أن العدد الأصغر كان لصالح الأطباء بمختلف فئاتهم، ويقدر بـ (52) بنسبة بلغت (10,28%)، وهذا يعتبر عدد صغير بالمقارنة مثلا بالمركز الإستشفائي الجامعي بباتنة، أو بمستشفى الحكيم عقبي بقالمة، وبالمقارنة كذلك مع الكثافة السكانية الكبيرة لدائرة طولقة والمناطق المجاورة لها، وهذا ما يكشف عن النقص الكبير لتعداد العاملين في السلك الطبي، وخاصة الأطباء الأخصائيين الذين بلغ عددهم بـ (14) طبيب أخصائي، مما قد يؤثر على قدرات هذا المستشفى في تلبية مختلف الاحتياجات للمرضى والمواطنين الوافدين إليه من سكان المنطقة، مما يضطر هذا المستشفى إلى تحويل الكثير من الحالات إلى مستشفيات أخرى، ويضطر الكثير من الأشخاص إلى اللجوء إلى المستشفيات الأخرى في المناطق المجاورة.

المطلب الثالث: التعريف بمستشفى بشير بن ناصر ومستشفى الدكتور سعدان ببسكرة.

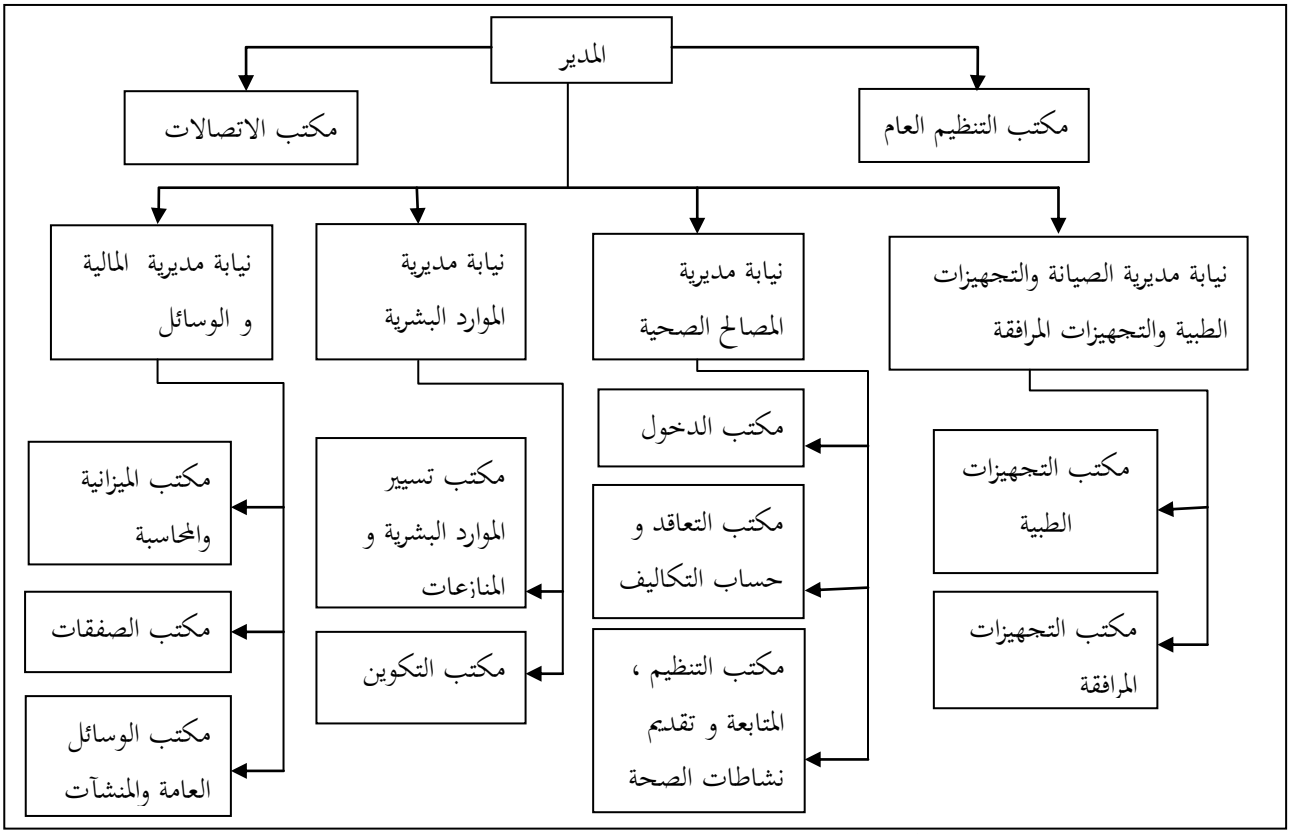
من خلال هذا المطلب سنحاول إعطاء لمحة تعريفية حول كل من مستشفى بشير بن ناصر ومستشفى الدكتور سعدان ببسكرة، وهذا حتى يتم توضيح وإبراز أهم المميزات والخصائص لكل مستشفى.

أولا– التعريف بمستشفى بشير بن ناصر ببسكرة: وذلك من خلال التعرف على مختلف مراحل نشأة هذا المستشفى، الهيكل التنظيمي، المصالح، النشاطات والموارد البشرية.

1– نشأة مستشفى بشير بن ناصر ببسكرة: تأسست المؤسسة العمومية الإستشفائية بشير بن ناصر بسكرة بموجب المرسوم (140–07) المؤرخ في (19 ماي 2007م)، والمتضمن إنشاء، تنظيم وتسيير المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، وتقع المؤسسة العمومية الإستشفائية بشير بن ناصر بسكرة بحي العالية الجنوبية، يحدها من الشمال المؤسسة العمومية المتخصصة في التوليد وأمراض النساء وطب وجراحة الأطفال، وجنوبا وشرقا جامعة محمد خيضر، وغربا حديقة بشير بن ناصر، وتبلغ مساحتها الإجمالية (44584 م^2)[1].

2– الهيكل التنظيمي لمستشفى بشير بن ناصر ببسكرة: يمكن توضيح الهيكل التنظيمي الذي يوضح ويُبرز تكوين هذا المستشفى من المديريات الفرعية ومختلف المكاتب كما في الشكل الآتي:

الشكل (4–5): الهيكل التنظيمي لمستشفى بشير بن ناصر ببسكرة.



المصدر: إعداد الطالب بناءً على الوثائق المقدمة من المستشفى.

[1] وثائق مقدمة من المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر بولاية بسكرة.

3- المصالح الاستشفائية والتقنية لمستشفى بشير بن ناصر ببسكرة: بمقتضى القرار رقم (2685) المؤرخ في (20 جانفي 2008م)، والمعدل والمتمم بالقرار رقم (69) المؤرخ في (30 مارس 2014م)، والمتضمن إنشاء المصالح والوحدات المكونة لها، وعددها (16) مصلحة، تتضمن (254) سرير نظري، و(236) سرير منظم*، وضمن هذه المصالح يتم القيام بالعديد من النشاطات الصحية، وحسب بيانات سنة (2016م) فهذه المصالح تتوزع كالآتي[1]:

- (**09**) **مصالح إستشفائية** : تحتوي على (97) سرير نظري، و(111) سرير منظم.

1- الإنعاش والتخدير؛

2- الجراحة العامة: تتضمن الوحدات الآتية:

- ✓ وحدة جراحة الرجال؛
- ✓ وحدة جراحة النساء؛
- ✓ جراحة المسالك البولية؛
- ✓ السينولوجيا وجراحة الثدي.

3- الطب الشرعي؛

4- طب أمراض الكلى وتصفية الدم؛

5- جراحة الأعصاب؛

6- جراحة العظام و الرضوض؛

7- جراحة الأطفال؛

8- جراحة الأنف، الأذن والحنجرة؛

9- جناح الاستعجالات الطبية الجراحية.

- (**07**) **مصالح تقنية** : تحتوي على (157) سرير نظري، (125) سرير منظم.

1- قسم العمليات الجراحية (Bloc central)؛

2- المخبر المركزي؛

3- مركز حقن الدم؛

4- الأشعة المركزية (وحدة السكانير و وحدة الأشعة)؛

5- الصيدلية؛

6- علم الأوبئة؛

7- وحدة التكييف العضوي.

* أنظر الملحق (03).

[1] وثائق مقدمة من المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر بولاية بسكرة، حسب معطيات وإحصائيات سنة (2016م).

4- توزيع الموارد البشرية لمستشفى بشير بن ناصر ببسكرة: يقدر العدد الإجمالي للعاملين في هذا المستشفى بـ (620) عامل، وحسب بيانات سنة (2016م) فهذا العدد يتوزع على مختلف الفئات الوظيفية كالآتي[1]:

- الأطباء المختصين: ويبلغ عددهم بـ (34) طبيب، وموزعين كالآتي:
  - ✓ (05) أطباء مختصين في التخدير والإنعاش؛
  - ✓ (06) أطباء مختصين في الجراحة العامة؛
  - ✓ (05) أطباء مختصين في جراحة الأطفال؛
  - ✓ (02) أطباء مختصين في جراحة المسالك البولية؛
  - ✓ (01) طبيب مختص في جراحة الأعصاب؛
  - ✓ (05) أطباء مختصين في جراحة العظام والرضوض؛
  - ✓ (01) طبيب مختص في جراحة الفك والوجه؛
  - ✓ (04) أطباء مختصين في الأنف، الأذن والحنجرة؛
  - ✓ (01) طبيب مختص في الطب الشرعي؛
  - ✓ (02) أطباء مختصين في الطب الكلى؛
  - ✓ (01) طبيب مختص في الأشعة؛
  - ✓ (01) طبيب مختص في التكثيف العضوي؛
- (54) طبيب عام، (04) صيادلة و (06) جراحي الأسنان؛
- الشبه طبيين: (372)؛
- الإداريين، التقنيين والعاملين في الخدمات: (150).

من خلال التوزيع السابق للموارد البشرية في مستشفى بشير بن ناصر، نلاحظ أن العدد الأكبر للعاملين كان لصالح فئة الشبه طبيين، ثم تأتي بعد ذلك فئة الإداريين، التقنيين والعاملين في الخدمات، أما فئة الأطباء بمختلف تصنيفاتهم، فكانت هي الأقل، وهذا التوزيع يعتبر طبيعي، ويتماشى ويتوافق مع مدى حاجة المجال الصحي إلى مختلف هذه الفئات العاملة.

5- النشاطات الصحية لمستشفى بشير بن ناصر ببسكرة: هناك الكثير من النشاطات لهذا المستشفى، ويمكن توضيح أهم النشاطات المحققة لسنتي (2015- 2016م) كما في الجدول الآتي:

[1] وثائق مقدمة من المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر بولاية بسكرة، حسب معطيات وإحصائيات سنة (2016م).

الجدول (4-10): النشاطات الصحية لمستشفى بشير بن ناصر ببسكرة.

		سنة 2015	سنة 2016
النشاطات الاستشفائية	عدد المرضى المقبولين	7214	2137
	عدد الأيام الاستشفائية للمرضى	31617	9892
	نسبة الإشغال للسرير*	%44	%55
	المدة المتوسطة لمكوث المريض	04 أيام	05 أيام
	معدل الدوران للسرير	37 مريض لكل سرير	38 مريض لكل سرير
التدخلات الجراحية المستعجلة		1920	534
التدخلات الجراحية المبرمجة		3264	1059

المصدر: إعداد الطالب بناءً على الوثائق المقدمة من المستشفى.

من خلال الجدول (4-10)، نلاحظ في البداية أنه في سنة (2016م) كان عدد المرضى، عدد الأيام الاستشفائية وعدد التدخلات الجراحية المستعجلة والمبرمجة، هو أقل بكثير من سنة (2015م)، وهذا يرجع إلى أن الأعداد المأخوذة هي لفترة من سنة (2016م) فقط وليس لكل السنة، لذلك كانت الأعداد أقل من سنة (2015م)، وعلى عكس ذلك فإن مختلف نسب ومعدلات النشاط كانت في سنة (2016م) أكبر من سنة (2015م)، وهذا لأن الكثير منها يمكن حسابه بطريقة تجعله لا يتأثر بالمدة الزمنية التي تم أخذ منها الإحصائيات، أي أنه يمكن مقارنة مثلا نسب النشاط لستة أشهر معينة بنسب النشاط لسنة أخرى.

ونلاحظ أن النشاطات المحققة في مستشفى بشير بن ناصر ببسكرة لسنة (2015م) كانت قليلة جدا، وهذا إذا تم المقارنة مثلا مع العدد الإجمالي للمرضى والأيام الاستشفائية لكل من مستشفى الحكيم عقبي بقالمة والمركز الإستشفائي الجامعي بباتنة، أما حجم النشاطات المحققة في هذا المستشفى لسنة (2016م) فكانت أكبر من النشاطات لسنة (2015م)، وهذا بالنظر لمختلف معدلات ونسب النشاط، حيث أن المدة المتوسطة لمكوث المريض كانت في سنة (2016م) أكبر من سنة (2015م)؛ وهذا لتغير النسبة بين عدد المرضى المقبولين للعلاج وعدد الأيام الاستشفائية بين سنتي (2015- 2016م)، كذلك نلاحظ أن نسبة الإشغال للسرير ومعدل الدوران للسرير كان في سنة (2016م) أكبر منه في سنة (2015م).

ثانيا – التعريف بمستشفى الدكتور سعدان ببسكرة: وذلك من خلال التعرف على مختلف مراحل نشأة هذا المستشفى، الهيكل التنظيمي، المصالح، الاختصاصات الطبية والموارد البشرية.

1- نشأة مستشفى الدكتور سعدان ببسكرة: انبثقت المؤسسة العمومية الإستشفائية الدكتور** سعدان عن

* لمعرفة كيفية حساب القوانين الخاصة بمعدلات ونسب النشاط، أنظر الملحق (05).

** ضمن التسمية الرسمية عند وزارة الصحة يطلق عليه اسم الدكتور سعدان، والبعض يسميه الحكيم سعدان.

التقسيم الأخير بمرسوم تنفيذي رقم (140/07) بتاريخ (19 ماي 2007م)، وهي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتُوضَع تحت وصاية الوالي، وتتكون من هيكل للتشخيص، العلاج، الاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي.

تقع المؤسسة العمومية الاستشفائية الدكتور سعدان في شارع الحكيم سعدان بمدينة بسكرة، وهي في الأصل مستشفى عسكري يسمى بـ **(Hôpital Lavigerie)**، حيث كان الوحيد على مستوى تراب الولاية، تعود نشأته إلى سنة (1895م)، من طرف الأخوات البيضوات **(Les Sœurs Blancs)**، وتم تأميمه سنة (1972م)، وحمل اسم الدكتور سعدان (أحمد شريف سعدان)، حيث كان تابعا للقطاع الصحي للولاية ثم تحول بموجب المرسوم السالف الذكر إلى مؤسسة عمومية استشفائية، ومن الناحية الهيكلية يُعتَبَر أعرق المستشفيات بالولاية، ويُغَطي حاجيات علاجية استشفائية لـ (12) دائرة و(33) بلدية، بتعداد سكاني يقارب (793640) ساكنا بتراب الولاية، ويمثل التعداد السكاني لمقر المؤسسة (بلدية بسكرة) حوالي (223492) ساكن أي بنسبة (29%).

وتقوم المؤسسة بتغطية متخصصة، أهمها: الطب الداخلي، أمراض القلب، الأمراض الصدرية، طب الأطفال، الأمراض العقلية والأورام السرطانية، وتسجل المؤسسة ما يقارب من (8000) إلى (9000) حالة استشفاء سنويا، وحوالي (900) تحويل من المؤسسات الصحية المتواجدة بالولاية[1]، ونشير إلى أن هذا المستشفى يمتلك نفس الهيكل التنظيمي لمستشفى بشير بن ناصر، والذي تم توضيحه في بداية هذا المطلب.

2- **المصالح الاستشفائية لمستشفى الدكتور سعدان ببسكرة:** فحسب إحصائيات (2016م)، يمكن توضيح مختلف المصالح الاستشفائية المتواجدة في هذا المستشفى كما في الجدول الآتي:

الجدول (4-11): المصالح الاستشفائية لمستشفى الدكتور سعدان.

المصالح الاستشفائية	عدد الوحدات		عدد الأسرة
الطب الداخلي	02	رجال ونساء	50
أمراض القلب	02		20
الأمراض الصدرية	02		30
الأمراض العقلية	02		50
أمراض الأورام السرطانية	01		14
طب الأطفال	01		40

المصدر: إعداد الطالب بناءً على الوثائق المقدمة من المستشفى.

من خلال الجدول (4-11)، نلاحظ أن مصلحتي الطب الداخلي والأمراض العقلية تتضمن عدد أكبر من الأَسرة، وهذا يكشف عن حجم النشاط الكبير، وارتفاع معدل عدد المرضى الوافدين سنويا في كلتا المصلحتين، وعلى

[1] وثائق مقدمة من المؤسسة العمومية الاستشفائية الدكتور سعدان بولاية بسكرة، حسب إحصائيات (2016م).

العكس من ذلك فإن مصلحة الأورام السرطانية تتضمن العدد الأقل من الأَسرة، وذلك يرجع إلى عدم حاجة هذه المصلحة لعدد كبير من الأَسِرَّة.

3- مصالح التشخيص لمستشفى الدكتور سعدان ببسكرة: حسب إحصائيات (2016م)، فإن هذا المستشفى يتضمن مصلحتين للتشخيص، تحتوي خمسة وحدات متخصصة، ويمكن توضيح ذلك كما في الجدول الآتي:

الجدول (4-12): مصالح التشخيص لمستشفى الدكتور سعدان.

المصالح	عدد الوحدات	النشاط
المخبر	**02**	**بيوكيمياء** **وحدة الكشف البكتريولوجي**
الكشف بالأشعة	**03**	**كشف بالأشعة** **كشف باطني** **الكشف بالسكانير**

المصدر: إعداد الطالب بناءً على الوثائق المقدمة من المستشفى.

4- **توزيع الموارد البشرية لمستشفى الدكتور سعدان ببسكرة:** حسب إحصائيات (2016م)، يقدر العدد الإجمالي للعاملين في هذا المستشفى (579) عامل، ومثل باقي المستشفيات محل الدراسة، فإن العدد الأكبر هو لفئة الشبه الطبيين بنسبة تقدر بـ (37,38%)، ويمكن توضيح توزيع العدد الإجمالي للعاملين على مختلف الفئات الوظيفية كما في الجدول الآتي:

الجدول (4-13): تعداد العاملين لمستشفى الدكتور سعدان.

الفئة	العدد	النسبة
أطباء عامِّين	**44**	**%7,60**
أطباء مختصين	**42**	**%7,25**
شبه طبيين	**219**	**%37,38**
إداريين	**84**	**%14,51**
مهندسين وعمال مهنيين دائمين	**95**	**%16,41**
عمال مهنيين متعاقدين	**95**	**%16,41**
العدد الإجمالي	**579**	**%100**

المصدر: إعداد الطالب بناءً على الوثائق المقدمة من المستشفى.

المبحث الثاني: إجراءات الدراسة الميدانية.

حتى يمكن إجراء الدراسة الميدانية على أحسن وجه، فإن أهم ما ينبغي القيام به هو تحديد متغيرات الدراسة وأبعادها بدقة، وتحديد حجم العينة المناسب والممثل لمجتمع الدراسة، بحيث يمكن تعميم النتائج على مجتمع الدراسة بثقة أكبر، بالإضافة إلى التحديد المسبق لأدوات جمع البيانات، ومختلف الأساليب الإحصائية المناسبة، والتي يمكن الاستعانة بها لمعالجة إشكالية وموضوع الدراسة.

المطلب الأول: الإطار المنهجي للدراسة.

نقصد بالإطار المنهجي للدراسة توضيح حدود الدراسة، خاصة من ناحية وضع أنموذج للدراسة يبرز ويبين متغيرات الدراسة، ومختلف الأبعاد المشكلة لها، والعلاقات التي تربط بينها، وأيضا التحديد والتعريف الدقيق لعينة ومجتمع الدراسة.

أولا– أنموذج الدراسة.

إن الغاية من أغلب الدراسات والبحوث سواء كانت أكاديمية أو غيرها، هو الكشف عن العلاقات التي تربط بين متغيرات معينة يسعى الباحث لدراستها، والمتغير الأساسي الذي يسعى الباحث لتتبعه ودراسته يسمى المتغير التابع، وهو المتغير المؤثَر فيه، أما المتغيرات الأخرى فهي المؤثِرة في هذا الأخير وتسمى المتغيرات المستقلة، وقد يكون متغير ما هو تابع لمتغير مستقل، وفي نفس الوقت هو متغير مستقل بالنسبة لمتغير تابع آخر، وبالتالي فالعلاقة التي يتم التوصل إليها بين هذه المتغيرات، إذا كانت ثابتة تحت ظروف وشروط معينة فتعتبر كقانون أو نظرية جديدة، فتحديد مختلف أنواع متغيرات الدراسة والعلاقة المبدئية التي يهدف الباحث إلى دراستها هو ما يسمى بأنموذج الدراسة، وهذه المتغيرات تعبر عنها وتتجسد في الواقع العملي من خلال الكثير من السلوكيات أو المظاهر، يمكن تسميتها بالأبعاد أو المحاور.

من خلال هذه الدراسة التي سيقوم بها الطالب، فإن عنوان هذه الأطروحة والإشكالية المطروحة والتي ينبغي الإجابة عنها، تتضمن وتقتضي اعتماد متغير واحد فقط، والمتمثل في معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، وهناك العديد من الأبعاد التي يمكن أن تعبر عن هذا المتغير، ويمكن تبيين مختلف الأبعاد* التي تناولتها عينة مختارة من طرف الطالب من الدراسات الوطنية والعربية، والمكونة من ستة وعشرون دراسة كما في الجدول الآتي:

* البعض استخدمها كمبادئ والبعض الآخر كمعوقات لتطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، أو كعناصر للثقافة التنظيمية الملائمة والمساهمة في تطبيق هذا المنهج، أو كمتطلبات لتطبيق هذا المنهج....الخ.

الجدول (4-14): أبعاد متغير الدراسة (المعوقات) حسب ما جاء في بعض الدراسات العربية.

الدراسة	الأبعاد
1- جاسم بن فيحان الدوسري، 2007	المشاركة وفرق العمل، رضا المستفيد، الإدارة العليا، المعلومات والاتصال، التحسين المستمر، التدريب، الولاء للمؤسسة، الحوافز، الوقاية من الأخطاء، اتخاذ القرارات بناء على الحقائق، الأساليب الإحصائية.
2- أحمد بن عيشاوي، 2008	الهيكل التنظيمي، التزام الإدارة، رضا العملاء، قياس الأداء، الأساليب الإحصائية، التحفيز، التدريب، التعاون وفرق العمل.
3- فتيحة حبشي، 2007.	القيادة ودور الإدارة، نظم التعليم والتدريب، التوجه بالعميل، التحسين المستمر، التعاون وحل المشكلات، الاتصال، المشاركة والعمل الجماعي، القياس وتقييم الأداء، نظام الحوافز والأجور، الابتكار والتجديد
4- كحيلة نبيلة، 2009	التزام الإدارة العليا، إرضاء المريض، التحسين المستمر، اتخاذ القرارات بناء على الحقائق، الاتصال والمعلومات، التدريب، القياس وتقييم الأداء.
5- محمد بوبقيرة، 2006	التحسين المستمر، التركيز على الزبون، اتخاذ القرارات بناء على المعلومات، دعم الإدارة العليا، الحوافز.
6- شراير سعاد، 2009	التزام الإدارة العامة، التحسين المستمر للجودة، اختيار وتدريب المورد البشري، مشاركة المورد البشري، التعاون بين العاملين، الرضا عن الحوافز المادية.
7- ربحي كريمة، 2013	القيادة الفعالة ، التحسين المستمر، رضا الزبون ، مشاركة العاملين.
8- قاسمي كمال، 2003.	التركيز على الزبون، المعلومات والاتصالات، التحفيز، التعاون، المشاركة في اتخاذ القرار، التدريب، قياس وتقييم العمليات.
9- أحمد علماوي، 2010	التزام الإدارة، المشاركة والعمل الجماعي، الاهتمام بالزبون، التحفيز، الاتصال، التحسين المستمر، التدريب، الوقاية من الأخطاء، القياس.
10- أحمد إبراهيم موسى إبراهيم، 2010.	التركيز على الزبون، التحسين المستمر، العمل بروح الفريق، التوجه بالرسالة والأهداف، نمط الإدارة، التحكم في الأداء.
11- ربيعي ميلود، 2007.	اهتمام الإدارة بالجودة، التركيز على الزبون، التحسين المستمر، التحفيز، التدريب، الرقابة والتقييم، المشاركة وفرق العمل، الإدارة بالحقائق.
12- هيفاء سويسري، 2000	التركيز على المستفيد، التحسين المستمر، فريق العمل.
13- يحي برويقات عبد الكريم، 2009.	القيادة، التخطيط الاستراتيجي للجودة، بنية الجودة، التركيز على الزبون، الاتصال الفعال، التقييم، التدريب والتعليم، مشاركة الأفراد، المكافأة والعرفان، إدارة جودة الموردين، إدارة العمليات.
14- محفوظ أحمد جودة، 2001.	مشاركة الموظفين، استخدام الطرق الإحصائية، ثقافة الجودة، التزام الإدارة العليا، التحسين المستمر، فرق العمل، التركيز على المستهلك، الوقاية من الأخطاء.

15- دريادي حميدة، 2010.	القيادة الإدارية، التغيير، فريق العمل، التدريب، التحفيز، الاتصال.
16- ناصر أمين أحمد علي، 2012.	التزام الإدارة العليا، إدارة الموارد البشرية (اختيار الموظفين، التعليم والتدريب، الدعم والتشجيع، المشاركة وفرق العمل،)، التركيز على العميل وإرضاءه، التخطيط الاستراتيجي للجودة، التحسين المستمر، المقارنة المرجعية، المسؤولية الاجتماعية، إدارة البيانات والمعلومات، بيئة الخدمة المادية، ثقافة الخدمة، الأدوات الاحصائية.
17- فرحي محمد، 2009.	التركيز على المستهلك، العمل الجماعي، التحسين المستمر، الجودة كوسيلة لتحقيق التميز، الالتزام والدعم الدائم للإدارة العليا، التدريب.
18- سعدي محمد الكحلوت، 2004.	القياس، الحوافز المادية، الحوافز المعنوية، التزام الإدارة العليا، التحسين المستمر، التدريب، رضا المرضى، المشاركة في العمل.
19- علي محمد عبد الجبار مهدي الحميري، 2011.	القيم التنظيمية (رضا العملاء، التحسين المستمر...الخ)، التعليم والتدريب، المشاركة والعمل الجماعي، نمط القيادة، نمط الاتصالات والمعلومات، التقييم والقياس، الحوافز.
20- بوطرفة صورية، 2011.	التزام ودعم الإدارة العليا، التدريب، المشاركة وفرق العمل، التحسين المستمر، القياس والتقييم، التشجيع والتحفيز، إرضاء العميل، الهيكل التنظيمي.
21- ماجد بن غرم الله بن محمد الحقيب الغامدي، 2008.	القيادة، الهياكل والتنظيم، احتياجات المستفيدين، التقويم، التحسين المستمر.
22- لمى فيصل اسبر، 2009.	الخطط والسياسات المطبقة، الأنماط القيادية (اختيار الموظفين، قياس أداء الموظفين، التحفيز، الوقاية من الأخطاء، احتياجات العميل، فرق الجودة)، العادات والتقاليد (العمل الجماعي، تقويم أداء المؤسسة، التحفيز، المشاركة وتفويض السلطة، التدريب)، رضا الموظفين (الحوافز والأجور، احترام المعتقدات الدينية،...الخ)، نظم المعلومات المستخدمة (الحاسوب، خريطة السبب والأثر...الخ).
23- مناصرية رشيد، 2013.	فرق العمل والمشاركة، إرضاء الزبون، القياس والتقييم، التحسين المستمر، التدريب، التحفيز، الاتصالات والمعلومات، التعليم.
24- علي بن عبد الله المهيدب، 2005.	اقتناع ودعم الإدارة العليا، مشاركة العاملين، فرق العمل، التدريب، التشجيع والتقدير، الاتصال.
25- باسل فارس قنديل، 2008.	التركيز على الزبائن، التزام الإدارة العليا، التحسين المستمر للعمليات والجودة، النظم الإدارية، الإجراءات التشغيلية.
26- شادي عطا محمد عايش، 2008.	التركيز على العميل، تلبية احتياجات العاملين (تدريب، تأهيل، تحفيز)، تحسين العمليات، التركيز على الاحتياجات الإدارية والتكنولوجية للمنافسة.

المصدر: إعداد الطالب بناءً عينة من الدراسات المختارة.

من خلال الجدول (4-14)، فيمكن حساب عدد ونسبة تكرار أهم الأبعاد المكونة لعينة الدراسات المختارة كما في الجدول الآتي:

الجدول (4-15): تكرار أبعاد متغير الدراسة (المعوقات) حسب عينة من الدراسات المختارة.

الأبعـــــاد / الدراسات	التزام الإدارة	الولاء للمؤسسة	التوجه بالرسالة والأهداف	التوجه نحو الزبون	الإتصالات والمعلومات	اتخاذ القرارات بناء على الحقائق	الهيكل التنظيمي	القياس والتقييم	الأدوات الإحصائية	التعليم والتدريب	التشجيع والتحفيز	المشاركة وفرق العمل	الوقاية من الأخطاء	التحسين المستمر	الإبتكار والتجديد
1- جاسم بن فيحان الدوسري، 2007	×	×		×	×	×			×	×	×	×	×	×	
2- أحمد بن عيشاوي، 2008	×			×			×	×	×	×	×	×			
3- فتيحة حبشي، 2007.	×			×	×			×		×	×	×		×	×
4- كحيلة نبيلة، 2009	×			×	×	×		×		×				×	
5- محمد بوبقيرة، 2006	×			×		×					×			×	
6- شراير سعاد، 2009	×									×	×	×		×	
7- ربحي كريمة، 2013	×			×								×		×	
8- قاسمي كمال، 2003.				×	×						×	×			
9- أحمد علماوي، 2010				×	×			×		×	×	×	×	×	
10- أحمد إبراهيم موسى إبراهيم، 2010.	×		×	×				×				×		×	
11- ربيعي ميلود، 2007.				×				×		×	×	×		×	
12- هيفاء سويسري، 2000				×								×		×	
13- يحي برويقات عبد الكريم، 2009.	×			×	×			×		×	×	×			
14- محفوظ أحمد جودة، 2001.	×			×					×			×	×	×	
15- دريادي حميدة، 2010.	×				×					×	×	×			
16- ناصر أمين أحمد علي، 2012.	×			×	×			×	×	×	×	×		×	
17- فرحي محمد، 2009.	×			×						×		×		×	

18- سعدي محمد الكحلوت، 2004.	×			×			×		×		×	×		×	
19- علي محمد عبد الجبار مهدي الحميري، 2011.	×			×	×		×		×		×			×	
20- بوطرفة صورية، 2011.	×			×			×	×	×		×	×		×	
21- ماجد بن غرم الله بن محمد الحقيب الغامدي، 2008.	×			×				×	×					×	
22- لمى فيصل اسبر، 2009.	×			×	×	×	×	×			×	×	×		
23- مناصرية رشيد، 2013.				×	×	×		×			×	×		×	
24- علي بن عبد الله المهيدب، 2005.	×				×	×	×				×	×			
25- باسل فارس قنديل، 2008.	×			×										×	
26- شادي عطا محمد عايش، 2008.				×	×	×								×	
التكرار	2	1	1	2	1	1	5	1	3	4	1	2	1	2	4
النسبة المئوية (%)	84,6	3,8	3,8	88,5	46,1	15,4	11,5	53,8	19,2	69,2	65,4	80,8	15,4	76,9	3,8
الرتبة الترجيحية	2	12	12	1	8	10	11	7	9	5	6	3	10	4	12

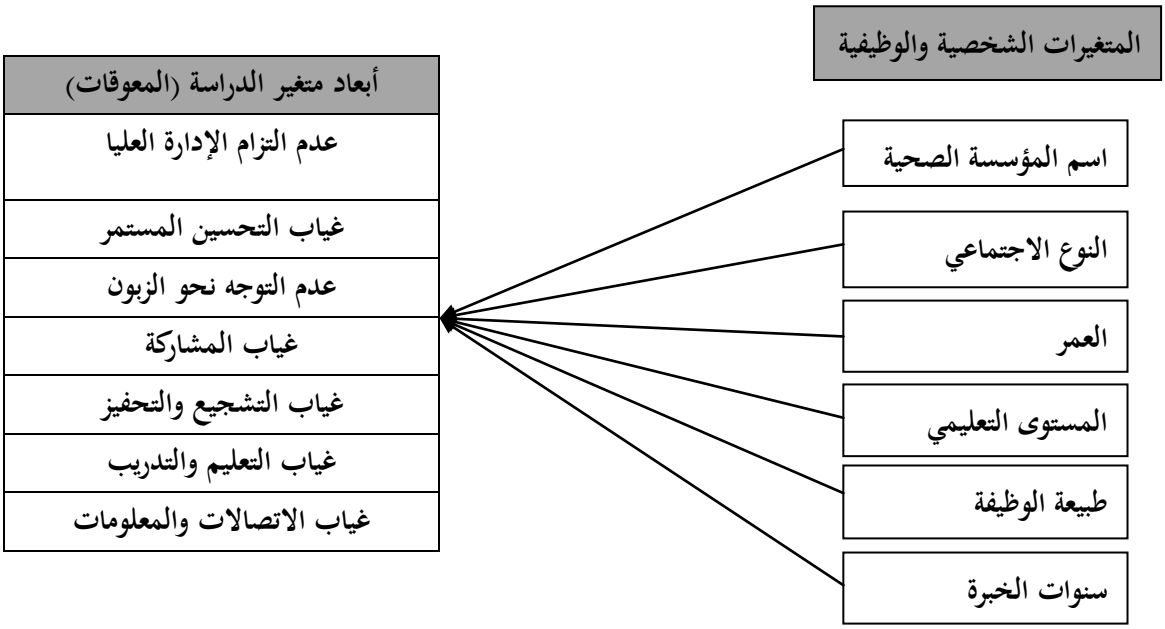
المصدر: إعداد الطالب بناءً على عينة مختارة من الدراسات.

من خلال الجدول (4-15) يتضح أن بُعد التوجه نحو الزبون جاء في المرتبة الأولى، وهذا من حيث عدد مرات الظهور التي بلغت (23) مرة، وبنسبة (88,5%) من إجمالي الدراسات المختارة، أما في المستوى الثاني فجاء بُعد التزام الإدارة العليا؛ حيث تكرر (22) مرة، وبنسبة (84,6%) من إجمالي الدراسات، وسيتم اختيار الأبعاد السبعة الأكثر ظهورا وتكرارا (أكثر من 50%)؛ أي أن أكثر من نصف الدراسات استخدمت هذه الأبعاد، وسيتم إقصاء بعد القياس والتقييم الذي جاء في المرتبة السابعة، لأنه لا يتعلق كثيرا بالثقافة التنظيمية ويغلب عليه الطابع الكمي والإحصائي، بالإضافة إلى أن بعد اتخاذ القرارات بناءً على الحقائق يتشابه نوعا ما مع بعد الاتصالات والمعلومات، وبالتالي إذا ما تم دمج كل من البعدين في بعد واحد، فيصبح أكثر تكرار من بعد القياس والتقييم، ولذلك سنستبدل بعد القياس والتقييم ببعد الاتصالات والمعلومات، والذي جاء في المرتبة الثامنة.

وبالتالي سيتم اعتماد الأبعاد السبعة الآتية: التوجه نحو الزبون، التزام الإدارة، المشاركة وفرق العمل، التحسين المستمر، التعليم والتدريب، التشجيع والتحفيز، الاتصالات والمعلومات، وسيتم اعتماد هذه الأبعاد في صيغة النفي لتعبر وتتوافق أكثر مع موضوع الدراسة المتعلق بالمعوقات، كذلك وبما أن هذه الدراسة تعتمد على بعض المتغيرات

الشخصية والوظيفية*، فإنه يمكن توضيح الأنموذج الخاص بهذه الدراسة كما في الشكل الآتي:

الشكل (4–6): أنمـوذج الدراســة



المصدر: إعداد الطالب.

ثانيا– مجتمع وعينة الدراسة.

عند البدء في إجراء أي دراسة فمن الأمور التي ينبغي تحديدها منذ البداية هو مجتمع وعينة الدراسة، والمجتمع هو عبارة عن مجموعة من الأفراد محل الدراسة، والتي لها خصائص مشتركة، ويُقَسَّم المجتمع الإحصائي إلى قسمين[1]:

✓ مجتمع محدود: والذي يكون فيه عدد محدود من الأفراد، مثل: عدد أجهزة الكمبيوتر في المؤسسة، عدد طلاب الفرقة الأولى في كلية ما،...الخ؛

✓ مجتمع غير محدود: وهو المجتمع الذي يكون فيه عدد الأفراد غير منته، مثل: عدد النجوم في السماء، عدد حبات القمح المحصود في مزرعة معينة،...الخ.

ومن خلال هذه الدراسة فإن المجتمع المستهدف هو جميع العاملين في مجموعة مختارة من المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية، وتهدف هذه الدراسة بالدرجة الأولى إلى تحديد اتجاهات آراء العاملين نحو مستوى تواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية التي يعملون فيها، حيث كان من الصعب أو شبه المستحيل اختيار جميع العاملين في جميع المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية، لأن في هذه الحالة العينة المختارة ستكون كبيرة ودراستها شبه مستحيلة، حيث تم اختيار خمسة مؤسسات صحية من الشرق الجزائري موزعة على ثلاثة ولايات، وتم التركيز على المؤسسات الأكبر حجما، والأهم في الولايات التي تنتمي إليها.

* تم اعتماد اسم المؤسسة كمتغير وظيفي، وهذا حتى تتم المقارنة بين المستشفيات محل الدراسة لمعرفة الفروق في تواجد المعوقات، ومحاولة معرفة وتحليل أسباب ذلك.

[1] أماني موسى محمد، **التحليل الإحصائي للبيانات**، مصر: مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث، 2007، ص. 6-7.

وبالتالي فمجتمع هذه الدراسة هو جميع العاملين في خمسة المؤسسات الصحية المختارة، وسيتم اختيار عينة من العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة، وتعرف العينة بأنها: «جزء من المجتمع، والتي يتم اختيارها بحيث تمثل جميع صفات المجتمع، وينفرد بها فرع خاص من علم الإحصاء يسمى نظرية العينات»[1]، وسيتم اختيار حجم العينة بالاعتماد على الطريقة الأكثر شيوعا عند أغلب الباحثين، وهي كالآتي:

- ✓ إذا كان حجم المجتمع صغير بالمئات، فإن حجم العينة يجبذ أن يكون أكبر من (20%)؛
- ✓ إذا كان حجم المجتمع متوسط بالآلاف، فإن حجم العينة يجبذ أن يكون أكبر من (10%)؛
- ✓ إذا كان حجم المجتمع كبير بعشرات الآلاف، فإن حجم العينة يجبذ أن يكون أكبر من (5%).

وبما أن حجم مجتمع هذه الدراسة يقدر بالآلاف (4573) عامل، وحرصا على أن تكون استمارات الاستبيان الصالحة للدراسة أكبر من (10%)، فإنه تم اختيار عينة أولية مكونة من (500) عامل (توزيع 500 استمارة استبيان)، وتقدر نسبتهم بـ (10,93%) من مجتمع الدراسة، أما بعد استثناء استمارات الاستبيان الفاسدة وغير المسترجعة، فالعينة النهائية والمعتمدة تقدر بـ (471) عامل، وتقدر نسبتهم بـ (10,30%) وهي نسبة مقبولة، وقد تم توزيع العدد الإجمالي للعينة الأولية التي تم توزيع استمارات الاستبيان عليها بالاعتماد على طريقة التناسب؛ أي على حسب حجم كل مؤسسة صحية من العاملين مقارنة بالحجم الإجمالي لمجتمع الدراسة، وتم حساب العدد الإجمالي للعاملين في كل مؤسسة بدون استثناء أي فئة من العاملين؛ وذلك لأن منهج إدارة الجودة الشاملة له علاقة بجميع العاملين بمختلف فئاتهم، ويمكن توضيح توزيع العينة الأولية على المؤسسات الصحية محل الدراسة، كما في الجدول والشكل الآتيين:

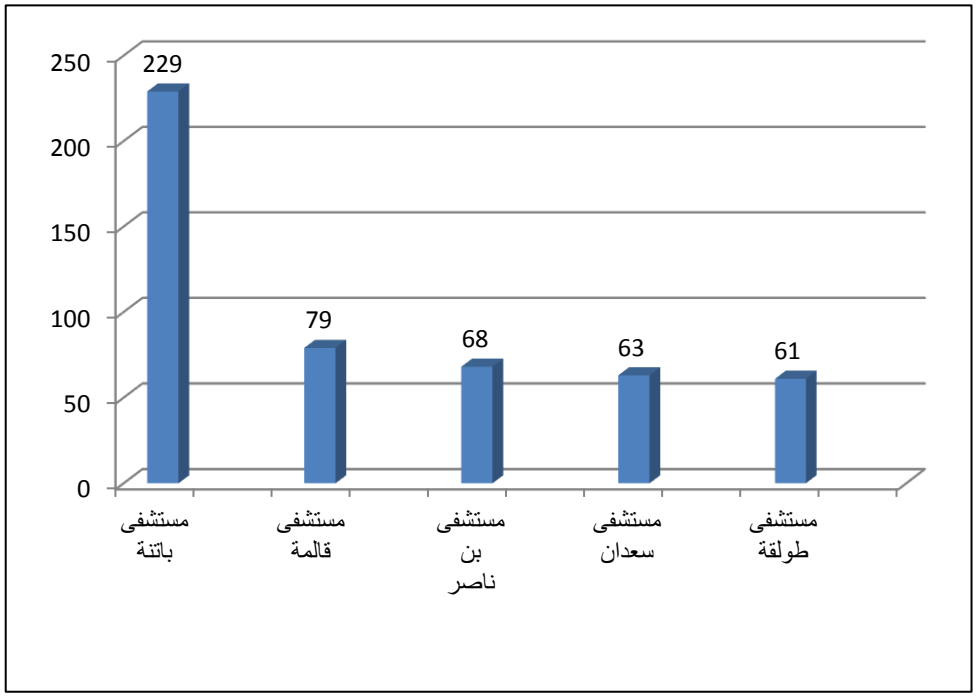
الجدول (4-16): توزيع العدد الإجمالي للعينة الأولية على المؤسسات الصحية محل الدراسة.

اسم المؤسسة الصحية	توزيع العاملين في مجتمع الدراسة	النسبة المئوية (%)	توزيع العاملين في العينة الأولية للدراسة
المركز الاستشفائي الجامعي بن فليس التهامي – باتنة	**2090**	**45,70**	**229**
المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي – قالمة	**724**	**15,83**	**79**
المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر – بسكرة	**620**	**13,56**	**68**
المؤسسة العمومية الاستشفائية الدكتور سعدان – بسكرة	**579**	**12,66**	**63**
المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد زيوشي – طولقة	**560**	**12,25**	**61**
المجموع	**4573**	**%100**	**500**

المصدر: إعداد الطالب.

[1] نفس المكان السابق.

الشكل (4-7):توزيع العدد الإجمالي للعينة الأولية على المؤسسات الصحية محل الدراسة.



المصدر: إعداد الطالب.

من خلال الجدول (4-16)، والشكل (4-7)، نلاحظ أن النسبة والعدد الأكبر لتوزيع أفراد العينة الأولية للدراسة، كان في المركز الإستشفائي الجامعي بن فليس التهامي بباتنة، بعدد يقدر بـ (229) عامل، وما يمثل ما نسبته تقريبا* (45,70%) من العدد الإجمالي للعينة الأولية للدراسة، وهي النسبة المحسوبة لعدد العاملين في هذا المستشفى في مجتمع الدراسة، وهذا يرجع إلى الحجم الكبير لهذا المستشفى، وإلى أن طبيعة المراكز الاستشفائية الجامعية تجعلها كبيرة الحجم مقارنة بأنواع المستشفيات الأخرى، أما أعداد العاملين في المستشفيات الأخرى فكانت متقاربة تقريبا.

المطلب الثاني: المعالجة الإحصائية لبيانات الدراسة.

بعد مرحلة جمع البيانات اللازمة والمناسبة لموضوع الدراسة، لابد من إخضاعها للمعالجة الإحصائية بما يُمَكِّن من فهمها أكثر، وعرضها وتوضيحها بالطريقة التي تسمح من تحليلها وتفسيرها بشكل أفضل وأسهل، وهذا لتحقيق أهداف الدراسة، والوصول إلى مختلف النتائج الممكنة والمستخلصة من عينة الدراسة.

أولا- الأساليب الإحصائية المستخدمة.

لتحقيق الأهداف الموضوعة للدراسة، وتحليل ومعالجة مختلف البيانات والمعطيات التي تم جمعها، تم الاعتماد على برنامج الإعلام الآلي المسمى بالحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، ويرمز له اختصارا **(spss)****، وقد تم استخدام

* لأنه مثلا في حالة مستشفى باتنة، فعند حساب عدد العاملين في العينة الأولية بناءً على النسبة (45,70%) فنجد (228,5)، ولأنه من غير المعقول أن يكون العدد بالفاصلة، وبهدف الحفاظ على العدد الإجمالي للعاملين يساوي (500) عامل، فتم تقريب العدد (28,5) إلى (29)، وهكذا نفس الشيء بالنسبة للمستشفيات الأخرى محل الدراسة.

** **S**tatistical **P**ackage for **S**ocial **S**ciences.

الإصـدار السادس عشر، ومن خـلال هذا البرنـامج تم استخدام مجموعة من الأساليب الإحصـائية الملائمة، ويمكن توضيحها كالآتي:

- **مقاييس الإحصاء الوصفي (Descriptive Statistic Measures)**: بهدف وصف خصائص عينة الدراسة بناءً على التكرارات، النسب المئوية، المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، ويمكن شرح ذلك كالآتي[1]:

✓ حساب التكرارات والنسب المئوية، لتوضيح وتشخيص الصفات الشخصية والوظيفية لأفراد عينة الدراسة من أجل تحليلها وتفسيرها، وبما يسمح من التعبير عنها وعرضها في مختلف الرسومات البيانية الملائمة كالأعمدة البيانية والدوائر المجزئة؛

✓ المتوسط الحسابي المرجح (الموزون) **(Weighted Mean)**، من أجل معرفة اتجاه الموافقة لأفراد عينة الدراسة تُجاه مختلف فقرات الاستبيان، وتقدير مستويات تواجد الأبعاد التي يتضمنها، وكذلك لترتيب مختلف الفقرات حسب اتجاه الموافقة الأكبر المقابل للمتوسط المرجح الأكبر؛

✓ الانحراف المعياري **(Standard Déviation)**، وهذا لمعرفة مدى انحراف وتشتت إجابات أفراد عينة الدراسة نحو كل فقرة أو بعد، فكلما اقتربت قيمته من الصفر، فهذا يعني تركز الإجابات وعدم تشتتها، أما إذا كانت قيمته تساوي الواحد الصحيح أو أكبر، فذلك يعني عدم تركز الإجابات وتشتتها، كما يمكن من خلاله ترتيب الفقرات لصالح الأقل تشتتا عند تساوي المتوسط الحسابي بين فقرتين أو أكثر.

- **معامل ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha α):** وذلك من أجل تقدير مدى ثبات الدراسة، ويأخذ هذا المعامل قيما تتراوح بين الصفر والواحد، وكلما اقتربت قيمته من الواحد الصحيح، فهذا يعني ثباتا أكبر للدراسة، وتضع **أوما سيكاران** قاعدة عامة لكيفية قراءة قيمة هذا المعامل، وهي[2]:

✓ إذا كان **معامل ألفا كرونباخ** أقل من (0,6)، فهذا معناه أن الدراسة تتمتع بثبات ضعيف، مما يستدعي إعادة النظر في بناء أداة الدراسة؛

✓ إذا كان **معامل ألفا كرونباخ** يتراوح بين (0,6-0,7) فهذا معناه أن الدراسة تتمتع بثبات مقبول؛

✓ إذا كان **معامل ألفا كرونباخ** يتراوح بين (0,7-0,8) فهذا معناه أن الدراسة تتمتع بثبات جيد؛

✓ إذا كان **معامل ألفا كرونباخ** أكبر من (0,8) فهذا معناه أن الدراسة تتمتع بثبات ممتاز.

- **معامل الارتباط لبيرسون (Pearson Corrélation Coefficient)**: وذلك لمعرفة وتقدير مدى وجود ارتباط بين الفقرات والأبعاد التي تنتمي إليها.

- **اختبار (Independent-Samples T-test):** لمعرفة مدى تواجد فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة حسب المتغيرات الشخصية والوظيفية ذات الفئتين.

[1] امتثال حسن عبد الرزاق وآخرون، **مبادئ الإحصاء الوصفي**، مصر: الدار الجامعية، 2002، ص 115.
[2] أوما سيكاران، **طرق البحث في الإدارة: مدخل بناء المهارات البحثية**، ترجمة: إسماعيل علي بسيوني وعبد الله بن سليمان العزاز، السعودية: المنشورات العلمية لجامعة الملك سعود، 1998، ص: 445.

- **اختبار تحليل التباين الأحادي (One-way ANOVA):** لمعرفة مدى تواجد فروق ذات دلالة إحصائية في آراء المستجوبين تجاه متغيرات الدراسة حسب المتغيرات الشخصية والوظيفية الأكثر من فئتين.
- **اختبار (LSD)*:** ويستخدم للمقارنات البعدية من أجل التعرف على اتجاه الفروق ذات الدلالة الإحصائية، ولصالح أي فئة من فئات المتغيرات الشخصية والوظيفية، وهذا في حالة إذا ما تبين من خلال تحليل التباين الأحادي أن هناك فروق معنوية.

ثانيا– الطريقة المستخدمة في قياس الاتجاهات والمستويات:

تسعى هذه الدراسة للوصول إلى هدف أساسي، يتمثل في تقدير ومعرفة مستوى تواجد معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية، وذلك من خلال توزيع أداة الدراسة (الاستبيان) على مجموعة مختارة من المستشفيات الجزائرية، وقد جاءت الأسئلة والفقرات المتعلقة بمتغير الدراسة (المعوقات) مصممة بشكل مغلق وفقا لمقياس **ليكرت الخماسي**، والذي يعد الأكثر ملائمة للكثير من الدراسات، وحسب اختيار الطالب فقد كانت الإجابات الخمسة المتاحة أمام كل فقرة مصاغة بالعبارات الآتية**: (**غير موافق بشدة، غير موافق، موافق نوعا ما، موافق، موافق بشدة**)، حيث أن المستجوبين يمكنهم اختيار إجابة واحدة فقط من الإجابات الخمسة، وقد تم الحرص قدر المستطاع أن ينتبه ويلتزم المستجوبون بذلك، وحتى يتم تحديد اتجاه الموافقة لمختلف الفقرات تم إعطاء الإجابات الخمسة أوزانا محددة، كما هو موضح في الجدول الآتي:

الجدول (4–17): الأوزان المعطاة لخيارات الإجابة المتاحة في الاستبيان.

خيارات الإجابة	الوزن
غير موافق بشدة	1
غير موافق	2
موافق نوعا ما	3
موافق	4
موافق بشدة	5

المصدر: إعداد الطالب.

من خلال الجدول (4-17)، ولحساب الحدود الدنيا والعليا لأطوال خلايا مقياس ليكرت الخماسي، فقد تم حساب المدى (4=1–5)، وتقسيمه على عدد فئات المقياس للحصول على طول الخلية (0,8=5÷4)، وبعد ذلك تم إضافة هذا العدد إلى أقل قيمة في المقياس، وهو العدد (1)، واستمرت الإضافة حتى الوصول إلى أعلى قيمة في المقياس، وهي العدد (5)، ونتائج هذه العمليات السابقة موضحة كما في الجدول الآتي:

* حسب برنامج (spss) للإصدار (16)، فإنه يتضمن (12) نوع من الاختبارات المتعلقة بمعرفة مصادر الفروق، مثل: اختبار (Scheffe) ، اختبار (Tukey)،...الخ، ويمكن أن تعطي هذه الاختبارات نتائج مختلفة نوعا ما، وقد تم استخدام اختبار (LSD)؛ لأنه من بين الاختبارات المستخدمة بكثرة.

** البعض قد يستخدم عبارات أخرى مثل: أبدا، نادرا، أحيانا، غالبا، دائما.

الجدول (4-18): المتوسطات المرجحة للفقرات والاتجاهات الموافقة لها.

المتوسط المرجح	الاتجاه
(1-1,79)	غير موافق بشدة
(1,80-2,59)	غير موافق
(2,60-3,39)	موافق نوعا ما
(3,40-4,19)	موافق
(4,20-5)	موافق بشدة

المصدر: إعداد الطالب.

حسب مضمون الجدول (4-18)، يمكن القول أن تحديد الاتجاه العام للموافقة نحو كل فقرة من فقرات الاستبيان يكون كالآتي:

- ✓ إذا كان المتوسط الحسابي المرجح للفقرة يتراوح ما بين (1-1,79)، فهذا معناه أن الاتجاه العام للموافقة تجاه ما جاء فيها يتجه نحو إجابة **غير موافق بشدة**.
- ✓ إذا كان المتوسط الحسابي المرجح للفقرة يتراوح ما بين (1,80-2,59)، فهذا معناه أن الاتجاه العام للموافقة تجاه ما جاء فيها يتجه نحو إجابة **غير موافق**؛
- ✓ إذا كان المتوسط الحسابي المرجح للفقرة يتراوح ما بين (2,60-3,39)، فهذا معناه أن الاتجاه العام للموافقة تجاه ما جاء فيها يتجه نحو إجابة **موافق نوعا ما**؛
- ✓ إذا كان المتوسط الحسابي المرجح للفقرة يتراوح ما بين (3,40-4,19)، فهذا معناه أن الاتجاه العام للموافقة تجاه ما جاء فيها يتجه نحو إجابة **موافق** ؛
- ✓ إذا كان المتوسط الحسابي المرجح للفقرة يتراوح ما بين (4,20-5)، فهذا معناه أن الاتجاه العام للموافقة تجاه ما جاء فيها يتجه نحو إجابة **موافق بشدة**؛

وفي ما يخص تقدير مستوى متغير الدراسة (المعوقات)، وكل بعد من أبعاده (المتغير يتضمن مجموعة من الأبعاد، والبعد عبارة عن مجموعة من الفقرات)، فذلك يتطلب مقياس خاص يحدد درجة تواجده (توافره، تحققه)، وفي هذا المجال تركز العديد من الدراسات على **المقياس الثلاثي** الذي يتضمن ثلاث مستويات: **منخفض، متوسط ومرتفع**.

ويمكن تحديد القيم الموافقة لهذه المستويات عن طريق حساب المدى (4=1-5)، ثم يتم تقسيمه على عدد فئات المقياس للحصول على طول الخلية (1,33=3÷4)، وبعد ذلك نقوم بإضافة هذه القيمة (1,33) إلى أقل عدد في المقياس، وهو العدد (1)، وهكذا تستمر عملية الإضافة حتى الوصول إلى أعلى عدد في المقياس، وهو العدد (5)، ونتائج هذه العمليات السابقة موضحة كما في الجدول الآتي:

الجدول (4-19): المتوسطات المرجحة للأبعاد والمتغيرات والمستويات الموافقة لها.

المتوسط المرجح	المستوى
(2,33-1)	**منخفض**
(3,67-2,34)	**متوسط**
(5-3,68)	**مرتفع**

المصدر: إعداد الطالب.

من خلال الجدول (4-19) يمكن القول أن تحديد مستوى تواجد متغير الدراسة (المعوقات) وكل بعد (عائق) من الأبعاد المكونة له يتم وفق الطريقة الآتية:

- ✓ إذا كان المتوسط الحسابي المرجح للمتغير أو البعد يتراوح ما بين (1-2,33)، فهذا معناه أن المستوى العام لتواجده يكون **منخفض**؛
- ✓ إذا كان المتوسط الحسابي المرجح للمتغير أو البعد يتراوح ما بين (2,34-3,67)، فهذا معناه أن المستوى العام لتواجده يكون **متوسط**؛
- ✓ إذا كان المتوسط الحسابي المرجح للمتغير أو البعد يتراوح ما بين (3,68-5)، فهذا معناه أن المستوى العام لتواجده يكون **مرتفع**.

وفي هذا الإطار نشير إلى أنه يمكن استخدام المستوى العام لمدى تواجد المتغير أو البعد، وهذا لإثبات أو نفي فرضيات الدراسة المتعلقة بمستوى التواجد، وبما أنه في الحالة العامة الفرضية الصفرية (فرضية العدم H0) تتضمن الاتجاه السلبي والفرضية البديلة (H1) تتضمن الاتجاه الإيجابي، فإنه في هذه الحالة **الفرضية الصفرية** هي وجود مستوى منخفض لتواجد المتغير أو البعد، **والفرضية البديلة** هي وجود مستوى غير منخفض لتواجد المتغير أو البعد، ونقبل الفرضية الصفرية إذا تم التوصل إلى أن هناك مستوى منخفض لتواجد المتغير أو البعد، ويتم قبول الفرضية البديلة إذا تم التوصل إلى أن هناك مستوى متوسط أو مرتفع، ونشير أيضا إلى أن الفرضية الصفرية (H0) للفرضية الرئيسية الثالثة هي عدم وجود فروق احصائية، والفرضية البديلة لها (H1) هي وجود فروق احصائية.

المطلب الثالث: اختبار وتوزيع أداة الدراسة.

من خلال هذا المطلب سيتم إخضاع أداة الدراسة (الاستبيان) إلى مختلف الاختبارات اللازمة لمعرفة مدى صلاحيتها للتطبيق الميداني، ولإدخال عليها مختلف التعديلات المناسبة، وحتى يتم في ما بعد استخراج مختلف النتائج ومعالجتها وتحليلها، وفي هذا الإطار نشير إلى أنه ليس هناك حاجة لمعرفة طبيعة توزيع البيانات المستخرجة من عينة الدراسة، وهذا لأن عدد أفراد عينة الدراسة أكبر من (30)، وحسب ما اتفق عليه أغلب الباحثين فإنه إذا كانت عينة الدراسة أكبر من (30)، فإن توزيع البيانات المستخرجة يقترب من **التوزيع الطبيعي**، مما يُمكن ويسمح من إجراء مختلف الاختبارات المعلمية الموافقة والمناسبة للتوزيع الطبيعي.

أولا– صدق أداة الدراسة.

يعتبر الاستبيان هو الأداة الأساسية المستخدمة في هذه الدراسة، وذلك لجمع مختلف البيانات اللازمة لتحقيق أهداف الدراسة، ويعتبر الاستبيان أحد وسائل البحث العلمي التي تستعمل على نطاق واسع، للحصول على بيانات ومعلومات تتعلق بأحوال الناس، آرائهم، ميولهم، اتجاهاتهم، دوافعهم أو معتقداتهم، وهي عبارة عن أداة تتضمن مجموعة من الأسئلة أو الجمل الخبرية، التي يُطلب من المفحوص الإجابة عليها بطريقة يحددها الباحث حسب أغراض البحث، ويمكن بناء وصياغة الاستبيان وفق أحد الأشكال الآتية[1]:

- **الاستبيان المغلق**: ويطلب من المفحوص اختيار إجابة معينة، مثل: نعم، لا، كثيرا، قليلا،...الخ.
- **الاستبيان المفتوح**: وهو الذي يترك فيه للمفحوص حرية التعبير عن آرائه بالتفصيل، مما يساعد الباحث على التعرف على الأسباب، العوامل والدوافع التي تؤثر على الآراء والحقائق، كأن نقول: ما هي أسباب ضعف التحصيل في الرياضيات لدى طلبة المرحلة الثانوية؟
- **الاستبيان المغلق المفتوح**: وفيه يطرح الباحث سؤالا مغلقا؛ أي يحدد فيه الإجابة المطلوبة ويقيد المبحوث باختيار الإجابة، ثم يتبعه بسؤال مفتوح يطلب فيه من المبحوث توضيح أسباب اختياره للإجابة المعينة، ويمتاز هذا النوع من الأسئلة بأنه يجمع بين إيجابيات الأسئلة المغلقة والمفتوحة، ومثال على ذلك:
  - ✓ هل يؤدي التحصيل المتدني لدى الطلبة إلى تسربهم من المدرسة؟
  - ✓ إذا كانت الإجابة نعم، فكيف يؤدي تدني التحصيل إلى التسرب من المدرسة؟
- **الاستبيان المصور**: وتُقدم فيه رسومات أو صور بدلا من العبارات المكتوبة، ويقدم هذا الاستبيان إلى الأطفال والأُمِّيين، وتكون التعليمات شفوية، وهو يثير الاهتمام بالإجابة عن الأسئلة، ويساعد على جمع معلومات لا يمكن الحصول عليها بالوسائل الأخرى.

ويقصد بصدق أداة الدراسة (الاستبيان) هو: «التأكد من أن أداة الدراسة صالحة لقياس ما أعدت من أجله»[2]. ويمكن تعريف صدق أداة الدراسة بأنه: «شمول الاستمارة لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح فقراتها ومفرداتها من ناحية أخرى، بحيث تكون مفهومة لكل أفراد العينة المعنية بالدراسة»[3].

ومن خلال هذه الدراسة، وللتأكد من صدق الاستبيان المستخدم فيها، قام الطالب بتقديمه إلى الأستاذ المشرف وإلى محكمين* آخرين من جهات مختلفة، حيث اثنان منهم تم اختيارهم من الجانب المهني من العاملين في المجال الصحي، أحدهم كمدير فرعي للموارد البشرية، والآخر رئيس مكتب تسيير الموارد البشرية والمنازعات، أما باقي المحكمين فتم اختيارهم من الجانب الأكاديمي من الأساتذة في بعض الجامعات الجزائرية، ومن خلال نصائح المحكمين

[1] جودت عزت عطوي، **أساليب البحث العلمي: مفاهيمه – أدواته – طرائقه الإحصائية**، الطبعة الأولى، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2007، ص: 99-101.
[2] محمد صالح العساف، **المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية**، السعودية: العبيكان للطباعة والتوزيع، 1995، ص: 429.
[3] ذوقان عبيدات وآخرون، **البحث العلمي: مفهومه وأدواته وأساليبه**، الأردن: دار الفكر، 2001، ص: 189.
* لمعرفة قائمة المحكمين للاستبيان المعتمد في هذه الدراسة، أنظر الملحق (01).

تم حذف بعض الفقرات، وإعادة صياغة بعض الفقرات الأخرى، وبعد إجراء مختلف التعديلات* اللازمة كانت استمارة الاستبيان في شكلها النهائي تتكون من ثلاثة أجزاء، وثلاثون فقرة موزعة على سبعة أبعاد، ويمكن توضيح ذلك كالآتي:

- **الجزء الأول:** ويتضمن رسالة تعريفية بمضمون وطبيعة الاستبيان، وبموضوع الدراسة الذي سيتم معالجته، بالإضافة إلى محاولة تحفيز المستجوبين حتى يجيبوا على فقرات الاستبيان بكل طمأنينة، وبأكثر تركيز ودقة، وبناءً على ما هو موجود فعلا في واقع المؤسسات الصحية محل الدراسة.
- **الجزء الثاني:** ويتضمن مختلف المعلومات الشخصية والوظيفية الخاصة بأفراد عينة الدراسة، وهذا حتى يمكن معرفة طبيعة وتكوين عينة الدراسة، ولمعرفة ما إذا كان هناك نفس المستوى لتواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة بين فئات المتغيرات الشخصية والوظيفية، ولتحليل الفروق في حالة وجودها بين مختلف فئات المتغيرات الشخصية والوظيفية تجاه مستوى تواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- **الجزء الثالث:** يعتبر أهم الأجزاء وهو لب وجوهر هذا الاستبيان، حيث يتضمن ثلاثون فقرة موزعة على سبعة أبعاد، هذه الأبعاد تمثل المعوقات التي يمكن أن تؤدي إلى صعوبة تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، ويمكن توضيح ذلك كالآتي:

✓ البعد الأول: عدم التزام الإدارة العليا، ويتضمن الفقرات (1-4)؛
✓ البعد الثاني: غياب التحسين المستمر، ويتضمن الفقرات (5-8)؛
✓ البعد الثالث: عدم التوجه نحو الزبون، ويتضمن الفقرات (9-13)؛
✓ البعد الرابع: غياب المشاركة، ويتضمن الفقرات (14-18)؛
✓ البعد الخامس: غياب التشجيع والتحفيز، ويتضمن الفقرات (19-22)؛
✓ البعد السادس: غياب التعليم والتدريب، ويتضمن الفقرات (23-26)؛
✓ البعد السابع: غياب الاتصالات والمعلومات، ويتضمن الفقرات (27-30).

ثانيا– توزيع أداة الدراسة: بعد عرض استمارة الاستبيان للتحكيم، وإجراء عليها مختلف التعديلات اللازمة، وتحديد حجم العينة المستهدف، والمتمثل في (500) عامل يتوزعون على مختلف المؤسسات الصحية محل الدراسة كما تم التطرق إليه سابقا، تأتي هذه المرحلة من مراحل الدراسة، والمتمثلة في توزيع استمارات الاستبيان، حيث كانت بداية التوزيع في الأيام الأولى من شهر ديسمبر لسنة (2016م)، وفي حالة ما إذا تم التوزيع بصفة شخصية، فقد تم الحرص قدر المستطاع على شرح أسئلة الاستبيان للمستجوبين، والتأكد من فهمهم للأسئلة، أما إذا كان التوزيع عن طريق الوسطاء (بعض الموظفين) في المؤسسات الصحية محل الدراسة، فإنه تم شرح ذلك لهؤلاء الوسطاء، وخاصة الأسئلة المتوقع أن تكون أكثر غموضا بالنسبة للمستجوبين، كالسؤال رقم (13) الذي وجد المستجوبون بعض الصعوبة في

* لم تم تكن هناك ضرورة كبيرة لترجمة الاستبيان إلى اللغة الفرنسية؛ لأنه عند التوزيع لم يجد العاملين وخاصة الأطباء صعوبة في فهم الفقرات، إلا حالات قليلة جدا تم تفاديها.

فهمه مقارنة بالأسئلة الأخرى، ويمكن توضيح أعداد استمارات الاستبيان الموزعة، المسترجعة والصالحة في مختلف المؤسسات الصحية محل الدراسة كما في الجدول الآتي:

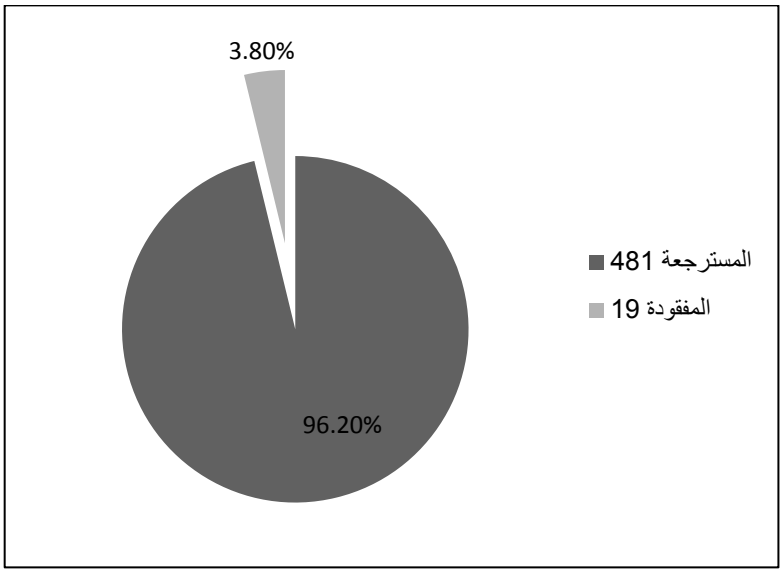
الجدول (4 –20): استمارات الاستبيان الموزعة والمسترجعة والصالحة في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

اسم المؤسسة الصحية	الاستبيانات الموزعة	الاستبيانات المسترجعة	الاستبيانات الصالحة
المركز الإستشفائي الجامعي بن فليس التهامي – باتنة	**229**	**223**	**218**
المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي – قالمة	**79**	**77**	**74**
المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر – بسكرة	**68**	**63**	**62**
مستشفى الدكتور سعدان – بسكرة	**63**	**59**	**58**
المؤسسة العمومية الاستشفائية طولقة – بسكرة	**61**	**59**	**59**
المجموع	**500**	**481**	**471**

المصدر: إعداد الطالب.

من خلال الجدول (4 –20) يمكن أن نلاحظ أن العدد الإجمالي للاستمارات الموزعة هو (500) استمارة استبيان، وهو يمثل عدد العاملين في العينة الأولية للدراسة، وقد تم استرجاع (481) استمارة؛ أي أن هناك (19) استمارة استبيان غير مسترجعة، وبعد تفحص الاستمارات المسترجعة، فقد وُجِد أن هناك (10) استمارات فاسدة، وهذا لأن أصحابها قد تركوا بعض الأسئلة دون إجابة، أو لأن هناك في بعض الأحيان تناقض غير منطقي في الإجابات حول المعلومات الشخصية، كأحد الاستمارات التي تم رفضها واعتبارها فاسدة؛ حيث وُجِد أن عمر المستجوب ينتمي إلى الفئة (18-25) سنة، في حين أن سنوات الخبرة كانت (16-20) سنة، وبالتالي يصبح العدد النهائي للاستمارات التي تم اعتمادها في الدراسة هو (471) استمارة، وهو يمثل عدد العاملين في العينة النهائية للدراسة، بنسبة تقدر بـ (10,30%) من حجم مجتمع الدراسة الذي يقدر بـ (4573) عامل، وهي نسبة مقبولة لأنها أكبر من (10%)، ويمكن تبيين نسب إجمالي استمارات الاستبيان المسترجعة والمفقودة، والصالحة للتحليل والفاسدة بعد عملية الاسترجاع، وتوزيع العاملين في العينة النهائية المعتمدة (بالاعتماد على الاستمارات الصالحة) على مختلف المؤسسات الصحية محل الدراسة، كما في الثلاثة الأشكال الآتية:

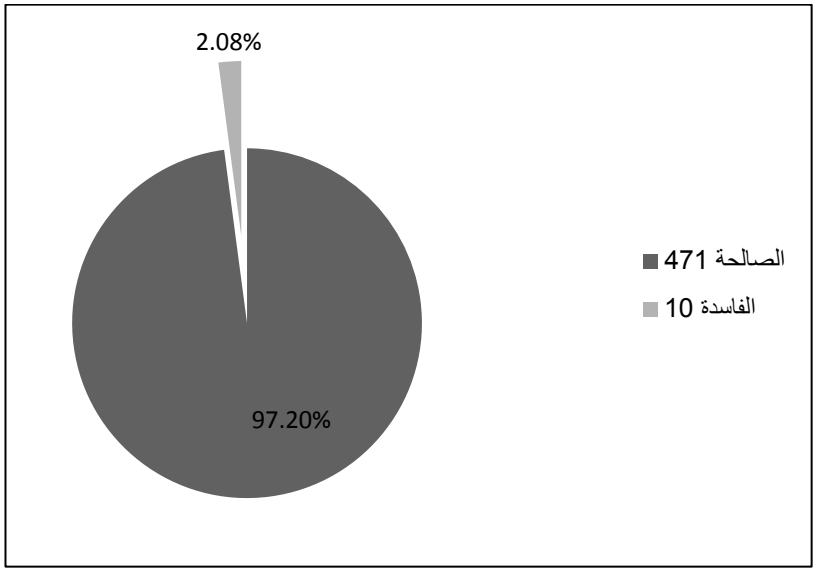
الشكل (4-8): استمارات الاستبيان المسترجعة والمفقودة.



المصدر: إعداد الطالب.

من خلال الشكل (4-8)، يمكن ملاحظة أن نسبة الاستمارات المفقودة بلغت (3,80%)، وهي نسبة ضعيفة جدا مقارنة بنسبة الاستمارات المسترجعة (96,20%)، وهذا يكشف ويعبر عن حرص أفراد عينة الدراسة على الإجابة عن فقرات الاستبيان، ومدى اهتمامهم بمختلف البحوث العلمية التي تجرى في المجال الصحي، ورغبتهم في الارتقاء بأداء المؤسسات الصحية، وهذا ما عبر لنا عنه الكثير من العاملين.

الشكل (4-9): استمارات الاستبيان الصالحة للتحليل والفاسدة بعد الاسترجاع.

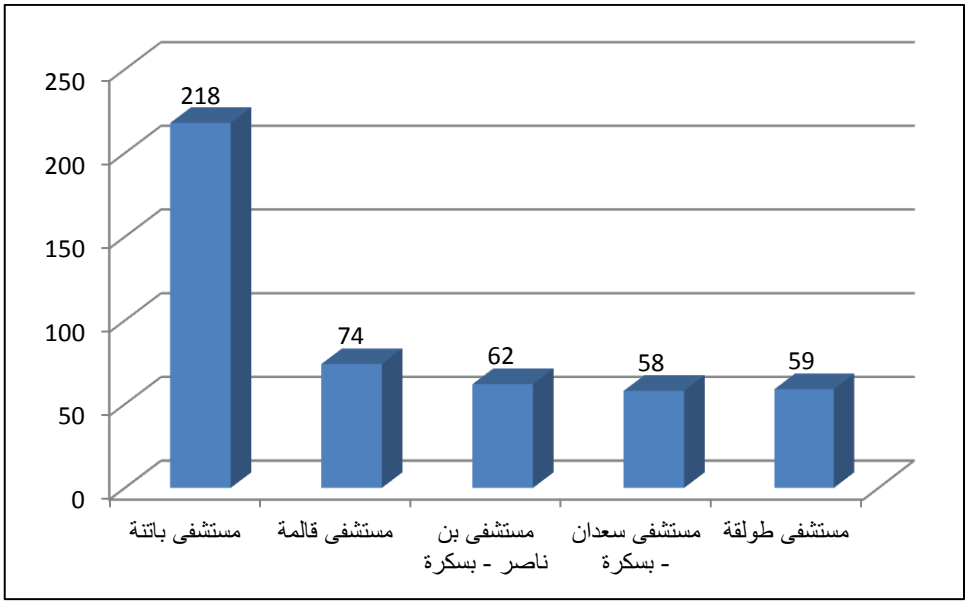


المصدر: إعداد الطالب.

من خلال الشكل (4-9) يمكن ملاحظة أن نسبة الاستمارات الفاسدة بعد عملية الاسترجاع بلغت (2,08%)، وهي نسبة ضعيفة جدا مقارنة بنسبة الاستمارات الصالحة للتحليل (97,20%)، وهذا معناه أن نسبة ضعيفة جدا من أفراد العينة كانت إجاباتهم عن فقرات الاستبيان فيها تناقض صريح، أو أنهم لم يجيبوا عن كامل

الفقرات، حيث كان عدد الاستمارات الصالحة للتحليل هو (471)، وهو يمثل حجم العينة النهائي الذي سيتم اعتماده في هذه الدراسة، وهو عدد مقبول جدا كما تمت الإشارة إلى ذلك سابقا.

الشكل (4-10): توزيع العدد الإجمالي للعينة النهائية على المؤسسات الصحية محل الدراسة.



المصدر: إعداد الطالب بناءً على توزيع الاستمارات الصالحة للتحليل.

من خلال الشكل (4-10)، ومقارنة بالشكل رقم (4-7) لتوزيع العينة الأولية للدراسة، فمن حيث عدد العاملين الممثلين للعينة النهائية للدراسة، نلاحظ أن جميع المستشفيات محل الدراسة كانت كذلك ذات أحجام متقاربة، باستثناء مستشفى باتنة نال الحصة الأكبر (218) عامل مقارنة بالمستشفيات الأخرى، وهو عدد استمارات الاستبيان الصالحة للمعالجة والتحليل في هذا المستشفى، ومقارنة بتوزيع العينة الأولية للدراسة (الشكل 4-7)، فنلاحظ أن استمارات الاستبيان الغير مسترجعة والفاسدة في هذا المستشفى يقدر بـ (11) استمارة، كذلك نلاحظ أن مستشفى طولقة كان هو الأصغر حجما من خلال توزيع العاملين في مجتمع الدراسة وفي العينة الأولية للدراسة، أما في العينة النهائية المعتمدة، فقد أصبح مستشفى سعدان هو الأصغر، وهذا لأن عدد استمارات الاستبيان الغير مسترجعة والفاسدة في مستشفى سعدان كان أكبر من مستشفى طولقة.

ثالثا- الاتساق الداخلي لأداة الدراسة

ويمكن تسميته بالصدق البنائي لأداة الدراسة، ومعناه مدى تلاؤم وتوافق كل فقرة مع البعد والمحور الذي تنتمي إليه، وبما أن هذه الدراسة تتبع الاختبارات المعلمية الملائمة للتوزيع الطبيعي للبيانات، وكما اتفق عليه أغلب الباحثين، فإنه يمكن اختبار مدى الاتساق الداخلي من خلال **معامل الارتباط لبيرسون** بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية لجميع فقرات هذا البعد، ويمكن توضيح مختلف النتائج المتحصل عليها كما في الجدول الآتي:

الجدول (4-21): معاملات الارتباط لبيرسون بين فقرات الاستبيان مع الدرجة الكلية للأبعاد التي تنتمي إليها.

عدم التزام الإدارة العليا		غياب التحسين المستمر		عدم التوجه نحو الزبون		غياب مشاركة العاملين	
رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط
1	**0,830	5	**0,646	9	**0,625	14	**0,498
2	**0,840	6	**0,758	10	**0,731	15	**0,728
3	**0,744	7	**0,709	11	**0,755	16	**0,622
4	**0,691	8	**0,722	12	**0,714	17	**0,777
				13	**0,621	18	**0,763

غياب التشجيع والتحفيز		غياب التعليم والتدريب		غياب الاتصالات والمعلومات	
رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط
19	**0,849	23	**0,608	27	**0,722
20	**0,805	24	**0,677	28	**0,839
21	**0,809	25	**0,662	29	**0,854
22	**0,850	26	**0,575	30	**0,788

****- دال إحصائيا عند مستوى معنوية (0,01)**

المصدر: إعداد الطالب بناءً على مخرجات spss.

من خلال الجدول (4-21)، نلاحظ أن **جميع معاملات الارتباط كانت موجبة**؛ أي أن جميع فقرات استمارة الاستبيان الممثلة لمعوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية محل الدراسة لها **علاقة طردية** مع الدرجة الكلية للأبعاد (المحاور) التي تنتمي إليها، وكانت أدنى قيمة لمعاملات الارتباط هي (0,498) الموافقة للفقرة رقم (14)، وأما أعلى قيمة فكانت (0,854) الموافقة للفقرة رقم (29)، وكذلك نلاحظ أن جميع الفقرات كانت دالة إحصائيا عند مستوى معنوية (0,01)، وبالتالي يمكن القول أن أداة الدراسة (الاستبيان) تتمتع بمصداقية عالية ومرتفعة، وصلاحية كبيرة لتطبيقها على عينة الدراسة، وهذا بسبب **قوة الارتباط بين جميع فقراتها والمحاور التي تنتمي إليها**.

رابعا- ثبات أداة الدراسة.

نقصد بثبات أداة الدراسة هو: «مدى استقرارها وعدم تناقضها، ومدى إمكانية الحصول على نفس النتائج باحتمال مساوي لقيمة المعامل المحسوب في حالة إعادة توزيع نفس الاستبيان على نفس أفراد العينة»[1]، ولمعرفة مدى ثبات واستقرار الاستبيان (أداة الدراسة) الذي سيتم اعتماده في هذه الدراسة، سنستخدم **معامل ألفا**

[1] عز عبد الفتاح، **مقدمة في الإحصاء الوصفي والاستدلالي باستخدام (spss)، السعودية: خوارزم العلمية للنشر والتوزيع، 2008**، ص: 560.

كرونباخ (Cronbach's Alpha)، الذي يعتبر من أفضل الأساليب والطرق الإحصائية للاستدلال على مدى الثبات، وسيتم حساب هذا المعامل لأداة الدراسة ككل، ولجميع المحاور المكونة لها، ويمكن توضيح ذلك كما في الجدول الآتي:

الجدول (4-22): تقدير ثبات محاور الدراسة باستخدام معامل ألفا كرونباخ.

المحور	عدد الفقرات	معامل الثبات
عدم التزام الإدارة العليا	**4**	**0,778**
غياب التحسين المستمر	**4**	**0,668**
عدم التوجه نحو الزبون	**5**	**0,726**
غياب المشاركة	**5**	**0,714**
غياب التشجيع والتحفيز	**4**	**0,841**
غياب التعليم والتدريب	**4**	**0,493**
غياب الاتصالات والمعلومات	**4**	**0,811**
الاتجاه العام	**30**	**0,908**

المصدر: إعداد الطالب بناءً على مخرجات spss.

من خلال الجدول (4-22)، نلاحظ أن قيمة معامل الثبات **ألفا كرونباخ** تجاه المحور الأول للدراسة المتعلق بعائق **عدم التزام الإدارة العليا** كانت جيدة (0,778)، وقيمته تجاه المحور الثاني للدراسة المتعلق بعائق **غياب التحسين المستمر** كانت مقبولة (0,668)، وقيمته تجاه المحور الثالث المتعلق بعائق **عدم التوجه نحو الزبون** كانت جيدة (0,726)، وقيمته تجاه المحور الرابع المتعلق بعائق **غياب المشاركة** كانت جيدة (0,714)، وقيمته تجاه المحور الخامس المتعلق بعائق **غياب التشجيع والتحفيز** كانت ممتازة (0,841)، وقيمته تجاه المحور السادس المتعلق بعائق **غياب التعليم والتدريب** كانت ضعيفة (0,493)، وقيمته تجاه المحور السابع المتعلق بعائق غياب الاتصالات والمعلومات كانت ممتازة (0,811).

أما قيمة **معامل الثبات للدراسة ككل** فكانت **ممتازة** (0,908)، وهذا يدل على أن هناك ثبات مرتفع جدا تتمتع وتتميز به هذه الدراسة ككل؛ أي أنه يمكن القول أننا متأكدون وواثقون بنسبة (90,8%)، أننا سنحصل على نفس نتائج الدراسة إذا ما تم توزيع الاستبيان مرة أخرى على نفس عينة الدراسة، ويمكن تبيين وحساب قيمة معامل **ألفا كرونباخ** للدراسة ككل، لمعرفة مدى تحسنه أو انخفاضه في حالة حذف فقرة معينة وبقاء باقي الفقرات، وهذا كما في الجدول الآتي:

الجدول (4-23): معامل ثبات أداة الدراسة في حالة حذف فقرة وبقاء الفقرات الأخرى.

الفقرة	الثبات	الفقرة	الثبات	الفقرة	الثبات
1	0,906	11	0,901	21	0,905
2	0,904	12	0,902	22	0,901
3	0,906	13	0,907	23	0,907
4	0,906	14	0,908	24	0,907
5	0,906	15	0,904	25	**0,912**
6	0,904	16	0,907	26	0,905
7	0,907	17	0,902	27	0,906
8	0,904	18	0,903	28	0,902
9	**0,909**	19	0,901	29	0,901
10	0,907	20	0,905	30	0,902

المصدر: إعداد الطالب بناءً على مخرجات spss.

من خلال الجدول (4-23)، نلاحظ أن جميع الفقرات حذفها يؤدي إلى انخفاض القيمة الأولية لمعامل الثبات، باستثناء الفقرة رقم (14) التي حذفها يؤدي إلى بقاء نفس قيمة معامل الثبات، والفقرتين رقمي (9، 25) يؤدي حذفهما إلى ارتفاع وتحسن معامل الثبات إلى (0,909، 0,912) على التوالي، وهو تحسن طفيف وليس له تأثير وأهمية كبيرة، خاصة وأن القيمة الأولية لمعامل الثبات ممتازة (0,908)، لذلك نحتفظ بجميع الفقرات المكونة للاستبيان الذي سيتم اعتماده في هذه الدراسة.

المبحث الثالث: تحليل النتائج واختبار فرضيات الدراسة.

إن الإحاطة بمختلف جوانب الدراسة، يقتضي تحليل وتفسير مختلف النتائج التي يتم التوصل إليها في الدراسة الميدانية بما يخدم مختلف أهداف الدراسة، بالإضافة إلى اختبار فرضيات هذه الدراسة من أجل إثباتها أو نفيها.

المطلب الأول: تشخيص وتحليل الخصائص الشخصية والوظيفية لعينة الدراسة.

سنحاول في هذا الجزء تحليل وتفسير مختلف المعطيات المستمدة من الجوانب والخصائص الشخصية والوظيفية* لأفراد عينة الدراسة، وهذا حتى يتم توضيح وتوصيف عينة الدراسة بصورة أحسن.

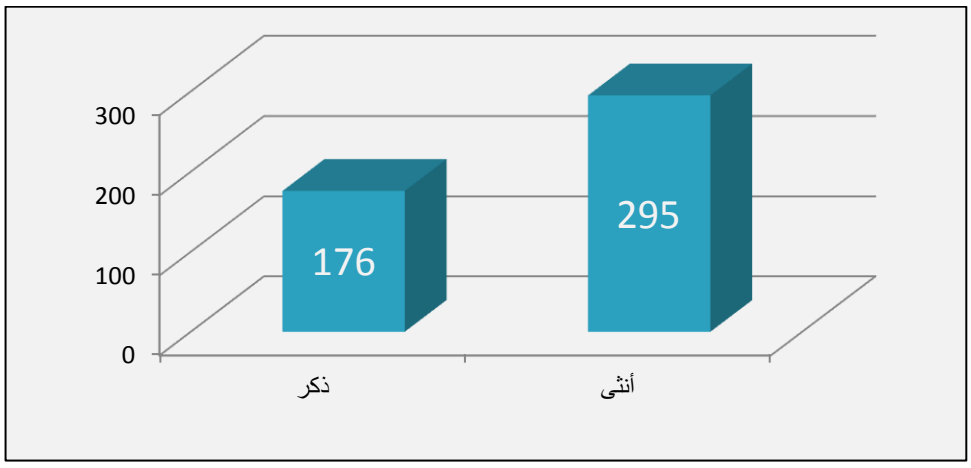
أولا– توزيع عينة الدراسة حسب متغير النوع الاجتماعي: يمكن تلخيص ما تم التوصل إليه من النتائج المتعلقة بمتغير النوع الاجتماعي (الجنس) كما في الجدول والشكل الآتيين:

الجدول (4–24): توزيع عينة الدراسة حسب متغير النوع الاجتماعي.

البيان	التكرار	النسبة المئوية (%)
ذكر	176	%37,4
أنثى	295	%62,6
المجموع	471	%100

المصدر: إعداد الطالب بناءً على مخرجات **(spss)**.

الشكل (4–11) : توزيع عينة الدراسة حسب متغير النوع الاجتماعي.



المصدر: إعداد الطالب بناءً على مخرجات **(spss)**.

من خلال الجدول (4–24) والشكل (4–11)، يمكن القول أن النسبة المئوية الأكبر لعينة الدراسة، كانت لصالح الإناث بنسبة (%62,6)، أما الذكور فقد بلغت نسبتهم (%37,4)، وهذا ما كان متوقع؛ لأن كما هو ملاحظ فإنه في الآونة الأخيرة هناك انتشار كبير للعنصر النسوي في مختلف أنواع المؤسسات العمومية الجزائرية عموما، والمستشفيات بصفة خاصة، وهذا قد يرجع للكثير من الأسباب، خاصة لسياسية واستراتيجية الدولة الجزائرية لإقحام

* نسير إلى أنه في المبحث السابق، تم التطرق إلى توزيع عينة الدراسة حسب متغير اسم المؤسسة، وهذا عند توضيح كيفية تحديد وتوزيع عينة الدراسة.

العنصر النسوي في مختلف ميادين العمل، ولتغير الكثير من العادات وظروف الحياة التي دفعت المرأة إلى العمل خارج البيت العائلي، كذلك لأن طبيعة العمل في المجال الصحي تقتضي وجود عدد معتبر من الإناث، وهذا لأنهم مناسبين للكثير من الأدوار أكثر من الذكور، خاصة وظيفة الممرض التي قد تناسب الإناث أكثر.

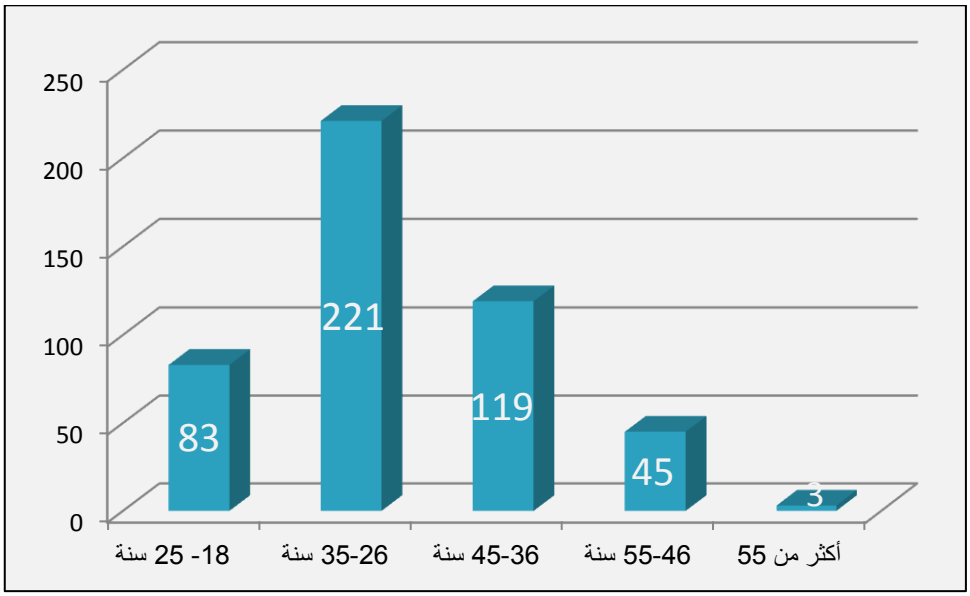
ثانيا– توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر: يمكن تلخيص ما تم التوصل إليه من النتائج المتعلقة بمتغير العمر كما في الجدول والشكل الآتيين:

الجدول (4–25): توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر.

البيان	التكرار	النسبة المئوية (%)
18 – 25 سنة	83	%17,6
26 – 35 سنة	221	%46,9
36 – 45 سنة	119	%25,3
46 – 55 سنة	45	%9,6
أكثر من 55 سنة	3	%0,6
المجموع	471	%100

المصدر: إعداد الطالب بناءً على مخرجات (spss).

الشكل (4–12) : توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر.



المصدر: إعداد الطالب بناءً على مخرجات (spss).

من خلال الجدول (4–25) والشكل (4–12)، يمكن القول أن النسبة المئوية الأكبر لعينة الدراسة، كانت لصالح الفئة العمرية (26–35 سنة) بنسبة (46,9%)، تليها الفئة العمرية (36–45 سنة) بنسبة (25,3%)، تليها الفئة العمرية (18–25 سنة) بنسبة (17,6%)، تليها الفئة العمرية (46–55 سنة) بنسبة (9,6%)، أما النسبة

الأقل فكانت (3%)، وهي لصالح الفئة العمرية (أكثر من 55 سنة).

ويمكن تفسير ذلك بأن الكثير من العاملين يكونوا قد خرجوا إلى التقاعد عندما تتجاوز أعمارهم (55 سنة)، لذلك أخذت هذه الفئة العمرية النسبة الأقل، كذلك يلاحظ أن النسبة الأكبر من العاملين هم من فئة الشباب، خاصة الفئة العمرية (26-35 سنة)، ولعل أهم أسباب ذلك هو أنه في الآونة الأخيرة ازدادت نسبة الشباب الحاملين للشهادات العلمية، والتي تؤهلهم للتوظيف في المؤسسات العمومية بما فيها المستشفيات، وأن الشاب حتى يصل لفترة التخرج من الجامعة، ويصبح مؤهل للتوظيف، يكون قد وصل إلى الفئة العمرية (26-35 سنة)، كذلك هناك الكثير من الاستراتيجيات المنتهجة من طرف الدولة للقضاء على البطالة، وذلك بتوظيف اليد العاملة في مختلف المجالات والقطاعات، بما فيها المجال الصحي.

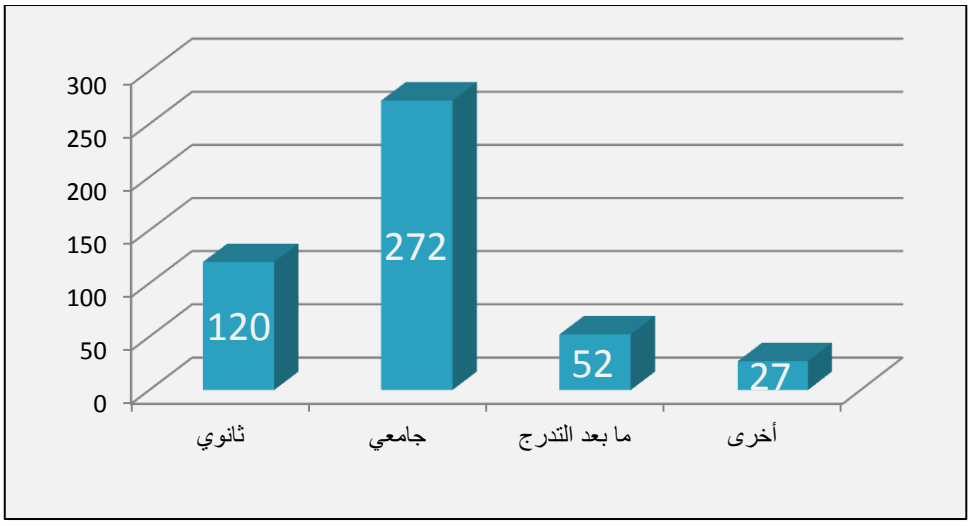
ثالثا- توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي: يمكن تلخيص ما تم التوصل إليه من النتائج المتعلقة بمتغير المستوى التعليمي كما في الجدول والشكل الآتيين:

الجدول (4-26): توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي.

البيان	التكرار	النسبة المئوية
ثانوي	**120**	**%25,5**
جامعي	**272**	**%57,7**
ما بعد التدرج	**52**	**%11,0**
أخرى	**27**	**%5,7**
المجموع	**471**	**%100**

المصدر: إعداد الطالب بناءً على مخرجات (spss).

الشكل (4-13) : توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي.



المصدر: إعداد الطالب بناءً على مخرجات (spss).

من خلال الجدول (4-26) والشكل (4-13)، يمكن القول أن النسبة المئوية الأكبر لعينة الدراسة كانت لصالح فئة المستوى التعليمي جامعي بنسبة (57,7%)، تليها فئة المستوى التعليمي ثانوي بنسبة (25,5%)، تليها فئة المستوى التعليمي ما بعد التدرج بنسبة (11,0%)، أما النسبة الأقل فكانت لصالح فئة مستويات تعليمية أخرى بنسبة (5,7%)، ونلاحظ أن النسبة الأكبر لأفراد عينة الدراسة لهم مستوى تعليمي جامعي، وهذا أمر متوقع ويتماشى مع طبيعة العمل في المؤسسات الصحية؛ لأنها تتطلب يد عاملة مؤهلة علميا، فغالبية العاملين من الأطباء العامِّين والشبه الطبيين والإداريين هم من حاملي الشهادات الجامعية ما قبل التدرج.

يأتي بعد ذلك بنسبة أقل فئة العاملين الذين لهم مستوى ثانوي، وقد يرجع ذلك لأنهم من قدامى العاملين؛ حيث كانت مناصب العمل متاحة، وغالبيتها تتطلب مستوى ثانوي فقط، أما المستويات التعليمية ما بعد التدرج فكانت متدنية، وهذا طبيعي لأن الحاملين لشهادات الماجستير أو الدكتوراه فغالبيتهم يعملون في سلك التعليم في الجامعات، أما الحاملين لشهادات الماستر فعددهم قد يكون قليل بحكم أنهم خريجي نظام **(LMD)**، وهو نظام جديد في الجزائر، كذلك الأطباء المختصين ينتمون إلى فئة ما بعد التدرج، لكن عددهم أصلا قليل مقارنة بإجمالي اليد العاملة في المستشفيات، ويلاحظ أن النسبة الأقل كانت للعاملين الذين لديهم مستويات تعليمية أخرى؛ فقد يكون لديهم مستويات أقل من الثانوي، أو حاملين لشهادات متحصل عليها من مراكز التكوين المهني أو معاهد ومدارس تكوين غير تابعة لوزارة التعليم العالي.

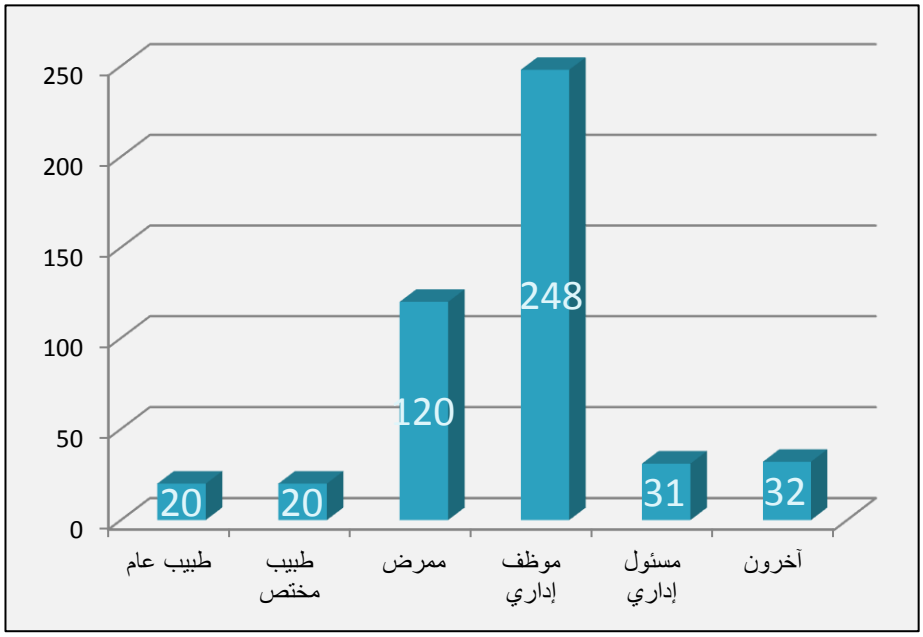
رابعا– توزيع عينة الدراسة حسب متغير طبيعة الوظيفة: يمكن تلخيص ما تم التوصل إليه من النتائج المتعلقة بمتغير طبيعة الوظيفة كما في الجدول والشكل الآتيين:

الجدول (4–27): توزيع عينة الدراسة حسب متغير طبيعة الوظيفة.

البيان	التكرار	النسبة المئوية
طبيب عام	**20**	**%4,2**
طبيب مختص	**20**	**%4,2**
ممرض (شبه طبي)	**120**	**%25,5**
موظف في الإدارة	**248**	**%52,7**
مسؤول إداري	**31**	**%6,6**
آخرون	**32**	**%6,8**
المجموع	**471**	**%100**

المصدر: إعداد الطالب بناءً على مخرجات **(spss)**.

الشكل (4-14): توزيع عينة الدراسة حسب متغير طبيعة الوظيفة.



المصدر: إعداد الطالب بناءً على مخرجات **(spss)**.

من خلال الجدول (4-27) والشكل (4-14)، يمكن القول أن النسبة المئوية الأكبر لعينة الدراسة كانت لصالح فئة موظف إداري بنسبة (52,7%)، تليها فئة ممرض (شبه طبي) بنسبة (25,5%)، أما بقية الفئات فكانت نسبها متدنية؛ حيث أن الفئات (آخرون، مسؤول إداري، طبيب عام، طبيب مختص) كانت نسبها على التوالي (6,8%، 6,6%، 4,2%، 4,2%)، ونلاحظ أن النسبة الأكبر من أفراد عينة الدراسة هم من موظفي الإدارة، وذلك لأنه عند توزيع استمارات الاستبيان تم تعمد التركيز أكثر على الإداريين؛ لأن منهج إدارة الجودة الشاملة وإن كان يخص جميع فئات العاملين، إلا أنه مرتبط أكثر بالإداريين، وكذلك لسهولة توزيع وجمع استمارات الاستبيان من الإداريين لامتلاكهم مكاتب عمل، ثم تأتي بنسبة أقل فئة الممرضين، وهذا لأن مجتمع الدراسة يغلب عليه فئة الممرضين، أما الفئات الأخرى للعاملين كانت نسبهم متدنية، وهذا لقلة عددهم في مجتمع الدراسة مقارنة بالفئات الأخرى، وكذلك لصعوبة الالتقاء بهم لأنهم في الكثير من الأحيان يكونوا مشغولين، ولا يستطيعون في غالب الأحيان الانقطاع عن عمل معين قبل الانتهاء منه، وهذا كالأطباء العامِّين والمختصين.

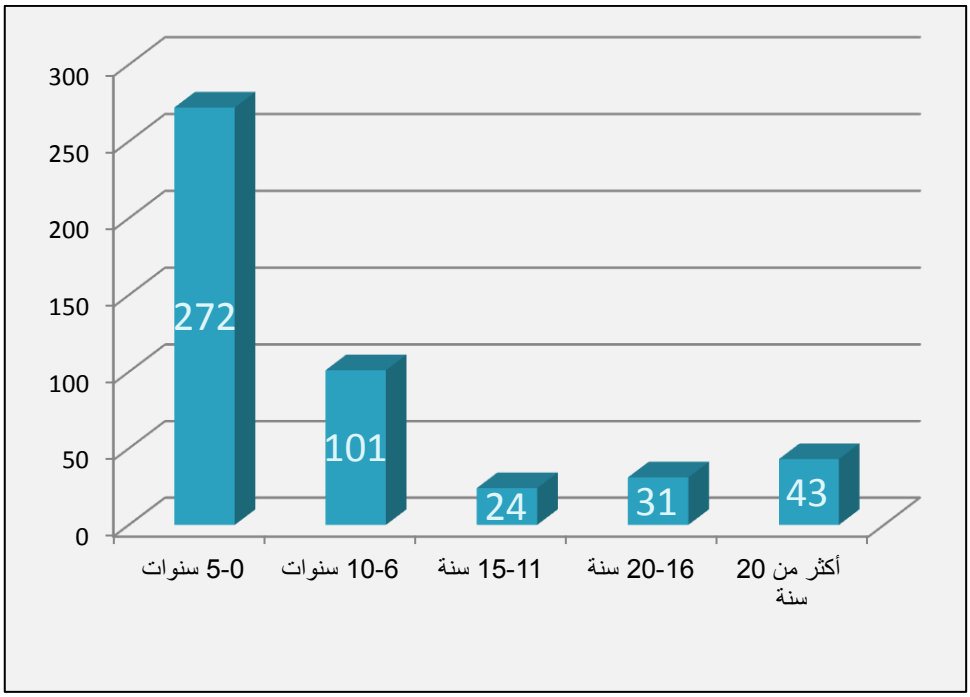
خامسا– توزيع عينة الدراسة حسب متغير سنوات الخبرة: يمكن تلخيص ما تم التوصل إليه من النتائج المتعلقة بمتغير سنوات الخبرة كما في الجدول والشكل الآتيين:

الجدول (4-28): توزيع عينة الدراسة حسب متغير سنوات الخبرة.

البيان	التكرار	النسبة المئوية (%)
0 – 5 سنوات	272	%57,7
6 – 10 سنوات	101	%21,4
11 – 15 سنة	24	%5,1
16 – 20 سنة	31	%6,6
أكثر من 20 سنة	43	%9,1
المجموع	471	%100

المصدر: إعداد الطالب بناءً على مخرجات (spss).

الشكل (4-15) : توزيع عينة الدراسة حسب متغير سنوات الخبرة.



المصدر: إعداد الطالب بناءً على مخرجات **(spss)**.

من خلال الجدول (4-28) والشكل (4-15)، يمكن القول أن النسبة المئوية الأكبر لعينة الدراسة كانت لصالح فئة سنوات الخبرة (0-5 سنوات) بنسبة (%57,7)، تليها فئة سنوات الخبرة (6-10 سنوات) بنسبة (%21,4)، أما الفئات (أكثر من 20 سنة، 16-20 سنة، 11-15 سنة) فكانت نسبها متدنية، حيث تمثل على التوالي (%9,1، %6,6، %5,1)، ونلاحظ كذلك أن أكثر من نصف عينة الدراسة هم قليلي الخبرة، وهذا قد يرجع للزيادة الكبيرة في السنوات الأخيرة في حجم العمالة في مجتمع الدراسة، وكذلك قد يرجع إلى أن العاملين الجدد هم أكثر من التقينا بهم عند توزيع استمارات الاستبيان، لأنهم الأكثر نشاطا باعتبارهم مازالوا في بداية مشوارهم المهني، وكما تم ملاحظته أثناء توزيع الاستمارات فإن العاملين الجدد هم الأكثر جدية في الإجابة عن فقرات الاستبيان.

المطلب الثاني: اختبار الفرضية الرئيسية الأولى والثانية.

من خلال هذا المطلب سنحاول اختبار الفرضيات التي تحدد مستوى تواجد معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، ولاختبار هذا النوع من الفرضيات (فرضية تحديد المستوى)، تم الاعتماد على مستويات الموافقة (التواجد) لكل بعد ولإجمالي الأبعاد (معوقات إدارة الجودة الشاملة)، حيث أن مستوى الموافقة يأخذ ثلاث حالات (منخفض، متوسط مرتفع)، فإذا تم التوصل إلى المستوى الذي تم افتراضه في الفرضية، يتم قبول هذه الفرضية والعكس صحيح.

أولا– اختبار الفرضية الرئيسية الأولى: تضمنت ما يلي:

- «هناك مستوى **منخفض** لتواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة (**عدم التزام الإدارة العليا، غياب التحسين المستمر، عدم التوجه نحو الزبون، غياب المشاركة، غياب التشجيع والتحفيز، غياب التعليم والتدريب، غياب الاتصالات والمعلومات**) مأخوذة بصفة **مجتمعة**، حسب وجهة نظر العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة»، ولاختبار هذه الفرضية سنقوم بحساب المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، وتحديد المستوى العام لمدى تواجد إجمالي الأبعاد (المعوقات)، والجدول الآتي يوضح ذلك:

الجدول (4–29): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ومستوى الموافقة لإجمالي المعوقات.

	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى العام
المعوقات مأخوذة بصفة مجتمعة	**3,1892**	**0,62263**	**متوسط**

المصدر: إعداد الطالب بناءً على مخرجات (spss).

من خلال الجدول (4-29)، يمكن القول أن هناك مستوى **متوسط** لمدى تواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة مأخوذة بصفة **مجتمعة**، وهذا ما تعبر عنه قيمة المتوسط الحسابي العام المرجح لإجمالي الأبعاد (المعوقات) التي بلغت (3,1892)، بانحراف معياري يقدر بـ (0,62263)، وهذا يدل على عدم وجود تباين كبير في إجابات أفراد عينة الدراسة اتجاه المعوقات مأخوذة بصفة مجتمعة.

بما أن مستوى تواجد إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة جاء **متوسط**، نرفض الفرضية الصفرية **ونقبل الفرضية البديلة للفرضية الرئيسية الأولى**، والتي تنص على أن: «هناك مستوى **غير منخفض** لتواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة (**عدم التزام الإدارة العليا، غياب التحسين المستمر، عدم التوجه نحو الزبون، غياب المشاركة، غياب التشجيع والتحفيز، غياب التعليم والتدريب، غياب الاتصالات والمعلومات**) مأخوذة بصفة **مجتمعة**، حسب وجهة نظر العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة».

إن النتيجة التي تم التوصل إليها، والمتمثلة في المستوى المتوسط (غير منخفض) لتواجد المعوقات، تكشف أن الثقافة التنظيمية السائدة في المؤسسات الصحية محل الدراسة غير ملائمة، وتعيق تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، وذلك لأنها تتضمن الكثير من المعوقات التي تجعلها بعيدة عن الثقافة التنظيمية التي يتطلبها تطبيق إدارة الجودة الشاملة؛ أي الثقافة التنظيمية السائدة حاليا بعيدة عن الثقافة التنظيمية التي يتضمنها منهج إدارة الجودة الشاملة، وهذا ما يحتم على هذه المؤسسات الصحية محاولة التغيير في ثقافتها التنظيمية بما يجعلها أكثر ملائمة لتطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، وخاصة في الجوانب وأبعاد الثقافة التنظيمية الآتية: التزام الإدارة العليا، التحسين المستمر، التوجه نحو الزبون، المشاركة، التشجيع والتحفيز، التعليم والتدريب، الاتصالات والمعلومات.

ثانيا– اختبار الفرضية الرئيسية الثانية: تضمنت ما يلي:

«هناك مستوى **منخفض** لتواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة (**عدم التزام الإدارة العليا، غياب التحسين المستمر، عدم التوجه نحو الزبون، غياب المشاركة، غياب التشجيع والتحفيز، غياب التعليم والتدريب، غياب الاتصالات والمعلومات**) مأخوذة بصفة **منفردة**، حسب وجهة نظر العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة»، وتنبثق عن هذه الفرضية الرئيسية سبعة فرضيات فرعية، وهي:

- ✓ **الفرضية الفرعية الأولى:** «هناك مستوى **منخفض** لتواجد بعد **عدم التزام الإدارة العليا** كعائق لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، حسب وجهة نظر العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة »؛
- ✓ **الفرضية الفرعية الثانية:** «هناك مستوى **منخفض** لتواجد بعد **غياب التحسين المستمر** كعائق لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، حسب وجهة نظر العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة »؛
- ✓ **الفرضية الفرعية الثالثة:** «هناك مستوى **منخفض** لتواجد بعد **عدم التوجه نحو الزبون** كعائق لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، حسب وجهة نظر العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة»؛
- ✓ **الفرضية الفرعية الرابعة:** «هناك مستوى **منخفض** لتواجد بعد **غياب المشاركة** كعائق لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، حسب وجهة نظر العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة»؛
- ✓ **الفرضية الفرعية الخامسة:** «هناك مستوى **منخفض** لتواجد بعد **غياب التشجيع والتحفيز** كعائق لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، حسب وجهة نظر العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة»؛
- ✓ **الفرضية الفرعية السادسة:** «هناك مستوى **منخفض** لتواجد بعد **غياب التعليم والتدريب** كعائق لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، حسب وجهة نظر العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة»؛
- ✓ **الفرضية الفرعية السابعة:** «هناك مستوى **منخفض** لتواجد بعد **غياب الاتصالات والمعلومات** كعائق لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، حسب وجهة نظر العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة».

1- اختبار الفرضية الفرعية الأولى المتعلقة بمستوى تواجد عائق عدم التزام الإدارة العليا.

يتضمن بعد عدم التزام الإدارة العليا أربع فقرات، مُرتَّبة في استمارة الاستبيان وفقا للترتيب الآتي (1، 2، 3، 4)، ومن أجل معرفة المستوى العام لتواجد هذا البعد، واتجاهات الموافقة للعاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة تجاه فقراته، واختبار الفرضية الفرعية المتعلقة به، سنقوم بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تجاه هذا البعد وكل فقرة من فقراته، ويمكن توضيح ذلك كما في الجدول الآتي:

الجدول (4-30): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد عدم التزام الإدارة العليا.

	فقرات بعد عدم التزام الإدارة العليا	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الاتجاه العام
1	الإدارة العليا لا تهتم ولا تدعم باستمرار تحسين جودة الخدمات الصحية.	**2,93**	**1,340**	**3**	**موافق نوعا ما**
2	لا تسعى القيادة الإدارية إلى توفير الإمكانيات والموارد المناسبة لترقية الجودة.	**3,09**	**1,263**	**2**	**موافق نوعا ما**
3	قلة الإجراءات التحفيزية المتخذة من قبل المسؤولين لتدعيم الجودة.	**3,74**	**1,014**	**1**	**موافق**
4	الإدارة العليا لا تتبع الإجراءات العقابية لتحسين الجودة.	**2,85**	**1,257**	**4**	**موافق نوعا ما**
المستوى العام		**3,1523**	**0,94897**	//	**متوسط**

المصدر: إعداد الطالب اعتمادً على مخرجات (spss).

من خلال الجدول (4-30)، يمكن القول أن هناك مستوى **متوسط** لمدى تواجد عائق **عدم التزام الإدارة العليا**، وهذا ما تعبر عنه قيمة المتوسط الحسابي العام المرجح لهذا البعد (العائق) التي بلغت (3,1523)، بانحراف معياري يقدر بـ (0,94897)، وهذا يدل على عدم وجود تباين كبير في إجابات أفراد عينة الدراسة، اتجاه إدراك مستوى تواجد بعد عدم التزام الإدارة العليا كعائق لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

بما أن مستوى تواجد عائق عدم التزام الإدارة العليا جاء **متوسط**، نرفض الفرضية الصفرية **ونقبل الفرضية البديلة للفرضية الفرعية الأولى**، والتي تنص على أن: «هناك مستوى **غير منخفض** لتواجد بعد **عدم التزام الإدارة العليا** كعائق لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، حسب وجهة نظر العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة »، وهذا ما يكشف بأن الثقافة التنظيمية السائدة في المؤسسات الصحية محل الدراسة جاءت غير مشجعة لتطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، وهذا في ما يخص عائق عدم التزام الإدارة العليا.

بالنظر إلى الجدول (4-30) وما يتضمنه من نتائج، يمكن ترتيب الفقرات التي يتضمنها بعد **عدم التزام الإدارة العليا** تنازليا من الاتجاه الأقوى إلى الأضعف، وذلك بناءً على المتوسط الحسابي والانحراف المعياري* لإجابات أفراد عينة الدراسة تجاه هذه الفقرات، وذلك كالآتي:

✓ **جاءت الفقرة رقم (3)**: «قلة الإجراءات التحفيزية المتخذة من قبل المسؤولين لتدعيم الجودة» في **المرتبة الأولى**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (3,74)، بانحراف معياري يقدر بـ (1,014)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين** على أن هناك قلة للإجراءات التحفيزية المتخذة من قبل المسؤولين تجاه دعم جهود الجودة في هذه المؤسسات، وهذا ما يتوافق نسبيا** مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **متوسط** وغير منخفض.

وهذا ما يعبر على أن العاملين غير راضين على الحوافز التي تقدمها الإدارة العليا بهدف تحسين الجودة والارتقاء بها؛ بل أن هناك غياب للإدارة العليا في هذا المجال، وهي لا تهتم ولا تحرص ولا تشجع العاملين على القيام بالأعمال التي ترفع من جودة الخدمات الصحية في هذه المستشفيات، وبما يسهل تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة مستقبلا، وترتيب هذه الفقرة جاء في المرتبة الأولى يتوافق مع الموافقة الكبيرة للعاملين تجاه الفقرات التي تتضمن جانب التحفيز (كما سنرى في الفقرات القادمة)، وكذلك يؤكد الاستياء الكبير للكثير من العاملين الذين التقينا بهم تجاه غياب الحوافز سواء المادية أو المعنوية المتخذة من طرف الإدارة العليا، ومعروف أن العامل إذا لم يجد التحفيز المعنوي والمادي الكافي فإن مستوى أداءه ينخفض بدرجة كبيرة، بما ينعكس على أداء المؤسسة الصحية، وبما يعرقل الكثير من المخططات والاستراتيجيات المتبعة بصفة عامة، ومنهج إدارة الجودة الشاملة بصفة خاصة؛ أي أن هذا يعتبر نقطة سلبية في الثقافة التنظيمية للمؤسسات الصحية محل الدراسة.

✓ **جاءت الفقرة رقم (2)**: «لا تسعى القيادة الإدارية إلى توفير الإمكانيات والموارد المناسبة لترقية الجودة» في **المرتبة الثانية**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (3,09)، بانحراف معياري يقدر بـ (1,263)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين نوعا ما** على عدم توفر مختلف الإمكانيات والموارد الضرورية والكافية لترقية الجودة، وأن القيادة الإدارية لا تسعى لتحقيق ذلك، وهذا ما يتوافق مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **متوسط** وغير منخفض، وهذا ما يعبر على أن الموارد الضرورية بمختلف أنواعها سواء كانت بشرية أو مالية أو مادية، لا يتم توفيرها بالشكل الكافي من

* في حالة تساوي المتوسطات الحسابية لبعض الفقرات، يتم الترتيب لصالح الفقرات ذات الانحراف المعياري الأقل؛ أي لصالح الفقرات الأقل تشتت.

** تم اعتبار أن نتيجة الاتجاه العام للفقرة إذا كان **موافق** ونتيجة المستوى العام للبعد الذي تنتمي إليه **مرتفع**، فإن هاتين النتيجتين تتوافقان، وخاصة لأن الفرضية الرئيسية الثانية والفرضيات الفرعية لها تضمنت مستوى منخفض، أي مقارنة بهذا المستوى المنخفض فالمستويات **المرتفعة** للأبعاد تتوافق مع فقراتها ذات الاتجاه العام **موافق**؛ لأن **الفقرات ذو اتجاه موافق أو موافق بشدة يعبر عنها أكثر البعد ذو المستوى المرتفع.**

وأما إذا كانت نتيجة الاتجاه العام للفقرة هي **موافق** ونتيجة المستوى العام للبعد الذي تنتمي إليه **متوسط**، فإن هاتين النتيجتين تتوافقان نسبيا؛ أي لا يتعارضان، وذلك لأن في صياغة العبارات الخمسة لاختيارات الإجابة عن الفقرات، كانت العبارة الثالثة تحمل صيغة موافق نوعا ما وليس عبارة محايد أو غير موافق نوعا ما؛ أي العبارة الثالثة تميل إلى اتجاه الموافقة أكثر من اتجاه عدم الموافقة، كذلك وبالإضافة إلى هذا فالفرضية الرئيسية الثانية والفرضيات الفرعية لها تضمنت مستوى منخفض، أي مقارنة بهذا المستوى المنخفض فالمستويات **المتوسطة** للأبعاد **تتوافق نسبيا** مع فقراتها ذات الاتجاه العام **موافق**؛ لأن **البعد ذو المستوى المتوسط يعبر أكثر عن الفقرات ذو الاتجاه موافق نوعا ما.**

طرف الإدارة العليا في المؤسسات الصحية محل الدراسة، حيث أن عدم توفرها يعيق وينقص من نجاح مختلف المشاريع، الخطط والاستراتيجيات التي يتم وضعها.

✓ **جاءت الفقرة رقم (1)**: «الإدارة العليا لا تهتم ولا تدعم باستمرار تحسين جودة الخدمات الصحية» في **المرتبة الثالثة**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (2,93)، بانحراف معياري يقدر بـ (1,340)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين نوعا ما** على أن هدف تحسين جودة الخدمات الصحية لا يلقى الاهتمام والدعم الكافي من طرف الإدارة العليا، وهذا ما يتوافق مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **متوسط** وغير منخفض، وهذا ما يعبر على أن الإدارة العليا ليس لها توجه نحو التحسين المستمر، وهي غائبة في هذا المجال؛ أي أن الأعمال المنجزة في المؤسسات الصحية محل الدراسة لا يتم إدخال عليها التحسينات بصفة مستمرة، وهو ما تؤكده آراء الكثير من العاملين الذين التقينا بهم في مختلف المؤسسات الصحية محل الدراسة.

✓ **جاءت الفقرة رقم (4)**: «الإدارة العليا لا تتبع الإجراءات العقابية لتحسين الجودة» في **المرتبة الرابعة**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (2,85)، بانحراف معياري يقدر بـ (1,257)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين نوعا ما** على أنه لا يتم إتباع الإجراءات العقابية من طرف الإدارة العليا بغرض تحسين الجودة، وهذا ما يتوافق مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **متوسط** وغير منخفض، ونلاحظ أن هذه الفقرة جاءت في الترتيب الأخير* مقارنة بالفقرات الأخرى لهذا البعد؛ أي أن العاملين أقل موافقة على محتوى هذه الفقرة مقارنة بالفقرات الأخرى لهذا البعد، حيث أن المتوسط الحسابي جاء منخفض وقريب من درجة عدم الموافقة، ويمكن تفسير ذلك حسب نتيجة الإجابات عن الفقرات السابقة لهذا البعد، وحسب آراء الكثير من العاملين الذين تم الالتقاء بهم، بأنه نوعا ما لا يتم إتباع الإجراءات العقابية بغرض تحسين الجودة، ولكن في الكثير من الأحيان يتم تطبيق العقوبات لدوافع أخرى، كالحساسيات الشخصية بين بعض العاملين والجهات الإدارية العليا.

حيث أن بعض العاملين الذين التقينا بهم ولم يوافقوا على محتوى هذه الفقرة، كان تفسيرهم لذلك بأن الإدارة العليا تطبق عليهم الإجراءات العقابية كالخصم من الراتب مثلا، تتبعا لعثراتهم فقط، وليس بنية إصلاح العامل، وحتى يكون أكثر انضباط في عمله، وهذا لأن العقوبات لا يتم تطبيقها بعدالة بين مختلف العاملين، فالإدارة العليا تغض عن الكثير من الأخطاء الجسيمة لبعض العاملين من منطلق المعرفة والعلاقات الشخصية والمكانة لهؤلاء العاملين عند القيادة الإدارية بصفة عامة، في حين أن بعض العاملين قد تكون أخطاءهم صغيرة جدا لكن يلاقون المتابعة والملاحقة العقابية، والكثير من العاملين صرحوا لنا وعبروا عن تذمرهم تجاه هذه النقطة، وبعض العاملين الذين التقينا بهم أول

* في كثير من الأحيان إذا كان اتجاه الموافقة للفقرة هو موافق نوعا ما، لكن المتوسط الحسابي منخفض قريب من درجة عدم الموافقة، فإنه يتم تفسير وتحليل أسباب هذا الانخفاض في الموافقة (وكأنه اتجاه عدم موافقة نوعا ما)، وخاصة إذا كانت هناك قرائن تدعم هذا الانخفاض في الموافقة كآراء وتصريحات بعض العاملين الذين تم مقابلتهم في الدراسة الميدانية.

مرة لتوزيع استمارة أسئلة الاستبيان، عبروا مازحين عن تخوفهم من أن تكون أسئلة استفسار من طرف الإدارة العليا من أجل تطبيق الإجراءات العقابية.

2- اختبار الفرضية الفرعية الثانية المتعلقة بمستوى تواجد عائق غياب التحسين المستمر.

يتضمن بعد غياب التحسين المستمر أربع فقرات، مُرتَّبة في استمارة الاستبيان وفقا للترتيب الآتي (5، 6، 7، 8)، ومن أجل معرفة المستوى العام لتواجد هذا البعد، واتجاهات الموافقة للعاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة تجاه فقراته، واختبار الفرضية الفرعية المتعلقة به، سنقوم بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تجاه هذا البعد وكل فقرة من فقراته، ويمكن توضيح ذلك كما في الجدول الآتي:

الجدول (4-31): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد غياب التحسين المستمر.

فقرات بعد غياب التحسين المستمر		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الاتجاه العام
5	الاعتقاد بعدم ضرورة التخطيط للتحسين المستمر لتحقيق الجودة.	2,73	1,256	4	موافق نوعا ما
6	لا يقوم المستشفى بإدخال التحسينات على الأعمال المنجزة.	2,95	1,233	3	موافق نوعا ما
7	التحسين المستمر لا يشمل مختلف العمليات والأنشطة بالمستشفى.	3,41	1,120	2	موافق
8	المستشفى لا يخصص الموارد الكافية لتحقيق التحسين المستمر.	3,43	1,188	1	موافق
المستوى العام		3,1285	0,84941	//	متوسط

المصدر: إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات (spss).

من خلال الجدول (4-31)، يمكن القول أن هناك مستوى **متوسط** لمدى تواجد عائق **غياب التحسين المستمر**، وهذا ما تعبر عنه قيمة المتوسط الحسابي العام المرجح لهذا البعد (العائق) التي بلغت (3,1285)، بانحراف معياري يقدر بـ (0,84941)، وهذا يدل على عدم وجود تباين كبير في إجابات أفراد عينة الدراسة، اتجاه إدراك مستوى تواجد بعد غياب التحسين المستمر كعائق لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

بما أن مستوى تواجد عائق غياب التحسين المستمر جاء **متوسط**، نرفض الفرضية الصفرية **ونقبل الفرضية البديلة للفرضية الفرعية الثانية**، والتي تنص على أن: «هناك مستوى **غير منخفض** لتواجد بعد **غياب التحسين المستمر** كعائق لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، حسب وجهة نظر العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة»، وهذا ما يكشف بأن الثقافة التنظيمية السائدة في المؤسسات الصحية محل الدراسة جاءت غير مشجعة لتطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، وهذا في ما يخص عائق غياب التحسين المستمر.

بالنظر إلى الجدول (4-31) وما يتضمنه من نتائج، يمكن ترتيب الفقرات التي يتضمنها بعد **غياب التحسين المستمر** تنازليا من الاتجاه الأقوى إلى الأضعف، وذلك بناءً على المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لإجابات أفراد عينة الدراسة تجاه هذه الفقرات، وذلك كالآتي:

- ✓ **جاءت الفقرة رقم (8)**: «المستشفى لا يخصص الموارد الكافية لتحقيق التحسين المستمر» في **المرتبة الأولى**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (3,43)، بانحراف معياري يقدر بـ (1,188)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين** على أنه لا يتم تخصيص الموارد الكافية من طرف المستشفى بغرض التحسين المستمر في مختلف الجوانب والأعمال المنجزة، وهذا ما يتوافق نسبيا مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **متوسط** وغير منخفض، وبناءً على هذا وعلى إجابات العاملين تجاه بعض الفقرات المشابهة (فقرة 2) لهذه الفقرة التي تتضمن جانب الموارد، يمكن القول أن الموارد بمختلف أنواعها لا يتم توفيرها بشكل كافي ومناسب، وخاصة من أجل إدخال التحسينات اللازمة في مختلف جوانب المؤسسة الصحية، وعدم تخصيص الموارد الكافية قد يكون أهم عائق يعيق تحقيق هدف التحسين المستمر.
- ✓ **جاءت الفقرة رقم (7)**: «التحسين المستمر لا يشمل مختلف العمليات والأنشطة بالمستشفى» في **المرتبة الثانية**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (3,41)، بانحراف معياري يقدر بـ (1,120)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين** على أن عملية التحسين بصفة مستمرة لا تشمل مختلف العمليات والأنشطة في المستشفى، وهذا ما يتوافق نسبيا مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **متوسط** وغير منخفض.

وهذا ما يعبر على أن هناك غياب للتحسين المستمر في المؤسسات الصحية محل الدراسة، وأنه لا يشمل مختلف جوانب المؤسسة الصحية، ويعتبر مبدأ التحسين المستمر من أهم مبادئ إدارة الجودة الشاملة، إذ أن البعض يطلق اسم التحسين المستمر على إدارة الجودة الشاملة في حد ذاتها، وهذا ما يكشف أن الكثير من إجراءات وطرق العمل قديمة وروتينية في المؤسسات الصحية محل الدراسة، وأنه لا يتم تحديثها وتجديدها باستمرار، وبصفة دورية وسريعة، وبما يتوافق ويتماشى مع مختلف الإجراءات ومظاهر العمل الموجودة في مختلف المؤسسات الصحية الناجحة على مستوى العالم، وهذا ما لمسناه في تصريح الكثير من الإداريين الذين قابلناهم.

- ✓ **جاءت الفقرة رقم (6)**: «لا يقوم المستشفى بإدخال التحسينات على الأعمال المنجزة» في **المرتبة الثالثة**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (2,95) بانحراف معياري يقدر بـ (1,233)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين نوعا ما** على أن مختلف الأعمال المنجزة في المستشفى لا يتم إدخال التحسينات عليها، وهذا ما يتوافق مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **متوسط** وغير منخفض.

وهذا ما يؤكد ما جاء في الفقرتين (7-8)، ويبين بوضوح أن هناك غياب للتحسين المستمر في المؤسسات الصحية محل الدراسة، وهذا ما يجعل الثقافة التنظيمية السائدة في هذه المؤسسات بعيدة عن ثقافة التحسين المستمر المميزة بشكل كبير لإدارة الجودة الشاملة، مما يعني أنه ينبغي بذل جهود كبيرة لتغيير الثقافة التنظيمية الحالية لهذه المؤسسات، بما يجعلها متضمنة لبعد التحسين المستمر ، وبما يسهل تطبيق إدارة الجودة الشاملة بصفة رسمية مستقبلا.

✓ **جاءت الفقرة رقم (5)**: «الاعتقاد بعدم ضرورة التخطيط للتحسين المستمر لتحقيق الجودة» في **المرتبة الرابعة**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (2,73)، بانحراف معياري يقدر بـ (1,256)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين نوعا ما** على أن عملية التخطيط للتحسين المستمر للرفع من مستوى الجودة حسب اعتقادهم غير ضرورية في مجال المؤسسات الصحية، وهذا ما يتوافق مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **متوسط** وغير منخفض.

بما أن هذه الفقرة جاءت في الترتب الأخير، والمتوسط الحسابي لها جاء منخفض وقريب من اتجاه عدم الموافقة، يمكن القول أن العاملين أقل موافقة بعدم ضرورة التخطيط للتحسين المستمر، وأنهم يرون أن هناك نوعا ما أهمية للتخطيط في مجال الجودة، وهذا ما يتوافق ويعبر عن آراء الكثير من العاملين الذين قابلناهم في المؤسسات الصحية محل الدراسة، فهم يرون في ما معناه بأن التخطيط مهم بصفة عامة لإنجاز وتحقيق أي عمل أو هدف، وأن المؤسسة تحتاج للوظائف الإدارية بصفة عامة بما فيها وظيفة التخطيط، كغيرها من أنواع المؤسسات الأخرى، وأنه لا ينبغي النظر للمؤسسات الصحية بأن الأداء المرتفع فيها مرتبط بكفاءة العمليات العلاجية فقط، بل كذلك هو مرتبط بدرجة كبيرة بمدى كفاءة وفعالية العمليات الإدارية، وبمستوى أداء القيادة الإدارية بصفة خاصة.

3- اختبار الفرضية الفرعية الثالثة المتعلقة بمستوى تواجد عائق عدم التوجه نحو الزبون.

يتضمن بعد عدم التوجه نحو الزبون خمس فقرات، مُرتَّبة في استمارة الاستبيان وفقا للترتيب الآتي (9، 10، 11، 12، 13)، ومن أجل معرفة المستوى العام لتواجد هذا البعد، واتجاهات الموافقة للعاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة تجاه فقراته، واختبار الفرضية الفرعية المتعلقة به، سنقوم بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تجاه هذا البعد وكل فقرة من فقراته، ويمكن توضيح ذلك كما في الجدول الآتي:

الجدول (4-32): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد عدم التوجه نحو الزبون.

	فقرات بعد عدم التوجه نحو الزبون	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الاتجاه العام
9	تقديم خدمات ذات جودة عالية للمرضى أمر غير ضروري.	**2,02**	**1,169**	**5**	**غير موافق**
10	لا يعتبر رضا المريض الهدف الأسمى لتوجهات المستشفى وكمقياس لنجاحه.	**2,48**	**1,349**	**4**	**غير موافق**
11	قلة الاهتمام بشكاوى ومقترحات المرضى.	**3,16**	**1,334**	**2**	**موافق نوعا ما**
12	لا يتم استطلاع آراء المرضى حول مستوى جودة الخدمات المقدمة لهم.	**3,51**	**1,266**	**1**	**موافق**
13	لا تعتبر زملائك في العمل كزبائن ينبغي إرضائهم.	**2,81**	**1,213**	**3**	**موافق نوعا ما**
	المستوى العام	**2,7953**	**0,87620**	//	**متوسط**

المصدر: إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات (spss).

من خلال الجدول (4-32)، يمكن القول أن هناك مستوى **متوسط** لمدى تواجد عائق **عدم التوجه نحو الزبون**، وهذا ما تعبر عنه قيمة المتوسط الحسابي العام المرجح لهذا البعد (العائق) التي بلغت (2,7953)، بانحراف معياري يقدر بـ (0,87620)، وهذا يدل على عدم وجود تباين كبير في إجابات أفراد عينة الدراسة، اتجاه إدراك مستوى تواجد بعد عدم التوجه نحو الزبون كعائق لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

بما أن مستوى تواجد عائق عدم التوجه نحو الزبون جاء **متوسط**، نرفض الفرضية الصفرية **ونقبل الفرضية البديلة للفرضية الفرعية الثالثة**، والتي تنص على أن: «هناك مستوى **غير منخفض** لتواجد بعد **عدم التوجه نحو الزبون** كعائق لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، حسب وجهة نظر العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة»، وهذا ما يكشف بأن الثقافة التنظيمية السائدة في المؤسسات الصحية محل الدراسة جاءت غير مشجعة لتطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، وهذا في ما يخص عائق عدم التوجه نحو الزبون.

بالنظر إلى الجدول (4-32) وما يتضمنه من نتائج، يمكن ترتيب الفقرات التي يتضمنها بعد **عدم التوجه نحو الزبون** تنازليا من الاتجاه الأقوى إلى الأضعف، وذلك بناءً على المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لإجابات أفراد عينة الدراسة تجاه هذه الفقرات، وذلك كالآتي:

✓ **جاءت الفقرة رقم (12)**: «لا يتم استطلاع آراء المرضى حول مستوى جودة الخدمات المقدمة لهم» في **المرتبة الأولى**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (3,51)، بانحراف معياري يقدر بـ (1,266)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين** على أن المستشفى لا يقوم باستطلاع آراء المرضى تجـاه جودة الخدمات المقدمة لهم، وهذا ما يتوافق نسبيا

مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **متوسط** وغير منخفض.

وهذا ما يعبر على أن المرضى باعتبارهم كزبائن خارجيين، فإن آرائهم تجاه جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم لا تلقى الاهتمام، لأن الجهات الإدارية في المؤسسة الصحية لا تقوم باستطلاع آرائهم في هذا المجال؛ أي أنه لا يتم تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المرضى حتى يتم تلبية احتياجاتهم، ويعتبر تقديم خدمات تتوافق مع وجهة نظر الزبائن الخارجيين من المفاهيم الأساسية لإدارة الجودة الشاملة، وحتى وإن كان المرضى لا يعرفون احتياجاتهم ورغباتهم في ما يخص مجالات الجودة المتعلقة بالعمليات العلاجية (الجودة الإكلينيكية)، لأن باختصار الطبيب أو الممرض هو الذي يحدد العلاج المناسب للمريض، وبالتالي من غير المعقول استطلاع رأي المريض في هذا المجال، إلا أنه يمكن ذلك في مجالات الجودة الأخرى، كنظافة مكان العلاج، ومدى التعامل الجيد والحسن من طرف العاملين، وكذلك حول مدى تحسن حالة المريض بعد تلقي العلاج، ومدى الراحة والرضا الذي يشعر به.

✓ **جاءت الفقرة رقم (11)**: «قلة الاهتمام بشكاوى ومقترحات المرضى» في **المرتبة الثانية**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (3,16)، بانحراف معياري يقدر بـ (1,334)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين نوعا ما** على أن شكاوى واقتراحات المرضى لا تلقى الاهتمام الكافي من طرف الجهات الإدارية والعاملين بصفة عامة، وهذا ما يتوافق مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **متوسط** وغير منخفض، وهذا ما يتوافق ويدعم ما جاء في الفقرة (12).

✓ **جاءت الفقرة رقم (13)**: «لا تعتبر زملائك في العمل كزبائن ينبغي إرضائهم» في **المرتبة الثالثة**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (2,81)، بانحراف معياري يقدر بـ (1,213)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين نوعا ما** على أن نظرتهم لزملائهم في العمل وكأنهم زبائن ومرضى من ناحية الاهتمام بهم، والسعي على إرضاء احتياجاتهم في العمل إذا اقتضى الأمر ذلك، وهذا ما يتوافق مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **متوسط** وغير منخفض.

ويعتبر مفهوم الزبون الداخلي الذي يعتبر من أهم المفاهيم الذي يتضمنها منهج إدارة الجودة الشاملة، والذي يميز بين الزبائن الخارجيين والمتمثلين خاصة في المرضى في حالة قطاع المؤسسات الصحية، والزبائن الداخليين المتمثلين في العاملين في المؤسسة الصحية، ومما سبق يمكن القول أن في المؤسسات الصحية محل الدراسة هناك نوعا ما عدم إدراك لمفهوم الزبون الداخلي، وأن العامل لا يهتم بدرجة كبيرة برضا زملائه في العمل، خاصة الذين أعمالهم تعتمد نتائج عمله، وهذا ما لمسناه في حديث الكثير من العاملين الذين قابلناهم، حيث عبروا في ما معناه أن العامل يهمه بالدرجة الأولى رضا المريض، وأما الاهتمام بزميله لخدمته وتلبية احتياجاته المهنية، فهو غير ملزم بذلك بدرجة كبيرة.

✓ **جاءت الفقرة رقم (10)**: «لا يعتبر رضا المريض الهدف الأسمى لتوجهات المستشفى وكمقياس لنجاحه» في **المرتبة الرابعة** حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (2,48) بانحراف معياري يقدر بـ (1,349)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة

غير موافقين على أن رضا المريض لا يمكن اعتباره الهدف الأسمى لتوجهات المستشفى ومقياس نجاحه، وهذا ما لا يتوافق نسبيا* مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **متوسط** وغير منخفض.

وهذا ما يعبر على أن أهداف وتوجهات المؤسسات الصحية محل الدراسة تتمحور حول هدف تحقيق رضا المرضى وتلبية احتياجاتهم، حيث يعتبر الاهتمام بالمرضى من منطلق الجانب الإنساني والخلفية الثقافية للعاملين، وخاصة الدين الإسلامي الذي يحث على الاهتمام بالمرضى ومساعدتهم.

وكما تم ذكره سابقا، فرغم أن رضا المريض يعتبر الهدف الأسمى، إلا أن ذلك قد يكون في الجوانب المتعلقة بالجودة فقط، وأما في الكثير من الحالات والجوانب المتعلقة بطرق وكيفية العلاج فلا يهم فيها رضا المريض، لأن المريض لا يستطيع أن يحدد أصلا احتياجاته ورغباته العلاجية، فالأطباء يعتبرون أهم الفئات العاملة في المؤسسة الصحية يكون ولائهم واحترامهم في الجانب العلاجي للمهنة ومعاييرها، أكثر من الولاء والتوجه للمؤسسة الصحية أو المرضى، أي الطبيب يهمه بدرجة أولى أن يقوم بعمله وفقا ما تملي له مهنته وأخلاقياتها.

✓ **جاءت الفقرة رقم (9)**: «تقديم خدمات ذات جودة عالية للمرضى أمر غير ضروري» في **المرتبة الخامسة**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (2,02)، بانحراف معياري يقدر بـ (1,169)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **غير موافقين** على أنه ليس هناك أهمية وضرورة في أن تكون الخدمات المقدمة للمرضى ذات جودة عالية، وهذا ما لا يتوافق نسبيا مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **متوسط** وغير منخفض، ونتيجة إجابات العاملين تجاه مضمون هذه الفقرة يعتبر كتأكيد وتدعيم لما جاء في الفقرة (10).

4- اختبار الفرضية الفرعية المتعلقة بمستوى تواجد عائق غياب المشاركة.

يتضمن بعد غياب مشاركة العاملين خمس فقرات، مُرتَّبة في استمارة الاستبيان وفقا للترتيب الآتي (14، 15، 16، 17، 18)، ومن أجل معرفة المستوى العام لتواجد هذا البعد، واتجاهات الموافقة للعاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة تجاه فقراته، واختبار الفرضية الفرعية المتعلقة به، سنقوم بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تجاه هذا البعد وكل فقرة من فقراته، ويمكن توضيح ذلك كما في الجدول الآتي:

* تم اعتبار ذلك لأن **الفقرات ذو اتجاه غير موافق تعبر أكثر عن البعد ذو المستوى المنخفض.**

الجدول (4-33): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد غياب المشاركة.

	فقرات بعد غياب المشاركة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الاتجاه العام
14	الاعتقاد بأن العمل من خلال الفريق لا يزيد من حرص العامل لتحسين أدائه.	**2,30**	**1,081**	**5**	**غير موافق**
15	غياب روح التعاون والعمل كفريق لحل المشاكل وتحسين الجودة.	**3,04**	**1,262**	**3**	**موافق نوعا ما**
16	لا يتم تفويض بعض السلطات إليك بالمستشفى.	**3,03**	**1,105**	**4**	**موافق نوعا ما**
17	المسؤولون لا يقومون بإشراك العاملين في اتخاذ القرارات التي لها علاقة بأعمالهم.	**3,41**	**1,253**	**1**	**موافق**
18	المسؤولون لا يتقبلون الانتقادات ولا يستمعون إلى آراء واقتراحات مرؤوسيهم.	**3,34**	**1,298**	**2**	**موافق نوعا ما**
	المستوى العام	**3,0225**	**0,82147**	//	**متوسط**

المصدر: إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات (spss).

من خلال الجدول (4-33)، يمكن القول أن هناك مستوى **متوسط** لمدى تواجد عائق **غياب المشاركة**، وهذا ما تعبر عنه قيمة المتوسط الحسابي العام المرجح لهذا البعد (العائق) التي بلغت (3,0225)، بانحراف معياري يقدر بـ (0,82147)، وهذا يدل على عدم وجود تباين كبير في إجابات أفراد عينة الدراسة، اتجاه إدراك مستوى تواجد بعد غياب المشاركة كعائق لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

بما أن مستوى تواجد عائق غياب المشاركة جاء **متوسط**، نرفض الفرضية الصفرية **ونقبل الفرضية البديلة للفرضية الفرعية الرابعة**، والتي تنص على أن: «هناك مستوى **غير منخفض** لتواجد بعد **غياب المشاركة** كعائق لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، حسب وجهة نظر العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة»، وهذا ما يكشف بأن الثقافة التنظيمية السائدة في المؤسسات الصحية محل الدراسة جاءت غير مشجعة لتطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، وهذا في ما يخص عائق غياب المشاركة.

بالنظر إلى الجدول (4-33) وما يتضمنه من نتائج، يمكن ترتيب الفقرات التي يتضمنها بعد **غياب المشاركة** تنازليا من الاتجاه الأقوى إلى الأضعف، وذلك بناءً على المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لإجابات أفراد عينة الدراسة تجاه هذه الفقرات، وذلك كالآتي:

✓ **جاءت الفقرة رقم (17)**: « المسؤولون لا يقومون بإشراك العاملين في اتخاذ القرارات التي لها علاقة بأعمالهم» في **المرتبة الأولى**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (3,41)، بانحراف معياري يقدر بـ (1,253)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة

موافقين على أنه لا يتم إشراك العامل، وأنه لا يساهم بآرائه مع المسؤولين في اتخاذ القرارات التي لها علاقة بالأعمال والمهام الموكّلة له، وهذا ما يتوافق نسبيا مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **متوسط** وغير منخفض.

وهذا ما يكشف طبيعة القيادة الإدارية السائدة في المؤسسات الصحية محل الدراسة من حيث تفردها بعملية اتخاذ القرارات، مما ينعكس على إحساس الكثير من العاملين بالتهميش، وعدم رضاهم في كثير من الأحيان عن القرارات الصادرة عن الهيئات الإدارية، وخاصة الأطباء والممرضين الذين قد يرفضون ويتذمرون من أن تأتيهم الأوامر من الإداريين، وهذا ما لمسناه في حديث الكثير من العاملين الذين تم مقابلتهم.

✓ **جاءت الفقرة رقم (18)**: « المسؤولون لا يتقبلون الانتقادات ولا يستمعون إلى آراء واقتراحات مرؤوسيهم» في **المرتبة الثانية**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (3,34)، بانحراف معياري يقدر بـ (1,298)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين نوعا ما** على أن انتقاداتهم واقتراحاتهم وآرائهم لا تلقى الآذان الصاغية من طرف المسؤولين، وهذا ما يتوافق مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **متوسط** وغير منخفض، وهذا ما يؤكد ويدعم ما جاء في الفقرة (17).

✓ **جاءت الفقرة رقم (15)**: «غياب روح التعاون والعمل كفريق لحل المشاكل وتحسين الجودة» في **المرتبة الثالثة**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (3,04)، بانحراف معياري يقدر بـ (1,262)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين نوعا ما** على قلة صور ومظاهر المشاركة والتعاون بين العاملين، سواء لاتخاذ بعض القرارات أو انجاز بعض المهام المشتركة، خاصة من خلال فرق العمل الجماعي، وهذا ما يتوافق مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **متوسط** وغير منخفض.

ومما سبق وبما أن هذه الفقرة أكثر تعبيرا عن مضمون هذا البعد من الفقرات الأخرى، يمكن القول أن الثقافة التنظيمية السائدة في المؤسسات الصحية محل الدراسة بعيدة عن الثقافة التي يشيع ويسود فيها روح التعاون والعمل الجماعي من خلال الفريق؛ أي أن العاملين لم يتعودوا على العمل بهذه الطريقة، ولم تصبح كجزء من ثقافة هذه المؤسسات الصحية، ومعروف أن العمل من خلال الفريق يعتبر من المفاهيم الرئيسية المصاحبة لمنهج إدارة الجودة الشاملة، لذلك ينبغي على هذه المؤسسات الصحية بذل جهود معتبرة، والتركيز بدرجة كبيرة على تغيير ثقافتها التنظيمية في هذا المجال، بما يتلاءم مع تطبيق إدارة الجودة الشاملة، ويجعلها أكثر توفير لمتطلبات تطبيق هذا المنهج.

✓ **جاءت الفقرة رقم (16)**: «لا يتم تفويض بعض السلطات إليك بالمستشفى» في **المرتبة الرابعة**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (3,03)، بانحراف معياري يقدر بـ (1,105)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين نوعا ما** على أن ليس هناك تفويض لبعض السلطات إليهم في المستشفى، وهذا ما يتوافق مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **متوسط** وغير منخفض، وهذا ما يعبر على غياب صورة من صور المشاركة والعمل الجمـــاعي، والمتمثل في عدم

تفويض السلطات، وهذا قد يكون في مجال اتخاذ القرارات، أو إنجاز وإدارة بعض المهام والأعمال.

✓ **جاءت الفقرة رقم (14)**: «الاعتقاد بأن العمل من خلال الفريق لا يزيد من حرص العامل لتحسين أدائه» في **المرتبة الخامسة**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (2,30)، بانحراف معياري يقدر بـ (1,081)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **غير موافقين** ولا يعتقدون بأن العمل من خلال الفريق لا يزيد من حرص العامل لتحسين أدائه، وهذا ما لا يتوافق نسبيا مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **متوسط** وغير منخفض.

وبالتالي عكس الفقرات الأخرى لهذا البعد فإن العاملين غير موافقين على ما جاء في هذه الفقرة، وهذا يعني أنه رغم أنهم يرون أن صور المشاركة والعمل الجماعي غير موجودة أو غائبة نوعا ما في المؤسسات الصحية محل الدراسة، إلا أنهم يعتقدون بأهمية المشاركة والعمل الجماعي، وهكذا فإنه يمكن القول أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة لهم نظرة إيجابية تجاه العمل الجماعي، حيث أنهم يرون ويعتقدون بأن هناك أهمية للعمل الجماعي من خلال الفريق، وأنه له آثار إيجابية كبيرة في زيادة مستوى أداء العامل، وزيادة حرصه وحبه وإتقانه لعمله والمهام الموكلة إليه.

5- اختبار الفرضية الفرعية المتعلقة بمستوى تواجد عائق غياب التشجيع والتحفيز.

يتضمن بعد غياب التشجيع والتحفيز أربع فقرات، مُرتَّبة في استمارة الاستبيان وفقا للترتيب الآتي (19، 20، 21، 22)، ومن أجل معرفة المستوى العام لتواجد هذا البعد، واتجاهات الموافقة للعاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة تجاه فقراته، واختبار الفرضية الفرعية المتعلقة به، سنقوم بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تجاه هذا البعد وكل فقرة من فقراته، ويمكن توضيح ذلك كما في الجدول الآتي:

الجدول (4-34): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد غياب التشجيع والتحفيز.

	فقرات بعد غياب التشجيع والتحفيز	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الاتجاه العام
19	عدم توفر التشجيع والتحفيز المعنوي الكافي لتحسين أداء العاملين.	**3,59**	**1,373**	**4**	**موافق**
20	لا يتم مكافئة العاملين ماديا على الأداء الجيد.	**3,98**	**1,082**	**2**	**موافق**
21	ليس هناك تشجيع وفرص متاحة للإبداع والتميز في العمل.	**4,10**	**0,947**	**1**	**موافق**
22	الإدارة العليا لا تشجع ولا تستمع إلى آرائي وأفكاري لتحسين طريقة العمل.	**3,64**	**1,221**	**3**	**موافق**
	المستوى العام	**3,8264**	**0,95997**	//	**مرتفع**

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات (spss).

من خلال الجدول (4-34)، يمكن القول أن هناك مستوى **مرتفع** لمدى تواجد عائق **غياب التشجيع والتحفيز**، وهذا ما تعبر عنه قيمة المتوسط الحسابي العام المرجح لهذا البعد (العائق) التي بلغت (3,8264)، بانحراف معياري يقدر بـ (0,95997)، وهذا يدل على عدم وجود تباين كبير في إجابات أفراد عينة الدراسة، اتجاه إدراك مستوى تواجد بعد غياب التشجيع والتحفيز كعائق لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

بما أن مستوى تواجد عائق غياب التشجيع والتحفيز جاء **مرتفع**، نرفض الفرضية الصفرية **ونقبل الفرضية البديلة للفرضية الفرعية الخامسة**، والتي تنص على أن: «هناك مستوى **غير منخفض** لتواجد بعد **غياب التشجيع والتحفيز** كعائق لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، حسب وجهة نظر العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة»، وهذا ما يكشف بأن الثقافة التنظيمية السائدة في المؤسسات الصحية محل الدراسة جاءت غير مشجعة لتطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، وهذا في ما يخص عائق غياب التشجيع والتحفيز.

بالنظر إلى الجدول (4-34) وما يتضمنه من نتائج، يمكن ترتيب الفقرات التي يتضمنها بعد **غياب التشجيع والتحفيز** تنازليا من الاتجاه الأقوى إلى الأضعف، وذلك بناءً على المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لإجابات أفراد عينة الدراسة تجاه هذه الفقرات، وذلك كالآتي:

- ✓ **جاءت الفقرة رقم (21)**: «ليس هناك تشجيع وفرص متاحة للإبداع والتميز في العمل» في **المرتبة الأولى**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (4,10)، بانحراف معياري يقدر بـ (0,947)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين** على أن هناك غياب للتشجيع والفرص المتاحة للإبداع والتميز في العمل، وهذا ما يتوافق مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **مرتفع** وغير منخفض.

وهذا ما لمسناه في حديث الكثير من العاملين، وفي عدم تحمسهم وتهيئهم للمهام والأعمال التي يقومون بها، وأنهم يعملون في وظيفتهم ليس لأهداف نبيلة كالمساهمة في رفع مستوى أداء المؤسسة الصحية التي يعملون فيها، بل فقط لدافع اكتساب دخل يعيشون به، وهذا قد يرجع بدرجة كبيرة إلى المثبطات التي يلاقونها من طرف مسؤوليهم، وعدم توفر التشجيع والتحفيز الكافي، سواء المعنوي أو المادي، مما يجعل العامل يسير بمبدأ تقديم وبذل الحد الأدنى من الجهد الذي يضمن له فقط الاستمرار في وظيفته.

- ✓ **جاءت الفقرة رقم (20)**: «لا يتم مكافئة العاملين ماديا على الأداء الجيد» في **المرتبة الثانية**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (3,98)، بانحراف معياري يقدر بـ (1,082)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين** على أن ليس هناك تشجيع مادي على الأداء الجيد للعامل، وهذا ما يتوافق مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **مرتفع** وغير منخفض.

وهذا لأن أجور العاملين قد تكون متفاوتة فقط بسبب الخبرة أو طبيعة المنصب أو لأسباب أخرى، أما منحة المردودية، والتي هي في الأصل كتقييم ومكافئة على الأداء الجيد للعامل، فغالب العاملين يأخذونها بدرجات متقاربة، زائد أن قيمتها ومقدارها الإجمالي لا يكون كبير بشكل مشجع ومحفز، وغير معبر بما فيه الكفاية عن الاختلافات في الأداء بين العاملين، بالإضافة أنه قد لا يكون هناك عدالة في تقييم أداء العاملين، كل هذه الأسباب وغيرها كثير تدفع العامل بأن يكون سلبي وغير متحمس تجاه عمله، وغير راضي عن ظروف العمل في المؤسسة الصحية.

✓ **جاءت الفقرة رقم (22)**: «الإدارة العليا لا تشجع ولا تستمع إلى آرائي» في **المرتبة الثالثة**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (3,64)، بانحراف معياري يقدر بـ (1,221)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين** على أن آراء العاملين لا تلقى التشجيع والآذان الصاغية من طرف الإدارة العليا، وهذا ما يتوافق مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **مرتفع** وغير منخفض، وهذا يعبر عن غياب نوع من أنواع التشجيع المعنوي، والمتمثل في عدم تشجيع العاملين لطرح آرائهم، وعدم الاستماع لهم.

✓ **جاءت الفقرة رقم (19)**: «عدم توفر التشجيع والتحفيز المعنوي الكافي لتحسين أداء العاملين» في **المرتبة الرابعة**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (3,59)، بانحراف معياري يقدر بـ (1,373)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين** على أنه من أجل تحسين أداء العاملين فإنه لا يتم توفير التشجيع والتحفيز المعنوي الكافي لذلك، وهذا ما يتوافق مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **مرتفع** وغير منخفض، ويعبر عن غياب التشجيع المعنوي بمختلف أشكاله وصوره، مما يؤكد ويدعم ما جاء في الفقرات (20-21-22).

6- اختبار الفرضية الفرعية المتعلقة بمستوى تواجد عائق غياب التعليم والتدريب.

يتضمن بعد غياب التعليم والتدريب* أربع فقرات، مُرتَّبة في استمارة الاستبيان وفقا للترتيب الآتي (23، 24، 25، 26)، ومن أجل معرفة المستوى العام لتواجد هذا البعد، واتجاهات الموافقة للعاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة تجاه فقراته، واختبار الفرضية الفرعية المتعلقة به، سنقوم بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تجاه هذا البعد وكل فقرة من فقراته، ويمكن توضيح ذلك كما في الجدول الآتي:

* بما أن مصطلح التدريب مرادف لمصطلح التكوين، فقد تم استخدام مصطلح التكوين في فقرات الاستبيان بدل التدريب، لأنه الأكثر تداولا وفهما من طرف العاملين.

الجدول (4-35): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد غياب التعليم والتدريب.

	فقرات بعد غياب التعليم والتدريب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الاتجاه العام
23	الاعتقاد بأن التعليم والتكوين لا يزيدان كثيرا من المهارات المتعلقة بالجودة.	**2,07**	**1,082**	**4**	**غير موافق**
24	غياب الفرص والبرامج الكافية للتعليم والتكوين في مجال الجودة.	**3,08**	**1,019**	**3**	**موافق نوعا ما**
25	لا يهتم العاملون بالتكوين وتنمية قدراتهم ومهاراتهم.	**3,14**	**1,222**	**2**	**موافق نوعا ما**
26	إدارة المستشفى لا تخصص الموارد الكافية للتعليم والتكوين.	**3,77**	**0.991**	**1**	**موافق**
	المستوى العام	**3,1969**	**0,68152**	//	**متوسط**

المصدر: إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات (spss).

من خلال الجدول (4-35)، يمكن القول أن هناك مستوى **متوسط** لمدى تواجد عائق **غياب التعليم والتدريب**، وهذا ما تعبر عنه قيمة المتوسط الحسابي العام المرجح لهذا البعد (العائق) التي بلغت (3,1969)، بانحراف معياري يقدر بـ (0,68152)، وهذا يدل على عدم وجود تباين كبير في إجابات أفراد عينة الدراسة، اتجاه إدراك مستوى تواجد بعد غياب التعليم والتدريب كعائق لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

بما أن مستوى تواجد عائق غياب التعليم والتدريب جاء **متوسط**، نرفض الفرضية الصفرية **ونقبل الفرضية البديلة للفرضية الفرعية السادسة**، والتي تنص على أن: «هناك مستوى **غير منخفض** لتواجد بعد **غياب التعليم والتدريب** كعائق لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، حسب وجهة نظر العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة»، وهذا ما يكشف بأن الثقافة التنظيمية السائدة في المؤسسات الصحية محل الدراسة جاءت غير مشجعة لتطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، وهذا في ما يخص عائق غياب التعليم والتدريب.

بالنظر إلى الجدول (4-35) وما يتضمنه من نتائج، يمكن ترتيب الفقرات التي يتضمنها بعد **غياب التعليم والتدريب** تنازليا من الاتجاه الأقوى إلى الأضعف، وذلك بناءً على المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لإجابات أفراد عينة الدراسة تجاه هذه الفقرات، وذلك كالآتي:

✓ **جاءت الفقرة رقم (26)**: «إدارة المستشفى لا تخصص الموارد الكافية للتعليم والتكوين» في **المرتبة الأولى**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (3,77)، بانحراف معياري يقدر بـ (0,991)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين** على أن كل من التعليم والتدريب لا يخصص لهما الموارد الكافية، وهذا ما يتوافق نسبيا مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء

متوسط وغير منخفض، وهذا ما يعبر على أن التعليم والتدريب سواء في مجال الجودة أو مختلف المجالات لا يخصص لهما الموارد المناسبة.

✓ **جاءت الفقرة رقم (25)**: «لا يهتم العاملون بالتكوين وتنمية قدراتهم ومهاراتهم» في **المرتبة الثانية**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (3,14)، بانحراف معياري يقدر بـ (1,222)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين نوعا ما** على قلة اهتمامهم بالتدريب وتنمية قدراتهم ومهاراتهم، وهذا ما يتوافق مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **متوسط** وغير منخفض؛ أي أن العاملين لا يسعون بشكل فردي وخارج إطار المؤسسة الصحية التي يعملون بها إلى تنمية قدراتهم، كالالتحاق بدورات تعليمية وتدريبية معينة، أو المطالعة المنتظمة والدورية من خلال الكتب ومواقع الانترنت.

✓ **جاءت الفقرة رقم (24)**: «غياب الفرص والبرامج الكافية للتعليم والتكوين في مجال الجودة» في **المرتبة الثالثة**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (3,08)، بانحراف معياري يقدر بـ (1,019)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين نوعا ما** على عدم كفاية الفرص والبرامج للتعليم والتدريب في مجال الجودة، وهذا ما يتوافق مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **متوسط** وغير منخفض.

وهذا ما لاحظناه في الزيارات الميدانية للمؤسسات الصحية محل الدراسة، حيث الكثير من العاملين لم يسبق لهم أن تلقوا أي تعليم أو تدريب في مجال الجودة أو مختلف المجالات عموما، وهذا ما يعبر صراحة على أن الثقافة التنظيمية السائدة لا يشيع فيها روح التعلم وتنمية القدرات، مما يجعلها سلبية في هذا المجال وتعيق وغير مشجعة لمختلف التغييرات التي يمكن إدخالها لهذه المؤسسات الصحية.

✓ **جاءت الفقرة رقم (23)**: «الاعتقاد بأن التعليم والتكوين لا يزيدان كثيرا من المهارات المتعلقة بالجودة» في **المرتبة الرابعة**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (2,07)، بانحراف معياري يقدر بـ (1,082)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **غير موافقين** ولا يعتقدون بأن كل من التعليم والتكوين ليس لهما أهمية، وأنهما لا يزيدان كثيرا من اكتساب المهارات المتعلقة بالجودة، وهذا ما لا يتوافق نسبيا مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **متوسط** وغير منخفض، ومن خلال نتيجة هذه الفقرة والفقرات السابقة لهذا البعد، يمكن القول أن العاملين رغم أنهم يميلون إلى اتجاه الموافقة تجاه فقرات بعد عدم تواجد التعليم والتدريب في المؤسسات الصحية محل الدراسة، إلا أنهم يرون نظريا أن هناك أهمية لكل من التعليم والتدريب.

7- اختبار الفرضية الفرعية المتعلقة بمستوى تواجد عائق غياب الاتصالات والمعلومات.

يتضمن بعد غياب الاتصالات والمعلومات أربع فقرات، مُرتَّبة في استمارة الاستبيان وفقا للترتيب الآتي (27، 28، 29، 30)، ومن أجل معرفة المستوى العام لتواجد هذا البعد، واتجاهات الموافقة للعاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة تجاه فقراته، واختبار الفرضية الفرعية المتعلقة به، سنقوم بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية تجاه هذا البعد وكل فقرة من فقراته، ويمكن توضيح ذلك كما في الجدول الآتي:

الجدول (4-36): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد غياب الاتصالات والمعلومات.

فقرات بعد غياب الاتصالات والمعلومات		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الاتجاه العام
27	ليس هناك أهمية كبيرة للاتصال ونقل المعلومات داخل المستشفى.	3,23	1,224	4	موافق نوعا ما
28	لا يهتم المستشفى بالمعلومات المتدفقة من قبل المرضى.	3,28	1,146	3	موافق نوعا ما
29	لا يهتم المستشفى بالمعلومات المتدفقة من قبل العاملين.	3,38	1,136	2	موافق نوعا ما
30	لا يتم الاستناد على التحليل الجيد للمعلومات في عملية اتخاذ القرارات.	3,48	1,201	1	موافق
المستوى العام		3,3429	0,94038	//	متوسط

المصدر: إعداد الطالب بناءً على مخرجات (spss).

من خلال الجدول (4-36)، يمكن القول أن هناك مستوى **متوسط** لمدى تواجد عائق **غياب الاتصالات والمعلومات**، وهذا ما تعبر عنه قيمة المتوسط الحسابي العام المرجح لهذا البعد (العائق) التي بلغت (3,3429)، بانحراف معياري يقدر بـ (0,94038)، وهذا يدل على عدم وجود تباين كبير في إجابات أفراد عينة الدراسة، اتجاه إدراك مستوى تواجد بعد غياب المعلومات والاتصالات كعائق لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية محل الدراسة.

بما أن مستوى تواجد عائق غياب المعلومات والاتصالات جاء **متوسط**، نرفض الفرضية الصفرية **ونقبل الفرضية البديلة للفرضية الفرعية السادسة**، والتي تنص على أن: «هناك مستوى **غير منخفض** لتواجد بعد **غياب المعلومات والاتصالات** كعائق لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، حسب وجهة نظر العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة»، وهذا ما يكشف بأن الثقافة التنظيمية السائدة في المؤسسات الصحية محل الدراسة جاءت غير مشجعة لتطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، وهذا في ما يخص عائق غياب الاتصالات والمعلومات.

بالنظر إلى الجدول (4-36) وما يتضمنه من نتائج، يمكن ترتيب الفقرات التي يتضمنها بعد **غياب الاتصالات والمعلومات** تنازليا من الاتجاه الأقوى إلى الأضعف، وذلك بناءً على المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لإجابات أفراد عينة الدراسة تجاه هذه الفقرات، وذلك كالآتي:

✓ **جاءت الفقرة رقم (30)**: «لا يتم الاستناد على التحليل الجيد للمعلومات في عملية اتخاذ القرارات» في **المرتبة الأولى**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (3,48)، بانحراف معياري يقدر بـ (1,201)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين** على أن عملية اتخاذ القرار لا تستند بدرجة كبيرة على التحليل الجيد للمعلومات، وهذا ما يتوافق نسبيا مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **متوسط** وغير منخفض.

وهذا ما يعبر على أن القرارات في المؤسسات الصحية محل الدراسة، لا تُتَّخذ بدرجة كبيرة بناءً على ما هو موجود في الواقع، وذلك لعدم التحليل والتمحيص الجيد لما تم جمعه من معلومات متعلقة بالقرار من أجل الخروج بقرارات رشيدة أكثر، وهذا بغض النظر ما إذا كانت المعلومات التي تم جمعها والمتوفرة كافية أو لا، وحسب رأي الطالب فإن هذا قد يرجع لقلة مبالاة متخذي القرارات، ورغبتهم في إنجاز مختلف القرارات بعجلة وسرعة أكثر، وبكمية أكبر؛ أي أنهم لا يهمهم جودة القرارات المتخذة بقدر أهمية سرعتها وكميتها.

✓ **جاءت الفقرة رقم (29)**: «لا يهتم المستشفى بالمعلومات المتدفقة من قبل العاملين» في **المرتبة الثانية**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (3,38)، بانحراف معياري يقدر بـ (1,136)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين نوعا ما** على أن المسؤولين لا يهتمون بدرجة كبيرة بالمعلومات التي تأتيهم عن العاملين، ولا يسعون كثيرا إلى معرفة ذلك، وهذا ما يتوافق مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **متوسط** وغير منخفض.

وهذا ما يعبر على أن المسؤولين لا يتفقدون غالبا أحوال العاملين واحتياجاتهم المهنية، وظروف العمل إذا ما كانت مشجعة وتسير بطريقة طبيعية بما يخدم نجاح المؤسسة الصحية ويرفع من مستوى أدائها، وأن الاهتمام الأكبر هو جمع المعلومات المتعلقة بالأخطاء المرتكبة من طرف العاملين، من أجل تطبيق العقوبات اللازمة، وقد تطبق بدون عدالة على بعض العاملين دون الآخرين.

✓ **جاءت الفقرة رقم (28)**: «لا يهتم المستشفى بالمعلومات المتدفقة من قبل المرضى» في **المرتبة الثالثة**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (3,28)، بانحراف معياري يقدر بـ (1,146)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين نوعا ما** على أن المسؤولين لا يهتمون كثيرا بالمعلومات المتدفقة من قبل المرضى، وهذا ما يتوافق مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **متوسط** وغير منخفض.

وحسب رأي الطالب، فقد يكون هناك اهتمام فقط بمعرفة الحد الأدنى والضروري من المعلومات حول المرضى، كمعرفة عدد الوفيات، أنواع الأمراض المتواجدة، عدد التحويلات الداخلة والخارجة،...الخ، أما الاهتمام حقا بمعرفة أحوال المرضى، ومدى شعورهم بالراحة والاطمئنان تجاه المؤسسة الصحية، وإذا ما كان ينقصهم خدمات يمكن تأديتها لهم، وبما ينتج عنه إحساس المريض بالاهتمام، الاحترام والمعاملة الحسنة، ويُمَكِّن المؤسسة الصحية من تقديم خدمات ذات جودة أكبر، فكل ذلك وغيره كثير قد يكون غائب وغير موجود في كثير من الأحيان.

✓ **جاءت الفقرة رقم (27)**: «ليس هناك أهمية كبيرة للاتصال ونقل المعلومات داخل المستشفى» في **المرتبة الرابعة**، حسب درجة الموافقة عليها من طرف أفراد عينة الدراسة، وهذا لأن المتوسط الحسابي المرجح لهذه الفقرة بلغ (3,23)، بانحراف معياري يقدر بـ (1,224)، وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين نوعا ما** على أن داخل المؤسسة الصحية ليس هناك أهمية كبيرة للاتصال ونقل المعلومات، وهذا ما يتوافق مع المستوى العام لهذا البعد الذي جاء **متوسط** وغير منخفض، وهذا ما يدعم ويؤكد ما جاء في الفقرات السابقة لهذا البعد.

8- مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية الثانية.

كخلاصة للنتائج السابقة، يمكن القول أنه تم رفض الفرضية الصفرية **وقبول الفرضية البديلة للفرضية الرئيسية الثانية**، والتي تنص على أن: «هناك مستوى **غير منخفض** لتواجد **جميع** معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة (**عدم التزام الإدارة العليا، غياب التحسين المستمر، عدم التوجه نحو الزبون، غياب المشاركة، غياب التشجيع والتحفيز، غياب التعليم والتدريب، غياب الاتصالات والمعلومات**) مأخوذة بصفة **منفردة**، حسب وجهة نظر العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة»، ويمكن تلخيص وترتيب مستوى تواجد مختلف المعوقات (الأبعاد)، كما في الجدول الآتي:

الجدول (4-37): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومستويات تواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

المعوقات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المستوى العام
عدم التزام الإدارة العليا .	3,1523	0,94897	4	متوسط
غياب التحسين المستمر	3,1285	0,84941	5	متوسط
عدم التوجه نحو الزبون	2,7953	0,87620	7	متوسط
غياب المشاركة	3,0225	0,82147	6	متوسط
غياب التشجيع والتحفيز	3,8264	0,95997	1	مرتفع
غياب التعليم والتدريب	3,1969	0,68152	3	متوسط
غياب الاتصالات والمعلومات	3,3429	0,94038	2	متوسط
المجموع بشكل عام	3,1892	0,62263	//	متوسط

المصدر: إعداد الطالب بناءً على مخرجات (spss).

من خلال الجدول (4-37) وبقية الجداول المتعلقة بمستوى تواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وكتلخيص لما سبق، يمكن القول أن مستوى تواجد **إجمالي** معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة جاء **متوسط (غير منخفض)**، ويمكن تلخيص نتائج مختلف هذه المعوقات حسب ترتيبها، وفقا لمستوى تواجدها في المؤسسات الصحية محل الدراسة، من الاتجاه الأكثر تواجد إلى الأقل، والقول بأن الثقافة التنظيمية السائدة في المؤسسات الصحية محل الدراسات تتصف بمجموعة من المعوقات (السمات والخصائص)، كالآتي:

- تتميز بغياب التشجيع والتحفيز بدرجة كبيرة، وهذا لأن المستوى العام لهذا البعد جاء **مرتفع (غير منخفض)**، وذلك لأن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين** على أن هناك غياب للتشجيع والفرص المتاحة للإبداع والتميز في العمل، وأنه لا يتم مكافئتهم على الأداء الجيد، والإدارة العليا لا تشجع ولا تستمع إلى آرائهم وأفكارهم لتحسين طريقة العمل، وعدم توفر التشجيع والتحفيز المعنوي الكافي لتحسين أدائهم.
- تتميز بغياب الاتصالات والمعلومات، وهذا لأن المستوى العام لهذا البعد جاء **متوسط (غير منخفض)**، وذلك لأن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين** على أنه لا يتم الاستناد على التحليل الجيد للمعلومات في عملية اتخاذ القرارات، **وموافقين نوعا ما** على أن المؤسسات الصحية لا تهتم بالمعلومات المتدفقة سواء من قبلهم أو من جهة المرضى، وأن ليس هناك أهمية كبيرة للاتصال ونقل المعلومات داخل المؤسسة الصحية.
- تتميز بغياب التعليم والتدريب، وهذا لأن المستوى العام لهذا البعد جاء **متوسط (غير منخفض)**، وذلك لأن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين** على أن إدارة المؤسسات الصحية لا تخصص الموارد الكافية للتعليم والتكوين، **وموافقين نوعا ما** على أن العاملين لا يهتمون بالتكوين وتنمية قدراتهم ومهاراتهم، وأن هناك غياب للفرص والبرامج الكافية للتعليم والتكوين في مجال الجودة، إلا أنه رغم ذلك فهم **غير موافقين** بأن التعليم والتكوين لا يزيدان كثير من المهارات المتعلقة بالجودة؛ بل على العكس فهم يعتقدون بأن التعليم والتكوين يؤديان إلى تنمية المهارات والقدرات المتعلقة بالجودة.
- تتميز بعدم التزام الإدارة العليا، وهذا لأن المستوى العام لهذا البعد جاء **متوسط (غير منخفض)**، وذلك لأن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين** على أن هناك قلة في الإجراءات التحفيزية المتخذة من قبل المسؤولين لتدعيم الجودة، **وموافقين نوعا ما** على أن القيادة الإدارية والإدارة العليا لا تسعى إلى توفير الإمكانيات والموارد المناسبة لترقية الجودة، ولا تهتم ولا تدعم باستمرار تحسين جودة الخدمات الصحية، ولا تتبع الإجراءات العقابية لتحسين الجودة.
- تتميز بغياب التحسين المستمر، وهذا لأن المستوى العام لهذا البعد جاء **متوسط (غير منخفض)**، وذلك لأن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين** على أن المؤسسات الصحية لا تخصص الموارد الكافية لتحقيق التحسين المستمر، وأن التحسين المستمر لا يشمل مختلف العمليات والأنشطة، **وموافقين نوعا ما** على أنه لا يتم

إدخال التحسينات على الأعمال المنجزة في هذه المؤسسات الصحية، وعلى الاعتقاد بعدم ضرورة التخطيط للتحسين المستمر لتحقيق الجودة.

- تتميز بغياب المشاركة والعمل الجماعي بين العاملين، وهذا لأن المستوى العام لهذا البعد جاء **متوسط (غير منخفض)**، وذلك لأن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين** على أن المسؤولون لا يقومون بإشراك العامل في اتخاذ القرارات التي لها علاقة بأعماله، **وموافقين نوعا ما** على أن المسؤولون لا يتقبلون الانتقادات ولا يستمعون إلى آراء واقتراحات مرؤوسيهم، وعلى غياب روح التعاون والعمل كفريق لحل المشاكل وتحسين الجودة، وأنه لا يتم تفويض بعض السلطات إليهم، ورغم ذلك فهم **غير موافقين** بأن العمل من خلال الفريق لا يزيد من حرص العامل لتحسين أدائه؛ وبتعبير آخر فهم على العكس يعتقدون أن هناك أهمية للعمل الجماعي من خلال الفريق، وأنه يرفع من قدرات العامل ومستوى كفاءته وفعاليته.
- تتميز بعدم التوجه نحو الزبون، وهذا لأن المستوى العام لهذا البعد جاء **متوسط (غير منخفض)**، وذلك لأن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة **موافقين** على أنه لا يتم استطلاع آراء المرضى حول مستوى جودة الخدمات المقدمة لهم، **وموافقين نوعا ما** على قلة الاهتمام بشكاوى ومقترحات المرضى في المؤسسات الصحية محل الدراسة، وعلى أن الزملاء في العمل لا يعتبرون كزبائن ينبغي إرضائهم، ورغم ذلك فهم **غير موافقين** على أن رضا المريض لا يعتبر الهدف الأسمى لتوجهات المؤسسة الصحية وكمقياس لنجاحها، وعلى أن تقديم خدمات ذات جودة عالية للمرضى أمر غير ضروري، بل على العكس فهم يرون خلاف ذلك.

المطلب الثالث: اختبار الفرضية الرئيسية الثالثة.

وقد تضمنت **الفرضية الرئيسية الثالثة** ما يلي:

«لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية **($\alpha \leq 0,05$)** لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى للمتغيرات الشخصية والوظيفية (**اسم المؤسسة الصحية، النوع الاجتماعي، العمر، المستوى التعليمي، طبيعة الوظيفة، سنوات الخبرة**)»، وينبثق عن هذه الفرضية الرئيسية ستة فرضيات فرعية، وهي:

- ✓ **الفرضية الفرعية الأولى:** «لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية **($\alpha \leq 0,05$)** لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى لمتغير **اسم المؤسسة الصحية**».
- ✓ **الفرضية الفرعية الثانية:** «لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية **($\alpha \leq 0,05$)** لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى لمتغير **النوع الاجتماعي**».
- ✓ **الفرضية الفرعية الثالثة:** «لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية **($\alpha \leq 0,05$)** لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى لمتغير **العمر**».

✓ **الفرضية الفرعية الرابعة:** «لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية **(α≤0,05)** لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى لمتغير **المستوى التعليمي**».

✓ **الفرضية الفرعية الخامسة:** «لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية **(α≤0,05)** لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى لمتغير **طبيعة الوظيفة**».

✓ **الفرضية الفرعية السادسة:** «لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية **(α≤0,05)** لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى لمتغير **سنوات الخبرة**».

أولا– اختبار الفرضية الفرعية الأولى: والتي تنص على أنه: «لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية **(α≤0,05)** لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى لمتغير **اسم المؤسسة الصحية**»، ولاختبار هذه الفرضية، سنستخدم **تحليل التباين الأحادي (One-way ANOVA)**، وهذا لأن متغير **اسم المؤسسة الصحية** يتضمن خمس فئات، تتمثل في المؤسسات الصحية محل الدراسة، وهي (المركز الإستشفائي الجامعي بن فليس التهامي – باتنة، المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي – قالمة، المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر – بسكرة، المؤسسة العمومية الاستشفائية الدكتور سعدان – بسكرة، المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد زيوشي – طولقة)، ويمكن تبيين نتائج هذا الاختبار كما في الجدول الآتي:

الجدول (4–38): نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفروق في آراء المستجوبين تجاه إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة حسب متغير اسم المؤسسة.

فئات متغير اسم المؤسسة الصحية*	العدد	الحجم حسب عدد الأسرة	الترتيب حسب عدد الأسرة	الحجم حسب عدد العاملين	الترتيب حسب عدد العاملين	المتوسط الحسابي	الترتيب حسب المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى دلالة (F)
باتنة	218	540	1	2090	1	3,2081	2	0,72689	0,029
قالمة	74	303	2	724	2	3,1266	4	0,48039	
بن ناصر بسكرة	62	236	3	620	3	3,1672	3	0,46012	
الدكتور سعدان بسكرة	58	204	4	579	4	3,0253	5	0,57709	
طولقة	59	120	5	560	5	3,3825	1	0,50246	
المجموع	471	1403	//	4573	//	3,1892	//	0,62263	

المصدر: إعداد الطالب بناءً على مخرجات (spss).

* بهدف الاختصار في العبارات سيتم التعبير عن أسماء المؤسسات الصحية محل الدراسة من خلال كلمات مختصرة تدل عليها، وبما يُمَكِّن من التمييز بين هذه المؤسسات، مثل الاعتماد على اسم المنطقة التي تنتمي إليها المؤسسة الصحية.

من خلال الجدول (4-38)، يمكن ملاحظة أنه يوجد تباين في آراء العاملين المستجوبين تجاه إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة تبعا لمتغير اسم المؤسسة، وهذا لأن مستوى المعنوية بلغت قيمته (0,029)، وهي أصغر من مستوى المعنوية المفروض (**α=0,05**).

وبناءً على ما سبق، نرفض الفرضية الصفرية **ونقبل بالفرضية البديلة** التي تنص على أنه: «توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية **(α≤0,05)** لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى لمتغير **اسم المؤسسة الصحية**».

وحتى يتـــم معرفة وتتبع مختلف مصـادر وأسبـــاب هذه الفروق في آراء العاملين، سنستخدم **اختبـار (LSD)** للمقارنات البعدية بين مختلف أسماء المؤسسات الصحية محل الدراسة تجاه مستوى تواجد إجمالي معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، ويمكن تبيين نتائج هذا الاختبار كما في الجدول الآتي:

الجدول (4-39): نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين فئات متغير اسم المؤسسة.

			فئات متغير اسم المؤسسة				
		المتوسط الحسابي	مستشفى باتنة	مستشفى قالمة	مستشفى بن ناصر بسكرة	مستشفى سعدان بسكرة	مستشفى طولقة
فئات متغير اسم المؤسسة	مستشفى باتنة	**3,2081**	//	//	//	0,18282*	//
	مستشفى قالمة	**3,1266**	//	//	//	//	0.25591*
	مستشفى بن ناصر	**3,1672**	//	//	//	//	//
	مستشفى سعدان	**3,0253**	0,18282*	//	//	//	0,35720*
	مستشفى طولقة	**3,3825**	//	0,25591*	//	0,35720*	//

المصدر: إعداد الطالب بناءً على مخرجات (spss).

من خلال الجدول (4-39)، يمكن القول أنه لا توجد فروق بين مستشفى بن ناصر وبقية المستشفيات، في حين أن مصادر الفروق تتركز في كل من مستشفى طولقة وسعدان؛ حيث هناك فروق بين مستشفى طولقة وكل من مستشفى سعدان وقالمة، وهذا لصالح مستشفى طولقة ذو المتوسط الأكبر، وكذلك بين كل من مستشفى سعدان من جهة ومستشفى باتنة من جهة أخرى، وهذا لصالح مستشفى باتنة ذو المتوسط الأكبر.

وهذا يعني أن مستشفى طولقة يتضمن مستوى أكبر لتواجد المعوقات مقارنة بمستشفى سعدان وقالمة، وحسب الجدول السابق، وعند ملاحظة حجم هذه المستشفيات الثلاثة سواء من ناحية عدد العاملين أو عدد الأسرة، نجد أن مستشفى طولقة أَقلُ حجماً، لكن عند مقارنة مستشفى باتنة بمستشفى سعدان، فمستشفى باتنة أكبر حجم ومستوى تواجد المعوقات فيه مرتفع أكثر، كذلك فمستشفى بن ناصر مختلف الحجم عن باقي المستشفيات لكن لا توجد فروق بينه وبين بقية المستشفيات، وهذا ما يدل على أن المستشفيات التي يوجد فيها المعوقات أكثر، قد لا يرجع سبب ذلك إلى طبيعة حجم المستشفى، ولكن قد تكون أسباب أخرى مختلفة؛ **أي أن الطاقة الاستيعابية (الحجم) لا تعتبر عائقا.**

بصفة عامة يمكن القول أن مستشفى طولقة تتوافر فيه معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة أكثر من المستشفيات الأخرى محل الدراسة، أي أن الثقافة التنظيمية السائدة في هذا المستشفى غير مشجعة لتطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة بصفة رسمية في المستقبل، وحسب رأي الطالب وحسب ما تم ملاحظته في الزيارات الميدانية لمستشفيات عينة الدراسة، فإن هذا قد يرجع خاصة إلى الأسباب الآتية:

- ✓ طبيعة القيادة الإدارية في مستشفى طولقة، وعدم التزامها ودعمها لمختلف مبادئ إدارة الجودة الشاملة؛
- ✓ تدني مستوى جودة الخدمات الصحية في هذا المستشفى؛
- ✓ قلة اليد العاملة ذات الكفاءة العالية، فهذا المستشفى يفتقر خاصة للإداريين والأطباء الأكِفَّاء، فمثلاً عدد الأطباء الأخصائيين قليل جدا مقارنة بالمستشفيات الأخرى محل الدراسة؛
- ✓ جو العمل السائد غير مشجع، فكثير من العاملين الذين التقينا بهم يشتكون وغير راضين، سواء من زملائهم في العمل أو تجاه الإدارة العليا؛
- ✓ النقص الكبير في الإمكانيات الضرورية للعلاج، والوسائل اللازمة لراحة المرضى.

ثانيا– اختبار الفرضية الفرعية الثانية: والتي تنص على أنه: «لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية **($\alpha \leq 0,05$)** لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى لمتغير **النوع الاجتماعي**»، ولاختبار هذه الفرضية، سنستخدم **اختبار (Independent-Samples T-test)**، وهذا لأن متغير **النوع الاجتماعي** يتضمن فئتين فقط (**ذكور، إناث**)، ويمكن تبيين نتائج هذا الاختبار كما في الجدول الآتي:

الجدول (4–40): نتائج اختبار فرق المتوسطين لآراء العمال المستجوبين تجاه إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة حسب متغير النوع الاجتماعي.

الفئة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى دلالة (F)
ذكر	176	3,0532	0,74316	0,001
أنثى	295	3,2704	0,52280	

المصدر: إعداد الطالب بناءً على مخرجات (spss).

من خلال الجدول (4-40)، يمكن القول بأنه **يوجد تباين** في آراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تبعا لمتغير **النوع الاجتماعي**، وهذا بناءً على أن قيمة مستوى المعنوية تبلغ (0,001) هي أصغر من قيمة مستوى المعنوية المفروضة **(α≤0,05)**، وبناءً على هذا نرفض الفرضية الصفرية **ونقبل الفرضية البديلة** التي تنص على أنه: «توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية **(α≤0,05)** لآراء العمال المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى لمتغير **النوع الاجتماعي**».

وحسب الجدول السابق نلاحظ أن قيمة المتوسط الحسابي لفئة الإناث تبلغ (3,2704)، هي أكبر من قيمة المتوسط الحسابي لفئة الذكور التي تبلغ (3,0532)، وبالتالي نقول أن هذه الفروق ذات الدلالة هي لصالح فئة الإناث ذات المتوسط الحسابي الأكبر؛ أي أنه مقارنة مع الذكور فالإناث يدركون ويرون أن هناك مستوى أكبر لتواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وحسب رأي الطالب فإن هذا قد يرجع إلى أن الإناث يتأثرون بظروف العمل السلبية أكثر من الذكور، كذلك أن حسب طبيعة الإناث تجعلهم أكثر ملاحظة للتفاصيل والجزئيات أكثر من الذكور؛ وبالتالي يكونون أكثر دراية ورصد ونقد لظروف العمل وللمشاكل الموجودة في المستشفى.

ثالثا– اختبار الفرضية الفرعية الثالثة: والتي تنص على أنه: «لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية **(α≤0,05)** لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى لمتغير **العمر**»، ولاختبار هذه الفرضية، سنستخدم **تحليل التباين الأحادي (One-way ANOVA)**، وهذا لأن متغير **العمر** يتضمن خمس فئات (**18–25 سنة، 26–35 سنة، 36–45 سنة، 46–55 سنة، أكثر من 55 سنة**)، ويمكن تبيين نتائج هذا الاختبار، كما في الجدول الآتي:

الجدول (4–41): نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفروق في آراء المستجوبين تجاه إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة حسب متغير العمر.

الفئة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى دلالة (F)
18–25 سنة	83	3,0779	0,75784	0,115
26–35 سنة	221	3,2357	0,60394	
36–45 سنة	119	3,2076	0,55378	
46–55 سنة	45	3,0830	0,58864	
أكثر من 55 سنة	3	3,7111	0,52950	
المجموع	471	3,1892	0,62263	

المصدر: إعداد الطالب بناءً على مخرجات (spss).

من خلال الجدول (4-41)، يمكن القول بأنه لا **يوجد تباين** في آراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** حسب متغير **العمر**، وهذا بناءً على أن قيمة مستوى المعنوية تبلغ (0,115) هي أكبر من قيمة مستوى المعنوية المفروضة **(α=0,05)**، وبناءً على هذا **نقبل الفرضية الصفرية** التي تنص على أنه: «لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية **(α≤0,05)** لآراء العمال المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى لمتغير **العمر**».

وهذا معناه أن العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة لا تختلف آراءهم حول مستوى تواجد معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة باختلاف أعمارهم، بل أن مختلف الفئات العمرية لها **نفس الإدراك والتصور** تجاه مستوى تواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

رابعا– اختبار الفرضية الفرعية الرابعة: والتي تنص على أنه: «لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية **(α≤0,05)** لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى لمتغير **المستوى التعليمي**»، ولاختبار هذه الفرضية، سنستخدم **تحليل التباين الأحادي (One-way ANOVA)**، وهذا لأن متغير **المستوى التعليمي** يتضمن أربع فئات (**ثانوي، جامعي، ما بعد التدرج، أخرى**)، ويمكن تبيين نتائج هذا الاختبار كما في الجدول الآتي:

الجدول (4–42): نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفروق في آراء المستجوبين تجاه إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة حسب متغير المستوى التعليمي.

الفئة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى دلالة (F)
ثانوي	120	3,3589	0,60514	0,006
جامعي	272	3,1403	0,61489	
ما بعد التدرج	52	3,1019	0,69400	
أخرى	27	3,0963	0,51385	
المجموع	471	3,1892	0,62263	

المصدر: إعداد الطالب بناءً على مخرجات (spss).

من خلال الجدول (4-42)، يمكن القول بأنه **يوجد تباين** في آراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** حسب متغير **المستوى التعليمي**، وهذا بناءً على أن قيمة مستوى المعنوية تبلغ (0,006) هي أصغر من قيمة مستوى المعنوية المفروضة **(α=0,05)**، وبناءً على هذا نرفض الفرضية الصفرية و**نقبل الفرضية البديلة** التي تنص على أنه: «توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية **(α≤0,05)** لآراء العمال المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى لمتغير **المستوى التعليمي**».

وحتى يتم معرفة وتتبع مصادر وأسباب هذه الفروق، سنستخدم اختبار **(LSD)** للمقارنات البعدية بين مختلف فئات متغير المستوى التعليمي، وهذا تجاه مستوى تواجد إجمالي معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية محل الدراسة، ويمكن تبيين نتائج هذا الاختبار كما في الجدول الآتي:

الجدول (4–43): نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين فئات متغير المستوى التعليمي.

			فئات المستوى التعليمي			
		المتوسط الحسابي	ثانوي	جامعي	ما بعد التدرج	أخرى
فئات المستوى التعليمي	ثانوي	**3,3589**	//	0,21857*	0,25697*	0,26259*
	جامعي	**3,1403**	0,21857*	//	//	//
	ما بعد التدرج	**3,1019**	0,25697*		//	//
	أخرى	**3,0963**	0,26259*	//	//	//

المصدر: إعداد الطالب بناءً على مخرجات (spss).

من خلال الجدول (**4–43**)، يمكن القول أن مصادر الفروق تتركز كلها بين فئة المستوى التعليمي **ثانوي** من جهة وبقية المستويات من جهة أخرى، وهذا لصالح فئة المستوى التعليمي **ثانوي** ذات المتوسط الحسابي الأكبر (3,3589) مقارنة ببقية المستويات التعليمية، وهذا يعني أن العاملين ذو المستوى التعليمي ثانوي يدركون ويرون أن هناك مستوى أكبر لتواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة مقارنة ببقية المستويات التعليمية.

وحسب رأي الطالب فإن هذا قد يرجع إلى أن المستوى التعليمي ثانوي هو أدنى المستويات تقريبا*، ومعروف عن أصحاب المستوى التعليمي **ثانوي** أن غالبهم ينتمي إلى فئة العمال المهنيين، مما يجعل العاملين الحاملين لهذا المستوى غير موضوعيين في تقييمهم لمدى تواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة، لأن مستواهم التعليمي المنخفض لا يمكنهم من ذلك.

بالإضافة إلى ذلك فإن غالبتهم يتقاضون أجور منخفضة وليس لهم سلطات وصلاحيات كبيرة، باستثناء ربما بعض قدامى العاملين، مما يعمق شعورهم وإحساسهم بالتهميش، وعدم الأهمية في الأدوار التي يقومون بها، خاصة أنهم يعملون في قطاع المستشفيات حيث أغلب العاملين ذو مستويات تعليمية عالية، كل هذا قد يجعلهم ينظرون نظرة تشاؤمية ومبالغ فيها لما يحدث في المستشفى، كل هذه الأسباب وغيرها قد تفسر سبب أن العاملين ذو المستوى التعليمي الثانوي الأدنى نسبيا، يرون ويدركون مستويات مرتفعة لتواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة أكثر من المستويات التعليمية الأخرى.

خامسا– اختبار الفرضية الفرعية الخامسة: والتي تنص على أنه: «لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية **($\alpha \leq 0,05$)** لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى لمتغير **طبيعة**

* لأنه قد يكون بعض الأشخاص ينتمون إلى **فئة المستوى التعليمي أخرى** مستواهم أقل من الثانوي.

الوظيفة»، ولاختبار هذه الفرضية، سنستخدم **تحليل التباين الأحادي (One-way ANOVA)**، وهذا لأن متغير **طبيعة الوظيفة** يتضمن ست فئات (**طبيب عام، طبيب مختص، ممرض، موظف في الإدارة، مسؤول إداري، آخرون**)، ويمكن تبيين نتائج هذا الاختبار كما في الجدول الآتي:

الجدول (4–44): نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفروق في آراء المستجوبين تجاه إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة حسب متغير طبيعة الوظيفة.

الفئة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى دلالة (F)
طبيب عام	20	3,5350	0,35268	0,000
طبيب مختص	20	3,5167	0,35844	
ممرض (شبه طبي)	120	3,3803	0,57605	
موظف في الإدارة	248	3,1470	0,63521	
مسؤول إداري	31	2,3860	0,33074	
آخرون	32	3,1573	0,42420	
المجموع	471	3,1892	0,62263	

المصدر: إعداد الطالب بناءً على مخرجات (spss).

من خلال الجدول (4-44)، يمكن القول بأنه **يوجد تباين** في آراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** حسب متغير **طبيعة الوظيفة**، وهذا بناءً على أن قيمة مستوى المعنوية تبلغ (0,000) هي أصغر من قيمة مستوى المعنوية المفروضة **(α=0,05)**، وبناءً على هذا نرفض الفرضية الصفرية و**نقبل الفرضية البديلة** التي تنص على أنه: «توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية **(α≤0,05)** لآراء العمال المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى لمتغير **طبيعة الوظيفة»**.

وحتى يتم معرفة وتتبع مصادر وأسباب هذه الفروق، سنستخدم اختبار **(LSD)** للمقارنات البعدية بين مختلف فئات متغير طبيعة الوظيفة، وهذا تجاه مستوى تواجد إجمالي معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية محل الدراسة، ويمكن تبيين نتائج هذا الاختبار كما في الجدول الآتي:

الجدول (4-45): نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين فئات متغير طبيعة الوظيفة.

			فئات متغير طبيعة الوظيفة						
		المتوسط الحسابي	الترتيب	طبيب عام	طبيب مختص	ممرض (شبه طبي)	موظف في الإدارة	مسؤول إداري	آخرون
فئات متغير طبيعة الوظيفة	طبيب عام	3,5350	1	//	//	//	0,38796*	1,14898*	0,37771*
	طبيب مختص	3,5167	2	//	//	//	0,36962*	1,13065*	0,35937*
	ممرض (شبه طبي)	3,3803	3	//	//	//	0,23323*	0,99426*	//
	موظف في الإدارة	3,1470	5	0,38796*	0,36962*	0,23323*	//	0,76102*	//
	مسؤول إداري	2,3860	6	1,14898*	1,13065*	0,99426*	0,76102*	//	0,77127*
	آخرون	3,1573	4	0,37771*	0,35937*	//	//	0,77127*	//

المصدر: إعداد الطالب بناءً على مخرجات (spss).

من خلال الجدول (4-45)، يمكن القول أن مصادر الفروق متشعبة وكثيرة، ولا تنحصر في فئات معينة، بل هناك فروق بين غالب الفئات، لذلك يمكن القول على العموم أن هناك فروق لصالح فئات متغير طبيعة الوظيفة ذات المتوسط الحسابي الأكبر، وحسب الجدول السابق فإن هذه الفئات تترتب من المتوسط الأكبر إلى الأقل كالآتي: **طبيب عام، طبيب مختص، ممرض (شبه طبي)، آخرون، موظف في الإدارة، مسؤول إداري**، ومن خلال هذا الترتيب نلاحظ أن فئات الأطباء والممرضين تأتي في المرتبة الأولى مقارنة بفئات الإداريين عموما؛ أي أن الأطباء والممرضين يدركون ويرون أن هناك مستوى أكبر لتواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة مقارنة بفئات الإداريين.

وهذه النتيجة تعتبر طبيعية ومتوقعة، لأن الإداريين قد يحاولون دائما تصوير الوضع القائم في المستشفى بأن الأمور تسير بصفة طبيعية وجيدة، وأنه لا يوجد مشاكل وعراقيل، وهو ما تم ملاحظته في كثير من اللقاءات التي قام بها الطالب مع الكثير من الإداريين في المستشفيات محل الدراسة، كذلك قد يرجع هذا إلى ما تم التكلم عليه في الجزء النظري، من ازدواج خط السلطة والصراع الإداري في المستشفيات، والذي يتمثل خاصة في الحساسية الموجودة بين فئات الإداريين من جهة، وفئات الأطباء والممرضين من جهة أخرى، فالأطباء مثلا ينظرون إلى الإداريين أنهم أقل منهم مستوى، وأنهم ليس لهم علم بطبيعة عمل الأطباء، وبالتالي لا يتقبلون أن تأتيهم الأوامر من طرف الإداريين، هذا ما يدفعهم إلى الانتقاد وعدم الرضا عن أساليب الإدارة في التسيير، وبالتالي فمن الطبيعي أن يرى كل من الأطباء والممرضين أن هناك مستوى مرتفع لتواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة أكثر من فئات الإداريين.

أي باختصار من خلال الترتيب السابق نلاحظ أن فئة طبيب عام جاءت في المرتبة الأولى، في حين فئة مسؤول إداري جاءت في المرتبة الأخيرة؛ أي المسؤولين الإداريين يرون أن هناك مستوى منخفض لتواجد المعوقات مقارنة بالأطباء، وهذا لأن المسؤولين الإداريين يميلون إلى تزيين الوضع القائم وتصويره بأنه جيد، في حين أن الأطباء يميلون إلى انتقاد الإداريين من خلال تصوير الوضع القائم أنه متردي وغير مشجِّع.

سادسا– اختبار الفرضية الفرعية السادسة: والتي تنص على أنه: «لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية **($\alpha \leq 0,05$)** لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى لمتغير **سنوات الخبرة»**، ولاختبار هذه الفرضية، سنستخدم **تحليل التباين الأحادي (One-way ANOVA)**، وهذا لأن متغير **سنوات الخبرة** يتضمن خمس فئات (**0–5 سنة، 6–10 سنة، 11–15 سنة، 16–20 سنة، أكثر من 20 سنة**)، ويمكن تبيين نتائج هذا الاختبار كما في الجدول الآتي:

الجدول (4–46): نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفروق في آراء المستجوبين تجاه إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة حسب متغير سنوات الخبرة.

الفئة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى دلالة (F)
0–5 سنة	272	3,1300	0,66224	0,031
6 – 10 سنة	101	3,3488	0,45895	
11 – 15 سنة	24	3,3250	0,58535	
16 – 20 سنة	31	3,1419	0,67692	
أكثر من 20 سنة	43	3,1473	0,62772	
المجموع	471	3,1892	0,62263	

المصدر: إعداد الطالب بناءً على مخرجات (spss).

من خلال الجدول (4-46) يمكن القول بأنه **يوجد تباين** في آراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** حسب متغير **سنوات الخبرة**، وهذا بناءً على أن قيمة مستوى المعنوية تبلغ (0,031) هي أصغر من قيمة مستوى المعنوية المفروضة **(α=0,05)**، وبناءً على هذا نرفض الفرضية الصفرية و**نقبل الفرضية البديلة** التي تنص على أنه: «توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية **(α≤0,05)** لآراء العمال المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى لمتغير **سنوات الخبرة**».

وحتى يتم معرفة وتتبع مصادر وأسباب هذه الفروق، سنستخدم اختبار **(LSD)** للمقارنات البعدية بين مختلف فئات متغير **سنوات الخبرة**، وهذا تجاه مستوى تواجد إجمالي معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية محل الدراسة، وعند تتبع مصادر هذه الفروق حسب نتائج هذا الاختبار* تم التوصل إلى أن جميع الفئات ليس بينها فروق، باستثناء الفروق بين الفئة (0-5 سنة) والفئة (6-10 سنة)، وهذا لصالح الفئة (6-10 سنة) ذات المتوسط الحسابي الأكبر حسب الجدول السابق، وهذا يعني أن العاملين الذين لديهم سنوات خبرة (6-10 سنة) يدركون ويرون أن هناك مستوى أكبر لتواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة مقارنة بالعاملين الذين لديهم سنوات خبرة (0-5 سنة)، وحسب رأي الطالب فإن هذا قد يرجع إلى أن العاملين الذين لديهم سنوات خبرة أقل من (5 سنوات)، يعتبرون جدد نوعا ما، وأنهم مازالوا لا يدركون جيدا حقيقة ما يجري في المستشفى والعراقيل الموجودة، ولديهم نظرة متفائلة نوعا ما مقارنة بالعاملين الذين لديهم سنوات خبرة (6-10 سنة).

سابعا– مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية الثالثة: من خلال النتائج السابقة، يمكن تلخيص مدى تباين آراء وتصورات المستجوبين من أفراد عينة الدراسة تجاه مستوى تواجد إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة، حيث أنه تم **قبول الفرضية الصفرية** للفرضية الرئيسية الثالثة في **شق منها فقط** المتعلق بالمتغير الشخصي (**العمر**)، في حين تم رفض الفرضية الصفرية **وقبول الفرضية البديلة** للفرضية الرئيسية الثالثة في **الشق الأكبر** المتعلق بباقي المتغيرات الشخصية والوظيفية، ويمكن تلخيص ذلك كالآتي:

- ✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية **(α≤0,05)** لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى للمتغير الشخصي (**العمر**).
- ✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية **(α≤0,05)** لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى للمتغير الوظيفي (**اسم المؤسسة الصحية**) ، وهذا لصالح مستشفى طولقة على حساب مستشفى سعدان ومستشفى قالمة، ولصالح مستشفى باتنة على حساب مستشفى سعدان.
- ✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية **(α≤0,05)** لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى للمتغير الشخصي (**النوع الاجتماعي**)، وهذا لصالح فئة الإناث على حساب فئة الذكور.

* أنظر الملحق (12).

✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية **(α≤0,05)** لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى للمتغير الشخصي (**المستوى التعليمي**)، وهذا لصالح فئة المستوى التعليمي **ثانوي** على حساب بقية المستويات التعليمية الأخرى.

✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية **(α≤0,05)** لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى للمتغير الوظيفي (**طبيعة الوظيفة**)، حيث أن هناك فروقات بين غالب الفئات، وهي متشعبة وكثيرة، ولا تنحصر في فئات معينة، لذلك يمكن القول على العموم أن هناك فروقات لصالح الفئات الوظيفية ذات المتوسط الحسابي الأكبر حسب الترتيب الآتي: **طبيب عام، طبيب مختص، ممرض (شبه طبي)، آخرون، موظف في الإدارة، مسؤول إداري.**

✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية **(α≤0,05)** لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى للمتغير الوظيفي (**سنوات الخبرة**)، وهذا لصالح فئة سنوات الخبرة (6-10 سنة) على حساب فئة سنوات الخبرة (0-5 سنة).

خلاصة الفصل الرابع:

ضمن هذا الفصل تم عرض وتحليل وتفسير مختلف النتائج المتعلقة بالدراسة الميدانية، ومن خلال ما تم اختباره من الفرضيات الموضوعة لهذه الدراسة، فمن أهم ما تم التوصل إليه نذكر الآتي:

- ✓ هناك مستوى **غير منخفض** (متوسط) لتواجد إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة (**عدم التزام الإدارة العليا، غياب التحسين المستمر، عدم التوجه نحو الزبون، غياب المشاركة، غياب التشجيع والتحفيز، غياب التعليم والتدريب، غياب الاتصالات والمعلومات**) مأخوذة بصفة **مجتمعة**.
- ✓ هناك مستوى **غير منخفض** لتواجد **جميع** معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة (**عدم التزام الإدارة العليا، غياب التحسين المستمر، عدم التوجه نحو الزبون، غياب المشاركة، غياب التشجيع والتحفيز، غياب التعليم والتدريب، غياب الاتصالات والمعلومات**) مأخوذة بصفة **منفردة**، حيث أن هناك مستوى مرتفع (غير منخفض) بالنسبة لعائق غياب التشجيع والتحفيز ومستوى متوسط (غير منخفض) بالنسبة لبقية المعوقات.
- ✓ آراء العاملين جاءت متباينة تجاه مستوى تواجد إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة تبعًا للمتغيرات الشخصية الوظيفية، باستثناء تجانس وعدم اختلاف آرائهم تبعًا للمتغير الشخصي (**العمر**)، وهذه الفروق في الآراء في ما يخص متغير (**اسم المؤسسة**) كانت لصالح مستشفى طولقة على حساب مستشفى سعدان ومستشفى قالمة، ولصالح مستشفى باتنة على حساب مستشفى سعدان، وفي ما يخص متغير (**النوع الاجتماعي**) كانت لصالح فئة الإناث على حساب فئة الذكور، وفي ما يخص متغير (**المستوى التعليمي**) كانت لصالح فئة ثانوي على حساب بقية المستويات التعليمية الأخرى، وفي ما يخص متغير (**طبيعة الوظيفة**) فهناك فروق بين أغلب الفئات، وهي لصالح الفئات ذات المتوسط الحسابي الأكبر حسب الترتيب الآتي: طبيب عام، طبيب مختص، ممرض (شبه طبي)، آخرون، موظف في الإدارة ومسؤول إداري، وفي ما يخص متغير (**سنوات الخبرة**) فالفروق كانت لصالح فئة (6-10 سنة) على حساب فئة (0-5 سنة).

خاتمة عامة

ملخص عام:

تمحورت هذه الدراسة حول موضوع إدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي، وذلك للإجابة عن إشكالية رئيسية تتمثل في: (**ما هي معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية محل الدراسة؟ وكيف يمكن تهيئة وإعداد هذه المؤسسات، لتذليل هذه المعوقات، وتسهيل تطبيق هذا المنهج؟**)، وحتى يتم الإجابة عن هذه الإشكالية ومختلف التساؤلات المتفرعة عنها، وإثبات أو نفي الفرضيات الموضوعة لهذه الدراسة، فقد تم جمع مختلف المعلومات المتعلقة بالجزء النظري من خلال مراجع ومصادر متعددة ومتنوعة، كما تم إجراء الدراسة الميدانية على مجموعة من المستشفيات الجزائرية، وتم التوصل إلى العديد من النتائج سواءً في الفصول المتعلقة بالجزء النظري، أو في الفصل المتعلق بالجزء التطبيقي، ويمكن توضيح أهم هذه النتائج كالآتي:

أولا– أهم نتائج الجزء النظري:

1- تعتبر المؤسسة الصحية كنظام كلي يتكون من أنظمة فرعية، يتضمن مدخلات تتمثل في مجموعة من الموارد المالية، المادية والبشرية، تمتزج في ما بينها بكيفية معينة بما يؤدي إلى تحقيق مجموعة من المخرجات تعتبر كمحصلة لنشاطات المؤسسة الصحية، وبما يؤدي إلى تحقيق هدف الحفاظ على الصحة لمختلف فئات أفراد المجتمع، وهي أكثر الأنظمة انفتاحا وارتباطا بالمجتمع، حيث أهم هذه المدخلات يتمثل في: المرضى، الهيئة الطبية، هيئة التمريض، الجهاز الإداري، التكنولوجيا والمواد المستخدمة في العلاج، أما مخرجات النظام فتتمثل خاصة في المخرجات المتعلقة بحالة المرضى عند الخروج، والمخرجات المتعلقة بجودة الخدمة المقدمة، والمخرجات المتعلقة بكفاءة إدارة المؤسسة الصحية، ونعني بإدارة النظام تحويل المدخلات إلى المخرجات المرغوبة.

2- مرت المؤسسات الصحية في نشأتها وتطورها بالعديد من المراحل، فمن العصور القديمة، إلى العصور الوسطى، ثم عصر النهضة الأوروبية والعصر الحديث، حيث أهم هذه المراحل يتمثل خاصة في العصر الإسلامي، حيث تم بناء المؤسسات الصحية على أصول علمية، وتميزت بالتنظيم والكفاءة وجودة الخدمة المقدمة، كذلك في العصر الحديث كانت هناك قفزة نوعية في مجال تطور المؤسسات الصحية، حيث توالت الاكتشافات الطبية، وإيجاد حلول للكثير من الأمراض، وكَبُرَ حجم المؤسسات الصحية، وازداد نموها، وتطورت طرق العلاج وأساليب ممارسة الإدارة.

3- المؤسسات الصحية لها خصائص جد معقدة ومتنوعة، ولعل أبرزها استمرارية الخدمة الصحية وديمومتها خلال الفترات الزمنية، وكثرة القوانين والتعليمات المستخدمة أثناء تأدية العمل، بالإضافة إلى وجوب اتصاف العمل داخل المؤسسة الصحية بالدقة المتناهية والحذر الشديد في أداء الخدمة، لأنها تتعامل مع ما هو أثمن لدى الإنسان وهو صحته، وأيّ خطأ قد يؤدي إلى وفاة المريض أو عجز دائم، ويمكن تصنيف المؤسسات الصحية حسب عدة معايير كالملكية والتبعية الإدارية، التخصص ونوع الخدمة، جودة الخدمة المقدمة، وتقوم المؤسسات الصحية بوظائف معينة، تتمثل خاصة في الوظيفة العلاجية، الوظيفة الوقائية، التدريب والتعليم، الوظيفة البحثية، الخدمات الممتدة إلى المنزل.

4- من بين أهم ما تم تعريف به الصحة هو أنها: "حالة من اكتمال السلامة بدَنِيًا وعقليا واجتماعيا لا مجرد انعدام المرض أو العجز، وهي حق أساسي من حقوق الإنسان، وأن بلوغ أرفع مستوى صحي ممكن هدف من أهم الأهداف الاجتماعية على الصعيد العالمي، وأن تحقيق هذا الهدف يتطلب بذل جهود من جانب العديد من القطاعات الاجتماعية والاقتصادية الأخرى بالإضافة إلى القطاع الصحي".

5- تمثل الخدمات الصحية مختلف الخدمات التي تهدف إلى الحفاظ على صحة الأفراد، وخاصة الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية، مثل: الخدمات العلاجية والوقائية، خدمات الفندقة والإطعام، الخدمات الإدارية،...الخ، أو قد تكون مقدمة من طرف الدولة، كحملات التطعيم وتوفير الماء الصالح للشرب، وتتصف الخدمات الصحية بالعديد من الخصائص، مثل: مساهمة المريض في عملية تقديمها، تتطلب السرعة في أدائها، وجوب الاتصال المباشر بين من يقدم الخدمة والزبون،...الخ، وبالإضافة لهذه الخصائص فالخدمات الصحية تتصف كذلك ببعض الخصائص الاقتصادية، مثل: اعتبار أن الطلب عليها يعد طلب مشتق، تعد إنفاقا استهلاكيا، تمثل شراء ضغط بالنسبة للزبون، الطلب عليها قليل المرونة،...الخ.

6- الغرض من الخدمات الصحية هو تحقيق هدف أساسي على المستوى الشخصي، وهو الوقاية من المرض والشفاء منه، وبما ينعكس إيجابيا على الاقتصاد القومي، حيث أن تحسن الحالة الصحية لأفراد المجتمع سيضمن المحافظة على رأس المال البشري، وارتفاع معدلات النمو الاقتصادي في المستقبل، ويمكن تقسيم مختلف المنافع للخدمة الصحية إلى منافع مباشرة ملموسة ويمكن قياسها وحسابها، ومنافع مباشرة غير ملموسة ويصعب قياسها، ومنافع غير مباشرة ملموسة ويمكن حسابها، ومن أهم التصنيفات للخدمات الصحية هو الخدمات الوقائية، الخدمات العلاجية، خدمات التأهيل والرعاية الطويلة الأجل وخدمات الارتقاء بالصحة.

7- يعتبر اقتصاد الصحة كفرع من العلوم الاقتصادية، يحاول دراسة ومقاربة وإسقاط النظريات والمفاهيم الاقتصادية على المجال الصحي، بهدف الوصول للتحسين الأمثل لصحة أفراد المجتمع بأقل موارد ممكنة، وهناك العديد من الإجراءات لتفعيل مجال اقتصاد الصحة، ومن أهم المشاكل الاقتصادية للخدمات الصحية هو مشكلة الندرة والاختيار، وتكلفة الفرصة البديلة، والاختيارات الاقتصادية.

8- يمكن النظر للخدمة الصحية من منظور العملية الإنتاجية، حيث يقوم اقتصاد الصحة على أساس فكرة أن المؤسسة الصحية عبارة عن وحدة إنتاجية؛ أي أنها مؤسسة اقتصادية مثل المؤسسات الأخرى، حيث يرى المختصين في هذا المجال أنه لا يوجد فرق بين إنتاج سيارة أو خدمة صحية، ففي الحالتين يتطلب الأمر تجميع وتنظيم عوامل الإنتاج للحصول على منتَج معين، ويمكن التعبير عن عملية إنتاج الخدمة الصحية وفق المعادلة الآتية: $\mathbf{S = g\,(m)}$.

9- يمكن النظر للخدمة الصحية من منظور الاستهلاك، حيث تعتبر الصحة كاستهلاك إذا نظرنا إليها من ناحية إشباع حاجة، حيث تصبح الخدمات الصحية منتجات سلعية تعرض وتباع في السوق، ويتم تحديد الأسعار بالعرض

والطلب بين مقدمي الخدمة والزبائن الطالبين للخدمة الصحية.

10- يمكن النظر للخدمة الصحية من منظور الاستثمار، حيث تعتبر الصحة استثمارا إذا ما نظرنا إليها من زاوية امتلاك وصيانة رأس المال البشري، وعلى هذا الأساس يقترح كل من (**B .A.Weibord**) و(**S.Jmushkin**) أن نفقات التكوين والصحة هي الوسائل الأساسية التي بواسطتها تزداد وتتطور موارد العمل.

11- يمكن النظر للخدمة الصحية من منظور التنمية، وذلك باعتبار الصحة من الأمور الأكثر أهمية في مجال التنمية، وذلك بوصفها من العوامل التي تساهم في التنمية المستدامة وأحد مؤشراتها، فلا يمكن تحقيق تنمية بدون سكان أصحاء، في حين تمثل الصحة قيمة في حد ذاتها، فإنها تعتبر كذلك مفتاحا للإنتاجية والرخاء الاقتصادي، الاجتماعي والثقافي، ذلك أن العديد من حالات التردي الصحية والصحة المعتلة تؤثر تأثيرا كبيرا في النمو والتنمية.

12- من أبرز ما عُرِّفت به الإدارة في المجال الصحي، هو أنها: "تخطيط، تنظيم، توجيه، رقابة وتنسيق الموارد والإجراءات والطرق، التي بواسطتها تتم تلبية الحاجات والطلبات على خدمات الرعاية الصحية والطبية، وتوفير البيئة الصحية، وذلك من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية للمستهلكين، كأفراد وجماعات، وللمجتمع ككل"، وهناك العديد من الأسباب والدوافع للاهتمام بالإدارة في المجال الصحي، وكما يقول أحد الكُتَّاب أنَّ الإدارة الصحية الجيدة للمؤسسة هي بمثابة الصحة للجسم فكلاهما يعني الأداء السلس والكفء لجميع الأجزاء.

13- يمكن أن يتواجد الصراع الإداري على مستوى الأفراد أو على مستوى الوحدات التنظيمية في المؤسسة الصحية، حيث هناك الكثير من المسببات للصراع الإداري، فالسلطة في المؤسسة الصحية تكون مشتركة بين الهيئة الطبية والمدير وأحيانا مدير التمريض، وهي لا تنبثق من مصدر واحد أو منفرد، ولا تتسلسل عبر خط منفرد كما هو الحال في غالبية التنظيمات الرسمية، فهناك تداخل كبير بين مصادر السلطة في المؤسسة الصحية، مما يولد بينها أسباب الصراع، ولتنظيم العلاقة بين هذه المصادر المتعددة للسلطة لابد من النظر إليها من خلال نظامين فرعيين، الأول إداري يتولى المدير فيه دورا تخطيطيا وتنسيقيا في التفاوض مع العناصر المختلفة المكونة للنظام، لتحقيق التكامل والتنسيق بين الأنشطة المتعددة في التنظيم، وتتولى الهيئة الطبية الدور الفني فيما يتعلق بمعالجة المريض.

14- يعتبر مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي قريب من مفهومها بشكل عام، حيث تعتبر كثقافة تنظيمية ومنهج إداري يقوم على إحداث تغيير شامل في مختلف نشاطات المؤسسة الصحية (المدخلات، العمليات والمخرجات)، وتوجد مجموعة من المبادئ يقوم عليها هذا المنهج، وخاصة منها المشاركة الجماعية للعاملين في المؤسسة الصحية، والتركيز على المريض، والتحسين المستمر للجودة، وتَبَنِّي هذه المبادئ يؤدي إلى تحسين جودة الخدمات الصحية بشكل مستمر، بما ينعكس على رضا الزبائن وتحقيق أهداف المؤسسة الصحية والتميز في أدائها.

15- نشير إلى أنه دلت الكثير من الآيات الكريمة، والأحاديث النبوية الشريفة، والتطبيق العملي للإدارة الإسلامية، أنها طبقت العديد من المبادئ الأساسية لمنهج إدارة الجودة الشاملة، وقد كان اهتمام الإسلام بالجودة من خلال

ترسيخ العديد من مبادئ هذا المنهج، كمبدأ الشورى، إتقان وإخلاص العمل، التعاون، الرقابة الإسلامية،...الخ.

16- يمكن من خلال مبادئ (متطلبات) إدارة الجودة الشاملة الاستدلال على مدى تواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وهذا لأن منهج إدارة الجودة الشاملة يعتبر كثقافة تنظيمية جديدة، وكلما كانت الثقافة التنظيمية القديمة تحمل مبادئ قريبة ومشابهة لمبادئ إدارة الجودة الشاملة كلما سهل ذلك تطبيق هذا المنهج بصفة رسمية.

17- تعتبر إدارة الجودة الشاملة والمواصفات الدولية (**ISO 9000**) مفهومان مختلفان، ولكن متكاملان (ليس بديلان)، مختلفان لأن إدارة الجودة الشاملة تعتبر أشمل من المواصفات الدولية (**ISO 9000**)، ومتكاملان لأن المؤسسة يمكن أن تنتهج الإيزو كخطوة أولية في طريق تطبيق الجودة الشاملة، أما المؤسسة التي نجحت في تطبيق إدارة الجودة الشاملة بدون أن تنطلق من الإيزو كخطوة أولية، ولم تحقق المواصفات الدولية (**ISO 9000**) في أنظمة جودتها، فإنه يلزمها تغييرات بسيطة فقط حتى تحقق هذه المواصفات، وتحصل عل شهادة المطابقة.

18- تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية يؤدي لتحقيق العديد من المزايا، وهذا لأنه يهدف إلى تحقيق التحسين المستمر للجودة في كل العمليات الخاصة بالخدمة الصحية، وهو أفضل ضمان للإدارة في الحفاظ على المرضى، والسبيل المناسب لاستمرار النمو والتطور، والرفع من أداء المؤسسات الصحية، بالإضافة إلى ذلك فإن تطبيق هذا المنهج يؤدي إلى العديد من المزايا في المجال الإكلينيكي، كتبسيط الإجراءات، تحسين الإجراءات وكفاءة التشغيل.

19- باعتبار أن تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة يهدف أساسا إلى تحقيق هدف الجودة في الخدمات الصحية، وفي إطار تحديد مفهوم جودة الخدمة الصحية، فيمكن القول أن مفهوم جودة الخدمة الصحية بما يتوافق مع وجهة نظر الزبون هو الأكثر أهمية، لأن ذلك يتوافق مع مفاهيم وفلسفة إدارة الجودة الشاملة، حيث أن الخدمة الصحية تكون ذات مستوى عالي من الجودة، إذا كانت متلائمة أو تفوق توقعات المرضى وحققت احتياجاتهم، لذلك ينبغي على المؤسسات الصحية أن تسعى إلى تلبية رغبات واحتياجات الزبائن بشأن خدماتها، وذلك بهدف تقديم خدمات تفوق توقعات المرضى، وليس فقط تلبية احتياجاتهم.

20- تعتبر الثقافة التنظيمية هي أهم عوامل نجاح أو فشل تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، والثقافة التنظيمية هي عبارة عن مجموعة القيم التنظيمية التي تميز مؤسسة ما، مثل: احترام الوقت، التعاون، الابتكار،...الخ، والتي توجه وتضبط سلوك الأفراد داخل المؤسسة، بحيث تؤثر في العاملين الجدد، وتصبح المؤسسة تتبع طريقة معينة في مواجهة المشاكل، ووضع سياساتها، استراتيجياتها وأهدافها، ونعني بالتغيير الثقافي إحداث تعديل للسلوكيات والذهنيات للعاملين في المؤسسة، مع تكوين ذهنيات جديدة لإدارة المؤسسة تؤمن بضرورة التغيير، وبالمبادئ المراد ترسيخها داخل المؤسسة، وتعتبر مقاومة التغيير من طرف العاملين أهم معوقات تغيير الثقافة التنظيمية.

21- إن النجاح في تطبيق إدارة الجودة الشاملة يقتضي النجاح في تغيير الثقافة الحالية للمؤسسة حتى تصبح ملائمة لتطبيق هذا المنهج الجديد، ففي هذه المرحلة وأثناء بداية المؤسسة في تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، فإن الثقافة

التنظيمية للمؤسسة تعتبر كعائق أو مشجع، وكمتغير مستقل مؤثِر، وإدارة الجودة الشاملة كمتغير تابع ومؤثر فيه، أما في المرحلة بعد أن تنج المؤسسة نسبيا في تطبيق إدارة الجودة الشاملة، فإن إدارة الجودة الشاملة تصبح كمتغير مستقل يؤثر على الثقافة التنظيمية للمؤسسة، ويتطلب نجاح تطبيق هذا المنهج تهيئة ثقافة المؤسسة أولا، لتتقبل التغيير والتحول الشامل الذي تتطلبه عملية التنفيذ، ويتطلب التغيير تحولا شاملا في نمط الإدارة، والذي يحتاج إلى خطوات ومراحل وجهد، وينفذ على فترات طويلة، ويكون للإدارة العليا في المؤسسة الدور الرئيسي في هذا المجال.

22- في إطار تحليل العلاقة بين الثقافة التنظيمية وإدارة الجودة الشاملة، فإن الثقافة التنظيمية حتى تكون مساهمة وملائمة لتطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، فإنه ينبغي أن تتوفر على مجموعة من المبادئ، تعتبر كبذور لنجاح تطبيق هذا المنهج، بحيث مقدار عدم توافر هذه المبادئ يعتبر كمؤشر على تواجد معوقات قبل تطبيق هذا المنهج، ومن هذه المبادئ (المعوقات)، نذكر الآتي: دعم وتأييد الإدارة العليا، توفر الهياكل التنظيمية الملائمة، التركيز على الزبون، العلاقة مع الموردين، العمل الجماعي (مشاركة العاملين)، حيث تم اعتماد هذا المنظور للمعوقات في الدراسة الميدانية لهذه الدراسة، وتم اعتماد المعوقات الأكثر تكرارا في عينة مختارة من الدراسات.

23- هناك معوقات أخرى كثيرة ومختلفة تتواجد أثناء وبعد تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، كتطبيق هذا المنهج دفعة واحدة وليس على مراحل، أو الفشل في توفير الموارد المالية والبشرية المناسبة، وبالتالي حتى يتم التطبيق الناجح لمنهج إدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي، فإنه كذلك ينبغي مراعاة المراحل الزمنية للتطبيق، حيث أن عدم مراعاتها واستعجال النتائج يعتبر من أكبر الأسباب لفشل تطبيق هذا المنهج، كذلك فإن من أسباب فشل تطبيق هذا المنهج هو عدم الاعتماد على المتطلبات التقنية لنجاح التطبيق، والمتمثلة في أدوات إدارة الجودة الشاملة، كذلك عدم وجود نموذج شخصي معين تسعى المؤسسة إلى تطبيق إدارة الجودة الشاملة وفقه، وقد يكون هذا النموذج من النماذج المعروفة أو مزيج منها.

ثانيا- أهم نتائج الجزء التطبيقي:

1- بما أن في الجزء النظري من هذه الدراسة تم التطرق إلى منهج إدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي، وحتى يتم إسقاط ما تم التطرق إليه في الجزء النظري على الجزء التطبيقي، فقد تم اختيار مجموعة من المؤسسات الصحية الجزائرية، مكونة من خمسة من المستشفيات في الشرق الجزائري، وهي من المستشفيات الكبيرة نسبيا، وذات مكانة وشهرة في الولايات التي تنتمي إليها، حيث كان المركز الإستشفائي الجامعي بباتنة هو الأكبر حجما من حيث عدد العاملين، والمقدر بـ (2090) عامل، وبنسبة (45,70%) من إجمالي العاملين المكونين لمجتمع الدراسة، أما المستشفيات الأربعة الأخرى فكانت متقاربة الحجم في حدود (560-724) عامل.

2- تتضمن هذه الدراسة نوعين من المتغيرات، النوع الأول هو المتغيرات الشخصية والوظيفية، والنوع الثاني هو متغير الدراسة المتمثل في معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، وبناءً على هذا تم بناء أنموذج للدراسة، وذلك من

خلال تحديد المعوقات (المبادئ) الأكثر تكرارا في عينة مختارة من الدراسات.

3- يتمثل مجتمع هذه الدراسة في جميع العاملين في المستشفيات محل الدراسة، والبالغ عددهم بـ (4573) عامل، وقد تم اختيار عينة أولية للدراسة تقدر بـ (500) عامل، أما بعد فقدان بعض استمارات الاستبيان وعدم استرجاعها، ومعالجة استمارات الاستبيان المسترجعة، واستثناء الاستمارات الفاسدة منها، فكانت عينة الدراسة النهائية التي تم اعتمادها تقدر بـ (471) عامل، وبنسبة تقدر بـ (10,30%) من مجتمع الدراسة، وهي نسبة مقبولة لأنها أكبر من (10%) بما يتوافق مع مجتمعات الدراسة متوسطة الحجم.

4- تم اختبار الاتساق الداخلي لأداة الدراسة (الاستبيان) من خلال **معامل الارتباط لبيرسون**، وتم التوصل إلى أن أداة الدراسة تتمتع بمصداقية عالية ومرتفعة، وصلاحية كبيرة لتطبيقها على عينة الدراسة، وهذا بسبب **قوة الارتباط بين جميع فقراتها والمحاور التي تنتمي إليها**، كذلك تم اختبار مدى ثبات أداة الدراسة من خلال **معامل ألفا كرونباخ** (**Cronbach's Alpha**)، حيث كانت قيمة **معامل الثبات للدراسة ككل** ممتازة (**0,908**)، وهذا يدل على أن هناك ثبات مرتفع جدا تتمتع وتتميز به هذه الدراسة ككل؛ أي أنه يمكن القول أننا متأكدون وواثقون بنسبة (90,8%)، أننا سنحصل على نفس نتائج الدراسة إذا ما تم توزيع الاستبيان مرة أخرى على نفس عينة الدراسة، وبعد اختبار مدى تحسن قيمة هذا المعامل في حالة إذا ما تم حذف فقرة معينة والاحتفاظ بباقي الفقرات، فقد تم الاحتفاظ بجميع الفقرات المكونة للاستبيان.

5- وعند تشخيص وتحليل الخصائص الشخصية والوظيفية لعينة الدراسة، تم التوصل إلى أن أغلبية أفراد عينة الدراسة هم إناث بنسبة تقدر بـ (62,6%)، على حساب الذكور بنسبة تقدر بـ (37,4%)، وأغلبية أفراد عينة الدراسة ينتمون إلى الفئة العمرية (26-35) سنة، بنسبة (46,9%)، وأغلبيتهم لهم مستوى تعليمي جامعي بنسبة (57,7%)، وأغلبيتهم موظفين إداريين بنسبة (52,7%)، وأغلبيتهم لهم سنوات خبرة (0-5 سنوات) بنسبة (57,7%).

6- تم رفض الفرضية الصفرية **وقبول الفرضية البديلة للفرضية الرئيسية الأولى**، والتي تنص على أن: "هناك مستوى **غير منخفض** لتواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة (**عدم التزام الإدارة العليا، غياب التحسين المستمر، عدم التوجه نحو الزبون، غياب المشاركة، غياب التشجيع والتحفيز، غياب التعليم والتدريب، غياب الاتصالات والمعلومات**) مأخوذة بصفة **مجتمعة**، حسب وجهة نظر العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة".

7- تم رفض الفرضية الصفرية **وقبول الفرضية البديلة للفرضية الرئيسية الثانية**، والتي تنص على أن: "هناك مستوى **غير منخفض** لتواجد **جميع** معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة (**عدم التزام الإدارة العليا، غياب التحسين المستمر، عدم التوجه نحو الزبون، غياب المشاركة، غياب التشجيع والتحفيز، غياب التعليم والتدريب،**

غياب الاتصالات والمعلومات) مأخوذة بصفة **منفردة**، حسب وجهة نظر العاملين في المؤسسات الصحية محل الدراسة".

8- في إطار اختبار الفرضية الرئيسية الثانية، تم التوصل إلى أن معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة متواجدة في المؤسسات الصحية محل الدراسة من المستوى الأكثر تواجد إلى الأقل حسب الترتيب الآتي: غياب التشجيع والتحفيز، غياب الاتصالات والمعلومات، غياب التعليم والتدريب، عدم التزام الإدارة العليا، غياب التحسين المستمر، غياب المشاركة، عدم التوجه نحو الزبون، وأن مستوى تواجد جميع هذه المعوقات جاء متوسط (غير منخفض)، باستثناء عائق غياب التشجيع والتحفيز جاء مرتفع وفي المرتبة الأولى، في حين جاء مستوى تواجد عائق عدم التوجه نحو الزبون متوسط (غير منخفض) وفي المرتبة الأخيرة، مما يكشف أنه ينبغي على المؤسسات الصحية الاهتمام أكثر بتشجيع وتحفيز العاملين بما يجعل هذا البعد متواجد أكثر في الثقافة التنظيمية لهذه المستشفيات، مع الاهتمام كذلك بإزالة وتذليل باقي المعوقات المتضمنة في الثقافة التنظيمية السائدة لتسهيل تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

9- **تم قبول الفرضية الصفرية للفرضية الرئيسية الثالثة في شق منها**، ورفض الفرضية الصفرية **وقبول الفرضية البديلة للفرضية الرئيسية الثالثة في الشق الأكبر**، حيث تم التوصل أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (**$\alpha \leq 0,05$**) لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى للمتغيرات الشخصية والوظيفية (**اسم المؤسسة الصحية، النوع الاجتماعي، المستوى التعليمي، طبيعة الوظيفة، سنوات الخبرة**)، في حين لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (**$\alpha \leq 0,05$**) لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى للمتغير الشخصي (**العمر**).

10- ضمن اختبار الفرضية الرئيسية الثالثة، تم التوصل إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة**، وهذا لصالح مستشفى طولقة على حساب مستشفى سعدان ومستشفى قالمة، ولصالح مستشفى باتنة على حساب مستشفى سعدان، وأن هذا التباين والاختلاف في مستوى تواجد إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة بين هذه المستشفيات لا يرجع إلى أحجام هذه المستشفيات، فقد يكون مستشفى أكبر حجما وتتواجد فيه المعوقات أقل (أو أكثر) من مستشفى آخر أقل حجما، **أي أن الطاقة الاستيعابية (الحجم) لا تعتبر عائقا**، وإنما هذه الفروق قد ترجع إلى أسباب أخرى مختلفة، خاصة إلى طبيعة القيادة الإدارية، ومدى رُشْدِهَا ومستوى أدائها.

11- ضمن اختبار الفرضية الرئيسية الثالثة، تم التوصل إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة**، وهذا لصالح فئة الإناث على حساب فئة الذكور؛ أي أنه مقارنة مع الذكور فالإناث يدركون ويرون أن هناك مستوى أكبر لتواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وحسب رأي الطـالب فإن هذا قد يرجع إلى أن الإنـاث يتأثرون بظروف العمل السلبية أكثر من الذكور، وهم أكثر

ملاحظة للتفاصيل؛ وبالتالي يكونون أكثر دراية ورصد للمشاكل الموجودة في المستشفى.

12- ضمن اختبار الفرضية الرئيسية الثالثة، تم التوصل إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة**، وهذا لصالح فئة المستوى التعليمي **ثانوي** على حساب المستويات التعليمية الأخرى، وحسب رأي الطالب فإن هذا قد يرجع إلى أن المستوى التعليمي الثانوي هو أدنى المستويات تقريبا، والعاملين من أصحاب هذا المستوى ظروفهم المادية والسلطات المتاحة لهم هي أقل من باقي الفئات الوظيفية، مما يجعل العاملين الحاملين لهذا المستوى غير موضوعيين، ولهم نظرة تشاؤمية في تقييمهم لمدى تواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

13- ضمن اختبار الفرضية الرئيسية الثالثة، تم التوصل إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة** تعزى للمتغير الوظيفي (**طبيعة الوظيفية**)، وأن مصادر هذه الفروق متشعبة وكثيرة، ولا تنحصر في فئات معينة، وقد تم ملاحظة أن الأطباء والممرضين يدركون ويرون أن هناك مستوى أكبر لتواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة مقارنة بفئات الإداريين عموما، وفي إطار الصراع الإداري وازدواج خط السلطة الذي يميز جو العمل في المؤسسات الصحية، فإن هذا قد يرجع باختصار إلى أن الإداريين يميلون إلى تزيين الوضع القائم وتصويره بأنه جيد، في حين الأطباء يميلون إلى انتقاد الإداريين من خلال تصوير الوضع القائم أنه متردي وغير مشجِع.

14- ضمن اختبار الفرضية الرئيسية الثالثة، تم التوصل إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية لآراء العاملين المستجوبين تجاه **إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة**، وهذا لصالح فئة سنوات الخبرة (6-10 سنة) على حساب الفئة (0-5 سنة)، وهذا يعني أن العاملين الذين لديهم سنوات خبرة (6-10 سنة) يدركون ويرون أن هناك مستوى أكبر لتواجد معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة مقارنة بالعاملين الذين لديهم سنوات خبرة (0-5 سنة)، وهذا قد يرجع إلى أن العاملين الذين لديهم سنوات خبرة أقل من (5 سنوات) يعتبرون جدد نوعا ما، ولديهم نظرة متفائلة تجاه ما يجري في المستشفى والعراقيل والمشاكل الموجودة فيه.

أهم الاقتراحات والتوصيات:

1- ينبغي على المستشفيات الجزائرية محل الدراسة أن تدرك مدى أهمية تحديث وتطوير أساليبها وطرقها في العمل، بما يتواكب مع المستشفيات الناجحة على مستوى العالم، وبما يمكنها من تطبيق أساليب الإدارة الحديثة، وخاصة منهج إدارة الجودة الشاملة الذي يعود بمزايا كثيرة ومتنوعة على المؤسسات الصحية، وأن تدرك وتعي أن أساليبها في العمل والإدارة في الوقت الحالي ما زالت تقليدية، وتحتاج للكثير من التجديد والتطوير.

2- على المستشفيات الجزائرية عموما أن تدرك أن تخصيص جزء من الميزانية المالية لتحسين الجودة، ومن أجل تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة هو أمر ذو أهمية كبيرة، وليس معناه إضاعة للأموال في أمور ثانوية، وأن تخصيص هذه

الأموال سيعود عليها بالكثير من المزايا، وأن لا تستعجل قطف ثمار ذلك على المدى القريب، بل أن المنافع المرجوة من ذلك يتم إدراكها أكثر على المدى المتوسط والبعيد.

3- يمكن للمسؤولين والعاملين في المستشفيات الجزائرية، أن يسعوا لتطبيق بعض الجوانب في منهج إدارة الجودة الشاملة ولو بصورة فردية، وهذا دون انتظار أن تأتيهم تعليمات وأوامر من طرف الهيئات العليا المتمثلة في وزارة الصحة الجزائرية، وهذا لأن الكثير من جوانب هذا المنهج يمكن تطبيقها دون الحاجة إلى الكثير من الإعداد والإجراءات والموارد المالية، فقط بالإرادة القوية والعزيمة الصادقة على التغيير، والقناعة التامة بمدى أهمية هذا المنهج، وسهولة تطبيقه.

4- على كل مستشفى من المستشفيات الجزائرية عند الشروع في تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، أن يضع النموذج والاستراتيجية الخاصة به حسب الظروف ونقاط الضعف والقوة الخاصة به، ويمكن الاستعانة في ذلك بمختلف النماذج العالمية المعروفة، وبمختلف النماذج المطبقة في المستشفيات التي نجحت في ذلك، بشرط أن لا يتم تقليد أي نموذج لأن ذلك يعتبر من أهم الأسباب المساهمة في فشل تطبيق هذا المنهج.

5- على المستشفيات الجزائرية محل الدراسة عند الشروع في تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة أن تحذر من مقاومة التغيير من طرف العاملين، لأن الإنسان بطبعه يخاف من المجهول، ويألف ما تعود عليه من جو عمل وسلوكيات حتى إن كانت سلبية، ومن بين أهم الطرق لتفادي ذلك هو التدرج في التطبيق عبر مراحل زمنية حتى الوصول إلى التطبيق المناسب، ومحاولة تحسين ذلك باستمرار قدر المستطاع، للمحافظة على التطبيق الذي يعتبر أكثر تمام.

6- حتى يمكن للمستشفيات الجزائرية محل الدراسة تذليل، مواجهة والتغلب على معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، فينبغي عليها بناء ثقافة تنظيمية إيجابية تتضمن مبادئ هذا المنهج كبذور أولية مدعمة للتطبيق الناجح لهذا المنهج في المستقبل، وأن تغير وتحسن من ثقافتها التنظيمية بما يجعلها متوافقة أكثر مع مبادئ وأبعاد إدارة الجودة الشاملة، وخاصة بعد غياب التشجيع والتحفيز الذي يعتبر أكثر المعوقات التي تواجه تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات محل الدراسة، بالإضافة كذلك إلى الأبعاد الأخرى المتمثلة في: غياب الاتصالات والمعلومات، غياب التعليم والتدريب، عدم التزام الإدارة العليا، غياب التحسين المستمر، غياب المشاركة، عدم التوجه نحو الزبون.

7- كذلك ينبغي على هذه المستشفيات محاولة إرساء وتثبيت قيم العمل والعادات الايجابية المشجعة على تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، وتعديل أو إزالة القيم والعادات السلبية والمثبطة، وبما يسمح بتذليل المعوقات التي توجد قبل تطبيق هذا المنهج، في حين توجد معوقات أخرى ينبغي الانتباه لها، وقد تظهر فقط أثناء التطبيق، ونوصي خاصة بمحاولة إرساء قيم وعادات العمل المستمدة من الدين الإسلامي، لأن الكثير من مبادئ إدارة الجودة الشاملة متضمنة في الدين الإسلامي، وأن قيم وتعاليم الدين الإسلامي تنعكس إيجابا على الكثير من جوانب المستشفى بصفة عامة.

8- ينبغي على المستشفيات الجزائرية محل الدراسة الاهتمام بدرجة كبيرة بتشجيع وتحفيز العاملين، وذلك خاصة من خلال توفير التشجيع والتحفيز المعنوي الكافي لتحسين أداء العاملين، وذلك عن طريق مثلا المعاملة الحسنة، الكلمة الطيبة، الاحترام، التقدير، الاعتراف وتقدير الجهود المبذولة، التجاوز عن بعض الأخطاء الصغيرة،...الخ، أو من خلال إتباع طريقة ونظام للترقية عادل ويهدف إلى تحفيز ومكافأة العاملين على الأداء الجيد، أو بتوفير فرص للإبداع والتميز في العمل، والاستماع والإصغاء لآراء وأفكار العاملين لتحسين طرق العمل، مما يسمح باستخراج مختلف القدرات والطاقات الكامنة للعاملين، وتوظيفها في الاتجاه الذي يخدم أهداف المستشفى، ويعود بالكثير من المنافع على أفراد المجتمع.

9- كذلك ينبغي على المستشفيات الجزائرية محل الدراسة تشجيع وتحفيز العاملين من خلال مكافئتهم ماديا على الأداء الجيد، وذلك مثلا من خلال ضبط طرق توزيع العوائد والمنح بوضع نظام للأجور والمكافآت على أساس النتائج، بما يشجع العاملين للسعي لتحسين أدائهم باستمرار، وبذل جهود أكبر حتى تكون الخدمات الصحية المقدمة ذات جودة أكبر.

10- ينبغي على المستشفيات الجزائرية محل الدراسة الاهتمام بتطوير نظم الاتصالات والمعلومات داخلها، وإقناع مختلف العاملين بالأهمية الكبيرة لذلك، والاهتمام أكثر بالمعلومات المتدفقة سواء من طرف المرضى أو العاملين، وأن يتم اتخاذ القرارات بالاستناد والاعتماد على الإحاطة الكافية بالمعلومات المناسبة، والتحليل الجيد واللازم لذلك، والسعي لتوفير مختلف الطرق والأساليب والتكنولوجيا الحديثة لتسهيل الاتصال وتبادل المعلومات، بأكثر استمرارية وفي الاتجاهات والأوقات المناسبة.

11- ينبغي على المستشفيات الجزائرية محل الدراسة السعي لتوفير الفرص والبرامج الكافية للتعليم والتدريب (التكوين) في مختلف المجالات عموما، وفي مجال الجودة بصفة خاصة، وإقناع العاملين بمدى أهمية ذلك، وأنه ينتج عنه زيادة وتنمية المهارات المتعلقة بالجودة، وكذلك إقناعهم بمحاولة الاهتمام بالتعليم والتدريب وتنمية القدرات بصورة فردية بالموازاة مع التعليم والتدريب المنظم في إطار المستشفى، وينبغي على أصحاب القرار في هذه المستشفيات تخصيص وتوفير مختلف الموارد المادية، المالية والبشرية الكافية لذلك.

12- ينبغي على الإدارة العليا وأصحاب القرار في المستشفيات الجزائرية محل الدراسة أن تكون أكثر اهتماما ودعما والتزاما لتحسين جودة الخدمات الصحية بصفة مستمرة، وإتباع مختلف الطرق والأساليب التي تقود لذلك، وأن تسعى لتوفير مختلف الإمكانيات والموارد المناسبة لترقية وتحسين الجودة، واتخاذ وإتباع الإجراءات التحفيزية والعقابية المؤدية لهذا، وبما يسهل التزامها ودعمها لأساليب وطرق منهج إدارة الجودة الشاملة إذا ما تم تطبيقه بصفة رسمية مستقبلا.

13- ينبغي على المستشفيات الجزائرية محل الدراسة أن تهتم بالتحسين المستمر، وليس فقط بصفة آنية، بحيث يكون هناك سعي لتحقيق التحسين في مختلف جوانب المستشفى سواء كانت هناك مشاكل طارئة تستدعي ذلك أو قبل أن

تكون هناك ضرورة، وإنما فقط بهدف التطوير والتحسين والوقاية من المشاكل قبل حدوثها، وإقناع العاملين بأهمية التخطيط للتحسين المستمر لتحقيق الجودة، وتوفير كل ما يلزم لذلك، وإدخال مختلف التحسينات على الأعمال المنجزة، وأن يشمل التحسين المستمر مختلف العمليات والأنشطة المنجزة.

14- ينبغي على المستشفيات الجزائرية محل الدراسة الاهتمام بمختلف صور المشاركة والعمل الجماعي للعاملين، ومحاولة إرساء وغرس روح التعاون والعمل من خلال الفريق لحل المشكل وتحسين الجودة، وإقناع العاملين بأهمية ذلك، وأنه ينتج عنه مزايا كثيرة، خاصة زيادة حرص العامل لتحسين أدائه وتجويد وإتقان عمله، وذلك خاصة من خلال إتباع نظام لتفويض السلطات يسمح ويدعم مشاركة العاملين في إدارة انجاز مختلف المهام والأعمال، كذلك ينبغي إشراك العاملين في اتخاذ مختلف القرارات، خاصة التي لها علاقة بالمهام والأدوار الخاصة بهم، وكذلك على المسؤولين أن يشجعوا العاملين على المشاركة بآرائهم وأفكارهم، وأن يوفروا لهم الآذان الصاغية عندما يقتضي الأمر ذلك.

15- ينبغي على المستشفيات الجزائرية محل الدراسة التوجه أكثر نحو الزبون، وسواء الزبون الخارجي المتمثل في المريض، أو الزبون الداخلي المتمثل في العامل، وذلك خاصة من خلال إقناع العاملين بأن تقديم خدمات ذات جودة عالية للمرضى أمر ضروري ومهم، وأن يكون رضا المريض هو الهدف الأسمى لتوجهات المستشفى، وكمقياس لنجاحه، وأن يتم الاهتمام أكثر بشكاوى المرضى ومقترحاتهم، واستطلاع آرائهم حول مستوى جودة الخدمات المقدمة لهم، ومثل ما يتم الاهتمام بالمريض باعتباره كزبون، فينبغي كذلك على العامل أن يسعى لإرضاء زملائه في العمل وكأنهم زبائن، وخاصة زملائه التي أعمالهم لها علاقة كبيرة بعمله، ويسعى قدر المستطاع لتلبية احتياجاتهم، وتقديم لهم الخدمات اللازمة في إطار العمل.

16- بما أن مستشفى **محمد زيوشي بطولقة** تتواجد فيه معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة أكثر من المستشفيات الأخرى محل الدراسة، فإنه ينبغي على هذا المستشفى أكثر من باقي المستشفيات الأخذ بمختلف هذه التوصيات والاقتراحات، والسعي لتذليل مختلف المعوقات لتطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة، وتوفير ثقافة تنظيمية أكثر ملائمة لذلك، والسعي وبذل الجهود لإحداث تغيير شامل في مختلف جوانب المستشفى، وخاصة توفير موارد بشرية أكثر كفاءة، واستقطاب أطباء أخصائيين أكثر تأهيل وفي مختلف التخصصات الطبية، خاصة من خلال تنظيم دورات وبعثات تكوينية إلى مستشفيات أخرى أكثر نجاحا، والبحث عن صيغ التعاقد والتعاون مع أطباء من خارج المستشفى، وهذا للإشراف على العلاج وتكوين الأطباء التابعين لهذا المستشفى، وبما يؤدي إلى تحسين مكانته، والرفع من قيمة الأدوار التي يقوم بها.

17- يمكن اقتراح بعض الخطوات والمراحل الزمنية على المستشفيات الجزائرية محل الدراسة إذا أرادت تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة مستقبلا، وذلك كالآتي:

- ✓ جلب بعض الخبراء والمختصين في مجال تطبيق إدارة الجودة الشاملة، لمعاينة واقع هذه المستشفيات ومعرفة نقاط

القوة والضعف التي لها علاقة بذلك؛

- ✓ الاستعانة بتجارب المستشفيات الناجحة في تطبيق إدارة الجودة الشاملة، وذلك من خلال القيام بزيارات ميدانية لهذه المستشفيات للاستفادة منها؛
- ✓ تقدير الميزانية المناسبة التي ينبغي تخصيصها لذلك؛
- ✓ السعي لتغيير الثقافة التنظيمية بما يجعلها أكثر ملائمة وتسهيل لتطبيق هذا المنهج، بما يجعل قيم العمل لدى العاملين والعادات السائدة مشجعة على ذلك، وينبغي الاهتمام أكثر بهذه الخطوة لأنها أكثر أهمية، وتتطلب وقت معتبر، لأنه ليس من السهولة تغيير العادات والقيم؛
- ✓ الشروع في تطبيق هذا المنهج بتدرج وليس دفعة واحدة، مع عدم استعجال الحصول على نتائج ذلك؛
- ✓ محاولة تقييم ومراقبة تطبيق هذا المنهج باستمرار وبصفة دورية، لأن كثير من المعوقات والعراقيل قد تظهر فقط أثناء التطبيق الفعلي لهذا المنهج؛
- ✓ في حالة النجاح في تطبيق هذا المنهج، فينبغي عدم الاقتناع والاكتفاء بصورة وحالة معينة لهذا النجاح، وإنما السعي دائما إلى التحسين بصفة مستمرة، بحيث يصبح التحسين المستمر كهدف ينبغي تحقيقه بغض النظر عن وجود مشاكل أو عدم وجودها؛
- ✓ عند النجاح في تطبيق هذا المنهج، فحبذا أن يحاول المستشفى نقل هذه التجربة إلى المستشفيات الأخرى التي مازالت بعيدة عن ذلك، لأن ذلك من شأنه أن يدعم ويشجع هذا المستشفى في الاستمرار في تطبيق هذا المنهج؛

18- رغم أن موضوع إدارة الجودة الشاملة تم التطرق إليه كثيرا، إلا أن جودة ونوعية الكثير من هذه الدراسات تعتبر منخفضة مقارنة بالعدد الكبير لها، لذلك ينبغي على الباحثين محاولة طرح وتطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة بطريقة أكثر عمق وتجديد، وإسقاطه على مختلف المجالات والميادين، وأن مبادئه يمكن ربطها بمختلف المواضيع، وأن تشمل مختلف الجوانب، فحتى في ما يسمى بإدارة الذات، فالإنسان الناجح قد يطبق نوعا ما وبصفة عفوية بعض هذه المبادئ في حياته بدون أن يشعر، فهو مثلا يسعى دائما للتحسين باستمرار، ويحاول مشاركة بعض أفراد المجتمع في الكثير من الأعمال التي يقوم بها، ويسعى دائما لتقييم ومراقبة مسيرة وظروف حياته لإدخال التصحيحات اللازمة، ويرغب في خدمة أفراد المجتمع المحيطين به وتلبية احتياجاتهم.

19- ينبغي أن يكون هناك اهتمام أكبر من طرف مختلف الباحثين بالمواضيع المرتبطة بالثقافة التنظيمية، وأن تقتنع المستشفيات والمؤسسات الجزائرية بصفة عامة، بأن تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة أو مختلف الأساليب الإدارية، والرفع من الأداء، وتحقيق نجاحات أكثر، يرتبط بدرجة كبيرة بالثقافة التنظيمية السائدة فيها.

20- على الباحثين الاهتمام بالمواضيع الإدارية المستمدة من الدين الإسلامي، لأن الكثير من النظريات والأساليب الإدارية متضمنة في الدين الإسلامي، فالكثير من مبادئ إدارة الجودة الشاملة حثَّ وأتى بها الدين الإسلامي، فهو

يحث على التحسين بصفة مستمرة، والمشاركة الجماعية في أداء الأعمال،...الخ، كذلك بما أن الثقافة التنظيمية للمؤسسة مستمدة من ثقافة المجتمع، فإن الكثير من القيم الإسلامية إذا كانت متواجدة ينتج عنها ثقافة تنظيمية إيجابية ومشجعة ومدعمة لتوجهات وتطلعات المؤسسة، فالكثير من النظريات الإدارية المستمدة من الدين الإسلامي قد تغني عن الكثير من النظريات والأساليب الإدارية الحديثة، لذلك ينبغي على المستشفيات والمؤسسات الجزائرية بصفة عامة، أن تسعى لتشجيع وإرساء قيم الثقافة التنظيمية المستمدة من الدين الإسلامي، وبالموازاة مع ترسيخ وازع القانون، فينبغي كذلك تنمية الوازع الديني بما يخدم أهداف وتطلعات المستشفى، فعلى سبيل المثال فالدين الإسلامي يحث على إتقان العمل، التفاني في خدمة المريض، الانضباط في الوقت، حب الوطن والمصلحة العامة،...الخ.

آفاق الدراسة: من خلال ما تم التطرق إليه في هذه الدراسة، يمكن اقتراح بعض المواضيع للدراسة حول موضوع إدارة الجودة الشاملة في قطاع المؤسسات الصحية، كمواضيع جديدة للدراسة يمكن أن يستفيد منها الطلبة والباحثين، وخاصة طلبة الدكتوراه، ومن هذه المواضيع نذكر الآتي:

1- معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية – دراسة ميدانية مقارنة بين مجموعة من المستشفيات العمومية والخاصة؛

2- معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية– دراسة ميدانية مقارنة بين مجموعة من المستشفيات العمومية والاستثمارية؛

3- معوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية – دراسة ميدانية لمجموعة من المستشفيات الجزائرية الخاصة؛

4- فرص ومعوقات تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية – دراسة حالة؛

5- الثقافة التنظيمية ودورها في تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية – دراسة حالة؛

6- مدى توافر مبادئ منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية – دراسة حالة؛

7- القيادة الإدارية ودورها في تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية – دراسة حالة؛

8- واقع الصراع الإداري في المؤسسات الصحية الجزائرية – دراسة حالة؛

9- واقع الصراع الإداري بين الأطباء والإداريين في المؤسسات الصحية الجزائرية – دراسة حالة.

المراجـع

المراجع المعتمدة في إعداد البحث.

أولا– باللغة العربية.

1– القرآن الكريم.

2– الكتب.

1	إبراهيم عبد الله المنيف، **استراتيجية الإدارة اليابانية**، الطبعة الأولى، السعودية: مكتبة العبيكان، 1998.
2	أحمد الخطيب، رداح الخطيب، **إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات تربوية**، الطبعة الثانية، الأردن: عالم الكتاب الحديث للنشر والتوزيع– جدار للكتاب العالمي للنشر والتوزيع، 2006.
3	أحمد سيد مصطفى، **التنافسية في القرن الحادي والعشرين: مدخل إنتاجي**، الطبعة الأولى، بدون دار نشر، 2003.
4	أحمد محمد المصري، **إدارة المستشفيات**، مصر: مؤسسة شباب الجامعة، 1998.
5	أحمد محمد غنيم، **إدارة المستشفيات: رؤية معاصرة**، الطبعة الأولى، مصر: المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، 2006.
6	إسماعيل إبراهيم القزاز وآخرون، **SIX SIGMA وأساليب حديثة أخرى في إدارة الجودة الشاملة**، الطبعة الأولى، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2009.
7	أماني موسى محمد، **التحليل الإحصائي للبيانات**، مصر: مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث، 2007.
8	امتثال حسن عبد الرزاق وآخرون، **مبادئ الإحصاء الوصفي**، مصر: الدار الجامعية، 2002.
9	أوما سيكاران، **طرق البحث في الإدارة: مدخل بناء المهارات البحثية**، ترجمة: إسماعيل علي بسيوني وعبد الله بن سليمان العزاز، السعودية: المنشورات العلمية لجامعة الملك سعود، 1998.
10	ثامر ياسر البكري، **إدارة المستشفيات**، الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2005.
11	ثامر ياسر البكري، **تسويق الخدمات الصحية**، الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2005.
12	جمال الدين لعويسات، **إدارة الجودة الشاملة**، الجزائر: دار هومه للطباعة والنشر والتوزيع، 2005.
13	جودت عزت عطوي، **أساليب البحث العلمي: مفاهيمه – أدواته – طرائقه الإحصائية**، الطبعة الأولى، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2007.

14	جوزيف جابلونسكي، **تطبيق إدارة الجودة الشاملة نظرة عامة**، ترجمة: عبد الفتاح السيد النعماني، مصر: مركز الخبرات المهنية للإدارة (بميك)، 1996.
15	جون مارش، **أدوات الجودة الشاملة من الألف إلى الياء**، ترجمة عبد الفتاح السيد النعماني، مركز الخبرات المهنية للإدارة، الجزء الثالث، القاهرة، 1996.
16	حسان محمد نذير حرستاني، **إدارة المستشفيات**، الطبعة الأولى، المملكة العربية السعودية: الإدارة العامة، 1990.
17	حميد عبد النبي الطائي وآخرون، **إدارة الجودة الشاملة TQM والأيزو ISO**، الطبعة الأولى، الأردن: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، 2003.
18	خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، **إدارة الجودة الشاملة تطبيقات على القطاع الصحي**، الطبعة الأولى، السعودية: فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر، 1997.
19	خضير كاظم حمود، **إدارة الجودة الشاملة**، الطبعة الأولى، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2000.
20	خضير كاظم حمود، **إدارة الجودة وخدمة العملاء**، الطبعة الثانية، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2007.
21	خضير كاضم حمود، روان منير الشيخ، **إدارة الجودة في المنظمات المتميزة**، الطبعة الأولى، الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع، 2010.
22	خضير كاظم حمود وآخرون، **السلوك التنظيمي**، الطبعة الأولى، الأردن: إثراء للنشر والتوزيع، 2009.
23	ذوقان عبيدات وآخرون، **البحث العلمي: مفهومه وأدواته وأساليبه**، الأردن: دار الفكر، 2001.
24	راغب السرجاني، **قصة العلوم الطبية في الحضارة الإسلامية**، الطبعة الأولى، مصر: مؤسسة اقرأ للنشر والتوزيع، 2009.
25	ردينة عثمان يوسف، **التسويق الصحي والاجتماعي**، الأردن: دار المناهج للنشر والتوزيع، 2008.
26	رضا صاحب أبو حمد آل علي، سنان كاظم الموسوي، **الإدارة لمحات معاصرة**، الأردن: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، 2006.
27	رعد عبد الله الطائي، عيسى قدادة، **إدارة الجودة الشاملة**، الأردن: دار اليازوري للنشر والتوزيع، 2008.

28	ريتشارد ل ويليامز، **أساسيات إدارة الجودة الشاملة**، الطبعة الأولى، بدون بلد نشر: مكتبة جرير، 1999.
29	ستيفن جورج، أرنولد ويمرزكيرتش، **إدارة الجودة الشاملة: الاستراتيجيات والآليات المجربة في أكثر الشركات الناجحة اليوم**، ترجمة: حسين حسنين، الطبعة الأولى، الأردن: دار البشير، 1998.
30	سعيد يس عامر، **استراتيجيات التغيير**، مصر: مركز وايد سيرفس للاستشارات والتطوير الإداري، 1994.
31	سكوت شافير، جاك ميردث، **إدارة العمليات: منهج عملية الأعمال بصفحات الانتشار**، ترجمة: سرور علي إبراهيم سرور، السعودية: دار المريخ للنشر، 2005.
32	سليم بطرس جلدة، **إدارة المستشفيات والمراكز الصحية**، الطبعة الأولى، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع، 2007.
33	سمير محمد عبد العزيز، **جودة المنتج بين إدارة الجودة الشاملة والأيزو 9000 و10011**، الطبعة الأولى، مصر: مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية، 1999.
34	سناء الخولي وآخرون، **دراسات في علم الاجتماع الطبي**، مصر: دار المعرفة الجامعية، 2004.
35	سوسن شاكر مجيد، محمد عواد الزيات، **إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات في الصناعة والتعليم**، الطبعة الأولى، الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع، 2007.
36	سونيا محمد البكري، **تخطيط ومراقبة الإنتاج**، مصر: الدار الجامعية للنشر والتوزيع، 1998.
37	سيد محمد جاد الرب، **إدارة المنظمات الصحية والطبية: منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة**، مصر: دار النهضة العربية، 1997.
38	سيد محمد جاد الرب، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية**، مصر: مطبعة العشرى، 2008.
39	صالح ناصر عليمات، **إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات التربوية: التطبيق ومقترحات التطوير**، الطبعة الأولى، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع، 2004.
40	صلاح محمود ذياب، **إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة**، الطبعة الأولى، الأردن: دار الفكر للنشر والتوزيع، 2009.
41	طلال بن عايد الأحمدي، **إدارة الرعاية الصحية**، السعودية: فهرسة الملك فهد الوطنية أثناء النشر، 2004.

42	طلعت الدمرداش إبراهيم، **اقتصاديات الخدمات الصحية**، الطبعة الثانية، مصر: مكتبة القدس، 2006.
43	عبد الستار العلي، **تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة**، الطبعة الأولى، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2008.
44	عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات: المفاهيم والتطبيقات**، مصر: منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2003.
45	عبد الفتاح محمود سليمان، **إدارة الجودة الشاملة في شركات ومشروعات التشييد**، الطبعة الأولى، مصر: إيتراك للنشر والتوزيع، 2001.
46	عبد المعطي محمد عساف، **السلوك الاداري (التنظيمي) في المنظمات المعاصرة**، الأردن: دار زهران، 1994.
47	عبد المهدي بواعنة، **إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية: مفاهيم ونظريات وأساسيات في الإدارة الصحية**، الطبعة الأولى، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع، 2004.
48	عز عبد الفتاح، **مقدمة في الإحصاء الوصفي والاستدلالي باستخدام (spss)**، السعودية: خوارزم العلمية للنشر والتوزيع، 2008.
49	علي السلمي، **إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهل للإيزو 9000**، مصر: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، 1995.
50	عمر وصفي عقيلي، **المنهجية المتكاملة لإدارة الجودة الشاملة: وجهة نظر**، الطبعة الأولى، الأردن: دار وائل للنشر، 2001.
51	غيات بوفلجة، **القيم الثقافية والتسيير**، بدون بلد للنشر: دار الغرب للطباعة والنشر، 1998.
52	فريد النجار، **إدارة الجودة الشاملة والإنتاجية والتخطيط التكنولوجي للتميز والريادة والتفوق**، مصر: الدار الجامعية، 2007.
53	فريد النجار، **إدارة المستشفيات وشركات الأدوية**، الطبعة الأولى، مصر: الدار الجامعية، 2007.
54	فريد توفيق نصيرات، **إدارة المستشفيات**، الطبعة الأولى، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2014.
55	فريد توفيق نصيرات، **إدارة منظمات الرعاية الصحية**، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2008.
56	فريد عبد الفتاح زين الدين، **تطبيق إدارة الجودة الشاملة بين فرص النجاح ومخاطر الفشل**، الطبعة الأولى، مصر: المكتبة القومية المصرية، 2002.

57	فريد كورتل، **تسويق الخدمات**، الطبعة الأولى، الأردن: دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع، 2009.
58	فيليب أتكنسون، **التغيير الثقافي الأساس الصحيح لإدارة الجودة الشاملة الناجحة**، ترجمة: عبد الفتاح السيد النعماني، مصر: مركز الخبرات المهنية للإدارة، 1996.
59	قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الآيزو 9001– 2000**، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، 2009.
60	قاسم نايف علوان المحياوي، **إدارة الجودة في الخدمات: مفاهيم وعمليات وتطبيقات**، الطبعة الأولى، الأردن: دار الشروق، 2006.
61	كيميائى محمد إسماعيل عمر، **أساسيات الجودة في الإنتاج**، مصر: دار الكتب العلمية للنشر والتوزيع، 2000.
62	مأمون سليمان الدرادكة، **إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء**، الطبعة الأولى، الأردن: دار الصفاء للنشر والتوزيع، 2006.
63	محسن بن نايف العتيبي، **استراتيجية نظام الجودة في التعليم**، الطبعة الأولى، السعودية: فهرسة الملك فهد أثناء النشر، 2007.
64	محفوظ أحمد جودة، **إدارة الجودة الشاملة – مفاهيم وتطبيقات**، الطبعة الثانية، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع، 2006.
65	محمد الصيرفي، **إدارة المستشفيات العامة والخاصة: وكيفية تميز العاملين بها**، الطبعة الأولى، مصر: دار الفكر الجامعي، 2009.
66	محمد صالح العساف، **المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية**، السعودية: العبيكان للطباعة والتوزيع، 1995.
67	محمد توفيق ماضي، **تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية في مجال الصحة والتعليم: نموذج مفاهيمي مقترح**، مصر: المنظمة العربية للتنمية الإدارية.
68	محمد سامي راضي، **المحاسبة عن المستشفيات والوحدات العلاجية**، ، مصر: الدار الجامعية ، 2007.
69	محمد عبد الفتاح محمد، **إدارة الجودة الشاملة بمنظمات الرعاية الاجتماعية**، مصر: المكتب الجامعي الحديث، 2008.
70	محمد عبد الوهاب العزاوي، **إدارة الجودة الشاملة**، الأردن: دار اليازوري للنشر والتوزيع، ، 2005.
71	محمد عبد الوهاب العزاوي، **أنظمة إدارة الجودة والبيئة: ISO 9000, ISO 14000**، الطبعة

	الأولى، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع، 2002.
72	محمد عوض الترتوري، أغادير عرفات جويحات، **إدارة الجودة الشاملة في مؤسسات التعليم العالي والمكتبات ومراكز المعلومات**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الأولى، عمان، 2006.
73	محمد محمد إبراهيم، **إدارة الجودة من المنظور الإداري**، مصر: الدار الجامعية، 2009.
74	محمود حسين الوادي وآخرون، **إدارة الجودة الشاملة في الخدمات المصرفية**، الطبعة الأولى، الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع، 2010.
75	مدحت أبو النصر، **أساسيات إدارة الجودة الشاملة TQM**، الطبعة الأولى، مصر: دار الفجر للنشر والتوزيع، 2008.
76	مضر زهران، **إدارة المستشفيات والرعاية الصحية**، الأردن: دار زهران للنشر والتوزيع، 2007.
77	مهدي السامرائي، **إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي**، الطبعة الأولى، الأردن: دار جرير للنشر والتوزيع، 2007.
78	موسى اللوزي، **التطوير التنظيمي: أساسيات ومفاهيم حديثة**، الطبعة الأولى، الأردن: دار وائل للنشر، 1999.
79	مؤيد عبد الحسين الفضل، يوسف حجيم الطائي، **إدارة الجودة الشاملة من المستهلك إلى المستهلك: منهج كمي**، الطبعة الأولى، الأردن: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، 2004.
80	ناصر دادي عدون، **إدارة الموارد البشرية والسلوك التنظيمي – دراسة نظرية وتطبيقية**، الجزائر: دار المحمدية العامة، 2004.
81	نور الدين حاروش، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية**، الطبعة الأولى، الجزائر: دار كتامة للكتاب، 2008.
82	نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، الطبعة الأولى، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع، 2012.
83	هدى بنت صالح أبو حميد، **الجودة الشاملة في إدارة المعلومات**، السعودية: مكتبة الملك فهد الوطنية، 2006.
84	هيوكوش، **إدارة الجودة الشاملة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها**، ترجمة: طلال بن عايد الأحمدي، السعودية: معهد الإدارة العامة، 2002.

85	وحيد موسى سعد، **إدارة الجودة الشاملة في المكتبات: دراسة تطبيقية في بعض المكتبات المصرية**، السعودية: مكتبة الملك فهد الوطنية، 2009.
86	وسيلة حمداوي، **الجودة ميزة تنافسية في البنوك التجارية**، الجزائر: مديرية النشر لجامعة قالمة، 2009.

3- الرسائل العلمية.

- **أطروحات الدكتوراه.**

87	أمير جيلالي، **محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية**، أطروحة دكتوراه في التخطيط، الجزائر: جامعة الجزائر، 2009.
88	الباتول علوط، **الثقافة التنظيمية وأثرها على الآداء الوظيفي للمرأة العاملة في المؤسسة العمومية الإستشفائية، دراسة ميدانية ببعض المؤسسات العمومية الإستشفائية بولاية الجلفة**، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع تنظيم وعمل، الجزائر: جامعة الجزائر 2، 2013.
89	جاسم بن فيحان الدوسري، **الثقافة التنظيمية في المنظمات الأمنية ودورها في تطبيق الجودة الشاملة**، أطروحة دكتوراه الفلسفة في العلوم الأمنية، السعودية: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 2007.
90	حوالف رحيمة، **تطبيق إدارة الجودة الشاملة – دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان**، أطروحة دكتوراه في التسيير، الجزائر: جامعة تلمسان، 2010.
91	ربحي كريمة، **تكامل الثقافة التنظيمية وإدارة الجودة الشاملة لتحسين الأداء في المؤسسات الجامعية – حالة كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير – جامعة البليدة**، أطروحة دكتوراه في إدارة الأعمال، الجزائر: جامعة الجزائر 3، 2013.
92	سنوسي علي، **تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر – آفاق 2010**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، الجزائر: جامعة الجزائر 3، 2010.
93	سيد أحمد حاج عيسى، **أثر تدريب الأفراد على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية– دراسة حالة عينة من المستشفيات الجزائرية**، أطروحة دكتوراه في العلوم التجارية، تخصص تسويق، 2012.
94	عدمان مريزق، **واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية: دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة**، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، الجزائر: جامعة الجزائر، 2008.
95	عرابة الحاج، **أثر إزدواجية السلطة على أداء العاملين في المستشفيات دراسة مقارنة (القطاع العام – القطاع الخاص)**، أطروحة دكتوراه في التسيير العمومي، الجزائر: جامعة بسكرة، 2011.

96	عياشي نور الدين، **المنظومات الصحية المغاربية**، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، الجزائر: جامعة قسنطينة، 2010.
97	فتيحة حبشي، **إدارة الجودة الشاملة – دراسة تطبيقية في وحدة فرمال لإنتاج الأدوية بقسنطينة**، أطروحة دكتوراه في الاقتصاد الكمي، الجزائر: جامعة قسنطينة، 2007.
98	يوسف جغلولي، **القيادة الإدارية الوسطى وعلاقتها بتطوير الثقافة التنظيمية بالمنظمة الإدارية– دراسة ميدانية بالمديريات التنفيذية لولاية المسيلة**، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع تنظيم وعمل، الجزائر: جامعة الجزائر 2، 2011.

- **رسائل الماجستير.**

99	أحسن ناصر الدين، **مكانة الجودة في المؤسسة الخدمية: دراسة حالة مؤسسة خدمية جزائرية**، رسالة ماجستير في التسويق، الجزائر: جامعة باتنة، 2009.
100	أحمد عباس يوسف بوعباس، **أثر جودة الرعاية الصحية والاتصالات على رضا المرضى – دراسة تحليلية مقارنة في مستشفى الأميري الحكومي ومستشفى السلام الدولي الخاص في دولة الكويت**، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال، جامعة الشرق الأوسط، 2010.
101	الحاج نعاس خديجة، **دور الجودة الشاملة في تأهيل قطاع الاتصالات: حالة مؤسسة اتصالات الجزائر**، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال، الجزائر: جامعة الشلف، 2008.
102	العلواني عديلة، **تأثير طرق تمويل قطاع الصحة العمومي على أداء الخدمات في الجزائر: دراسة حالة القطاع الصحي بسكرة**، رسالة ماجستير نقود وتمويل، الجزائر: جامعة بسكرة، 2004.
103	أمير جيلالي، **تخطيط وتمويل الصحة في الجزائر**، رسالة ماجستير في التخطيط، الجزائر: جامعة الجزائر، 2001.
104	بن قرقورة ليندة، **الثقافة التنظيمية مدخل استراتيجي لإحداث التطوير التنظيمي– دراسة حالة المطحنة الصناعية لمتيجة**، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال، الجزائر: جامعة الجزائر، 2008.
105	بوطرفة صورية، **دور إدارة التغيير التنظيمي في التحول نحو إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصناعية الجزائرية – دراسة حالة شركة اسمنت تبسة (sct)**، رسالة ماجستير في إدارة المنظمات، الجزائر: جامعة المسيلة،2011.
106	بوعنان نور الدين، **جودة الخدمات وأثرها على رضا العملاء– دراسة ميدانية في المؤسسة المينائية لسكيكدة**، رسالة ماجستير في التسويق، الجزائر: جامعة المسيلة، 2007.
107	حبيبة قشي، **آليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية: دراسة حالة مصحة الرَّازي**

	للطب والجراحة – بسكرة، رسالة ماجستير في اقتصاد وتسيير المؤسسة، الجزائر: جامعة بسكرة، 2007.
108	خروبي بزارة عمر، **إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) – دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف**، رسالة ماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص: رسم السياسات العامة، جامعة الجزائر 3، 2011.
109	سالم العياشي، **الثقافة التنظيمية ومساهمتها في تحقيق الأداء المتميز لدى إطارات وزارة الشباب والرياضة– دراسة ميدانية على مستوى وزارة الشباب والرياضة (الإدارة المركزية) بالجزائر العاصمة**، رسالة ماجستير في الإدارة والتسيير الرياضي، الجزائر: جامعة المسيلة، 2014.
110	سعاد شايب، **الطبيب في القطاع الصحي العام بين أداء المهنة وظروف العمل: دراسة ميدانية للأطباء في مستشفى مصطفى باشا الجامعي بالجزائر العاصمة**، رسالة ماجستير في تنظيم وعمل، الجزائر: جامعة الجزائر، 2007.
111	شيكاوي سهام، **الثقافة التنظيمية وتأثيرها على أداء المنظمة**، رسالة ماجستير في تسيير المنظمات، الجزائر: جامعة أمحمد بوقرة بومرداس، 2007.
112	شتاتحة عائشة، **إحداث التغيير التنظيمي من خلال مدخل ثقافة المنظمة**، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال، الجزائر: جامعة الجزائر، 2007.
113	طلال عربي الدغمي، **مستوى جودة الخدمات في مستشفى قوى الأمن بمدينة الرياض**، رسالة ماجستير في العلوم الإدارية، السعودية: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 2009.
114	عبد الرزاق حميدي، **جودة الخدمات البنكية كمدخل لتحقيق رضا العملاء وزيادة القدرة التنافسية للبنوك– دراسة حالة بنك التنمية المحلية BDL**، رسالة ماجستير في الإدارة التسويقية، الجزائر: جامعة بومرداس، 2008.
115	عتيق عائشة، **جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية – دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية لولاية سعيدة**، رسالة ماجستير في التسويق الدولي، الجزائر: جامعة تلمسان، 2012.
116	علالي مليكة، **أهمية الجودة الشاملة ومواصفات الإيزو في تنافسية المؤسسة**، رسالة ماجستير في تسيير المؤسسات الصناعية، الجزائر: جامعة بسكرة، 2004.
117	كحيلة نبيلة، **تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية**، رسالة ماجستير في التسيير، تخصص تسيير الموارد البشرية، جامعة منتوري– قسنطينة، 2009.
118	محمد بن عبد العزيز العميرة، **علاقة الجودة الشاملة بالأداء الوظيفي في القطاع الصحي: من وجهة**

	نظر العاملين في مركز الأمير سلطان لمعالجة أمراض وجراحة القلب للقوات المسلحة بمدينة الرياض، رسالة ماجستير في العلوم الإدارية، السعودية: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، 2003.
119	محمد بوبقيرة، **دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمات الصحية– دراسة حالة المركز الإستشفائي الجامعي للبليدة**، رسالة ماجستير في التسويق، الجزائر: جامعة البليدة، 2006.
120	مداح لخضر، **تطبيق إدارة الجودة الشاملة لتحسين أداء مؤسسات التعليم العالي: دراسة حالة المركز الجامعي بالمدية**، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال والتسويق، الجزائر: جامعة المدية، 2008.
121	مرزوقي نوال، **معوقات حصول المؤسسات الصغيرة والمتوسطة الجزائرية على شهادة الإيزو 9000 و14000– دراسة ميدانية لبعض المؤسسات الصناعية**، رسالة ماجستير في اقتصاد وتسيير المؤسسات الصغيرة والمتوسطة، الجزائر: جامعة فرحات عباس – سطيف، 2010.
122	معارفي فريدة، **جودة الخدمات المصرفية وعلاقتها بتنافسية البنوك في ظل إدارة الجودة الشاملة – دراسة حالة القرض الشعبي الجزائري (وكالة باتنة)**، رسالة ماجستير في النقود والتمويل، 2008.
123	نادية خريف، **تأثير إدارة التغيير على جودة الخدمات بالمؤسسة الصحية: دراسة حالة مستشفى بشير بن ناصر–بسكرة**، رسالة ماجستير في اقتصاد وتسيير المؤسسة، الجزائر: جامعة بسكرة، 2008.
124	نصر الدين حمدي سعيد مدوخ، **معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الجامعات الفلسطينية بمحافظات غزة وسبل التغلب عليها**، رسالة ماجستير في الإدارة التربوية، فلسطين: الجامعة الإسلامية – غزة، 2008.
125	نصر الدين عيساوي، **مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية – دراسة حالة مستشفى حي البير بقسنطينة**، رسالة ماجستير في الاقتصاد المالي، الجزائر: جامعة قسنطينة، 2005.
126	نور الدين بوراس، **دور القيادة الإدارية في تنمية الثقافة التنظيمية لدى العاملين– دراسة ميدانية بالمركب المنجمي للفوسفات جبل العنق بئر العاتر تبسة**، رسالة ماجستير علم الاجتماع تنظيم وعمل، الجزائر: جامعة بسكرة، 2014.
127	هيفاء بنت فؤاد مختار، **دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمة الصحية: دراسة تطبيقية على اتجاهات المرضى ورؤساء الأقسام في مستشفى الملك فهد بمحافظة جدة**، رسالة ماجستير في إدارة الأعمال، السعودية: جامعة الملك عبد العزيز، 2003.
128	واله عائشة، **أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون مع دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية**، رسالة ماجستير في التسويق، الجزائر: جامعة الجزائر3، 2011.

4- المجلات العلمية.

129	أحمد بن عيشاوي، **إدارة الجودة الشاملة (TQM) في المؤسسات الخدمية**، مجلة الباحث، الجزائر: جامعة ورقلة، العدد (4)، 2006.
130	الهام يحياوي، ليلى بوحديد، **تقييم جودة الخدمات الصحية ومستوى رضا الزبائن عنها – دراسة ميدانية في المؤسسات الإستشفائية الخاصة بباتنة**، مجلة الباحث، الجزائر: جامعة ورقلة، العدد (14)، 2014.
131	أكرم يوسف النجداوي، شادي ارشد الصرايرة، **أثر رأس المال الفكري على إدارة الجودة الشاملة**، الجزائر: بسكرة: جامعة محمد خيضر: كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، العدد (12)، 2012.
132	بن عنتر عبد الرحمان، **إدارة الجودة الشاملة كتوجه تنافسي في المنظمات المعاصرة**، مجلة الباحث، الجزائر: جامعة ورقلة، العدد (6)، 2008.
133	بوفاس الشريف، **إدارة الجودة الشاملة وتنافسية المؤسسة الإقتصادية**، الجزائر: بسكرة: جامعة محمد خيضر: كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، العدد (15)، 2014.
134	ثائرة عدنان الماضي، فريد نصيرات، **أثر التمكين الإداري على تطبيق إدارة الجودة الشاملة في مستشفى الجامعة الأردنية – دراسة حالة**، المجلة الأردنية في إدارة الأعمال، الأردن، المجلد (7)، العدد (4)، 2011.
135	حوالف رحيمة، **ضرورة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات العامة الجزائرية**، مجلة علوم إنسانية، الجزائر: جامعة قسنطينة، العدد (42)، 2009.
136	سنوسي علي، **تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات في الجزائر: دراسة تطبيقية على المستشفيات العمومية**، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، الجزائر: جامعة الشلف، العدد (7)، 2010.
137	صالح عبد الرضا رشيد، إحسان دهش جلاب، **الأداء الجامعي المتميز على وفق معايير: Malcolm Baldrige– دراسة حالة في كلية الإدارة والاقتصاد بجامعة القادسية**، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، العراق: جامعة القادسية، المجلد (9)، العدد (3)، 2007.
138	عرابة الحاج، **ازدواجية السلطة في المستشفيات: المفهوم والإشكالية**، مجلة الباحث، الجزائر: جامعة ورقلة، العدد (7)، 2010.
139	علي سكر عبود وآخرون، **تقييم جودة الخدمات الصحية في مستشفى الديوانية التعليمي**، مجلة القادسية للعلوم الإدارية والاقتصادية، العراق: جامعة القادسية، المجلد (11)، العدد (3)، 2009.

5- الملتقيات والمؤتمرات العلمية.

140	إلهام يحياوي، مريم يحياوي، **دور استراتيجية التدريب المستمر في تحقيق الجودة الشاملة**، ورقة بحثية مقدمة إلى الملتقى العلمي الوطني حول: استراتيجيات التدريب في ظل إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحقيق الميزة التنافسية، الجزائر: جامعة سعيدة، 2009.
141	أكرم أحمد الطويل وآخرون، **إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية: دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى**، ورقة بحثية مقدمة إلى المؤتمر العلمي الثالث حول: إدارة منظمات الأعمال "التحديات العالمية المعاصرة"، الأردن: جامعة العلوم التطبيقية، 2009.
142	أياد فاضل محمد التميمي، **إدارة الجودة الشاملة وأثرها في الأداء الوظيفي للعاملين**، المؤتمر العلمي الثاني حول الجودة الشاملة في ظل إدارة المعرفة وتكنولوجيا المعلومات، الأردن، عمان: جامعة العلوم التطبيقية، كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية، يومي 26-27 أفريل 2006.
143	داني الكبير أمعاشو، فرحات عبد النور، **العلاقة (ممون/ عميل) استراتيجية جديدة لتطبيق الجودة في المؤسسة**، ورقة بحثية مقدمة إلى الملتقى العلمي الوطني حول: استراتيجيات التدريب في ظل إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحقيق الميزة التنافسية، الجزائر: جامعة سعيدة، 2009.
144	زيد حمزة، **الطب والصحة في نصف قرن**، ورقة بحثية مقدمة إلى المؤتمر العربي السادس حول: الأساليب الحديثة لإدارة المستشفيات، مصر، 2007.
145	سملالي يحضيه، **إدارة الجودة الشاملة مدخل لتطوير الميزة التنافسية للمؤسسة الاقتصادية**، ورقة بحثية مقدمة إلى الملتقى الوطني الأول حول: المؤسسة الاقتصادية الجزائرية وتحديات المناخ الاقتصادي الجديد، الجزائر: جامعة ورقلة، 2003.
146	عبد الحفيظ مقدم، **المؤثرات الثقافية على التسيير والتنمية**، ورقة بحثية مقدمة إلى الملتقى الدولي حول: الثقافة والتسيير، الجزائر: جامعة الجزائر، 1992.
147	عبد الهادي مختار، بن الحاج جلول ياسين، **تطبيق المواصفات الدولية إيزو 9000 أداة في تحقيق الميزة التنافسية للمؤسسات الاقتصادية**، ورقة بحثية مقدمة إلى الملتقى العلمي الوطني حول: استراتيجيات التدريب في ظل إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحقيق الميزة التنافسية، الجزائر: جامعة سعيدة، 2009.
148	عثمان فراج، **الثقافة وعملية التنشئة الاجتماعية في الوطن العربي**، ورقة بحثية مقدمة إلى الملتقى الدولي حول: الثقافة والتسيير، الجزائر: جامعة الجزائر، 1992.
149	عياش قويدر، **إدارة الجودة الشاملة كأسلوب لتحقيق تنافسية المؤسسات الصغيرة والمتوسطة**، ورقة بحثية مقدمة إلى: الملتقى الدولي حول متطلبات تأهيل المؤسسات الصغيرة والمتوسطة في الدول العربية،

	الجزائر: جامعة الشلف، 2006.
150	غربي ناصر صلاح الدين وآخرون، **فعالية نظام إدارة الجودة الشاملة ومعايير ال ISO 9000 في تعزيز القدرة التنافسية للمؤسسات**، ورقة بحثية مقدمة إلى الملتقى العلمي الوطني حول استراتيجيات التدريب في ظل إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحقيق الميزة التنافسية، الجزائر: جامعة سعيدة، 2009.
151	فاطمة الزهراء عبادي، **دور القيادة في تنفيذ برامج تدريب الموارد البشرية في إطار الجودة الشاملة**، ورقة بحثية مقدمة إلى الملتقى العلمي الوطني حول استراتيجيات التدريب في ظل إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحقيق الميزة التنافسية، الجزائر: جامعة سعيدة، 2009.

6- التقارير والمراسيم التنفيذية.

152	المرسوم التنفيذي رقم 81-242 المؤرخ في 06 ذي القعدة عام 1401 الموافق لـ 05 سبتمبر سنة 1981، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 36، 08 سبتمبر 1981.
153	المرسوم التنفيذي رقم 86-303 المؤرخ في 14 ربيع الثاني عام 1407 الموافق لـ 16 ديسمبر 1986، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 51، 17 ديسمبر 1986.
154	المرسوم التنفيذي رقم 97-467، المؤرخ في 02 شعبان عام 1418 الموافق لـ 02 ديسمبر سنة 1997، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 81، 10 ديسمبر 1997.
155	تقرير منظمة الصحة العالمية، **الصحة والتنمية المستدامة**، جنيف 2001.

ثانيا- المراجع باللغة الإنجليزية.

1- الكتب.

156	Ellen A.Benowitz, M Ed, **Principle of Management**, USA: Hungry Minds, 2001.
157	John S.Oakland, **Statistical process control**, 5th Ed, Jordan: Elsevier Science, 2003.
158	Michael W.newell, **Preparing for the project management- Professional (PMP) - Certification exam**, 3rd Ed, USA: Amacam, 2005**.**

2- الملتقيات والمؤتمرات العلمية.

159	Martin Mckee et autres, **Quality of Health Care Across Borders,** EHMA Annual Conference Barcelona 29th June-1st July, London: School of Hygienne and Tropical Medicine, 2005.

ثالثا– الكتب باللغة الفرنسية.

160	A.Belghiti ALAOUI, **Principes Généraux de Planification stratégique à L'hôpital**, Rabat, 2005.
161	Claude Vilcot, Hervet Leclet, **Indicateurs Qualité en Santé: Certification et Evaluation des Pratiques Professionnelles,** France, 2006.
162	Detrie Jean-Pierre, **Strategor: Politique générale de l'entreprise-stratégie- structure-decision identité**, 4ème Ed, France: dunod, 2005.
163	Fabienne ALVAREZ, **Le controle de Gestion en Milieu Hospitalier: Une Réponse à L'Emergence de Risque Organisationnels**, France: Université Paris Dauphine, 2002.
164	Guy DELANDE, **Introduction à l'Economie de la santé**, France: John LIBBEY, 1991.
165	Hervé Leteurtre et autres, **La qualité hospitalière**, 2ème Ed, France: Berger-Levraulte, 1999.
166	Jean Marie gogue, **Management de la qualité**, 2ème Ed, France: Economica, 1997.
167	Maurice thvenet, **la culture d'entréprise**, France: puf, 2003.
168	Willy A. sussland, **le manager.la qualité et les normes ISO : de l'ISO 9000 vers la Qualité total**, 1ére Ed, France: presses polytechniques et universitaires romandes, 1996.

رابعا– المراجع الالكترونية.

169	سمير عثمان الحارثي، **ماهية الجودة في الرعاية الصحية**، متاح على: {http://www.alsidad.com/play-6084.html}، أطلع عليه في (2011/03/26).
170	عبد الرزاق بشير دنقير، **دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين جودة الرعاية الصحية**، متاح على: {www.enginspection.com/DIN%20EN%20ISO%209001_files/PDF/20.pdf}، أطلع عليه في (2011/05/27).

الملاحق

قائمة بأسماء المحكمين الأكاديميين والمهنيين

المحكمين الأكاديميين من الأساتذة الجامعيين بالجامعات الجزائرية		
	الاسم الكامل للمحكم	مكان العمل
1	أ.د/ مكيد علي	جامعة الدكتور يحيى فارس – المدية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير.
2	د/ نجوى عبد الصمد	جامعة الحاج لخضر– باتنة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير.
3	د/ بوصوردي صليحة	جامعة الحاج لخضر– باتنة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير.
4	د/ مسعود طحطوح	جامعة الحاج لخضر– باتنة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير.
5	أ.د/ حامد نور الدين	جامعة محمد خيضر– بسكرة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير.
6	أ.د/ رحماني موسى	جامعة محمد خيضر– بسكرة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير.
7	د/ أقطي جوهرة	جامعة محمد خيضر– بسكرة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير.
8	د/ بن عودة مصطفى	جامعة زيان عاشور – الجلفة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير.

المحكمين المهنيين من العاملين في المستشفيات الجزائرية			
	الاسم	طبيعة الوظيفة	مكان العمل
9	جلولي رضا	مدير فرعي للموارد البشرية	المؤسسة العمومية الاستشفائية الدكتور سعدان
10	ابراهيم جابر	رئيس مكتب تسيير الموارد البشرية والمنازعات	المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة المدية

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

استبيـــان موجه للعامليـــن

الأخ الكريم، الأخت الكريمة:

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته، يسعدني ويشرفني أن أضع بين أيديكم هذا الاستبيان، الذي يهدف إلى تقييم معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي، وهو يشكل جزءا من دراسة ميدانية في إطار تحضير أطروحة الدكتوراه علوم، تخصص الاقتصاد التطبيقي في إدارة الأعمال والمالية.

ثقوا بأن المعلومات التي تدلون بها سيتم استعمالها فقط لمقاصد البحث العلمي، فنرجوا أن نجد التعاون من طرفكم، وأن تساهموا في إنجاز هذا البحث، الذي نسعى من خلاله إلى الخروج بنتائج لعلها تساهم في تحسين مستوى أداء مؤسسات هذا القطاع الحساس، وبما يؤثر إيجابا على صحة المجتمع عموما، لذا يرجى منك أخي (أختي) أن تضع علامة (×) أمام الاختيار المناسب. في الأخير أتمنى لكم كل التوفيق في هذه المهنة الشريفة التي تقومون بها.

تقبلوا منا كل التقدير والاحترام...، وجعلكم الله فخرا وذخرا للمجتمع الجزائري.

الطالب: العابد محمد

Drmohamedlabed72@yahoo.com

الجزء الأول: المعلومات الشخصية

1- النوع الاجتماعي.

☐ ذكر ☐ أنثى

2- العمر.

☐ 18 - 25 سنة ☐ 26 – 35 سنة ☐ 36 – 45 سنة

☐ 46 - 55 سنة ☐ أكثر من 55 سنة

3- المستوى التعليمي

☐ ثانوي ☐ جامعي ☐ ما بعد التدرج ☐ أخرى

4- طبيعة الوظيفة.

☐ طبيب عام ☐ طبيب مختص ☐ ممرض (شبه طبي)

☐ موظف إداري ☐ مسؤول إداري ☐ آخرون

5- سنوات الخبرة.

☐ 0 - 5 سنوات ☐ 6 - 10 سنوات ☐ 11 - 15 سنة

☐ 16 - 20 سنة ☐ أكثر من 20 سنة

الجزء الثاني: المحاور التي يتضمنها الاستبيان.

	محتوى العبارة	درجة الموافقة				
		غير موافق بشدة	غير موافق	موافق نوعا ما	موافق	موافق بشدة
1	الإدارة العليا لا تهتم ولا تدعم باستمرار تحسين جودة الخدمات الصحية.					
2	لا تسعى القيادة الإدارية إلى توفير الإمكانيات والموارد المناسبة لترقية الجودة.					
3	قلة الإجراءات التحفيزية المتخذة من قبل المسؤولين لتدعيم الجودة.					
4	الإدارة العليا لا تتبع الإجراءات العقابية لتحسين الجودة.					
5	الاعتقاد بعدم ضرورة التخطيط للتحسين المستمر لتحقيق الجودة.					
6	لا يقوم المستشفى بإدخال التحسينات على الأعمال المنجزة.					
7	التحسين المستمر لا يشمل مختلف العمليات والأنشطة بالمستشفى.					

8	المستشفى لا يخصص الموارد الكافية لتحقيق التحسين المستمر.					
9	تقديم خدمات ذات جودة عالية للمرضى أمر غير ضروري.					
10	لا يعتبر رضا المريض الهدف الأسمى لتوجهات المستشفى وكمقياس لنجاحه.					
11	قلة الاهتمام بشكاوى ومقترحات المرضى.					
12	لا يتم استطلاع آراء المرضى حول مستوى جودة الخدمات المقدمة لهم.					
13	لا تعتبر زملائك في العمل كزبائن ينبغي إرضائهم.					
14	الاعتقاد بأن العمل من خلال الفريق لا يزيد من حرص العامل لتحسين أدائه.					
15	غياب روح التعاون والعمل كفريق لحل المشاكل وتحسين الجودة.					
16	لا يتم تفويض بعض السلطات إليك بالمستشفى.					
17	المسؤولون لا يقومون بإشراك العاملين في اتخاذ القرارات التي لها علاقة بأعمالهم.					
18	المسؤولون لا يتقبلون الانتقادات ولا يستمعون إلى آراء واقتراحات مرؤوسيهم.					
19	عدم توفر التشجيع والتحفيز المعنوي الكافي لتحسين أداء العاملين.					
20	لا يتم مكافئة العاملين ماديا على الأداء الجيد.					
21	ليس هناك تشجيع وفرص متاحة للإبداع والتميز في العمل.					
22	الإدارة العليا لا تشجع ولا تستمع إلى آرائي وأفكاري لتحسين طريقة العمل.					
23	الاعتقاد بأن التعليم والتكوين لا يزيدان كثيرا من المهارات المتعلقة بالجودة.					
24	غياب الفرص والبرامج الكافية للتعليم والتكوين في مجال الجودة.					
25	لا يهتم العاملون بالتكوين وتنمية قدراتهم ومهاراتهم.					
26	إدارة المستشفى لا تخصص الموارد الكافية للتعليم والتكوين.					
27	ليس هناك أهمية كبيرة للاتصال ونقل المعلومات داخل المستشفى.					
28	لا يهتم المستشفى بالمعلومات المتدفقة من قبل المرضى.					
29	لا يهتم المستشفى بالمعلومات المتدفقة من قبل العاملين.					
30	لا يتم الاستناد على التحليل الجيد للمعلومات في عملية اتخاذ القرارات.					

معلومات تعريفية بالمؤسسة الصحية

1- اسم المؤسسة: المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي - قالمة

2- سنة أول نشاط: 1985

3- حجم المؤسسة (عدد العمال): 794

4- حجم المؤسسة (عدد الأسرة): 380 (سرير منظم) 306 (سرير تقني)

5- هل سبق أن طبقت المؤسسة منهج إدارة الجودة الشاملة (TQM): لا

6- طبيعة الوظيفة للمستجوب:

مدير المؤسسة	☐	مدير مصلحة	☐
مدير فرعي	☒	رئيس قسم	☐
إداري	☐	أخرى	☐

الإمضـــاء



معلومات تعريفية بالمؤسسة الصحية

1- اسم المؤسسة: المركز الاستشفائي الجامعي باتنة

2- سنة أول نشاط: 1979

3- حجم المؤسسة (عدد العمال): 2000

4- حجم المؤسسة (عدد الأسرة): 540

5- هل سبق أن طبقت المؤسسة منهج إدارة الجودة الشاملة (TQM): لا

6- طبيعة الوظيفة للمستجوب:

☐	مدير المؤسسة	☐	مدير مصلحة
☑	مدير فرعي	☐	رئيس قسم
☐	إداري	☐	أخرى

الإمضـــاء

المركز الاستشفائي الجامعي باتنة
زليخة رحماني
مديرة الموارد البشرية

معلومات تعريفية بالمؤسسة الصحية

1- اسم المؤسسة: المؤسسة العمومية الاستشفائية - بمديرية ناصر - بسكرة -

2- سنة أول نشاط: 1986 أفريل 13

3- حجم المؤسسة (عدد العمال): 690

4- حجم المؤسسة (عدد الأسرة): 360 سرير منظم (456 سرير نظري)

5- هل سبق أن طبقت المؤسسة منهج إدارة الجودة الشاملة (TQM): لا

6- طبيعة الوظيفة للمستجوب:

مدير المؤسسة	☐	مدير مصلحة	☐
مدير فرعي	☒	رئيس قسم	☐
إداري	☐	أخرى	☐

2016/12/27

الإمضاء

معلومات تعريفية بالمؤسسة الصحية

1- اسم المؤسسة:.....المؤسسة العمومية الاستشفائية الدكتور سعدان بسكرة.....

2- سنة أول نشاط:.....سنة 1895.....

3- حجم المؤسسة (عدد العمال):.....509.....

4- حجم المؤسسة (عدد الأسرة):.....204.....

5- هل سبق أن طبقت المؤسسة منهج إدارة الجودة الشاملة (TQM):.....لا.....

6- طبيعة الوظيفة للمستجوب: مدير المؤسسة ☐ مدير مصلحة ☐

مدير فرعي ☒ رئيس قسم ☐

إداري ☐ أخرى ☐

الإمضـــاء

المديرية الفرعية للموارد البشرية ①

المدير الفرعي للموارد البشرية

جلولي رضا

2016/12/28

معلومات تعريفية بالمؤسسة الصحية

1- اسم المؤسسة:.....المؤسسة العمومية الاستشفائية طولقة ولاية بسكرة.....

2- سنة أول نشاط:.....1981.....

3- حجم المؤسسة (عدد العمال):.....560.....

4- حجم المؤسسة (عدد الأسرة):.....120.....

5- هل سبق أن طبقت المؤسسة منهج إدارة الجودة الشاملة (TQM):.....لا.....

6- طبيعة الوظيفة للمستجوب:

مدير المؤسسة	☐	مدير مصلحة	☐
مدير فرعي	☒	رئيس قسم	☐
إداري	☐	أخرى	☐

الإمضـــاء



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

République Algérienne Démocratique et Populaire

-Ministère de l'enseignement supérieure et de la recherche scientifique
-Université Docteur Yahia Farès de Médéa
-Faculté des sciences économiques et des sciences Commerciales et des sciences de gestion
-N :.....

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة الدكتور يحي فارس بالمدية
كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير
الرقم: 642/ك.ع.ا.ع.ت.ع.ت/2016
نيابة ما بعد التدرج والبحث العلمي
والعلاقات الخارجية
المدية في: 06/ديسمبر/2016

الى السيد مدير المؤسسة : ..المركز الاستشفائي
الجامعي - باتنة

الموضوع : السماح للطلبة بإجراء تربص تطبيقي

سيادة المدير , في إطار التنسيق والتعاون بين الجامعة والمؤسسات الإقتصادية , وبهدف الرفع من المستوى العلمي للطالب وتوطيد التكامل بين الجانب النظري والتطبيقي .

فإننا نرجو من سيادتكم السماح للطلبة الآتية أسماءهم بإجراء التربص التطبيقي في مؤسستكم .

الرقم الألي	الإسم واللقب	تاريخ الميلاد	مكان الميلاد
Dac1951121	محمد العابد	1987/07/06	بوسعادة_المسيلة

المسجلين بالسنة : ..الثانية دكتوراه.... تخصص..علوم التسيير.....

تقبلوا منا سيادة المدير أسمى عبارات الاحترام والتقدير .

نائب العميد

نائب العميد لما بعد التدرج والبحث العلمي
والعلاقات الخارجية
د / أحمد غربي

مدير المؤسسة المستقبلة

العنوان: كلية العلوم الإقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير جامعة د. يحي فارس بالمدية، القطب الجامعي ، المدية 26000
الهاتف: 025.61.17.28 - الفاكس: 025.58.13.18

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة الصحة والسكان وصلاح المستشفيات

المركز ألاستشفائي الجامعي "بن فليس التهامي " - باتنـــــة-

مديرية النشاطات الطبية والشبه الطبية

مكتب متابعة المتربصين /الرقم/.558/2016 /م.ن.ط.ش.ط

تـــــرخيـــص

يرخص مـديـــر النشاطات الطبية والشبه طبية :

للطالب: -محمد العابد

بصفته ، طالب دكتوراه إختصاص: علوم التسيير بكلية العلوم الإقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير بجامعة الدكتور يحي فارس بالمدية .

وذالك قصد توزيع إستمارة الإستبيان ، لأثراء البحث العلمي في إطار تحضير أطروحة الدكتوراء علوم .

المصلحة المقصودة : الإستعجالات الطبية و الجراحية

باتنة في : 2016/12/27

مدير النشاطات الطبية والشبه الطبية



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

République Algérienne Démocratique et Populaire

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة الدكتور يحي فارس بالمدية
كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير
الرقم: 640 /ك.ع.ا.ع.ت.ع.ت/2016
نيابة ما بعد التدرج والبحث العلمي
والعلاقات الخارجية
المدية في: 06 ديسمبر 2016

-Ministère de l'enseignement supérieure et de la recherche scientifique
-Université Docteur Yahia Farès de Médéa
-Faculté des sciences économiques et des sciences Commerciales et des sciences de gestion
-N :.....

المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر بسكرة
البريد الوارد
رقم: 3355/2016
تاريخ: 20 ديسمبر 2016

الى السيد مدير المؤسسة : ..... العمومية الاستشفائية
بشير بن ناصر - بسكرة

الموضوع : السماح للطلبة بإجراء تربص تطبيقي

سيادة المدير , في إطار التنسيق والتعاون بين الجامعة والمؤسسات الإقتصادية , وبهدف الرفع من المستوى العلمي للطالب وتوطيد التكامل بين الجانب النظري والتطبيقي .

فإننا نرجو من سيادتكم السماح للطلبة الآتية أسماءهم بإجراء التربص التطبيقي في مؤسستكم .

الرقم الألي	الإسم واللقب	تاريخ الميلاد	مكان الميلاد
Doc/GS1012/14/M	محمد العابد	1992/07/06	بوسعادة - بسكرة

المسجلين بالسنة : ..... الخامسة دكتوراه ..... تخصص ..... علوم التسيير .....

تقبلوا منا سيادة المدير أسمى عبارات الاحترام والتقدير .

نائب العميد

نائب العميد لما بعد التدرج والبحث العلمي
والعلاقات الخارجية
د / أحمد غريسي

مدير المؤسسة المستقبلة

العنوان: كلية العلوم الإقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير جامعة د. يحي فارس بالمدية، القطب الجامعي ، المدية . 26000
الهاتف: 025.61.17.28 - الفاكس: 025.58.13.18

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات
مديرية الصحة و السكان لولاية بسكرة

المؤسسة العمومية الاستشفائية
بشير بن ناصر بسكرة
نيابة مديرية المصالح الصحية
الرقم :.../.831 2016

تعيين تربص

السيد (ة) : محمد العابد

التخصص :سنة خامسة دكتوراه علوم تسيير

على مستوى: المصالح الصحية

ابتداءا من:2016/12/22 إلى 2017/01/05

بسكرة في:

نائب مدير مكلف بالمصالح الصحية

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

République Algérienne Démocratique et Populaire

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة الدكتور يحي فارس بالمدية
كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير
الرقم: 642/ك.ع.ا.ع.ت.ع.ت/2016
نيابة ما بعد التدرج والبحث العلمي
والعلاقات الخارجية
المدية في: 06 ديسمبر 2016

-Ministère de l'enseignement supérieure et de la recherche scientifique
-Université Docteur Yahia Farès de Médéa
-Faculté des sciences économiques et des sciences Commerciales et des sciences de gestion
-N :.....

المؤسسة العمومية الاستشفائية
الدكتور سعدان بسكرة
البريد الصادر
رقم: 2034
2016 ديسمبر 18

الى السيد مدير المؤسسة : ...مستشفى
الحاكم سعدان - بسكرة

الموضوع : السماح للطلبة بإجراء تربص تطبيقي

سيادة المدير , في إطار التنسيق والتعاون بين الجامعة والمؤسسات الإقتصادية , وبهدف الرفع من المستوى العلمي للطالب وتوطيد التكامل بين الجانب النظري والتطبيقي .

فإننا نرجو من سيادتكم السماح للطلبة الآتية أسماءهم بإجراء التربص التطبيقي في مؤسستكم .

الرقم الألي	الإسم واللقب	تاريخ الميلاد	مكان الميلاد
Doc/gs/01/21/M	محمد العابد	1982/07/06	بوسكرة بسكرة
/	/	/	/
/	/	/	/

المسجلين بالسنة : ..الطاهرة..دكتوراه..... تخصص..علوم التسيير.....

تقبلوا منا سيادة المدير أسمى عبارات الاحترام والتقدير .

نائب العميد

نائب العميد لما بعد التدرج والبحث العلمي
والعلاقات الخارجية
د / أحمد غريبي

مدير المؤسسة المستقبلة

سوالمي عقبة

العنوان: كلية العلوم الإقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير جامعة د. يحي فارس بالمدية، القطب الجامعي ، المدية . 26000
الهاتف: 025.61.17.28 - الفاكس: 025.58.13.18

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

République Algérienne Démocratique et Populaire

وزارة التعليـم العالي و البحـــث العلمـي
جـامعـة الدكتـــور يحـــي فارس بالمديـــة
كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير
الرقم: 643 /ك.ع.ا.ع.ت.ع.ت/2016
نيابة ما بعد التدرج والبحث العلمي
والعلاقات الخارجية
المديـــة في: 06 ماي 2016

-Ministère de l'enseignement supérieure et de la recherche scientifique
-Université Docteur Yahia Farès de Médéa
-Faculté des sciences économiques et des sciences Commerciales et des sciences de gestion
-N :.....

الى السيد مدير المؤسسة : ..الجوار ببسترة
المستشفى عفي - قالمة

الموضوع : السـماح للطلبـة بإجـراء تربص تطبيقي

سيادة المدير , في إطار التنسيق والتعاون بين الجامعة والمؤسسات الإقتصادية , وبهدف الرفع من المستوى العلمي للطالب وتوطيد التكامل بين الجانب النظري والتطبيقي .

فإننا نرجو من سيادتكم السماح للطلبة الآتية أسماءهم بإجراء التربص التطبيقي في مؤسستكم .

الرقم الألي	الإسم واللقب	تاريخ الميلاد	مكان الميلاد
Doctorat/01/02/14	محمد العابد	1982/07/06	بوشقرون - سيدي
/	/	/	/
/	/	/	/

المسجلين بالسنة : الجامعية دكتوراه ..... تخصص...علوم التسيير.....

تقبلوا منا سيادة المدير أسمى عبارات الاحترام والتقدير .

نائـــب العميد

نائب العميد لما بعد التدرج والبحث العلمي
والعلاقات الخارجية
د / أحمد عربي

مدير المؤسسة المستقبلة

العنوان: كلية العلوم الإقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير جامعة د. يحي فارس بالمدية، القطب الجامعي ، المدية . 26000
الهـــاتف: 025.61.17.28 - الفاكس: 025.58.13.18

Formules

I Durée Moyenne de Séjour :

$$D.M.S = \frac{\text{N.J.H (Nbr. de Journées d'hospitalisation)}}{\text{Malades Admis}}$$

II Taux d'Occupation Moyen :

$$T.O.M = \frac{\text{N.J.H X 100}}{\text{Nbr. de Lits X (Mois ou Tr. ou St. ou Année 365 j)}}$$

Formules

III Coefficient de Rotation:

$$C.R = \frac{\text{Malades Admis}}{\text{Nbr. de Lits}}$$

IV Taux de Mortalité:

$$T.M = \frac{\text{Nbr. de décès X 1000}}{\text{Malades Admis}}$$

Formule Hémodialyse

Nombres de Séances de Dialyse par Année =

Nombre de Malades X 3 X 52(Semaines)

ـ مقرر مؤرخ فى 24 شوال عام 1393 الموافق 20 نوفمبر سنة 1973 يتضمن تحديد عدد السيارات التابعة لـوزارة الشبيبة والرياضة. 6

وزارة البريد والمواصلات

ـ قرار وزارى مشترك مؤرخ فى 9 شوال عام 1393 الموافق 5 نوفمبر سنة 1973 يتضمن تنظيم وفتح مسابقة داخلية لتعيين مراقبين فى فرع التحويل والارسال. 6

قرارات الولاة

ـ قرار مؤرخ فى اول ربيع الثانى عام 1393 الموافق 4 مايو سنة 1973 صادر عن والى سعيدة يتضمن تعديل المادة الاولى من القرار المؤرخ فى 20 فبراير سنة 1973 والمتضمن منح بلدية سعيدة قطعة ارض مساحتها 117.480 مترا مربعا تابعة للقطاع المسير ذاتيا الامير عبد القادر لاتخاذها اساسا لبناء محطة لتصفية المياه. 8

ـ قرار مؤرخ فى 4 ربيع الثانى عام 1393 الموافق 7 مايو سنة 1973 صادر عن والى قسنطينة يتضمن منح قطعة ارض لبلدية سوق النعمان قصد استعمالها اساسا لبناء اربعة مساكن مساحتها 466,32 م2 تابعة للقطعة الريفية رقم 13 «بى». 8

اعلانات وبلاغات

ـ اعلان رقم 77 مؤرخ فى 2 ذى القعدة عام 1393 الموافق 27 نوفمبر سنة 1973 صادر عن وزير المالية يتضمن تحديد اجراءات وكيفيات تحويل الاموال برسم العقود التى تبرمها الدولة والجماعات المحلية والمؤسسات العمومية ذات الطابع الادارى طبقا لاحكام قانون الصفقات العمومية. 9

قوانين وأوامر

امر رقم 73 ـ 65 مؤرخ فى 3 ذى الحجة عام 1393 الموافق 28 ديسمبر سنة 1973 يتضمن تأسيس الطب المجانى فى القطاعات الصحية

باسم الشعب

ان رئيس مجلس الثورة ورئيس الحكومة ورئيس مجلس الوزراء،

ـ بناء على تقرير وزير الصحة العمومية،

ـ وبمقتضى الامرين رقم 65 ـ 182 ورقم 70 ـ 53 المؤرخين فى 11 ربيع الاول عام 1385 الموافق 10 يوليو سنة 1965 و 18 جمادى الاولى عام 1390 الموافق 21 يوليو سنة 1970 والمتضمنين تأسيس الحكومة ،

ـ وبما أن الجزائر قد شرعت منذ الاستقلال بتطوير تنميتها لتحقيق ترقية الانسان، وقد واكب هذا التطوير تطبيق سياسة تنمية نشأت جذورها من المبادىء الاشتراكية التى اختارها بلدنا بشكل لارجعة فيه،

ـ وبما أن النتائج المسجلة بصفة خاصة لهذا اليوم، فى جميع الميادين كانت حاسمة، وذلك منذ التصحيح الثورى لـ 19 يونيو سنة 1965 الذى اتخذ كهدف لبناء مجتمع اشتراكى يسعى لايجاد عدالة اشتراكية كاملة،

ـ ولتحقيق ذلك، فان تطبيق الثورة الصناعية والثورة الزراعية وكذلك الثورة الثقافية، قد اتاح تدعيم استقلالنا الاقتصادى وتهييء الرقى الاجتماعى،

ـ وحيث ان التحولات الايجابية قد سجلت فى جميع الميادين ولاسيما فى قطاع الصحة العمومية، وأصبح التمتع بالصحة والرفاهية من الحقوق التى أخذت تتجسم بصفة زائدة لفائدة جميع المواطنين،

ـ وبما أن هذا الشاغل قد اصبح ملموسا، بفضل سلسلة من النشاطات فى ميدان الجهاز الاساسى الاستشفائى والتكوين الكثيف للمستخدمين الطبيين وشبه الطبيين والهيكلة المنجزة على مستوى القطاعات الصحية، وأخيرا بفضل مكافحة الكوارث الاجتماعية،

ـ وبما أن الحق فى التمتع بالصحة والرفاهية يصبح كذلك اكثر فعالية مع تطبيق مجانية العلاجات لفائدة جميع المواطنين، وانه لا بد من ادراكه عن طريق مجانية جميع الخدمات الطبية المؤداة فى المصالح العمومية للعلاجات والاستشفاء،

ـ وبما أنه ينبغى تجسيم هذا التوجيه السياسى على الصعيد القانونى الذى يتيح الانجاز التطبيقى للترقية الاشتراكية والذى

يكون المنطلق لدينامكية كافة العناصر المكونة للهيكل الصحى فى هذا البلد،

ـ وبما أن هذا التدبير الذى يعبر عن رغبة السلطة الثورية فى ان تنتفع الجماهير الشعبية من نتائج سياسة التنمية الاشتراكية، يلبى ما يصبو اليه شعبنا من ترقية وعدالة اجتماعية،

ـ وبعد استطلاع رأى مجلس الثورة ومجلس الوزراء،

يأمر بما يلى :

المادة الاولى : ان اعمال الصحة العمومية واشغال التشخيص ومعالجة المرضى وقبولهم فى المستشفيات، تكون مجانية فى جميع القطاعات الصحية.

المادة 2 : تمول الدولة والهيئات العمومية التابعة لها الميزانيات المستعملة للقطاعات الصحية.

المادة 3 : تحدد الميزانيات المستقلة للقطاعات الصحية بموجب مرسوم.

المادة 4 : تلغى جميع الاحكام المخالفة لهذا الامر.

المادة 5 : ينشر هذا الامر فى الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.

وحرر بالجزائر فى 3 ذى الحجة عام 1393 الموافق 28 ديسمبر سنة 1973.

هوارى بومدين

مراسيم، قرارات، مقررات

وزارة الدفاع الوطنى

قرار وزارى مشترك مؤرخ فى 2 ذى القعدة عام 1393 الموافق 27 نوفمبر سنة 1973 يتضمن الحاق قاض

بموجب قرار وزارى مشترك مؤرخ فى 2 ذى القعدة عام 1393 الموافق 27 نوفمبر سنة 1973، يلحق السيد محى الدين بن عيسى، المستشار بالمجلس القضائى لوهران، بوزارة الدفاع الوطنى لفترة خامسة قدرها سنة ابتداء من 15 ديسمبر سنة 1973.

وتقوم وزارة الدفاع الوطنى باقتطاع الاقساط والمساهمات الواجب أداؤها، وتدفعها مباشرة للصندوق الجزائرى للتعاون والوقاية الاجتماعية للموظفين الجزائريين والصندوق الجزائرى العام للتقاعد.

كما تتولى وزارة الدفاع الوطنى دفع المساهمة المتعلقة باثبات الخدمات التى قام بها المعنى بالامر خلال مدة الحاقه بالادارة المركزية.

وتسوى وضعية المعنى بالامر بمفعول رجعى طبقا للاحكام السابقة الذكر.

وزارة الداخلية

قرار مؤرخ فى 8 ذى القعدة عام 1393 الموافق 3 ديسمبر سنة 1973 يتضمن تحديد نسبة الاقتطاع من ايرادات التسيير لميزانية الولاية

ان وزير الداخلية،

ـ بمقتضى الامر رقم 69 ـ 38 المؤرخ فى 7 ربيع الاول عام 1389 الموافق 23 مايو سنة 1969 والمتضمن قانون الولاية ولا سيما المادة 100 منه،

ـ وبمقتضى المرسوم رقم 70 ـ 154 المؤرخ فى 22 شعبان عام 1390 الموافق 22 اكتوبر سنة 1970 والمتضمن تحديد قائمة مصاريف الولايات وايراداتها،

ـ وبمقتضى المرسوم رقم 70 ـ 156 المؤرخ فى 22 شعبان عام 1390 الموافق 22 اكتوبر سنة 1970 والمتعلق بالاقتطاع من ايرادات التسيير ولا سيما المادة الاولى منه،

ـ وبمقتضى المرسوم رقم 73 ـ 134 المؤرخ فى 10 رجب عام 1393 الموافق 9 غشت سنة 1973 والمتضمن تطبيق المادة 27 من الامر رقم 72 ـ 68 المؤرخ فى 23 ذى القعدة عام 1392 الموافق 29 ديسمبر سنة 1972 والمتضمن قانون المالية لسنة 1973 واحداث مصلحة الاموال المشتركة للجماعات المحلية،

وزارة الصحة

مرسوم رقم 81 ـ 242 مؤرخ فى 6 ذى القعدة عام 1401 الموافق 5 سبتمبر سنة 1981 يتضمن انشاء القطاعات الصحية وتنظيمها.

ان رئيس الجمهورية ،

ـ بناء على تقرير وزير الصحة ،

ـ وبناء على الدستور، لا سيما المادتان 111 ـ 10 و 152 منه ،

ـ وبمقتضى الامر رقم 73 ـ 65 المؤرخ فى 3 ذى الحجة عام 1393 الموافق 28 ديسمبر سنة 1973 والمتضمن تأسيس الطب المجانى فى القطاعات الصحية ،

ـ وبمقتضى الامر رقم 76 ـ 79 المؤرخ فى 29 شوال عام 1396 الموافق 23 أكتوبر سنة 1976 والمتضمن قانون الصحة العمومية ،

ـ وبمقتضى المرسوم رقم 65 ـ 259 المؤرخ فى 18 جمادى الثانية عام 1385 الموافق 14 أكتوبر سنة 1965 والمتضمن تحديد التزامات المحاسبين ومسؤولياتهم ،

ـ وبمقتضى المرسوم رقم 65 ـ 260 المؤرخ فى 18 جمادى الثانية عام 1385 الموافق 14 أكتوبر سنة 1965 والمتضمن شروط تعيين المحاسبين العموميين ،

يرسم مايلى :

الباب الاول
أحكام عامة

المادة الاولى : يخضع انتقاليا لاحكام هذا المرسوم للقطاع الصحى، المذكور فى المادة 2 أدناه فى انتظار تطبيق التسيير الاشتراكى للمؤسسات المنصوص عليه فى المادة 9 من الامر رقم 76 ـ 79 المؤرخ فى 23 أكتوبر سنة 1976 والمتضمن قانون الصحة العمومية.

المادة 2 : تحول الى مؤسسة عمومية ذات طابع ادارى، تسمى «القطاع الصحى»، مجموع هياكل الوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء واعادة تقويم الاعضاء طبيا، الواقعة فى الدائرة الواحدة، والمعدة مستشفيات وعيادات متعددة الاختصاصات، والمراكز الصحية وقاعات الفحص والعلاج وعيادات التوليد ومراكز المراقبة الصحية على الحدود، وكل هيكل صحى عمومى تابع لوزارة الصحة.

وتستثنى من ذلك، الهياكل الصحية التابعة للضمان الاجتماعى والهياكل الصحية التابعة للمؤسسات الوطنية والمحلية والتعاضديات والمصالح والمؤسسات الاخرى غير التابعة لوزارة الصحة.

ولاجل تكييف الوسائل مع الاحتياجات الصحية، يمكن انشاء أكثر من قطاع صحى واحد فى الدائرة الواحدة.

المادة 3 : خلافا لاحكام المادة 2 أعلاه، يمكن أن تحول الى مؤسسات عمومية ذات طابع ادارى، المستشفيات التى ألحق بها سكان عدة دوائر أو ولايات، وتكون متخصصة فى علاج مرض معين أو عدة أمراض تتعلق بمجموعة أعمار معينة، كطب الاطفال، مرض الشيخوخة، الامراض العقلية، الامراض القبلية، والاصابات الخطيرة بالحروق.

المادة 4 : يتمتع القطاع الصحى بالشخصية المدنية والاستقلال المالى.

ويكون مقره فى أهم هياكله.

ويوضع تحت وصاية الوالى.

المادة 5 : تعد القطاعات الصحية المدرجة فى الملحق المرفق بهذا المرسوم منشأة.

وكل انشاء جديد لقطاع صحى أو الغاء له، يصدر بمرسوم.

لا تخالف الاحكام القانونية والتنظيمية الجارى بها العمل التى تتعلق بالهياكل الاستشفائية والجامعية.

المادة 4 : يكون للمركز الاستشفائي فى مدينة تيزى وزو من المديريتين التاليتين هما :

ـ مديرية الادارة العامة والتجهيزات والهياكل القاعدية،

ـ مديرية الاعمال التربوية والطبية.

واختصاصات هاتين المديريتين هى الاختصاصات نفسها المنصوص عليها فى المواد 31، 32 و 33 من المرسوم المذكور أعلاه.

المادة 5 : تشتمل مديرية الادارة العامة والتجهيزات والهياكل القاعدية على أربع (4) مديريات فرعية هى :

1) المديرية الفرعية للموظفين، وتضم المكتبين الآتيين :

أ ـ مكتب الموظفين الطبيين،

ب ـ مكتب الموظفين شبه الطبيين.

2) المديرية الفرعية للمصالح الاقتصادية، وتضم المكتبين الآتيين :

أ ـ مكتب التموين،

ب مكتب الاطعام والايواء.

3) المديرية الفرعية للميزانية والمحاسبة، وتضم المكتبين الآتيين :

أ ـ مكتب الميزانية،

ب ـ مكتب المحاسبة.

4) المديرية الفرعية للهياكل القاعدية والتجهيزات، وتضم المكاتب الثلاث الآتية :

أ ـ مكتب الهياكل القاعدية،

ب ـ مكتب التجهيزات،

ج ـ مكتب الصيانة والمحافظة.

المادة 6 : تشتمل مديرية الاعمال التربوية والطبية على مديريتين فرعيتين هما :

1) المديرية الفرعية للاعمال التربوية وتضم المكتبين الآتيين هما :

أ ـ مكتب التكوين،

ب ـ مكتب البرمجة والمتابعة.

2) المديرية الفرعية للاعمال الطبية، وتضم المكتبين الآتيين :

أ ـ مكتب علم الاوبئة والوقاية،

ب ـ مكتب الاستعجالات والحراسة.

المادة 7 : ينشر هذا المرسوم فى الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.

حرر بالجزائر فى 14 ربيع الثانى عام 1407 الموافق 16 ديسمبر سنة 1986.

الشاذلى بن جديد

مرسوم رقم 86 ـ 303 مؤرخ فى 14 ربيع الثانى عام 1407 الموافق 16 ديسمبر سنة 1986 يتضمن انشاء المركز الاستشفائى الجامعى فى مدينة باتنة.

ان رئيس الجمهورية،

ـ بناء على التقرير المشترك بين وزير الصحة العمومية ووزير التعليم العالى،

ـ وبناء على الدستور، لاسيما المادتان 111 ـ 10 و 152 منه،

ـ وبمقتضى المرسوم رقم 86 ـ 25 المؤرخ فى 2 جمادى الثانية عام 1406 الموافق 11 فبراير سنة 1986، المعدل والمتضمن القانون الاساسى النموذجى للمراكز الاستشفائية الجامعية،

يرسم ما يلى :

المادة الاولى : ينشأ مركز استشفائى جامعى يسمى المركز الاستشفائى الجامعى فى مدينة باتنة ويخضع لاحكام المرسوم رقم 86 ـ 25 المؤرخ فى 11 فبراير سنة 1986 المعدل، وأحكام هذا المرسوم.

المادة 2 : يكـون مقر المركـز الاستشفائي الجامعي لمدينة باتنة في مستشفى باتنة ـ باتنة.

المادة 3 : يتكون المركز الاستشفائي الجامعي بمدينة باتنة من هيكل العلاج والتكوين والبحث في العلوم الطبية الآتي :

ـ مستشفى باتنة.

المادة 4 : يتكون المركز الاستشفائي الجامعي في مدينة باتنة من المديريتين التاليتين هما :

ـ مديـريـة الادارة العامـة والتجهيـزات والهياكل القاعدية،

ـ مديرية الاعمال التربوية والطبية.

واختصاصـات هـاتين المـديريتيـن هـي الاختصاصات نفسها المنصوص عليها في المواد 31، 32 و 33 من المرسوم المذكور أعلاه.

المادة 5 : تشتمـل مديرية الادارة العامـة والتجهيزات والهياكل القاعدية عـلى أربـع (4) مديريات فرعية هي :

1) المديرية الفرعيـة للموظفين، وتضـم المكتبين الآتيين :

أ ـ مكتب الموظفين الطبيين،

ب ـ مكتب الموظفين شبه الطبيين.

2) المديرية الفرعية للمصالح الاقتصادية، وتضم المكتبين الآتيين :

أ ـ مكتب التموين،

ب مكتب الاطعام والايواء.

3) المديرية الفرعية للميزانية والمحاسبة، وتضم المكتبين الآتيين :

أ ـ مكتب الميزانية،

ب ـ مكتب المحاسبة.

4) المديريـة الفرعية للهياكـل القاعديـة والتجهيزات، وتضم المكاتب الثلاث الآتية :

أ ـ مكتب الهياكل القاعدية،

ب ـ مكتب التجهيزات،

ج ـ مكتب الصيانة والمحافظة.

المادة 6 : تشتمل مديرية الاعمال التربوية والطبية على مديريتين فرعيتين هما :

1) المديرية الفرعية للاعمال التربوية وتضم المكتبين الآتيين :

أ ـ مكتب التكوين،

ب ـ مكتب البرمجة والمتابعة.

2) المديرية الفرعية للاعمال الطبية، وتضم المكتبين الآتيين :

أ ـ مكتب علم الاوبئة والوقاية،

ب ـ مكتب الاستعجالات والحراسة.

المادة 7 : ينشر هـذا المرسوم في الجريدة الرسمية للجمهوريـة الجزائريـة الديمقراطيـة الشعبية.

حرر بالجزائر في 14 ربيع الثاني عام 1407 الموافق 16 ديسمبر سنة 1986.

الشاذلي بن جديد

مرسوم رقم 86 ـ 304 مؤرخ في 14 ربيع الثـاني عـام 1407 الموافـق 16 ديسمبر سنـة 1986 يتضمن انشاء المركز الاستشفائي الجامعي في مدينة سطيف.

ان رئيس الجمهورية،

ـ بناء عـلى التقرير المشترك بيـن وزيـر الصحة العمومية ووزير التعليم العالي،

ـ وبناء على الدستـور، لاسيمـا المـادتان 111 ـ 10 و 152 منه،

ـ وبمقتضى المرسوم رقم 86 ـ 85 المؤرخ في 2 جمادى الثانية عام 1406 الموافق 11 فبراير سنـة 1986، المعدل والمتضمن القانون الاساسي النمـوذجي للمراكـز الاستشفائيـة الجامعيـة،

قائمة المؤسّسات الاستشفائيّة المتخصّصة (تابع)

الاختصاص	التّسمية	الموقع	الولاية
إعادة تربية الأعضاء والتّكييف الوظيفيّ	- مستشفى إعادة التّربية والتّكييف الوظيفيّ	بوحنيفية	معسكر
	- مستشفى إعادة التّربية والتّكييف الوظيفيّ	تقصراين	الجزائر
	- مستشفى إعادة التّربية والتّكييف الوظيفيّ	الشاطيء الأزرق (سطاوالي)	الجزائر
	- مستشفى إعادة التّربية والتّكييف الوظيفيّ	سرايدي	عنّابة
	- مستشفى إعادة التّربية والتّكييف الوظيفيّ	رأس الماء	سطيف
طبّ العيون	- عيادة طبّ العيون بوهران	وهران	وهران
طبّ النّساء والتّوليد طبّ الأطفال جراحة الأطفال	المؤسّسة الاستشفائيّة المتخصّصة سيدي مبروك	سيدي مبروك	قسنطينة

مرسوم تنفيذيّ رقم 97 – 466 مؤرّخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق 2 ديسمبر سنة 1997، يحدّد قواعد إنشاء القطاعات الصّحّيّة وتنظيمها وسيرها.

إنّ رئيس الحكومة،

– بناء على الدّستور، لا سيّما المادّتان 85 – 4 و 125 (الفقرة 2) منه،

– وبمقتضى القانون رقم 85 – 05 المؤرّخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق 16 فبراير سنة 1985 والمتعلّق بحماية الصّحّة وترقيتها، المعدّل والمتمّم،

– وبمقتضى القانون رقم 88 – 01 المؤرّخ في 22 جمادى الأولى عام 1408 الموافق 12 يناير سنة 1988 والمتضمّن القانون التّوجيهيّ للمؤسّسات العموميّة الاقتصاديّة، المعدّل، لا سيّما المادّة 43 منه،

– وبمقتضى القانون رقم 90 – 08 المؤرّخ في 12 رمضان عام 1410 الموافق 7 أبريل سنة 1990 والمتعلّق بالبلديّة،

– وبمقتضى القانون رقم 90 – 09 المؤرّخ في 12 رمضان عام 1410 الموافق 7 أبريل سنة 1990 والمتعلّق بالولاية،

– وبمقتضى القانون رقم 90 – 21 المؤرّخ في 24 محرّم عام 1411 الموافق 15 غشت سنة 1990 والمتعلّق بالمحاسبة العموميّة،

– وبمقتضى الأمر رقم 95 – 20 المؤرّخ في 19 صفر عام 1416 الموافق 17 يوليو سنة 1995 والمتعلّق بمجلس المحاسبة،

– وبمقتضى الأمر رقم 95 – 27 المؤرّخ في 8 شعبان عام 1416 الموافق 30 ديسمبر سنة 1995 والمتضمّن قانون الماليّة لسنة 1996،

– وبمقتضى الأمر رقم 97 – 15 المؤرّخ في 24 محرّم عام 1418 الموافق 31 مايو سنة 1997 الّذي يحدّد القانون الأساسيّ الخاصّ لمحافظة الجزائر الكبرى،

– وبمقتضى المرسوم رقم 81 – 242 المؤرّخ في 6 ذي القعدة عام 1401 الموافق 5 سبتمبر سنة 1981 والمتضمّن إنشاء القطاعات الصّحّيّة وتنظيمها، المعدّل والمتمّم،

– وبمقتضى المرسوم رقم 86 – 179 المؤرّخ في 29 ذي القعدة عام 1406 الموافق 5 غشت سنة 1986 والمتعلّق بالتّصنيف الفرعيّ للمناصب العليا في بعض الهيئات المستخدمة،

– وبمقتضى المرسوم الرّئاسيّ رقم 97 – 230 المؤرّخ في 19 صفر عام1418 الموافق 24 يونيو سنة 1997 والمتضمّن تعيين رئيس الحكومة،

– وبمقتضى المرسوم الرّئاسيّ رقم 97 – 231 المؤرّخ في 20 صفرعام 1418 الموافق 25 يونيو سنة 1997 والمتضمّن تعيين أعضاء الحكومة،

– وبمقتضى المرسوم التّنفيذيّ رقم 91 – 311 المؤرّخ في 28 صفر عام 1412 الموافق 7 سبتمبر سنة 1991 والمتعلّق بتعيين المحاسبين العموميّين واعتمادهم،

– وبمقتضى المرسوم التّنفيذيّ رقم 91 – 312 المؤرّخ في 28 صفر عام 1412 الموافق 7 سبتمبر سنة 1991 الّذي يحدّد شروط الأخذ بمسؤوليّة المحاسبين العموميّين، وإجراءات مراجعة باقي الحسابات، وكيفيّات اكتتاب تأمين يغطّي مسؤوليّة المحاسبين العموميّين،

– وبمقتضى المرسوم التّنفيذيّ رقم 91 – 313 المؤرّخ في 28 صفر عام 1412 الموافق 7 سبتمبر سنة 1991 الّذي يحدّد إجراءات محاسبة الآمرين بالصّرف والمحاسبين العموميّين وكيفيّاتها ومضمونها،

– وبمقتضى المرسوم التّنفيذيّ رقم 92 – 05 المؤرّخ في 28 جمادى الثّانية عام 1412 الموافق 4 يناير سنة 1992 الّذي يحدّد كيفيّات تخصيص العائدات النّاتجة عن الأشغال والخدمات الّتي تقوم بها المؤسّسات العموميّة زيادة عن مهامّها الرّئيسيّة،

– وبمقتضى المرسوم التّنفيذيّ رقم 92 – 414 المؤرّخ في 19 جمادى الأولى عام 1413 الموافق 14 نوفمبر سنة 1992 والمتعلّق بالرّقابة السّابقة للنّفقات الّتي يلتزم بها، لا سيّما المادّة 3 منه،

– وبمقتضى المرسوم التّنفيذيّ رقم 93 – 301 المؤرّخ في 24 جمادى الثّانية عام 1414 الموافق 8 ديسمبر سنة 1993 الّذي يحدّد انتقاليّا الأحكام الّتي تتعلّق بآجال تقديم الحسابات وأشكالها إلى مجلس المحاسبة،

يرسم ما يأتي :

المادّة الأولى : يحدّد هذا المرسوم قواعد إنشاء القطاعات الصّحّيّة وتنظيمها وسيرها.

الباب الأوّل
أحكام عامّة

المادّة 2 : القطاع الصّحّيّ مؤسّسة عموميّة ذات طابع إداريّ تتمتّع بالشّخصيّة المعنويّة والاستقلال الماليّ . ويوضع تحت وصاية الوالي.

يقترح الوزير المكلّف بالصّحّة بعد استشارة الوالي، إنشاء أوحلّ أيّ قطاع صحّيّ بمرسوم تنفيذيّ .

المادّة 3 : يتكوّن القطاع الصّحّيّ من مجموع الهياكل الصّحّيّة العموميّة الخاصّة بالوقاية والتّشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التّكييف الطّبّيّ، الّتي تغطّي حاجات سكّان مجموعة من البلديّات والتّابعة للوزارة المكلّفة بالصّحّة.

المادّة 4 : ترتّب القطاعات الصّحّيّة في ثلاثة (3) أصناف على أساس معايير يحدّدها التّنظيم المعمول به.

يحدّد ترتيب القطاعات الصّحّيّة بقرار مشترك بين الوزير المكلّف بالصّحّة والوزير المكلّف بالماليّة والسّلطة المكلّفة بالوظيف العموميّ.

المادّة 5 : يتكفّل القطاع الصّحّيّ، في مجال نشاطه، بشكل منسجم ومنظّم بحاجيات السّكّان الصّحّيّة، وفي هذا الإطار يقوم بالمهامّ الآتية :

- يضمن تنظيم توزيع الإسعافات وبرمجتها ،
- يطبّق نشاطات الوقاية والتّشخيص والعلاج وإعادة التّكييف الطّبّيّ والاستشفاء،
- يضمن النّشاطات المتعلّقة بالصّحّة التّناسليّة والتّخطيط العائليّ،
- يطبّق البرامج الوطنيّة والجهويّة والمحلّيّة للصّحّة والسّكّان،
- يساهم في ترقية المحيط وحمايته في مجالات الوقاية والنّظافة والصّحّة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعيّة،
- يساهم في إعادة تأهيل مستخدمي المصالح الصّحّيّة وتحسين مستواهم.

المادّة 6 : ينظّم القطاع الصّحّيّ في وحدات جيو صحّيّة تغطّي مجموعة سكانيّة معيّنة، تطلق عليها تسمية " قطاعات صحّيّة فرعيّة، حتّى يتمكّن من تأدية المهامّ المسندة إليه المنصوص عليها في المادّة 5 أعلاه.

يتمّ إنشاء القطاعات الصّحّيّة الفرعيّة أو حلّها بقرار من الوزير المكلّف بالصّحّة وباقتراح من الوالي.

المادّة 7 : يمكن أن يستعمل القطاع الصّحّيّ كميزان للتّكوين شبه الطّبّيّ والتّسيير الاستشفائيّ على أساس اتّفاقيّات توقّع مع المؤسّسة القائمة بالتّكوين.

المادّة 8 : يمكن أن تعتمد هياكل القطاع الصّحّيّ حسب كيفيّات يتمّ تحديدها بقرار مشترك بين الوزير المكلّف بالصّحّة.والوزير المكلّف بالتّعليم العالي لضمان نشاطات استشفائيّة جامعيّة.

الباب الثّاني
التّنظيم الإداريّ

المادّة 9 : يدير القطاع الصّحّيّ مجلس إدارة ويسيّره مدير ويزوّد بجهاز استشاريّ يسمّى "المجلس الطّبّيّ".

الفصل الأوّل
مجلس الإدارة

المادّة 10 : يضمّ مجلس الإدارة :

* ممثّل الوالي، رئيسا،
* ممثّل إدارة الماليّة،
* ممثّل التّأمينات الاقتصاديّة،
* ممثّل هيئات الضّمان الاجتماعيّ،
* ممثّل المجلس الشّعبيّ البلديّ، لبلديّة مقرّ المؤسّسة،
* ممثّل المجلس الشّعبيّ الولائيّ،
* ممثّل المستخدمين الطّبّيّين ينتخبه زملاؤه،
* ممثّل المستخدمين شبه الطّبّيّين ينتخبه زملاؤه،
* ممثّل جمعيّات المنتفعين،
* ممثّل العمّال ينتخب في جمعيّة عامّة،
* رئيس المجلس الطّبّيّ.

يشارك مدير القطاع الصّحّيّ في مداولات مجلس الإدارة بصوت استشاريّ ويتولّى أمانة المجلس.

المادّة 11 : يعيّن أعضاء مجلس الإدارة لعهدة مدّتها ثلاث (3) سنوات قابلة للتّجديد بقرار من الوالي وباقتراح من السّلطات الّتي ينتمون إليها.

في حالة انقطاع عهدة أيّ عضو، يعيّن عضو جديد حسب الأشكال نفسها ليعوّضه إلى غاية نهاية العهدة.

تنتهي عهدة الأعضاء المعيّنين بحكم وظائفهم مع انتهاء هذه الوظائف .

المادّة 12 : يمكن أن يستعين مجلس الإدارة بأيّ شخص من شأنه أن يساعده في مداولاته.

المادّة 13 : يتداول مجلس الإدارة في المواضيع الآتية :

* مخطّط التّنمية القصير والمتوسّط المدى،
* مشروع ميزانيّة المؤسّسة،
* الحسابات التّقديريّة،
* الحساب الإداريّ،

المادّة 8 : تحدد كيفيات تطبيق أحكام هذا المرسوم، عند الاقتضاء، بقرار من وزير المجاهدين.

المادّة 9 : تلغى أحكام المرسوم التنفيذي رقم 92-292 المؤرخ في 6 محرم عام 1413 الموافق 7 يوليو سنة 1992 والمذكور أعلاه.

المادّة 10 : ينشر هذا المرسوم في الجريدة الرّسميّة للجمهوريّة الجزائريّة الدّيمقراطيّة الشّعبيّة.

حرّر بالجزائر في 2 جمادى الأولى عام 1428 الموافق 19 مايو سنة 2007.

عبد العزيز بلخادم

مرسوم تنفيذي رقم 07 - 140 مؤرّخ في 2 جمادى الأولى عام 1428 الموافق 19 مايو سنة 2007، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها و سيرها.

إنّ رئيس الحكومة،

- بناء على الدستور ، لا سيما المادتان 85-4 و125 (الفقرة 2) منه،

- و بمقتضى القانون رقم 83 -11 المؤرّخ في 21 رمضان عام 1403 الموافق 2 يوليو سنة 1983 والمتعلق بالتأمينات الاجتماعية ، المعدّل و المتمّم،

- و بمقتضى القانون رقم 84 - 17 المؤرّخ في8 شوّال عام 1404 الموافق 7 يوليو سنة 1984 والمتعلق بقوانين المالية ، المعدّل والمتمّم،

- و بمقتضى القانون رقم 85 - 05 المؤرّخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق 16 فبراير سنة 1985 والمتعلق بحماية الصحة و ترقيتها، المعدّل و المتمّم،

- و بمقتضى القانون رقم 88 -07 المؤرّخ في 7 جمادى الثانية عام 1408 الموافق 26 يناير سنة 1988 والمتعلق بالوقاية الصحية و الأمن وطب العمل،

- و بمقتضى القانون رقم 90 - 08 المؤرّخ في 12 رمضان عام 1410 الموافق 7 أبريل سنة 1990 والمتعلق بالبلدية،المتمّم،

- و بمقتضى القانون رقم 90 - 09 المؤرّخ في 12 رمضان عام 1410 الموافق 7 أبريل سنة 1990 والمتعلق بالولاية، المتمّم،

- و بمقتضى القانون رقم 90 -21 المؤرّخ في 24 محرّم عام 1411 الموافق 15 غشت سنة 1990 والمتعلق بالمحاسبة العمومية،

- و بمقتضى الأمر رقم 95 - 20 المؤرّخ في 19 صفر عام 1416 الموافق 17 يوليو سنة 1995 و المتعلق بمجلس المحاسبة،

- و بمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 06-175 المؤرّخ في 26 ربيع الثاني عام 1427 الموافق 24 مايو سنة 2006 و المتضمن تعيين رئيس الحكومة،

- و بمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 06-176 المؤرّخ في 27 ربيع الثاني عام 1427 الموافق 25 مايو سنة 2006 و المتضمن تعيين أعضاء الحكومة،

- وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 96-66 المؤرخ في 7 رمضان عام 1416 الموافق 27 يناير سنة 1996 الذي يحدد صلاحيات وزير الصحة والسكان،

- و بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 97 - 466 المؤرخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق 2 ديسمبر سنة 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها و سيرها،

يرسم ما يأتي :

المادّة الأولى : يهدف هذا المرسوم إلى إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها و سيرها.

الفصل الأول

المؤسسة العمومية الاستشفائية

المادّة 2 : المؤسسة العمومية الاستشفائية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي. و توضع تحت وصاية الوالي.

المادّة 3 : تتكون المؤسسة العمومية الاستشفائية من هيكل للتشخيص و العلاج و الاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات .

تحدد المشتملات المادية للمؤسسة العمومية الاستشفائية بقرار من الوزير الكلف بالصحة.

المادّة 4 : تتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية في التكفل، بصفة متكاملة و متسلسلة، بالحاجات الصحية للسكان. و في هذا الإطار، تتولى على الخصوص المهام الآتية :

– ضمان تنظيم و برمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي و الاستشفاء،

– تطبيق البرامج الوطنية للصحة،

– ضمان حفظ الصحة و النقاوة ومكافحة الأضرار و الآفات الاجتماعية،

– ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة و تجديد معارفهم.

المادّة 5 : يمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي و شبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

الفصل الثاني

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية

المادّة 6 : المؤسسة العمومية للصحة الجوارية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي. و توضع تحت وصاية الوالي.

المادّة 7 : تتكون المؤسسة العمومية للصحة الجوارية من مجموعة عيادات متعددة الخدمات و قاعات العلاج تغطي مجموعة من السكان.

تحدد المشتملات المادية للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية والحيز الجغرافي الصحي الذي يغطي مجموعة من السكان بقرار من الوزير المكلف بالصحة.

المادّة 8 : تتمثل مهام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية في التكفل، بصفة متكاملة ومتسلسلة، فيما يأتي :

– الوقاية و العلاج القاعدي،

– تشخيص المرض،

– العلاج الجواري،

– الفحوص الخاصة بالطب العام و الطب التخصص القاعدي،

– الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي،

– تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.

و تكلف على الخصوص بما يأتي :

– المساهمة في ترقية و حماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية،

– المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة و تجديد معارفهم.

المادّة 9 : يمكن استخدام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ميدانا للتكوين شبه الطبي و التكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

الفصل الثالث

أحكام مشتركة

القسم الأول

التنظيم و السير

المادّة 10 : يسير كل مؤسسة عمومية استشفائية ومؤسسة عمومية للصحة الجوارية مجلس إدارة ويديرها مدير. وتزودان بهيئة استشارية تدعى "المجلس الطبي".

الفرع الأول

مجلس الإدارة

المادّة 11 : يضم مجلس الإدارة ما يأتي :

– ممثل عن الوالي، رئيسا،

– ممثل عن إدارة المالية،

– ممثل عن التأمينات الاقتصادية،

– ممثل عن هيئات الضمان الاجتماعي،

– ممثل عن المجلس الشعبي الولائي،

– ممثل عن المجلس الشعبي البلدي مقر المؤسسة،

– ممثل عن المستخدمين الطبيين ينتخبه نظراؤه،

– ممثل عن المستخدمين شبه الطبيين ينتخبه نظراؤه،

– ممثل عن جمعيات مرتفقي الصحة،

– ممثل عن العمال ينتخب في جمعية عامة،

– رئيس المجلس الطبي.

يحضر كل من مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية ومدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية مداولات مجلس الإدارة برأي استشاري ويتوليان أمانتهما.

المادّة 12 : يعين أعضاء مجلس الإدارة لعهدة ثلاث (3) سنوات قابلة للتجديد بقرار من الوالي، بناء على اقتراح من السلطات والهيئات التابعين لها .

وفي حالة انقطاع عهدة أحد أعضاء مجلس الإدارة، يعين عضو جديد حسب نفس الأشكال لخلافته إلى غاية انتهاء العهدة.

وتنتهي عهدة الأعضاء الذين تم تعيينهم بحكم وظائفهم بانتهاء هذه الوظائف.

45 - ولاية النّعامة :

- النّعامة،
- عين الصّفراء.

46 - ولاية عين تموشنت :

- عين تموشنت،
- حمّام بوحجر،
- بني صاف.

47 - ولاية غرداية :

- غرداية،
- متليلي،
- المنيعة،
- القرارة.

48 - ولاية غيليزان :

- غيليزان،
- وادي رهيو،
- مازونة.

ملاحظة : القطاعات الصّحّيّة المسطّر عليها مقترحة للإنشاء.

★

مرسوم تنفيذيّ رقم 97 - 467 مؤرّخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق 2 ديسمبر سنة 1997، يحدّد قواعد إنشاء المراكز الاستشفائيّة الجامعيّة وتنظيمها وسيرها.

إنّ رئيس الحكومة،

- بناء على الدّستور، لا سيّما المادّتان 85 - 4 و 125 (الفقرة 2) منه،

- وبمقتضى القانون رقم 85 - 05 المؤرّخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق 16 فبراير سنة 1985 والمتعلّق بحماية الصّحّة وترقيتها، المعدّل والمتمّم،

- وبمقتضى القانون رقم 88 - 01 المؤرّخ في 22 جمادى الأولى عام 1408 الموافق 12 يناير سنة 1988 والمتضمّن القانون التّوجيهيّ للمؤسّسات العموميّة الاقتصاديّة، المعدّل، لا سيّما المادّة 43 منه،

- وبمقتضى القانون رقم 90 - 21 المؤرّخ في 24 محرّم عام 1411 الموافق 15 غشت سنة 1990 والمتعلّق بالمحاسبة العموميّة،

- وبمقتضى الأمر رقم 95 - 20 المؤرّخ في 19 صفر عام 1416 الموافق 17 يوليو سنة 1995 والمتعلّق بمجلس المحاسبة،

- وبمقتضى الأمر رقم 95 - 27 المؤرّخ في 8 شعبان عام 1416 الموافق 30 ديسمبر سنة 1995 والمتضمّن قانون الماليّة لسنة 1996،

- وبمقتضى الأمر رقم 97 - 15 المؤرّخ في 24 محرّم عام 1418 الموافق 31 مايو سنة 1997 الّذي يحدّد القانون الأساسيّ الخاصّ لمحافظة الجزائر الكبرى،

- وبمقتضى المرسوم رقم 71 - 215 المؤرّخ في 4 رجب عام 1391 الموافق 25 غشت سنة 1971 والمتضمّن تنظيم الدّروس الطّبّيّة، المعدّل،

- وبمقتضى المرسوم رقم 71 - 275 المؤرّخ في 15 شوّال عام 1391 الموافق 3 ديسمبر سنة 1971 والمتضمّن إنشاء شهادة الدّروس الطّبّيّة الخاصّة،

- وبمقتضى المرسوم رقم 74 - 200 المؤرّخ في 14 رمضان عام 1394 الموافق أوّل أكتوبر سنة 1974 والمتضمّن إنشاء شهادة دكتور في العلوم الطّبّيّة،

- وبمقتضى المرسوم رقم 83 - 543 المؤرّخ في 17 ذي الحجّة عام 1403 الموافق 24 سبتمبر سنة 1983 والمتضمّن القانون الأساسيّ النّموذجيّ للمعهد الوطنيّ للتّعليم العالي،

– وبمقتضى المرسوم رقم 83 – 544 المؤرّخ في 17 ذي الحجّة عام 1403 الموافق 24 سبتمبر سنة 1983 والمتضمّن القانون الأساسيّ النّموذجيّ للجامعة،

– وبمقتضى المرسوم رقم 86 – 25 المؤرّخ في 22 جمادى الثّانية عام 1406 الموافق 11 فبراير سنة 1986 والمتضمّن القانون الأساسيّ النّموذجيّ للمراكز الاستشفائيّة الجامعيّة، المعدّل والمتمّم،

– وبمقتضى المرسوم رقم 86 – 179 المؤرّخ في 29 ذي القعدة عام 1406 الموافق 5 غشت سنة 1986 والمتعلّق بالتّصنيف الفرعيّ للمناصب العليا في بعض الهيئات المستخدمة،

– وبمقتضى المرسوم الرّئاسيّ رقم 97 – 230 المؤرّخ في 19 صفر عام 1418 الموافق 24 يونيو سنة 1997 والمتضمّن تعيين رئيس الحكومة،

– وبمقتضى المرسوم الرّئاسيّ رقم 97 – 231 المؤرّخ في 20 صفر عام 1418 الموافق 25 يونيو سنة 1997 والمتضمّن تعيين أعضاء الحكومة،

– وبمقتضى المرسوم التّنفيذيّ رقم 91 – 311 المؤرّخ في 28 صفر عام 1412 الموافق 7 سبتمبر سنة 1991 والمتعلّق بتعيين المحاسبين العموميّين واعتمادهم،

– وبمقتضى المرسوم التّنفيذيّ رقم 91 – 312 المؤرّخ في 28 صفر عام 1412 الموافق 7 سبتمبر سنة 1991 الّذي يحدّد شروط الأخذ بمسؤوليّة المحاسبين العموميّين، وإجراءات مراجعة باقي الحسابات، وكيفيّات اكتتاب تأمين يغطّي مسؤوليّة المحاسبين العموميّين،

– وبمقتضى المرسوم التّنفيذيّ رقم 91 – 313 المؤرّخ في 28 صفر عام 1412 الموافق 7 سبتمبر سنة 1991 الّذي يحدّد إجراءات محاسبة الآمرين بالصّرف والمحاسبين العموميّين وكيفيّاتها ومضمونها،

– وبمقتضى المرسوم التّنفيذيّ رقم 92 – 05 المؤرّخ في 28 جمادى الثّانية عام 1412 الموافق 4 يناير سنة 1992 الّذي يحدّد كيفيّات تخصيص العائدات النّاتجة عن الأشغال والخدمات الّتي تقوم بها المؤسّسات العموميّة زيادة عن مهامّها الرّئيسيّة،

– وبمقتضى المرسوم التّنفيذيّ رقم 92 – 414 المؤرّخ في 19 جمادى الأولى عام 1413 الموافق 14 نوفمبر سنة 1992 والمتعلّق بالرّقابة السّابقة للنّفقات الّتي يلتزم بها، لا سيّما المادّة 3 منه،

– وبمقتضى المرسوم التّنفيذيّ رقم 93 – 301 المؤرّخ في 24 جمادى الثّانية عام 1414 الموافق 8 ديسمبر سنة 1993 الّذي يحدّد انتقاليّا الأحكام الّتي تتعلّق بآجال تقديم الحسابات وأشكالها إلى مجلس المحاسبة،

– وبمقتضى المرسوم التّنفيذيّ رقم 94 – 260 المؤرّخ في 19 ربيع الأوّل عام 1415 الموافق 27 غشت سنة 1994 الّذي يحدّد صلاحيّات وزير التّعليم العالي والبحث العلميّ،

– وبمقتضى المرسوم التّنفيذيّ رقم 97 – 466 المؤرّخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق 2 ديسمبر سنة 1997 الّذي يحدّد قواعد إنشاء القطاعات الصّحّيّة وتنظيمها وسيرها،

يرسم ما يأتي :

المادّة الأولى : يحدّد هذا المرسوم قائمة المراكز الاستشفائيّة الجامعيّة وقواعد إنشائها وتنظيمها وسيرها.

الباب الأوّل

أحكام عامّة

المادّة 2 : المركز الاستشفائيّ الجامعيّ مؤسّسة عموميّة ذات طابع إداريّ تتمتّع بالشّخصيّة المعنويّة والاستقلال الماليّ. ويتمّ إنشاؤها بموجب مرسوم تنفيذيّ بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلّف بالصّحّة والوزير المكلّف بالتّعليم العالي والبحث العلميّ.

يمارس الوزير المكلّف بالصّحّة الوصاية الإداريّة على المركز الاستشفائيّ الجامعيّ ويمارس الوزير المكلّف بالتّعليم العالي الوصاية البيداغوجيّة.

المادّة 3 : يكلّف المركز الاستشفائيّ الجامعيّ بمهامّ التّشخيص والكشف والعلاج والوقاية والتّكوين والدّراسة والبحث وذلك بالتّعاون مع مؤسّسة التّعليم و/ أو التّكوين العالي في علوم الطّبّ المعنيّة.

المادّة 4 : يكلّف المركز الاستشفائيّ الجامعيّ، في إطار المهامّ المنصوص عليها في المادّة 3 أعلاه، على الخصوص بالمهامّ الآتية :

1) في ميدان الصّحّة :

- ضمان نشاطات التّشخيص والعلاج والاستشفاء والاستعجالات الطّبّيّة الجراحيّة و الوقاية إلى جانب كلّ نشاط يساهم في حماية وترقية صحّة السّكّان،

- تطبيق البرامج الوطنيّة والجهويّة والمحلّيّة للصّحّة،

- المساهمة في إعداد معايير التّجهيزات الصّحّيّة العلميّة والتّربويّة للمؤسّسات الصّحّيّة.

- المساهمة في حماية المحيط وترقيته في الميادين المتعلّقة بالوقاية والنّظافة والصّحّة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعيّة،

- إلى جانب المهامّ المنصوص عليها في الفقرات المذكورة أعلاه، يضمن المركز الاستشفائيّ الجامعيّ لصالح السّكّان القاطنين بالقرب منه، الّذين لا تغطّيهم القطاعات الصحيّة المجاورة ، المهامّ المسندة إلى القطاع الصّحّيّ الّتي تحدّدها المادّة 5 من المرسوم التّنفيذيّ رقم 97 - 466 المؤرّخ في 2 شعبان عام 1418 الموافق 2 ديسمبر سنة 1997 والمذكور أعلاه.

2) في ميدان التّكوين :

- ضمان تكوين التّدرّج ومابعد التّدرّج في علوم الطّبّ بالتّعاون مع مؤسّسة التّعليم العالي في علوم الطّبّ والمشاركة في إعداد وتطبيق البرامج المتعلّقة به.

- المساهمة في تكوين مستخدمي الصّحّة وإعادة تأهيلهم وتحسين مستواهم.

3) في ميدان البحث :

- القيام في إطار التّنظيم المعمول به بكلّ أعمال الدّراسة والبحث في ميدان علوم الصّحّة،

- تنظيم مؤتمرات وندوات وأيّام دراسيّة وتظاهرات أخرى تقنيّة وعلميّة من أجل ترقية نشاطات العلاج والتّكوين والبحث في علوم الصّحّة.

المادّة 5 : تخصّ الوصاية البيداغوجيّة المنصوص عليها في الفقرة الثّانية من المادّة 2 من هذا المرسوم مجمل الأشغال المتعلّقة بما يأتي :

- تنظيم نشاطات المركز الاستشفائيّ الجامعيّ البيداغوجيّة والعلميّة:

- تحديد شروط التحاق الطّلبة به وشروط توجيههم.

وتخصّ كذلك المصادقة على مداولات مجلس الإدارة بالنّسبة للمسائل المتعلّقة بالتّكوين والبحث في علوم الطّبّ.

المادّة 6 : يحدّد مرسوم إنشاء المركز الاستشفائيّ الجامعيّ المقرّ والتّركيبة البنيويّة لهذا الأخير.

ويباشر أيّ تعديل في التّركيبة البنيويّة بنفس الشّكل.

تجهّز مؤسّسات الصّحّة عند وجودها خارج المؤسّسة مقرّ المركز الاستشفائيّ الجامعيّ بوسائل ماديّة وماليّة وبشريّة مميّزة تتناسب ومهامّها.

المادّة 7 : يمكن المركز الاستشفائيّ الجامعيّ أن يبرم، في إطار التّنظيم المعمول به، اتّفاقيّات مع المؤسّسات الصّحّيّة أو أيّ هيئة أخرى بعد استشارة المجلس العلميّ للمؤسّسة من أجل القيام بمهامّه الخاصّة بالتّكوين والبحث في علوم الصّحّة.

المادّة 8 : يدخل إنشاء أيّ مركز استشفائيّ جامعيّ في إطار المبادئ الرّئيسيّة للتّخطيط الصّحّيّ والتّكوين في علوم الطّبّ.

المادّة 9 : يخضع إنشاء مركز استشفائيّ جامعيّ للشّروط الآتية :

- توفّر موارد ماديّة وطاقات بشريّة بعدد كاف تثبت الكفاءة المطلوبة لضمان نشاطات العلاج لا سيّما المستوى العالي والتّكوين في مرحلتي التّدرّج وما بعد التّدرّج والبحث،

- وجود هياكل أساسيّة وتجهيزات علميّة وتربويّة وتقنيّة صالحة لاستقبال الأساتذة والطّلبة.

المادّة 10 : يتكفّل المركز الاستشفائيّ الجامعيّ بالاشتراك مع مؤسّسة التّعليم العالي في علوم الطّبّ بمصاريف التّكوين في علوم الطّبّ وفقا للكيفيّات الّتي حدّدها الوزير المكلّف بالصّحّة والوزير المكلّف بالتّعليم العالي وباقتراح من مديري المؤسّسات المعنيّة.

المادّة 11 : يشمل المركز الاستشفائيّ الجامعيّ مصالح ووحدات.

تحدّد المصالح والوحدات الاستشفائيّة الجامعيّة بقرار مشترك بين الوزير المكلّف بالصّحّة والوزير المكلّف بالتّعليم العالي.

يتمّ إنشاء المصالح والوحدات الاستشفائيّة الجامعيّة أو حلّها بقرار مشترك بين الوزير المكلّف بالصّحّة والوزير المكلّف بالتّعليم العالي والوزير المكلّف بالماليّة باقتراح من مديري المركز الاستشفائيّ الجامعيّ ومؤسّسة التّعليم العالي المعنيّين بعد استشارة المجلس العلميّ للمركز الاستشفائيّ الجامعيّ.

تحدّد مصلحة ووحدة الصّحّة العموميّة بقرار من الوزير المكلّف بالصّحّة.

يتمّ إنشاء مصالح ووحدات الصّحّة العموميّة أو حلّها بقرار مشترك بين الوزير المكلّف بالصّحّة والوزير المكلّف بالماليّة بناء على اقتراح مدير المركز الاستشفائيّ الجامعيّ بعد استشارة المجلس العلميّ.

الباب الثّاني

التّنظيم الإداريّ

المادّة 12 : يدير المركز الاستشفائيّ الجامعيّ مجلس إدارة ويسيّره مدير عامّ، ويزوّد بجهاز استشاريّ يسمّى " المجلس العلميّ ".

تساعد المدير العامّ للمركز الاستشفائيّ الجامعيّ لجنة استشاريّة في فترة بين دورات المجلس العلميّ.

الفصل الأوّل

مجلس الإدارة

المادّة 13 : يضمّ مجلس الإدارة الأعضاء الآتي ذكرهم:

* ممثّل الوزير المكلّف بالصّحّة، رئيسا،
* ممثّل الوزير المكلّف بالتّعليم العاليّ،
* ممثّل إدارة الماليّة،
* ممثّل التّأمينات الاقتصاديّة،
* ممثّل هيئات الضّمان الاجتماعيّ،
* ممثّل المجلس الشّعبيّ للبلديّة مقرّ المركز الاستشفائيّ الجامعيّ،
* ممثّل المجلس الشّعبيّ للولاية مقرّ المركز الاستشفائيّ الجامعيّ ،
* ممثّل الأخصّائيّين الاستشفائيّين الجامعيّين ينتخبه زملاؤه،
* ممثّل المستخدمين الطّبّيين ينتخبه زملاؤه،
* ممثّل المستخدمين شبه الطّبّيّين ينتخبه زملاؤه،
* ممثّل جمعيّات المنتفعين،
* ممثّل العمّال ينتخب في جمعيّة عامّة،
* رئيس المجلس العلميّ للمركز الاستشفائيّ الجامعيّ.

يشارك المدير العامّ للمركز الاستشفائيّ الجامعيّ في مداولات مجلس الإدارة بصوت استشاريّ ويتولّى أمانة المجلس.

المادّة 14 : يعيّن أعضاء مجلس الإدارة لعهدة مدّتها ثلاث (3) سنوات قابلة للتّجديد بقرار من الوزير المكلّف بالصّحّة وباقتراح من السّلطات التّابعة لها.

في حالة انقطاع عهدة عضو، يعيّن عضو جديد حسب الأشكال نفسها ليعوّضه إلى غاية نهاية العهدة.

تنتهي عهدة الأعضاء المعيّنين بحكم وظيفتهم مع انتهاء هذه الوظائف.

المادّة 15 : يمكن أن يستعين مجلس الإدارة بأيّ شخص من شأنه أن يساعده في أشغاله.

المادّة 16 : يتداول مجلس الإدارة في المواضيع الآتية :

* مخطّط التّنمية القصير والمتوسّط المدى،
* مشروع ميزانيّة المؤسّسة،
* الحسابات التّقديريّة،
* الحساب الإداريّ،
* مشاريع الاستثمار،
* مشاريع المخطّطات التّنظيميّة للمصالح،
* البرامج السّنويّة الخاصّة بصيانة البنايات والتّجهيزات،
* العقود المتعلّقة بالخدمات العلاجيّة الموقّعة مع شركاءالمركز الاستشفائيّ الجامعيّ ، لا سيّما مع هيئات الضّمان الاجتماعيّ، التّأمينات الاقتصاديّة، والتّعاضديّات والجماعات المحلّيّة والمؤسّسات والهيئات الأخرى،
* الاتّفاقيّات المنصوص عليها في المادّة 7 أعلاه،
* مشروع جدول الموظّفين،
* النّظام الدّاخليّ للمؤسّسة،
* اقتناء المنقولات والعقارات وعقود الإيجاروتحويلها،
* قبول الهبات والوصايا أورفضها.

المادّة 17 : يجتمع مجلس الإدارة وجوبا في دورة عاديّة مرّة كلّ ستّة (6) أشهر.

ويمكنه أن يجتمع في دورة طارئة باستدعاء من رئيسه أو بطلب من ثلثي ($\frac{2}{3}$) أعضائه.

تحرّر مداولات مجلس الإدارة في محاضر رسميّة تسجّل في سجلّ خاصّ مرقّم وموقّع يمضيها رئيس وأمين الجلسة.

يعدّ مجلس الإدارة نظامه الدّاخليّ ويصادق عليه خلال اجتماعه الأوّل.

المادّة 18 : لا تصحّ مداولات مجلس الإدارة إلاّ بحضور أغلبيّة أعضائه. وإذا لم يكتمل النّصاب يستدعى مجلس الإدارة من جديد في الأيّام العشرة (10) الموالية ويمكن حينئذ لأعضائه أن يتداولوا مهما يكن عدد الأعضاء الحاضرين.

تتّخذ القرارات بأغلبيّة الأعضاء الحاضرين، وفي حالة تساوي الأصوات يرجّح صوت الرّئيس.

المادّة 19 : تعرض مداولات مجلس الإدارة للمصادقة على السّلطة الوصيّة في الأيّام الثّمانية (8) الّتي تلي الاجتماع. وتكون المداولات قابلة للتّنفيذ ثلاثين (30) يوما بعد إرسالها إلاّ في حالة معارضة صريحة تبلّغ خلال هذه المدّة.

الفصل الثّاني
المدير العامّ

المادّة 20 : يعيّن المدير العامّ للمركز الاستشفائيّ الجامعيّ بمرسوم تنفيذيّ وباقتراح من الوزير المكلّف بالصّحّة. وتنهى مهامّه بالطّريقة نفسها.

المادّة 21 : يساعد المدير العامّ للمركز الاستشفائيّ الجامعيّ في تأدية مهامّه أمين عامّ، ومديرون وعند الضّرورة مديرو الوحدات.

يعيّن الأمين العامّ، والمديرون، ومديرو الوحدات بقرار من الوزير المكلّف بالصّحّة بناء على اقتراح مدير المركز الاستشفائيّ الجامعيّ.

يحدّد الهيكل التّنظيميّ للمركز الاستشفائيّ الجامعيّ حسب أهمّيّة نشاطاته بقرار مشترك بين الوزير المكلّف بالصّحّة والوزير المكلّف بالماليّة والسّلطة المكلّفة بالوظيف العموميّ.

المادّة 22 : المدير العامّ مسؤول عن تسيير المركز الاستشفائيّ الجامعيّ، وبهذه الصّفة :

– يمثّل المركز الاستشفائيّ الجامعيّ أمام العدالة وفي جميع أعمال الحياة المدنيّة.

– يمارس سلطة التّعيين على مجموع مستخدمي المركز الاستشفائيّ الجامعيّ باستثناء أولئك الخاضعين لكيفيّة تعيين أخرى.

– هو الآمر بالصّرف فيما يخصّ نفقات المركز الاستشفائيّ الجامعيّ.

– يعدّ مشاريع الميزانيّة التّقديريّة ويضبط حسابات المؤسّسة.

– يضع مشروع الهيكل التّنظيميّ والنّظام الدّاخليّ للمركز الاستشفائيّ الجامعيّ.

– يقوم بتنفيذ مداولات مجلس الإدارة.

– يضع التّقرير السّنويّ للنّشاطات ويرسله إلى الوزير المكلّف بالصّحّة بعد مصادقة مجلس الإدارة عليه.

– يقوم بإبرام جميع العقود والصّفقات والاتّفاقيّات والاتّفاقات في إطار التّنظيم المعمول به.

– يمارس السّلطة السّلّميّة على المستخدمين الخاضعين لسلطته.

– يفوّض إمضاءه، على مسؤوليّته، لصالح مساعديه.

الفصل الثّالث

المجلس العلميّ

المادّة 23 : يكلّف المجلس العلميّ بإصدار آراء لا سيّما فيما يخصّ :

– إقامة علاقات عمليّة بين المصالح الطّبّيّة.

– مشاريع البرامج الخاصّة بالتّجهيزات الطّبّيّة وببناء المصالح الطّبّيّة وإعادة تهيئتها.

– برامج الصّحّة والسّكّان.

– برامج التّظاهرات العلميّة والتّقنيّة.

– إنشاء المؤسّسات الطّبّيّة أو إلغاؤها.

– الاتّفاقيّات الخاصّة بالتّكوين والبحث في علوم الطّبّ.

يقترح المجلس العلميّ كلّ الإجراءات الّتي لها علاقة بنشاطات المصالح والّتي من شأنها أن تحسّن تنظيم مصالح العلاج والوقاية وسيرها وتوزيع المستخدمين.

يشارك في إعداد برامج التّكوين والبحث في علوم الطبّ ويقدّر نشاط المصالح في ميدان العلاج والتّكوين والبحث.

يمكن مدير المركز الاستشفائيّ الجامعيّ أن يطلع المجلس الطّبّيّ على كلّ أمر ذي طابع طبّيّ، علميّ أو تكوينيّ.

ويمكنه أن يستدعي للاستشارة كلّ شخص قد يساعده في أشغاله.

المادّة 24 : ينتخب المجلس العلميّ من ضمن أعضائه رئيسا لمدّة ثلاث سنوات (3) قابلة للتّجديد.

يضمّ المجلس العلميّ فضلا عن الرّئيس، الأعضاء الآتي ذكرهم :

– رؤساء المصالح، مدير مؤسّسة التّكوين العالي المعنيّة أو ممثّله، وعند الاقتضاء مسؤولو وحدات البحث،

– عضوان (2) إلى ثلاثة (3) أعضاء يعيّنهم المدير العامّ للمركز الإستشفائيّ الجامعيّ من بين المجموعة العلميّة للمؤسّسة،

– أستاذ محاضر وأستاذ معيد ينتخبهما زملاؤهما لمدّة ثلاث (3) سنوات.

– موظّف شبه طبّيّ يعيّنه المدير العامّ، يتمتّع بأعلى رتبة في سلك شبه الطّبّيّين.

المادّة 25 : يجتمع المجلس العلميّ باستدعاء من رئيسه أو المدير العامّ للمركز الاستشفائيّ الجامعيّ في دورة عاديّة مرّة كلّ شهرين.

ويمكنه أن يجتمع في دورة طارئة بطلب من رئيس المجلس أو أغلبيّة أعضائه أو المدير العامّ للمركز الاستشفائيّ الجامعيّ.

يرأس الاجتماع أقدم عضو في المجلس العلميّ في حالة غياب الرّئيس.

يتوّج كلّ اجتماع بمحضر رسميّ يسجّل في سجلّ خاصّ.

المادّة 26 : لا تصحّ اجتماعات المجلس العلميّ إلاّ بحضور أغلبيّة أعضائه. وإذا لم يكتمل النّصاب يستدعى المجلس من جديد في الأيّام الثّمانية الموالية ويمكن أعضاءه حينئذ أن يجتمعوا مهما يكن عدد الأعضاء الحاضرين.

يعدّ المجلس العلميّ نظامه الدّاخليّ ويصادق عليه.

الفصل الرّابع

اللّجنة الاستشاريّة

المادّة 27 : تساعد اللّجنة الأستشاريّة المدير العامّ للمركز الاستشفائيّ الجامعيّ في أداء مهامّه وعلى الخصوص في تطبيق اقتراحات المجلس العلميّ وتوصياته.

المادّة 28 : تشمل اللّجنة الاستشاريّة، إضافة إلى المدير العامّ، الرّئيس :

- رئيس المجلس العلميّ.

- ثلاثة (3) إلى سبعة (7) رؤساء مصالح يعيّنهم المجلس العلميّ.

المادّة 29 : يمكن توسيع اجتماعات اللّجنة الاستشاريّة، بمبادرة من المدير العامّ للمركز الاستشفائيّ الجامعيّ أو من أغلبيّة أعضاء اللّجنة الاستشاريّة، لتشمل الأمين العامّ ومديري هياكل المؤسّسة.

المادّة 30 : تجتمع اللّجنة الاستشاريّة مرّة كلّ شهر.

الباب الثّالث

أحكام ماليّة

المادّة 31 : تحدّد مدوّنة ميزانيّة المركز الاستشفائيّ الجامعيّ بقرار مشترك بين الوزير المكلّف بالصّحّة والوزير المكلّف بالماليّة.

المادّة 32 : تتضمّن ميزانيّة المركز الاستشفائيّ الجامعيّ بابا للإيرادات وبابا للنّفقات.

تتضمّن الإيرادات ما يأتي :

* إعانات الدّولة المتمثّلة في مساهمتها في أعمال العلاج والوقاية والبحث الطّبّيّ والتّكوين والتّكفّل بالمعوزين غير المستفيدين من التّأمينات الاجتماعيّة.

* إعانات الجماعات المحلّيّة.

* الإيرادات النّاتجة عن التّعاقد مع هيئات الضّمان الاجتماعيّ والخاصّة بالعلاج المقدّم للمؤمّنين الاجتماعيّين ولذوي الحقوق وعن التّعاقد مع التّعاضديّات والمؤسّسات ومؤسّسات التّكوين.

* التّخصيصات الاستثنائيّة.

* الهبات والوصايا الممنوحة في إطار التّشريع والتّنظيم المعمول بهما.

* الإيرادات المختلفة.

* الإيرادات والإعانات الأخرى المتعلّقة بنشاط المؤسّسة.

* تسديدات التّأمينات الاقتصاديّة الخاصّة بالأضرار الجسديّة.

تتضمّن النّفقات ما يأتي :

* نفقات التّسيير.

* نفقات التّجهيز،

* أيّ نفقة أخرى ضروريّة لتحقيق هدفه.

المادّة 33 : يحضّر المدير العامّ للمركز الاستشفائيّ الجامعيّ مشروع الميزانيّة ويعرضه على مجلس الإدارة للمداولة، ويرسله بعد ذلك إلى السّلطة الوصيّة للمصادقة عليه.

المادّة 34 : يمكن منح صفة آمر بالصّرف ثانويّ لمسؤولي الهياكل المكوّنة للمركز الاستشفائيّ الجامعيّ بقرار من الوزير المكلّف بالصّحّة وباقتراح من المدير العامّ للمؤسّسة.

المادّة 35 : يصدر الآمر بالصّرف الرّئيسيّ تفويض الاعتمادات لصالح الآمرين بالصّرف الثّانويّين ويضع تحت تصرّفهم أموالا لتغطية النّفقات.

المادّة 36 : يمكن أن يفوّض الآمر بالصّرف الرّئيسيّ والآمر بالصّرف الثّانويّ إمضاء هما على مسؤوليّاتهما الخاصّة.

المادّة 37 : يمسك الآمر بالصّرف محاسبة إداريّة للإيرادات والنّفقات.

تسجّل محاسبة الإيرادات، الاعتمادات المسجّلة والمصفّاة وأوامر الإيرادات والتّحصيل.

تسجّل محاسبة أوامر الصّرف مبلغ الاعتمادات المخصّصة أو الاعتمادات بالتّفويض، و أوامر الدّفع المقبولة والأرصدة المتوفّرة.

المادّة 38 : يلزم الآمرون بالصّرف الثّانويّون بضبط الوضعيّات الشّهريّة لحوالات الدّفع المقبولة في النّفقات وإرسالها إلى الآمر بالصّرف الرّئيسيّ.

المادّة 39 : تحدّد الكيفيّات المناسبة لمراقبة النّفقات بقرار مشترك بين الوزير المكلّف بالصّحّة والوزير المكلّف بالماليّة.

المادّة 40 : تمسك حسابات المركز الاستشفائيّ الجامعيّ طبقا لقواعد المحاسبة العموميّة. وتسند إدارة الأموال إلى عون محاسب يعيّنه أو يعتمده الوزير المكلّف بالماليّة.

المادّة 41 : يمسك المحاسب المعتمد كذلك محاسبة عامّة ومحاسبة خاصّة للموادّ والقيم والسّندات ومحاسبة تحليليّة تسمح على الخصوص بالتّحكّم في التّكاليف المختلفة.

المادّة 42 : تمسك المحاسبة العامّة وفقا لطريقة محاسبة القيد المزدوج.

المادّة 43 : المحاسب العموميّ للمركز الاستشفائيّ الجامعيّ هوالمحاسب الرّئيسيّ.

المحاسب العموميّ لكلّ هيئة مكوّنة للمركز الاستشفائيّ الجامعيّ هو المحاسب الثّانويّ.

المادّة 44 : يعتمد الوزير المكلّف بالماليّة المحاسب الثّانويّ أو يعيّنه.

المادّة 45 : تبدأ السّنة الماليّة في أوّل يناير وتنتهي في 31 ديسمبر من السّنة الجارية.

يمكن أن تستمرّ المدفوعات والأوامر بالصّرف إلى غاية 31 مارس من السّنة الموالية.

الباب الرّابع

أحكام ختاميّة

المادّة 46 : تحدّد قائمة المراكز الاستشفائيّة الجامعيّة وتركيبتها البنيويّة في الملحق المرفق بهذا المرسوم.

المادّة 47 : تلغى أحكام المرسوم رقم 86 - 25 المؤرّخ في 11 فبراير سنة 1986 والمذكور أعلاه.

المادّة 48 : ينشر هذا المرسوم في الجريدة الرّسميّة للجمهوريّة الجزائريّة الدّيمقراطيّة الشّعبيّة.

حرّر بالجزائر في 2 شعبان عام 1418 الموافق 2 ديسمبر سنة 1997.

أحمد أويحيى

الملحق

قائمة المراكز الاستشفائيّة الجامعيّة

التّسمية	المقـــرّ	التّركيبة البنيويّة
المركز الاستشفائيّ الجامعيّ مصطفى باشا	مستشفى مصطفى باشا	مستشفى مصطفى باشا- المركز الصحيّ "ليون برنارد" - وحدة جراحة الأطفال
المركز الاستشفائيّ الجامعيّ لبني مسوس	مستشفى بني مسوس	مستشفى بني مسوس
المركز الاستشفائيّ الجامعيّ لحسين داي	مستشفى بارني	مستشفى بارني - الاستعجالات المركزيّة بشارع طرابلس - مخبر علم الخلايا - وحدة بوجمعة مغني
المركز الاستشفائيّ الجامعيّ لقسنطينة	مستشفى بن باديس	مستشفى بن باديس - مستشفى النّهار بالخروب - وحدة جراحة الأسنان الكائنة بشارع سي عبد اللّه (القصبة)
المركز الاستشفائيّ الجامعيّ لوهران	مستشفى وهران	مستشفى وهران ووحدة الاستعجالات الطّبّيّة الجراحيّة - عيادة فيلا وسان - عيادة حمو بوتليليس - عيادة نوار فضيلة - عيادة أميلكار كبرال - عيادة أمراض الغدد والدّاء السّكريّ - عيادة طبّ الأسنان
المركز الاستشفائيّ الجامعيّ لعنّابة	مستشفى ابن رشد	مستشفى ابن رشد - مستشفى ابن سينا - مستشفى دربان - عيادة طبّ العيون - عيادة طبّ الأطفال - عيادة طبّ الأسنان "إليزا" - عيادة ساولة عبد القادر
المركز الاستشفائيّ الجامعيّ للبليدة	مستشفى فرانزفانون	مستشفى فرانزفانون - عيادة متّيجة - عيادة بن بولعيد - عيادة زبانة
المركز الاستشفائيّ الجامعيّ لتيزي وزو	مستشفى ندير محمّد	مستشفى ندير محمّد مستشفى سيدي بلوى
المركز الاستشفائيّ الجامعيّ لباتنة	مستشفى باتنة	مستشفى باتنة (مستشفى "أ")
المركز الاستشفائيّ الجامعيّ لسطيف	مستشفى سطيف	مستشفى سطيف - عيادة أمراض الأنف والأذن والحنجرة وطبّ العيون - مركّب الأمّ والطّفل
المركز الاستشفائيّ الجامعيّ لسيدي بلعبّاس	مستشفى سيدي بلعبّاس	مستشفى سيدي بلعبّاس - عيادة الولادة الحضريّة
المركز الاستشفائيّ الجامعيّ لتلمسان	مستشفى تلمسان	مستشفى تلمسان
المركز الاستشفائيّ الجامعيّ لباب الوادي	مستشفى باب الوادي	مستشفى باب الوادي - عيادة "غرافة"

معاملات الارتباط لبيرسون بين فقرات بعد عدم التزام الإدارة العليا مع الدرجة الكلية لهذا البعد.

Correlations

		question 1	question2	question3	question4	t1
question 1	Pearson Correlation	1	,676**	,467**	,385**	,830**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000
	N	471	471	471	471	471
question2	Pearson Correlation	,676**	1	,555**	,363**	,840**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000
	N	471	471	471	471	471
question3	Pearson Correlation	,467**	,555**	1	,384**	,744**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000
	N	471	471	471	471	471
question4	Pearson Correlation	,385**	,363**	,384**	1	,691**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000
	N	471	471	471	471	471
t1	Pearson Correlation	,830**	,840**	,744**	,691**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	471	471	471	471	471

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

معاملات الارتباط لبيرسون بين فقرات بعد غياب التحسين المستمر مع الدرجة الكلية لهذا البعد.

Correlations

		question5	question6	question7	question8	t2
question5	Pearson Correlation	1	,249**	,319**	,231**	,646**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000
	N	471	471	471	471	471
question6	Pearson Correlation	,249**	1	,399**	,490**	,758**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000
	N	471	471	471	471	471
question7	Pearson Correlation	,319**	,399**	1	,332**	,709**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000
	N	471	471	471	471	471

question8	Pearson Correlation	,231**	,490**	,332**	1	,722**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000
	N	471	471	471	471	471
t2	Pearson Correlation	,646**	,758**	,709**	,722**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	471	471	471	471	471

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

معاملات الارتباط لبيرسون بين فقرات بعد عدم التوجه نحو الزبون مع الدرجة الكلية لهذا البعد.

Correlations

		question9	question10	question11	question12	question13	t3
question9	Pearson Correlation	1	,560**	,245**	,165**	,229**	,625**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	471	471	471	471	471	471
question10	Pearson Correlation	,560**	1	,350**	,281**	,309**	,731**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	471	471	471	471	471	471
question11	Pearson Correlation	,245**	,350**	1	,666**	,305**	,755**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	471	471	471	471	471	471
question12	Pearson Correlation	,165**	,281**	,666**	1	,329**	,714**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000
	N	471	471	471	471	471	471
question13	Pearson Correlation	,229**	,309**	,305**	,329**	1	,621**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000
	N	471	471	471	471	471	471
t3	Pearson Correlation	,625**	,731**	,755**	,714**	,621**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	471	471	471	471	471	471

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

معاملات الارتباط لبيرسون بين فقرات بعد غياب المشاركة مع الدرجة الكلية لهذا البعد.

Correlations

		question14	question15	question16	question17	question18	t4
question14	Pearson Correlation	1	,404**	,155**	,085	,136**	,498**
	Sig. (2-tailed)		,000	,001	,066	,003	,000
	N	471	471	471	471	471	471
question15	Pearson Correlation	,404**	1	,268**	,417**	,364**	,728**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	471	471	471	471	471	471
question16	Pearson Correlation	,155**	,268**	1	,397**	,343**	,622**
	Sig. (2-tailed)	,001	,000		,000	,000	,000
	N	471	471	471	471	471	471
question17	Pearson Correlation	,085	,417**	,397**	1	,680**	,777**
	Sig. (2-tailed)	,066	,000	,000		,000	,000
	N	471	471	471	471	471	471
question18	Pearson Correlation	,136**	,364**	,343**	,680**	1	,763**
	Sig. (2-tailed)	,003	,000	,000	,000		,000
	N	471	471	471	471	471	471
t4	Pearson Correlation	,498**	,728**	,622**	,777**	,763**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	471	471	471	471	471	471

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

معاملات الارتباط لبيرسون بين فقرات بعد غياب التشجيع والتحفيز مع الدرجة الكلية لهذا البعد.

Correlations

		question19	question20	question21	question22	t5
question19	Pearson Correlation	1	,533**	,525**	,667**	,849**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000
	N	471	471	471	471	471
question20	Pearson Correlation	,533**	1	,667**	,529**	,805**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000
	N	471	471	471	471	471

question21	Pearson Correlation	,525**	,667**	1	,586**	,809**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000
	N	471	471	471	471	471
question22	Pearson Correlation	,667**	,529**	,586**	1	,850**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000
	N	471	471	471	471	471
t5	Pearson Correlation	,849**	,805**	,809**	,850**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	471	471	471	471	471

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

معاملات الارتباط لبيرسون بين فقرات بعد غياب التعليم والتدريب مع الدرجة الكلية لهذا البعد.

Correlations

		question23	question24	question25	question26	t6
question23	Pearson Correlation	1	,164**	,296**	,046	,608**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,322	,000
	N	471	471	471	471	471
question24	Pearson Correlation	,164**	1	,184**	,428**	,677**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000
	N	471	471	471	471	471
question25	Pearson Correlation	,296**	,184**	1	,075	,662**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,105	,000
	N	471	471	471	471	471
question26	Pearson Correlation	,046	,428**	,075	1	,575**
	Sig. (2-tailed)	,322	,000	,105		,000
	N	471	471	471	471	471
t6	Pearson Correlation	,608**	,677**	,662**	,575**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	471	471	471	471	471

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

معاملات الارتباط لبيرسون بين فقرات بعد غياب الاتصالات والمعلومات مع الدرجة الكلية لهذا البعد.

Correlations

		question27	question28	question29	question30	t7
question27	Pearson Correlation	1	,461**	,465**	,361**	,722**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000
	N	471	471	471	471	471
question28	Pearson Correlation	,461**	1	,684**	,556**	,839**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000
	N	471	471	471	471	471
question29	Pearson Correlation	,465**	,684**	1	,602**	,854**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000
	N	471	471	471	471	471
question30	Pearson Correlation	,361**	,556**	,602**	1	,788**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000
	N	471	471	471	471	471
t7	Pearson Correlation	,722**	,839**	,854**	,788**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	471	471	471	471	471

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

تقدير ثبات محاور الدراسة باستخدام معامل ألفا كرونباخ.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,778	4

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,668	4

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,726	5

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,714	5

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,841	4

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,493	4

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,811	4

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,908	30

معامل ثبات أداة الدراسة في حالة حذف فقرة وبقاء الفقرات الأخرى.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
question 1	92,75	326,529	,425	,906
question2	92,59	322,919	,537	,904
question3	91,94	332,798	,408	,906
question4	92,82	327,792	,429	,906
question5	92,95	329,512	,391	,906
question6	92,73	322,726	,556	,904
question7	92,27	332,921	,360	,907
question8	92,25	324,698	,532	,904
question9	93,66	337,267	,239	,909
question10	93,20	329,940	,350	,907
question11	92,52	315,195	,674	,901
question12	92,16	317,380	,663	,902
question13	92,87	332,045	,348	,907
question14	93,37	337,409	,260	,908
question15	92,64	322,448	,549	,904
question16	92,65	332,641	,373	,907
question17	92,27	319,424	,623	,902
question18	92,34	319,748	,592	,903
question19	92,08	314,614	,665	,901
question20	91,70	329,258	,471	,905
question21	91,58	330,746	,501	,905
question22	92,04	317,630	,684	,901
question23	93,60	335,546	,307	,907
question24	91,88	334,758	,352	,907
question25	92,53	346,011	,031	,912
question26	91,91	330,515	,483	,905
question27	92,45	330,155	,388	,906
question28	92,39	321,325	,639	,902
question29	92,30	319,235	,699	,901
question30	92,19	318,722	,670	,902

توزيع عينة الدراسة حسب متغير النوع الاجتماعي.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ذكر	176	37,4	37,4	37,4
	أنثى	295	62,6	62,6	100,0
	Total	471	100,0	100,0	

توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-25 anné	83	17,6	17,6	17,6
	26-35anné	221	46,9	46,9	64,5
	36-45anné	119	25,3	25,3	89,8
	46-55anné	45	9,6	9,6	99,4
	> 55 anné	3	,6	,6	100,0
	Total	471	100,0	100,0	

توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ثانوي	120	25,5	25,5	25,5
	جامعي	272	57,7	57,7	83,2
	ما بعد التدرج	52	11,0	11,0	94,3
	أخرى	27	5,7	5,7	100,0
	Total	471	100,0	100,0	

توزيع عينة الدراسة حسب متغير طبيعة الوظيفة.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	طبيب عام	20	4,2	4,2	4,2
	طبيب مختص	20	4,2	4,2	8,5
	ممرض	120	25,5	25,5	34,0
	موظف فى الإدارة	248	52,7	52,7	86,6
	مسؤول إداري	31	6,6	6,6	93,2
	آخرون	32	6,8	6,8	100,0
	Total	471	100,0	100,0	

توزيع عينة الدراسة حسب متغير سنوات الخبرة.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-5 anné	272	57,7	57,7	57,7
	6-10 anné	101	21,4	21,4	79,2
	11-15 anné	24	5,1	5,1	84,3
	16-20 anné	31	6,6	6,6	90,9
	>20	43	9,1	9,1	100,0
	Total	471	100,0	100,0	

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لإجمالي المعوقات.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
tt	471	1,47	4,43	3,1892	,62263
Valid N (listwise)	471				

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد عدم التزام الإدارة العليا.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
question 1	471	1	5	2,93	1,340
question2	471	1	5	3,09	1,263
question3	471	1	5	3,74	1,014
question4	471	1	5	2,85	1,257
t1	471	1,00	5,00	3,1523	,94897
Valid N (listwise)	471				

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد غياب التحسين المستمر.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
question5	471	1	5	2,73	1,256
question6	471	1	5	2,95	1,233
question7	471	1	5	3,41	1,120
question8	471	1	5	3,43	1,188
t2	471	1,00	5,00	3,1285	,84941
Valid N (listwise)	471				

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد عدم التوجه نحو الزبون.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
question9	471	1	5	2,02	1,169
question10	471	1	5	2,48	1,349
question11	471	1	5	3,16	1,334
question12	471	1	5	3,51	1,266
question13	471	1	5	2,81	1,213
t3	471	1,00	4,80	2,7953	,87620
Valid N (listwise)	471				

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد غياب المشاركة.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
question14	471	1	5	2,30	1,081
question15	471	1	5	3,04	1,262
question16	471	1	5	3,03	1,105
question17	471	1	5	3,41	1,253
question18	471	1	5	3,34	1,298
t4	471	1,40	5,00	3,0225	,82147
Valid N (listwise)	471				

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد غياب التشجيع والتحفيز.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
question19	471	1	5	3,59	1,373
question20	471	1	5	3,98	1,082
question21	471	1	5	4,10	,947
question22	471	1	5	3,64	1,221
t5	471	1,00	5,00	3,8264	,95997
Valid N (listwise)	471				

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد غياب التعليم والتدريب.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
question23	471	1	5	2,07	1,082
question24	471	1	5	3,80	1,019
question25	471	1	5	3,14	1,222
question26	471	1	5	3,77	,991
t6	471	1,75	5,00	3,1969	,68152
Valid N (listwise)	471				

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات بعد غياب الاتصالات والمعلومات.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
question27	471	1	5	3,23	1,224
question28	471	1	5	3,28	1,146
question29	471	1	5	3,38	1,136
question30	471	1	5	3,48	1,201
t7	471	1,00	5,00	3,3429	,94038
Valid N (listwise)	471				

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمعوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
t1	471	1,00	5,00	3,1523	,94897
t2	471	1,00	5,00	3,1285	,84941
t3	471	1,00	4,80	2,7953	,87620
t4	471	1,40	5,00	3,0225	,82147
t5	471	1,00	5,00	3,8264	,95997
t6	471	1,75	5,00	3,1969	,68152
t7	471	1,00	5,00	3,3429	,94038
tt	471	1,47	4,43	3,1892	,62263
Valid N (listwise)	471				

نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفروق في آراء المستجوبين تجاه إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة حسب متغير اسم المؤسسة.

Descriptives

tt

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
مستشفى باتنة	218	3,2081	,72689	,04923
مستشفى قالمة	74	3,1266	,48039	,05584
مستشفى بن ناصر	62	3,1672	,46012	,05844
مستشفى سعدان	58	3,0253	,57709	,07578
مستشفى طولقة	59	3,3825	,50246	,06541
Total	471	3,1892	,62263	,02869

ANOVA

tt

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4,161	4	1,040	2,722	,029
Within Groups	178,043	466	,382		
Total	182,203	470			

نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين فئات متغير اسم المؤسسة الصحية.

Multiple Comparisons

tt
LSD

اسم المؤسسة (I)	اسم المؤسسة (J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
مستشفى باتنة	مستشفى قالمة	,08153	,08316	,327
	مستشفى بن ناصر	,04090	,08897	,646
	مستشفى سعدان	,18282*	,09132	,046
	مستشفى طولقة	-,17438	,09071	,055
مستشفى قالمة	مستشفى باتنة	-,08153	,08316	,327
	مستشفى بن ناصر	-,04063	,10642	,703
	مستشفى سعدان	,10129	,10840	,351
	مستشفى طولقة	-,25591*	,10788	,018
مستشفى بن ناصر	مستشفى باتنة	-,04090	,08897	,646
	مستشفى قالمة	,04063	,10642	,703
	مستشفى سعدان	,14192	,11291	,209
	مستشفى طولقة	-,21528	,11242	,056
مستشفى سعدان	مستشفى باتنة	-,18282*	,09132	,046
	مستشفى قالمة	-,10129	,10840	,351
	مستشفى بن ناصر	-,14192	,11291	,209
	مستشفى طولقة	-,35720*	,11429	,002
مستشفى طولقة	مستشفى باتنة	,17438	,09071	,055
	مستشفى قالمة	,25591*	,10788	,018
	مستشفى بن ناصر	,21528	,11242	,056
	مستشفى سعدان	,35720*	,11429	,002

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

نتائج اختبار فرق المتوسطين لآراء العمال المستجوبين تجاه إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة حسب متغير النوع الاجتماعي.

Group Statistics

	النوع الاجتماعي	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
tt	ذكر	176	3,0532	,74316	,05602
	أنثى	295	3,2704	,52280	,03044

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
tt	Equal variances assumed	53,873	,000	-3,712	469	,000
	Equal variances not assumed			-3,407	279,111	,001

نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفروق في آراء المستجوبين تجاه إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة حسب متغير العمر.

Descriptives

tt				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
18-25 anné	83	3,0779	,75784	,08318
26-35 anné	221	3,2357	,60394	,04063
36-45 anné	119	3,2076	,55378	,05077
46-55 anné	45	3,0830	,58864	,08775
>55 anné	3	3,7111	,52950	,30571
Total	471	3,1892	,62263	,02869

ANOVA

tt

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2,872	4	,718	1,866	,115
Within Groups	179,331	466	,385		
Total	182,203	470			

نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفروق في آراء المستجوبين تجاه إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة حسب متغير المستوى التعليمي.

Descriptives

tt

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
ثانوي	120	3,3589	,60514	,05524
جامعي	272	3,1403	,61489	,03728
ما بعد التدرج	52	3,1019	,69400	,09624
أخرى	27	3,0963	,51385	,09889
Total	471	3,1892	,62263	,02869

ANOVA

tt

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4,734	3	1,578	4,153	,006
Within Groups	177,469	467	,380		
Total	182,203	470			

نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين فئات متغير المستوى التعليمي.

Multiple Comparisons

tt
LSD

المستوى التعليمي (I)	المستوى التعليمي (J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
ثانوي	جامعي	,21857*	,06756	,001
	ما بعد التدرج	,25697*	,10235	,012
	أخرى	,26259*	,13131	,046

جامعي	ثانوي	-,21857*	,06756	,001
	ما بعد التدرج	,03840	,09330	,681
	أخرى	,04402	,12439	,724
ما بعد التدرج	ثانوي	-,25697*	,10235	,012
	جامعي	-,03840	,09330	,681
	أخرى	,00563	,14623	,969
أخرى	ثانوي	-,26259*	,13131	,046
	جامعي	-,04402	,12439	,724
	ما بعد التدرج	-,00563	,14623	,969

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفروق في آراء المستجوبين تجاه إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة حسب متغير طبيعة الوظيفة.

Descriptives

tt

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
طبيب عام	20	3,5350	,35268	,07886
طبيب مختص	20	3,5167	,35844	,08015
ممرض	120	3,3803	,57605	,05259
موظف في الإدارة	248	3,1470	,63521	,04034
مسؤول إداري	31	2,3860	,33074	,05940
آخرون	32	3,1573	,42420	,07499
Total	471	3,1892	,62263	,02869

ANOVA

tt

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	29,389	5	5,878	17,885	,000
Within Groups	152,814	465	,329		
Total	182,203	470			

نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين فئات متغير طبيعة الوظيفة.

Multiple Comparisons

tt
LSD

(I) wadifat achakhs	(J) wadifat achakhs	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
طبيب عام	طبيب مختص	,01833	,18128	,919
	ممرض	,15472	,13846	,264
	موظف في الإدارة	,38796*	,13325	,004
	مسؤول إداري	1,14898*	,16442	,000
	آخرون	,37771*	,16341	,021
طبيب مختص	طبيب عام	-,01833	,18128	,919
	ممرض	,13639	,13846	,325
	موظف في الإدارة	,36962*	,13325	,006
	مسؤول إداري	1,13065*	,16442	,000
	آخرون	,35937*	,16341	,028
ممرض	طبيب عام	-,15472	,13846	,264
	طبيب مختص	-,13639	,13846	,325
	موظف في الإدارة	,23323*	,06375	,000
	مسؤول إداري	,99426*	,11550	,000
	آخرون	,22299	,11405	,051
موظف في الإدارة	طبيب عام	-,38796*	,13325	,004
	طبيب مختص	-,36962*	,13325	,006
	ممرض	-,23323*	,06375	,000
	مسؤول إداري	,76102*	,10921	,000
	آخرون	-,01025	,10768	,924
مسؤول إداري	طبيب عام	-1,14898*	,16442	,000
	طبيب مختص	-1,13065*	,16442	,000
	ممرض	-,99426*	,11550	,000
	موظف في الإدارة	-,76102*	,10921	,000
	آخرون	-,77127*	,14447	,000
آخرون	طبيب عام	-,37771*	,16341	,021
	طبيب مختص	-,35937*	,16341	,028
	ممرض	-,22299	,11405	,051
	موظف في الإدارة	,01025	,10768	,924
	مسؤول إداري	,77127*	,14447	,000

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) لاختبار الفروق في آراء المستجوبين تجاه إجمالي معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة حسب متغير سنوات الخبرة.

Descriptives

tt

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
0-5 anné	272	3,1300	,66224	,04015
6-10 anné	101	3,3488	,45895	,04567
11-15 anné	24	3,3250	,58535	,11948
16-20 anné	31	3,1419	,67692	,12158
>20	43	3,1473	,62772	,09573
Total	471	3,1892	,62263	,02869

ANOVA

tt

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4,114	4	1,028	2,691	,031
Within Groups	178,089	466	,382		
Total	182,203	470			

نتائج اختبار (LSD) للمقارنات البعدية بين فئات متغير سنوات الخبرة.

Multiple Comparisons

tt

LSD

خبرة الموظف (I)	خبرة الموظف (J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
0-5 anné	6-10 anné	-,21882*	,07203	,003
	11-15 anné	-,19498	,13164	,139
	16-20 anné	-,01191	,11719	,919
	>20	-,01726	,10145	,865
6-10 anné	0-5 anné	,21882*	,07203	,003
	11-15 anné	,02384	,14038	,865
	16-20 anné	,20691	,12693	,104
	>20	,20156	,11257	,074

11-15 anné	0-5 anné	,19498	,13164	,139
	6-10 anné	-,02384	,14038	,865
	16-20 anné	,18306	,16808	,277
	>20	,17771	,15752	,260
16-20 anné	0-5 anné	,01191	,11719	,919
	6-10 anné	-,20691	,12693	,104
	11-15 anné	-,18306	,16808	,277
	>20	-,00535	,14566	,971
>20	0-5 anné	,01726	,10145	,865
	6-10 anné	-,20156	,11257	,074
	11-15 anné	-,17771	,15752	,260
	16-20 anné	,00535	,14566	,971

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.